

5 Diskussion

5.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern und deren Prädiktoren

5.1.1 Die Lebensqualität von Ersteltern

Die Mütter beurteilen zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes ihre physische und psychische Lebensqualität sowie ihre sozialen Beziehungen deutlich schlechter als altersgleiche Frauen der Normstichprobe [3]. Auch die Väter schätzen ihre physische Lebensqualität schlechter und ihre psychische Lebensqualität etwas schlechter ein als altersgleiche Männer der Normstichprobe. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der physisch und psychisch beanspruchend erlebte Übergang zur Elternschaft auch zwei Jahre nach der Geburt des Kindes noch spürbar ist. Eltern, insbesondere die Mütter als primäre Bezugsperson, leiden fast alle unter Schlafmangel mit der Folge ständiger Ermüdung bis hin zur Erschöpfung [vgl. 64, 145]. Die Versorgung und Betreuung des Kindes wird häufig von den Müttern als anstrengend erlebt, und sie sehen ihre physische und psychische Energie schwinden [vgl. 145, 222]. Die eigenen Bedürfnisse müssen zurückgestellt werden, außerhäusliche Aktivitäten sind oft eingeschränkt, und viele Mütter klagen über Gefühle von Einsamkeit und Isolation [vgl. 64, 145, 222].

Die stärkere Beanspruchung der Mütter zeigt sich nicht nur in den Unterschieden zur Normstichprobe. Mütter berichten auch eine deutlich geringere physische und psychische Lebensqualität als ihre Partner. Im Unterschied dazu beurteilen Frauen und Männer der deutschen Normstichprobe beide Aspekte der Lebensqualität im Mittel ähnlich [3], und international werden nur für das psychische Befinden etwas geringere Werte für Frauen berichtet [194]. Die sozialen Beziehungen werden in der deutschen Normstichprobe und weltweit von den Frauen positiver beurteilt im Gegensatz zu den Eltern.

Elternschaft ist nicht nur mit negativen sondern auch mit positiven Gefühlen und Erfahrungen verbunden [vgl. 55, 145, 150, 222]. So unterscheidet sich im Mittel die globale Lebensqualität der Eltern nicht von der Normstichprobe. Mit ihrem Leben waren in einer Studie etwa 90 % der Mütter und Väter sehr oder überwiegend zufrieden [222].

Im Unterschied zu den Ergebnissen des WHOQOL-Bref scheinen die niedrigeren mittleren Depressivitätswerte und die geringere Prävalenz von Depressionen als in der Norm-

stichprobe [85] auf ein besseres psychisches Befinden der Eltern hinzuweisen. Auch in der LBS-Familien-Studie [64] wird von geringeren Depressivitätswerten als in der Normstichprobe berichtet. Die Autoren schließen daraus auf ein im Vergleich zur Normalbevölkerung überdurchschnittlich gutes psychisches Befinden der Eltern. In der Normstichprobe sind jedoch überproportional viele Studenten enthalten, die die Ergebnisse verzerrt haben könnten. Von studentischen Stichproben ist bekannt, dass sie häufig höhere Prävalenzen von Depressionen aufweisen als die Allgemeinbevölkerung [vgl. 84].

Für einen Bias spricht auch die deutlich höhere Prävalenz von depressiven Frauen in der Normstichprobe von 25 % gegenüber ca. 10 % in Studien zur postpartalen Depression bzw. von 15 bis 20 % in Studien zur Depression in der Schwangerschaft und im Wochenbett [21, 59, 84, 126, 137, 222]. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich depressive Eltern weniger an der Studie beteiligten, denn in amerikanischen Studien mit der CES-D, aus der die Allgemeine Depressionsskala entwickelt wurde, werden ähnlich hohe Prävalenzen für Frauen und Männer berichtet wie in der Normstichprobe [vgl. 85, 121].

Die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern nimmt in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes deutlich ab, wie dies auch in zahlreichen anderen Studien festgestellt wurde [28, 55, 64, 70, 81, 108, 115, 130, 169, 185, 222]. Der überwiegende Teil der Eltern bleibt nach zwei Jahren zufrieden bis sehr zufrieden mit der Partnerschaft. Eine Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit ist nur bei etwas über der Hälfte der Eltern zu verzeichnen und liegt damit in dem Bereich, der aus anderen Studien berichtet wird [vgl. 150]. Bei knapp einem Fünftel der Eltern steigt die Partnerschaftszufriedenheit sogar an.

Die durchschnittliche Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit ist bei den Müttern insbesondere in den ersten Monaten nach der Geburt des Kindes stärker als bei ihren Partnern. Die stärkere Abnahme der Zufriedenheit bei den Müttern, die auf deren größere Veränderungen im Übergang zur Elternschaft zurückgeführt wird, wurde auch in mehreren anderen Studien festgestellt, jedoch konnten einige Studien keine Unterschiede feststellen [vgl. 55, 64, 149].

5.1.2 Die Rolle der Belastungen

5.1.2.1 Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Von den erhobenen potentiellen Belastungen sind nur einige mit der Lebensqualität verbunden. Die erhobenen Belastungen aus Schwangerschaft und Entbindung wirken sich kaum negativ auf die Lebensqualität der Erstellern zwei Jahre nach der Geburt des Kindes aus. Die Ergebnisse stimmen weitgehend mit der Mehrzahl der Studien überein, die nahe legen, dass es keinen Zusammenhang von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit postpartaler Depression gibt [vgl. 106, 153]. Zwar können Schwangerschaftskomplikationen oder eine Schnittentbindung zunächst von einigen als belastend eingeschätzt werden, aber die Bewertung einer Situation oder eines Ereignisses als Stress wird nach der transaktionalen Stresstheorie [119, 120] nicht einmal unumstößlich festgelegt. Vielmehr kann es immer wieder durch neue Informationen zu Neueinschätzungen (reappraisals) kommen. In dieser Studie wurden Mütter mit geschädigtem Kind ausgeschlossen, so dass trotz Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken letztlich ein positives Geburtsergebnis resultierte. Das Wiedergewinnen eines Gefühls der Kontrolle über eine Situation oder ein Ereignis ist eine wesentliche Voraussetzung, depressive Zustände von Unsicherheit und Hilflosigkeit zu überwinden [vgl. 64]. Nach einem glücklichen Geburtsausgang kann die Situation dann durchaus positiv bewertet werden.

Die Schwangerschaftsrisiken in unserer Stichprobe waren meist keine schwerwiegenden Schwangerschaftskomplikationen, am häufigsten waren Allergien oder ein Alter der Mutter über 35 Jahre. Dies zeigt sich auch in dem fehlenden Zusammenhang mit einer Schnittentbindung als Indikator für eine Risikogeburt und mit der Verlegung in die Neonatologie als Indikator für ein Risikoneugeborenes. Mütter mit Schwangerschaftsrisiken haben zwei Jahre nach der Entbindung keine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Mütter ohne Schwangerschaftsrisiken; nur ihr physisches Befinden ist geringfügig schlechter. Auch in einer größeren Studie wurde nur für wenige Schwangerschaftskomplikationen ein geringer, nicht signifikanter Zusammenhang mit depressiven Symptomen festgestellt [153].

Im Unterschied zu den Müttern beurteilen die Väter zwei Jahre nach der Geburt des Kindes ihre physische Lebensqualität und ihre sozialen Beziehungen signifikant schlechter, wenn für die Partnerin Schwangerschaftsrisiken dokumentiert waren. Ob dies Auswirkungen von unterschiedlichen Verhaltensweisen nach der Deklaration der Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft sind, kann mit den vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Denkbar ist jedoch, dass Paare während der Risikoschwangerschaft besonders vorsichtig sind und der werdende Vater mehr Hausarbeit übernimmt, um die Schwangerschaft nicht zu gefährden. Auch sexuelle Enthaltensamkeit wird möglicherweise von einigen dieser Paare zum Wohle des heranwachsenden Embryos praktiziert, obwohl nur in wenigen Fällen indiziert. Wenn nach der Geburt des Kindes kaum eine Normalisierung eintritt, könnte dies die Väter physisch stärker beanspruchen, und sie könnten weniger zufrieden mit ihrem Sexualleben sein.

Der Zusammenhang zwischen Schnittentbindung und postpartaler Depression ist in der Literatur uneinheitlich [vgl. 153]. Nach unseren Daten ist ein Kaiserschnitt an sich (nach Ausschluss von geschädigten Kindern) eher positiv mit der Lebensqualität verbunden. Die Mütter sind nach einer Sektio zufriedener mit ihrer Partnerschaft vor allem kurz nach der Entbindung und weisen sechs und 24 Monate später geringere Depressivitätswerte auf. Auch in einer Studie aus Stuttgart war postpartale Depression bei Müttern nach einer Sektio seltener, wenn auch statistisch nicht signifikant [8]. Die in einigen Studien festgestellte höhere Prävalenz depressiver Symptome nach einer Schnittentbindung kann möglicherweise die Folge der drohenden oder eingetretenen Schädigung des Neugeborenen und nicht des Geburtsmodus an sich sein. In einer Studie aus Innsbruck [21] z.B. wurden Mütter mit geschädigten Neugeborenen nicht ausgeschlossen und es wurden nur bivariate Zusammenhänge berechnet. Das geringere mittlere Geburtsgewicht bei Müttern mit depressiven Symptomen im frühen Wochenbett in dieser Untersuchung deutet m.E. ebenfalls auf einen Zusammenhang mit schlechterem Geburtsausgang hin.

Nach einem positiven Geburtsausgang wird die Schnittentbindung wahrscheinlich umgedeutet: Alles Notwendige wurde getan für das Wohl von Mutter und Kind, und die schwierige Situation konnte letztlich kontrolliert werden. Für diese Interpretation spricht auch die deutlich bessere Einschätzung der Umweltqualität insbesondere des Zugangs

zu Gesundheitsdiensten durch die Väter und in geringerem, aber nicht signifikantem Umfang auch durch die Mütter nach einem Kaiserschnitt.

Nach einer Schnittentbindung werden die Neugeborenen deutlich häufiger auf die Neonatologie verlegt als nach einer vaginalen Entbindung. In den meisten Fällen war in unserer Stichprobe der Aufenthalt in der Kinderklinik nur kurz und ohne genau spezifizierte Indikation. Obwohl die Kinder später dennoch häufiger an einer chronischen Erkrankung litten, ist kein negativer Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zwei Jahre nach der Entbindung festzustellen.

5.1.2.2 Belastungen aus der Versorgung der Kinder

Die alltäglichen Anforderungen aus der Betreuung und Versorgung des Kindes beeinträchtigen die Lebensqualität der Mütter in allen Bereichen mit Ausnahme der Umweltqualität und die der Väter in einigen Bereichen. Nach der psychologischen Stresstheorie sind alltägliche Belastungen (daily hazards) wesentliche Stressquellen, die für das gesundheitliche Befinden wichtiger sind als einzelne Lebensereignisse [154]. Die alltäglichen Belastungen durch die Versorgung des Kindes sind bedeutende Prädiktoren für postpartale Depression der Mutter nach einer Metaanalyse [14; vgl. auch 82, 95, 102] und auch für abnehmende Partnerschaftszufriedenheit [17].

Zwillinge oder ein weiteres Kind

In unserer Stichprobe waren entsprechend der Prävalenz von 1,5 % aller Geburten in Berlin und 3 % der Geburten in der Klinik für Geburtsmedizin nur sechs Zwillingspaare. Bei einer solch geringen Zahl wären sehr große Effekte notwendig, um statistisch signifikante Unterschiede zu erreichen. Weil die Versorgung und Betreuung von Zwillingen und von zwei Kindern mit geringem Altersunterschied vermutlich ähnliche Anforderungen stellt, wurden die Zwillingse Eltern und die Eltern mit einem weiteren Kind zusammengefasst. In einer Studie [209] wiesen Mütter von Zwillingen und auch Mütter mit zwei Kindern mit einem Altersunterschied von weniger als zwei Jahren ein höheres Risiko depressiver Symptome auf als Mütter von Einzelkindern oder von zwei Kindern mit größerem Altersunterschied. Zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes schätzen auch in unserer Studie Mütter von Zwillingen und von zwei Kindern ihre Lebensqualität in ähnlichem Ausmaß negativer ein als Mütter von nur einem Kind.

Die Unterschiede für alle Indikatoren der Lebensqualität mit Ausnahme der Globallebensqualität weisen zwar bei den Müttern von Zwillingen oder einem weiterem Kind in die gleiche Richtung, sind jedoch nur gering und nicht signifikant. Für die Väter von Zwillingen oder einem weiteren Kind sind keine Unterschiede der Lebensqualität gegenüber den Vätern von einem Kind festzustellen. In bisherigen Studien wird einheitlich über höhere Anforderungen und höheren Stress bei der Betreuung und Versorgung von Zwillingen gegenüber nur einem Kind berichtet [34, 159, 209], aber nicht in allen Studien ist damit auch ein signifikant schlechteres psychisches Befinden der Mütter verbunden [vgl. 69, 209]. Eine Risikogruppe für schlechtes psychisches Befinden scheinen insbesondere Erstmütter von Zwillingen nach Infertilitätsbehandlung zu sein [11, 45], was angesichts der zunehmenden Zahl von Zwillingsgeburten nach Infertilitätsbehandlung [2] besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Chronisch oder häufig krankes Kind

Im Alter von zwei Jahren hat jedes sechste Kind nach Angaben der Eltern eine chronische Erkrankung, in den meisten Fällen eine Allergie. Fast alle Kinder sind im zweiten Lebensjahr mindestens einmal krank mit Fieber. Die hohe Prävalenz fiebriger Erkrankungen zeigte sich auch in der prospektiven ALSPAC Studie (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood) mit über 10.000 Familien, bei der fast alle Kinder im Alter zwischen 15 und 24 Monaten mindestens ein Mal Paracetamol, über die Hälfte Medikamente gegen Husten und fast die Hälfte Antibiotika erhielten [146]. Jedoch war nur jedes elfte Kind mehr als sechsmal krank mit Fieber. Fast ein Viertel der Kinder brauchte damit Versorgung und Betreuung wegen chronischer oder häufiger Erkrankung im zweiten Lebensjahr.

Chronische oder häufige fiebrige Erkrankung des Kindes im zweiten Lebensjahr ist von allen untersuchten Belastungen am stärksten negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Mütter verbunden, wobei Mütter chronisch kranker Kinder und Mütter häufig kranker Kinder sich in ähnlicher Weise in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt fühlen. Alle Indikatoren der Lebensqualität außer der Umweltqualität werden von Müttern chronisch/ häufig kranker Kinder deutlich schlechter beurteilt als von Müttern nur selten kranker Kinder. Die Längsschnittanalysen zeigen, dass die Partnerschaftszufriedenheit bei ihnen in den ersten zwei Jahren nach der

Geburt des Kindes von annähernd gleichem Niveau aus stärker abnimmt und sie bereits sechs Monate und zwei Jahre nach der Geburt des Kindes depressiver sind.

Eltern stellen häufig ihre persönlichen Bedürfnisse zu Gunsten ihres erkrankten Kindes zurück [72]. Insbesondere die Mütter fühlen sich dadurch stark belastet und in ihrer Lebensführung eingeschränkt [vgl. 62, 72, 83, 212]. Die Mehrzahl der Studien fand erhöhte Stressniveaus bei Eltern chronisch kranker oder behinderter Kinder, aber manche Studien deuten darauf hin, dass diese Eltern ein Stressniveau vergleichbar dem von Eltern gesunder Kinder erleben [141, 157]. Als Folge der Belastungen wird weitgehend übereinstimmend von häufigeren Depressionen bei Müttern von Kindern mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen berichtet [vgl. 62, 83, 94]. Die Ergebnisse zu den Auswirkungen auf die Partnerschaft sind dagegen widersprüchlich. Während in einigen Studien von größerer Unzufriedenheit der Paare von chronisch kranken Kindern, vor allem von geringerer Kommunikation, von Rolleninkongruenz und von Mangel an Intimität berichtet wird [vgl. 20], konnten viele andere Studien keine signifikanten Unterschiede der Partnerschaftszufriedenheit zwischen Eltern chronisch kranker Kinder und Eltern gesunder Kinder finden [vgl. 83]. Die Ergebnisse von zwei Studien deuten sogar einen positiven Effekt einer Krebserkrankung ihres Kindes auf den familiären Zusammenhalt und die Ehe der Eltern an [vgl. 72].

Bei schwerer chronischer Krankheit oder Schädigung beteiligen sich die Väter möglicherweise mehr an der Versorgung des Kindes [vgl. 83] und werden insgesamt von den Müttern als unterstützender eingeschätzt [41] als Väter von gesunden oder nur leicht chronisch kranken Kindern. Dies scheint ein Beleg für die Mobilisierungsthese in der Unterstützungsforschung zu sein [vgl. 118, 174, 220]. Personen, die starke Belastungen oder Beanspruchungen erleben, werden um Unterstützung bitten oder ihnen wird von anderen, die die Belastungen bzw. Beanspruchungen der betroffenen Person wahrnehmen, Unterstützung angeboten. Je stärker die Belastung desto mehr Unterstützung wird nach dieser Annahme mobilisiert und desto stärker können dadurch die negativen Auswirkungen abgemildert werden. Bei weniger schweren chronischen Erkrankungen, wie in unserer Stichprobe, scheint die Mobilisierung der Unterstützung durch den Partner nicht zu gelingen und die Partnerschaft wird von den durch die Versorgung des kranken Kindes belasteten Müttern weniger positiv eingeschätzt.

Väter von chronisch kranken Kindern, sofern sie in den Studien überhaupt berücksichtigt werden, fühlen sich zwar auch stark belastet, haben aber nicht häufiger Depressionen als Väter gesunder Kinder [vgl. 83]. Dies ist aufgrund der geringen Prävalenz von Depressionen bei Männern und der meist geringen Fallzahl durch die geringe statistische Power auch nicht anders zu erwarten. Im Unterschied dazu sind die Väter chronisch/ häufig kranker Kinder unserer Stichprobe ein halbes und zwei Jahre nach der Geburt des Kindes depressiver und ihre Partnerschaftszufriedenheit nimmt etwas stärker ab als bei Vätern nur selten kranker Kinder. Sie schätzen aber ihre sozialen Beziehungen, ihre physische und ihre globale Lebensqualität ähnlich wie die anderen Väter ein.

Die Ergebnisse der Längsschnittanalysen weisen darauf hin, dass die häufige oder chronische Erkrankung des Kindes eher die Ursache als die Folge der geringeren Partnerschaftszufriedenheit der Eltern ist. Ausgehend von einer ähnlichen mittleren Zufriedenheit kurz nach der Geburt nimmt sie bei den Eltern häufig oder chronisch kranker Kinder stärker ab als bei den Eltern im zweiten Lebensjahr nur selten kranker Kinder. Dagegen sind die Eltern häufig/chronisch kranker Kinder bereits sechs Monate nach der Geburt wie auch 18 Monate später depressiver. Dies könnte daran liegen, dass diese Eltern bereits im ersten Lebenshalbjahr ihres Kindes durch zu diesem Zeitpunkt bemerkbare Anzeichen einer chronischen Erkrankung zusätzlich beansprucht werden. Denkbar ist aber auch, dass die Kinder depressiverer Eltern vulnerabler für Krankheiten sind. Betrachtet man die Ergebnisse der Analysen der Partnerschaftszufriedenheit und der Depressionsskala zusammen, scheint ein sich wechselseitig verstärkender Effekt wahrscheinlich: die Erkrankung des Kindes beeinträchtigt die Lebensqualität und das schlechtere Befinden der Eltern ist mit höherer Vulnerabilität der Kindes für akute und chronische Erkrankungen verbunden, wie dies auch in einer prospektiven Studie festgestellt wurde [62].

Nächtliches Wecken durch das Kind

Zwei von fünf Eltern werden im zweiten Lebensjahr von ihrem Kind nachts mehrmals pro Woche, gut die Hälfte davon sogar jede Nacht geweckt. Während in einer Studie in Rom [148] ähnliche Prävalenzen und in einer Studie in Bayern [221] etwas niedrigere Prävalenzen des nächtlichen Weckens in ähnlichem Alter der Kinder gefunden wurden, waren in einer anderen Studie mit sechs Studienzentren in Deutschland [60] die Präva-

lenzen deutlich höher. Rund zwei Fünftel der Eltern wurden in dieser multizentrischen Studie jede Nacht mindestens einmal von ihrem knapp zwei Jahre alten Kind geweckt, wie auch drei Monate zuvor. Übereinstimmend mit unseren Ergebnissen wurden drei Fünftel der Eltern im zweiten Lebensjahr gar nicht oder nur manchmal (in unserer Studie mehrmals im Monat) geweckt. Möglicherweise ist der Abstand zwischen „jede Nacht“ und „manchmal“ geweckt für Eltern eines zweijährigen Kindes zu groß. Unsere Ergebnisse erscheinen daher durchaus plausibel und stimmen eher mit anderen internationalen Studien überein [vgl. 38, 54].

Eltern, die mehrmals pro Woche nachts von ihrem Kind im zweiten Lebensjahr geweckt werden, beurteilen anschließend ihre physische Lebensqualität und ihre sozialen Beziehungen, Mütter zusätzlich ihre psychische Lebensqualität schlechter als Eltern, die seltener geweckt werden, jedoch werden die Unterschiede geringer und meist statistisch nicht signifikant nach Berücksichtigung der Ressourcen. Bei den Müttern ist dieser Effekt zusätzlich zu der Belastung durch häufige oder chronische Erkrankung des Kindes zu beobachten, obwohl chronisch oder häufig kranke Kinder ihre Eltern häufiger nachts aufwecken, wie auch in einer australischen Studie [117]. Dagegen ist bei den Vätern die Erkrankung des Kindes für diese Aspekte der Lebensqualität nicht von Bedeutung. In der Längsschnittanalyse zeigt sich zudem, dass Mütter, die im ersten und im zweiten Lebensjahr des Kindes häufig geweckt werden, bereits ein halbes und zwei Jahre post partum signifikant depressiver sind, auch nach Kontrolle für die Ressourcen, als Mütter, die nur selten oder nur in einem Zeitraum häufig geweckt wurden.

Die Ergebnisse stimmen mit früheren Studien überein, bei denen Mütter von Kindern mit Schlafproblemen höhere Depressionswerte hatten, eine schlechtere physische Gesundheit berichteten und sich stärker angebunden fühlten als Mütter von Kindern ohne Schlafprobleme [54, 117]. Nach einer Intervention für Eltern von jungen Kindern mit Schlafproblemen waren nicht nur die Schlafprobleme sondern auch die Depressivität, Ermüdung und Ängstlichkeit der Eltern signifikant geringer [54]. Die Interventionsstudie weist eher auf Schlafprobleme als Ursache denn als Folge der depressiven Stimmung insbesondere der Mütter hin, wie auch eine andere Studie [117], die keinen prädiktiven Wert vorangegangener Depression der Mutter für nachfolgende Schlafprobleme des Kindes feststellen konnte.

Mütter werden stärker als die Väter beansprucht

Während bei den Müttern alle drei analysierten alltäglichen Belastungen unabhängig voneinander fast alle Bereiche der Lebensqualität reduzieren (wenn auch teilweise statistisch nicht signifikant), werden bei den Vätern die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität meist nur von einer der drei Belastungen beeinträchtigt. In ihrer Summe reduzieren die drei Belastungen bei den Müttern die Lebensqualität (außer die Umweltqualität) rund doppelt bis dreifach so stark wie bei den Vätern.

Zahlreiche Studien belegen die stark geschlechtsspezifische Allokation der Versorgungsaufgaben für das Kind [vgl. 64, 145]. Mütter sind nach wie vor die primäre Betreuungsperson der Kinder und regelmäßig anfallende Versorgungsaufgaben werden fast ausschließlich von ihnen übernommen [64, 158, 167]. Bei jeweils rund der Hälfte der Eltern kümmert sich fast ausschließlich die Mutter nachts um das Kind und betreut es bei Krankheiten, während es bei kaum einem Elternpaar Aufgaben gibt, die ausschließlich vom Vater übernommen werden [64].

Aussagen zur größeren Veränderungen im Leben der Mütter gegenüber den Vätern nach der Geburt des ersten Kindes und zur stärkeren Beanspruchung durch die alltäglichen Belastungen bei der Versorgung und Betreuung des Kindes durchziehen die Literatur zum Übergang zur Elternschaft wie ein roter Faden [vgl. 64, 75, 145, 168]. Der stärkere Stress, die Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen und schlechteres psychisches Befinden werden auch als Folge der Anforderungen aus der Versorgung und Betreuung chronisch kranker Kinder hauptsächlich bei Müttern gefunden [vgl. 20, 141, 157]. Die Häufigkeit oder Schwere akuter Erkrankungen des Kindes war in einer Studie auch nur mit erhöhtem Stress bei den Müttern aber nicht bei den Vätern verbunden [62]. Als Folge von Schlafproblemen des Kindes sind Mütter ebenfalls mehr beansprucht, stärker ermüdet und depressiver als Väter [54].

5.1.3 Die Rolle der Ressourcen

Der Einfluss der Ressourcen auf die Lebensqualität der Eltern ist insgesamt größer als die Auswirkungen der untersuchten Belastungen. Materielle, personale und soziale

Ressourcen tragen zusammen für alle untersuchten Indikatoren der Lebensqualität den größten Beitrag zur erklärten Varianz der Untersuchungsmodelle bei. Dies unterstützt die These, dass eine Vielzahl von Ressourcen zur Bewältigung der verschiedenen Herausforderungen des Lebens das Wohlbefinden steigert [93].

5.1.3.1 Die materiellen Ressourcen

Die materiellen Ressourcen sind erwartungsgemäß stark mit einander verbunden. Familien mit geringem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze können mehrheitlich nicht über eine als angemessen angesehene Wohnung mit mehr als zwei Zimmern verfügen, dagegen haben Familien mit hohem Einkommen zu über 90 % eine angemessen große Wohnung. Die materiellen Ressourcen sind sehr ungleich verteilt. Deutsche, ältere, zusammenlebende, erwerbstätige Eltern und Eltern mit höherer Bildung haben mehr materielle Ressourcen zur Verfügung; die jeweiligen Komplementärgruppen haben auch nach den Berliner Armutsberichten ein erhöhtes Armutsrisiko [184, 191]. Fast die Hälfte der alleinerziehenden Mütter lebt unterhalb der offiziellen Armutsgrenze, und bei den zusammen lebenden Eltern ist es rund ein Sechstel. Im Vergleich dazu lebten 1999 in Berlin etwas weniger der Ehepaare mit einem Kind und nur halb so viele Alleinerziehende in Armut, wobei berücksichtigt werden muss, dass Eltern jüngerer Kinder ein erhöhtes Armutsrisiko aufweisen und dass das Armutsrisiko noch angestiegen ist [184, 191].

Die Umweltqualität wird von Eltern mit höherem Einkommen und mit angemessener Wohnung deutlich besser beurteilt als von Eltern mit geringen materiellen Ressourcen. Beide materiellen Ressourcen sind unabhängig und in additiver Weise mit der Umweltqualität verbunden. Es wird im Erhebungsinstrument auch explizit nach ausreichendem Einkommen und nach der Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen gefragt. Für die Wohnungszufriedenheit von Müttern und Vätern sind die Größe der Wohnung insgesamt, ausreichend Platz für das Kind und Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnung die bedeutsamsten Merkmale [64].

Eine angemessene Wohnung ist für die anderen Aspekte der Lebensqualität der Eltern nur von geringer Bedeutung. Mütter mit einer kleinen Wohnung berichten etwas schlechtere psychische Lebensqualität als Mütter mit einer angemessenen Wohnung. Der Zusammenhang zwischen der Wohnungsgröße und dem psychischen Befinden ist

auch in anderen Studien nur schwach. Eine Forschungsgruppe fand nur in einer von zwei Studien einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Zimmer und dem Belastungsempfinden der Mütter [219]. In der LBS-Studie [64] fühlten sich Mütter mit größerer Wohnung weniger überfordert aber nicht weniger depressiv.

Nach den Ergebnissen anderer Studien fühlen sich Erstellern mit höherem Einkommen weniger stark belastet, sind weniger depressiv und ihre Partnerschaftszufriedenheit nimmt weniger stark ab als bei Erstellern mit niedrigem Einkommen [64, 168, 175, 219, vgl. 55, 169]. Zwar nimmt auch in unserer Stichprobe die Partnerschaftszufriedenheit bei den Müttern mit niedrigem Einkommen etwas stärker ab als bei Müttern mit höherem Einkommen, der Unterschied ist aber nicht unabhängig von den anderen Merkmalen der Mütter und verschwindet nach Kontrolle für die anderen Merkmale. Ein unterschiedliches Ausmaß an Depressivität nach Einkommensgruppen ist zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes im Gegensatz zu den früheren Studien nicht festzustellen, allerdings sind Väter mit höherem Einkommen zufriedener mit ihrer psychischen Lebensqualität. Bei Müttern mit niedrigem Haushaltseinkommen nimmt die Depressivität von einem halben auf zwei Jahre nach der Entbindung im Durchschnitt stärker zu von einem niedrigerem Niveau als bei Müttern mit höherem Einkommen.

In bisherigen Studien mit Erstellern vernachlässigte Aspekte der Lebensqualität sind deutlich mit dem Einkommen verbunden. Von Müttern und Vätern mit höherem Haushaltseinkommen werden übereinstimmend die physische und die globale Lebensqualität erheblich besser beurteilt als von Eltern mit niedrigerem Einkommen.

5.1.3.2 Gerechte und kongruente Arbeitsteilung

Der Traditionalisierungseffekt bei der Arbeitsteilung im Übergang zur Elternschaft ist das zentrale Thema in zahlreichen Studien (vgl. Kap. 1.2). Wichtiger als die reale Aufgabenverteilung wird dabei die wahrgenommene Gerechtigkeit und die Kongruenz der Erwartungen für die Entwicklung der Partnerschaftsqualität und für das psychische Befinden angesehen. Auch in unserer Studie ist die gerechte und kongruente Arbeitsteilung stark mit der Partnerschaftszufriedenheit und dem psychischen Befinden von Müttern und Vätern verbunden. Mütter und Väter, die die Aufgabenverteilung im hohen Maße als gerecht und kongruent einschätzen, sind zwei Jahre nach der Geburt des Kindes erheblich zufriedener mit der Partnerschaft, deutlich weniger depressiv und

berichten eine bessere psychische Lebensqualität. Auch die physische Lebensqualität, die sozialen Beziehungen und die Umweltqualität werden von den Eltern dabei besser beurteilt. Eine positivere Einschätzung der Aufgabenverteilung ist nur bei den Müttern mit besserer globaler Lebensqualität verbunden, im Unterschied zu den Vätern, bei denen die globale Lebensqualität unabhängig von der Aufgabenverteilung beurteilt wird.

Die Längsschnittanalysen zeigen, dass bereits kurz nach der Entbindung die Eltern mit wenig gerechter und kongruenter Aufgabenverteilung deutlich weniger zufriedener mit ihrer Partnerschaft sind. Die Unterschiede der Partnerschaftszufriedenheit je nach Ausmaß der gerechten und kongruenten Arbeitsteilung werden in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes bei den Müttern erheblich und bei den Vätern nur geringfügig größer. In anderen Studien steigt die Partnerschaftszufriedenheit der Mütter sogar an, wenn die Arbeitsteilung als angemessen eingeschätzt wird [vgl. 1, 55]. Nach unseren Ergebnissen bleibt sie zumindest annähernd gleich im Unterschied zu den anderen Müttern.

Ein ähnliches Bild ergeben die Längsschnittanalysen der Depressivität von sechs Monaten bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes. Mütter und Väter sind im Durchschnitt deutlich weniger depressiv bei positiverer Einschätzung der Aufgabenverteilung. Die Depressivität der Mütter bleibt im Verlauf relativ gering, wenn die Aufgabenverteilung als gerecht und kongruent beurteilt wird, steigt jedoch bei den Müttern von höherer Depressivität noch an, die die Aufgabenverteilung als kaum gerecht und kongruent beurteilen. Bei den Vätern bleiben die Unterschiede im Ausmaß der Depressivität für die jeweilige Einschätzung der Arbeitsteilung weitgehend gleich.

Möglicherweise verschärfen die mit der Versorgung des Kindes verbundenen Belastungen die bereits vor der Geburt vorhandenen Probleme in der Partnerschaft, wie dies auch in anderen Untersuchungen festgestellt wurde [vgl. 108]. Der Unterstützung durch den Partner kommt bei der Anpassung an die neuen Anforderungen eine zentrale Rolle zu [vgl. 55, 64, 65, 145, 218]. Wenn die wahrgenommene Unterstützung nur gering ausfällt bzw. als nicht angemessen eingeschätzt wird, verschlechtert sich die Partnerschaft und das psychische Befinden. Der Effekt der Beurteilung der familiären Arbeitsteilung ist aber nur bei Müttern deutlich, weil sie hauptsächlich für die Hausarbeit und die Versor-

gung des Kindes verantwortlich sind. Im Unterschied zu den Vätern beeinflusst dies auch ihre globale Lebensqualität.

Eine unterstützende Partnerschaft ist nicht nur wichtig für die Anpassung an die neuen Anforderungen, sondern auch für die Bewältigung spezifischer, zusätzlicher Anforderungen bei der Versorgung des Kindes. Die Versorgung von zwei Kindern (Zwillinge oder ein weiteres Kind) ist nur dann mit schlechterer Lebensqualität verbunden, wenn die Aufgabenverteilung als wenig gerecht und kongruent eingeschätzt wird. Wird sie hingegen im hohen Maße positiv eingeschätzt, ist die Lebensqualität höher, unabhängig von der Zahl der zu versorgenden Kinder. Signifikante Puffereffekte (stress buffering effect), die in der Unterstützungsforschung vielfach belegt wurden [vgl. 43, 97, 160], gibt es für die Mütter auf die physische und psychische Lebensqualität, auf die Depressivität und die Umweltqualität, für die Väter nur auf die Partnerschaftszufriedenheit und die Umweltqualität.

Die Auswirkungen der zusätzlichen Belastung durch die Versorgung eines chronisch oder häufig kranken Kindes auf die Lebensqualität der Mütter werden ebenfalls durch eine gerechte und kongruente Arbeitsteilung abgepuffert. Dann berichten Mütter von einer hohen Partnerschaftszufriedenheit und einer guten globalen Lebensqualität unabhängig davon, ob ihr Kind chronisch/häufig krank war oder nicht. Dagegen sind die Partnerschaftszufriedenheit und die globale Lebensqualität von Müttern chronisch/häufig kranker Kinder erheblich schlechter als die der Mütter gesunder Kinder, wenn die Arbeitsteilung kaum als gerecht und kongruent eingeschätzt wird. Auf die anderen Aspekte der Lebensqualität sind die Puffereffekte bei den Müttern nur gering. Für Väter gibt es solch einen Effekt, allerdings deutlich nur für die Partnerschaftszufriedenheit. Der Einfluss der Versorgung eines chronisch oder häufig kranken Kindes auf die Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit wird ebenfalls durch die Beurteilung der Aufgabenverteilung moderiert. Die Partnerschaftszufriedenheit von Müttern und Vätern mit kaum gerechter und kongruenter Aufgabenverteilung nimmt in den ersten beiden Lebensjahren eines chronisch oder häufig kranken Kindes so stark ab, dass es trotz der geringen Gruppengröße statistisch hoch signifikant ist. Bei gleicher Einschätzung der Arbeitsteilung nimmt dagegen die Partnerschaftszufriedenheit bei den Müttern erheblich geringer ab und bei den Vätern bleibt sie annähernd gleich. Wird die Arbeitsteilung als

gerecht und kongruent eingeschätzt, nimmt die Partnerschaftszufriedenheit nur gering ab, unabhängig davon, ob das Kind chronisch/häufig krank ist oder nicht.

Die Puffereffekte sind in allen Fällen zusätzlich zu den direkten Effekten. Eine gerechte und einvernehmliche Aufgabenverteilung innerhalb der Familien hat einen direkten, positiven Effekt auf die Lebensqualität der Eltern und ist wichtig für die Bewältigung der neuen Anforderungen insbesondere bei den Müttern. Die Bewältigung der zusätzlichen alltäglichen Belastungen der Versorgung von zwei Kindern oder durch eine häufige oder chronische Erkrankung des Kindes wird dadurch ebenfalls für die Mütter erleichtert.

5.1.3.3 Die Selbstwirksamkeitserwartung

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) der Mütter ist von einem halben bis zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes relativ stabil, sowohl im Durchschnitt als auch in den Unterschieden zwischen den Müttern. Im Unterschied dazu nimmt die SWE im Mittel und bei der Mehrheit der Väter insbesondere im zweiten Lebenshalbjahr des Kindes ab, bleibt aber durchschnittlich höher als die ihrer Partnerin. Zwei Jahre nach der Geburt des Kindes ist die SWE ähnlich hoch wie die von Müttern bzw. Vätern schulpflichtiger Kinder [eigene Berechnung nach 226].

Nach vorliegenden Befunden scheint die Selbstwirksamkeitserwartung im Bereich des elterlichen Verhaltens in den ersten vier bis fünf Lebensmonaten des Kindes im Durchschnitt anzusteigen und dann relativ stabil zu bleiben, mit ca. 50 bis 60 % gemeinsamer Varianz für Zeitintervalle bis zu einem Jahr [vgl. 32, 44]. Die ersten Lebensmonate des Kindes werden auch als Phase der Herausforderung und Umstellung, ab dem fünften bis sechsten Monat als Gewöhnungs- und Normalisierungsphase bezeichnet [vgl. 65]. Mit der Entwicklung der allgemeinen SWE der Mütter ist dies durchaus vereinbar. Die allgemeine SWE der Väter entwickelt sich jedoch anders mit nur 20 % gemeinsamer Varianz ein halbes und zwei Jahre nach der Geburt des Kindes. Zum einen wird die Entwicklung der allgemeinen SWE und zum anderen die der elterlichen SWE betrachtet. Beide Konstrukte korrelieren bei Müttern nur in mittlerer Stärke miteinander [182]. Für die Väter kommt zu der neuen Rolle als Vater auch die neue Rolle als alleiniger oder hauptsächlicher Ernährer der Familie hinzu. Dies ist häufig mit dem Einstieg in den Beruf oder verstärktem beruflichen Engagement verbunden [vgl. 64]. Die Umstellung auf die neuen Rollen als Vater und Ernährer der Familie ist für viele Väter möglicher-

weise erst nach gut einem Jahr abgeschlossen und bis dahin mit größeren Unsicherheiten verbunden. Dafür spricht auch die Entwicklung des durchschnittlichen Ausmaßes an Depressivität bei den Vätern, die ähnlich verläuft wie die der allgemeinen SWE.

Hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist mit besserer gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Müttern und Vätern verbunden. Fast alle Aspekte der Lebensqualität werden zwei Jahre nach der Geburt des Kindes von Müttern und Vätern mit hoher SWE signifikant besser beurteilt als von Eltern mit geringer SWE. Ausnahmen bilden nur die globale Lebensqualität der Mütter, die sich nur gering nach dem Ausmaß der SWE unterscheidet, und die Einschätzung der sozialen Beziehungen der Väter, die nicht mit deren SWE verbunden ist. Eine Reihe von Studien fand ebenfalls Korrelationen von niedriger SWE mit depressiven Symptomen bei Müttern [78, 103, 161; vgl. 44, 64]. Korrelationen der SWE mit der Depressivität sind zu erwarten, weil negative Gedanken über das Selbst und von der Zukunft zentrale Merkmale der Depression sind [vgl. 48]. Depressive Symptome können es für Mütter erschweren, notwendige Veränderungen im Umgang mit dem Kind zu bemerken, diese Veränderungen zu wollen oder Vertrauen in die Wirksamkeit von Veränderungen zu haben [vgl. 162].

Der Selbstwirksamkeitserwartung als subjektive Überzeugung, neue oder schwierige Aufgaben meistern zu können, kommt nach der sozial-kognitiven Theorie eine zentrale Bedeutung bei der Bewältigung von Stress zu [9, 189]. Ein hohes Ausmaß an SWE erleichtert die Inangriffnahme von schwierigen Aufgaben oder Anforderungen. Selbstwirksame Personen investieren mehr Anstrengung, erholen sich schneller von Rückschlägen und halten ihre Zielbindung länger aufrecht auch bei schwer lösbaren Aufgaben. Trotz häufiger Misserfolge werden Aufgaben von ihnen eher als Herausforderung beurteilt, während Personen mit geringer SWE diese Aufgaben dann zunehmend als Bedrohung (Stress) empfinden. Emotional ist geringe SWE mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl verbunden. Deshalb werden die SWE oder andere Aspekte des Selbstbildes, die stark miteinander korrelieren [7, 189], als Merkmale der Person angeführt, die die Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft erleichtern und die Partnerschaftsqualität erhalten [17, 55, 169, 218].

Hinweise darauf finden sich in unserer Studie jedoch kaum. Die Beziehungen der Belastungen mit der Lebensqualität werden durch die Selbstwirksamkeitserwartung

kaum moderiert. Bei den Müttern wird nur der Effekt von der Versorgung zweier Kinder (Zwillinge oder ein weiteres Kind) gegenüber einem Kind auf fast alle Indikatoren der Lebensqualität abgemildert. Allerdings ist nur die physische Lebensqualität bei den Müttern mit geringer SWE signifikant stärker beansprucht durch die Versorgung zweier Kinder als bei Müttern mit hoher SWE. Bei den Vätern werden ausschließlich die Beziehungen einer Schnittentbindung auf die Lebensqualität zwei Jahre danach abgemildert, jedoch meist geringfügig und nur für die Partnerschaftszufriedenheit statistisch signifikant. Die Längsschnittanalysen zeigen keinen unterschiedlichen Verlauf der Depressivität von sechs Monaten bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes für Mütter und Väter mit geringer gegenüber hoher SWE. Die Partnerschaftszufriedenheit nimmt bei den Müttern mit geringer SWE in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes geringfügig, nicht signifikant stärker ab als bei Müttern mit hoher SWE. Bei Vätern ist die Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit unabhängig von ihrer SWE sowohl sechs Monate als auch zwei Jahre nach der Geburt des Kindes.

Nicht alle Studien zur Bewältigung des Übergangs zeigen positive Effekte eines positiven Selbstbildes [vgl. 169]. In einer Studie wurde keine Beziehung zwischen Selbstwertgefühl und späterer Depression gefunden, nachdem für das Ausgangsniveau von Depression kontrolliert wurde [vgl. 82]. Andere fanden nur einen direkten Effekt und keine zusätzlichen Puffereffekte eines positiven Selbstbildes auf die postpartale Depression bei Müttern [175]. Auch die in der LBS-Familien-Studie [64] berichteten Puffereffekte stützen m.E. kaum die vermutete Pufferwirkung eines positiven Selbstbildes. Für die Kriteriumsvariable Depressivität wurde bei Müttern nur ein signifikanter Puffereffekt und bei Vätern wurden nur zwei gefunden. Bei den Müttern wird die Auswirkung der wahrgenommenen Schwierigkeit des Kindes auf die Depressivität durch die Kompetenzüberzeugung abgemildert. Für die Väter werden Kombinationen anderer Belastungen mit anderen Ressourcen berichtet. Über die vermutlich große Zahl von getesteten Puffereffekten wird jedoch nichts ausgesagt. Dies spricht eher für einen Publikationsbias als für die Unterstützung der Pufferthese.

Die Selbstwirksamkeitserwartung hat neben dem direkten positiven Effekt auf die Lebensqualität der Eltern noch einen indirekten positiven Effekt über die Reduzierung der Schlafprobleme des Kindes. Mütter mit geringer SWE werden mehrheitlich mehrmals pro Woche nachts im zweiten Lebensjahr von ihrem Kind geweckt, die anderen

Mütter nur zu knapp einem Drittel. Nach der Kontrolle für die Ressourcen werden die negativen Auswirkungen des häufigen Weckens auf einige Aspekte der Lebensqualität geringer. Die Ergebnisse der Querschnittanalyse lassen jedoch keine Rückschlüsse über die Richtung der Kausalität zu. Denkbar ist zum einen, dass die Belastung durch das häufige Geweckt werden das Selbstbild beeinträchtigt und somit zusätzlich negativ auf die Lebensqualität wirkt. Diese Interpretation wird z.B. in einer Querschnittstudie zum Zusammenhang von alltäglichen Belastungen, Selbstwertgefühl und postpartaler Depression bei Müttern vertreten [82]. Im anderen möglichen Kausalpfad werden die Schlafprobleme des Kindes durch Eltern mit hoher SWE eher gelöst und damit über die Belastungsreduzierung die Lebensqualität zusätzlich positiv beeinflusst.

Die Längsschnittanalysen zeigen, dass Eltern, die im zweiten Lebensjahr des Kindes häufig, im ersten Lebenshalbjahr dagegen nicht häufig geweckt werden, im Durchschnitt über signifikant weniger Selbstwirksamkeitserwartung gleichermaßen ein halbes wie zwei Jahre post partum verfügen als die anderen Eltern. Mütter, die umgekehrt im ersten Lebenshalbjahr des Kindes häufig, im zweiten Lebensjahr höchstens manchmal geweckt werden, haben im Durchschnitt die höchste SWE. Dies zeigt eindrucksvoll, dass Kinder von Eltern mit geringer SWE eher Schlafprobleme entwickeln und dass andererseits Mütter mit hoher SWE eher die Schlafprobleme ihres Kindes lösen oder reduzieren können. Hohe mütterliche SWE ist nach Ergebnissen verschiedener Studien mit positivem - auch beobachtetem - Verhalten dem Kind gegenüber verbunden, wie einfühlsames, stimulierendes und nicht strafendes Verhalten. Niedrige mütterliche SWE ist dagegen mit Verhaltensproblemen der Kinder, mit der Wahrnehmung des Kindes als schwierig und mit hohem Stressniveau verbunden [vgl. 44]. Ein erfolgreiches präventives Programm für Eltern mit etwas schwierigen Kindern im Alter von zwei Jahren setzt vor allem auf Stärkung der elterlichen Selbstwirksamkeit. Die Evaluation zeigte eine Verbesserung der SWE bei den Müttern im ersten Jahr nach der Intervention und eine Reduzierung des elterlichen Stressempfindens [210].

5.1.3.4 Teilnahme an der Intervention

Die Lebensqualität der am Elternkolleg teilnehmenden Eltern ist zwei Jahre nach der Geburt des Kindes nicht besser als die der Eltern der Kontrollgruppe. Nach der Kontrolle für alle anderen Variablen ist die physische Lebensqualität der Mütter aus der Interventionsgruppe sogar schlechter als die der Kontrollgruppe. Vor allem die besseren

materiellen Ressourcen der Mütter der Interventionsgruppe tragen zu dem signifikanten Unterschied bei. Dies ist auch zu erkennen an der Umweltqualität, die von Müttern der Interventionsgruppe im Durchschnitt signifikant besser eingeschätzt wird, aber nach Kontrolle für die anderen Variablen nur noch geringfügig. Möglicherweise sind die Mütter, die an der Intervention teilgenommen haben, stärker verunsichert als die anderen Mütter. Möglich ist auch, dass Mütter im Alter von über 30 Jahren bei der Geburt des ersten Kindes, die in der Interventionsgruppe häufiger sind, durch die Betreuung des Kindes physisch stärker beansprucht werden [135].

Nur ein Vergleich im Längsschnitt, der mit unseren Daten nicht möglich ist, könnte Aufschluss darüber geben, ob die Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe beigetragen hat. Der geringe Dropout in der Interventionsgruppe von knapp einem Sechstel innerhalb von 18 Monaten zeigt die hohe Akzeptanz der teilnehmenden Eltern. In der abschließenden Bewertung haben drei Viertel der Eltern angegeben, dass ihnen das Elternkolleg sehr gut gefallen hat [24]. Die große Mehrheit der Eltern fühlt sich nach dem Elternkolleg über die meisten angesprochenen Bereiche sehr oder ziemlich gut informiert. Dies spricht eher für einen positiven Effekt auf die Lebensqualität. Aber die Mehrheit der Interventionsstudien für Eltern konnte ihr Ziel, zur Verbesserung des psychischen Befindens beizutragen, nicht erreichen und andere nur während der Laufzeit der Intervention [vgl. 128]. Interventionen können jedoch das Verhalten der Eltern günstig beeinflussen, wenn auch nur begrenzt [vgl. 33, 182], und damit zur Anpassung an die neue Elternrolle beitragen [vgl. 128]. Auch im Elternkolleg konnte das Wissen der Eltern verbessert und erwünschtes, gesundheitsgerechtes Verhalten gefördert, sowie zur Gesundheit des Kindes beigetragen werden [24].

5.1.4 Die Rolle der Erwerbstätigkeit

Zwei gegensätzliche Hypothesen werden herangezogen, um die Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Müttern zu analysieren: die Hypothese der Mehrfachbelastungen und die Hypothese der Bereicherung [vgl. 110, 116, 216]. Die begrenzten individuellen Ressourcen wie Zeit und Energie sowie die täglichen Anforderungen und Belastungen, die mit der Übernahme sozialer Rollen verbunden sind, können nach der ersten Hypothese zu erhöhtem Stress und letztlich zu

schlechter Gesundheit und geringem Wohlbefinden führen. Gleichzeitig bietet die Übernahme sozialer Rollen einen Zugewinn an sozialer Identität, Selbstwertgefühl, materiellen Vorteilen und weiteren Ressourcen, die zur Bewältigung von Anforderungen genutzt werden können. Eine weitere Rolle soll daher nach der zweiten Hypothese mit besserer Gesundheit verbunden sein, trotz der zusätzlichen Belastungen, die sie beinhaltet.

Negative Effekte der Erwerbstätigkeit auf die Lebensqualität der Mütter zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes zeigen sich nicht. Vielmehr weisen erwerbstätige Mütter eine bessere psychische und physische Lebensqualität auf und schätzen ihre sozialen Beziehungen tendenziell besser ein. Der Effekt ist nur teilweise durch das höhere Haushaltseinkommen zu erklären. Die Erwerbstätigkeit der Mütter ist nicht mit niedrigerer Partnerschaftszufriedenheit verbunden wie auch in anderen Studien [vgl. 30], sie nimmt in den ersten zwei Jahren nach der Geburt des Kindes sogar eher weniger stark ab als bei nicht erwerbstätigen Müttern. Nach einem aktuellen Literaturüberblick [110] berichten nur sehr wenige Studien von einem negativen Effekt der Erwerbstätigkeit, die große Mehrheit der Studien dagegen von einem positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden, die physische Gesundheit und die Mortalität. Für die Mehrheit der Frauen bedeutet die Erwerbstätigkeit nicht nur finanzielle Entlohnung sondern auch persönliche Verwirklichung und für fast alle persönliche Unabhängigkeit [vgl. 39].

Die positive Beziehung von Erwerbstätigkeit und Wohlbefinden muss nicht kausal sein, sie kann auch das Ergebnis eines Selektionsprozesses, des healthy worker Effekts sein. Gesunde Personen nehmen eher eine Erwerbstätigkeit auf und andere geben ihre Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen auf. Einige, aber nicht alle Studien konnten zeigen, dass der vorteilhafte Effekt über die Selektion hinaus bestehen bleibt. Am wahrscheinlichsten gibt es eine reziproke Beziehung des Kausal- und des Selektionseffektes [110].

Die (Wieder)Aufnahme der Erwerbstätigkeit ist sehr unterschiedlich verteilt. Mütter mit deutscher Staatsangehörigkeit, mit höherer Bildung und mit höherem Alter sind häufiger erwerbstätig als die anderen Mütter. Während nur jede sechste Mutter mit geringer schulischer und beruflicher Bildung zwei Jahre nach der Geburt des Kindes berufstätig oder in Ausbildung ist, ist es jede zweite Mutter mit hoher Bildung. Die geringe Zahl von erwerbstätigen Müttern mit niedriger Bildung erlaubt keine Verallgemeinerung des

positiven Effektes der Erwerbstätigkeit für diese Gruppe. Möglicherweise erleben nur Frauen der Mittelschicht eine positive Beziehung zwischen Erwerbstätigkeit und Wohlbefinden, weil Arbeiterinnen und Angestellte mit geringem Status am stärksten Belastungen ausgesetzt sind, während sie nur über wenige Ressourcen verfügen können [110]. Es ist die Bilanz der aus den verschiedenen Rollen entstehenden Kosten und Gratifikationen, die die Gesundheit der Frauen bestimmen und nicht die bloße Anzahl der Rollen [216].

Die Erwerbstätigkeit der Väter ist ebenfalls sehr unterschiedlich verteilt. Ein hohes Arbeitsloskeitsrisiko haben Väter mit ausländischer Staatsangehörigkeit und vor allem Väter mit niedriger Bildung. Fast jeder dritte Vater mit geringer Bildung ist zwei Jahre nach der Geburt des Kindes arbeitslos, aber nur einer von über 100 Vätern mit hoher Bildung. Arbeitslosigkeit, insbesondere von Männern, ist nach den Ergebnissen zahlreicher Studien mit schlechterem psychischen Befinden und höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten verbunden [57, 67, 77]. Bei den arbeitslosen Vätern ist ein deutlicher Anstieg der Depressivität zu verzeichnen, im Unterschied zu den anderen Vätern, bei denen das Ausmaß der Depressivität im Mittel nicht ansteigt. Die physische Lebensqualität wird von arbeitslosen Vätern kaum schlechter eingeschätzt, möglicherweise weil sie mehrheitlich mit unter 30 Jahre noch recht jung sind.

5.2 Methodische Aspekte

5.2.1 Studiendesign

Das Elternkolleg wurde als longitudinale Interventionsstudie mit Kontrollen im Querschnitt konzipiert und durchgeführt. Die Kontrollgruppen der jeweiligen Erhebungszeitpunkte wurden vorab rekrutiert, um zu vermeiden, dass das in der Intervention vermittelte Wissen die Kontrollen beeinflusst. Für die hier vorgelegten Analysen hat dies den Nachteil, dass für die Kontrollgruppe nur Querschnittsanalysen und keine Analysen der zeitlichen Veränderungen der Lebensqualität möglich sind.

Die Fragebögen wurden entsprechend den interessierenden Themen der Erhebungszeitpunkte angepasst und schrittweise um Aspekte der Lebensqualität der Eltern

erweitert. Das Instrument der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-Bref) wurde erst bei der letzten Befragung, zwei Jahre nach der Geburt des Kindes eingesetzt. Es kann daher leider nur im Querschnitt analysiert werden. Querschnittsanalysen können nur Zusammenhänge aufzeigen, die aber nicht kausal sein müssen. Depressive Stimmung der Befragten kann ihre Wahrnehmung und Einschätzung sowohl der Belastungen und Ressourcen als auch der Lebensqualität beeinflussen und somit nur scheinbar Auswirkungen hervorrufen.

Ein Teil der Belastungen – die Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie die Versorgung von zwei Kindern – wurde unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung erhoben. Die Antworten zur Häufigkeit des nächtlichen Aufweckens durch das Kind und der fiebrigen Erkrankungen werden durch die Wahrnehmung beeinflusst. Auf die Einschätzung als Belastung durch Antwortkategorien wie „werden häufig geweckt“ oder als Überforderung durch „werden zu häufig geweckt“ wurde bewusst vermieden. Durch die gewählten Antwortvorgaben wie (mehrmals pro Woche“ und „mehrmals im Monat“ ist die Beeinflussung durch eine depressive Stimmung nicht sehr groß. Auch bei den materiellen Ressourcen wurde nicht nach ausreichenden Ressourcen sondern nach der Zahl der Zimmer und dem Haushaltseinkommen gefragt.

Falls Kausalität angenommen werden kann, stellt sich bei Querschnittstudien ein weiteres Problem. Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs können nicht eindeutig festgelegt werden. So kann das psychische Befinden der Eltern negativ durch akute Erkrankungen der Kinder beeinflusst werden, und schlechteres psychisches Befinden der Eltern kann die Vulnerabilität des Kindes für nachfolgende Gesundheitsprobleme erhöhen [62]. Das Verhalten des Kindes kann ebenfalls nicht nur Ursache sondern auch Folge des schlechten psychischen Befindens insbesondere der Mutter sein. Kinder depressiver Mütter zeigen eine unsichere Bindung zur Mutter und bereits in den ersten zwei Lebensjahren mehr Verhaltensprobleme [137, vgl. 126].

Die vorliegenden Analysen beschränken sich nicht nur auf den Querschnitt. Sie wurden für zwei Aspekte der Lebensqualität durch Längsschnittanalysen ergänzt. Die Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit wurde von einigen Tagen nach der Entbindung bis zum Alter des Kindes von zwei Jahren und der Depressivität von einem halben bis zwei Jahre post partum analysiert. Zusätzlich wurde die Selbstwirksamkeitserwartung als

wichtige personale Ressource ebenfalls im Längsschnitt von einem halben bis zwei Jahre post partum betrachtet.

5.2.2 Stichprobe und Repräsentativität

Die Fallzahlen bisheriger Studien zum Übergang zur Elternschaft sind meist nur sehr gering [28]; häufig werden nur bis zu hundert Paare befragt [z.B. 13, 28, 56, 64, 70, 108, 168]. Eine Ausnahme bildet das Bamberger-Ehepaar-Panel mit anfangs rund 1500 repräsentativ ausgewählten Ehepaaren aus dem Bundesgebiet [185, 186]. Die Beschränkung auf Ehepaare erscheint aufgrund der zunehmenden Zahl von nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kind nicht mehr angemessen. Die vorliegende Untersuchung gehört mit jeweils über 300 Müttern und Vätern im Querschnitt und jeweils über 150 im Längsschnitt zu den größeren Studien in diesem Bereich.

Die Partizipationsrate in der Interventionsgruppe mit knapp einem Drittel ist nicht sehr hoch und lag in der Kontrollgruppe noch darunter. Der Panelausfall in der Interventionsgruppe war jedoch nur gering. Die Beteiligung an der australischen Väterstudie [47] war bei einem vergleichbaren Zugang ähnlich hoch, der Panelausfall innerhalb von einem Jahr aber deutlich höher. Auch beim Bamberger-Ehepaar-Panel [185, 186] war die Beteiligung ähnlich hoch bei größerem Panelausfall in den ersten zwei Jahren. Das Trierer Projekt zum Übergang zur Elternschaft erreichte nur einen deutlich geringeren Rücklauf [168]. Geringe Beteiligungsraten sind mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit einem Selektionsbias verbunden. In unserer Stichprobe sind jüngere Eltern und Eltern mit geringer Bildung unterrepräsentiert. Sie unterscheiden sich in den anderen Merkmalen jedoch nicht wesentlich von der Normalbevölkerung. In den meisten anderen Studien sind die Verzerrungen eher größer, weil meist eine willkürliche Auswahl von (angehenden) Eltern getroffen wird. So waren die Mütter in der LBS-Familien-Studie [64] im Durchschnitt ähnlich alt, aber der Anteil von Eltern mit Abitur oder abgeschlossenem Studium war deutlich höher, der Anteil unterer Einkommensgruppen erheblich geringer. Nach Ansicht der Autoren stellt dies ein typisches Problem von Studien mit Freiwilligen dar [vgl. 108].

5.2.3 Das Untersuchungsmodell

Das Untersuchungsmodell hat sich bei den Analysen bewährt. Zwischen einem Achtel und einem Drittel der Varianz der Maße gesundheitsbezogener Lebensqualität und der Partnerschaft können damit erklärt werden. Der Anteil erklärter Varianz wäre noch höher, wenn Variablen ohne nennenswerte Effekte ausgeschlossen worden wären, weil für die Zahl der Prädiktoren korrigiert wurde. Mit dem Modell konnten für die Lebensqualität bedeutsame Belastungen, Ressourcen sowie weitere Merkmale der Person identifiziert werden.

5.2.4 Indikatoren der Lebensqualität

Das Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-Bref) erfüllt die Qualitätsanforderungen für den Einsatz in Studien [vgl. 36]. Die guten psychometrischen Eigenschaften haben sich in dieser Studie bestätigt. Die interne Konsistenz der einzelnen Bereiche ist zumindest ausreichend. Die geringste interne Konsistenz zeigt sich bei der Beurteilung der sozialen Beziehungen wie auch in anderen Studien [3, 217]. Mit nur drei Items ist ein geringer Wert auch zu erwarten. Die vorhandenen Normwerte erlauben einen Vergleich mit geschlechts- und altersspezifischen Werten der Allgemeinbevölkerung. Da kaum Boden- oder Deckeneffekte auch in unserer relativ jungen Stichprobe zu verzeichnen sind, bestätigt sich die gute Anwendbarkeit in der Allgemeinbevölkerung [3, 217], im Unterschied z.B. zum SF-36, der in einigen Bereichen beim Bundesgesundheitsurvey erhebliche Deckeneffekte (50% und mehr der Befragten) aufwies [16].

Besondere Bedeutung beim Einsatz von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität kommt deren Fähigkeit zu, zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu diskriminieren. Das WHOQOL-Bref diskriminiert nicht nur gut zwischen unterschiedlichen Patientengruppen [3], sondern zeigt auch Unterschiede bei Müttern und Vätern mit unterschiedlichem Ausmaß an Ressourcen und Belastungen. Verschiedene Ressourcen und Belastungen konnten in unserer Untersuchung identifiziert werden, die mit der Lebensqualität von Müttern und Vätern verbunden sind. Für alle Domänen des WHOQOL-Bref konnte ein signifikanter Anteil der Varianz erklärt werden. Daher erscheint es nicht notwendig, ein spezielles Erhebungsinstrument für die postpartale Zeit zu entwickeln. Der Ansatz von Symon et al. [206] mit der Entwicklung des Mother-

Generated Index erscheint nur für spezifische Fragestellung nützlich, wenn es um ein vertieftes Interesse an der mütterlichen Gesundheit und die jeweilige Gewichtung einzelner Aspekte geht. Für unsere Zwecke hat sich das WHOQOL-Bref bewährt. Außerdem bietet der Einsatz validierter, weit verbreiteter Instrumente den Vorteil der Vergleichbarkeit mit anderen Studien, auch mit Studien aus anderen Ländern.

Die Lebensqualität ist jedoch kaum als einheitliches Konstrukt zu verstehen. Die einzelnen Indikatoren korrelieren meist nur schwach bis mäßig untereinander und die Globallebensqualität wird nur zu rund einem Drittel durch die vier Domänen des WHOQOL-Bref aufgeklärt. Der Anteil gemeinsamer Varianz liegt damit in unserer Stichprobe niedriger als bei anderen Studien mit diesem Instrument [3, 194], aber in dem Bereich, der für ähnliche Zusammenhänge zwischen Globalmaßen und Lebensqualitätsinstrumenten berichtet wird [vgl. 177].

Für ein einheitliches Konstrukt ist außerdem eine ähnliche Gewichtung der einzelnen Aspekte der Lebensqualität in unterschiedlichen Subgruppen zu erwarten [vgl. 177]. Die einzelnen Domänen des WHOQOL-Bref weisen jedoch unterschiedliche Gewichtung für Mütter und Väter bei der Erklärung der Globallebensqualität auf. Zwar ist die physische Lebensqualität bei beiden der wichtigste Prädiktor, aber bei den Vätern liefern alle drei weiteren Domänen einen signifikanten Beitrag, während bei den Müttern nur die Umweltqualität noch einen signifikanten Anteil beiträgt. Unterschiedliche Gewichtungen sind nicht nur zwischen verschiedenen Gruppen zu erwarten, sondern dürften auch im Verlauf des Lebens des Einzelnen variieren. Veränderungen im Leben des Individuums durch neue Situationen, durch Lebensereignisse, Krankheiten und Behinderungen erfordern immer wieder Anpassungsprozesse. Bei diesen Prozessen werden die Anforderungen bzw. neuen Situationen kognitiv bewertet, und auf sie wird kognitiv, emotional oder mit aktivem Verhalten reagiert. Dabei können auch die eigenen Werte, Normen und Standards modifiziert werden [vgl. 91]. Globale Lebensqualitätsmaße sind daher sehr individuelle Maße, in die unterschiedliche intra- und interindividuell unterschiedliche Gewichtungen hoch integriert eingehen [vgl. 177].

Das WHO Instrument bietet die Möglichkeit, sowohl einzelne Aspekte der Lebensqualität als auch ein Globalmaß zu analysieren. Die Ergänzung des WHOQOL-Bref durch die Partnerschaftszufriedenheit (RAS-D) und die Allgemeine Depressionsskala

(ADS) erscheint nicht nur wegen der Möglichkeit zu longitudinalen Analysen sinnvoll. Erwartungsgemäß weisen die Partnerschaftszufriedenheit mit den sozialen Beziehungen des WHOQOL-Bref und die Allgemeine Depressionsskala mit der psychischen Lebensqualität bei Müttern und Vätern jeweils deutlich über einem Drittel gemeinsame Varianz auf. Die interne Konsistenz der RAS-D ist in dieser wie in anderen Studien [181, 213] gut, im Unterschied zu der Domäne „soziale Beziehungen“. Dafür wird aber nur in der WHOQOL-Bref Domäne explizit nach der Zufriedenheit mit dem Sexualleben gefragt. Für viele Paare ist die Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt des ersten Kindes ein Problem [13, 28, 64, 87, 108, 122, 145, 185]. Ein Siebtel der Mütter und Väter ist nach unseren Ergebnissen unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrem Sexualleben, aber nur etwa jeder 20ste mit den persönlichen Beziehungen oder der Unterstützung durch Freunde.

Die Allgemeine Depressionsskala und die psychische Lebensqualität des WHOQOL-Bref sind beide psychometrisch getestet, und für beide liegen deutsche Normwerte vor. Die hohe negative Korrelation beider Maße verweist darauf, dass ähnliche aber nicht identische Merkmale damit erhoben werden. Während mit der ADS depressive Symptome in der letzten Woche erfasst werden sollen, werden bei der psychischen Lebensqualität auch Aspekte eines positiven Selbstbildes erfasst. Erwartungsgemäß haben daher die Prädiktoren beider Indikatoren ähnliches Gewicht, aber für die Mütter zeigen sich auch kleine Unterschiede. Die Selbstwirksamkeitserwartung und die Berufstätigkeit haben für die psychische Lebensqualität größeres Gewicht als für die Depressivität.

5.3 Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen der Studie ergeben sich einige Ansatzpunkte zur Verbesserung der Lebensqualität und zum Erhalt der Partnerschaftszufriedenheit im Übergang zur Elternschaft. In erster Linie ist dazu an die Stärkung der Ressourcen zu denken. Eine Variation von personalen, sozialen und materiellen Ressourcen bietet die besten Voraussetzungen, schwierige Übergänge im Leben zu meistern und die Lebensqualität zu verbessern [vgl. auch 93].

In zukünftigen Betreuungs- und Beratungsangeboten für Eltern sollte stärkeres Gewicht auf die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung gelegt werden. Die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtige interne Ressource trägt direkt positiv zur Lebensqualität der Eltern bei. Eltern mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung sind eher in der Lage, das Verhalten ihres Kindes positiv zu beeinflussen und Verhaltensprobleme, z.B. Schlafprobleme zu lösen. Womit indirekt durch die Reduzierung von Belastungen die Lebensqualität der Eltern verbessert werden kann. Ein effektives präventives Programm für Eltern von Kindern mit leichten Verhaltensauffälligkeiten im Alter von zwei Jahren setzte vor allem auf Stärkung der elterlichen Selbstwirksamkeit. Die Evaluation zeigte eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei den Müttern im ersten Jahr nach der Intervention und eine Reduzierung des elterlichen Stressempfinden [210].

Eine gerechte und einvernehmliche Arbeitsteilung trägt wesentlich zur Partnerschaftszufriedenheit und zur Lebensqualität von Müttern und Vätern im Übergang zur Elternschaft bei. Auch andere Studien zeigen, dass die aktive Bearbeitung der Rollenerwartungen im Verlauf der Beziehung wichtig ist für den Erhalt der Partnerschaftszufriedenheit [vgl. 55]. Die Diskussion der zukünftigen Rollen in Geburtsvorbereitungskursen wird als hilfreich angesehen, um Gefühle von Rollenkonflikt bei den Müttern zu reduzieren und die Väter zur Wahrnehmung der erlebten Rollenbeziehungen ihrer Partnerin zu sensibilisieren [vgl. 128]. Nach Erfahrungen in der Paartherapie sind kommunikative Fähigkeiten von grundlegender Bedeutung für die (gelungene) Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft [108]. Die Kommunikation ist auch für einen weiteren Problem-bereich wichtig. Wenn die Partner über Sexualität und sexuelle Wünsche sprechen können, dann wird die derzeitige Partnerschaft erheblich besser eingeschätzt [87]. In der Beratung zur Sexualität in und vor allem nach einer Schwangerschaft kommt den Gynäkologen eine wichtige Funktion zu [122].

Für die Lebensqualität der Eltern sind zwar die materiellen Ressourcen von geringerer Bedeutung als die internalen und sozialen Ressourcen. Jedoch beurteilen Eltern, die mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze auskommen müssen, einige Aspekte der Lebensqualität schlechter als Eltern mit höherem Einkommen. Die Bekämpfung des hohen Armutsrisikos von Eltern kleiner Kinder bleibt damit eine wichtige Aufgabe der Familien- und Sozialpolitik.

Die große Mehrheit der Bundesbürger sieht Präferenzen möglicher Maßnahmen der Familienpolitik in der Förderung der Erwerbstätigkeit der Mütter durch mehr und bessere Teilzeitarbeitsplätze, Flexibilisierung der Arbeitszeiten und bessere Kinderbetreuung für Kinder unter 3 Jahren [52]. Materielle Anreize werden von deutlich weniger Befragten angegeben. Durch die Erwerbstätigkeit der Mutter wird nicht nur die finanzielle Situation der Familie, sondern auch die physische und psychische Lebensqualität der Mütter verbessert ohne dass die Partnerschaftszufriedenheit darunter leidet. Das von ca. zwei Drittel der Mütter mit jüngstem Kind unter 3 Jahren gewünschte Arbeitszeitmodell von einem Partner in Vollzeit und einem in Teilzeit kann nur von einem geringen Teil der Familien realisiert werden [15]. Die Voraussetzungen dafür zu verbessern ist eine wichtige Aufgabe der Familien- und Arbeitspolitik, aber auch der Unternehmen.

In einem psychosozialen und medizinischen Beratungs- und Betreuungsangebot werdender und junger Eltern kann zusätzlich durch Verringerung von Belastungen bei der Betreuung des Kindes zur Lebensqualität beigetragen werden. Die Möglichkeiten der Prävention chronischer Erkrankungen des Kindes wie z.B. beim Problem der Frühgeburt [vgl. 23] sind zwar begrenzt, aber sicherlich nicht immer in vollem Umfang ausgeschöpft. Auch bei der Prävention fiebriger Infekte in den ersten Lebensmonaten des Kindes kann durch Stillförderung und weitere Maßnahmen wie beim Elternkolleg [vgl. 25] noch einiges erreicht werden; ebenso wie bei der Bewältigung von Schlafproblemen des Kindes. Vor einer Infertilitätsbehandlung sollte auch auf das erhöhte Risiko von Mehrlingsgeburten und dem damit verbundenen erhöhten Risiko für perinatale Morbidität und Mortalität sowie für die Beeinträchtigung der Lebensqualität der Eltern hingewiesen werden, damit die Eltern eine wirklich informierte Entscheidung treffen können. Insbesondere für Eltern von Zwillingen oder Mehrlingen höherer Ordnung nach einer Infertilitätsbehandlung muss psychosoziale Unterstützung angeboten werden [11].

Einzelmaßnahmen sind prinzipiell immer sinnvoll, weil die 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 und neben der Verminderung der Belastungen einen Schwerpunkt auf die Stärkung der Ressourcen legt. Dabei sind zusätzlich zu den Gynäkologen, Hebammen, Geburtsmedizinerinnen und Kinderärzten auch psychosoziale

Beratungs- und Betreuungsangebote, sowie die Sozialpolitik (ausreichende materielle Grundsicherung) und die Arbeitspolitik (Erleichterung der Rückkehr zur Arbeit) gefordert.

Die erfolgreiche Bewältigung der neuen Anforderungen nach der Geburt hängt wesentlich von den personalen, sozialen und materiellen Ressourcen sowie besseren Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Mutterrolle ab. Ohne diese Ressourcen wird die Beanspruchung durch die Betreuung des Kindes gegenüber den positiven Aspekten der Elternschaft überwiegen und die Lebensqualität der Eltern beeinträchtigt.