Musically Supported Bonding (MSB) – Forschungsbericht, redigierter Auszug

Dieser Auszug wurde für die Veröffentlichung auf musiktherapie.me datenschutzkonform (DSGVO) aufbereitet:

• Die Studienteilnehmerinnen erscheinen ausschließlich als „TN1“ und „TN2“ (im Original andere Pseudonym-Codes).

• Matrikelnummern und Nachnamen der Mitautorinnen wurden entfernt.

• Ein für die Ergebnisse nicht erforderliches persönliches Detail einer Teilnehmerin (S. 19 des Berichts) wurde geschwärzt.

• Nicht enthalten: persönliche Reflexionen (Kap. 7), Eigenständigkeitserklärung mit Unterschriften, Ethikantrag und Votum, unterschriebene Einverständniserklärungen, Probandinneninformationen, Poster, Kontaktübersicht, KI-Verzeichnis, Interviewtranskripte (Anlagen 7 und 9.1/9.2) und Dokumentationsbögen (Anlage 10).

Enthalten:

• Titelblatt, Zusammenfassung, Abstract

• Kapitel 1–6: Einleitung, Theorie, Projektablauf, Methoden, Auswertung, Diskussion und Fazit

• Literaturverzeichnis

• Anlage 1: Interventionsablauf (Workshop-Manual)

• Anlagen 3.1–3.3: Handouts zu präverbaler Kommunikation, Wirkung und Bindung

• Anlage 8: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

MSH Medical School Hamburg · Bachelorstudiengang Musiktherapie · SoSe 2026

Modul M20 Empirische Forschungsmethoden der Künstlerischen Therapien · Lehrende: Prof. Dr. Anne-Katrin Jordan

Vorgelegt am 23. August 2026 von Carlotta A., Megi A., Lena M. und Mark Schmidts.

Kontakt für fachlichen Austausch: mark.schmidts@musiktherapie.de

MSH Medical School Hamburg

University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Campus Arts and Social Change

Bachelorstudiengang Musiktherapie

Forschungsbericht

Musically Supported Bonding

Eine Pilotstudie zur Evaluation einer dreistufigen Intervention zur frühzeitigen Bindungsförderung während der Schwangerschaft

vorgelegt von:	Carlotta A.
	Megi A.
	Lena M.
	Mark Schmidts
vorgelegt am:	23. August 2026
Semester:	SoSe 2026 4. Fachsemester
Modulbezeichnung:	M20 Empirische Forschungsmethoden der Künstlerischen Therapien
Lehrende:	Prof. Dr. Anne-Katrin Jordan

Zusammenfassung

Vokalisieren und Singen sind niedrigschwellige Formen vorsprachlicher Kommunikation. Im Alltag werdender Eltern in Deutschland sind sie jedoch wenig präsent. Angelehnt an den Songs-of-Kin-Ansatz, insbesondere an die Entwicklung eigener Wiegenlieder und die Nutzung der eigenen Stimme, wurde daher im Rahmen dieses Pilotprojekts die dreistufige musiktherapeutische Interventionsreihe Musically Supported Bonding (MSB) entwickelt, durchgeführt und evaluiert sowie ihre Wirkung auf das pränatale Bindungserleben werdender Mütter untersucht. In einem konvergenten parallelen Mixed-Methods-Design wurden jeweils vor und nach den Interventionen quantitative Daten mit der Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) und einer modifizierten Musikaktivitäts-Skala erhoben; ergänzend wurden nach der letzten Intervention leitfadengestützte Interviews geführt und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Zwei schwangere Frauen nahmen an drei Sitzungen à 90 Minuten über vier Wochen teil. Die Mittelwerte beider Teilnehmerinnen stiegen an (MAAS: +3,7 % bzw. +20,9 %; Musikaktivität: +57,5 % bzw. +24,0 %); inferenzstatistische Prüfungen waren bei n = 2 nicht möglich. Beide berichteten von einer verstärkten Bindung, von bewussteren Zuwendungsmomenten zum Ungeborenen sowie von einem entspannenden Körpererleben. Eine tatsächliche Zunahme der Singhäufigkeit im Alltag ließ sich nicht eindeutig belegen; am häufigsten kodiert wurde bei beiden die Kategorie Partnerbeteiligung. Aufgrund von n = 2, fehlender Kontrollgruppe und kurzem Erhebungszeitraum sind die Befunde nicht generalisierbar. Sie liefern jedoch erste Hinweise, dass MSB einen tragfähigen Rahmen für fötusgerichtetes Singen bietet, und legen nahe, Partnerpersonen in eine Weiterentwicklung des Manuals einzubeziehen.

Schlagwörter: Musiktherapie; Mutter-Fetus-Beziehung; Objektbindung; Singen; Schwangerschaft; Pränatale Versorgung; Mutter-Kind-Beziehung

Abstract

Vocalisation and singing are low-threshold forms of pre-linguistic communication; however, they feature very little in the everyday lives of expectant parents in Germany. Drawing on the Songs of Kin approach – in particular the creation of personalised lullabies and the use of one's own voice – the three-stage music therapy intervention programme 'Musically Supported Bonding' (MSB) was therefore developed, implemented and evaluated as part of this pilot project, and its impact on the prenatal bonding experience of expectant mothers was investigated. Using a convergent parallel mixed-methods design, quantitative data were collected before and after the interventions using the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) and a modified music activity scale; in addition, guided interviews were conducted after the final intervention and analysed using qualitative content analysis. Two pregnant women took part in three 90-minute sessions over a period of four weeks. The mean scores for both participants increased (MAAS: +3.7 per cent and +20.9 per cent respectively; music activity: +57.5 per cent and +24.0 per cent respectively); inferential statistical tests were not possible with n = 2. Both reported a stronger bond, more conscious moments of connection with their unborn child, and a relaxing physical experience. An actual increase in the frequency of singing in everyday life could not be conclusively demonstrated; the category 'partner involvement' was the most frequently coded for both participants. Due to n = 2, the lack of a control group and the short study period, the findings cannot be generalised. However, they provide initial evidence that the MSB offers a viable framework for foetus-oriented singing and suggest that partners should be included in the further development of the manual.

Keywords: Music therapy; Maternal-fetal relations; Object attachment; Singing; Pregnancy; Prenatal care; Mother-child relations

1 Einleitung

Werdende Eltern sind mit einer einmaligen Herausforderung konfrontiert. Besonders im Fall von Erstgebärenden werden Möglichkeiten gesucht, mit dem Baby anzuknüpfen, zu kommunizieren, es manchmal auch einfach nur zu beruhigen und allgemein gesagt: Bedürfnisse wahrzunehmen, deuten zu lernen und angemessen reagieren zu können.

Erwachsene sind es meist gewohnt, auf einer kognitiven Ebene zu kommunizieren, und haben nicht selten keinen intuitiven Zugang zu einer spielerisch-nonverbalen Ebene der Kommunikation (Stumptner & Thomsen, 2005). Diese nonverbale Ebene ist allerdings zunächst die Einzige, die wahre Verbindung zulässt, was letztendlich eine wichtige Grundlage für die langfristig sichere Bindung zum heranwachsenden Kind ist (ebd.). Wenn ein Baby die Erfahrung macht, dass seine Bedürfnisse erkannt und von der Bezugsperson reguliert werden, schöpft es Vertrauen und baut sukzessive eine sichere Bindung auf (Phan Quoc, 2020).

Gerade in Deutschland ist Gesang im Alltag der meisten Eltern oft nicht mehr besonders präsent. „Ich kann nicht singen“ ist eine gängige Aussage und verhindert den intuitiven Zugang zu einer sehr unterschätzten Methode der nonverbalen Kommunikation. Zunehmend nehmen sich Bezugspersonen als unmusikalisch wahr und ersetzen klassische Wiegenlieder durch Musik aus diversen Abspielgeräten. Dabei kommunizieren Babys zunächst ausschließlich nonverbal (Bowlby, 1982) und sind von Beginn an auf musikalisch-rhythmische Kommunikation angewiesen (Phan Quoc, 2020). Musikalische Fähigkeiten sind also dem Menschen inhärent, selbst im jüngsten Alter. Wiegenlieder – sei es auch nur gebrummt oder gesummt – schaffen Nähe und helfen bei der Regulation (Phan Quoc, 2020).

Ein eindrucksvolles Beispiel dazu ist eine Studie von Carlsen Misic et al. (2025), in der Eltern angeleitet wurden, Babys bei schmerzhaften Untersuchungen singend zu begleiten. Es wurde herausgefunden, dass dies die Kinder beruhigt und ihnen immens hilft, sich zu regulieren. Dabei waren keine der Eltern per se Musiker oder besonders musikalisch begabt. Sie wurden lediglich darauf vorbereitet, Melodien

mit ihrer Stimme zu vokalisieren – brummend und summend. Das reicht vollkommen aus, um dem Kind Sicherheit zu vermitteln, auch ohne musikalische Kenntnisse.

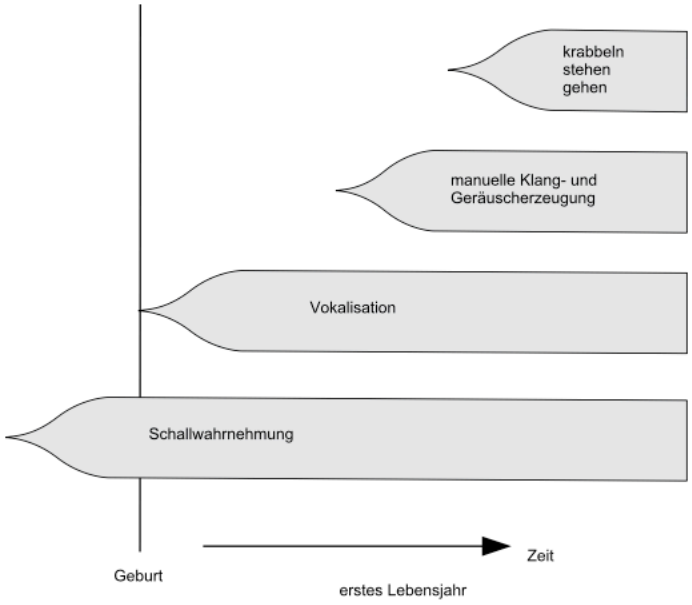


Abbildung 1: Musikalische Entwicklung nach Elmer (2015)

Da Babys schon ab der 24. Schwangerschaftswoche Schalleindrücke wahrnehmen (Kaufmann & Nussberger, 2014, S. 92) und gemäß Studien im letzten Drittel der Schwangerschaft darauf reagieren können (Elmer, 2015, S. 101), liegt es nahe, dass Eltern schon frühzeitig damit anfangen, zu ihren Ungeborenen Kontakt aufzunehmen.

Singen, Lautieren, Brummen, Summen – diese Methoden der vorsprachlichen Kommunikation dienen, einmal erprobt, Bezugspersonen als wichtige Werkzeuge zur Regulation von Kindern und können durch eine Reihe niedrigschwelliger Interventionen einfach eingeübt werden.

Für die Unterstützung werdender Mütter wird in diesem Forschungsprojekt eine dreistufige musiktherapeutische Intervention entwickelt und unter Gesichtspunkten der frühzeitigen Bindungsförderung untersucht. Im Folgenden werden wir meist Mütter als Hauptbezugsperson nennen. Wichtig ist zu erwähnen, dass die Bindungsentwicklung allgemein für die meisten Bezugspersonen ähnlich abläuft und einige Untersuchungsergebnisse auch übertragbar sind.

Dennoch bezieht sich diese Studie explizit auf werdende Mütter, der Transfer auf andere Bezugspersonen ist eigens zu bewerten und getrennt zu untersuchen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die theoretischen Fundierungen dargelegt, welche zur Ausarbeitung der Interventionsreihe *Musically Supported Bonding*, im Folgenden *MSB* genannt, dienten.

2.1 Präverbale Kommunikation bei Babys

Die Kommunikation mit Babys bedarf neben Erfahrung auch viel Feingefühl. Junge Eltern müssen daher lernen, einige Signale feinfühlig wahrzunehmen und zu interpretieren, aber auch auf die Signale angemessen und prompt zu reagieren(Phan Quoc, 2020, S. 179) . Die mütterliche Feinfühligkeit kann insb. durch psychische Erkrankungen, eigene unverarbeitete Bindungserfahrungen, soziale Belastungen, Stress und mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld beeinträchtigt werden.

Dabei ist vorsprachliche und vormusikalische Vokalisation ein wichtiges Tool, um auf der non-kognitiven Ebene der Babys anzuknüpfen. Insbesondere Baby-Talk bzw. Ammensprache wirkt auch daher so gut auf Säuglinge, weil sie im Gegensatz zur Erwachsenensprache weniger monoton ist (Elmer, 2015, S. 101), emotionaler Ausdruck so also deutlicher wird, unabhängig von der kognitiven Ebene des Gesprochenen.

2.2 Bindungsentwicklung

Babys sind darauf angewiesen, von ihren Eltern reguliert zu werden, da die eigenen internen Arbeitsmodelle sich erst mit der Zeit entwickeln (Bowlby, 1982). Diese externe Regulation ist die Basis der Bindung zu den Eltern bzw. anderer enger Bezugspersonen. Bindungsverhalten ist auch schon in den ersten drei Lebensmonaten erkennbar, erst ab dem 2.–6. Monat wird allerdings zwischen Fremden und Vertrauten unterschieden. Die Stimme ist dabei eines der ersten Unterscheidungsmerkmale. Eine sichere Bindung entsteht, wenn das Baby durch wiederholtes zeitnahes Stillen der Bedürfnisse lernt, dass es bei den Bezugspersonen sicher ist, also erfolgreich extern reguliert wird.

Neben der Feinfühligkeit ist auch die Spielfähigkeit von Müttern eine wichtige Schlüsselkompetenz und dient der Bindungsentwicklung. In der MusikSpielTherapie wird dies insbesondere zum Fokus der gemeinsamen Beziehungserfahrung.

„Das Wesentliche hierbei ist das zweckfreie, nicht zielgerichtete gemeinsame Spielen. Es ist in Bewegung, gegenwartsbezogen, befriedigend und unmittelbar. Die dabei entstehende Lust am Miteinander-Sein, am sich entwickelnden Wir-Gefühl wird aus der gemeinsam erlebten Handlungserfahrung im Moment geboren.“ (Stumptner & Thomsen, 2005)

2.3 Wirkung von Musik auf Babys

Insb. in Bezug auf die Bindungsentwicklung ist Musik im weitesten Sinne ein wichtiger Faktor. So kann Spiel nebst Bewegung durchaus auch Lautieren, Vokalisieren und Rhythmus enthalten, diese Faktoren sind sogar sehr förderlich für den spielerischen Beziehungsaufbau(Phan Quoc, 2020)

Die sicher bekannteste Variante musikalischen Ausdrucks in Bezug auf Babys sind Wiegenlieder. Diese zeichnen sich durch einen repetitiven, beruhigenden, sanften und einfachen Charakter aus und sind meist in einem langsamen Tempo (Persico et al., 2017).

Nebst bekannter Lieder aus dem Volksmund, die oft vordefinierte Texte, Melodien und Rhythmen enthalten, nutzen Mütter ebenfalls einfache songs of kin (Loewy, 2015). Das sind selbst ernannte Wiegenlieder aus dem familien-kulturellen Erbe. Das heißt, es können Lieblingslieder der Eltern sein oder andere Lieder, die für die Bezugspersonen besondere Bedeutung haben. Diese Lieder können gesummt, gebrummt, gesungen oder anders vokalisiert dargeboten werden, entscheidend ist, dass die Bezugspersonen selbst tätig sind. Entscheidend ist nicht hohe oder tiefe Stimmlage, sondern Vertrautheit und Wiedererkennbarkeit, die Mütter müssen sich damit identifizieren (Loewy et al., 2013).

Auf Basis der *songs of kin intervention* von Loewy (ebd.) wurde für diese Pilotstudie eigens die Interventionsreihe MSB entwickelt, deren Wirksamkeit hier untersucht wird.

2.4 Zielgruppe

Die Zielgruppe bilden vier Frauen, die sich in der 12. bis 26. Schwangerschaftswoche befinden und eine physiologische Schwangerschaft haben. Es sollen gezielt Frauen ab der 12. Schwangerschaftswoche ausgewählt werden, da diese sich laut Geene (2018) ab dann erst richtig als werdende Eltern identifizieren. Außerdem werden Frauen, die zum Studienbeginn schon länger als 26 Wochen schwanger sind, von der Studie ausgeschlossen. So können sie sich in der anstrengendsten Phase, Woche 32 bis 40 (ebd.), ohne Ablenkung den individuellen Geburtsvorbereitungen widmen.

3 Projektablauf

Der eigentlichen Forschungsarbeit gingen noch ein paar Projektschritte voraus, die im Folgenden dargestellt werden.

3.1 Entwicklung der Interventionen

Angelehnt an die *songs of kin intervention* von Loewy (2013) wurde eine dreistufige Intervention für werdende Mütter entwickelt, die ihnen helfen soll, selbstermächtigt für ihr Baby zu vokalisieren und so auch schon frühzeitig eine Bindung aufzubauen. Kern der angebotenen Workshops bei MSB ist ein musikalischer Ansatz, der den werdenden Müttern ermöglichen soll, aus jedem mitgebrachten Musikstück ein Wiegenlied zu kreieren. Dies geschieht zunächst stellvertretend und sukzessiv unter Anleitung der Workshopleiter:innen im Plenum der Workshop-Teilnehmerinnen und Anleiter:innen. Zum Erlernen und Vertiefen des geschilderten Ansatzes und zur Untersuchung des neuartigen Workshop-Ansatzes werden mehrere konsekutive Interventionen angeboten, die von allen Teilnehmerinnen besucht werden sollen. Die drei Interventionen sollen in drei Workshops mit je zwei Wochen Abstand am Samstag- bzw. Sonntagvormittag (Abschlusstermin) durchgeführt werden und sind im Workshop-Format geplant.

Diese Art frühzeitiger Bindungsförderung dient auch gleichzeitig als Vorbereitung für künftige Situationen, wenn die Babys auf der Welt sind. Die Mütter sollen durch Stimmübungen und wiederholtes Vokalisieren zu Musik und im späteren Stadium auch ohne Musik ermächtigt werden, ihre Stimme freier einzusetzen. Gleichzeitig ist das Fötus-gerichtete Singen innerhalb und zwischen den drei Workshops eine

gute Gelegenheit für die Frauen sich bewusst mit ihrem Ungeborenen auseinanderzusetzen, zu identifizieren und zu verbinden.

Das Forschungsteam entwickelte in Abstimmung mit der Hebamme *Valeen Kölling*[1] vom *Haus für Geburt und Gesundheit Hamburg*[2] ein Workshop-Manual (vgl. Anlage 1) und holte sich im Rahmen der Klientinnen-Akquise (vgl. Kapitel: Marketing) Feedback von Hebammen, ortsansässigen Geburtshäusern sowie anderen Expertinnen auf dem Gebiet und passte die Workshops mehrfach an, um die Expertinnen-Meinungen zu berücksichtigen. Nach der Finalisierung des Manuals wurde mit Hilfe der gesammelten Informationen und der vorausgehenden Recherche zum Projekt noch für jeden Workshop-Termin ein Handout vorbereitet. (vgl. Anlage 3.1 – 3.3)

3.2 Ethikantrag

Um sicherzugehen, dass bei der Planung des Forschungsvorhabens die nötigen ethischen Standards eingehalten werden, wurde ein Ethikantrag eingereicht und bewilligt. Der Antrag, die Rückmeldung der Kommission, die Probandinneninformationen sowie die unterschriebenen Einverständniserklärungen sind in den Anlagen 2.1 bis 2.4 nachzuvollziehen.

3.3 Marketing

Um das Projekt entsprechend zu bewerben und passende Teilnehmerinnen zu finden, drehte das Forschungsteam ein Werbevideo und veröffentlichte es auf dem Instagram-Kanal[3] der MSH Medical School Hamburg. Des Weiteren wurde eine Projekt-Website erstellt und alle organisatorischen Hinweise und wissenschaftlichen Hintergründe dort erläutert.[4]

Für das Projekt wurde ferner ein Poster (Anlage 4) erstellt, welches in 50-facher Ausführung persönlich verteilt wurde. Insbesondere lokale Anlaufstellen der Zielgruppe, wie Schwangerschaftsberatungen und Gynäkologie-Praxen in Hamburg-Harburg, wurden dabei beworben. Des Weiteren wurde die Marketing-Phase auch genutzt, um das Manual der Interventionsreihe mittels Feedback von Expertinnen

[1] Vgl. https://valeenkoelling.de
[2] Vgl. https://www.geburtundgesundheit.hamburg
[3] https://www.instagram.com/msh_arts_and_social_change
[4] https://musiktherapie.me/go/msb

weiterzuentwickeln. So wurde Feedback von hiesigen Geburtshäusern, Hebammen, erfahrenen Musiktherapeutinnen und Familienberatungen eingepflegt. (vgl. Anlage 5 – Kontaktübersicht)

4 Methoden

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der vorliegenden Pilotstudie „Musically supported bonding (MSB)“. Ziel der Untersuchung ist es, zu erforschen, inwiefern eine dreistufige musiktherapeutische Intervention während der Schwangerschaft die aktive Nutzung der Stimme sowie das Bindungserleben werdender Mütter zu ihrem ungeborenen Kind fördern kann. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob die Teilnehmerinnen nach der Intervention von einer erhöhten musikalischen Aktivität im Alltag berichten.

Die Studie wurde als Mixed-Methods-Studie mit einem konvergenten parallelen Design konzipiert. Dabei wurden quantitative und qualitative Erhebungsmethoden miteinander verbunden. Die quantitative Erhebung umfasst die Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) sowie eine modifizierte Musikaktivitäts-Skala. Ergänzend wurden leitfadengestützte qualitative Einzelinterviews durchgeführt, um das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen sowie die Integration der Intervention in den Alltag zu erfassen.

4.1 Forschungsdesign und Erhebungsmethoden

Die vorliegende Untersuchung wurde als Pilotstudie mit explorativem Fokus durchgeführt. Das methodische Design orientiert sich an einem Mixed-Methods-Ansatz (Creswell & Plano Clark, 2018), bei dem quantitative und qualitative Daten erhoben werden, um die Forschungsfrage aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten.

Der quantitative Teil diente insbesondere der Erfassung möglicher Veränderungen des mütterlichen Bindungserlebens sowie der musikalischen Aktivität vor und nach der Intervention. Hierfür wurde die Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) eingesetzt. Zusätzlich wurde eine modifizierte Musikaktivitäts-Skala ver-

wendet, die an Politimou et al. (2018) angelehnt ist. Mit dieser Skala wurde die Häufigkeit verschiedener musikalischer Aktivitäten im Alltag erfasst, insbesondere das Singen, Summen und Brummen für das ungeborene Kind.

Die quantitative Erhebung erfolgte zu Beginn und nach Abschluss der Intervention. Dadurch sollte ein Vergleich der Angaben vor und nach der Teilnahme an der dreistufigen Intervention ermöglicht werden.

Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage der methodischen Empfehlungen von Lamnek und Krell (2016) entwickelt. Diese dienten dazu, das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen genauer zu erfassen. Im Mittelpunkt standen dabei insbesondere die Entwicklung des Bindungserlebens zum ungeborenen Kind, die Rolle des Singens während der Schwangerschaft sowie die Erfahrungen mit der Umsetzung der musikalischen Aktivitäten im Alltag. Die qualitative Erhebung ermöglicht somit eine vertiefte Betrachtung persönlicher Erfahrungen, die durch standardisierte Fragebögen allein nur eingeschränkt erfasst werden können.

4.2 Stichprobe und Auswahl der Teilnehmerinnen

Die geplante Stichprobe der Pilotstudie umfasste erwachsene schwangere Frauen. Als Mindestgröße wurden vier Teilnehmerinnen vorgesehen. Insgesamt war eine Stichprobengröße von vier bis acht Teilnehmerinnen pro Durchgang vorgesehen.

Eingeschlossen werden konnten volljährige Personen ab 18 Jahren mit einer physiologischen Schwangerschaft. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung sollte sich die Schwangerschaft zwischen der 12. und 26. Schwangerschaftswoche befinden. Weitere Voraussetzungen waren die Fähigkeit, an drei Sitzungen von jeweils etwa 90 Minuten teilzunehmen, sowie eine ausreichende Verständigung in deutscher Sprache. Vor Beginn der Teilnahme musste zudem eine schriftliche Einwilligung nach erfolgter Studieninformation vorliegen.

Ausgeschlossen wurden unter anderem Personen mit einer Hochrisiko-Schwangerschaft, einer akuten psychiatrischen Krise oder Suizidalität sowie Personen, bei denen eine ausreichende Verständigung nicht möglich war.

4.3 Durchführung der Intervention

Die MSB-Intervention (Musically Supported Bonding) bestand aus drei Sitzungen mit einer Dauer von jeweils etwa 90 Minuten.

Die Intervention wurde in drei aufeinander aufbauende Bereiche gegliedert. Im Mittelpunkt standen die Wahrnehmung und aktive Nutzung der eigenen Stimme, die Entwicklung eines persönlichen Liedes für das ungeborene Kind sowie die Vertiefung der musikalischen Bindung und die Integration der erlernten musikalischen Aktivitäten in den Alltag.

4.3.1 Erste Sitzung: Entdeckung der eigenen Stimme

Zu Beginn der ersten Sitzung erfolgten eine Einführung und Vorstellung sowie eine Abfrage der bisherigen Musikressourcen und Musikerfahrungen der Teilnehmerinnen. Anschließend wurden die beiden Fragebögen, die MAAS und die Musikaktivitäts-Skala, ausgefüllt.

Darauf folgten körperbezogene Aufwärmübungen, unter anderem Strecken, Klopfen auf den Brustkorb und Gähnen. Im Anschluss wurden verschiedene Formen der Stimmnutzung erprobt. Dazu gehörten Tönen, Lautieren, Brummen und Summen sowie Bienen-Atmung.

Ein weiterer Bestandteil der Sitzung war das gemeinsame Singen eines ersten Wiegenliedes. Ergänzend erhielten die Teilnehmerinnen Informationen über vorsprachliche Kommunikation bei Babys.

Als Hausaufgabe wurden die Teilnehmerinnen dazu angeregt, Musik zu hören und ein persönliches Lieblingslied sowie ein mögliches Wiegenlied auszuwählen. Die Sitzung wurde durch eine Klangreise mit Instrumenten abgeschlossen.

4.3.2 Zweite Sitzung: Lieder für das Baby entwickeln

In der zweiten Sitzung wurden die Aufwärm- und Stimmübungen aus der ersten Sitzung wiederholt. Dabei lag ein besonderer Fokus auf der Wahrnehmung und Gestaltung der eigenen Stimme.

Anschließend wurden die Erfahrungen der vergangenen Woche sowie die von den Teilnehmerinnen mitgebrachten Lieder thematisiert. Im weiteren Verlauf hörten die Teilnehmerinnen ausgewählte Lieder über Kopfhörer und konnten dazu vokalisieren, beispielsweise durch Summen oder Brummen.

Ein persönliches Lieblingslied wurde gemeinsam betrachtet und als Ausgangspunkt für die Entwicklung eines individuellen Wiegenliedes verwendet. Ergänzend wurden Informationen über die mögliche Funktion und Nutzung von Wiegenliedern in der Kommunikation und Regulation vermittelt.

Als Hausaufgabe wurden die Teilnehmerinnen dazu angeregt, das entwickelte Lied für ihr ungeborenes Kind zu singen. Abschließend erfolgte erneut eine Klangreise.

4.3.3 Dritte Sitzung: Bindung durch Musik vertiefen und Integration in den Alltag

Die dritte Sitzung begann erneut mit Aufwärm- und Stimmübungen. Danach wurden die Erfahrungen aus den beiden vorherigen Sitzungen gemeinsam reflektiert.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der theoretischen Vermittlung der pränatalen Bindungsentwicklung. Anschließend wurde das persönliche Wiegenlied weiterentwickelt beziehungsweise finalisiert.

Darüber hinaus wurde gemeinsam gesungen und gesummt. Nach Abschluss der Intervention füllten die Teilnehmerinnen die MAAS sowie die Musikaktivitäts-Skala erneut aus.

Zum Abschluss wurde gemeinsam betrachtet, wie die musikalischen Aktivitäten auch nach Beendigung der Intervention im Alltag weitergeführt werden können.

4.4 Qualitative Datenerhebung

Nach Abschluss der dritten Sitzung wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit den Teilnehmerinnen durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils etwa 15 Minuten.

Ziel der Interviews war es, das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen während der Intervention zu erfassen. Dabei standen insbesondere die Entwicklung des Bindungserlebens zum ungeborenen Kind, die Bedeutung des Singens sowie die Erfahrungen bei der Umsetzung musikalischer Aktivitäten im Alltag im Mittelpunkt.

Der Interviewleitfaden enthielt unter anderem Fragen dazu, wie sich das Bindungserleben zum Baby während der vergangenen Wochen entwickelt hatte, welche Rolle das Singen eingenommen hatte und wie die Teilnehmerinnen die Umsetzung des Singens im Alltag erlebt hatten. Zusätzlich wurden unterstützende Faktoren sowie mögliche Hindernisse thematisiert.

Durch die offene Gestaltung der leitfadengestützten Interviews sollte den Teilnehmerinnen ermöglicht werden, ihre persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen möglichst frei zu schildern.

4.5 Transkription und qualitative Auswertung

Die Interviews wurden nach der Durchführung aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Im Rahmen der Transkription wurden personenbezogene Angaben entsprechend der vorgesehenen Datenschutzmaßnahmen pseudonymisiert beziehungsweise anonymisiert.

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Ziel dieser Auswertung war es, zentrale Themen, Erfahrungen, Ressourcen und mögliche Barrieren im Zusammenhang mit der MSB-Intervention herauszuarbeiten.

Die Kategorienbildung erfolgte sowohl auf Grundlage der Inhalte des Interviewleitfadens als auch anhand von Themen, die sich während der Analyse aus dem Interviewmaterial ergaben. Auf diese Weise konnten sowohl vorab festgelegte thematische Bereiche als auch neue, aus dem Datenmaterial hervorgehende Aspekte berücksichtigt werden.

Die qualitative Auswertung sollte insbesondere dazu beitragen, die subjektiven Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit den Ergebnissen der quantitativen Erhebung in Beziehung zu setzen.

4.6 Quantitative Auswertung

Die quantitativen Daten der MAAS und der Musikaktivitäts-Skala wurden deskriptiv ausgewertet. Hierzu wurden unter anderem Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane betrachtet.

Da es sich um eine kleine Stichprobe im Rahmen einer Pilotstudie handelt, steht nicht die statistische Generalisierbarkeit der Ergebnisse im Vordergrund. Vielmehr dient die quantitative Auswertung dazu, mögliche Veränderungen zwischen der Erhebung vor und nach der Intervention sichtbar zu machen.

Inferenzstatistische Vorher-Nachher-Vergleiche waren ursprünglich vorgesehen, wurden jedoch nicht durchgeführt. Bei der realisierten Stichprobengröße von zwei Teilnehmerinnen lassen entsprechende Testverfahren keine belastbaren Aussagen zu, sodass die quantitative Auswertung auf die deskriptive Darstellung der Einzelverläufe beschränkt bleibt.

4.7 Datenschutz und ethische Aspekte

Die Durchführung der Studie erfolgte unter Berücksichtigung der im Ethikantrag festgelegten datenschutzrechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen. Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert. Den Teilnehmerinnen wurden hierfür Codes zugeordnet, sodass die Studiendaten nicht unmittelbar mit ihren Namen verbunden waren. Die Zuordnungsliste wurde getrennt von den Studiendaten aufbewahrt.

Die Tonaufnahmen der Interviews sowie die daraus entstandenen Transkripte wurden entsprechend den im Ethikantrag festgelegten Datenschutzmaßnahmen behandelt. Personenbezogene Angaben wurden in den Transkripten entfernt beziehungsweise anonymisiert, sofern sie eine Identifizierung der Teilnehmerinnen ermöglichen könnten.

5 Auswertung

5.1 Qualitativ

5.1.1 Beschreibung des Vorgehens

Die zwei leitfadengestützten Einzelinterviews mit den Teilnehmerinnen TN1 und TN2 wurden im Anschluss an Sitzung 3 der dreistufigen MSB-Intervention, am 05.07.2026 durchgeführt und haben 14 und 13 Minuten gedauert. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018). Zur Erstellung des Kategoriensystems wurden jeweils die gesamten Interviews analysiert und die Kategorien wurden im Anschluss auf beide Interviews einheitlich angewendet. Die Mindest-Kodiereinheit ist ein sinnvolles Satzfragment, das Maximum ein Redebeitrag (Speaker-Turn) der Befragten. Jedem Turn ist eine Positionsangabe (Turn-Nr.) und ggf. ein Kategoriecode zugeordnet. Nicht kodiert wurden Interviewer-Backchannels („Mhm.“), reine Verständnisfragen und die dokumentierte Störung (Anlage 7.2, z. 76). Bei Mehrfachkodierung wird die dominantere Kategorie als Primärcode, weitere (in Anlage 8, Kategoriensystem, durch einen Schrägstrich getrennt) als Sekundärkodes vergeben.

Das Kategoriensystem wurde zunächst deduktiv aus den Leitfragen des Interviewleitfadens abgeleitet, dies ergibt die Hauptkategorien: Bindungsentwicklung zum Ungeborenen (HK1), Rolle und Praxis des Singens im Alltag (HK2), Partnerbeteiligung und Familienleben (HK3), Barrieren und förderliche Faktoren für das Singen (HK4), Körperwahrnehmung und Regulation (HK5), Empfehlung und Übertragbarkeit (HK6). Anschließend wurden bei der Bearbeitung des Interviews TN1 (Anlage 7.1) induktiv zwei weitere Hauptkategorien herausgearbeitet: Workshop-Evaluation (HK7), Musikalische Vorerfahrung und Weiterführung (HK8). Bei der Bearbeitung von dem Interview TN2 (Anlage 7.2) wurde das System schließlich noch um eine letzte Hauptkategorie ergänzt: Baby-Framing und Adressierung der Übungen (HK9). Aus beiden Interviews haben sich zu den Hauptkategorien jeweils verschiedene Unterkategorien gebildet, die bei der genaueren Darstellung der Ergebnisse miteinbezogen werden. Zunächst erfolgt die sinnzusammenhängende Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews und anschließend eine Betrachtung der Häufigkeiten der kodierten Segmente.

5.1.2 Auswertung Interviews

Es zeigt sich, dass beide Teilnehmerinnen von einer verstärkten *Bindung* (HK 1.1) berichteten, die eine Teilnehmerin sagte dazu „Ich weiß nicht, ob verändert aber auf jeden Fall verstärk“ (Anlage 7.1, z. 36, Anlage 7.2, z. 5 – 8). Dabei wurde differenziert zwischen Momenten der bewussten gedanklichen Zuwendung (HK 1.2), zum Beispiel ausgelöst durch das Hören des für das Baby ausgewählten Liedes und dem Singen als aktives Mittel, um etwas für das Baby zu tun (HK 1.3): „Okay jetzt sind wir für dich da“ (Anlage 7.2, z. 16-17). Außerdem soll schon allein das Aussuchen des Liedes für das Baby, dafür gesorgt haben, dass das Baby mehr in den Fokus gekommen ist (HK 1.2) (vgl. Anlage 7.2, z. 34f). Es zeigte sich außerdem, dass die Entwicklung des Fötus eine Rolle für die Bindungsentwicklung spiele, da die eine Teilnehmerin bemerkte, dass ihr durch die Bewegungen des Fötus klarer wird, dass es „ein Wesen“ (Anlage 7.2, z. 7) ist und sie erwartet eine größere Bedeutung des Singens für die Bindung ab dem Moment, wo sie davon ausgehen kann, dass das Ungeborene anfängt zu hören (HK 1.4) (vgl. Anlage 7.2, z. 39f).

Das *Singen* ist neben dieser Unterkategorie bei der Bindung auch als eigenständige Kategorie aufgetaucht, in der es um die Rolle und Praxis des Singens im Alltag geht (HK 2). Dabei zeigte sich, dass die eine Teilnehmerin viel im Alltag nebenbei singe, während sie mit z.B. Kochen beschäftigt ist (HK 2.2) (vgl. Anlage 7.1, z. 57f). Sie beschreibt, dass ihr Singen leichtfalle und sie durch die Lieder aus dem Workshop (HK 2.3) häufiger bewusst an ihr Baby denken müsse: „ja also besonders bei den Liedern aus dem Workshop, die habe ich häufig gehört. Manchmal, also ganz oft habe ich sie ganz bewusst abgespielt und weil ich sie in meiner Playlist hatte. Dadurch habe ich häufiger an mein Baby gedacht. Genau das (.) das war eine schöne Erfahrung“ (Anlage 7.1, z. 28 – 32).

Die andere Teilnehmerin erzählte, dass sie keine Musik gehört oder gesungen habe, aber die Beschäftigung mit Schlafliedern für das Baby eine Rolle spielte (HK 2.4) und sie sich abends bewusst Zeit genommen habe, um für das Baby zu singen (HK 2.1) (vgl. Anlage 7.2, z. 14, 23f).

Manchmal sei es schwierig gewesen, das *Singen* in den Alltag zu integrieren, wobei die eine Teilnehmerin meinte, dass der Workshop ihr geholfen habe (HK 4.3) sich

auch zu Hause Zeit und Raum für das Singen für das Baby zu nehmen (vgl. Anlage 7.2, z. 44/Anlage 7.1, z. 16f). Die andere Teilnehmerin erwähnte, dass sie beim Singen in der Gruppe etwas unsicher gewesen wäre (HK 4.5): „Manchmal, dieses oh ist der Text richtig oder nicht richtig“ (Anlage 7.2, z. 29), aber ansonsten sei sie dabei entspannt gewesen (vgl. Anlage 7.2, z. 30). Um zu Hause noch häufiger zu singen, wurden mehr Zeit (HK 4.1) und mehr Routine evtl. auch mit dem Partner als mögliche Förderfaktoren beschrieben (HK 4.4). (vgl. Anlage 7.1, z. 63, Anlage 7.2, z. 53f).

Eine weitere Hauptkategorie bildete sich durch die Frage, ob es gewünscht gewesen wäre, die Partner (hier beide männlich, daher auch so bezeichnet) mit einzubeziehen (HK 3.1), was beide klar bejahten (vgl. Anlage 7.1, z. 84/ Anlage 7.2, z. 74). Die eine Teilnehmerin meinte „Ja Musik ist irgendwie mit meinem Alltag verbunden aber bei ihm, mein Mann macht sonst gar keine Musik, ist in einem ganz anderen Arbeitsumfeld als ich, deswegen ja“ (Anlage 7.2, z. 78f). Sie erzählte, dass ihr Mann auch selbst sage, dass er ja nichts direkt für das Baby tun könne und deswegen mehr im Alltag helfe und so indirekt eine Unterstützung für das Baby sei (HK 3.2) (vgl. Anlage 7.2, z. 95 – 97). Zuvor hatte sie erwähnt, dass ihr Mann oft zu ihren Momenten am Abend dazukäme und dazu beschrieb sie: „Ja, und das ist für mich so ein Moment, Ok (.) jetzt sind wir beide für das Baby da und dazu hat mein Mann auch manchmal gesungen“ (HK 3.3) (Anlage 7.2, z. 15 – 17).

Die andere Teilnehmerin sagte „Also ich hätte mir gewünscht, dass er sich noch mehr involviert. Also er beteiligt sich zwar und macht sein Teil, aber vielleicht wäre die Erfahrung dadurch noch etwas idyllischer oder romantischer geworden.“ (HK 3.2) (Anlage 7.1, z. 104 – 106). Sie war vor der Frage bereits auf das Thema zu sprechen gekommen, als es um mögliche Unterstützung in Bezug zum Singen ging: „Also, dass mein Mann auch sagt, okay ich suche mir ein Lied. Das hätte auf jeden Fall (..) geholfen (..) und ein besseres Gefühl“ (Anlage 7.1, z. 78f). Sie bezog sich dabei auf die andere Teilnehmerin, die von den Momenten am Abend mit ihrem Mann als ihre „zu dritt Zeit“ (Anlage 7.2, z. 15) sprach, was ihr verdeutlichte, dass sie sich das auch wünschen würde (HK 3.3): „Aber so das Dreiergefühl, so ich, mein Mann und das Baby, das fehlt mir ein bisschen.“ (Anlage 7.1, z. 112f).

Die fünfte Hauptkategorie bezieht sich auf die Wirkung des Singens auf den Körper bzw. die *Körperwahrnehmung*, dabei wurde sich vor allem auf die Workshop-Sessions bezogen: „Es fühlt sich ähnlich an wie nach einer Yoga-Stunde. Ich fühle mich entspannter." (Anlage 7.1, z. 179f). Auch die andere Teilnehmerin meinte, dass sie sehr entspannt gewesen wäre (HK 5.2), obwohl sie Momente der Text-Unsicherheit hatte (vgl. Anlage 7.2, z. 28f). Es wurde auch eine entspannende Wirkung auf das Baby vermutet (HK 5.3): „Das Baby reagiert vielleicht nicht immer durch Bewegungen, aber ich glaube eher, weil es dadurch entspannter wird" (Anlage 7.1, z. 137f). Gleichzeitig vermutete die Teilnehmerin, dass sie die „Vibrationen" (Anlage 7.1, z. 143) beim Singen (HK 5.1) stärker wahrnehme, wenn sie sich nur darauf konzentriere (vgl. Anlage 7.1, z. 143 – 145). Die andere Teilnehmerin erklärte, dass schon das Warm-up zu einem stärkeren, angenehmen Körpergefühl geführt habe (vgl. Anlage 7.2, z. 112f).

Die nächste Hauptkategorie bezieht sich auf die Frage, ob die Teilnehmerinnen den Workshop bzw. das Singen in der Schwangerschaft *weiterempfehlen* würden (HK 6.1), was beide explizit bejahten (vgl. Anlage 7.1, z. 123, Anlage 7.2, z. 134). Die eine Teilnehmerin erklärte dazu, dass es ihr geholfen habe, um bewusster an das Baby zu denken: „Es gibt dir das Gefühl schonmal in Verbindung gewesen zu sein mit dem Baby." (HK 6.2) (Anlage 7.1, z. 29-30), das sei ein schönes Gefühl gewesen (vgl. Anlage 7.2, z. 123f). Die andere Teilnehmerin begründete ihre Weiterempfehlung des Singens damit, dass es eine „sichere Welt" (Anlage 7.2, z. 134) für während der Schwangerschaft und danach sei (HK 6.3). Zu wissen, dass man die eigene Stimme verwenden kann, sei hilfreich, um bspw. auf das weinende Baby zu reagieren, da sie von Freunden gehört habe, dass diese in solchen Momenten zunächst nicht wussten, wie man reagieren könne (vgl. Anlage 7.1, z. 136 – 139).

In der Kategorie *Workshop-Evaluation* findet sich der geäußerte Wunsch nach einer größeren Gruppe (HK 7.4) und die positive Bewertung der Edukationsteile (HK 7.1) (vgl. Anlage 7.2, z. 119f, Anlage 7.1, z. 158 – 162). Es ging in beiden Interviews außerdem um das gemeinsame Singen in der Gruppe. Die eine Teilnehmerin betonte: „Ich fand es SO SCHÖN, dass nicht nur ich alleine zu Hause gesungen habe, sondern mit den anderen zusammen" (HK 7.3) (Anlage 7.2, z. 113f) und auch die andere Teilnehmerin war positiv überrascht davon, dass das Singen in der Gruppe

so gut funktioniert hat (vgl. Anlage 7.1, z. 170f). Außerdem erwähnte die eine Teilnehmerin noch: „Ähm und auch die Entspannungsübungen haben mir sehr gut gefallen, so auf den Köper zu spüren.“ (HK 7.2) (Anlage 7.1, z. 161f).

Die achte Hauptkategorie zur *Musikalischen Vorerfahrung* umfasst zum einen die Beschreibung der einen Teilnehmerin, dass Singen ihr leichtfalle und der anderen Teilnehmerin, dass Musik in ihrem Alltag eine Rolle spiele (HK 8.1) (vgl. Anlage 7.1, z. 46, Anlage 7.2, z. 74, 78) und zum anderen die Frage, ob das Singen in der Zukunft weiter angewendet werden würde, was die eine Teilnehmerin bejahte (HK 8.2) (vgl. Anlage 7.1, z. 174).

Als letzte Kategorie ist in dem Interview mit der Teilnehmerin TN2 (Anlage 7.2) das Thema, *Baby-Framing* aufgetaucht (HK 9). Die Teilnehmerin erklärte, dass sie durch die noch nicht spürbaren Bewegungen des Ungeborenen am Anfang noch etwas Schwierigkeiten hatte, sich das Baby vorzustellen und dass sie sich gewünscht hätte, dass in dieser Phase die Übungen zum Singen direkt an das Baby gerichtet sind, was ihr evtl. hätte helfen können eine klarere Vorstellung zu bekommen (vgl. Anlage 7.2, z. 168 – 187).

5.1.3 Auswertung Häufigkeiten der kodierten Segmente

Wie man in Tabelle 1 sehen kann, wurde die dritte Kategorie zur Partnerbeteiligung in dem Interview der Teilnehmerin TN1 am häufigsten vergeben, mit 9 kodierten Segmenten. Als zweithäufigstes wurde die erste Kategorie zur Bindungsentwicklung vergeben, mit 6 kodierten Segmenten. Als nächstes folgen die zweite Kategorie, zur Rolle/Praxis des Singens mit 5 kodierten Segmenten und die fünfte Kategorie zur Körperwahrnehmung und Regulation mit 4 kodierten Segmenten. Die restlichen Kategorien wurden mit 3, 2, und 0 kodierten Segmenten, im Vergleich zu den häufigsten Kategorien deutlich weniger vergeben.

Tabelle 1: Häufigkeit der Hauptkategorien Interview TN1 **(Anlage 7.1)**

Hauptkategorie	n kodierte Segmente	Kurzkommentar
HK 1 Bindungsentwicklung	6	Verstärkung, mentale Präsenz, aktive Interaktion

HK 2 Rolle/Praxis des Singens	5	Alltagsintegration; v. a. Nebenbei-Singen; Playlist-Nutzung
HK 3 Partnerbeteiligung	9	Ausführlichster Themenkomplex; Wunsch nach „Dreiergefühl"
HK 4 Barrieren/Förderfaktoren	3	Zeit als zentrale Barriere; Workshop als Strukturhilfe
HK 5 Körperwahrrnehmung/Regulation	4	Vibrationen, Entspannung, beruhigende Wirkung aufs Baby
HK 6 Empfehlung	2	Uneingeschränkte Weiterempfehlung
HK 7 Workshop-Evaluation	3	Edukation, Entspannung, Gruppenerleben positiv
HK 8 Musikalische Vorerfahrung	2	Leichtigkeit durch Vorerfahrung; Anwendungsintention
HK 9 Baby-Framing	0	Nicht vorhanden (Kategorie in TN2 induktiv ergänzt)

Wie man in der Tabelle 2 erkennen kann, ist bei der Teilnehmerin TN2 auch die dritte Kategorie zur Partnerbeteiligung mit 6 kodierten Segmenten die am häufigsten vergebene Kategorie. An zweiter Stelle stehen hier zum einen auch die erste Kategorie zur Bindungsentwicklung, mit 5 kodierten Segmenten und ebenfalls mit 5 kodierten Segmenten die fünfte Kategorie zur Körperwahrnehmung. An dritter Stelle stehen hier mit je 4 kodierten Segmenten die Kategorien: Barrieren/Förderfaktoren, Workshop-Evaluation und Baby-Framing. Die zweite Hauptkategorie zur Rolle/Praxis des Singens wurde hier im Vergleich zu der anderen Teilnehmerin (5 kodierte Segmente), mit nur 2 kodierten Segmenten deutlich weniger vergeben.

Tabelle 2: Häufigkeit der Hauptkategorien Interview TN2 **(Anlage 7.2)**

Hauptkategorie	n kodierte Segmente	Kurzkommentar

HK 1 Bindungsentwicklung	5	Wachsende Bindung mit Kindsbewegungen; Bindungsmoment im Ritual; zukünftige Wirkung erwartet
HK 2 Rolle/Praxis des Singens	2	Abendritual; ausschließlich Schlaflieder; eigene Liedauswahl zentral
HK 3 Partnerbeteiligung	6	Zu-dritt-Ritual; Mann singt mit; Wunsch nach Workshop-Teilnahme; Entlastung im Alltag
HK 4 Barrieren/Förderfaktoren	4	Alltag „schwierig/stressig"; Routine als Hilfe; Textunsicherheit
HK 5 Körperwahrrnehmung/Regulation	5	Warm-up wohltuend; Singen entspannend; (Wirkung aufs Baby erwartet)
HK 6 Empfehlung	2	Weiterempfehlung; Stimme als Ressource nach der Geburt
HK 7 Workshop-Evaluation	4	Warm-up, Theorie, Gruppensingen positiv; Wunsch nach mehr Teilnehmer*innen
HK 8 Musikalische Vorerfahrung	2	Musik ist Teil des Alltags
HK 9 Baby-Framing	4	Explizites Baby-Framing der Übungen gewünscht

5.1.4 Auswertung Dokumentationen

Aus dem Dokumentationsbogen zur ersten Sitzung geht hervor, dass die Teilnehmerin TN1 sich erhoffte, etwas über die Bindung zu dem Ungeborenen zu lernen, für es zu singen und sich zu entspannen, [...]

Die andere Teilnehmerin (TN2ɘrwähnte, dass sie zurzeit viel Stress habe, und sich gerne aktiv Zeit für ihr Baby nehmen würde und auch noch keine Verbindung durch die Stimme zu dem Baby spüre, aber gerne Musik mache.

Nach dem Gesangsteil erzählten beide, dass sie es schön fanden in der Gruppe zu singen. Wobei die eine Teilnehmerin meinte, dass sie ein komisches Gefühl hatte, weil sie in Gedanken die ganze Zeit damit beschäftigt war, ob sie gerade für sich singt oder für das Baby. Am Ende der Stunde meldeten beide zurück, dass sie sich entspannt fühlen würden, Teilnehmerin TN1 vermutete, dass auch ihr Baby entspannter gewesen sei, da es sich weniger als sonst bewegt habe und die Teilnehmerin TN2 erzählte, dass sie ihren Körper sehr intensiv fühle (vgl. Anlage 10.1).

In dem Dokumentationsbogen zur zweiten Sitzung wird deutlich, dass beide Teilnehmerinnen erzählten, nicht mehr Musik gemacht zu haben. Die eine Teilnehmerin TN2 meinte, dass sie sich aber beim Musikhören bewusster hätte entspannen können, die andere Teilnehmerin erzählte, dass sie nicht nachvollziehen könne, was mit aktivem Musikhören gemeint sei, da Musik für sie eher begleitend sei. Sie höre Musik z.B. gerne beim Kochen oder Duschen, wobei sie dabei auch gerne singe. Während des alleinigen Singens wurde beobachtet, dass die Teilnehmerin TN1 schon recht sicher mitsummt und mitsingt, während die Teilnehmerin TN2 sehr leise singt. Beim gemeinsamen Hören ihres Liedes strahlt Teilnehmerin TN1 , Teilnehmerin TN2 lächelt. Außerdem erzählt Teilnehmerin TN1 , dass das Lied ihr absolutes Lieblingslied sei und sie dadurch eine konkretere Vorstellung von ihrem Baby bekomme (vgl. Anlage 10.2).

Der Dokumentationsbogen zur dritten Sitzung zeigt, dass Teilnehmerin TN1 meinte, dass sie weiter häufig unter der Dusche singe und wenn sie allein zu Hause sei. Teilnehmerin TN2 erzählte, dass sie ihrem Mann von dem Workshop erzählt habe und er seitdem auch mehrmals für das Baby gesungen habe, was sie sehr schön fände. Es wurde beobachtet, dass beim gemeinsamen Hören ihrer Lieder beide Teilnehmerinnen leicht mitwiegen, die eine (TN1 singt zusätzlich leise mit, die andere (TN2streichelt dabei ihren Bauch. Teilnehmerin TN1 erzählte, dass sie sich oft wünsche, dass sie ihr Baby schon im Arm halten könne, wenn sie ihr Lied hört, Teilnehmerin TN2 erzählte, dass sie es emotional berühre, die Lieder für das

Baby zu hören und dass sie die Vorstellung schön fände, dass das Lied die Kindheit ihres Kindes prägen wird.

Eine weitere Beobachtung ist, dass das ausgewählte Lied von der Teilnehmerin TN1 auf Spanisch ist, was es für die anderen erschwert mitzusingen, außerdem sagte die Teilnehmerin, dass sie es schwierig fände aus dem Lied nur einen kleinen Teil auszuwählen, weshalb es nicht so geeignet wäre für die Intervention (vgl. Anlage 10.3).

Ansonsten kann aus den Dokumentationsbögen abgeleitet werden, dass alle drei Sitzungen ohne Probleme durchgeführt werden konnten (vgl. Anlage 10.1, 10.2, 10.3).

5.2 Quantitativ

5.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Erhebung der Daten erfolgte über einen Zeitraum von vier Wochen. Der erste Messzeitpunkt fand am 06.06.2026 statt und der zweite Messzeitpunkt erfolgte am 05.07.2026. An beiden Messzeitpunkten füllten alle Teilnehmerinnen die Fragebögen „Musikalische Aktivität“ und „Pränatale Bindung / MAAS – Kurzversion“ vollständig aus. Die Stichprobengröße beläuft sich auf 2 Teilnehmerinnen (n = 2), die sich am ersten Messzeitpunkt in der 16. und in der 23. Schwangerschaftswoche befanden.

5.2.2 Beschreibung der Fragebögen

Zur Messung der emotionalen und kognitiven Bindung zur Schwangerschaft wurde eine ins Deutsche übersetzte Kurzversion der Maternal Antenatal Attachment Scale, kurz MAAS (Condon, 2015), die bereits durch Lehnig et al. (2024) validiert wurde, herangezogen. Die MAAS misst die Qualität der Bindung sowie die Intensität der Beschäftigung (Lehnig et al., 2024). Die interne Konsistenz dieses Fragebogens beträgt $\alpha \geq 0{,}69$ (Lehnig et al., 2024). Die Teilnehmerinnen wurden bei jedem Item des Fragebogens dazu aufgefordert, genau ein Kästchen auf einer Skala von 1 bis 5 anzukreuzen. Für die Skala galt im Allgemeinen: 1 = gar nicht / sehr schwach und 5 = sehr stark / fast immer. Der Fragebogen setzt sich aus 13 Items zusammen: Item 3: Gefühle gegenüber Baby, Item 7: Baby hängt von mir ab, Item 9: Gedanken

(gereizt bis zärtlich), Item 10: Bild vom Baby (klar), Item 11: Gefühle (traurig bis glücklich), Item 13: Emotionale Nähe, Item 15: Erwartung 1. Kontakt, Item 1: Häufigkeit ans Baby gedacht, Item 2: Stärke der Gefühle, Item 4: Wunsch, Infos zu lesen, Item 5: Baby vorgestellt, Item 8: allein mit Baby gesprochen, Item 17: Träume.

Weitergehend wurde die Modifizierte Musikaktivitäts-Skala, angelehnt an die Skala von Politimou et al. (2018), zur Erfassung der musikalischen Aktivität in den letzten 14 Tagen genutzt. Dieser Fragebogen verfügt über 9 Items, bei dem die Teilnehmerinnen aufgefordert wurden, auf einer Skala von 1 = trifft gar nicht zu 2 = trifft eher nicht zu 3 = teils / teils 4 = trifft eher zu 5 = trifft völlig zu, jeweils genau ein Kästchen anzukreuzen. Der Fragebogen „Musikalische Aktivität“ besteht aus Item 1: Ich habe für mein Baby gebrummt, Item 2: Ich habe für mein Baby gesummt, Item 3: Ich habe meinem Baby vorgesungen, Item 4: Ich konnte beim Brummen/Summen/Vorsingen Bewegungen des Fötus wahrnehmen, Item 5: Ich habe zu Hause gesummt, gebrummt oder gesungen, Item 6: Ich habe außer Haus gesummt, gebrummt oder gesungen, Item 7: Ich habe allein gesummt, gebrummt oder gesungen, Item 8: Ich habe zusammen mit anderen gesummt, gebrummt oder gesungen, Item 9: Ich habe Musik gehört.

5.2.3 Auswertung MAAS-Fragebogen

Der MAAS-Fragebogen wurde von den Teilnehmerinnen (TN1 TN2√or der ersten Intervention am 06.06.2026 (T1) und nach der letzten Intervention des Projekts am 05.07.2026 (T2) ausgefüllt. Dadurch lässt sich ein Vorher-Nachher-Vergleich der Testwerte herstellen, um den Einfluss der dreistufigen MSB-Interventionen auf die Bindungsförderung während der Schwangerschaft zu ermitteln.

Allgemein kann beobachtet werden, dass bei beiden Teilnehmerinnen der Mittelwert der Antworten steigt. Bei Teilnehmerin TN1 handelt es sich um einen Anstieg um 3,68 %, bei Teilnehmerin TN2 beträgt der Anstieg 20,85 %. Beide Teilnehmerinnen haben bei Item 10: Bild vom Baby (klar) und Item 2: Stärke der Gefühle bei T2 einen höheren Wert angegeben als bei T1. Diese Werte sind also über den Zeitraum der Intervention bei beiden Teilnehmerinnen gestiegen. Die Items 3, 9, 13, 15, 1, 8 wurden jeweils von einer Teilnehmerin an T2 höher bewertet als an T1. Eine gegensätzliche Veränderung lässt sich bei Item 5: Baby vorgestellt identifizieren, bei dem

sich der Testwert bei Teilnehmerin TN1 über den Testzeitraum erhöht und bei Teilnehmerin TN2 verringert hat. Beide Teilnehmerinnen geben bei Item 17: Träume nach der Intervention einen niedrigeren Testwert an als vor der Intervention. Hier lässt sich eine negative Entwicklung feststellen.

Tabelle 3: Maas-Fragebogen Vorher-Nachher-Vergleich

Item	Aussage (kurzform)	TN1 T1	TN1 T2	Δ TN1	TN2 T1	TN2 T2	Δ TN2
Item 3	Gefühle ggü. Baby	5	5	0	4	5	+1
Item 7	Baby hängt von mir ab	4	4	0	4	4	0
Item 9	Gedanken (gereizt→zärtlich)	4	4	0	3	5	+2
Item 10	Bild vom Baby (klar)	4	5	+1	2	3	+1
Item11	Gefühle (traurig→glücklich)	4	4	0	4	4	0
Item 13	Emotionale Nähe	5	5	0	3	4	+1
Item 15	Erwartung 1. Kontakt	5	5	0	4	5	+1
Item 1	Häufigkeit ans Baby gedacht	5	5	0	2	4	+2
Item 2	Stärke der Gefühle	3	4	+1	2	4	+2
Item 4	Wunsch, Infos zu lesen	5	5	0	5	5	0
Item 5	Baby vorgestellt	3	4	+1	5	4	-1
Item 8	Allein mit Baby gesprochen	3	3	0	2	3	+1
Item 17	Träume	3	2	-1	3	2	-1
Summe		53	55	+2	43	52	+9
Mittelwert		4,08	4,23	+0,15	3,31	4,00	+0,69

5.2.4 Auswertung Fragebogen zur musikalischen Aktivität

Der Fragebogen zur musikalischen Aktivität wurde ebenfalls von den Teilnehmerinnen (TN1 TN2*v*or der ersten Intervention am 06.06.2026 (T1) und nach

der letzten Intervention des Projekts am 05.07.2026 (T2) ausgefüllt. Dadurch lässt sich auch hier ein Vorher-Nachher-Vergleich der Testwerte herstellen.

Die Mittelwerte der Testantworten beider Teilnehmerinnen sind zwischen T1 und T2 gestiegen. Bei Teilnehmerin TN1 steigt der Mittelwert von 2,33 auf 3,67. Dies ist ein Anstieg um 57,51 %. Bei Teilnehmerin TN2 steigt der Mittelwert von 2,33 auf 2,89. Dies ist ein Anstieg um 24,03 %. Die Testwerte der Items 1 bis 4 haben sich bei beiden Teilnehmerinnen über den Testzeitraum erhöht. Die Testwerte der Items 5 bis 7 haben sich nur bei der Teilnehmerin TN1 erhöht. Die Testwerte der Items 8 und 9 haben sich jeweils bei Teilnehmerin TN1 und TN2 verringert.

Tabelle 4: Fragebogen zur musikalischen Aktivität Vorher-Nachher-Vergleich

Item	Aussage	TN1 T1	TN1 T2	Δ TN1	TN2 T1	TN2 T2	Δ TN2
Frage 1	Ich habe für mein Baby gebrummt.	1	4	+3	2	4	+2
Frage 2	Ich habe für mein Baby gesummt.	1	4	+3	2	4	+2
Frage 3	Ich habe meinem Baby vorgesungen.	3	4	+1	2	3	+1
Frage 4	Ich konnte beim Brummen/Summen/Vorsingen Bewegungen des Fötus wahrnehmen.	1	2	+1	1	2	+1
Frage 5	Ich habe zu Hause gesummt, gebrummt oder gesungen.	1	4	+3	3	3	0
Frage 6	Ich habe außer Haus gesummt, gebrummt oder gesungen.	1	3	+2	1	1	0
Frage 7	Ich habe allein gesummt, gebrummt oder gesungen.	4	5	+1	2	2	0
Frage 8	Ich habe zusammen mit anderen gesummt, gebrummt oder gesungen.	4	2	-2	3	3	0
Frage 9	Ich habe Musik gehört.	5	5	0	5	4	-1
Summe		21	33	+12	21	26	+5
Mittelwert		2,33	3,67	+1,33	2,33	2,89	+0,56

6 Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie die entwickelte Intervention Musically Supported Bonding die aktive Nutzung der Stimme und die Bindung werdender Mütter zu ihrem Ungeborenen fördert.

6.1 Limitationen

Bei der Interpretation und Einordnung der Forschungsergebnisse sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. Im Folgenden werden kritische Aspekte und Limitationen des MSB-Forschungsprojekts dargelegt.

Zu den zentralen methodischen Einschränkungen zählt die geringe Stichprobengröße des Projekts (n = 2). Dies schränkt die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse maßgeblich ein. Aufgrund dessen, dass an dem Forschungsprojekt lediglich zwei Probandinnen teilgenommen haben, sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit. Die Wahrscheinlichkeit von Verzerrungen durch Zufallseigenschaften der Teilnehmerinnen ist bedingt durch die geringe Stichprobengröße sehr hoch. Dies stellt einen Ansatzpunkt für weitere Forschung dar. Um allgemeingültige Aussagen über die Ergebnisse des MSB-Forschungsprojekts treffen zu können, ist die Erprobung mit einer deutlich größeren Stichprobengröße relevant.

Darüber hinaus ist die festgelegte Sprache Deutsch des Projekts ein Faktor, der dieses Projekt limitiert und schätzungsweise auch einen Einfluss auf die geringe Stichprobengröße hatte. Es existiert keine offizielle Statistik, wie viele Menschen in Harburg, dem Hamburger Stadtteil, in dem das Projekt stattgefunden hat und in dem überwiegend dafür geworben wurde, Deutsch sprechen. Jedoch gehören 49,8 % der Bevölkerung im Stadtteil Harburg einer ausländischen Nationalität an, weitergehend haben 69,9 % der erwachsenen Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2025). Dieser Fakt lässt stark darauf schließen, dass Personen aufgrund von einer Sprachbarriere nicht an dem Projekt teilnehmen konnten. Zukünftige Studien könnten diese Limitation durch den Einsatz von Dolmetschern oder eine mehrsprachige Projektleitung aufheben.

Weitergehend stellt die Dauer des Projekts eine zeitliche Limitation dar. Die Daten wurden über einen Zeitraum von vier Wochen erhoben. Eine Datenerhebung über einen weiteren Zeitabschnitt der Schwangerschaft oder über die gesamte Schwangerschaft wäre als Gegenstand weiterführender Forschung relevant. Dies würde eine detailliertere Datenerhebung und somit eine umfangreichere Analyse der Forschungsinhalte und langfristigen Auswirkungen ermöglichen. Die Anforderung, dass die Probandinnen bei der Anmeldung zwischen der 12. und 26. Schwangerschaftswoche sein sollten, hat gegebenenfalls zu weniger Anmeldungen zu dem Projekt und infolgedessen auch zu einer geringeren Stichprobengröße geführt.

Ein zusätzlicher Faktor, der in diesem Projekt nicht behandelt wurde, ist die Teilnahme von Partnerpersonen der schwangeren Frauen. Die Probandinnen haben dies ausdrücklich als Wunsch und für sie bedeutsamen Mangel des Projekts geäußert (vgl. Anlage 7.1, z. 84, Anlage 7.2, z. 74). Dies gilt ebenfalls als ein Aspekt, der weitergehend beforscht werden kann.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass das Projekt ohne Vergleichsgruppe durchgeführt wurde. Ob die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf die MSB-Intervention zurückzuführen sind oder ob sie sich im Verlauf der Schwangerschaft auch ohne die Intervention eingestellt hätten, lässt sich anhand des vorliegenden Designs nicht bestimmen. Belastbare Aussagen zur Wirksamkeit lassen sich letztlich nur im Vergleich mit einer Kontrollgruppe treffen, weshalb künftige Untersuchungen ein entsprechendes Kontrollgruppendesign vorsehen sollten.

Schließlich endet die Erhebung mit dem Abschluss der Interventionsreihe und damit vor der Geburt. Die Bindung zwischen Mutter und Kind entwickelt sich jedoch gerade postpartal weiter, und die in den Workshops erarbeiteten Lieder und Vokalisationen werden von den Müttern voraussichtlich auch nach der Geburt angewendet. Eine Erhebung, die den Zeitraum nach der Geburt einbezieht, könnte daher zeigen, ob und wie sich die Wirkung der Intervention über die Schwangerschaft hinaus fortsetzt.

6.2 Umsetzung und Aufnahme der Intervention

Zur Bearbeitung der Leitfrage erscheint es sinnvoll, zunächst zu betrachten, wie die Intervention umgesetzt und aufgenommen wurde. Dazu ist es hilfreich, die Beobachtungen aus den Dokumentationsbögen heranzuziehen, aus denen hervorgeht, dass alle drei Sitzungen wie geplant durchgeführt werden konnten (vgl. Anlage 10.1, 10.2, 10.3). Es zeigte sich allerdings, dass teilweise das gemeinsame Singen erschwert wurde, da das von der einen Teilnehmerin ausgewählte Lied auf Spanisch war. Das könnte für weitere Durchführungen der Interventionsreihe ein zu berücksichtigender Faktor sein, da dadurch das Risiko erhöht wird, dass sich einzelne Teilnehmende unsicher fühlen könnten (vgl. Anlage 10.3). Es zeigte sich beispielsweise bei der Teilnehmerin TN2 eine gewisse Unsicherheit beim Singen in der Gruppe, die durch Textunsicherheit ausgelöst worden sei (Anlage 7.2, z. 29). Außerdem hätte diese Teilnehmerin in der ersten Sitzung ein komisches Gefühl gehabt, weil sie in Gedanken die ganze Zeit damit beschäftigt war, ob sie gerade für sich singt oder für das Baby (vgl. Anlage 10.1).

Tatsächlich scheint das Thema eine große Rolle gespielt zu haben, da sich bei der Auswertung der Interviews die Kategorie *Baby-Framing* ergab, die zwar in dem Interview der Teilnehmerin TN1 nicht kodiert wurde, dafür aber bei der anderen mit 4 kodierten Segmenten zu den dritthäufigsten Kategorien gehört (vgl. Anlage 9.3). Die Teilnehmerin TN2 erklärte, dass sie durch die noch nicht spürbaren Bewegungen des Ungeborenen am Anfang noch etwas Schwierigkeiten hatte, sich das Baby vorzustellen und dass sie sich gewünscht hätte, dass in dieser Phase die Übungen zum Singen direkt an das Baby gerichtet sind, was ihr evtl. hätte helfen können eine klarere Vorstellung zu bekommen (vgl. Anlage 7.2, z. 168 – 187). Das zeigt, dass eventuell auch schon vor der Zeit, in der Babys Schalleindrücke wahrnehmen und darauf reagieren können (Kaufmann & Nussberger, 2014; Elmer, 2015), durch die Vorstellung an das Baby die Bindung zu diesem gestärkt werden könnte. Dazu passt, dass werdende Eltern laut Geene (2018) ab der 12. SSW langsam die Vorstellung von sich als Eltern in ihr Empfinden integrieren.

Aus der Auswertung der Interviews hat sich die Kategorie *Empfehlung* ergeben, in der sich gezeigt hat, dass beide Teilnehmerinnen das Singen in der Schwangerschaft, bzw. den Workshop explizit weiterempfehlen würden (vgl. Anlage 7.1, z. 123,

Anlage 7.2, z. 134). In der Kategorie *Workshop-Evaluation* wurden Aussagen von beiden Teilnehmerinnen kodiert, in denen sie erklären, dass das Singen in der Gruppe sehr schön gewesen sei und gut funktioniert habe (vgl. Anlage 7.1, z. 170f, Anlage 7.2, z. 113f).

6.3 Integration des Singens in den Alltag

Als nächsten zentralen Aspekt erscheint die Frage, wie und ob das Singen von den Teilnehmerinnen in den Alltag integriert werden konnte. Dazu lässt sich zunächst aus der Auswertung des Fragebogens „Musikalische Aktivität“ zeigen, dass die Mittelwerte der Testantworten zwischen T1 und T2 bei beiden Teilnehmerinnen gestiegen sind. Beide Teilnehmerinnen gaben insbesondere bei den Items, die sich mit dem Summen und Singen für das Baby beschäftigen, beim zweiten Messzeitpunkt einen höheren Wert an, was für vermehrtes Summen und Singen spricht. Aus dem Dokumentationsbogen zur zweiten Sitzung geht jedoch hervor, dass beide Teilnehmerinnen erzählten, dass sie nicht häufiger gesungen haben (vgl. Anlage 10.2). In der Interviewauswertung ergab sich auch der Punkt, dass es schwierig gewesen sei, das Singen in den Alltag zu integrieren, wobei der einen Teilnehmerin der Workshop geholfen habe, sich auch zu Hause Zeit für das Singen für das Baby zu nehmen (vgl. Anlage 7.2, z. 44, Anlage 7.1, z. 16f). Das spricht neben der zuvor erwähnten Weiterempfehlung des Singens bzw. des Workshops auch dafür, dass der Workshop einen guten Raum und Rahmen bieten kann, das Singen für das Baby zu explorieren, da die Erhöhung der Testwerte vermutlich zum Teil auf die musikalische Aktivität innerhalb des Workshops zurückzuführen ist.

Beide Teilnehmerinnen erzählten in den Interviews allerdings auch von Momenten des Singens zu Hause, der Teilnehmerin TN1 falle das Singen leicht und sie singe oft z.B. beim Kochen und durch das Integrieren des für das Baby ausgewählten Liedes, habe sie öfter bewusst an dieses denken müssen (vgl. Anlage 7.1, z. 28 – 32). Bei der anderen Teilnehmerin (TN2ɜntwickelte sich das Ritual mit ihrem Mann abends gemeinsam den Bauch zu massieren und zu singen, wobei ihr Mann dann häufig gesungen habe (vgl. Anlage 7.2, z. 14 – 19, Anlage 10.3).

6.4 Beteiligung der Partnerpersonen

Tatsächlich leitete diese Entwicklung zu der Frage, ob es gewünscht gewesen wäre, dass die Partner auch an den Workshop teilgenommen hätten, woraus sich die Kategorie *Partnerbeteiligung* bildete, die bei beiden Teilnehmerinnen die Kategorie mit den meisten kodierten Segmenten geworden ist, was auf eine hohe Relevanz für die Teilnehmerinnen hindeuten könnte (vgl. Anlage 9.3). Tatsächlich bejahten beide Teilnehmerinnen die Frage dazu explizit (vgl. Anlage 7.1, z. 84, Anlage 7.2, z. 74). Die Teilnehmerin TN2 erklärte dazu, dass ihr Mann eigentlich keine Musik mache, während sie sich durch ihr Arbeitsfeld sowieso mit Musik beschäftige und dass es aber sehr schön gewesen sei mit ihm zusammen die Momente am Abend zu haben, wo sie beide für das Baby da sein konnten (vgl. Anlage 7.2, z. 78f, 15 – 17). Die andere Teilnehmerin erzählte, dass sie sich sehr gewünscht habe, dass ihr Mann sich auch mehr involvieren würde und sich zum Beispiel auch ein Lied für das Baby ausgesucht hätte, vor allem seit sie das von der Teilnehmerin TN2 gehört habe (Anlage 7.1, z. 78f, z. 104 – 106). Sie meinte: „Aber so das Dreiergefühl, so ich, mein Mann und das Baby, das fehlt mir ein bisschen.“ (Anlage 7.1, z. 112f).

Das verdeutlicht, dass die Partnerpersonen miteinzubeziehen eine große Rolle für die Bindungsentwicklung zwischen beiden primären Bezugspersonen und dem Ungeborenen spielen könnte. Dies lässt sich auch mit dem Punkt verbinden, dass Erwachsene häufig keinen spielerisch-nonverbalen Zugang zu Kommunikation zeigen, welcher jedoch zunächst der einzige ist, um sich mit dem Baby zu verständigen und vor allem eine Bindung aufzubauen (Stumptner & Thomsen, 2005), weshalb es sehr wichtig sein könnte, auch die Partner bei der Erkundung und Nutzung der Stimme zu unterstützen.

6.5 Entwicklung des Bindungserlebens

Diese Punkte führen schließlich zu dem letzten wichtigen Punkt, der Frage, ob und wie die Bindung durch die Intervention gestärkt werden konnte. Dazu lässt sich zunächst sagen, dass beide Teilnehmerinnen im Interview erzählten, dass die Bindung stärker geworden sei (vgl. Anlage 7.1, z. 36, Anlage 7.2, z. 5 – 8**).** Dazu passend konnte bei der Auswertung des Fragebogens MAAS beobachtet werden, dass

die Mittelwerte bei beiden Teilnehmerinnen im Testzeitraum stiegen, bei der Teilnehmerin TN1 war der Anstieg mit 3,68 % weniger stark als bei der Teilnehmerin TN2, wo der Mittelwert um 20,85 % gestiegen ist. Dieser Unterschied zwischen den beiden Teilnehmerinnen könnte im Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Stand in der Schwangerschaft stehen, da die Teilnehmerin TN1 zu Beginn des Workshops bereits in der 23. SSW war, während die andere Teilnehmerin erst in der 16. SSW war, somit war die natürliche Bindungsentwicklung zwischen der Teilnehmerin TN1 und ihrem Ungeborenen wahrscheinlich zu Beginn des Workshops schon weiter vorangeschritten als bei der anderen Teilnehmerin. Es zeigte sich, dass die Teilnehmerin schon zu Beginn der Schwangerschaft sehr häufig an das Baby gedacht habe (Item 1), während die andere Teilnehmerin da angab, eher selten an das Baby gedacht zu haben.

Allerdings war die Kategorie Bindung mit 6 und 5 kodierten Segmenten bei beiden die am zweitmeisten kodierte Kategorie (vgl. Anlage 9.3), was wiederum darauf hindeuten könnte, dass das Thema der Bindungsentwicklung durch den Workshop ein bewussterer Prozess geworden sein könnte. Dazu passend ergab sich bei der Auswertung der Interviews, dass schon allein durch das Aussuchen des Liedes für das Baby ein größerer gedanklicher Fokus auf das Baby entstanden sei (vgl. Anlage 7.2, z. 34f). Es habe Momente der bewussten gedanklichen Zuwendung gegeben, zum Beispiel ausgelöst durch das Hören des für das Baby ausgewählten Liedes und Momente des Singens als aktives Mittel, um etwas für das Baby zu tun (vgl. Anlage 7.2, z. 16-17). Gerade der letzte Punkt zeigt das Potential, diese Intervention auch mit den Partnern oder anderen geplanten primären Bezugspersonen durchzuführen, um ihnen eine Möglichkeit zu bieten, aktiv mit ihrem Baby in Kontakt zu kommen und so ebenfalls die Bindungsentwicklung zu fördern.

6.6 Fazit

Abschließend lässt sich also festhalten, dass die Intervention MSB einen guten Zugang bieten kann, um die Stimme im Sinne der Bindungsförderung zu explorieren und das Aussuchen eines Liedes für das Baby und die Arbeit damit eine passende Methode sein kann, um die pränatale Bindung werdender Mütter zu ihrem Ungeborenen zu fördern. Außerdem wird deutlich, dass zukünftige Studien einen größeren

Fokus auf die Einbeziehung von künftigen Bezugspersonen, insbesondere langfristigen Lebens- und Erziehungspartnern, legen könnten, da auch ihnen durch das Singen eine Möglichkeit geboten wird, die Bindung zu ihrem Kind schon präpartal zu fördern und sich mit ihm zu identifizieren.

[Kapitel 7 „Persönliche Reflexion“ ist nicht Teil dieses Auszugs.]

8 Literaturverzeichnis

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment* (2 Aufl.). Basic Books.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Carlsen Misic, M. et al. (2025). Effect of combined skin-to-skin contact, breastfeeding, and parents' live lullaby singing on relieving acute procedural pain in neonates (SWEpap): a multicenter randomized controlled trial in Sweden. *BMC Pediatrics*. https://doi.org/10.1186/s12887-025-06393-y

Condon, J. (2015). Maternal Antenatal Attachment Scale. In.

Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd edition Aufl.). SAGE Publications.

Elmer, S. S. (2015). *Kind und Musik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41692-7

Geene, R. (2018). *Gesundheitsförderung rund um die Geburt – Das 10-Phasen-Modell zur Identifikation von Präventionsbedarfen und -potenzialen* (Vol. 80). https://doi.org/10.1055/s-0038-1667617

Kaufmann, J. & Nussberger, R. E. M. L. M. M. (2014). *gespürt - gehört - gebor(g)en Musiktherapie mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Reichert Verl.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4., überarbeitete Auflage Aufl.). Beltz Juventa.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage Aufl.). Beltz.

Lehnig, F. et al. (2024). Reliability and validity of the original and brief German version of the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): Longitudinal study findings. *PLOS ONE*, *19*(12), e0316374. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316374

Loewy, J. (2015). NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1337*, 178-185. https://doi.org/10.1111/nyas.12648

Loewy, J. et al. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, *131*(5), 902-918. https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367

Persico, G. et al. (2017). Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour. Concurrent Cohort Study. *Women and Birth*, *30*(4), e214-e220. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.007

Phan Quoc, E. (2020). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Musiktherapie. In H. U. Schmidt et al. (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 169-189). Elsevier.

Politimou, N. et al. (2018). Music@Home: A novel instrument to assess the home musical environment in the early years. *PLOS ONE*, *13*(4), e0193819. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193819

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2025). *Hamburger Melderegister: Regionaldaten Stadtteil Hamburg-Harburg*. https://region.statistik-nord.de/detail/10000000000000/2/0/227765/

Stumptner, K. & Thomsen, C. (2005). MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind-Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren. *Praxis der*

Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, *54*(8), 684-699. https://doi.org/10.25656/01:966

Interventionsablauf MSB – Musically supported bonding

Drei Sitzungen à 90 Minuten im Abstand von jeweils zwei Wochen

Sitzung 1 – Einführung und Leitmotiv

Dauer	Baustein	Inhalt / Durchführung
10 min	**Einleitung**	• Vorstellung von Team und Rahmen des Projekts • Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen: Name, gewünschte Anrede/Pronomen – Was spricht Sie an diesem Projekt an? – In einem Satz: Wie sind Sie heute hier? • Kurze Rückmeldung auf die Vorstellungsrunde • Disclaimer: keine Therapiesitzung, sondern Forschungsprojekt – Die Teilnehmerinnen sind Expertinnen für ihren Körper und hören auf diesen – Freiwillige Teilnahme; bei jeder Übung kann neu entschieden werden – Fragen und Feedback sind jederzeit willkommen
10 min	**Fragebogen (t1)**	• Einordnung: Teil des Forschungsprojekts, kein Richtig oder Falsch, intuitiv antworten • Ausfüllen der Fragebögen unter dem bei der Anmeldung vergebenen Code
8 min	**Aufwärmübungen**	• Im Kreis: Strecken, Abklopfen (insbesondere Brustkorb), Gähnen
7 min	**Stimmübungen**	• Tönen, Lautieren, Brummen, Summen • Einführend werden alle Übungen vorgestellt • Durchführung im Gehen durch den Raum, Übungen werden angesagt
20 min	**Erstes Bindungslied (Leitmotiv)**	• Einführung und gemeinsames Singen von „Thula Baba“ (Zulu) • Zunächst nur die Melodie, ohne Text: summen, brummen, tönen • Reflexion zum Lied: Wie fühlen Sie sich? Körpergefühl abfragen – Wie hat sich das Vokalisieren angefühlt? Passt das Lied? – Ziel: Stärkung der Eigenwahrnehmung • Offene Frage: Gibt es ein Lied, das Ihnen in den Sinn kommt und das Sie für Ihr Baby singen möchten? – Gegebenenfalls gemeinsames Singen oder Summen • Optional: „Guten Abend, gute Nacht“ mehrsprachig
5 min	**Pause**	—

Dauer	Baustein	Inhalt / Durchführung
10 min	**Edukation**	• Präverbale Kommunikation bei Babys
5 min	**Leitmotiv aufgreifen**	• Vorsummen und Lautieren des Leitmotivs • Gemeinsames Vertiefen in einem meditativen Modus
5 min	**Ausblick & Hausaufgabe**	• Hausaufgabe „Musik hören“: viel Musik hören, die gefällt – Wiegenlieder als Option; Playlists werden zur Verfügung gestellt – Leitfrage: Wie wirkt die Musik auf Sie? – Mindestens ein Lied auswählen und zur nächsten Sitzung mitbringen • Ausblick: Mit diesen Liedern wird in den folgenden Sitzungen gearbeitet
7 min	**Entspannungsübung**	• Bienenatmung (Ohren schließen und brummen)
3 min	**Abschluss**	• Schlagwortrunde: Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?

Hausaufgabe: Viel Musik hören, die gefällt; Wiegenlieder sind eine Option. Mindestens ein Lied auswählen und zur zweiten Sitzung mitbringen.

Sitzung 2 – Arbeit mit den mitgebrachten Liedern

Dauer	Baustein	Inhalt / Durchführung
10 min	**Ankommen & Revision**	• Befindlichkeitsrunde: Wie sind Sie heute hier? Gibt es etwas, das Sie teilen möchten? • Rückblick auf die vorangegangene Sitzung • Agenda für die heutige Sitzung
10 min	**Aufwärm- & Stimmübungen**	• Ablauf wie in Sitzung 1, stehend im Kreis • Leitmotiv „Thula Baba“ nun mit Text singen
40 min	**Intervention (inkl. Pause)**	• Das mitgebrachte Lied über Kopfhörer hören und dazu vokalisieren – Dabei im Raum umhergehen, gegebenenfalls im Rhythmus bewegen • Alle mitgebrachten Lieder gemeinsam anhören – Spontan je einen Teil auswählen und vorsingen oder vorsummen – Gemeinsames unisono Singen bzw. Summen • Reflexion nach jedem gemeinsam gesungenen Teil: – Wie fühlen Sie sich jetzt? – Was hat die Melodie mit Ihnen gemacht? – Einordnung: eher ruhiges Lied oder Schlaflied? • Bei verbleibender Zeit: Methodik mit weiteren Liedern erproben, vorzugsweise mit Liedern der Teilnehmerinnen
8 min	**Edukation**	• Wirkung und Nutzung von Stimme, Singen und Wiegenliedern – Beruhigen und Kommunizieren – Bedeutung für Eltern und Kinder • Wiegenlieder konstruieren (Loewy, 2015; Loewy et al., 2013)
2 min	**Hausaufgabe**	• Für den Fötus singen, gerne mit den erarbeiteten Liedern
5 min	**Entspannungsübung**	• Vokalimprovisation zur Körpertambura
5 min	**Abschluss**	• Drei Wörter: Wie geht es Ihnen jetzt?

Hausaufgabe: Für den Fötus singen, gerne mit den in der Sitzung erarbeiteten Liedern.

Sitzung 3 – Vertiefung und Transfer

Dauer	Baustein	Inhalt / Durchführung
5 min	**Ankommen**	• Befindlichkeitsrunde: Wie sind Sie heute hier? Gibt es etwas, das Sie teilen möchten? • Wie war es, für den Fötus zu singen? • Reflexionsrunde: aktueller Stand, wahrgenommene Veränderungen
2 min	**Revision**	• Rückblick auf die vorangegangene Sitzung
3 min	**Agenda**	• Überblick über den Ablauf der heutigen Sitzung
5 min	**Aufwärm- & Stimmübungen**	• Ablauf wie in Sitzung 2
5 min	**Leitmotiv**	• „Thula Baba“ a cappella
40 min	**Intervention**	• Alle Lieder gemeinsam hören und singen, jeweils: – Die Teilnehmerin spielt ihren Lieblingsteil des Liedes an – Die Teilnehmerin singt dazu (oder stellvertretend die Therapeutin) – Gemeinsames unisono Singen • Reflexion nach jedem gemeinsam gesungenen Teil: – Wie fühlen Sie sich jetzt? – Was hat die Melodie mit Ihnen gemacht? • Nach Möglichkeit mehrere Lieder, vorzugsweise Lieder der Teilnehmerinnen • Abschließend Raum für letzte Fragen zum Singen
5 min	**Pause**	—
5 min	**Edukation**	• Bindungslied: Wodurch unterstützt das Lied die Bindung? • Die Bindung zum Kind beginnt bereits in der Fötalphase • Darstellung der Bindungsentwicklung
15 min	**Fragebogen (t2)**	• Ausfüllen der Fragebögen unter dem bei der Anmeldung vergebenen Code
5 min	**Ausblick & Abschluss**	• Wie lässt sich das Erarbeitete weiter anwenden? • Ermutigung: Angebote finden, bei denen die eigene Stimme genutzt werden kann • Wobei kann Musiktherapie darüber hinaus unterstützen? • Refrain „Thula Baba“ in drei Durchgängen: einmal laut mit Text, einmal in mittlerer Lautstärke, einmal sehr leise gesummt bzw. gebrummt – Die Form des Vokalisierens wählen die Teilnehmerinnen selbst

Im Anschluss: Vier qualitative Interviews von je 30 Minuten mit den Teilnehmerinnen.

Anlage 3.1

Handout Teil 1: Präverbale Kommunikation

EDUKATION · TEIL 1

Präverbale Kommunikation bei Babys

Wie Babys schon vor der Sprache kommunizieren – und warum die Bezugsperson dabei zentral ist.

Einleitung

Wirts, 2011, S. 3

- Grundbedürfnis des Menschen: der Austausch mit anderen Menschen – deswegen lernen Kinder zu sprechen, sie kommunizieren jedoch schon vorher.
- Für die Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten braucht das Kind einen **Interaktionspartner**.
- Die Förderung der Sprachentwicklung ist eng mit der Bindungs- und der sozio-emotionalen Entwicklung verwoben – sie baut auf der Kommunikation der Interaktionspartner auf.

Affektausdruck des Babys

Schneider, 2010, S. 39

- Wird das Bindungssystem aktiviert, zeigt das Baby Bindungsverhalten (z.B. Weinen, Schreien, Klammern).
- Diese Reaktion soll Nähe zur Bezugsperson herstellen, die das Bedürfnis des Babys erfüllen soll.
- Der Affektausdruck hängt ab vom **Verhalten der Mutter** und von der **Fähigkeit des Kindes** zur eigenen Emotions- bzw. Erregungsregulation.

Zwei Funktionen des kindlichen Affektausdrucks



nach Schneider, 2010

- Positive Erfahrungen fördern die kognitiv-sprachliche Entwicklung, weil:
  - mehr Interaktion stattfindet,
  - mehr Lern- und Stimulationsangebote vorhanden sind,
  - das Kind seine Umwelt aktiver erkunden kann.

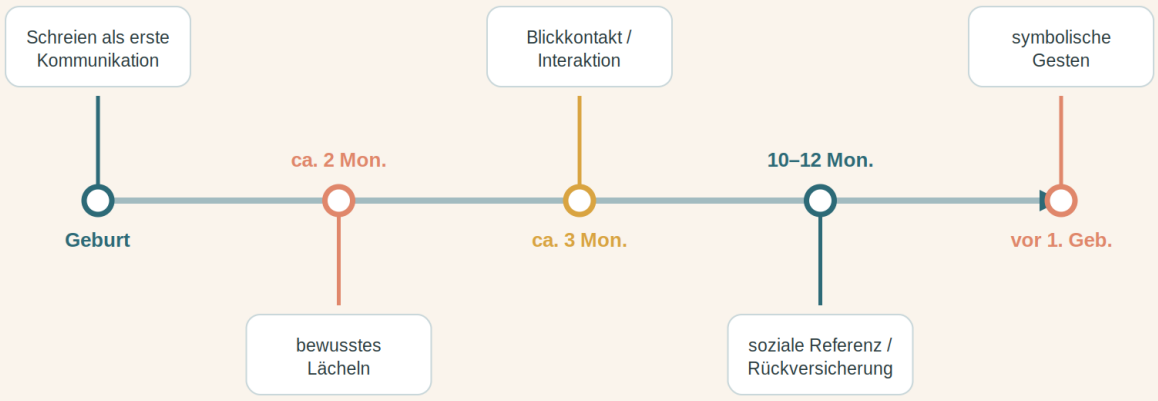
Intentionales Handeln des Kindes

Fuisz-Szammer & Samonig, 2011, S. 9–10

- In den ersten Lebensjahren entwickelt das Kind die Fähigkeit, **intentional** (absichtsvoll) zu handeln.

- Es erkennt, dass es durch eigenes Handeln Wirkungen auf Dinge und Personen auslösen kann.
- Anfangs erlebt das Kind Situationen vor allem über den Körper – später werden diese Erfahrungen sprachlich ausgedrückt.
- Bezugspersonen deuten frühe Gesten und Laute als absichtsvolle Kommunikation – dadurch erlebt sich das Kind **als wirksam** in der Interaktion.
- Durch die Reaktionen anderer lernt das Kind, dass seine Äußerungen Wirkung haben; so entwickelt sich die kindliche Intentionalität.

Zeitstrahl der präverbalen Kommunikation



nach Wirts, 2011; Fuisz-Szammer & Samonig, 2011

Formen der präverbalen Kommunikation

Formen der präverbalen Kommunikation

Schreien	Gesichtsausdruck	Blickkontakt	Gem. Aufmerksamkeit	Symbolische Gesten
Signalisiert Unwohlsein; bald nach Anlass variiert (Hunger, Müdigkeit)	Mimik drückt Emotionen aus; ab ca. 2 Mon. bewusstes Lächeln	Ab ca. 3 Mon.; zeigt Interesse, ermöglicht dialogischen Austausch	Gemeinsames Ausrichten der Aufmerksamkeit; soziale Referenz	Vor 1. Geburtstag: Winken = Tschüss, Kopfschütteln = Nein

nach Wirts, 2011; Fuisz-Szammer & Samonig, 2011

Schreien – Wirts, 2011, S. 3

- Von Geburt an signalisiert das Baby jede Art von Unwohlsein durch Schreien – Kommunikation von Bedürfnissen.
- Durch verlässliche und dem Bedürfnis angepasste Reaktionen der Bezugspersonen erlernt das Baby die Kommunikation.
- Neugeborene schreien noch undifferenziert; ein wenige Wochen altes Baby variiert sein Schreien je nach Anlass (z.B. Hunger oder Müdigkeit) – die Bezugsperson erkennt die verschiedenen Schreiarten meist.

Gesichtsausdruck – Fuisz-Szammer & Samonig, 2011, S. 17–18

- Nonverbales Verhalten ist an Emotionen gebunden – die Mimik ist am spezifischsten für den Ausdruck bestimmter Emotionen.
- Es ist eine angeborene Fähigkeit; unterschieden wird zwischen ungesteuertem und gesteuertem Gesichtsausdruck.
- Z.B. kann das Kind im Alter von ca. 2 Monaten bewusst lächeln.

Blickkontakt – Wirts, 2011, S. 5; Fuisz-Szammer & Samonig, 2011, S. 19

- Babys können ab ca. 3 Monaten durch Blickkontakt Interesse an Interaktion zeigen.
- Blickkontakt des Babys löst bei der Bezugsperson erhöhte Äußerungen aus – ein dialogischer Austausch wird möglich; gegenseitige Aufmerksamkeit wird signalisiert.
- Durch Augenkontakt zeigt das Kind die Bereitschaft zur Kommunikation.
- Das Blickverhalten hat besondere Bedeutung für die emotionale, soziale und kognitive Entwicklung; gemeinsame visuelle Aufmerksamkeit und soziale Bezugnahme sind wichtig für den Spracherwerb und das Deuten kommunikativer Botschaften.

Gemeinsame Aufmerksamkeit – Fuisz-Szammer & Samonig, 2011, S. 10–11

- Gehört zu den Basisfähigkeiten der Kommunikationsentwicklung.
- Schon in den ersten Monaten ist ein gemeinsames Ausrichten der Aufmerksamkeit möglich – anfangs stark vom spontanen visuellen Interesse des Kindes abhängig, dann von der Bezugsperson lenkbar.
- Im Alter von 10 bis 12 Monaten zeigen Kinder Zeichen von **sozialer Referenz** – Kontaktaufnahme zur Bezugsperson zur emotionalen Rückversicherung.

Symbolische Gesten – Wirts, 2011, S. 9

- Kinder verwenden meist schon vor dem ersten Geburtstag symbolische Gesten (z.B. Kopfschütteln = Nein, Winken = Tschüss, Pusten = zu heiß).
- Symbolische Gesten werden ähnlich gelernt wie Sprache – durch Beobachtung und Wiederholung; Häufigkeit und Art der Einführung durch Erwachsene sind wichtig.

Literatur

Fuisz-Szammer, N., & Samonig, H. (2011). Das Deutsche Jugendinstitut e.V. Die Bedeutung des nonverbalen Ausdrucks für den Spracherwerb. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/672_Expertise_Fuisz-Szammer_Samonig.pdf

Schneider, A. (2010). Institut für Medizinische Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen. Die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter für die kognitive Entwicklung im frühen Kindesalter. https://d-nb.info/1063109744/34

Wirts, C. (2011). KiTa Fachtexte. Kommunikation von und mit Kleinkindern im ersten Lebensjahr. https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/FT_Wirts_2011.pdf

Anlage 3.2

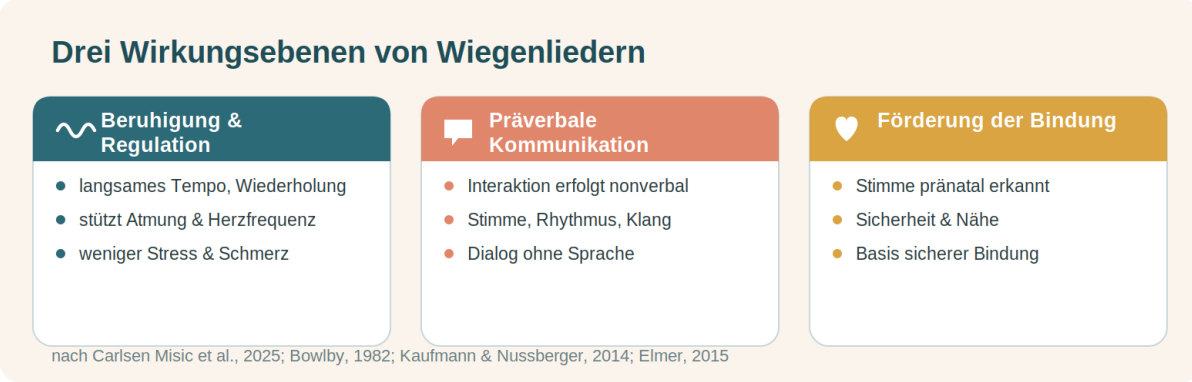
Handout Teil 2: Wirken und Nutzung

EDUKATION · TEIL 2

Wirkung und Nutzung von Wiegenliedern

Warum die eigene Stimme ein zentrales Mittel präverbaler Kommunikation und Bindungsförderung ist.

Drei Wirkungsebenen



nach Carlsen Misic et al., 2025; Bowlby, 1982; Kaufmann & Nussberger, 2014; Elmer, 2015

Beruhigung und Regulation

- Wiegenlieder wirken durch langsames Tempo, Wiederholung und einfache Melodien beruhigend.
- Unterstützung der physiologischen Regulation (z.B. Atmung, Herzfrequenz).
- Reduktion von Stress und Schmerz bei Säuglingen.

KURZE EINORDNUNG

Die Kombination aus rhythmischer Vorhersagbarkeit und vertrauter Stimme schafft Sicherheit und erleichtert die Selbstregulation. Eine randomisierte Studie zeigt, dass elterliches Singen bei medizinischen Eingriffen eine signifikante beruhigende Wirkung auf Neugeborene hat (Carlsen Misic et al., 2025).

Präverbale Kommunikation

- Frühe Interaktion erfolgt primär nonverbal.
- Stimme, Rhythmus und Klang fungieren als zentrale Kommunikationsmittel.
- Wiegenlieder ermöglichen einen dialogischen Austausch ohne Sprache.

KURZE EINORDNUNG

Bindung entsteht durch feinfühlige Reaktionen auf kindliche Signale. Da Sprache zunächst fehlt, übernimmt musikalisch-stimmliche Kommunikation diese Funktion (Bowlby, 1982; Phan Quoc, 2020).

Förderung der Bindung

- Wiedererkennung der elterlichen Stimme bereits pränatal.
- Aufbau von Sicherheit, Vertrauen und emotionaler Nähe.
- Grundlage für eine spätere sichere Bindung.

KURZE EINORDNUNG

Föten nehmen ab etwa der 24. Schwangerschaftswoche akustische Reize wahr und reagieren im letzten Trimester darauf (Kaufmann & Nussberger, 2014; Elmer, 2015). Dadurch kann der Bindungsaufbau bereits vor der Geburt beginnen.

2.1 Nutzung im Kontext Eltern–Kind

Für das Kind

- emotionale Sicherheit und Orientierung
- Unterstützung der Selbstregulation
- frühe Beziehungserfahrung

Für die Eltern

- Zugang zur nonverbalen Kommunikation
- Förderung der elterlichen Sensitivität
- Stärkung der Selbstwirksamkeit

Relevanz im heutigen Alltag

- Die subjektive Einschätzung, „unmusikalisch zu sein“, hemmt den Einsatz der eigenen Stimme.
- Ersatz durch Musikmedien reduziert die direkte Interaktion.

> **ZENTRALER PUNKT**
> Die eigene Stimme ist ein relationales Medium und kann durch technische Wiedergabe nicht ersetzt werden.

2.2 Konstruktion von Wiegenliedern nach Loewy

Bezug zu Joanne Loewy



Grundprinzipien

- **Einfachheit:** begrenzter Tonumfang, leicht reproduzierbar.
- **Wiederholung:** stabile Struktur und Vorhersagbarkeit.
- **Langsames Tempo:** Anpassung an ruhige physiologische Zustände.
- **Klangqualität:** weiche Vokale, Summen, Brummen.
- **Individualisierung:** persönlicher emotionaler Bezug.

Praktische Umsetzung in der Intervention

- Summen und Brummen als niederschwelliger Einstieg.
- Verwendung vertrauter Melodien.
- Entwicklung eines eigenen, personalisierten Wiegenlieds.

> **ZENTRALER PUNKT**
> Musikalische Vorerfahrung ist nicht erforderlich; entscheidend ist die Qualität der Interaktion.

Einordnung in das Forschungsprojekt (MSB)

Die Edukation zu Wirkung und Konstruktion von Wiegenliedern bildet die Grundlage dafür, dass die Teilnehmerinnen ihre Stimme aktiv nutzen und diese als Mittel zur präverbalen Kommunikation und Bindungsförderung in den Alltag integrieren.

Literatur

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). Basic Books.

Carlsen Misic, M., et al. (2025). Effect of combined skin-to-skin contact, breastfeeding, and parents' live lullaby singing on relieving acute procedural pain in neonates (SWEpap): A multicenter randomized controlled trial in Sweden. BMC Pediatrics. https://doi.org/10.1186/s12887-025-06393-y

Elmer, S. (2015). Kind und Musik. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41692-7

Kaufmann, J., & Nussberger, R. (2014). Gespürt – gehört – gebor(g)en: Musiktherapie mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern. Reichert.

Loewy, J. (2015). NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice. Annals of the New York Academy of Sciences, 1337, 178–185. https://doi.org/10.1111/nyas.12648

Loewy, J., et al. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. Pediatrics, 131(5), 902–918. https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367

Phan Quoc, E. (2020). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Musiktherapie. In H. U. Schmidt et al. (Hrsg.), Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen (S. 169–189). Elsevier.

Stumptner, K., & Thomsen, C. (2005). MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind-Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54(8), 684–699.

Anlage 3.3

Handout Teil 3: Bindung

EDUKATION · TEIL 3

Bindung

Wie das emotionale Band zwischen Kind und Bezugsperson entsteht – schon vor der Geburt.

Bindungsentwicklung

Phan Quoc, 2021

- John Bowlby (Arzt und Psychoanalytiker, 20. Jh.): Jeder Säugling bekommt ein biologisch verankertes **Bindungsverhalten** („attachment“) mit – das Kind nimmt Kontakt zu seiner sozialen Umgebung auf und sucht bei Bedarf Nähe, Schutz und Zuwendung einer vertrauten Person.
- Auf der anderen Seite steht das **Pflege- und Fürsorgeverhalten** der Bezugspersonen („bonding“).

Das Bindungsverhalten kann sich zeigen durch

- Arme ausstrecken · Lächeln · Weinen · Trauer · Verzweiflung · Protest · Ärger · Nachlaufen · Festklammern

Das Bedürfnis nach Schutz und Nähe kann befriedigt werden durch

- Körperkontakt
- emotionale Zuwendung

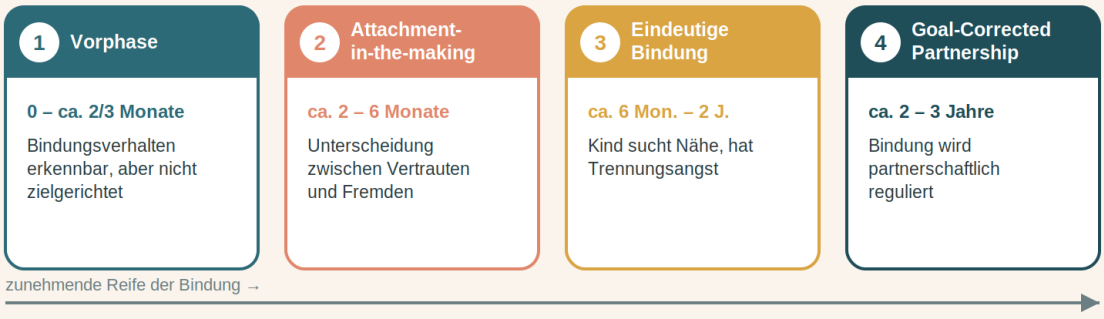
- Das entstehende Wechselspiel ist für den Säugling lebensnotwendig; das Bindungsverhalten wird vor allem in **Stresssituationen** aktiviert (innere Faktoren wie Hunger, Müdigkeit oder Schmerz; oder eine fremde Umgebung/Person bzw. die Trennung von der Bezugsperson).
- Durch Trösten bzw. feinfühliges Reagieren lernt das Kind, dass Emotionen reguliert werden können und Bedürfnisse erkannt werden – eine wichtige Grundlage für die spätere Selbstregulation und das Selbstwertgefühl.

Was meint „Bindung“ eigentlich? Bindung wird als emotionales Band zwischen Kind und Bezugsperson beschrieben:

> *“in den Gefühlen verankert ist und sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet”* (Ainsworth, 1979)

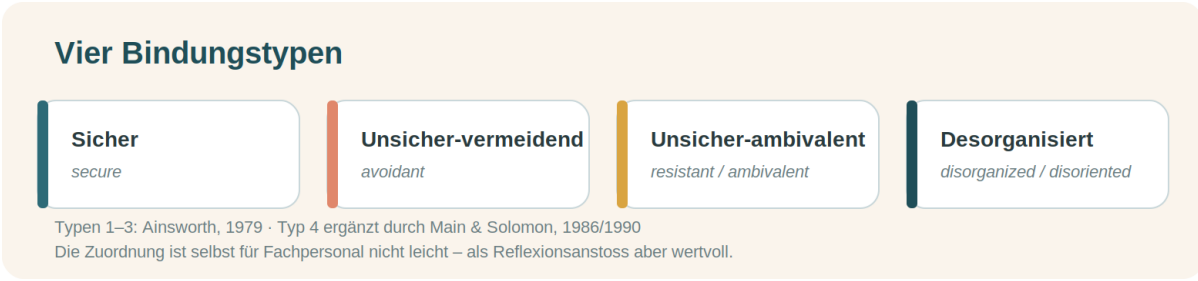
- Bindung ist also etwas sehr Elementares; das Bindungsverhalten entwickelt sich noch vor kognitiven Prozessen und bleibt daher unbewusst und eher in den Gefühlen verankert.

Vier Phasen der Bindungsentwicklung (Bowlby, 1969)



- In diesem Prozess bildet sich beim Kind in den ersten Lebensmonaten ein **„inneres Arbeitsmodell“**, das die unbewussten Erwartungen an neue Menschen und ihr Verhalten sowie das eigene Verhalten prägt – es bleibt meist das ganze Leben stabil.

Bindungstypen



- Mary Ainsworth (1979) entwickelte ein Verfahren zur Untersuchung des Bindungsverhaltens bei Kleinkindern und beschrieb drei Bindungstypen: **secure** (sicher), **avoidant** (unsicher-vermeidend) und **resistant/ambivalent** (unsicher-ambivalent).
- Main & Solomon (1986, 1990) ergänzten einen vierten Typ: **disorganized/disoriented** (desorganisiert-desorientiert).

HINWEIS
Welcher Bindungstyp vorliegt, ist selbst von Fachpersonal nicht leicht festzustellen. Das Thema kann aber für die Reflexion über das eigene Bindungsverhalten ein interessanter Ausgangspunkt sein.

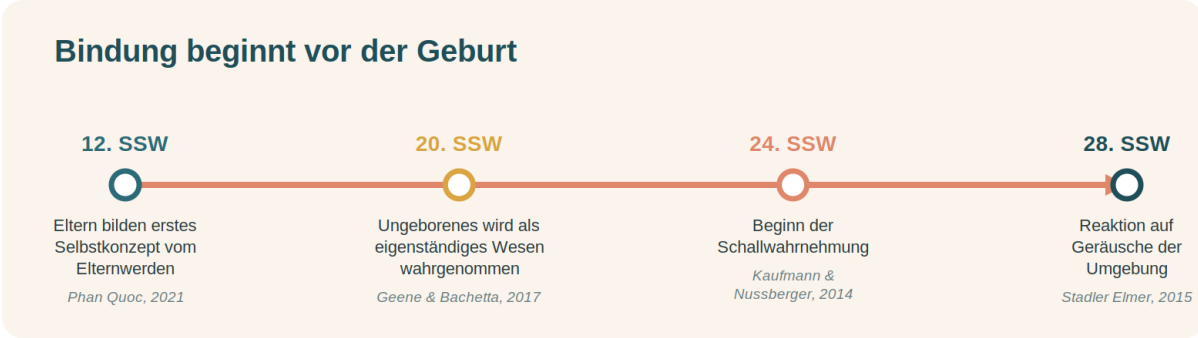
Warum ist dieses Thema so wichtig?

- Kinder mit einer sicheren Bindung haben ein stabiles Fundament für die Persönlichkeitsentwicklung und die gesunde körperliche, geistige und soziale Entwicklung.
- Sie haben in schwierigen Situationen mehr Bewältigungsmöglichkeiten als unsicher oder desorganisiert gebundene Kinder – und ein geringeres Risiko für psychische Erkrankungen (K. H. Brisch, 2026, https://www.khbrisch.de).
- Die sichere Bindung wird durch das feinfühlige Reagieren der Bezugspersonen auf die kindlichen Bedürfnisse gefördert (das Fürsorgeverhalten; Mittel: Körperkontakt und emotionale Zuwendung).

> *"Feinfühligkeit meint die Fähigkeit einer Bezugsperson, die Signale und Bedürfnisse eines Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und darauf angemessen und prompt zu reagieren."* (Phan Quoc, 2021)

- Dabei ist die nonverbale Kommunikation über Gestik und Mimik – aber eben auch die stimmliche Reaktion – sehr ausschlaggebend: Säuglinge nehmen die melodischen Konturen und rhythmischen Muster in der Stimme wahr (Stumptner & Thomsen, 2005).

Bindung beginnt schon beim Fötus



- Die Anfänge der Bindungsbeziehung lassen sich im Prozess der inneren Zuwendung der werdenden Eltern zu ihrem Ungeborenen finden (Phan Quoc, 2021).

- ab ca. **12. SSW:** bei den Eltern beginnt der Prozess, in dem ein erstes Selbstkonzept vom Elternwerden gebildet wird.
- ab ca. **20. SSW:** das Ungeborene wird zunehmend als eigenständiges Wesen wahrgenommen (Geene & Bachetta, 2017).
- ab ca. **24. SSW:** beim Ungeborenen beginnt die Schallwahrnehmung (Kaufmann & Nussberger, 2014).
- ab ca. **28. SSW:** die Ungeborenen können auf die Geräusche der Umgebung reagieren (Stadler Elmer, 2015).

Bindungslied – warum helfen Lieder bei der Bindung?

- Musik lässt sich durch Veränderung in Rhythmus, Klang, Melodie und Dynamik gut an die präverbalen Ausdrucks-, Spiel- und Kommunikationsmöglichkeiten von Säuglingen anpassen (Stumptner & Thomsen, 2005).
- Die mütterliche Stimme verbindet die Zeit vor und nach der Geburt; Singen und Summen kann auch auf die Mutter selbst wirken.

Beispiel: Studie aus Italien

  - Gruppe A wurde in der Schwangerschaft begleitet (verschiedene Wiegenlieder; zwei individuell ausgewählte wurden auch nach der Geburt regelmäßig gesungen).
  - Gruppe B sang nur ein kleiner Teil und deutlich unregelmäßiger – vor und nach der Geburt.
  - Ergebnis: In der Singgruppe wurden im ersten Monat nach der Geburt deutlich kürzere Weinperioden beobachtet.
  - Die Mütter der Singgruppe nahmen die Bindung drei Monate nach der Geburt als stärker wahr und berichteten von geringerem Stress.
- Das zeigt: Singen kann eine gute Methode sein, um die Bindung vor und nach der Geburt zu stärken.

> **ZUM SCHLUSS**
> Das Wissen bildet einen guten theoretischen Hintergrund zum Umgang mit Säuglingen – das Wichtigste bleibt aber, sich intuitiv auf das Kind einzulassen. Es müssen keine Meisterwerke gesungen, keine Erinnerungen im Handy gespeichert und keine Vergleiche mit anderen gezogen werden. Denn Ihre ganz persönliche Art wird genau die Richtige für Ihr Kind sein!

Im Text zitierte Quellen

Ainsworth, M. D. S. (1979).

Bowlby, J. (1969). Bindungsentwicklung (Phasenmodell).

Brisch, K. H. (2026). https://www.khbrisch.de

Geene, R., & Bachetta, A. (2017).

Kaufmann, J., & Nussberger, R. (2014). Gespürt – gehört – gebor(g)en. Reichert.

Main, M., & Solomon, J. (1986, 1990). Ergänzung des vierten Bindungstyps.

Phan Quoc, E. (2021). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Musiktherapie.

Stadler Elmer, S. (2015). Kind und Musik. Springer.

Stumptner, K., & Thomsen, C. (2005). MusikSpielTherapie (MST). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54(8), 684–699.

Anlage 8

Kategoriensystem

Anlage 8: Kategoriensystem

Hinweis: HK 7 bis HK 9 sowie die mit * markierten Subkategorien wurden induktiv aus dem Material ergänzt (HK 7/8 aus TN1; HK 9 und * aus TN2).

Code	Hauptkategorie	Definition/ Subkategorien	Kodierregel
HK 1	Bindungsentwicklung zum Ungeborenen	1.1 Wahrgenommene Verstärkung der Bindung 1.2 Bewusstes Zuwenden / mentale Präsenz 1.3 Singen als aktive Interaktion / Tun für das Baby 1.4* Erwartete (zukünftige) Wirkung bei noch geringer fetaler Reaktionsfähigkeit	Wahrgenommene Veränderung/Vertiefung der pränatalen Bindung.
HK 2	Rolle und Praxis des Singens im Alltag	2.1 Fokussiertes Singen (ritualisierte Zeit) 2.2 Nebenbei-Singen (in Alltagstätigkeiten eingebettet) 2.3 Nutzung der Workshop-Lieder / Playlist 2.4* Restriktive Fokussierung auf Schlaflieder	Wie, wann und in welchen Situationen tatsächlich gesungen wird.
HK 3	Partnerbeteiligung und Familienerleben	3.1 Wunsch nach Partner-Teilnahme am Programm 3.2 Erlebte (begrenzte) Involviertheit des Partners 3.3 Bedürfnis nach „Dreiergefühl" / gemeinsamer Familienbindung	Rolle des Partners, Wunsch nach Teilnahme, gemeinsames Erleben.
HK 4	Barrieren und förderliche Faktoren des Singens	4.1 Barriere: fehlende Zeit 4.2 Förderlich: eigene musikalische Vorerfahrung 4.3 Förderlich: Workshop-Struktur (Zeit, Raum, Playlist) 4.4* Förderlich: ritualisierte Paarzeit als Rahmen 4.5* Unsicherheit / Schamschwelle (z. B. Text, Privatsphäre)	Hindernisse bzw. hilfreiche Bedingungen für das Singen.
HK 5	Körperwahrnehmung und Regulation	5.1 Körperwahrnehmung beim Singen (Vibrationen) 5.2 Entspannungserleben der Mutter 5.3 Wahrgenommene beruhigende Wirkung auf das Baby	Körperwahrnehmung beim Singen, Entspannung, Wirkung aufs Baby.
HK 6	Empfehlung und Übertragbarkeit	6.1 Explizite Weiterempfehlung 6.2 Wertvolle Kernerfahrung: gewidmete Verbindungszeit	Weiterempfehlung und Gründe dafür.

		6.3* Stimme als Ressource für die Zeit nach der Geburt	
HK 7	Workshop-Evaluation (induktiv)	7.1 Edukationsanteile als Wissensgewinn/Bestätigung 7.2 Entspannungsübungen positiv bewertet 7.3 Gruppenerleben als positive Überraschung 7.4* Wunsch nach größerer Gruppe / mehr Austausch	Bewertung einzelner Interventionselemente.
HK 8	Musikalische Vorerfahrung und Weiterführug (induktiv)	8.1 Musikalische Vorerfahrung und Leichtigkeit 8.2 Intention zur zukünftigen Anwendung	Selbstbeschreibung zur Vorerfahrung und Zukunftspläne
HK 9	Baby-Framing und Adressiertheit der Übungen (induktiv)	Wunsch nach expliziter Kennzeichnung, dass Übungen dem Baby gelten; Unterscheidung „fürs Baby" vs. „für mich".	Adressiertheit von Übungsanteilen im Workshop.