

Aus dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. J. Dötsch

**„Besuchs“-Regelungen in Neonatologie und
Geburtshilfe und deren Auswirkungen auf
elterliches Wohlbefinden während der Covid-19-
Pandemie**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Marilena Irene Padberg
aus Köln

promoviert am 09.12.2025

Dekan: Universitätsprofessor Dr.med. G.R. Fink

1. Gutachterin: Professorin Dr. med. A. Kribs
2. Gutachterin: Universitätsprofessorin Dr. rer. medic. N. Ernstmann

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Frau Prof. Dr. med. Angela Kribs
Frau Dr. med. Eva Heine

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Identifizierung möglichen Studienteilnehmer für diese Arbeit wurden nach Screening meinerseits der kliniksinternen Datenbanken Orbis, ViewPoint und Neodat ausgewählt. Frau Prof. Dr. med. A. Kribs überprüfte diese. Die möglichen Studienteilnehmer wurden von mir schriftlich und telefonisch kontaktiert. Nach Einverständnis der Eltern wurden von mir die kindlichen Daten aus den kliniksinternen Datenbanken erhoben und diese, sowie die elterlichen Daten pseudonymisiert in einer Datenbank mittels SPSS Version 29 eingepflegt. Die Auswertung der Daten erfolgte dann mittels SPSS 29 durch mich. Bei der Auswahl statistischer Verfahren und der Umsetzung einzelner Analysen habe ich von Frau Dr. med. E. Heine Unterstützung erhalten. Die Niederschrift der Dissertation erfolgte selbstständig. Diese wurde von Frau Prof. Dr. med. A. Kribs begutachtet.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 16.06.2025

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. A. Kribs für die Vergabe des interessanten Promotionsthemas, die Hilfe und Unterstützung, sowie die konstruktive Kritik und Begleitung während der Entwicklung dieser Arbeit.

Außerdem bedanke ich mich bei Frau Dr. med. E. Heine für die Unterstützung insbesondere bei der Statistik, sowie die hilfreichen Anregungen während der Entwicklung dieser Arbeit.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie und Freunden, die mich seelisch unterstützt und motiviert haben.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. EINLEITUNG	9
2.1 Fragestellung und Ziel der Arbeit	11
3. MATERIAL UND METHODEN	12
3.1 Studiendesign	12
3.2 Studienpopulation	12
3.2.1 Einschlusskriterien	12
3.2.2 Ausschlusskriterien	12
3.3 Datenerhebung	13
3.3.1 Kindliche Daten	13
3.3.2 Elterliche Daten	13
3.3.2.1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)	13
3.3.2.2 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)	14
3.3.2.3 Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)	14
3.3.2.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	15
3.3.2.5 Parental Bonding Questionnaire (PBQ)	16
3.3.2.6 Fragebogen zur sozioökonomischen Situation	16
3.3.2.7 Stillfragebogen für die Mütter	16
4. ERGEBNISSE	18
4.1 Gewinnung von Studienteilnehmern	18
4.2 Deskriptive Statistik	18
4.2.1 geburtshilfliche und neonatale Basisdaten	19

4.2.2	sozioökonomische und soziodemographische Daten	20
4.2.3	Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)	26
4.2.4	Stillverhalten	26
4.2.5	Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)	30
4.2.5.1	Eltern-Belastungs-Inventar Mütter	31
4.2.5.1.1	Kindbereich	31
4.2.5.1.2	Elternbereich	32
4.2.5.2	Eltern-Belastungs-Inventar Väter	33
4.2.5.2.1	Kindbereich	33
4.2.5.2.2	Elternbereich	34
4.2.6	Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)	34
4.2.6.1	Impact of Event Scale-revidierte Form der Mütter	35
4.2.6.2	Impact of Event Scale-revidierte Form der Väter	35
4.2.7	Edinburgh Postnatal Depression Scale	36
4.2.7.1	Edinburgh Postnatal Depression Scale der Mütter	36
4.2.7.2	Edinburgh Postnatal Depression Scale der Väter	37
4.2.8	Parental Bonding Questionnaire (PBQ)	37
4.2.8.1	Parental Bonding Questionnaire der Mütter	38
4.2.8.2	Parental Bonding Questionnaire der Väter	39
4.3	Korrelationsanalyse nach Pearson F-SozU versus EPDS und F-SozU versus IES-R41	
5.	DISKUSSION	42
5.1	Basisdaten	42
5.2	Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)	43
5.3	Stillverhalten	47

5.4	Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)	48
5.5	Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)	50
5.6	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	52
5.7	Parental Bonding Questionnaire (PBQ)	53
5.8	Fazit	54
5.9	Limitationen	55
5.10	Perspektive für die Zukunft	55
6.	LITERATURVERZEICHNIS	56
7.	ANHANG	59
7.1	Graphikverzeichnis	59
7.2	Tabellenverzeichnis	59
7.3	Fragebögen	61

Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CI	Confidenze Intervall
cm	Zentimeter
d	Tag
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FG	Frühgeborenes
F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
g	Gramm
GG	Geburtsgewicht
IES-R	Impact of Event Scale-revidierte Form
IQR	Interquartilsabstand
J	Jahre
KL	Körperlänge
max.	maximal
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PBQ	Parental Bonding Questionnaire
PSI	Parental Stress Index
PSI-SF	Parental Stress Index- Short Form
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung
qm	Quadratmeter
SD	Standardabweichung
SSW	Schwangerschaftswoche
VLBW	Very Low Birth Weight Infants

1. Zusammenfassung

Als es in Deutschland am 16.03.2020 zum ersten Lockdown aufgrund der Covid-19-Pandemie kam, wurden die Besuchsregelungen auch in der Geburtshilfe und innerhalb der Kinderkliniken eingeschränkt. Wir fragten uns, was die gegebenen Situationen mit den Eltern von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen gemacht haben. Unter der Hypothese, dass die Zugangsbeschränkungen für Eltern mit messbaren Auswirkungen auf Stillerfolg, psychisches Wohlbefinden der Eltern, sowie das Belastungs- und Bindungsempfinden dem Kind gegenüber einhergehen, initiierten wir diese Studie. Es handelte sich um eine monozentrische rein deskriptive und prospektive Studie, die nach dem Ethikvotum vom 12.08.2021 dann zwischen dem 13.08.2021 bis zum 13.07.2023 durchgeführt wurde. Wir verglichen zwei Studienkohorten. Zwischen dem 16.03.2020 und dem 18.05.2020 durften die Eltern an der Uniklinik Köln nur getrennt voneinander zu ihrem Kind. Ab dem 19.05.2020 dann wieder gemeinsam. Nach der Rekrutierung geeigneter Studienteilnehmer erhielten die Eltern nach der Einwilligung Fragebögen zugeschickt. Darunter befanden sich sowohl bereits validierte Fragebögen, wie der Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SozU, das Eltern-Belastungs-Inventar EBI, die Impact of Event Scale-revidierte Form IES-R, die Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS, als auch der Parental Bonding Questionnaire PBQ, sowie aus dem neonatologischen Team selbst erstellte Fragebögen zur sozioökonomischen Situation und zum Stillverhalten. Zudem erhoben wir die kindlichen Daten aus unseren kliniksinternen Datenbanken Orbis, Neodat und Viewpoint. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS Version 29. Wir konnten 21 Eltern aus der Phase mit den strengen und 15 Eltern aus der Phase mit den gelockerten Zugangsbeschränkungen zur Teilnahme gewinnen. Unsere Studienkollektive waren in den kindlichen und elterlichen Basisdaten, sowie im sozioökonomischen Bereich gleichwertig, welcher in beiden Gruppen eher im gehobenen Bereich lag. Die Ergebnisse des F-SozU zeigten, dass unsere Eltern ebenfalls in beiden Studienkollektiven auch hohe Valenzen bezüglich sozialer Ressourcen zur Unterstützung hatten. Wir sahen keinen Effekt der unterschiedlichen Besuchsregelungen auf das Stillverhalten. Ebenfalls konnten wir keine signifikanten Auswirkungen auf die empfundene Bindungsqualität dem Kind gegenüber, erhoben anhand des EBI, nachweisen. Die IES-R zeigte auch keinen signifikanten Einfluss auf die Traumatisierung der Eltern. Die Ergebnisse der EPDS ergaben keine signifikanten Unterschiede bezüglich Hinweisen auf eine postpartale Depression. Auch der PBQ konnte keinen signifikanten Auswirkungen der unterschiedlichen Besuchsregelungen auf die Mutter/Vater-Kind-Beziehung nachweisen. Die Eltern waren während der Covid-19-Pandemie insgesamt belasteter als die Eltern im Vergleich vor der Pandemie. Dies lässt sich allerdings nicht auf die Restriktionen durch die Besuchsregelung zurückführen, sondern auf die Gesamtsituation der Covid-19-Pandemie.

2. Einleitung

Im Rahmen der zunehmenden Covid-19 Infektionen innerhalb Deutschlands kam es erstmals am 16.03.2020 zum sogenannten Lockdown ¹. Für Kliniken gab es zu diesem Zeitpunkt keine Festlegung, inwieweit Angehörige die Patienten besuchen durften. Insbesondere auch nicht in der Geburtshilfe und innerhalb der Kinderkliniken. Es kam aber in jedem Fall zu Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten.

Dies kann eine Problematik darstellen, weil für den Aufbau einer engen, einzigartigen Beziehung zwischen Eltern und Kind, der sogenannten Bindung, die Perinatalperiode eine sensible Phase ist ²⁻⁴. Grundlage für eine ungestörte Entwicklung ist eine sichere Bindung. Die sensible Phase ist bei Mutter und Kind überwiegend biologisch vorgegeben und wird im Verlauf durch Stillen und Körperkontakt moduliert ^{3,4}. Beim Vater entwickelt sie sich erst durch Kontakt ². In der Perinatalperiode ist ein ungestörtes Zusammensein die essentielle Voraussetzung für die Entwicklung der Eltern-Kind-Triade. Durch Limitationen der Interaktionsmöglichkeiten kann es zu schwerwiegenden Folgen kommen ²⁻⁴.

Deshalb sind eine moderne Geburtshilfe und Neonatologie durch nicht limitierende Kontaktmöglichkeiten für die Familien charakterisiert. Eltern sind heute vor allem unter dem Gesichtspunkt einer entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie keine Besucher mehr, sondern werden als die von Anfang an für das Kindeswohl verantwortlichen Hauptbezugspersonen betrachtet, die deswegen uneingeschränkten Zugang zum Kind brauchen.

Während der Covid-19-Pandemie wurden diese Errungenschaften der modernen entwicklungsfördernden Neonatologie durch das bundesweit bestehende Besuchsverbot, welches auf Grundlage der Einschätzung des nun „hohen“ Gesundheitsrisikos durch Covid-19 vom RKI empfohlen wurde, relativiert ^{1,5}. Bundesweit wurde jedoch dieses Besuchsverbot mit Blick auf die Eltern in Geburtskliniken und Neonatologischen Abteilungen sehr unterschiedlich gehandhabt. In einem Teil der Kliniken bestanden auch für die Eltern erhebliche Zugangsbeschränkungen.

Daraus ergibt sich die Frage, wie die gegebenen Situationen von den Eltern erlebt wurden und wie sie sich auf deren empfundene Bindungsqualität ausgewirkt haben.

Den möglichen Einfluss von Zugangsbeschränkungen auf neonatologischen Intensivstationen untersuchten mehrere Studien weltweit.

Beispielsweise beschäftigten sich die folgenden zwei Studien mit der Rolle des Vaters. Jean-Dit-Pannel et al ⁶ analysierte das Erleben von zwei Vätern, die während der ersten Zeit der Covid-19-Pandemie erstmals Vater wurden. Es wurde unter anderem ein Risiko für postpartale Depression gesehen ⁶.

Auch Adama et al ⁷ untersuchte den Einfluss auf Väter. 108 Väter, deren Kind auf der NICU innerhalb 05/2020-05/2021 lag, aus 12 verschiedenen Ländern, nahmen an einer online Befragung teil. In dieser Studie wurde ein signifikanter Einfluss bei den Vätern mit teilweiser Einschränkung bezüglich der Besuchsmöglichkeit auf deren Einordnung ihrer emotionalen Antwort auf diese Einschränkungen im Bereich Traurigkeit, Angst und Wut (gemessen an einer Selbsteinschätzungsskala zwischen 1-10), sowie signifikante Unterschiede bezüglich Schwierigkeiten beim Einschlafen (gemessen an einer selbst beantworteten Likert-Skala) gesehen. Das Team vermutet, dass der Grund in der Sorge vor Unsicherheit im Vergleich zu den Vätern ohne oder mit strengen Einschränkungen besteht ⁷.

Vance et al ⁸ berichtet über 169 Eltern aus 38 Staaten der USA. Eingesetzt wurde ein Freitext-Antwortbogen mit drei verschiedenen Kategorien. Die Eltern beschrieben den emotionalen Kampf separiert worden zu sein von unterstützenden Systemen, fühlten sich isoliert, beklagten den Mangel an familienzentrierter Betreuung und eine Verschlechterung der emotionalen Belastung im Rahmen der Zeit auf der NICU ⁸.

McCulloch et al ⁹ zeigte ebenfalls mit einer Studie durchgeführt in Halifax, Canada, einen Einfluss auf das elterliche mentale Wohlbefinden. Zwischen 03/2020-06/2020 durfte nur eine Person beim Kind sein und dieser Person war es nicht erlaubt die Klinik in der Zeit zu verlassen. Kontakt zum Partner oder anderen unterstützenden Personen wie Familie und Freunden konnte nur durch Anrufe oder Videotelefonie aufgenommen werden. In semi-strukturierten Interviews mit 11 Eltern, deren Kinder in der NICU stationiert waren, beschrieben die Eltern ein erhöhtes Stresslevel, sich verloren zu fühlen und geben die Situation als traumatisierend an. Als größten Stressfaktor zu der Zeit sahen sie die Unsicherheit wie es weiter geht oder was sich noch ändert an ⁹.

Böhm-González et al ¹⁰ führten an der Uniklinik Köln ebenfalls semi-strukturierte Interviews mit insgesamt 10 Elternteilen (9 Mütter und 1 Vater) von Frühgeborenen zwischen 28-32 Schwangerschaftswochen, die zwischen dem 22.03.2020-06.05.2020 geboren sind, durch. Die Interviews erfolgten zwischen 07-10/2023. Diese wurden anhand von fünf unterschiedlichen Thematiken analysiert. Sie beschrieben wie die Besuchsregelungen das Geburtserleben und das Erleben der perinatalen Erfahrungen beeinflusst hat. Vor allem die physische Isolation beschreiben die Mütter als traumatisierend und die fehlende emotionale Unterstützung bei medizinischen Entscheidungen, sowie der Verlust bedeutsamer Momente wie das Geburtserleben mit dem Partner durch die Isolation. Zudem empfanden die Eltern die Änderungen der Besuchsregelungen und die fehlende Kommunikation über den rationalen Sinn darüber als sehr belastend ¹⁰.

2.1 Fragestellungen und Ziel der Arbeit

An der Uniklinik Köln war mit Eintritt des generellen Besuchsverbots in Krankenhäusern ab dem 16.03.2020 in der Phase des Lockdowns zunächst nur der Zugang eines Elternteils zum Kind erlaubt. Die Eltern durften sich dabei aber im Laufe des Tages abwechseln, so dass beide Elternteile Kontakt zum Kind haben konnten. Es fehlte jedoch die gemeinsame Zeit als Eltern bei Ihrem Kind. Auf dem Boden einer Ausnahmegenehmigung innerhalb des Klinikums durften ab dem 19.05.2020 die Eltern wieder gemeinsam zu ihrem Kind und ab dem 18.06.2020 durfte sogar die gesamte Kernfamilie zu Besuch kommen, also auch die Geschwisterkinder. Die Personenzahl beim Kind war jedoch auf maximal zwei Personen begrenzt.

In dieser Studie untersuchten wir anhand verschiedener Fragebögen die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Kontaktbeschränkungen während der Covid-19-Pandemie auf die Eltern Frühgeborener und kranker Neugeborener. Dazu verglichen wir die Zeit vom 16.03.-18.05.2020, in der die vergleichsweise strengsten Regelungen vorlagen, mit der Zeit vom 19.05.-20.07.2020 als Kontrollzeitraum. Befragt wurden die Eltern von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen, die in dem zu untersuchenden Zeitraum am Uniklinikum Köln mindestens eine Woche hospitalisiert waren.

Wir fragten uns, inwieweit die unterschiedlichen Kontaktbeschränkungen Einfluss auf das elterliche mentale Wohlbefinden und den empfundenen Bindungsaufbau zum Kind hatten.

Hypothese:

Zugangsbeschränkungen für Eltern (Väter und Mütter) gehen mit messbaren Auswirkungen auf Stillerfolg, psychisches Wohlbefinden der Eltern, sowie auf das Belastungs- und Bindungsempfinden dem Kind gegenüber, einher.

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine monozentrische rein deskriptive und prospektive Studie. Ein positives Votum für die Studie erhielten wir durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln am 12.08.2021. Die Votum-Nummer ist die 20-1657_1. Die Studie wurde zwischen dem 13.08.2021 bis 13.07.2023 durchgeführt.

3.2 Studienpopulation

3.2.1 Einschlusskriterien:

- für die Beobachtungsgruppe Geburt eines Neugeborenen in der Zeit vom 16.03.2020 bis zum 18.05.2020 mit anschließendem Aufenthalt von mindestens einer Woche auf einer der neonatologischen Stationen der Universitätsklinik Köln
- für die Kontrollgruppe Geburt eines Neugeborenen in der Zeit vom 19.05.2020 bis zum 20.07.2020 mit anschließendem Aufenthalt von mindestens einer Woche nach Änderung der Zugangsbeschränkungen für die Eltern
- gute Deutschkenntnisse
- keine mütterlichen oder väterlichen psychischen oder schweren körperlichen Erkrankungen
- keine kindlichen schweren Erkrankungen oder angeborene Syndrome

3.2.2 Ausschlusskriterien:

- Reanimation des Neugeborenen nach der Geburt
- schwerer Krankheitsverlauf des Kindes, der eine zusätzliche psychische Belastung darstellt

Zunächst erfolgte die Ermittlung möglicher Studienteilnehmer mittels Screening aus den kliniksinternen Dokumentationssystemen Neodat, Orbis und ViewPoint. Die Eltern, bei denen die Einschlusskriterien und keine der Ausschlusskriterien erfüllt waren, erhielten ein Anschreiben ob weitere Informationsmaterialien zugeschickt werden durften. Diese Anschreiben wurden zwischen dem 17.08.21 und 21.08.21 verschickt. Bei insgesamt nur wenigen Rückmeldungen auf dieses Anschreiben, wurden die Eltern ab dem 22.09.21 auch telefonisch über die Studie informiert. Wer nicht erreichbar war, beziehungsweise von wem wir keine Rückmeldung auf das initiale Anschreiben erhielten, wurde bis maximal zweimal monatlich versucht telefonisch zu erreichen, bis wir eine Rückmeldung erhielten. Nach Vorliegen einer mündlichen oder schriftlichen Einwilligung wurden den Eltern dann Studienaufklärung, Einwilligungserklärung und die Studienunterlagen zugesendet. Wenn nach drei Monaten nach Verschickung der Studienunterlagen keine Rücksendung erfolgte, erfolgten erneut Anrufe bei den Eltern, ebenfalls bis etwa zweimal monatlich. Die letzten endgültigen Absagen zur Teilnahme an der Studie erhielten wir mündlich am 13.07.2023. Nach erfolgter Studieneinwilligung bearbeiteten die Eltern die zugesandten Fragebögen entweder jeweils für Mutter und Vater getrennt (Eltern-Belastungs-Inventar (EBI), Impact of Event Scale-revidierte

Form (IES-R), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Parental Bonding Questionnaire (PBQ)) oder für beide Eltern gemeinsam (Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU), Fragebogen zur sozioökonomischen Situation). Zusätzlich erhielt die Mutter einen Stillserfolgsfragebogen und wir erfassten die Daten des Kindes (Geburtsdatum (normiert mit 1. oder 15. des Monats), Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht, Länge, Alter, APGAR, Nabelschnur-pH, CRIB-Score, Hauptdiagnose).

Die Auswertung der Daten erfolgt mittels SPSS Version 29.

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Kindliche Daten:

Nach Einverständnis der Eltern und damit Einschluss in die Studie wurden kindliche Daten aus dem Patientenregister übernommen. Desweiteren wurden auf Grundlage dieser Daten weitere Parameter berechnet.

- Geburtsdatum normiert auf den 15. des Geburtsmonats
- Gestationsalter in abgeschlossenen Wochen
- Geburtsgewicht
- Körperlänge
- Aufenthaltsdauer
- APGAR
- Nabelschnurarterien-pH
- CRIB-Score
- Hauptdiagnose

3.3.2 Elterliche Daten:

Die Erhebung des elterlichen Erlebens und Befindens erfolgte auf der Grundlage der im Folgenden beschriebenen standardisierten Fragebögen. Zusätzlich wurden über zwei selbst konzipierte Fragebögen relevante Fakten zur elterlichen Situation erfragt.

3.3.2.1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)

Der F-SozU wurde von Sommer und Fydrich (1989, 1991) veröffentlicht. Die in dieser Studie angewandte Version stammt aus dem Erscheinungsjahr 2007 von Fydrich et al ¹¹ aus dem Hogrefe Verlag.

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung erfasst die subjektiv wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Wir verwendeten die Kurzform K-22 mit 22 Items. In dieser Version werden die folgenden drei Bereiche erfasst: praktische Unterstützung, emotionale Unterstützung und soziale Integration.

Die Items liegen in Aussageform vor und die Probanden geben anhand einer fünfstufigen Likertskala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ den Grad Ihrer Zustimmung zu dieser Aussage an.

Die Werte der Items werden jeweils miteinander addiert. Dabei ist zu beachten, dass die Items 4, 8, 12 und 18 invertierte Items sind. Der Summenwert wird durch die Anzahl der

beantworteten Items dividiert. Somit kann der Gesamtwert des F-SozU zwischen 1,0 bis 5,0 liegen. Es liegen Vergleichsnormen für klinische und nicht-klinische Gruppen vor.

Die interne Konsistenz für den F-SozU K-22 liegt bei .91¹¹. Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 5 Minuten.

3.3.2.2 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)

Als Grundlage für das EBI diene das Parenting Stress Modell von Abidin¹² (1983). Nach diesem werden zwei Hauptquellen als Stressoren in der Eltern-Kind-Beziehung gemessen, der kindliche und der elterliche Charakter¹². Die deutsche Version wurde 2010 von Tröster¹³ veröffentlicht und die zugehörige deutsche Version des Manuals 2011¹⁴.

Das Eltern-Belastungs-Inventar ist ein Fragebogen mit 48 Items. Das Inventar kann als Screening-Verfahren eingesetzt werden, um die elterliche Belastung zu messen und damit die Gefährdung der Eltern-Kind-Interaktion, einschließlich der Gefährdung des Kindeswohles, zu erkennen.

Das EBI enthält insgesamt zwölf Subskalen mit jeweils vier Items, die die verschiedenen Belastungsquellen erfassen^{13,14}. Die ersten fünf stellen Belastungsquellen dar, die vom Verhalten des Kindes ausgehen und sind mit besonderen Anforderungen an die Eltern verbunden¹³. Sie sind unterteilt in Ablenkbarkeit/Hyperaktivität des Kindes, Akzeptierbarkeit, Anforderung, Anpassungsfähigkeit und Stimmung. Die anderen sieben erfassen die Beeinträchtigungen elterlicher Funktionsbereiche. Diese sind die Bindung, soziale Isolation, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, Depression, Gesundheit, persönliche Einschränkung und Partnerbeziehung^{13,14}.

Auf einer Rating-Skala wird je Item der Grad der Zustimmung von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ angegeben. Die Auswertung wird durch eine Schablone erleichtert. Zunächst werden die Rohwerte der Teilskalen (Kind- und Elternbereich) durch Addition der Subskalenwerte berechnet. Wiederum durch Addition der Rohwerte der Teilskalenrohwerte erhält man den Rohwert für die Gesamtskala. Es liegen für die Gesamtskala, als auch für die Teilskalen, Normdaten in Form von T-Werten und Prozenträngen vor. Auch für die einzelnen Subskalen liegen Prozentränge und Stanine-Werte vor. Bei der Gesamtskala und den Teilskalen werden T-Werte größer gleich 60, bei den Subskalen Stanine-Werte größer gleich 7 als Kennzeichen für signifikante Belastungen gesehen¹⁴.

Für die Reliabilität wurden Maße der internen Konsistenz berechnet. Als Wert für die Gesamtskala wurde $\alpha = .95$ angegeben, .91 für die Teilskala „Kindbereich“ und .93 für die Teilskala „Elternbereich“.

Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 10 Minuten¹³.

3.3.2.3 Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)

Die Items der IES-R wurden ursprünglich aus dem theoretischen Modell traumatischer Stressfolgen (Horowitz, 1976) abgeleitet¹⁵. Weiss und Marmer¹⁵ (1996) erweiterten die

Vorläuferversion um die zusätzliche Subskala Hyperarousal. Diese wurde aus klinischen Beobachtungen der Posttraumatischen Belastungsstörung gewonnen¹⁵. Die deutschsprachige IES-R wurde durch eine Validierungsstudie von Maercker & Schützwohl aus dem Jahr 1998 etabliert^{15,16}.

Bei der IES-R handelt es sich um einen Fragebogen, der die drei Formen der typischen psychischen Reaktionen beziehungsweise Symptome auf extrem belastende Ereignisse mit 22 Items erfasst.

Die drei Subskalen sind die „Intrusion“, die „Vermeidung“ und die „Übererregung“. Intrusionen sind sich aufdrängende, belastende Erinnerungen, die der individuellen Kontrolle entzogen sind und die das Arbeitsgedächtnis mit traumabezogenen Bildern oder anderen Sinneseindrücken überfluten. Posttraumatisches Vermeidungsverhalten zeigt sich in den Anstrengungen der Betroffenen, sich von Gedanken, Gefühlen, Aktivitäten oder Situationen zu distanzieren, die mit dem Trauma in Verbindung stehen und Erinnerungen daran wachrufen. Die Übererregungssymptome umfassen Störungen des Schlafes oder der Konzentration, erhöhte Reizbarkeit und Vigilanz sowie übertriebene Schreckreaktionen¹⁵.

Die Eltern sollten sich vor Bearbeitung jeweils an das Geburtserleben erinnern.

Die Items werden wie folgt bewertet: überhaupt nicht = 0; selten = 1; manchmal = 3; oft = 5.

Die Subskalenwerte entstehen durch Addition der entsprechenden Itemwerte. Aus den 3 Subskalen kann mit Hilfe der folgenden Regressionsgleichung (nach Maercker und Schützwohl, 1998) eine PTB-Diagnose wahrscheinlich gemacht werden:

Diagnostischer Wert $X = -0.02 * \text{Intrusionen} + 0.07 * \text{Vermeidung} + 0.15 * \text{Übererregung} - 4.36$

Wenn der resultierende Wert > 0.0 beträgt, ist eine PTB-Diagnose wahrscheinlich. Die Sensitivität für die PTB-Diagnosestellung liegt bei 0.70 beziehungsweise 0.76 und die Spezifität bei 0.88 beziehungsweise bei 0.90.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt für die Skala Intrusion bei $\alpha = .90$, für die Skala Vermeidung $\alpha = .79$, für die Skala Übererregung bei $\alpha = .90$. Die Retest-Reliabilität (3 Monate) betrug für die Intrusion $r_{tt} = .80$, Vermeidung $r_{tt} = .66$, sowie Übererregung $r_{tt} = .79$.

Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 7-15 Minuten¹⁵.

3.3.2.4 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Erstmals veröffentlicht wurde die EPDS 1987 von Cox et al.¹⁷ im British Journal for Psychiatry. Für die deutsche Version erfolgte eine Validierungsstudie durch Bergant et al.¹⁸.

Die EPDS ist ein Screeninginstrument zur Unterstützung der Diagnostik einer postpartalen Depression¹⁷⁻¹⁹. Dafür wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen konzipiert, der die Stimmungslage der letzten Woche erhebt. Es gibt jeweils 4 Antwortmöglichkeiten, um die Schwere der Symptome zu erfassen. Den Items ist jeweils eine Wertung zwischen null bis drei Punkten zugeordnet.

Der Gesamtscore ergibt sich aus der Addition der Punktzahlen für die 10 Items, wodurch ein Maximalwert von 30 erreicht werden kann. Bei einer Gesamtpunktzahl 0-9 ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering, bei 10-12 mäßig vorhanden und bei größer gleich 13 hoch ¹⁹.

Die Reliabilitätsanalyse ergab für die Guttman-Split-half-Reliabilität einen Wert von 0,82 und für den alpha-Coeffizienten einen Wert von 0,81 ¹⁸.

Die Bearbeitungszeit beträgt durchschnittlich 5 Minuten ¹⁷.

3.3.2.5 Parental Bonding Questionnaire (PBQ)

Der PBQ wurde von Brockington et al ^{20,21} validiert und 2001 veröffentlicht.

Dieser Fragebogen ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, bestehend aus 25 Items, der entwickelt wurde, um Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung zu erkennen.

Es werden drei Formen von Beziehungsstörungen unterschieden. Die Verzögerung oder der Verlust der Muttergefühle, eine pathologische Wut gegenüber dem Kind, sowie die Ablehnung des Kindes. Darüber hinaus kann hiermit eine Abschätzung der Gefahr von Missbrauch des Kindes erhoben werden. Daraus entstehen insgesamt 4 Skalen, die jeweils einzeln ausgewertet werden. Es kann keine Diagnose gestellt werden, aber ein Screening, ob es sich um einen behandlungsbedürftigen Zustand handeln könnte.

Für die einzelnen Skalen erfolgt die Addition der durch ein Raster vorgegebenen jeweiligen Punktzahl. Daraus kann ermittelt werden, ob es sich um eine Störung im jeweiligen Bereich handelt und damit eine Abklärung durch einen Spezialisten sinnvoll ist.

Für die einzelnen Skalen sind Cut-off-Werte vorgegeben. Für die Skala 1 (Verzögerte Bindung) der Cut-off 12, für die Skala 2 (Ablehnung und Wut) der Cut-off 17, die Skala 3 (Angst) Cut-off 10 und die Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes) der Cut-off 3 ^{20,21}.

Die Reliabilität ist zwischen der ersten und zweiten Erhebung für Skala 1 mit 0.95, Skala 2 mit 0.95, Skala 3 mit 0.93 und Skala 4 mit 0.77 angegeben ²⁰.

3.3.2.6 Fragebogen zur sozioökonomischen Situation

Dieser Fragebogen wurde vom Team der Neonatologie der Uniklinik Köln erstellt. Der Fragebogen zur sozioökonomischen Situation soll einen objektiven Eindruck über den sozioökonomischen Status der Probanden geben. Dabei werden insgesamt 19 Bereiche abgefragt von Einkommen, Wohnungsgröße und Beruf bis hin zur Abfrage, ob das Kind an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hat.

3.3.2.7 Stillfragebogen für die Mutter

Der Stillfragebogen für die Mutter wurde vom Team der Neonatologie der Uniklinik Köln erstellt, um zu ermitteln, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Kinder gestillt wurden. Er ist unterteilt in drei Subskalen. In der ersten geht es um den Zeitpunkt des ersten Anlegens post partum, in der zweiten um das ausschließliche Stillen und in der dritten um den Zeitpunkt des Starts

der Beikost mit Breinahrung. Uns interessiert, ob es einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen gibt.

4. Ergebnisse

4.1 Gewinnung von Studienteilnehmern

Wir konnten bei Erfüllung der Einschlusskriterien ohne Erfüllung von Ausschlusskriterien an die Gruppe 1 74 initiale Anschreiben und an die Gruppe 2 64 verschicken. Innerhalb eines Monats erhielten wir schriftliche Einwilligungen für weiteres Informationsmaterial für die Studie von 17 der Gruppe 1 und 12 der Gruppe 2. An diese wurde dann bereits die Studienaufklärung, die Einwilligung zur Studie und das Studienmaterial verschickt. Start Mitte August 2021. Über die telefonische Akquise für Teilnehmer an der Studie erhielten wir von Gruppe 1 21 von 25 und von Gruppe 2 für 11 Familien das mündliche Einverständnis, Ihnen das Studienmaterial zukommen zu lassen. Insgesamt wurde damit an 42 Familien der Gruppe 1 und 23 Familien der Gruppe 2 Studienmaterial gesendet. Bei zwei der Familien der Gruppe 1 kam es jedoch im Verlauf aufgrund von familiären Erkrankungen nicht mehr zur Erfüllung der Einschlusskriterien, wie uns dann telefonisch mitgeteilt wurde. Von 10 Familien der Gruppe 1 und 4 Familien der Gruppe 2 erhielten wir leider im Verlauf der Datenerhebung nie eine Rückmeldung und konnten diese auch nicht mehr erreichen. Insgesamt war bei Gruppe 1 bei 35 und bei Gruppe 2 bei 28 Familien keine Teilnahme an der Studie gewünscht. Bei erneuten Telefonaten erhielten wir von 5 Familien der Gruppe 1 und 2 Familien der Gruppe 2 im Verlauf mündlich die Aussage, dass eine Teilnahme doch nicht mehr erwünscht sei. Zu keinem Zeitpunkt erreichten wir 2 Familien der Gruppe 1 und 17 Familien der Gruppe 2. Von diesen erhielten wir auch nie eine Rückmeldung auf das initiale Anschreiben.

Zudem teilten uns 6 Familien der Gruppe 1 und 2 Familien der Gruppe 2 mit, dass Sie die schriftliche Einwilligung und die ausgefüllten Fragebögen zurückgesendet hätten. Wenn diese noch ankämen, dürften sie genutzt werden, aber von einem erneuten Ausfüllen nähmen Sie Abstand. Leider haben uns die zurückgesendeten Unterlagen nie erreicht.

Damit konnten wir für die Studie von Gruppe 1 21 und von Gruppe 2 15 Familien gewinnen. Davon 20 der Gruppe 1 und 12 der Gruppe 2 mit Teilnahme von Mutter und Vater. In Gruppe 1 nahm einmalig nur ein Vater ohne die Mutter teil. In Gruppe 2 dreimal nur Mütter ohne den Vater.

Vollständig ausgefüllt waren in Gruppe 1 achtmal die Fragebögen der Mütter und zwölfmal der Väter. In Gruppe 2 wurden nur zweimal die Fragebögen der Mütter und 8 Fragebögen der Väter vollständig ausgefüllt.

4.2 Deskriptive Statistik

Die Daten wurden mittels SPSS Version 29.0.0.0 ausgewertet. Die Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen wurden über die deskriptive Statistik berechnet. Die Vergleiche der beiden Gruppen bezüglich eines signifikanten Unterschiedes anhand des T-Test's für unabhängige Stichproben, vorausgesetzt, diese waren normalverteilt, berechnet. Wenn dies

nicht zutraf, wurden diese anhand des Mann-Whitney-U-Test's berechnet. Zudem wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearson von den Ergebnissen des F-SozU versus der Ergebnisse der EPDS und von den Ergebnissen des F-SozU versus der Ergebnisse der IES-R durchgeführt.

4.2.1 geburtshilfliche und neonatale Basisdaten

Zu den Basisdaten wurden die geburtshilflichen und neonatalen Daten zusammengefasst.

Tabelle 1 geburtshilfliche/neonatale Daten

geburtshilfliche/neonatale Daten	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
SSW (Woche, M +/- SD)	33,4 +/- 6,6	33,7 +/- 4,8	0,89	-4,3 – 3,8
GG (g, M +/- SD)	2298 +/- 1268	2033 +/- 895	0,39	-520 – 1032
KL (cm, M +/- SD)	44,4 +/- 8,9	45,2 +/- 7,2	0,77	-6,5 – 4,9
Aufenthaltsdauer (d, M +/- SD)	43 +/- 46	34 +/- 33	0,87	-18,9 – 37,7
APGAR nach 1 Minute (med (IQR))	7 (2)	8 (1)	0,12	-2 – 0,23
APGAR nach 5 Minuten (med (IQR))	8 (2)	9 (2)	0,27	-1,4 - 0,
APGAR nach 10 Minuten (med (IQR))	9 (1,5)	9 (0)	0,46	-8,8 – 0,4
NapH (M +/- SD)	7,23 +/- 0,15	7,24 +/- 0,11	0,85	-1 – 0,1
CRIB-Score (med (IQR))	1 (7,5)	1 (3)	0,47	-1,8 – 3,8

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung oder Median mit Interquartilsabstand dargestellt. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; med, Median; IQR, Interquartilsabstand. Die p-Werte des Geburtsgewichtes und der Aufenthaltsdauer wurden anhand des Mann-Whitney-U-Test's und die der anderen anhand des T-Test's errechnet.

Tabelle 2 Hauptdiagnosen

Hauptdiagnosen	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)
FG GG <500 g	0 %	6,7 %
FG GG 500 g - <750 g	19 %	6,7 %
FG GG 750 g - <1000 g	9,5 %	0 %
FG GG 1000 g - <1250 g	4,8 %	0 %
FG GG 1250 g - <1500 g	0 %	13,3 %
FG GG 1500 g - <2500 g	14,3 %	26,7 %
Sonstige FG GG >=2500 g	14,3 %	20 %
Reife Neugeborene	38,1 %	26,7 %

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; FG, Frühgeborenes; GG, Geburtsgewicht; g, Gramm.

Mit einem p-Wert von 0,76 bei den Hauptdiagnosen bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dieser wurde mit dem T-Test berechnet.

Es bestanden bei den erhobenen geburtshilflichen und neonatalen Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

4.2.2 soziökonomische und soziodemographische Daten

Zu den sozioökonomischen und soziodemographischen Daten wurden die Daten des Fragebogens zur sozioökonomischen Situation und die sozioökonomischen/soziodemographischen Daten des EBI zusammengefasst.

Tabelle 3 elterliche soziodemographische und sozioökonomische Daten

Elterliche Daten	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
Alter der Mutter (J, M +/- SD)	34,7 +/- 5	34,7 +/- 3,6	1,0	-3 – 3
Alter des Vaters (J, M +/- SD)	36,8 +/- 5,9	36,4 +/- 4,1	0,84	-3,2 – 4
Anzahl leibliche Kinder der Mutter (med (IQR))	1 (1)	2 (1)	0,42	-0,7 – 0,5
Anzahl leibliche Kinder des Vaters (med (IQR))	1 (1)	1 (1)	0,35	-0,5 – 0,4
Schulabschluss der Mutter (der Häufigste (%))	Abitur (66,7)	Abitur (80)	0,68	-0,9 – 0,6
Schulabschluss des Vaters (der Häufigste (%))	Abitur (57,1)	Abitur (66,7)	0,35	-1,3 – 0,5
Beschäftigungssituation der Mutter (die Häufigste (%))	Mutterschutz, Erziehungsurlaub (38,1)	Teilzeit (<20h - <35 h/Woche) (40)	0,32	-1,8 – 0,6
Beschäftigungssituation des Vaters (die Häufigste (%))	Vollzeit (>35 h/Woche) (85,7)	Vollzeit (>35 h/Woche) (53,3)	0,22	-0,1 – 0,5
Durchschnittliches Monatliches Einkommen (€, das Häufigste (%))	4000-<5000 (38,1)	5000 und mehr (33,3)	0,85	-0,9 – 1,1
Wohnungsgröße (qm, M +/- SD)	110 +/- 44	107 +/- 27	0,64	-22 – 30
Alleinerziehende Mutter? (überwiegend (%))	Nein (90,5)	Nein (100)	0,39	-0,2 - 0,1
Alleinerziehender Vater? (überwiegend (%))	Nein (100)	Nein (80)	0	0

Werte sind als Anzahl in %, Mittelwert +/- Standardabweichung oder Median mit Interquartilsabstand dargestellt. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; med, Median; IQR, Interquartilsabstand; %, Prozent; €, Euro; qm,

Quadratmeter. Der p-Wert der Wohnungsgröße wurde anhand des Mann-Whitney-U-Test's und die der anderen anhand des T-Test's errechnet.

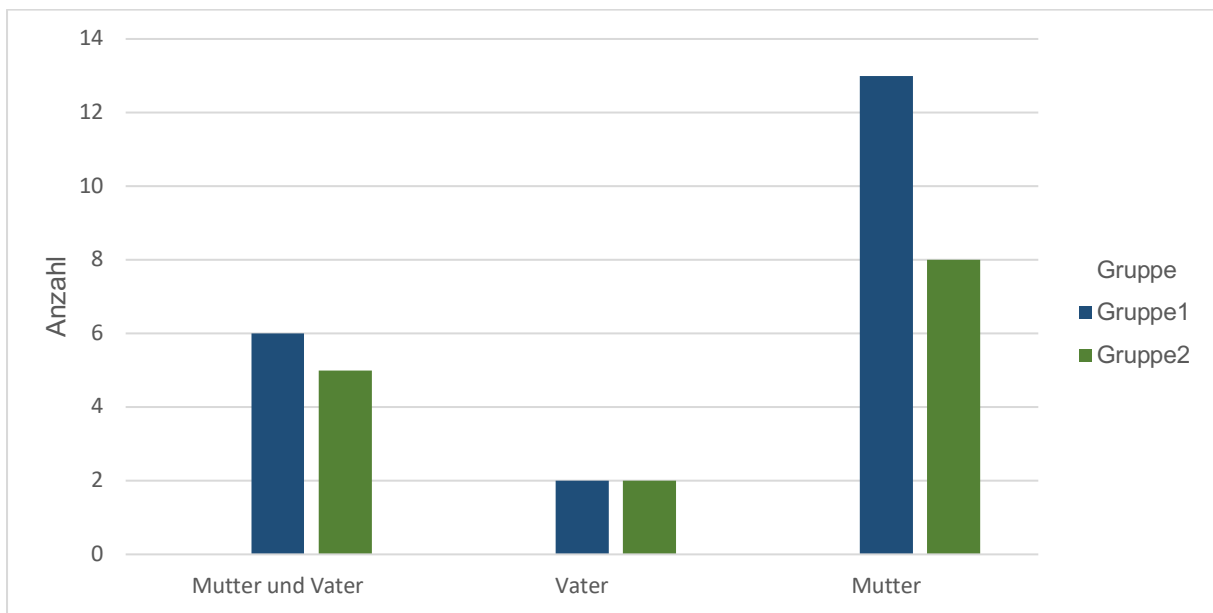
Tabelle 4 Berufsausbildung der Eltern

Berufsausbildung, höchster Abschluss	Gruppe 1 (n=21)		Gruppe 2 (n=15)	
	Mutter	Vater	Mutter	Vater
Lehre (Anzahl (%))	2 (9,5)	1 (4,8)	4 (26,7)	5 (33,3)
Berufsschule, Handelsschule (Anzahl (%))	4 (19)	2 (9,5)	1 (6,7)	1 (6,7)
Fachschule (Anzahl (%))	1 (4,8)	3 (14,3)	9 (60)	1 (6,7)
Fachhochschule, Ingenieurschule (Anzahl (%))	3 (14,3)	5 (23,8)	0 (0)	0 (0)
Universität, Hochschule (Anzahl (%))	11 (52,4)	9 (42,9)	0 (0)	5 (33,3)
Anderer Ausbildungsabschluss (Anzahl (%))	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)
Kein beruflicher Abschluss (Anzahl (%))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
In beruflicher Ausbildung (Anzahl (%))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)
Keine Antwort (Anzahl (%))	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	2 (13,3)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

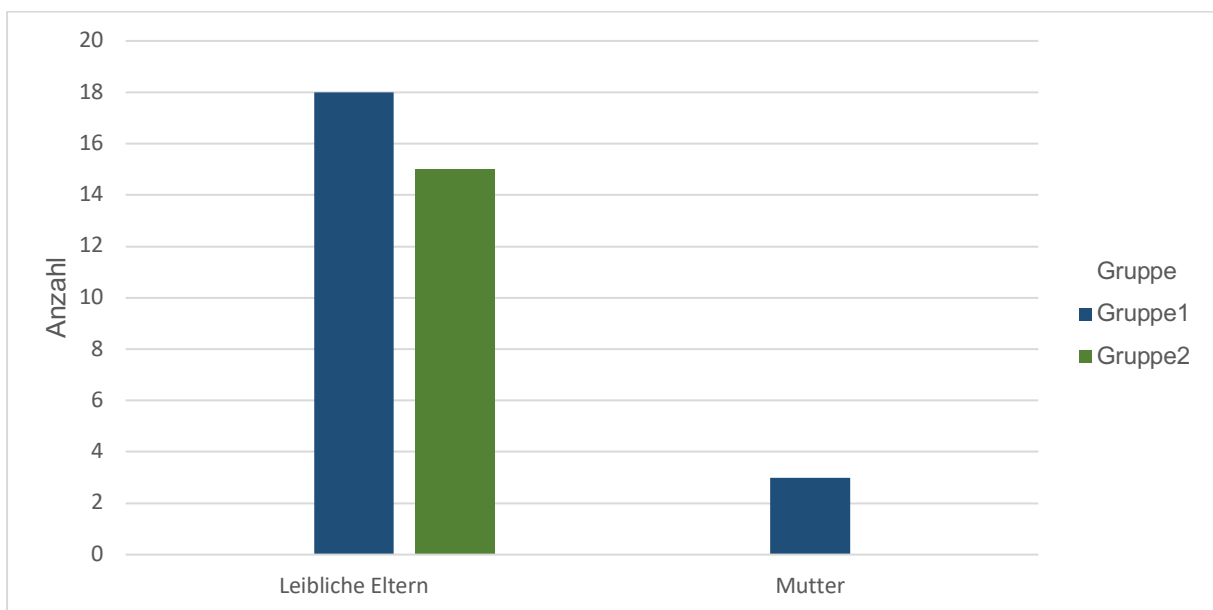
Mit einem $p = 0,78$ bei den Müttern und $p = 0,28$ bei den Vätern bei der Berufsausbildung der Eltern bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dieser wurde bei den Müttern mit dem T-Test und bei den Vätern mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet.

Graphik 1 Übersicht, wer den Fragebogen zur sozioökonomischen Situation ausfüllt



Mit einem $p = 0,67$ besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde anhand des T-Test's errechnet.

Graphik 2 Bei wem das Kind hauptsächlich lebt



Mit einem $p = 0,13$ besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde anhand des T-Test's errechnet.

Tabelle 5 Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind zusammen

Geschwister, mit denen das Kind zusammenlebt	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)
Lebt mit keinen Geschwistern zusammen (Anzahl (%))	12 (57,1)	8 (53,3)
Lebt mit einem älteren Geschwisterkind zusammen (Anzahl (%))	3 (14,3)	5 (33,3)
Lebt mit zwei älteren Geschwisterkindern zusammen (Anzahl (%))	0 (0)	1 (6,7)
Lebt mit drei älteren Geschwisterkindern zusammen (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)
Lebt mit einem jüngeren Geschwisterkind zusammen (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)
Lebt mit einem gleichaltrigen Geschwisterkind zusammen (Anzahl (%))	4 (19)	1 (6,7)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

Mit einem $p = 0,18$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Anzahl der mit Ihnen zusammenlebenden Geschwister. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 6 Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Gruppe 1 (n=21)		Gruppe 2 (n=15)	
	Mutter	Vater	Mutter	Vater
Deutsch	81 %	71,4 %	93,3 %	66,7 %
Polnisch	0 %	0 %	0 %	6,7 %
Belarussisch	4,8 %	0 %	0 %	6,7 %
Luxemburgisch	0 %	0 %	6,7 %	0 %
Griechisch	9,5 %	9,5 %	0 %	0 %
Italienisch	0 %	9,5 %	0 %	0 %
Deutsch und Britisch	4,8 %	0 %	0 %	0 %
Deutsch und Französisch	0 %	4,8 %	0 %	0 %
Deutsch und Schweizerisch	0 %	4,8 %	0 %	0 %

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

Mit einem $p = 0,25$ bei den Müttern und $p = 0,3$ bei den Vätern bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Staatsangehörigkeit. Der p-Wert wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet.

Tabelle 7 Sprachen, die zu Hause gesprochen werden

Sprachen	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)
Deutsch	66,7 %	80 %
Luxemburgisch	0 %	6,7 %
Deutsch und Französisch	0 %	6,7 %
Deutsch und Französisch und Englisch	4,8 %	0 %
Deutsch und Griechisch	9,5 %	0 %
Deutsch und Italienisch	9,5 %	0 %
Deutsch und Russisch	4,8 %	0 %
Deutsch und Russisch und Polnisch	0 %	6,7 %
Deutsch und Türkisch	4,8 %	0 %

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

Mit einem $p = 0,2$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich Sprachen, die zu Hause gesprochen werden. Der p-Wert wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet.

Tabelle 8 Häufigste Antworten „Nächte zur stationären Behandlung/ ärztliche Behandlung wegen Unfall oder Vergiftung, die letzten 12 Monate betreffend“

	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)
Wie viele Nächte war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen? (häufigste Antwort (%))	keine Nacht (76,2)	keine Nacht (80)
Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet und musste deshalb ärztlich behandelt werden? (häufigste Antwort (%))	Nein (95,2)	Nein (66,7)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

Mit einem $p = 0,74$ bezüglich stationärer Behandlung bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Bezüglich Verletzung oder Vergiftung und diesbezüglich ärztlicher Behandlung bestand mit einem $p = 0,023$ ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 9 Rauchverhalten

Rauchverhalten	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)
Rauchen Sie zurzeit? Antwort der Mutter (häufigste Antwort (%))	Nein (90,5)	Nein (73,3)
Rauchen Sie zurzeit? Antwort des Vaters (häufigste Antwort (%))	Nein (85,7)	Nein (73,3)
Wird in der Gegenwart Ihres Kindes in der Wohnung geraucht? (häufigste Antwort (%))	Nie (100)	Nie (100)
Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht? (häufigste Antwort (%))	Nein, nie (95,2)	Nein, nie (86,7)
Hat die Mutter des Kindes während der Stillzeit geraucht? (häufigste Antwort (%))	Nein, nie (81)	Nein, nie (86,7)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

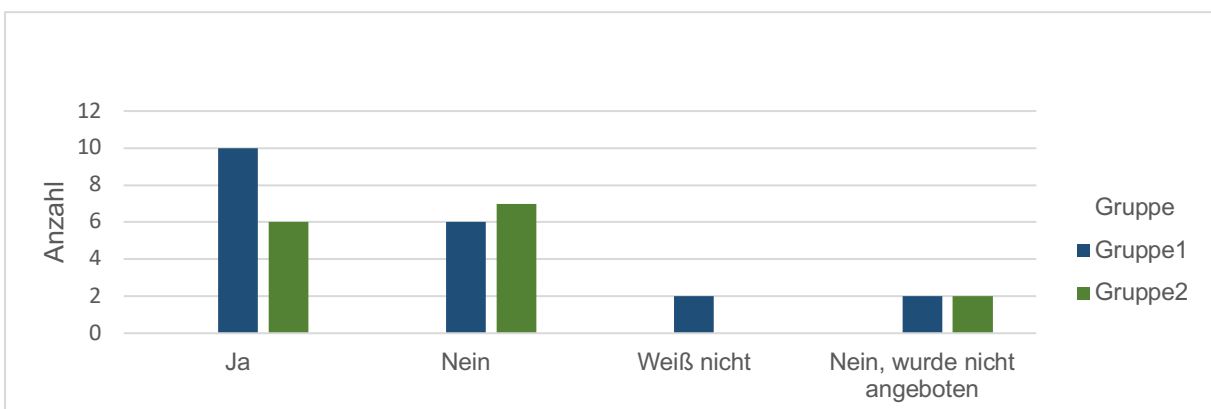
Mit einem $p = 0,11 - 0,53$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Rauchverhaltens. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 10 Inanspruchnahme reguläre Vorsorgeuntersuchungen

Inanspruchnahme von	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
Häufigste Antwort (%)	U1 – U6 (66,67%)	U1 – U6 (66,67%)	0,45	-0,22 – 0,49

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; %, Prozent.

Damit bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Inanspruchnahme der regulären Vorsorgeuntersuchungen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 3 Inanspruchnahme weiterer Vorsorgeuntersuchungen

Mit $p = 0,82$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Zusammenfassend zeigen sich zwischen den beiden Gruppen bei den Basisdaten keine nennenswerte (nur im Punkt Verletzung/Vergiftung innerhalb der letzten 12 Monate und diesbezüglich ärztliche Behandlung) signifikanten Unterschiede. Was allerdings auffällt, ist,

dass ein Bias entsteht durch eine Studienpopulation, die insgesamt gebildeter ist mit auch eher höherem Einkommen, als die Normalverteilung in der Bevölkerung (siehe Kapitel 3.1. aus dem Sozialbericht 2024 des statistischen Bundesamtes ²²).

4.2.3 Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung erfasst die subjektiv wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Die folgenden drei Bereiche werden erfasst: praktische Unterstützung, emotionale Unterstützung und soziale Integration. Mit SPSS wurden die Werte der Items miteinander addiert und der Summenwert durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert ¹¹.

Tabelle 11 F-SozU

F-SozU	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
Gesamtwert (M +/- SD)	4,36 +/- 0,44	4,5 +/- 0,45	0,37	-0,46 – 0,17

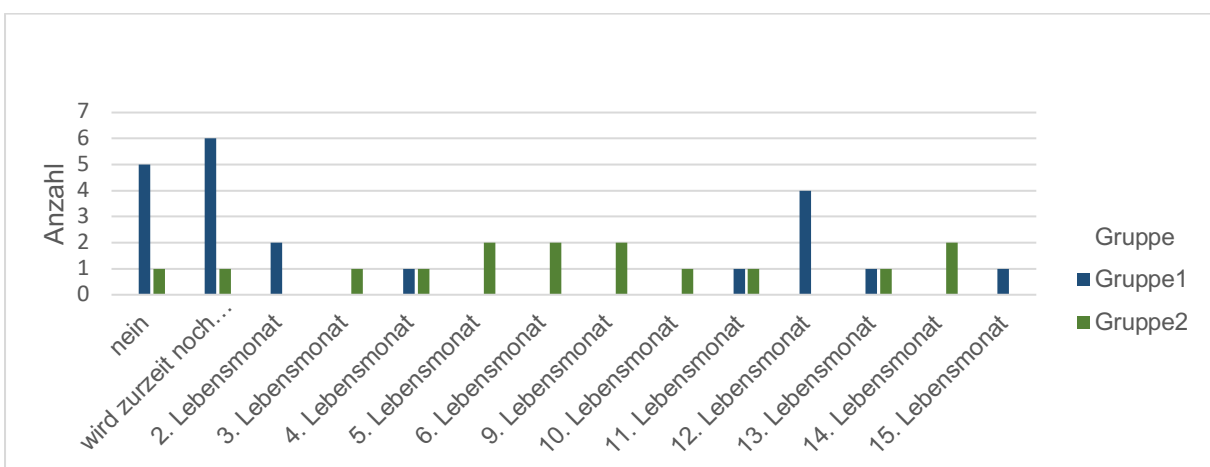
Werte sind als Anzahl in Mittelwert +/- Standardabweichung dargestellt. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung.

Damit bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Auswertung des F-SozU. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. Gruppe 1 liegt mit den Ergebnissen überwiegend mit 61,91% und in Gruppe 2 nur 46,16 % im Normbereich, der mit aus der Literatur mit 4,0 und einer Standardabweichung von 0,66 angegeben wird ¹¹. In Gruppe 1 liegen nur 4,76% unterhalb und 34,15 % oberhalb dieses Normbereiches, in Gruppe 2 7,69% unterhalb und 46,15% oberhalb des angegebenen Normbereiches.

4.2.4 Stillverhalten

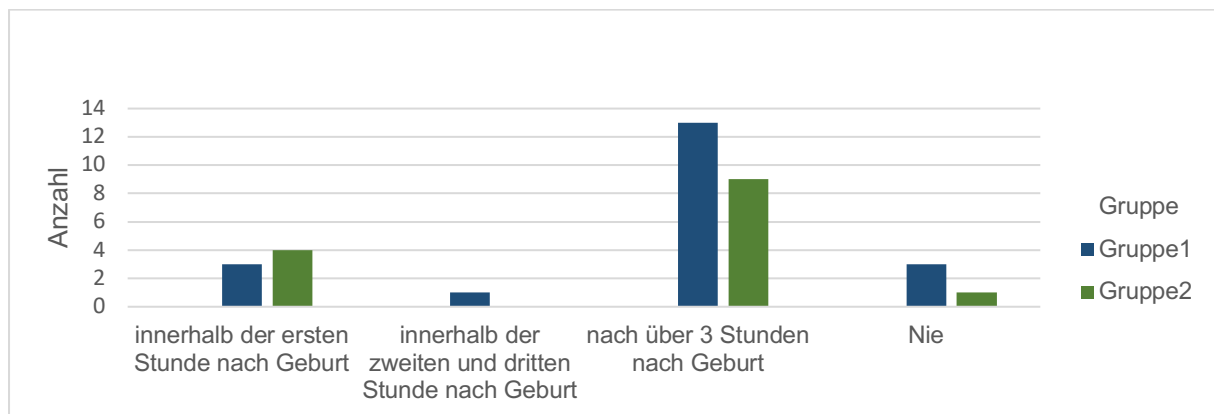
Im Folgenden wurden die Daten zum Stillverhalten aus dem Fragebogen zur sozioökonomischen Situation und den Daten des Stillfragebogens ausgewertet.

Graphik 4 Stillverhalten: Wird beziehungsweise wurde Ihr Kind gestillt und wenn ja, bis wann?



Mit einem p-Wert von 0,63 zeigt sich kein signifikanter Unterschied im Stillverhalten zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 5 erstmaliges Anlegen des Kindes nach Geburt



In Gruppe 1 wurden 2 der nie angelegten Kinder dennoch mit Muttermilch gefüttert, nur nie an der Brust gestillt. Lediglich ein Kind wurde nicht mit Muttermilch gefüttert. Laut Freitextangabe der Mutter aufgrund Ihrer eigenen Medikation. Das eine Kind, welches aus der Gruppe 2 laut Antwort der Mutter nie angelegt wurde, wurde dann aber bis zum 6. Lebensmonat gestillt. Damit wurde die Frage vermutlich falsch verstanden. Es wurde also in Gruppe 1 bei 95,24% (nur ein Kind wurde nie mit Muttermilch gefüttert) und in Gruppe 2 bei 100% das Stillen initiiert. Bei einem p-Wert von 0,37 ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

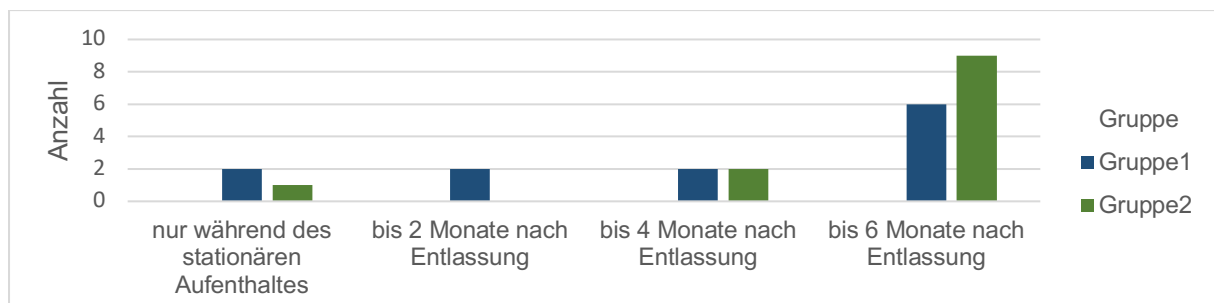
Tabelle 12 ausschließliche Muttermilchernährung

	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n= 15)
Ja (absolut (%))	14 (66,7)	9 (60)
Nein (absolut (%))	6 (28,6)	6 (40)
Keine Antwort (absolut (%))	1 (4,8)	0 (0)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl; %, Prozent.

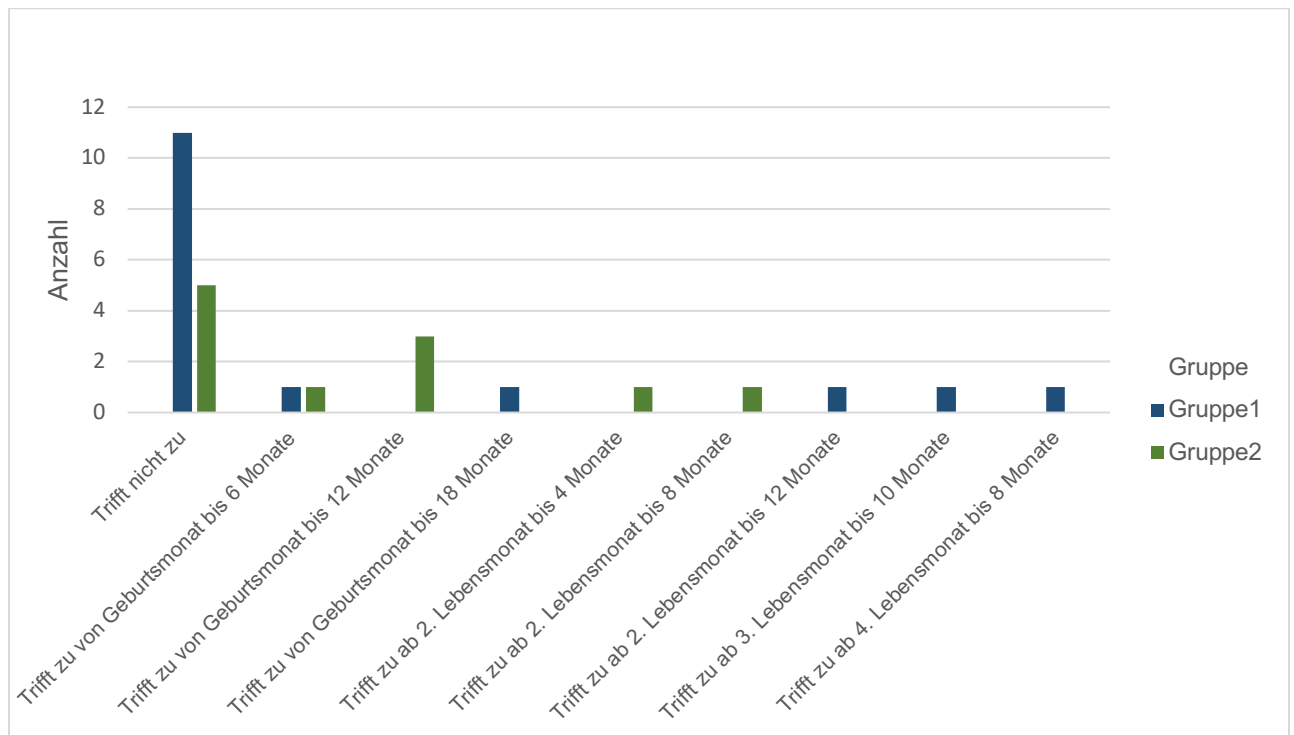
Mit einem $p = 0,55$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich des ausschließlichen Stillens. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 6 Wenn gestillt wurde, bis wann?



In beiden Gruppen wurde diese Frage jeweils von 12 Müttern beantwortet. Bei einem p-Wert von 0,19 ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 7 Wenn gestillt wurde, haben Sie Ihr Kind ausschließlich an der Brust gestillt (keine Muttermilch per Flasche)?



Bei einem p-Wert von 0,92 ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

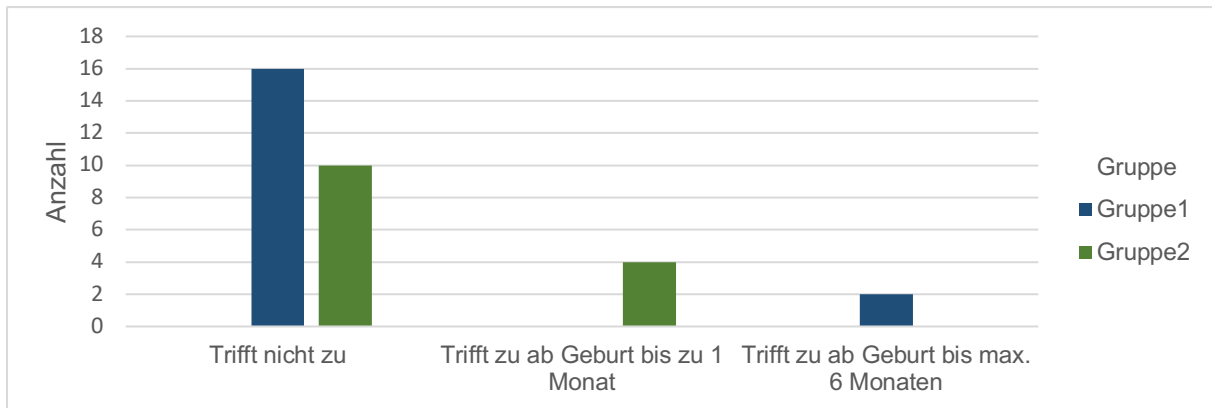
Tabelle 13 Ausschließliche Muttermilchernährung an der Brust und via Equipment (via Magensonde, mit der Flasche, per Fingerfeeding oder mit einem Becher)

	Gruppe 1 (n= 21)	Gruppe 2 (n= 15)
Trifft nicht zu (Absolut (%))	4 (19)	2 (13,3)
Trifft zu von Geburt bis max. 1 Monat (Absolut (%))	4 (19)	1 (6,7)
Trifft zu ab Geburt bis max. 3 Monate (Absolut (%))	2 (9,5)	0 (0)
Trifft zu ab Geburt bis max. 6 Monate (Absolut (%))	1 (4,8)	1 (6,7)
Trifft zu ab Geburt bis max. 9 Monate (Absolut (%))	2 (9,5)	1 (6,7)
Trifft zu ab Geburt bis max. 12 Monate (Absolut (%))	0 (0)	0 (0)
Trifft zu ab Geburt bis > 12 Monate (Absolut (%))	1 (4,8)	1 (6,7)
Trifft zu ab 1. Lebensmonat bis max. 2 Monate (Absolut (%))	1 (4,8)	4 (26,7)
Trifft zu ab 1. Lebensmonat bis< 12 Monate (Absolut (%))	1 (4,8)	0 (0)
Trifft zu ab 2. Lebensmonat bis max. 4 Monate (Absolut (%))	1 (4,8)	0 (0)
Trifft zu ab 3. Lebensmonat bis max. 5 Monate (Absolut (%))	0 (0)	1 (6,7)
Keine Antwort (Absolut (%))	4 (19)	4 (26,7)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl, %, Prozent.

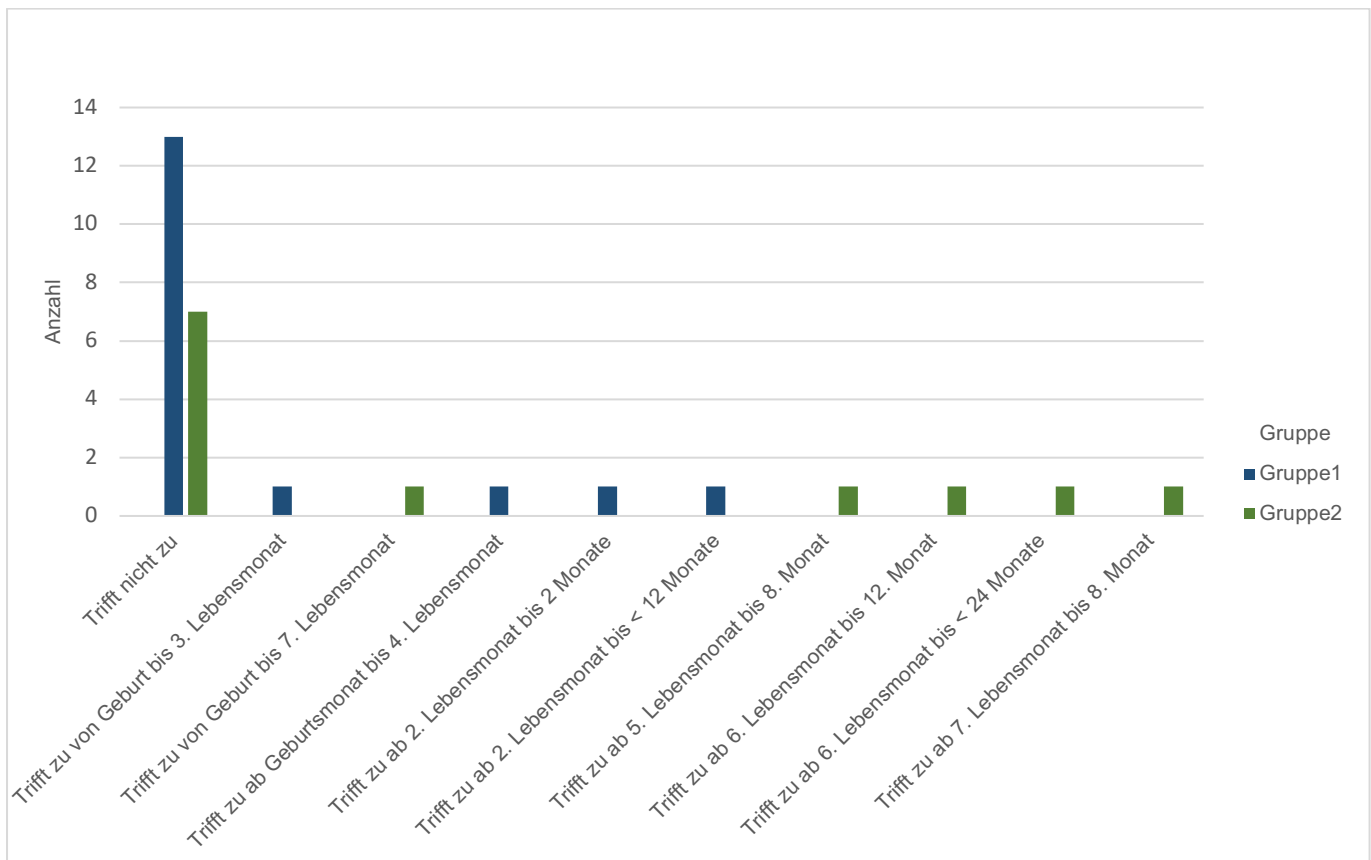
Mit einem $p = 0,14$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Stillens und Fütterung via Equipment. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 8 Wenn gestillt wurde, gab es Muttermilch ausschließlich via Equipment (nie an der Brust)?



Bei einem p-Wert von 0,76 ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Graphik 9 Wenn Sie nicht ausschließlich gestillt haben, haben Sie Ihr Kind an der Brust gestillt und mit Zugabe von künstlicher Nahrung (wie Pre-Nahrung, etc.) ernährt?



Bei einem p-Wert von 0,07 ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 14 Start Breinahrung

Ab wann Breinahrung?	Gruppe 1 (n= 21)	Gruppe 2 (n=15)
Ab dem 2. Lebensmonat (Anzahl (%))	0 (0)	1 (6,7)
Ab dem 4. Lebensmonat (Anzahl (%))	3 (14,3)	0 (0)
Ab dem 5. Lebensmonat (Anzahl (%))	6 (28,6)	2 (13,3)
Ab dem 6. Lebensmonat (Anzahl (%))	3 (14,3)	4 (26,7)
Ab dem 7. Lebensmonat (Anzahl (%))	2 (9,5)	4 (26,7)
Ab dem 8. Lebensmonat (Anzahl (%))	3 (14,3)	2 (13,3)
Ab dem 9. Lebensmonat (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)
Ab dem 10. Lebensmonat (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)
Ab dem 11. Lebensmonat (Anzahl (%))	0 (0)	1 (6,7)
Ab dem 12. Lebensmonat (Anzahl (%))	0 (0)	1 (6,7)
Ab dem 19. Lebensmonat (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)
Keine Antwort (Anzahl (%))	1 (4,8)	0 (0)

Werte sind als Anzahl in % dargestellt. n, Anzahl, %, Prozent.

Mit einem $p = 0,95$ bestand damit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Starts mit Breinahrung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Der Mittelwert ab wann das Kind zusätzlich mit Breinahrung ernährt wurde betrug in Gruppe 1 6,8 Monate (Standardabweichung 3,4 Monate) und der in der Gruppe 2 6,9 Monate (Standardabweichung 2,4 Monate).

Insgesamt gab es also keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Stillverhaltens.

4.2.5 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)

Das Eltern-Belastungs-Inventar wird als Screening-Verfahren eingesetzt, um die elterliche Belastung zu messen und damit die Gefährdung der Eltern-Kind-Interaktion, einschließlich der Gefährdung des Kindeswohles, zu erkennen^{13,14}.

Die Rohwerte der zwölf Subskalen wurden mithilfe von SPSS durch Addition der Werte berechnet. Für die einzelnen Subskalen liegen Stanine (numerische Normdaten) vor. Die Cut-off-Werte der Stanine liegen bezüglich der jeweiligen Subgruppen bei größer gleich 7. Ist dieser erreicht entspricht dies einer starken Belastung in diesem Bereich. Durch Addition der Subskalenrohwerte berechnet sich der Gesamtrawwert. Für diesen liegen numerische Normdaten in Form von T-Werten vor. T-Werte größer gleich 60 weisen auf eine starke Belastung und T-Wert größer gleich 70 auf eine sehr starke Belastung in diesem Bereich hin

¹⁴.

4.2.5.1 Eltern-Belastungs-Inventar Mutter

4.2.5.1.1 Kindbereich

Tabelle 15 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Kindbereich des EBI Mütter

EBI Mutter: Kindbereich Cut-off-Wert der Stanine: ≥ 7	Gruppe 1 (n =20)	Gruppe 2 (n =15)	p-Wert	95% CI
Hyperaktivität (M +/-SD)	13,17 +/- 3,3	14,2 +/- 3,9	0,42	-3,6 – 1,5
Hyperaktivität Stanine (M +/- SD)	7 +/- 1,4	7,4 +/- 1,6	0,44	-1,5 – 0,7
Stimmung (M +/- SD)	14,8 +/- 3,8	16,8 +/- 2,4	0,10	-4,3 – 0,4
Stimmung Stanine (M +/- SD)	8 +/- 1,6	8,7 +/- 0,6	0,11	-1,7 – 0,2
Akzeptierbarkeit (M +/- SD)	14,8 +/- 3,8	17,5 +/- 2,0	0,035	-4,9 – -0,5
Akzeptierbarkeit Stanine (M +/- SD)	8,0 +/- 1,1	8,7 +/- 0,5	0,066	-1,3 - -0,6
Anforderung (M +/- SD)	11,1 +/- 3,7	13,2 +/- 3,1	0,09	-4,6 - 0,4
Anforderung Stanine (M +/- SD)	6,8 +/- 1,3	7,4 +/- 0,9	0,11	-1,5 – 0,2
Anpassungsfähigkeit (M +/- SD)	13,5 +/- 3,4	15,5 +/- 3,1	0,07	-4,4 – 0,2
Anpassungsfähigkeit Stanine (M +/- SD)	7,4 +/- 1,3	8,2 (1,1)	0,045	-1,7 - -0,2

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Die p-Werte für die Akzeptierbarkeit und Anpassungsfähigkeit wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Die anderen p-Werte wurden mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 16 T-Werte des Kindbereiches EBI Mütter

EBI Mutter: Kindbereich	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
T-Werte (M +/- SD)	66,9 +/- 6,0	70,4 +/- 1,5	0,04	-6,92 - -0,17

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Damit bestand ein signifikanter Unterschied. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. T-Werte größer gleich 60 weisen auf eine starke Belastung und T-Wert größer gleich 70 auf eine sehr starke Belastung in diesem Bereich hin ¹⁴. In diesem Fall ist demnach die Gruppe 2 belasteter als die Gruppe 1. Dies spiegelt sich auch in den konstant höheren Rohwerten und damit Staninen der Gruppe 2 im Vergleich zur Gruppe 1 wider.

4.2.5.1.2 Elternbereich

Tabelle 17 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Elternbereich des EBI Mütter

EBI Mutter: Elternbereich Cut-off-Wert der Stanine: ≥ 7	Gruppe 1 (n =20)	Gruppe 2 (n =15)	p-Wert	95% CI
Bindung (M +/- SD)	14,9 +/- 3,1	16,3 +/- 3,2	0,21	-3,6 – 0,8
Bindung Stanine (M +/- SD)	8,2 +/- 1,1	8,4 +/- 1,1	0,62	-1 – 0,6
Soziale Isolation (M +/- SD)	12,8 +/- 2,9	14,3 +/- 3,1	0,14	-3,6 – 0,6
Soziale Isolation Stanine (M +/- SD)	7,4 +/-1,2	7,9 +/- 1,0	0,23	-1,2 – 0,3
Elterliche Kompetenz (M +/- SD)	14,2 +/- 3,3	14,9 +/- 3,7	0,56	-3,2 – 1,8
Elterliche Kompetenz Stanine (M +/- SD)	7,0 +/- 1,3	7,4 +/- 1,4	0,80	-1 – 0,8
Depression (M +/- SD)	11,9 +/- 3,0	12,6 +/- 3,6	0,49	-3,1 – 1,5
Depression Stanine (M +/- SD)	7,1 +/- 1,5	7,4 +/- 1,5	0,46	-1,4 – 0,7
Gesundheit (M +/- SD)	10,6 +/- 3,3	12,2 +/- 3,1	0,15	-3,9 – 0,6
Gesundheit Stanine (M +/- SD)	6,0 +/- 1,5	6,7 +/- 1,3	0,15	-1,7 – 0,3
Persönliche Einschränkung (M +/- SD)	10,7 +/- 2,5	13,5 +/- 3,4	0,01	-4,8 - -0,7
Persönliche Einschränkung Stanine (M +/- SD)	5,6 +/- 1,5	6,7 +/- 1,3	0,02	-2,1 - -0,2
Partnerbeziehung (M +/- SD)	10,3 +/- 3,3	11,1 +/- 4,3	0,56	-3,7 – 2,0
Partnerbeziehung Stanine (M +/- SD)	5,0 +/- 1,4	5,5 +/- 1,9	0,41	-1,7 – 0,7

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Die p-Werte im Bereich der persönlichen Einschränkung wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet, die anderen p-Werte mit dem T-Test. Bei den Rohwerten und Staninen gibt es im Bereich der persönlichen Einschränkung einen signifikanten Unterschied. Diese sind von der Bedeutung allerdings nicht so relevant wie bei den T-Werten.

Tabelle 18 T-Werte des Elternbereiches EBI Mütter

EBI Mutter: Elternbereich	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
T-Werte (M +/- SD)	61,8 +/- 7	64,5 +/- 4,1	0,21	-6,93 - -1,61

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Es bestand kein signifikanter Unterschied. T-Werte größer gleich 60 weisen auf eine starke Belastung und T-Wert größer gleich 70 auf eine sehr starke Belastung in diesem Bereich hin¹⁴. In diesem Fall liegen demnach beide Gruppen von der Belastung im Bereich der starken Belastung. Aber auch im Elternbereich sind sowohl die Rohwerte, als auch die Werte der Stanine, der Gruppe 2 im Vergleich zur Gruppe 1 durchgehend höher.

Tabelle 19 T-Werte Gesamt EBI Mütter

EBI Mutter: Gesamt	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
T-Werte (M +/- SD)	65,6 +/- 6,3	69,6 +/- 2,1	0,07	-7,31 -7,51

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. Es bestand kein signifikanter Unterschied.

Damit liegen in der Gesamtauswertung beide Gruppen im Bereich der starken Belastung.

4.2.5.2 Eltern-Belastungs-Inventar Vater

4.2.5.2.1 Kindbereich

Tabelle 20 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Kindbereich des EBI Väter

EBI Vater: Kindbereich	Gruppe 1	Gruppe 2	p-	95% CI
Cut-off-Wert der Stanine: >= 7	(n =21)	(n =12)	Wert	
Hyperaktivität (M +/- SD)	13,2 +/- 2,2	14,0 +/- 4,7	0,51	-3,2 – 1,6
Hyperaktivität Stanine (M +/- SD)	7,1 +/- 0,9	7,2 +/- 1,7	0,73	-1 – 0,9
Stimmung (M +/- SD)	15,1 +/- 2,3	17,8 +/- 2,2	0,003	-4,3 – 0,9
Stimmung Stanine (M +/- SD)	8,2 +/- 0,8	8,8 +/- 0,5	0,76	-1 – 0,2
Akzeptierbarkeit (M +/- SD)	15,1 +/- 2,4	16,8 +/- 1,7	0,031	-3,4 - -0,2
Akzeptierbarkeit Stanine (M +/- SD)	8,2 +/- 0,7	8,7 +/- 0,5	0,042	-0,9 - -0,02
Anforderung (M +/- SD)	11,5 +/- 3,5	13,5 +/- 3,8	0,14	-4,6 – 0,7
Anforderung Stanine (M +/- SD)	6,9 +/- 1,5	7,6 +/- 1,3	0,20	-1,7 – 0,4
Anpassungsfähigkeit (M +/- SD)	11,7 +/- 3	15,7 +/- 3,4	0,002	-6,3 - -1,6
Anpassungsfähigkeit Stanine (M +/- SD)	6,7 +/- 1,1	8,1 +/- 1	0,002	-2,2 - -0,6

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Die p-Werte wurden mit dem T-Test berechnet.

Bei den Rohwerten und Staninen gibt es im Bereich der Anpassungsfähigkeit einen signifikanten Unterschied. Diese sind von der Bedeutung allerdings nicht so relevant wie bei den T-Werten.

Tabelle 21 T-Werte des Kindbereiches EBI Väter

EBI Vater: Kindbereich	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
T-Werte (M +/- SD)	68,3 +/- 2,8	70,2 +/- 1,8	0,054	-3,76 – 0,005

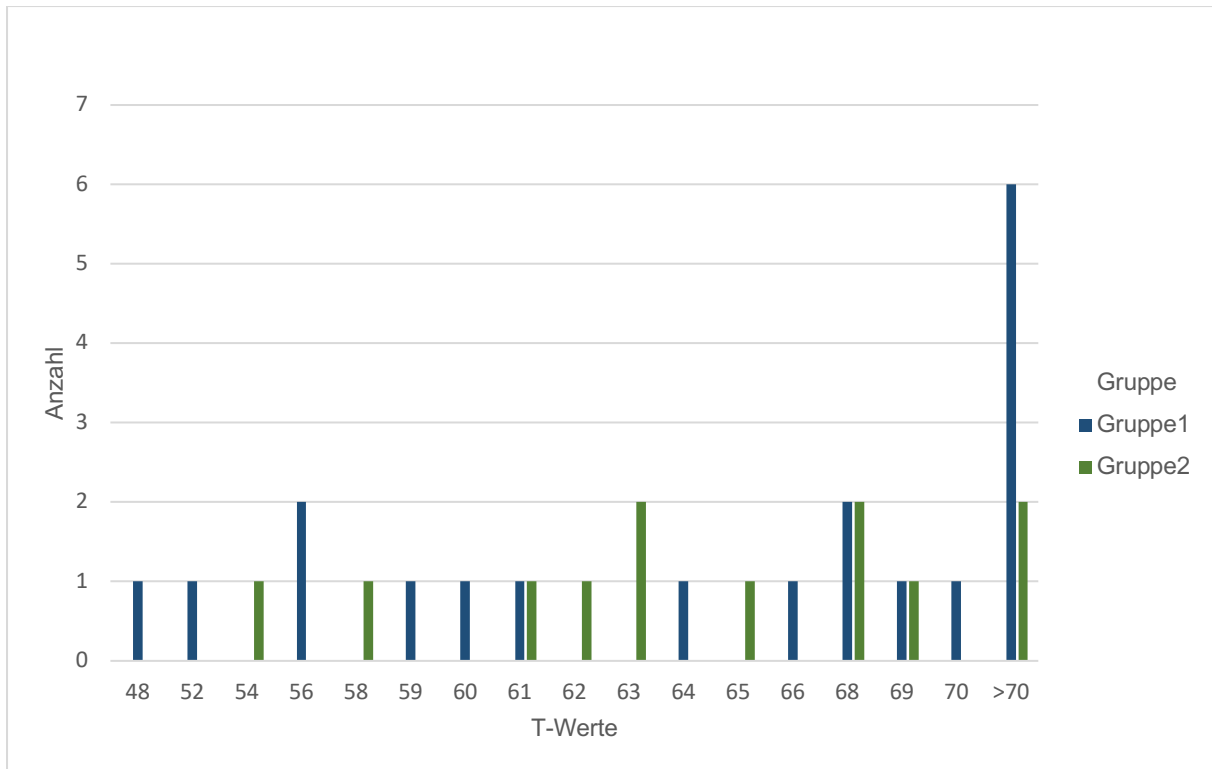
Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. Es bestand kein signifikanter Unterschied.

Anhand der Mittelwerte der T-Werte ist die Gruppe 2 belasteter als die Gruppe 1. T-Werte größer gleich 60 weisen auf eine starke Belastung und T-Wert größer gleich 70 auf eine sehr starke Belastung in diesem Bereich hin ¹⁴.

Auch bei den Vätern zeigen sich konstant höhere Werte im Kindbereich bei Gruppe 2, sowohl bei den Rohwerten, als auch bei den Staninen.

4.2.5.2.2 Elternbereich

Graphik 10 T-Werte des Elternbereiches EBI Väter



Der Mittelwert der T-Werte des Elternbereiches in Gruppe 1 betrug 64,3 (Standardabweichung 7,3) und der in der Gruppe 2 64,4 (Standardabweichung 5,3). Mit einem p-Wert von 0,98 bestand damit kein signifikanter Unterschied.

Im Elternbereich liegen damit auch höhere Werte bei Gruppe 2 im Vergleich zur Gruppe 1 vor. Da beide Gruppen im Mittelwert größer gleich 60 liegen, befinden Sie sich beide im Bereich der starken Belastung.

Tabelle 22 T-Werte Gesamt EBI Väter

EBI Vater: Gesamt	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
T-Werte (M +/- SD)	67,3 +/- 5,2	69,6 +/- 3,5	0,19	-5,81 – 1,17

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. Es bestand kein signifikanter Unterschied.

Damit zeigt auch im Gesamtwert die Gruppe 2 höhere Werte auf. In der Bedeutung liegen beide Gruppen der Väter im Bereich der starken Belastung.

4.2.6 Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)

Die IES-R erfasst die drei Formen der typischen psychischen Reaktionen beziehungsweise Symptome auf extrem belastende Ereignisse mit 22 Items ¹⁵.

Es erfolgte mit SPSS die Addition der Items der drei Subskalen Intrusion, Vermeidung, Übererregung. Anschließend erfolgte die Berechnung der Regressionsgleichung (nach Maercker und Schützwohl, 1998):

Diagnostischer Wert $X = -0.02 * \text{Intrusionen} + 0.07 * \text{Vermeidung} + 0.15 * \text{Übererregung} - 4.36$.

Wenn der resultierende Wert > 0.0 beträgt, ist eine PTB-Diagnose wahrscheinlich ¹⁶.

4.2.6.1 Impact of Event Scale-revidierte Form der Mütter

Tabelle 23 IES-R der Mütter

IES-R Mutter/ Subskalen	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
Subskala 1 Intrusion (M +/- SD)	15,1 +/- 7	12,6 +/- 7,9	0,33	-2,7 – 7,7
Subskala 2 Vermeidung (M +/- SD)	13,2 +/- 7,7	10,4 +/- 7,0	0,28	-2,4 – 8,1
Subskala 3 Übererregung (M +/- SD)	9 +/- 6,8	6,3 +/- 7,8	0,29	-2,5 – 7,9
Gesamt (M +/- SD)	-2,3 +/- 1,1	-2,9 +/- 1,4	0,22	-0,4 – 1,5

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Die p-Werte wurde mit dem T-Test berechnet.

Zusammenfassend ist jeweils eine PTB-Diagnose je Gruppe bei den Müttern wahrscheinlich, da die resultierenden Werte > 0.0 liegen. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Mütter.

4.2.6.2 Impact of Event Scale-revidierte Form der Väter

Tabelle 24 IES-R der Väter

IES-R Vater Subskalen	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=12)	p-Wert	95% CI
Subskala 1 Intrusion (M +/- SD)	5,9 +/- 5	10,1 +/- 7,3	0,08	-8,9 – 0,6
Subskala 2 Vermeidung (M +/- SD)	5,7 +/- 8,2	8,0 +/- 10,4	0,52	-9,4 – 4,8
Subskala 3 Übererregung (M +/- SD)	3,9 +/- 4,4	5,0 +/- 6	0,6	-5,3 – 3,1
Gesamt (m +/- SD)	-3,5 +/- 0,88	-3,3 +/- 1,4	0,66	-1,1 – 0,7

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Die p-Werte wurden mit dem T-Test berechnet.

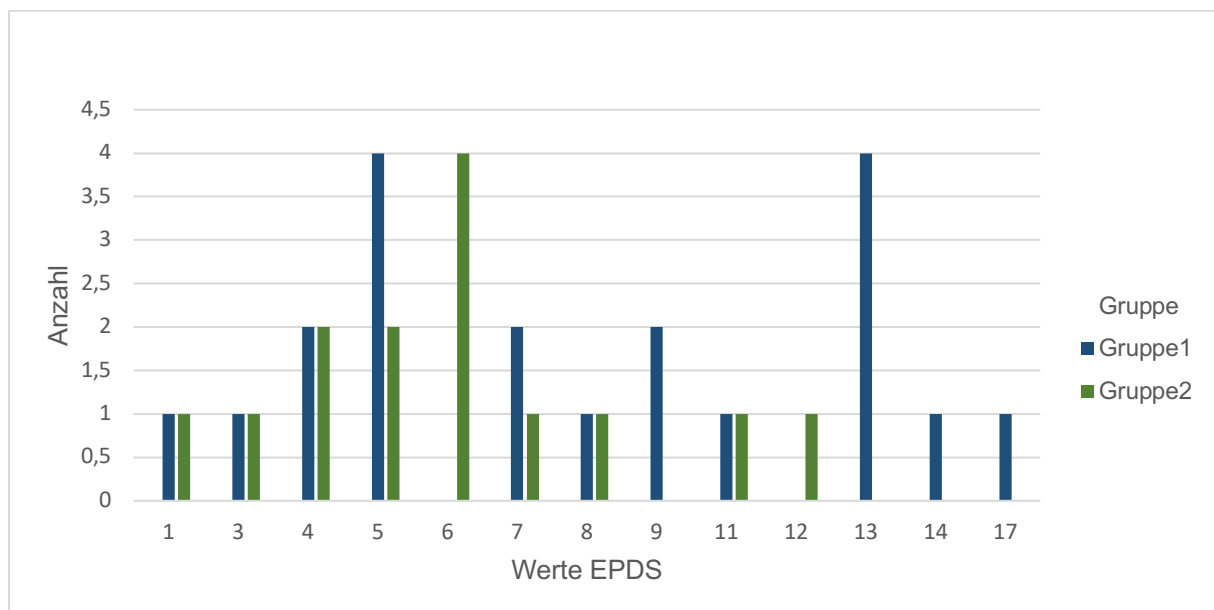
Zusammenfassend ist damit keine PTB-Diagnose bei den Vätern wahrscheinlich, da die resultierenden Werte nicht > 0.0 liegen. Es besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Väter. Allerdings sieht man mit den durchgehend höheren Werten in Gruppe 2 einen Trend, dass die Väter der Gruppe 2 im Vergleich schwerer belastet sind.

4.2.7 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die EPDS ist ein Screeninginstrument in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens zur Stimmungslage der vorherigen Woche, zur Unterstützung der Diagnostik einer postpartalen Depression¹⁷⁻¹⁹. Der Gesamtscore ergibt sich aus der Addition der Punktzahlen für die 10 Items, wodurch ein Maximalwert von 30 erreicht werden kann. Bei einer Gesamtpunktzahl 0-9 ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering, bei 10-12 mäßig vorhanden und bei größer gleich 13 hoch¹⁹.

4.2.7.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale der Mütter

Graphik 11 EPDS der Mütter



Der Mittelwert des Gesamtscores in Gruppe 1 betrug 8,3 (Standardabweichung 4,4) und der in der Gruppe 2 6,0 (Standardabweichung 2,9). Von den Müttern der Gruppe 1 haben damit eine mäßige und sechs eine hohe Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu leiden. In der Gruppe 2 haben zwei Mütter eine mäßige Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu leiden. Mit einem p-Wert von 0,098 bestand kein signifikanter Unterschied. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

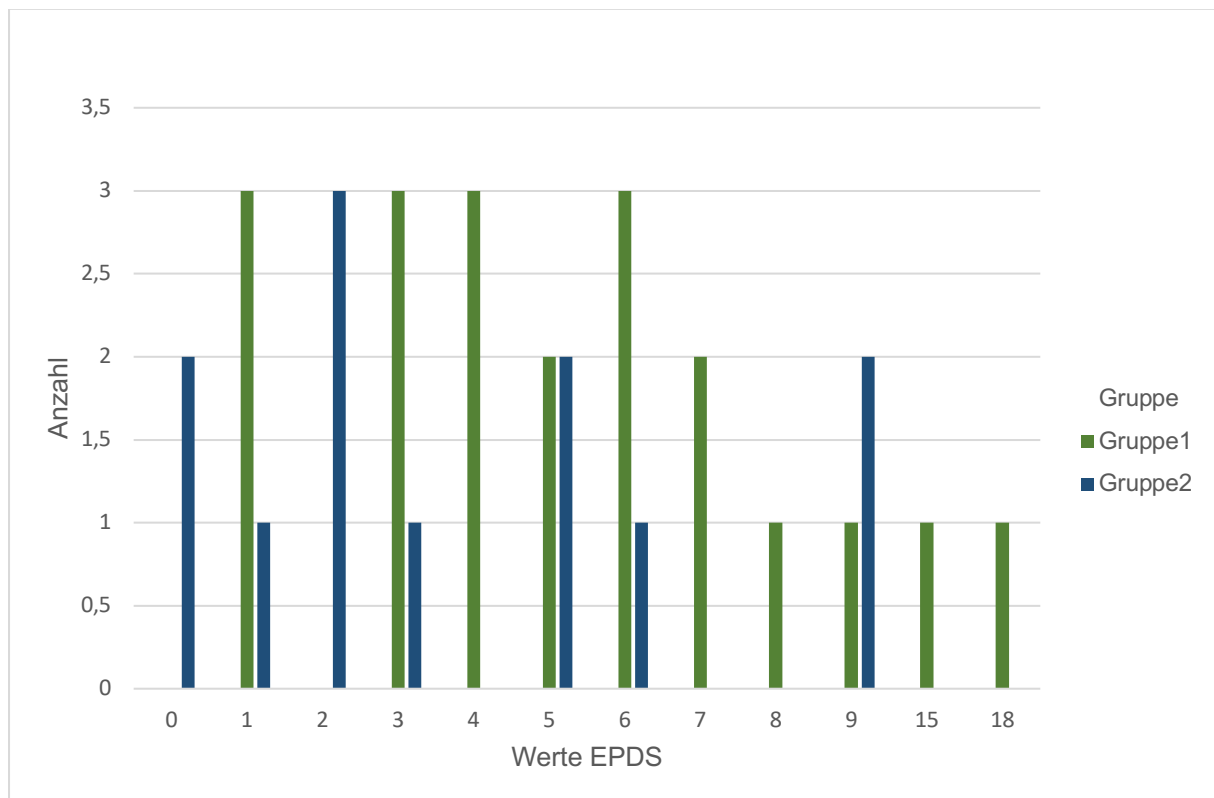
Tabelle 25 Bedeutung der Gesamtscores der EPDS der Mütter

Wahrscheinlichkeit für Depression	Gruppe 1 (n= 20)	Gruppe 2 (n= 14)
gering (%)	65 %	85,71 %
mäßig vorhanden (%)	5 %	14,29 %
hoch (%)	30 %	0 %

Werte sind in Prozent angegeben. n, Anzahl; %, Prozent. Auch im Mann-Whitney-U-Test der Bedeutung der Ergebnisse des EPDS ergab sich bei den Müttern mit einem p-Wert von 0,23 kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

4.2.7.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale der Väter

Graphik 12 EPDS der Väter



Der Mittelwert des Gesamtscores in Gruppe 1 betrug 5,8 (Standardabweichung 4,3) und der in der Gruppe 2 3,7 (Standardabweichung 3,1). Mit einem p-Wert von 15 bestand damit kein signifikanter Unterschied. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Tabelle 26 Bedeutung der Gesamtscores der EPDS der Väter

Wahrscheinlichkeit für Depression	Gruppe 1 (n= 20)	Gruppe 2 (n= 12)
gering (%)	90 %	100 %
mäßig vorhanden (%)	10 %	0 %
hoch (%)	0 %	0 %

Werte sind in Prozent angegeben. n, Anzahl; %, Prozent. Auch im Mann-Whitney-U-Test der Bedeutung der Ergebnisse des EPDS ergab sich bei den Vätern mit einem p-Wert von 0,26 kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Sowohl bei den Müttern, als auch bei den Vätern bedeuten die Ergebnisse, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Depression überwiegend gering ist.

4.2.8 Parental Bonding Questionnaire (PBQ)

Der PBQ ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen bestehend aus 25 Items, der entwickelt wurde, um Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung zu erkennen ^{20,21}.

Für die einzelnen Skalen erfolgt die Addition der durch ein Raster vorgegebenen jeweiligen Punktzahl. Daraus kann ermittelt werden, ob es sich um eine Störung im jeweiligen Bereich handelt und damit eine Abklärung durch einen Spezialisten sinnvoll ist.

Für die einzelnen Skalen sind Cut-off-Werte vorgegeben. Für die Skala 1 (Verzögerte Bindung) der Cut-off 12, für die Skala 2 (Ablehnung und Wut) der Cut-off 17, die Skala 3 (Angst) Cut-off 10 und die Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes) der Cut-off 3 ²⁰.

4.2.8.1 Parental Bonding Questionnaire der Mütter

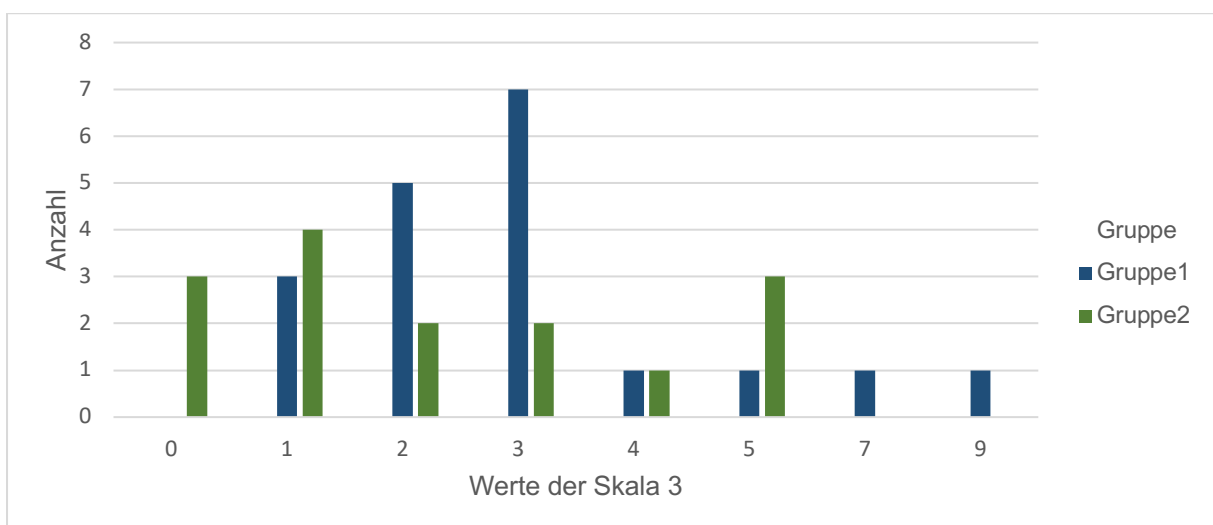
Tabelle 27 PBQ der Mütter Skala 1 (verzögerte Bindung) und Skala 2 (Ablehnung und Wut)

	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
PBQ Mutter Skala 1 verzögerte Bindung (M +/- SD)	7,95 +/- 4,8	5,6 +/- 4	0,16	-0,98 - 5,65
PBQ der Mutter Skala 2 Ablehnung und Wut (M +/- SD)	2,82 +/- 2,7	3,25 +/- 2,6	0,68	-2,5 – 1,6

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Damit liegen auch beide Gruppen in Skala 1 im Mittelwert unterhalb des Cut-off-Wertes von 12. Allerdings erreichen 3 Mütter diesen Cut-off-Wert in Gruppe 1 und 1 Mutter in Gruppe 2. Beide Gruppen liegen in Skala 2 unterhalb des Cut-off-Wertes von 17 und erreichen diesen auch nicht mit dem Mittelwert addiert mit der Standardabweichung.

Graphik 13 PBQ der Mütter Skala 3 (Angst)



Mit einem p-Wert von 0,19 bestand kein signifikanter Unterschied. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet. Der Cut-off-Wert liegt bei 10 und damit liegen beide Gruppen darunter und erreichen diesen auch nicht mit dem Mittelwert addiert mit der Standardabweichung.

Tabelle 28 PBQ der Mütter Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes)

	Gruppe 1 (n=20)	Gruppe 2 (n=15)	p-Wert	95% CI
PBQ Mutter Skala 4 Gefahr von Missbrauch des Kindes (M +/- SD)	0,05 +/- 0,02	0,07 +/- 0,26	0,84	-0,18 – 0,15

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Auch in dieser Subskala liegen die Mütter unterhalb des Cut-off-Wertes von 3. Hier sind ebenfalls beide Gruppen auch in der Addition des Mittelwertes mit der Standardabweichung entfernt vom Cut-off.

Insgesamt liegen also beide Gruppen im Mittelwert der Mütter jeweils unterhalb der Cut-off-Werte und zeigen auch im Gruppenvergleich keine signifikanten Unterschiede.

4.2.8.2 Parental Bonding Questionnaire der Väter

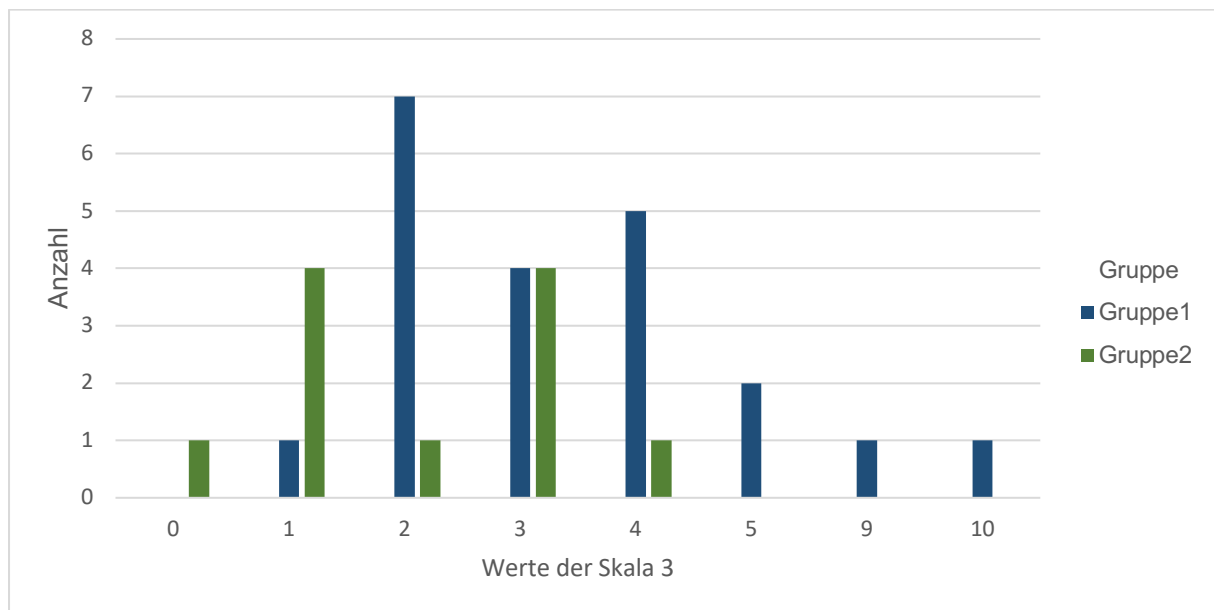
Tabelle 29 PBQ der Väter Skala 1 (verzögerte Bindung) und Skala 2 (Ablehnung und Wut)

	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=12)	p-Wert	95% CI
PBQ Vater Skala 1 verzögerte Bindung (M +/- SD)	7,6 +/- 7,2	4 +/- 2,6	0,14	-1,3 – 8,5
PBQ Vater Skala 2 Ablehnung und Wut (M +/- SD)	3,3 +/- 3,9	3,3 +/- 2,1	0,96	

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert von Skala 1 wurde anhand des Mann-Whitney-U-Test's und der von Skala 2 anhand des T-Test's errechnet.

Damit liegen auch beide Gruppen bei Skala 1 im Mittelwert unterhalb des Cut-off-Wertes von 12. Allerdings erreichen diesen Cut-off-Wert in Gruppe 1 2 Väter und in Gruppe 2 kein Vater. Auch bei Skala 2 liegen beide Gruppen im Mittelwert unterhalb des Cut-off-Wertes von 17. In Gruppe 1 erreicht 1 Vater den Cut-off Wert und in Gruppe 2 keiner.

Graphik 14 PBQ der Väter Skala 3 (Angst)



Mit einem p-Wert von 0,035 bestand damit ein signifikanter Unterschied, aber nur vom Wert her und nicht von der Bedeutung. Der p-Wert wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Der Cut-off-Wert liegt bei 10, der von einem Vater der Gruppe 1 erreicht wird.

Tabelle 30 PBQ der Väter Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes)

	Gruppe 1 (n=21)	Gruppe 2 (n=12)	p-Wert	95% CI
PBQ Vater Skala 4 Gefahr von Missbrauch des Kindes (M +/- SD)	0,05 +/- 0,22	0 +/- 0	0,45	-0,08 – 0,18

Werte sind als Mittelwert +/- Standardabweichung. n, Anzahl; CI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Der p-Wert wurde mit dem T-Test berechnet.

Auch in dieser Subskala liegen die Väter unterhalb des Cut-off-Wertes von 3. Hier sind ebenfalls beide Gruppen auch in der Addition des Mittelwertes mit der Standardabweichung entfernt vom Cut-off. Keiner der Väter erreicht den Cut-off-Wert.

Insgesamt liegen also beide Gruppen im Mittelwert der Väter jeweils unterhalb der Cut-off-Werte und zeigen auch im Gruppenvergleich keine signifikanten Unterschiede.

4.3 Korrelationsanalyse nach Pearson F-SozU versus EPDS und F-SozU versus IES-R

Tabelle 31 Korrelationsanalyse F-SozU versus EPDS und IES-R

F-SozU	EPDS Mutter	EPDS Vater	IES-R Mutter Intrusion	IES-R Mutter Vermeidung	IES-R Mutter Übererregung	IES-R Vater Intrusion	IES-R Vater Vermeidung	IES-R Vater Übererregung
Pearson Korrelation	- 0,105	- 0,027	0,076	- 0,077	- 0,109	0,459	0,213	0,350
Signifikanz (2-teilig)	0,569	0,887	0,673	0,675	0,559	0,018	0,287	0,094
N	32	30	33	34	33	28	29	26

Die Werte sind als Anzahl n angegeben. n, Anzahl; F-SozU, Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; IES-R, Impact of Event Scale- revidierte Form.

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte zwischen der sozialen Unterstützung und dem Ergebnis der EPDS weder bei den Müttern noch bei den Vätern eine signifikante Korrelation (bei den Müttern $p=0,569$ und bei den Vätern $p=0,887$). Beide zeigten schwache negative Korrelationen mit $r=-0,105$ bei den Müttern und $r=-0,27$ bei den Vätern. Dies bedeutet, dass geringere soziale Ressourcen mit einer höheren Rate an depressiven Symptomen bei der EPDS einhergehen. Da das Ergebnis aber nicht signifikant ist, lässt sich dies nur annehmen. Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte zwischen der sozialen Unterstützung und der einzelnen Subskalen der IES-R der Mütter keine signifikante Korrelation. Bei der Intrusion besteht mit $r=0,076$ keine Korrelation, bei der Vermeidung ebenfalls keine Korrelation mit $r=-0,077$ und bei der Übererregung besteht eine nicht signifikante schwache negative Korrelation mit $r=-0,109$ und $p=0,559$.

Bei den Vätern haben wir bei der Intrusion eine signifikante ($p=0,018$) mittelstarke positive Korrelation ($r=0,459$). Also je höher die soziale Unterstützung desto höher ist der Wert im Bereich der Intrusion. Dies bedeutet, dass je höher die sozialen Ressourcen bei unseren Vätern sind, desto eher hatten Sie mit sich aufdrängenden, belastenden Erinnerungen zu tun. Bei der Vermeidung und Übererregung haben wir auch bei den Vätern keine signifikante, aber schwach positive Korrelation (Vermeidung $p=0,287$ und $r=0,213$ und Übererregung $p=0,094$ und $r=0,35$).

5 Diskussion

Unsere Hypothese war, dass Zugangsbeschränkungen für Eltern mit messbaren Auswirkungen auf Stillerfolg, psychisches Wohlbefinden der Eltern, sowie auf das Belastungs- und Bindungsempfinden dem Kind gegenüber, einher gehen.

5.1 Basisdaten

Die Gruppen waren gleichwertig sowohl in den kindlichen als auch in den elterlichen Basisdaten, sowie im sozioökonomischen Status. Das Kollektiv der Kinder reichte von ELBW (in Gruppe 1 n=4 und in Gruppe 2 n=2) bis zu reifen Neugeborenen (in Gruppe 1 n=8 und in Gruppe 2 n=4). Im Mittel waren in beiden Gruppen die Kinder über 33 Schwangerschaftswochen alt. Der Median des CRIB Scores lag in beiden Gruppen mit 1 niedrig. Die Eltern, die an unserer Studie teilgenommen haben, stammen aus einer Umgebung mit eher gehobenen Ressourcen bezüglich des sozioökonomischen Bereiches. Insbesondere in der Bildung liegen beide Gruppen über dem durchschnittlichen Bereich nach dem Sozialbericht aus dem Jahr 2024 ²². Dort sind bei der Fachhochschul- oder Hochschulreife 37% angegeben, demgegenüber fanden sich diese Schulabschlüsse in unseren Studiengruppen in 57,1 beziehungsweise 80 % der Fälle. Dementsprechend sind auch die Berufsausbildungen in unserem Kollektiv mit anderen Prozentanteilen als in der Gesamtbevölkerung vertreten. In der Gesamtbevölkerung haben 22% einen akademischen Abschluss, welcher bei uns außer bei den Müttern der Gruppe 2 ebenfalls überdurchschnittlich vertreten ist. In Gruppe 1 haben die Mütter in 52,4% und die Väter in 42,9%, und in Gruppe 2 die Väter in 33,3% einen akademischen Abschluss. Die Mütter der Gruppe 2 haben zu 0% einen akademischen Abschluss und lagen damit in diesem Bereich unterhalb der Angaben für die Gesamtbevölkerung. Dafür haben 60% der Mütter der Gruppe 2 einen Fachhochschulabschluss, der in der Gesamtbevölkerung bei 11% abgebildet ist. ²².

Das Phänomen, dass immer wieder eher Menschen mit gehobenem sozioökonomischen Status Teil eines Studienkollektivs sind, wird häufig beobachtet. Dies liegt vor allem daran, dass Menschen mit höherer Bildung an Forschung interessierter sind und daher eher bereit sind, an solchen Befragungen teilzunehmen. Die positive Beziehung zwischen dem Bildungsniveau und der Beteiligung an Umfragen zeigte u.a. bereits 1998 Rogelberg ²³. Konradt et al ²⁴ untersuchten die Einflussfaktoren auf die Motivation von Personen an Befragungen teilzunehmen. Auch hier sahen Sie ein höheres Bildungsniveau als positiven Einflussfaktor ²⁴.

Durch den höheren sozioökonomischen Status unseres Studienkollektivs kann es zu einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein, da Menschen mit besserem sozioökonomischem Status mehr Ressourcen gehabt haben die Herausforderungen während der Covid-19-Pandemie zu meistern.

Eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung²⁵ kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Corona-Pandemie bestehende soziale Ungleichheiten verschärft, da sie vor allem diejenigen betrifft, die schon in den Jahren zuvor gesellschaftlich schlechter dastanden. Vor allem Haushalte mit niedrigem Einkommen erleiden häufiger Verdiensteinbußen als die mit höherem Einkommen. Vor allem geringfügig Beschäftigte sind betroffen²⁵.

Im DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) Verteilungsbericht aus 2021²⁶ werden ebenfalls die Ungleichheiten in Zeiten von Corona aufgeführt. Beispielsweise sind die Wohnverhältnisse ein entscheidender Faktor dafür, ob die Menschen relativ entspannt oder stark belastet durch die Monate des Lockdowns kamen. Zudem sind beengte Wohnverhältnisse ein Risikofaktor sich mit dem Coronavirus anzustecken. Auch steigen die Preise für Wohnimmobilien im dritten Quartal 2020 um 7,1% gegenüber dem Vorjahresquartal. Währenddessen nimmt der Bestand an Sozialwohnungen weiter ab²⁶.

5.2 Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-22 (F-SozU)

Soziale Unterstützung wird als Schutzfaktor vor postpartaler Depression und Traumatisierung von Eltern Frühgeborener gesehen. Dies ist das Ergebnis von mehreren Studien. Unter anderem zeigte sich in der Studie von Ganseforth et al, dass ein wesentlicher Faktor ist, ein Grundvertrauen zu haben im Bedarfsfall auf soziale Unterstützung zurückgreifen zu können²⁷. Auch Vigod et al präsentierte als Ergebnis einer systematischen Review, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung mit einer höheren Prävalenz für postpartale Depressionen einhergeht²⁸.

In Gruppe 1 liegen 96,06% Prozent der Eltern mit dem angegebenen Maß an sozialer Unterstützung im Normbereich oder höher und in Gruppe 2 92,31% im Normbereich oder höher. Dieser Normbereich des F-SozU K22 lag im Mittelwert bei 4,0, also bei 50% der damals zur Normierung untersuchten Stichprobe (die Normierung erfolgte 1996 anhand von einer Personenanzahl von n=2179)¹¹.

Damit ist davon auszugehen, dass beide Gruppen Valenzen haben, auf soziale Ressourcen zurückzugreifen um unterstützt zu werden. Dennoch zeigten beide Gruppen eine mentale Belastung gemessen anhand des EBI. Es stellt sich nun die Frage, ob die Eltern in der Studie im Vergleich zu anderen Risikokollektiven trotz des höheren sozialen Status und der vorhandenen Ressourcen bezüglich sozialer Unterstützung belasteter waren? Die

Literaturrecherche nach elterlichen Risikokollektiven in der Covid-19-Pandemie zeigte folgende Ergebnisse:

Chimwewe et al ²⁹ beschäftigte sich unter anderem mit präventiven Strategien bei minderjährigen Müttern mit postnataler Depression während der Covid-19-Pandemie im ländlichen Malawi. Das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 17 Jahre und 87 % hatten nur einen Grundschulabschluss. 78 % von Ihnen waren verheiratet. 42 % der teilnehmenden Mütter lebten in den ärmsten Quantilen und nur 20% in den reichsten Malawis. 43,5 % dieser Mütter wiesen im EPDS einen Score von größer gleich zehn auf ²⁹. Im Vergleich zu unseren Gruppen erhielten wir diese Ergebnisse bei 35% der Gruppe 1 und nur 14,29% in der Gruppe 2 der Mütter.

Sangsawang et al ³⁰ verglich unter anderem das Outcome postnataler Depression 8 Wochen post partum zwischen minderjährigen und erwachsenen Müttern in Thailand während der Covid-19-Pandemie. Die minderjährigen Mütter zeigten signifikant höhere Raten an depressiven Symptomen im EPDS bei signifikant geringeren sozialen Ressourcen. Es wiesen im EPDS 36,5% der minderjährigen Mütter gegenüber 23,5% der erwachsenen Mütter in dieser Studie Auffälligkeiten auf. Der p-Wert lag bei 0,044 im EPDS und bei <0,01 im Bereich der sozialen Unterstützung ³⁰.

Spiritus-Beerden et al ³¹ untersuchten die mentale Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten während der Covid-19-Pandemie weltweit. Dazu wurden Daten von 20.742 Teilnehmern einer online Erhebung als Teil der ApartTogether Studie in Zusammenarbeit mit der World Health Organization (WHO) ausgewertet. Unter anderem bezüglich der mentalen Gesundheit. Das höchste Outcome im Bereich Depression mit 69,6% hatten Flüchtlinge, die im Asylbewerber-Wohnheim lebten. Die Studie zeigte signifikante Effekte der Wohnsituation und der mentalen Gesundheit ³¹.

Diese Beispiele an Studien lassen den Schluss zu, dass unsere Eltern im Vergleich mit Risikogruppen, in diesem Fall minderjährige Mütter und Flüchtlinge, nicht so belastet waren, da diese eben einen höheren sozioökonomischen Status und auch hohe Valenzen bezüglich sozialer Ressourcen zur Unterstützung haben.

In der Korrelationsanalyse von den Ergebnissen des F-SozU versus den Ergebnissen der EPDS und den Ergebnissen des F-SozU und den Ergebnissen der IES-R sahen wir nur bei unseren Vätern eine signifikante ($p=0,018$) mittelstarke positive Korrelation ($r=0,459$) bei der Intrusion. Dies bedeutet, dass je höher die sozialen Ressourcen bei unseren Vätern waren, desto eher hatten Sie mit sich aufdrängenden, belastenden Erinnerungen zu tun.

Zudem sahen wir auch eine schwache, aber nicht signifikante negative Korrelationen mit $r= -0,105$ bei den Müttern und $r= -0,27$ bei den Vätern bezüglich des F-SozU und der EPDS. Dies bedeutet, dass geringere soziale Ressourcen mit einer höheren Rate an depressiven

Symptomen bei der EPDS einhergehen. Da das Ergebnis aber nicht signifikant ist, lässt sich dies nur annehmen.

Damit sehen wir einen Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Ausprägung der depressiven Symptome und auf das Bewältigungserleben der Eltern.

Die Literaturrecherche zu Verhalten von Menschen in Belastungssituationen in der Neonatologie erbrachte folgende Ergebnisse.

Bezüglich Stress und Stressbewältigung veröffentlichten Ernst et al³² für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Ergebnisse der Stressforschung (zuletzt aktualisiert 2022). Diese basiert auf dem biologischem Erklärungsmodell des Mediziners Hans Selye und andererseits auf dem psychologischen Stressbewältigungsmodell des Psychologen Richard Lazarus. Dieses beschreibt Stressoren in Abhängigkeit von verfügbaren Bewältigungsmodellen³².

Nach dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman 1984³³ wird der Bewertungsprozess einer Stresssituation in zwei Phasen unterteilt. In der primären Bewertung wird festgestellt, welche Relevanz und Konsequenz der Reiz (der Stressor) für sie haben könnte. In der sekundären Bewertung kommt es dann zu einer Abschätzung der Bewältigungsressourcen, die der Person zur Verfügung stehen. Dazu gehören neben Fähigkeiten, welche die Person in früheren Stresssituationen erworben hat, ihr Selbstvertrauen, materielle Ressourcen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten³².

Diese beiden Modelle werden durch soziologische Modelle (biomedizinische, psychosomatische und verhaltenspsychologische Stressbewältigungsmodelle) und Soziologische Perspektiven von Gesundheit und Krankheit ergänzt³².

Eine Studie an der Uniklinik Köln 1999 durchgeführt von Ganseforth et al²⁷ (die bereits am Anfang des Abschnittes kurz zitiert wurde) untersuchte die Bedeutung biologischer und psychosozialer Einflussfaktoren für das Belastungs- und Bewältigungserleben von Müttern von VLBW Frühgeborenen. Dazu erhielten insgesamt 63 Mütter zum Entlassungszeitpunkt validierte Fragebögen (die „Allgemeine Depressionsskala“ und das „Freiburger Persönlichkeitsinventar in revidierter Form“) und es erfolgte ein semistrukturiertes Interview (ein Interview in modifizierter Form des „Clinical Interview for Parents of high-risk infants“). In der Korrelationsanalyse von depressiver Stimmungslage zu unter anderem familiären Ressourcen half es den Müttern signifikant ($p=0,01$), wenn Sie sich sozial eingebunden und rückversichert fühlten. Diese Studie bestätigt damit einen Zusammenhang von sozialer Unterstützung und der Ausprägung depressiver Symptome²⁷.

2017 untersuchten Feinberg et al³⁴ die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und postnatalen Symptomen von Angst und Depression bei Müttern, die ihre Kinder (von Frühgeborenen bis zu reifen Neugeborenen) 2016 in einer Klinik in Kalifornien zur Welt brachten. Dazu wurden Daten von 2372 Müttern aus allen gesellschaftlichen Schichten im

Rahmen der Studie „Listening to Mothers in California“ ausgewertet. Durchgeführt wurde die Studie von 02-08/2017. Die Mütter wurden bezüglich Ihrer sozialen Unterstützung anhand von definierten Fragen mit vorgefertigten Antwortmöglichkeiten, sowie zu ihren postnatalen Symptomen der Angst und Depression anhand des „the four-item Patient Health Questionnaire“ (ein validierter Fragebogen mit einer Likert-Skala) befragt. Zudem wurden soziodemographische Daten und schwangerschaftsassozierte Faktoren erhoben. Sowohl im Bereich der Symptome von postnataler Angst, Depression, als auch in der Gesamtsymptomatik zeigten sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der sozialen Unterstützung mit einem $p < 0,05$. Bei kontinuierlicher sozialer Unterstützung zeigten sich 40% weniger Ausprägung der Symptome.

Damit bestätigt diese Studie, dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Ausprägung von postnatalen Symptomen von Angst und Depression gibt ³⁴.

Die Stresstheorie von Lazarus und Folkmann und die Beispiele an Studien belegen damit eine Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und der Ausprägung von postnatalen depressiven Symptomen.

Bei der Literaturrecherche bezüglich elterlichem Verhalten in Belastungssituationen in der Pädiatrie präsentierte sich folgende Studie.

Muscara et al ³⁵ untersuchten in Melbourne, Australien zwischen November 2010 und August 2012 den Verlauf von posttraumatischen Stresssymptomen bei Eltern von Kindern, die eine lebensbedrohende Erkrankung oder ernsthafte schwere Verletzung erlitten hatten im Rahmen der „Take a breath“ Studie. Anhand zweier validierter Fragebögen (ASDS Acute Stress Disorder Scale und PCL-S The Posttraumatic Stress Checklist-Specific Version) wurden die Stressreaktionen von insgesamt 122 Familien (115 Mütter und 44 Väter) in einer prospektiven longitudinalen Studie zum Zeitpunkt der Diagnose, 3, 6 und 18 Monate danach, erhoben. Mit dem Psychosozial Assessment Tool wurde das familiäre psychosoziale Risiko erhoben. Anhand dessen wird unter anderem die familiäre soziale Unterstützung erhoben. Es handelte sich um Eltern, deren Kinder in Melbourne auf der Kinderonkologie, Kinderkardiologie oder pädiatrischen Intensivstation lagen. Es zeigten sich drei unterschiedliche Profile. 33 % gehörten zur Gruppe „Resilient“, indem Sie über den gesamten Zeitraum nur niedrig gemessene Stresslevel zeigten. 52 % waren in der Gruppe „Recovery“. Diese zeigten initial hohe Stresslevel, welche über den Verlauf von Monaten abnahmen. In der Gruppe „Chronic“ waren 13 % der Eltern. Diese hatten über die gesamte Zeit ein hohes Stresslevel. Die Gruppenzugehörigkeit wurde vor allem durch die psychosozialen Variable als stärksten Prädiktor beeinflusst. Der Großteil der Eltern eine beträchtliche Resilienz gegenüber der lebensbedrohlichen Erkrankung Ihres Kindes.

Damit zeigt auch diese Studie außerhalb der Neonatologie einen Einfluss der sozialen Unterstützung auf das Bewältigungsempfinden und die Symptomausprägung bei Eltern ³⁵.

Die Stresstheorie von Lazarus und Folkmann und die Beispiele an Studien belegen damit eine Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und der Ausprägung von postnatalen depressiven Symptomen.

5.3 Stillverhalten

Aus den Ergebnissen unseres Stillfragebogens zeigt sich, dass in Gruppe 1 3 Kinder (14,3%) und aus Gruppe 2 1 Kind (6,7%) nie angelegt wurde. In Gruppe 1 wurden aber 2 der nie angelegten Kinder dennoch mit Muttermilch gefüttert, nur nie an der Brust gestillt. Lediglich 1 Kind wurde nicht mit Muttermilch gefüttert. Laut Freitextangabe der Mutter aufgrund Ihrer eigenen Medikation. Das 1 Kind, welches aus der Gruppe 2 laut Antwort der Mutter nie angelegt wurde, wurde dann aber bis zum 6. Lebensmonat gestillt. Damit wurde die Frage vermutlich falsch verstanden. Es wurde also in Gruppe 1 bei 95,24% (nur 1 Kind wurde nie mit Muttermilch gefüttert) und in Gruppe 2 bei 100% das Stillen initiiert.

Um unsere Hypothese zu untersuchen, ob die Besuchsregelungen Einfluss auf das Stillverhalten hatten, erfolgte eine Literaturrecherche um unsere Ergebnisse mit dem Stillverhalten in anderen Studien zu vergleichen. In der KiGGS Studie Welle 2 ³⁶ wurde das Stillverhalten von Eltern von Kindern aus den Geburtsjahrgängen 2009-2014 erfasst. Dazu wurden Daten von 4498 Studienteilnehmern erhoben. Die KiGGS Studie Welle 2 zeigt, dass 72,3-72,9 % der Mütter Ihre Kinder nach Geburt ausschließlich stillten, nach 2 Monaten nur noch 61,2-63,7% und nach 4 Monaten nur noch 45,2-46,4%.³⁶ Dies entspricht auch etwa unseren Ergebnissen. Aus Gruppe 1 stillten initial ausschließlich 66,7%, nach 2 Monaten noch 55,6% und nach 4 Monaten noch 45%. In der Gruppe 2 stillten ausschließlich initial 60%, nach 2 Monaten noch 55% und nach 4 Monaten ebenfalls noch 45%. Die initiale Stillrate wird mit 85,4%-87,3% angegeben ³⁶. In unserer Studie wurde das Stillen häufiger initiiert mit 95,24%-100%.

Eine Studie an der Charité von Berns et al ³⁷ zeigte keinen Unterschied zwischen der Rate an mit Muttermilch gefütterter VLBW Frühgeborener vor und während der Pandemie. Dazu werteten Sie im Jahr vor der Pandemie (01.01.2019-31.12.2019) von 108 VLBW Frühgeborenen und im Jahr der Pandemie (15.03.2020 bis 14.03.2021) von 121 VLBW Frühgeborenen die Daten aus zum Entlassungszeitpunkt aus der Klinik. Im Jahr vor der Pandemie wurden 96,7% und im ersten Jahr der Pandemie 96,3% initial mit Muttermilch gefüttert. Die gesamte Stillrate (exklusives und partielles Stillen) hatte sich auch nicht verändert. Diese lag bei 77,2 % vor und bei 73,6 % während des ersten Jahres der Pandemie. Damit sahen Sie ebenfalls keinen Einfluss der Besuchsregelungen zur Zeit der Covid-19-Pandemie auf die Rate der Kinder, die mit Muttermilch gefüttert wurden ³⁷. In dieser Studie lag die Rate der gestillten Kinder zum Entlassungszeitpunkt höher, als unsere zu jedem von uns erhobenem Zeitpunkt. Die Daten des initialen Stillens stimmen mit unseren mit 95,24%-100% nahezu überein. Die Zugangsbeschränkungen unterschieden sich zu unseren. Sie werden wie

folgt beschrieben: Die Mutter gilt als Begleitperson und der Vater durfte 1 Stunde pro Tag zu Besuch kommen. Damit durften die Eltern zumindest 1 Stunde pro Tag gemeinsam bei Ihrem Kind sein ³⁷. Auch die Studienpopulation unterscheidet sich zu unserer. Berns et al untersuchten den Einfluss auf VLBW Frühgeborene ³⁷. Wir hingegen generell auf Frühgeborene und reife Neugeborene, die auf der NICU stationär waren. Unser mittleres Geburtsgewicht lag in Gruppe 1 bei 2298 g und in Gruppe 2 bei 2033 g. Uns ist nicht bekannt wie die Stillraten an der Charité in der Gruppe der Kinder lagen, die mit einem höheren Geburtsgewicht auf die Welt kamen.

In einer Vergleichsstudie an der Uniklinik Köln zeigte Heine et al ³⁸ in einer Studie, die zwischen 2015 und 2017 lief, dass unter anderem die Schwangerschaftswoche des Frühgeborenen mit der Stillrate bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen assoziiert ist. Dazu wurden die Daten von 482 Kindern von 452 Müttern (Frühgeborene und kranke Neugeborene, die die ersten sieben Lebenstage auf einer neonatologischen Station stationär waren) untersucht. Stillen initiiert wurde je nach Schwangerschaftswoche bei 85-100% der Kinder. Ausschließlich Muttermilch erhielten 33% der Kinder und 40% der Kinder wurden teilweise gestillt ³⁸. Diese Ergebnisse unterscheiden sich kaum zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Stillen initiiert wurde bei uns bei 95,24-100%. Aus Gruppe 1 stillten initial ausschließlich 66,7%, nach 2 Monaten noch 55,6% und nach 4 Monaten noch 45%. In der Gruppe 2 stillten ausschließlich initial 60%, nach 2 Monaten noch 55% und nach 4 Monaten ebenfalls noch 45%.

Insgesamt kann also nicht von einem Effekt der Besuchsregelungen während der Covid-19-Pandemie auf das Stillverhalten ausgegangen werden.

5.4 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)

Unsere Ergebnisse zeigten in beiden Gruppen sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern überwiegend eine starke bis sehr starke Belastung. Dabei zeigte die Gruppe 2 im Vergleich zur Gruppe 1 durchgehend höhere Werte an. In Gruppe 1 waren bei den Müttern 44,4% und bei den Vätern 57,89% sehr stark belastet. In Gruppe 2 waren bei den Müttern 57,14% und bei den Vätern 83,33% sehr stark belastet. Insgesamt zeigten die Väter also eine höhere Belastung als die Mütter. Die Unterschiede waren nicht signifikant, so dass wir davon ausgehen können, dass das Ergebnis nicht durch die Besuchsregelungen entstanden ist.

Veloza Ramirez et al ³⁹ verglich in Santiago, Chile, unter anderem das Level von mütterlichem Stress und Depression, sowie die Bonding Qualität von Müttern mit Frühgeborenen, die mindestens sieben Tage auf der NICU stationär waren vor (n=36) und während der Covid-19-Pandemie (n=30). Es wurde unter anderem der EPDS und die PSI-SF (Parental Stress Index-Short Form) genutzt. Die Besuchsregelungen der Väter waren auf wenige Stunden reduziert. In seinen Ergebnissen gab es keinen signifikanten Unterschied in der empfundenen Bonding Qualität der Mütter. Mütter während der Covid-19-Pandemie zeigten mit 6,7% ein hohes, mit

40% ein mittleres und mit 53,33% ein niedriges Stress-Level ³⁹. Damit zeigten seine Ergebnisse eine geringere Belastung der Mütter im Vergleich zu unseren.

Deindl et al ⁴⁰ untersuchten an der Universitätsklinik in Wien und Hamburg Eppendorf den empfundenen Stress von Müttern und Vätern von insgesamt 76 VLBW Frühgeborenen vor und während der Covid-19-Pandemie. Es wurde unter anderem der EBI und F-SozU genutzt. Während der Pandemie durfte jeweils nur ein Elternteil zum Kind auf die NICU und andere Besucher waren auch nicht erlaubt. Die Mütter zeigten unter anderem eine beeinträchtigte Bindungsqualität zu ihren Kindern (Stanine im Bereich Bonding im Mittel 6,3 (SD 1,8) im Vergleich zu vor der Covid-19-Pandemie Stanine im Mittel 4,9 (SD 1,8)). Die Mütter fühlten sich auch im Vergleich zu den Vätern mehr persönlich eingeschränkt (Mütter Stanine im Mittel 6,1 (SD 2,0) und Väter 5,2 (SD 2,0)). Im Vergleich dazu lagen die Stanine vor der Covid-19-Pandemie im Mittel bei den Müttern bei 4,8 und die der Väter bei 4,1. Im Bereich der Gesundheitsbelastung werteten die Mütter diese höher als die Väter (6,6 (SD 1,6) und 5,3 (SD 1,5)). Vor der Covid-19-Pandemie lagen die Stanine bei den Müttern im Mittel bei 6,0 und bei den Vätern bei 4,8 ⁴⁰.

Diese Ergebnisse unterscheiden sich zu unseren, wobei hier eben der Unterschied von vor der Pandemie zu strikten Einschränkungen der Besuchsregelungen untersucht wurde und nicht wie bei uns der Einfluss unterschiedlicher Besuchsregelungen. Wir haben unsere Einflüsse nicht mit einem Kollektiv vor der Pandemie verglichen. Unsere Mütter waren belasteter im Bereich Bonding als die Mütter in dieser Studie. Unsere Stanine lagen im Mittel bei 8,2 (SD 1,1) und 8,4 (SD 1,1). Im Bereich der persönlichen Einschränkung sahen wir keinen so großen Unterschied zwischen den Müttern und Vätern (Mütter Gruppe 1 5,6 (SD 1,5) und Gruppe 2 6,7 (SD 1,3) und Väter in Gruppe 1 6,43 (SD 1,6) und in Gruppe 2 6,08 (SD 1,4)). Im Bereich der Gesundheitsbelastung zeigten anders als in der beschriebenen Studie unsere Väter höhere Belastungen in der Gruppe 1 als die Mütter (Mütter 6,0 (SD 1,5) und Väter 7,2 (SD 1,7)) und in Gruppe 2 wurde die Gesundheitsbelastung nahezu gleich gewertet (Mütter 6,7 (SD 1,3) und Väter 6,6 (SD 1,6)).

Die folgende Literaturrecherche soll zeigen, wie hoch die Belastung in einem vergleichbaren Kollektiv unabhängig von der Covid-19-Pandemie ist.

Treyvaud et al ⁴¹ beschäftigten sich unter anderem mit dem elterlichen Stress 2 Jahre nach einer Frühgeburt. Die Daten wurden aus dem Datenkollektiv der Victorian Infant Brain Studies aus Melbourne generiert. Für diese Untersuchung wurde das Outcome von 184 Frühgeborenen (<30.SSW und GG<1250 g) und 71 reifer Neugeborenen zwischen 2001 und 2003 untersucht. Der Gesamtwert des Parenting Stress Index liegt zwischen 109,36-110,72, was einem T-Wert von 53 entspricht ⁴¹. Die Eltern in dieser Studie waren damit weniger belastet als unsere.

In der Deisy Studie von Mehler et al ⁴² wurde in unserer Klinik der Effekt vom frühen Skin-to-skin Contact untersucht. Dabei wurde auch der EBI als Messinstrument genutzt. Dazu wurden insgesamt 87 Mütter im Alter von 6 Monaten der Kinder befragt. Die Frühgeborenen waren zwischen der 25+0 SSW und 32+0 SSW geboren. Der Total Score des EBI lag zwischen 49-51 ⁴². Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine geringere Belastung der Eltern als in unserer Studie.

Ebenso hatten die Mütter, die an der Studie von Singer et al ⁴³ teilnahmen, in Befragungen zwischen 1 Monat und 3 Jahren nach Geburt von VLBW (n=206) oder Reifgeborenen (n=123) einen Mittelwert zwischen 97-110. Dies entspricht einem T-Wert von 50-53 ⁴³. Damit waren auch die Eltern in dieser Studie weniger belastet als unsere Mütter.

Howe et al ⁴⁴ untersuchten ebenfalls den elterlichen Stress von Eltern von VLBW Frühgeborenen (n=297) und erhoben unter anderem auch den Parental Stress Index (chinesische Version). Zum Vergleich wurden Eltern von Reifgeborenen (n=208) befragt. Bei den Eltern von Frühgeborenen zeigten im gesamtem PSI 13,1%, im Kindbereich 12,9% und im Elternbereich 12,2% hohe Belastungen. Im Vergleich zeigten von den Eltern Reifgeborener im gesamtem PSI nur 8,3%, im Kindbereich 6,6% und im Elternbereich 7,7% hohe Belastungen ⁴⁴. Auch in dieser Studie zeigten die Eltern eine geringere Belastung als unsere untersuchten Eltern.

In der Schlussfolgerung können wir keine signifikanten Auswirkungen der Besuchsregelungen während der Covid-19-Pandemie auf die empfundene Bindungsqualität der Eltern zu Ihren Kindern nachweisen. Damit ist unsere Hypothese nicht bestätigt.

5.5 Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)

Nach unseren Ergebnissen ist jeweils eine PTB Diagnose bei den Müttern wahrscheinlich und bei den Vätern keine. Allerdings sieht man mit den durchgehend höheren Werten in Gruppe 2 einen Trend, dass die Väter der Gruppe 2 im Vergleich schwerer traumatisiert sind.

Unsere Ergebnisse liegen im Mittelwert im Bereich der Intrusion der Mütter bei 15,1 vs. 12,6 und bei den Vätern zwischen 5,9 vs. 10,1. Im Bereich der Vermeidung bei den Müttern zwischen 13,2 vs. 10,4 und bei den Vätern zwischen 5,7 vs. 8,0. Im Bereich der Übererregung bei den Müttern 9 vs. 6,3 und bei den Vätern 3,9 vs. 5.

Ahlund et al ⁴⁵ beschäftigten sich mit den Stresssymptomen von Müttern VLBW-Frühgeborener (n=24) im Vergleich zu denen von Müttern mit reifen Neugeborenen (n=22) 2-3 Jahre nach der Geburt. Sie erhielten signifikant höhere Werte bei den Müttern von VLBW-Frühgeborenen. Die Werte lagen im Mittelwert für die Intrusion bei 0 vs. 11,5, bei der Vermeidung 0 vs. 7,5 und bei der Übererregung bei 0 vs. 2,5 ⁴⁵. Damit zeigen unsere Mütter in allen Bereichen der IES-R eine höhere Traumatisierung. Bei den Vätern ist die Gruppe 2 bei der Vermeidung und bei der Übererregung traumatisierter.

Kersting et al ⁴⁶ untersuchten die posttraumatische Belastungsstörung von Müttern VLBW Frühgeborener (n=50) im Vergleich zu Müttern gesunder reifer Neugeborener (n=30). Dazu wurde zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten (1-3 Tage post partum, 14 Tage post partum, 6 und 14 Monate post partum) unter anderem die IES-R erhoben. Im Ergebnis zeigten die Mütter der Frühgeborenen konstant höhere Werte und im Bereich der Intrusion nahmen Symptomausprägung auch über die Zeit nicht signifikant ab, während die der Vermeidung über die Zeit abnahmen. Die Werte der Intrusion lagen bei 12,47 vs. 7,88, 12,09 vs. 5,13, 9,93 vs. 3,88 und 10,29 vs. 3,45. Im Bereich der Vermeidung lagen Sie bei 8-11 vs. 2,5, 7,16 vs. 1,5, 4,04 vs. 0,62 und 4,43 vs. 0,41 ⁴⁶. Damit waren unsere Mütter in beiden Gruppen im Bereich der Intrusion traumatisierter und bei der Vermeidung die der Gruppe 1. In der Gruppe 2 der Mütter zeigten diese im Bereich der Vermeidung allerdings jenseits der ersten Befragung in der Studie von Kersting et al (1-3 Tage post partum), ebenfalls eine größere Traumatisierung als die Mütter in der Studie von Kersting et al. Die Väter waren in beiden Gruppen im Bereich der Intrusion weniger traumatisiert. Im Bereich der Vermeidung zeigten Sie jenseits der ersten beiden Befragungszeitpunkte von Kersting et al eine höhere Traumatisierung.

Barthel et al ⁴⁷ beschäftigten sich mit der Prävalenz und Risikofaktoren der posttraumatischen Belastungsstörung bei Müttern und Vätern von VLBW Frühgeborenen 5 Jahre nach Geburt. Die Erhebung erfolgte im Rahmen der HaFEn-Studie („Hamburg study of VLBW and full-term infant development“) bei insgesamt 144 Familien (77 VLBW und 67 reifer Neugeborener). Bei der IES-R zeigten im Vergleich Mütter und Väter der Frühgeborenen konstant höhere Werte als die von reifen Neugeborenen. Die Mittelwerte der Mütter lagen bei der Intrusion bei 9,3 vs. 7,9, für die Vermeidung bei 7,27 vs. 2,16 und für die Übererregung bei 7,21 vs. 3,21. Bei den Vätern waren die Mittelwerte der Intrusion 8,64 vs. 7,98, für die Vermeidung bei 4,56 vs. 1,49 und die Übererregung bei 7,15 vs. 4,87 ⁴⁷. Im Vergleich waren unsere Mütter bei beiden Gruppen im Bereich der Intrusion und Vermeidung und in Gruppe 1 bei der Übererregung traumatisierter. Die Väter waren in der Gruppe 2 im Bereich der Intrusion und beide Gruppen im Bereich der Vermeidung traumatisierter. Im Bereich der Übererregung waren unserer Väter im Vergleich zu den Vätern aus der oben angegebenen Studie weniger traumatisiert.

Kobus et al ⁴⁸ beschäftigten sich mit dem Einfluss der Musiktherapie auf mütterlichen Stress Frühgeborener. Dazu wurden zwischen 2018 und 2021 an der Uniklinik Essen insgesamt 33 Mütter (18 mit und 15 ohne Musiktherapie) befragt. Die IES-R wurde eine Woche nach Geburt und zum Entlassungszeitpunkt des Kindes erhoben. Insgesamt sahen Sie zugunsten der Mütter mit Musiktherapie einen starken Einfluss im Bereich der Übererregung, einen moderaten Einfluss auf die Intrusion und einen niedrigen Einfluss auf die Vermeidung. Die Mütter zeigten im Mittel für die Intrusion 20,3 vs. 19,7 (T1) und 10,8 vs. 16,1 (T2), für die Vermeidung 11,6 vs. 13,6 (T1) und 6,7 vs. 10,5 (T2), für die Übererregung 18,4 vs. 21,1(T1) und 8,2 vs. 22,7 (T2). Im Gesamtscore -1,2 vs. -0,6 (T1) und -2,9 vs. -0,5 ⁴⁸. Unsere Mütter

waren im Vergleich zu den Müttern mit Musiktherapie zum Entlassungszeitpunkt im Bereich der Intrusion traumatisierter. Im Bereich der Vermeidung in Gruppe 1 waren unsere Mütter ebenfalls traumatisierter im Vergleich zu beiden Zeitpunkten zu den Müttern mit Musiktherapie und bei der Übererregung in Gruppe 1 traumatisierter als die Mütter mit Musiktherapie zum Entlassungszeitpunkt. In dieser Studie waren alle Mütter ohne Musiktherapie im Vergleich zu unseren Müttern in allen Bereichen traumatisierter. Da die Daten aber von 2018 bis Oktober 2021 an der Uniklinik Essen erhoben wurden, können wir nicht differenzieren inwieweit der Einfluss der Covid 19-Pandemie einen Einfluss auf diese hohen Werte hatte. Unsere Väter waren im Vergleich zu den Müttern dieser Studie in allen Bereichen weniger traumatisiert. Bei so unterschiedlichen Ausprägungen der Traumatisierung auch im Vergleich zu anderen Studien können wir nicht von einem Einfluss der Besuchsregelungen während der Covid-19-Pandemie auf die Traumatisierung der Eltern ausgehen. Damit können wir unsere Hypothese nicht bestätigen.

5.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Wir konnten sowohl bei den Müttern, als auch bei den Vätern keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der möglichen Ausprägung einer postpartalen Depression zeigen. Bei den Müttern lag in Gruppe 1 bei 30 % eine hohe Wahrscheinlichkeit und zu 5% eine mäßig vorhandene Wahrscheinlichkeit versus in Gruppe 2 bei 14,21% eine mäßig vorhandene Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Depression vor. Bei den Vätern lag in Gruppe 1 zu 10% eine hohe Wahrscheinlichkeit und in Gruppe 2 zu 0% eine postpartale Depression vor.

Die Literatur zeigt im Vergleich folgende Ergebnisse:

Bieleninik et al ⁴⁹ nutzten unter anderem die PBQ und den EPDS um den Zusammenhang zwischen Mutter-Kind-Bonding und der mütterlichen mentalen Gesundheit zu verifizieren. Dazu wurden 72 Mütter von Frühgeborenen (von <28 Schwangerschaftswochen bis 36+6 Schwangerschaftswochen; Hauptanteil mit n=47 waren in dieser Studie die late Preterms ab der 34+0 Schwangerschaftswoche) befragt. Sie zeigten eine signifikante Beziehung zwischen mütterlichem Bonding und mütterlicher mentaler Gesundheit. Nur 13,4% zeigten Hinweise für eine postpartale Depression anhand der EPDS ⁴⁹. Damit zeigten die Mütter/die Eltern in dieser Studie eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Depression als unsere Eltern.

Studien, die während der Covid-19 Pandemie erfolgten, zeigten folgende Ergebnisse:

In der Studie von Velozo Ramirez et al ³⁹, die bereits im Abschnitt 5.4 zitiert wurde, wurde das Level von mütterlichen Depressionen anhand der EPDS verglichen. Dazu wurden Mütter von Frühgeborenen in Santiago (Chile), die mindestens sieben Tage auf einer NICU stationär waren, vor und nach der Covid-19-Pandemie untersucht. Die Besuchsmöglichkeiten der Väter waren während der Covid-19-Pandemie auf wenige Stunden begrenzt. In seinen Ergebnissen gab es weder einen signifikanten Unterschied zwischen den Ergebnissen des PSI noch an der

Ausprägung an Symptomen von Depression zwischen den beiden untersuchten Gruppen ³⁹. Dies entspricht unseren Ergebnissen.

Vatcheva et al ⁵⁰ beschäftigten sich in Namur, Belgien, mit dem Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die postpartale Depression bei Müttern von Frühgeborenen. Dazu nutzten Sie die EPDS. Die Prävalenz depressiver Symptome lag bei den Müttern der Covid-19-Pandemie im Vergleich zu Müttern vor der Pandemie signifikant höher (26% versus 12%, $p=0,043$) ⁵⁰. Unsere Mütter in Gruppe 1 zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen Depression zu leiden als die in der Studie untersuchten Mütter während der Covid-19-Pandemie.

Schaming et al ⁵¹ verglichen 874 Mütter von Neugeborenen von vor mit 721 Müttern von Neugeborenen während der Covid-19 Pandemie bezüglich dem Einfluss der Covid-19 Pandemie auf das mütterliche Gefühl der Sicherheit und das Bonden postpartum, sowie auf postpartale Depressionen. Sie konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen darstellen. In beiden Gruppen zeigte sich eine hohe Prävalenz postpartaler Depressionen. Vor der Pandemie waren bei 38% und während der Covid-19 Pandemie 35% der Mütter auffällig im EPDS (also über dem Cutt-off) ⁵¹. Im Vergleich zu unserer Studie zeigten die hier untersuchten Mütter eine übereinstimmende Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen Depression zu leiden wie unsere Mütter aus der Gruppe 1.

Zusammenfassend können wir mit unseren Studienergebnissen und den Ergebnissen aus der Literaturrecherche unsere Hypothese nicht bestätigen.

5.7 Parental Bonding Questionnaire (PBQ)

Für die Skala 1 (Verzögerte Bindung) erreichten 3 Mütter der Gruppe 1 (14,3%) und 1 Mutter der Gruppe 2 (6,6%) den Cut-off-Wert. Bei den Vätern waren dies 2 aus der Gruppe 1 und keiner aus der Gruppe 2. Für die Skala 2 (Ablehnung und Wut) erreichte keine Mutter den Cut-off-Wert, aber 1 Vater aus der Gruppe 1. In der Skala 3 (Angst) erreicht ebenfalls 1 Vater aus der Gruppe 1 den Cut-off und keine der Mütter. Bezüglich der Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes) erreichten weder Mütter noch Väter den Cut-off.

Ionio et al ⁵² untersuchten den Einfluss von Frühgeburtlichkeit auf den elterlichen Stress. Dafür nutzten sie als Messinstrumente unter anderem die IES-R und den PBQ. Sie verglichen die Ergebnisse von 21 Müttern und 19 Vätern von Frühgeborenen mit denen von 20 Müttern und 20 Vätern reif geborener Neugeborener. Sie sahen Unterschiede in den emotionalen Reaktionen, sowie signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei elterlichem Stress, und der Wahrnehmung von sozialer Unterstützung. Sie zeigten eine Korrelation zwischen negativen Konditionen zur Geburt und höheren Scores bei der IES-R und der PBQ ⁵². Dies spräche dafür, dass wir aufgrund der negativen emotionalen Konditionen unter der Geburt während der Covid-19 Pandemie höhere Scores erwarten würden.

Lasheras et al ⁵³ beschäftigten sich mit Risikofaktoren für postpartale Depression bei Müttern von Neugeborenen, die auf einer NICU stationär waren, und Müttern, deren Kinder nicht auf der NICU lagen. Dazu wurde 6 Wochen nach Geburt unter anderem die EPDS und der PBQ erhoben. 2% der Mütter von Kindern auf der NICU hatten Auffälligkeiten im Bereich der verzögerten Bindung. 21,6% zeigen Hinweise auf eine postpartale Depression. Sie sahen keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich postpartaler Depression und empfundener Bonding-Qualität ⁵³. Unsere Mütter zeigten im Vergleich mehr Auffälligkeiten, die für eine postpartale Depression sprechen.

Ettenberger et al ⁵⁴ untersuchten den Einfluss väterlicher Angst auf das Mutter-Kind-Bonding in der NICU. Die Daten stammen aus der LongStep-Studie (n=213 Daten von Frühgeborenen). Dazu wurde unter anderem der PBQ während des stationären Aufenthaltes, sowie im korrigierten Alter der Kinder von 6 und 12 Monaten erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass die väterliche Angst keinen Einfluss auf die PBQ-Werte der Mütter hat. Sie zeigten aber signifikant, dass mütterliche Depression die väterliche Angst beeinflusst ⁵⁴.

Die folgenden Studien liefen während der Covid-19-Pandemie:

Schaming et al ⁵¹, bereits im Abschnitt 5.6. zitiert, verglichen 874 Mütter von Neugeborenen von vor mit 721 Müttern von Neugeborenen während der Covid-19-Pandemie bezüglich dem Einfluss der Covid-19- Pandemie auf das mütterliche Gefühl der Sicherheit und das Bonden postpartum, sowie auf postpartale Depressionen. Sie konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen darstellen. Damit kann hier kein signifikanter Einfluss der Restriktionen der Covid-19-Pandemie gezeigt werden ⁵¹. Dies entspricht auch unseren Ergebnissen.

Karamanou et al ⁵⁵ untersuchten den Zusammenhang des Mutter-Kind-Bonding auf depressive Symptome von Müttern von Kindern auf der NICU während der Covid-19 Pandemie. Zwischen der Gruppe der Mütter von Frühgeborenen (n=88) und der Mütter von reifen Neugeborenen konnte ein signifikanter Unterschied im Bonding-Score gezeigt werden. Im Bereich der verzögerten Bindung war bei 10 der 88 Mütter von Frühgeborenen der Scores auffällig (11,36%). Sie sahen bei geringeren Bonding-Scores der Mütter Frühgeborener höhere Scores bei den depressiven Symptomen der Mütter ⁵⁵. Damit entsprachen die Ergebnisse dieser Studie denen unserer Mütter im Bezug auf Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung.

In Zusammenschau unserer Ergebnisse und der der Literaturrecherche können wir unsere Hypothese nicht bestätigen.

5.8 Fazit

Die Eltern waren damit während der Covid-19-Pandemie insgesamt belasteter als die Eltern im Vergleich vor der Pandemie. Dies lässt sich allerdings nicht auf die Restriktionen durch die

Besuchsregelung zurückführen, sondern auf die Gesamtsituation während der Covid-19-Pandemie.

5.9 Limitationen

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf, die bei den Schlussfolgerungen berücksichtigt werden sollten. Zum einen hatten wir eine niedrige Fallzahl, die sich bereits daraus ergab, dass dies eine monozentrische Studie war. Zudem konnten wir weniger als 50% der möglichen Teilnehmer, die die Einschlusskriterien erfüllt hatten ohne Ausschlusskriterien zu erfüllen, rekrutieren. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch die damit fehlenden möglichen Teilnehmer sollte bedacht werden.

Auch hatten wir mit unseren Eltern, die an der Studie teilgenommen hatten, ein sehr heterogenes Studienkollektiv. Sie wiesen mit vorrangig akademisch geprägtem Hintergrund einen eher hohen sozioökonomischen Status und auch einen hohen sozialen Support auf. Ein Bias kann auch dadurch entstanden sein und sollte ebenfalls bedacht werden.

Die Kinder der in dieser Studie befragten Eltern wiesen zwar eine hohe Spannbreite von ELBW Frühgeborenen bis hin zu reifen Neugeborenen auf, waren im Mittel aber älter als 33 abgeschlossene Schwangerschaftswochen und wiesen mit einem CRIB-Score im Median von 1 ein insgesamt niedriges Morbiditätsrisiko auf. Auch dies kann zu möglichen Verzerrungen führen, da das Morbiditätsrisiko nicht so hoch war.

Der Zeitpunkt der Durchführung der Studie lag bereits bis zu 18 Monate nach dem untersuchten Ereignis der Geburt. Zusätzlich erstreckte sich der Befragungszeitraum auf bis zu 18 Monate, womit die Befragung der Eltern zu sehr unterschiedlichen Zeiträumen stattfand. Auch dieser späte Befragungszeitraum und die große Spannweite des Zeitraums der Befragung kann zu Verzerrungen führen.

5.10 Perspektive für die Zukunft

Sollte es in Zukunft erneut zu einer Pandemie kommen in denen Eltern das Besuchsrecht ihrer Frühgeborenen Kinder oder kranken Neugeborenen eingeschränkt werden soll, wäre es ratsam zumindest zu einem früherem Zeitraum multizentrische Studien durchzuführen, die ein nicht so heterogenes Kollektiv abdecken und eine größere Fallzahl aufweisen, um auch das Outcome auf Eltern mit weniger sozialen Ressourcen und Eltern von Kindern mit einem höheren Morbiditätsrisiko zu untersuchen. Zudem stellt eine Einschränkung im Besuchsrecht zum Kind einen weiteren Stressor dar, wenn auch in unserer Studie nicht signifikant, der die Belastung dieser Eltern in einer Pandemie erhöhen kann. Dies sollte bedacht werden und daher frühzeitig auch der Rat der Experten aus dem psychologischen und pädiatrischem Bereich in der Politik mit einbezogen werden, um mögliche auch Langzeitfolgen zu minimieren.

6 Literaturverzeichnis

1. Merkel A, Bundeskanzlerin. Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Bundesländer angesichts der Corona-Epidemie in Deutschland 2020. <https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/vereinbarung-zwischen-der-bundesregierung-und-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-bundeslaender-angesichts-der-corona-epidemie-in-deutschland>. (Zuletzt abgerufen am 10.11.2021).
2. Pruett KD. Role of the father. *Pediatrics* 1998; **102**(5 Suppl E): 1253–61.
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; **11**(11): Cd003519.
4. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; **2016**(8): Cd002771.
5. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) 17.03.2020 AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND 2020. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Maerz-Aug_2020/2020-03-17-de.pdf?__blob=publicationFile&v=1. (Zuletzt abgerufen am 08.10.2023).
6. Jean-Dit-Pannel R, Dubroca C, Koliouli F. Becoming first time father of premature newborn during the first wave of the pandemic: a case study approach. *Front Psychol* 2024; **15**: 1391857.
7. Adama EA, Koliouli F, Provenzi L, et al. COVID-19 restrictions and psychological well-being of fathers with infants admitted to NICU-An exploratory cross-sectional study. *Acta Paediatr* 2022; **111**(9): 1771–8.
8. Vance AJ, Malin KJ, Miller J, Shuman CJ, Moore TA, Benjamin A. Parents' pandemic NICU experience in the United States: a qualitative study. *BMC Pediatr* 2021; **21**(1): 558.
9. McCulloch H, Campbell-Yeo M, Richardson B, et al. The Impact of Restrictive Family Presence Policies in Response to COVID-19 on Family Integrated Care in the NICU: A Qualitative Study. *Herd* 2022; **15**(2): 49–62.
10. Böhm-González ST, Detemple S, Groß J, et al. "A word that describes it well is 'lonely'" - Experiencing preterm birth during the first COVID-19 lockdown in Germany: A qualitative study. *Early Hum Dev* 2025; **204**: 106229.
11. Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Sommer G, Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 1999; **45**: 212–6.
12. Loyd BH, Abidin RR. Revision of the Parenting Stress Index. *J Pediatr Psychol* 1985; **10**(2): 169–77.
13. Tröster H. Eltern-Belastungs-Inventar Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin. 2010 <https://www.testzentrale.de/shop/eltern-belastungs-inventar.html>. (Zuletzt abgerufen am 08.12.2024).
14. Tröster H. Eltern-Belastungs-Inventar Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin Manual. In: Co.KG HVG, editor.; 2011.
15. Maercker A. Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R). In: Uni Zürich PI, editor.: Psychologisches Institut Uni Zürich.
16. Maercker A, Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 1998; **44**: 130–41.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; **150**: 782–6.
18. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; **123**(3): 35–40.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Die Edinburgh Postnatal Depression Skala (EPDS); EPDS; Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen; Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).
20. Brockington IF, Oates J, George S, et al. A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Health* 2001; **3**: 133–40.

21. Brockington IF, Oates J, George S, et al. PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen. *Archives of Women's Mental Health* 2001; **3**: 133–40.
22. Rasemann C, Weiß B, Haustein T, et al. Sozialbericht 2024 Ein Datenreport für Deutschland 2024. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/>. (Zuletzt abgerufen am 10.06.2025).
23. Rogelberg S.G. LA. Nonresponse to Mailed Surveys: A Review and guide. *Cambridge University Press* 1998; **7**.
24. Konradt U, Fary Y. Determinanten der Motivation und der Bereitschaft zur Teilnahme an Fragebogenstudien. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology* 2006; **214**(2): 87–96.
25. Kohlrausch B, Zucco A, Hövermann A. Verteilungsbericht 2020 Die Einkommensungleichheit wird durch die Corona-Krise noch weiter verstärkt. 2020.
26. Riedel R. DGB Verteilungsbericht 2021: Ungleichheit in Zeiten von Corona. *DGB Bundesvorstand; Abteilung Wirtschafts-, Finanz- und Steuerpolitik* 2021.
27. Ganseforth C, Kribs A, Gontard A, et al. The effect of biological and psychosocial factors on maternal distress and coping in the first months after preterm delivery of an infant weighing less than 1500 g. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2002; **206**(6): 228–35.
28. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *Bjog* 2010; **117**(5): 540–50.
29. Tembo CP, Burns S, Portsmouth L. COVID-19 prevention strategies and compliance among postnatal adolescent mothers with postnatal depression and generalised anxiety in rural Malawi: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2025; **15**(2): e093624.
30. Sangsawang N, Sangsawang B. Postpartum depression, social support and maternal self-efficacy between adolescent and adult mothers during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. *J Adv Nurs* 2023; **79**(1): 113–24.
31. Spiritus-Beerden E, Verelst A, Devlieger I, et al. Mental Health of Refugees and Migrants during the COVID-19 Pandemic: The Role of Experienced Discrimination and Daily Stressors. *Int J Environ Res Public Health* 2021; **18**(12).
32. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* 2022.
33. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. *New York: Springer* 1984.
34. Feinberg E, Declercq E, Lee A, Belanoff C. The Relationship between Social Support and Postnatal Anxiety and Depression: Results from the Listening to Mothers in California Survey. *Womens Health Issues* 2022; **32**(3): 251–60.
35. Muscara F, McCarthy MC, Hearps SJC, et al. Featured Article: Trajectories of Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Children With a Serious Childhood Illness or Injury. *J Pediatr Psychol* 2018; **43**(10): 1072–82.
36. Brettschneider AK, von der Lippe E, Lange C. Breastfeeding behaviour in Germany- News from KiGGS Wave 2. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2018; **61**(8): 920–5.
37. Berns M, Kusztrich A, Bühner C. No change in mother's own milk provision and breastfeeding rates in preterm infants during the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr* 2024; **113**(3): 495–502.
38. Heine E, Mehler K, Schöpping M, et al. Privacy, Early Colostrum, and Gestational Age are Associated with Exclusive Breastfeeding in Preterm and Sick Term Infants. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2021; **225**(4): 346–52.
39. Velozo Ramírez F, Olhaberry Huber M, Heusser Ferrés MI, Cubillos Montecino MS, González Bravo A, Morgues Nudman M. The effect of the separation of mother-preterm newborn infants hospitalized during the COVID-19 pandemic on maternal depression and stress levels, infant development, and bonding quality on Chilean dyads. *Infant Ment Health J* 2024; **45**(4): 382–96.
40. Deindl P, Witting A, Dür M, et al. Perceived stress of mothers and fathers on two NICUs before and during the SARS-CoV-2 pandemic. *Sci Rep* 2023; **13**(1): 14540.
41. Treyvaud K, Doyle LW, Lee KJ, et al. Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. *Early Hum Dev* 2011; **87**(6): 427–31.

42. Mehler K, Hucklenbruch-Rother E, Trautmann-Villalba P, Becker I, Roth B, Kribs A. Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants-A randomized clinical trial. *Acta Paediatr* 2020; **109**(3): 518–26.
43. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Jama* 1999; **281**(9): 799–805.
44. Howe TH, Sheu CF, Wang TN, Hsu YW. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Res Dev Disabil* 2014; **35**(7): 1748–56.
45. Ahlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health* 2009; **12**(4): 261–4.
46. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 2004; **57**(5): 473–6.
47. Barthel D, Göbel A, Barkmann C, Helle N, Bindt C. Does Birth-Related Trauma Last? Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress in Mothers and Fathers of VLBW Preterm and Term Born Children 5 Years After Birth. *Front Psychiatry* 2020; **11**: 575429.
48. Kobus S, Diezel M, Dewan MV, et al. Music Therapy in Preterm Infants Reduces Maternal Distress. *Int J Environ Res Public Health* 2022; **20**(1).
49. Bieleninik Ł, Lutkiewicz K, Cieślak M, Preis-Orlikowska J, Bidzan M. Associations of Maternal-Infant Bonding with Maternal Mental Health, Infant's Characteristics and Socio-Demographical Variables in the Early Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; **18**(16).
50. Vatcheva T, Mostaert A, Van Ingelgem V, Henrion E, Legros L. Impact of COVID-19 pandemic on postpartum depression among mothers of extreme and early preterm infants. *Int J Gynaecol Obstet* 2021; **155**(3): 490–5.
51. Schaming C, Wendland J. Postnatal mental health during the COVID-19 pandemic: Impact on mothers' postnatal sense of security and on mother-to-infant bonding. *Midwifery* 2023; **117**: 103557.
52. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, et al. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol* 2016; **12**(4): 604–21.
53. Lasheras G, Farré-Sender B, Porta R, Mestre-Bach G. Risk factors for postpartum depression in mothers of newborns admitted to neonatal intensive care unit. *J Reprod Infant Psychol* 2022; **40**(1): 47–61.
54. Ettenberger M, Bieleninik Ł, Stordal AS, Ghatti C. The effect of paternal anxiety on mother-infant bonding in neonatal intensive care. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024; **24**(1): 55.
55. Karamanou A, Varela P, Nanou C, Deltsidou A. Association between maternal-infant bonding and depressive symptoms in Neonatal Intensive Care Unit mothers: A case-control study. *Enferm Intensiva (Engl Ed)* 2022; **33**(4): 165–72.

7 Anhang

7.1 Graphikverzeichnis

Graphik 1 Übersicht, wer den Fragebogen zur sozioökonomischen Situation ausfüllt	22
Graphik 2 Bei wem das Kind hauptsächlich lebt	22
Graphik 3 Inanspruchnahme weiterer Vorsorgeuntersuchungen	25
Graphik 4 Stillverhalten: Wird beziehungsweise wurde Ihr Kind gestillt und wenn ja, bis wann?	26
Graphik 5 erstmaliges Anlegen des Kindes nach der Geburt	27
Graphik 6 Wenn gestillt wurde, bis wann?	27
Graphik 7 Wenn gestillt wurde, haben Sie Ihr Kind ausschließlich an der Brust gestillt (keine Muttermilch per Flasche)?	28
Graphik 8 Wenn gestillt wurde, gab es Muttermilch nur via Equipment (nie an der Brust)	29
Graphik 9 Wenn Sie nicht ausschließlich gestillt haben, haben Sie Ihr Kind an der Brust gestillt und mit Zugabe von künstlicher Nahrung (wie Pre-Nahrung) ernährt?	29
Graphik 10 T-Werte des Elternbereiches EBI Väter	34
Graphik 11 EPDS der Mütter	36
Graphik 12 EPDS der Väter	37
Graphik 13 PBQ der Mütter Skala 3 (Angst)	38
Graphik 14 PBQ der Väter Skala 3 (Angst)	40

7.2.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 geburtshilfliche/ neonatale Daten	19
Tabelle 2 Hauptdiagnosen	19
Tabelle 3 elterliche soziodemographische und sozioökonomische Daten	20
Tabelle 4 Berufsausbildung der Eltern	21
Tabelle 5 Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind zusammen	23
Tabelle 6 Staatsangehörigkeit	23
Tabelle 7 Sprachen, die zu Hause gesprochen werden	24
Tabelle 8 Häufigste Antworten „Nächte zur stationären Behandlung/ärztlichen Behandlung wegen Unfall oder Vergiftung, die letzten 12 Monate betreffend“	24
Tabelle 9 Rauchverhalten	25
Tabelle 10 Inanspruchnahme regulärer Vorsorgeuntersuchungen	25
Tabelle 11 F-SozU	26
Tabelle 12 ausschließliche Muttermilchernährung	27
Tabelle 13 Ausschließliche Muttermilchernährung an der Brust und via Equipment (via Magensonde, mit der Flasche, per Fingerfeeding oder mit dem Becher)	28
Tabelle 14 Start Breinahrung	30

Tabelle 15 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Kindbereich des EBI Mütter	31
Tabelle 16 T-Werte des Kindbereiches EBI Mütter	31
Tabelle 17 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Elternbereich des EBI Mütter	32
Tabelle 18 T-Werte des Elternbereiches EBI Mütter	32
Tabelle 19 T-Werte Gesamt EBI Mütter	33
Tabelle 20 Übersicht der einzelnen Subgruppen aus dem Kindbereich EBI Väter	33
Tabelle 21 T-Werte des Kindbereiches EBI Väter	33
Tabelle 22 T-Werte Gesamt EBI Väter	34
Tabelle 23 IES-R der Mütter	35
Tabelle 24 IES-R der Väter	35
Tabelle 25 Bedeutung der Gesamtscores der EPDS der Mütter	36
Tabelle 26 Bedeutung der Gesamtscores der EPDS der Väter	37
Tabelle 27 PBQ der Mütter Skala 1 (verzögerte Bindung) und Skala 2 (Ablehnung und Wut)	38
Tabelle 28 PBQ der Mütter Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes)	39
Tabelle 29 PBQ der Väter Skala 1 (verzögerte Bindung) und Skala 2 (Ablehnung und Wut)	39
Tabelle 30 PBQ der Väter Skala 4 (Gefahr von Missbrauch des Kindes)	40
Tabelle 31 Korrelationsanalyse F-SozU versus EPDS und IES-R	41

7.3 Fragebögen

Fragebogen K-22

F-SozU

Name/Code: _____

Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m ☐ w ☐

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
1.	Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Meinen Freunden/Bekannten ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, Veranstaltungen).	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen

Eltern-Belastungs-Inventar

EBI

Die Erziehung eines Kindes bringt eine Vielzahl von Herausforderungen mit sich, die täglich bewältigt werden müssen. Dabei gibt es sicher auch Zeiten, in denen besondere Belastungen in der Erziehung auftreten, bei denen gerade Sie als Mutter oder Vater sehr gefordert sind. Mit den folgenden Fragen möchten wir näheren Aufschluss darüber gewinnen, wie Sie die zahlreichen Anforderungen erleben und wie sich diese auf Ihre persönliche Lebensführung und Ihre Familie auswirken.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten für Sie zutrifft. Überlegen Sie nicht lange, sondern antworten Sie spontan. Es geht um Ihr persönliches Empfinden, es gibt also keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten! Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Der Fragebogen enthält einige Fragen zum Kind. Wenn Sie mehrere Kinder haben, beantworten Sie bitte diese Fragen in Bezug auf das Kind, das die größten Anforderungen an Sie stellt. Dies ist in der Regel das jüngste Kind in der Familie.

Angaben zu Ihrer Person:

Name:

Code-Nr.:

Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr		

Datum heute:

Tag	Monat	Jahr		

Wer füllt den Fragebogen aus?

☐ Mutter ☐ Vater

Ihre Nationalität

☐ deutsch

☐ andere, nämlich: _____

Ihr Alter

_____ Jahre

Ihr Schulabschluss

☐ Kein Schulabschluss ☐ Hauptschulabschluss

☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife

☐ Abitur/Fachabitur

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

☐ ja ☐ nein

Ihre augenblickliche Beschäftigungssituation

☐ in der Ausbildung/im Studium

☐ berufstätig mit _____ Stunden pro Woche

☐ arbeitslos ☐ im Mutterschutz/Erziehungsurlaub

☐ Sonstiges: _____

Sind Sie allein erziehend?

☐ Ja ☐ Nein

Leben Sie zur Zeit in einer festen Partnerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Kinder haben Sie?

--

 Kinder
Anzahl

Alter und Geschlecht Ihres Kindes / Ihrer Kinder:

1. Kind: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Alter</td></tr></table>		Alter	Geschlecht: Junge ☐ Mädchen ☐
Alter			
2. Kind: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Alter</td></tr></table>		Alter	Geschlecht: Junge ☐ Mädchen ☐
Alter			
3. Kind: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Alter</td></tr></table>		Alter	Geschlecht: Junge ☐ Mädchen ☐
Alter			
4. Kind: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Alter</td></tr></table>		Alter	Geschlecht: Junge ☐ Mädchen ☐
Alter			

	trifft genau zu	trifft eher zu	nicht sicher	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1 Mein Kind ist wesentlich aktiver als andere Kinder.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Seit ich mein Kind habe, bin ich öfter krank.	☐	☐	☐	☐	☐
3 Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter / Vater manchmal eingeengt.	☐	☐	☐	☐	☐
4 Mein Kind ist oft unkonzentriert und leicht ablenkbar.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Um meinem Kind gerecht zu werden, muss ich mich stärker einschränken, als ich mir vorgestellt hatte.	☐	☐	☐	☐	☐
6 In der letzten Zeit fühle ich mich nicht mehr so fit und leistungsfähig wie früher.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Seit ich Mutter / Vater bin, ist es schwieriger für mich, neue Kontakte zu knüpfen.	☐	☐	☐	☐	☐
8 Mein Kind hat mehr Schwierigkeiten als andere Kinder, sich zu konzentrieren und aufzupassen.	☐	☐	☐	☐	☐
9 Seit ich Mutter / Vater bin, habe ich weniger Gelegenheiten, meine Freunde oder Freundinnen zu treffen und neue Freundschaften zu schließen.	☐	☐	☐	☐	☐
10 Ich habe nicht mehr so viel Energie, Dinge zu tun, die mir früher Spaß gemacht haben.	☐	☐	☐	☐	☐
11 Ich habe nicht mehr so viel Interesse an anderen Menschen wie früher.	☐	☐	☐	☐	☐
12 Im letzten halben Jahr war ich körperlich sehr erschöpft.	☐	☐	☐	☐	☐
13 Ich fühle mich oft auf mich allein gestellt.	☐	☐	☐	☐	☐
14 Ich habe das Gefühl, als Mutter / Vater auf vieles verzichten zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
15 Ich fühle mich oft erschöpft, weil mein Kind so aktiv ist.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Seit das Kind da ist, habe ich kaum noch Zeit für mich selbst.	☐	☐	☐	☐	☐

	trifft genau zu	trifft eher zu	nicht sicher	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
17 Mein Kind gerät schon bei Kleinigkeiten schnell aus der Fassung.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Einige Dinge in der Erziehung meines Kindes fallen mir schwerer als ich erwartet hatte.	☐	☐	☐	☐	☐
19 Mein Kind braucht im Allgemeinen etwas länger als andere Kinder, um neue Dinge zu lernen.	☐	☐	☐	☐	☐
20 Wenn mein Kind etwas nicht bekommen kann, ist es oft nur schwer zu beruhigen.	☐	☐	☐	☐	☐
21 Es fällt mir manchmal schwer, mich in mein Kind einzufühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
22 Mein Kind macht einige Dinge, die mich stören.	☐	☐	☐	☐	☐
23 Es fällt mir manchmal schwer herauszufinden, was mein Kind braucht.	☐	☐	☐	☐	☐
24 Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob ich den Anforderungen als Mutter / Vater wirklich gewachsen bin.	☐	☐	☐	☐	☐
25 In manchen Situationen wünschte ich mir, ich könnte besser nachempfinden, was in meinem Kind vorgeht.	☐	☐	☐	☐	☐
26 Meinem Kind fällt es manchmal schwer, sich an Veränderungen im Tagesablauf oder in der häuslichen Umgebung zu gewöhnen.	☐	☐	☐	☐	☐
27 Es dauert manchmal länger, bis Eltern ein Gefühl der Nähe und Wärme für ihr Kind entwickeln.	☐	☐	☐	☐	☐
28 Ich habe manchmal den Eindruck, dass mein Kind nicht so offen auf andere Menschen zugeht wie andere Kinder.	☐	☐	☐	☐	☐
29 Ich habe manchmal den Eindruck, dass ich mit einigen Dingen nicht besonders gut zurechtkomme.	☐	☐	☐	☐	☐
30 Manchmal scheint mein Kind Dinge vergessen zu haben, die es schon einmal gelernt hatte, und zeigt Verhaltensweisen, die eher typisch für jüngere Kinder sind.	☐	☐	☐	☐	☐
31 Mein Kind reagiert oft sehr heftig, wenn etwas passiert, das es nicht mag.	☐	☐	☐	☐	☐
32 Mutter / Vater zu sein ist schwieriger als ich dachte.	☐	☐	☐	☐	☐

AP ☐

EK ☐

AZ ☐

BN ☐

	trifft genau zu	trifft eher zu	nicht sicher	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
33 Seit das Kind da ist, verbringen mein Partner / meine Partnerin und ich nicht so viel Zeit gemeinsam wie ich mir wünsche. ¹	☐	☐	☐	☐	☐
34 Mein Kind wacht oft bereits schlecht gelaunt auf.	☐	☐	☐	☐	☐
35 Es bedrückt mich, wenn ich merke, dass ich gereizt auf mein Kind reagiere.	☐	☐	☐	☐	☐
36 Seit das Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Sexualität. ¹	☐	☐	☐	☐	☐
37 Ich denke manchmal, dass ich etwas falsch mache, wenn mein Kind sich schlecht benimmt oder zu viel quengelt.	☐	☐	☐	☐	☐
38 Einige Verhaltensweisen meines Kindes (z. B. trödeln, quengeln, nicht gehorchen, widersprechen) kosten mich viel Energie.	☐	☐	☐	☐	☐
39 Ich habe den Eindruck, dass mein Kind mehr Zuwendung und Fürsorge braucht als andere Kinder.	☐	☐	☐	☐	☐
40 Es bedrückt mich, wenn ich darüber nachdenke, was man in der Erziehung alles falsch machen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
41 Seit ich das Kind habe, unternehme ich nicht mehr so viel gemeinsam mit meinem Partner / meiner Partnerin. ¹	☐	☐	☐	☐	☐
42 Ich habe manchmal das Gefühl, es ist eigentlich meine Schuld, wenn mein Kind etwas verkehrt gemacht hat.	☐	☐	☐	☐	☐
43 Mein Kind tut einige Dinge, die mich stark fordern.	☐	☐	☐	☐	☐
44 Mein Kind ist oft launisch und leicht erregbar.	☐	☐	☐	☐	☐
45 Mein Kind nörgelt und quengelt häufiger als andere Kinder.	☐	☐	☐	☐	☐
46 Durch das Kind sind einige Probleme in meiner Partnerschaft entstanden. ¹	☐	☐	☐	☐	☐
47 Ich habe bisweilen das Gefühl, dass mich mein Kind pausenlos in Anspruch nimmt.	☐	☐	☐	☐	☐
48 Beim Spielen ist mein Kind oft ungeduldig und wird schnell wütend.	☐	☐	☐	☐	☐

¹Lassen Sie diese Frage bitte aus, wenn Sie zurzeit nicht in einer festen Partnerschaft leben.

IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	☐	☐	☐	☐
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	☐	☐	☐	☐
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	☐	☐	☐	☐
15. Ich konnte nicht einschlafen.	☐	☐	☐	☐
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	☐	☐	☐	☐
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	☐	☐	☐	☐
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐
20. Ich träumte davon.	☐	☐	☐	☐
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	☐	☐	☐	☐
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐

Befindlichkeitsbogen (EPDS)

(Cox / Holden / Sagovsky)

Postpartale Depression

So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher ☐ 0
Nicht ganz so oft wie früher ☐ 1
Eher weniger als früher ☐ 2
Überhaupt nie ☐ 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher ☐ 0
Eher weniger als früher ☐ 1
Viel seltener als früher ☐ 2
Fast gar nicht ☐ 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie ☐ 0
Ganz selten ☐ 1
Ja, manchmal ☐ 2
Ja, sehr oft ☐ 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nein, fast nie ☐ 1
Nein, überhaupt nie ☐ 0

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 3
Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 2
Nein, ich wusste mir meistens zu helfen ☐ 1
Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen ☐ 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer ☐ 3
Ja, manchmal ☐ 2
Nein, nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, ziemlich oft ☐ 2
Nein, nicht sehr oft ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft ☐ 3
Ja, ziemlich oft ☐ 2
Nur manchmal ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft ☐ 3
Manchmal ☐ 2
Selten ☐ 1
Nein, nie ☐ 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0–3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0–30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0–9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10–12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
≥13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)



Name _____

Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzen						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high)



Scale 2.....(17 = high)



Scale 3.....(10 = high)



Scale 4.....(3 = high)



© Brockington I

Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133-140.

Fragebogen zur sozioökonomischen Situation

Wer beantwortet diesen Fragebogen?	
Mutter	☐
Vater	☐
Mutter und Vater	☐
Großeltern oder anderen Verwandten	☐
Pflegeeltern/Adoptiveltern	☐
Betreuer	☐
Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)	
Leibliche Eltern	☐
Mutter und ihrem Partner	☐
Vater und seiner Partnerin	☐
Mutter	☐
Vater	☐
Großeltern oder anderen Verwandten	☐
Pflegeeltern/Adoptiveltern	☐
In einem Heim	☐

Wie viele leibliche Geschwister hat Ihr Kind? (Gemeint sind auch Halbgeschwister.)	
Es ist ein Einzelkind	☐
Es ist Zwilling/Mehrling	☐
Es hat ☐ ☐ leibliche ältere Geschwister	
Es hat ☐ ☐ leibliche jüngere Geschwister	
Es hat ☐ ☐ leibliche gleichaltrige Geschwister	

Mit wie vielen älteren und jüngeren Geschwistern lebt Ihr Kind zusammen? (Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister.)	
Mein Kind lebt mit keinen Geschwistern zusammen	☐
Mein Kind lebt mit ☐ ☐ älteren Geschwistern zusammen	
Mein Kind lebt mit ☐ ☐ jüngeren Geschwistern zusammen	
Mein Kind lebt mit ☐ ☐ gleichaltrigen Geschwistern zusammen	

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Bitte für beide Elternteile angeben!)			
Mutter			
Deutsch	☐	Andere Staatsangehörigkeit	☐
		Welche?.....	
Vater			
Deutsch	☐	Andere Staatsangehörigkeit	☐
		Welche?.....	

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?			
Deutsch	☐	Andere Sprachen	☐
		Welche?.....	

Wie alt sind Sie? (Bitte für die Elternteile angeben, bei denen Ihr Kind lebt.)			
Mutter		Jahre	
Vater		Jahre	

Wie viele Nächte war Ihr Kind in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?			
Ungefähr		Keine Nacht	☐

Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet und musste deshalb ärztlich behandelt werden?			
Ja	☐	Nein	☐

Wie groß ist die Wohnung, in der Ihr Kind hauptsächlich lebt?	
	m ²

Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?	
Nein	☐
Es wird zurzeit noch gestillt	☐
Es wurde bis zum . Lebensmonat gestillt.	
Weiß nicht	☐

Rauchen Sie zurzeit? (Bitte für beide Elternteile angeben!)			
	Ja, täglich	Ja, gelegentlich	Nein
Mutter	☐	☐	☐

Vater	☐	☐	☐
Wird in der Gegenwart Ihres Kindes in der Wohnung geraucht?			
Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener Nie
☐	☐	☐	☐

Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht?	
Ja, regelmäßig	☐
Ja, ab und zu	☐
Nein, nie	☐

Hat die Mutter des Kindes während der Stillzeit geraucht?			
Ja, regelmäßig	☐	Hat nicht gestillt	☐
Ja, ab und zu	☐		
Nein, nie	☐		

Welche der Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?						
U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nach der Geburt	3.-10.-Lebentag	4.-6.-Lebenswoche	3.-4.-Lebensmonat	6.-7.-Lebensmonat	10-12.-Lebensmonat	21.-24.-Lebensmonat
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trifft nicht zu ☐						
Haben Sie andere Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind in Anspruch genommen (auch in Kindereinrichtungen)?						
Ja	☐	Nein	☐	Weiß nicht	☐	
Wurde nicht angeboten				☐		

Welchen Schulabschluss haben Sie? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitter für beide Elternteile angeben!)		
	Mutter	Vater
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	☐	☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	☐	☐
Abschluss Polytechnische Oberschule (POS,10.Klasse)	☐	☐
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	☐	☐
Abitur (Gymnasium bzw.EOS)	☐	☐

Anderer Schulabschluss	☐	☐
Schule beendet ohne Schulabschluss	☐	☐
(Noch) keinen Schulabschluss	☐	☐

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsbildung? Wenn ja, welche? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitter für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	☐	☐
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	☐	☐
Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	☐	☐
Fachholschule, Ingenieurschule	☐	☐
Universität, Hochschule	☐	☐
Anderer Ausbildungsabschluss	☐	☐
Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung)	☐	☐
In beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student)	☐	☐

Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben? (Einschließlich Erziehungsgeld und Kindergeld)

Unter 500€	☐
500 bis unter 750€	☐
750 bis unter 1.000€	☐
1.000 bis unter 1.250€	☐
1.250 bis unter 1.500€	☐
1.500 bis unter 1.750€	☐
1.750 bis unter 2.000€	☐
2.000 bis unter 2.250€	☐
2.250 bis unter 2.500€	☐
2.500 bis unter 3.000€	☐
3.000 bis unter 4.000€	☐
4.000 bis unter 5.000€	☐
5.000€ und mehr	☐

Stillfragebogen für die Mutter

Fragebogennr.: _____

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

1.) Wann haben Sie Ihr Kind das erste Mal nach der Geburt angelegt?

- Innerhalb der ersten Stunde nach Geburt ☐
- Innerhalb der zweiten und dritten Stunde nach Geburt ☐
- Nach über drei Stunden nach Geburt ☐
- Nie ☐

Falls einer der folgenden Punkte zutrifft, tragen Sie in etwa den Anfang und das Ende der Zeit ein (z.B. den jeweiligen Monat oder von Geburt bis jetzt). Falls ein Punkt nicht zutrifft, machen Sie bitte ein Kreuz.)

2.) Haben Sie Ihr Kind ausschließlich mit Muttermilch ernährt?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja,

- a. nur während des stationären Aufenthalts? ☐
- b. bis 2 Monate nach Entlassung? ☐
- c. bis 4 Monate nach Entlassung? ☐
- d. bis 6 Monate nach Entlassung? ☐

- e. Haben Sie Ihr Kind ausschließlich an der Brust gestillt (keine Muttermilch per Flasche)?

Trifft zu und zwar von _____ bis _____

Trifft nicht zu ☐

- f. Haben Sie Ihrem Kind Muttermilch an der Brust und zusätzlich per Magensonde, aus der Flasche, per Fingerfeeding oder mit einem Becher gefüttert?

Trifft zu und zwar von _____ bis _____

Trifft nicht zu ☐

- g. Haben Sie Ihrem Kind Muttermilch ausschließlich per Magensonde, aus der Flasche, per Fingerfeeding oder mit einem Becher gefüttert? (nie an der Brust gestillt)

Trifft zu und zwar von _____ bis _____

Trifft nicht zu ☐

Wenn Nein,

- a. Haben Sie Ihr Kind **an der Brust gestillt und** mit Zugabe von künstlicher Nahrung (wie Pre-Nahrung, etc.) ernährt?

Trifft zu und zwar von _____ bis _____

Trifft nicht zu ☐

3.) Ab wann haben Sie Ihr Kind zusätzlich mit Breinahrung ernährt?

Weitere Anmerkungen / Erläuterungen:
