

**Belastungen und Ressourcen von Müttern
und Vätern in Erziehungsverantwortung
BelRes-Studie 2011/12**

Ergebnisse aus 16 Mutter-Kind-Kliniken

Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung BelRes-Studie 2011/12

Ergebnisse aus 16 Mutter-Kind-Kliniken

Projektleitung

Friederike Otto
Forschungsverbund Familiengesundheit
Medizinische Soziologie OE 5420
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. 0511 / 532 6428 Fax 0511 / 532 6429
E-Mail: otto.friederike@mh-hannover.de

Projektmitarbeit

Heike Koch-Giesselmann, Dr. Ulrich Sieger †

© Copyright 2021 – Urheberrechtshinweis
Alle Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, beim Forschungsverbund Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover. Bitte fragen Sie uns (forschungsverbund@mh-hannover.de), falls Sie die Inhalte dieses Konzeptes verwenden möchten.

Das Wichtigste in Kürze

Datengrundlage

- Teilnahme an der BelRes-Studie: 16 Mutter-Kind- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kliniken
- Erhebungszeitraum: Mai bis November 2011
- Datenauswertung von 1.285 Müttern, 35 Vätern, 3 Großmüttern und 2.046 Kindern

Ergebnisse

- Alter der Mütter/Väter: 38,4 Jahre (23-51 J.); Alter der Kinder: 7,1 Jahre (0-15 J.)
- Behandlungsschwerpunkte der Mütter/Väter: Burnout, orthopädische Beschwerden/ Rückenschmerzen, psychische Beschwerden/Angst und Depression, Migräne
- Kinder: 41 % behandlungsbedürftig (Diagnosen: Atemwege, Haut, Allergien, Verhalten)
- Belastende Kontextfaktoren: ständiges Dasein für die Familie, Zeitdruck, fehlende Regeneration, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Erziehungs- und familiäre Probleme
- Zunehmende Bedeutung von arbeitsplatzbezogenen Belastungen
- 51,5 % der Pat. sind durch Schlafstörungen, 73,5 % durch Schmerzen mäßig bis sehr stark beeinträchtigt
- 10,9% der Pat. nehmen regelmäßig Antidepressiva
- 32 % der Pat. sind nach ICF-Einschätzung Reha-bedürftig, aber nur 5 % hatten einen Reha-Status
- Im Kurverlauf signifikante Reduktion allgemeiner und psychischer Beschwerden
- Höchst signifikante Verbesserungen der Beschwerden bei Burnout (insbesondere Reduktion der emotionalen Erschöpfung, Steigerung der Leistungsfähigkeit), signifikante Verbesserungen bei Angst und Depression, leichte Verbesserungen bei Rückenschmerzen
- Aber: bei etwa 30 % der PatientInnen besteht weiterhin Behandlungsbedarf
- Höchst signifikante Verbesserung der Erziehungscompetenz
- Hohe Zufriedenheit mit der Kurzzielerreichung
- Hohe Zufriedenheit mit dem Kurerfolg insgesamt

Inhaltsverzeichnis	Seite
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung: Konzept und Zielsetzung der BelRes-Studie.....	8
2 Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzept.....	11
3 Ergebnisse	14
3.1 Datenrücklauf und Patientenprofile	14
3.2 Gesundheitliche Risikofaktoren.....	17
3.3 Psychosoziale Belastungen	20
3.4 Allgemeine Beschwerden und psychische Gesamtbelastung.....	22
3.5 Schwerpunktindikationen und ihre Behandlungseffekte	25
3.6 Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation.....	31
3.7 Elterliche Erziehungskompetenz	32
3.8 Gesundheit und Verhalten der Kinder	34
3.9 Kurerfolg und Patientenzufriedenheit	37
4 Zusammenfassung und Ausblick	40
Literaturverzeichnis	41

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Fragestellungen der BelRes-Studie.....	9
Tab. 2 Teilnahmequote	14
Tab. 3 Altersverteilung der KurteilnehmerInnen in Prozent und Häufigkeiten	14
Tab. 4 Familienstand der KurteilnehmerInnen in Prozent und Häufigkeiten.....	15
Tab. 5 Familienkonstellationen in Prozent und Häufigkeiten.....	15
Tab. 6 Höchster Schulabschluss in Prozent und Häufigkeiten.....	16
Tab. 7 Höchster Berufsabschluss in Prozent und Häufigkeiten	16
Tab. 8 Erwerbsstatus in Prozent und Häufigkeiten	16
Tab. 9 Mütter mit Migrationshintergrund in Prozent und Häufigkeiten.....	17
Tab. 10 Risikofaktoren Häufigkeiten in Prozent.....	17
Tab. 11 Schlafstörungen, Schmerzen, Medikamentenkonsum in Prozent.....	19
Tab. 12 Arztbesuche im letzten halben Jahr in Prozent und Häufigkeiten	20
Tab. 13 Krankheitstage im Beruf in Prozent und Häufigkeiten	20
Tab. 14 Krankheitstage in Haushalt und Familie in Prozent und Häufigkeiten.....	20
Tab. 15 Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können in Prozent.....	21
Tab. 16 Spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen in Prozent	22
Tab. 17 Beschwerden und Erkrankungen der Mütter in Prozent	23
Tab. 18 Psychische Gesamtbelastung GSI kategorial T1-T2	25
Tab. 19 Häufigkeit und Schweregradveränderung der Schwerpunktindikationen.....	26
Tab. 20 Burnout MBI Mittelwerte T1-T2	27
Tab. 21 Angst und Depression HADS-D Mittelwerte T1-T2.....	29
Tab. 22 Rückenschmerzen RSKF T1-T2 (n=439)	30
Tab. 23 Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation in Prozent.....	31
Tab. 24 Zufriedenheit mit der Erziehung und Selbstwirksamkeit FKE-K T1-T2	33
Tab. 25 Geschlecht der Kinder und Behandlungsbedarf	34
Tab. 26 Alter der Kinder.....	34
Tab. 27 Arztbesuche der Kinder im letzten halben Jahr	34
Tab. 28 Beschwerden und Erkrankungen der Kinder	35
Tab. 29 Atemwegsinfekte der Kinder im letzten halben Jahr	35
Tab. 30 Antibiotikaverordnungen der Kinder im letzten halben Jahr.....	35
Tab. 31 Beeinträchtigungen durch Störfaktoren	38

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Verteilung nach Body-Mass-Index in Prozent	18
Abb. 2	Fitness und Sport in Prozent.....	18
Abb. 3	Beschwerdenliste B-L Kategoriale Auswertung T1-T2 in Prozent	24
Abb. 4	Burnout MBI-E Kategoriale Auswertung T1-T2	28
Abb. 5	Angst und Depression HADS-D kategoriale Auswertung T1-T2.....	29
Abb. 6	Stärke der Rückenschmerzen kategorial T1-T2	30
Abb. 7	Summe der eingeschränkten Aktivitäten in Prozent	32
Abb. 8	Erziehungskompetenz FKE-K T1-T2 (Gesamtskala).....	33
Abb. 9	Verhalten der Kinder SDQ	36
Abb. 10	Zufriedenheit mit der Erreichung der Kurzziele in Prozent	37
Abb. 11	Zufriedenheit mit dem Kurerfolg insgesamt in Prozent	38
Abb. 12	Zufriedenheit mit dem Kurerfolg ZUF-8 insgesamt.....	39

Abkürzungsverzeichnis

Für die leichtere Lesart wurden für alle Patientinnen und Patienten die Bezeichnungen „PatientInnen“, Frauen oder Mütter verwendet. Wegen der geringen Fallzahl wurden Väter nicht explizit ausgewiesen.

In der Auswertung wird nicht zwischen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen unterschieden. Im folgenden Text werden die Bezeichnungen „Maßnahme“ und „Kur“ synonym verwendet.

BelRes-Studie	Studie zu Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung
B-L	Beschwerdenliste (misst allgemeine Beschwerden)
ES _{prä}	Effektstärke, standardisiert an der Standardabweichung zu T1
ES _{prä} \geq 0,2	kleine Effektstärke (nach Cohen)
ES _{prä} \geq 0,5	mittlere Effektstärke (nach Cohen)
ES _{prä} \geq 0,8	große Effektstärke (nach Cohen)
FKE-K	Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern, Kurzversion
GSI	Global Severity Index, Gesamtsymptomindex (Mittelwert SCL-K-9)
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version (misst Angst und Depression)
M	Mittelwert
MBI-E	Maslach Burnout Inventory, Elternversion (misst Burnout)
N _{max}	maximale Teilnehmerzahl innerhalb einer Itematterie
n.s.	nicht signifikant
p	value of probability, Signifikanzwert
p<.05	signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %
p<.01	sehr signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %
p<.001	höchst signifikant Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %
RSKF	Rückenschmerz-Screening-Fragebogen
SCL-K-9	Symptom-Check-List, Kurzform (misst die psychische Gesamtbelastung)
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire (misst das Verhalten der Kinder)
T0	Befragungszeitpunkt 6 Wochen vor der Maßnahme
T1	Befragungszeitpunkt Beginn der Maßnahme
T2	Befragungszeitpunkt Ende der Maßnahme
T3	Befragungszeitpunkt 9 Monate nach der Maßnahme

1 Einleitung: Konzept und Zielsetzung der BelRes-Studie

In der BelRes-Studie werden Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung untersucht, die an einer stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme teilgenommen haben. Die Effektivität und Nachhaltigkeit von Mutter-Kind-Maßnahmen war in den vergangenen 10 Jahren mehrfach Gegenstand wissenschaftlicher Studien (Otto, 2012; Arnhold-Kerri et al., 2003; Meixner et al., 2001). In den Studien standen die gesundheitlichen Beschwerden, Erkrankungen und psychosozialen Belastungen der Mütter im Mittelpunkt. Die BelRes-Studie knüpft an diese Ergebnisse an und überprüft darüber hinaus, ob sich Veränderungen im Zeitverlauf zeigen und ob es Unterschiede im Patientenprofil zwischen den teilnehmenden Kliniken gibt.

Mit dem demografischen Wandel und der damit einhergehenden Belastung der Sozialsysteme gewinnen familiäre Vorsorge und individuelle Gesundheitspflege an Bedeutung. In der medizinischen und psychosozialen Diagnostik sowie Therapie wird die Defizitperspektive durch die Ressourcenperspektive ergänzt oder sogar abgelöst. Ihre Wurzeln liegen u. a. im Konzept der Salutogenese (Antonovski, 1979). Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen bieten die Möglichkeit, die persönlichen Ressourcen wie z. B. gesundheitsförderndes Verhalten, Stress- und Krisenbewältigung, soziale Unterstützung, ein positives Selbstbild und die Schaffung von Wohlbefinden zu fördern und nachhaltig für die Zeit nach der Maßnahme verfügbar zu machen. Den zweiten Schwerpunkt der BelRes Studie bildet die Evaluation der Ressourcenaktivierung.

Ein weiterer Schwerpunkt der Studie ist die Erfassung indikationsspezifischer Behandlungseffekte. In den bisher veröffentlichten Studien zu Mutter-Kind-Maßnahmen wurden ausschließlich generische Testverfahren eingesetzt. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter im Jahre 2002 und der Versorgungsverträge nach §111a SGB V wird eine indikationsspezifische Diagnostik und Effektmessung gefordert. In der BelRes-Studie werden erstmals indikationsspezifische Fragebögen für die häufigsten Schwerpunkte (Burnout, Angst und Depression, Rückenschmerzen) eingesetzt.

Von Seiten des Gesetzgebers und der Kostenträger wird zwischen Vorsorge und Rehabilitation unterschieden. Für die Mitarbeiter der Kliniken ist die Zuordnung aus den Patientendaten nicht immer nachvollziehbar. In der BelRes-Studie wird die Reha-Bedürftigkeit über die Erfassung der Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation (ICF, 2001) eingeschätzt, um zu einer datenbasierten Bewertung des Reha-Bedarfs zu gelangen.

Seit 2001 sind Väter explizit als Teilnehmer der stationären Maßnahmen zugelassen. Daher sollte die Erfassung der Vätergesundheit einen weiteren Schwerpunkt der BelRes-Studie darstellen. Angesichts der geringen Fallzahl männlicher Kursteilnehmer wurde diese Frage zurückgestellt und in der nachfolgenden Väterstudie untersucht.

Der Zusammenhang zwischen der mütterlichen Gesundheit und der kindlichen Gesundheit und Lebensqualität wurde von Arnhold-Kerri et al. (2011) belegt. In Bezug auf die teilnehmenden Kinder werden in der BelRes-Studie Fragen der elterlichen Erziehungskompetenz, der kindlichen Gesundheit und das Verhalten aus Sicht der Mütter erfasst. Ziel ist die Überprüfung der Zusammenhänge und die erreichten Veränderungen nach der Maßnahme.

Schließlich wird die Zufriedenheit mit der Maßnahme insgesamt, mit der Kurzzielerreichung und der Behandlungsqualität erhoben.

Für die teilnehmenden Kliniken werden einrichtungsspezifische Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtstichprobe ermittelt, wobei der Ressourcenaspekt erst in die Langzeitbetrachtung einfließt. Tabelle 1 zeigt die Fragestellungen im Überblick.

Tab. 1 Fragestellungen der BelRes-Studie

1. Unterscheiden sich die Kliniken in ihrem Patienten-Profil?
2. Welche gesundheitlichen Risikofaktoren und psychosozialen Belastungen haben Mütter und Väter, die eine Maßnahme in Anspruch nehmen?
3. Welche kurzfristigen Effekte sind hinsichtlich allgemeiner Beschwerden und der psychischen Gesamtbelastung am Ende der Maßnahme nachweisbar?
4. Welche Schwerpunktindikationen werden behandelt und welche indikationsspezifischen Effekte sind nachweisbar?
5. Wie viele Mütter sind rehabilitationsbedürftig?
6. Wie schätzen die Mütter ihre Erziehungskompetenz sowie die Gesundheit und das Verhalten ihrer Kinder ein?
7. Wie bewerten die Mütter den Erfolg der Maßnahme?
8. Wie verändern sich die Ressourcen der Mütter nach der Maßnahme?

Die BelRes-Studie umfasst vier Messzeitpunkte. Sechs Wochen vor der Maßnahme (T0) werden die Belastungen und Ressourcen der Mütter mit einem standardisierten Fragebogen

erfasst. Dieser wird zu T3, etwa 9 Monate nach der Maßnahme, noch einmal eingesetzt, um zu überprüfen, wie sich die Ressourcenaktivierung der Mütter verändert hat.

Zu Beginn der Maßnahme (T1) werden soziodemografische Daten, Gesundheitsbeschwerden, Risikofaktoren, Kontextfaktoren und Kurzziele sowie Gesundheit und Verhalten der Kinder erfasst. Entsprechend den Schwerpunktindikationen werden zu T1 und T2 (Beginn und Ende der Maßnahme) indikationsbezogene Fragebögen für die häufigsten Erkrankungen (Burnout, Angst und Depression, Rückenschmerzen) eingesetzt. Außerdem werden am Ende der Maßnahme die Patientenzufriedenheit und der Kurerfolg ermittelt.

Nach 9 Monaten (T3) erfolgt eine Nachbefragung der PatientInnen, die wahlweise per Internet oder postalisch durchgeführt wird. Zur Erfassung der Langzeiteffekte werden noch einmal die Fragebögen zu allgemeinen und indikationsbezogenen Beschwerden, Risikofaktoren, Kontextfaktoren und zur Erziehungskompetenz eingesetzt.

In Kap. 3.1 wird das PatientInnenprofil der Gesamtstichprobe dargestellt. Kap. 3.2 enthält die gesundheitlichen Risikofaktoren und Kap. 3.3 die psychosozialen Belastungen der PatientInnen. Die allgemeinen Beschwerden und die psychische Gesamtbelastung zu Beginn und am Ende der Maßnahme werden mittels standardisierter Testinstrumente gemessen (Kap. 3.4). Kap. 3.5 enthält die Schwerpunktindikationen der PatientInnen. Für die häufigsten Schwerpunkte (Burnout, Angst und Depression, Rückenschmerzen) werden indikationspezifische Behandlungsergebnisse berichtet. In Kap. 3.6 wird der Vorsorge- und Reha-Bedarf auf Basis der ICF-Einschätzung bewertet. In Kap. 3.7 wird die Veränderung der Erziehungskompetenz im Maßnahmeverlauf dargestellt. In Kap. 3.8 werden die gesundheitlichen Parameter und die Verhaltensmerkmale der Kinder aufgeführt. Kurerfolg und Patientenzufriedenheit sind Inhalt von Kap. 3.9. Das 4. Kapitel enthält eine Gesamtbewertung der Ergebnisse.

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse der Gesamtstichprobe von T1 und T2.

2 Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzept

2.1 Das Erhebungsinstrument

Soziodemografische Angaben werden entsprechend ZUMA (Standardsoziodemografie) ermittelt, wodurch ein Vergleich mit Bevölkerungsstatistiken möglich ist.

Die **psychosozialen Belastungen** oder belastende Kontextfaktoren sind für die Bewilligung einer stationären Maßnahme relevant (MDS, 2012). Sie werden mit einer im Forschungsverbund entwickelten Item-Batterie erhoben, die in Zusammenarbeit mit den QualitätsexpertInnen der teilnehmenden Kliniken weiterentwickelt wurde. Dabei wird zwischen allgemeinen (für alle Mütter relevanten) Kontextfaktoren (wie z. B. Zeitdruck) und solchen, die nicht auf alle Frauen zutreffen (wie z. B. Alleinerziehen) unterschieden. Die Bewertung durch die Mütter erfolgte auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 „*es belastet mich gar nicht*“ bis 5 „*es belastet mich sehr stark*“. Außerdem konnte die Kategorie 0 „*es betrifft mich nicht*“ gewählt werden (z. B. Pflege eines Angehörigen).

Allgemeine **Fragen zur Gesundheit** betreffen die Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben insgesamt, Arztbesuche und Krankheitstage im letzten halben Jahr, Risikofaktoren, Schmerz, Schlaf, Erkältungskrankheiten und Medikamentenkonsum.

Unspezifische **Beschwerden** (z. B. Reizbarkeit oder Kurzatmigkeit) werden mit der Beschwerdenliste (B-L, von Zerssen, 1976) erfasst, die einen Vergleich mit einer Referenzstichprobe ermöglicht. B-L besteht aus 24 Items mit einer jeweiligen Skalierung von 0 „*gar nicht*“ bis 3 „*stark*“.

Die **psychische Gesamtbelastung** wird mittels SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001), einer Kurzform der Symptom Check List SCL-90-R, erhoben. Das Instrument umfasst 9 Items mit einer Skalierung von 0 „*überhaupt nicht*“ bis 4 „*sehr stark*“.

Die subjektiv wahrgenommenen **Beschwerden und Erkrankungen** (z. B. Atemwegserkrankungen oder Burnout) werden mithilfe von 15 Items erfasst. Das Antwortformat reicht von 0 „*keine Beschwerden*“ bis 4 „*sehr starke Beschwerden*“.

Indikationsspezifische Fragebögen werden zu den am häufigsten behandelten Erkrankungen eingesetzt, von denen 95 % der PatientInnen betroffen sind. Die häufigste Schwerpunktindikation **Burnout** wird mit einer an die elternspezifische Lebenssituation angepassten Form des Maslach-Burnout-Inventary (MBI, Maslach & Jackson, 1981) ermittelt. Der Fragebogen wurde im Forschungsverbund entwickelt (Otto, 2016). Der MBI-E besteht aus 22 Items mit einer jeweiligen Skalierung von 0 „*nie*“ bis 6 „*jeden Tag*“.

Bei der Schwerpunktindikation **Angst und Depression** wird die reliable Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D, Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 1995) eingesetzt. Der Fragebogen besteht aus 14 Aussagen, die auf einer 4-stufigen Skala bewertet werden sollen. Das Antwortformat ist den Aussagen angepasst, z. B. von „*meistens*“ bis „*überhaupt nicht*“ oder von „*ganz genauso*“ bis „*kaum oder gar nicht*“.

Für die Erhebung der dritten Schwerpunktindikation wird der Rückenschmerz-Screening-Fragebogen (RSKF-20, Schmidt, 2007) verwendet. Hierbei handelt es sich um ein noch wenig etabliertes Instrument, welches insbesondere **unspezifische Rückenschmerzen** ohne manifeste Diagnose misst. Der Fragebogen enthält neben Fragen zu Intensität und Häufigkeit von Rückenschmerzen Items zum gedanklichen Erleben sowie zu Einschränkungen im Alltag.

Beeinträchtigungen der **Aktivitäten und Teilhabe** werden mit 7 Items der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO, 2001) erfasst, die als Core-Set in einem Ärzte-Therapeuten-Workshop des Forschungsverbundes entwickelt wurden. Die Skalierung reicht von 0 „*gar keine Einschränkung*“ bis 4 „*vollkommene Einschränkung*“.

Bei der **gesundheitlichen Lage der Kinder** wird zunächst zwischen Kindern mit eigener Indikation bzw. Behandlungsbedarf und gesunden Begleitkindern unterschieden. Es werden Informationen zu spezifischen Krankheiten sowie zu Infektanfälligkeit, Arztbesuchen und Antibiotika-Verordnungen im letzten halben Jahr erfragt. Für alle Kinder von 4 bis 16 Jahren sollen die Mütter den Fragebogen SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) ausfüllen. Für Kinder, die schwerpunktmäßig mit einer F-Indikation (Psychische- und Verhaltensprobleme) behandelt wurden, wird der SDQ am Ende der Maßnahme erneut eingesetzt.

Der Fragebogen zum **Kompetenzgefühl von Eltern** (FKE-K, Hahlweg et al., 1999) wird zu Beginn und am Ende der Maßnahme eingesetzt. Er wurde bereits in früheren Studien des Forschungsverbundes verwendet. Er besteht aus 12 Fragen mit den Antwortmöglichkeiten von 1 „*stimme völlig zu*“ bis 6 „*stimme überhaupt nicht zu*“.

Der **Gesamterfolg der Maßnahme** wurde mittels Einzelitems zur Zufriedenheit mit der Kur insgesamt, mit der Erreichung der Kurzziele, mit der eigenen Gesundheit und dem Leben insgesamt erfasst.

Die **Patientenzufriedenheit** wird mit dem Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Kriz et al., 2008) erhoben, der auch in Kliniken der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation verwendet wird.

In der aktuellen Studie stehen neben den Belastungen und Beschwerden der Mütter und Väter die **Ressourcen** im Mittelpunkt der Betrachtung. Ressourcenorientierte Maßnahmen können als Hilfen zur Selbsthilfe verstanden werden und haben einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Ressourcen (persönliche, soziale, ökonomische) sind nicht per se wirksam, sondern etwas wird zur Ressource, wenn eine Person sie entwickelt, wahrnimmt oder für ihre Zwecke nutzt (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Dazu kann z. B. ein soziales Netz als Entlastungsmöglichkeit zählen. Die Belastungen und Ressourcen werden mit dem Fragebogen zur Ressourcenrealisierung (RES, Trösken, 2004) vor Beginn der Kur und 9 Monate danach erhoben.

2.2 Das Auswertungskonzept

Die Gesundheitsbeschwerden, Kontext- und Risikofaktoren erfolgt über deskriptive Statistiken dargestellt. Der Prä-post-Vergleich erfolgt über t-Tests für verbundene Stichproben. Sofern es sich um kategoriale Daten handelt, wird der Wilcoxon-Test bzw. der Mc-Nemar-Test eingesetzt. Die statistischen Berechnungen erfolgen mit dem Programm SPSS 25. Signifikanz wird bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % ($p < .05$) angenommen.

3 Ergebnisse

3.1 Datenrücklauf und Patientenprofile

In den Monaten Mai bis November 2011 nahmen 16 Mutter-Kind- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kliniken an der BelRes-Studie teil. Angestrebt war eine Fallzahl von 80 bis 100 PatientInnen aus jeder Einrichtung, was von fast allen Häusern erreicht wurde. Je nach Größe der Klinik und Anreisemodus (wöchentlich oder Blockanreise) wurden Mütter aus 1 bis 12 Kurgängen um die Teilnahme gebeten. 2.087 PatientInnen wurden angesprochen, 1.426 waren zur Teilnahme bereit (68,3%). 1.323 Fragebögen (63,4%) waren zu T1 und T2 auswertbar, d. h. 103 PatientInnen haben am Ende der Maßnahme keinen (z.B. wegen vorzeitiger Abreise) oder einen sehr unvollständigen Bogen abgegeben, was zum Ausschluss aus der Auswertung führte.

Die Stichprobe zu T1-T2 besteht aus 1285 Müttern einschließlich Stief- und Pflegemüttern (97,1%), drei Großmüttern (0,2%) und 35 Vätern (2,6%). Wegen der geringen Fallzahl wird auf eine Auswertung der Subgruppen verzichtet. Da nicht alle Fragebögen von allen PatientInnen vollständig ausgefüllt wurden, ist in den Tabellen jeweils die Teilstichprobe (n) angegeben.

Tab. 2 Teilnahmequote

	Zahl der Kurgänge	Studien- TeilnehmerInnen	Teilnahmequote (T1 und T2)
Stichprobe	69	1.323	63,4 %

Alter der Mütter, Anzahl der Kinder in der Kur und im Haushalt

Von den PatientInnen, die an der BelRes-Studie teilnahmen, war die jüngste 18 und die älteste 68 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 38,5 Jahren (SD 6,3). Die Ergebnisse bestätigen den Trend der letzten Jahre, dass das Alter der Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen steigt: 2001 waren die Mütter im Durchschnitt 35 Jahre alt (Otto, 2014). Die Altersverteilung ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tab. 3 Altersverteilung der KurteilnehmerInnen in Prozent und Häufigkeiten

Anzahl (N)	18-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-68 Jahre
1.323	106 8,0 %	613 46,3 %	569 43,0 %	35 2,6 %

Die Mütter wurden in der Stichprobe von 1 bis 5 Kindern begleitet. Im Durchschnitt nahmen 1,66 Kinder teil (SD=0,75). Die durchschnittliche Kinderzahl der Kurmütter liegt mit 2,03 (SD

0,94) über dem Bevölkerungsdurchschnitt von etwa 1,3 Kindern. Nähere Angaben zu Alter, Geschlecht und Behandlungsbedürftigkeit der Kinder befinden sich in Kap. 3.8.1.

Familienstand der PatientInnen und Familienformen

In der Stichprobe der Mutter-Kind-Einrichtungen sind 55,1 % der PatientInnen verheiratet. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese auch immer alleinerziehend sind. 34,5 % der PatientInnen leben mit ihrem Kind/ihren Kindern allein. Diese Ergebnisse erfordern eine differenziertere Auswertung der Familienkonstellation. Tab. 4 zeigt den Familienstand der KursteilnehmerInnen und Tab. 5 die Vielfalt der Familienformen.

Tab. 4 Familienstand der KursteilnehmerInnen in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	verheiratet/ zusammen lebend	getrennt lebend	ledig	geschieden	verwitwet
Stichprobe	1.313	723 55,1 %	155 11,8 %	211 16,1 %	200 15,2 %	24 1,8 %

Tab. 5 Familienkonstellationen in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	klassische Kleinfamilie ¹	alleinerzieh. mit Kind/ern	Patchwork- Familie ²	drei Generationen im Haushalt ³	sonstige Person im Haushalt ⁴
Stichprobe	1.323	606 45,8 %	456 34,5 %	183 13,8 %	57 4,3 %	21 1,6 %

¹ Mutter + Vater + gemeinsame/s Kind/er

² Mutter + Lebensgefährte + eigenes Kind + Stiefkind

³ Mutter und/oder Vater + Kind/er + Großeltern

⁴ z. B. Pflegekinder, Au pair, Wohngemeinschaft

Schulabschluss, Berufsabschluss, Erwerbsstatus

In der Stichprobe haben 37,6 % der Mütter eine Hochschulzugangsberechtigung. Der Anteil der Befragten mit geringer Bildung (maximal Hauptschulabschluss) beträgt 12,7 % (vgl. Tab. 6). Insgesamt ist das Bildungsniveau der PatientInnen in den vergangenen Jahren angestiegen. Vor 10 Jahren war der Anteil der Mütter mit Hauptschulabschluss etwa doppelt so hoch (Otto, 2014). Eine Ursache ist der Anstieg des formalen Bildungsniveaus in der Gesamtbevölkerung, eine andere Ursache könnte der erschwerte Zugang zu einer stationären Maßnahme für Mütter mit niedrigem Bildungsniveau sein.

3 Ergebnisse

Tab. 6 Höchster Schulabschluss in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	maximal Hauptschul- abschluss	Realschule POS Sek. I	Abitur FH-Reife Sek. II	Sonstiges
Stichprobe	1.311	166 12,7 %	630 48,1 %	493 37,6 %	22 1,7 %

In der Stichprobe haben 63,8 % der PatientInnen eine betriebliche oder fachschulische Ausbildung. Der Anteil der Mütter mit einem abgeschlossenen Studium hat sich gegenüber 2003 fast verdoppelt (9,5 vs. 18,3 %; vergl. Arnhold-Kerri et al., 2003).

Tab. 7 Höchster Berufsabschluss in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	Lehre oder Fachschule	Meisterschule, Fachakademie	FH- oder Uni- Abschluss	andere Ausbildung	kein Abschluss
Stichprobe	1.293	825 63,8 %	65 5,0 %	237 18,3 %	56 4,4 %	110 8,5 %

In der Stichprobe sind 22,3 % der TeilnehmerInnen Vollzeit erwerbstätig. 58,1 % der Mütter arbeiten in Teilzeit. 14,7 % sind nicht erwerbstätig, d. h. Hausfrau, in Elternzeit oder im (Vor-)ruhestand. Vor 10 Jahren bezeichneten sich etwa 50 % der Mütter als Hausfrau (Otto, 2014), d. h. hier zeigt sich eine gravierende Veränderung des Erwerbsverhaltens junger Mütter, die nach der Geburt eines Kindes zunehmend eine baldige Rückkehr in den Beruf anstreben.

Tab. 8 Erwerbsstatus in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	Vollzeit (35-40 Std./Wo.)	Teilzeit (>15 bis 35 Std./Wo.)	geringfügig beschäftigt (≤ 15 Std./Wo.)	Hausfrau, Elternzeit, Vorruhestand	Zurzeit arbeitslos
Stichprobe	1.241	277 22,3 %	570 45,9 %	152 12,2 %	182 14,7 %	59 4,8 %

Migrationshintergrund

In der Stichprobe haben 178 Frauen (13,5 %) einen Migrationshintergrund, d. h. sie selbst oder ihre Eltern stammen aus einem anderen Land. In der Gesamtbevölkerung beträgt der Anteil 19,7 % (DESTATIS 2013), d. h. Mütter mit Migrationshintergrund sind in den Mutter-Kind-Kliniken unterrepräsentiert. Ein Grund könnte sein, dass die Mütter ungenügend über das Angebot informiert sind. Ein anderer Grund könnte in der möglichen Entlastung innerhalb der Familie liegen. Die Verteilung der Herkunft der Familien ist in Tab. 9 dargestellt.

Tab. 9 Mütter mit Migrationshintergrund in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	Ost-Europa	übriges Europa	ehem. Sowjetunion	Türkei, arab. Länder	Nord-/Süd-Amerika	Afrika, Asien, Australien
Stichprobe	178	38 21,3 %	44 24,7 %	48 27,0 %	26 14,6 %	3 1,7 %	19 10,7 %



Zusammenfassung Soziodemografie

Im Vergleich zu früheren Stichproben aus Mutter-Kind-Kliniken sind die PatientInnen der BelRes-Studie etwas älter, sie sind häufiger nicht verheiratet, sie haben häufiger höhere Bildungsabschlüsse und sie sind häufiger erwerbstätig.

3.2 Gesundheitliche Risikofaktoren

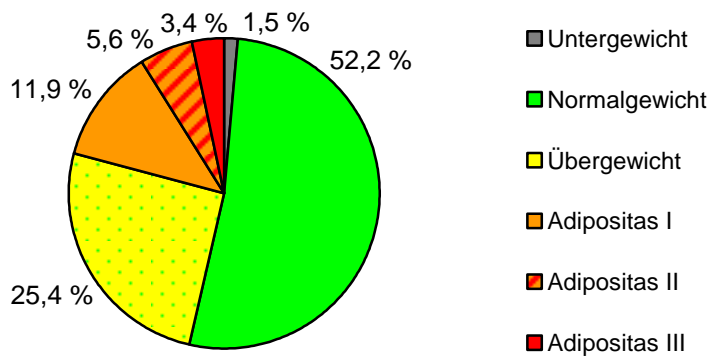
Rauchen, Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress und Alkohol gelten als Risikofaktoren für die häufigsten Zivilisationskrankheiten (Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, chronische Rückenschmerzen und zahlreiche Krebserkrankungen). Zu den Zielen einer Vorsorgemaßnahme gehört daher u. a. die Reduzierung der Risikofaktoren.

Die Ergebnisse in Tab. 10 zeigen, dass Stress für fast alle Befragten einen Risikofaktor darstellt. Außerdem werden Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Übergewicht von einer großen Zahl als Risiko wahrgenommen. 20,5 % der Mütter rauchen und 6,6 % haben Probleme mit Alkohol und/oder Drogen.

Tab. 10 Risikofaktoren Häufigkeiten in Prozent

	Stichprobe N _{max} =1.323
Stress und Hektik	97,0 %
Bewegungsmangel	57,8 %
Ungesunde Ernährung	39,9 %
Übergewicht	31,5 %
Rauchen	20,5 %
Alkohol, Drogen	6,6 %

Die Belastung durch Übergewicht korreliert in der Gesamtstichprobe in hohem Maße mit dem Body-Mass-Index ($r=.868$, $p<.001$). Die Verteilung auf die Gewichtskategorien ist in Abb. 1 dargestellt.



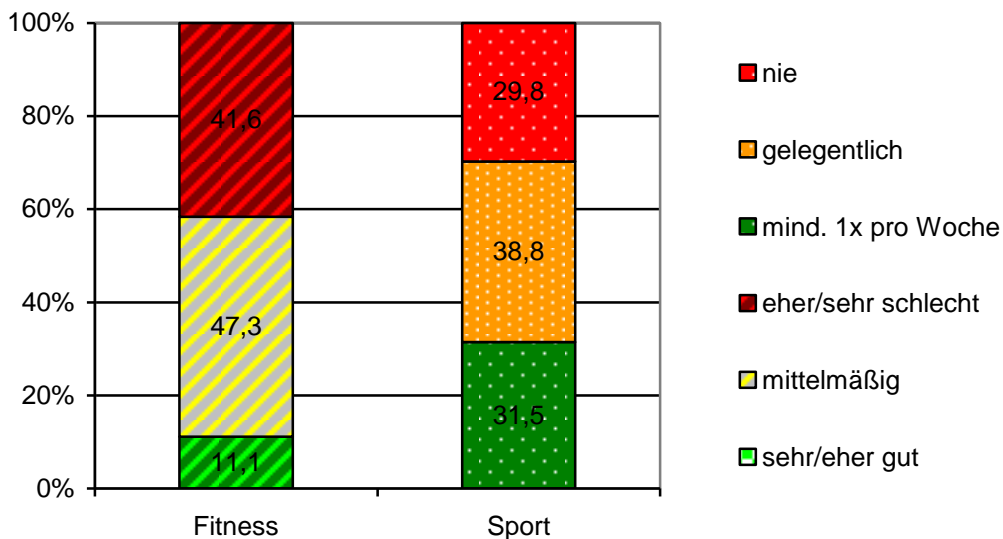
(N=1.309)

Abb. 1 Verteilung nach Body-Mass-Index in Prozent

Fitness und Sport

Fitness und regelmäßige Bewegung sind wesentliche Schutzfaktoren für die Gesundheit. Ein kurzfristiges Ziel der Maßnahme ist es daher, die Fitness der PatientInnen zu verbessern. Ein langfristiges Ziel ist es, mehr Mütter für Sport und Bewegung zu begeistern.

In der Stichprobe bezeichnen 41,5 % der Befragten ihre Fitness als eher oder sehr schlecht, 29,8 % trieben niemals Sport.



(N=1.323)

Abb. 2 Fitness und Sport in Prozent

Schmerzen, Schlafstörungen und Medikamentenkonsum

Viele Mütter sind von Schlafstörungen und Schmerzen betroffen, welche die Lebensqualität einschränken können. Da die familiäre Situation häufig keine „Auszeit“ erlaubt, greifen Frauen – häufiger als Männer – zu Medikamenten (RKI, 2014). Der übermäßige Medikamentenkonsument stellt jedoch eine potentielle Gefahr für die Gesundheit dar (Bundesärztekammer, 2007). Ziel der Maßnahme ist es daher, die Gesundheit und den Umgang mit Stress so zu verändern, dass weniger Medikamente erforderlich sind.

In der Stichprobe sind 51,5 % der PatientInnen durch Schlafstörungen beeinträchtigt, 11,3 % nehmen regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungsmittel. Durch Schmerzen sind 54,9 % deutlich beeinträchtigt, 47,2 % nehmen regelmäßig Schmerzmittel. 10,9 % der Mütter nehmen regelmäßig Antidepressiva (Tab. 11).

Tab. 11 Schlafstörungen, Schmerzen, Medikamentenkonsument in Prozent

	Stichprobe N _{max} =1.323
	% - Anteil der Mütter
Von Schlafstörungen betroffen	65,9
Durch Schlafstörungen mäßig bis sehr stark beeinträchtigt	51,5
Schlafmittel 1x pro Woche bis täglich	11,3
Von Schmerzen betroffen	73,5
Durch Schmerzen mäßig bis sehr stark beeinträchtigt	54,9
Schmerzmittel 1x pro Woche bis täglich	47,2
Antidepressiva 1x pro Woche bis täglich	10,9

Arztbesuche, Krankheitstage

Weitere Indikatoren der gesundheitlichen Situation sind Krankheitstage und Arztbesuche in den vergangenen sechs Monaten. Die Krankheitstage werden sowohl im Hinblick auf die berufliche Präsenz als auch im Hinblick auf die Bewältigung der Arbeit in Haushalt und Familie erfasst.

In der Stichprobe haben die meisten PatientInnen (42 %) 3-5 Arztbesuche, aber 10,6 % haben 10 und mehr Konsultationen. 15,9 % haben keine Fehlzeiten im Beruf, aber fast 26 % haben mindestens 10 Fehltage. Ähnlich hoch waren die Angaben zu den Krankheitstagen im häuslichen Umfeld (vgl. Tab. 12, 13 und 14).

Tab. 12 Arztbesuche im letzten halben Jahr in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl	0-2	3-5	6-9	10 und mehr
Stichprobe	1.322	353 26,7 %	555 42,0 %	274 20,7 %	140 10,6 %

Tab. 13 Krankheitstage im Beruf in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl*	0	1-2	3-5	6-9	10 und mehr
Stichprobe	1.114	177 15,9 %	250 22,4 %	233 20,9 %	165 14,8 %	289 25,9 %

* nur erwerbstätige PatientInnen

Tab. 14 Krankheitstage in Haushalt und Familie in Prozent und Häufigkeiten

	Anzahl*	0	1-2	3-5	6-9	10 und mehr
Stichprobe	1.263	205 16,2 %	301 23,8 %	293 23,2 %	202 16,0 %	262 20,7 %

* 52 Personen kreuzten an „trifft auf mich nicht zu“



Zusammenfassung Risikofaktoren

Die Auswertung zeigt, dass Stress der bedeutendste Risikofaktor der PatientInnen ist. Im Hinblick auf Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen, Alkohol und Medikamentenkonsum zeigen sich Ansatzpunkte, die PatientInnen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu motivieren.

3.3 Psychosoziale Belastungen

Bei der Entstehung und Chronifizierung gesundheitlicher Beschwerden der PatientInnen sind psychosoziale Belastungen von zentraler Bedeutung. Auch in der neuen Begutachtungsrichtlinie zur Beurteilung der Vorsorge- und Rehabilitationsbedürftigkeit (MDS, 2012) wird die Bedeutung von Kontextfaktoren entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (WHO, 2001) betont.

In Tab. 15 sind die allgemeinen Kontextfaktoren in der Reihenfolge der Häufigkeit des Auftretens aufgeführt. Es ist jeweils angegeben, wie viele der Befragten ihre Belastungen als „mittel“, „stark“ oder „sehr stark“ bezeichnen.

3 Ergebnisse

In der Stichprobe fühlen sich jeweils über 80,0 % der PatientInnen durch *das ständige Dasein für die Familie, Zeitdruck und fehlende Erholungsmöglichkeiten* belastet. 77,2 % der Mütter erleben den *Haushalt* als belastend, 65,8 % haben Probleme mit der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Fast 60,0 % der Mütter geben *Erziehungsprobleme* bzw. die *mangelnde Anerkennung ihrer Haus- und Familienarbeit* an. Mehr als die Hälfte der Mütter sind von *familiären Konflikten, finanziellen Sorgen* und von *Existenzängsten* betroffen. 47,5 % leiden unter einem *geringen Selbstwertgefühl* und fast ein Drittel unter *sozialer Isolation*. Im Durchschnitt bezeichnen die Befragten 7,6 (SD=2,82) Kontextfaktoren als *mittel bis sehr stark* belastend (Skala: 0-12).

Tab. 15 Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können in Prozent

Stichprobe N _{max} =1.323	
Ich bin belastet durch ...	% - Anteil der Mütter mit <i>mittel bis sehr starker</i> Belastung
das ständige Dasein für die Familie	86,4
Zeitdruck	84,5
fehlende Erholungsmöglichkeiten	83,4
den Haushalt	77,2
Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	65,8
Erziehungsprobleme, Konflikte mit den Kindern	59,3
geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit	58,3
familiäre Konflikte	56,1
finanzielle Sorgen	54,5
Ungewissheit über die Zukunft, Existenzängste	53,6
geringes Selbstwertgefühl	47,5
soziale Isolation, Einsamkeit	32,5

In Tab. 16 sind diejenigen Kontextfaktoren aufgelistet, von denen nicht alle PatientInnen betroffen sind, die im Einzelfall aber von schwerwiegender Bedeutung sein können wie z. B. der Tod eines nahen Angehörigen oder eine drohende Arbeitslosigkeit.

In der Stichprobe stellt das *Arbeitspensum* für knapp 47,0 % eine erhebliche Belastung dar, gefolgt von der *alleinigen Verantwortung für die Kinder*. Für 30,0 % ist die *Beziehung zum Partner* belastend, für 25,4 % die *Beziehung zum Ex-Partner*. Ebenfalls über 20 % der Mütter sind dadurch belastet, dass sie *Alleinverdiener* sind oder dass sie *Konflikte am Arbeitsplatz*, ein *entwicklungsverzögertes oder verhaltensauffälliges Kind* oder eine *eigene schwere bzw. chronische Erkrankung* zu bewältigen haben. Im Durchschnitt sind 3,9 (SD=2,5) spezielle Kontextfaktoren relevant.

Tab. 16 Spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen in Prozent

Ich bin belastet durch ...	Stichprobe N _{max} =1.323 % - Anteil der Mütter mit <i>mittel</i> bis <i>sehr starker</i> Belastung
Arbeitspensum/ Arbeitszeit (eigene/des Partners)	46,8
die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung	38,1
die Beziehung zum (Ehe-)Partner	31,6
Alleinverdiener	25,8
die Beziehung zum Ex-Partner	25,4
die Situation am Arbeitsplatz (mögl. Konflikte)	24,8
entwicklungsverzögertes od. verhaltensauffälliges Kind	21,5
eine eigene schwere/ chronische Erkrankung	20,9
Tod des Partners/ eines nahestehenden Menschen	17,1
(drohende) Arbeitslosigkeit (eigene, des Partners)	16,6
ein behindertes/ chronisch krankes Kind	16,6
Pflege/ schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	14,1
problematische Wohnverhältnisse	12,3
Hausfrau (mögl. Unterforderung)	11,6
Gewalterfahrung	9,9
traumatische Erfahrung (z. B. Krieg, Vertreibung, Unfall)	9,0
Vorurteile aus dem sozialen Umfeld	8,6
Unterhaltsleistungen	8,4
Patchwork-Familie	6,9
Migrationshintergrund	2,5



Zusammenfassung Kontextfaktoren

Neben den familienbezogenen psychosozialen Belastungen gewinnen arbeitsplatzbezogene Stressoren an Gewicht. In der Summe führen die Faktoren zur Überlastung und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

3.4 Allgemeine Beschwerden und psychische Gesamtbelastung

3.4.1 Aktuelle gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen

Die aktuellen Beschwerden und Erkrankungen der Mütter werden unabhängig von den in der Maßnahme behandelten Schwerpunktindikationen erfragt. Wie frühere Studien zeigen, liegt bei den Müttern zumeist eine Multimorbidität vor, d. h. es bestehen mehrere Beschwerden,

auch wenn nicht jede zu einer ärztlichen Konsultation führt. In Tab. 17 ist jeweils der Prozentsatz der Mütter mit *mittel* bis *sehr starken* Beschwerden angegeben.

In der Stichprobe sind, wie auch in früheren Studien aus Mutter-Kind-Kliniken (Arnhold-Kerri et al. 2003; Meixner et al., 2001), Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates und Burnout die am häufigsten genannten Beschwerden. Allerdings ging der Anteil mit Burnout etwas zurück und der Anteil der Personen mit psychischen Beschwerden stieg auf 56,2 % (von ehemals 30,0 %). Ebenfalls über die Hälfte der Teilnehmerinnen litten unter Migräne und Kopfschmerzen, 40,7% unter Gewichtsproblemen. Weitere Beschwerden betrafen Haut und Haare, Atemwege, Verdauung und Stoffwechsel sowie Allergien (jeweils über 20%).

Tab. 17 Beschwerden und Erkrankungen der Mütter in Prozent

Stichprobe N _{max} =1.323	
Meine Beschwerden beziehen sich auf ...	% - Anteil der Mütter mit <i>mittel</i> bis <i>sehr starken</i> Beschwerden
Rückenschmerzen, Knie, Gelenke	78,8
Burnout	70,9
Psychische Beschwerden	56,2
Migräne, Kopfschmerz	52,1
Gewicht und Essverhalten	40,7
Haut und Haare	28,6
Atemwege	23,5
Verdauung und Stoffwechsel	22,2
Allergien	21,2
Herz/Kreislauf	19,7
Andere Erkrankungen	12,4
Schilddrüse	11,9
Gynäkologische Erkrankung	9,6
Niere und Blase	7,7
Körperliche Behinderung	4,5

3.4.2 Allgemeine Beschwerden (Beschwerden-Liste B-L)

Allgemeine gesundheitliche Beschwerden und Symptome können, wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen, in der Summe die Leistungsfähigkeit der Mütter erheblich einschränken und in chronische Krankheitsprozesse münden, wenn sie unbehandelt bleiben. Häufig sind sie Ausgangspunkt für die Beantragung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme.

In der BeiRes-Studie werden die allgemeinen Beschwerden mit der Beschwerdenliste B-L (von Zerssen, 1976) erfasst. Bewertet werden 24 mögliche Beschwerden wie z. B. *Kurzatmigkeit*, *Völlegefühl*, *Mattigkeit*, *Reizbarkeit* oder *innere Unruhe* auf einer Skala von 0 „*gar nicht*“ bis 3 „*stark*“. Das Ergebnis wird als Summenwert der Gesamtskala (von 0-72 Punkte) dargestellt. Aus Referenzstichproben wurde berechnet, dass ein Wert von 0-21 als *wahrscheinlich gesund* gilt. Bei 22-27 Punkten ist die Belastung *fraglich abnorm*, bei 28 und mehr Punkten *sicher abnorm*. Zum Vergleich: psychiatrische PatientInnen hatten einen Mittelwert von 30,0 Punkten, PatientInnen mit Angststörungen 29,6.

In der Stichprobe liegt der Mittelwert zu Beginn der Maßnahme mit 29,0 Punkten (SD=11,3) im *sicher abnormen* Bereich und am Ende der Maßnahme mit 20,7 Punkten (SD=12,2) im *wahrscheinlich gesunden* Bereich. Die Veränderung ist höchst signifikant ($p < .001$).

Auch im kategorialen Vergleich ist die Verbesserung der Beschwerden höchst signifikant (Wilcoxon-Test). Der Anteil der *sicher abnorm* belasteten Personen ging von 53,0 auf 27,8 % zurück. Das heißt aber auch, dass fast ein Teil der PatientInnen weiterhin *sicher abnorm* belastet ist (Abb. 3).

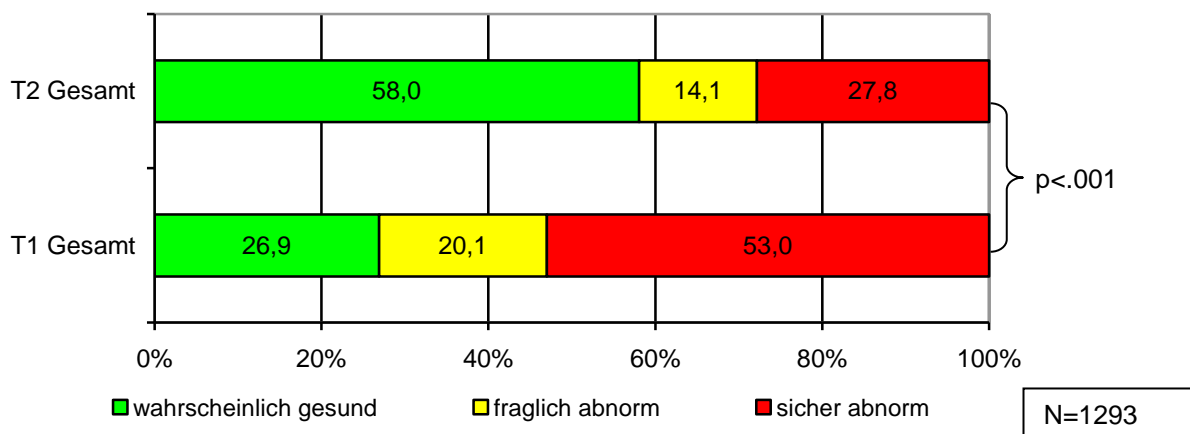


Abb. 3 Beschwerdenliste B-L Kategoriale Auswertung T1-T2 in Prozent

3.4.3 Psychische Gesamtbelastung (SCL-K-9)

Die psychische Gesamtbelastung wird mit der Kurzform SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) der Symptom-Check-Liste SCL 90 R erhoben. Die Kurzform besteht aus neun Fragen, die auf einer Skala von 0 „*überhaupt nicht*“ bis 4 „*sehr stark*“ bewertet werden. Der Skalenmittelwert (Global Severity Index, GSI) ist ein Kennwert für die psychische Gesamtbelastung. Er beträgt in der weiblichen Bevölkerung 0,47 (SD=0,54). Ein hoher Wert spricht für eine hohe psychische Belastung. Ein Wert $>0,87$ gilt als klinisch auffällig (Cutoff-Wert). Da der Normwert der Männer in der Allgemeinbevölkerung mit 0,33 (SD=0,46) deutlich geringer ist als der

Wert der Frauen (Klaghofer & Brähler, 2001), bezieht sich die folgende Auswertung nur auf die Mütter (n=1.279).

Zu Beginn der Maßnahme liegt der GSI-Wert der Mütter bei 1,61 (SD=0,85), am Ende der Maßnahme bei 0,73 (SD=0,65) und damit unter dem Cutoff-Wert. Die Veränderung ist klinisch höchst signifikant ($p < .001$).

Zusätzlich wird berechnet, bei wie vielen Müttern sich eine Veränderung zwischen den Bereichen *krank* (=klinisch auffällig) und *gesund* zeigt. Zu T1 sind (N=1.029) Mütter (80,5 %) als *krank* einzustufen, am Ende der Kur sind es noch 386 (30,2 %) und 643 (50,3 %) liegen im *gesunden* Bereich. Zusätzlich wird für diese Mütter berechnet, bei wie vielen von ihnen die Veränderung den Betrag von 0,87 überstieg und damit *klinisch bedeutsam* einzustufen ist (Reliable Change Index; Jacobson & Truax, 1991). Das trifft auf 484 Mütter (37,8 %) zu. Von den anfangs *gesunden* Müttern bleiben die meisten *gesund*, lediglich 1,5 % befinden sich im klinisch auffälligen Bereich. Am Ende sind noch 31,7 % als *krank* einzustufen (Tab. 18).

Tab. 18 Psychische Gesamtbelastung GSI kategorial T1-T2

Stichprobe n=1.279 Mütter	am Ende krank	am Ende gesund	T1
zu Beginn krank	krank geblieben 386 (30,2 %)	gesund geworden 643 (50,3 %)	1.029 (80,5 %)
zu Beginn gesund	krank geworden 19 (1,5 %)	gesund geblieben 231 (18,0 %)	250 (19,5 %)
T2	405 (31,7 %)	874 (68,3 %)	1.279 (100 %)

McNemar-Test $p < .001$



Zusammenfassung allgemeine Beschwerden und psychische Gesamtbelastung

Insgesamt sind die Mütter zu Beginn der Maßnahme körperlich und psychisch hoch belastet. Die häufigsten Beschwerden sind: Rückenschmerzen, Burnout, psychische Beschwerden und Migräne/Kopfschmerz. Am Ende der Maßnahme zeigen sich statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserungen der allgemeinen Beschwerden und der psychischen Gesamtbelastung. Allerdings besteht bei etwa 30 % der Mütter weiterhin Behandlungsbedarf.

3.5 Schwerpunktindikationen und ihre Behandlungseffekte

3.5.1 Schwerpunktindikationen

59,6 % der PatientInnen der Stichprobe haben als erste Schwerpunktindikation Erschöpfung (Burnout), 14,4 % Angst und Depression und 16,7 % Erkrankungen des Bewegungsappara-

3 Ergebnisse

tes. Für jeweils maximal 3,0 % sind Atemwegserkrankungen, Ernährung und Stoffwechsel oder Migräne der erste Behandlungsschwerpunkt. Der Schweregrad wurde zu Beginn und am Ende der Maßnahme von den Müttern auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt, wobei 5 „*sehr große Beschwerden*“ und 1 „*keine Beschwerden*“ bedeuten.

Wie Tab. 19 zeigt, liegt der Schweregrad zu Beginn der Maßnahme jeweils etwa bei 4 und am Ende unter 3. Die Verbesserung ist statistisch höchst signifikant, bis auf Adipositas (sehr signifikant).

Tab. 19 Häufigkeit und Schweregradveränderung der Schwerpunktindikationen

	Stichprobe N=1.219	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p
Erschöpfung, Überlastung (Burn out)	726 (59,6 %)	4,06 (0,77)	2,14 (0,86)	.000
Bewegungsapparat (z. B. Rückenschmerzen)	203 (16,7 %)	3,81 (0,81)	2,27 (0,95)	.000
Psychische Beschwerden (Depression, Angst)	176 (14,4 %)	4,26 (0,73)	2,62 (0,97)	.000
Erkrankungen der Atemwege (z. B. Asthma)	36 (3,0 %)	3,83 (0,85)	1,75 (0,94)	.000
Ernährung, Stoffwechsel (z. B. Übergewicht)	29 (2,4 %)	3,82 (0,98)	3,18 (0,98)	.001
Migräne, Kopfschmerzen	15 (1,2 %)	4,20 (0,56)	2,60 (1,12)	.000
Andere	34 (2,7 %)			

t-Tests für verbundene Stichproben

3.5.2 Burnout (MBI-E)

Von den 1.323 PatientInnen wurden 58,7 % (n=776) mit dem Schwerpunkt Burnout behandelt. Sie erhielten zu Beginn und am Ende der Maßnahme eine elternspezifische Form des Maslach-Burnout-Inventory (MBI, Maslach & Jackson, 1991). Da die Originalversion wie alle anderen etablierten Burnout-Fragebögen auf berufliches Burnout in sozialen, beratende und lehrende Berufen ausgerichtet ist, wurde die elternspezifische Form MBI-E für die BelRes-Studie vom Forschungsverbund entwickelt und in einer Pretestphase (N=52) validiert.

Der MBI-E besteht aus 22 Aussagen, wie z. B. „*Ich fühle mich voller Tatkraft*“ oder „*Ich habe das Gefühl, dass ich am Ende meiner Kräfte bin,*“ die auf einer 7-stufigen Häufigkeitsskala von 0 „*nie*“ bis 6 „*jeden Tag*“ eingeschätzt werden. Die Auswertung erfolgt über die drei Skalen EE=*Emotionale Erschöpfung*, LA=*Leistungsfähigkeit* und DP=*Depersonalisation*, wobei Mittelwerte oder Summenwerte verwendet werden. Referenzwerte aus verschiedenen Studien können zum Vergleich herangezogen werden. Die Summenwerte der Skalen werden in

3 Ergebnisse

drei Kategorien gefasst, die von Maslach und Jackson durch Drittelung der Werte der Normstichprobe errechnet wurden.

In die Auswertung werden nur die Daten der Mütter (n=746) einbezogen, da die Väter signifikant geringere Werte auf der Skala EE aufweisen. Dies entspricht auch den Ergebnissen einiger „Helferberufe“-Studien.

Tab. 20 enthält die Mittelwerte der drei Skalen zu T1 und T2 für die Mütterstichprobe und die Werte der Vergleichsstichprobe von Maslach & Jackson (1981). Die Veränderungen der Mittelwerte vom Beginn zum Ende der Maßnahme sind auf allen drei Skalen höchst signifikant, d. h. die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation sind verringert, die Leistungsfähigkeit ist gestiegen. Die t-Tests für unabhängige Stichproben zeigen außerdem, dass die Mütter zu beiden Zeitpunkten emotional erschöpfter und weniger leistungsfähig sind als die Befragten der Referenzstichprobe. Lediglich der Mittelwert der Depersonalisation der Mütter zu T2 liegt im Bereich der Referenzstichprobe.

Tab. 20 Burnout MBI Mittelwerte T1-T2

		Mütterstichprobe n=746 M (SD)	Referenzstichprobe n=420 M (SD)	p Mütter- vs. Referenzstichprobe
Emotionale Erschöpfung	EE T1	4,10 (1,06)	2,71 (1,30)	.000
	EE T2	3,08 (1,28)		.000
	p	.000		
Leistungsfähigkeit	LA T1	3,33 (1,00)	4,31 (1,04)	.000
	LA T2	3,79 (1,06)		.000
	p	.000		
Depersonalisation	DP T1	2,00 (1,21)	1,57 (1,17)	.000
	DP T2	1,54 (1,11)		.492
	p	.000		

t-Tests für verbundene bzw. unabhängige Stichproben

In Abb. 4 werden die Ergebnisse der kategorialen Auswertung der Gesamtstichprobe dargestellt (Wilcoxon-Test). Auffällig ist der Anteil von 88,2 % von Müttern mit hoher emotionaler Belastung. Dies gibt Grund zu der Annahme, dass die emotionale Verausgabung mütterspezifisch ist, da von keiner anderen „Berufsgruppe“ vergleichbare Werte berichtet wurden. Es liegt auch der Schluss nahe, dass Mütter mit einem hohen Maß an emotionaler Verausgabung sich von Mutter-Kind-Maßnahmen angesprochen fühlen. Die Depersonalisation dagegen, die für Helferberufe zum Burnout gehört, hat bei den Müttern nur einen geringen Stellenwert. Die wahrgenommene Leistungsfähigkeit bleibt allerdings bei fast der Hälfte der Befragten im hohen Bereich.

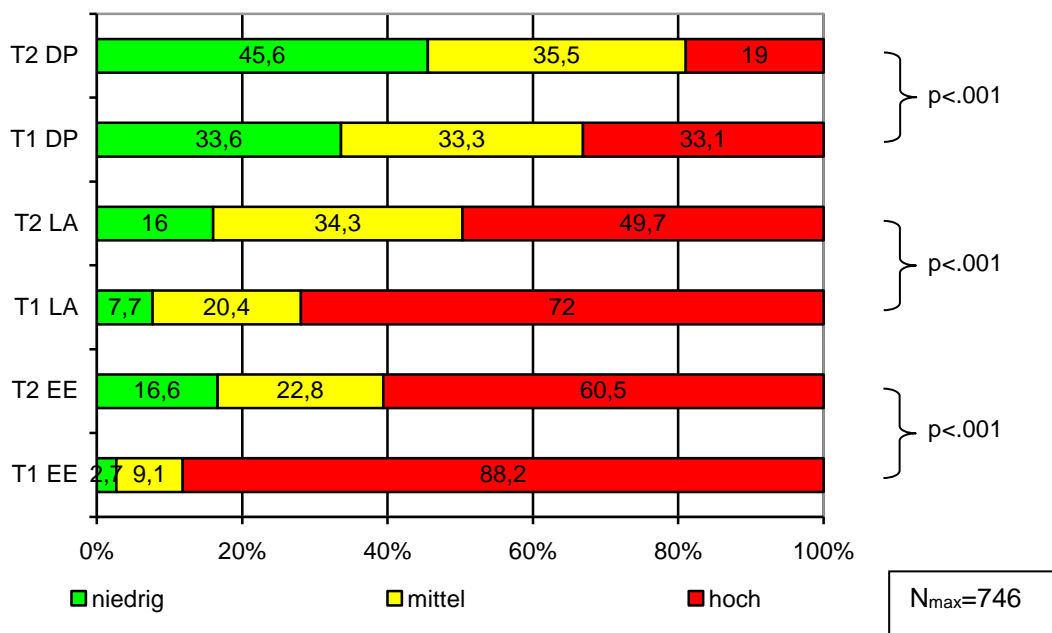


Abb. 4 Burnout MBI-E Kategoriale Auswertung T1-T2

3.5.3 Angst und Depression (HADS-D)

Angst und Depression gehören zu den häufigsten psychischen Störungen von Müttern in Mutter-Kind-Einrichtungen. In der BelRes-Studie erhielten 272 PatientInnen, die mit diesen Schwerpunkten behandelt wurden, den Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D (Hermann-Lingen, Buss & Snaith, 1995). Für die Verlaufsergebnisse sind 214 Fragebögen auswertbar, darunter 7 Bögen von Vätern. Fragebögen mit mehr als einer fehlenden Antwort je Skala werden in den Analysen nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen besteht aus 14 Aussagen (z. B. *ich fühle mich glücklich* oder *ich habe eine ängstliche Vorahnung*) mit einer Skalierung von 0 bis 3, die den Aussagen angepasst ist, z. B. von „meistens“ bis „überhaupt nicht“ oder von „ganz genauso“ bis „kaum oder gar nicht“. Die Auswertung erfolgt über Summenwerte der beiden Skalen *Angst* und *Depression*. Da das Instrument in zahlreichen Studien verwendet wird, liegen Referenzwerte für gesunde und kranke Personen vor. Als *auffällig* gelten Personen mit einem Wert ≥ 11 für Angst bzw. ≥ 9 für Depression. Wie Tab. 21 zeigt, liegen die Beschwerden zu T1 im Bereich wie psychiatrische PatientInnen. Am Ende der Maßnahme liegen die Durchschnittswerte beider Skalen noch immer über denen einer gesunden Kontrollgruppe, aber schon im Normbereich. Die Veränderungen sind jeweils statistisch signifikant.

3 Ergebnisse

Tab. 21 Angst und Depression HADS-D Mittelwerte T1-T2

	Mütter/Väter Stichprobe n=214 M (SD)	gesunde Kontrollgruppe n=152 M (SD)	psychiatrische PatientInnen n=69 M (SD)
Angst T1	12,7 (3,6)		
Angst T2	10,1 (4,2)	6,3 (3,2)	11,1 (3,7)
p	<.001		
Depression T1	10,5 (3,8)		
Depression T2	8,3 (4,1)	3,2 (2,6)	7,5 (4,4)
p	<.001		

t-Tests für verbundene Stichproben

Für die Anwendung in der Praxis wurden die Skalen von den Testautoren der Originalversion (Zigmond & Snaith, 1983) in drei Kategorien eingeteilt. Grundlage dafür waren klinische Fremdratings. Werte von 0-7 gelten als *unauffällig*, 8-10 als *grenzwertig* und Werte ≥ 11 als *klinisch auffällig*. In Abb. 5 ist die Verteilung zu T1 und T2 für die Mütter/Väter-Stichprobe dargestellt. Am Ende der Maßnahme sind noch 51,2 % der Befragten von *Angst* und 33,2 % von *Depression* im klinisch auffälligen Bereich betroffen, d. h. bei diesen PatientInnen besteht weiterhin Behandlungsbedarf. Weitere rund 20 % weisen grenzwertige Ergebnisse auf. Die Unterschiede von T1 zu T2 sind höchst signifikant (Wilcoxon-Test).

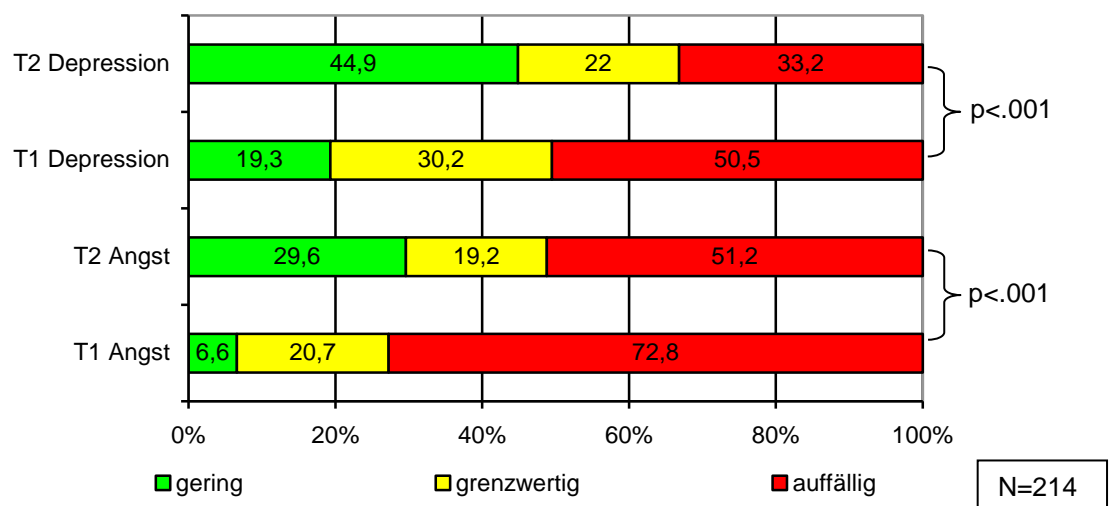


Abb. 5 Angst und Depression HADS-D kategoriale Auswertung T1-T2

3.5.4 Rückenschmerzen (RSKF-20)

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung. In repräsentativen Befragungen geben 60 % aller Deutschen an, mindestens einmal im Jahr von Rückenschmerzen betroffen zu sein (Bellach BM et al., 2000). In der BelRes-Studie geben fast 80 % der PatientInnen an, unter Rückenschmerzen zu leiden. Zur Messung der Behandlungseffekte wurde der Rückenschmerz-Screeningfragebogen RSKF (Schmidt CO, 2007) eingesetzt, der zum Zeitpunkt der Studie online abrufbar war. An 449 PatientInnen, die eine Schwerpunktbehandlung erhielten, wurde der Fragebogen zu Beginn und am Ende der Maßnahme ausgegeben, 439 Fragebögen waren auswertbar. Wie Tab. 22 zeigt, litten 89,5 % in der Woche vor der Kur akut unter Rückenschmerzen, von denen in der letzten Kurwoche waren es noch 69,0 % betroffen waren. 27,3 % waren zu T2 beschwerdefrei.

Tab. 22 Rückenschmerzen RSKF T1-T2 (n=439)

Rückenschmerzen in den letzten 7 Tagen			
	T2 ja	T2 nein	
T1 ja	303 (69,0 %)	90 (20,5 %)	393 (89,5 %)
T1 nein	16 (3,7 %)	30 (6,8 %)	46 (10,5 %)
	319 (72,7 %)	120 (27,3 %)	439 (100 %)

McNemar-Test $p < .001$

Eine weitere Frage betrifft die Stärke der momentanen Rückenschmerzen, die auf einer Skala von 0 „kein Schmerz“ bis 10 „stärkster vorstellbarer Schmerz“ eingeschätzt wird. Die Auswertung erfolgt über drei Kategorien (0-3 „keine/geringe Schmerzen“; 4-7 „mäßige bis starke Schmerzen“; 8-10 „sehr starke bis stärkste Schmerzen“). In der Stichprobe wurde eine signifikante Reduzierung der Schmerzstärke erreicht (Wilcoxon-Test). 61,5 % der TeilnehmerInnen gaben am Ende nur geringe oder keine Beschwerden an (Abb. 6).

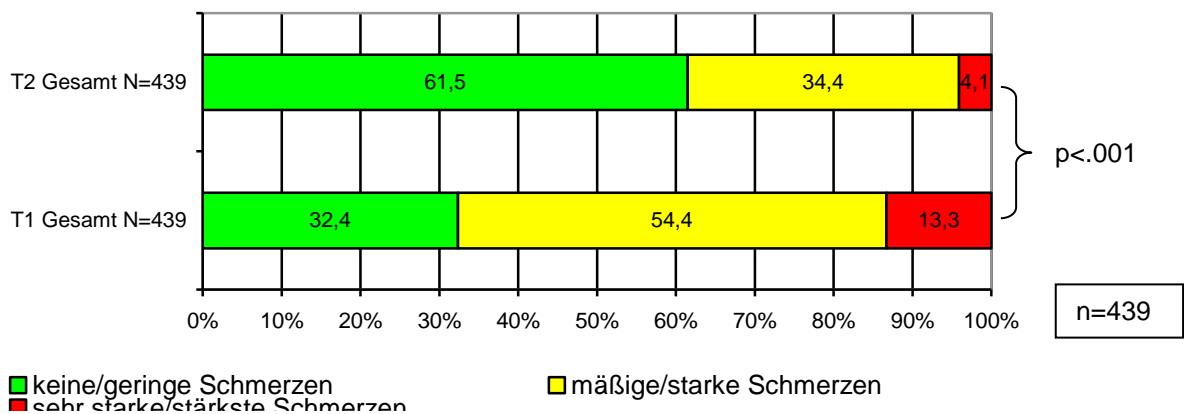


Abb. 6 Stärke der Rückenschmerzen kategorial T1-T2



Zusammenfassung Schwerpunktindikationen

PatientInnen mit einem der Behandlungsschwerpunkte: Burnout, Angst und Depression bzw. Rückenschmerzen gaben zu Beginn der Maßnahme überwiegend starke Beschwerden an, die deutlich über den Referenzwerten gesunder Personen lagen. Im Laufe der Maßnahme konnten die Beschwerden in allen Patientengruppen signifikant reduziert werden. Dennoch blieben die Werte für einen Teil der Betroffenen überdurchschnittlich hoch, was auf einen weiteren Behandlungsbedarf hinweist.

3.6 Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation

Das ICF-Modell ist die Grundlage der Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit. In der BelRes-Studie wurden die Einschränkungen der Aktivitäten und Teilnahme mittels eines Core Sets ermittelt, der aus sieben Items besteht. Die Items sind der ICF entnommen und beziehen sich auf die zentralen Lebensbereiche der Mütter. Die Skalierung reicht von 0 „keine Einschränkung“ bis 4 „vollkommene Einschränkung“. Außerdem konnte die Antwort „trifft auf mich nicht zu“ gewählt werden (z. B. bezogen auf Partnerschaft oder Beruf). Im ersten Schritt wird geprüft, wie viele Mütter von den einzelnen Beeinträchtigungen *erheblich* bis *vollkommen* betroffen sind (Stufe 3 und 4). Dann wird die Verteilung über die Summe der Beeinträchtigungen betrachtet.

Mehr als die Hälfte der PatientInnen fühlen sich erheblich bis vollkommen in der Ausübung einer Freizeitbeschäftigung beeinträchtigt, über 40,0 % im Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen. 38,2 % fühlen sich beeinträchtigt, für die eigene Gesundheit zu sorgen, auch Beziehungen zu Familie und Freunden sind beeinträchtigt.

Tab. 23 Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation in Prozent

	N _{max} =1.323
	% - Anteil der Mütter mit erheblicher bis vollkommener Beeinträchtigung
In den letzten 30 Tagen fühlte ich mich beeinträchtigt, in gewohnter Weise ...	
einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen	51,3
mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen	41,5
auf die eigene Gesundheit zu achten	38,2
angemessen auf meine Kinder einzugehen	30,4
meine täglichen Aufgaben zu erledigen (Haushalt und Beruf)	28,1
die Beziehung zu meinem Partner zu pflegen	26,8
Beziehungen zu Freunden und Nachbarn zu unterhalten	25,9

Wenn man nur die PatientInnen für Reha-bedürftig hält, die mindestens vier Beeinträchtigungen von *erheblicher* bis *vollkommener* Ausprägung haben, sind 32,0 % der Stichprobe Reha-bedürftig, aber nur etwa 5,0 % hatten eine Reha-Indikation. 95,0 % kamen als VorsorgepatientInnen in die Kliniken.

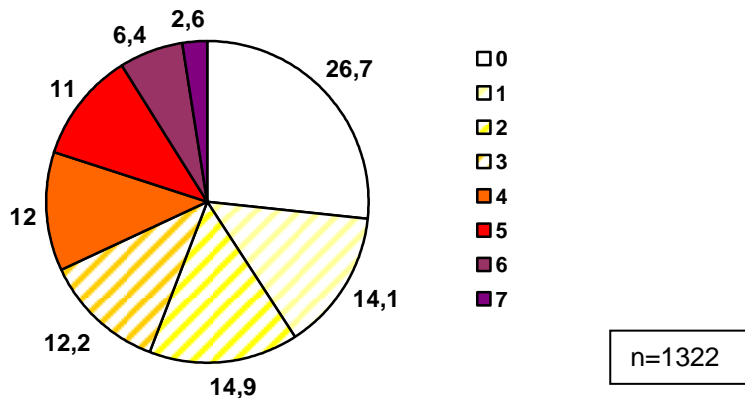


Abb. 7 Summe der eingeschränkten Aktivitäten in Prozent



Zusammenfassung Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation

Etwa ein Drittel der PatientInnen wiesen erhebliche Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe auf. In diesen Fällen wird eine Reha-bedürftigkeit angenommen.

3.7 Elterliche Erziehungskompetenz

Mit dem Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern FKE-K (Hahlweg, 1999) wurden die *Zufriedenheit mit der Erziehung* und die *Selbstwirksamkeit* von den PatientInnen zu Beginn und am Ende der Maßnahme eingeschätzt. Der Fragebogen besteht aus 12 Items mit einer 6-stufigen Skalierung von 1 „*stimme völlig zu*“ bis 6 „*stimme überhaupt nicht zu*“ für die Aussagen zur Selbstwirksamkeit und der Skalierung von 1 „*stimme überhaupt nicht zu*“ bis 6 „*stimme völlig zu*“ für die Aussagen zur Zufriedenheit mit der Erziehung. Die Auswertung erfolgt über die Summenwerte der beiden Skalen sowie die Gesamtskala. Ein hoher Wert spricht jeweils für eine hohe Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit.

Zu Beginn der Maßnahme liegen die Mittelwerte der Skalen unter den Werten der Referenzstichprobe, d. h. die Befragten sind weniger zufrieden und erleben sich als weniger erziehungswirksam. Am Ende der Maßnahme sind die Summenwerte höchst signifikant gestiegen, d. h. die PatientInnen erleben eine größere Zufriedenheit und eine höhere Selbstwirksamkeit in ihrem Erziehungsverhalten (Tab. 24).

Tab. 24 Zufriedenheit mit der Erziehung und Selbstwirksamkeit FKE-K T1-T2

	Zufriedenheit	Selbstwirksamkeit
	n=1.314 M (SD)	n=1.314 M (SD)
T1	27,51 (4,72)	18,54 (4,20)
T2	30,16 (4,52)	20,72 (4,26)
p	<.001	<.001

t-Tests für verbundene Stichproben

Abb. 8 zeigt die Werte der Gesamtskala zu Beginn und am Ende der Maßnahme. Der Mittelwert der Referenzstichprobe beträgt 51,7. Während es zu Beginn der Kur noch eine Abweichung zur Referenzstichprobe von über 5 Skalenwerte gibt, nähert sich der Wert am Ende der Kur denen der Referenzgruppe an.

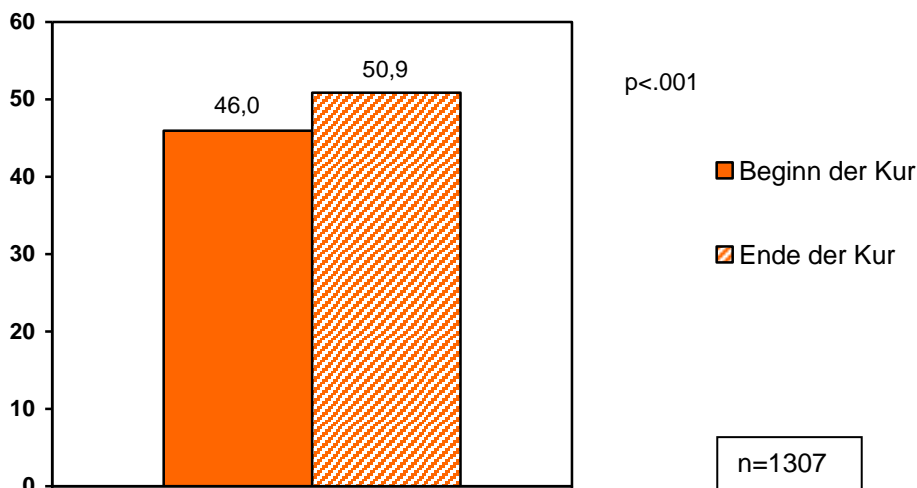


Abb. 8 Erziehungskompetenz FKE-K T1-T2 (Gesamtskala)



Zusammenfassung Erziehungskompetenz

Zu Beginn der Maßnahme weisen die PatientInnen eine unterdurchschnittliche Erziehungskompetenz auf. Im Verlauf der Maßnahme steigen die Selbstwirksamkeit und die Zufriedenheit mit der Erziehung höchst signifikant an.

3.8 Gesundheit und Verhalten der Kinder

3.8.1 Gesundheit der Kinder aus Sicht der Mütter

Zu Beginn der Maßnahme wurden von den Müttern Fragebögen für 2.046 Kinder im Alter von 0 bis 21 Jahren ausgefüllt. Die gesundheitliche Situation der mitreisenden Kinder wurde über einen Fragebogen zur Gesundheit und zum Verhalten ermittelt. Die Fragen zur Gesundheit betrafen aktuelle Beschwerden sowie Arztbesuche, Atemwegsinfekte und Antibiotikaverordnungen im letzten halben Jahr. Das Verhalten der Kinder ab 4 Jahren wurde von den Müttern mit dem SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) eingeschätzt, der auch in der KiGGS-Studie eingesetzt wurde.

Von den mitreisenden Kindern waren 52,1 % Jungen und 47,9 % Mädchen. Behandlungsbedürftig waren 49,9 %. Das Durchschnittsalter lag bei 7,6 Jahren (SD 3,6). Die Altersverteilung ist in Tab. 26 dargestellt. Die größte Gruppe sind Kinder zwischen 7 und 12 Jahren.

Tab. 25 Geschlecht der Kinder und Behandlungsbedarf

Anzahl Prozent	Jungen	Mädchen	behandlungs- bedürftige Kinder	gesunde Begleitkinder	keine Angabe
2.046	1.065	981	1.011	1.014	21
100 %	52,1 %	47,9 %	49,9 %	50,1 %	

Tab. 26 Alter der Kinder

Anzahl Prozent	0-2 Jahre	3-6 Jahre	7-12 Jahre	>12 Jahre	M (SD)	Range
2.046	174	640	1062	170	7,6 (3,6)	0-21
100 %	8,5 %	31,3 %	51,9 %	8,3 %		

In der Gesamtstichprobe hatte knapp die Hälfte der Kinder bis zu 2 Arztbesuche im letzten Halbjahr. Bei einem Drittel der Kinder wurden 3-5 Arztkontakte durchgeführt, bei 17 % waren es 6 und mehr Konsultationen (Tab. 27).

Tab. 27 Arztbesuche der Kinder im letzten halben Jahr

Anzahl Prozent	0-2 Arztbesuche	3-5 Arztbesuche	6-9 Arztbesuche	10 und mehr Arztbesuche
2.019	985	698	246	90
100 %	48,8 %	34,6 %	12,2 %	4,5 %

Erkältungskrankheiten und Infekte der Atemwege sind die häufigsten Erkrankungen der Kinder, die in eine Mutter-Kind-Einrichtung kommen (Tab. 28). Etwa ein Drittel der Kinder hatten

3 Ergebnisse

3 bis 5 Infekte im vergangenen halben Jahr, fast 17 % hatten 6 und mehr Infekte (Tab. 29). Auffallend ist, dass fast 90 % der Kinder im letzten Halbjahr vor der Kur Antibiotika erhielten. Etwa 40 % hatten mehrere Verordnungen (Tab. 30).

Etwa 14 % der Kinder litten unter Allergien, Hauterkrankungen oder Asthma, bei 14,6 % gaben die Mütter Verhaltensauffälligkeiten an. 13,7 % waren von unspezifischen Beschwerden wie Bauchschmerzen betroffen. Ernährungsprobleme (10,6 %) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (7,1 %) wurden relativ selten angegeben.

Tab. 28 Beschwerden und Erkrankungen der Kinder

Beschwerden der Kinder	% - Anteil der Kinder mit <i>mittel</i> bis <i>sehr starken</i> Beschwerden	N _{max} =2.025
Erkältungskrankheiten, Infekte	34,6	
Allergien	15,4	
Verhaltensstörungen (auch ADHS)	14,6	
Hauterkrankungen	13,9	
Beschwerden ohne organischen Befund (z. B. Bauchschmerzen)	13,7	
Asthma	13,5	
Ernährung, Stoffwechsel (auch Über-/Untergewicht)	10,6	
Andere Erkrankungen	7,4	
Erkrankungen des Bewegungsapparats (z. B. Rückenschmerzen)	7,1	
Niere, Blase (auch Bettnässen)	4,2	
Herz, Kreislauf	0,7	

Tab. 29 Atemwegsinfekte der Kinder im letzten halben Jahr

Anzahl Prozent	0-2 Infekte	3-5 Infekte	6-9 Infekte	10 und mehr
2.023	1.169	664	154	36
100 %	57,8 %	32,8 %	7,6 %	1,8 %

Tab. 30 Antibiotikaverordnungen der Kinder im letzten halben Jahr

Anzahl Prozent	0	1 x Antibiotika	2 x Antibiotika	3 x Antibiotika	4 x und mehr Antibiotika
2.023	213	956	664	154	36
100 %	10,5 %	47,3 %	32,8 %	7,6 %	1,8 %

3.8.2 Verhalten der Kinder aus Sicht der Mütter (SDQ)

Das Verhalten der Kinder von 4 bis 16 Jahren wird von den Müttern zu Beginn der Maßnahme mit dem Strengst and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) eingeschätzt, der auch im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) verwendet wird. Der Fragebogen enthält 25 Aussagen, die von den Müttern mit 0 „nicht zutreffend“, 1 „teilweise zutreffend“ und 2 „eindeutig zutreffend“ eingeschätzt werden. Die Auswertung erfolgt über fünf Skalen, wobei vier Skalen verschiedene Problembereiche beschreiben (*emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen*), die zu einer Gesamtskala zusammengefasst werden können. Die fünfte Skala beschreibt *prosoziales Verhalten*. Es handelt sich um kategoriale Skalen.

Aus der Stichprobe konnten Daten von 1.662 Kindern der angegebenen Altersspanne ausgewertet werden. Etwa 81,0 % der Kinder zeigten nach Einschätzung ihrer Mütter ein normales prosoziales Verhalten. Probleme mit Gleichaltrigen hatten aus Sicht der Mütter 19,4 %, 20,5 % wurden als hyperaktiv bewertet. 27,1 % der Kinder wiesen emotionale und verhaltensbezogene Auffälligkeiten auf.

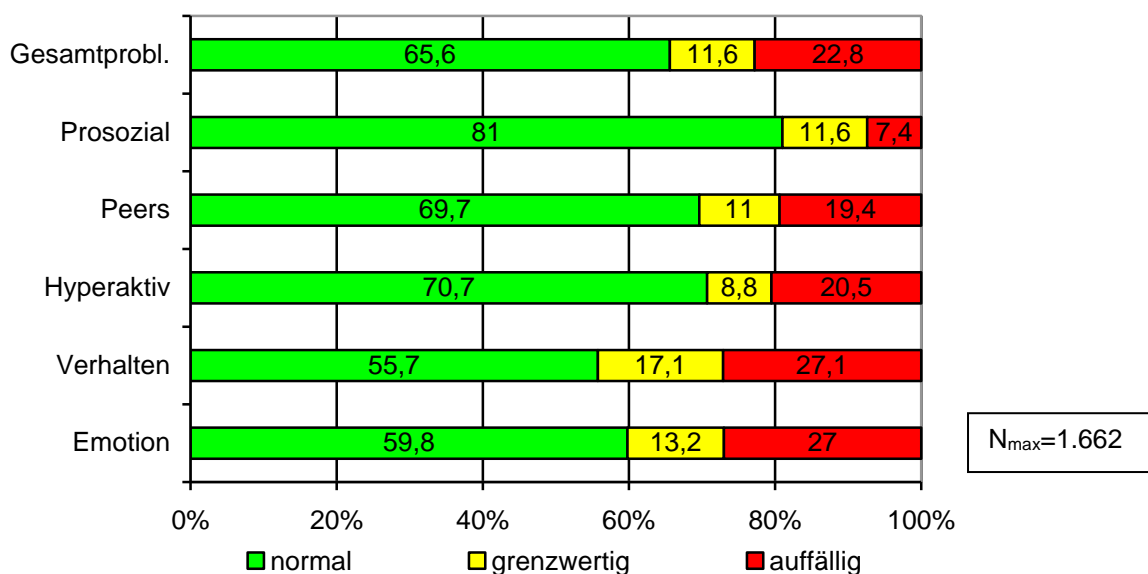


Abb. 9 Verhalten der Kinder SDQ



Zusammenfassung Gesundheit und Verhalten der Kinder

Etwa 50 % der Kinder sind behandlungsbedürftig, wobei Atemwegserkrankungen am häufigsten genannt werden. 22,3 % der Kinder werden von ihren Müttern als verhaltensauffällig wahrgenommen, wobei es sich um subjektive Einschätzungen handelt.

3.9 Kurerfolg und Patientenzufriedenheit

3.9.1 Indikatoren des Kurerfolgs

Der Kurerfolg wird in der BelRes-Studie über mehrere Parameter erfasst, weil aus früheren Studien bekannt ist, dass Mütter zwischen Kurzzielerreichung und Kurerfolg unterscheiden. So wird eine Maßnahme insgesamt als *erfolgreich* beurteilt, auch wenn ein (möglicherweise unrealistisches) Kurzziel nicht erreicht wurde. Außerdem wird erfasst, welche Störfaktoren den Kurerfolg beeinträchtigt haben können.

Wie Abb. 10 zeigt, sind 16,2 % *ganz und gar zufrieden* und 55,2 % *eher zufrieden* mit der Erreichung der Kurzziele. Bei 22,0 % der Befragten wurden die Kurzziele nur teilweise erreicht. Knapp 7,0 % äußern Unzufriedenheit.

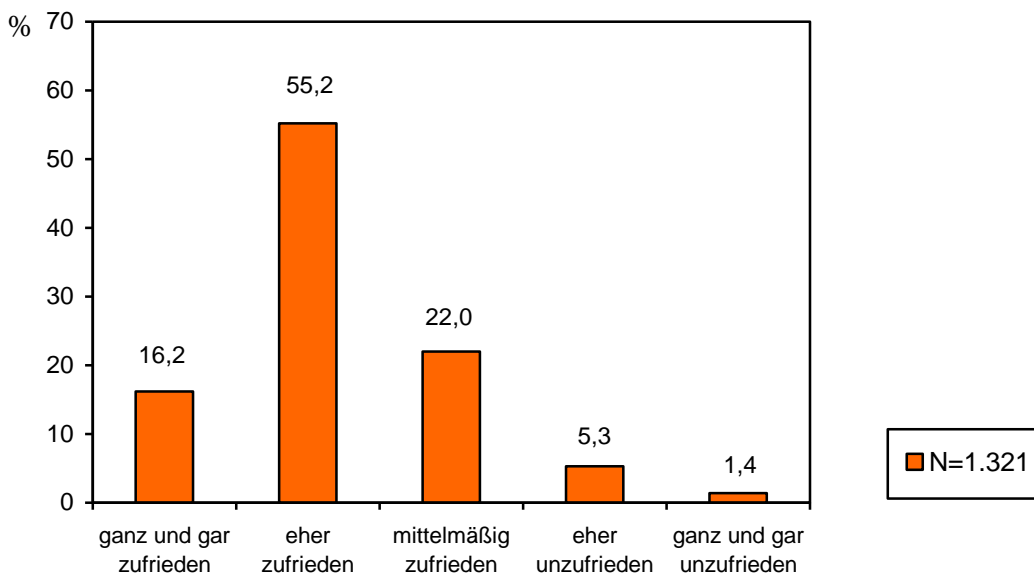


Abb. 10 Zufriedenheit mit der Erreichung der Kurzziele in Prozent

Der Kurerfolg insgesamt wird von den teilnehmenden Müttern positiver eingeschätzt als die Zielerreichung. 35,7 % sind *ganz und gar zufrieden*, weitere 44,5 % sind *eher zufrieden*. Bei 13,6 % der Befragten blieben Wünsche offen und 6,0 % sahen (eher) keinen Kurerfolg.

3 Ergebnisse

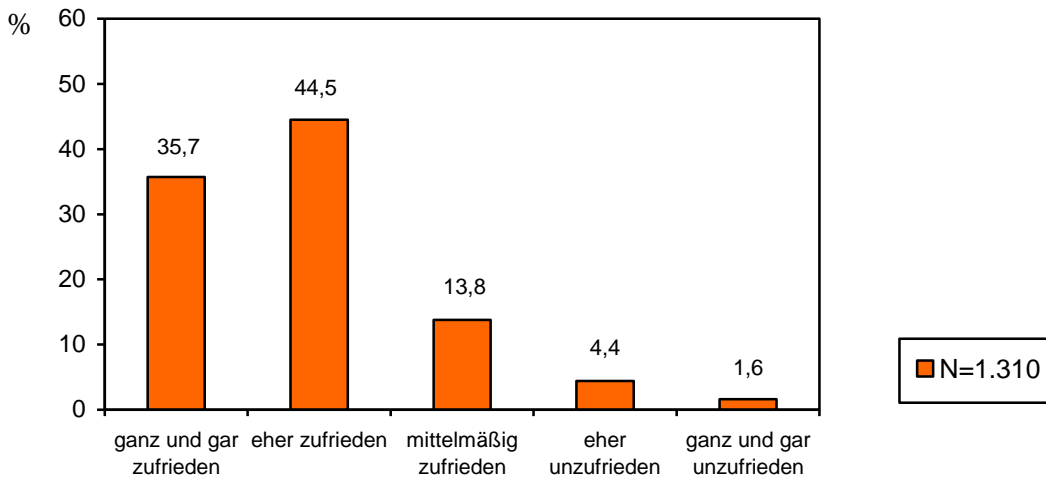


Abb. 11 Zufriedenheit mit dem Kurerfolg insgesamt in Prozent

Auch bei guter Organisation können Störfaktoren eintreten, die den Kurverlauf beeinflussen. Bei der Betrachtung möglicher Störfaktoren wird zunächst ermittelt, bei wie vielen PatientInnen ein Störfaktor vorliegt. Danach wird gefragt, ob dieser den Kurverlauf beeinträchtigt hat. Außerdem wird berechnet, wie hoch der prozentuale Anteil der Mütter ist, die sich *sehr beeinträchtigt* fühlten.

Am häufigsten sind Mütter durch die Erkrankung eines Kindes (6,4 %) *sehr beeinträchtigt*. Auch das unerwartet schlechte Wetter, eine eigene interkurrente Erkrankung, die Tatsache, dass sich die Kinder nicht wohlfühlt haben oder andere Faktoren (z. B. aus dem häuslichen Umfeld), konnten den Kurerfolg beeinträchtigen.

Tab. 31 Beeinträchtigungen durch Störfaktoren

	n	nicht beeinträchtigt	leicht beeinträchtigt	sehr beeinträchtigt
Ich bin krank geworden	326	35	234	57 (4,3 %)
Mein Kind/meine Kinder sind krank geworden	421	91	245	85 (6,4 %)
Ich habe mich nicht wohl gefühlt	114	11	63	40 (3,0 %)
Meine Kinder haben sich nicht wohl gefühlt	191	15	107	59 (4,5 %)
Ich habe mich mit anderen Müttern nicht verstanden	92	32	41	19 (1,4 %)
Das Wetter war schlechter als erwartet	515	134	310	71 (5,4 %)
Etwas anderes ...	244	19	106	119 (9,0 %)

3.9.2 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem Fragebogen ZUF-8 (Schmidt & Nübling, 2002) erfasst, der in Reha-Kliniken eingesetzt wird. Er besteht aus acht Fragen mit einer vierstufigen Antwortskala, die inhaltlich an die jeweilige Frage angepasst ist (z. B. von 1 „*ziemlich unzufrieden*“ bis 4 „*sehr zufrieden*“ oder von 1 „*eindeutig nicht*“ bis 4 „*eindeutig ja*“). Die Auswertung erfolgt über den Summenwert der Skala, wobei ein hoher Wert eine hohe Zufriedenheit beschreibt. Es liegen Vergleichswerte aus verschiedenen Reha-Indikationsbereichen vor. Als Anhaltspunkt für Mutter-Kind-Kliniken kann der Mittelwert aus der Psychosomatik herangezogen werden ($M=25,12$; $SD=4,63$). In der Stichprobe war die Zufriedenheit mit 26,93 ($SD=4,07$; Range 9-32) höher als in der Referenzstichprobe. In Abbildung 12 sind die Bewertungen auf Itemebene dargestellt.

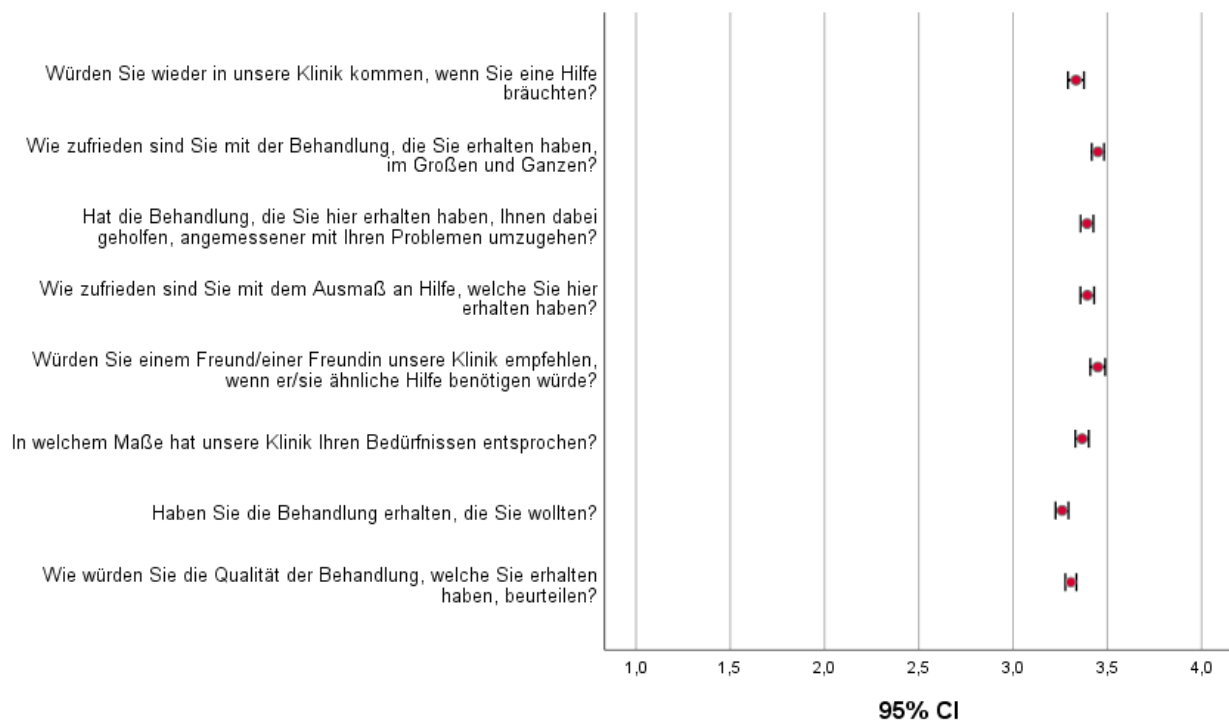


Abb. 12 Zufriedenheit mit dem Kurerfolg ZUF-8 insgesamt



Zusammenfassung Kurerfolg und Patientenzufriedenheit

Insgesamt wird der Kurerfolg der PatientInnen etwas positiver eingeschätzt als die Kurzzielerreichung. Als Störfaktoren im Kurverlauf werden am häufigsten Erkrankungen des Kindes oder der Mutter genannt. Die Patientenzufriedenheit ist insgesamt gut, die Mehrzahl der Befragten würde wieder in die Einrichtung kommen oder diese anderen Vorsorge- oder Reha-bedürftigen Müttern und Vätern empfehlen.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegenden Bericht wurden die Ergebnisse der BelRes-Studie (Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung) vom Beginn und Ende der stationären Maßnahmen von 1.323 Müttern (und Vätern) sowie 2.046 Kindern aus dem Jahr 2011 vorgestellt.

Im Vergleich zu früheren Studien zu Mutter-Kind-Kliniken waren die PatientInnen der BelRes-Studie etwas älter, sie waren häufiger nicht verheiratet, sie hatten häufiger höhere Bildungsabschlüsse und sie waren häufiger erwerbstätig.

Bei den belastenden Kontextfaktoren sind neben Zeitdruck und fehlender Erholung die beruflichen Faktoren häufiger von Bedeutung als in früheren Befragungen, was im Zusammenhang mit der stärkeren Erwerbsbeteiligung der Mütter zu betrachten ist.

Im Hinblick auf Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen, Alkohol und Medikamentenkonsum zeigen sich Ansatzpunkte zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens.

Neben den familienbezogenen psychosozialen Belastungen gewinnen arbeitsplatzbezogene Stressoren an Gewicht. In der Summe führen die Faktoren zur Überlastung und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Erstmals wurden indikationsspezifische Testinstrumente für die häufigsten Behandlungsschwerpunkte Burnout, Rückenschmerzen, Angst und Depression eingesetzt. Auffallend ist die hohe emotionale Erschöpfung der Mütter. Insgesamt sind die Mütter zu Beginn der Maßnahme körperlich und psychisch hoch belastet. Die häufigsten Beschwerden sind: Rückenschmerzen, Burnout, psychische Beschwerden und Migräne/Kopfschmerz. Am Ende der Maßnahme zeigen sich statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserungen der allgemeinen Beschwerden und der psychischen Gesamtbelastung. Allerdings besteht bei etwa 30 % der Mütter weiterhin Behandlungsbedarf. Die Behandlungserfolge in Bezug auf die Erziehungskompetenz sind ebenfalls signifikant.

Etwa 40 % der PatientInnen weisen erhebliche Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation auf. Diese sind als Reha-bedürftig einzustufen.

Etwa die Hälfte der Kinder ist behandlungsbedürftig. Dabei wurden Atemwegserkrankungen am häufigsten genannt. Bis zu 23 % der Kinder werden von ihren Müttern als verhaltensauffällig eingeschätzt.

Insgesamt bewerten die PatientInnen den Kurerfolg und die Kurzzielerreichung als gut. Die Mehrheit der PatientInnen würde die Klinik weiterempfehlen.

Die Nachbefragung der PatientInnen 9 Monate nach Ende der Kur soll zeigen, in wie fern die Behandlungserfolge der Maßnahme über einen längeren Zeitraum erhalten werden können und ob nachhaltige Effekte der Ressourcenrealisierung festzustellen sind.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dtvt, 1997
- Arnhold-Kerri S, Otto F, Sperlich S. Zusammenhang zwischen familiären Stressoren, Bewältigungsressourcen von Müttern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 405-411
- Arnhold-Kerri S, Sperlich S, Collatz J. Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. *Rehabilitation* 2003; 42: 290-299
- Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M. Epidemiologie des Schmerzes - Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. (2000) Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2000; 43: 424–431
- Bundesärztekammer (Hrsg.). Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2007
- DESTATIS. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2015. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 16.07.2019)
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 581-586
- Grawe K, Grawe-Gerber M. Ressourcenaktivierung. Das primäre Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1999; 44: 63–73
- Hahlweg K, Miller Y, Köppe E et al. Triple P – Prävention von Verhaltensproblemen bei Kindern durch Elternt raining zu einer positiven Erziehung. Braunschweig: Christoph-Dornier-Stiftung für klinische Psychologie, Technische Universität; 1999
- Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP. HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale. Deutsche Version. Bern: Huber, 1995
- Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 12-19
- Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2001; 49: 115-124
- Kriz D, Nübling R, Steffanowski A et al. Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikationen. *Z Med Psychol* 2008; 17: 67-79
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113
- MDS (Hrsg.). Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2012 über http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_02_06_BGR_final.pdf. Zugriff am 08.10.2012
- Meixner K, Glattacker M, Gerdes N, et al. Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Rehabilitation* 2001; 40: 280-288
- Otto F. Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder - Eine kontrollierte Vergleichsstudie. *Rehabilitation* 2013; 52: 86-95

- Otto F. Veränderung des Patientenprofils in Mutter-Kind-Kliniken 2000-2001. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2014; 93: 92-102
- Otto F. Unterscheidet sich die Burnout-Symptomatik bei Müttern und Vätern? Testung der elternspezifischen Version MBI-F. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Symposium 2016. DRV-Schriften Band 109, 68-69
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland, Kap. 3: Wie gesund lebt „Mann“? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennerbericht/kapitel_3_wie_gesund_lebt.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennerbericht/kapitel_3_wie_gesund_lebt.pdf?blob=publicationFile). Zugriff am 15.07.2019
- RSKF Rückenschmerz-Screening-Fragebogen über <http://www.medizin.uni-greifswald.de/icm/Screeningbefragung/allgemein/impressum.php>. Zugriff am 08.10.2012
- Trösken AK. Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht. Dissertation, Universität Bern, 2002
- WHO (Hrsg.). International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaassung/> Zugriff am 08.10.2012
- Zerssen D von. B-L Beschwerdenliste. Göttingen: Hogrefe, 1976
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavia 1983; 67, 6: 361-370