

Aus der Klinik für Geburtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Gesundheitsbezogene Lebensqualität  
von Müttern und Vätern  
zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Rolf Richter

aus Schweinebrück/ Friesland

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. R. Bergmann

2. Prof. Dr. M. Bullinger

3. Prof. Dr. H. Pfaff

Datum der Promotion: 13. Juli 2007

## **Danksagung**

Zuerst möchte ich mich bei Frau Prof. Bergmann bedanken, die mich ermuntert hat, eine Dissertation zu beginnen, und mir die Möglichkeit gegeben hat, eine soziologische interessante Fragestellung aus dem reichhaltigen Datenmaterial des Elternkollegs auszuwählen. Die Firma Procter und Gamble hat mich durch ihr Sponsoring bei den ersten Auswertungen zum Thema finanziell unterstützt. Mein Dank gilt auch den zahlreichen Eltern, die durch das Ausfüllen der teilweise umfangreichen Fragebögen die Studie erst möglich gemacht haben. Last but not least danke ich herzlich Ellonor nicht nur für die praktische Unterstützung sondern auch besonders für die emotionale Unterstützung.

# Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen .....	4
Verzeichnis der Abbildungen .....	9
Verzeichnis der Abkürzungen .....	12
1 Einleitung .....	14
1.1 Problemstellung .....	14
1.2 Übergang zur Elternschaft .....	16
1.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	24
2 Fragestellung .....	35
3 Methodik .....	39
3.1 Studiendesign .....	39
3.2 Studienverlauf .....	40
3.2.1 Rekrutierung der Probanden .....	40
3.2.2 Seminare .....	42
3.2.3 Datenerhebung .....	43
3.3 Operationalisierung .....	45
3.3.1 Soziodemographische Merkmale .....	45
3.3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen .....	46
3.3.3 Belastungen .....	47
3.3.4 Bewältigungsressourcen .....	47
3.3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	48
3.3.6 Das Untersuchungsmodell .....	50
3.4 Datenerfassung, -kontrolle, -verwaltung und -analyse .....	51
4 Ergebnisse .....	56
4.1 Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität .....	56
4.1.1 Soziodemographische Angaben von Müttern und Vätern .....	57
4.1.2 Merkmale der Geburten und der Kinder .....	63
4.1.3 Belastungen und Ressourcen .....	65
4.1.4 Partnerschaft und Lebensqualität .....	70
4.1.5 Panelausfälle der Interventionsgruppe .....	78
4.1.6 Zusammenfassung .....	81

4.2	Beziehungen der soziodemographischen Merkmale mit den Belastungen, den Ressourcen und der Lebensqualität.....	83
4.2.1	Beziehungen der soziodemographischen Merkmale untereinander .....	83
4.2.2	Beziehungen der soziodemographischen Merkmale mit den Belastungen.....	86
4.2.3	Beziehungen der soziodemographischen Merkmale mit den Ressourcen .....	88
4.2.4	Unterschiede bei der Lebensqualität nach soziodemographischen Merkmalen	91
4.2.5	Zusammenfassung .....	96
4.3	Beziehungen der Belastungen und Ressourcen mit der Lebensqualität.....	98
4.3.1	Beziehungen der Belastungen untereinander.....	98
4.3.2	Beziehungen der Ressourcen untereinander .....	99
4.3.3	Beziehungen der Belastungen mit den Ressourcen .....	101
4.3.4	Beziehungen der Belastungen mit der Lebensqualität.....	103
4.3.5	Beziehungen der Ressourcen mit der Lebensqualität .....	106
4.3.6	Zusammenfassung .....	111
4.4	Multivariate Modelle der Lebensqualität.....	113
4.4.1	Zufriedenheit mit der Partnerschaft.....	113
4.4.2	Depressivität und Anzeichen einer Depression .....	116
4.4.3	Die physische Lebensqualität .....	118
4.4.4	Die psychische Lebensqualität .....	120
4.4.5	Die sozialen Beziehungen .....	123
4.4.6	Die Umweltqualität.....	125
4.4.7	Die globale Lebensqualität .....	127
4.4.8	Puffereffekte der Ressourcen .....	129
4.4.8.1	Puffereffekte der Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung.....	130
4.4.8.2	Puffereffekte der materiellen Ressourcen.....	135
4.4.8.3	Puffereffekte der Selbstwirksamkeitserwartung.....	140
4.4.8.4	Puffereffekte der Teilnahme an der Intervention.....	143
4.4.9	Zusammenfassung .....	143
4.5	Längsschnittanalysen.....	147
4.5.1	Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit.....	147
4.5.2	Entwicklung der Depressivität von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes .....	158
4.5.3	Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	166
4.5.4	Zusammenfassung .....	174

5	Diskussion .....	177
5.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern und deren Prädiktoren .....	177
5.1.1	Die Lebensqualität von Ersteltern .....	177
5.1.2	Die Rolle der Belastungen .....	179
5.1.2.1	Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen .....	179
5.1.2.2	Belastungen aus der Versorgung der Kinder .....	181
5.1.3	Die Rolle der Ressourcen .....	186
5.1.3.1	Die materiellen Ressourcen .....	187
5.1.3.2	Gerechte und kongruente Arbeitsteilung .....	188
5.1.3.3	Die Selbstwirksamkeitserwartung .....	191
5.1.3.4	Teilnahme an der Intervention .....	194
5.1.4	Die Rolle der Erwerbstätigkeit .....	195
5.2	Methodische Aspekte .....	197
5.2.1	Studiendesign .....	197
5.2.2	Stichprobe und Repräsentativität .....	199
5.2.3	Das Untersuchungsmodell .....	200
5.2.4	Indikatoren der Lebensqualität .....	200
5.3	Schlussfolgerungen .....	202
6	Zusammenfassung .....	206
	Literatur .....	212
	Sonstige Hilfsmittel .....	230
	Erklärung .....	231
	Lebenslauf .....	232
	Publikationsliste .....	234

## Verzeichnis der Tabellen

Tab. 3.1: Rekrutierung der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe.....	41
Tab. 3.2: Fragebogen zur Partnerschaft und Lebensqualität 24 Monate.....	42
Tab. 4.1.1: Geborene und Geburten in Berlin und im Virchow Klinikum (CVK) 1998/99 laut Perinataldaten.....	56
Tab. 4.1.2: Alter der Mütter und Väter zum Zeitpunkt der Entbindung und Altersdifferenz .....	57
Tab. 4.1.3: Staatsangehörigkeit der Mütter und Väter .....	58
Tab. 4.1.4: Anteil der Mütter und Väter mit chronischen Erkrankungen .....	63
Tab. 4.1.5: Geburtsmerkmale laut Perinataldaten (Anteile).....	64
Tab. 4.1.6: Merkmale der Neugeborenen laut Perinataldaten (Mittelwerte und Anteile)	65
Tab. 4.1.7: Belastung durch Krankheiten der Kinder .....	66
Tab. 4.1.8: Mütter mit Mehrlingen (Perinataldaten) und weiterem Kind (Fragebogen) ..	67
Tab. 4.1.9: Wohnung mit mehr als zwei Zimmern .....	68
Tab. 4.1.10: Interne Konsistenz (Chronbach´s alpha) der Lebensqualitätsmaße .....	71
Tab. 4.1.11: Anteil depressiv auffälliger Mütter und Väter sowie Frauen und Männer einer Bevölkerungsstichprobe .....	72
Tab. 4.1.12: Regressionsmodelle für die globale Lebensqualität der Mütter und Väter.	76
Tab. 4.1.13: Korrelationsmatrix der Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität .....	77
Tab. 4.1.14: Alter der Mütter und Väter zum Zeitpunkt der Entbindung für die 24- Monats-Stichprobe und die Panelausfälle der Interventionsgruppe .....	78
Tab. 4.1.15: Staatsangehörigkeit der Mütter und Väter von 24-Monats-Stichprobe und Panelausfälle der Interventionsgruppe .....	78
Tab. 4.1.16: Partnerschaftszufriedenheit der Mütter und Väter kurz nach der Entbindung für die 24-Monats-Stichprobe und die Panelausfälle der Interventionsgruppe .....	80
Tab. 4.1.17: Merkmale der Neugeborenen der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle .....	81
Tab. 4.2.1: Unterschiede der soziodemographischen Merkmale nach Staatsangehörigkeit.....	84
Tab. 4.2.2: Unterschiede der soziodemographischen Merkmale nach Zusammenleben.....	84

Tab. 4.2.3: Unterschiede der soziodemographischen Merkmale nach Altersgruppen...	85
Tab. 4.2.4: Unterschiede der soziodemographischen Merkmale nach Bildung .....	85
Tab. 4.2.5: Soziodemographische Merkmale von Rauchern und Nichtrauchern .....	85
Tab. 4.2.6: Soziodemographische Merkmale von Normal- und Übergewichtigen .....	86
Tab. 4.2.7: Unterschiede der Belastungen nach soziodemographischen Merkmalen ...	87
Tab. 4.2.8: Unterschiede der Ressourcen nach soziodemographischen Merkmalen ....	89
Tab. 4.2.9: Unterschiede der Ressourcen für Normal- und Übergewichtige sowie nach Rauchstatus.....	90
Tab. 4.2.10: Unterschiede der Lebensqualität nach Staatsangehörigkeit.....	91
Tab. 4.2.11: Unterschiede der Lebensqualität nach Altersgruppen .....	92
Tab. 4.2.12: Unterschiede der Lebensqualität nach Lebensform .....	92
Tab. 4.2.13: Unterschiede der Lebensqualität nach Bildung der Mütter und der Väter .	93
Tab. 4.2.14: Unterschiede der Lebensqualität nach Erwerbsstatus.....	94
Tab. 4.2.15: Unterschiede der Lebensqualität nach chronischer Krankheit.....	95
Tab. 4.2.16: Unterschiede der Lebensqualität nach Indikatoren gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen .....	95
Tab. 4.2.17: Unterschiede der Prävalenz depressiver Auffälligkeit nach soziodemographischen Merkmalen .....	96
Tab. 4.3.1: Unterschiede der Belastungen untereinander .....	99
Tab. 4.3.2: Unterschiede der Ressourcen nach Einkommensniveau der Haushalte ...	100
Tab. 4.3.3: Unterschiede der persönlichen und sozialen Ressourcen nach Wohnungsgröße.....	100
Tab. 4.3.4: Beziehung der persönlichen mit der sozialen Ressource .....	101
Tab. 4.3.5: Unterschiede der Belastungen nach Haushaltseinkommen .....	101
Tab. 4.3.6: Unterschiede der Belastungen nach Wohnungsgröße .....	102
Tab. 4.3.7: Unterschiede der Belastungen nach Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung von Müttern und Vätern .....	102
Tab. 4.3.8: Unterschiede der Belastungen nach Selbstwirksamkeitserwartung von Müttern und Vätern.....	103
Tab. 4.3.9: Unterschiede der Lebensqualität von Müttern und Vätern nach Schwangerschaftsrisiken (ja(nein) und Kaiserschnitt (ja/nein) .....	104

Tab. 4.3.10: Unterschiede der Lebensqualität von Müttern und Vätern mit und ohne Verlegung des Neugeborenen in die Kinderklinik bzw. Zwillinge oder weiterem Kind .....	105
Tab. 4.3.11: Unterschiede der Lebensqualität von Müttern und Vätern mit und ohne chronisch/häufig krankem Kind bzw. häufiges Aufwecken .....	106
Tab. 4.3.12: Unterschiede der Lebensqualität von Müttern und Vätern nach Haushaltsnettoeinkommen .....	107
Tab. 4.3.13: Unterschiede der Lebensqualität von Müttern und Vätern nach Wohnungsgröße .....	108
Tab. 4.3.14: Unterschiede der Lebensqualität nach Selbstwirksamkeit (Mütter) .....	109
Tab. 4.3.15: Unterschiede der Lebensqualität nach Selbstwirksamkeit (Väter) .....	109
Tab. 4.3.16: Unterschiede der Lebensqualität nach Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung (Mütter) .....	110
Tab. 4.3.17: Unterschiede der Lebensqualität nach Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung (Väter) .....	111
Tab. 4.4.1: Lineare Modelle für die Partnerschaftszufriedenheit der Mütter .....	114
Tab. 4.4.2: Regressionsmodelle für die Partnerschaftszufriedenheit der Väter .....	115
Tab. 4.4.3: Lineare Modelle für die Depressivität der Mütter und logistische Regression für depressiv auffällige Mütter .....	116
Tab. 4.4.4: Regressionsmodelle für die Depressivität der Väter und logistische Regression für depressiv auffällige Väter .....	117
Tab. 4.4.5: Regressionsmodelle für die physische Lebensqualität der Mütter .....	119
Tab. 4.4.6: Regressionsmodelle für die physische Lebensqualität der Väter .....	120
Tab. 4.4.7: Regressionsmodelle für die psychische Lebensqualität der Mütter .....	121
Tab. 4.4.8: Regressionsmodelle für die psychische Lebensqualität der Väter .....	122
Tab. 4.4.9: Regressionsmodelle für die sozialen Beziehungen der Mütter .....	123
Tab. 4.4.10: Regressionsmodelle für die sozialen Beziehungen der Väter .....	124
Tab. 4.4.11: Regressionsmodelle für die Umweltqualität der Mütter .....	126
Tab. 4.4.12: Regressionsmodelle für die Umweltqualität der Väter .....	127
Tab. 4.4.13: Regressionsmodelle für die globale Lebensqualität der Mütter .....	128
Tab. 4.4.14: Regressionsmodelle für die globale Lebensqualität der Väter .....	129
Tab. 4.4.15: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte der Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die Lebensqualität (Mütter) .....	130

Tab. 4.4.16: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte der Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die Lebensqualität (Väter).....	133
Tab. 4.4.17: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte einer Wohnung mit mehr als zwei Zimmern auf die Lebensqualität der Mütter .....	136
Tab. 4.4.18: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte des Haushaltseinkommens auf die Lebensqualität der Mütter .....	136
Tab. 4.4.19: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte einer Wohnung mit mehr als zwei Zimmern auf die Lebensqualität der Väter.....	138
Tab. 4.4.20: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte des Haushaltseinkommens auf die Lebensqualität der Väter .....	139
Tab. 4.4.21: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Lebensqualität der Mütter.....	140
Tab. 4.4.22: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Lebensqualität der Väter .....	142
Tab. 4.4.23: Signifikanztests für direkte Effekte und Puffereffekte der Teilnahme an der Intervention auf die Lebensqualität der Mütter .....	143
Tab. 4.5.1: Unterschiede bei der Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Mütter von der Geburt des Kindes bis zu dessen zweitem Geburtstag .....	148
Tab. 4.5.2: Unterschiede bei der Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Väter von der Geburt des Kindes bis zu dessen zweitem Geburtstag .....	151
Tab. 4.5.3: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Partnerschaftszufriedenheit der Mütter von der Geburt des Kindes bis zwei Jahre später.....	153
Tab. 4.5.4: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Partnerschaftszufriedenheit der Väter von der Geburt des Kindes bis zwei Jahre später .....	155
Tab. 4.5.5: Unterschiede bei der Entwicklung der Depressivität der Mütter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes .....	160
Tab. 4.5.6: Unterschiede bei der Entwicklung der Depressivität der Väter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes .....	162
Tab. 4.5.7: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Depressivität der Mütter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes...	163
Tab. 4.5.8: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Depressivität der Väter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes ....	165

Tab. 4.5.9: Unterschiede bei der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes .....	168
Tab. 4.5.10: Unterschiede bei der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung der Väter von einem halben Jahr bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes .....	170
Tab. 4.5.11: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter von einem halben bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes.....	171
Tab. 4.5.12: Signifikanztest für Zwischen- und Innersubjekteffekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Väter von einem halben bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes.....	173

## Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 2.1: Belastungs-/ Ressourcenmodell zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.	37
Abb. 3.1: Zeitlicher Verlauf der Datenerhebung.....	44
Abb. 3.2: Das Belastungs-/ Ressourcenmodell der Untersuchung.....	50
Abb. 4.1.1: Herkunftsland (Perinataldaten) und Geburtsland (Fragebogenangabe) von Müttern und Vätern.....	58
Abb. 4.1.2: Schulabschluss von Müttern und Vätern im Vergleich mit allen Berlinern im Alter von 25 bis 44 Jahre.....	59
Abb. 4.1.3: Beruflicher Abschluss von Müttern und Vätern im Vergleich mit allen Berlinern im Alter von 25 bis 44 Jahre.....	59
Abb. 4.1.4: Formale Bildung von Müttern und Vätern.....	60
Abb. 4.1.5: Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern.....	60
Abb. 4.1.6: Anteil der Verheirateten.....	61
Abb. 4.1.7: Anteil der Frauen und Männer mit Übergewicht und Adipositas.....	62
Abb. 4.1.8: Rauchstatus während der Schwangerschaft und zum Zeitpunkt 24 Monate.....	62
Abb. 4.1.9: Geburtsmodus.....	64
Abb. 4.1.10: Häufigkeit von Erkrankungen der Kinder im 2. Lebensjahr.....	65
Abb. 4.1.11: Häufigkeit des nächtlichen Aufweckens durch das Kind im Alter von zwei Jahren sowie für die Intervention im Alter von 6 und 12 Monaten.....	67
Abb. 4.1.12: Haushaltsnettoeinkommen.....	68
Abb. 4.1.13: Haushaltsnettoeinkommen (gruppiert nach Haushaltstyp).....	68
Abb. 4.1.14: Selbstwirksamkeit von Müttern und Vätern.....	69
Abb. 4.1.15: Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit mit der Aufgabenverteilung von Müttern und Vätern.....	70
Abb. 4.1.16: Zufriedenheit mit der Partnerschaft von Müttern und Vätern.....	71
Abb. 4.1.17: Ausmaß depressiver Verstimmung (ADS-K) von Müttern und Vätern.....	72
Abb. 4.1.18: Physische Lebensqualität (WHOQOL-BREF) von Müttern und Vätern.....	73
Abb. 4.1.19: Psychische Lebensqualität (WHOQOL-BREF) von Müttern und Vätern.....	73
Abb. 4.1.20: Soziale Beziehungen (WHOQOL-BREF) von Müttern und Vätern.....	74
Abb. 4.1.21: Umweltqualität (WHOQOL-BREF) von Müttern und Vätern.....	75
Abb. 4.1.22: Globallebensqualität (WHOQOL-BREF) von Müttern und Vätern.....	76

Abb. 4.1.23: Familienstand von Müttern und Vätern der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle.....	79
Abb. 4.1.24: Bildung von Müttern und Vätern der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle.....	79
Abb. 4.1.25: Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle.....	80
Abb. 4.1.26: Haushaltseinkommen der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle ..	80
Abb. 4.1.27: Entbindungsmodus der 24-Monats-Stichprobe und der Panelausfälle.....	81
Abb. 4.4.1: Interaktionseffekt von chronisch/ häufig krankem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf Partnerschaftsqualität und globale Lebensqualität der Mütter.....	131
Abb. 4.4.2: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die physische und die psychische Lebensqualität der Mütter ..	132
Abb. 4.4.3: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die sozialen Beziehungen und die Umweltqualität der Mütter..	132
Abb. 4.4.4: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die Depressivität der Mütter.....	133
Abb. 4.4.5: Interaktionseffekt von chronisch/ häufig krankem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die Partnerschaftszufriedenheit der Väter.....	134
Abb. 4.4.6: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung auf die Partnerschaftszufriedenheit und die Umweltqualität der Väter.....	135
Abb. 4.4.7: Interaktionseffekt von chronisch/ häufig krankem Kind und Wohnung mit mehr als zwei Zimmern auf die Umweltqualität und globale Lebensqualität der Mütter.....	137
Abb. 4.4.8: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Wohnung mit mehr als zwei Zimmern auf die Depressivität der Mütter.....	138
Abb. 4.4.9: Interaktionseffekt von Verlegung in die Kinderklinik und Wohnung mit mehr als zwei Zimmern auf die globale Lebensqualität der Mütter.....	138
Abb. 4.4.10: Interaktionseffekt von Verlegung in die Kinderklinik und Einkommen auf die globale Lebensqualität der Väter.....	140
Abb. 4.4.11: Interaktionseffekt von Zwillinge/ weiterem Kind und Selbstwirksamkeitserwartung auf die physische Lebensqualität der Mütter.....	141

Abb. 4.4.12: Interaktionseffekt von Kaiserschnitt und Selbstwirksamkeitserwartung auf die Partnerschaftszufriedenheit der Väter .....	142
Abb. 4.5.1: Partnerschaftszufriedenheit von Müttern und Vätern im Querschnitt (Säulen) und Längsschnitt (Linien) in den ersten zwei Jahren des Kindes .....	147
Abb. 4.5.2: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Mütter nach Belastungen .....	153
Abb. 4.5.3: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Mütter nach Ressourcen .....	154
Abb. 4.5.4: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Mütter nach Interaktion von Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung und chronisch/ häufig krankem Kind im zweiten Lebensjahr .....	155
Abb. 4.5.5: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Väter nach Belastungen	156
Abb. 4.5.6: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Väter nach Ressourcen	157
Abb. 4.5.7: Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit der Väter nach Interaktion von Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung und chronisch/ häufig krankem Kind im zweiten Lebensjahr .....	158
Abb. 4.5.8: Depressivität von Müttern und Vätern im Querschnitt (Säulen) und Längsschnitt (Linien) .....	158
Abb. 4.5.9: Entwicklung der Depressivität der Mütter nach Belastungen .....	164
Abb. 4.5.10: Entwicklung der Depressivität der Mütter nach Ressourcen .....	164
Abb. 4.5.11: Entwicklung der Depressivität der Väter nach Belastung und Ressourcen .....	166
Abb. 4.5.12: Selbstwirksamkeitserwartung von Müttern und Vätern im Querschnitt (Säulen) und Längsschnitt (Linien).....	167
Abb. 4.5.13: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter nach Belastungen .....	172
Abb. 4.5.14: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter nach Ressourcen .....	172
Abb. 4.5.15: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung der Väter .....	174

## Verzeichnis der Abkürzungen

Abb.	Abbildung
ADS	Allgemeine Depressionsskala
AG	Arbeitsgruppe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Body Mass Index [kg/m <sup>2</sup> ]
CVK	Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum
et al.	et alter, und andere
FB	Fragebogen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IG	Interventionsgruppe
Kap.	Kapitel
KG	Kontrollgruppe
kg	Kilogramm
LBS	Landesbausparkasse
LES	Lebenserwartungssurvey des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung
LQ	Lebensqualität
m	Meter
MAS	Multizentrische Allergiestudie
m.E.	meines Erachtens
MONICA	Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases, WHO-Projekt
n	Zahl der Fälle
NHP	Nottingham Health Profile, generisches Instrument zur Erfassung von Lebensqualität
n.s.	nicht signifikant
p	probability, Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers
RAS-D	deutsche Version der Relationship Assessment Scale, Skala zur Erfassung der Partnerschaftszufriedenheit
SD	standard deviation; Standardabweichung

SF-36	Short Form-36 Health Survey, generisches Instrument zur Erfassung von Lebensqualität
SIP	Sickness Impact Profile, generisches Instrument zur Erfassung von Lebensqualität
s. Kap.	siehe Kapitel
s.o.	siehe oben
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Brief, Kurzform des Instruments der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung von Lebensqualität
z.B.	zum Beispiel

## 6 Zusammenfassung

**Gegenstand und Fragestellung:** Die Geburt des ersten Kindes stellt einen kritischen Übergang im Lebenszyklus der Eltern dar. Der Übergang zur Elternschaft ist mit einer Reihe neuer Aufgaben und Anforderungen verbunden, die insbesondere von vielen Müttern als der primären Bezugsperson des Kindes als stark beanspruchend erlebt werden und das psychische Befinden beeinträchtigen können. Zahlreiche Studien zeigen einen deutlichen Rückgang der Partnerschaftszufriedenheit der Eltern. Neben negativen Erfahrungen berichten fast alle Eltern gleichzeitig von überwältigenden positiven Gefühlen wie Freude, Stolz und Glück. So nimmt die Partnerschaftszufriedenheit auch nicht bei allen Paaren ab. Wie gut die Bewältigung des Übergangs gelingt, wird wesentlich durch das Ausmaß an Belastungen und verfügbaren Ressourcen beeinflusst.

Wurden bisher die Auswirkungen des Übergangs zur Elternschaft auf das psychische Befinden und die Partnerschaft untersucht, werden sie in dieser Arbeit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit den Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit sowie der Einschätzung der sozialen Beziehungen und der Umweltqualität erweitert. Mit einem Belastungs-/Ressourcenmodell sollen die Auswirkungen alltäglicher Belastungen bei der Versorgung des Kindes (chronisch/ häufig krankes Kind, häufiges nächtliches Wecken, Zwillinge/ weiteres Kind), von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Schwangerschaftsrisiken, Schnittentbindung, Verlegung in die Neonatologie) sowie von internen, sozialen und materiellen Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, gerechte und kongruente Arbeitsteilung, Haushaltseinkommen und Zahl der Zimmer) auf die Lebensqualität der Eltern auf dem Hintergrund der soziodemographischen Merkmale analysiert werden. Für die Ressourcen wird untersucht, ob sie zusätzlich zu den direkten positiven Effekten auf die Lebensqualität die negativen Auswirkungen der Belastungen auf die Lebensqualität abmildern können (Puffereffekt).

**Methodik:** Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden Daten des Projektes „Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie“, kurz Elternkolleg an der Charité - Campus Virchow Klinikum - sekundäranalytisch ausgewertet. Das Elternkolleg war eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte, kontrollierte Interventionsstudie zur vorausschauenden Beratung von Ersteltern. Dazu wurden

alle Erstgebärenden der Klinik für Geburtsmedizin im zweiten Halbjahr 1999, die HIV negativ waren, mit einem Gestationsalter von mindestens 34 Wochen und deren Neugeborene nicht schwer krank oder geschädigt waren, eingeladen und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Zur Evaluation der Intervention wurden die Kinder sechs, zwölf und 24 Monate post partum ärztlich untersucht und die Eltern schriftlich befragt u.a. zu Gesundheit, Ernährung, Verhalten und Entwicklung des Kindes, sowie zu präventiven Verhaltensweisen, zur Partnerschaft und zum psychischen Befinden der Eltern. Die Lebensqualität wurde nur zwei Jahre post partum mit dem Instrument der WHO, dem WHOQOL-Bref von Müttern und Vätern erhoben und war nicht als Zielkriterium definiert. Die Kontrollgruppen zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten wurden aus früheren Geburtskohorten der Klinik nach gleichen Bedingungen ausgewählt.

Die Effekte auf die Lebensqualität wurden im Querschnitt mittels multipler linearer Regression in drei Blöcken – Soziodemographie (Confounder), Belastungen und Ressourcen – analysiert. Für die Analyse der Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit von der Geburt des Kindes an bzw. der Depressivität von sechs Monaten post partum an bis zwei Jahre post partum wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung oder falls erforderlich gemischte lineare Modelle benutzt.

**Stichprobe:** Der Fragebogen kurz nach der Entbindung wurde von 310 Frauen (47 % der Grundgesamtheit) meist zusammen mit ihren Partnern beantwortet. 206 Eltern(paare) nahmen an der Intervention teil (31 %), davon 167 noch bei der Befragung nach zwei Jahren. Die Beteiligung der 6-Monats- und 12-Monatskontrollen war ähnlich hoch. Bei der 24-Monatskontrollgruppe erschienen nur 115 Elternteile mit ihrem Kind (22 %) zur Untersuchung. Aus den vorhandenen Adressen der Geburtskohorten wurden weitere Eltern eingeladen, womit dann insgesamt 150 Kinder untersucht und ihre Eltern befragt werden konnten. Für die Analysen zwei Jahre nach der Entbindung standen somit Daten von 317 Müttern und von 306 Vätern zur Verfügung.

Die Mütter der Interventionsgruppe waren im Mittel rund ein Jahre älter und rauchten in der Schwangerschaft seltener als Mütter der Kontrollgruppe und alle Berliner Primiparae des Zeitraums. Deutsche Mütter waren gegenüber unserer Klinik, aber nicht gegenüber Berlin überrepräsentiert. Die Eltern der Stichprobe waren etwas gebildeter als alle Berliner ähnlichen Alters, und der Anteil Verheirateter war höher. Hinsichtlich

wichtiger Geburtsparameter (z.B. Geburtsmodus) und Merkmale des Neugeborenen (Geschlecht, Größe und Gewicht, APGAR) unterschied sich die Stichprobe nicht signifikant von allen Berliner Geburten.

**Ergebnisse:** Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft nahm in den ersten zwei Jahren nach der Geburt bei Müttern und Vätern im Durchschnitt kontinuierlich ab. Zwei Jahre nach der Entbindung wurde die Partnerschaft nicht mehr euphorisch eingeschätzt, aber mehrheitlich waren die Eltern immer noch zufrieden bis sehr zufrieden. Zu allen Zeitpunkten waren die Mütter weniger zufrieden als ihre Partner. Sie waren auch depressiver und beurteilten zwei Jahre post partum ihre physische und psychische Lebensqualität schlechter als ihre Partner. Im Vergleich zur deutschen Normstichprobe beurteilten die Mütter ihre physische und psychische Lebensqualität sowie ihre sozialen Beziehungen und Väter ihre physische Lebensqualität schlechter als altersgleiche Frauen bzw. Männer. Im Gegensatz dazu waren die Eltern im Mittel weniger depressiv als Frauen bzw. Männer einer deutschen Bevölkerungsstichprobe mit hohem Anteil Studierender.

Mit den multivariaten Regressionsmodellen konnte zwischen einem Achtel und einem Drittel der Varianz gesundheitsbezogener Lebensqualität der Eltern erklärt werden. Die Ressourcen wiesen dabei die größte Erklärungskraft für alle untersuchten Aspekte der Lebensqualität auf, während die potentiellen Confounder und die Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen meist nur von geringer Bedeutung waren. Nur die Berufstätigkeit der Mütter war mit mehreren Aspekten der Lebensqualität verbunden; berufstätige Mütter beurteilten ihre physische und psychische Lebensqualität deutlich sowie ihre sozialen Beziehungen und die globale Lebensqualität etwas ( $p < 0,10$ ) besser, aber nach Kontrolle für alle anderen Merkmale, u.a. dem Einkommen, geringer und für die letzten beide Aspekte nicht mehr signifikant. Die alltäglichen Belastungen waren bei den Müttern mit signifikant geringerer Lebensqualität in allen Aspekten, außer der Umweltqualität, verbunden. Bei Vätern waren sie hingegen kaum von prognostischem Wert, außer bei der physischen Lebensqualität.

Die Partnerschaftszufriedenheit der Mütter und Väter, deren Kind chronisch/ häufig krank war, nahm etwas stärker ab, so dass sie zwei Jahre post partum signifikant unzufriedener waren als die anderen Eltern. Die Mütter beurteilten alle Aspekte ihrer Lebensqualität signifikant schlechter und waren häufiger depressiv, wenn das Kind

chronisch oder häufig krank war, unabhängig von allen anderen Faktoren. Wurden sie häufig nachts im zweiten Lebensjahr des Kindes geweckt, berichteten sie von geringerer physischer und psychischer Lebensqualität sowie von schlechteren sozialen Beziehungen, jedoch wurde dieser zusätzliche Effekt geringer und nicht signifikant nach Kontrolle für die Ressourcen. Auch die Versorgung von zwei Kindern war mit nicht signifikant reduzierter Lebensqualität in einigen Bereichen verbunden. Im Unterschied dazu war bei den Vätern die Versorgung eines chronisch/ häufig kranken Kindes nur mit signifikant schlechterer Einschätzung der Umweltqualität und geringerer Partnerschaftszufriedenheit, sowie häufiges nächtliches Wecken durch das Kind mit geringerer physischer Lebensqualität und nicht signifikant schlechteren sozialen Beziehungen verbunden.

Die soziale und die interne Ressource erwiesen sich als die stärksten Prädiktoren der Lebensqualität. Dagegen konnten für die Teilnahme an der Intervention keine und für die materiellen Ressourcen nur einige positive Effekte auf die Lebensqualität der Eltern festgestellt werden. Die physische und globale Lebensqualität der Eltern sowie die psychische Lebensqualität der Väter waren signifikant besser, wenn sie über ein höheres Einkommen verfügten. Höheres Einkommen und zusätzlich eine ausreichend große Wohnung waren unabhängig voneinander mit einer positiveren Einschätzung der Umweltqualität durch die Mütter und Väter verbunden, obwohl beide materiellen Ressourcen korreliert waren. Die anderen Aspekte der Lebensqualität unterschieden sich nicht nach dem Ausmaß der materiellen Ressourcen, jedoch stieg bei Müttern mit geringem Einkommen die Depressivität im Durchschnitt signifikant an von einem niedrigen Niveau ein halbes Jahr post partum, während für Mütter mit höherem Einkommen die mittlere Depressivität nicht weiter anstieg.

Mit zunehmender Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung wurden von den Müttern alle Aspekte ihrer Lebensqualität und von den Vätern alle Aspekte mit Ausnahme der globalen Lebensqualität positiver beurteilt. Besonders stark war der Zusammenhang mit der Partnerschaftszufriedenheit. Bereits kurz nach der Entbindung waren die Eltern desto zufriedener mit ihrer Partnerschaft, je mehr sie die Aufgabenverteilung als gerecht und kongruent einschätzten. In den folgenden zwei Jahren wurden die Unterschiede der Partnerschaftszufriedenheit bei den Müttern noch erheblich und bei den Vätern geringfügig größer. Zusätzlich zu den direkten Effekten einer gerechten und kongruenten Auf-

gabenverteilung zeigten sich auch einige Puffereffekte. Während bei hoher Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung die Eltern ihre Lebensqualität unabhängig von den Belastungen relativ positiv einschätzten, wurde die Lebensqualität von Eltern mit niedriger Zufriedenheit mit der Arbeitsteilung negativer beurteilt, wenn das Kind chronisch/ häufig krank war oder wenn sie Zwillinge bzw. ein weiteres Kind hatten. Stark ausgeprägt und statistisch signifikant waren die Puffereffekte auf die Beziehungen der beiden Belastungen auf die Partnerschaftszufriedenheit für Mütter und Väter sowie auf weitere Beziehungen zu einzelnen Aspekten der Lebensqualität vor allem der Mütter. Die Partnerschaftszufriedenheit nahm in den ersten beiden Jahren nach der Geburt des Kindes bei den Eltern eines chronisch/ häufig kranken Kindes sehr stark ab, wenn die Aufgabenverteilung kaum als gerecht und kongruent eingeschätzt wurde. Waren die Eltern mit der Aufgabenverteilung sehr zufrieden, nahm die Partnerschaftszufriedenheit auch dann kaum stärker ab, wenn das Kind chronisch/ häufig krank war.

Die Differenzen bei der Beurteilung der Lebensqualität zwischen Eltern mit hoher und mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung waren meist etwas geringer als bei der sozialen Ressource; es waren aber alle mit Ausnahme der sozialen Beziehungen der Väter signifikant. Zusätzliche Puffereffekte der Selbstwirksamkeitserwartung waren kaum zu verzeichnen, dafür aber ein indirekter, positiver Effekt über die Reduzierung häufigen nächtlichen Weckens durch das Kind. Eltern, die nur im zweiten Lebensjahr ihres Kindes aber nicht zuvor häufig geweckt wurden, hatten im Durchschnitt die geringste Selbstwirksamkeitserwartung sowohl sechs als auch 24 Monate nach der Geburt des Kindes. Mütter, die im ersten Lebenshalbjahr aber nicht im zweiten Lebensjahr ihres Kindes häufig geweckt wurden, hatten dagegen zu beiden Zeitpunkten im Mittel die höchste Selbstwirksamkeitserwartung.

**Schlussfolgerungen:** Für die psychosoziale und medizinische Betreuung werdender und junger Eltern ergeben sich aus den Erkenntnissen der Studie einige Ansatzpunkte zur Intervention. In erster Linie sollten die Ressourcen gestärkt werden, wie es auch in Modellen zur Gesundheitsförderung empfohlen wird. Auf individueller Ebene der Eltern kann durch Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung nicht nur ihre Lebensqualität direkt verbessert werden, sondern damit können zusätzlich alltägliche Belastungen durch Verhaltensprobleme, z.B. Schlafprobleme des Kindes, reduziert werden. Entspre-

chende evaluierte Interventionen zum Verhaltenstraining liegen zumindest international vor [vgl. z.B. 210].

Auf der Ebene der Elternpaare sollte bereits frühzeitig auf die Problematik der Aufgabenverteilung im Übergang zur Elternschaft hingewiesen werden. Wichtig ist nicht allein die reale Aufteilung der Familienaufgaben, sondern die Erfüllung der wechselseitigen Erwartungen und Vorstellungen. Kommunikation über enttäuschte Erwartungen oder veränderte Wünsche können die Anpassung an die neue Situation erleichtern. Die Förderung der Kommunikation innerhalb der Partnerschaft sollte daher ein zentrales Anliegen zukünftiger Interventionen sein.

Auf der gesellschaftlichen Ebene bleibt die Bekämpfung des hohen Armutsrisikos junger Familien eine vordringliche Aufgabe. Dabei sollte es vor allem um eine materielle Grundsicherung gehen. Zusätzlich sind Maßnahmen zur Erleichterung der frühzeitigen (Wieder)Aufnahme der Berufstätigkeit sinnvoll. Bessere Betreuungsangebote für Kinder können die finanzielle Situation junger Familien und darüber hinaus die Lebensqualität der Mütter verbessern.

Die Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen sollten ergänzt werden durch Maßnahmen zur Prävention, besonders chronischer oder häufiger Erkrankungen des Kindes in den ersten Lebensjahren. Einen Beitrag dazu können die Prävention der Frühgeburt [vgl. 25], die Stillförderung und vorausschauende Beratung wie im Elternkolleg leisten.

Einzelmaßnahmen sind zwar prinzipiell sinnvoll, weil Anforderungen und Ressourcen überwiegend unabhängig von einander die Lebensqualität der Eltern beeinflussen, besser ist ein umfassendes Konzept der Gesundheitsförderung, das bereits in der frühen Schwangerschaft beginnt. Dabei sind zusätzlich zu den Frauenärzten, Hebammen, Geburtsmedizinerinnen und Kinderärzten die Sozial- und Familienpolitik gefordert.

## **Erklärung**

„Ich, Rolf Richter, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Müttern und Vätern zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## Publikationsliste

- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Dudenhausen, J.W. (2007) Previous caesarean or vaginal delivery: which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 132: 51-57
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Haschke-Becher, E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W./ Barclay, D./ Haschke, F. (2007) Does maternal docosahexaenoic acid supplementation during pregnancy and lactation lower BMI in late infancy? *J Perinat Med*. 2007 Jun 5; [Epub ahead of print]
- Bergmann RL, Bergmann KE, Richter R, Dudenhausen JW (2007) Epidemiologie und Soziökonomie der intrauterinen Wachstumsrestriktion. In: Dudenhausen JW (Hrsg.) *Das vorgeburtliche Wachstum des Kindes. Prägung und Schicksal*. München: Urban & Vogel, 61-73
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Milto, C./ Michel, B./ Dudenhausen JW (2006) Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In Bergmann, R.L./ Spohr, H.-L./ Dudenhausen, J.W. (Hrsg.) *Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen*. München: Urban & Vogel, 19-32
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W./ Bergmann, K.E. (2006) Sind Supplemente in der Schwangerschaft nötig? *Kinderärztliche Praxis*, 77 (SH), 29-35
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2006) Vorausschauende Beratung junger Eltern ist wirksam. *Kinderärztliche Praxis*, 77, 354-361
- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2005) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Ersteltern. In David, M./ Siedentopf, F./ Siedentopf, J.-P./ Neises, M. (2005) *Willkommen und Abschied – Psychosomatik zwischen Präimplantationsdiagnostik und palliativer Karzinomtherapie*. Beiträge der Jahrestagung 2004 der DGPF. Gießen: Psychosozial-Verlag, 269-275
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Richter, R. (2005) Epidemiologie der Adipositas von Erwachsenen in Europa. In: Ebersdobler, H./ Hesecker, H./ Wolfram, G. (Hrsg.) *Adipositas – Eine Herausforderung für's Leben?* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 13-27
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2005) Über die Beeinflussbarkeit der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. *Kinderärztliche Praxis* 76 (SH Frühe Prävention): 18-22

- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2005) Möglichkeiten der frühen Prävention der Adipositas. *Kinderärztliche Praxis* 76 (SH): 48-51
- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2004) Prävention und Gesundheitsförderung in der jungen Familie – Elternkolleg an der Charité. In: Hallner, D./ Knesebeck, O. v. d./ Hasenbring, M. (Hrsg.) *Neue Impulse in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie – Abstractband Gemeinsamer Kongress Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie vom 3. bis 5. Juni 2004 an der Ruhr-Universität Bochum*. Lengerich u.a.: Pabst, 82-83
- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2004) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Ersteltern. *Zentralblatt für Gynäkologie*; 126: 48
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2004) The prevalence of preterm deliveries in Berlin has not changed over 7 years: the impact of multiple births. *J. Perinat. Med.* 32(3): 234–239
- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2003) Zufriedenheit mit der Partnerschaft nach Geburt des ersten Kindes? *Z Geburtsh Neonat*; 207; Suppl 2: S110
- Richter, R./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Wilkening, A.D./ Dudenhausen, J.W. (2003) Gesundheitsbezogene Lebensqualität 2 Jahre nach Geburt des ersten Kindes. *Z Geburtsh Neonat* 2003; 207; Suppl 2: S151
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Kries, R.v./ Böhm, O./ Richter R./ Dudenhausen J.W./ Wahn, U. (2003) Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *International Journal of Obesity*, 27, 162-172
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Bergmann, K.E./ Plagemann, A./ Brauer, M./ Dudenhausen, J.W. (2003) Secular trends in neonatal macrosomia in Berlin: influences of potential determinants. *Paediatr Perinat Epidemiol.*;17(3):244-9.
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2003) Strategien der Prävention. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 125: 92-96
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Wetzke, J./ Wunderlich, A./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Prävention Milchzahnkaries. *Mschr. Kinderheilkd.* 151 (8), A187

- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Primärprävention der Adipositas. Monatsschrift Kinderheilk; 151: A187
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Schreiverhalten von Säuglingen - Verbreitung, Einflußfaktoren, Auswirkungen, Modifizierbarkeit. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S93
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Abendroth, K./ Dudenhausen, J.W. (2003) Das erste Kind: wann kann man wieder ruhig schlafen? Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S111
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Wilkening, A./ Klapp, C./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W. (2003) Das erste Kind, Grund zur Freude und trotzdem traurig. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S149
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Abendroth, K./, Dudenhausen, J.W. (2003) Kann eine Elternschule zur Primärprävention der Adipositas beitragen? Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S149
- Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Informationsbedarf Erstgebärender-Nachfrage und Zufriedenheit mit einem Programm vorausschauender Beratung. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S149
- Schumann, S./ Milto, C./ Richter, R./ Wilkening, A./ Bergmann, R.L./ Dudenhausen, J.W. (2003) Prävalenz von Nikotinkonsum in der Schwangerschaft. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S151
- Strietz, S./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft: Was erhalten Schwangere und was wünschen sie sich? Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S94
- Wetzke, J./ Bergmann, K.E./ Bergmann, R.L./ Strunz, J./ Wunderlich, A./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Beitrag einer Elternschule zur Primärprävention der Milchzahnkaries. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S149
- Wilkening, A.D./ Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2003) Rauchentwöhnung in der Schwangerschaft-Ergebnisse und Konsequenzen. Z Geburtsh Neonat; 207; Suppl 2: S113

- Abendroth, K./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2002) Läßt sich durch eine vorausschauende Elternschulung die Prävalenz von verbreiteten Erkrankungen im Säuglingsalter senken? *Kinder- und Jugendmedizin*, 2, A178
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2002) Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie. Erste Ergebnisse einer kontrollierten Interventionsstudie. *Public Health Forum* 37, 2002
- Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2002) Gesundheitsförderung in der jungen Familie. Kontrollierte Interventionsstudie. *Kinder- und Jugendmedizin*, 2, A178
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2001) Warum nimmt die Prävalenz von niedrigem Geburtsgewicht in Berlin zu? *Geburtsh Frauenheilk*; 61: 686-691
- Bergmann, R.L./ Richter, R./ Schaffer, C./ Wilkening, A./ Bergmann, K.E./ Dudenhausen, J.W./ Krumholz, S. (2002) Smoking intervention in pregnancy: How successful are seminars? In: Final program and abstract book, 2<sup>nd</sup> European symposium on smoking in pregnancy & passive smoking in children, may 2002 Stockholm. Cancerfonden - Swedish Cancer Society
- Grünwald, L.D./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2001) Was sind die Determinanten der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln während der Schwangerschaft? *Z. Geburtsh Neonat*; 205: S119
- Schaffer, C./ Bergmann, R.L./ Krumholz, S./ Wilkening, A.D./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2001) Vorstellung eines Interventionsprogrammes zur Raucherentwöhnung bei Schwangeren und ihren Partnern an der Klinik für Geburtsmedizin der Charité, Campus Virchow-Klinikum. In: Haustein, K.O. (Hrsg.): *Rauchen und kindliche Entwicklung – Raucherschäden und Primärprävention*. Verlag Perfusion Nürnberg; S 35-40
- Schaffer, C./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2001) Ändert sich durch Elternseminare das Rauchverhalten von jungen Eltern innerhalb des ersten Lebensjahres nach der Geburt ihres Kindes. *Z. Geburtsh Neonat*; 205 S122
- Wagener, I./ Bergmann, R.L./ Bergmann, K.E./ Richter, R./ Dudenhausen, J.W. (2001) Determinanten des Stillverhaltens in den ersten 6 Lebensmonaten - eine postpartale Interventionsstudie. *Z. Geburtsh Neonat*; 205 S143

Waltz, M./ Badura, B./ Kaufhold, G./ Lehmann, H./ Pfaff, H./ Richter, R./ Schott, T.  
(1988) Empirical correlates of the type A behavior pattern. Act Nerv Super (Praha).  
30(2):113-114

Badura, B./ Kaufhold, G./ Lehmann, H./ Pfaff, H./ Richter, R./ Schott, T./ Waltz, M.  
(1988) Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung: Neue Ergebnisse aus der  
Oldenburger Longitudinalstudie 4 ½ Jahre nach Erstinfarkt. Psychotherapie, Psycho-  
somatik, Medizinische Psychologie; 38: 48-58

Zelder, K./ Windler, A./ Roth, F./ Richter, R./ Pfaff, H./ Last, U./ Jahreiß, C./ Heil, D./  
Goesmann-Haschen, F. (1985) Arbeit und Gesundheit des Lokführers der Deutschen  
Bundesbahn. Eine sozialepidemiologische Studie. Oldenburg: Bibliotheks- und Informa-  
tionssystem der Universität Oldenburg