

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

**Langzeitergebnisse aus 11 Kliniken**

## **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**

Claudia Kirsch, Monique Förster, Friederike Otto

## **Datenmanagement**

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

---

**Inhaltsverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abkürzungen .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung: Konzept und Zielsetzung der RessQu-Studie .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Erhebungsinstrumente und Auswertungskonzept .....</b>	<b>9</b>
<b>3 Ergebnisse .....</b>	<b>11</b>
3.1 Datenrücklauf und Patientenprofil .....	11
3.2 Gesundheitliche Risikofaktoren.....	14
3.3 Somatische und psychische Beschwerden und Symptome.....	18
3.4 Psychosoziale Belastungen .....	26
3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	29
3.6 Fragebogen zur Ressourcenrealisierung .....	31
3.7 Soziale Unterstützung.....	32
3.8 Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit.....	34
3.9 Beeinträchtigung der Aktivitäten - Rehabilitationsbedürftigkeit .....	35
<b>4 Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>38</b>
<b>5 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>40</b>

---

**Tabellenverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<b>Tab. 1</b> Teilnahme an der RessQu-Studie .....	11
<b>Tab. 2</b> Altersverteilung der Mütter .....	12
<b>Tab. 3</b> Höchster Schulabschluss der Mütter .....	12
<b>Tab. 4</b> Höchster Berufsabschluss der Mütter.....	13
<b>Tab. 5</b> Erwerbsstatus der Mütter .....	13
<b>Tab. 6</b> Familienstand der Mütter.....	14
<b>Tab. 7</b> Risikofaktoren .....	15
<b>Tab. 8</b> Gesundheitliche Beschwerden der Mütter zu T1 und T3 .....	19
<b>Tab. 9</b> Beschwerdenliste B-LR Mittelwertvergleich T1-T2-T3 .....	20
<b>Tab. 10</b> DASS Skala Stress Mittelwertvergleich T1-T2-T3 .....	22
<b>Tab. 11</b> DASS Skala Angst Mittelwertvergleich T1-T2-T3 .....	23
<b>Tab. 12</b> DASS Skala Depression Mittelwertvergleich T1-T2-T3.....	24
<b>Tab. 13</b> Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können .....	27
<b>Tab. 14</b> spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen .....	28
<b>Tab. 15</b> Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit T1, T2, T3.....	35
<b>Tab. 16</b> Beeinträchtigung der Aktivitäten zu Beginn der Maßnahme .....	36

## Abbildungsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Abb. 1</b> Körperliche Fitness ( $N_{\max}=575$ ).....	16
<b>Abb. 2</b> Häufigkeit von Sport, Fitness oder Gymnastik ( $N_{\max}=574$ ) .....	16
<b>Abb. 3</b> Regelmäßige Einnahme von Medikamenten (mind. 1x pro Woche) zu T1 und T3 ...	17
<b>Abb. 4</b> Beschwerden-Liste B-LR kategoriale Auswertung T1, T2, T3, $N=542$ .....	21
<b>Abb. 5</b> DASS Skala Stress kategoriale Auswertung T1, T2, T3, $N=540$ .....	22
<b>Abb. 6</b> DASS Skala Angst kategoriale Auswertung T1, T2, T3, $N=543$ .....	23
<b>Abb. 7</b> DASS Skala Depression kategoriale Auswertung T1, T2, T3 $N=542$ .....	25
<b>Abb. 8</b> Subskalen gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), T0, T3, $N_{\max}=497$ .....	30
<b>Abb. 9</b> Körperliche und psychische Summenskala SF-36, T0, T3, $N_{\max}=497$ .....	31
<b>Abb. 10</b> Fragebogen RES, Mittelwerte der Skalen T0, T3, $N_{\max}=494$ .....	32
<b>Abb. 11</b> Prozentualer Anteil an Unterstützung zu T1 und T3, $N=568$ , Wilcoxon-Test ( $p=.002$ ).....	33
<b>Abb. 12</b> Summe der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, T-Test für verbundene Stichprobe ( $p<.001$ ).....	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
M	Mittelwert
N	Gesamtanzahl
$N_{\max}$	maximale Zahl der Antwortenden innerhalb einer Itematterie
p	value of probability, Signifikanzwert
$p \leq .05$	signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 5\%$
$p \leq .01$	sehr signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 1\%$
$p \leq .001$	höchst signifikant Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,1\%$
RES	Ressourcenfragebogen
RessQu-Studie	Studie zur Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen
SD	Standardabweichung
SF-36	Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
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 bezieht die Aspekte Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitlichen Lebensqualität ein.

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 gesundheitlichen Lebensqualität sechs Monate nach der Maßnahme bilden einen Schwerpunkt der RessQu-Studie.

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 Teilhabe (ICF, WHO, 2001) eingeschätzt, um zu einer datenbasierten Bewertung des Rehabedarfs zu gelangen.

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 erfasst. Allgemeine und psychische Beschwerden wurden mittels standardisierter Testinstrumente erhoben. Außerdem wurden am Ende der Maßnahme 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.

Für die teilnehmenden Kliniken wurden einrichtungsspezifische Ergebnisse zu T1 und T2 im Vergleich zur Gesamtstichprobe bereits berichtet. Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse aus 11 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken zu T0 (6 Wochen vor der Maßnahme), T1 (Beginn) und T3 (6 Monate nach der Maßnahme).



## 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 Itematterie 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. Alleinerziehen) 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, WHO, 2001) 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 BelRes-Studie 2011 keine Veränderungen zeigten.

Die **Gesundheitsbezogene Lebensqualität** wurde zu T0 und T3 mit dem Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 von Morfeld et al. (2011) ermittelt. Der SF-36 bildet 8 Gesundheitsdimensionen ab, aus denen die Summenskalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Psychische Funktionsfähigkeit berechnet werden können.

Die **Ressourcenrealisierung** wurde zu T0 und T3 anhand des Fragebogens zur Ressourcenrealisierung von Trösken und Grawe (2003) mit den Skalen Wohlbefinden, Stress, Unterstützung und Selbstwernerleben erhoben.

Der Grad der wahrgenommenen **sozialen Unterstützung** wurde mittels der Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3-Skala) zu Beginn der Maßnahmen (T1) sowie sechs Monate

nach der Maßnahme (T3) erhoben. Mit der Skala wird die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemessen (Dalgard & Tambs, 1995).

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**

Die RessQu-Studie wurde in den Jahren 2018 und 2019 in 11 Mutter-Kind- und Mutter-/Vater-Kind-Kliniken durchgeführt. Die ersten Befragungen zu T0 begannen im März 2018, die letzten Nachbefragungen (T3) fanden Ende 2019 statt.

Die Beschreibung der Stichproben erfolgt über deskriptive Statistiken. Zum Vergleich der Mütter, die an der Nachbefragung teilgenommen haben, mit der Gesamtstichprobe werden für intervallskalierte Daten t-Tests für unabhängige Stichproben verwendet. Der Prä-post-Vergleich von zwei Erhebungszeitpunkten erfolgt über t-Tests für verbundene Stichproben. Sofern es sich um kategoriale bzw. nominale Daten handelt, wird der Wilcoxon-Test bzw. der Vorzeichen-Test eingesetzt. Unter Berücksichtigung der drei Erhebungszeitpunkte T1, T2 und T3 werden Varianzanalysen mit Messwiederholung bzw. Friedman's Varianzanalyse bei kategorialen Daten durchgeführt.

Die statistischen Berechnungen erfolgen mit dem Programm SPSS 26. Signifikanz wird bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 Prozent ( $p < .05$ ) angenommen.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Datenrücklauf und Patientenprofil

In den Berechnungen zum Patientenprofil wird geprüft, ob sich Unterschiede zwischen T1 und T3 bei den soziodemografischen Merkmalen zeigen, d.h. ob Teilstichproben in der Nachbefragung unterrepräsentiert sind.

Die Gesamtzahl der Patientinnen, die zu mindestens einem Zeitpunkt einen Fragebogen ausgefüllt haben, beträgt N=1025. 481 Mütter (46,9%) nahmen zu allen 4 Zeitpunkten an der Befragung teil. Die Teilnehmerzahlen zu den einzelnen Befragungszeitpunkten sind in Tab. 1 in den gelben Feldern eingetragen. Um Veränderungen im Zeitverlauf zu analysieren, werden zusammenhängende Daten verwendet, d.h. in der Auswertung werden die Daten der Patientinnen betrachtet, die zu T0 und T3 (N=497) bzw. zu T1 und T3 (N=577) teilgenommen haben (graue Felder). Die Responseraten von T0 zu T3 von 60,2% bzw. von T1 zu T3 von 62,1% sind als gut zu bewerten.

**Tab. 1** Teilnahme an der RessQu-Studie

	6 Wochen vor der Maßnahme (T0)	Zu Beginn der Maßnahme (T1)	Am Ende der Maßnahme (T2)	6 Monate nach der Maßnahme (T3)
6 Wochen vor der Maßnahme (T0)	<b>826</b>	749	733	497
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	749	<b>929</b>	864	577
Am Ende der Maßnahme (T2)	733	864	<b>905</b>	575
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	497	577	575	<b>606</b>

An der RessQu-Studie haben auch 54 Väter teilgenommen. Ihre Daten werden nicht in die Analyse einbezogen, weil die Fallzahl zu gering ist.

#### Altersverteilung der Mütter

Die Mütter, die an der RessQu-Studie teilnahmen, waren zwischen 22 und 69 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Mütter zu T1 betrug 39,6 Jahre (SD = 6,9). An der Nachbefragung zu T3 nahmen im Verhältnis weniger junge und mehr ältere Mütter teil (M = 40,3; SD = 7,0). Der Unterschied ist statistisch signifikant (T-Test für unabhängige Stichprobe; T=-3,887; df=1019; p<.001). In Tab. 2 ist abgebildet, wie die Altersverteilung der Mütter zu Beginn der Kur (T1) war und welche Mütter ebenfalls an der Nachbefragung (T3) der Studie teilgenommen haben.

Es zeigt sich, dass die Mütter der beiden höheren Altersgruppen eher bereit waren, an der Nachbefragung teilzunehmen.

**Tab. 2** Altersverteilung der Mütter

	22-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-69 Jahre	Gesamt
Teilnahme zu T1	58	483	394	86	1021
	5,7 %	47,3 %	38,6 %	8,4 %	100 %
Teilnahme zu T3	30	266	248	61	605
	5,0 %	44,0 %	41,0 %	10,1 %	100 %

### Höchster Schulabschluss der Mütter

Von den Teilnehmerinnen zu T1 haben 920 Mütter Angaben zu ihrem höchsten Schulabschluss gemacht. Etwa 11 Prozent hatten maximal einen Hauptschulabschluss. Mit 43,6 Prozent und 44,5 Prozent hatten fast gleich viele Frauen einen Sek I- oder Sek II-Abschluss. Zu T3 nahmen nur 8,5 Prozent der Teilnehmerinnen mit maximal einen Hauptschulabschluss teil. Der Anteil der Abiturientinnen, die sich an der Nachbefragung beteiligt hatten, stieg auf 47 Prozent (siehe Tab. 3).

**Tab. 3** Höchster Schulabschluss der Mütter

	Schule ohne Abschluss beendet	Hauptschule	Realschule, Sek I	FH-Reife, Abitur, Sek II	Anderer Abschluss	Gesamt
Teilnahme zu T1	6	96	401	409	8	920
	0,7 %	10,4 %	43,6 %	44,5 %	0,9 %	100 %
Teilnahme zu T3	1	48	253	269	1	572
	0,2 %	8,4 %	44,2 %	47,0 %	0,2 %	100 %

### Höchster Berufsabschluss der Mütter

Zu T1 hatten 5,1 Prozent der Mütter keinen Berufsabschluss, 63,6 Prozent hatten eine Ausbildung im dualen System (Lehre oder Fachschule und Betrieb) abgeschlossen. 6,1 Prozent der Teilnehmerinnen hatten sich über eine Akademie oder Meisterschule weiterqualifiziert und 22,7 Prozent hatten ein Studium abgeschlossen. Zu T3 zeigt sich die gleiche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen: Mütter mit einem höheren Berufsabschluss waren häufiger bereit, an der Nachbefragung teilzunehmen als Mütter ohne Studium oder ohne Berufsabschluss (siehe Tab. 4).

**Tab. 4** Höchster Berufsabschluss der Mütter

	(noch) kein Berufsabschluss	Lehre beruflich-betrieblich	Fachschule beruflich-schulisch	Meisterschule	Uni/FH-Studium	Anderer Abschluss	Gesamt
Teilnahme zu T1	47	408	176	56	209	23	919
	5,1 %	44,4 %	19,2 %	6,1 %	22,7 %	2,5 %	100 %
Teilnahme zu T3	21	248	104	41	144	13	571
	3,7 %	43,4 %	18,2 %	7,2 %	25,2 %	2,3 %	100 %

### Höchster Bildungsabschluss der Mütter

Die Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED) ist eine international anerkannte Klassifikation der UNESCO, die als Gerüst zur Einordnung von Bildungsprogrammen und -abschlüssen in Kategorien dient. Unterschieden wird dabei zwischen allgemeinbildenden/akademischen Abschlüssen und berufsbildenden/berufsorientierten Abschlüssen, die einem niedrigen, mittleren oder hohen Bildungsabschluss zugeordnet werden können.

Bei 556 Müttern, die an der Nachbefragung teilgenommen haben und zu Beginn der Maßnahme sowohl ihren höchsten schulischen als auch beruflichen Abschluss berichteten, konnte der höchste Bildungsabschluss ermittelt werden. 2,3 Prozent der Mütter hatten demnach einen niedrigen Bildungsabschluss, 68,0 Prozent einen mittleren Bildungsabschluss und 29,7 Prozent einen hohen Bildungsabschluss.

### Erwerbsstatus der Mütter

79,6 Prozent der Mütter waren zu T1 erwerbstätig, mehr als die Hälfte von ihnen in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt. 26,2 Prozent waren Vollzeit erwerbstätig und nur 8,9 Prozent bezeichneten sich als Hausfrauen. An der Nachbefragung nahmen überdurchschnittlich viele Mütter teil, die in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt waren, was nicht unbedingt zu erwarten war, weil man annehmen könnte, dass diese Mütter in besonderem Maße doppel-belastet und zeitlich eingeschränkt sind (siehe Tab. 5).

**Tab. 5** Erwerbsstatus der Mütter

	Vollzeit ≥35 WoStd.	Teilzeit 15-34 WoStd.	geringfügig beschäftigt <15 WoStd.	Hausfrau	Elternzeit, Ruhestand	arbeitslos	in Ausbildung	Gesamt
Teilnahme zu T1	241	423	69	82	48	37	21	921
	26,2 %	45,9 %	7,5 %	8,9 %	5,2 %	4,0 %	2,3 %	100 %
Teilnahme zu T3	155	276	37	44	26	17	16	571
	27,1 %	48,3 %	6,5 %	7,7 %	4,6 %	3,0 %	2,8 %	100 %

### Familienstand der Mütter

Zu T1 waren 62,6 Prozent der Mütter verheiratet zusammenlebend, 16,5 Prozent waren ledig. Auf die Gruppe der getrenntlebenden und geschiedenen Mütter entfielen zusammen 20 Prozent (siehe Tab. 6). Unabhängig vom Familienstand gaben 72,3 Prozent der Mütter zu Beginn der Kur an, mit ihrem Partner zusammen zu leben. Von den Teilnehmerinnen, die sich an der Nachbefragung beteiligten, lebten 74,7 Prozent mit ihrem Partner und den Kindern zusammen.

**Tab. 6** Familienstand der Mütter

	verheiratet zusammen- lebend	getrennt lebend	ledig	geschieden	verwitwet	Gesamt
Teilnahme zu T1	577	74	152	111	8	922
	62,6 %	8,0 %	16,5 %	12,0 %	0,9 %	100 %
Teilnahme zu T3	372	38	91	63	8	572
	65,0 %	6,6 %	15,9 %	11,0 %	1,4 %	100 %

### Migrationshintergrund

Zu T1 gaben 161 Mütter (17,4 %) an, dass sie einen Migrationshintergrund haben, d.h. sie selbst oder ihre Eltern stammen aus einem anderen Land. Zu T3 nahmen 76 von 575 Müttern an der Befragung teil, was einer Quote von 13,2 Prozent entspricht.

## 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. In der RessQu-Studie wurden die Teilnehmerinnen zu Beginn und 6 Monate nach der Maßnahme gefragt, ob für sie Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel Risikofaktoren darstellen und wie stark diese ausgeprägt sind. Sie konnten dabei zwischen den Antwortkategorien 0 „gar nicht“ bis 4 „stark“ auswählen. Für die Auswertung wurden die Kategorien „gar nicht“ und „ein wenig“ zusammengefasst und davon ausgegangen, dass kein Risiko vorliegt. Die Antwortkategorien „mäßig“, „ziemlich“ und „stark“ wurden als bestehender Risikofaktor bewertet.

Die Ergebnisse in Tab. 7 zeigen eine höchst signifikante Reduzierung des Risikofaktors Bewegungsmangel. Zu T1 waren 56 Prozent der Mütter betroffen, zu T3 nur 38,7 Prozent.

Die Zahl der Raucherinnen ist von T1 zu T3 leicht gestiegen, der Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant. Für 13,6 Prozent der Mütter stellte Rauchen zum Zeitpunkt der Nachbefragung einen Risikofaktor dar.

Die Zahl der Mütter, für die Alkoholkonsum einen Risikofaktor darstellte, ging höchst signifikant zurück von 11,1 auf 8,5 Prozent.

**Tab. 7** Risikofaktoren

	Anzahl und Prozentanteil der Mütter mit Risikofaktor (mäßig bis stark ausgeprägt)		p
	Zu Beginn der Maßnahme (T1)	6 Monate nach der Maßnahme (T3)	
Bewegungsmangel (n=566)	317 56,0 %	219 38,7 %	<.001
Rauchen (n=566)	73 12,9 %	77 13,6 %	.589
Alkoholkonsum (n=566)	63 11,1 %	48 8,5 %	<.001

*Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben*

### **Fitness und Sport**

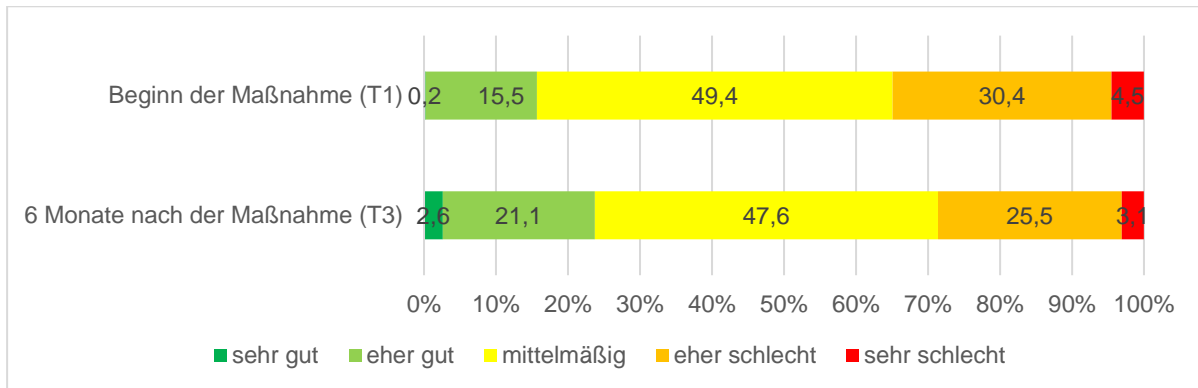
Allgemeine Fitness und regelmäßige Bewegung sind wesentliche Schutzfaktoren für die Gesundheit. Ein kurzfristiges Ziel der Maßnahme ist es daher, die Fitness der Mütter zu verbessern, ein langfristiges Ziel, mehr Mütter für Sport und Bewegung zu begeistern.

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 (49,4 %). 34,9 Prozent gaben an, eine eher schlechte bis sehr schlechte Fitness zu haben. Nur 15,7 Prozent der Mütter beschrieben ihre Fitness als eher gut bis sehr gut. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung hatten die Mütter ihre körperliche Fitness um 8 Prozentpunkte auf eher gut bis sehr gut verbessert. Der Anteil der Mütter, die eine eher schlechte bis sehr schlechte körperliche Fitness angaben, hat sich auf 28,6 Prozent reduziert.

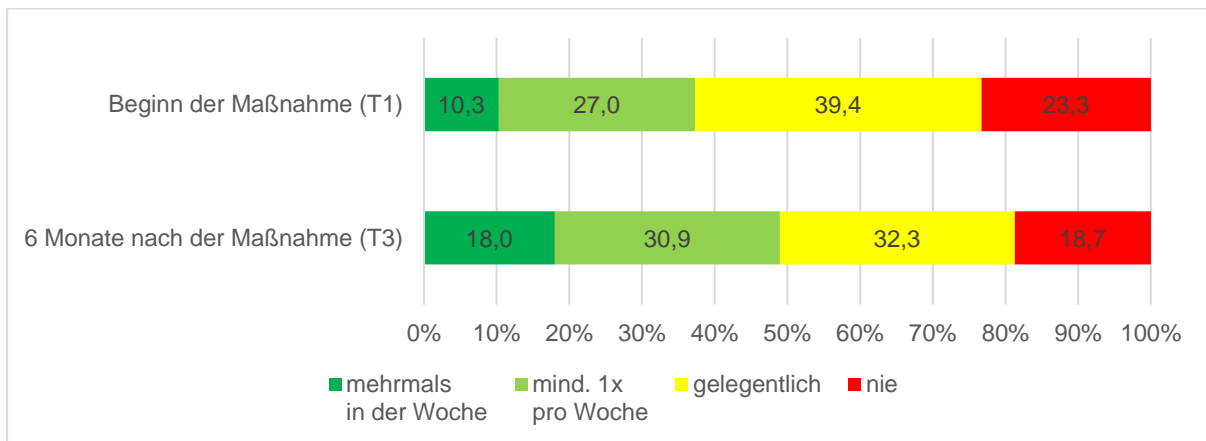
Darüber hinaus wurde erfragt wie oft die Mütter aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik betrieben. Die Antwortkategorien reichten von 1 „mehrmals in der Woche“ bis 4 „nie.“ Knapp 39,4 Prozent der Mütter trieben zu Beginn der Kur gelegentlich aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik. 37,3 Prozent der Mütter trieben mindestens einmal pro Woche Sport, knapp ein Viertel (23,3 %) der Mütter gaben an, dass sie sich nie sportlich betätigen. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung

ist der Anteil der Mütter, die mindestens einmal pro Woche Sport machten um 11,6 Prozentpunkte gestiegen und nur noch 18,7 Prozent der Mütter machten nie Sport.

Die Ergebnisse sind höchst signifikant. Die Berechnung erfolgte mit dem Wilcoxon-Test.



**Abb. 1** Körperliche Fitness ( $N_{\max}=575$ )



**Abb. 2** Häufigkeit von Sport, Fitness oder Gymnastik ( $N_{\max}=574$ )

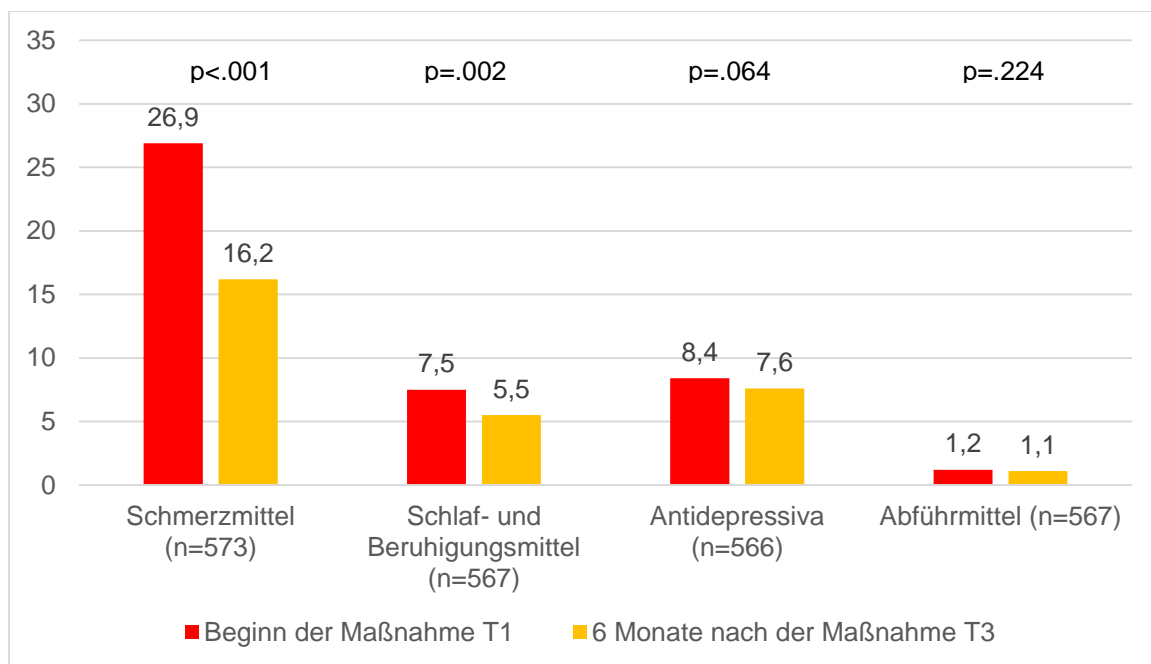
### Medikamentenkonsument

Viele Mütter sind von Schmerzen und Schlafstörungen betroffen, welche die Lebensqualität einschränken können. Da die familiäre Situation häufig keine „Auszeit“ erlaubt, greifen Frauen – häufiger als Männer – zu Medikamenten. Ein übermäßiger Medikamentenkonsument 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 Medikamentenkonsument 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.

Wie Abb. 3 zeigt, wurden am häufigsten Schmerzmittel von den Müttern regelmäßig eingenommen. 26,9 Prozent der Mütter nahmen zu Beginn der Maßnahme einmal die Woche bis täglich Schmerzmittel. Nach 6 Monaten traf das noch auf 16,2 Prozent zu. Die Veränderung ist statistisch höchst signifikant. Auch der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Antidepressiva und Abführmitteln ging zurück, wobei die Verringerung bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln statistisch sehr signifikant war. Die Berechnungen erfolgten mit dem Wilcoxon-Test.



**Abb. 3** Regelmäßige Einnahme von Medikamenten (mind. 1x pro Woche) zu T1 und T3



### Zusammenfassung Gesundheitliche Risikofaktoren

Zu den Zielen der stationären Maßnahmen zählt die Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren. Dieses Ziel wurde bei vielen Müttern nachhaltig erreicht. Insbesondere zeigten sich signifikante Verringerungen bei der Zahl der Mütter mit Bewegungsmangel und beim Alkohol- und Medikamentenkonsum, insbesondere in Bezug auf Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel. Auch in Bezug auf die selbstberichtete Fitness und die Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten zeigten sich höchst signifikante Verbesserungen.

### **3.3 Somatische und psychische Beschwerden und Symptome**

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

#### **3.3.1 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. 8 ist jeweils angegeben, wie hoch der Prozentsatz der Mütter mit „mittleren“ bis „sehr starken“ Beschwerden war.

Am häufigsten wurden Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates (80,9 %), Burnout (66,0 %) und psychische Beschwerden (59,2 %) angegeben. Über 40 Prozent der Mütter hatten darüber hinaus Probleme mit Gewicht und Essverhalten sowie mit Migräne und Kopfschmerzen. Unter 30 Prozent der Mütter hatten Probleme mit Haut und Haaren oder Verdauung und Stoffwechsel. 19 Prozent litten unter Allergien bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeiten. 15,3 Prozent gaben Atemwegsbeschwerden an und 12,3 Prozent litten unter Bluthochdruck.

Nach 6 Monaten war der Anteil der Mütter mit Rückenschmerzen, Burnout, psychischen Beschwerden, Gewicht und Essverhalten sowie Migräne und Kopfschmerzen höchst signifikant reduziert. In Bezug auf Beschwerden mit Haut und Haaren zeigten sich sehr signifikante Verbesserungen. Auch die Verringerung von Bluthochdruck war statistisch signifikant. Die Berechnungen erfolgten mit dem Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben.

**Tab. 8** Gesundheitliche Beschwerden der Mütter zu T1 und T3

Meine Beschwerden beziehen sich auf ...	Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Beschwerden N <sub>max</sub> =573		p
	Zu Beginn der Maßnahme (T1)	6 Monate nach der Maßnahme (T3)	
Rückenschmerzen, Knie, Gelenke	80,9	59,4	<.001
Burnout, totale Erschöpfung	66,0	25,6	<.001
psychische Beschwerden	59,2	37,1	<.001
Gewicht und Essverhalten	46,5	39,3	<.001
Migräne, Kopfschmerz	45,9	30,0	<.001
Haut und Haare	28,8	23,4	.009
Verdauung und Stoffwechsel	25,4	24,0	.389
Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten	19,0	18,8	.912
Atemwege	15,3	15,4	.310
Bluthochdruck	12,3	10,3	.035

*Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben*

### 3.3.2 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. Von den 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 Punkten 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), zum Ende der Maßnahme (T2) sowie sechs Monate nach der Maßnahme (T3) vorgenommen, was bedeutet, dass nur diejenigen Mütter einbezogen werden, welche zu allen Zeitpunkten die Beschwerden-Liste ausgefüllt hatten. Aus der Analyse ausgeschlossen wurden alle Mütter, die mehr als 2 fehlende Werte bei der Beschwerden-Liste hatten.

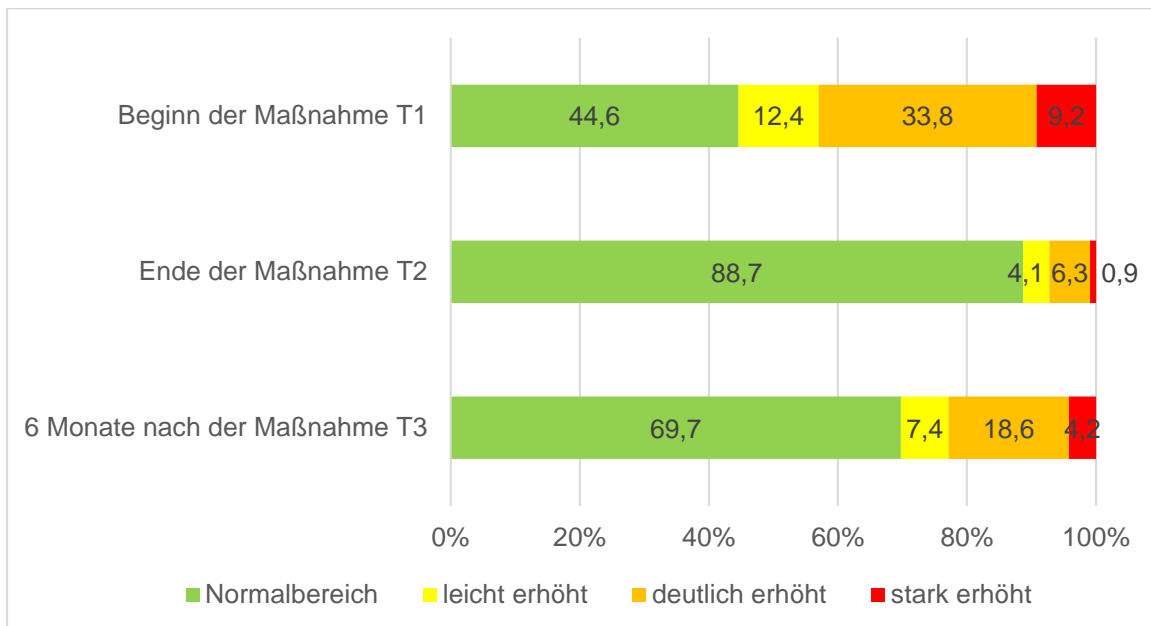
Die Tab. 9 zeigt, dass der Mittelwert der Gesamtstichprobe zu Beginn der Maßnahme im leicht erhöhten Bereich (21,6) und am Ende der Maßnahme im Normalbereich (10,6) lag. Der deutliche Rückgang der Beschwerden im Verlauf der Kur war höchst signifikant. Nach sechs Monaten waren die Beschwerden der Mütter wieder gestiegen, lagen aber mit 15,4 noch im Normalbereich. Der Wiederanstieg der Beschwerden war zwar signifikant, aber auch die Reduzierung von T1 zu T3 war statistisch höchst signifikant, so dass man von einer nachhaltigen Verringerung der Beschwerden sprechen kann.

**Tab. 9** Beschwerdenliste B-LR Mittelwertvergleich T1-T2-T3

	Verbundene Stichprobe N=542 M (SD)	Signifikanz T1-T2	Signifikanz T2-T3	Signifikanz T1-T3
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	21,6 (9,5)	} p<.001	} p<.001	} p<.001
Zum Ende der Maßnahmen (T2)	10,6 (7,6)			
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	15,4 (9,7)			

*Varianzanalyse mit Messwiederholungen*

In Abb. 4 ist die Verteilung der Belastungsausprägungen in Kategorien graphisch dargestellt. Auch der kategoriale Vergleich zeigt höchst signifikante Veränderungen (<.001) zwischen den Zeitpunkten (Friedman's Varianzanalyse). Während sich zu Beginn der Kur nur 44,6 Prozent der Mütter im Normalbereich befanden, hat sich dieser Anteil zum Ende der Kur verdoppelt (auf 88,7 %). Der Anteil der Frauen mit stark erhöhten Belastungen (maximale Ausprägung) ging um ein zehnfaches zurück (von 9,2 % auf 0,9 %). Ein halbes Jahr nach der Maßnahme wiesen halb so viele Frauen wie zu T1 stark erhöhte Beschwerden auf und 69,7 Prozent waren im Normalbereich belastet.



**Abb. 4** Beschwerden-Liste B-LR kategoriale Auswertung T1, T2, T3, N=542

### 3.3.3 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 Items. 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 (von 0 bis 21) 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 im Sinne einer psychischen Störung. Der Cut-off-Wert für Depression und für Stress beträgt 10, für Angst liegt der Cut-off-Wert bei 6.

Zuerst wurde das Screening auf **Stress** ausgewertet. In Tab. 10 ist zu sehen, dass zu Beginn der Maßnahme der Mittelwert der Gesamtstichprobe leicht über dem Cut-off-Wert für Stress lag (10,2). Am Ende der Maßnahme war der Mittelwert signifikant geringer und befand sich nicht mehr im auffälligen Bereich (3,9). Nach 6 Monaten war der Wert auf 6,4 gestiegen und

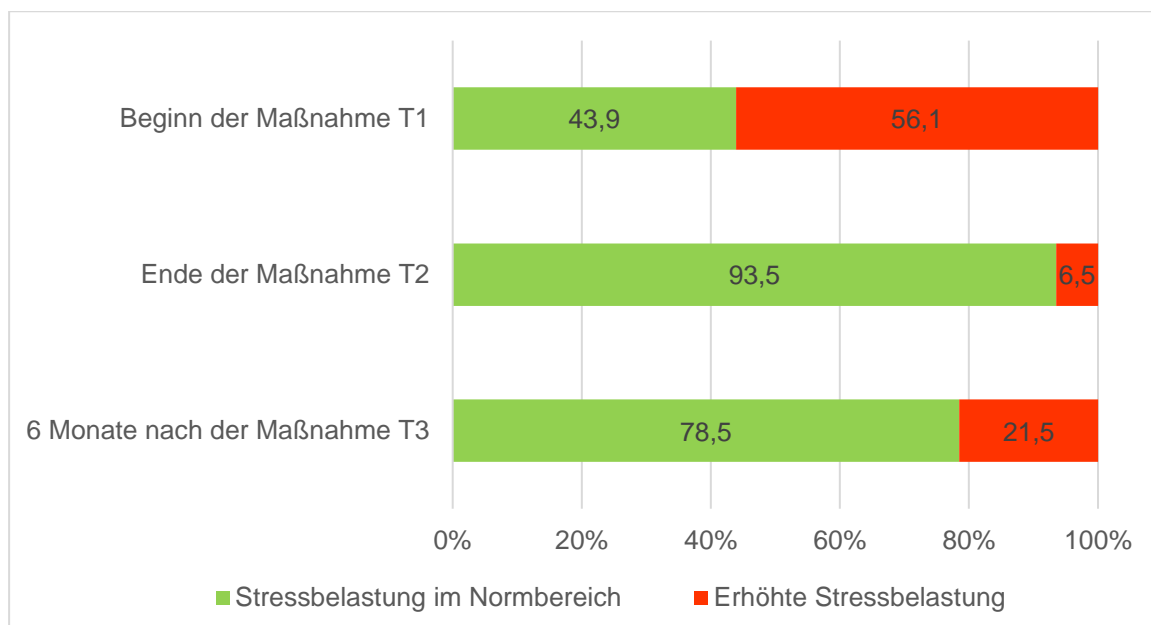
war damit weiterhin im klinisch unauffälligen Bereich. Die Veränderungen der Stresswerte zwischen den drei Erhebungszeitpunkten waren jeweils höchst signifikant ( $p < .001$ ).

**Tab. 10** DASS Skala Stress Mittelwertvergleich T1-T2-T3

	Verbundene Stichprobe N=540 M (SD)	Signifikanz T1-T2	Signifikanz T2-T3	Signifikanz T1-T3
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	10,2 (4,5)	} $p < .001$	} $p < .001$	} $p < .001$
Zum Ende der Maßnahmen (T2)	3,9 (3,4)			
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	6,4 (4,2)			

*Varianzanalyse mit Messwiederholungen*

In der Abb. 5 ist graphisch dargestellt, wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme, am Ende der Maßnahme und ein halbes Jahr danach im unauffälligen bzw. auffälligen Bereich für Stress befanden. Auch dieser kategoriale Vergleich zeigt eine höchst signifikante Veränderung (Friedman's Varianzanalyse,  $p < .001$ ).



**Abb. 5** DASS Skala Stress kategoriale Auswertung T1, T2, T3, N=540

Als zweites wurde das Screening auf **Angst** ausgewertet. In Tab. 11 ist zu sehen, dass der Mittelwert für Angst zu allen drei Befragungszeitpunkten unter dem Cut-off-Wert von 6 lag.

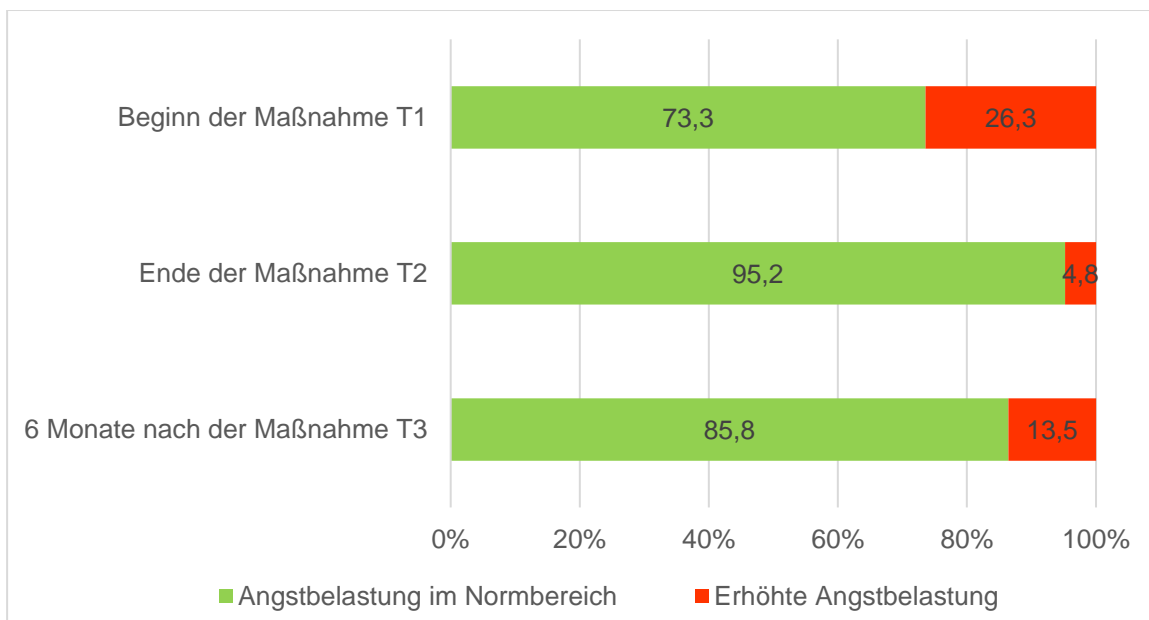
Auch bei der Angstskala zeigt sich vom Beginn bis zum Ende der Maßnahme ein Rückgang und nach 6 Monaten ein Wiederanstieg der Angstwerte. Alle Veränderungen, auch der Rückgang von T1 zu T3 waren höchst signifikant ( $p < .001$ ).

**Tab. 11** DASS Skala Angst Mittelwertvergleich T1-T2-T3

	Verbundene Stichprobe N=543 M (SD)	Signifikanz T1-T2	Signifikanz T2-T3	Signifikanz T1-T3
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	3,8 (3,6)	} $p < .001$	} $p < .001$	} $p < .001$
Zum Ende der Maßnahmen (T2)	1,4 (2,1)			
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	2,4 (3,1)			

*Varianzanalyse mit Messwiederholungen*

In der Abb. 6 ist graphisch dargestellt, wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme, am Ende der Maßnahme und ein halbes Jahr danach im unauffälligen bzw. auffälligen Bereich für Angst befanden. Auch dieser kategoriale Vergleich zeigt eine höchst signifikante Veränderung (Friedman's Varianzanalyse,  $p < .001$ ).



**Abb. 6** DASS Skala Angst kategoriale Auswertung T1, T2, T3, N=543

Die dritte Skala zeigt die Ergebnisse des Screenings auf **Depression**. In Tab. 12 ist zu sehen, dass auch der Mittelwert der Skala Depression zu allen 3 Zeitpunkten unter dem Cut-off-Wert von 10 für Depressivität lag. Auch bei der Depressionsskala zeigt sich vom Beginn bis zum Ende der Maßnahme ein Rückgang und nach 6 Monaten ein Wiederanstieg der Depressivitätswerte. Alle Veränderungen, auch der Rückgang von T1 zu T3 waren höchst signifikant ( $p < .001$ ).

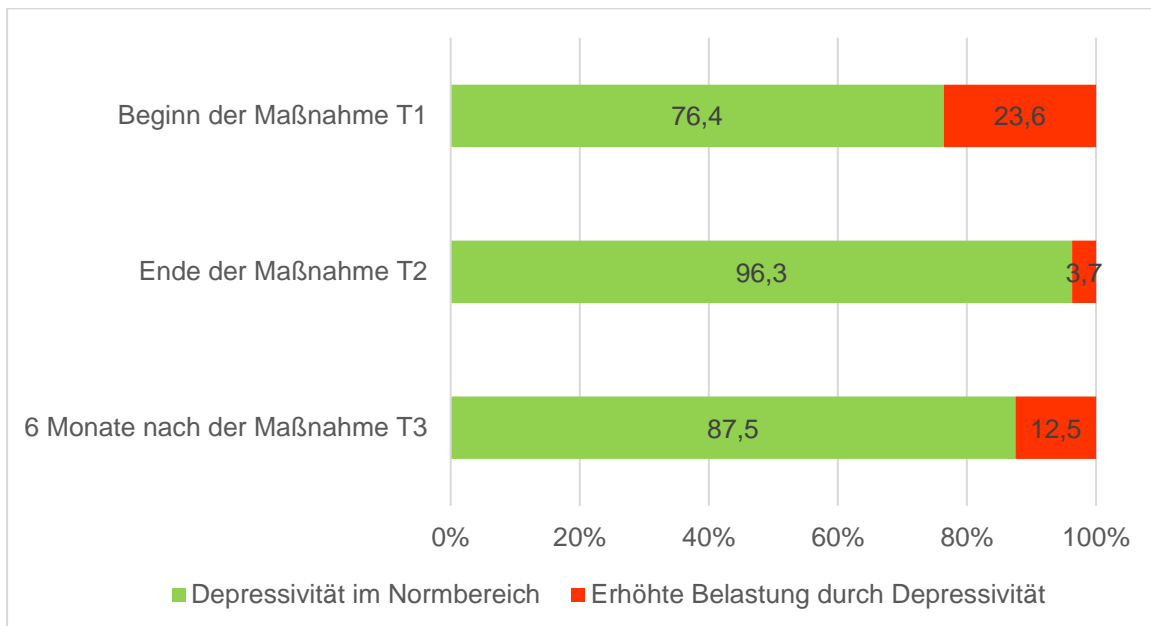
**Tab. 12** DASS Skala Depression Mittelwertvergleich T1-T2-T3

	Verbundene Stichprobe N=542 M (SD)	Signifikanz T1-T2	Signifikanz T2-T3	Signifikanz T1-T3
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	6,6 (4,5)	} $p < .001$	} $p < .001$	} $p < .001$
Zum Ende der Maßnahmen (T2)	2,2 (2,9)			
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	4,1 (4,0)			

*Varianzanalyse mit Messwiederholungen*

In der Abb. 7 ist graphisch dargestellt, wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme, am Ende der Maßnahme und ein halbes Jahr danach im unauffälligen bzw. auffälligen Bereich für Depressivität befanden. Auch dieser kategoriale Vergleich zeigt eine höchst signifikante Veränderung (Friedman's Varianzanalyse,  $p < .001$ ).





**Abb. 7** DASS Skala Depression kategoriale Auswertung T1, T2, T3 N=542



### Zusammenfassung somatische und psychische Beschwerden und Symptome

Die häufigsten von den Müttern 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. Nach 6 Monaten zeigten sich höchst signifikante Verbesserungen bei Rückenschmerzen, Burnout, psychischen Beschwerden, Gewicht und Essverhalten sowie 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 sowie nach 6 Monaten im Normalbereich lag. Während sich zu Beginn der Kur nur knapp 40 Prozent der Mütter im Normalbereich befanden, hat sich dieser Anteil zum Ende der Kur 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. Beispielsweise lag der Mittelwert der Mütter zu Beginn der Maßnahme auf der Stress Skala noch leicht über dem Cut-off-Wert und somit im klinisch auffälligen Bereich. Am Ende der Maßnahme und sechs

Monate nach der Maßnahme war der Mittelwert signifikant geringer und befand sich nicht mehr im auffälligen Bereich.

### 3.4 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.“ Die Mütter konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „leicht“, „mittel“, „stark“ und „sehr stark“ belastet auswählen.

In Tab. 13 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. Zu Beginn der Maßnahme fühlten sich jeweils über 80 Prozent der Mütter durch *Zeitdruck, das ständige Dasein für die Familie* und *fehlende Erholungsmöglichkeiten* belastet. Dreiviertel der Mütter hatten Probleme mit der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Rund 60 Prozent der Mütter gaben *Erziehungsprobleme*, die *geringe Anerkennung ihrer Haus- und Familienarbeit* und *familiäre Konflikte* als Belastung an. Etwas weniger als die Hälfte der Mütter waren mittel bis sehr stark von *geringem Selbstwertgefühl* und *finanziellen Sorgen* betroffen. *Soziale Isolation und Einsamkeit* stellte mit 30,4 Prozent von den aufgeführten Kontextfaktoren die geringste Belastung dar.

Sechs Monate nach der Maßnahme ist der Anteil der Mütter, die eine mittlere bis sehr starke Belastung angaben, bei allen Kontextfaktoren höchst signifikant gesunken ( $p < .001$ ). Den höchsten Rückgang mit etwa 22 Prozentpunkten gab es beim Kontextfaktor *Erziehungsprobleme, Konflikte mit den Kindern* auf 38,5 Prozent. Ebenfalls einen Rückgang von etwa 20 Prozentpunkten gab es bei den Kontextfaktoren *Zeitdruck* (69,1 %), *fehlende Erholungsmöglichkeiten* (63,1 %), *Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf* (55,5 %), *geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit* (39,8 %) und *familiäre Konflikte* (36,4 %). Mit etwa 70 Prozent ist der Anteil der Mütter, die sich durch *das ständige Dasein für die Familie* und *Zeitdruck* belastet fühlen weiterhin hoch. Den geringsten Rückgang mit 6 bzw. 9 Prozentpunkten waren bei *finanzielle Sorgen* und *soziale Isolation, Einsamkeit* zu vermerken.

**Tab. 13** Allgemeine Kontextfaktoren, die alle Mütter betreffen können

Ich bin belastet durch ...	Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Belastungen		p
	Zu Beginn der Maßnahme (T1) N <sub>max</sub> =575	6 Monate nach der Maßnahme (T3) N <sub>max</sub> =574	
Zeitdruck	87,7	69,1	<.001
das ständige Dasein für die Familie	87,6	70,7	<.001
fehlende Erholungsmöglichkeiten	83,2	63,1	<.001
Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	75,1	55,5	<.001
Erziehungsprobleme, Konflikte mit den Kindern	61,2	38,5	<.001
geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit	58,1	39,8	<.001
familiäre Konflikte	56,0	36,4	<.001
geringes Selbstwertgefühl	42,4	26,1	<.001
finanzielle Sorgen	40,6	34,0	<.001
soziale Isolation, Einsamkeit	30,4	21,5	<.001

*Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben*

In Tab. 14 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.

Die am häufigsten berichtete Belastung der Mütter stellte mit 47,2 Prozent *das Arbeitspensum/die Arbeitszeit* dar. 36,3 Prozent der Mütter gaben darüber hinaus an, dass sie durch *die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung* belastet waren. Etwa 30 Prozent fühlten sich belastet durch die *Situation am Arbeitsplatz* und die *Beziehung zum (Ehe-) Partner*. Rund 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. 8 Prozent der Mütter waren betroffen von *Gewalt* oder *traumatischen Erfahrungen*.

Der Anteil der Mütter, der durch die speziellen Kontextfaktoren mittel bis sehr stark belastet war, ist sechs Monate nach der Kur bei fast allen Kontextfaktoren signifikant geringer. Den stärksten Rückgang gab es bei *Arbeitspensum/Arbeitszeit* mit 17 Prozentpunkten auf 30,1

Prozent. Um 7 Prozentpunkte ist die mittlere bis starke Belastung bei der *alleinigen Verantwortung für die Kindererziehung* auf 29,2 Prozent gesunken und nur noch ein Fünftel der Mütter fühlte sich stark belastet durch *die Situation am Arbeitsplatz* und *die Beziehung zum (Ehe-)Partner*. Etwa 17 Prozent der Mütter fühlten sich sechs Monate nach der Kur noch stark belastet durch *ein entwicklungsverzögertes oder verhaltensauffälliges Kind* und die Situation der *Alleinverdienerin*.

**Tab. 14** spezielle Kontextfaktoren, die nicht alle Mütter betreffen

Ich bin belastet durch ...	Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Belastungen		p
	Zu Beginn der Maßnahme (T1) N <sub>max</sub> =574	6 Monate nach der Maßnahme (T3) N <sub>max</sub> =576	
Arbeitspensum/Arbeitszeit (eigene/des Partners)	47,2	30,1	<.001
die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung	36,3	29,2	<.001
die Situation am Arbeitsplatz (mögl. Konflikte)	31,9	21,1	<.001
die Beziehung zum (Ehe-)Partner	29,7	20,4	<.001
ein entwicklungsverzögertes/verhaltensauffälliges Kind	21,8	17,2	<.001
eine eigene schwere/chronische Erkrankung	20,9	13,8	.001
Alleinverdiener	18,9	17,6	.005
die Beziehung zum Ex-Partner	18,8	14,1	<.001
Tod des Partners/eines nahestehenden Menschen	18,5	11,3	<.001
Pflege/schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	17,5	13,9	.023
ein behindertes/chronisch krankes Kind	16,9	14,7	.018
Hausfrau (Unzufriedenheit mit der Lebenssituation)	15,4	9,4	.010
(drohende) Arbeitslosigkeit (eigene, des Partners)	12,2	7,0	<.001
problematische Wohnverhältnisse	10,5	8,2	.564
Vorurteile aus dem sozialen Umfeld	10,5	7,3	.013
Gewalterfahrung, traumatische Erfahrung	7,9	5,4	<.001
Patchwork-Familie	6,8	5,2	.019
Unterhaltsleistungen	5,2	3,5	.026
nicht zusammen leben mit meinem Kind/meinen Kindern	1,6	2,1	.132

*Vorzeichen-Test für verbundene Stichproben*



### Zusammenfassung psychosoziale Belastungen

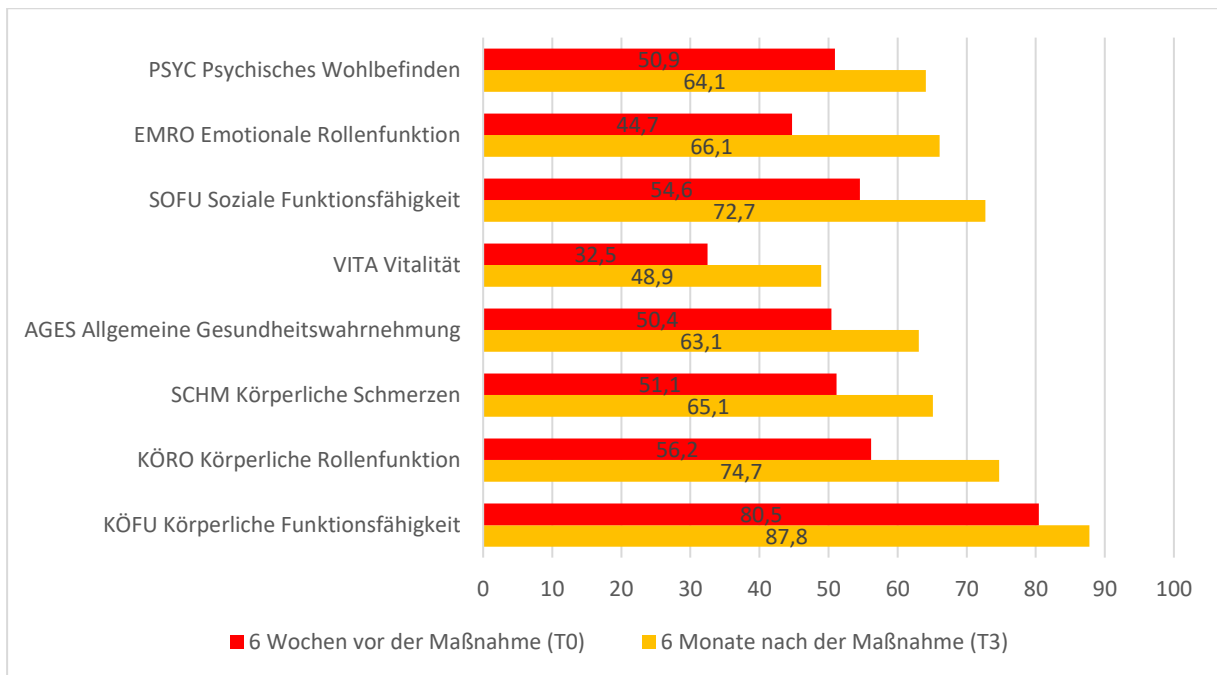
Die Mütter waren am meisten belastet durch das *ständige Dasein für die Familie*, *Zeitdruck*, *fehlende Erholungsmöglichkeiten*, die *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* sowie durch *Erziehungsprobleme*.

Die Analysen für den Zeitpunkt sechs Monate nach der Kur ergaben für die meisten Kontextfaktoren eine signifikante Senkung. Bei den Kontextfaktoren *Erziehungsprobleme*, *Konflikte mit den Kindern* und *Arbeitspensum/Arbeitszeit* gab es den stärksten Rückgang. Weitere starke Rückgänge gab es bei *Zeitdruck*, *fehlende Erholungsmöglichkeiten*, *Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf*, *geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit*, *familiäre Konflikte* und *die Situation am Arbeitsplatz*. Trotz dieser starken Rückgänge bei den Belastungen war ein großer Anteil der Mütter (63 %-70 %) weiterhin stark belastet vom *Zeitdruck*, *dem ständigen Dasein für die Familie* und *fehlenden Erholungsmöglichkeiten*.

### 3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der SF-36 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde sechs Wochen vor Beginn der Maßnahme sowie sechs Monate nach der Maßnahme abgefragt und umfasst mit 35 Items acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit: die körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, psychisches Wohlbefinden, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion (Morfeld et al., 2011). Die jeweiligen Antwortkategorien variieren. Sie reichen von einfachen „ja“ oder „nein“ Antworten bis hin zu sechsstufigen Ratingskalen von „immer“ bis „nie“ oder „trifft ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu.“ Es können Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden, sie stellen den prozentualen Anteil der höchstmöglichen mit dem SF-36 messbaren gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer Skala dar. Auf allen acht Skalen lassen sich höchst signifikante Veränderungen feststellen (Wilcoxon,  $p < .001$ ). Die größten Verbesserungen konnten auf den Skalen emotionale Rollenfunktion, körperliche Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit erreicht werden. Sechs Wochen vor der Maßnahme lag die maximal messbare emotionale Rollenfunktion bei 44,7 Prozent und sechs Monate nach der Maßnahme bei 66,1 Prozent. Die maximal messbare körperliche Rollenfunktion lag sechs Wochen vor der Maßnahme bei 56,2 Prozent und die soziale Funktionsfähigkeit bei 54,6 Prozent. Sechs Monate nach der Maßnahme lag die maximal messbare körperliche Rollenfunktion bei 74,7 Prozent und die maximal messbare soziale Funktionsfähigkeit bei 72,7 Prozent. Bei den körperlichen Schmerzen lag der Wert sechs Wochen vor der Kur bei 51,1 Prozent und sechs Monate nach der Kur bei 65,1 Prozent. Bei dieser Dimension bedeutet die Zunahme des Wertes ein

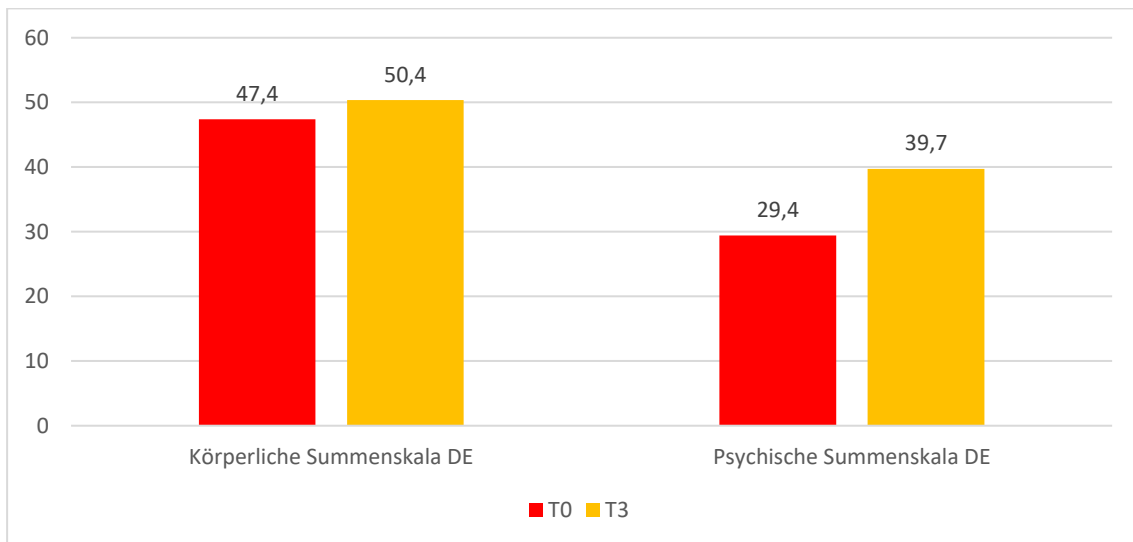
geringeres Ausmaß an körperlichen Schmerzen. Bis auf die Vitalität mit einem maximal messbaren Wert von rund 50 Prozent erreichten alle Dimensionen sechs Monate nach der Maßnahme über 60 Prozent.



**Abb. 8** Subskalen gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), T0, T3,  $N_{\max}=497$

Aus den acht Subskalen können die übergeordneten Summenskalen körperliche und psychische Gesundheit gebildet werden (siehe Abb. 9).

Für die körperliche Summenskala können Werte zwischen 26,0 und 57,2 erreicht werden und für die psychische Summenskala Werte zwischen 4,9 und 62,9. Ein hoher Wert zeigt dabei einen guten körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand an. Von T0 zu T3 gab es bei beiden Summenskalen einen höchst signifikanten Anstieg (T-Test für verbundene Stichproben,  $p < .001$ ), wobei dieser bei der psychischen Summenskala höher war.



**Abb. 9** Körperliche und psychische Summenskala SF-36, T0, T3,  $N_{\max}=497$

### 3.6 Fragebogen zur Ressourcenrealisierung

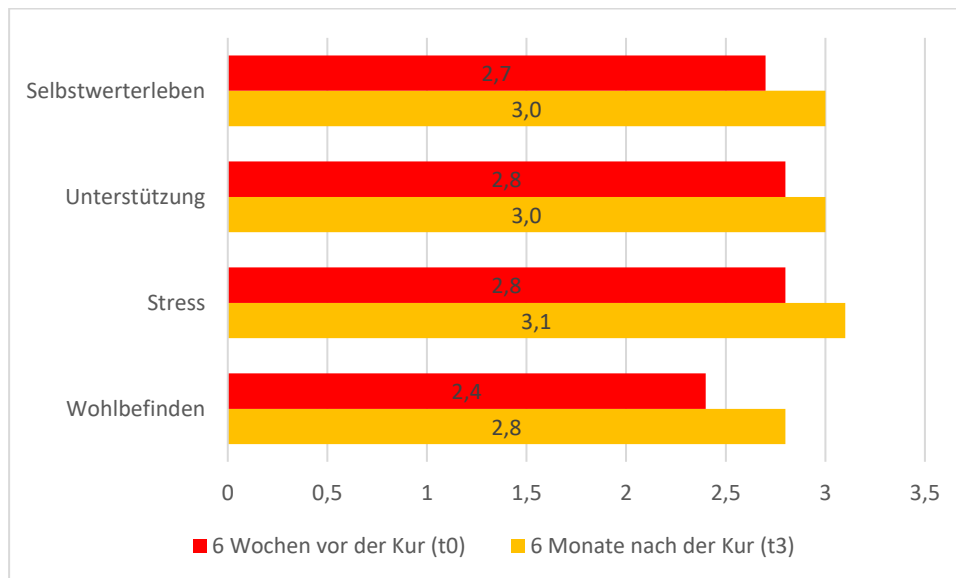
Eine Sache, eine Fähigkeit oder ein Kontakt wird zur persönlichen, sozialen oder ökonomischen Ressource, wenn eine Person sie entwickelt, wahrnimmt oder für ihre Zwecke nutzt wie z.B. ein soziales Netz. Ressourcenorientierte Maßnahmen können als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden.

Der Fragebogen zur Ressourcenrealisierung (RES) von Trösken & Grawe (2003) enthält 117 Aussagen zu acht verschiedenen Bereichen, die allgemein in einem engen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit von Menschen stehen: Wohlbefinden, Bewältigung von Stress, Unterstützung im Alltag, Krisenbewältigung, Selbstwerterleben, Stärken, Gegenwärtige Beziehungen, Sinnerleben. Für die RessQu-Studie wurden nur die vier Skalen Wohlbefinden, Bewältigung von Stress, Unterstützung im Alltag und Selbstwerterleben abgefragt, da diese in der BelRes-Studie 2011 statistisch signifikante Verbesserungen zeigten.

Zu jeder Skala sind acht bis elf Aussagen formuliert, die Verhaltensweisen oder Situationen aus dem Alltag beschreiben. Die Befragten sollen jeweils angeben, wie häufig sie in den letzten vier Wochen die beschriebene Situation wahrgenommen haben. Die Ratingskala reicht von nie (=0) bis hin zu sehr häufig (=6). Aussagen sind z.B. „Während der letzten 4 Wochen habe ich mich wohl gefühlt, weil ich mich bewusst entspannt habe“ für die Skala Wohlbefinden; „Wenn ich während der letzten 4 Wochen Stress im Alltag gehabt habe, dann hat es mir geholfen zu wissen, dass ich die Situation meistern kann“ für die Skala Stress; „Während der letzten 4 Wochen habe ich im Alltag Unterstützung erfahren, indem mir jemand konkrete Hilfe

angeboten hat“ für die Skala Unterstützung; „Während der letzten 4 Wochen bin ich stolz auf mich gewesen, weil ich von anderen Anerkennung bekommen habe“ für die Skala Selbstwert.

Berechnet wurden die Mittelwerte sechs Wochen vor der Kur (T0) sowie sechs Monate nach der Kur (T3) (siehe Abb. 10), wobei eine hohe Bewertung für ein hohes Maß an Ressourcenrealisierung spricht.



**Abb. 10** Fragebogen RES, Mittelwerte der Skalen T0, T3,  $N_{\max}=494$

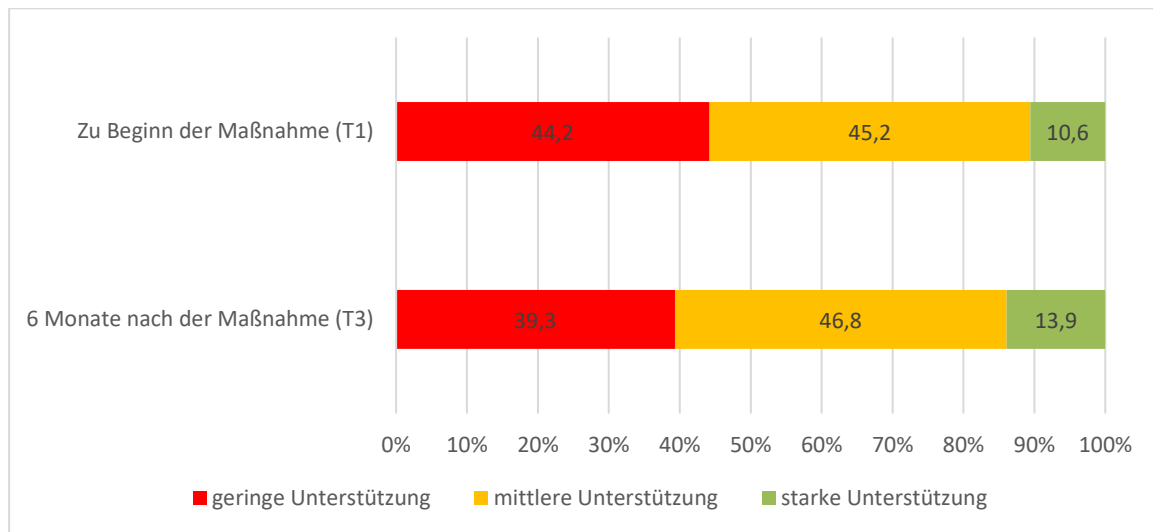
Auf den Skalen Wohlbefinden, Stress und Selbstwernerleben zeigen sich höchst signifikante Verbesserungen ( $p<.001$ ) sowie hoch signifikante Verbesserungen auf der Skala Unterstützung im Alltag ( $p=.003$ ) (T-Test für verbundene Stichproben). Auf der Skala Wohlbefinden sind sowohl zu T0 als auch T3 die niedrigsten Werte verzeichnet, was darauf hindeutet, dass es die Ressource ist, die am wenigsten von den Müttern realisiert werden kann.

### 3.7 Soziale Unterstützung

Der Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3-Skala) zu Beginn der Maßnahme (T1) sowie sechs Monate nach der Maßnahme (T3) erhoben. Mit der Skala wird die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemessen. Durch Addition der Einzelpunktwerte aus drei Fragen wird ein Index gebildet, der Werte zwischen 3 und 14 Punkten annehmen kann. Der Bereich von 3 bis 8 Punkten wird als geringe Unterstützung, von 9 bis 11 Punkten als mittlere Unterstützung und von 12 bis 14 Punkten als starke Unterstützung klassifiziert. Zu Beginn der Maßnahme (T1) lag der Mittelwert bei 8,8 und somit an der Grenze zwischen geringer und mittlerer Un-



terstützung. Sechs Monate nach der Maßnahme lag der Mittelwert bei 9,1 und damit im Bereich der mittleren Unterstützung. Der Unterschied ist signifikant (T-Test für verbundene Stichproben,  $p < .001$ ).



**Abb. 11** Prozentualer Anteil an Unterstützung zu T1 und T3, N=568, Wilcoxon-Test ( $p = .002$ )

In Abb. 11 ist die Verteilung der Unterstützung in Kategorien graphisch dargestellt. Während zu Beginn der Kur nur 10,6 Prozent der Mütter angaben, über eine starke Unterstützung zu verfügen, hat sich dieser Anteil zum Ende der Kur auf 13,9 % erhöht.



### **Zusammenfassung gesundheitsbezogene Lebensqualität, Ressourcenrealisierung und soziale Unterstützung**

Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten alle acht Dimensionen sechs Monate nach der Maßnahme höchst signifikant verbessert werden im Vergleich zu sechs Wochen vor der Maßnahme. Die größten Verbesserungen konnten auf den Skalen emotionale Rollenfunktion, körperliche Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit erreicht werden.

Bei der Ressourcenrealisierung wurden die vier Skalen Wohlbefinden, Bewältigung von Stress, Unterstützung im Alltag und Situationen, die mit einem hohem Selbstwert erleben verbunden sind, abgefragt. Bei jeder Dimension zeigen sich sechs Monate nach der Maßnahme signifikante Verbesserungen beim Vergleich zu sechs Wochen vor der Maßnahme. Auf der Skala Wohlbefinden sind die niedrigsten Werte verzeichnet.

Auch bei der sozialen Unterstützung konnte eine signifikante Verbesserung sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zum Beginn der Maßnahme erzielt werden. Der

Mittelwert erhöhte sich von einer geringen bis mittleren Unterstützung in den Bereich der mittleren Unterstützung.

### **3.8 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, am Ende sowie sechs Monate nach der Maßnahme bestimmt. Der Fragebogen enthält in der Originalversion 12 Items, über die zwei Aspekte des Kompetenzgefühls 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 einbezogen, die zu T1, T2 und T3 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 ( $p < .001$ ) der Erziehungskompetenz der Mütter von 25,7 auf 28,4 berechnet worden. Ein höchst signifikanter Anstieg ( $p < .001$ ) konnte ebenfalls sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zum Beginn der Maßnahme festgestellt werden. Sechs Monate nach der Maßnahme lag die elterliche Erziehungskompetenz bei 27,5. Der Vergleich zwischen dem Ende der Maßnahme (T2) und sechs Monate nach der Maßnahme (T3) ergab wiederum einen höchst signifikanten Rückgang ( $p < .001$ ) der elterlichen Erziehungskompetenz von 28,4 auf 27,5.

**Tab. 15** Elterliche Erziehungskompetenz - Selbstwirksamkeit T1, T2, T3

	Verbundene Stichprobe N=539 M (SD)	Signifikanz T1-T2	Signifikanz T2-T3	Signifikanz T1-T3
Zu Beginn der Maßnahme (T1)	25,7 (4,5)	} p<.001	} p<.001	} p<.001
Zum Ende der Maßnahmen (T2)	28,4 (4,2)			
6 Monate nach der Maßnahme (T3)	27,5 (4,5)			

*Varianzanalyse mit Messwiederholungen*



### Zusammenfassung Erziehungskompetenz

Die elterliche Erziehungskompetenz ist im Verlauf der Maßnahme höchst signifikant angestiegen. Sechs Monate nach der Maßnahme ist dieser Wert wieder signifikant gesunken, war jedoch immer noch signifikant höher als zu Beginn der Maßnahme.

### 3.9 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 sowie 6 Monate nach 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. 16 ist zu sehen, wie viel Prozent der Mütter sich zu Beginn der Maßnahme (T1) und sechs Monate nach der Maßnahme (T3) erheblich oder vollkommen beeinträchtigt fühlten, den genannten Aktivitäten nachzugehen. Zu Beginn der Maßnahme fühlten sich mehr als die Hälfte der Mütter (52 %) 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 Prozent der Mütter problematisch. Knapp 30 Prozent der Mütter fühlten sich beeinträchtigt, die Beziehung zum Partner und erweiterten Familienkreis zu pflegen, angemessen auf ihre Kinder einzugehen oder Kontakte zu

Nachbarn und Freunden zu unterhalten. 26,5 Prozent der Mütter hatten erhebliche oder vollkommene Beeinträchtigung in der Bewältigung der täglichen Aufgaben und am seltensten fühlten sich die Mütter beeinträchtigt, auf ihre äußere Erscheinung zu achten (16,6 %).

Sechs Monate nach der Maßnahme gab es bei allen Aktivitäten einen höchst signifikanten Rückgang ( $p < .001$ ) der Anteile der Mütter mit erheblicher oder vollkommener Beeinträchtigung. Mit 23,3 Prozent liegt der Anteil der Mütter, die sich dabei beeinträchtigt fühlten, in gewohnter Weise ihrer Freizeitbeschäftigung nachzugehen, immer noch am höchsten, obwohl es zu einem Rückgang um knapp 29 Prozentpunkte kam. Um etwa 36 Prozentpunkte reduzierte sich der Anteil der Mütter mit einer erheblichen Beeinträchtigung, auf ihre Gesundheit zu achten auf 15,1 Prozent. Nur noch etwa 14 Prozent der Mütter fühlten sich erheblich beeinträchtigt, mit Stress umzugehen und die Beziehung zum Partner zu pflegen und nur noch etwa jede zehnte Mutter bei der Pflege der Beziehungen zum erweiterten Familienkreis, zu Freunden und Nachbarn und dabei, angemessen auf die Kinder einzugehen. Der Anteil der Mütter mit erheblicher Beeinträchtigung bei den täglichen Aufgaben und beim Achten auf die äußere Erscheinung lag nur noch bei etwa 8 Prozent.

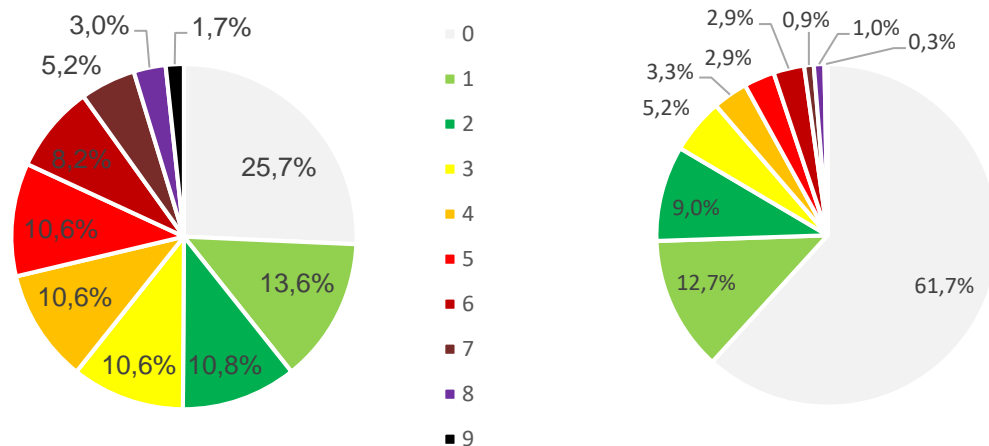
**Tab. 16** Beeinträchtigung der Aktivitäten zu Beginn der Maßnahme

	Prozentanteil der Mütter mit erheblicher oder vollkommener Beeinträchtigung		p
	Zu Beginn der Maßnahme (T1) N <sub>max</sub> =574	6 Monate nach der Maßnahme (T3) N <sub>max</sub> =572	
In den letzten 30 Tagen fühlte ich mich beeinträchtigt in gewohnter Weise ...			
meiner Freizeitbeschäftigung nachzugehen	52,0	23,3	<.001
auf meine Gesundheit zu achten	41,2	15,1	<.001
mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen	38,3	13,6	<.001
die Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin zu pflegen	30,8	14,9	<.001
Beziehungen zum erweiterten Familienkreis zu pflegen	28,5	10,7	<.001
angemessen auf mein/e Kind/er einzugehen	27,6	8,0	<.001
Beziehungen zu Freunden und Nachbarn zu unterhalten	27,0	9,8	<.001
meine täglichen Aufgaben zu erledigen (Haushalt und Beruf)	26,5	7,4	<.001
auf mein Aussehen, meine äußere Erscheinung zu achten	16,6	7,9	<.001

*Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben*

Wird davon ausgegangen, dass diejenigen Mütter als reha-bedürftig einzustufen sind, die bei mindestens 5 Items Beeinträchtigungen von erheblicher oder vollkommener Ausprägung aufwiesen, waren 28,7 Prozent der Mütter zu Beginn der Maßnahme reha-bedürftig und nur noch 8,0 Prozent sechs Monate nach der Maßnahme (siehe Abb. 12).

Laut Attest hatten 2,1 Prozent der Mütter eine Reha-Indikation, 8,6 Prozent hatten keine Spezifizierung. Die Klinikärzte schätzten 7,8 Prozent der Mütter als reha-bedürftig ein.



Zu Beginn der Maßnahme (N=575)

6 Monate nach der Maßnahme (N=577)

**Abb. 12** Summe der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, T-Test für verbundene Stichprobe ( $p < .001$ )



### Zusammenfassung Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe

Wenn man die erhebliche oder vollkommene Beeinträchtigung in mindestens fünf Lebensbereichen als Kriterium für Reha-bedürftigkeit annimmt, dann waren 28,7 Prozent der Mütter zu Beginn der Maßnahme als reha-bedürftig anzusehen. 2,1 Prozent hatten laut Attest eine Reha-Indikation. 7,8 Prozent der Mütter wurden von den Klinikärzten als reha-bedürftig eingeschätzt.

Sechs Monate nach der Maßnahme bestand nur noch bei 8 Prozent der Mütter eine Reha-bedürftigkeit nach ICF. Signifikant weniger Mütter fühlten sich sechs Monate nach der Maßnahme bei allen erhobenen Items beeinträchtigt.

## 4 Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse der RessQu-Studie zu Beschwerden und Erkrankungen von Müttern, gesundheitlichen Risikofaktoren und psychosozialen Belastungen, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zur Ressourcenaktivierung, zu sozialer Unterstützung und zur Selbstwirksamkeit in der Erziehung. In der Auswertung wurden die Daten der Patientinnen betrachtet, die 6 Wochen vor der Maßnahme sowie 6 Monate nach der Maßnahme (N=497) bzw. zu Beginn und 6 Monate nach der Maßnahme (N=577) an den Befragungen teilgenommen haben.

Es zeigte sich, dass eher ältere Mütter mit einem höheren Schul- und Berufsabschluss bereit waren, an der Nachbefragung teilzunehmen. Überdurchschnittlich viele von ihnen waren in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig.

Hinsichtlich gesundheitlicher Risikofaktoren zeigte sich eine signifikante Reduzierung bei der Anzahl der Mütter mit Bewegungsmangel. Die selbstberichtete Fitness und Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten zeigten höchst signifikante Verbesserungen. Beim Alkohol- und Medikamentenkonsum kam es zu signifikanten Verringerungen.

Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden zu Beginn der Maßnahme waren Rücken- und Gelenkschmerzen, Burnout und psychische Beschwerden, Migräne und Kopfschmerz sowie Beschwerden in Bezug auf Gewicht und Essverhalten. Nach 6 Monaten war der Anteil der Mütter mit diesen Beschwerden höchst signifikant reduziert.

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 und nachhaltig 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.

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. Trotz starker Rückgänge dieser Belastungen war ein großer Anteil der Mütter (63 % - 70 %) weiterhin stark belastet vom Zeitdruck, dem ständigen Dasein für die Familie und fehlenden Erholungsmöglichkeiten.

Sowohl bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch bei der Ressourcenrealisierung zeigten sich sechs Monate nach der Maßnahme signifikante Verbesserungen beim Vergleich zu sechs Wochen vor der Maßnahme. Bei der Wahrnehmung von sozialer Unterstützung konnte ebenfalls eine signifikante Verbesserung sechs Monate nach der Maßnahme im

Vergleich zum Beginn der Maßnahme erzielt werden. Auch die elterliche Erziehungskompetenz im Sinne einer Selbstwirksamkeit ist durch die Maßnahme nachhaltig angestiegen.

Gemessen an den Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe könnten 29 Prozent der Mütter zu Beginn der Maßnahme als rehabedürftig zu betrachten sein. 6 Monate nach der Maßnahme wären nur noch 8 Prozent dementsprechend als rehabedürftig zu betrachten.

Insgesamt hat die RessQu-Studie gezeigt, dass mit den stationären Mutter-Kind-Maßnahmen gesundheitlich und psychosozial hoch belastete Mütter erreicht werden.

Das soziodemografische Profil der Mütter deutet darauf hin, dass Mütter mit einem niedrigen Bildungsabschluss in der Studie unterrepräsentiert sind. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass diese Mütter tatsächlich seltener eine Maßnahme in Anspruch nehmen oder dass sie seltener bereit oder in der Lage sind, mehrere Fragebögen auszufüllen. Eine Tendenz in diese Richtung zeigte sich in der Teilnahme an der Nachbefragung.

Wie schon in der BelRes-Studie haben auch an der RessQu-Studie nur wenige Väter teilgenommen, so dass die Datengrundlage für eine Auswertung nicht ausreicht.

Die Evaluationsergebnisse spiegeln die erfolgreiche zielgruppengerechte Behandlung der Patientinnen wider. Im Verlauf der Maßnahmen wurden auf allen betrachteten Ebenen signifikante bis höchst signifikante Reduzierungen der Belastungen und Beschwerden erreicht. Signifikante Effekte sind auch 6 Monate nach der Maßnahme nachweisbar, so dass die Maßnahmen als nachhaltig bewertet werden können. Dies betrifft insbesondere auch die Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die erstmals untersucht wurde, und die Ressourcenaktivierung.

Eine weitere Dimension der RessQu-Studie betrifft die Schwerpunktindikationen der Patientinnen und die in Anspruch genommenen Behandlungen. Diese sind Gegenstand einer nachfolgenden Analyse.

## 5 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
- 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.
- Dalgard OS, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry* 1995; 166(1):29-34
- 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 2001. <https://dnb.info/962768189/34>. Letzter Zugriff 20.04.2020.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., Bullinger, M. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Göttingen: Hogrefe, 2011
- 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; DOI <http://dx.doi.com/10.1055/s-0032-1308967>
- Trösken, A., Grawe, K. Das Berner Ressourceninventar. Instrument zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und der Fremdbeurteilungsperspektive. In: Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: DGVT-Verlag, 2003. 195-215.
- 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
- Zerssen D von, Petermann F. B-LR Beschwerden-Liste. Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe, 2011