

# **Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (RessQu-Studie)**

## **Ergebnisse der Studie zu T1 und T2**

## **Projektleitung**

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

## **Bericht**

Deborah Leddin, Friederike Otto

## **Datenmanagement**

Deborah Leddin  
E-Mail: [leddin.deborah@mh-hannover.de](mailto:leddin.deborah@mh-hannover.de)

© 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](mailto:forschungsverbund@mh-hannover.de)), falls Sie die Inhalte dieses Konzeptes verwenden möchten.

## **Das Wichtigste in Kürze**

- Teilnahme an der RessQu-Studie: 11 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen
- Erhebungszeitraum: Mai 2018 bis August 2019
- Gesamtstichprobe: 974 Müttern, 54 Vätern und 1244 Kindern

## **Ergebnisse der Gesamtstichprobe**

**Soziodemografie:** Die Mütter waren zwischen 22 und 69 Jahre alt (M=39,7). 63 % waren verheiratet, 25 % waren alleinerziehend, 8 % lebten in einer Patchwork-Familie. 44 % hatten einen Realschulabschluss, 45 % Abitur. 26 % arbeiteten in Vollzeit, 46 % in Teilzeit. Der Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund betrug 19 %.

**Risikofaktoren:** Der wichtigste Risikofaktor war Bewegungsmangel, 57 % der Mütter waren betroffen, gefolgt von Übergewicht mit 26 % und weiteren 23 % mit Adipositas und Rauchen mit 15 %. 38 % bezeichneten ihre körperliche Fitness als schlecht oder eher schlecht, 26 % trieben niemals Sport. 32 % nahmen mindestens einmal in der Woche Schmerzmittel ein.

**Kontextfaktoren:** Die wichtigsten psychosozialen Kontextfaktoren waren das ständige Dasein für die Familie, Zeitdruck, fehlende Erholungsmöglichkeiten und Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Spezielle Kontextfaktoren, von denen nicht alle Mütter betroffen sind, waren das Arbeitspensum/die Arbeitszeit, die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung, die Situation am Arbeitsplatz und die Beziehung zum (Ehe-)Partner.

**Somatische und psychische Beschwerden:** Die häufigsten Beschwerden waren Rücken- und Gelenkschmerzen, Burnout/totale Erschöpfung und psychische Beschwerden. 46 % der Frauen litten zu Beginn der Maßnahmen stark unter unspezifischen Beschwerden wie Nervosität und Unruhe, die in der Summe Krankheitswert besitzen. Am Ende der Maßnahme waren nur noch 9 % stark betroffen. Eine starke Stressbelastung wiesen zu Beginn 57 % und am Ende 8 % auf. Etwas unter 30 % der Frauen litten zu Beginn unter Angst oder Depression, am Ende der Maßnahme waren es 4-6 %.

**Rehabedarf:** 30 % der Mütter wiesen erhebliche Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe auf. In diesen Fällen ist eine Rehabedürftigkeit anzunehmen. Nur 1,9 % hatten eine Rehaindikation, 15,4 % keine Spezifizierung.

**Erziehungskompetenz:** Die Erziehungskompetenz im Sinne einer Selbstwirksamkeit stieg im Kurverlauf signifikant an.

**Patientenzufriedenheit:** 75 % der Mütter waren ganz und gar oder eher zufrieden mit der Erreichung ihrer Kurzziele, 85 % mit der Kur insgesamt. Umfang und Inhalt des Therapieplans entsprachen den Wünschen der Patientinnen.

**Inhaltsverzeichnis**

	Seite
<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>Abkürzungen .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung: Konzept und Zielsetzung der RessQu-Studie .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzept .....</b>	<b>10</b>
<b>3 Ergebnisse .....</b>	<b>12</b>
3.1 Datenrücklauf und Patientenprofil .....	12
3.2 Gesundheitliche Risikofaktoren.....	16
3.3 Psychosoziale Belastungen .....	19
3.4 Somatische und psychische Beschwerden und Symptome.....	22
3.5 Beeinträchtigung der Aktivitäten - Rehabilitationsbedürftigkeit .....	28
3.6 Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit.....	29
3.7 Kurerfolg und Zufriedenheit.....	30
<b>4 Zusammenfassung.....</b>	<b>39</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>40</b>

**Tabellenverzeichnis**

**Tab. 1** Teilnahmequote zu Beginn der Maßnahme .....12

**Tab. 2** Alter der Mütter .....13

**Tab. 3** Altersverteilung der Mütter .....13

**Tab. 4** Anzahl der Kinder in der Kur pro Mutter .....13

**Tab. 5** Kinder unter 18 Jahren im Haushalt .....13

**Tab. 6** Familienstand.....14

**Tab. 7** Familienkonstellation (mehrere Angaben waren möglich) .....14

**Tab. 8** Höchster Schulabschluss .....14

**Tab. 9** Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss .....15

**Tab. 10** Erwerbsstatus .....15

**Tab. 11** Mütter mit Migrationshintergrund.....15

**Tab. 12** Risikofaktoren zu Beginn der Maßnahme.....16

**Tab. 13** Medikamentenkonsum .....19

**Tab. 14** Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können .....20

**Tab. 15** Spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen .....21

**Tab. 16** Gesundheitliche Beschwerden der Mütter .....22

**Tab. 17** Beschwerdenliste B-LR Mittelwertvergleich T1-T2 .....24

**Tab. 18** Screening auf Stress (DASS21-G) T1-T2.....25

**Tab. 19** Screening auf Angst (DASS21-G) T1-T2.....26

**Tab. 20** Screening auf Depression (DASS21-G) T1-T2.....27

**Tab. 21** Beeinträchtigung der Aktivitäten zu Beginn der Maßnahme .....28

**Tab. 22** Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit T1-T2.....30

**Tab. 23** Beeinträchtigungen durch Störfaktoren .....33

**Tab. 24** Zufriedenheit mit der Einrichtung ZUF-8.....34

**Tab. 25** Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf .....36

**Abbildungsverzeichnis**

**Abb. 1** Prozentuale Verteilung der Gewichtsguppen nach BMI .....17

**Abb. 2** Körperliche Fitness.....18

**Abb. 3** Häufigkeit von Sport, Fitness oder Gymnastik .....18

**Abb. 4** Beschwerden-Liste B-LR kategoriale Auswertung T1-T2.....24

**Abb. 5** Screening auf Stress kategoriale Auswertung T1-T2 .....25

**Abb. 6** Screening auf Angst kategoriale Auswertung T1-T2 .....26

**Abb. 7** Screening auf Depression kategoriale Auswertung T1-T2 .....27

**Abb. 8** Summe der erheblichen oder vollkommenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten .....29

**Abb. 9** Zufriedenheit mit dem Erreichen der Kurzziele .....31

**Abb. 10** Zufriedenheit mit der Kur insgesamt .....31

**Abb. 11** Itemauswertung der Zufriedenheit mit der Einrichtung (ZUF-8).....34

**Abb. 12** Bevorzugte Kurform bei heutiger Wahl (T2) .....37

### Abkürzungen

BelRes-Studie	Studie zu Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung (2011-2012)
B-LR	Beschwerden-Liste (misst allgemeine Beschwerden), aktualisierte und revidierte Fassung der B-L
DASS	Depression-Angst-Stress-Skala
FKE-K	Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern, Kurzversion
GS	Gesamtstichprobe
M	Mittelwert
N	Gesamtanzahl
N <sub>max</sub>	maximale Zahl der Antwortenden innerhalb einer Itematterie
p	value of probability, Signifikanzwert
p≤.05	signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit ≤ 5%
p≤.01	sehr signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit ≤ 1%
p≤.001	höchst signifikant Irrtumswahrscheinlichkeit ≤ 0,1%
RessQu-Studie	Studie zur Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen
SD	Standardabweichung
T0	Befragungszeitpunkt: 6 Wochen vor der Maßnahme
T1	Befragungszeitpunkt: Beginn der Maßnahme
T2	Befragungszeitpunkt: Ende der Maßnahme
T3	Befragungszeitpunkt: 6 Monate nach der Maßnahme

## **1 Einleitung: Konzept und Zielsetzung der RessQu-Studie**

In der RessQu-Studie wurden 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- und Vater-Kind-Maßnahmen war in den vergangenen 20 Jahren mehrfach Gegenstand wissenschaftlicher Studien (Meixner et al., 2001; Arnhold-Kerri et al., 2003; Otto, 2012; Barre, Epping, 2018). Dabei standen die Veränderungen der psychosozialen Belastungen, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen der Mütter und Väter sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im Mittelpunkt. Die RessQu-Studie greift diese Fragestellungen auf und ermöglicht die Abbildung von Veränderungen im Zeitverlauf.

Mit dem neuen Rollenverständnis der Mütter und Väter und der Vereinbarung von Familie und Erwerbsarbeit beider Elternteile gewinnt die familiäre Vorsorge und individuelle Gesundheitspflege an Bedeutung. In der medizinischen und psychosozialen Diagnostik und Therapie wird die Defizitperspektive durch die Ressourcenperspektive ergänzt oder sogar abgelöst (Munder et al., 2019). Ihre Wurzeln liegen u.a. im Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 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. Die Evaluation der Ressourcenaktivierung und der Lebensqualität bilden den ersten Schwerpunkt der RessQu-Studie.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Untersuchung der Behandlungsschwerpunkte und der Erfassung der durchgeführten Therapien nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL.

Von Seiten des Gesetzgebers und der Kostenträger wird zwischen Vorsorge und Rehabilitation unterschieden. Wie schon in der vorhergehenden BelRes-Studie 2011 wird die Reha-Bedürftigkeit über die Erfassung der Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation (ICF, 2001) eingeschätzt, um zu einer datenbasierten Bewertung des Rehabedarfs zu gelangen.

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 RessQu-Studie Fragen der Gesundheitsprobleme der Kinder und der Erziehungskompetenz der Mütter erfasst.

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

Seit 2001 sind Väter explizit als Teilnehmer der stationären Maßnahmen zugelassen. Angesichts der geringen Zahl männlicher Kurteilnehmer (N=54) bezieht sich die Auswertung der RessQu-Daten nur auf die Mütter.

Die RessQu-Studie umfasst vier Zeitpunkte. Etwa 6 Wochen vor der Maßnahme (T0) wurden die Ressourcen und die Lebensqualität der Mütter mit einem standardisierten Fragebogen erfasst. Dieser wurde etwa 6 Monate nach der Maßnahme (T3) noch einmal eingesetzt, um zu überprüfen, wie sich die Ressourcenaktivierung der Mütter verändert hat.

Zu Beginn der Maßnahme (T1) wurden soziodemografische Daten, Beschwerden, Risikofaktoren und Kontextfaktoren sowie die Gesundheit der Kinder erfasst. Allgemeine und psychische Beschwerden wurden mittels standardisierter Testinstrumente erfasst. Vom therapeutischen Team wurden die Behandlungsschwerpunkte mit ihren aktuellen Schweregraden zu Beginn und am Ende der Maßnahme (T2) ermittelt. Außerdem wurden am Ende die Patientenzufriedenheit und der Kurerfolg erfragt.

Nach 6 Monaten (T3) wurden die Patientinnen schriftlich nachbefragt. Zur Erfassung der Langzeiteffekte wurden noch einmal die Fragebögen zu allgemeinen und psychischen Beschwerden, Risikofaktoren, Kontextfaktoren und zur Erziehungskompetenz eingesetzt.

Die Ergebnisse der Kurkinder sowie der Erhebungszeitpunkte T0 und T3 mit dem Ressourcenaspekt, der Lebensqualität und den therapeutischen Leistungen werden in einem separaten Bericht dargestellt.

## 2 Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzept

**Soziodemografische Angaben** wurden entsprechend Standarddemografie (Hoffmeyer-Zlotnik et al., 2010) ermittelt, die einen Vergleich mit Bevölkerungsstatistiken ermöglichen.

Die **psychosozialen Belastungen** wurden mit einer im Forschungsverbund entwickelten Itembatterie erhoben, die in Zusammenarbeit mit den QualitätsexpertInnen der Kliniken weiterentwickelt wurde. Dabei wurde zwischen allgemeinen (für alle Mütter relevanten) Kontextfaktoren (wie z.B. Zeitdruck) und solchen, die nicht auf alle Frauen zutreffen (wie z.B. Alleinerziehend) unterschieden.

Allgemeine **Fragen zur Gesundheit** betreffen die Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben insgesamt, Risikofaktoren und Medikamentenkonsum sowie Sport und Fitness.

Unspezifische **Beschwerden** (z.B. Reizbarkeit oder Kurzatmigkeit) wurden mit der revidierten Version der Beschwerdenliste (B-LR, von Zerßen & Petermann, 2011) erfasst, die einen Vergleich mit einer Referenzstichprobe erlaubt.

Mit dem Fragebogen DASS21-G (Nilges & Essau, 2015) wurde das psychische Befinden mit den Aspekten **Depression, Angst und Stress** erfasst.

Die subjektiv wahrgenommenen **Beschwerden und Erkrankungen** (z.B. Atemwegserkrankungen oder Burnout) wurden über 11 Items erfasst.

Beeinträchtigungen der **Aktivitäten und Teilhabe** wurden mit 9 Items der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, DIMDI, 2005) erfasst, die als Core-Set in einem Ärzte-Therapeuten-Workshop des Forschungsverbundes entwickelt wurden.

Aus dem Fragebogen zum **Kompetenzgefühl von Eltern** (FKE-K, Miller, 2001) wurde die Skala zur Selbstwirksamkeit mit sechs Items zu Beginn und am Ende der Maßnahme eingesetzt. Auf die Fragen zur Zufriedenheit mit der Erziehung, die zweite Teilskala des Fragebogens, wurde verzichtet, weil sich in der vorhergehenden BelRes-Studie keine Veränderungen zeigten.

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

### **Auswertungskonzept**

In Kap. 3.1 wird das Patientenprofil der Gesamtstichprobe dargestellt.

Kap. 3.2 enthält die gesundheitlichen Risikofaktoren, Kap. 3.3 die psychosozialen Belastungen der Patientinnen.

Die somatischen und psychischen Beschwerden und Symptome zu Beginn und am Ende der Maßnahme werden in Kap. 3.4 berichtet.

Kap. 3.5 enthält Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und daraus abgeleitet die Reha-Bedürftigkeit der Patientinnen.

In Kap. 3.6 wird die Veränderung der Erziehungskompetenz im Verlauf der Maßnahme dargestellt.

Kurerfolg und Patientenzufriedenheit sind Inhalt von Kap. 3.7.

Das 4. Kapitel enthält eine Gesamtbewertung der Ergebnisse.

Die Beschreibung der Stichproben erfolgt über deskriptive Statistiken. Der Prä-post-Vergleich erfolgt über t-Tests für verbundene Stichproben. Sofern es sich um kategoriale Daten handelt, wird der Wilcoxon-Test, der Mc-Nemar-Test bzw. der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt.

Die statistischen Berechnungen erfolgen mit dem Programm SPSS 26. Signifikanz wird bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % ( $p \leq 0.05$ ) angenommen.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Datenrücklauf und Patientenprofil

In den Monaten Mai 2018 bis Februar 2019 nahmen 11 Mutter-Kind- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kliniken an der RessQu-Studie (T1 und T2) teil. Angestrebt war eine Zahl von 80 Patient\*innen aus jeder Einrichtung, was von den meisten Häusern realisiert wurde. Je nach Größe der Klinik und Anreisemodus (wöchentlich oder Blockanreise) wurden Mütter und Väter aus 1 bis 14 Kurgängen um die Teilnahme gebeten. Aus 9 von den 11 an der Studie teilnehmenden Kliniken liegen Daten zur Gesamtzahl der aufgenommenen Patient\*innen vor. Diese 9 Kliniken haben insgesamt 1.203 Patient\*innen (davon 1.149 Mütter und 54 Väter) angesprochen. Von diesen Patient\*innen haben 816 zu Beginn der Maßnahme (T1) an der RessQu-Studie teilgenommen, was einer Teilnahmequote von 67,8 % entspricht.

Insgesamt nahmen in den 11 Kliniken zu Beginn der Maßnahme (T1) 974 Patient\*innen an der RessQu-Studie teil. Die Stichprobe zu Beginn der Maßnahme bestand aus 913 Müttern und 39 Vätern (zusammen 98,4 %), 10 Pflegemüttern und 1 Pflegevater (zusammen 1,1 %), 3 Stiefvätern (0,3 %) und 2 Großmüttern (0,2 %). 4 Frauen und 2 Männer gaben keine Auskunft über ihre Beziehung zum Kind.

**Tab. 1** Teilnahmequote zu Beginn der Maßnahme

	Zahl der Kurgänge	Studien- teilnehmer*innen	Teilnahmequote in %
Gesamtstichprobe	50	974	67,8

Wegen der geringen Fallzahl wurden Männer aus den folgenden Analysen ausgeschlossen. Da nicht alle Fragebögen von allen Patientinnen vollständig ausgefüllt wurden, ist in den Tabellen jeweils die Grundgesamtheit (N) angegeben, auf die Bezug genommen wurde.

#### **Alter der Mütter, Zahl der Kinder in der Kur und im Haushalt**

Von den Patientinnen, die an der RessQu-Studie teilnahmen, war die jüngste 22 und die älteste 69 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 39,7 Jahren (SD 6,9). Die Ergebnisse bestätigen den Trend der letzten Jahre, dass das Alter der Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen steigt: Im Jahr 2000 waren die Mütter im Durchschnitt 34,3 Jahre alt und 2011 waren sie durchschnittlich 38,1 Jahre alt (Otto, 2014).

### 3 Ergebnisse

**Tab. 2** Alter der Mütter

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gesamt- stichprobe	925	39,7	7,0	22	69

**Tab. 3** Altersverteilung der Mütter

	N	22-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-69 Jahre
Gesamt- stichprobe	925	50 5,4 %	435 47,0 %	361 39,0 %	79 8,5 %

Die Mütter wurden in der Gesamtstichprobe von durchschnittlich 1,65 Kindern begleitet (SD 0,77). Diese Zahl hat sich gegenüber der BelRes-Studie 2011 nicht nennenswert verändert.

**Tab. 4** Anzahl der Kinder in der Kur pro Mutter

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gesamt- stichprobe	921	1,65	0,77	1	6

**Tab. 5** Kinder unter 18 Jahren im Haushalt

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Gesamt- stichprobe	893	1,86	0,82	1	6

#### Familienstand der Teilnehmerinnen und Familienformen

In der Gesamtstichprobe der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen waren 62,6 % der Mütter verheiratet, 16,5 % waren ledig, 12,0 % geschieden und 8,0 % lebten getrennt. Nur knapp 1 % der Mütter war verwitwet. Im Vergleich zur BelRes-Studie von 2011 gaben 7,5 % mehr Mütter an, dass sie verheiratet waren und mit ihrem Partner zusammenlebten. Derselbe Trend war in der Familienkonstellation zu sehen. Während in der BelRes-Studie 45,8 % der Mütter angaben, dass sie mit ihrem Partner und den gemeinsamen Kindern zusammenlebten, gaben dies im Jahre 2018 knapp 62 % der Mütter an. Ein Viertel der Befragten lebte aktuell mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern allein. Nur wenige Familien lebten in einer Patchwork-Familie (8,4 %) oder mit drei Generationen im Haus (6,1 %).

**Tab. 6** Familienstand

	N	verheiratet/ zusammen lebend	getrennt lebend	ledig	geschieden	verwitwet
Gesamt- stichprobe	922	577 62,6 %	74 8,0 %	152 16,5 %	111 12,0 %	8 0,9 %

**Tab. 7** Familienkonstellation (mehrere Angaben waren möglich)

	N	beide Eltern & gemeinsame/s Kind/er	Patchwork- Familie	alleinleben mit Kind/ern	Kind/er ab- wechselnd bei Eltern	Familie mit Pflege- kind/ern	drei Generatio- nen im Haus
Gesamt- stichprobe	929	575 61,9 %	78 8,4 %	235 25,3 %	16 1,7 %	13 1,4 %	57 6,1 %

### Schulabschluss und beruflicher Ausbildungsabschluss

In der Gesamtstichprobe hatten weniger als die Hälfte der Mütter eine Hochschulzugangsberechtigung (44,5 %). Vergleichbar viele Mütter hatten eine Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss (43,6 %). Jede zehnte Mutter gab an, dass sie maximal die Hauptschule abgeschlossen hat. Das Bildungsniveau der Patientinnen ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht überraschend, da auch in der Gesamtbevölkerung ein Anstieg des formalen Bildungsniveaus zu verzeichnen ist (Otto, 2013).

**Tab. 8** Höchster Schulabschluss

	N	Hauptschul- abschluss	Realschule, Mittl. Reife, POS, Sek. I	Abitur FH-Reife Sek. II	Sonstiges	keinen Abschluss
Gesamt- stichprobe	920	96 10,4 %	401 43,6 %	409 44,5 %	8 0,9 %	6 0,7 %

Der häufigste berufliche Ausbildungsabschluss war in der Gesamtstichprobe mit 44,4 % die beruflich-betriebliche Ausbildung. 19,2 % hatten eine beruflich-schulische Ausbildung abgeschlossen. Insgesamt hatten demnach etwa 64 % der Mütter eine Lehre oder fachschulische Ausbildung absolviert. 22,8 % hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Diese Zahl ist im Vergleich zur BelRes-Studie von 2011 leicht angestiegen.

**Tab. 9** Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

	N	Beruflich- betriebl. Ausbildung	Beruflich- schulische Ausbildung	Meister-, Techn., Berufs-, Fach- akademie	FH	Uni	Anderer Abschluss	(noch) keinen Abschluss
GS	919	408 44,4 %	176 19,2 %	56 6,1 %	74 8,1 %	135 14,7 %	23 2,5 %	47 5,1 %

### Erwerbsstatus

In der Gesamtstichprobe arbeitete der größte Teil der Mütter in Teilzeit (45,9 %). Ein Fünftel der Mütter arbeitete in Vollzeit und knapp 6 % arbeiteten mehr als 40 Stunden in der Woche. Der Anteil der Hausfrauen betrug rund 9 %. Nur 4 % der Studienteilnehmerinnen gaben an, dass sie zurzeit arbeitslos sind. Diese Ergebnisse haben sich im Vergleich zur BelRes-Studie 2011 dahingehend verändert, dass vier Prozentpunkte mehr Mütter in Vollzeit arbeiteten.

**Tab. 10** Erwerbsstatus

	N	Vollzeit+ (>40 Std./Wo.)	Vollzeit (35-40 Std./Wo.)	Teilzeit (>15-34 Std./Wo.)	geringfügig beschäftigt (≤ 15 Std./Wo.)	Haus- frau	Zurzeit arbeits- los	Sonsti- ges <sup>1</sup>
GS	921	52 5,6 %	189 20,5 %	423 45,9 %	69 7,5 %	82 8,9 %	37 4,0 %	69 7,5 %

<sup>1</sup> Freigestellt (Elternzeit); im Vorruhestand oder Ruhestand; in Ausbildung, Umschulung, Studium oder mithelfendes Familienmitglied

### Migrationshintergrund

In der Gesamtstichprobe gaben 175 Frauen (18,8 %) an, dass sie einen Migrationshintergrund haben, d. h. sie selbst oder ihre Eltern stammen aus einem anderen Land. Ein Drittel dieser Mütter berichteten einen osteuropäischen Familienhintergrund zu haben und weitere fast 15 % gaben die ehemalige Sowjetunion als Migrationshintergrund an. Etwas weniger als 15 % stammten aus dem übrigen Europa und fast genauso viele aus der Türkei bzw. aus arabischen Ländern.

**Tab. 11** Mütter mit Migrationshintergrund

	N	Ost- Europa	Übriges Europa	Ehem. Sowjet- union	Türkei, arab. Länder	Nord-/ Süd- Amerika	Afrika, Asien, Australien
Gesamt- stichprobe	175 (18,8 %)	58 33,1 %	26 14,9 %	50 28,6 %	24 13,7 %	2 1,1 %	15 8,6 %



### Zusammenfassung der Soziodemografie

Im Vergleich zur BelRes-Studie 2011 waren die Patientinnen der RessQu-Studie im Durchschnitt ein Jahr älter, öfter verheiratet und mit ihren Partnern sowie gemeinsamen Kindern zusammenlebend und hatten einen höheren Bildungsabschluss.

### 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. Für die folgende Analyse wurden die Teilnehmerinnen gefragt ob für Sie Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel einen Risikofaktor darstellt und wie stark dieser ausgeprägt ist. Sie konnten dabei zwischen den Antwortkategorien 0 „gar nicht“ bis 4 „stark“ auswählen.

Die Ergebnisse in Tab. 12 zeigen, dass für über die Hälfte der Mütter (56,8 %) Bewegungsmangel einen Risikofaktor darstellte (mäßig bis stark ausgeprägt). Etwa jede zehnte Mutter konsumierte vermehrt Alkohol und knapp 15 % der Mütter rauchten regelmäßig oder gelegentlich. Der Alkoholkonsum war im Vergleich zu 2011 etwas höher, aber der Risikofaktor Rauchen nahm um knapp fünf Prozentpunkte ab. Der hohe Bewegungsmangel war über die Jahre unverändert.

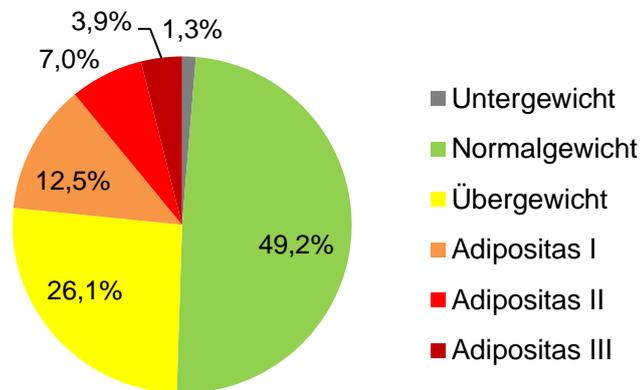
**Tab. 12** Risikofaktoren zu Beginn der Maßnahme

Prozentanteil der Mütter mit mäßiger bis starker Ausprägung	
Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =915	
Bewegungsmangel	56,8 %
Rauchen	15,4 %
Alkoholkonsum	10,1 %

Neben Bewegungsmangel stellten auch Übergewicht und Adipositas für mehr als die Hälfte der Mütter einen Risikofaktor dar. Die Verteilung der Gewichtskategorien (nach Body-Mass-Index, BMI) ist in Abb. 1 dargestellt. Hierbei wurde auf Basis der Gewichts- und Größenabfrage jede Person in eine Gewichtsgruppe auf Grundlage der BMI-Verteilung der WHO eingeteilt (WHO 2019).

26,1 % der Teilnehmerinnen hatten Übergewicht und 23,4 % hatten Adipositas. Gut 1 % der Mütter hatte Untergewicht. Die Hälfte der Teilnehmerinnen hatte Normalgewicht. Im Vergleich zur BelRes-Studie 2011 gab es 3 Prozentpunkte mehr Frauen mit Adipositas II und

dafür 3 Prozentpunkte weniger normalgewichtige Frauen. Eine leichte Tendenz zu höheren Adipositas-Ausprägungen ist zu erkennen.



Gesamtstichprobe (N=899)

**Abb. 1** Prozentuale Verteilung der Gewichtsgruppen nach BMI

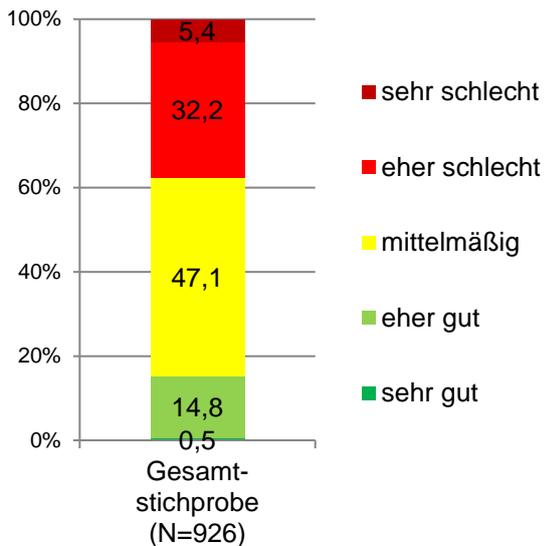
#### **Fitness und Sport**

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

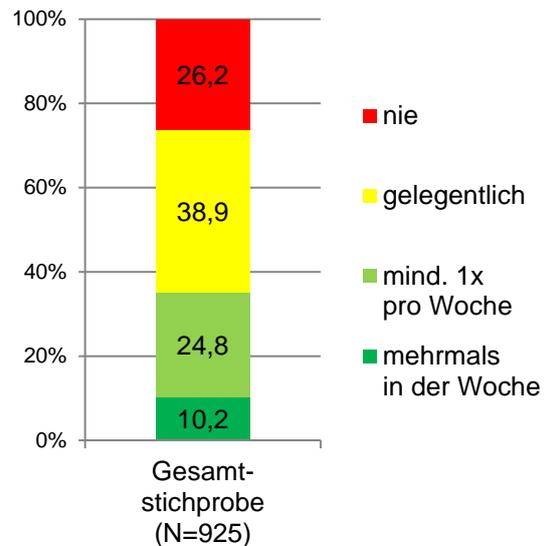
Zu Beginn der Maßnahme wurden die Teilnehmerinnen gefragt, wie sie ihre körperliche Fitness einschätzten. Dabei konnten sie zwischen den Antwortkategorien 1 „sehr gut“ bis 5 „sehr schlecht“ auswählen. Knapp die Hälfte der Mütter bewerteten ihre körperliche Fitness als mittelmäßig (47,1 %). 37,6 % gaben an, eine eher schlechte oder sehr schlechte Fitness zu haben. Nur 15 % der Mütter beschrieben ihre Fitness als eher gut.

Darüber hinaus wurde erfragt wie oft die Mütter aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik betrieben. Die Antwortkategorien reichten von 1 „mehrmals in der Woche“ bis 4 „nie.“ Knapp 39 % der Mütter trieben gelegentlich aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik. 35 % der Mütter trieben mindestens einmal pro Woche Sport, aber ein Viertel der Mütter gaben an, dass sie sich nie sportlich betätigen.

### 3 Ergebnisse



**Abb. 2** Körperliche Fitness



**Abb. 3** Häufigkeit von Sport, Fitness oder Gymnastik

### 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. Ein übermäßiger Medikamentenkonsum stellt jedoch eine potenzielle Gefahr für die Gesundheit dar (Bundesapothekerkammer, 2011; Bundesärztekammer, 2007). Ein Ziel der Maßnahme ist es daher, die Gesundheit und den Umgang mit Stress so zu verbessern, dass weniger Medikamente benötigt werden. Der Medikamentenkonsum wurde durch die Fragestellung „Wie häufig haben Sie folgende Medikamente im letzten halben Jahr eingenommen?“ erhoben. Die Antwortkategorien waren: nie, 1x pro Monat, mehrmals pro Monat, 1x pro Woche, mehrmals pro Woche und täglich. Für die Analyse wurden die Antworten 1x pro Woche, mehrmals pro Woche und täglich als regelmäßige Einnahme zusammengefasst.

Am häufigsten wurden Schmerzmittel von den Müttern regelmäßig eingenommen. 31,5 % der Mütter nahmen einmal die Woche bis täglich Schmerzmittel. Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva wurden von 7 bis 8 % der Befragten regelmäßig eingenommen. Lediglich 1 % der Mütter berichtete, dass sie regelmäßig Abführmittel nahmen. Im Vergleich zur BelRes-Studie 2011 wurde ein deutlich geringerer Medikamentenkonsum berichtet. Über 15 Prozentpunkte weniger Mütter nahmen nach der RessQu-Studie regelmäßig Schmerzmittel ein. Auch Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva wurden 3 bis 4 Prozentpunkte weniger eingenommen.

**Tab. 13** Medikamentenkonsum

Prozentanteil der Mütter, die 1x pro Woche bis täglich folgende Medikamente einnehmen	
Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =926	
Schmerzmittel	31,5 %
Antidepressiva	7,9 %
Schlaf- und Beruhigungsmittel	7,4 %
Abführmittel	1,1 %

Referenzzeitraum: *letztes halbes Jahr*



### Zusammenfassung der Risikofaktoren

Bewegungsmangel, fehlende körperliche Fitness und Übergewicht stellten auch 2018 für mehr als die Hälfte der Mütter gesundheitliche Risikofaktoren dar. Im Vergleich zu 2011 hat Alkoholkonsum als Risikofaktor an Bedeutung leicht zugenommen, dafür ging der Anteil der Raucherinnen zurück. Der Medikamentenkonsum hat sich im Vergleich zu 2011 verringert. Die am häufigsten eingenommene Medikamentengruppe waren Schmerzmittel, die fast jede dritte Mutter regelmäßig einnahm.

### 3.3 Psychosoziale Belastungen

Bei der Entstehung und Chronifizierung gesundheitlicher Beschwerden der Mütter sind psychosoziale Belastungen von zentraler Bedeutung. Auch in der 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.

Die Ermittlung der allgemeinen Kontextfaktoren erfolgte über die Aussage: „In der nachfolgenden Liste haben wir mögliche Belastungsquellen im Alltag aufgeführt, von denen viele Mütter/Väter betroffen sind. Geben Sie bitte an, wie sehr Sie sich in diesen Bereichen aktuell belastet fühlen.“ Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „leicht“, „mittel“, „stark“ und „sehr stark“ belastet auswählen.

In Tab. 14 sind allgemeine Kontextfaktoren aufgeführt, die alle Mütter betreffen können. Es wird für jeden Kontextfaktor angegeben, wie viel Prozent der Mütter mittel bis sehr stark belastet waren. In der Gesamtstichprobe fühlten sich jeweils über 80 % der Mütter durch *das ständige Dasein für die Familie, Zeitdruck* und *fehlende Erholungsmöglichkeiten* belastet. Knapp dreiviertel der Mütter hatten Probleme mit der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Rund 60 % der Mütter gaben *Erziehungsprobleme*, die *geringe Anerkennung ihrer Haus- und Familienarbeit* und *familiäre Konflikte* als Belastung an. Etwas weniger als die Hälfte der

### 3 Ergebnisse

Mütter waren mittel bis sehr stark von *geringem Selbstwertgefühl* und *finanziellen Sorgen* betroffen. *Soziale Isolation und Einsamkeit* stellte mit 36 % von den aufgeführten Kontextfaktoren die geringste Belastung dar. Im Vergleich zur BelRes-Studie haben sich die Ausprägungen der Belastungen bei den meisten Faktoren kaum verändert. Allerdings berichteten aktuell knapp 8 Prozentpunkte mehr Mütter, dass sie durch Probleme mit der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* belastet waren. Dafür sind die Belastungen durch *finanzielle Sorgen* um etwa 9 Prozentpunkte zurückgegangen.

**Tab. 14** Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können

Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Belastungen	
Ich bin belastet durch ...	Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =925
das ständige Dasein für die Familie	87,0
Zeitdruck	85,4
fehlende Erholungsmöglichkeiten	83,9
Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	74,1
Erziehungsprobleme, Konflikte mit den Kindern	61,7
geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit	59,8
familiäre Konflikte	59,0
geringes Selbstwertgefühl	47,1
finanzielle Sorgen	46,0
soziale Isolation, Einsamkeit	35,7

Referenzzeitraum: wovon sie sich aktuell belastet fühlen

In Tab. 15 sind diejenigen Kontextfaktoren aufgelistet, von denen nicht alle Mütter betroffen sind, die im Einzelfall aber von schwerwiegender Bedeutung sein können wie z. B. der Tod eines nahen Angehörigen oder eine drohende Arbeitslosigkeit. Wie bei den allgemeinen Kontextfaktoren konnten die Antwortkategorien von „gar nicht“ bis „sehr stark“ belastet gewählt werden. Darüber hinaus konnte angegeben werden, dass ein Kontextfaktor nicht auf sie zutrifft. Auch bei dieser Auswertung wurden alle Mütter zusammengefasst, die sich von dem Kontextfaktor mittel bis sehr stark belastet fühlten. Allerdings sind die Prozentverteilungen dabei deutlich geringer, da die Kontextfaktoren speziell sind und nicht auf alle Mütter zutrafen.

Die am häufigsten berichtete Belastung der Mütter stellte mit 46,3 % *das Arbeitspensum/die Arbeitszeit* dar. 40 % der Mütter gaben darüber hinaus an, dass sie durch *die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung* belastet waren. Etwas mehr als 30 % fühlten sich belastet durch die *Situation am Arbeitsplatz* und die *Beziehung zum (Ehe-) Partner*. Mehr als ein Fünftel der Mütter war belastet durch *eine eigene schwere/chronische*

*Erkrankung, ein entwicklungsverzögertes oder verhaltensauffälliges Kind, die Beziehung zum Ex-Partner* oder dadurch, dass sie *Alleinverdiener* waren. Jede zehnte Mutter war betroffen von *Gewalt* oder *traumatischen Erfahrungen*.

Auch bei den speziellen Kontextfaktoren haben sich die berichteten Belastungen der Mütter von 2011 bis 2018 kaum verändert. Der einzige Unterschied besteht darin, dass sich 2018 fünf Prozentpunkte mehr Mütter dadurch belastet fühlten, dass sie *Hausfrauen* waren.

**Tab. 15** Spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen

Prozentanteil der Mütter mit mittel bis sehr starker Belastung	
Ich bin belastet durch ...	Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =923
Arbeitspensum/Arbeitszeit (eigene/des Partners)	46,3
die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung	40,2
die Situation am Arbeitsplatz (mögl. Konflikte)	31,6
die Beziehung zum (Ehe-)Partner	30,7
eine eigene schwere/chronische Erkrankung	22,2
ein entwicklungsverzögertes od. verhaltensauffälliges Kind	21,4
Alleinverdiener	20,9
die Beziehung zum Ex-Partner	20,8
Pflege/schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	17,6
Tod des Partners/eines nahestehenden Menschen	17,6
Hausfrau (Unzufriedenheit mit der Lebenssituation)	17,0
ein behindertes/chronisch krankes Kind	16,4
problematische Wohnverhältnisse	13,6
(drohende) Arbeitslosigkeit (eigene, des Partners)	12,9
Vorurteile aus dem sozialen Umfeld	12,9
Gewalterfahrung, traumatische Erfahrung	10,1
Patchwork-Familie	7,3
Unterhaltsleistungen	6,2
nicht zusammen leben mit meinem Kind/meinen Kindern	2,4



### Zusammenfassung der Kontextfaktoren

Die Mütter waren am meisten belastet durch das *ständige Dasein für die Familie*, *Zeitdruck*, *fehlende Erholungsmöglichkeiten*, die *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* sowie durch *Erziehungsprobleme*.

### 3.4 Somatische und psychische Beschwerden und Symptome

Im folgenden Kapitel werden die allgemeinen und spezifischen somatischen und psychischen Beschwerden der Teilnehmerinnen analysiert.

#### 3.4.1 Aktuelle gesundheitliche Beschwerden

In der RessQu-Studie wurde abgefragt, welche gesundheitlichen Beschwerden die Mütter aktuell hatten. Für 10 Items konnten sie auswählen, ob sie diese Beschwerden nicht hatten oder ob die Beschwerden leicht, mittel, stark oder sehr stark ausgeprägt waren. In Tab. 16 ist jeweils pro Item der Prozentsatz der Mütter mit mittleren bis sehr starken Beschwerden angegeben.

**Tab. 16** Gesundheitliche Beschwerden der Mütter

Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Beschwerden	
Meine Beschwerden beziehen sich auf ...	Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =926
Rückenschmerzen, Knie, Gelenke	81,6
Burnout, totale Erschöpfung	65,0
psychische Beschwerden	62,4
Gewicht und Essverhalten	48,5
Migräne, Kopfschmerz	47,4
Haut und Haare	32,2
Verdauung und Stoffwechsel	27,8
Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten	18,7
Atemwege	16,3
Bluthochdruck	12,6

In der Gesamtstichprobe waren Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates, Burnout und psychische Beschwerden die am häufigsten genannten Beschwerden. Fast die Hälfte der Mütter hatte darüber hinaus Probleme mit Gewicht und Essverhalten sowie mit Migräne und Kopfschmerzen. Jede dritte Mutter hatte Probleme mit Haut und Haaren, jede vierte mit Verdauung und Stoffwechsel und fast jede fünfte mit Allergien bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

Im Vergleich zu 2011 stiegen Beschwerden in Bezug auf das Gewicht und Essverhalten, psychische Beschwerden und Probleme mit der Verdauung und dem Stoffwechsel jeweils um 6 bis 8 Prozentpunkte an. Bei Beschwerden mit den Atemwegen war ein Rückgang von 7 Prozentpunkten zu verzeichnen.

### 3.4.2 Allgemeine Beschwerden (Beschwerden-Liste B-LR)

Neben den spezifischen Beschwerden, die sich auf ein bestimmtes Organ- oder Funktionssystem beziehen, wurden allgemeine gesundheitliche Beschwerden und Symptome der Mütter ermittelt. Diese können, wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen, in der Summe die Leistungsfähigkeit der Mütter erheblich einschränken und unbehandelt in chronische Krankheitsprozesse münden. Häufig sind sie Ausgangspunkt für die Beantragung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme.

In der RessQu-Studie wurden die allgemeinen und körperlichen Beschwerden mit der Beschwerden-Liste B-LR (von Zerssen/Petermann, 2011) erfasst. Dabei handelt es sich um die aktualisierte, revidierte Fassung der Beschwerden-Liste B-L (von Zerssen, 1976), welche in der BelRes-Studie 2011 verwendet wurde. Anstatt der ehemals 24 möglichen Beschwerden werden in der aktuellen Version 20 Beschwerden, wie z. B. Energielosigkeit, Kopfschmerzen, Verstopfung, Grübeln oder Schlaflosigkeit erfasst. Das Vorhandensein dieser Beschwerden wird jeweils auf einer vierstufigen Skala von 3 „stark“ bis 0 „gar nicht“ eingeschätzt. Das Ergebnis wird als Summenwert der Gesamtskala (von 0-60 Punkte) dargestellt. Aus Referenzstichproben wurde berechnet, dass für Frauen ein Wert von 0-19 im *Normalbereich* liegt. Bei 20-22 Punkten ist die Belastung *leicht erhöht*, bei 23 bis 34 ist sie *deutlich erhöht* und ab 35 Punkten ist die Belastung *stark erhöht*.

Im Folgenden wird ein Vergleich der Beschwerden zu Beginn der Maßnahme (T1) und zum Ende der Maßnahme (T2) vorgenommen, was bedeutet, dass nur diejenigen Mütter einbezogen wurden, welche zu beiden Zeitpunkten die Beschwerden-Liste ausgefüllt hatten. Aus der Analyse ausgeschlossen wurden alle Mütter, die mehr als 2 fehlende Werte bei der Beschwerden-Liste hatten.

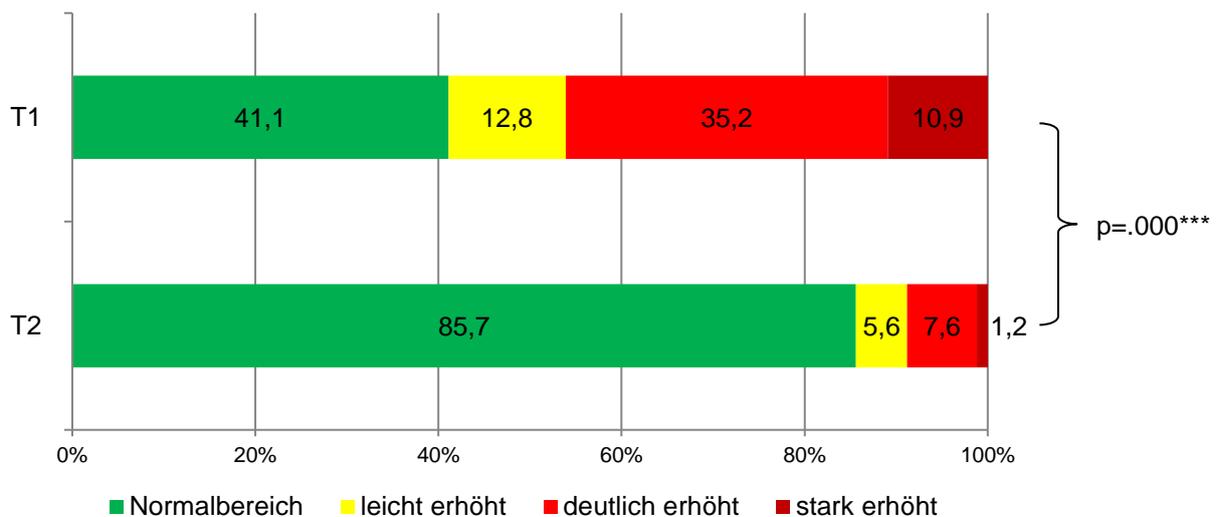
Die Tab. 17 zeigt, dass der Mittelwert der Gesamtstichprobe zu Beginn der Maßnahme im leicht erhöhten Bereich (22,1) und am Ende der Maßnahme im Normalbereich (11,5) lag. Der deutliche Rückgang der Beschwerden im Verlauf der Kur war höchst signifikant. In Abb. 4 ist die Verteilung der Belastungsausprägungen in Kategorien graphisch dargestellt. Auch der kategoriale Vergleich ist höchst signifikant (Wilcoxon-Test). Während sich zu Beginn der Kur nur 41,1 % der Mütter im Normalbereich befanden, hat sich dieser Anteil zum Ende der Kur mehr als verdoppelt (auf 85,7 %). Der Anteil der Frauen mit stark erhöhten Belastungen (maximale Ausprägung) ging um ein zehnfaches zurück (von 10,9 % auf 1,2 %).

### 3 Ergebnisse

**Tab. 17** Beschwerdenliste B-LR Mittelwertvergleich T1-T2

Gesamtstichprobe N=846	
	M (SD)
T1	22,13 (9,59)
T2	11,52 (7,90)
p	.000***

t-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq .05$ \* signifikant  $p \leq .01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq .001$ \*\*\* höchst signifikant



**Abb. 4** Beschwerden-Liste B-LR kategoriale Auswertung T1-T2

#### 3.4.3 Screening auf Depressivität, Angst und Stress (DASS21-G)

Als nächstes wird das psychische Befinden der Teilnehmerinnen mithilfe des Screenings auf Depressivität, Angst und Stress (DASS21-G) analysiert (Lovibond/Lovibond, 1995; dt. revidierte Fassung: Nilges/Essau 2015). Der Fragebogen enthält insgesamt 21 Fragen. Aus jeweils 7 Items wird eine Skala für Depressivität, Angst und Stressbelastung gebildet. Jedes Item trifft eine Aussage zum Befinden des Teilnehmers, wie z. B. *ich fand es schwer, mich zu beruhigen* für Stress, *ich fühlte mich der Panik nahe* für Angst oder *ich fühlte mich als Person nicht viel wert* für Depression. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 „traf gar nicht auf mich zu“ bis 3 „traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit.“ Der Referenzzeitraum ist die letzte Woche. Für jede der drei Skalen wurde durch einfache Addition der Antworten (0 bis 3 Punkte) der 7 Items eine Skalensumme berechnet.

Das Erhebungsinstrument gibt für jede Skala einen Cut-off-Wert vor. Der Cut-off-Wert ist der Grenzwert zur Unterscheidung zwischen klinisch unauffälligen und auffälligen Ergebnissen

### 3 Ergebnisse

im Sinne einer psychischen Störung. Der Cut-off-Wert für Depression beträgt 10, für Angst ergibt sich ein Cut-off-Wert von 6 und für Stress ist der Cut-off-Wert 10.

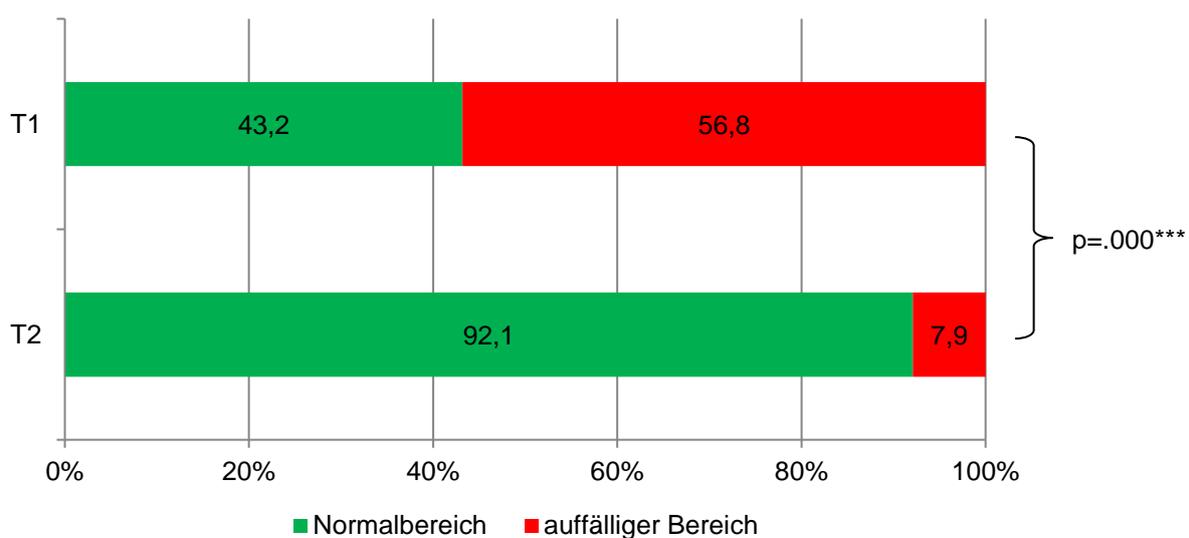
Bei der Auswertung wurden alle Frauen berücksichtigt, die sowohl zu Beginn (T1) als auch am Ende der Maßnahme (T2) den DASS-Fragebogen mit allen 7 dazugehörigen Items ausgefüllt haben.

Zuerst wurde das Screening auf Stress ausgewertet. In Tab. 18 ist zu sehen, dass zu Beginn der Maßnahme der Mittelwert der Gesamtstichprobe leicht über dem Cut-off-Wert für Stress lag (10,33). Am Ende der Maßnahme war der Mittelwert signifikant geringer und befand sich nicht mehr im auffälligen Bereich (4,23). In der Abb. 5 ist graphisch dargestellt wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme und zum Ende der Maßnahme im auffälligen Bereich für Stress befanden. Auch dieser kategoriale Vergleich zeigt eine höchst signifikante Veränderung (Wilcoxon-Test). Zu Beginn der Maßnahme war mehr als die Hälfte der Mütter (56,8 %) von Stress betroffen. Zum Ende der Maßnahme war nicht einmal jede zehnte Mutter (7,9 %) problematisch hoch gestresst.

**Tab. 18** Screening auf Stress (DASS21-G) T1-T2

	Gesamtstichprobe N=831 M (SD)
T1	10,33 (4,63)
T2	4,23 (3,45)
p	.000***

*t-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq .05$ \* signifikant  $p \leq .01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq .001$ \*\*\* höchst signifikant*



**Abb. 5** Screening auf Stress kategoriale Auswertung T1-T2

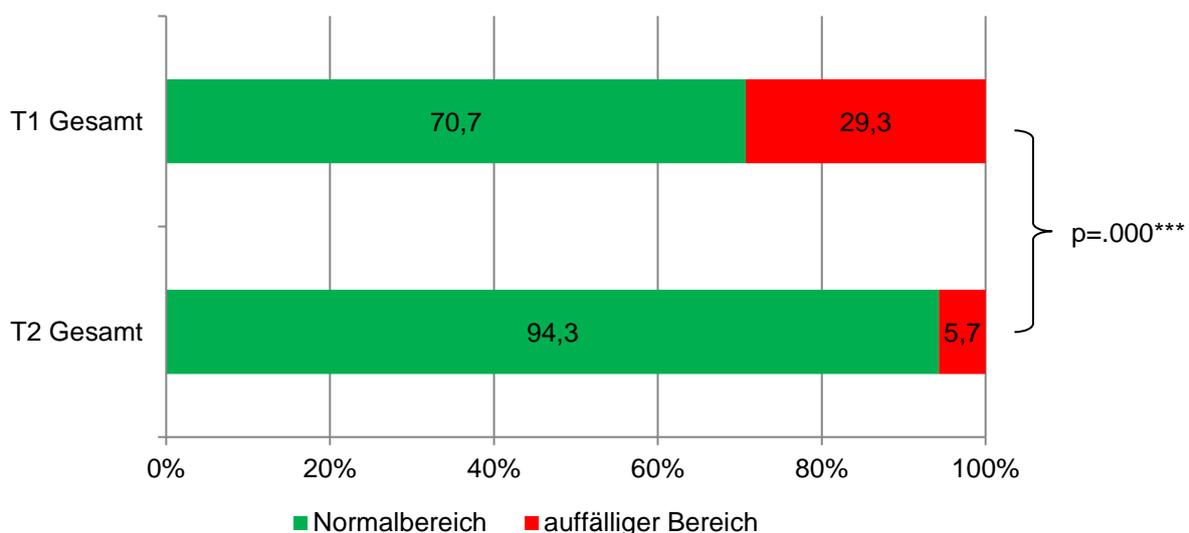
### 3 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Screenings auf Angst sind in Tab. 19 und Abb. 6 zu sehen. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe lag zu Beginn der Maßnahme mit 4,1 unter dem Cut-off-Wert für eine Angststörung (Cut-off-Wert=6). 29 % der Mütter hatten insgesamt zu Beginn der Maßnahme einen problematisch hohen Wert für Angst. Am Ende der Maßnahme lag der Mittelwert für Angst nur noch bei 1,6 und lediglich 6 % der Mütter waren noch im problematischen Bereich für Angst.

**Tab. 19** Screening auf Angst (DASS21-G) T1-T2

	Gesamtstichprobe N=839 M (SD)
T1	4,11 (3,74)
T2	1,58 (2,20)
p	.000***

*t-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq .05$ \* signifikant  $p \leq .01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq .001$ \*\*\* höchst signifikant*



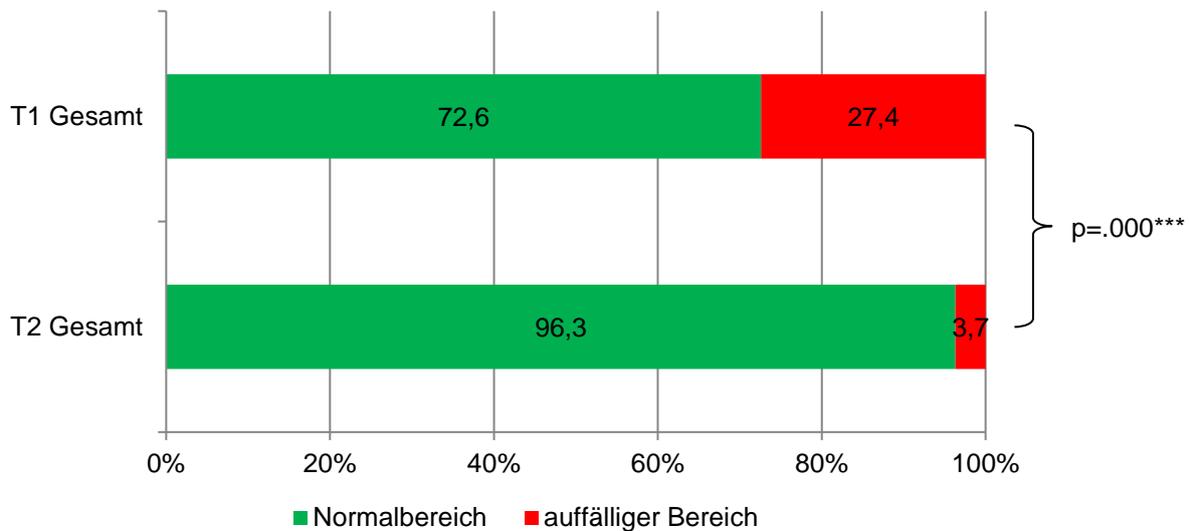
**Abb. 6** Screening auf Angst kategoriale Auswertung T1-T2

Die Verteilungen von Depression (vgl. Tab. 20 und Abb. 7) waren ähnlich ausgeprägt wie die von Angst. Zu Beginn der Maßnahme lag der Mittelwert für Depression bei 6,9 und damit unter dem Cut-off-Wert von 10. Bei 27 % der Mütter lag zu Beginn der Maßnahme mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung vor. Am Ende der Maßnahme war ein höchst signifikanter Rückgang der Depressivität der Kurteilnehmerinnen zu verzeichnen. Der Durchschnittswert der Depressionsskala lag dann nur noch bei 2,5 und lediglich 4 % der Mütter hatten noch einen problematischen Wert für Depression.

**Tab. 20** Screening auf Depression (DASS21-G) T1-T2

	Gesamtstichprobe N=832 M (SD)
T1	6,93 (4,72)
T2	2,46 (3,02)
p	.000***

*t-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq .05$ \* signifikant  $p \leq .01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq .001$ \*\*\* höchst signifikant*



**Abb. 7** Screening auf Depression kategoriale Auswertung T1-T2



### Zusammenfassung somatische und psychische Beschwerden und Symptome

Die am häufigsten genannten gesundheitlichen Beschwerden waren Probleme mit dem Bewegungsapparat, Burnout und psychische Beschwerden. Knapp die Hälfte der Mütter hatten Probleme mit ihrem Gewicht und Essverhalten und mit Migräne und Kopfschmerzen. Die Auswertung der Beschwerden-Liste B-LR ergab, dass der Mittelwert der Gesamtstichprobe zu Beginn der Maßnahme im leicht erhöhten Bereich und am Ende der Maßnahme im Normalbereich lag. Während sich zu Beginn der Kur nur knapp 40 % der Mütter im Normalbereich befanden, hat sich dieser Anteil zum Ende der Kur mehr als verdoppelt. Auch das Screening auf Depressivität, Angst und Stress (DASS21-G) ergab, dass die Maßnahme dazu beitragen konnte, die psychischen Belastungen der Mütter im Verlauf der Kur signifikant zu senken. Sowohl bei der Stress-Skala, als auch bei der Angst-Skala und der Depressions-Skala war ein deutlicher, signifikanter Rückgang der Zahl der Mütter mit diesen Symptomen nachweisbar.

### 3.5 Beeinträchtigung der Aktivitäten – Rehabilitationsbedürftigkeit

Im Folgenden wird eine Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit auf Grundlage des ICF-Modells gegeben. Es wurden Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe mittels eines Core Sets bestehend aus 9 Items erfasst. Diese Items sind der ICF entnommen und beziehen sich auf die zentralen Lebensbereiche von Müttern. Es wurde zu Beginn der Maßnahme gefragt, ob sich die Teilnehmerinnen in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt fühlten, in gewohnter Weise bestimmten Aktivitäten nachzugehen. Als Antwortkategorie konnte zwischen 0 „keine Beeinträchtigung“ bis 4 „vollkommene Beeinträchtigung“ gewählt werden. Bei der Fragestellung zur Partnerschaft konnte darüber hinaus die Kategorie „nicht zutreffend“ ausgewählt werden.

In Tab. 21 ist zu sehen, wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme erheblich oder vollkommen beeinträchtigt fühlten, die genannten Aktivitäten auszuüben. Mehr als die Hälfte der Mütter (52,1 %) fühlten sich erheblich oder vollkommen beeinträchtigt, in gewohnter Weise einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen. Auf ihre Gesundheit zu achten und mit Stress sowie mit anderen psychischen Anforderungen umzugehen war für etwa 40 % der Mütter problematisch. Knapp 30 % der Mütter fühlten sich beeinträchtigt, die Partnerschaft zu pflegen, ihren Haushalt zu bewältigen, auf ihre Kinder einzugehen oder Kontakte zu Nachbarn und Freunden zu unterhalten. Am seltensten fühlten sich die Mütter beeinträchtigt, auf ihre äußere Erscheinung zu achten.

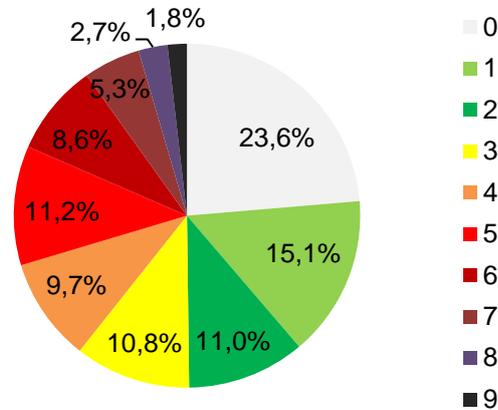
**Tab. 21** Beeinträchtigung der Aktivitäten zu Beginn der Maßnahme

Prozentanteil der Mütter mit erheblicher oder vollkommener Beeinträchtigung	
In den letzten 30 Tagen fühlte ich mich beeinträchtigt in gewohnter Weise ...	Gesamtstichprobe N <sub>max</sub> =921
meiner Freizeitbeschäftigung nachzugehen	52,1
auf meine Gesundheit zu achten	41,7
mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen	38,7
die Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin zu pflegen	30,6
meine täglichen Aufgaben zu erledigen (Haushalt und Beruf)	29,4
angemessen auf mein/e Kind/er einzugehen	28,2
Beziehungen zum erweiterten Familienkreis zu pflegen	28,1
Beziehungen zu Freunden und Nachbarn zu unterhalten	27,7
auf mein Aussehen, meine äußere Erscheinung zu achten	17,3

*Referenzzeitraum: die letzten 30 Tage*

Wird davon ausgegangen, dass diejenigen Mütter als rehabedürftig einzustufen sind, die bei mindestens 5 Items Beeinträchtigungen von erheblicher oder vollkommener Ausprägung

angeben, dann wären 29,6 % der Mütter der Gesamtstichprobe als rehaedürrftig anzunehmen (Abb. 8), aber nur 1,9 % hatten eine Reha-Indikation, weitere 15,4 % hatten keine Spezifizierung. Die Klinikärzte schätzten 6,8 % der Mütter als rehaedürrftig ein.



Gesamtstichprobe (N=925)

**Abb. 8** Summe der erheblichen oder vollkommenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten



### Zusammenfassung Einschränkungen der Beeinträchtigung der Aktivitäten

Wenn man die erhebliche oder vollkommene Beeinträchtigung in mindestens fünf Lebensbereichen als Kriterium für Rehaedürrftigkeit annimmt, dann waren 29,6 % der Mütter der Gesamtstichprobe als rehaedürrftig anzusehen. Aber weniger als 2 % hatten eine Reha-Indikation und 15,4 % keine Spezifizierung. Zugleich gaben fast 50 % der Mütter in keinem bzw. nur einem oder zwei Lebensbereichen erheblich eingeschränkte Aktivitäten an, was als Vorsorgebedürrftigkeit zu bewerten ist.

### 3.6 Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit

Mit dem Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern FKE-K (Hahlweg, 1999; Miller, 2001) wurde die Selbstwirksamkeit der Mütter in Bezug auf ihr Erziehungsverhalten zu Beginn und am Ende der Maßnahme bestimmt. Der Fragebogen enthält in der Originalversion 12 Items, über die zwei Aspekte des Selbstwertgefühls von Eltern erfasst werden: die Zufriedenheit mit der Elternrolle (Frustration, Versagensgefühle und Motivation) und das Gefühl der Selbstwirksamkeit (Kompetenz, Problemlösefähigkeiten, Erfolg). Da sich in der BelRes-Studie 2011 kaum Veränderungen in der Skala Zufriedenheit mit der Elternrolle zeigten und die Zufriedenheit überwiegend im Normbereich lag, wurde in der RessQu-Studie nur die Skala Selbstwirksamkeit eingesetzt, mit der eine Veränderung des Erziehungsverhaltens im Sinne einer besseren Erziehungskompetenz abgebildet werden kann.

Der Fragebogen enthält 6 Items, bei denen die Zustimmung zu Aussagen und Meinungen, die sich auf ihre Gefühle als Mutter beziehen, abgefragt wurden. Die Antwortmöglichkeiten sind 6-stufig zwischen 6 „stimme völlig zu“ und 1 „stimme überhaupt nicht zu“ skaliert. Es wurden alle Mütter mit einbezogen, die zu T1 und T2 einen vollständig ausgefüllten Fragebogen für die FKE-K Skala ausgefüllt hatten. Für die Analyse wurde dann ein Summenwert der 6 Items gebildet. Die Werte der Skala können zwischen 6 (sehr niedriges Kompetenzgefühl) und 36 (sehr hohes Kompetenzgefühl) variieren.

Über den Verlauf der Maßnahme ist ein höchst signifikanter Anstieg der elterlichen Erziehungskompetenz der Mütter von 25,6 auf 28,3 berechnet worden.

**Tab. 22** Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit T1-T2

	Gesamtstichprobe N=835 M (SD)
T1	25,6 (4,44)
T2	28,3 (4,11)
p	.000***

*t-Test für verbundene Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq 0,05$ \* signifikant  $p \leq 0,01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq 0,001$ \*\*\* höchst signifikant*



#### **Zusammenfassung Erziehungskompetenz**

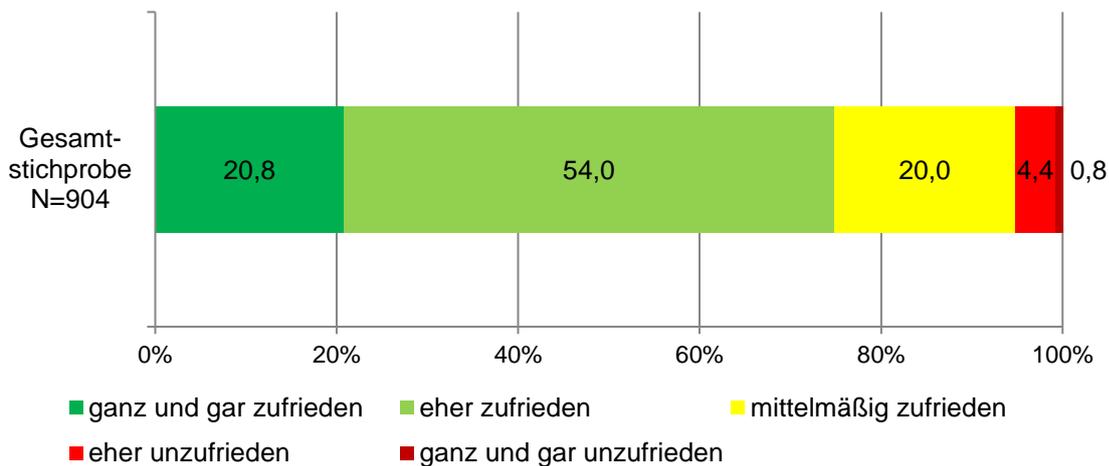
Die elterliche Erziehungskompetenz ist im Verlauf der Maßnahme höchst signifikant angestiegen.

### **3.7 Kurerfolg und Zufriedenheit**

Der Kurerfolg wurde in der RessQu-Studie über mehrere Parameter erfasst, weil aus früheren Studien deutlich geworden ist, dass Mütter zwischen Kurzielerreichung und Kurerfolg unterscheiden. So kann eine Maßnahme insgesamt als erfolgreich empfunden werden, auch wenn ein (möglicherweise unrealistisches) Kurziel nicht erreicht wurde. Im folgenden Kapitel werden die Zufriedenheit mit dem Erreichen der Kurziele und der Kur insgesamt sowie die möglichen Störfaktoren, welche den Kurerfolg beeinträchtigt haben können, dargestellt. Ebenso wird anhand von 8 Items die Zufriedenheit mit dem Kurerfolg sowie mit 7 Items die Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf differenzierter ausgewertet. Zum Abschluss wird dargestellt, für welche Kurform die Mütter sich aktuell entscheiden würden. Als Datengrundlage für das Kapitel dient der T2 Fragebogen, der am Ende der Maßnahme ausgefüllt wurde.

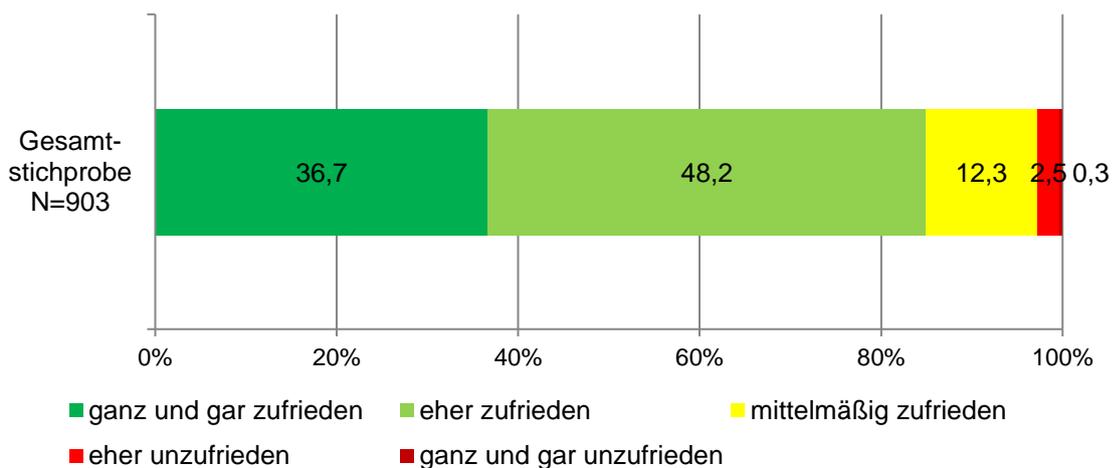
### 3.7.1 Zufriedenheit mit der Erreichung der Kurzziele und der Kur insgesamt

Der überwiegende Teil der Mütter war zufrieden mit dem Erreichen der Kurzziele (vgl. Abb. 9). 20,8 % der Mütter waren ganz und gar mit dem Erreichen ihrer Kurzziele zufrieden. Etwas mehr als die Hälfte der Mütter (54,0 %) war eher zufrieden, ein Fünftel der Mütter war mittelmäßig zufrieden und lediglich 5,2 % der Mütter waren nicht zufrieden mit dem Erreichen ihrer Kurzziele.



**Abb. 9** Zufriedenheit mit dem Erreichen der Kurzziele

Auch mit der Kur insgesamt war die große Mehrheit der Mütter zufrieden (vgl. Abb. 10). Mehr als ein Drittel der Mütter (36,7 %) war ganz und gar zufrieden mit der Kur. Die Hälfte der Mütter (48,2 %) war eher zufrieden mit der Kur und weitere 12,3 % waren mittelmäßig zufrieden. Mit der Kur unzufrieden waren nur 2,8 % der Mütter.



**Abb. 10** Zufriedenheit mit der Kur insgesamt

### 3.7.2 Störfaktoren im Kurverlauf

Es gibt mehrere Faktoren, die den Kurverlauf negativ beeinflussen können, auf die die Einrichtungen jedoch keinen oder nur wenig Einfluss haben. Um zu verstehen, warum Mütter teilweise nicht zufrieden mit der Kur waren, wurden verschiedene Störfaktoren berücksichtigt. In früheren Studien wurden als die relevantesten Störfaktoren während der Kur auftretende Krankheiten der Mütter oder ihrer Kinder identifiziert. Ebenso war ein häufiger Störfaktor, dass sich Mutter oder Kind nicht wohl gefühlt haben. Daher wurden diese Items auch in der RessQu-Studie berücksichtigt. Bei der Betrachtung der möglichen Störfaktoren wurde zunächst ermittelt, bei wie vielen Patientinnen dieser Störfaktor vorlag. Nicht jeder Störfaktor wurde von der Mutter auch als Beeinträchtigung wahrgenommen. Daher wurde zusätzlich gefragt, wie sehr der Störfaktor den Verlauf der Maßnahme beeinträchtigt hat (Tab. 23).

Für fast 80 % der Mütter der Gesamtstichprobe war der Kurverlauf nicht durch eine akute Erkrankung beeinträchtigt. 14,6 % waren durch eine Erkrankung leicht und nur 4,0 % stark beeinträchtigt. 75 % der Mütter gaben an, dass ihre Kinder gesund geblieben sind. Von den Müttern mit einem erkrankten Kind gaben 14 % an, dass der Kurverlauf leicht beeinträchtigt war. Für nur 36 Teilnehmerinnen (4,0 % bezogen auf die Gesamtstichprobe) war der Kurverlauf dadurch stark beeinträchtigt. 11,5 % der Mütter berichteten, dass sie sich nicht wohl gefühlt haben, aber nur 1,3 % empfanden das als starke Beeinträchtigung des Kurverlaufs. Dass sich ihr Kind/ihre Kinder unwohl gefühlt haben, gaben 14,8 % der Mütter an, 2,6 % aller Teilnehmerinnen sahen dadurch den Kurverlauf stark beeinträchtigt. Häufiger kam es vor, dass „etwas anderes“ den Kurverlauf störte. Dies konnten Gegebenheiten in der Klinik oder auch Ereignisse am Heimatort oder in der Familie sein.

**Tab. 23** Beeinträchtigungen durch Störfaktoren

		nein	ja, dadurch war der Verlauf der Maßnahme:		
			nicht beeinträchtigt	leicht beeinträchtigt	sehr beeinträchtigt
Ich bin krank ge- worden	GS N=907	710 78,3 %	29 3,2 %	132 14,6 %	36 4,0 %
Mein Kind/meine Kinder ist/sind krank geworden	GS N=907	684 75,4 %	61 6,7 %	126 13,9 %	36 4,0 %
Ich habe mich nicht wohl gefühlt	GS N=907	803 88,5 %	22 2,4 %	70 7,7 %	12 1,3 %
Meine Kinder haben sich nicht wohl gefühlt	GS N=907	773 85,2 %	21 2,3 %	89 9,8 %	24 2,6 %
Etwas anderes ...	GS N=907	774 85,3 %	8 0,9 %	73 8,0 %	52 5,7 %

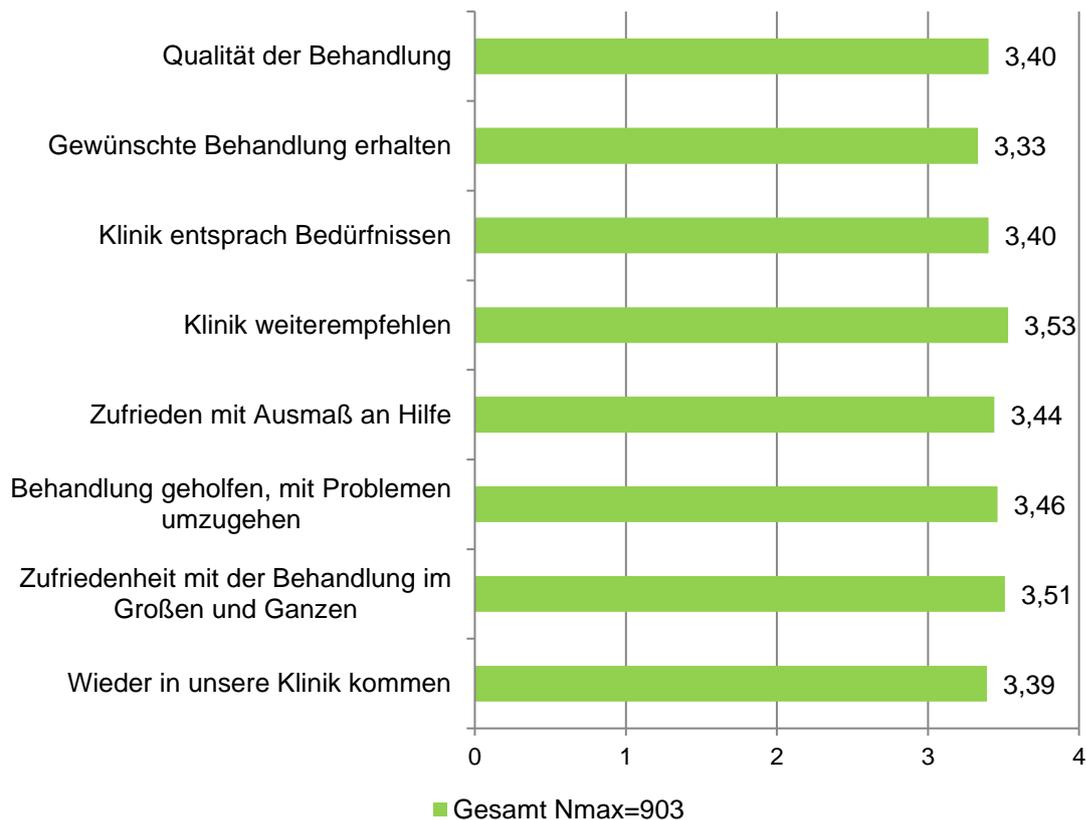
### 3.7.3 Zufriedenheit mit der Einrichtung

Die Zufriedenheit mit der Einrichtung wurde mit dem Fragebogen ZUF-8 (Kriz et al., 2008), 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 (Range 8-32), wobei ein hoher Wert eine hohe Zufriedenheit mit der Einrichtung bedeutet. Es wurden alle Mütter mit einbezogen, die alle acht Items beantwortet hatten. Es liegen Vergleichswerte aus verschiedenen Reha-Indikationsbereichen vor. Als Anhaltspunkt für Mutter-Kind-Kliniken wird der Mittelwert aus der Psychosomatik herangezogen ( $M=25,3$ ;  $SD=4,5$ ; vgl. Kriz et al., 2008). In der Gesamtstichprobe war die Zufriedenheit mit 27,5 ( $SD=3,7$ ) zwei Skalenpunkte höher als in der Referenzstichprobe (vgl. Tab. 24). Diese Abweichung ist höchst signifikant.

**Tab. 24** Zufriedenheit mit der Einrichtung ZUF-8

	Anzahl	M (SD)	Min	Max	p zur Referenzstichprobe
Gesamtstichprobe	888	27,47 (3,74)	8	32	.000***

*t-Test für unabhängige Stichproben, Signifikanzniveau:  $p \leq 0,05$ \* signifikant  $p \leq 0,01$ \*\* sehr signifikant  $p \leq 0,001$ \*\*\* höchst signifikant*

**Abb. 11** Itemauswertung der Zufriedenheit mit der Einrichtung (ZUF-8)

### 3.7.4 Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf

In der RessQu-Studie wurde auch die Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf erhoben. Diese fiel bei den meisten Items sehr gut aus. Rund 80 % der Mütter empfanden den Umfang des Therapieplans als genau richtig (vgl. Tab. 25). Für 15,7 % war der Therapieplan zu beschränkt und für 5,1 % war er zu umfangreich. Fast zwei Drittel der Mütter (61,5 %) sagten, dass die Zusammenstellung der Therapien insgesamt ihren gesundheitlichen Bedürfnissen entsprach. 37,5 % stimmten der Aussage teilweise zu und nur 1,0 % der Mütter stimmte dieser Aussage nicht zu. Die große Mehrheit der Mütter berichtete, dass ihre Wünsche in Bezug auf eine Änderung des Therapieplans erfüllt wurden (55,7 %) beziehungsweise dass sie keine Wünsche hatten (28,7 %). Lediglich 15,6 % der Mütter gaben an, dass die Berücksichtigung ihrer Wünsche hätte besser sein können. Die Aussage „Meine Therapien lagen in

### 3 Ergebnisse

---

enger zeitlicher Abfolge, so dass die Pausen dazwischen sehr kurz waren“ verneinte die Hälfte der Mütter (47,1 %). Die andere Hälfte gab an, dass dies manchmal der Fall war (46,1 %) und 6,9 % berichteten, dass dies häufig vorkam. Die verordneten Therapien konnten nur von 5,0 % der Mütter nicht wahrgenommen werden, weil keine Kinderbetreuung stattfand. Bei 3,7 % der Mütter passierte dies einmal, bei 1,3 % mehrmals. Die große Mehrheit der Mütter (95,0 %) konnte sich auf die Kinderbetreuung während ihrer Therapien verlassen. Eine weitere Unzufriedenheit könnte darin bestehen, dass aufgrund von hausinternen Gründen (Krankheit oder Urlaub der Mitarbeiter\*innen) therapeutische Maßnahmen ausfielen und nicht nachgeholt werden konnten. Dreiviertel der Mütter (76,7 %) waren davon nicht betroffen. 19,0 % der Mütter gaben an, dass dies zwar vorgekommen sei, aber nur einmal. 4,3 % berichteten, dass dies mehrmals passierte. Zuletzt wurde noch abgefragt, ob die Mitarbeiter\*innen auf sonstige Probleme oder Wünsche der Mutter zufriedenstellend reagiert haben und ob geeignete Lösungen gefunden wurden. Zwei Drittel der Mütter antworteten darauf mit „ja, zu meiner Zufriedenheit“ (66,9 %), 20,1 % gaben an, dass sie keine Probleme hatten und nur 13,0 % der Mütter gaben an, dass es besser hätte sein können.

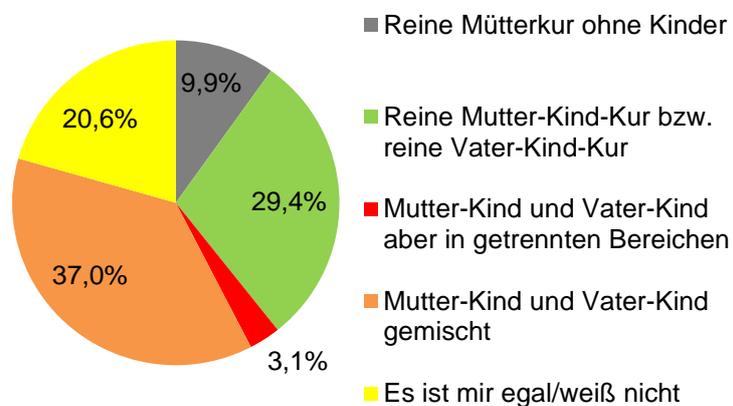
### 3 Ergebnisse

**Tab. 25** Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf

	N	zu umfangreich	genau richtig	zu beschränkt
Der Therapieplan war für mich insgesamt	899	5,1 %	79,2 %	15,7 %
	N	ja, trifft zu	trifft teilweise zu	nein, trifft nicht zu
Zusammenstellung der Therapien entsprach gesundheitlichen Bedürfnissen	902	61,5 %	37,5 %	1,0 %
	N	ja, zu meiner Zufriedenheit	es hätte besser sein können	ich hatte keine Wünsche
Meine Wünsche auf Änderungen des Therapieplans wurden erfüllt	899	55,7 %	15,6 %	28,7 %
	N	nein	ja, manchmal	ja, häufig
Meine Therapien lagen in enger zeitlicher Abfolge, sodass Pausen dazwischen sehr kurz waren	903	47,1 %	46,1 %	6,9 %
	N	nein, das kam nicht vor	ja, aber nur einmal	ja, mehrmals
Verordnete Therapien konnte ich nicht wahrnehmen, weil keine Kinderbetreuung stattfand	901	95,0 %	3,7 %	1,3 %
	N	nein, das kam nicht vor	ja, aber nur einmal	ja, mehrmals
Aus hausinternen Gründen fielen für mich therapeutische Maßnahmen aus und konnten nicht nachgeholt werden	901	76,7 %	19,0 %	4,3 %
	N	ja, zu meiner Zufriedenheit	es hätte besser sein können	ich hatte keine Probleme
Wurde auf Probleme oder Wünsche reagiert? Wurden geeignete Lösungen gefunden?	901	66,9 %	13,0 %	20,1 %

### 3.7.5 Kurform

Zuletzt wurde die Frage nach der bevorzugten Kurform gestellt: „Seit einigen Jahren gibt es verschiedene Kurformen für Mütter/Väter und ihre Kinder. Für welche Kurform würden Sie sich entscheiden, wenn Sie heute die Wahl hätten?“ Bei den Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass die Mütter meist nur die eine Kurform kennen, in der sie sich zum Zeitpunkt der Befragung befinden. Mit 37,0 % ist die gemischte Mutter-Kind- und Vater-Kind Maßnahme die am meisten gewählte Kurform (vgl. Abb. 12). 29,4 % der Mütter würden eine reine Mutter-Kind-Kur auswählen. 20,6 % der Mütter ist die Kurform egal. Etwa jede zehnte Mutter würde sich eine Mütterkur ohne Kinder wünschen und 3,1 % würden eine Mutter-Kind- und Vater-Kind-Maßnahme in getrennten Bereichen auswählen.



Gesamtstichprobe (N=883)

**Abb. 12** Bevorzugte Kurform bei heutiger Wahl (T2)



#### **Zusammenfassung Kurerfolg und Zufriedenheit mit der Einrichtung**

Der überwiegende Teil der Mütter war sowohl mit dem Erreichen ihrer Kurzziele als auch mit der Kur insgesamt zufrieden.

Etwa 20 % der Mütter und 25 % der Kinder erkrankten im Kurverlauf. Aber nur rund 4 % der Mütter sahen dadurch den Kurverlauf sehr beeinträchtigt. Dass sich die Mütter oder die Kinder nicht wohl gefühlt haben, stellte für 1,3 % bzw. 4,0 % der Mütter eine Beeinträchtigung des Kurverlaufs dar.

Die Zufriedenheit mit den Mutter-Kind-Einrichtungen insgesamt, gemessen mit dem ZUF-8 Fragebogen, war signifikant höher als in einer Reha-Referenzstichprobe.

Die Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf fiel in der Gesamtstichprobe überwiegend sehr gut aus. Am ungünstigsten bewertet wurde die Aussage *meine Therapien lagen in enger zeitlicher Abfolge, sodass Pausen dazwischen sehr kurz waren*. Bei allen anderen Items gab mindestens die Hälfte der Mütter an, dass sie zufrieden waren.

Die am meisten gewählte Kurform, für welche sich die Mütter entscheiden würden, wenn sie am Ende der Kur die Wahl hätten, wäre eine gemischte Mutter-Kind- und Vater-Kind-Maßnahme.

## 4 Zusammenfassung

An der RessQu-Studie haben im Jahr 2018-2019 974 Mütter aus 11 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen teilgenommen.

Die Mütter sind zwischen 22 und 69 Jahre alt ( $M=39,7$ ) und mit 47 % sind die meisten in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen. 63 % sind verheiratet und 16,5 % ledig, 8 % leben in einer Patchwork-Familie und 25 % sind alleinerziehend. 10 % haben einen Hauptschulabschluss und etwa 44 % haben einen Realschulabschluss und Abitur. Mit 44 % haben die meisten eine beruflich-betriebliche Ausbildung als höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss, 15 % haben einen Uni-Abschluss. 26 % arbeiten in Vollzeit, 46 % in Teilzeit und 9 % sind Hausfrau. Der Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund beträgt 19 %.

Hinsichtlich gesundheitlicher Risikofaktoren leiden die Mütter mit 57 % überwiegend unter Bewegungsmangel. Etwa 26 % leiden unter Übergewicht, 23 % unter Adipositas und 15 % sind Raucherinnen. Zu beachten ist auch der regelmäßige Schmerzmittelkonsum bei knapp einem Drittel der Frauen.

In Bezug auf die belastenden Kontextfaktoren leiden die Mütter besonders häufig unter dem ständigen Dasein für die Familie, Zeitdruck, fehlenden Erholungsmöglichkeiten und Vereinbarkeitsproblemen, was im Zusammenhang mit dem Umfang der Erwerbstätigkeit zu betrachten ist.

Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden sind Rücken- und Gelenkschmerzen, Burnout und psychische Beschwerden. Knapp unter 50 % der Frauen leiden zudem an Beschwerden zum Gewicht und Essverhalten sowie unter Migräne und Kopfschmerz.

Gemessen an den Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe könnten 30 % der Mütter als rehabedürftig zu betrachten sein.

Im Verlauf der Maßnahme wurden höchst signifikante Verbesserungen der allgemeinen Beschwerden und der psychischen Symptombelastung mit den Aspekten Stress, Angst und Depression erzielt. Auch die elterliche Erziehungskompetenz im Sinne einer Selbstwirksamkeit steigt im Kurverlauf signifikant an.

Insgesamt bewerten die Patientinnen den Kurerfolg und die Kurzielerreichung als gut bis sehr gut. Umfang und Inhalt des Therapieplans entsprachen den Wünschen der Patientinnen.

## 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.
- Barre F, Epping. Veränderung der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen vor und nach einer Vater-Kind-Maßnahme. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 1048-1054.
- Body mass index <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Letzter Zugriff 14.04.2020.
- Bundesapothekerkammer (Hrsg.). Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis, 2011. [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Pressetermine/2011/Symposium\\_Medikamentenmissbrauch/Suchtleitfaden\\_2011\\_final.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2011/Symposium_Medikamentenmissbrauch/Suchtleitfaden_2011_final.pdf). Letzter Zugriff 06.01.2020.
- Bundesärztekammer (Hrsg.). Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2007.
- DIMDI. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Version 2005. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>. Letzter Zugriff 09.06.2020.
- Hahlweg K, Miller Y, Köppe E et al. Triple P – Prävention von Verhaltensproblemen bei Kindern durch Elterntraining zu einer positiven Erziehung. Braunschweig: Christoph-Dornier-Stiftung für klinische Psychologie, Technische Universität; 1999.
- Hoffmeyer-Zlotnik J HP, Hanefeld U, Herter-Eschweiler R et al. Demographische Standards. Eine gemeinsame Empfehlung des ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. Wiesbaden Ausgabe 2010, 5., überarb. u. erw. Aufl. 2010. Statist. Bundesamt.
- 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.
- Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales (2<sup>nd</sup> ed.). Sydney: Psychology Foundation 1995.
- MDS (Hrsg.). Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation 2012 über [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/15\\_BRL\\_VorsorgeReha\\_Umsetzg-MVK.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/15_BRL_VorsorgeReha_Umsetzg-MVK.pdf). Letzter Zugriff am 14.04.2020.
- Meixner K, Glattacker M, Gerdes N et al. Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Rehabilitation* 2001; 40: 280-288.
- Miller Y. Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation von der Gemeinsamen Naturwissenschaftlichen Fakultät der Technischen Hochschule Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig. <https://dnb.info/962768189/34>. Letzter Zugriff 20.04.2020.

- Munder T, Karcher A, Yasikar Ö, Szeles et al. Focusing on Patients´ Existing Resources and Strengths in Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Z Psychosom Med Psychother.* 2019; 65 (2):144-161. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.144>.
- Nilges P, Essau C. Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Der Schmerz* 2015, 1-9.
- Otto F. Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder - Eine kontrollierte Vergleichsstudie. *Rehabilitation* 2012; <http://dx.doi.com/10.1055/s-0032-1308967>.
- Otto F. Veränderung des Patientenprofils in Mutter-Kind-Kliniken 2000-2011. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2014; 93: 92-102.
- Zerssen D. von. B-L Beschwerdenliste. Göttingen: Hogrefe, 1976.
- Zerssen D von, Petermann F. B-LR Beschwerden-Liste. Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe, 2011.