

**Evangelische Hochschule Nürnberg
Angewandte Bildungswissenschaften**

**Master-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts**

**Am Rande der Lebensfähigkeit:
Der Einfluss einer Frühgeburt vor der 28. Schwangerschaftswoche
auf Eltern und ihre Paarbeziehung.**

Theresa Berndt, B.A. Soziale Arbeit
E-Mail: theresa.berndt@stud.evhn.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Markus Schaer
Zweitgutachterin: Jutta Oertel

Abgabetermin: 30.09.2023

Abstract DE:

In dieser Masterarbeit wurde das Thema, am Rande der Lebensfähigkeit: Einflüsse einer extremen Frühgeburt auf die Eltern und Partnerschaft, erforscht. Die Erhebung fand anhand einer qualitativen Forschung in Form eines Fragebogens statt. Es fand eine Erhebung mit rekonstruierenden Fragen statt zu verschiedenen Zeiten kurz nach der Geburt und ein Jahr nach der Geburt und heute. Verglichen wurden in der Erhebung zwei Gruppen: Eltern mit einer extremen Frühgeburtserfahrung und Eltern mit einer Normalgeburtserfahrung. Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, einen höheren negativen Einfluss einer Frühgeburtserfahrung auf die Paarzufriedenheit und Partnerschaftsqualität ein Jahr nach der Geburt auf. In der Gruppe der Frühgeburten wurde ebenfalls ein höherer Wert an Depression von 52% der Befragten vernommen. Diese zeigte besonders einen Zusammenhang mit einer niedrigeren Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit. Ebenfalls konnte ein hohes Maß an Veränderungen in der Emotionalität der Partnerschaft und Kommunikation und Konfliktverhalten festgestellt werden. Die Partnerschaft wurde besonders durch die Bindungsunterstützung und medizinische Begleitung bereits im Krankenhaus positiv beeinflusst. Fast alle Paare wünschen sich mehr Angebote für Mutter, Vater und die eigene Partnerschaft.

Abstract EN:

In this master's thesis, the topic, on the edge of viability: the impact of preterm birth before 28 weeks of pregnancy on parents and their romantic relationship, was explored. The research was conducted by means of quantitative methods in the form of a questionnaire. The questionnaire contained reconstructive questions to their mental health and romantic relationship at three different times: after birth, one year after birth and today. Two groups were compared in the survey: Parents with an extreme preterm birth experience and parents with a normal birth experience. The results of this work show a negative influence of preterm birth on relationship satisfaction and partnership quality one year after birth. Parents of an extreme premature infant are more likely to suffer from depression (40%). The results show a high correlation of depression and a lower partnership quality and relationship satisfaction. Furthermore, a higher amount of emotional changes, lower communication skills and an increase of conflicts in the parental relations of parents with an extreme premature infant were found. The romantic relationship was positively influenced by the support in the hospital in establishing a positive attachment and a closer involvement of medical tasks. Almost all couples desire more help for mother, father and their own relationship.

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ= Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

BZgA= Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BVF= Bundesverband für Frauenärzte

DGGG= Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

ELBW= extremely low birth weight infant; extremes Frühchen

FFP= Fragebogen Frühgeburt und Partnerschaft

LBW= Low birth weight Infant; mäßiges Frühchen

RGK= Reif geborenes Kind

SSW= Schwangerschaftswoche

StMAS= Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales

VLBW= very low birth weight infant; sehr frühes Frühchen

PZ= Paarzufriedenheit

PQ= Partnerschaftsqualität

KH= Krankenhaus

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe (Alter in Jahren; Bezug: 05/2023).....	32
Tabelle 2: Reliabilitäten Skalen	35
Tabelle 3: Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern mit und ohne Frühgeburtserfahrung	42
Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und Belastungsfaktoren	45
Tabelle 5: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und klinischen Auffälligkeiten ..	46
Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und professionellen Hilfen	47
Tabelle 7: Inanspruchnahme Hilfen	49
Tabelle 8: Inanspruchnahme in Bereichen.....	50
Tabelle 9: Abgrenzung Frühgeburtsgruppen.....	2

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wünsche von Angebotserweiterung	50
Abbildung 2: Depressionswerte nach Gruppe	9
Abbildung 3: Depressionswerte nach Geschlecht.....	9
Abbildung 4: Signifikanztest Gruppe	9

Inhaltsverzeichnis

1.	Hinführung: Am Rande der Lebensfähigkeit	1
2.	Epidemiologische Daten und Hilfestruktur	2
2.1	Frühgeburt im rechtlichen und wissenschaftlichen Verständnis	3
2.2	Ursachenforschung von Frühgeburten	4
2.3	Überlebenschancen und mögliche gesundheitliche Folgen.....	5
2.4	Versorgung von Frühchen in Deutschland	7
2.5	Hilfen für frühgeborene Familien	9
3.	Eltern werden.....	13
3.1	Die Geburt	13
3.2	Transition der Elternschaft	15
3.3	Eltern mit Frühgeburtserfahrung	16
3.3.1	frühgeburtliche Belastungen durch Schwangerschaft und Geburt.....	16
3.3.2	frühgeburtlicher Start in die Elternschaft und seine Belastungen	18
3.3.3	Studien zur psychischen Gesundheit von Eltern mit einem Frühchen.....	21
4.	Partnerschaft und die Geburt eines Kindes.....	23
4.1	Vorgeburtliche Paarbeziehung	23
4.2	Elternschaft und Paarbeziehung	25
4.3	Paarbeziehung mit frühgeborenen Kindern.....	26
5.	Zwischenfazit.....	28
6.	Methoden	30
6.1	Forschungsdesign	30
6.2	Stichprobe	31
6.3	Messinstrumente	34
6.4	Analysemethode.....	41
7.	Ergebnisse	41
7.1	Unterschiede zwischen Eltern mit und ohne Frühgeburtserfahrung.....	42
7.2	Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und Belastungsfaktoren	45
7.3	Wünsche nach Unterstützung	48

8. Diskussion	51
Literaturverzeichnis.....	61
Anhang	

1. Hinführung: Am Rande der Lebensfähigkeit

Säuglinge, die in der 24. Schwangerschaftswoche [SSW] geboren werden, gelten in Deutschland ab diesem Zeitpunkt als überlebensfähig und befinden sich am Rande der Lebensfähigkeit (von der Wense & Bindt, 2021, S. 29). Kinder, die sich an der Schwelle zur Lebensfähigkeit befinden zählen zu der Gruppe der extrem Frühgeborenen (Sarimski, 2021, S. 4). Diese Gruppe umfasst alle Säuglinge, die vor der 28. SSW geboren werden (ebd.). Im Jahr 2020 kamen 4.439 Kinder vor der 28. SSW zur Welt (Netzwerk Neonatologie, n.d.).

Kinder, die diese Grenze leider nicht geschafft haben, werden vor der 22. SSW geboren oder untersteigen ein Geburtsgewicht von 500g (Bundesverband für Frauenärzte [BVF] & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG], 08.09.2021). Es gibt aber wenige Ausnahmen, die trotz einem geringeren Wochenalter oder Geburtsgewicht den Weg ins Leben gefunden haben (Käufel, 29.01.2022). Die Schwelle, ob das Kind überlebensfähig ist oder nicht kann somit nur wenige Tage betragen. Auch wenn die Grenze gerade noch geschafft wurde, kann die Erfahrung einer extremen Frühgeburt eine große Belastung für die Familie darstellen, die nicht so einfach überwunden werden kann (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 68). Folgen können starke gesundheitliche Einschränkungen oder eine Behinderung für das Kind bedeuten (Sarimski, 2021, S. 12f.). Neben den Folgen für das Kind kann für die Eltern die Frühgeburt eine sehr belastende Erfahrung darstellen, die ein Trauma und/oder Depression hervorrufen kann (Treyvaud, Spittle, Anderson & O'Briene, 2019, S. 1). Ein betroffener Vater formulierte die Frühgeburtserfahrung folgendermaßen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 68): „Als ich den Kopf meines Babys hervortreten sah, begann ich sofort zu weinen ... Und dann begannen die Dinge, sich zu verändern ... und wir befanden uns in einer Krise.“

Eine Frühgeburt stellt nach Bindt (31.10.2021, S. 29) eine emotionale Krise für die Eltern dar, auch wenn diese sich vorher abzeichnet. Hervorgerufen werden Ängste für die Zukunftsplanung und eine starke Verunsicherung, auch wenn das Kind sich nach dem Klinikpersonal gut entwickelt (ebd.). Die räumliche Trennung von ihrem Kind belastet die Eltern sehr stark, dabei kommen Unsicherheiten im Umgang mit ihrem Kind auf (Sarimski, 2000, S. 59). Wird ein Kind mehrere Wochen zu früh geboren, beginnt auch die (neue) Elternrolle mit einem „Frühstart“ (Ludwig-Kröner, 2013, S. 47). Ludwig-Kröner verwendet deshalb auch den Begriff der frühgeborenen Familie, da sich eine Frühgeburt auf alle Beteiligten auswirkt (ebd.). Anpassungsprozesse an die Elternrolle und die Verarbeitung von emotionalen Zuständen werden durch die kurze Vorbereitungszeit auf das Elternsein und die Trennung vom Kind, erschwert (Bindt, 31.10.2021, S. 29). Deshalb kann sich in der Bewältigung der Transition ins Elternsein Schwierigkeiten ergeben (ebd.).

Untersuchungen zeigen, dass eine traumatische Geburtserfahrung ebenso eine starke Belastung für die Partnerschaft der Eltern darstellen kann (Delicate, Ayers, Easter & McMullen, 2017, S. 116f.). Jedoch gibt es noch wenig Studien zu dieser Thematik. Eltern werden somit durch die Frühgeburtserfahrung vor eine Herausforderung gestellt, die sie auf vielerlei Hinsicht bewältigen müssen. Inwieweit sie Unterstützung in ihrer Partnerschaft benötigen, soll deshalb nachgegangen werden. In dieser Masterarbeit wird deshalb die Perspektive beider Eltern in den Fokus gesetzt. Zudem werden Einflüsse auf die elterliche Partnerschaft untersucht. Aufgrund dessen werden Bindungsthemen und generelle Auswirkungen auf das Frühgeborene nur am Rande behandelt. Der Blickwinkel der Masterarbeit ist der sozialpädagogische und bildungswissenschaftliche, weshalb Ergebnisse dazu beitragen sollen bestehende Hilfen zu reflektieren oder fehlende Netzwerke und Maßnahmen zu identifizieren. Damit können Empfehlungen für die Frühen Hilfen abgeleitet werden. Das Ziel dieser Arbeit ist es neue Erkenntnisse für die psychosoziale Begleitung zu gewinnen und die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Unterstützung für die Eltern zu erforschen. Aufgrund dieser Faktoren lautet die Fragestellung für den Theorieteil: Welchen Einfluss hat eine extreme Frühgeburt auf die Eltern und ihre Partnerschaft und wie unterstützen die Frühen Hilfen die Eltern in ihrer partnerschaftlichen Beziehung?

Die Struktur dieser Masterarbeit folgt einer zuerst theoretischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik auf verschiedenen Ebenen. Begonnen wird mit einer epidemiologischen Darlegung der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage. Darauf folgt eine thematische Auseinandersetzung mit den psychologischen Faktoren hinsichtlich der Eltern sowie ihren Belastungen, die aus der Frühgeburtlichkeit heraus resultieren können. Im Anschluss daran befindet sich der Forschungsteil dieser Arbeit, der mit Hilfe quantitativer Methoden erhoben wird. Zuerst werden das Forschungsdesign und die Stichproben erläutert. Danach werden die erhobenen Ergebnisse dargelegt und ausgewertet. Am Ende dieser Arbeit werden alle Ergebnisse im Zusammenhang mit den erläuterten theoretischen Grundlagen diskutiert sowie Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

2. Epidemiologische Daten und Hilfestruktur

In diesem Kapitel werden zunächst alle für die Fragestellung relevanten Definitionen und aktuelle Erkenntnisse der Forschung dargelegt. Behandelt werden aktuelle Begriffsklärungen und eine kurze Skizzierung der rechtlichen Aspekte. Darauf folgt die Ursachenforschung einer Frühgeburt sowie mögliche gesundheitliche Folgen für das Kind. Im Anschluss wird die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland betrachtet und abschließend ein kurzer Einblick in die derzeitigen Hilfen für die Familien gegeben.

2.1 Frühgeburt im rechtlichen und wissenschaftlichen Verständnis

Jedes Jahr gibt es insgesamt ca. 64.500 Frühgeburten in Deutschland (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., n.d.). Eine normale Schwangerschaft dauert in der Regel 40 Schwangerschaftswochen [SSW] (Lattari Balest, 2022). Grundsätzlich werden die SSW anhand des Gestationsalter bestimmt, das vom ersten Tag der letzten Periode der Mutter bis zur Entbindung berechnet wird (ebd.). Von einer Frühgeburt spricht man, wenn das Kind vor der Beendigung der 37+0 SSW zur Welt kommt oder das Geburtsgewicht des Kindes unter 2500g liegt, da eine Frühgeburt ebenfalls am Geburtsgewicht gemessen wird (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2023). Wiegt das Kind unter 2500g spricht man von einem „low birth weight infants“ [LBW] (Maier & Obladen, 2017, S. 2) oder einer späten Frühgeburt von der 32+0 bis zur 36+6 SSW (Sarimski, 2021, S. 4). Als eine sehr frühe Frühgeburt wird eine Geburt zwischen der 31+6 und 28+0 SSW bezeichnet (Sarimski, 2021, S. 4). Das Geburtsgewicht liegt unter 1500g, weshalb in der Literatur ebenfalls der Begriff „very low birth weight infants“ [VLBW] verwendet wird (Maier & Obladen, 2017, S. 2). Findet die Geburt vor der 28. SSW statt, spricht man von einer extremen Frühgeburt (Sarimski, 2021, S. 4). Der Begriff „extremely low birth weight“ [ELBW] wird ebenfalls verwendet, da das Kind mit einem Gewicht unter 1000g zur Welt kommt (Maier & Obladen, 2017, S. 2). Im Anhang A befindet sich hierzu noch einmal eine Übersicht.

Nach unten besteht ebenfalls eine Grenze, ab wann ein Kind überlebensfähig ist. Diese Frage, wird durch die sogenannte AWMF „Leitlinie nationaler Fachgesellschaften“ in den verschiedenen Ländern selbst festgelegt (von der Wense & Bindt, 2021, S. 29f.). Diese definieren meist nach der SSW, ab wann eine medizinische Behandlung bei einer extremen Frühgeburt unternommen werden kann (ebd.). In der deutschen Leitlinie, „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“ ist darin derzeit die vollendete 24. SSW als Grenze festgesetzt (ebd.). Kinder die in der 22. und 23. SSW geboren werden, befinden sich in der sogenannten Grauzone der Leitlinie (ebd.). Die Entscheidung über die weitere medizinische Behandlung soll gemeinsam mit den Eltern und im jeweiligen Einzelfall geklärt werden (ebd.). Säuglinge, die in der 21. SSW oder darunter zur Welt kommen, sollen nach der Leitlinie keine wiederbelebenden Maßnahmen mehr erhalten, da aufgrund der Entwicklung eine sehr niedrige Überlebenswahrscheinlichkeit besteht (ebd.).

In den AWMF-Leitlinien (2020, S. 3) heißt es hierzu: „Bei der Behandlung extrem unreif geborener Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit kann durch intensivmedizinische Maßnahmen einem Teil der Kinder kurz- oder langfristig zum Überleben verholfen werden, unter Umständen aber unter Inkaufnahme erheblichen Leidens und lebenslanger körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen.“

Hierfür muss eine sorgfältige Abwägung für die Entscheidungsfindung mit den Eltern stattfinden (ebd.). Der BVF und DGGG (08.09.2021) beschreibt diese medizinische Entscheidung als eine

Abwägung zwischen der Schmerzlinderung oder Lebenserhaltung. Erleidet der Säugling durch die nicht vollendete Schwangerschaft oder durch die Geburt eine sehr schwere Form einer Gesundheitsstörung, können die medizinischen Maßnahmen eingestellt bzw. eingeschränkt werden (ebd.). Die Ärzte müssen bei der Überprüfung übereinkommen, dass sich der gesundheitliche Zustand des Kindes nicht verändern würde und im Interesse des Kindes das Ziel der Schmerzlinderung verfolgt werden sollte, auch wenn somit der Säugling versterben würde (ebd.). Geprüft wird der Grad inwieweit das Kind beeinträchtigt wäre und die daraus resultierenden Lebenschancen (ebd.). Wenn der Tod des Kindes unabwendbar ist, erhalten die Eltern eine Sterbebegleitung (ebd.).

Die rechtlichen Aspekte der Leitlinie orientiert sich am Artikel 1 „die Würde des Menschen ist unantastbar“ sowie am Artikel 2 Abs. 2 „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“. Das Recht auf Leben und die körperliche Unversehrtheit stehen aufgrund der lebenserhaltenden Maßnahmen auf der neonatalen Intensivstation im Konflikt miteinander (von der Wense und Bindt, 2021, S. 29f.). Von der Wense und Bindt (2021, S. 30) weisen darauf hin, dass die Grenze in anderen Ländern deshalb höher liegt, z.B. in der Schweiz und Österreich wird bereits unter der 24. SSW keine medizinischen Maßnahmen zur Wiederbelebung eingeleitet. Hierbei wird ein ethisches Dilemma sichtbar. Aufgrund des Rahmens kann nicht darauf eingegangen werden. Zusammenfassend werden Kinder unter der 37. SSW als Frühgeborene gesehen oder einem Gewicht unter 2500g. Auch nach unten ist eine Grenze mit der 24. SSW gesetzt. Kinder, die in der Grauzone zwischen der 22. - 23. SSW geboren werden, wird die Lebensfähigkeit des Säuglings von den Ärzten und Eltern entschieden.

2.2 Ursachenforschung von Frühgeburten

Die Ursache für eine Frühgeburt kann nicht immer festgestellt werden (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., n.d.). Es wurden jedoch verschiedene Zusammenhänge zwischen einer Frühgeburt und folgenden Ursachen vernommen (ebd.). Diese sind nach dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (n.d.):

- „Erkrankungen der Mutter (z.B. Diabetes mellitus, Anämie, Infektionskrankheiten, Bluthochdruck, Stoffwechsellentgleisungen)
- Erkrankungen des Kindes (z.B. Fehlbildungen)
- Veränderungen der Gebärmutter oder der Plazenta (z.B. Fehlbildungen der Gebärmutter, Myome, Schwäche des Gebärmutterhalses, Funktionsabnahme oder vorzeitige Ablösung der Plazenta)

- Ungünstige äußere Einflüsse (z.B. schwere körperliche Arbeit, starkes Rauchen, starker Alkoholkonsum, psychisch belastende Situationen)
- Mehrlingsschwangerschaften
- Urogenitale Infektionen“ (Kinder- und Jugendärzte e.V., n.d.).

Jedoch können einige der genannten Gründe durch die Voruntersuchungen eingedämmt und somit eine Frühgeburt teilweise verhindert werden (ebd.). Als einen generellen Faktor für den Anstieg der Frühgeburtsrate in Deutschland wird das steigende Alter der Mütter, in dem sie schwanger werden, benannt (Bindt, 31.10.2021, S. 28f.). Nach dem Statistischen Bundesamt (2023) ist eine Frau in Deutschland durchschnittlich 30,4 Jahre alt, wenn sie ihr erstes Kind bekommt. Als weitere Faktoren werden der Anstieg künstlicher Befruchtungen und die oft komplexer werdenden Mehrlingsschwangerschaften genannt (Bindt, 31.10.2021, S. 28f.). Durch die Covid-19 Pandemie wurden in der Studie von Lebel et al. (2020, S. 9f.) ein deutlicher Anstieg von Ängsten (59%) und Depressionen (37%) in der Schwangerschaft festgestellt. Ein Anstieg der Frühgeburtsrate in der Pandemie wurde in manchen Ländern bestätigt, in anderen wiederum nicht (von der Wense & Bindt, 2021, S. 22). Damit kann nicht immer von einer gesicherten Ursache ausgegangen werden.

Zusammenfassend können Ursachen für eine generelle Frühgeburt eine Erkrankung der Mutter und/ oder Kindes, Problematiken in der Plazenta oder Gebärmutter, Mehrlingsschwangerschaften oder äußere Lebensumstände und Lebensweisen darstellen.

2.3 Überlebenschancen und mögliche gesundheitliche Folgen

Durch die Medizin konnte in den letzten zehn Jahren die Überlebensrate der Extremfrühchen verbessert werden (von der Wense & Bindt, 2021, S. 29). Trotz der gestiegenen Überlebenschancen werden die perinatale Morbidität oder Mortalität eines Neugeborenen am häufigsten durch eine Frühgeburt verursacht (von der Wense & Bindt, 2021, S. 19). Weltweit sterben 1 Million Kinder jedes Jahr an den Folgen einer Frühgeburt (Walani, 2020, S. 31). Grundsätzlich konnte in den letzten Jahrzehnten eine Abnahme in der Mortalität verzeichnet werden, hinsichtlich der Morbidität nahm die Zahl hingegen zu (Sarimski, 2021, S. 9f.). Die derzeitigen Prognosen hinsichtlich der Überlebenschance und möglichen Beeinträchtigung werden nun kurz beschrieben.

Kinder, die mit einem Gestationsalter von 22 Wochen geboren werden, haben in Deutschland eine 15% Überlebenswahrscheinlichkeit (Käufel, 29.01.2022). Unterschreitet ein Kind die 500g ist die Lebenswahrscheinlichkeit deutlich geringer z.B. wurden lebensfähige Kinder unter 400g weltweit nur 283 Fälle erhoben (ebd.).

Nach der 22. bis 23. SSW beträgt die Überlebenschance 50% (BVF & DGGG, 08.09.2021). Die Wahrscheinlichkeit einer körperlichen oder geistigen Behinderung des Kindes liegt bei diesem Gestationsalter bei 20-30% (ebd.). Ab der 24. SSW ist die Lebenswahrscheinlichkeit deutlich höher und bereits bei 60-80% (ebd.). Hinsichtlich der Prognose wie viele Kinder eine Behinderung bei einem Geburtsgewicht von über 500g ausbilden werden, variieren die Ergebnisse sehr stark, weshalb nur schwer eine Aussage darüber getroffen werden kann (Maier & Obladen, 2017, S. 433). Weitere Variablen, die die Überlebenschance bei einem Kind erhöhen, sind eine vollständige Lungenausreifung und wenn es sich beim Fötus um eine weibliche Einlingsschwangerschaft handelt (science media center germany, 25.04.2017, S. 3). Zudem ist es wichtig, dass die Geburt in einer der spezialisierten Perinatalzentren stattfindet, damit die Versorgung bestmöglich sofort beginnen kann (ebd.). Die gesundheitlichen Themen und schwerwiegende Komplikationen, die aus einer Frühgeburt resultieren können, betreffen vor allem die extrem frühgeborenen Kinder (von der Wense & Bindt, 2021, S. 71). Daraus können auch Langzeitfolgen entstehen (ebd.), die nun kurz zusammengefasst werden.

Neurologischen Schäden entwickeln 25% - 33% dieser Kinder (Singer, Thiede & Perez, 2021) sowie Probleme mit der Seh- und Hörfähigkeit, chronischer Lungenerkrankungen, Herzproblematiken, Krampfanfälle, usw. (Lattari Balest, 2022). Je früher ein Kind geboren wird, desto höher ist das Risiko einer dauerhaften Erkrankung (Sarimski, 2021, S. 12f.).

Außerdem besteht zudem eine sehr frühe Reifungsthematik, die sich folgendermaßen auswirken kann: „Reifungsbedingte Probleme in der sensorischen Erregbarkeit der Modulation von Erregung und Aufmerksamkeit sowie der zentralen Steuerung der Koordination motorischer Reaktionen stellen Erschwernisse für die Entwicklung harmonischer Interaktions- und Beziehungsformen zwischen frühgeborenen Baby und seinen Eltern dar“ (Sarimski, 2021, S. 138f.).

Daraus kann im ersten Lebensjahr eine extreme Irritierbarkeit in Form von exzessivem Schreien, Schlaf- und Futterstörungen resultieren (ebd.). Diese sogenannten Regulationsstörungen in der frühen Kindheit gehören zu den „entwicklungspsychopathologischen Einheiten“ und stellen eine große Herausforderung für die Eltern dar (ebd.).

Durch eine Längsschnittstudie von 1980 - 2016 mit 64.061 Kinder im Grundschulalter wurden weitere Unterschiede zu Reifgeborenen festgestellt, in den Bereichen Kognition, Motorik, Verhalten sowie in den mathematischen-, Lese- und Rechtschreibfähigkeiten (Allotey et al., 2017). Außerdem ergab die Analyse, dass Frühgeborenen zweimal mehr ADHS diagnostiziert bekommen als die Vergleichsgruppe (ebd.). Andere Studien zeigen, dass besonders Kinder mit einem sehr geringen Geburtsgewicht häufig Symptome von autistischer Verhaltensstörung, Angststörung sowie auch ADHS aufwiesen (Bindt, 2021, S. 29). Aufgrund der dargelegten Befunde entstand ein Diskurs, in dem ein sogenannter „Frühgeborenenverhaltensphänotyp“ diskutiert wird (Bindt, 2021, S. 32).

Unter diesem Begriff werden die vorher genannten Symptome geclustert, die bis zum Erwachsenenalter bestehen bleiben können (ebd.). Im Bereich des Verhaltens wurde im späteren Kindergarten- oder Schulalter eine höhere Tendenz zu motorischer Unruhe, Problemen im Umgang mit Wut, Aggressionen (BZgA, n.d.) sowie ebenfalls Problemen im sozio-emotionalen, usw. verhalten (Bindt, 2021, S. 29).

Wichtig zu erwähnen ist noch, dass Frühgeborene eine höhere Sensitivität im psychosozialen Bereich in ihrer Umwelt aufzeigen und somit empfänglicher für Folgen einer psychischen Problematik ihrer Eltern sind (Bindt, 2021, S. 32). D.h. sie haben ein erhöhtes Risiko eine psychische Erkrankung selber zu entwickeln (ebd.).

Die Frühgeburtlichkeit kann aber nicht als einziger Wirkungsfaktor für die Entwicklung der psychosozialen Problematiken gesehen werden. Sarimski (2000, S. 22f.) weist auf das Zusammenspiel zwischen der Frühgeburtlichkeit und der frühen Eltern-Kind-Beziehung hin, als einer der wichtigsten Komponenten. Aufgrund des Rahmens kann nicht weiter darauf eingegangen werden.

Eine Frühgeburt und dessen Auswirkungen kann somit ein lebenslanger Begleiter für die Familien sein, die eine große Belastung immer wieder für alle Beteiligten darstellen kann (Gebker, 2010, S. 4f.). Aufgrund der aufgezählten Risiken in ihrer physischen und psychischen Gesundheit benötigen sie eine intensive Betreuung und Förderung von Anfang an und je nach Verlauf auch über eine längere Lebensspanne hinweg (Lewis, 2022, S. 6). Daraus kann eine jahrelange Sorge um die Entwicklung und Gesundheit des Kindes resultieren, die den Alltag massiv beeinträchtigt kann (Gebker, 2010, S. 4f.).

2.4 Versorgung von Frühchen in Deutschland

Die Begleitung der Familien mit einem frühgeborenen Kind beginnt bereits im Krankenhaus. Diese kann unterschiedlich aussehen. Zeichnet sich eine Frühgeburt aufgrund verschiedener Problematiken bereits frühzeitig ab, können die Eltern ein spezialisiertes Krankenhaus [KH] aufsuchen (Christ-Steckhan, 2005, S. 56f.). Dort besteht die Möglichkeit die Betroffenen Eltern bereits vorab auf die bevorstehende Zeit durch eine präpartales Beratungsgespräch sowie Besichtigung auf der Neonatologie vorzubereiten (ebd.). Bei einer plötzlich eingetretenen bzw. eingeleiteten Frühgeburt ist beides nicht möglich (ebd.). Um die bestmögliche Versorgung eines sehr oder extrem Frühgeborenen zu gewährleisten sollte die Geburt und stationäre Behandlung in einen der Perinatalzentren erfolgen, da diese entsprechend auf diese Zielgruppe spezialisiert sind (Müller-Rieckmann, 2022, S. 22). Die Perinatalzentren werden in Level 1 und Level 2 hinsichtlich ihrer Spezialisierung unterschieden (Sarimski, 2021, S. 9). Diese entstanden durch eine Zusammenführung der geburtshilfliche- und neonatalen Stationen, die entsprechend qualitativer Standards errichtet

wurden (ebd.). Diese Zentren sind für Kinder unter der 32. SSW oder 1500g vorgesehen (ebd.). Zudem wird die Elternarbeit ebenfalls fokussiert (ebd., S. 119).

Kinder die ein Geburtsgewicht unter 1500g unterschreiten gehören zu der Gruppe der Hochrisikopatienten, da die Entwicklungs- und Lebensprognose schwer einzuschätzen sind und Komplikationen jederzeit eintreten können (Dinger, 2013, S. 11). Die Ausstattung der Kliniken muss deshalb entsprechend an die frühgeborenen Kinder angepasst sein, da diese eine andere Behandlung als ein reifgeborenes Kind benötigen (Müller-Rieckmann, 2022, S. 17f.). Diese werden nun kurz erläutert, um die Einflüsse auf die Eltern besser nachvollziehen zu können.

Aufgrund der Frühgeburt ist der Säugling deutlich kleiner und schmaler, da es noch keine Fettpölsterchen entwickeln konnte (ebd.). Die Haut scheint fast durchsichtig zu sein, das Wachstum der Nägel ist noch nicht ganz abgeschlossen und Augenbrauen können fehlen (ebd.). Der Atem des Kindes ist immer wieder unregelmäßig und die körperliche Temperatur schwankt, weshalb eine Unterstützung im Inkubator notwendig ist (ebd.). Der Greif- und Saugreflex sind aneinandergeschlüsselt (ebd.). Dabei ist das saugen, schlucken und das Suchen mit dem Mund viel schwächer ausgeprägt (ebd.). Phasen von Ruhe und Aktivität verfolgen einen Rhythmus und die Kinder senden andere Signale z.B. zeigt eine in faltengelegte Stirn bereits ein Unwohlsein an (ebd.). Hinzu kommt eine Überempfindlichkeit bei Berührungen, Licht und Lärm (ebd.). Aufgrund der fehlenden Muskulatur ist die Körperhaltung verändert (ebd.). Diese wird als Froschhaltung beschrieben (ebd.). Zudem sind Bewegungsabläufe ebenfalls anders (ebd.). Das Verhalten und das Aussehen eines extrem frühgeborenen Kindes weichen deshalb bereits stark von einem reifgeborenen Kind und somit von den Vorstellungen der Eltern ab (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Aufgrund der genannten Merkmale ist eine engmaschige Überwachung auf der Intensivstation unabdingbar sowie der Verbleib in einen Inkubator für einige Zeit (München Klinik, n.d.). Die Behandlung läuft folgendermaßen ab: Im Brutkasten wird die optimale Temperatur für das Kind gehalten (ebd.). Zudem werden durch das Gerät die passende Sauerstoffversorgung und die entsprechende Luftfeuchtigkeit geregelt, damit die Entwicklung des Säuglings bestmöglich voranschreiten kann (ebd.). Über die Monitore werden Atmung sowie Herzschlag rund um die Uhr überwacht (ebd.). Da sich das Frühchen noch nicht alleine über die Muttermilch ernähren kann, benötigt es eine Zuführung der wichtigsten Nährstoffe über eine Magensonde (ebd.). Zudem werden weitere Medikamente dem Kind verabreicht, um die Ausbildung der Organe weiter voranzubringen (ebd.). Sehr oft sind die Extremfrühchen zu Beginn noch zu schwach, um einen Körperkontakt zu den Eltern aushalten zu können (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 38). Wenn das Kind stabil genug ist, kann durch die sogenannten Känguru-Methode weitere Abhilfe geschafft werden und soll die Bindungsanbahnung zwischen Eltern und Kind weiter unterstützen (München Klinik, n.d.).

„Das nur mit einer Windel bekleidete Frühgeborene wird für einige Stunden auf die nackte Brust von Mutter oder Vater gelegt. Es kann ihren Herzschlag hören, die Haut riechen und die Stimme hören“ (München Klinik, n.d.).

Dabei kann das Kind sich geborgen fühlen und die Eltern können im Umgang mit dem Neugeborenen immer mehr Zuversicht erlangen (BZgA, 2023).

Viele der Kinder brauchen mehrere Monate die Betreuung in der Neonatologie (von der Wense & Bindt, 2021, S. 40). In der Regel verbringen extrem frühgeborene Kinder die fehlende Zeit bis zum eigentlichen Geburtstermin auf der Intensivstation (ebd.). Das kann einen 3-4 monatiger Aufenthalt im Krankenhaus bedeuten. (ebd.). Deshalb sollten Eltern bereits im Krankenhaus Unterstützung in der Bewältigung bekommen. Die Hilfen werden im nächsten Abschnitt thematisiert.

2.5 Hilfen für frühgeborene Familien¹

Grundsätzlich gehören alle Hilfsmaßnahmen in den ersten Jahren zum präventiven Netzwerk „Frühe Hilfen“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, n.d.a). Diese richten sich zunächst an alle Familien bereits ab der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes unabhängig von der Thematik (ebd.; siehe Anhang B.2). Die Maßnahmen für die Familien mit einem Frühgeborenen sind deshalb bereits durch ein großes interdisziplinäres Netzwerk verbunden. Im Anhang B befindet sich auch eine Aufzählung der rechtlichen Ansprüche und Entlastungen für die Eltern.

Die möglichen Hilfen werden nun chronologisch nach ihrer Inanspruchnahme dargestellt.

Im Falle einer Frühgeburt sollte nach Christ-Steckhan (2005, S. 84) die *Elternbegleitung* bereits während des Krankenhausaufenthaltes täglich stattfinden. Zudem sollte die Entlassung und die erste Zeit Zuhause mit dem Kind unterstützt werden, um präventiv agieren zu können (ebd., S. 116f.). In den Perinatalzentren ist eine Elternberatungsstelle jeweils eingerichtet und rechtlich verankert (Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V., 2014, S. 5f.). Nach dem Bundesverband besteht in den Zentren aber keine vergleichbare Qualität in der Umsetzung der Elternberatung (ebd.). Auch hinsichtlich der Definition, Zuständigkeiten und inhaltlichen Umsetzungen besteht keine Einigkeit, weshalb der Bundesverband einen Praxisleitfaden entwickelte (ebd.). In diesem Leitfaden wird die neonatale Elternberatung in verschiedene Aufgaben gegliedert, der sich im Anhang B.1 befindet. Kurz gesagt, bekommen die Eltern bereits während und wenn möglich vor der Krankenhauszeit eine psychosoziale Begleitung (ebd.). Zudem soll eine Vernetzung zur

¹ Vorab zu erwähnen ist, dass für Familien mit einem ELBW derzeit keine speziellen Unterstützungsmaßnahmen vorliegen. Die Maßnahmen richten sich meist an alle frühgeborenen Familien oder speziell an Kinder und ihre Familien bei einem Geburtsgewicht unter 1500g. Die detaillierten Maßnahmenbeschreibungen befinden sich im Anhang B.

Nachsorge stattfinden (ebd.). Zu erwähnen ist, dass ca. 210 Perinatalzentren in Deutschland bestehen (Sarimski, 2021, S. 9) und somit kein flächendeckender Ausbau vorhanden ist.

Auch Schäfer, Karutz & Schenk (2017, S. 218) verweisen darauf, dass zwar auch außerhalb der Perinatalzentren einige Kliniken eine elterliche Maßnahme integrierten. Allerdings wurde bei vielen keine konkreten Beschreibungen und Umsetzungen der Begleitung benannt sowie kaum Evaluationen erhoben (Scheithauer & Petermann zit. n. Schäfer et al., 2017, S. 218). Somit kann kaum eine Aussage über die derzeitige Qualität der psychosozialen Elternbegleitung im Krankenhaus getroffen werden (ebd.). Aufgrund wirtschaftlicher Hintergründe können manchen Familien, die aus Sicht des Personals nicht so stark wie andere belastet sind, eingerichtete Hilfemaßnahmen im Krankenhaus verwehrt werden (Schäfer et al., 2017, S. 218). Damit kann aber der tatsächliche Bedarf nach Studienergebnissen nicht abgedeckt werden, da die Einschätzung des Personals über den elterlichen psychischen Zustand oft mit der eigenen Bewertung der Eltern nicht übereinstimmt (von der Wense & Bindt, 2021, S. 81). Damit stellt sich ebenfalls die Frage, ob die Eltern über die bestehenden Angebote aufgeklärt wurden, wenn die Eltern nach außen gut mit der Situation umgingen. Bei einer Befragung vom Bundesverband „das frühgeborene Kind“ e.V. im Jahre 2013 wurden ca. 200 Eltern hinsichtlich ihrer Erfahrungen im Krankenhaus befragt (Bundesverband „das frühgeborene Kind“ e.V. zit. n. Sarimski, 2021, S. 4f.). Ca. ein Viertel der Befragten haben sich zu einer fehlenden psychosozialen Begleitung geäußert (ebd.). Der Bundesverband sieht es deshalb seit einigen Jahren als seine Aufgabe, qualifizierte und familienorientierte psychosoziale Begleitung im Krankenhaus und in der Nachsorge weiter voranzutreiben (ebd.). Die Notwendigkeit einer psychosozialen Begleitung wird durch die Studie von Jotzo und Poets (2005) bestätigt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass eine psychosoziale Unterstützung im Krankenhaus Symptome einer Traumatisierung reduzieren kann (ebd.). Generell kann nach Sarimski (2021, S. 91) hierdurch psychischen Langzeitfolgen entgegengewirkt werden. Zum Beispiel vernahm eine länderübergreifende Studie einen deutlichen Unterschied der elterlichen psychischen Gesundheit, wenn die Eltern sehr stark in die Versorgung ihres Kindes einbezogen wurden, Elternschulungen erhielten und mindestens 6 h an 5 Tagen die Woche Zeit mit ihrem Kind verbrachten (von der Wense & Bindt, 2021, S. 175). So konnten Stress und Ängste bei den Eltern reduziert werden (ebd.).

Hingegen zur Elternbegleitung in den Kliniken ist die *Nachsorge* im Elternhaus durch den § 43 Absatz 2 SGB V gesetzlich geregelt (Bundesverband „das frühgeborene Kind“ e.V., 2014, S. 22.). Diese wird durch die sozialmedizinische/sozialpädiatrische Nachsorge, Hal.e.kin oder den Bunten Kreis ausgeführt. Die Begleitung kann bereits für einige Termine im KH stattfinden und betreut die Familien ca. 6-12 Wochen bei dem Übergang nach Hause in die häusliche Versorgung (ebd.). Die sozialmedizinische/sozialpädiatrische Nachsorge ist eine Hilfe für Kinder mit einer schwerwiegenden Erkrankung (Bundesministerium für Gesundheit, 29.02.2016). Diese ist eine mobile

Versorgung eines schwererkrankten Kindes nach der Entlassung aus dem KH oder Rehabilitationseinrichtung (ebd.). Die Familie kann die Hilfe bei der Krankenkasse beantragen, wenn der stationäre Aufenthalt somit verkürzt werden kann oder eine Weiterführung der Behandlung Zuhause von Nöten wird (ebd.). Die weiteren Erklärungen der Nachsorgeanbieter *Bunter Kreis* und *Harl.e.kin* befinden sich im Anhang B.2 und B.3.

Der Familie steht neben der Nachsorge ebenfalls die Begleitung durch eine *Hebamme* nach der Krankenhauszeit zu (Christ-Steckhan, 2005, S. 85f.). Aufgrund des Fachkräftemangels stellt sich hier die Frage, ob dieser Anspruch kurzfristig geltend gemacht werden kann.

Hinsichtlich der Nachsorge zeigt die sozialmedizinische Nachsorge konzeptionell eine starke Fokussierung auf die Begleitung des Übergangs ins Elternhaus. *Harl.e.kin* und der Bunte Kreis zeigen eine stärkere Vernetzung mit den Krankenhauspersonal und weiteren, späteren Hilfen auf (siehe Anhang B). Zudem werden die Eltern – besonders bei *Harl.e.kin* - ebenfalls mitberücksichtigt (siehe Anhang B).

Folgende Maßnahmen können *nach der Nachsorge* in Anspruch genommen werden:

Aufgrund der extremen Frühgeburt, die damit einhergehende Entwicklungsverzögerung und drohende Beeinträchtigung oder Behinderung des Kindes kann durch den Kinderarzt die *Frühförderung* beantragt werden (BZgA, n.d.a). Dabei handelt es sich um ein interdisziplinäres Team, das ergo-, logo-, physiotherapeutische und pädagogische Maßnahmen für das Kind enthält (ebd.). Der Blickwinkel der Frühförderung ist ebenfalls auf die Familie gerichtet, somit sollen auch Eltern begleitet und unterstützt werden (ebd.). Die Frühförderung arbeitet wie im Anhang B.4 beschrieben bereits sehr früh mit den *Hal.e.kin* Mitarbeitern zusammen. Neben der Frühförderung gibt es natürlich auch die Möglichkeit die Hilfen einzeln in Anspruch zu nehmen z.B. die Physiotherapie.

Weitere präventive Maßnahmen (siehe Anhang B) stellen *Pekip* (Prager-Eltern-Kind Programm), *Safe* (Sichere Ausbildung für Eltern) und das Aufsuchen einer Elterngruppe/Selbsthilfegruppe für frühgeborene Eltern dar. Letzteres kann eine große präventive Wirkung durch den Austausch und Kontakt zu anderen betroffenen Eltern haben (von der Wense & Bindt, 2021, S. 176f.), allerdings werden diese nicht überall angeboten. *Pekip* kann den Austausch mit anderen Eltern ermöglichen und präventiv auf die Eltern-Kind Bindung wirken (Polinski & Roch, 1.7.2013). *Safe* ist ein Elternprogramm, das eine Traumatisierung mitbehandelt (Spindler & Lux, 2012, S.5).

Hinsichtlich der Begleitung der elterlichen *Paarbeziehung* konnten keine expliziten Maßnahmen für Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung gefunden werden. Auch in den jeweiligen Konzeptionen konnten hierzu keine spezifischen Aussagen entnommen werden. Derzeitige Begriffsbestimmungen und Konzeptbeschreibungen - wie oben genannt – fokussieren eher Beziehungsaspekte hinsichtlich der Eltern-Kind-Bindung oder der Einfeldung in die Elternrolle. Nur die Formulierung „Arbeit an Familienthemen“ (siehe Anhang B.4) weist daraufhin, dass die Betroffenen Probleme in

ihrer Paarbeziehung ggfls. ansprechen könnten. Inwieweit die genannten Hilfen die Partnerschaft der Eltern im Blick behalten bleibt hiermit offen. Lediglich das *Triple P Programm* - Positive Parenting Program - geht auf elterliche Konflikte, Paarbebelastungen und Umgang mit Stress und Emotionen sowie gegenseitige Unterstützung in der Partnerschaft bei entwicklungsverzögerten oder verhaltensauffälligen Kindern ein (Jahnel & Karls, 07.03.2012). Eine Studie von Colditz (2015, S. 3) hat das Programm auf Eltern mit einem Frühgeborenen angepasst, als Baby Triple B Programm (siehe Anhang B.7). Das wird aber derzeit noch nicht in Deutschland angeboten.

Eine Möglichkeit, die jedoch für die Eltern besteht, ist sich an eine *Paar- oder Familientherapie* zu wenden, die allerdings meist selber bezahlt werden muss (Pro Psychotherapie e.V., 2023). In Ausnahmefällen können die Kosten getragen werden, wenn einer der Partner an einer psychischen Erkrankung leidet, die die Partnerschaft stark beeinflusst (ebd.). Es gibt noch die Möglichkeit eine kostenlosen *Paar- und Familienberatungsstelle* aufzusuchen (ebd.). Weitere Konzepte gehen aus der derzeitigen vorliegenden Datenlage nicht hervor. Inwieweit Konzepte für die Partnerschaft bereits im KH und in der Nachsorge notwendig wären, soll im Kapitel 4.3 und im Forschungsteil behandelt werden.

Sarimski (2021, S. 5f.) weist zudem auf eine andere Thematik in der Zusammenarbeit der Hilfen hin. Nach seiner Sicht müssen Netzwerke verbessert und weiter vorangetrieben werden, um den weiteren Ausbau der Hilfen für die frühgeborenen Familien qualitativ und bedürfnisgerecht umsetzen zu können. Dazu gehören verschiedenen Disziplinen wie medizinische Fachkräfte, PsychologInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und FrühpädagogInnen (ebd.). Denn nach Sarimski fehlt immer noch ein gemeinsames Behandlungskonzept mit philosophischen Grundsätzen, eine gemeinsame Sprache und die Bereitschaft voneinander zu lernen (ebd.). Für eine intensivere Kooperation müssen weitere Rahmenbedingungen von den Organisationen und Politik geschaffen werden, um eine Zusammenarbeit organisatorisch zu ermöglichen (ebd.). Hierfür müssen auch Schwellen von stationären und ambulanten Hilfen überwunden werden (ebd.). Zudem plädiert Sarimski (2021, S.6) für die Bereitstellung weiterer finanzieller Mittel für die Entwicklung oder den Ausbau von ganzheitlichen qualitativen Konzepten hinsichtlich einer familienorientierten Begleitung, damit wir den Herausforderungen des immer geringer werdenden Gestationsalters der Kinder entgegentreten können. Von der Wense & Bindt (2021, S. 177) sehen eine stärkere Vernetzung mit Psychologen oder Psychiatern im Krankenhaus als eine weitere notwendige Maßnahme, um zum einen den Familien bei Bedarf zur Seite stehen zu können, zum anderen aber auch um das medizinische Team weiter zu schulen und zu unterstützen (ebd.). Gross-Letzter (2021, 97f.) verweist auf die Notwendigkeit einer sozialpädagogischen und psychologischen Begleitung der Eltern in Form einer neuen „Kontaktstelle Frühgeburt“, die die Familien vom Krankenhaus bis zur Schule und darüber hinaus begleiten soll. Bis auf die Frühförderung enden die

vorherigen genannten Maßnahmen einigen Wochen nach der Begleitung. Nach Müller-Rieckmann (2022, S. 39) bleiben extrem frühgeborene Kinder meist ein Jahr in der Obhut von frühpädagogischen und entwicklungspsychologischen Maßnahmen.

Zusammenfassend wurden zwar gute Ansätze wie z.B. Harlekin, Bunter Kreis und Baby Triple P für die Begleitung der betroffenen Eltern entwickelt, aber oft besteht kein flächendeckender Ausbau und somit sind manche Familien schlechter versorgt als andere, da die entsprechenden Rahmenbedingungen fehlen. Fragen, die offen bleiben sind, inwiefern ist die Unterstützungsdauer angemessen, wie viele Familien werden erreicht, was erhalten sie und welche Rolle spielt die Partnerschaft in den Hilfen. Dieser Fragen werden im Forschungsteil nachgegangen.

3. Eltern werden

In diesen Abschnitt werden nun grundsätzliche Auswirkungen einer Geburt auf die Eltern durch die Transition in die Elternschaft beschrieben. Im dritten Abschnitt befinden sich die Einflüsse einer extremen Frühgeburt auf Mutter und Vater und ihre Gesundheit.

3.1 Die Geburt

Jede geburtliche Situation kann individuell ablaufen, von einer natürlichen Geburt im Krankenhaus, Zuhause, in der Hebammenzentrale bis hin zu einer Geburt, bei der ein Kaiser- oder Dammschnitt oder andere Hilfsmittel wie z.B. die Saugglocke, Zangen, usw. von Nöten sind (Bayerisches Staatsministerium für Familien, Arbeit und Soziales [StMAS], n.d.). Eine Geburt verläuft in vier Phasen: der Eröffnungs-, Übergangs-, Austreibungs- und Nachgeburtsphase (StMAS, n.d.a). Die erste Phase beginnt mit den Wehen (ebd.). In der Regel tritt nun der Kopf des Kindes immer weiter in das mütterliche Becken ein und die Fruchtwasserblase platzt (ebd.). In der Übergangsphase nimmt die Intensität der Wehen weiter zu und das Kind sollte nun in der richtigen Position im Geburtskanal liegen (ebd.). Bei vollständiger Öffnung des Muttermundes beginnt die sogenannte Austreibungsphase (ebd.). Mit den Presswehen wird das Kind immer weiter aus den Geburtskanal geschoben bis es endlich auf der Welt ist (ebd.). Danach wird die Nabelschnur entfernt und in der letzten Phase muss durch die sogenannte Nachgeburt die Plazenta ausgestoßen werden (ebd.). Dabei kann auch die Mutter generell auch langfristig zu Schaden kommen (Schreiberhuber, 11.03.2021).

Bei der Geburt können problematische oder sogar lebensbedrohliche Thematiken auftreten, wenn der Kopf des Kindes nicht in der richtigen Lage liegt, wenn der Muttermund geschlossen bleibt, die Herztöne des Kindes abfallen oder eine Unregelmäßigkeit bei den Wehen auftritt

(BZgA, 11.11.2010). Weitere Thematiken können z.B. ein frühzeitiger Blasensprung ohne Wehen, Probleme bei der Nachgeburt oder eine generelle Geburtsverzögerung darstellen (ebd.).

Eine Geburt beschreibt Janus (2015, S. 61) grundsätzlich als eine Grenzerfahrung für den Körper und den seelischen Zustand. Dabei dreht sich alles um Leben und Tod (ebd.).

Auch wenn das Kind reif ausgetragen werden kann, belastet viele Frauen und Männer die erlebte Geburtssituation (Ludwig-Körner, 2013, S. 50). Ob eine Geburt als belastend empfunden wird, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab (ebd.). Zum Beispiel inwieweit das Kind oder die Mutter selbst bei der Geburt in Gefahr schwebten, der Umgang des Personals mit den Eltern, der Einbezug bei der Geburt, mütterliche Bindungserfahrungen und der Umgang mit der Kontrollabgabe (ebd.). Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor kann eine traumatische Vorerfahrungen darstellen (Kruse, 2021, S. 34).

Eine Studie durchgeführt von City, University of London zeigte auf, dass 11,8% der Frauen nach der Geburt Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS]² aufwiesen (Nakić Radoš et al., 2019, S. 17). Findet eine Notkaiserschnitt statt, konnte eine höhere Wahrscheinlichkeit einer PTBS von 15% gefunden werden (ebd.).

Eine weitere psychische Folge von der Geburt kann eine postpartale Angsterkrankung³ sein (Netzwerk Krise nach der Geburt, n.d.). Dabei treten Angst- und/oder Panikgefühle auf, meist drehen sich die Ängste um das Kind (ebd.). Ebenfalls besteht die Gefahr eine postpartale Zwangserkrankungen zu entwickeln (ebd.) Hierbei tritt bei den Betroffenen durch Bilder, Gedanken oder Impulsen als Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen auf (ebd.).

Insgesamt erkranken 10-20% der Mütter an einer postpartalen Depression⁴, einer Angst- oder Zwangsstörung (Schatten & Licht e.V., n.d., S. 5f.).

Die Baby-Blues Phase, die oft hormonell bedingt ist, erleiden ca. 50% der Mütter nach einer Geburt, die wenige Stunden bis 14 Tage nach der Geburt andauern kann (Christ-Steckhan, 2005, S. 86). Zusammenfassend stellt jede geburtliche Situation eine Herausforderung dar. Je nach Umständen der Geburt können psychische Thematiken auftreten.

² „Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt als eine verzögerte psychische Reaktion auf ein extrem belastendes Ereignis, eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes auf“ (Berufsverbände für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland, n.d.). Die Dauer des Ereignisses spielt dabei keine Rolle, sondern die Gefühle von Angst, eines Kontrollverlustes, Schutz- und Hilfslosigkeit sowie die Einschätzung die Situation nicht bewältigen zu können (ebd.). Diese Symptome einer PTBS sind Intrusionen z.B. Flashbacks, Vermeidung und Übererregbarkeit z.B. körperliche Reaktionen (Hecker & Maercker 2015, S. 549f.).

³ Angststörungen werden unterschieden in spezifische Phobien, Sozialphobie, Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, Zwangsstörungen und generalisierte Angststörung (ICD 10 GM, F40-F48).

⁴ „[Depression ist eine] psychische Störung deren Kernsymptom in einer durch Beeinträchtigung der Gefühls- und Stimmungslage bedingte psych. Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit besteht“ (de Vries & Pentermann, 29.09.2022). Symptome zeigen sich z.B. in der Motivation, Verhalten, Kognition und vegetative System (ebd.).

3.2 Transition der Elternschaft

Die Erfahrung ein Kind in sich wachsen zu spüren, dass mit der Mutter verbunden und abhängig von dieser ist, erfüllt diese mit dem Gefühl bedeutsam zu sein und aus ihrer Lebensenergie etwas geschaffen zu haben (Sarimski, 2020, S. 58). Die Vorbereitung der Elternschaft beginnt bereits in der Schwangerschaft. Hierbei. Nach Jungbauer (2014, S.44f.) in Anlehnung an Glogar-Tippelt (1988) werden verschiedene Phasen durchlaufen.

Bis zur 12. SSW findet die sogenannte Verunsicherungsphase statt, die mit körperlichen Beschwerden meist einhergeht und die Mutter viele Emotionen dabei durchleben lässt, die wiederum ihren Partner auch stark verunsichern können (ebd.). Beide kämpfen mit Ängsten, ob sie ein Kind großziehen können oder ob die Schwangerschaft gut verläuft, usw. (ebd.). In der Anpassungsphase, die von der 12. – 20. SSW reicht, lassen Ängste ein wenig nach und es beginnt eine langsame Auseinandersetzung mit der künftigen Elternrolle (ebd.). In der 20. – 32. SSW beginnt die Konkretisierungsphase, in der eine konkrete Auseinandersetzung mit der Elternrolle und erste Überlegungen für das Kind geplant werden (ebd.). Ludwig-Körner (2013, S. 47) betont, dass die Auseinandersetzung mit der Elternrolle besonders in der Zeit beginnt, ab dem die Eltern das Kind das erste Mal spüren, da die Lebensveränderung sichtbar wird. Mit der Antizipations- und Vorbereitungsphase, die nach der 32. SSW bis zur Geburt anhält, beginnt die erneute Zeit des körperlichen Unwohlseins und ist vor allem durch die Auseinandersetzung mit der Geburt sowie Vorbereitungen z.B. Tasche packen und Kinderzimmer einrichten geprägt (Jungbauer, 2013, S. 45). Nach der Geburt treten die Eltern in die sogenannte Überwältigungsphase ein, die ca. bis zum 2. Monat des Kindes reicht (ebd.). Diese Phase ist meist geprägt durch Glücksgefühle, psychische Verstimmungen bzw. Problematiken, Erschöpfung und das Finden einer Routine (Jungbauer, 2014, S. 46). Danach folgt bis das Baby sechs Monate alt ist eine Phase der Umorientierung, in der sich die Aufgaben zwischen Mutter und Vater langsam verfestigen und diese immer besser in die Elternrolle hineinfinden (ebd.). Die danach beginnende Gewöhnungsphase ist eine Zeit, in der die Eltern ihr Kind besser verstehen und bereits eine gute Eltern-Kind-Beziehung aufbauen konnten (ebd.). Die Elternrolle hat sich ebenfalls gefestigt und findet Einzug im sogenannten Selbstkonzept (ebd.). Außerdem werden die jeweiligen Rollen in der Partnerschaft eingebettet (ebd.). Dabei konnte fast immer ein starker Wandel in der Biografie der Eltern festgestellt werden (Jungbauer, 2014, S. 44). Diese Veränderung wird unterschiedlich erlebt und reicht von komplett positiven, ambivalenten oder negativen Bewertungen der Lebensveränderung (ebd.). Damit der Übergang in die Elternschaft gut gemeistert werden kann formulierten Reichle & Werneck (1999, S. 13) anhand verschiedener Studien entsprechende Schutz- und Risikofaktoren. Individuelle Schutzfaktoren sind

eine positive Selbstwirksamkeitserwartung sowie Selbstwertgefühl hinsichtlich der Elternrolle, eine humorvolle und optimistische Lebensweise, entsprechender Reifegrad und Sensitivität (Reichle & Werneck 1999, S. 10). Risikofaktoren sind hingegen finanzielle Belastungen, geringe Bildungserfahrung, unverhoffte Schwangerschaft, ein als schwieriges erlebtes kindliches Temperament sowie Schwierigkeiten in der Abrufung der elterlichen Kompetenz (Reichle & Werneck, 1999, S. 7). Weitere Faktoren sind nach Sarimski (2021, S. 59f.) unverarbeitete Kindheitserfahrungen, eine schwach ausgeprägte Dialogfähigkeit und Problematiken in der Paarbeziehung der Eltern. Zusammenfassend wird die Bewältigung der Transition in die Elternschaft besonders beeinflusst von persönlichen und sozialen Ressourcen sowie der Beziehung der Eltern.

3.3 Eltern mit Frühgeburtserfahrung

Die Elternschaft beginnt wie bereits erwähnt mit der Auseinandersetzung in der Schwangerschaft, die Eltern von Frühgeborenen deutlich verkürzt erleben. Weitere Einflüsse auf die Eltern sind die meist problematische Geburt und die erste Zeit mit ihrem Kind im KH, die nun dargestellt werden.

3.3.1 frühgeburtliche Belastungen durch Schwangerschaft und Geburt

Mütter, die ihr Kind in der zweiten Schwangerschaftsphase bekommen spüren oft kurz vorher die ersten Bewegungen des Fötus (Ludwig-Körner, 2013, S. 47). Dies wiederum lässt sie das Leben ihres Kindes und die bevorstehende Lebensveränderung noch einmal spüren (ebd.). Wie oben beschrieben findet zwischen der 20. bis 32. SSW vor allem eine Auseinandersetzung mit der werdenden Elternrolle statt, bei einer Geburt vor der 28. SSW ist auch diese Phase deutlich verkürzt (ebd.). Das bedeutet auch, dass die emotionale Vorbereitung auf das Kind und die Beziehung zum Kind kaum stattgefunden hat (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69). Der vorzeitige Abbruch stellt die Mutter vor eine psychische Herausforderung, da sie sich noch eins mit dem Kind fühlt (Sarimski, 2000, S. 57). Nach Christ-Steckhan (2005, S. 66) beginnt die Auseinandersetzung mit der Trennung vom Kind erst nach der 32. SSW.

Noch zu erwähnen ist, dass manche Mütter sich bereits in der Schwangerschaft immer wieder in Sorge um ihr Kind befinden und je nach Situation bereits mehrere Wochen vor der Geburt im KH bleiben müssen (Christ-Steckhan, 2005, S. 53). Die Frühgeburt kann plötzlich stattfinden oder aber auch ein längerer Prozess von Bangen und Hoffen sein, die Grenze der Lebensfähigkeit gerade noch zu schaffen (ebd.). Bei manchen betroffenen Frauen beginnen die Problematiken bereits kurz nach der Erkennung der Schwangerschaft (ebd.). Die Vorbereitungszeit auf das Kind kann somit durch die Sorge um das Leben und die Gesundheit des Kindes schon früh überschattet werden.

Neben dem abrupten Ende der Schwangerschaft wird häufig die Geburtserfahrung als sehr belastend erlebt (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69). Familien, die ihr erstes Kind bekommen, haben keine Geburtsvorerfahrung und können aufgrund der Frühgeburt auch keinen Vorbereitungskurs besuchen (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Endet die Schwangerschaft in der zweiten Phase, fühlen sich viele Betroffene als wären sie aus der Schwangerschaft gefallen. Diese Begrifflichkeit findet man immer wieder auch in Fachliteraturen. Deutlich wird durch diese Aussage der erlittene Kontrollverlust in einer unerwarteten Situation. Sie werden mit einem abrupten Ende und einer hohen Intensität aus der Schwangerschaft geholt, was viele Eltern in eine akute Angst versetzt (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69).

Durch die meist plötzliche Frühgeburt können in den Eltern die Gefühle von Verwirrtheit und erhöhter Verletzlichkeit entstehen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69). Von der Wense & Bindt (2021, S. 79) beschrieben hierfür ein treffendes Fallbeispiel: „[...] Als sie wieder zu sich kommt, kann sie kaum fassen, was geschehen ist. Erst das Pflaster auf ihrem Bauch und die Naht verschaffen ihr Gewissheit: Ihr Baby ist nicht mehr bei ihr, es ist irgendwo. Kim fühlt sich leer und sehr schwach“ (Wense & Bindt, 2021, S. 79).

Die Vorstellung der Mutter, wie die Geburt hätte ablaufen sollen und ein gesundes sowie reifgeborenes Baby zu bekommen, prallen mit der vorherrschenden Situation stark aufeinander (Ludwig-Körner, 2013, S. 50). Viele fühlen sich hilflos und ohnmächtig (ebd.). Die Mutter sowie auch der Vater sind komplett abhängig vom medizinischen Personal und müssen diesem vertrauen, was oft nicht leichtfällt (ebd.). Bei 80% der Mütter, die ihr Kind vor der 32 Schwangerschaftswoche gebären, kommt es dann zu einer Notsectio (Steinhardt & Zöllner, 2013, S. 141). Viele Menschen agieren schnell (ebd.). Aufgrund der Notsituation können die Betroffenen nicht miteinbezogen werden (ebd.). Die Ungewissheit, wie es um die Frau und um das Kind steht sowie was gerade vor sich geht, ist eine Erfahrung, die viele Väter stark belastet (ebd.).

Wenn das Kind auf der Welt ist können die betroffenen Eltern meist keine Glücksgefühle, Freude, usw. empfinden, stattdessen überwiegen Ängsten, Trauer, Verzweiflung, usw. (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Das Gefühl von Schuld und Scham kann aus der frühzeitigen Beendigung der Schwangerschaft heraus resultieren (Ludwig-Körner, 2013, S. 50). Viele Mütter fühlen sich schuldig, da sie ihr Kind nicht bis zum Ende austragen konnten (ebd.). Dabei tritt sehr oft auch ein Schamgefühl auf, als Frau versagt zu haben (ebd.). Weitere Auswirkungen können eine große Niedergeschlagenheit und Gedanken von Insuffizienz darstellen (Sarimski, 2021, S. 61).

Zusammenfassend ist der Schwangerschaftsabbruch in der zweiten oder dritten Phase bereits eine Thematik, die die Eltern belastet. Die Vorbereitungszeit auf das Kind im Sinne der emotionalen, aber auch kognitiven Auseinandersetzung mit der Thematik sind deutlich verkürzt. Sie fallen fast unvorbereitet in die Elternschaft und erleben mit einer hohen Intensität verschiedene

Gefühle. Hinzu kommt die oft sehr belastende Geburt und ein verfrühter Start in das gemeinsame Leben. Der Abschluss der Geburt durch das Halten des Kindes kann bei Eltern mit einem ELBW meist wegen der hohen medizinischen Bedürftigkeit des Kindes nicht gegeben werden, sondern lässt einige Zeit auf sich warten. Die Geburt endet mit einer Trennung vom Kind, die für keinen der Beteiligten vorhersagbar war (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Das Hineinfinden in die Elternrolle kann dadurch deutlich erschwert werden (Ludwig-Körner, 2013, S. 50). Inwieweit die Eltern die erste Zeit mit ihrem Kind im KH erleben und wie sich diese auswirkt, wird im folgenden Kapitel betrachtet.

3.3.2 frühgeburtlicher Start in die Elternschaft und seine Belastungen

Der Start der Elternschaft verläuft bei einer extremen Frühgeburt anders als bei anderen Eltern, denn sie beginnen den Übergang mit ihrem Säugling auf der Neugeborenen- Intensivstation. Auf der Station laufen verschiedene Thematiken für die Familie gleichzeitig ab (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69).

Aufgrund der Notsituation kommt es häufig zu gesundheitlichen Problematiken oder lebensbedrohliche Situationen auch bei der Mutter, weshalb sie ihr Kind je nach eigenem Gesundheitszustand für eine Zeit nicht sehen kann (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Die Eltern kämpfen zudem häufig mit den gesundheitlichen Problematiken ihres Kindes (Lewis, 2021, S. 6). Der Gedanke, dass für ihr Kind die lebenserhaltenden Mittel eingestellt werden könnten, ist eine weitere oft berechtigte Sorge, die die Eltern erschüttern lässt (ebd.). Je nach Situation können langfristige gesundheitliche Einschränkungen für das Kind hinzukommen, die weitere Ängste bei den Eltern auslösen können (ebd.). Eine weitere Erschütterung ist oft das Aussehen der extrem frühgeborenen Kinder, die von einem reifgeborenen Kind erheblich abweichen (Christ-Steckhan, 2005, S. 66). Dabei erleben die Eltern Gefühle der Ohnmacht, Machtlosigkeit, dem Gefühl ihrem Kind nicht helfen zu können und müssen dem medizinischen Personal voll und ganz vertrauen (Ludwig-Körner, 2013, S. 51). Das größte elterliche Stresserleben ist nach vandenBerg & Hanson (2015, S. 71) für die Eltern zu wissen, dass ihr Kind Schmerzen erleidet und sie es immer wieder auch selbst miterleben, wenn ihr Kind diese aushalten muss. In der Studie von Gale et al. (2004, S. 51) berichteten viele Eltern, dass sie sich unvorbereitet gefühlt haben ihr Kind in Schmerzen zu sehen. Auch noch einige Zeit nach der Entlassung verspürten die Eltern ein großes Stresserleben, wenn ihr Kind zu schreien begann und fragten sich, ob ihr Kind wieder Schmerzen erleidet (ebd.).

Die Versorgung des Kindes kann aufgrund der Frühgeburt nicht von den Eltern in den ersten Wochen oder Monaten übernommen werden (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 69). Wie oben beschrieben, benötigt das Kind eine komplexe und engmaschige medizinische Versorgung. Daraus folgt, dass der Säugling sofort nach der Geburt bis zum Entlassungstag fremd umsorgt wird (ebd.).

Im Zusammenspiel damit, dass die Hauptsorge das Klinikpersonal übernimmt, entstand bei vielen Eltern der Gedanke, dass die Mitarbeiter eine bessere Beziehung zum Kind aufgebaut haben (Sarimski, 2021, S. 61). Wenn die Eltern körperlichen Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen können, sind sie wiederum abhängig von der Unterstützung und Anleitung durch das Personal (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 71). Deshalb kommt bei vielen Müttern und Vätern das Gefühl auf, dass ihr ausgetragenes Kind nicht zu ihnen gehört (ebd.). Die beiden Faktoren der Hilflosigkeit und das Gefühl keine Beziehung zum Kind aufbauen zu können, wirken sich tief auf die sogenannte „Mütterlichkeits-Konstellation“⁵ aus und lassen diese in Frage stellen (Sarimski, 2021, S. 60). Ludwig-Körner (2013, S. 50) beschreibt hierzu, dass sich viele Frauen als „Nicht-Mutter“ empfinden, denn sie erleben die Phase der „primären Mütterlichkeit“ nicht oder nur kaum. Diese Erfahrung kann zu Veränderungen im Fürsorgesystem der Mutter führen (Steinhardt & Zöllner, 2013, S. 142). Durch die Kombination von Stress und Angst, die die Mutter bei der Geburt erlebt hat und die noch nicht entwickelte kognitive Repräsentation des Kindes wirken sich negativ auf den Aufbau des Fürsorgesystems aus (ebd.). Das kann auch eine Auswirkung auf das kindliche Bindungssystem haben (Schäfer et al., 2017, S. 221). Auf diese Thematik kann jedoch nicht weiter eingegangen werden.

Hinzukommt eine tägliche Trennung vom kürzlich geborenen Kind und der Zustand, den Säugling längere Zeit nicht mit nach Hause nehmen zu können (Lewis, 2021, S. 6). Zudem gibt es festgesetzte Besuchszeiten, nach denen die junge Familie ihr Leben herum arrangieren müssen (Lewis, 2021, S. 6). Diese außergewöhnliche Lebenssituation kann durch die vielen verschiedenen Emotionen und Lebensumstellungen zu Brüchen in der Beziehung zum Partner, Geschwisterkindern, Verwandten und Freunden führen, aber auch die Arbeitstätigkeit negativ beeinflussen und somit auch finanzielle Belastungen hervorrufen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 70).

Die Eltern befinden sich in einer ständigen Überforderung und eine Vielzahl an Anforderung wird an sie in der Krankenhauszeit gestellt (Sarimski, 2000, S. 59). Das Pendeln zwischen Krankenhaus und Zuhause kann die Bewältigung des Alltags stark einschränken, die Situation wird durch Geschwisterkinder, die ebenfalls versorgt und emotional begleitet werden müssen, weiter verstärkt (Bindt, 31.10.2021, S. 29). Durch die Covid-19 Pandemie wurden die Rahmenbedingungen der Besuche und Aufgabenmöglichkeiten für die Eltern noch weiter erschwert (Gross-Letzelter, 2021, S. 114f.). Für die Eltern von Frühgeborenen galten die gleichen Verhaltensregeln wie bei anderen Besuchern des Krankenhauses, d.h. tägliches testen, nur ein Besucher gestattet, beschränkte Besuchszeiten und Maskenpflicht (ebd.). Neben den Beschränkungen konnte die Kontaktaufnahme

⁵ Hierbei handelt es sich um entstehenden Denk-, Fühl- und Handlungsmuster, die aus der Beschäftigung mit dem Thema des Mutterseins hervorgehen können (Sarimski 2021, S. 60f.). Die Fragen drehen sich vor allem um, Lebenserhaltung des Kindes, ob eine emotionale Beziehung zum Kind aufgebaut werden kann, kann ich mein Kind genug fördern, gelingt es mir ein soziales Netzwerk zur Unterstützung aufzubauen, kann ich mein Leben so umstrukturieren, dass ich meine Vorstellung für mein Kind erfüllen kann (ebd.).

vom psychosozialen Dienst im Krankenhaus nur über Telefon stattfinden und viele Angebote wurden ausgesetzt (ebd.). Durch die lange Erfahrung der Hilflosigkeit, ihrem Kind keine Nähe und Schutz geben zu können, wäre es notwendig den Eltern nach der Geburt kleine Gelegenheiten zu geben diese auszuüben, um diese Gefühle eindämmen zu können (Sarimski, 2000, S. 58).

Bekommen Eltern kleine Aufgaben in der Pflege und Versorgung des Kindes übergeben, kann das zu einer Stressreduktion der Eltern führen, da sie einen Teil ihrer Elternrolle wieder erleben dürfen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 74). Zudem zeigte sich in der Studie von Gale et al. (2004, S. 56f.) ein positiver Einfluss auf die Eltern und ihre Emotionen, wenn ihnen gezeigt wurde wie sie ihrem Kind Schmerzerleichterung verschaffen können.

vandenBerg & Hanson (2015, S. 74) berichteten, dass das Wichtigste was den Eltern während der Krankenhauszeit Kraft gegeben hat, der körperlichen Kontakt zu ihrem Kind - durch die oben genannte Känguru Methode - war. Bei vielen Eltern tritt hierbei eine Art Erleichterung ein, da sie emotional und körperlich ihrem Kind endlich nah sein können (ebd.). Viele Fachkräfte sehen auch die Versorgung des Kindes über die Muttermilch als wichtige Möglichkeit diesen genannten Faktoren gegen zu wirken, denn nur die Mutter kann diese ihrem Kind geben (Christ-Steckhan, 2005, S. 57).

Wenn die Eltern nach der Entlassung ganz auf sich gestellt sind in der Sorge, Pflege und in der Beziehungsgestaltung zum Kind, können sowohl als auch positive sowie negative Gefühle wiederaufkommen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 75). Zudem findet oft ein Trauerprozess statt, indem sich die Eltern vom vorgestellten gesunden Kind verabschieden müssen und dieser kann bei manchen Familien einige Zeit dauern (Sarimski, 2000, S. 59). Der Umgang mit einem Frühchen Zuhause kann nach der langen Zeit auf der Neonatologie schwerfallen (vandenBerg & Hanson, 2015, S. 70). Eine Mutter beschrieb, dass sie trotz ihrer zwei vorherigen Kinder, ganz neu erlernen musste mit ihrem frühgeborenen Kind umzugehen (ebd.). Die Alltagsbewältigung ist aufgrund der gesundheitlichen Problematiken, die aus der Frühgeburt resultieren können stark eingeschränkt und bedeutet eine Vielzahl an Terminen für die Gesundheits- und Entwicklungsförderung des Kindes (ebd.). Aber auch Besonderheiten im Verhalten des Kindes oder Regulationsstörungen können auf die Eltern zu kommen und diese können sie wiederum stark belasten (siehe 2.3). Deshalb sind ein unterstützender Partner sowie soziale Ressourcen in Form eines empathischen und entlastenden Umfeldes, besonders wichtig für die Bewältigung (Sarimski, 2000, S. 95).

3.3.3 Studien zur psychischen Gesundheit von Eltern mit einem Frühchen

Diese beschriebenen Umstände können die Eltern in ihrer psychischen Gesundheit massiv beeinflussen (Sarimski, 2000, S. 59). Auch bei Eltern mit einem termingeborenen Kind können solche Ängste und psychische Belastungen, wie oben bereits beschrieben, entstehen.

Jedoch konnte in der Studie von Pace, Spittle, Molesworth, Lee & Northam (2016, S. 867) ein höheres Stresserleben bei Familien mit einem Frühgeborenen festgestellt werden und die Betroffenen litten meist stärker und länger unter psychischen Beeinträchtigungen, als Eltern mit einem RGK. Zum Beispiel weisen kurz nach der Geburt ca. 40-50% der Mütter und Väter mit einem Kind unter 1500g Symptome einer Angststörung und Depression auf (ebd.). Weitere psychische Themen bewegten sich in der Studie von emotionalen Problematiken und posttraumatischen Belastungsstörungen (ebd.). Diese werden nun durch verschiedene Studien einzeln aufgegriffen.

Die Entstehung einer akuten Angstthematik im Zusammenhang mit der Frühgeburt erforschten bereits verschiedene Studien. Mütter, die eine Frühgeburt erlebten zeigten eine sieben Mal höhere Wahrscheinlichkeit an einer Angststörung zu erkranken, als bei Eltern mit einem reifgeborenen Kind (Helle et al., 2016, S. 131). Bei den Vätern war der Unterschied dreimal so hoch wie bei der Vergleichsgruppe (ebd.). Vriend et. al (2021, S. 2984) kamen zu dem Ergebnis, dass nach einem Jahr immer noch fast 14% der Mütter und 5% der Väter, die eine sehr frühe oder extreme Frühgeburt erlebten hatten, Symptome einer Angststörung aufwiesen. Die am meisten genannten Angstthematiken umfassten die Versorgung, Gesundheit und Entwicklung des Kindes sowie die plötzliche Verantwortungsübernahme als Eltern, aber auch die Angst, dass das Kind sterben könnte (von der Wense und Bindt, 2021, S. 83). Die Väter machten sich zudem Sorgen, um die Gesundheit und das Leben der Mutter, wenn diese durch die Geburt starke Komplikationen erlitt (Christ-Steckhan, 2005, S. 66).

Es besteht durch die Frühgeburt ebenso das Risiko eine Zwangsstörung zu entwickeln, da besonders Komplikationen bei der Geburt und/oder Schwangerschaft dazu führen können sowie vorher bestehende psychische Erkrankungen (von der Wense & Bindt, 2021, S. 84f.). Durch die Angst können Zwangsverhaltensweisen zum vermeintlichen Schutz des Kindes entstehen wie die Unterlassung des Hochhebens (ebd.). Das kann wiederum zu einer Unterversorgung des Kindes führen (ebd.).

Aufgrund der durch die Frühgeburt verursachten Herausforderungen und Belastungen, haben Eltern mit einem ELBW ebenfalls eine höhere Tendenz an einer postpartalen Depression zu erkranken (Christ-Steckhan, 2005, S. 86). Weitere Einflussfaktoren sind Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt (von der Wense & Bindt, 2021, S. 82) Durch ein internationales Review, das sich mit verschiedenen Studien aus unterschiedlichen Ländern beschäftigte, wird deutlich, dass die Depressionsrate bei 22,9 – 42,9% der Mütter nach einer Frühgeburt liegt (de

Paula Eduardo, Gonçalves de Rezende, Menezes & Del-Ben, 2019, S. 399). Die Väter zeigen nach einer Metanalyse 10,4% Symptome einer Depression, im Zeitraum drei bis sechs Monate nach der Frühgeburt lag der Wert bei 25,6% (Paulson & Bazemore, 2010, S. 1961). Zu erwähnen ist hierbei noch, dass bei einigen Familien in den Studien von Treyvaud, Lee, Doyle & Anderson (2014, S. 519) auch nach 2 bis 7 Jahren nach der Geburt eines Kindes unter der 30. SSW erhöhte Depressionswerte zu finden waren.

Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass bei Eltern nach einer Frühgeburtserfahrung signifikant häufiger Symptome von einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten (Bindt 31.10.2021, S. 30). Zum einen wird das Geburtserlebnis als Ursache für die Traumatisierung angesehen (Ludwig-Körner, 2013, S. 50). Das hängt vom Zeitraum ab, je früher die Geburt stattfindet, desto höher die Belastung, und inwieweit das Kind und/oder die Mutter bei der Geburt gefährdet sind sowie die subjektive Bewertung der Eltern (ebd.). Dabei geraten die Mütter oft in eine absolute Abhängigkeit und erleiden einen Kontrollverlust, was ebenfalls zur Traumatisierung beitragen kann (ebd.).

„[...] [Zum anderen] kommt vor allem der Erschütterung elterlicher Erwartungen durch die verfrühte Geburt eine traumatogene Valenz zu, hier insbesondere der anhaltenden Ungewissheit, erlebten Hilflosigkeit, Veränderungen im Wertesystem und in den Vorstellungen von sich selbst in der Elternfunktion“ (von der Wense & Bindt, 2021, S. 88). Nach der Frühgeburt weisen ca. 15-50% der Mütter PTBS Symptome auf, bei Vätern fällt die Zahl deutlich geringer aus (Bindt 31.10.2021, S.30). Jotzo und Schmitz (2002) zeigten ebenfalls in ihrer Befragung, dass Mütter mit einem frühgeborenen Kind noch nach einem Jahr eine signifikante höhere traumatische Belastungssymptome mit 49% der Mütter und 23% bei den Vätern aufweisen. Noch zu erwähnen ist, dass die psychischen Thematiken der Väter mit der psychischen Verfassung der Mütter stark korrelierten (Bindt 31.10.2021, S. 30). Dennoch ist zu beachten, dass diese psychischen Erkrankungen aus einer Frühgeburt resultieren können, aber das nicht immer der Fall ist. Weitere Einflüsse sind hierfür Schutz- und Risikofaktoren die nun dargelegt werden. Es handelt sich dabei um allgemeine Faktoren die auf die Zielgruppe angepasst wurden.

Risikofaktoren sind eine zu junge oder späte Elternschaft, geringer sozioökonomischer Status, erhöhte Vulnerabilität, Labilität, ungewollte Schwangerschaft oder Schwierigkeiten schwanger zu werden, Komplikationen in der Schwangerschaft sowie eine deutlich verkürzte Vorbereitungszeit auf die Elternschaft (Schäfer et al., 2017, S. 220). Weitere Faktoren sind eine belastende Geburt, gesundheitliche Probleme des Kindes und der Mutter, keine psychosoziale Begleitung und zusätzliche Problematiken außerhalb des KH (ebd.).

Als Schutzfaktoren werden vor allem ein mittleres Alter der Eltern, hoher sozioökonomischer Status, eine aufgearbeitete Vergangenheit, emotionale Stabilität und Resilienzfaktoren sowie eine

gewollte Schwangerschaft mit einer begonnenen Vorbereitung auf die Elternschaft gesehen (von der Wense und Bindt, 2021, S. 83). Zudem stellen ein hohes Coping- Verhalten, eine psychosoziale Begleitung, keine zusätzlichen Problematiken außerhalb der Klinik, psychische Gesundheit und soziale Ressourcen weitere Schutzfaktoren dar (ebd.).

Für die Praxis resultiert daraus, dass Eltern nach einer Frühgeburt hinsichtlich ihrer Verarbeitung des Erlebnisses angesprochen werden müssen und eine Begleitung benötigen (Bindt 31.10.2021, S. 32). Zudem ist zu beachten, dass Eltern, die bereits vorher mit Ängsten, Traumata oder anderen psychischen Erkrankungen konfrontiert waren, nach der Frühgeburt eine signifikante erhöhte Vulnerabilität aufzeigen und somit besonders beobachtet werden müssen (Bindt 31.10.2021, S. 29f.). Inwieweit die Rahmenbedingungen, wie in Punkt 2.5 diese Aufarbeitung zulässt, bleibt fraglich. Nach Sarimski kann durch den Krankenhausalltag und dem medizinischen Bedarf des Kindes wenig die psychische Verfassung der Eltern berücksichtigt werden (Sarimski, 2000, S. 58). Im nächsten Kapitel werden die Folgen der beschriebenen Belastungen und psychischen Auswirkungen einer Frühgeburt auf die Paarbeziehung genauer betrachtet.

4. Partnerschaft und die Geburt eines Kindes

Im vierten Kapitel dieser Arbeit wird nun der Fokus auf die partnerschaftliche Beziehung der Eltern gelegt. Die vorab kurz definiert wird. Danach werden die generellen Veränderungen durch die Geburt eines Kindes beschrieben und im Anschluss die Einflüsse einer Frühgeburt auf die elterliche Paarbeziehung erläutert.

4.1 Vorgeburtliche Paarbeziehung

Die Systemtheorie definiert eine Paarbeziehung nach Jungbauer (2014, S. 90) als ein „[...] intimes Beziehungssystem [...]. Diese umfasst zwei erwachsene Beziehungspartner, die sich einander zugehörig fühlen und eine gemeinsame Zukunftsperspektive teilen.“ Eine Paarbeziehung ist über die Zeit wandelbar und veränderbar, wie z.B. wenn ein Kind hinzukommt (ebd.). Die Entwicklung des Paares findet in einer sogenannten Ko-Evolution statt (ebd.). Darunter wird eine wechselseitige bezogene Weiterentwicklung verstanden, in der verschiedene Prozesse zum individuellen oder dyadischen Wachstum oder Veränderung beitragen (ebd.). Das Individuum wird z.B. durch seinen Partner bei Entscheidungen, Veränderungen, usw. unterstützt (ebd.). Hierbei kann sich jeder Einzelne weiterwickeln und wird durch den jeweiligen Partner beeinflusst (ebd.). Gleichzeitig findet auch ein Entwicklungsprozess in der Partnerschaft statt, wie das Finden von neuen Zielen, Kommunikationsveränderungen, aber auch die Partnerschaftsdefinition kann sich für beide ändern (ebd.). Wichtige Einflussfaktoren für den Erhalt der Paarbeziehung ist eine positive

Kommunikation, diese trägt zur Stabilisierung der Beziehung bei, z.B. das gegenseitige verstehen wollen, zuhören, eine wertschätzende Sprache, Humor, Unterstützung, gemeinsame Erlebnisse, usw. (ebd.). Bei Paaren mit einem negativen Kommunikations- und Konfliktmuster, das über eine längere Zeit anhält und von ständiger Kritikäußerung, Gesprächsverweigerung, verbales Angreifen und Kritikabweisung geprägt ist, wird die Trennung sehr wahrscheinlich eintreten (ebd.). Ein weiterer Einflussfaktor für die Paarstabilität und -qualität ist das sogenannte dyadische Coping, der Umgang mit Stress und belastenden Lebensereignissen (Bodenmann & Cina, 2000, S. 6f.). Der Einfluss von erhöhtem Stress auf die Paarbeziehung ist meist negativ, da dieser zu weniger gemeinsamer Zeit sowie Sexualität, Anspannung und Fokussierung auf sich selbst führen kann (ebd.). Um diese Auswirkungen zu minimieren, ist das individuelle und dyadische Coping entscheidend (ebd.). „[Das individuelle] Coping [...], beschreibt jede Form der Auseinandersetzung bzw. des Umgangs mit psych. und physisch als belastend empfundenen Situationen [...] oder erwarteten Ereignissen, welche die Ressourcen einer Person berühren oder übersteigen“ (Faltermaier & Lessing, 19.03.2021).

Beim dyadischen Coping unterscheiden Bodenmann und Cina (2000, S. 7) drei Formen. Diese sind: „gemeinsames dyadisches Coping, supportives dyadisches Coping und delegiertes dyadisches Coping“. Bei der ersten Form handelt es sich um ein gemeinsames Herangehen an das Problem bzw. den Stress, hierbei werden Problemlösestrategien gemeinsam entwickelt und versucht den Stress durch andere Maßnahmen zu minimieren (ebd.). Das supportive Coping findet statt, wenn der Partner den anderen emotional unterstützt und konkrete Vorschläge zur Problemlösung anbietet (ebd.). Bei der Delegation wird der Partner um konkrete Entlastungsmaßnahmen gebeten (ebd.). Damit ist festzuhalten, dass besonders die Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit und das dyadische Coping zur Partnerschaftsqualität und Paarstabilität beitragen (Bodenmann & Cina, 2000, S. 6). Selbstverständlich sind auch weitere individuelle Faktoren von Bedeutung, die hier nicht erfasst werden können. Im Falle eines belastenden Ereignisses haben Karney und Bradbury (1995, S. 23f.) das „Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung“ entwickelt (siehe Anhang C). Dieses Modell zeigt, dass je nachdem wie sich der Einzelne an das Ereignis anpassen bzw. damit umgehen kann, verursacht das wiederum eine Wechselwirkung mit der Paarzufriedenheit und wirkt sich dann auf die Paarstabilität und umgekehrt aus (ebd.).

Für diese Arbeit werden die Begriffe Partnerschaftsqualität, Paarzufriedenheit und Paarstabilität im Kapitel 6.3 inhaltlich festgelegt.

4.2 Elternschaft und Paarbeziehung

Bekommt ein Paar ein Kind, verändert sich dadurch die komplette Lebenssituation der Dyade (Jungbauer, 2014, S. 44). Zum einen verändert sich die dyadische Beziehung geprägt von Intimität zu einer triadischen Familienbeziehung (Jungbauer, 2014, S. 47f.). Hierbei müssen bereits festgelegte Regeln des Zusammenlebens neu gefunden werden (ebd.). Das erfordert ein neues finden einer familiären Balance, die mit zahlreichen Veränderungsprozessen einhergeht (ebd.). Zum anderen greifen viele Paare auf bekannte traditionelle Rollenverteilungen zurück (ebd.) Diese Bewältigungsstrategie bietet ihnen Sicherheit, d.h. Mutter versorgt den Haushalt und das Kind und der Vater geht zur Arbeit (ebd.). Wie bereits erwähnt, findet die neue Elternrolle Einzug in das Selbstkonzept der Eltern, sodass ebenfalls Emotionen, Einstellungen und ihr Verhalten beeinflusst werden (ebd.). Diese Umstellung verändert auch die Sicht auf die Paarbeziehung, so erleben sich die beiden zunehmend mehr als Team (ebd.). Die Partnerschaft wird durch die Ebene der Elternschaft ergänzt (Jungbauer, 2014, S. 92). Diese beiden Seiten sind so miteinander verbunden, dass eine Verschlechterung auf der einen Seite meist auch auf der anderen Seite eintritt (ebd.). Eine weitere Möglichkeit ist, dass die Seite der Elternschaft eine vollständige Überschattung der Paarbeziehung übernimmt, d.h. sie definieren sich überwiegend oder ausschließlich als Eltern und nicht mehr als Paar (ebd.). Eine Erhebung zeigt, dass die Paarzufriedenheit der Eltern mit Kindern deutlich abnimmt (Lawrence, Cobb, Rothman, Rothman & Bradbury, 2008, 48f.). Jungbauer (2014, S. 47f.) bestätigt, dass die Geburt des ersten Kindes sehr oft zu einem negativen Einfluss auf die Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit wird. Eine erhebliche Veränderung findet in der partnerschaftlichen Kommunikation statt (ebd.). Diese nimmt immer weiter ab genauso wie auch die gemeinsame Zeit zu zweit (ebd.). Der Anteil an Konflikten nimmt dagegen zu (ebd.). Gründe werden oft in der Erschöpfung und Anstrengung, die das Leben mit einem Kind mit sich bringen kann, gesehen, aber auch Probleme in der Realisierung der gemeinsamen Zeit (ebd.). Des Weiteren werden das Sexualleben und Intimität negativ beeinflusst und nehmen sehr stark ab (ebd.).

Allerdings stärken nach der Studie von Raab und Struffolino (2020, S. 58) Kinder die Verbundenheit der Paare und minimiert so die Trennungsbereitschafts (ebd.). Das wird in dieser Arbeit als Commitment bezeichnet. Die Studie vernahm, dass Paare mit Kindern zu 78% bei ihrer ersten Ehe bleiben, Paare ohne Kinder hingegen nur zu 28% (ebd.). Kinder können nach Jungbauer (2014, S. 49) auch zu mehr Solidarität, Unterstützung und Zusammenhalt führen. Die gemeinsame Bewältigung des Alltags und der Elternschaft kann das Paar in ihrem dyadischen Gefühl stärken (ebd.). Zizek (2016, S. 131) erforschte ebenfalls den Übergang von einer Paarbeziehung in die Elternschaft. Dabei sieht sie die vorher bestehende Beziehungsqualität als Voraussetzung für die Entwicklung einer gemeinsamen Elternschaft und positiven Paarbeziehung mit Kindern (ebd.). Diese Paarbeziehung wird mit einem Kind auf die Probe gestellt und benötigt ein hohes Maß an

Flexibilität sowie Belastbarkeit, um neue Alltagsroutinen bewältigen zu können (ebd.). Eine vorherige positive Paarbeziehung kann also auf die vorher genannten Verschlechterungen in der Paarzufriedenheit und Partnerschaftsqualität positiv einwirken (ebd.). Als Schutzfaktoren konnten nach Reichle & Werneck (1999, S. 13) eine hohe soziale und finanzielle Ressource, positive Erwartung und Einstellung zum Kind, konstruktive Konfliktlösung und Auseinandersetzung mit dem Partner sowie eine hohe Beziehungsqualität bereits vor der Geburt und positiv erlebte Aufgaben und Rollenverteilungen im Alltag mit dem Kind identifiziert werden.

4.3 Paarbeziehung mit frühgeborenen Kindern

Steinhardt & Zöllner (2013, S. 141) weisen darauf hin, dass die Eltern sich auch gegen Ende der Schwangerschaft auf die neue Elternrolle, aber auch auf die Umstellungen in der Partnerschaft sowie Lebensveränderung vorbereiten. Aufgrund der Frühgeburt findet dieser Prozess deshalb kaum oder gar nicht statt (ebd.). Inwieweit die Partnerschaft durch eine extreme Frühgeburt beeinflusst wird, kann aus den vorliegenden Daten kaum erschlossen werden. Eine der wenigen Studien stammt von Trause & Kramer (1983). Diese untersuchten den Einfluss einer späten Frühgeburt auf die Eltern und ihre Paarbeziehung (ebd.). Hierbei kamen sie zu dem Ergebnis, dass beide Eltern die erste Zeit als eine Krise erlebten (ebd.). Das Stresserleben war auch nach einem Monat höher als bei Eltern mit einem reifgeborenen Kind, allerdings zeigte sich noch ein anderer Effekt (ebd.). Bei den Eltern mit einem Frühgeborenen konnte eine langfristige besser Zusammenarbeit festgestellt werden als bei der Vergleichsgruppe (ebd.). Kann die Verarbeitung einer Diagnose des Kindes und der veränderte Alltag gemeinsam bewältigt werden, kann das die Beziehung langfristig gestärkt werden (Sarimski, 2021a, S. 83). Hierbei werden besonders die Kommunikation und die Mitteilung von Gefühlen und die Suche nach Unterstützung des Partners, wenn diese auch gegeben wird, eine wichtige Rolle spielen (ebd.). Delicate et al. (2017, S. 106) kamen auch zu dem Ergebnis, dass eine traumatische Geburtserfahrung eine Beziehung ebenfalls stärken kann, wenn sie zuvor bereits eine gut unterstützende Beziehung war und der betroffene Partner somit Halt bekommt. In der Dissertation von Mara (2012, S. 150) gaben viele Befragte an, dass besonders ihr Partner bzw. eine intakte Partnerschaft ihnen bei der Verarbeitung der Frühgeburt geholfen habe und 50% empfanden, dass ihre Partnerschaft nach der Frühgeburt an Intensität zugenommen hatte. Jedoch kann auch eine vorher belastbare Beziehung an dem Ereignis zerbrechen (Delicate et al., 2017, S. 106). Auch nach Bindert, Käppel & Bigus (2019, S. 3) kann die unterschiedliche Verarbeitung auch dazu führen, dass mehr Konflikte entstehen und eine Entfremdung aufgrund der geringen gemeinsamen Paarzeit stattfindet.

Hinsichtlich des Einflusses einer traumatischen Geburt auf die Paarbeziehung, wurden verschiedene Studien erhoben. Delicate et al. (2017, S. 116f.) zeigen auf, dass eine traumatische Geburtserfahrung die Paarbeziehung der Eltern massiv beeinflussen kann. Diese kann die Intimität und Sexualität verringern, negative Gefühle in der Partnerschaft hervorrufen, das Verständnis und die Unterstützung minimieren und Beziehungsbelastungen können entstehen (ebd.). Auch andere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine traumatische Geburtserfahrung die Partnerschaft extrem belasten und sogar bis zu einer Beendigung der Beziehung führen kann (ebd.). Okay und Güler (2021, S. 13) erforschten den Einfluss eines Traumas, Ängste und Depression durch eine Frühgeburt unter der 32. SSW. Sie kamen zu dem Ergebnis das die Paarzufriedenheit bei einer Erkrankung darunter leidet (ebd.). Delicate et al. (2017, S. 106) verweist darauf, dass die Qualität einer Beziehung eng mit dem persönlichen Wohle des Einzelnen verbunden ist. Die Partnerschaft der Eltern beeinflusst wiederum die Bindung zu dem Kind oder den Kindern, aber auch die Gesundheit des Kindes wird durch die Paarbeziehung der Eltern beeinflusst (ebd.). Deshalb ist es besonders wichtig für die Hilfen Eltern in der Verarbeitung der Geburt zu unterstützen (ebd.). Einen weiteren Einfluss auf die Partnerschaft der Eltern im Zusammenhang einer Frühgeburt stellt nach Ludwig-Körner (2019, S. 53) das Fehlen an sozialen Ressourcen dar. Dadurch kann die hohe Belastung der Frühgeburt und das ständige pendeln nur bedingt oder nicht aufgefangen werden (ebd.). Damit müssen die Eltern diese weitere Belastung die aus der Frühgeburt herausresultieren oft alleine bewältigen (ebd.). Das stellt die Paarbeziehung der Eltern vor eine große Herausforderung (ebd.). Die Herausforderung birgt verschiedene organisatorische Aufgaben, die eine gute Zusammenarbeit erfordern, wie z.B. Informationsaustausch mit dem medizinischen Personal (ebd.). Hinzukommen kommen teilweise lange Anfahrten ins Krankenhaus sowie die Berufstätigkeit des Mannes (Sarimski, 2021, S.74). Evtl. müssen Geschwisterkinder ebenfalls versorgt sowie Verwandte und Freunde zur Bewältigung der Situation einbezogen werden (ebd.). Zudem müssen die Vorbereitungen auf das Kind wie z.B. die Vorbereitung des Kinderzimmers noch nachgeholt werden (ebd.). In der Studie von Treyvaud et al. (2014, S. 518f.) konnte insgesamt ein höheres Stresserleben bei Eltern mit einer Frühgeburt als bei einer Normalgeburt gefunden werden. Das zeigte sich auch in einer höheren Belastung in der Elternschaft (ebd.). Dieser signifikante Unterschied wurde auch 2 Jahre später noch gefunden (ebd.). Neben der Elternschaft gaben Eltern von sehr frühgeborenen Kindern an, dass das Familienleben insgesamt stärker belastet war (ebd.). Allerdings konnte hinsichtlich der Paarzufriedenheit von Okay & Gülen (2021, S. 13) keine Abnahme verzeichnet werden durch den Stress, die eine Frühgeburt verursacht.

Sarimski (2021a, S. 25) beschreibt im Zusammenhang der Verarbeitung einer Behinderung oder Entwicklungsstörung die Gefühle von Wut, Trauer, Angst und eine starke Enttäuschung. Zukunftsängste können auftreten, die immer wieder plötzlich entstehen (ebd.). Hierbei kann durch diese

Gefühle die Partnerschaft im Hinblick auf die emotionale Nähe und gemeinsame Unterstützung deutlich negativ beeinflusst werden (ebd.).

Besonders die psychische Gesundheit und Belastung der Frau wird durch die Partnerschaft beeinflusst (Sarimski, 2021a, S. 37). Zusammenfassend kann die derzeitige Datenlage über das Thema Frühgeburt und Partnerschaft, nur wenige Forschungsergebnisse zu diesem Thema liefern. Aus dieser Thematik entstand das Erkenntnisinteresse für diese Masterarbeit. Offen bleiben Fragen über die Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit nach einer extremen Frühgeburt. Außerdem kann durch die Literatur kein Handlungsbedarf abgeleitet werden. Aufgrund dessen fokussiert die Forschungsarbeit den Einfluss einer Frühgeburt auf die elterliche Paarbeziehung.

5. Zwischenfazit

Ein Paar, das zum ersten Mal Eltern wird, beginnt mit dieser Auseinandersetzung der Elternrolle meist mit den ersten Bewegungen des Kindes. Dadurch wird Ihnen das Leben des Kindes und der baldigen Veränderung noch einmal bewusster. An dieser Stelle, an der sich die Eltern gerade emotional und gedanklich befinden, kommt das Kind bereits auf die Welt. Es wird in ein Umfeld geboren das noch nicht vorbereitet ist, in dem andere Personen als die bekannten Stimmen die Versorgung und Pflege übernehmen, in eine Umgebung, die eigentlich nicht sein* ihr Zuhause ist. Auch die Eltern erleben eine ganz andere Erfahrung als erwartet. Sie erleben große Ängste, möglicherweise einen Kontrollverlust und Hilflosigkeit. Solch eine Geburtserfahrung kann sehr belastend oder sogar traumatisierend sein. Verschiedene Studien belegen eine höhere Zahl an Müttern und Vätern, die an einer Depression, Angst- oder Belastungsstörung als Folge der Frühgeburt erkranken. Verschiedene Autoren gehen von einer Lebenskrise aus, die durch die Frühgeburt ausgelöst wird. Denn es werden viele verschiedene Bereiche der Eltern belastet und eingeschränkt. Für die Bewältigung des Ereignisses müssen viele neue Ressourcen gewonnen und viele Gefühle müssen bearbeitet werden. Die Vielzahl an den verschieden beschriebenen Belastungen, die einige Monate auf die Familie einströmt, haben einen enormen Einfluss auf die Eltern. Manche der Belastungen, z.B. bei einer Beeinträchtigung des Kindes, können ein langer Begleiter der Familie werden, die den Alltag stark einschränken. Schwer vorzustellen ist, dass durch die Begleitungszeit von ein paar Wochen diese genannten Belastungen und Themen komplett durch die Hilfen aufgefangen werden können. Zudem gibt es keine Qualitätsstandards oder einheitliche Konzepte außerhalb der Perinatalzentren, die die Begleitung der Eltern im Krankenhaus inhaltlich festlegen. Somit kommt es zur einer Schieflage in der Verteilung der Hilfen. Um diese Basis überhaupt schaffen zu können, bräuchte es weitere staatliche finanzielle Mittel.

Das wirkt sich auch auf die Paarbeziehung der Eltern auf verschiedene Arten und Weisen aus. Die Alltagsbewältigung wird deutlich erschwert z.B. durch das Pendeln zum Krankenhaus. Aufgrund dieser beschriebenen Befunde aus dem vorherigen Forschungsstand ist zu erwarten, dass Eltern mit einem extrem frühgeborenen Kind belasteter sind und das über einen längeren Zeitraum hinweg. Im Bereich der Paarbeziehung der Eltern mit einem extremen Frühchen konnten keine hinreichenden Studien gefunden werden. Lediglich der Zusammenhang, dass die hohe psychische Belastung mit einer schlechteren Partnerschaft einhergeht, wenn einer der Partner an PTBS oder Depressionen erkrankt, wurde erforscht. Die Fragestellung dieser Arbeit konnte durch den Theorie- teil hinsichtlich der Elternbelastung beantwortet werden. Die Frage nach der Partnerschaft und inwieweit die Eltern durch die Hilfen versorgt sind konnten nicht ausreichend geklärt werden, weshalb diese Aspekte in der Erhebung exploriert werden sollen. Die Forschungsfragen dieser Masterarbeit lauten:

Forschungsfrage 1: Ist ein extrem frühgeborenes Kind eine größere Belastung für die Partnerschaft der Eltern als bei Eltern mit einem reifgeborenen Kind?

Hypothesen:

- 1.1 Die Paarzufriedenheit und die Beziehungsstabilität von Eltern mit Frühgeburtserfahrung ist geringer als die Zufriedenheit von Eltern mit Normalgeburtserfahrung.
- 1.2 Eltern mit Frühgeburtserfahrung erleben die Veränderungen in ihrer Partnerschaft durch die Geburt negativer als Eltern mit Normalgeburtserfahrung.
- 1.3 Die Partnerschaftsqualität und Kommunikation von Eltern mit Frühgeburtserfahrung ist negativer als die Partnerschaftsqualität und Kommunikation von Eltern mit Normalgeburtserfahrung.
- 1.4 Eltern mit Frühgeburtserfahrung beschreiben intensivere Belastungen im Zusammenhang mit Geburt und Elternschaft sowie eine höhere Depressivität als Eltern mit Normalgeburtserfahrung.

Forschungsfrage 2: Welche Belastungen und Erfahrungen beeinflussen die elterliche Partnerschaft negativ?

Hypothesen:

- 2.1 Je belasteter die Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft erlebt wird, desto geringer ist die Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit.
- 2.2 Eine hohe Depressivität, viele Traumasymptome, Schuldgefühle bezüglich der Geburt und eine negative Krankheitsverarbeitung stehen im Zusammenhang mit einer geringeren Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit.
- 2.3 Eine positiv erlebte Begleitung im Krankenhaus steht im Zusammenhang mit einer höheren Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit.

Forschungsfrage 3: Benötigen frühgeborene Eltern mehr professionelle Unterstützung in ihrer Partnerschaft?

Unterfragen:

3.1 Erhalten Eltern mit Frühgeburtserfahrung mehr Angebote zur Unterstützung des Kindes, zur Unterstützung der Elternpersonen oder zur Unterstützung der Partnerschaft?

3.2 Wünschen sich Eltern mit Frühgeburtserfahrung mehr Angebote zur Unterstützung in ihrer Partnerschaft?

6. Methoden

Anhand der soeben erläuterten Forschungsfragen und Hypothesen dieser Arbeit wurde das entsprechende Forschungsdesign dieser Masterarbeit entwickelt. Das nun erläutert wird. Darauf folgt die Darstellung der Stichprobe, die verwendeten Messinstrumente sowie die Analyseverfahren.

6.1 Forschungsdesign

Die Forschungsfrage und Hypothesen dieser Arbeit befinden sich im Bereich der explorativen und deskriptiven Forschung, da es sich beim Erkenntnisinteresse um neue Ergebnisse zur Partnerschaft im Zusammenhang mit einer extremen Frühgeburt handelt (Balz, 2021, S. 13). Außerdem soll der aktuelle Ist-Zustand erfragt werden (ebd.). Aufgrund der aufgestellten Hypothesen und dem Erkenntnisinteresse für eine Zielgruppe repräsentative Ergebnisse zu erhalten (Burzan, 2015, S. 21) wird eine quantitative Erhebung zur Abbildung eines Querschnittes in Form eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Zur Überprüfung der Hypothesen ist es notwendig verschiedene Konstrukte für die Operationalisierung⁶ zu entwickeln, um diese erfassen und messen zu können (Blanz, 2021, S. 57) wie z.B. die Partnerschaftsqualität. Diese Konstrukte werden durch verschiedene Skalen messbar (Blanz, 2021, S. 61). Der Feldzugang wurde durch verschiedene Frühförderstellen, die sozialmedizinische Nachsorge, Harl.e.kin und des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ ermöglicht. Für die Vergleichsgruppe wurden Mutter-Kind-Gruppen und Kitas kontaktiert. Es fand eine Befragung online statt, um einen leichteren und anonymen Zugang für die Zielgruppe zu ermöglichen und eine gewisse Objektivität ohne Interviewer zu erhalten. Dies wiederum setzt eine eindeutige und verständliche Formulierung der Frage voraus (Niemann, 2019, S. 39f.). Die Befragung fand von Anfang Mai bis Ende August 2023 statt. In der quantitativen

⁶ Grundsätzlich benötigt jede wissenschaftliche Arbeit zur Operationalisierung Gütekriterien, diese sind: Validität, Reliabilität und Objektivität (Niemann, 2019, S. 34). Unter Objektivität wird eine Unabhängigkeit des Ergebnisses vom Forschenden und dem Forschungsdesign verstanden (ebd.). Die Validität gibt wiederum Auskunft, ob die Messmethode geeignet ist, den Forschungsgegenstand zu messen (ebd.). Die Reliabilität misst die Zuverlässigkeit der ausgewählten Instrumente für die Erhebung (ebd.).

Befragung „Frühgeburt und Partnerschaft“ [FPF] wurden zwei unterschiedliche Gruppen untersucht, um die interne Validität zu erhöhen. Die beiden Gruppen unterscheiden sich durch ihre Geburtserfahrung. Die Eltern in der Untersuchungsgruppe erlebten alle eine extreme Frühgeburtserfahrung. In der Kontrollgruppe wurden die Kinder nach einer (fast) vollständigen Schwangerschaft geboren. Die Datenerhebung der Vergleichsgruppe dient für die Herausarbeitung der Unterschiede in der individuellen und partnerschaftlichen Belastung der Eltern nach der Geburt. Um repräsentative Ergebnis zu erhalten, ist es notwendig „generelle“ Effekte der Transition in die Elternschaft auf die Partnerschaft von den Auswirkungen einer extremen Frühgeburt zu extrahieren zu können.

6.2 Stichprobe

In diesem Kapitel werden nun die Stichproben verglichen. Begonnen wird mit einer allgemeinen Darstellung der ausgearbeiteten Kriterien für die beiden Stichproben. An der quantitativen Erhebung nahmen insgesamt N=125 Erwachsene teil. Die Beteiligung in den jeweiligen Gruppen beträgt bei den Eltern mit einem reifgeborenen Kind, in der Grafik als Normalgeburt betitelt, insgesamt N=50 Personen. In der Gruppe der Eltern mit einem frühgeborenen Kind (in Grafik als Frühgeburt benannt) bei N=75 Teilnehmern. Die Abbruchquote umfasste 54 Teilnehmer.

Kriterien zur Teilnahme an der Befragung für beide Gruppen waren das Alter des Kindes und eine Normal- oder extreme Frühgeburtserfahrung. Das Alter des Kindes sollte zwischen 1-6 Jahren liegen. Grund dieser Altersspanne waren die verschiedenen Messzeitpunkte der Partnerschaft in der Befragung. Erhoben wurde die Paarqualität und -zufriedenheit im erste Jahr nach der Geburt und die heutige Beziehung anhand rekonstruierenden Fragens. Damit die Zielgruppe die unterschiedlichen Messzeitpunkte reflektieren könnte, musste das Kind zur Zeit der Befragung mindestens über ein Jahr alt sein. Im besten Fall sollten die Kinder nicht älter als 6 Jahre alt sein, um keine zu großen Verzerrungen an die erste Zeit mit dem Kind und dessen Einfluss auf die Partnerschaft zu erhalten.

Dieses Kriterium wurde trotz der Zielgruppenbeschreibung in der Einleitung der Befragung nicht von allen Befragten eingehalten, weshalb auch drei Familien mit einem jüngeren Kind und fünf Familien mit einem älteren Kind an der Befragung teilnahmen. Das zweite Kriterium einer extremen Frühgeburts -oder Normalgeburtserfahrung wurde ebenfalls nicht vollständig eingehalten, eine Mutter nahm über der 28. SSW teil und zwei mit einem Kind unter 37. SSW. Allerdings ist anzumerken, dass wie oben beschrieben eine Frühgeburt bzw. Normalgeburt an den Geburtsgewicht gemessen werden kann. Dieses Kriterium wurde in der Befragung nicht erhoben, damit könnten die genannten Teilnehmer trotzdem in die jeweiligen Gruppen fallen und wurden

deshalb mitberücksichtigt. Zur besseren Übersichtlichkeit finden sich alle Ergebnisse der Stichprobe in der Tabelle 2 zusammengefasst. Diese wird im Nachgang erläutert.

Tabelle 1: Stichprobe (Alter in Jahren; Bezug: 05/2023)

	Frühgeburt			Normalgeburt			Unterschied
	Anzahl (Prozent)	M (SD)	Min-Max	Anzahl (Prozent)	M (SD)	Min-Max	Zweiseitig p
Stichprobe gesamt davon Väter davon Mütter	75 (100%) 11 (14,67%) 64 (85,33 %)	-	-	50 (100%) 9 (12 %) 41 (54,67 %)	-	-	,618 (Chi ² -Test)
Alter Väter	-	38,03 (4,03)	31,67- 44,50	-	35,11 (2,97)	31,42- 38,83	,088 (T-Test)
Alter Mütter	-	35,68 (5,22)	25,75- 50,42	-	32,62 (4,35)	24,00- 42,50	,002** (T-Test)
Schulabschluss Fachabitur/Abitur: Mittlere Reife: Volksschulabschluss: Keinen Abschluss:	41 (56,94%) 23(31,94%) 8 (11,11%) 0	-	-	28 (56%) 14 (28%) 6 (12%) 2 (4%)	-	-	,478 (Chi ² Test)
Alter des Kindes	-	3,21 (2,33)	1,00- 14,17	-	1,91 (0,79)	0,00- 3,67	<,001*** (T-Test)
Anzahl der Kinder	-	1,62 (0,72)	1-4	-	1,46 (0,84)	1-6	,252 (T-Test)
Geschwisterfolge	-	1,27 (0,51)	1-3	-	1,34 (0,82)	1-6	,583 (T-Test)
SSW	-	26,29 (1,54)	23-29 SSW	-	39,62 (1,75)	34-43 SSW	<,001*** (T-Test)
Entbindungsdauer	-	1,65 (3,13)	0-24h	-	11,57 (11,76)	5-48h	<,001*** (T-Test)
Vater anwesend bei der Geburt	36 (48%)	-	-	48 (96%)	-	-	<,001*** (Chi ² Test)
Armut	-	2,04 (0,93)	1,00- 5,00	-	1,99 (0,85)	1,00- 4,67	,767 (T-Test)
Krankenhausaufenthalt (Wochen)	76 (100%)	14,41 (6,49)	2 -43,45	3 (6%)	0,01 (0,03)	0-2	<,001*** (T-Test)
Krankenhausqualität	-	6,62 (1,90)	1,67- 10,00	-	5,12 (1,95)	2,08- 10,00	<,001*** (T-Test)
Beziehungsdauer	-	9,97 (4,38)	2,50- 24,08	-	11,15 (4,76)	3,58- 25,67	,164 (T-Test)

p < ,05; p < ,01**; p < ,001***; jeweils zweiseitige Signifikanztestung. T-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Chi-Quadrat-Tests.*

An der Befragung nahmen insgesamt N= 105 Frauen und N= 20 Männer teil. Die deutlich höhere Beteiligung der Mütter könnte an den Feldzugang liegen, da meist die Mütter an die Hilfen angebunden sind. Das durchschnittliche Alter der Männer in der Gruppe der Frühgeburten liegt bei 38,03 Jahren mit einer Altersverteilung von 31,67-44,50 Jahre. Die Väter in der Vergleichsgruppe sind durchschnittlich 35,11 Jahre alt zwischen 31,42-38,83 Jahre und somit jünger als die Väter in der frühgeborenen Gruppe, es liegt aber kein signifikanter Unterschied vor. Auch in der Gruppe der Mütter ist ein ähnliches Ergebnis zu erkennen. Mütter, die eine Frühgeburt erlebt haben sind durchschnittlich 35,68 Jahre alt. Dabei reichten die Altersgruppen von 25,75-50,42 Jahre. Die Mütter in der Vergleichsgruppe sind durchschnittlich 32,62 Jahre alt und in den Altersklassen von

24,00-42,50 Jahre zu finden. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=,002$). Folglich sind Eltern mit einer Frühgeburt durchschnittlich älter als die Eltern mit einer Normalgeburt. Aufgrund der Teilnahme von Eltern mit einem jüngeren und älteren Kind an der Befragung ist eine gewisse Unschärfe bei den Ergebnissen vorhanden. Hinsichtlich der Altersgruppe der Kinder waren bei den Frühgeburten die Kinder zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich 3,21 Jahre alt ($SD=2,33$) und einer Altersspanne von 1,00-14,17 Jahren. In der Vergleichsgruppe waren die Kinder durchschnittlich 1,91 ($SD= 0,79$) mit einer Altersdifferenz von 0,00-3,67. Wie bereits erwähnt wurde nahmen an der FPF Befragung ebenfalls Eltern mit einem älteren und jüngeren Kind teil, weshalb die Ergebnisse hiermit ein wenig nach oben und unten korrigiert werden. Aufgrund dessen liegt hiermit ein signifikanter Unterschied ($p=<0,001$) im Alter der Kinder vor.

In der Gruppe der Frühgeborenen wurden die Kinder durchschnittlich in der 26,29 SSW geboren ($SD=1,52$). In der Vergleichsgruppe wurden die Kinder durchschnittlich in der 39,62SSW geboren ($SD=1,75$) und liegen somit in den angestrebten Zielgruppen, allerdings liegt auch hier eine gewisse Unschärfe vor, da drei Frauen außerhalb der Schwangerschaftskriterien teilnahmen.

Auch in der Entbindungsdauer zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=<,001$) in den Mittelwerten von 1,65h in der Untersuchungsgruppe zu 11,57h in der Vergleichsgruppe. Bei der Geburt waren 48% Väter mit einer Frühgeburtserfahrung anwesend, hingegen 96% der Väter mit einer Normalgeburtserfahrung dabei sein konnten. Im Krankenhaus mussten alle Eltern mit einem Frühgeborenen durchschnittlich 14,41 Wochen bleiben, die Angaben variierten von 2-43,45 Wochen. In der Vergleichsgruppe mussten drei Familien für wenige Tage bis 2 Wochen im Krankenhaus bleiben, das sind 6% von allen Befragten. Die Krankenhausqualität wurde ebenfalls in beiden Gruppen unterschiedlich bewertet. Allerdings lag der Mittelwert bei der Gruppe der Frühgeburten höher ($M=6,62$) als bei der Vergleichsgruppe ($M=5,12$).

In den weiteren erhobenen Daten zum Kind lag ein relativ homogenes Ergebnis vor. Das Frühgeborene Kind ist durchschnittlich an der 1,27 der Geschwisterfolge ($SD=0,51$) und das reifgeborene Kind ist durchschnittlich das 1,34 geborene Kind ($SD=0,85$) in der Familie. Insgesamt haben die Familien in der ersten Gruppe durchschnittlich 1,62 Kinder und in der Vergleichsgruppe 1,46. Auch hier liegt kein signifikanter Unterschied vor.

In beiden Gruppen zeigten die Befragten eine höhere Qualifizierung in den Abschlüssen auf. Bei der Untersuchungsgruppe haben 56,94% Abitur, 31,94 % mittlere Reife und 11,11 % einen Mittelschulabschluss. In der Kontrollgruppe haben 56% % Abitur, 28% mittlere Reife, 12% Mittelschulabschluss und 4% sonstige Abschlüsse. Auch hier ist ein relativ homogenes Ergebnis zu erkennen. Die Stichprobe zeigt somit insgesamt eine höhere Bildungserfahrung im Durchschnitt auf. Trotz der durchschnittlich hohen Qualifikationen lag die eingeschätzte Armut in der Gruppe der Frühgeborenen Eltern bei 2,04 von 5 möglichen Punkten ($SD=0,93$). Der Mittelwert in der

Vergleichsgruppe lag ein wenig darunter bei 1,99 ($SD=0,85$). Somit sind die meisten eher nicht von Armut betroffen, aber auch nicht völlig unbelastet. In der Gruppe der Frühgeburt gaben 11,2% Personen an teilweise finanziell belastet zu sein ($M= >3,0$), 1,6% waren finanziell eher belastet ($M=4,0$) und eine Person ($M=5,0$) befindet sich in Armut. In der Vergleichsgruppe erreichten 4,8% einen $M=>3,0$ und eine Person einen $M=4$.

Hinsichtlich der erhobenen Paarkriterien konnte ein signifikanter Unterschied in der Paardauer festgestellt werden. Die Beziehung der Eltern (Frühgeburten) besteht durchschnittlich seit 9,97 Jahren. In der Vergleichsgruppe sind die Paare bereits seit 11,15 Jahren zusammen. Davon sind $N=2$ Personen von $N=125$ insgesamt getrennt und leben in einer neuen Partnerschaft. In jeder Gruppe gab es eine Trennung. D.h. in der Stichprobe sind 98,4% immer noch ein Paar.

Zusammenfassend wurde im Stichprobenvergleich ein höherer Altersunterschied bei den Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung gefunden. Zudem waren die meisten Teilnehmer weiblich und zeigten einen höheren Bildungsgrad auf. Die Eltern aus der Kontrollgruppe sind über ein Jahr länger zusammen als die Untersuchungsgruppe. Dennoch zeigen alle beteiligten eine längere Paardauer auf, um Unterschiede vor der Geburt und nach der Geburt beantworten zu können. Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Geburtserfahrung, die für den Vergleich beider Gruppen unabdingbar sind. Im Gegenteil zur Kontrollgruppe weisen alle Frühgeburtsfamilien einige Wochen Krankenhauserfahrung auf, weshalb Belastungen durch das KH ebenfalls erfasst werden können. Im Alter des Kindes gibt es eine gewisse Unschärfe mit einem signifikanten Unterschied, allerdings liegen beide Mittelwerte in der festgelegten Zielgruppe von 1-6 Jahren und sind somit dennoch aufeinander beziehbar.

6.3 Messinstrumente

Im Folgenden werden der Fragebogen und die verwendeten Skalen beschrieben. Die Skalen wurden entlang der Forschungsfrage dieser Arbeit entwickelt. Die vorab aufgestellten Hypothesen werden mithilfe der gewählten Items verifiziert oder falsifiziert. Die Inhalte des Fragebogens umfassen deshalb Skalen zu Depressivität, Trauma, Belastungen, individuellem und dyadischem Coping, Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit, Veränderungen in der Partnerschaft sowie Fragen zu Scham und Schuld sowie zu in Anspruch genommenen Hilfen. Die Beantwortung der Frage wurde mithilfe vier-, fünf- und zehnstufigen Skalen erhoben, die z.B. „von trifft überhaupt nicht zu“ bis zu „trifft voll und ganz zu“ reichten. Die Befragten sollten den ihnen entsprechenden Wert zwischen den beiden Polen jeweils angeben. Diese Fragemethode stellte die meisten enthaltenen Fragen dar. Die anderen gestellten Fragen bezogen sich auf konkrete Antworten wie Ja oder Nein, das Alter oder ob sie die Hilfe in Anspruch genommen haben. Aufgrund der Zielgruppe wurden die

meisten Fragen zur besseren Identifikation in der Ich-Perspektive und kurz und prägnant formuliert. Insgesamt wurden vier Fragebögen entworfen, jeweils einen für Mutter bzw. Vater sowie für Frühgeburt bzw. Normalgeburt. Aufgrund des Feldzuganges wurde auf die Erhebung zu unterschiedlichen Messzeitpunkten verzichtet. Der Fragebogen beinhaltet rekonstruktive Fragen zu verschiedenen Zeitpunkten mit dem Kind. In der Vergleichsgruppe wurden Frageninhalte zu z.B. Traumaintensität und die entsprechende Formulierung leicht abgeändert wie z.B. Geburt statt Frühgeburt, um die Fragen entsprechend ausfüllen zu können. Die entsprechenden Inhalte bei der Vergleichsgruppe werden in den Skalenbeschreibungen genauer erläutert. In der männlichen Fragebogenversion wurden die Formulierung leicht abgeändert (Gesundheit nach der Geburt wurde auf die Mutter bezogen). Sonst gab es keine nennenswerten Änderungen. Im Anhang befindet sich als Beispiel der Fragebogen für Mütter mit einer Frühgeburtserfahrung (siehe Anhang E). Anzumerken ist, dass die Fragen zu den Hilfen anhand von Einzelitems ausgewertet und hier deshalb nicht erwähnt werden.

Die Berechnung der Skalen fand anhand einer Mittelwertsberechnung statt. Um diese durchführen zu können mussten Items, die in eine andere Richtung verliefen als die allgemeine Fragestellung, umgepolt werden.

Die Skalen wurden unter den Überschriften Paarzufriedenheit und Stabilität, Veränderungen nach der Geburt, individuelle Belastungen, Partnerschaft nach der Geburt und sonstige Skalen gefasst. Die Qualität und interne Konsistenz der unterschiedlichen Fragen in den Skalen wird mit dem sogenannten Cronbachs Alpha (α) ermittelt (Blanz, 2021, S. 250). Hiermit werden die Zusammenhänge der Items beurteilt, die von 0,9 sehr gut, 0,8 gut, 0,7 in Ordnung, 0,6 fraglich, 0,5 nicht gut und unter 0,5 sehr schlecht bewertet werden (ebd.). In der Tabelle 2 werden alle Reliabilitäten der gesamten verwendeten Skalen zusammengefasst, sowie die Anzahl der Items und Beispielbenennung der Fragen dargestellt.

Tabelle 2: Reliabilitäten Skalen

Skala und Herkunft	α	Items	Beispielitem
Paarzufriedenheit und Stabilität:			
Paarzufriedenheit heute (pairfam) ^a	,91	2	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?
Paarzufriedenheit ein Jahr danach (pairfam) ^a	,92	2	Wie zufrieden war Ihr/e Partner/in insgesamt mit Ihr/er Beziehung?
Commitment (pairfam) ^b	,93	2	Ich möchte, dass unsere Beziehung noch sehr lange dauert.
Veränderung der Partnerschaft nach der Geburt:			
Emotionale Probleme Paar (selbstkonst.)	,81	3	Als Paar haben wir mehr Probleme als zuvor.
Emotionale Distanz Paar (selbstkonst.)	,81	3	Wie haben uns durch die Frühgeburt als Paar etwas aus den Augen verloren.
Individuelle Belastungen:			
Depressivität (STDS Form Y-2) ^c	,94	10	Meine Stimmung war schwermütig.

Trauma (IES-R) ^d	,61	3	Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.
Belastungsintensität Schwangerschaft	,83	4	<i>Gesamtskala</i>
Belastung Schwangerschaft (selbstkonst.)	,84	2	Die Schwangerschaft war sehr belastend.
Bedrohung Schwangerschaft (TIF) ^e	,67	2	Ich habe mich um die Gesundheit meines Kindes geängstigt.
Belastungsintensität Geburt	,88	8	<i>Gesamtskala</i>
Belastung Geburt (selbstkonst.)	,58	2	Die Geburt war sehr belastend
Traumaintensität Geburt (TIF) ^e	,87	6	Ich war entsetzt darüber, was vor sich ging
Belastungsintensität ein Jahr danach	,76	4	<i>Gesamtskala</i>
Belastungen ein Jahr danach (selbstkonst.)	,72	2	Das erste Jahr nach der Geburt war sehr belastend.
Bedrohung ein Jahr danach (TIF) ^e	,35	2	Ich habe mich um die Gesundheit meines Kindes geängstigt.
Unspezifische elterl. Belastung (pairfam) ^f	,87	2	Ich war oft am Ende meiner Kräfte.
Frühgeburtsbezogene Scham und Schuld	,91	6	<i>Gesamtskala</i>
Frühgeburtsbezog. Ursachengrübeln (FSSS) ^g	,79	2	Die Frage nach dem „Warum“ lies mich nicht los.
Frühgeburtsbezogene Trauer (FSSS) ^g	,69	2	Ich trauerte um eine normale Schwangerschaft und/oder einen normalen Kontakt zu meinem Baby.
Frühgeburtsbezogene Schuld (FSSS) ^g	,99	2	Ich machte mir immer wieder Selbstvorwürfe.
Individuelles Coping			
Verarbeitung des Frühgeburtserlebnisses (EFK) ^h	,71	3	Ich begann, in der Frühgeburt und ihren Folgen einen Sinn zu sehen.
Partnerschaft nach der Geburt: Partnerschaftsqualität			
Kommunikationsprobleme Paar (selbstkonst.)	,83	4	Über das Erlebnis der Frühgeburt sprachen wir nicht.
Emotionale Irritation Paar (selbstkonst.)	,84	5	Ich habe mich allein gelassen gefühlt.
Verbale Aggression Partnerschaft (Komqual) ⁱ	,78	4	anschreien
Rückzug Partnerschaft (Komqual) ⁱ	,62	4	In Schweigen verfallen
Manipulation Partnerschaft (Komqual) ⁱ	,78	4	Schnell beleidigt sein
Konstruktives Verhalten Partnerschaft (Komqual) ⁱ	,68	4	Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen
Dyadisches Coping (FDCT-N) ^j	,86	3	Er/Sie gab mir das Gefühl, dass er/sie mich verstand.
Sonstige Skalen:			
Begleitung KH	,88	12	<i>Gesamtskala</i>
Emotionale Begleitung KH (selbstkonst.)	,90	3	Neben meinem Kind wurde auch meinen emotionalen Bedürfnissen nachgegangen.
Medizinische Begleitung KH (Selbstkonst.)	,78	3	Bei medizinischen Fragen wurde ich miteingezogen.
Bindungsaufbau im KH (selbstkonst.)	,52	3	Beim Stillen wurde ich gut unterstützt.
Paarbegleitung KH (selbstkons.)	,79	3	Bedürfnisse, Fragen und Anliegen als Paar wurden berücksichtigt und hatten Raum.
Finanzielle Lage NRI ^k		3	Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen

Skalenherkunft: ^a Aus der CASI und CAPI pairfam Studie (Reim et al., 2022, S. 69). ^b Itemauswahl aus CASI & CAPI pairfam Studie (Reim et al., 2022, S.71f.). ^c STDS Form Y-2 (Spaderna, Schmukle, & Krohne, 2002). ^d Impact of Event Scale [IES-R] (Maercker & Schützwohl 1998). ^e Trauma-Intensitäts-Fragebogen [TIF] (Gebker, 2010). ^f Skala aus pairfam Studie CAPI (Reim et al., 2022, S. 204). ^g Frühgeburtsbezogene Scham- und Schuldskala [FSSS] (Gebker, 2010). ^h Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung [EFK] (Franke & Jagla-Franke, 2021). ⁱ KOMQUAL Questionnaire (Bodenmann, 2000a). ^j Dyadisches Coping aus den FDCT-N (Bodenmann, 2000b). ^k NRI Network of Relationships Inventory (Furman & Buhrmester 1985).

Zusammenfassend zeigen die meisten Skalen ein guten bis sehr guten Cronbachs Alpha auf. Das weist daraufhin, dass die verwendeten Messinstrumente eine gute Qualität aufweisen als Grundlage für die Berechnung der Forschungsfrage und der Forschungshypothesen. Das Cronbachs Alpha wird in der Darstellung der Skalen und Subskalen für jede einzelne nochmal betrachtet. Vorab zu erwähnen ist, dass aufgrund des Rahmens nicht alle Skalen aus dem Fragebogen ausgewertet

werden, sondern nur die relevanten für die Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen dieser Arbeit (siehe Anhang E).

Paarzufriedenheit und Stabilität (Einzelskalen):

Paarzufriedenheit [PZ]: Die ersten Skalen bilden die *Paarzufriedenheit heute* und die *Paarzufriedenheit ein Jahr danach*. Die Skalen wurden einzeln betrachtet und beide Gruppen dazu befragt. In den beiden Skalen handelt es sich um dieselben beiden Items, die die Zufriedenheit in ihrer Partnerschaft von 0 „sehr unzufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“ messen (Reim et. al., 2021, S. 69f.). Die beiden Items stammen aus dem „Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics“ [pairfam]. Die Formulierungen unterscheiden sich lediglich durch die Gegenwarts- und Vergangenheitsform, da die heutige Paarzufriedenheit und die Paarzufriedenheit ein Jahr nach der Geburt erhoben wurden. Damit sollen Kurzzeit- und Langzeiteffekte einer Frühgeburt auf die Paarzufriedenheit betrachtet werden (ebd.). Inhalt sind Fragen zur eigenen Zufriedenheit in der Partnerschaft und die vermeintliche Sicht des Partners (ebd.). Im FPF wurde zuerst die heutige Paarzufriedenheit befragt, um einen besseren Vergleich für die Befragten zu damals herstellen zu können. Die genannten Items zeigen eine hohe Reliabilität ($\alpha=,91$ für heute und $\alpha=,92$ damals) auf. *Commitment:* Eine weitere Ebene für die Erfassung der Paarzufriedenheit und -stabilität fand durch die sogenannte „Commitment“ Skala statt, die Auskunft über die Partnerschaftsstabilität gibt (Reim et al., 2021, S. 71f.). Diese Skala stammt ebenfalls aus „pairfam scales and Instruments manual“ und wurde mit drei Items gebildet (ebd.). Diese Skala bezieht sich auf die Einschätzung der zukünftigen Partnerschaft aus heutiger Sicht und gibt Auskunft über die Trennungsabsicht (1 starke Trennungsabsicht und 5 keine) (ebd.). Die Skalenstatistik weist ebenfalls auf eine hohe interne Konsistenz der Items von $\alpha=,93$ hin. Auch hier wurden beide Gruppen befragt.

Veränderung nach der Geburt (Einzelskalen):

Die jeweils selbstkonstruierten Skalen sollen die negative Auswirkung der (Früh)geburt auf die Paarbeziehung nach der Geburt erheben. Die Vergleichsgruppe wurden hierzu ebenfalls befragt. Zur detaillierten Darstellung der Veränderungen in der Partnerschaft wurden beide Subskalen einzeln betrachtet.

In der Skala *Emotionale Probleme Paar* wurden insgesamt drei Items entwickelt und bestand aus einer zehnstufigen Skala (1 „Stimmt überhaupt nicht“ – 10 „stimmt voll und ganz“). Hierbei konzentrierten sich die Fragen auf die emotionalen Problematiken in der Beziehung zum Messzeitpunkt nach der Geburt. Ein hoher angegebener Wert weist auf eine hohe emotionale Problematik hin. Die Reliabilität von $\alpha=,81$ zeigt eine gute Qualität für die Erhebung der Auswirkungen.

Die Skala *Emotionale Distanz Paar* besteht ebenfalls aus drei Items. In dieser Skala wurde die Auswirkung einer Geburt auf die emotionale Nähe gemessen, die genauso aufgebaut wurde (1 keine Distanz – 10 große Distanz). Auch hier besteht eine gute Reliabilität von $\alpha = ,81$.

Individuelle Belastungen (Einzelskalen):

Für die Erfassung der Belastungsfaktoren wurden verschiedene Skalen einzelnen betrachtet und es wurden jeweils beide Gruppen - außer bei der FSSS Skala - befragt. Diese sind:

Die Items zur Erfassung der Depressivität stammt aus den STDS Form Y-2 (Spaderna, Schmulke & Krohne, 2002). Mit der Erhebung der Items ist ein Rückschluss auf eine klinisch relevante Depression möglich (ebd.). Ab dem Cut-Off Wert von 2,5 wird von einer klinisch relevanten Depression gesprochen (ebd.). Die Gesamtskala umfasst insgesamt 10 Items wie „Ich war deprimiert“ mit einer vierstufigen Skala von „nie“ bis „immer“ (ebd.). Das Cronbach Alpha zeigt eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = ,94$) auf. Die Depression wurden für das erste Jahr nach der Geburt erhoben.

Die Skala *Belastungsintensität Schwangerschaft* besteht aus zwei selbstkonstruierten Items zur Belastung der Schwangerschaft ($\alpha = ,84$) und zwei Items zur Bedrohung aus dem TIF ($\alpha = ,67$). Der Traumaintensivitätsfragebogen [TIF] umfasst fünfstufig Antwortmöglichkeiten zu den Themen: „zur wahrgenommenen eigenen Lebensbedrohung, zur Bedrohung von Leben und Gesundheit des Kindes, sowie zum akuten emotionalen Zustand der Mutter (Hilflosigkeit und Entsetzen)“ (Gebker, 2010, S. 57f.). Dieser wurde im Rahmen der Dissertation von Gebker (2010, S. 57f.) entwickelt. Der TIF lehnt sich an das A-Kriterium des DSM-IV (Merkmale von traumatisierenden Situationen) an und wurde speziell auf die Zielgruppe Mütter mit einer Frühgeburt angepasst (ebd.). In der Skala *Belastungsintensität Schwangerschaft* wurde je ein Item zur Bedrohung des Kindes und der Mutter verwendet und zu einer zehnstufigen Skala umgewandelt (1 „nicht belastet“ - 10 „sehr stark belastet“). Die Gesamtskala zeigt ebenfalls einen guten Cronbachs Alpha (von $\alpha = ,83$) auf. Zudem wurde die *Belastungsintensität bei der Geburt* ($\alpha = ,88$) und *Belastungsintensität ein Jahr danach* ($\alpha = ,76$) gemessen. Auch hier wurden selbstkonstruierte Items zur Belastung und vier (*Belastungsintensität Geburt*) oder zwei Items zur Bedrohung Kind und Mutter aus dem TIF verwendet, mit einem zehnstufigen Aufbau.

Als weitere Ebene wurde die Skala „*unspezifische Elternbelastung*“ von Pairfam mit drei Items vollständig übernommen ($\alpha = ,87$). Gemessen wird die Belastung der Elternschaft im ersten Jahr (von 1 „nicht belastet“ bis 5 „stark belastet“) (Reim et al. 2021, S. 203f.).

Die *frühgeburtsbezogene Scham- und Schuldskala* (FSSS) ist ebenfalls aus der Dissertation von Gebker (2010). Für die Entwicklung wurden Ergebnisse aus den Studien von Affleck und Kollegen sowie Tangney und Dearing verwendet (ebd.). Daraus wurden folgende Subskalen gebildet: „Scham, Schuldgrübeln, Ursachengrübeln und Reparationsorientierung“ und Trauer wurde noch

ergänzt (ebd.) Aus der FSSS wurden sechs von insgesamt 15 Items aus der Frühgeburtsbezogenen Ursachengrübeln, Trauer und Schuld verwendet. Alle Items hätten den Rahmen der Befragung überschritten, deshalb wurden je zwei Items zum Ursachengrübeln, Trauer und Schuld gewählt. Die Items wurden ebenfalls auf die Vergangenheitsform abgeändert, da die Geburt zum Messzeitpunkt der Befragung bereits einige Zeit zurückliegt. Die fünfstufige Likertskala wurde auf zehn angehoben von 1 „stimmt nicht“ bis 10 „Stimmt voll und ganz“. Durch die Erweiterung sollen die Belastungsfaktoren noch einmal deutlicher abgebildet werden. Der α zeigt sich bei der Gesamtskala bei $\alpha=,91$. In den Subskalen FSSS Ursachengrübeln ($\alpha=,79$) und etwas niedriger FSSS Trauer ($\alpha=,69$). In der letzten Subskala FSSS Schuld ($\alpha=,99$) ist eine sehr gute Reliabilität zu erkennen. Die *Skala Trauma* wird durch den Impact of Event Scale (IES-R) abgebildet. Durch das Instrument werden Menschen nach einem belastenden Ereignis zu ihrem Erleben und Verhalten befragt und ermöglicht Rückschlüsse auf ein klinisch relevantes Trauma (Maercker, n.d., S.1f.). Als Grundlage für die Befragung des IES-R werden die Hauptsymptome bzw. Reaktionen Intrusionen, Vermeidung, Übererregung für BTPS herangezogen (ebd.). Diese wurden bereits im Punkt 3.1 erläutert. Die 22 Items wurden von 0 „überhaupt nicht“ bis 5 „oft“ jeweils bewertet (Maercker & Schützwohl, 1998). Auch hier wurde aufgrund des Rahmens und der Fragestellung nicht die ganzen Items abgebildet. Es wurde jeweils ein Item zu den jeweiligen drei Hauptsymptomen verwendet. Aufgrund der Kürzung fand die Auswertung der Items über eine Mittelwertsberechnung der jeweiligen Punktevergabe der Teilnehmer statt. Durch die Reduzierung der Items kann nur noch von einer Trauma Tendenz gesprochen werden, die Reliabilität ist deshalb auf $\alpha=,61$ gesunken. Zur Messung des *individuellen Copings* wurden Items aus den Essener Fragebogen zur Krankheitsbewältigung [EFK] entnommen. Es handelt es sich dabei um ein kurzes klinisches Screening-Instrument, um die kognitive und emotionale Verarbeitung sowie die Verhaltensweisen bei einer Erkrankung zu erfassen (Franke & Jagla-Franke, 2021, S. 3f.). Der Fragebogen beinhaltet insgesamt 9 Subskalen und 45 Items (ebd.). Der Wortlaut wurde von Krankheit auf Frühgeburt und auf die Vergangenheitsform abgeändert. Die Items sollen einen kurzen Einblick in die Verarbeitung der Frühgeburtserfahrung der Eltern geben. Aufgrund der Fülle der gesamten Items im erstellten Fragebogen, konnten keine umfassende Darstellung dieser Thematik stattfinden. Für die Anwendung des EFK in der Forschung im Bereich der Frühgeburt und Partnerschaft, erschien besonders der Inhalt der depressiven Verstimmung (Item 35) und die Erarbeitung des inneren Halts (Item 28 und 42) als wichtige Inhalte für die Erfassung. Diese verwendet drei Items dienen in der Frühgeburten Umfrage, zur Erfassung des individuellen Copings. Das Crobachs Alpha liegt aufgrund der Kürzung bei $\alpha=,71$. Die Qualität der Skala ist dennoch gegeben.

Partnerschaft nach der Geburt (Einzelskalen):

Auch hier wurden die Skalen nicht zusammengefasst, um mehr Einflüsse auf die Partnerschaft erheben zu können. Insgesamt werden durch diese Einzelskalen das Konstrukt der Partnerschaftsqualität [PQ] gemessen und beide Gruppen zu allen Skalen befragt. Besonders die Kommunikation, das Konfliktverhalten und Dyadisches Coping werden als Einfluss auf die PQ gesehen (siehe Kapitel 4.1). Ein hoher Wert gibt jeweils Aufschluss über eine niedrige PQ außer beim dyadischen Coping und konstruktiven Verhalten zeigt ein hoher Wert eine hohe PQ an.

Die Skala *Kommunikationsprobleme* beinhaltet 4 Items und wurde selbstkonstruiert. Der Cronbachs Alpha zeigte eine gute Qualität mit $\alpha = ,83$. In der Skala sollen Auswirkungen einer (Früh)geburt auf die partnerschaftliche Kommunikation erhoben werden. Nach Jungbauer wirkt sich Stress besonders auf eine Verschlechterung in der Kommunikation aus und ist somit einen wichtigen Anteil in der Partnerschaftsqualität (siehe 3.3.2). Bewertet wurden die Items von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 10 (stimmt voll und ganz).

Die *emotionale Irritation* ist eine weitere selbstkonstruierte Skala, die 5 Items umfasst. Auch hier umfasst die Reliabilität eine gute Konsistenz der Items von $\alpha = ,84$. Mit der Skala werden ebenfalls Auswirkungen auf die Partnerschaft erhoben, die plötzliche Veränderungen des Partners befragen, die eine Irritation auslösen können. Diese Skala wurde wie die vorherige von 1-10 bewertet. Die Einzelskalen *verbale Aggression*, *Rückzug*, *Manipulation* und *konstruktives Verhalten* stammen von Bodenmann (2000 a) aus dem „KOMQUAL Questionnaire“. Auch diese Skalen wurden nicht wie vorgesehen unter Konfliktstilen zusammengefasst, sondern einzeln ausgewertet. Damit können die Veränderungen detaillierter betrachtet werden. Jede Skala umfasst die eigene Bewertung und das Verhalten des Partners (4 Items; Reim et. al., 2022, S. 76ff.). Das Konfliktverhalten wirkt sich wie beschrieben besonders auf die PQ aus (siehe Kapitel 4.1).

Die Skala *verbale Aggression* bemisst ein $\alpha = 0,78$ mit 4 Items und erhob aggressive Verhaltensweisen bei Konflikten wie anschreien (ebd.).

Die Skala *Rückzug* zeigt eine mittlere Reliabilität von 0,62 als Einzelskala auf. Hierbei werden Konflikte durch eine Vermeidung oder innerlichen Rückzug, wie z.B. beleidigt sein, erfasst (ebd.).

Mit der Skala *Manipulation* (4 Items; $\alpha = 0,78$) werden Konfliktverhaltensweisen erfasst, hierbei wird z.B. die Schuld auf den Partner übertragen (ebd.).

Das *konstruktive Konfliktverhalten* (4 Items; $\alpha = 0,68$), befragt Verhaltensweisen die sich positiv auf die Konfliktlösung in der Partnerschaft auswirken können (ebd.) Bei Konflikten wird versucht, seinem Partner seine Gefühle und Anliegen ohne Anschuldigungen verständlich zu machen (ebd.).

Die letzte Skala bildet das *Dyadisches Coping*. Dieses stammt aus dem FDCT-N von Bodenmann (2000 b). Es wurde die gekürzte Version von pairfam von drei Items verwendet (ebd.). Die

Reliabilität zeigt trotz der Kürzung einen $\alpha = 0,86$ auf. Die Skala soll das dyadische Coping nach der Geburt betrachten, dass ebenfalls ein wichtiger Einfluss auf die PQ darstellt.

Sonstige Skalen (Gesamtskala und Einzelskala):

Die Gesamtskala Begleitung im KH wurde ebenfalls selbstkonstruiert, zur Erfassung der Erfahrung im Krankenhaus ($\alpha = ,88$). Diese Skala umfasst vier Subskalen mit je 3 Items zur *Emotionale Begleitung* ($\alpha = ,90$), *Medizinische Begleitung* ($\alpha = ,78$), *Bindungsaufbau* ($\alpha = ,52$) und *Paarbegleitung* ($\alpha = ,79$). Beide Gruppen wurden zur erlebten Qualität von 1 (stimmt nicht) bis 10 (stimmt genau) im KH befragt. Ein hoher Wert zeigt eine hohe Zufriedenheit mit der Krankenhausqualität auf.

Die bereits in der Stichprobe erwähnte *Armut* Skala stammt aus den „NRI“ Network of Relationships Inventory (Furman & Buhrmester, 1985). Die standardisierten drei Items ($\alpha = ,85$) wurden alle verwendet und geben Auskunft über die finanzielle Lage in der Familie (ebd.).

6.4 Analysemethode

Für die Auswertung der Befragung wird die Statistiksoftware IBM SPSS verwendet. Aufgrund der Hypothesen dieser Masterarbeit werden verschiedene Testverfahren aus der deskriptiven und explorativen Statistik herangezogen. Die verschiedenen Auswertungsmethoden sind anhand des Skalenniveaus gewählt (Niemann, 2021, S. 36).

Die Berechnung der Mittelwertsunterschiede von zwei unabhängigen Stichproben (Normalgeburt und Frühgeburt) wird mithilfe des sogenannten *t*-Test vollzogen, da es sich um metrische Skalen handelt (Blanz, 2021, S. 195ff). Außerdem wurden der *t*-Test für abhängige Stichproben für die statistische Auswertung der Hilfen herangezogen, da nur die Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung hierzu befragt wurden (ebd.). Das Ergebnis des *t*-Test gibt Aufschluss über die Signifikanz der Mittelwertunterschiede (ebd.). Bei einem nominalem oder ordinalem Skalenniveau mit kategorialen Variablen wie Geschlecht, Abschluss, usw. werden durch den sogenannten χ^2 -quadrat Test oder für kleinere Stichproben mit dem Exakten Fischer Test die Hypothesen überprüft (ebd.). Außerdem fanden Zusammenhangsanalysen in Form von Pearson-Korrelationskoeffizienten für die Messung der 2. Hypothesen statt, um Zusammenhänge bzw. Abhängigkeiten zu bestimmen (Blanz, 2021, S. 164f.).

7. Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden entlang der aufgestellten Hypothesen ausgewertet. Die Zusammenhänge mit den oben beschriebenen Theorien erfolgen im Diskussionsteil dieser Arbeit.

7.1 Unterschiede zwischen Eltern mit und ohne Frühgeburtserfahrung

Anhand der unterschiedlichen Skalen, die unter dem Begriff Paarzufriedenheit und Stabilität gefasst wurden, konnten folgende Ergebnisse im Unterschied zur Kontrollgruppe anhand des Mittelwertsvergleiches (*t*-Test) festgestellt werden:

Tabelle 3: Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern mit und ohne Frühgeburtserfahrung

	Frühgeburt		Normalgeburt		Unterschied	
	M	SD	M	SD	ΔM	T (df)
Paarzufriedenheit und Stabilität:						
Paarzufriedenheit heute	8,16	2,04	8,70	1,82	-0,54	-1,50 (121)
Paarzufriedenheit erstes Jahr	7,97	2,28	8,66	1,52	-0,69*	-2,02 (120,77)
Commitment heute	4,36	0,98	4,73	0,62	-0,37**	-2,55 (118,99)
Veränderung durch Geburt:						
Emotionale Probleme	5,10	2,79	3,14	2,01	1,96***	4,54 (120,76)
Emotionale Distanzierung	4,36	2,73	3,13	1,76	1,23***	3,05 (121,99)
Partnerschaft nach der Geburt (PQ):						
Kommunikationsprobleme	3,81	2,35	3,08	1,96	0,73*	1,79 (122)
Emotionale Irritation	3,49	2,26	2,76	1,82	0,73*	1,98 (116,67)
Verbale Aggression	2,08	0,94	1,79	0,83	0,28*	1,70 (120)
Rückzug	2,72	0,98	2,42	0,86	0,30*	1,71 (119)
Manipulation	2,25	0,98	2,55	0,94	-0,30*	-1,68 (119)
Konstruktives Konfliktverhalten	3,07	0,88	3,40	0,76	-0,33*	-2,14 (120)
Dyadisches Coping	3,32	1,00	3,67	0,92	-0,35*	-1,92 (120)
Individuelle Belastungen:						
Depressivität	2,44	0,69	1,96	0,67	0,48***	3,88 (123)
Belastungsintensität Schwangerschaft	6,35	2,69	3,49	2,01	2,87***	6,81 (121,27)
Belastungsintensität Geburt	7,08	1,72	3,68	2,06	3,40***	9,99 (123)
Belastungsintensität im ersten Jahr	6,34	2,05	3,70	1,99	2,64***	7,13 (123)
Elternbelastung	3,58	1,23	3,09	1,09	0,49*	2,29 (123)

$p < ,05^*$; $p < ,01^{**}$; $p < ,001^{***}$. *T*-Tests für unabhängige Stichproben, einseitige Signifikanztestung.

Die gemessene Paarzufriedenheit zum heutigen Zeitpunkt zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p=,068$) zur Vergleichsgruppe. Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung bewerteten ihre heutige Partnerschaft durchschnittlich mit $M=8,16$ ($SD=2,04$). Eltern mit einer Normalgeburtserfahrung schätzen ihre Partnerschaftszufriedenheit etwas höher ($M=8,7$; $SD=1,82$) ein. Die gleiche Messung nach der Geburt, zeigt hingegen einen signifikanten Unterschied ($p=,023$). Eltern mit einer Frühgeburt bewerteten ihre Partnerschaft mit einer mittleren Zufriedenheit ($M=7,97$; $SD=2,28$). In der Kontrollgruppe lag die Zufriedenheit ($M=8,66$; $SD=1,52$) die erste Zeit nach der Geburt deutlich darüber. In beiden Gruppen ist eine niedrigere Paarzufriedenheit im ersten Jahr nach der Geburt dennoch zu erkennen. Hinsichtlich der Beziehungsstabilität wurde durch die Commitment-Skala ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($p=,006$) festgestellt. Bei Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung ergab die Berechnung einen Wert von $M=4,36$ ($SD=0,98$). In der Kontrollgruppe lag der Wert deutlich höher ($M=4,73$; $SD=0,62$). Betrachtet man die Ergebnisse hinsichtlich der ersten

Forschungsfrage, welche Unterschiede in der Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit bestehen, kann folgendes gesagt werden: Die Hypothese 1.1, dass Eltern von Frühgeborenen eine niedrigere Paarzufriedenheit und Stabilität aufweisen zeigt unterschiedliche Ergebnisse. Im Mittelwertvergleich der beiden Gruppen konnte bei der heutigen Paarzufriedenheit kein signifikanter Unterschied gefunden werden. Somit kann von keiner eindeutigen langfristigen Einflussnahme auf die Partnerschaft ausgegangen werden. Allerdings konnte im Commitment, wiederum eine signifikant niedrigere Stabilität festgestellt werden. Somit konnte bestätigt werden, dass die heutige Beziehungsstabilität von Eltern mit einer Frühgeburt deutlich niedriger ist. Die Paarzufriedenheit ein Jahr nach der Geburt ist ebenfalls deutlich geringer als in der Kontrollgruppe, weshalb durch den signifikanten Unterschied die Hypothese in dieser Hinsicht bestätigt wird. Damit kann die Hypothese 1.1 nur teilweise bestätigt werden.

Im Hinblick auf die H. 1.2 konnte anhand des Mittelwertvergleichs folgende Ergebnisse festgestellt werden: In der Partnerschaft konnte bei den Eltern mit einer Frühgeburt ein starker Anstieg von emotionalen Problemen vernommen werden ($M=5,10; SD=2,79$). In der Kontrollgruppe lag dieser Wert deutlich darunter ($M=3,14; SD=2,01$) und zeigt somit einen signifikanten Unterschied ($p < ,001$). Auch im Hinblick auf die emotionale Distanzierung in der Partnerschaft konnte eine Signifikanz ($p = ,001$) im Vergleich festgestellt werden. Eltern mit einem Frühgeborenen zeigen einen mittleren Wert ($M=4,36; SD=2,73$) hinsichtlich der emotionalen Distanzierung auf. Bei den Eltern mit einer Normalgeburt zeigte sich eine mäßige Distanzierung ($M=3,13; SD=1,76$). Die Hypothese 1.2, dass durch eine Frühgeburt Veränderungen in der Partnerschaft als negativer erlebt werden als in der Kontrollgruppe, kann insgesamt bestätigt werden. Es nahmen emotionale Probleme und Distanzierung kurz nach der Geburt deutlich zu und sind signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

In der Hypothese 1.3 werden die Partnerschaftsqualität und Kommunikation zwischen den Gruppen überprüft. Hinsichtlich der Kommunikation in der Partnerschaft wurden mehr Probleme in der Gruppe der Frühgeburten ($M=3,81; SD = 2,35$) gefunden als in der Gruppe der Normalgeburten ($M=3,08; SD=1,96$). Das bedeutet, es bestehen signifikant ($p = ,038$) mehr Kommunikationsprobleme bei Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung. Die Partnerschaftsqualität setzt sich zudem aus emotionaler Irritation, verbaler Aggression, Rückzug, Manipulation, Konstruktives Konfliktverhalten und dyadischem Coping zusammen. Der Mittelwertvergleich ergab bei der emotionalen Irritation ebenfalls einen signifikanten Unterschied ($p = ,025$). Eltern eines Frühgeborenen erleben eine höhere emotionale Irritation ($M=3,49; SD=2,26$) in ihrer Partnerschaft als die Vergleichsgruppe ($M=2,76; SD=1,82$). Auch im Hinblick auf die verbale Aggression konnte ein signifikanter

Unterschied ($p=,046$) gefunden werden. Somit kommt es in der Kontrollgruppe zu weniger verbaler Aggression ($M=1,79$; $SD=0,83$) als bei Paaren nach einer Frühgeburt ($M=2,08$; $SD=0,94$). Rückzugsverhaltensweisen in Konfliktsituationen kommt in der Stichprobe ebenfalls häufiger in der Partnerschaft nach der Frühgeburt ($M=2,72$; $SD=0,98$) vor als nach einer Normalgeburt ($M=2,42$; $SD=0,86$). Auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=,045$). In der Partnerschaft zeigen sich manipulative Verhaltensweisen in der Kontrollgruppe ($M=2,55$; $SD=0,94$) signifikant ($p=,047$) weniger als bei der Frühgeburtengruppe ($M=2,25$; $SD=0,98$). Konstruktives Konfliktverhalten, die bei einer Konfliktsituation deeskalieren wirken können, sind in der Frühgeburtengruppe ($M=3,07$, $SD=0,88$) geringer ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe ($M=3,40$; $SD=0,76$; $p=,017$). Auch im dyadischen Coping zeichnet sich das gleiche Bild ab (Frühgeburt: $M=3,32$; $SD=1,00$ / Normalgeburten: $M=3,67$; $SD=0,92$). Das ebenfalls einen signifikanten Unterschied ($p=,028$) aufzeigt. Die Hypothese 1.3 kann ebenfalls bestätigt werden. Alle T-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied auf.

Die Hypothese 1.4 wird mit Hilfe von fünf Skalen geprüft. Hinsichtlich der verschiedenen Belastungen in der Schwangerschaft zeigte sich in der Erhebung wie erwartet bereits eine deutlichere psychische Belastung in der Gruppe der Frühgeburten ($M=6,35$; $SD=2,69$). In der Kontrollgruppe zeigte sich ein Mittelwert von $3,49$ ($SD=2,01$), weshalb ein deutlicher signifikanter Unterschied ($p=,001$) vorliegt. Die Belastung während der Geburt zeigt noch eine höhere Abweichung der beiden Werte. Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung zeigten eine deutliche Belastung durch die Geburt mit $M=7,08$ ($SD=1,72$). In der Kontrollgruppe wurde die Geburtserfahrung insgesamt als leichte bis mittlere Belastung ($M=3,68$; $SD=2,06$) eingestuft. Aufgrund der hohen Differenz liegt hier ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($p=<,001$) vor.

Hinsichtlich der Belastungen im ersten Jahr nach der Geburt sind ähnliche Ergebnisse zu erkennen. Für die Eltern mit einem frühgeborenen Kind ($M=6,34$; $SD=2,05$) zeigt sich ein deutlich größerer Belastung, als für die Eltern mit einem reifgeborenen Kind ($M=3,70$; $SD=1,99$) mit einem signifikanten Unterschied ($p=<,001$). In der erhobenen Elternbelastung präsentiert sich eine Signifikanz von ($<,012$). Eltern mit einem Frühgeborenen erleben die Elternschaft ($M=3,58$; $SD=1,23$) ein wenig belasteter, als die Mütter und Väter in der Kontrollgruppe ($M=3,09$; $SD=1,09$). In der Ermittlung der Depressionswerte konnte wiederum ein deutlicher und signifikanter Unterschied ($p=<,001$) festgestellt werden. Demnach zeigen Eltern mit einer Frühgeburt höhere depressive Werte ($M=2,44$; $SD=0,69$) als Eltern mit einer Normalgeburt ($M=1,96$; $SD=0,67$). Auch die relative Standardabweichung weist daraufhin, dass die Streuung in beiden Gruppen wenig von den Mittelwerten abweichen. Betrachtet man die klinischen Cut-Off Werte über 2,5 einer Depression wären 39 (52%) der Befragten depressiv (siehe Anhang D). In der Kontrollgruppe überschritten 20% der Befragten den Cut-off- Werte einer Depression (Fischer exakt Test $p=,001$). Insgesamt wären

35% der Väter und 40% der Mütter depressiv. Die Ergebnisse für die Hypothese 1.4 zeigen einen deutlich signifikanten Unterschied in allen Belastungsbereichen. Somit sind Eltern mit einer Frühgeburt individuell belasteter als die Vergleichsgruppe und die Hypothese kann hiermit bestätigt werden.

7.2 Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und Belastungsfaktoren

Die 2. Hypothesen werden anhand einer Zusammenhangsanalyse verifiziert oder falsifiziert. Die Ergebnisse wurden in der Tabelle 4 zusammengefasst und werden im Anschluss erläutert. Zum besseren Vergleich werden neben der PQ auch die möglichen Auswirkungen auf Partnerschaft gleichzeitig mit der PQ mitbetrachtet.

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und Belastungsfaktoren

	SSW	Belastungsintens. Schwangerschaft	Belastungsintens. Geburt	Belastungsintens. ein Jahr danach	Elternbelastung
Paarzufriedenheit und Stabilität:					
Paarzufriedenheit heute	0,17*	-,08	-,14	-,26**	-,18*
Paarzufriedenheit ein Jahr danach	0,20*	-,10	-,07	-,29**	-,21*
Commitment heute	,20*	-,14	-,14	-,19*	-,19*
Veränderung durch Geburt:					
Emotionale Problem	-,38**	,15	,34**	,50**	,54**
Emotionale Distanzierung	-,27**	,03	,17*	,31**	,37**
Partnerschaft nach der Geburt (PQ):					
Kommunikationsprobleme	-,18*	-,01	,21**	,13	,19*
Emotionale Irritation	-,19*	,06	,17*	,26**	,34**
Verbale Aggression	-,17*	,16*	,14	,17*	,18*
Rückzug	-,17*	-,06	,18*	,19*	,27**
Manipulation	,13	-,10	-,07	-,01	,20*
Konstruktives Konfliktverhalten	,18*	-,12	-,14	-,06	-,15*
Dyadisches Coping	,19*	-,15*	-,15*	-,22**	-,23**

$p < ,05^*$; $p < ,01^{**}$; $p < ,001^{***}$. Pearson Korrelationen, einseitige Signifikanztestung.

Um Hypothese 2.1 auswerten zu können wurden verschiedene Zusammenhangsanalysen erstellt. Hinsichtlich der Belastung in der Schwangerschaft konnten keine Korrelationen in der Paarzufriedenheit heute, in der Paarzufriedenheit nach der Geburt und im Commitment gefunden werden. Das bedeutet, dass kein Einfluss auf diese Faktoren besteht. Das gleiche Ergebnis zeigt sich bei den erhobenen Belastungsfaktoren bei der Geburt. Diese korreliert ebenfalls nicht mit PZ heute und ein Jahr danach sowie mit Commitment. Die Belastungsintensität nach der Geburt zeigt hingegen einen negativen Zusammenhang ($r=-,26$) mit der heutigen und damaligen PZ ($r=-,29$). Auch im Commitment ist eine Korrelation ($r=-,19$) zu erkennen. Die Elternbelastung zeigt ebenfalls einen negativen Zusammenhang mit den PZ heute ($r=-,18$), PZ damals ($r=-,21$) und Commitment ($r=-$

,19) auf. Damit korreliert minimal eine hohe Belastung in der Elternschaft mit einer geringen PZ und Stabilität. Damit besteht ein Zusammenhang zwischen einer hohen Belastungsintensität nach der Geburt und einer geringen Paarzufriedenheit heute und damals sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Trennung.

Die Partnerschaftsqualität setzt sich wie oben beschrieben aus mehreren Ebenen zusammen.

Die erlebte Belastungsintensität in der Schwangerschaft korreliert lediglich mit einer gesteigerten verbalen Aggression ($r=,16$) und dem dyadischen Coping ($r=-,15$). So ist die Belastung hoch bei einem niedrigen dyadischen Coping und andersherum. Deshalb kann auch auf die Partnerschaftsqualität von keinem großen Einfluss ausgegangen werden. Die Belastungsintensität nach der Geburt korreliert mit den Veränderungen in der Beziehung zu mehr emotionalen Problemen ($r=,34$) und Distanzierung ($r=,17$). Im PQ zeigt sich lediglich eine höhere emotionale Irritation ($r=,17$), Kommunikationsprobleme ($r=,21$) und ein geringeres dyadisches Coping ($r=-,15$). Weshalb von einer Einflussnahme auf die PQ auszugehen ist, aber nicht eindeutig bestätigt werden kann. Die Belastungsintensität ein Jahr nach der Geburt zeigt hingegen bis auf die Kommunikation, Manipulation und konstruktives Konfliktverhalten leichte bis mittlere Zusammenhänge mit den PQ Skalen auf. Damit kann eine deutliche Einflussnahme auf die PQ bestätigt werden. Die Elternbelastung korreliert mit allen PQ Skalen und zeigt, dass Probleme mit einem niedrigen PQ (Kommunikationsprobleme: $r=,19$ und emotionale Irritation: $r=,34$) und negative Konfliktstile zunehmen und konstruktive Verhaltensweisen ($r=-,15$) und das dyadische Coping ($r=-,23$) abnehmen können. Außerdem besteht ein positiver Zusammenhang mit den Veränderungsvariablen (emotionale Probleme: $r=,54$; emotionale Distanzierung: $r=,37$). Die Hypothese 2.1 zeigt unterschiedliche Ergebnisse auf. Der Einfluss von einer sehr belasteten Schwangerschaft und Geburt auf die Paarzufriedenheit bestätigen sich anhand der Ergebnisse nicht. Ein starker Zusammenhang zeigen PZ heute, damals und Commitment mit der Belastungsintensität ein Jahr nach der Geburt und der Elternbelastung.

Tabelle 5: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und klinischen Auffälligkeiten

	Depressivität	Trauma	FSSS Gesamt	Individuelles Coping
Paarzufriedenheit heute	-,23**	,01	,23*	,18
Paarzufriedenheit ein Jahr danach	-,26**	,03	,18	,23*
Commitment heute	-,24**	-,03	,14	,28**
Emotionale Problem	,52**	,18	,18	-,48**
Emotionale Distanzierung	,40**	,06	,03	-,43**
Kommunikationsprobleme	,30**	,20*	,14	-,40**
Emotionale Irritation	,45**	,24*	,12	-,39**
Verbale Aggression	,26**	,13	,06	-,21*
Rückzug	,30**	,03	,02	-,30**
Manipulation	,17*	,03	-,02	-,23*
Konstruktives Konfliktverhalten	-,24**	-,09	-,12	,09
Dyadisches Coping	-,34**	-,10	-,04	,34**

$p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$. Pearson Korrelationen, einseitige Signifikanztestung.

In dieser Tabelle ist zur H. 2.2 zu erkennen, dass die Depressivität mit allen Skalen korreliert. Die Ergebnisse geben Aufschluss darüber, dass zwischen der Paarzufriedenheit heute ($r=-,23$) und damals ($r=-,26$), Commitment ($r=-,24$), Konstruktives Konfliktverhalten ($r=-,24$) und dyadischen Coping ($r=-,34$) ein negativer Zusammenhang besteht. Das bedeutet, dass die Depression mit einem niedrigeren PZ heute und damals, Commitment, dyadischen Coping und konstruktive Konfliktlösung einhergehen. Auch in den Bereichen der emotionalen Probleme ($r=,52$) und Distanzierung ($r=,40$), Kommunikationsprobleme ($r=,30$), emotionale Irritation ($r=,45$), verbale Aggression ($r=,26$), Rückzug ($r=,30$) und Manipulation ($r=,17$) zeigt sich ein positiver Zusammenhang. In diesem Fall steigen die Probleme und Irritationen durch eine Depression an. Die erhobenen Trauma-Items zeigen lediglich zwei positive Korrelation mit Kommunikationsproblemen ($r=,20$) und emotionale Irritation ($r=,24$). Damit steigen diese Thematiken durch eine Traumatisierung an. Die anderen PQ und PZ Skalen zeigen keinen Zusammenhang auf, weshalb eine Traumatisierung keinen großen Einfluss auf die PQ und PZ darstellt. Auch die frühgeburtsbezogene Scham- und Schuld-Skala zeigt kaum Korrelationen auf, außer mit einem geringfügigen Ergebnis bei der Paarzufriedenheit heute ($r=,23$). Eine niedrige Krankheitsverarbeitung korreliert mit fast allen Skalen, außer mit konstruktives Konfliktverhalten und der Paarzufriedenheit heute. Die Ergebnisse der positiven und negativen Korrelationen geben Auskunft über Zusammenhänge, sodass ein niedriges individuelles Coping mit einer niedrigen PQ und PZ zusammenhängen sowie ein positives individuelles Coping mit einer positiven PZ und PQ zusammenwirken (siehe Tab, 4). Die H. 2.2 kann nur hinsichtlich der Depression und dem individuellen Coping bestätigt werden. In den anderen psychischen Belastungen konnten hingegen nur geringfügige Zusammenhänge gefunden.

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und professionellen Hilfen

	Begleitung KH	Emotionale Begleitung	Medizinische Begleitung	Bindungs- aufbau	Paar- begleitung
Paarzufriedenheit und Stabilität:					
Paarzufriedenheit heute	,16*	,05	,17*	,26**	,05
Paarzufriedenheit ein Jahr da- nach	,07	-,04	,06	,14	,05
Commitment heute	,17*	,06	,18*	,27**	,08
Veränderung durch Geburt:					
Emotionale Problem	-,09	,09	-,03	-,28**	-,06
Emotionale Distanzierung	-,18*	-,04	-,13	-,23**	-,17*
Partnerschaft nach der Geburt (PQ):					
Kommunikationsprobleme	-,26**	-,13	-,18*	-,26**	-,27**
Emotionale Irritation	-,22**	-,12	-,17*	-,28**	-,17*
Verbale Aggression	-,13	-,05	,00	-,25**	-,11
Rückzug	-,15	-,07	-,09	-,14	-,15*
Manipulation	-,31**	-,32**	-,26**	-,15	-,26**
Konstruktives Konfliktverhalten	-,01	-,04	-,04	,03	-,02
Dyadisches Coping	,18*	,09	,13	,22**	,13

$p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$. Pearson Korrelationen, einseitige Signifikanztestung.

Wie aus der Skala ersichtlich wird, korreliert die Gesamtskala Begleitung KH geringfügig positiv mit der Paarzufriedenheit heute ($r=,16$) und damals ($r=,17$). Die Kommunikationsprobleme ($r=-,26$) und emotionale Irritation ($r=-,22$) und Manipulation ($r=-,31$) korrelieren negativ. Damit besteht ein Zusammenhang zwischen einer qualitativen Begleitung im Krankenhaus und einer höheren Paarzufriedenheit sowie eine schlechte Qualität mit Problemen in der Partnerschaft. Die Subskalen emotionale Begleitung ($r=-,32$) korreliert lediglich mit der Manipulationsskala. Die medizinische Begleitung korreliert ebenfalls mit der Manipulationsskala ($r=-,26^{**}$) sowie Commitment ($r=,18^*$), Paarzufriedenheit heute ($r=,17^*$), und Kommunikationsproblemen ($r=-,18^*$). Das bedeutet, dass die genannten negativen Verhaltensweisen in der Partnerschaft zunehmen durch eine schlechte medizinische Begleitung und anders herum. Hinsichtlich der Unterstützung beim Bindungsaufbau wurde einige Korrelationen festgestellt. Auch hier zeigt sich ein positiver Zusammenhang auf die PZ, wenn die Eltern im Beziehungsaufbau zu ihrem Kind unterstützt wurden. Ein negativer Zusammenhang zeigt sich in emotionalen Problemen ($r=-,28^{**}$), emotionaler Distanzierung ($r=-,23^{**}$), Kommunikationsproblemen ($r=-,26^{**}$), emotionaler Irritation ($r=-,28^{**}$) und verbaler Aggression ($r=-,25^{**}$). Damit geht eine schlechte Bindungsaufbaugestaltung mit einer schlechteren PQ einher. Die Paarbegleitung korreliert negativ mit der emotionalen Distanzierung ($r=-,17^*$), Kommunikationsprobleme ($r=-,27^{**}$), emotionale Irritation ($r=-,17^*$), Rückzug ($r=-,15^*$) und Manipulation ($r=-,26^{**}$). Auch hier wird ein Zusammenhang zwischen der PQ und der Paarbegleitung erkennbar. Ein Einfluss auf die PZ kann jedoch nicht festgestellt werden. Die Hypothese 2.3 zeigt auf, dass die Qualität des KH mit der PZ heute, Commitment, emotionale Distanzierung und Teile der PQ korreliert. Im Einzelnen betrachtet, zeigen besonders die medizinische Begleitung, die Unterstützung im Bindungsaufbau mit dem Kind und die Paarbegleitung einige Zusammenhänge mit der PQ, PZ heute und Stabilität auf. Damit kann die Hypothese ebenfalls nur teilweise bestätigt werden. Ein Zusammenhang mit der PZ ein Jahr nach der Geburt bestätigt sich nicht.

7.3 Wünsche nach Unterstützung

Die 3. Forschungsfrage und die beiden Unterfragen werden mithilfe verschiedener deskriptiven Statistiken erhoben. Damit wird mit der Unterstützungsbedarf von frühgeborenen Familien ermittelt.

Tabelle 7: Inanspruchnahme Hilfen

	Keine Inanspruchnahme	Sporadische Inanspruchnahme	Regelmäßige Inanspruchnahme
Maßnahmen Fokus Kind			
Sozialmedizinische Nachsorge	18 (24,0%)	13 (17,3%)	44 (58,7%)
Familienhebamme	43 (58,1%)	6 (8,1%)	25 (33,8%)
Krankenschwester	36 (48,6%)	6 (8,1%)	32 (43,2%)
Fokus auf Kind und Mutter im Blick			
Bunter Kreis	48 (65,8%)	0	25 (34,2%)
Harl.e.kin	66 (91,7%)	0	6 (8,3%)
Frühförderung	25 (34,2%)	1 (1,4%)	47 (64,4%)
Maßnahmen Fokus auf Eltern			
Psychologische Beratung	42 (56,8%)	16 (21,6%)	16 (21,6%)
Paartherapie	71 (95,9%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)

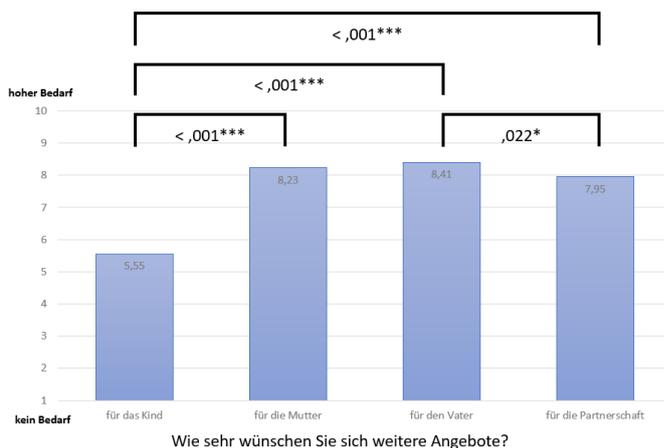
In der Grafik wird deutlich, dass am meisten die Hilfen von der sozialmedizinischen Maßnahme in Anspruch genommen wurden. Hierbei gaben 58,7% der befragten frühgeborenen Familien an, dass sie regelmäßige wahrgenommen haben, sporadische Termine fanden bei 17,3% der Familien statt. Vergleicht man die Nachsorgen, die ebenfalls den Blick weiter auf die Eltern - meist die Mutter - richten, kann ein deutlicher Unterschied vernommen werden. Der Bunter Kreis wurde von 34,2% und Harlekin oder ähnliche Programme wurden von 8,3% in Anspruch genommen. Somit zeigt sich bei den befragten Familien eine höhere Inanspruchnahme der Nachversorgung durch Hilfen mit einem starken Fokus auf das Kind. Die Begleitung durch eine Familienhebamme oder Krankenschwester in der Familie als weitere medizinische Maßnahme gaben 33,8% und 43,2% an regelmäßige Termine erhalten zu haben. Die Frühförderung wurde von einem Großteil (64,4%) regelmäßig angenommen. Diese agiert meist nach der Nachsorge. Auch hier ist die Familienarbeit ein Ziel der Maßnahme, aber der Fokus liegt auf der Entwicklungsförderung des Kindes. Reine Maßnahmen für die Eltern fanden hingegen nur bei 21,6% der Eltern und hinsichtlich der Paarbegleitung lediglich bei 1,4% statt. Weitere Angebote, die in der Tabelle 5 nicht aufgezeigt werden, waren Krankengymnastik (9x), Bobath (1x), Logopädie und Frühchen Treff (1x), Frühchen-Paten (1x), Babytötzen, Kur (1x), ambulanter Pflegedienst (2x), Tagesmutter (1x), Osteopathie, Ergotherapie, ehrenamtliche Hilfe (1x), EuTB (1x), Selbsthilfegruppe (1x), Kinderarzt (1x) und Hippotherapie (1x). Eine Mutter benannte wegen Corona wenig Hilfe bekommen zu haben (nur Logo und Physio). Evident wird das bis auf drei Angaben nur Maßnahmen für die Kinder noch ergänzt wurden. Deutlicher werden die Ergebnisse durch die folgende Tabelle 7. Insgesamt wurden vor allem Maßnahmen in der Förderung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes angenommen (80%). Lediglich 5,3% gaben an regelmäßige Termine ebenfalls zur Unterstützung für die Mutter und 2,7% für den Vater in Anspruch genommen zu haben. Sporadische Termine für die Mutter fanden bei 18,7% statt und bei den Vätern bei 5,3%. Auch hinsichtlich der Partnerschaft zeigte sich bei 2,7% regelmäßige Termine und bei 2,7% sporadische Termine.

Tabelle 8: Inanspruchnahme in Bereichen

	Keine Inanspruchnahme	Sporadische Inanspruchnahme	Regelmäßige Inanspruchnahme
Förderung Gesundheit/Entwicklung Kind	9 (12%)	6 (8%)	60 (80%)
Stärkung der Mutter	57 (76%)	14 (18,7%)	4 (5,3%)
Stärkung des Vaters	69 (92%)	4 (5,3%)	2 (2,7%)
Begleitung der Partnerschaft	71 (94,7%)	1,6 (2,7%)	1,6 (2,7%)

Die zweite Unterfrage beschäftigt sich mit dem Bedarf an Hilfen. Diese wurden mit einem Mittelwertvergleich für verbundene Stichproben erhoben, da nur die Familien mit einer Frühgeburtserfahrung hierzu befragt wurde. Die untenstehende Grafik zeigt auf, dass sich Eltern für ihr Kind durchschnittlich mit 5,55 von 10 mehr Hilfen für das Kind gewünscht hätten. Somit ist ein mittlerer weiterer Bedarf zu sehen. In den anderen Bereichen liegen die Mittelwerte deutlich darüber. Insgesamt sehen die Befragten einen hohen Bedarf für weitere Hilfen für die Mütter an ($M=8,23$) sowie auch für den Väter ($M=8,41$) als sehr wichtig an. Auch hinsichtlich ihrer Partnerschaft ergab die Bedarfsermittlung einen hohen Mittelwert von 7,95. Damit wird ein signifikanter Unterschied ($p < ,001$) zu allen Maßnahmen im Vergleich zu den Angeboten für Kinder sichtbar. Ein weiterer signifikanter Unterschied ($p = < ,022$) befindet sich zwischen Programmen für die Partnerschaft und Programmen für die Väter. Hiermit wünschen sich Eltern mehr Hilfen für den Vater als für die Partnerschaft.

Abbildung 1: Wünsche von Angebotserweiterung



* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. T-Tests für verbundene Stichproben, zweiseitige Signifikanztestung.

Im Hinblick auf die dritte Forschungsfrage und Unterfragen kann somit gesagt werden, dass deutlich mehr Bedarf für Hilfen speziell für die Mutter, Vater und die Partnerschaft, als für das Kind besteht. Für die Mutter gab es noch einige, die eine Hilfe erhielten. Für den Vater und die Partnerschaft gab es hingegen kaum Inanspruchnahmen. Zudem kann die 2. Unterfrage eindeutig mit Ja

beantwortet werden. Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung wünschen sich mit einem hohen Mittelwert mehr Angebote für die Partnerschaft. Ein weiterer Bedarf wurde für mehr Hilfen für die Mutter und besonders für den Vater angegeben.

8. Diskussion

Vorab zu erwähnen ist, dass aufgrund der kleineren Stichproben für die Praxis nur teilrepräsentative Ergebnisse gegeben werden können. Trotzdem weisen die Ergebnisse dieser Arbeit auf verschiedene Thematiken und Problematiken hin. Die Ergebnisse werden entlang der Hypothesen dieser Arbeit kurz zusammengefasst und mit der oben erläuterten Theorie in Verbindung gesetzt sowie diskutiert. Grundsätzlich weisen verschiedene Studien wie die von Raab und Struffolino darauf hin, dass durch die Geburt eines Kindes die Paarzufriedenheit abnimmt, die Verbundenheit der Paare durch ein Kind hingegen zunimmt. Demnach wäre ein Rückgang in der Paarzufriedenheit nach der Geburt eines Kindes als normal angesehen. Um die Ergebnisse einer „normalen“ Transition von der Elternschaft extrahieren zu können, wurde zum Vergleich die Fragen ebenfalls mit der Kontrollgruppe erhoben. Im Zusammenhang mit der Paarzufriedenheit und Stabilität konnte folgendes festgestellt werden: Betrachtet man die Ergebnisse fällt auf, dass signifikante Unterschiede zwischen Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung und einer Normalgeburtserfahrung bestehen. Die Paarzufriedenheit ein Jahr nach der Geburt des Kindes zeigt, dass diese signifikant geringer ist als in der Kontrollgruppe. Die gleiche Befragung zur heutigen Paarzufriedenheit zeigte hingegen keinen signifikanten Unterschied. Eine Erklärung könnte hierfür die Studie von Trause & Kramer darstellen. Kann die Frühgeburtserfahrung gemeinsam überwunden werden, findet eine Verbesserung in der Zusammenarbeit der Eltern statt, welche sich möglicherweise positiv auf die Paarzufriedenheit auswirkt. Das bedeutet, dass die Einflüsse einer Frühgeburt auf die Paarbeziehung der Eltern besonders im ersten Jahr nach der Geburt bestehen, bis sie die Herausforderung einer Frühgeburt gemeinsam überwinden konnten. Hinsichtlich der heutigen Trennungsbereitschaft (Commitment) konnten wiederum ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Somit ist in der Stabilität auch einige Zeit nach der Frühgeburt eine Belastung zu erkennen. Damit sind Paare mit einer Frühgeburtserfahrung näher an einer Trennung als die Paare mit einer Normalgeburtserfahrung. Ein Hinweis für dieses Ergebnis könnte die oben erläuterte Studie von Bindert darstellen, dass eine Entfremdung durch die Frühgeburtserfahrung bei den Paaren stattfinden kann. Die H1.1 kann hiermit nur teils bestätigt werden. Abgeleitet werden kann allerdings, dass auch langfristig Auswirkungen in der Partnerschaftszufriedenheit und -stabilität zu finden sind, aber besonders direkt nach der Frühgeburt die größte Einflussnahme stattfindet. Betrachtet man das Phasenmodell der Elternschaft von Glogar-Tippelt könnte hierbei auch von einer längeren

Überwältigungsphase gesprochen werden, da meist die Familie drei Monate im KH verbringt und somit sich erst danach auf das Leben mit dem Kind einstellen kann. Die längere Einfeldung in die Elternschaft kann sich somit bereits negativ auf die Partnerschaft auswirken, wie auch vandenBerg & Hanson beschrieb. Die in der H 1.2 nachgegangen Auswirkungen auf die Partnerschaft nach der Frühgeburtserfahrung zeigen ebenfalls einen Unterschied in der Überwältigungsphase. Eltern mit einer Frühgeburt gaben nach der Geburt an mehr emotionale Probleme und eine größere emotionale Distanz in der Beziehung verspürt zu haben als die Vergleichsgruppe. Hierbei wurde ein deutlich signifikanter Unterschied zu den Eltern mit einer Normalgeburtserfahrung festgestellt. Somit zeigen Eltern mit einer Frühgeburt eine höhere emotionale Distanzierung, Probleme in der Partnerschaft und erleben ihre Partnerschaft nach der Geburt deutlich negativer. Diese Hypothese kann somit bestätigt werden. Die erwähnte Studie von Sarimski zum Einfluss eines behinderten Kindes auf die elterliche Partnerschaft, zeigt in diesem Bereich ähnliche Ergebnisse auf.

In der Partnerschaftsqualität und Kommunikation (H 1.3) konnten in allen Einflussfaktoren ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt werden, diese zeichnet sich aber nur geringfügig ab. Damit sind die allgemeine Abnahme der Kommunikationsfähigkeiten und die Zunahme an Konflikten bei einer Frühgeburt höher als die generelle Abnahme in die Transition zur Elternschaft zu sehen, wie der Vergleich zur Kontrollgruppe zeigt. Auch im Hinblick der Belastungen (H 1.4) die durch die Frühgeburt entstehen, zeichnet sich ein einheitliches Bild ab. Familien mit einer Frühgeburt sind signifikant belasteter als Familien mit einer Normalgeburt. Bereits die Schwangerschaft wird belastender erlebt, dies wurde auch in Punkt 3.3 bereits beschrieben. Viele Eltern sorgen sich um die Gesundheit ihres Kindes bereits in Schwangerschaft. Das kann die Erhebung ebenfalls bestätigen. Das Gleiche zeichnet sich auch bei der Geburt ab, Eltern mit einer Frühgeburt nehmen die Geburt und die Angst um ihr Kind deutlich belastender als die Vergleichsgruppe wahr. Damit schließen sich die Ergebnisse an die erläuterten Studien (siehe 3.3.1) an. Die Belastungsintensität ein Jahr nach der Geburt zeigt ebenfalls einen signifikanten Unterschied zur Vergleichsgruppe auf. D.h. Eltern mit einer Frühgeburt sind belasteter im ersten Jahr nach der Geburt z.B. durch den längeren Krankenhausaufenthalt. Außerdem zeigt sich auch in der Elternschaft ein signifikanter Unterschied, wenn auch geringfügig. Zur ersten Forschungsfrage und den vier abgeleiteten Hypothesen kann deshalb insgesamt gesagt werden, dass die Partnerschaft von Eltern mit einer Frühgeburt belasteter ist in der Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Diese zeigten sich besonders in der emotionalen Nähe und emotionalen Distanzierung der Paare sowie einer höheren individuellen Belastung ab (höhere depressivere Verstimmungen, höhere Belastung in der Schwangerschaft und Geburt sowie im ersten Jahr und in der Elternschaft).

Durch die vorherigen Ergebnisse konnte ein Unterschied in der Partnerschaft zur Kontrolle festgestellt werden, mit der folgenden Forschungsfrage und Hypothesen wird versucht die speziellen Einflussfaktoren auf die Partnerschaft zu identifizieren. Vorab zu erwähnen ist, dass durch die Korrelationsanalysen nur auf Zusammenhänge hingewiesen werden kann, nicht auf eine konkrete Ursachenwirkung. Dies gilt bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten.

Als einen weniger wichtiger Einflussfaktor auf die Partnerschaft zeigte sich die Belastungsintensität in der Schwangerschaft mit der Partnerschaftszufriedenheit, Partnerschaftsqualität und Veränderungen in der Partnerschaft in der H. 2.1. Lediglich im dyadischen Coping gibt es eine geringfügige positive Korrelation und eine negative Korrelation mit der verbalen Aggression. Allerdings zeigt die Skala auch unglaubliche Ergebnisse auf, wie eine negative Korrelation mit den Skalen Rückzug, Kommunikationsprobleme und Manipulation auf. Die entstandenen Belastungen durch die Geburt zeigen einen Zusammenhang mit einer Zunahme an Kommunikationsprobleme und negative Einflüsse auf die Emotionalität, Nähe und fördert Verhaltensweisen wie Rückzug bei Konflikten. Die größten Zusammenhänge mit der Partnerschaftsqualität und Paarzufriedenheit ergaben sich aus der Belastungsintensität im ersten Jahr nach der Geburt und die Belastungen durch die Elternschaft. Demnach belasteten die Eltern besonders die Bedrohung der Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Die Elternschaft korrelierte mit allen Partnerschaftsvariablen. Die Belastungsintensität ein Jahr nach der Geburt zeigte bis auf die Skalen Kommunikationsprobleme, manipulatives Verhalten und konstruktiven Konfliktverhalten überall Zusammenhänge auf. Auch in der erläuterten Theorie (siehe 4.3) werden negative Einflüsse auf die Partnerschaft durch die Belastungen durch die Frühgeburt erwartet. Diese Zusammenhänge können hiermit bestätigt werden, allerdings nicht vollständig. Besonders die Belastungen durch die erlebte Geburt wurde in der Theorie als großer Einfluss auf Partnerschaft beschrieben, wenn diese sie stark belastete. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit (H2.2) konnte besonders die Depressivität als Einfluss auf die Partnerschaft festgestellt werden, wie es auch in der Studie von Delicate et al. beschrieben wurde. Diese Problematik die sich auf das Individuum ausprägt, ist somit auch ein negativer Einflussfaktor auf die Partnerschaft. Auch hier konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Einflussnahme durch eine Traumabelastung bestätigte sich auch hier nicht. In dieser Hinsicht weichen die Ergebnisse von der Studie von Delicate et al. 2017 ab. Besonders PTBS wird als ein großer Einwirkungsfaktor auf die Partnerschaft gesehen. Anzumerken ist, dass eine Traumatisierung vermutlich durch die wenigen Items nicht genug abgebildet werden konnten. Fraglich bleibt, ob durch die Depressivität im Zusammenhang einer Frühgeburtserfahrung ein größerer Einfluss auf die Partnerschaft besteht, als durch eine Traumatisierung. Jedoch bestätigte sich auch nicht der Verdacht von H. 1.4, dass durch die Belastung und Bedrohung bei der Geburt ein Einfluss auf die Partnerschaft stattfindet, was hier wiederum ein einheitliches Bild abzeichnet. Damit

bildet sich ein weiterer Forschungsbedarf ab. Auch die frühbezogene Scham und Schuld Skala zeigte ebenfalls keine große Auswirkung außer auf die Partnerschaftszufriedenheit heute. Auch hier konnte möglicherweise durch die Reduzierung der Items die Thematik nicht richtig erfasst werden, was ebenfalls das Cronbachs Alpha in den Einzelskalen Trauer ($\alpha=,69$) und Ursachengrübeln ($\alpha=,79$) vermuten lässt. Nur die Schuldskala zeigt einen sehr guten $\alpha=,99$ auf. Dennoch konnte nicht wie erwartet ein Einfluss der Scham- und Schuldgefühle auf Verhaltensweisen zur Abstandsgewinnung zum Partner oder emotionale Probleme sowie Irritation gefunden werden. Anhand der Ergebnisse ist anzunehmen, dass die Gefühle von Scham und Schuld wenig Einfluss auf die Partnerschaft ausüben, außer auf die Paarzufriedenheit heute. Hinsichtlich der 2. Forschungsfrage kann also gesagt werden, dass sich besonders eine Depression sowie die Belastungen im ersten Jahr und in der Elternschaft sich negativ auf die Partnerschaft ausprägen.

Ein Zusammenhang konnte allerdings mit allen Partnerschaftsvariablen gefunden werden, wenn die Betroffenen ein niedriges individuelles Coping aufzeigten. Lediglich der Zusammenhang mit der heutigen Paarzufriedenheit und konstruktive Konfliktlösung bestätigte sich nicht. Demnach kann besonders durch eine Depression (die 52% der Eltern mit einer Frühgeburt und 20% der Eltern mit einer Normalgeburt aufweisen) und ein negatives individuelles Coping die Partnerschaft negativ beeinflusst werden. Inwieweit die Partnerschaft und die Belastungsfaktoren durch das Krankenhaus und die erhaltenen Hilfen eingegangen werden, wurde in der H 2.3 untersucht. Die Begleitung im Krankenhaus zeigt besonders Zusammenhänge mit der Unterstützung im Bindungsaufbau. Wie oben beschrieben von vandenBerg & Hanson erfahren die Eltern emotionale Erleichterung, wenn sie mehr in die Pflege des Kindes eingebunden werden und mehr Körperkontakt stattfindet. Damit können Belastungen in der Elternschaft etwas Abhilfe geschaffen werden. Die Korrelationen zeigen ebenfalls einen Zusammenhang mit der PZ und PQ. Somit ist die Unterstützung in der Elternschaft und Eltern-Kind-Bindung ebenfalls eine Maßnahme zur Unterstützung der Partnerschaft. Die Subskala emotionale Begleitung ergab hingegen kaum Ergebnisse. Die medizinische Begleitung zeigt sich mit geringfügigen Zusammenhängen auf die Paarzufriedenheit heute, Commitment, Kommunikationsprobleme und emotionale Irritation. Eine mittlere Korrelation befindet sich im Bereich der Manipulation. Demnach würde das Vertrauen in die medizinischen Fachkräfte und Umgang mit der Familie ebenfalls eine Einflussnahme auf die heute Partnerschaftsqualität und Stabilität sowie weniger Kommunikationsprobleme und emotionale Irritation verursachen. Dieses könnte wie oben beschrieben die Belastungen ein wenig reduzieren, wenn sie das Gefühl haben ihr Kind sei in guten Händen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, weshalb keine Korrelationen mit der emotionalen Begleitung gefunden werden konnten. Somit wäre das Vertrauen in das Personal wichtiger als die empathische Begleitung. Dieses Ergebnis wirft Fragen auf, weshalb weitere Ergebnisse von Nöten wären. Hinsichtlich der Paarbegleitung

konnten Korrelationen mit den Skalen emotionaler Distanzierung und Irritation, Kommunikationsprobleme sowie Rückzug und Manipulation gefunden werden. Der Blick auf Eltern als Paar bereits im Krankenhaus und nicht nur als individuelle Angehörige würde sich somit positiv auf die Emotionalität, Kommunikation sowie Konfliktverhaltensweisen ausprägen. Die Betrachtung als Paar könnten die Eltern die Möglichkeit geben das Erlebnis in eine gemeinsame Sprache zu fassen und individuelle Reaktionen des Partners besser zu begreifen. Allerdings könnte die Ergebnisse zur Qualität des Krankenhauses durch die Covid 19 Pandemie beeinflusst worden sein. Inwieweit die Eltern die Einschränkungen wie in 2.5 erläutert erlebt haben, wurde nicht mit erhoben. Die Qualität des Krankenhauses kann somit im Bindungsaufbau und medizinische Begleitung sich positiv auf die Partnerschaft auswirken. Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden.

Um diese Ergebnisse einordnen zu können, wurde mit der dritten Forschungsfrage die Hilfen erhoben, die die Familien nach dem Krankenhaus erhielten sowie der Bedarf für eine Partnerschaftsbegleitung erhoben. Hinsichtlich der Hilfen die die Familien erhalten haben, konnte eine weitreichende Versorgung des Kindes festgestellt werden. Teilweise wurde auch die Mutter mit einer Maßnahme betreut, allerdings kann bei 24% (sporadische und regelmäßige Termine) von keiner weitreichenden Versorgung gesprochen werden. Zudem wünschen sich die Befragten mit einem hohen Mittelwert von 8,23 mehr Angebote für die Mütter. Anhand der Ergebnisse wünschen sich die betroffenen Eltern sehr häufig eine Hilfe für den Vater, die meist nicht mit berücksichtigt werden wie aus den Ergebnissen ebenfalls hervorgeht. Die Bedürftigkeit weiterer Programme für Kinder zu initiieren wird hingegen mit einem mittleren Wert beurteilt. Dennoch wird hier ebenfalls ein Bedarf sichtbar. Auch hinsichtlich der Partnerschaft wünschen sich viele eine deutliche Verbesserung bzw. mehr Maßnahmen. Insgesamt besteht nach den Befragten ein signifikanter höherer Bedarf für weitere Maßnahmen für Mutter, Vater und die Partnerschaft im Gegensatz zur Versorgung des Kindes. Hinsichtlich der Ergebnisse kann hiermit gesagt werden, dass nicht nur ein Wunsch der Eltern besteht mehr Unterstützung in der Partnerschaft zu bekommen, sondern auch die Ergebnisse dieser Arbeit auf eine Notwendigkeit hinweisen, die bisher kaum berücksichtigt wurde. Auch die Recherche hinsichtlich der Hilfen, welche für die betroffenen Familien zur Verfügung stehen, weisen die meisten keine bis eine sehr geringe Orientierung an der Partnerschaft auf. Zusammengefasst kann zu dritten Forschungsfragen gesagt werden, es besteht ein Bedarf für weitere Programme für die Mutter, für den Vater und für die Partnerschaft.

Ein interessanter Nebenbefund zeigte, dass alle Partnerschaftsvariablen insgesamt mit der der SSW korrelierten. Der Zusammenhang zeigt auf, dass umso früher das Kind geboren wird umso höher die Auswirkungen auf die Partnerschaft stattfindet. Um diesen weiter nachgehen zu können müssten, alle Ergebnisse anhand der SSW noch einmal betrachtet werden und Daten von sehr frühen und späten Frühchen ebenfalls im Vergleich gesetzt werden.

Die Stichprobe zeigte insgesamt eine mittlere Beteiligung und kann deshalb nur als teilrepräsentatives Ergebnis gesehen werden, da die Stichprobengröße nicht ganz ausreicht einen Querschnitt der Bevölkerung abzubilden. Außerdem gibt es eine höhere Abbrecherquote von 54 Teilnehmern. Anzunehmen ist, dass die Länge der Befragung – ca. 30 Minuten des FPF – einen entscheidenden Einfluss nahm. Ein weiterer Faktor könnten die Frageninhalte zur Partnerschaft darstellen, da einige nach den ersten Partnerschaftsitems abgebrochen haben. Hierbei könnten einige Teilnehmer die Items als zu intim erlebt haben. Die Beteiligung an der Erhebung fand hauptsächlich durch das weibliche Geschlecht statt, weshalb die Sicht der Väter nur sehr gering hier abgebildet werden kann. Für die weitere Forschung wäre das allerdings wichtig die Väter nicht aus den Augen zu verlieren, wie oben bereits beschrieben wurde. Aus der Stichprobenerhebung geht wie auch oben in der Ursachenforschung einer Frühgeburt bereits erläutert wurde, ein höheres Alter bei den Eltern mit einer Frühgeburt hervor. Die Väter sind im Durchschnitt 2,92 Jahre älter. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bei den Müttern von 3,06 Jahren zu der Vergleichsgruppe. Wie oben beschrieben stellt das Alter der Eltern nur eine mögliche Ursache einer Frühgeburt dar. Auch das Alter der Kinder weicht stark voneinander ab, dass mit der Erhebung grundsätzlich nicht verfolgt wurde. Das durchschnittliche Alter der Frühgeborenen liegt zum Zeitpunkt der Befragung bei 3,21 Jahren. In der Vergleichsgruppe hingegen bei 1,91 Jahren. Die Ursache hierfür stellt vermutlich der Feldzugang zur jeweiligen Gruppe dar. In der Normalgeburten Gruppe fand die Kontaktaufnahme über Mutter-Kind-Gruppen und Kitas statt. In der Frühgeburtengruppe wurde besonders über den Bundesverband „Das frühgeborene Kind e.V.“ der Zugang ermöglicht. Dieser fand online statt, somit konnten auch Teilnehmer die zwar eine extreme Frühgeburt erlebt hatten, aber die Erfahrung bereits mehrere Jahre zurückliegt, an der Befragung teilnehmen. Jedoch gab sich hierdurch auch die Chance Langzeitfolgen bei der Beziehung der Eltern genauer zu betrachten. In der anderen Gruppe wurde die Teilnahme durch die aufgesuchte Institution beschränkt, allerdings nahmen hier auch drei Eltern mit einem jüngeren Kind teil als vorgegeben. Dennoch kann durch die Teilnahme der Eltern von jüngeren Kindern die die erste Zeit mit dem Kind gerade erleben, eindeutiger beantwortet werden. Zwei Paare gaben an sich getrennt zu haben und in einer neuen Partnerschaft zu sein. Diese wurden in der heutigen Partnerschaft nicht mit einbezogen, um keine Ergebnisse aus der neuen Partnerschaft zu erheben. Damit sind über 98% der Paare noch zusammen. In der Geschwisterfolge ist das frühgeborene Kind meist zwischen dem ersten und zweiten Kind ($M=1,27$) geboren, Tendenz eher zum ersten Kind. Einige der Eltern haben nach der Frühgeburt oft noch ein weiteres Kind bekommen ($M=1,62$), in der Vergleichsgruppe liegt der Durchschnitt $M=1,46$, weshalb es sich bei den meisten Eltern um das erste oder zweite Kind handelt. Die Entbindung dauerte in der Frühgeburtengruppe durchschnittlich unter 2h und in der Vergleichsgruppe 11,57h. Dadurch wird die häufige Notsituation einer Frühgeburt noch einmal deutlich.

Auch das Ergebnis der Anwesenheit der Väter deutet daraufhin (98% Normalgeburt/ 48% Frühgeburt). Auch in der SSW gab es in den Stichproben eine Abweichung von einzelnen Personen von der Zielgruppenbeschreibung. Diese hielten sich aber in Rahmen, so wurde eine Familie über der 28. SSW und drei unter der 37. SSW miterfasst. Da sich bei der zweiten Gruppe um keinen langen Krankenhausaufenthalt handelte, wurden diese ebenfalls mitberücksichtigt. Zudem kann durch die fehlende Gewichtsangabe nicht gesagt werden, um die Kinder im Krankenhaus wirklich als Frühgeburten eingestuft wurden. Um eine genauere Trennschwelle der Stichprobe zu erreichen, müsste in einer folgenden Erhebung ebenfalls das Gewicht miterfasst werden. Durch den Feldzugang wurden ebenfalls nur die hohen und mittleren bildungsqualifizierten Eltern erreicht. Fraglich bleibt, ob durch eine Ausweitung des Feldzuganges auch die anderen Familien erreicht werden könnten, da bereits die aufsuchenden Hilfen miteinbezogen wurden. Im Bereich der finanziellen Belastung der Familien wurde insgesamt in beiden Gruppen ein Wert um 2 (Frühgeburt $M=2,04$ und $M=$ Normalgeburt $1,99$) von 5 erkannt. Das bedeutet, dass den meisten Familien in beiden Gruppen keine Armut besteht, aber auch keine völlige finanzielle Unbeschwertheit erkannt werden kann. Hinsichtlich des Krankenhausaufenthaltes wurde eine durchschnittliche Zeit von $M=14,41$ Wochen errechnet. Damit bleiben die Untersuchungsgruppe 3,31 Monate im Durchschnitt im Krankenhaus, das bestätigt ebenfalls das Ergebnis von von der Wense & Bindt. Frühgeborene Eltern bleiben in etwa bis zum errechneten Geburtstermin im Krankenhaus. Damit konnten durch die Stichprobe die Belastungen durch das Krankenhaus ebenfalls mit erhoben werden und dessen Einfluss. Die Krankenhausqualität wurde von der Frühgeburtengruppe ein wenig höher bewertet als in der Kontrollgruppe. Anzumerken ist, dass alle extremen Frühgeborenen sich auf der Neonatologie befanden und fast alle Kinder aus der anderen Gruppe auf der „normalen“ Entbindungsstation bzw. ambulant versorgt wurden. Damit kann angenommen werden, dass die Betreuung auf die Neonatologie mehr auf die Eltern eingeht, wie auch die Ziele der Perinatalzentren in Punkt 2.5 beschrieben wurde. Allerdings bewerten die Eltern auch die Neonatologie mit einer mittleren Qualität ($M=6,62$). Hiermit bleibt die Frage offen, wo die Eltern behandelt wurden. Um genauere Angaben treffen zu können, müsste ebenfalls die Unterscheidung zwischen Neonatologie und Perinatalzentren getroffen werden, um die Versorgung in den jeweiligen Bereich besser betrachten zu können. Die Beziehungsdauer der Befragten lag durchschnittlich 9,97 Jahren in Frühgeburtengruppe und 11,15 Jahre bei der Vergleichsgruppe. Damit sind die Paare mit einer Normalgeburt bereits länger zusammen. Aufgrund der aufgezählten Thematiken zeigte sich eine ungewisse Unschärfe in der Stichprobe, trotzdem könnten die Gruppe insgesamt verglichen werden, da die Geburtssituation stark voneinander abweichen. Hinsichtlich des Aufbaus dieser Arbeit geht aus den Ergebnissen und der Stichprobe folgende notwendige Veränderungen für das Forschungsdesign hervor: In der vorliegenden Stichprobe wurden die meist auseinanderliegenden

Gruppen, extreme Frühgeburt und Normalgeburt untersucht, um die Auswirkungen einer Geburt am Rande der Lebensfähigkeit/extremen Frühgeburt auf die Partnerschaft zu erforschen. Dadurch wurde die Zielgruppe zu klein gefasst, weshalb keine adäquate Stichprobe erhoben werden konnte. Durch den Einbezug auch von Eltern mit einem sehr frühgeborenen Kind, könnte die Stichprobengröße erweitert werden. Zudem besteht die Möglichkeit die Ergebnisse noch differenzierter zu betrachten, wie z.B. der genannte Nebenbefund mit den Schwangerschaftswochen und den Partnerschaftsvariablen. In den meisten herangezogenen Studien wurde ebenfalls sehr frühe Frühchen und extreme Frühchen zusammen untersucht, da diese ähnlichen Erlebnisse aufweisen. Für weitere detaillierte Ergebnisse wäre es sinnvoll, die Befragung zu verschiedenen Messzeitpunkten zu erheben. Bei rekonstruierenden Fragen muss immer mit einer gewissen Unschärfe gerechnet werden, da sich Erinnerungen über die Zeit auch verändern können. Deshalb wurde mit der Fassung der Stichprobe versucht, keine größeren Zeitspannen von über 5-6 Jahren zu erheben. D.h. die Befragung müsste auf der Neonatologie, ein Jahr nach der Geburt und 2-3 Jahre nach der Geburt stattfinden. Dieser Forschungsumfang konnte aufgrund des Rahmens dieser Masterarbeit und zeitlichen Begrenzung nicht umgesetzt werden, weshalb mit rekonstruierenden Items gearbeitet werden musste. Manche der Skalen könnte aufgrund der rekonstruktiven Fragen ebenfalls nicht funktioniert haben, wie z.B. die Skala Belastungsintensität Geburt. Zudem wäre es noch wichtig gewesen, ob aus der Frühgeburt eine Beeinträchtigung oder Behinderung des Kindes entstanden ist, um die Belastungen im ersten Jahr weiter zu spezifizieren. Eine Formulierungsthematik zeigte sich in den Fragen zu den angenommenen Hilfen. Programme für die Partnerschaft wurden als Paartherapie betitelt. Im Nachhinein wäre der Begriff Paarberatung deutlich treffender gewesen, da auch niedrigschwellige Angebote für Paare miterfasst hätten können. Mit dem Begriff der Paartherapie bleibt offen inwieweit auch andere Programme für die Partnerschaft miterfasst wurden. Tendenziell wäre für die bessere Betrachtung der erhaltenen Hilfen, eine kurze Abfrage der konkreten Inhalte, von Nöten gewesen. Zum Beispiel: Meine Themen, die Themen des Vaters und Themen unserer Partnerschaft wurde mitberücksichtigt. Anstatt der Frage wie hilfreich sie diese Angebote fanden, würde diese Frage mehr Aussagekraft besitzen. Eine weitere wichtige Fragstellung die anhand der Erhebung nicht beantwortet werden kann, ist ob die Vorbereitung auf die Frühgeburt (wenn möglich) die Partnerschaft positiv beeinflussen könnte, da die Betroffenen sich bereits ein wenig auf die Situation danach vorbereiten konnten. In einer erneuten Befragung müsste deshalb erfragt werden, ob sich um eine plötzliche oder vorhersehbare Frühgeburt handelte. Zudem wäre einer Differenzierung wichtig, wo die Betroffenen entbunden haben z.B. in einer der Perinatalzentren, Neonatologie oder anderen Kliniken. Um Familien die eine Elternberatung bekommen haben von den anderen trennen zu können. Außerdem hätten Familien, die ihr Kind in der Zeit der Covid 19 Pandemie bekommen haben, gesondert betrachtet

werden müssen, im Hinblick auf die Krankenhausversorgung, da sie einigen Einschränkungen unterlagen. Somit könnten Familien mit einer geringen Begleitung und vollständigen Begleitung ebenfalls verglichen werden. Wie bereits erwähnt, wurde konnte durch die Reduzierung der Skalen Trauma und Traumaintensität, dieser Einfluss vermutlich nicht richtig erfasst werden. Manche Skalen müssten mit mehr Items aufgebaut werden, um das Konstrukt Trauma besser abbilden zu können. Zudem wäre für die bessere Abgrenzung der Stichprobe, die Erhebung des Geburtsgewicht ebenfalls noch notwendig gewesen. Ein weiterer Forschungsbedarf bildet sich in folgenden Themen ab: Insgesamt konnte durch die Erhebung keine äußeren Belastungsfaktoren erhoben werden, die ebenfalls Einflüsse nach Bindt auf die Partnerschaft haben. Zudem müssten die Auswirkungen von sozialen Ressourcen auf die Partnerschaft von Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung ebenfalls weiter erforscht werden, da durch die Unterstützung eines sozialen Netzwerkes ebenfalls auch Belastungen abgemildert werden könnten wie Christ-Steckan beschreibt. Diese stellen ebenfalls einen weiteren Forschungsbedarf dar, um Schutz- und Risikofaktoren bei einer Frühgeburt für die Partnerschaft weiter heraus kristallisieren zu können. Außerdem wäre es nötig die Belastungen in einer erneuten Befragung genauer zu spezifizieren und somit eindeutiger identifizieren zu können. Weitere Fragen die durch diese Ergebnisse aufgeworfen werden sind, ob die Behandlung einer Depression die Partnerschaftsprobleme nach einer Frühgeburt bereits verhindern könnte oder ob die Probleme trotzdem auftreten würden. Die gleiche Frage stellt sich im Zusammenhang mit dem individuellen und dyadischen Coping, ob dieser Ansatzpunkt bereits die Problematiken minimieren würde.

Für die Praxis können folgende Ergebnisse abgeleitet werden. Zum einen darf die Partnerschaft bei Eltern mit einer extremen Frühgeburtserfahrung nicht aus dem Auge gelassen werden. Besonders wenn bei einem Elternteil Symptome einer Depression auftreten. Zum anderen fanden nur wenige Maßnahmen speziell für die Mutter und fast keine für den Vater mit einer extremen Frühgeburtserfahrung statt. Besonders für die Väter müssen weitere Zugänge zu den Hilfen und Konzepten geschaffen werden. Aufgrund der 40%, die den klinischen Cut-Off Wert von 2,5 überschritten haben, wäre eine bessere Versorgung beider Elternteile ein wichtiges Ergebnis dieser Masterarbeit. Das fordert auch eine bessere Schulung des Krankenhauspersonals hinsichtlich der Erkennung einer Depression, um frühzeitig reagieren zu können. Das bedeutet auch eine engere Zusammenarbeit mit den Psychologen oder Psychiatern im KH. Hinsichtlich der Partnerschaftsstärkung muss bereits im Krankenhaus eine Einbeziehung der Eltern in medizinische Angelegenheiten und eine gute Gestaltung im Bindungsaufbau zum Kind gewährleistet sein, um Auswirkungen auf die Partnerschaft zu vermeiden. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen einen Wunsch sowie Bedarf für Angebote für die Partnerschaft auf. Hilfen dürfen diese nicht aus den Augen verlieren, zudem müssen weitere Angebote geschaffen werden, um einen niedrigschwelligen Zugang zur einer

Paarbegleitung zu ermöglichen. Der Bedarf wurde von den betroffenen Familien als hoch angesehen. Dafür werden weitere Konzepte benötigt.

Zusammenfassend konnten die meisten der untersuchten Hypothesen bestätigt werden, allerdings kann durch die erhobene Stichprobe nur insgesamt von Zusammenhängen ausgegangen werden. Wichtige Ergebnisse dieser Arbeit sind, dass die Frühgeburt die Partnerschaft besonders in ihrer Qualität und Zufriedenheit bis ein Jahr nach der Geburt negativ beeinflusst. In der Partnerschaft kommt es zu mehr Kommunikationsproblemen und einem negativen Konfliktumgang. Zudem nehmen emotionale Probleme zu und es kommt zu einer Distanzierung vom Partner. Als Schutzfaktoren konnte die Begleitung im KH in Form der Bindungs- und medizinischen Begleitung sowie das individuelle und dyadische Coping identifiziert werden. Als weiteren Risikofaktor für die Partnerschaft nach einer Frühgeburt konnte vor allem eine Depression sowie ein schlechtes individuelles und dyadisches Coping festgestellt werden. Auswirkungen in der heutigen Partnerschaft konnten nur im Hinblick der Stabilität gefunden werden. In der heutigen Paarzufriedenheit bestätigte sich der Verdacht einer Verschlechterung nicht. Zum anderen konnten kein Einfluss auf die Partnerschaft durch die Belastungen der Schwangerschaft, Geburt, Traumatisierung und Frühbezogenen Scham und Schuld gefunden werden. Die Gründe hierfür wurden bereits beschrieben und werden hauptsächlich in der Reduzierung der Items gesehen sowie in der Stichprobengröße. Im Hinblick auf die Hilfemaßnahmen zeichnet sich ein deutlich größerer Bedarf für die spezielle Versorgung der Mutter, den Vater und für die Partnerschaft ab. Zudem wünschen sich Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung mit einem hohen Mittelwert mehr Angebote für sie als Paar.

Als Fazit dieser Arbeit kann gesagt werden, dass insgesamt von einer höheren Paarbebelastung und Auswirkungen durch die Frühgeburt auf die Partnerschaft ausgegangen werden kann. Am Rande der Lebensfähigkeit geboren zu werden, bedeutet also auch für die Eltern eine große Belastung und Herausforderung wie für das Kind. Es sind viele Bereiche des Lebens betroffen, weshalb viele von einer Lebenskrise sprechen, dass aus dieser Arbeit teilweise hervorgeht. Je nachdem wie die ganze Familie unterstützt wird, kann für den Erhalt der Partnerschaft entscheidend sein. Hierfür benötigen wir weitere Konzepte, die ineinander übergehen und familienorientiert arbeiten, sowie die Partnerschaft der Eltern nicht aus dem Auge verlieren. Einige Hilfen zeigen bereits gute Ansatzpunkte, allerdings muss die Partnerschaft als konkreter Inhalt mit aufgenommen werden. Der Wunsch solch einer Versorgung wird auch durch die Betroffenen sehr deutlich. Diese umfassendere Begleitung wird auch im Hinblick des Kinderschutzes notwendig, da die Partnerschaft der Eltern sich auf das Kind auswirkt sowie auch die Erkrankung eines Elternteils an einer Depression. Eltern dürfen also abschließend nicht nur als zweitrangig angesehen werden, sondern müssen individuell und als Paar mehr als nur Beachtung finden.

Literaturverzeichnis

Allotey, J.; Zamora, J.; Cheong-See, F.; Kalidindi, M.; Arroyo-Manzano, D.; Asztalos, E.; van der Post, J.A.M.; Mol, B.W.; Moore, D.; Birtles, D.; Khan, K.S. & Thangaratinam, S. (2017): Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta-analysis and systematic review involving 64 061 children. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14832> (abgerufen am 26.06.2023).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] (28.08.2018): Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen (Nr. 024/027). AWMF online.

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin- Nachsorge in Bayern (2023): Die Ziele. <https://harlekin-nachsorge.de/index.php/ziele> (abgerufen am 16.07.2023).

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern (2023 a): Die Idee. <https://harlekin-nachsorge.de/index.php/idee> (abgerufen am 12.08.2023).

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern (2023 b): Die Struktur. <https://harlekin-nachsorge.de/index.php/strukturen> (abgerufen am 23.08.2023).

Bayerisches Staatsministerium für Familien, Arbeit und Soziales [StMAS] (n.d.): Geburtskomplikationen. www.schwanger-in-bayern.de/schwanger/geburt/komplikationen/index.php (abgerufen am 08.06.2023).

Bayerisches Staatsministerium für Familien, Arbeit und Soziales [StMAS] (n.d. a): Die Geburt. www.schwanger-in-bayern.de/schwanger/geburt/geburt/index.php (abgerufen am 09.06.2023).

Bayerisches Staatsministerium für Familien, Arbeit und Soziales [StMAS] (n.d. b): Gelingende Kooperation vor Ort. www.stmas.bayern.de/kinderschutz/koki-netzwerke/ (abgerufen am 23.08.2023).

Bayerischen Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (April 2022): Bayerisches Nachsorgemodell. Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern für Familien mit früh- und risikogeborenen Kindern [Handbuch]. München: Bayerischen Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales.

Berufsverbände für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland (n.d.): Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)? www.neurologen-und-psychotherapeuten-im-netz.org/psychiatrie-psychotherapie-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/posttraumatische-belastungsstoerung-ptbs/ (abgerufen am 02.04.2023).

Bindert, R.; Käppel, K. & Bigus, J. (2019): Mein Kind ist krank- Wer kann uns unterstützen?. Leitfaden für Eltern mit Kindern, die lebensbedrohlich oder lebensverkürzend erkrankt sind. Rostock: Universitätsmedizin Rostock.

Bindt, Carola (31.10.2021): Frühgeburt: Risiko für die psychische Gesundheit?. Wie elterliche Belastungen und frühkindliche Entwicklungsbedingungen zusammenwirken. In: Psychotherapeut, 67 (1), S. 28–33.

Blanz, Mathias (2021): Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Bodenmann, Guy, & Cina, Annette (2000). Stress und Coping als Prädiktoren für Scheidung: eine prospektive Fünf-Jahre-Längsschnittstudie. Zeitschrift für Familienforschung, 12 (2), S. 5-20.

Bodenmann, G. (2000a). FDCT-N. Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz. In: Fribourg: Universität, Institut für Familienforschung und-beratung.

Bodenmann, Guy (2000b). Stress und Coping bei Paaren. Göttingen: Hogrefe
Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper,

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023): Frühgeborene, Welche Hilfen und Unterstützungen gibt es bei Frühgeburten?. www.familienportal.de/familienportal/lebenslagen/schwangerschaft-geburt/fruehgeborene (abgerufen am 13.03.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (29.02.2016) Sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sozialmedizinische-nachsorge-fuer-schwerkranke-kinder.html (abgerufen am 31.05.2023).

Bundesverband Bunter Kreis e.V. (2020): Vision flächendeckende Nachsorge. www.bv-bunter-kreis.de/fileadmin/user_upload/files/Presseinformationen/Presseinformation_1_BBK_und_ISPA_2020.pdf (abgerufen am 25.08.2023).

Bundesverband Bunter Kreis e.V. (2020a): Versorgungslücke Kinder und Jugendliche. www.bv-bunter-kreis.de/fileadmin/user_upload/files/Presseinformationen/Presseinformation_2_Nachsorge_in_D_2020.pdf (angerufen am 12.06.2023).

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (n.d.): Gemeinsam für die Allerkleinsten. www.fruehgeborene.de/index.htm (abgerufen am 12.01.2023).

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2014): Elternberatung in der Neonatologie. Ein Praxis-Leitfaden des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V.. Göttingen: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V..

Bundesverband für Frauenärzte [BVF] & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG] (08.09.2021): Früh- und Fehlgeburt. www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/frueh-und-fehlgeburt/ (abgerufen am 12.01.2023).

Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (n.d.): Mögliche Ursachen für eine Frühgeburt. www.kinderaerzte-im-netz.de/altersgruppen/das-erste-jahr/fruehgeborene/moegliche-ursachen-fuer-eine-fruehgeburt (abgerufen am 06.04.2023).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (n.d.): Chancen und Risiken für das Frühgeborene. www.familienplanung.de/schwangerschaft/fruehgeburt/chancen-und-risiken-fuer-das-fruehgeborene/ (abgerufen am 26.06.2023).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (n.d. a): Frühförderung – gezielte Unterstützung bei frühzeitig erkannten Problemen. www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/foerdern-unterstuetzen/fruehfoerderung/ (abgerufen am 16.07.2023).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2023): Wenn ein Kind unreif zur Welt kommt. www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/fruehgeburt/ (abgerufen am 12.01.2023).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (11.11.2010): Komplikationen während der Geburt. www.familienplanung.de/schwangerschaft/die-geburt/komplikationen/geburtskomplika-tionen/ (abgerufen am 08.06.2023).

Burzan, Nicole (2015): *Quantitative Methoden kompakt*. München: UTB.

Christ-Steckhan, Claudia (2005): *Elternberatung in der Neonatologie*. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Colditz, Paul; Sanders, Matthew R; Boyd, Roslyn; Pritchard, Margo; Gray, Peter, O'Callaghan, Michael J.; Slaughter, Virginia; Whittingham, Koa; O'Rourke, Peter; Winter, Leanne; Evans, Tracey, Herd, Michael; Ahern, Jessica & Jardine, Luke (2015): Prem Baby Triple P: a randomised controlled trial of enhanced parenting capacity to improve developmental outcomes in preterm infants. In: *BMC Pediatrics*, 15 (15), S. 1-13.

Delicate, A., Ayers, S., Easter, A. & McMullen, S. (2017): The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (1), S. 102-115.

de Paula Eduardo, Juliana A.F.; Gonçalves de Rezende, Marcos; Menezes, Paulo R. & Del-Ben, Cristina M. (2019): Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders*. 259, S. 392-403.

de Vries, Ulrike & Petermann, Franz (29.09.2022): Depression. In: Wirtz, Antonius (Hrsg.): *Dorsch. Lexikon der Psychologie* [online]. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/depression> (abgerufen am 23.08.2023).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation Und Information (2013): Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). ICD-10-GM Version 2013. www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2013/block-f40-f48.htm (abgerufen am 23.09.2023).

Dinger, Jürgen (2013): Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit. In: Reichert, J. & Rüdiger, M. (Hrsg.): *Psychologie in der Neonatologie: Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener*. Göttingen: Hogrefe, S. 11-28.

Faltermaier, Toni & Lessing, Nora (19.03.2021): Coping. In: Wirtz, Markus A. (Hrsg.): *Dorsch Lexikon der Psychologie* [online]. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/coping> (abgerufen am 23.09.2023).

Furman, W. & Buhrmester, D. (1985): Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*. 21, S. 1016–1024.

Franke, G. H. & Jagla-Franke, M. (2021): EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. In: *Leibniz-Institut für Psychologie* (Hrsg.): *Open Test Archive*, Trier: ZPID.

Gale, Gay; Franck, Linda S.; Kools, Susan & Lynch, Mary (2004): Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. In: *International Journal of Nursing Studies*. 41 (1), S. 51 - 58.

Gebker, Stefanie (2010): Belastungsfolgen nach Frühgeburt: Die patho- und salutogene Wirkung des Scham- und Schulterlebens und der persönlichen Resilienz auf das mütterliche Wohlbefinden. Osnabrück: Universität Osnabrück.

Gross-Letzelter, Michaela (2021): Forschungsergebnisse zu Belastungen und Unterstützung von Frühgeborenen-Eltern in der Klinik vor der Corona-Pandemie. In: Gross-Letzelter, Michaela (Hrsg.): Frühgeborene und ihre Eltern: Forschungsergebnisse von der Geburt bis zur Pubertät mit Praxisanregungen unter Einbezug der Corona-Pandemie [e-book]. Berlin & Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Gross-Letzelter, Michaela (2021a): Belastungen und Ressourcen von Frühgeborenen-Eltern während der Corona-Pandemie. In: Gross-Letzelter, Michaela (Hrsg.): Frühgeborene und ihre Eltern: Forschungsergebnisse von der Geburt bis zur Pubertät mit Praxisanregungen unter Einbezug der Corona-Pandemie [e-book]. Berlin & Boston: De Gruyter.

Hecker, Tobias & Maercker, Andreas (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60 (6), S. 547-562.

Helle, Nadine; Barkmann, Claus; Ehrhardt, Stephan; von der Wense, Axel; Nestoriuc, Yvonne & Bindt, Carola (2016): Postpartum anxiety and adjustment disorders in parents of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. In: *Journal of Affective Disorders*, 194, S. 128–134.

Jahnel, Diana und Karls, Maren (07.03.2012): Stepping Stones Triple P – für Eltern von Kindern mit einer Behinderung. www.familienhandbuch.de/unterstuetzungsangebote/bildungsangebote/triplep.php (abgerufen am 19.08.2023).

Janus, Ludwig (2015): *Geburt* (Bd. 12). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Jotzo, Martina & Poets, C. F. (2005): Helping parents cope with the Trauma of Premature Birth. An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15805364/> (abgerufen am 23.09.2023):

Jotzo, Martina & Schmitz, Bernhard (2002): Traumatisierung der Eltern durch Frühgeburt ihres Kindes. www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2002-33383 (abgerufen am 12.08.2023).

Jungbauer, Johannes (2014): *Familienpsychologie* (2. Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

Karney, Benjamin R & Bradbury, Thomas N. (1995) The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. In: *Psychological Bulletin*, 118 (1), S. 3-34.

Käufel, Stephanie (29.01.2022): Wann lebenserhaltend vorgegangen werden soll, wird je nach Land unterschiedlich gesehen. www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/wann-lebenserhaltend-vorgegangen-werden-soll-wird-je-nach-land-unterschiedlich-gesehen (abgerufen am 05.06.2023).

Kruse, M. (2021): Begleitung von traumatisierten Frauen während Schwangerschaft und Geburt in der frauenärztlichen Praxis. In: *Gyne* (7), S. 32-37.

Lattari Balest, Arcangela (2022): Frühe (vorzeitige) Neugeborene. www.msmanuals.com/de-de/heim/gesundheitsprobleme-von-kindern/allgemeine-beschwerden-bei-neugeborenen/fruehe-vorzeitige-neugeborene (abgerufen am 26.06.2023).

Lawrence, Erika; Cobb, Rebecca J.; Rothman, Alexia D.; Rothman, Michael T. & Bradbury, Thomas N. (2008): Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood. In: *Journal of family psychology*, 22 (1): S. 41–50.

Lebel, Catherine.; MacKinnon, Anna; Bagshawe, Mercedes; Tomfohr-Madsen, Lianne & Giesbrecht, Gerald (2020): Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. In: *Journal of Affective Disorders*, 277, S. 5-13.

Lewis, Elena-Maria (2021): Auswirkung einer extremen Frühgeburt auf die Psychische Belastung von Müttern und Vätern, Lübeck: Universität zu Lübeck.

Ludwig- Körner, Christiane (2013): Die Frühgeborenenfamilie – Belastung und Bewältigung. In: Reichert, Jörg & Rüdiger, Mario (Hrsg.): *Psychologie in der Neonatologie: Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener*. Göttingen: Hofgrefe, S. 47-59.

Maier, Rolf F. & Obladen, Michael (2017): *Neugeborenen Intensivmedizin. Evidenz und Erfahrung [e-book]* (9. Aufl.). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Mara, Lena S. (2012): *Untersuchung über den Zusammenhang von elterlicher Traumatisierung nach einer Frühgeburt und der Entwicklung von frühkindlichen Regulationsstörungen*, Köln: Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Maercker, A. (n.d.): Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R). file:///C:/Users/there/Downloads/IES-R_Testbeschreibung.pdf (abgerufen am 21.05.2023).

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998): IES-R, Impact of Event Scale-revidierte Form. <https://psychidix.org/psychologische-testverfahren/ies-r/> (abgerufen am 21.05.2023).

Müller-Rieckmann, Edith (2022): *Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung: Eine Elternberatung* (7. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

München Klinik (n.d.): Frühgeburt, Frühchen, wenn das Leben zu früh beginnt: Neugeborenen-Intensivmedizin im zertifizierten Perinatalzentrum, www.muenchen-klinik.de/geburt/fruehgeburt/ (abgerufen am 13.03.2023).

Nakić Radoš, Sandra; Matijaš, Marijana; Kuhar, Laura; Anđelinović, Maya & Ayers, Susan (2019): Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/22674/3/Nakic%20Rados%20et%20al%202019_text%20copy.pdf%20 (abgerufen am 08.06.2023).

Nationales Zentrum Früher Hilfen (n.d.): *Grundlagen der Frühen Hilfen, Informationen zur Bedeutung und Entwicklung der Frühen Hilfen, zur Bundesstiftung Frühe Hilfen sowie zu rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen der Frühen Hilfen*. www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/ (abgerufen am 15.05.2023).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH] (2014): *Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Kompakt 1*. Köln.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (n.d.a): Leitbild Frühe Hilfen mit Leitsätzen. www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-leitbild-mit-leitsaetzen/ (abgerufen am 15.05.2023).

Netzwerk Krise nach der Geburt (n.d.): Krankheitsbilder. www.krise-nach-der-geburt.de/krankheitsbilder.html (abgerufen am 08.06.2023).

Netzwerk Neonatologie (n.d.): Frühgeborene nach SSW. <https://netzwerk-neonatologie.de/fruehgeborene-nach-ssw/> (abgerufen am 14.08.2023).

Niemann, Steffen (2019): Quantitative Sozialforschung – eine Einführung. In: Hammerschmidt, Peter; Janßen, Christian & Sagebiel, Juliane (Hrsg.): Quantitative Forschung in der Sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz Juventa, S. 32-54.

Okay, İlknur & Güler, Çiğdem Yavuz (2021): Relationship dynamics: the protective effect of relationship satisfaction and dependency on parents' mental health after having a preterm baby. In: health psychology report, S. 1-13.

Pace, Carmen C.; Spittle, Alicia J.; Molesworth, Charlotte M.-L.; Lee, Katherine J.; Northam, Elisabeth A.; Cheong, Jeanie L. Y.; Davis, Peter G.; Doyle, Lex W.; Treyvaud, Karli & Anderson, Peter, J. (2016): Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. In: JAMA Pediatrics, 170 (9), S. 863-870.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010): Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. JAMA, 303 (19), S. 1961-1969.

Polinski, Liesel & Roch, Erika (1.7.2013): Das Prager Eltern-Kind-Programm PEKiP. www.familienhandbuch.de/unterstuetzungsangebote/bildungsangebote/pekip.php (abgerufen am 16.07.2023).

Pro Psychotherapie e.V. (2023): Paartherapie und Familientherapie. Hilfe bei Konflikten und Problemen in Partnerschaft oder Familie. www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/paartherapie-familientherapie/ (abgerufen am 19.08.2023).

Raab, Marcel & Struffolino, Emanuela (2020): The Heterogeneity of Partnership Trajectories to Childlessness in Germany. In: European Journal of Population, 36, S. 53-70.

Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GE-SIS Data Archive, Cologne. ZA5678 Data File Version 13.0.0, <https://doi.org/10.4232/pairfam.5678.13.0.0> (abgerufen am 09.04.2023).

Reichert, Jörg & Rüdiger, Mario (2012): Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Eltern Frühgeborener. Stuttgart: Ligatur Verlag.

Reichle, Barbara, & Werneck, Harald (1999): Übergang zur Elternschaft und Partnerschaftsentwicklung: Ein Überblick. In: Reichle, Barbara & Werneck, Harald (Hrsg.): Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses, Berlin & Boston: De Gruyter Oldenbourg: 1-16.

Sarimski, Klaus (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Göttingen: Hofgrefe-Verlag.

Sarimski, Klaus (2021): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe [e-book] (2., vollst. überar. Aufl.). Göttingen: Hofgrefe-Verlag GmbH & Co.KG.

Sarimski, Klaus (2021a): Familien von Kindern mit Behinderungen. Ein familienorientierter Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe.

Schatten & Licht e.V. (n.d.): Depression und Angststörung nach der Geburt, Ratgeber für Betroffene und Angehörige, Welden: Schatten & Licht e.V..

Schäfer, Nicole; Karutz, Harald & Schenk, Olaf (2017): Die Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung von Eltern in der Neonatologie. In: Z Geburtsh Neonatol, 221 (1), S. 217–225.

Schreiberhuber, Anita (11.03.2021): Geburtstraumata-assozierte Kurz- und Langzeitfolgen. www.universimed.com/at/article/gynaekologie-geburtshilfe/geburtstraumata-kurz-langzeitfolgen-52441 (abgerufen am 08.06.2023).

science media center germany (25.04.2017): Lebensfähigkeit extrem unreifer Frühgeborener. www.sciencemediacenter.de/fileadmin/user_upload/Fact_Sheets_PDF/Lebensfaehigkeit-extrem-unreifer-Fruhegeborener_SMC-Fact-Sheet_2017-04-25.pdf (abgerufen am 29.03.2023).

Singer, Dominique; Thiede, Luise P. & Perez, Anna (2021): Erwachsene mit Frühgeburtsanamnese. Gesundheitliche Langzeitrisiken von ehemals sehr kleinen Frühgeborenen. www.aerzteblatt.de/archiv/220658/Erwachsene-mit-Fruhegeburtsanamnese (abgerufen am 18.08.2023).

Spindler, Anna & Lux, Ulrike (2012): Evaluation des Präventionsprogramms „SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern“, Ergebnisbericht zu den Mentorenschulungen und Elternkursen 2007 – 2010, München: Staatsinstitut für Frühpädagogik.

Spry, C. (2013): The Baby Triple P Project: Effects of a Parenting Intervention to Promote a Successful Transition to Parenthood. Brisbane: The University of Queensland.

Statistisches Bundesamt (2023): Geburten. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html#234040, (abgerufen am 06.03.2023).

Steinhardt, Alina & Zöllner, Nicola (2013): Elternberatung in der Neonatologie – Stationäre frühe Hilfen bei Risikogeburten. In: Reichert, Jörg & Rüdiger, Mario (Hrsg.): Psychologie in der Neonatologie: Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener, Göttingen: Hofgrefe: 140-153.

Stegmann, Anne-Katrin & Schmitt, Marina (08.09.2004): Veränderungen in langjährigen Partnerschaften des mittleren Erwachsenenalters. Changes in long-term marital relationships in middle adulthood. www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl2009_04_stegmann_schmitt_2006.pdf (abgerufen am 24.08.2023).

Trause, M. A. & Kramer, L. I. (1983): The effects of premature birth on parents and their relationship, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1983.tb13790.x> (abgerufen am 17.07.2023).

Treyvaud, Karli; Lee, Katherine J.; Doyle, Lex W. & Anderson, Peter J. (2014): Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. In: The Journal of Pediatrics, 164 Jg., H. 3, S. 515–521.

Treyvaud, Karli; Spittle, Alicia; Anderson, Peter J & O'Briene, Karel (2019): A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Human Development*. 139, S. 1-5.

vandenBerg, Kathleen A. & Hanson, Marci J. (2015): Frühgeborene pflegen – Eltern beraten und begleiten. *Praxishandbuch zur Elternberatung und Entlassungsplanung von Früh- und Neugeborenen*. Bern: Hofgreffe Verlag.

Von der Wense, Axel & Bindt, Carola (2021): Risikofaktor Frühgeburt. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln (2., überar. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

Vriend, Eline; Leemhuis, Aleid; Flierman, Monique.; van Schie, Petra; Nollet, Frans & Jeukens-Visser Martine (2021): Mental health monitoring in parents after very preterm birth. In: *Acta Paediatrica* 110, S. 2881-3141.

Walani, Salimah R. (2020): Global burden of preterm birth. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150 (1), S. 31–33.

Zizek, Lalenia (2016): Von der Partnerschaft zur Elternschaft – Elternwerden als Lebenslaufkrise. Eine mikroanalytische Untersuchung. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich UniPress.

Inhaltsverzeichnis Fragebogen

1. Finanzielle Situation:

NRI (The Network of Relationships Inventory) Skalen zur finanziellen Lage im Haushalt)

Quelle: Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21(6), 1016-1024.

2. Partnerschaft über die Zeit:

NRI The Network of Relationships Inventory (Skalen zu Intimität, Wertschätzung und Konflikt)

Quelle: Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21(6), 1016-1024.

Paarzufriedenheit (aus den pairfam CASI, CAPI und Partner Questionnaire)

Quelle: Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 69f.

3. Schwangerschaft:

Traumaintensitätfragebogen (TIF)

Quelle: Gebker, Stefanie (2010): Belastungsfolgen nach Frühgeburt: Die patho- und salutogene Wirkung des Scham- und Schuldgefühls und der persönlichen Resilienz auf das mütterliche Wohlbefinden. Osnabrück: Universität Osnabrück.

4. Geburt:

Traumaintensitätfragebogen (TIF)

Quelle: (siehe oben)

5. Erstes Jahr nach der Geburt:

Traumaintensitätfragebogen (TIF).

Quelle: (siehe oben)

State-Trait Depression Scales (STDS FORM Y-2)

Quelle: Spaderna, H., Schmukle, S. C., & Krohne, H. W. (2002). Bericht über die deutsche Adaptation der State-Trait Depression Scales (STDS). *Diagnostica*, 48(2), 80-89.

Impacte of event scale (IES-R)

Quelle: Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998): IES-R, Impact of Event Scale-revidierte Form. <https://psydex.org/psychologische-testverfahren/ies-r/> (abgerufen am 21.05.2023).

Frühgeburtsbezogene Scham- und Schuldskala (FSSS)

Quelle: Gebker, Stefanie (2010): Belastungsfolgen nach Frühgeburt: Die patho- und salutogene Wirkung des Scham- und Schuldgefühls und der persönlichen Resilienz auf das mütterliche Wohlbefinden.

Einsamkeit (aus der CASI, CAPI und Partner Questionnaire Befragung).

Quelle: Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 182.

6. Fragen zum Kind:

Temperament, unspezifische elterliche Belastung (CAPI Studie)

Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 203f.

Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation (Ulf-Neo)

Quelle: Brisch, K.-H. et al (1994). Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation (ULF-Neo) Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.

7. Umgang mit Frühgeburt:

Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Quelle: Franke, G. H. & Jagla-Franke, M. (2021): EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. In: Leibniz-Institut für Psychologie (Hrsg.): Open Test Archive, Trier: ZPID.

8. Partnerschaft ein Jahr nach der Geburt:

Sexualität (Items stammen aus dem pairfam panel)

Quelle: Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 86; 92.

Conflict styles (Teile aus den Komqual „Questionnaire for the measurement of communication quality“ übernommen und von Pairfam panel ergänzt)

Quelle: Bodenmann, Guy (2000b). Stress und Coping bei Paaren. Göttingen: Hogrefe.

Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 76ff.

Dyadisches Coping aus den FDCT-N (supportive dyadic coping of the partner“ aus dem “Dyadic Coping Questionnaire“).

Quelle: Bodenmann, G. (2000a): FDCT-N - Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz [Dyadic Coping Questionnaire]. Kurznachweis. Fribourg: Universität, Institut für Familienforschung und -beratung.

9. Commitment:

Commitment Itemauswahl stammen aus (ersten beiden Items sind aus Pairfam und restlichen Items aus der Jugendliebe Befragung, Welle 2., S. 80.)

Quelle: Wendt, Eva-Verena; Taqi, Zaina; Pieker, Anja & Walper, Sabine (2006): Dokumentation der Erhebungsinstrumente im Fragebogen Welle 2. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Jugendliebe“ Nr. 5/06. München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik

Quelle: Reim, Julia; Alt, Phillip.; Geissler, Svenja; Sawatzki, Barbara; Thönnissen, Carolin & Walper, Sabine (2022): pairfam Scales and Instruments Manual, Release 13.0. LMU Munich: Technical Report. GESIS Data Archive, S. 71.

10. Hilfen:

- Selbstkonstruierte Items

Anhang

- a) Abgrenzung Frühgeburtsgruppen
- b) Maßnahmenbeschreibungen
- c) Vulnerabilitäts- Stress-Anpassungsmodell
- d) Tests für klinische Cut-Off-Werte
- e) Fragebogen

Anhang A:

Tabelle 9: Abgrenzung Frühgeburtsgruppen

Bezeichnung:	Schwangerschafts- woche	Geburtsgewicht	Englischer Fachbe- griff
Späte Frühgeburt	36+6 –32+0 SSW	unter 2500g	low-birth-weight
Sehr frühe Frühge- burt	31+6 und 28+0 SSW	unter 1500g	very low birth weight
Extreme Frühgeburt	Unter der 28. SSW	Unter 1000g	extremely low ges- tational age new- borns

Anhang B: Maßnahmenbeschreibungen

B.1: Frühe Hilfen

Das Netzwerk Frühe Hilfen entstand 2007 aus einem Aktionsprogramm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH], n.d.) wie z.B. die Frühförderung. Hierzu wurden nationale Frühe Hilfen Zentren deutschlandweit eingerichtet, die wiederum eine große Veränderung in der präventiven Wirkung im Bereich des Kinderschutzes haben sollen (ebd.). Die Frühen Hilfen wurden am 01.01.2012 rechtlich festgesetzt (ebd.). Neben des präventiven Kinderschutzauftrags, ist die psychosoziale Begleitung der Familie sowie die Entlastung eine ihrer größten Aufgaben (ebd.). Damit dieser Auftrag erfüllt werden kann handelt es sich um eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Netzwerke (NZFH, 2014, S. 13). Dazu gehören die Schwangerschafts(konflikt)beratung, das Gesundheitswesen, die Behindertenhilfen sowie alle Kinder- und Jugendhilfen (ebd.). Koordiniert wird das Frühe Hilfenetzwerk durch die sogenannte koordinierenden Kinderschutzstellen „Koki - Netzwerk frühe Kindheit“ (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, n.d. b). Ihre Aufgabe ist es sich um das Netzwerks zu kümmern, d.h. weiterauszubauen, Kontakte herzustellen und eine gemeinsame Grundlage zu schaffen (ebd.). Das Projekt Koki stammt grundsätzlich aus einen Modelversuch „Guter Start ins Kinderleben“ (ebd.). Es besteht hierfür nach dem bayerischen Bundesministerium eine Stelle in jeder Kommune und kreisfreien Stadt in Bayern zur Verfügung (ebd.).

B.2: Elternberatung auf den Perinatalzentren

Inhalte der Beratung ist die emotionale- und Verarbeitungsbegleitung, die Beobachtung der psychischen Gesundheit der Eltern und das Anbieten von Hilfsangeboten (Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V., 2014, S. 6f.). Das Informieren über alle Maßnahmen wie z.B. medizinische Abläufe und pflegerischen Aufgaben, Akquirieren von sozialen und finanziellen Ressourcen sowie Hilfen für den Alltag, Stärkung in der Identifikation der Elternrolle, Still- und Ernährungsberatung, Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern, etc. (ebd.).

Zeichnet sich die Frühgeburt vorher ab sollen die Eltern durch ein präpartales Beratungsgespräch eine emotionale Entlastung erfahren und einen Überblick sowie Informationen über die Frühgeburt und die Abläufe bekommen (ebd., S. 11). Die postpartale Beratung, die direkt nach der Geburt beginnt, soll die Eltern engmaschig psychosozial begleiten und entlasten, aber auch weitere Informationen und Ausblicke geben (ebd., S. 13). Danach beginnt die „fortlaufende stationäre

Elternberatung“, die den Eltern weiterhin eine emotionale Entlastung, Beratung sowie konkrete Anregungen im Umgang mit dem Kind geben sollen (ebd., S. 15). Gegebenenfalls kann die Trauerberatung ein Teil der Elternarbeit werden, wenn das Kind verstirbt (ebd., S. 24).

Ein weiterer Inhalt sind verschiedene Angebote hinsichtlich der Eltern-Kind-Bindung und Elternschulungen (ebd., S. 16). Außerdem sind Aufgaben im Sinne eines Entlassungsmanagements, eine frühzeitige Planung der Entlassung und notwendigen Hilfen für den Übergang nach Zuhause zu organisieren (ebd., S. 18). Die anschließende Nachsorge durch Telefonate ist das Mindestmaß was geleistet werden muss (ebd., S. 20). In Ausnahmen können die Familien sieben Tage nach der Entlassung vom Personal nachbetreut werden (ebd., 21f.). Es sollte aber eine Zusammenarbeit mit einem externen oder internen Nachsorge-Dienstleister angestrebt werden (ebd., S. 21f.).

B.3: Bunter Kreis

Eine weitere Form der medizinischen Nachsorge stellt das Netzwerk Bunter Kreis dar. Dieser ist ein eingetragener Verein der fast flächendeckend die Versorgung von erkrankten oder behinderten Kindern übernimmt (Bundesverband Bunter Kreis e.V., 2020, S. 1f.). Der Anspruch dieser Versorgung ist durch den § 43 Absatz 2 SGB V geregelt (ebd.). Zielgruppe des Bunten Kreises sind Familien mit Kinder und Jugendlichen mit „chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankungen, Früh- und Risikogeborene mit ihren Familien, Kinder und Jugendliche in der Palliativphase sowie Angehörige von verstorbenen Kindern und Jugendlichen“ (Bundesverband Bunter Kreis e.V., 2020a, S. 1f.). Die hauptsächliche Arbeit findet nach der Entlassung statt, um die Lebensqualität der Familien zu erhalten und bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (ebd.). Der Bunte Kreis agiert als Case-Management für das Gesundheits- und Sozialsystem (ebd.). Die interdisziplinäre Arbeit umfasst die medizinische, pflegerische, psychologische und sozialpädagogische Zusammenarbeit (ebd.). Durch die Maßnahme soll eine nachhaltige Stabilität für die Familien geschaffen werden (ebd.). Aufgrund der Krankheit oder Behinderung des Kindes können bei den Betroffenen und ihren Angehörigen, Ängste, Überforderung, Wut und Scham- und Schuldgefühle entstehen (ebd.) Ein Ziel ist die Krankheit mit den Familien gemeinsam im Alltag und Umfeld zu integrieren (ebd.). Zudem soll den Familien in unseren komplexen Gesundheitssystem ein Navigator an die Seite gestellt werden, um Vernetzungen zu arrangieren und Ansprüche gelten zu machen (ebd.).

B.4: Harlekin

Harl.e.kin ist ein bayerisches kostenloses Nachsorgeprogramm, dass sich speziell an früh- und risikogeborene Kinder und deren Familien richtet (Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin-

Nachsorge in Bayern, 2023). Dabei handelt es sich um einen „beziehungs- und entwicklungsorientierten Ansatz“ (ebd.). Im Unterschied zu der sozialmedizinischen Nachsorge und dem Bunten Kreis, die nur auf Grundlage einer medizinischen Bedürftigkeit des Kindes handeln dürfen, ist es möglich Harl.e.kin auch aufgrund der elterlichen Gesundheit zu erhalten (ebd.). Die Familie wird beim Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld durch eine vertraute Kinderkrankenschwester, einen Standortkoordinator und eine Fachkraft der Frühförderstelle begleitet (ebd.). Beratungsinhalte sind die Versorgung des Kindes, Interaktionsanbahnung und Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung durch entsprechende Anregungen sowie ein Überblick über die Entwicklung des Kindes (ebd.). Durch Harl.e.kin sollen die Familien, die vorher nicht erreicht wurden, leichter Hilfe erhalten und somit soll die Versorgungslücke geschlossen werden (ebd.). Damit wird auch einem sekundär präventiven Auftrag nachgegangen, der durch das frühe Angebot die Eltern stärken möchte, um für das Kind den bestmöglichen Start ins Leben zu ermöglichen (ebd.). Die Maßnahme umfasst ebenfalls psychosoziale Inhalte für die Eltern (Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern, 2023 a). Der flächendeckende Ausbau in Bayern wird noch weiter angegangen (Arbeitsstelle Frühförderung Bayern & Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern, 2023 b). Es werden bereits im Krankenhaus erste Kontaktaufnahmen zu den Eltern durch die genannten Mitarbeiter angeboten (Bayerisches Staatsministerium für Familien, Arbeit und Soziales, April 2022, S. 21f.). Der erste Besuch Zuhause erfolgt relativ schnell nach der Entlassung (ebd.). Die Aufnahme in das Programm ist auch danach möglich (ebd.). Die Inhalte werden an den Alltags- und Familienthemen bestimmt (ebd.). Dabei steht im Zentrum der Arbeit die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie alle Bedarfe der Eltern (ebd.). Wenn nötig werden weitere Hilfen hinzugeholt und im Netzwerk gearbeitet (ebd.).

B.5: Pecip

Bei Pecip handelt es sich um ein Gruppenprogramm für Eltern mit einem Baby ab der 4-6 Lebenswoche (Polinski & Roch, 1.7.2013). Hierbei wird neben der motorischen Förderung des Babys auch die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt (ebd.). Durch das genaue Hinsehen und Hinhören von kindlichen Signalen wird die Eltern-Kind-Bindung gestärkt (ebd.). Zudem finden Mütter Kontakt zu anderen Eltern und können somit von anderen Eltern lernen und mit diesen sprechen (ebd.). Die Gruppenmaßnahme kann bis zum ersten Lebensjahr die Familien begleiten (ebd.).

B.6: Safe-Elternprogramm

Das sogenannte SAFE-Elternprogramm richtet sich vor allem an Eltern mit einer Traumatisierung und beginnt bereits in der 20. SSW bis zum 1. Geburtstag des Kindes in einer Gruppenförderung (Spindler & Lux, 2012, S.5). Hierbei finden auch Einzelgespräche zur Einschätzung einer Traumatisierung und im späteren Verlauf Videoanalysen statt (ebd.). Spindler & Lux (2012, S.5): „Ziel ist, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind herzustellen und diese zu erhalten. Darüber hinaus geht es auch darum, Eltern mit bisher unverarbeiteten Traumata so zu unterstützen, dass sie noch vor der Geburt ihres Kindes mit einer Aufarbeitung ihrer Erfahrungen beginnen können.“

Demnach kann dieses Elternprogramm besonders Eltern unterstützen, wenn eine Traumatisierung bereits vorher bestand.

B.7: Tripple P

Dieses Programm richtet sich besonders an Eltern mit einem entwicklungsverzögerten, verhaltensauffälligen oder behinderten Kind und ist an die Bedürfnisse der Eltern angepasst (Jahnel & Karls, 07.03.20212). In den Kursen, die ca. 9 Wochen dauern und aus sechs Treffen und drei Einzelgesprächen bestehen, wird versucht die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken (ebd.). Themen sind die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und ihre Entwicklung sowie auch die Partnerschaft (ebd.).

In einen Modellversuch wurde versucht dieses Programm auf Eltern mit einer Frühgeburtserfahrung zu übertragen und als Baby Triple P bezeichnet (Colditz, 2015, S. 3). Zu den genannten Angeboten wurden die Familien alle drei Monate telefonisch kontaktiert und erhielten Entwicklungsinformationen per Post (ebd.). Inhalte des Triple P sind ebenfalls die Beziehung der Eltern, die durch Gespräche abseits der Gruppe begleitet werden (Jahnel & Karls, 07.03.2012). Nach einer Studie kann dieses Programm die Beziehungszufriedenheit der Eltern wieder erhöhen (Spry, 2013; Colditz, 2015, S. 3). Angeboten wurden in der Studie von Colditz (2015, S. 7) Kommunikationsfähigkeiten, Umgang miteinander, Stärkung der Beziehungszufriedenheit, gegenseitige Unterstützung und Arbeitsteilung.

Allerdings wird diese Modifizierung in Deutschland vermutlich noch nicht angeboten, da keine Ergebnisse gefunden wurden. Die Studie zeigt, dass sich positive Veränderungen in der Partnerschaft sowie in der Beziehung zu dem Kind ergeben können (Colditz, 2015, S. 1).

B.8: rechtliche Ansprüche bei einer Frühgeburt

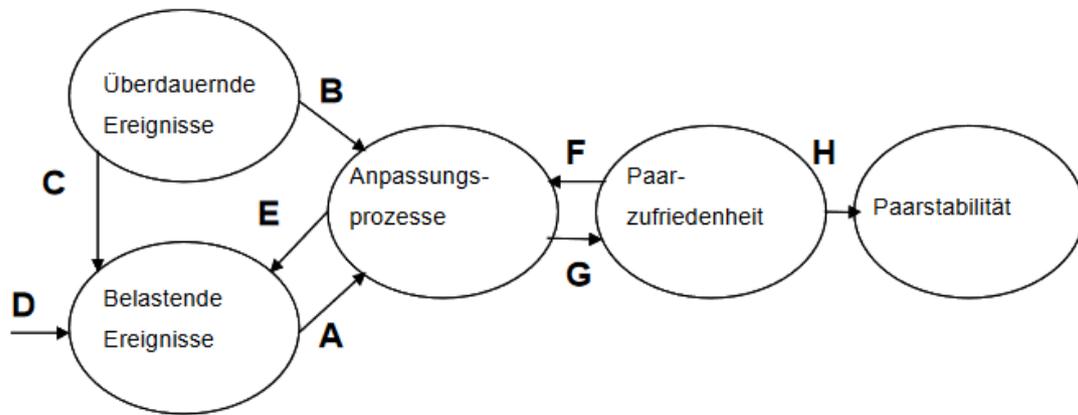
Die sogenannte Mutterschutzfrist ist i.d.R. 6 Wochen vor dem Geburtstermin und 8 Wochen nach der Geburt (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2023). Findet die

Geburt früher statt, bleibt der Anspruch auf die 14 Wochen Mutterschutz bestehen (ebd.). Ab der Geburt erhalten die Mütter dann Elterngeld und eine Erhöhung der Monate für das Elterngeld (ebd.). Für den Vater besteht die Möglichkeit die Elternzeit früher in Anspruch zu nehmen, allerdings liegt es rechtlich in den Händen der Arbeitsgeber, wann diese beginnen kann, wenn das Kind vor der 7-Wochen-Frist geboren wird (ebd.). Ein weiterer Anspruch besteht nicht.

Um die Familien zu entlasten gibt es verschiedene Leistungen. Je nach Bedarf des Kindes besteht die Möglichkeit auf eine häusliche Kinderkrankenpflege oder Pflegehilfe (ebd.). Zudem kann je nach Situation eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter für Geschwisterkinder in Anspruch genommen werden (ebd.). Zur weiteren Unterstützung kann unter bestimmten Voraussetzungen der familienentlastende Dienst einbezogen werden (ebd.). Für die finanzielle Unterstützung können Heil- und Hilfsmittel und Therapiekosten (teilweise) übernommen werden (ebd.). Je nach Anspruch kann die Familie außerdem Pflegegeld beziehen (ebd.).

Anhang C

Abbildung 2: Das Vulnerabilitäts-Stress-Anpassungsmodell der Paarbeziehung nach Karney/Bradbury (1995)



Quelle: Stegmann & Schmitt 08.09.2004, S. 50

Anhang D

Berechnungen für Depressionswerte über klinischen Cut-Off-Wert (Erstellung durch SPSS)

Abbildung 2: Depressionswerte nach Gruppe

			depression Klinisch relevante Depression (STDS-Y Screening Cut-Off pairfam)		Gesamt
			0 gesund	1 depressiv	
F1_gruppe Gruppe	1 Frühgeburt	Anzahl	36	39	75
		% von F1_gruppe Gruppe	48,0%	52,0%	100,0%
	2 Normalgeburt	Anzahl	40	10	50
		% von F1_gruppe Gruppe	80,0%	20,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		76	49	125
	% von F1_gruppe Gruppe		60,8%	39,2%	100,0%

Abbildung 3: Depressionswerte nach Geschlecht

			depression Klinisch relevante Depression (STDS-Y Screening Cut-Off pairfam)		Gesamt
			0 gesund	1 depressiv	
F1_geschlecht Geschlecht	1 Vater	Anzahl	13	7	20
		% von F1_geschlecht Geschlecht	65,0%	35,0%	100,0%
	2 Mutter	Anzahl	63	42	105
		% von F1_geschlecht Geschlecht	60,0%	40,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		76	49	125
	% von F1_geschlecht Geschlecht		60,8%	39,2%	100,0%

Abbildung 4: Signifikanztest Gruppe

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	12,889 ^a	1	<,001		
Kontinuitätskorrektur ^b	11,582	1	<,001		
Likelihood-Quotient	13,516	1	<,001		
Exakter Test nach Fisher				<,001	<,001
Zusammenhang linear-mit-linear	12,786	1	<,001		
Anzahl der gültigen Fälle	125				

Anhang E

Fragebogen

Liebe Mütter und liebe Väter!

Ich heiße Theresa Berndt und studiere Bildungswissenschaften im letzten Semester. Momentan befinde ich mich in der Forschung für meine Masterarbeit. Hierfür interessiere ich mich für Ihre persönliche Geburtserfahrung und die erste Zeit nach der Geburt in Ihrer Familie und Partnerschaft. Insgesamt stelle ich Ihnen verschiedene Multiple Choice-Fragen, was in etwa 30 Minuten Ihrer Zeit beanspruchen wird. Ihr Engagement trägt zu mehr Informationen für die Frühen Hilfen bei, damit Familien in der ersten Zeit, entsprechend Ihrer Erfahrung, besser unterstützt werden können. Bitte kreuzen Sie eine für Sie richtige Antwort an. Falls mehrere Antworten möglich sind, ist das entsprechend angegeben. Damit Ihre Antworten entsprechend ausgewertet werden können, ist ein vollständiges Ausfüllen des Fragebogens von Bedeutung. Falls Sie Fragen nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie sie einfach leer. Fragen zu Ihrem Kind beziehen sich immer auf Ihr Kind, das eine Frühgeburt war bzw. Kinder. Selbstverständlich ist die Umfrage anonym und nicht auf Ihre Person zurückführbar. All Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Fragebogen für Mütter

Wichtig: Wenn Sie die Mutter sind, dann können Sie einfach fortfahren. Wenn Sie der Vater sind, dann bitte [hier klicken](#).

Code: Als erstes wird ein Code erstellt. Bitte geben Sie nur den entsprechenden ersten Buchstaben ein. Durch den Code ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Erster Buchstabe Ihres eigenen Vornamens: _____,

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer (leiblichen) Mutter: _____,

Erster Buchstabe des Vornamens des Kindesvaters: _____,

Erster Buchstabe des Vornamens der (leiblichen) Mutter des Kindesvaters: _____,

Zu Beginn stelle ich Ihnen ein paar kurze Fragen zu Ihnen selbst und zu Ihrer Familie.

Wann sind Sie und Ihre Familie geboren?

Wann sind Sie selbst geboren? (Bitte Monat und Jahr angeben)

Monat (z.B. 11 für November): _____ Jahr (z.B. 1991): _____

Wann ist Ihr Partner geboren? (Bitte Monat und Jahr angeben)

Monat (z.B. 11 für November): _____ Jahr (z.B. 1991): _____

Wann ist Ihr frühgeborenes Kind geboren (Bitte Monat und Jahr angeben)

Monat (z.B. 11 für November): _____ Jahr (z.B. 2019): _____

Wo steht Ihr frühgeborenes Kind in der Geschwisterfolge?

	1= ältestes Kind
	2= zweites Kind
	3= drittes Kind
	4= viertes Kind
	5= fünftes Kind
	6= später geboren

Wie viele Kinder haben Sie insgesamt? _____ Kinder

Sind Sie mit dem leiblichen Vater aktuell als Paar zusammen?

Ja Nein

Wenn Ja: Seit wann sind Sie bereits ein Paar? Seit...

Monat (z.B. 11 für November) _____ Jahreszahl (z.B. 1999) _____

Wenn Nein: Wann haben Sie sich getrennt?

	in der Schwangerschaft
	kurz nach der Geburt
	ein Jahr nach der Geburt
	zwei Jahre nach der Geburt
	drei Jahre nach der Geburt
	später

	wir waren nie als Paar zusammen
--	---------------------------------

Wenn Nein: Sind Sie aktuell in einer neuen Partnerschaft?

Ja Nein

Wenn Ja: Seit wann sind Sie bereits ein Paar? Seit...
 Monat (z.B. 08 für August) _____ Jahreszahl (z.B. 1999) _____

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
	Haupt/Mittelschulabschluss (Volksschulabschluss)
	Qualifizierender Mittelschulabschluss
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8./9. Klasse
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
	Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule (FOS, BOS)
	Allgemeine Hochschulreife / Abitur
	Sonstiger Schulabschluss

1. Wie ist die finanzielle Situation in Ihrem Haushalt?

	1 Stimmt Überhaupt nicht	2	3	4	5 Stimmt voll und ganz
Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen.					
Wir müssen häufig auf etwas verzichten, weil wir uns finanziell einschränken müssen.					
Bei uns ist das Geld meistens knapp.					

2. Partnerschaft über die Zeit

Heutige Partnerschaft

Nun stelle ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer heutigen Partnerschaft.

Wenn Sie an Ihre heutige Beziehung denken, wie oft kommen folgende Verhaltensweisen vor?

	1 Nie	2	3	4	5 Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrem/Ihrer Partner/in, was Sie beschäftigt?					
Wie oft teilen Sie mit Ihrem Partner Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?					
Wie oft zeigt Ihr Partner Ihnen Anerkennung für das, was Sie tun?					
Wie oft zeigt Ihnen Ihr Partner, dass er Sie schätzt?					
Wie oft sind Ihr Partner und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?					
Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Partner, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?					

Wie geht es Ihnen in Ihrer heutigen Partnerschaft?

	0 Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?											
Was denken Sie: Wie zufrieden ist Ihr Partner insgesamt mit Ihrer Beziehung?											

Ihre Paarbeziehung vor der Geburt

Nun blicken wir auf die Zeit vor der Geburt zurück.

Wenn Sie an Ihre Partnerschaft vor der Geburt Ihres frühgeborenen Kindes denken, wie würden Sie die gleichen Fragen für die damalige Zeit beantworten?

	1 Nie	2	3	4	5 Immer
Wie oft erzählten Sie Ihrem Partner, was Sie damals beschäftigte?					
Wie oft teilten Sie mit Ihrem Partner Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?					

Wie oft zeigte Ihr Partner Ihnen Anerkennung für das, was Sie taten?					
Wie oft zeigte Ihnen Ihr Partner, dass er Sie schätzte?					
Wie oft waren Ihr Partner und Sie unterschiedlicher Meinung und stritten sich?					
Wie oft passierte es zwischen Ihnen und Ihrem Partner, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander waren?					

Wie ging es Ihnen in Ihrer Partnerschaft vor der Geburt?

	0 Sehr un- zufrieden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr zu- frieden
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?											
Was denken Sie: Wie zufrieden war Ihr Partner insgesamt mit Ihrer Beziehung?											

Ihre Paarbeziehung ein Jahr nach der Geburt

Nun denken Sie bitte an die Zeit nach der Geburt Ihres frühgeborenen Kindes zurück.

Wie ging es Ihnen in Ihrer Partnerschaft ca. ein Jahr nach der Geburt. Wie würden Sie die gleichen Fragen für das erste Jahr nach der Geburtserfahrung beantworten?

	1 Nie	2	3	4	5 Immer
Wie oft erzählten Sie Ihrem Partner, was Sie damals beschäftigte?					
Wie oft teilten Sie mit Ihrem Partner Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?					
Wie oft zeigte Ihr Partner Ihnen Anerkennung für das, was Sie taten?					
Wie oft zeigte Ihnen Ihr Partner, dass er Sie schätzte?					
Wie oft waren Ihr Partner und Sie unterschiedlicher Meinung und stritten sich?					

Wie oft passierte es zwischen Ihnen und Ihrem Partner, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander waren?										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	0 Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr zufrieden
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?											
Was denken Sie: Wie zufrieden war Ihr Partner insgesamt mit Ihrer Beziehung?											

3. Schwangerschaft

Nun möchte ich mit Ihnen auf die Schwangerschaftszeit zurückblicken.

Wie ging es Ihnen in der Schwangerschaft?

	1 Stimmt überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Unser Kind war ein Wunschkind und geplant.										
Vor der Schwangerschaft hatten wir Probleme schwanger zu werden.										
Die Schwangerschaft war sehr belastend.										
Es gab viele Komplikationen in der Schwangerschaft.										
Ich habe mich um die Gesundheit meines Kindes geängstigt.										
Ich machte mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.										

4. Geburt und Krankenhausaufenthalt

Wenn Sie an die Frühgeburt denken, wie würden Sie folgende Fragen nach Ihrem Empfinden bewerten?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? In der _____ Woche

Wie lange dauerte die Entbindung: _____ Stunden

War der Vater bei der Geburt anwesend? Ja Nein

Die Geburt eines Kindes kann sehr unterschiedlich erlebt werden, manchmal auch belastend.

Wie haben Sie die Geburt erlebt?

	1 Stimmt überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Die Geburt war sehr belastend.										
Es gab viele Komplikationen während der Geburt.										
Ich hatte intensive Furcht um das Leben meines Kindes.										
Ich habe mich um die Gesundheit meines Kindes geängstigt.										
Ich hatte Angst um mein eigenes Leben.										
Ich machte mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.										
Ich war entsetzt darüber, was vor sich ging.										
Ich habe mich in der Situation völlig hilflos gefühlt.										

Im Krankenhaus

War Ihr Kind auf der Neugeborenen- Intensivstation? Ja Nein

Wenn ja: Wie lange musste Ihr Kind auf der Neugeborenen-Station bleiben? _____ Wochen

Durften Sie im Krankenhaus mit Ihrem Kind bleiben?

ja, die ganze Zeit ja, nur ein paar Tage nein

Wie erging es Ihnen im Krankenhaus?

	1 Stimmt überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Die Ärzte und Pflegekräfte haben sich viel Zeit für meine persönlichen Anliegen genommen.										
Die Ärzte und Pflegekräfte haben mit mir über meine Gefühle gesprochen und mir zugehört.										
Neben meinem Kind wurde auch meinen emotionalen Bedürfnissen nachgegangen.										
Bei medizinischen Fragen wurde ich miteingebzogen.										
Ich konnte dem Klinikpersonal während des Krankenhausaufenthaltes vertrauen.										
Ich hatte das Gefühl, dass mein Kind medizinisch in guten Händen ist.										
Ich durfte unser Kind nach der Geburt und danach ausreichend lange halten und sehen.										
Die Beziehung zwischen mir und meinem Kind wurde durch das Personal unterstützt.										
Beim Stillen wurde ich gut unterstützt.										
Mit dem medizinischen Personal konnten wir beide über Paarproblematiken sprechen.										
Es fanden gemeinsame Gespräche mit meinem Partner zusammen statt.										

Bedürfnisse, Fragen und Anliegen als Paar wurden berücksichtigt und hatten Raum.											
Ich habe mir Sorgen gemacht, nicht genug für mein Kind da sein zu können.											

5. Erstes Jahr nach der Geburt

Jetzt möchte Ihnen noch genauere Fragen zum ersten Jahr mit Ihrem frühgeborenen Kind in Ihrer Familie stellen.

Bitte versuchen Sie sich gedanklich und emotional wieder in diese Zeit zurückzusetzen. Wie erging es Ihnen?

	1 Stimmt Überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Ich konnte mit Leichtigkeit eine Beziehung zu meinem Kind aufbauen.										
Das erste Jahr nach der Geburt war sehr belastend.										
Es gab viele Komplikationen im ersten Jahr nach der Geburt.										
Ich habe mich um die Gesundheit meines Kindes geängstigt.										
Ich machte mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.										

Wie oft fühlten Sie sich in dem ersten Jahr nach der Geburt durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	1 Fast nie	2 Manchmal	3 Oft	4 Fast Immer
Meine Stimmung war schwermütig				
Ich war glücklich				
Ich war deprimiert				
Ich war traurig				
Ich war verzweifelt				
Ich war in gedrückter Stimmung				

Ich fühlte mich gut				
Ich fühlte mich sicher				
Ich war ruhig und gelassen				
Das Leben machte mir Spaß				

Wie sehr waren Sie durch Erinnerungen an die die Geburt und an deren Folgen belastet?

	0 Über- haupt nicht	1	2	3	4	5 oft
Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.						
Die Erinnerungen an das Ereignis lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.						
Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.						

	1 Stimmt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt genau
Ich konnte nicht damit aufhören, über die Ursachen der Frühgeburt nachzudenken.										
Die Frage nach dem „Warum“ lies mich nicht los.										
Ich trauerte um eine normale Schwangerschaft und/oder einen normalen Kontakt zu meinem Baby.										
Ich weinte, wenn ich an die (abgebrochene) Schwangerschaft und die Probleme meines Babys dachte.										
Ich machte mir immer wieder Selbstvorwürfe.										

Ich hatte immer wieder Schuldgefühle in Bezug auf die Frühgeburt.										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	1 Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5 Trifft voll und ganz zu
Ich fühlte mich allein.					

6. Fragen zu Ihrem Kind

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben, wenn Sie auf sein erstes Lebensjahr zurückblicken?

	1 Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5 Trifft voll und ganz zu
Mein Kind war meist fröhlich und zufrieden					
Mein Kind war leicht erregbar und weinte häufig					
Mein Kind war schwer zu trösten.					
Mein Kind war neugierig und aktiv					
Ich war oft am Ende meiner Kräfte					
Mein Leben mit dem Kind/den Kindern war anstrengend					

Wie sahen Sie die Entwicklung Ihres Kindes im ersten Jahr nach seiner Geburt?

	keine Beeinträchtigung	leichte Beeinträchtigung	mittelschwere Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung
Wie schätzten Sie die zukünftige körperliche Entwicklung Ihres Kindes damals ein?				
Wie schätzten Sie die zukünftige geistige Entwicklung Ihres Kindes damals ein?				

Wie würden Sie die gleiche Frage heute beantworten?

	keine Beeinträchtigung	leichte Beeinträchtigung	mittelschwere Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung
Wie schätzen Sie die zukünftige körperliche Entwicklung Ihres Kindes heute ein?				
Wie schätzen Sie die zukünftige geistige Entwicklung Ihres Kindes heute ein?				

7. Umgang mit der Frühgeburt

Wie gingen Sie im ersten Jahr nach der Geburt mit der Frühgeburt und ihren Folgen um?

	1 Stimmt nicht	2	3	4	5 Stimmt genau
Ich begann, in der Frühgeburt und ihren Folgen einen Sinn zu sehen					
Ich konnte meine innere Stärke wiederfinden					
Ich begann, die Frühgeburt und ihre Folgen als Schicksal anzunehmen					

Welchen Einfluss hatte das Erlebnis der Frühgeburt auf Sie als Paar?

	1 Stimmt überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Die Frühgeburt unseres Kindes hat uns als Paar sehr belastet.										
Als Paar haben wir mehr Probleme als zuvor.										
Unsere Partnerschaft ist durch die Frühgeburt anstrengender geworden.										
Durch die Frühgeburt haben wir uns emotional voneinander entfernt.										

Die Erfahrung der Frühgeburt hat und als Paar enger zusammengebracht.										
Wie haben uns durch die Frühgeburt als Paar etwas aus den Augen verloren.										

Wie ging es Ihnen in Ihrer Partnerschaft in den ersten Monaten nach der Geburt?

	1 Stimmt überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Stimmt voll und ganz
Ich hatte das Gefühl mein Partner gibt mir die Schuld an der Frühgeburt.										
Ich hatte Schuldgefühle gegenüber meinem Partner.										
Wir konnten gut über die Erfahrung der Frühgeburt sprechen.										
Wir konnten unseren Schmerz miteinander teilen.										
Wir konnten unsere Ängste miteinander besprechen.										
Über das Erlebnis der Frühgeburt sprachen wir nicht.										
Ich konnte meinen Partner emotional nicht an mich heranlassen.										
Ich habe mich allein gelassen gefühlt.										
Ich hatte das Gefühl, mein Partner ist nicht erreichbar für mich.										

Mein Partner tröstete mich, wenn ich es brauchte.										
Durch meinen Partner bekam ich die Zuversicht und Kraft weiterzumachen.										

8. Partnerschaft von Geburt bis zum 1. Lebensjahr

Wie ging es Ihnen mit Ihrem Partner nach der Geburt bis zum ersten Geburtstag Ihres Kindes?

	1		2		3		4		5	
	nie								Sehr oft	
Wie oft war Ihr Partner zärtlich zu Ihnen?										
Wie oft nahm er Sie in den Arm, streichelte oder kuschelte er mit Ihnen?										
	1 Viel seltener		2 Etwas seltener		3 Genauso oft		4 Etwas häufiger		5 Viel häufiger	
Wenn es nur nach Ihnen gegangen wäre, hätten Sie dann gerne seltener oder häufiger Geschlechtsverkehr in dieser Zeit gehabt?										
	1 Sehr unzufrieden	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr zufrieden
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?										

Wie war das, wenn Sie und Ihr Partner eine Meinungsverschiedenheit hatten? Bitte geben Sie an, wie häufig jeder von Ihnen die folgenden Verhaltensweisen gezeigt hat. Bitte denken Sie an das erste Jahr nach der Geburt.

	Sie selbst	Ihr Partner [Väter: „Ihre Partnerin“]
--	------------	--

	1 fast nie oder nie	2	3	4	5 sehr oft	1 fast nie oder nie	2	3	4	5 sehr oft
beleidigen oder beschimpfen										
anschreien										
In Schweigen verfallen										
Sich weigern, weiter darüber zu reden										
Schnell beleidigt sein										
Dem anderen die Schuld geben, Schuldgefühle machen										
Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen										
Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu										

Was tat Ihr Partner, wenn Sie gestresst oder belastet waren?

	1 nie	2	3	4	5 immer
Er gab mir das Gefühl, dass er mich verstand.					
Er hörte mir zu, gab mir Raum, mich auszusprechen.					
Er unterstützte mich mit Rat und Tat, wenn ich Probleme hatte.					

9. Commitment

Abschließend möchte Sie um Ihre Einschätzung zu Ihrer Beziehung heute bitten. Wie geht es Ihnen heute in Ihrer Partnerschaft?

	1 Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5 Trifft voll und ganz zu

Ich möchte, dass unsere Beziehung noch sehr lange dauert.					
Ich rechne mit einer langfristigen gemeinsamen Zukunft mit meinem Partner.					
Ich hätte meinem Partner gegenüber starke Schuldgefühle, wenn ich ihn verlassen würde.					
Ich würde mich niemals von meinem Partner trennen, weil ich dann das Gefühl hätte, ihn im Stich zu lassen.					

10. Hilfen im ersten Lebensjahr

Was wurden Ihnen von den folgenden Maßnahmen angeboten und wie oft haben Sie diese wahrgenommen? (mehrere Antworten möglich)

	Keine, gab es nicht	Keine, wollte ich nicht	Sporadische Termine	Regelmäßige Termine: Kürzerer Zeitraum	Regelmäßige Termine: längerer Zeitraum
Bunter Kreis					
Harlekin (für Familien mit frühgeborenen und risikogeborenen Kindern) oder andere Programme					
Psychologische Beratung					
Sozialpädiatrische Nachsorge					
Paartherapie					
Familienhebamme					
Kinderkrankenschwester für die Nachbetreuung					
Frühförderung					
Sonstige:					

Wie hilfreich waren diese Angebote für Sie?

	1 Unwichtig	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr wichtig
--	-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------

Bunter Kreis										
Harlekin (für Familien mit frühgeborenen und risikogeborenen Kindern) oder andere Programme										
Psychologische Beratung										
Sozialpädiatrische Nachsorge										
Paartherapie										
Familienhebamme										
Kinderkrankenschwester für die Nachbetreuung										
Frühförderung										
Sonstige:										

Alles in allem: In welchen Bereichen haben Sie Unterstützung in Anspruch genommen?

Angebote...

	Keine, gab es nicht	Keine, wollte ich nicht	Sporadische Termine	Regelmäßige Termine: Kürzerer Zeitraum	Regelmäßige Termine: längerer Zeitraum
... zur Förderung der Gesundheit/Entwicklung Ihres Kindes					
... zur Unterstützung und Stärkung der Mutter					
... zur Unterstützung und Stärkung des Vaters					
...zur Begleitung in der Partnerschaft					

Wie hilfreich waren diese Angebote bzw. wie hilfreich wären diese Angebote für Sie gewesen?

	1 Unwichtig	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Sehr wichtig
... zur Förderung der Gesundheit/Entwicklung Ihres Kindes										

... zur Unterstützung und Stärkung der Mutter										
... zur Unterstützung und Stärkung des Vaters										
...zur Begleitung in der Partnerschaft										

Zum Abschluss: Wünsche an die Zukunft

In welchem Bereich würden Sie sich mehr Angebote für die Eltern mit Frühgeborenen wünschen?

	1 Ausreichende Angebote vorhanden	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Viel mehr Angebote nötig
... zur Förderung der Gesundheit/Entwicklung Ihres Kindes										
... zur Unterstützung und Stärkung der Mutter										
... zur Unterstützung und Stärkung des Vaters										
...zur Begleitung in der Partnerschaft										

Vielen Dank für ihre Teilnahme!

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 29.09.2023

Unterschrift