

Gesundheitsförderung bei Müttern mit Klein- und Schulkindern

**- Literaturrecherche im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln -**

020015

—

Alexa Franke

Gesundheitsförderung bei Müttern mit Klein- und Schulkindern

**- Literaturrecherche im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln -**

Anschrift der Autorin:

Prof. Dr. Alexa Franke

Universität Dortmund

Fb 13: Psychologische Therapie und Rehabilitation

Emil-Figge-Straße 50

4600 Dortmund

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Hintergrund und Zielsetzung der Literaturanalyse	3
2. Durchführung der Recherche	5
3. Quantitative Auswertung	7
4. Qualitative Auswertung	14
4.1. Die Relevanz des Themas oder: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit	14
4.2. Die Verantwortung der Mütter für die Gesundheit ihrer Kinder	23
4.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Mütter	28
4.4. Die Erwerbstätigkeit von Müttern und die Gesundheit ihrer Kinder	45
4.5. Gesundheitserziehung von Kindern durch ihre Mütter	50
4.6. Mütter mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind	53
4.7. Mißbrauchsverhalten und Abhängigkeiten bei Müttern	66
4.7.1. Alkohol	68
4.7.2. Tabak	72
4.7.3. Medikamente	72
4.7.4. Illegale Drogen	74
4.8. Mütter mit Eßstörungen	78
5. Psychisch und körperlich kranke Mütter	80
6. Vernachlässigende und mißhandelnde Mütter	84
7. Beurteilung des Forschungsstands	87
8. Die wichtigsten Erkenntnisse der Recherche und daraus abzuleitende Konsequenzen für die Mütter	94
9. Was können Mütter für die eigene Gesundheit tun?	107
Literatur	109

1. Hintergrund und Zielsetzung der Literaturanalyse

Grundlage der vorliegenden Literaturanalyse waren Bestrebungen in der BZgA, die Situation von Müttern mit kleinen Kindern unter gesundheitsbezogenen Aspekten zu untersuchen. Im Planungskonzept wird die Ausgangssituation folgendermaßen dargestellt:

"Frauen müssen sich heute mit zwei grundverschiedenen Rollen auseinandersetzen - einerseits der Hausfrauen- und Mutterrolle - andererseits der Berufsrolle, mit widersprüchlichen Anforderungen und Erwartungen (z. B. Anpassungsfähigkeit, liebevolles Verhalten versus Pragmatismus und emotionale Distanz). Experten sind sich einig, daß der Rollenwandel und diese Widersprüche unvereinbare Verhaltenserwartungen - auch für Hausfrauen - zur Verunsicherung des weiblichen Selbstverständnisses, Selbstzweifeln und Überlastungssituationen führen können. Es wird vermutet, daß diese Situationen teilweise durch Medikamentenmißbrauch, Alkoholabusus, Rauchen und Eßstörungen 'bewältigt' werden " (LÜBKE 1992, S. 1).

Diese Ausgangssituation spezifizierend wurde vermutet, daß Mütter mit kleinen Kindern - im Alter von 0 bis 9 Jahren - besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Dies insbesondere angesichts der Tatsache, daß ihnen "die steigende Verantwortung für die Realisierung anspruchsvoller werdender Fürsorge- und Erziehungsziele" (LÜBKE 1992, S. 1) aufgebürdet wird.

Bevor ich im weiteren die Durchführung der Recherche und ihre Ergebnisse beschreibe, möchte ich kurz ein sehr globales und persönliches Fazit ziehen:

Die Recherche und das Lesen der Literatur haben viel Spaß gemacht. Nur ein verschwindend geringer Anteil jedoch hatte etwas mit der konkreten Fragestellung zu tun. Manche der Untersuchungen und einiges an Ergebnissen läßt sich im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung nutzen - anhand der untersuchten Literatur kann jedoch keine der im Planungskonzept aufgeworfenen Fragen konkret beantwortet werden. Als Forscherin, die für sich beansprucht, sich im Bereich der Frauengesundheitsforschung auszukennen, war ich verblüfft zu erkennen, wie wenig die spezifische Situation von Müttern untersucht ist. Am eingehendsten wurden Fragen der mütterlichen Gesundheit noch untersucht unter der Fragestellung, inwiefern sich

Fragestellungen, die untersucht worden sind, und diejenigen, die nicht untersucht worden sind als Spiegel für gesellschaftlich relevant erachtete Aspekte, dann kann die vorliegende Analyse als Brennglas für die allgemein interessierenden Fragen gewertet werden. Und dann, so muß man festhalten, scheint es die Gesellschaft nicht zu interessieren, welche Belastungen einer Mutter aus ihrem Muttersein erwachsen, welche Aufgaben sie damit übernimmt, welches Belastungsprofil sich daraus für sie ergibt und wie sie dies mit ihren gesundheitlichen Ressourcen in Einklang bringt.

2. Durchführung der Recherche

Die Literaturrecherche geschah auf sehr unterschiedlichen Wegen mit dem entsprechend recht heterogener Systematik. Im einzelnen wurden folgende Quellen herangezogen:

Quelle 1:

Datenbankrecherche in folgenden Datenbanken:

- PSYCHINDEX (Psychologischer Index)
- PSYINFO (Psychological abstracts)
- SOMED (Dokumentation Sozialmedizin, öffentlicher Gesundheitsdienst/ Gesundheitserziehung)
- ERIC (Resources in education + current index to journals in education)
- SOLIS (Sozialwissenschaftlicher Fach- und Informationsdienst)
- MEDLARS (Index medicus)
- SCISEARCH (Sociological abstracts).

Erfasst wurden die Jahre 1980 - 1992.

Quelle 2:

Systematische Durchsicht des Literaturnachweises zur Gesundheitserziehung der Jahre 1983 - 1992, herausgegeben von der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bonn.

Quelle 3:

Durchsicht der Stichwortkataloge in den Universitätsbibliotheken Dortmund, Düsseldorf, Essen und der Bibliothek der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Hamm.

Quelle 4:

Frauenarchiv der Universität Dortmund; das Frauenarchiv ist eine Fachbibliothek zu Frauenliteratur, in der auch unveröffentlichte und graue Literatur gesammelt wird.

Quelle 5:

Meine private Bibliothek, in der sich im Laufe einer langjährigen Beschäftigung mit dem Thema "Frau und Gesundheit" eine Menge an veröffentlichten und unveröffentlichten Publikationen angesammelt hat.

Weitgehend unberücksichtigt gelassen habe ich Arbeiten der BZgA, dies vor allem deshalb, weil eine Sekundäranalyse parallel zur Literaturrecherche die hier verfügbaren Daten aufarbeitet.

Entsprechend dem Projektantrag sollte die Analyse unter drei Aspekten erfolgen:

einem quantitativen, einem qualitativen und dem der praktischen Relevanz.

Ich werde im folgenden auf diese drei Aspekte eingehen.

3. Quantitative Auswertung

Im engeren Sinne quantitativ können nur die Ergebnisse der Datenbankrecherchen vorgestellt werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Trefferquoten. Abbildung 1 zeigt eine Graphik der gefundenen Artikel nach Datenbanken, in Abbildung 2 werden die Häufigkeiten der Artikel nach Themenbereichen dargestellt.

Tabelle 1: Trefferquoten nach Datenbanken und Themen

	PSYCHIND (M+G)	PSYCHIND (M+A)	SOMED	PSYINFO 1	PSYINFO 2	ERIC	Soc Ab	gesamt
insgesamt	64 100 %	16 100 %	60 100 %	38 100 %	10 100 %	20 100 %	29 100 %	237 100 %
verwendet	17 26 %	1 6 %	22 36 %	9 23 %	2 20 %	2 10 %	5 17 %	58 24,4 %
auf Schwangerschaft bezogen	21 32 %	7 43 %	19 31 %	10 26 %	0 0	8 40 %	10 34 %	75 31,5 %
Entwicklungsland	0 0	0 0	7 11 %	3 7 %	3 30 %	5 25 %	9 31 %	27 11,3 %
Sozialpolitik	7 10 %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	7 2,9 %
außerfamiliäre Betreuung	6 9 %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	6 2,5 %
Therapiegruppen	0 0	3 18 %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 1,2 %
irrelevant	13 10,3 %	12 33 %	3 4 %	0 0	1 10 %	2 10 %	2 6 %	25 10,4 %
nicht auswertbar	2 3 %	1 6 %	7 11 %	16 41 %	4 40 %	3 15 %	3 9 %	36 15 %

Insgesamt ergaben sich 237 Nennungen. Die größte Gruppe machten dabei Arbeiten aus, die auf das Thema Schwangerschaft bezogen waren: insgesamt 75 Nennungen. Ich halte dies auch für ein wichtiges inhaltliches Ergebnis: Das Thema Mütter und Gesundheit wird am häufigsten unter dem Aspekt der Schwangerschaft untersucht, vermutlich vorwiegend aus einer

medizinischen Perspektive. Da Schwangerschaft jedoch nicht das Thema der Untersuchung war, wurde diese Literatur im Weiteren nicht berücksichtigt.

Für die Thematik dieser Recherche verwendet werden konnten insgesamt 58 Nennungen, das sind 24,4 %. Dieser Prozentsatz kann eigentlich als relativ hoch angesehen werden, doch wird die weitere qualitative Analyse zeigen, daß sich zum eigentlichen Thema der Untersuchung kaum konkrete Literatur finden ließ.

Abbildung 1: Gefundene Artikel nach Datenbanken:

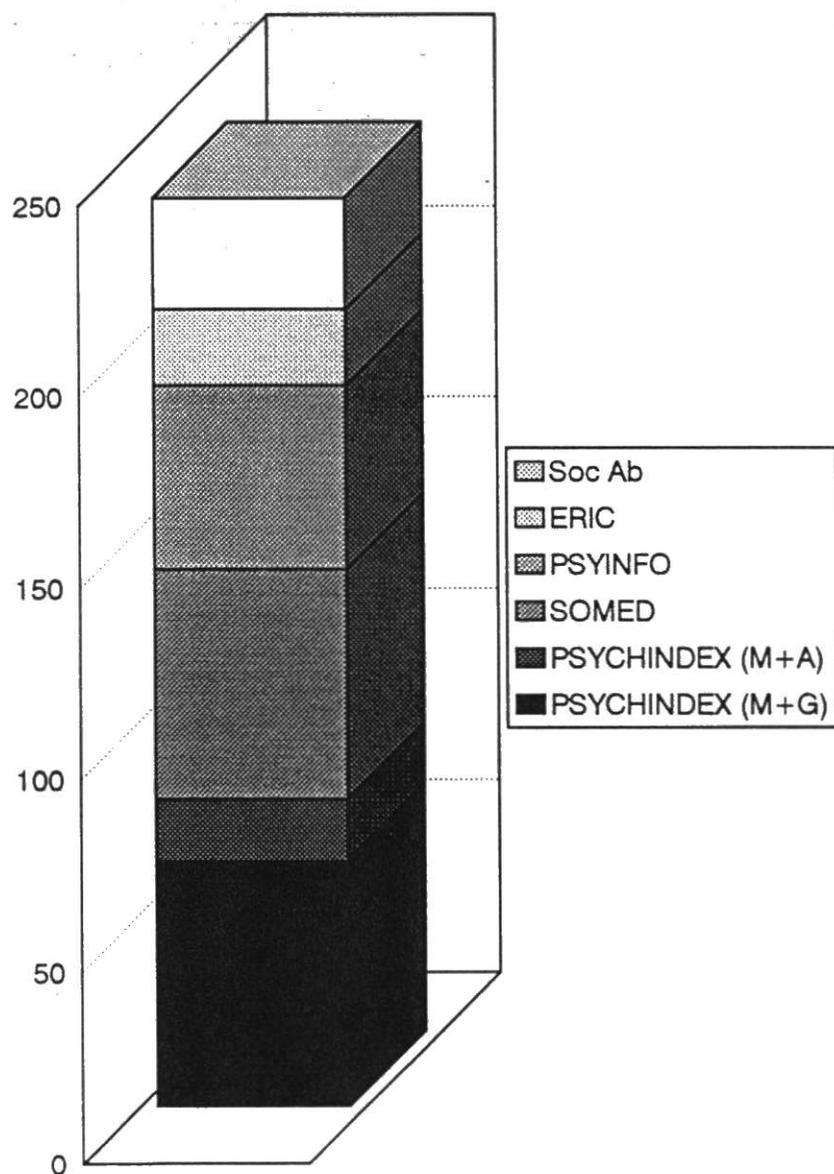
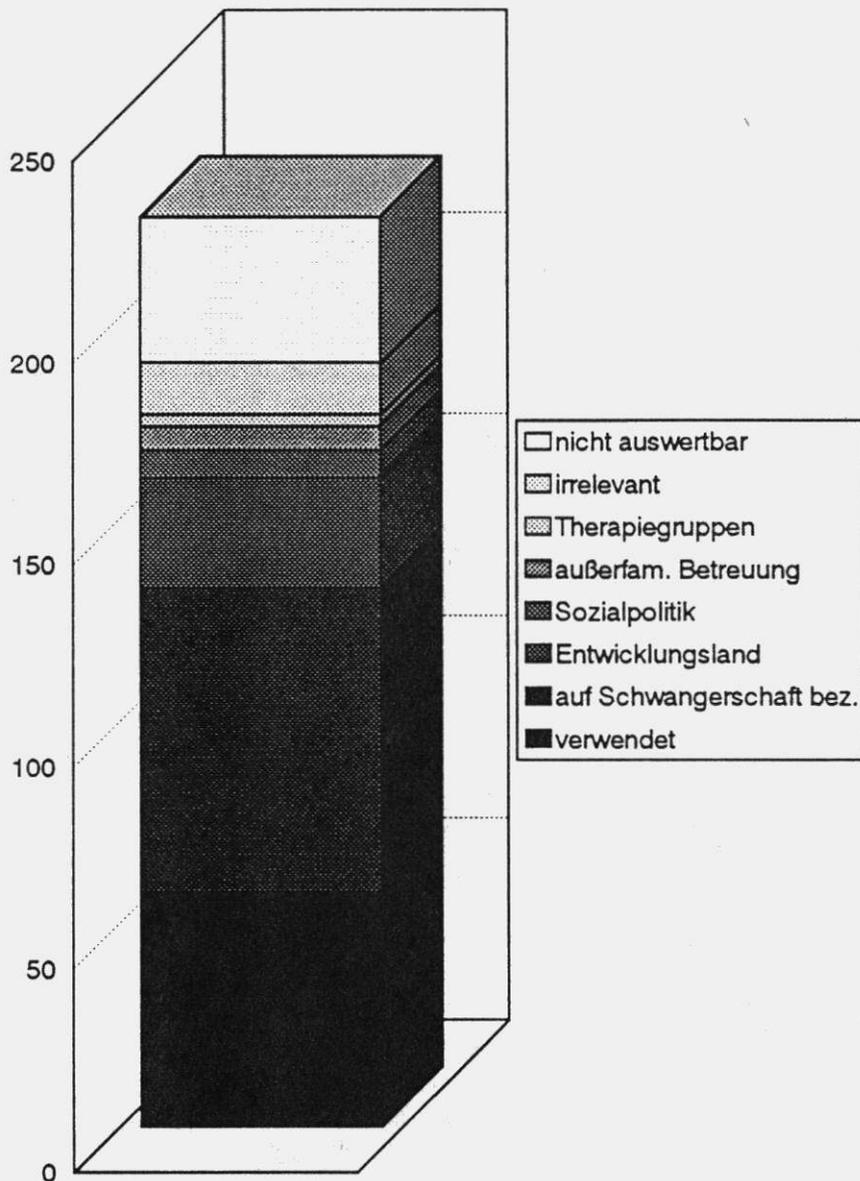


Abbildung 2: Gefundene Artikel nach Themenschwerpunkten



Einige weitere recht interessante Dinge lassen sich aber noch aus dieser quantitativen Darstellung erkennen:

Das Thema "Mütter und Gesundheit" ist offenbar besonders häufig bei Frauen aus der dritten Welt untersucht; eine Durchsicht der Titel der entsprechenden Untersuchungen ergab, daß es sich hier vor allem um Themen wie Hygieneerziehung, Ausbildung der Mütter in Grundfragen der Ernährung und bei akuten Erkrankungen handelte. Insbesondere wurden Mütter in ländlicher Wohnsituation, also da, wo medizinische Versorgung meistens besonders schlecht ist, berücksichtigt.

Ein Teil der Forschungsarbeiten (N=36, =15 %) war für mich nicht auswertbar, da die Literatur entweder in einer Sprache war, die ich nicht verstehe oder in Form von ausländischen Dissertationen, die in Deutschland nicht ausleihbar sind. Daß diese Literatur nicht verfügbar ist heißt aber auch, daß das Thema offenbar nicht interessant genug erscheint, als daß es für eine öffentliche Publikation angenommen wird.

Ein Teil der Literatur (N = 25, =10,4 %) wurde nicht berücksichtigt, weil es sich um für das Thema irrelevante Literatur handelte. Entweder waren die "Kinder" bereits selbst erwachsen, es handelte sich um Untersuchungen von Müttern, die nicht mit ihren Kindern zusammenlebten und ähnliches.

Die folgende Übersicht stellt die Suchwege der ergiebigsten Datenbankrecherchen vor, außerdem die Treffergruppen, die in der inhaltlichen Analyse nicht berücksichtigt werden.

Übersicht 1: Suchwege der ergiebigsten Datenbankrecherchen

Datenbank: Psychologischer Index

Suchweg: "Mütter" und "Gesundheit"

insgesamt:.....	64
verwendet :.....	17
nicht verwendet:.....	47
davon	
Texte über Schwangerschaft, Geburt, künstliche Befruchtung:.....	21
Sozialpolitik, öffentliches Gesundheitswesen:.....	7
Außerfamiliäre Betreuung, Modellprojekte:.....	6
Untersuchungen, wo Erwachsene retrospektiv über ihre Kindheit befragt wurden:	2
Untersuchungen über Familienfrauen, deren Kinder aus dem Haus sind:.....	2
Untersuchungen über Jugendliche:	1
Dissertationen (Ausland), d.h. nicht zu bekommen:.....	2
Verschiedenes (Untersuchungen an Kindern, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorgestellt werden, Gesprächsgruppen für Eltern psychosomatisch erkrankter Kinder, der Kinderarzt als Psychotherapeut, Auswirkungen von Umweltfaktoren auf die Körpergröße von Schulkindern):.....	6

Suchweg: "Mütter" und "Alkoholabhängigkeit"

insgesamt:.....	16
verwendet:.....	1
nicht verwendet:.....	15
davon	
Schwangerschaft:.....	4
Auswirkungen der Alkoholembryopathie auf die kindliche Entwicklung:.....	3
Therapiegruppen:.....	3
Untersuchungen über Jugendliche:.....	2
Untersuchungen, in denen erwachsene Frauen über ihre Kindheit befragt wurden:.....	2
Dissertation:.....	1

Datenbank: SOMED

Suchweg: "Mutter" und ("Krankheit" oder "Krankheitsbegriff" oder "Krankheitsverlauf" oder "psychische Krankheit" oder "Gesundheit" oder "Gesundheitsförderung" oder "Gesundheitspolitik" oder "Gesundheitsverhalten" oder "Gesundheitszustand" oder "Drogenabhängigkeit" oder "Eßstörungen" oder "Bulimie" oder "Alkoholismus")

insgesamt:.....	60
verwendet:.....	22
nicht verwendet:.....	38
davon	
Schwangerschaft, Geburt:.....	13
Untersuchungen über physiologische Parameter bei Säuglingen (z.B. "Hepatitis C virus infection in infants whose mothers took street drugs intravenously"):.....	6
Untersuchungen, die in Entwicklungsländern oder der UDSSR durchgeführt wurden oder wo es um besondere Bevölkerungsgruppen geht (ethnische Minderheiten, USA), deren Ergebnisse nicht übertragbar sind:.....	7
Nicht bekommen:.....	6
Methodenartikel über einen Fragebogen:.....	1
In einer Sprache geschrieben, die ich nicht verstehe:.....	1
Historisches:.....	1
Jugendliche:.....	2
erwachsene Frauen, deren Mütter früh starben:.....	1

Datenbank: PSYCINFO

Suchweg: ("mothers" oder "unwed mothers") und ("health not hygiene" oder "health promotion" oder "health attitudes" oder "eating disorders" oder "drug abuse") und ("children" oder "infants")

insgesamt:.....	38
verwendet:.....	9
nicht verwendet:.....	29

davon	
Schwangerschaft:.....	10
Entwicklungsländer, UDSSR, nicht übertragbar:	3
Dissertationen (Ausland, bekommt man nicht):.....	13
Nicht bekommen:.....	3

Suchweg: "childrearing practices and health"

insgesamt:.....	10
verwendet:.....	2
nicht verwendet:.....	8
davon	
Entwicklungsländer, UDSSR, nicht übertragbar:	3
In einr Sprache geschrieben, die ich nicht verstehe:	2
Dissertationen:.....	1
Nicht bekommen:.....	1
Jugendliche:	1

Datenbank: ERIC

Suchweg: ("Mothers" oder "unwed mothers" oder "parents") and ("health behavior" oder "health impaired" oder "health policy" oder "health activities" oder "child rearing and health")

insgesamt:.....	20
verwendet:.....	2
nicht verwendet:.....	18
davon	
Schwangerschaft:.....	8
Entwicklungsländer, UDSSR, nicht übertragbar:	5
nicht bekommen	3
Jugendliche:	2

Datenbank: Sociological Abstracts

Suchweg: ("mothers" oder "unwed mothers" oder "parents") und ("health" oder "health behavior" oder "health impaired" oder "health policy")

insgesamt:.....	29
verwendet:.....	5
nicht verwendet:.....	24
davon	
Schwangerschaft:.....	10
Entwicklungsländer, UDSSR, nicht übertragbar:	9
nicht bekommen:	2
in einer Sprache, die ich nicht verstehe:.....	1
Jugendliche:	2

Eine quantitative Auswertung der übrigen Literaturquellen ist nicht möglich - insgesamt kann lediglich festgestellt werden, daß die Trefferquote sehr gering war. Mich persönlich hat dabei sehr überrascht, wie wenig der Literatur zum Thema "Frauen und Gesundheit" für das Thema "Mütter und Gesundheit" verwertbar ist. Ich werde im Rahmen von Punkt 7 intensiv auf diesen Aspekt eingehen.

4. Qualitative Auswertung

4. 1. Die Relevanz des Themas oder: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

In einer jüngst (1992) vom BUNDESMINISTER FÜR FRAUEN UND JUGEND herausgegebenen Studie über die Gleichberechtigung hatten die Befragten zu entscheiden, welches ihnen der wichtigste Lebensbereich sei: Beruf, Partnerschaft, Freunde oder Kinder. Übereinstimmend nannten alle Befragten die Partnerschaft (vgl. Tab. 2), die Männer deutlicher als die Frauen. An zweiter Stelle folgen bei den Frauen die Kinder, bei den Männern der Beruf. Für die Frauen in Westdeutschland fällt besonders auf, daß sie die Kinder mehr als doppelt so häufig als die Männer als wichtigsten Lebensbereich angeben, daß von ihnen andererseits aber auch die Partnerschaft doppelt so häufig wie die Kinder als wichtigster Lebensbereich angegeben wird, wohingegen bei den Frauen im Osten die Partnerschaft nur unwesentlich häufiger als die Kinder als wichtigster Lebensbereich genannt wird.

Auf die Frage nach der Aufgabenverteilung im Haushalt zeigt sich: der Haushalt ist Sache der Frauen, in Westdeutschland noch ein wenig mehr als im Osten. Nach ihrer subjektiven Einschätzung übernehmen die beiden Geschlechter jeweils etwas mehr Arbeiten als der/die jeweils andere den Eindruck hat. Auf die Frage nach der Wertigkeit der Hausarbeit stimmten in Ost und West jeweils 91 % der Befragten darin überein, daß die Arbeit im Haushalt und in der Familie genauso hoch bewertet werden müsse wie die im Beruf. Und auch noch interessant: In bezug auf die subjektive Zufriedenheit mit dieser Verteilung der Hausarbeit befragt, stellt die Studie fest: "Trotz dieser recht ungleichen Verteilung der Aufgaben im Haushalt sind 88 % der Frauen im Westen und 89 % der Frauen im Osten im Großen und Ganzen mit der Aufgabenverteilung im Haushalt zufrieden. Ganze 9 % der Frauen im Westen und 7 % der Frauen im Osten meinen, der Mann sollte im Haushalt mehr tun. Diese Meinung findet sich auch bei 2 % der Männer sowohl im Osten wie im Westen; die übrigen Männer sind im Großen und Ganzen zufrieden mit der Aufgabenverteilung." (BmFJ 1992, S.29)

Tabelle 2: Einstellungen von Frauen und Männern in West- und Ostdeutschland zu verschiedenen Bereichen der Haushaltsführung (Quelle: Der Bundesminister für Frauen und Jugend 1992)

	WEST		OST	
	männlich N = 732	weiblich N = 821	männlich N = 499	weiblich N = 580
Wichtigster Lebensbereich				
Partnerschaft	58	52	51	43
Kinder	12	27	17	39
Beruf	17	9	27	16
Freunde	10	9	4	2
Aufgabenverteilung	(N=501)	(N=588)	(N=391)	(N=457)
Putzen übernimmt				
der Mann	3	1	4	3
die Frau	75	79	70	69
Kochen übernimmt				
der Mann	7	7	6	8
die Frau	77	79	74	74
Einkaufen übernimmt				
der Mann	14	13	13	12
die Frau	46	57	38	45
Bewertung der Arbeit im Haushalt				
wie Beruf	90	91	90	91
nicht wie Beruf	9	8	10	9
Erziehungsurlaub für Väter				
finde ich gut	69	69	72	64
finde ich nicht gut	29	29	28	35
Erziehungsurlaub des Vaters in der eigenen Familie				
fände ich gut	46	50	51	49
fände ich nicht gut	50	46	48	50
Zuständigkeit bei der Erziehung kleiner Kinder				
die Mutter	33	27	33	34
der Vater	-	0	1	0
beide gleich	67	73	66	66

Den Erziehungsurlaub für Väter finden mehr als 2/3 aller Befragten gut. Auf die Frage jedoch, ob sie selbst diesen Erziehungsurlaub in Anspruch nehmen würden, geht die Akzeptanz merklich zurück: nur noch jeweils etwa die Hälfte der Befragten würde einen Erziehungsurlaub des Vaters in der eigenen Familie in Betracht ziehen. Männer und Frauen sind sich darin einig.

Große Übereinstimmung besteht auch bei Männern und Frauen hinsichtlich der Frage der Betreuung der kleinen Kinder: jeweils etwa 2/3 der Befragten meinen, diese Betreuung solle von Vater und Mutter zu gleichen Teilen übernommen werden, wobei zwischen den Geschlechtern größere Unterschiede in West- als in Ostdeutschland auftreten. Die westdeutschen Mütter sind die Gruppe, die am wenigsten häufig angibt, kleine Kinder sollten in erster Linie von der Mutter betreut werden.

Soweit Einstellungen und Meinungen - nun zu den Fakten.

Auskunft über die Realität gibt die Münsteraner Betreuungsstudie (TIETZE & ROSSBACH 1991), in der für 2.500 in deutschen Haushalten lebende Kinder von 0 bis unter 6 Jahren untersucht wurde, wer sie betreut. Methodik und Durchführung sind äußerst sorgfältig. Mit den Müttern der Kinder wurde ein ca. 1-stündiges standardisiertes Interview geführt. Für einen bestimmten Stichprobentag wurde zudem für jedes Kind ein Tagebuch geführt, in das in Halbstundenintervallen durch die jeweilige Betreuungsperson eingetragen wurde, was das Kind wo mit wem gerade machte. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte noch eine kurze Befragung der Mutter. Einige Ergebnisse sind zusammenfassend in den Tabellen 3 bis 5 dargestellt, jeweils getrennt für die beiden Altersgruppen 0 bis 2,11 und 3,0 bis 5,11 Jahren.

Tabelle 3: Häufigkeit des Vorkommens der verschiedenen Betreuungsformen in einer typischen Woche; Angaben in %. (Quelle: TIETZE & ROSSBACH 1991, S. 561)

Betreuung durch/in	Kinder unter drei Jahren N = 1.259	Kinder von drei bis unter sechs Jahren N = 1.288
<i>Kernfamilie</i>	100 %	100 %
darunter:		
Mutter	100 %	100 %
Vater	74,1 %	72,6 %
Geschwister	6,9 %	9,7 %
<i>Soziales Netzwerk</i> (Großeltern, and. Verwandte, Freunde/Nachbarn)	53,7 %	54,9 %
darunter:		
Großeltern	46,4 %	46,8 %
<i>bezahlte Personen</i>	6,9 %	7,9 %
darunter:		
Kinderfrau	3,2 %	3,6 %
Tagesmutter	1,7 %	1,3 %
Babysitter	2,1 %	3,5 %
<i>Institutionen</i>	3,2 %	63,0 %

Tabelle 3 gibt Auskunft darüber, welche Personen in welchem Umfang für die Kinderbetreuung aufkommen. Man sieht: Alle Kinder beider Altersgruppen werden regelmäßig von ihren Müttern betreut (in 99,0 % der Fälle handelt es sich um die leibliche Mutter). Der Vater ist nur in knapp 3/4 der Fälle (für mindestens 1 Stunde pro Woche) als *eigenständige* Hauptbetreuungsperson - d. h., ohne daß er sich mit der Mutter die Betreuung teilt - beteiligt. Die Autoren schließen: "Bei mehr als jedem vierten Kind tritt der Vater somit als Hauptbetreuungsperson nicht in Erscheinung, entlastet also die Mutter nicht, weder während der Woche noch am Wochenende. Soweit Väter an der Betreuung der Kinder beteiligt sind, erfolgt diese vorwiegend in Kooperation mit den Müttern" (TIETZE & ROSSBACH 1991, S. 560/561).

Tabelle 4: Zeitlicher Umfang in Stunden und Minuten der verschiedenen Betreuungsformen in einer typischen Woche; Durchschnitte für alle Kinder. (Quelle: TIETZE & ROSSBACH 1991, S. 562)

Betreuung durch/in	Kinder unter drei Jahren	Kinder von drei bis unter sechs Jahren
nicht-mütterliche	17:09	29:46
<i>Kernfamilie ohne Mutter</i>	9:55	10:44
darunter:		
Vater	9:24	9:52
<i>Soziales Netzwerk</i>	5:48	5:58
darunter:		
Großeltern	4:56	5:13
<i>bezahlte Personen</i>	1:0	0:54
<i>Institutionen</i>	0:23	12:15

Tabelle 4, in der der zeitliche Umfang der verschiedenen Betreuungsformen in einer typischen Woche dargestellt ist, zeigt, daß Mütter von Kindern unter 3 Jahren nur etwa 17 von 168 Stunden pro Woche von den Betreuungsaufgaben entlastet sind; bei den 3 bis unter 6-jährigen Kindern sind es knapp 30 Stunden. Väter sind dagegen ganze 9 Stunden von 168 für ihre Kinder selbständig verantwortlich. Hinzu kommen Zeiten, in denen sie gemeinsam mit den Müttern betreuen. Diese fallen nach Angaben der Autoren höher aus als die der eigenständigen Vaterbetreuung, werden jedoch in der Untersuchung nicht quantifiziert.

In der untersuchten Stichprobe waren 34,4 % der Mütter mit einem Kind unter 6 Jahren erwerbstätig, von den Müttern mit einem Kind unter 3 Jahren waren es 27,2 %. Etwa nur jede 6. Mutter war voll erwerbstätig, etwa 39 % arbeiteten unter 19 Stunden, 45 % zwischen 19 und 38 Stunden. Tabelle 6 zeigt die Betreuungssituation der Kinder von nicht erwerbstätigen und von vollzeitig erwerbstätigen Müttern (38,5 Stunden und mehr) an einem Werktag im Zeitraum von 5.30 Uhr bis 22.30 Uhr:

Tabelle 5: Betreuungsdauer in Stunden und Minuten an einem Werktag (Bezug: alle Kinder; Zeitraum 5.30 bis 22.30 Uhr) in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit der Mutter (Mittelwerte aus zwei Stichproben-tagen) (Quelle: TIETZE & ROSSBACH 1991, S. 567)

Betreuung durch/in	Kinder unter drei Jahren		Kinder von drei bis unter sechs Jahren	
	Mutter nicht erwerbstätig	Mutter voll erwerbstätig	Mutter nicht erwerbstätig	Mutter voll erwerbstätig
<i>Kernfamilie</i> (Mutter, Vater, Mutter + Vater, Geschwister)	16:19	12:18	14:16	10:43
<i>darunter:</i>				
Mutter	13:40	8:17	11:24	7:05
Vater	0:28	1:57	0:27	1:22
Mutter + Vater	2:08	2:02	2:16	2:09
<i>Soziales Netzwerk</i> (Großeltern, and. Verwandte, Freunde/Nachbarn)	0:32	3:34	0:42	2:07
<i>darunter:</i>				
Großeltern	0:24	3:03	0:27	1:56
<i>bezahlte Personen</i> (Kinderfrau, Tagesmutter, Babysitter)	0:02	0:33	0:03	0:47
<i>Institutionen</i>	0:00	0:30	1:47	3:07
<i>Niemand</i>	0:06	0:05	0:12	0:17

Wie man sieht, verringert sich die mütterliche Betreuung bei voll erwerbstätigen Müttern bei den unter 3-jährigen um knapp 5,5 Stunden, bei den 3 bis 6-jährigen um knapp 4,5 Stunden. Der Betreuungsaufwand der Väter erhöht sich bei voller Erwerbstätigkeit ihrer Frauen bei jüngeren Kindern um 1,5 Stunden, bei den älteren Kindern um 1 Stunde. Die Zeiten, in denen Mutter und Vater gleichermaßen für die Betreuung zuständig sind, bleiben gleich, es scheint sich hier um gemeinsame Mahlzeiten und vergleichbare familiäre Kernzeiten zu handeln.

Sehr vergleichbare Daten liegen aus Österreich vor: Laut Mikrozensus-erhebung führen 82 % aller über 15-jährigen Österreicherinnen einen

Haushalt, 63 % machen dies alleine. Fast 60 % der Mütter sind für die Betreuung der Kinder allein verantwortlich, bei den erwerbstätigen Frauen addiert sich damit ein Mehrstundenaufwand für den familialen Bereich um 5 Stunden und 5 Minuten hinzu. Erwerbstätige verheiratete Männer wenden hingegen für die Haushaltsführung nur 17 Minuten pro Tag, für die Kinderbetreuung 1 Stunde 31 Minuten auf. (GROSS, 1989).

Und auch in den USA scheint es nicht wesentlich anders zu sein: SCARR (1987a, 1987b) berichtet Daten aus einer amerikanischen Studie von Ziegler, die mir allerdings, da Kongreßpapier, nicht zugänglich ist. Nach SCARR fand Ziegler heraus, daß Männer mit Vorschulkindern und berufstätigen Ehefrauen nur 20 Minuten täglich mehr mit Hausarbeit verbringen als Ehemänner, deren Frauen ganztags zuhause sind. Väter mit berufstätigen Ehefrauen verbringen dieser Studie zufolge etwas weniger Zeit mit ihren Kindern als Väter, deren Ehefrauen zuhause sind. Dies wird damit erklärt, daß berufstätige Eltern ihre freie Zeit mit ihren Kindern gemeinsam verbringen. Für die Vollzeit-Mütter jedoch ergäbe sich nach der Heimkehr der Väter eine Möglichkeit, sich von den Anforderungen der Kinderbetreuung kurzzeitig zurückzuziehen.

Daß Väter wenig Entlastung bringen, zeigte sich auch in einer Untersuchung von BARTHOLOMEYCZIK ET AL. (1988), in der ca. 1.000 Frauen aus verschiedenen Berufsfeldern einen ausführlichen Fragebogen zu ihrer Gesundheit sowie ihren beruflichen und familiären Anforderungen ausfüllten. Es zeigte sich, daß 59 % der Frauen mit Mann und Kind nach Rückkehr von der Arbeit und dem Abendessen noch Hausarbeiten erledigten, bei Frauen mit Partner ohne Kind waren dies noch 46 %. "Nur die alleinlebenden Frauen haben ihre Abende hauptsächlich für ihre Freizeitgestaltung zur Verfügung. Männer im Haushalt scheinen also die Arbeit eher zu vermehren, anstatt zu einer Entlastung beizutragen" (BARTHOLOMEYCZIK ET AL. 1988, S. 72).

Eine in einer österreichischen Untersuchung befragte Frau drückte diesen Sachverhalt so aus: "Streß kommt nicht von der Arbeit, sondern von der Familie. Und zwar in der Reihenfolge, zuerst der Mann und dann die Kinder." (ERNST 1990, S. 93/94).

Betreuung von Kindern, so läßt sich aus diesen Untersuchungen eindeutig schließen, ist Sache der Mütter. Dies gilt offensichtlich nicht nur für gesunde Kleinkinder, sondern auch für kranke. Spezifische Untersuchungen zu dieser Fragestellung habe ich nicht gefunden, doch wirft eine Untersuchung aus Norwegen (STORHAUG 1983; eingehend dargestellt unter 4.7.) ein interessantes Licht auf dieses Thema: Die Studie wurde am Frambu-Gesundheitszentrum durchgeführt, einer Einrichtung für chronisch kranke und behinderte Kinder aus ganz Norwegen. Dieses Zentrum bietet für alle betreuten Kinder einen 12-Tages-Kurs an, und die Eltern werden mit Nachdruck darauf hingewiesen, an ihm teilzunehmen ("are urged to attend"). Die Eltern erhalten für diese Zeit vollen Lohnausgleich. Bis auf 5 nahmen alle der 725 Mütter der im Zeitraum von 1976 bis 1978 untersuchten Kinder an diesem Kurs teil, aber deutlich weniger als die Hälfte aller Väter: Bei den Vorschulkindern waren es etwas weniger als die Hälfte, bei den Schulkindern nur noch 1/3.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studien stützen meines Erachtens im vollen Umfang den Ansatz des Planungskonzeptes dieser Literaturanalyse, sich ausschließlich auf die Mütter zu konzentrieren. Obzwar Männer und Frauen davon überzeugt sind, daß die Betreuung von Kindern gemeinsame Sache der Eltern ist, sieht die Realität so aus, daß diese Aufgabe nahezu ausschließlich den Müttern obliegt. Für die Zeiten, in denen sie nicht selbst die Betreuung übernehmen können, liegt es in ihrer Zuständigkeit, andere Betreuungspersonen zu finden. Interessant auch diesbezüglich die Angaben bei TIETZE & ROSSBACH (1991): Die betreuenden Personen des sozialen Netzwerkes (vgl. Tab. 2) sind zu etwa 90 % die Großeltern, wobei (ohne Tabelle) die Großeltern mütterlicherseits mit einem Verhältnis von 60 % zu 40 % deutlich stärker beteiligt waren als die Großeltern väterlicherseits. Nicht angegeben ist leider, ob es bei den Großeltern nun primär die Großmutter oder der Großvater ist, die die Arbeit übernehmen - aber die Eindeutigkeit des Ergebnisses einer solchen Untersuchung ist wohl vorauszusehen.

Sehr deutlich geht übrigens darüberhinaus auch noch aus der Untersuchung von TIETZE & ROSSBACH hervor, daß sich der Aktivitätenalltag von Kindern erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Mütter nur geringfügig unterscheidet. Anhand der Tagebuchdaten konnte gezeigt werden:

"Kinder erwerbstätiger Mütter sind knapp eine halbe Stunde länger wach und sind eine halbe Stunde mehr in interaktionsintensive Tätigkeiten wie Tisch-, Rollenspiele, Gespräche und Schmusen einbezogen. Kinder erwerbstätiger Mütter sind eine knappe halbe Stunde weniger allein bei ihren Tätigkeiten; sie üben eine halbe Stunde länger als die Kinder nicht erwerbstätiger Mütter Tätigkeiten aus, an denen Erwachsene beteiligt sind... Die erwerbstätigen Mütter beteiligen sich eine gute Stunde weniger an den Tätigkeiten ihrer Kinder als nicht erwerbstätige Mütter; allerdings ist mit etwa 3 1/2 Stunden Beteiligung an kindlichen Tätigkeiten auch bei ihnen ein erhebliches Maß an Beteiligung gegeben. Dabei ist eine interessante Verschiebung bei der Art der Tätigkeiten zu beobachten: Die erwerbstätigen Mütter schränken ihre Beteiligung an Routinetätigkeiten des Kindes wie Essen oder Waschen ein. Trotz verringerter Betreuungszeit sind sie an interaktionsintensiven Tätigkeiten des Kindes im selben zeitlichen Umfang beteiligt wie die nicht erwerbstätigen Mütter." (TIETZE & ROSSBACH 1991, S. 569).

Nicht untersucht - soweit mir bekannt - aber hoch interessant wäre, von wessen Gehalt bei berufstätigen Paaren die Betreuungspersonen für die Kinder bezahlt werden. Recht häufig habe ich schon den Satz von Frauen gehört: "Mein Gehalt geht ja fast vollständig für die Kinderfrau drauf". Meine Hypothese ist, daß die Bezahlung der Betreuungsperson weniger als gemeinsame Sache der Eltern denn als Aufgabe der Frau betrachtet wird. TIETZE & ROSSBACH (1991) geben an, daß Einkommensverluste, die aufgrund von Betreuungsaufgaben entstehen, zu 98 % die Mütter betreffen. 60 % der von ihnen untersuchten berufstätigen Mütter hatten aus betreuungsbezogenen Gründen ihre Arbeitszeit reduziert.

Zum Abschluß dieses Kapitels eine kleine Szene, die HAUG-SCHNABEL (1992) schildert: "Im Autoradio hörte ich den Musikwunsch einer Frau, den sie folgendermaßen begründete: 'Ich wünsche mir für meinen Mann Martin das Lied ... als Dank, weil er unsere 3 Kinder versorgt hat, während ich 14 Tage im Krankenhaus lag und operiert wurde. Heute bin ich nach Hause gekommen. Ich habe mich frühzeitig entlassen lassen, weil ihm die große Belastung nicht länger zuzumuten war. Ich danke dir, lieber Martin, von Herzen für deine nicht wieder gutzumachende Hilfe!'" (HAUG-SCHNABEL 1992, S. 58/59).

4.2. Die Verantwortung der Mütter für die Gesundheit ihrer Kinder

In dem gleichen Artikel berichtet HAUG-SCHNABEL aus einer Enuresis-Sprechstunde, die sie über zwei Jahre an der Universitäts-Kinderklinik in Freiburg durchführte. In dieser Sprechstunde hatten betroffene Kinder und ihre Eltern, nachdem organische Ursachen für das Einnässen ausgeschlossen waren, die Möglichkeit, über ihre Probleme zu sprechen. Im Auswertungszeitraum nahmen 51 Kinder, 25 Jungen und 26 Mädchen, das Angebot wahr. In 46 Fällen wurden die Kinder von der Mutter, in 2 vom Vater begleitet, 2 Kinder kamen mit beiden Elternteilen. Von den 49 anwesenden Müttern äußerten 38 den Verdacht, sie seien am Einnässen des Kindes Schuld oder trügen zumindest eine Mitschuld: "Nicht erwerbstätige Mütter hatten die Erfahrung gemacht, daß man sich wunderte, daß sie die Kinder nicht trocken bekämen, obwohl sie* ja den ganzen Tag zu Hause wären und Zeit für die Kinder hätten.

Erwerbstätige Mütter bekamen dagegen als Erklärung für das Problem zu hören, daß 'der einzige Grund für das Einnässen ja klar wäre, sie wären ja nicht zuhause, das Kind wäre ja ohne Mutter!'" (HAUG-SCHNABEL 1992, S. 58).

Daß die Mütter für die Gesundheit ihrer Kinder zuständig sind, zieht sich als impliziter roter Faden durch nahezu alle Arbeiten, die recherchiert wurden. Es ließ sich jedoch keine Untersuchung finden, die diesen Aspekt und die Auswirkungen der Implikationen empirisch überprüft. So gibt es zwar Untersuchungen, die überprüfen, inwieweit sich die Einstellung zu Beruf und Berufstätigkeit von Frauen auf Gesundheit und Zufriedenheit von Müttern auswirkt, aber ich habe keine Untersuchung gefunden, die die diesbezügliche Akzeptanz der Mutterrolle überprüft. Es gibt auch verschiedene Untersuchungen darüber, inwieweit sich unterschiedliche Belastungen der Mütter auf Mütter und Kinder auswirken, dies insbesondere unter Berücksichtigung von Berufstätigkeit von Müttern, aber es gibt keine Untersuchung darüber, wie sich die der Mutter zugesprochene und von ihr ja auch in der Regel übernommene Verpflichtung, für die Gesundheit der Kinder Sorge zu tragen, auf die Mutter selbst auswirkt - weder auf ihr körperliches oder psychisches Befinden, noch auf ihr konkretes Handeln.

* Hervorhebungen in Zitaten hier und im gesamten Text entsprechen der Schreibweise im Original.

Ich meine sogar, daß ich nach der sehr ausführlichen Literaturrecherche folgende Aussage machen kann: diejenige nämlich, daß eine Überprüfung des Belastungsprofils von Müttern, also der Tätigkeit von Frauen als Mütter, bisher noch gänzlich aussteht. In der gesamten Belastungs-, Streß- und Gesundheitsforschung werden Mütter nicht als Mütter untersucht sondern als Hausfrau und Mutter.

Die meisten empirischen Untersuchungen vergleichen diese Hausfrau und Mutter mit berufstätigen Frauen mit und ohne Kindern. Untersucht werden jeweils die streßvollen Bedingungen "zu Hause", gerne auch "familiärer Bereich" genannt, gegenüber denjenigen "im Beruf".

Der Bereich der Familienarbeit, also der Arbeitsplatz der Hausfrau und Mutter wird - so etwa bei BARTHOLOMEYCZIK & THIEMANN (1983) - in drei Bereiche aufgeteilt: die Hausarbeit, die Konsumarbeit und die Beziehungsarbeit. Diese drei Bereiche gelten als in Wechselbeziehung miteinander stehend.

Ein Teil der Mutter-Arbeit läßt sich sicherlich gemäß der obigen Einteilung der Beziehungsarbeit subsummieren - aber diese beiden Arbeitsfelder sind nicht deckungsgleich, und was die Arbeit des Mutterseins ausmacht, wurde bisher noch nicht analysiert.

Diese Aussage bestätigt sich meines Erachtens durch Ergebnisse der Begleitforschung zu einem zwischen 1986 und 1989 in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungs-Projekt (BREITWIESER, DONAUER, ELSIGAN und GROBMANN 1989) in dem versucht wurde, die Aspekte der in der Familie von Frauen zu leistenden Beziehungsarbeit quantitativ zu erfassen. Befragt wurden Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren, die fast alle verheiratet waren und mehrere Kinder hatten. Weit über die Hälfte der Frauen arbeitete neben den familiären Aufgaben in außerhäuslichen Bereichen, vorwiegend in der Landwirtschaft oder als Arbeiterinnen oder Angestellte.

Von diesen Frauen gaben über 3/4 an, die erste Person in der Familie zu sein, die Unterstützung anbiete, wenn eine anderes Familienmitglied an Kummer leide und Trost brauche; 3/4 gaben auch an, die erste Person zu sein, die helfe, wenn die Kinder Probleme hätten; über die Hälfte gab an, immer von einem schlechten Gewissen befallen zu werden, wenn sie merkten, daß es dem Partner schlecht gehe; über 1/3 gab an, daß sie für die harmonische Gestaltung des Familienlebens alleine zuständig seien und ebenfalls über 1/3 gab an, daß die eigenen Sorgen und Probleme immer allein gelöst werden müßten.

Auch dieser Versuch einer Quantifizierung dürfte sich somit keinesfalls mit dem Belastungsprofil "Mutter" decken, doch scheint er mir ein erster Schritt in eine dringend zu verfolgende Richtung. Momentan gilt, daß der häusliche Bereich nicht in einen Bereich "Aufgaben als Mutter" und einen zweiten "Aufgaben als Hausfrau" aufgeteilt wird. Ich habe keine Untersuchung gefunden, in der die verschiedenen "familialen" Tätigkeiten im Haushalt ausdifferenziert und in bezug auf ihre Belastung überprüft worden wären. Da ich nicht spezifisch Literatur zum Thema "Frauen und Arbeit" gesucht habe, schließe ich nicht aus, daß es Arbeitsplatzbeschreibungen des Arbeitsplatzes "Haushalt" gibt. Gleiches für den Arbeitsplatz "Mutter" scheint es jedoch nicht zu geben.

Wenn ich somit auch keine Literatur gefunden habe, die direkte Schlüsse auf die Verantwortung der Mütter für die Gesundheit ihrer Kinder und die Belastungen, die sich für die Mütter aus dieser Verantwortungsübernahme ergeben, zuläßt, so denke ich doch, daß ich im Hinblick auf eine von der BzGA zu erstellende Broschüre einige wichtige Ergebnisse aus Untersuchungen zutage fördern konnte:

FTHENAKIS (1989) stellt nach einer ausführlichen Literaturübersicht zur Frage der Auswirkungen von mütterlicher Berufstätigkeit und außerfamilialer Betreuung auf die Entwicklung von Kindern fest, daß Kinder, die Tagesbetreuungseinrichtungen besucht haben, sich in zwei sozialen Dimensionen von ausschließlich zuhause aufwachsenden Kindern unterscheiden:

Sie zeigen von der Kleinkindzeit bis in die frühe Schulzeit positive Beziehungen zu Gleichaltrigen, wobei sie ausschließlich zuhause erzogenen Kindern hinsichtlich positiver sozialer Interaktionen, der Komplexität des Spiels, ihres sozialen Vertrauens, ihres Interesses an Gleichaltrigen und ihrer Beliebtheit überlegen sind.

Zum zweiten erfüllen Kinder, die Tagesbetreuungseinrichtungen aufgesucht haben, seltener als zuhause betreute Kinder Erwachsenenstandards hinsichtlich Verhalten und Gehorsam, und sie zeigen mehr Durchsetzungsverhalten in Gruppensituationen.

In bezug auf die intellektuelle Entwicklung zeigten sich positive Effekte der Tagesbetreuung insbesondere für Kinder, deren Intelligenzwerte abzufallen drohen und bei Mädchen. Während sich bei in Tagesbetreuung befindlichen und ausschließlich zuhause groß werdenden Jungen keine Unterschiede in der intellektuellen Entwicklung zeigten, ließen sich bei Töchtern eindeutig positive Effekte einer außerhäuslichen Betreuung sichern.

Positive Effekte zeigten sich auch bei Kindern "depressiver oder wenig kompetenter Mütter" und von Kindern aus "konfliktreichen Familien" (FTHENAKIS 1989, S. 19).

Die Auswirkungen von Fremdbetreuung wurden auch im von der Bundesregierung geförderten Modellprojekt "Tagesmütter" überprüft (PERMIEN & ROMMELSPACHER 1980). Verglichen wurden 61 Kinder, die mindestens zwei Jahre im Rahmen des Modellprojektes in Tagespflege betreut worden waren mit 61 Familienkindern. Die Gruppen waren hinsichtlich demographischer und psychosozialer Parameter parallelisiert. Fragestellungen der Untersuchung waren:

- Stellt tägliche Wechselbetreuung in den ersten 3 Lebensjahren des Kindes eine Belastung der Mutter-Kind-Beziehung dar?
- Sind Verhaltensstörungen bei den Kindern zu beobachten?
- Ist eine erhöhte Konflikthaftigkeit der Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten?

Veränderungsmaße waren Selbst- und Fremdbeurteilung, außerdem Entwicklungstests und Videoaufzeichnungen der direkten Interaktion der Mütter mit ihren Kindern. Es zeigte sich:

- Intelligenzentwicklung, Selbstständigkeitsentwicklung und Kooperation mit den Gleichaltrigen waren bei beiden Gruppen der Kinder gleich.
- Berufstätige Mütter berichteten im Interview über mehr offene Konflikte mit ihren Kindern als die Familienmütter. Familienmütter tendierten eher dazu, Unstimmigkeiten durch Ablenken des Kindes beizulegen.
- Bei den Tagespflegekindern zeigte sich ein deutlich höheres Maß an sozialer Kompetenz, sie waren weniger ängstlich, im Kontakt mit Fremden aufgeschlossener, außerdem interessierter und selbständiger im Spiel.

Gegenüber den Familienkindern erwiesen sie sich nicht als aggressiver oder unruhiger.

- Eine interessante Diskrepanz ergab sich zwischen Selbstbeurteilung der Mütter und der Fremdbeobachtung durch ExpertInnen hinsichtlich der Konflikte zwischen Mutter und Kind: Die berufstätigen Mütter berichteten mehr Konflikte mit ihren Kindern als die Familienmütter. Die Auswertung von Videoaufzeichnungen zeigte jedoch, "daß die Familienkinder auf freundliche Annäherung ihrer Mütter signifikant häufiger zurückweisend reagieren als die Tagespflegekinder, daß sich also in dem beobachteten Interaktionsausschnitt die Beziehung der Familienkinder zu ihren Müttern als konfliktreicher darstellt als bei den Tagespflegekindern. (PERMIEN & ROMMELSPACHER, S. 219).

Zum Abschluß noch eine Überlegung zum "Belastungsprofil Mutter": In mehreren Untersuchungen (vergleiche 4.4.; 4.7.3.) zeigte sich, daß soziale Unterstützung keinen eindeutig positiven Effekt auf das Ausmaß erlebter Belastung oder auf konkrete Verhaltensweisen wie z. B. den Medikamentenverbrauch hat. Dies legt die Hypothese nahe, daß soziale Unterstützung von Frauen unter Umständen auch als Mehr an Belastung erlebt werden kann. Da sie diejenigen sind, die die soziale Arbeit in der Familie leisten müssen, bedeutet soziale Unterstützung von anderen für sie eventuell auch ein Mehr an eigener Belastung und Verpflichtung. Möglich auch, daß Frauen, da sie nicht gelernt haben, Unterstützung anzunehmen, sich durch die Hilfe anderer eher verpflichtet fühlen. Eine weitere Hypothese, die es in diesem Zusammenhang zu überprüfen gälte, ist, daß Frauen eventuell bei der Annahme von Hilfe in eine Zwickmühle geraten: Bestätigen sie doch damit, daß sie nicht in der Lage sind, ihre Aufgaben alleine zu erfüllen, daß sie schwach sind und inkompetent. Auf die Rolle der Mutter bezogen muß ein solches Denken zwangsläufig zu einer Überforderungssituation und auch zu sozialer Isolierung führen - beides keine guten Bedingungen für Gesundheit und gesundheitsbezogenes Handeln.

4. 3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Müttern

Bis auf zwei Untersuchungen waren alle, die diesem Punkt zugeordnet werden konnten, methodisch gleich aufgebaut. Sie verglichen jeweils berufstätige mit nicht berufstätigen Müttern. Untersucht wurden dann wiederum die Bedingungen, die sich durch Haushalt und Kinder auf der einen und den Beruf auf der anderen Seite ergaben. Die spezifischen Bedingungen des Mutterseins blieben auch in diesen Untersuchungen - zumindest in den Fragestellungen - außen vor. In den Ergebnissen zeigte sich manchmal eine Differenzierung in qualitativen Untersuchungen. Das bedeutet: immer dann, wenn die Frauen selbst ihrer Belastung Ausdruck geben konnten, nannten sie auch Dinge, die die Kinder betrafen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt, die im Hinblick auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand der Frauen und ihr Gesundheitsverhalten wichtig sind.

Zunächst zu den beiden Untersuchungen, die nicht zentral auf die Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Frauen ausgerichtet sind:

HERMES & REUTTER (1980) untersuchten die Beschwerdebilder von Frauen in Mütterkurheimen und verglichen diese mit Beschwerdebildern von Frauen in einer psychosomatischen Klinik. Untersucht wurden insgesamt N = 100.210 Frauen im Zeitraum von 1972 bis 1976. Insgesamt zeigte sich, daß diese Frauen, die aus der Sicht der Leistungsträger und auch aus ihrer eigenen Perspektive nicht krank waren, sondern nur "zur Kur" führen, unter massiven psychosomatischen Beschwerden litten. Unter den Diagnosen der Hausärzte fanden sich als häufigste: neurovegetative Störungen (61,4 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (57,7 %), psychische Störungen (17 %) und Übergewicht (15,5 %). Die Frauen selbst gaben während des Aufenthaltes an, folgende Störungen träten bei ihnen "erheblich" oder "sehr stark" auf:

Kreuz- und Rückenschmerzen	45,2 %
Nacken- oder Schulterschmerzen	40,5 %
Kopfschmerzen	38,9 %

starkes Schwitzen	38,1 %
rasche Erschöpfbarkeit	35,7 %
Schlafstörungen	33,3 %
Gelenk- oder Gliederschmerzen	29,4 %
Müdigkeit	29,4 %
kalte Füße	29,4 %
Schwächegefühl	28,6 %

Nach gegenwärtig besonders belastenden Lebensbedingungen gefragt, nannten die Frauen vor allem:

- Scheidung,
- Versorgung eines kranken Kindes und
- Ehe- und Erziehungsschwierigkeiten.

Die zweite Untersuchung ist von der untersuchten Klientel her - Bäuerinnen im Landkreis Biberach - sehr spezifisch, aber methodisch sehr interessant und inhaltlich in bezug auf die Fragestellungen der Literaturrecherche recht ergiebig. Die Autorinnen (WONNEBERGER, LASCH, MLASOWSKY & ELGAR 1992) führten Gespräche mit drei Gruppen von je 8 - 10 Bäuerinnen durch. Alle Frauen waren knapp unter 40 Jahren, massiv belastet durch Haushalt, Beruf und Kinder; der durchschnittliche Arbeitstag wird mit 6 bis 22 Uhr angegeben.

Als ein Ergebnis stellten die Autorinnen fest, daß bei den Bäuerinnen wenig Gesundheitsbewußtsein vorhanden ist. Auf Fragen wie "Was ist Gesundheit für Sie?" oder "Was halten Sie von aktiver Gesunderhaltung?" herrschte in den Gruppen Schweigen. Den Frauen wird eine extreme Durchhalte-Orientierung attestiert. Körperliche Leistungsfähigkeit gilt als selbstverständlich, Anzeichen von Erkrankungen werden möglichst ignoriert, Krankheitssymptome so lange wie möglich verleugnet. Wenn Symptome nicht mehr verleugnet werden können, tritt als erster Schritt Selbstmedikation ein, der Gang zum Arzt erfolgt erst dann, wenn es wirklich nicht mehr geht. Vorsorgeuntersuchungen werden, wenn überhaupt, im Winter wahrgenommen. Maßnahmen, die gemeinhin als gesundheitsfördernd beziehungsweise der Gesundheitserhaltung dienend gelten wie Kuren, Massagen, sportliche Betätigung, gelten innerhalb des bäuerlichen Umfelds

als Zeichen dafür, daß die Frau nicht genug arbeitet. Eine Bäuerin berichtete z. B. darüber, daß sie manchmal abends bei Dunkelheit noch ein wenig Fahrrad fährt - tagsüber könne sie das im Dorf auf keinen Fall tun.

Gesundheit ist damit eine notwendige Voraussetzung, den Alltag zu schaffen. Sie wird als Selbstverständlichkeit genommen gemäß dem Motto: "Gesund muß man schon sein zum Schaffen".

In bezug auf ihre Kinder zeigte sich deutlich ein Konflikt zwischen dem Erziehungsverhalten, wie es noch in der vorigen Generation auf dem Bauernhof üblich war und den vom Mittelstand geforderten Prinzipien einer Frühförderung für die Kinder. Früher habe man die Kinder "einfach mitlaufen" lassen, sie zum Kartoffelklauben mitnehmen können oder "mit dem Kälberstrick auf den Traktor aufgebunden, weil festbinden muß man sie schon, das ist ja klar" (WONNEBERGER ET AL. 1992, S. 52). Heute fragen sich die Bäuerinnen, ob sie eventuell mehr mit dem Kinderwagen hätten fahren sollen. Die neue gesellschaftliche Norm, nach der ein Kind gefördert werden muß, paßt nicht in das Lebensumfeld der Bäuerinnen - gleichwohl plagen sie Schuldgefühle, daß sie diese Normen nicht erfüllt haben.

Die Selbstdarstellungen der Bäuerinnen decken sich im übrigen sehr mit den Befragungen ihrer Ärzte, die alle das Gesundheitsverhalten von Bäuerinnen schlechter beurteilten als dasjenige von städtischen Frauen. Die Bäuerinnen zeigten keinerlei Schonverhalten, hielten etwa Rückenschmerzen für normal bei schwerer Arbeit, neigten dazu, Beschwerden zu bagatellisieren und seien vor allem gänzlich uneinsichtig in bezug auf das Ernährungsverhalten. Die Autorinnen schließen, daß das Thema Gesundheit für Bäuerinnen kein Thema ist.

Spezifische Belastungssituationen der Frauen und ihre darauf bezogenen gesundheitsrelevanten Reaktionen wurden in der Untersuchung nicht erfragt.

Die größte Gruppe von Untersuchungen, die sich mit Fragen der Gesundheit und von gesundheitsschädigenden Belastungen von Müttern auseinandersetzt, vergleicht diesbezüglich berufstätige mit nicht berufstätigen Müttern. WALKER & BEST (1991), die einen Überblick über diese Forschung geben, schlußfolgern als deren globales Ergebnis, daß Berufstätigkeit einen positi-

ven beziehungsweise neutralen Effekt auf die psychische und körperliche Gesundheit von Frauen hat. Bereits 1982 hatten WARR & PARRY eine vergleichbare Literaturanalyse vorgenommen. Sie verglichen 38 Studien über die Auswirkungen von Beschäftigung auf das psychische Befinden von Frauen. Sie fanden entweder positive Effekte der Berufstätigkeit oder konnten keine Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Frauen feststellen. In keiner einzigen Untersuchung war die Berufstätigkeit negativ mit dem psychischen Wohlbefinden der Frauen assoziiert.

Ich stelle im Folgenden drei deutsche Untersuchungen vor, die diese Fragen untersuchen:

BARTHOLOMEYCZIK (1982) untersuchte mittels eines standardisierten Fragebogens N = 549 verheiratete Frauen mit mindestens einem Kind, das bei der Frau lebte. Die Frauen waren zwischen 30 und 49 Jahren alt und lebten in zwei norddeutschen Kleinstädten, Nordenham und Brake. Eine Vergleichsstichprobe bestand aus N=382 Männern.

Die Fragestellung der Untersuchung lautete: Unterscheiden sich erwerbstätige Frauen von nicht erwerbstätigen in der Prävalenz von Angina pectoris beziehungsweise in pathologischen Symptomen des Ruhe-EKG?

Es zeigte sich:

Das Risiko, im Alter zwischen 30 und 49 Jahren eine Angina pectoris zu bekommen, ist bei den Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern, bei den ausschließlich als Hausfrau tätigen Frauen sogar fast dreimal so hoch. Ähnliches zeigte sich im EKG: Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Infarktzeichen und Repolarisationsstörungen war bei den Frauen insgesamt viermal so hoch wie bei den Männern, bei den Hausfrauen sogar fünfmal so hoch.

Eindeutig zeigte sich, daß das Auftreten der Beschwerden nicht an die Berufstätigkeit der Frauen und den erlebten Arbeitsstreß gekoppelt war. Berufstätige Frauen zeigten nicht nur weniger Angina pectoris und EKG-Auffälligkeiten als Hausfrauen, sondern die Symptome zeigten sich bei den Hausfrauen auch dann, wenn sie sich nicht durch familiäre Probleme belastet fühlten. Als wesentliche Variable erwies sich die soziale Situation: die sozial am schlechtesten Gestellten zeigten die höchsten Prävalenzraten an Angina

pectoris, in bezug auf die EKG-Werte war die soziale Variable nicht so bedeutsam. In der unteren Sozialschicht zeigten sich jedoch auch die größten Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Frauen: Frauen ohne Berufsausbildung, die jetzt als ungelernte Arbeiterinnen oder einfache Angestellte arbeiteten, hatten die niedrigste Prävalenz an Angina pectoris, während Frauen ohne Berufsausbildung, die zum Untersuchungszeitpunkt Hausfrauen waren und früher gearbeitet hatten, die höchste Prävalenz aufwiesen.

Tabelle 6: Prävalenzen von Angina pectoris und EKG-Zeichen bei 30 - 39-jährigen verheirateten Frauen mit mindestens einem Kind. (Quelle: BARTHOLOMEYCZIK 1982, S. 173)

Angina pectoris	Berufstätige		Hausfrauen	
	%	n/N	%	n/N
alle	7,4	10/134	17,3	36/208
ohne ungelernte Arbeiterinnen und Angestellte	8,2	8/98	14,5	22/152
nur ungelernte Arbeiterinnen und Angestellte	13,9	5/36	25,0	14/56
EKG-Zeichen (Infarktzeichen und Repolarisationsstörungen)				
alle	3,0	4/134	6,7	14/209
ohne ungelernte Arbeiterinnen und Angestellte	3,0	3/98	7,2	11/152
nur ungelernte Arbeiterinnen und Angestellte	2,8	1/36	5,3	3/57

Tabelle 6 zeigt die Prävalenzen von Angina pectoris bei allen 30 - 39-jährigen Frauen mit mindestens einem Kind: 17,3 % der Hausfrauen gegenüber 7,4 % der Berufstätigen zeigten Angina pectoris Symptome, in bezug auf die EKG-Zeichen ist das Verhältnis 6,7 % bei den Hausfrauen zu 3,0 % bei den Berufstätigen.

GAVRANIDOU (1992) untersuchte das subjektive Gesundheitsbefinden von erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Müttern in Abhängigkeit von ihrer Einstellung zur Erwerbstätigkeit von Frauen. Untersucht wurden 261 Frauen aus einer insgesamt 2.003 Frauen umfassenden Stichprobe im Alter zwischen 18 und 55 Jahren, die 1989 in Bayern mittels eines standardisierten Fragebogens untersucht wurden. Das Kriterium für die Auswahl der 261 Frauen war, daß sie ein Kind unter 3 Jahren im Haushalt hatten und sich entweder eindeutig als erwerbstätig beziehungsweise Hausfrau eingestuft hatten. Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 30 Jahren; 95,4 % waren verheiratet. Die Frauen beurteilten ihren aktuellen Gesundheitszustand, ihr derzeitiges Lebensgefühl und machten Aussagen hinsichtlich ihrer Einstellung zur Erwerbstätigkeit von Müttern.

Es zeigte sich: 83,5 % der untersuchten Frauen beurteilten ihren Gesundheitszustand mit sehr gut beziehungsweise gut, 12,3 % beurteilten ihn als zufriedenstellend, 3,1 % als weniger gut und 1,1 % als schlecht. Von den Erwerbstätigen beurteilten über 90 % ihren Gesundheitszustand als sehr gut beziehungsweise gut, von den Hausfrauen 80 %.

Bei den Hausfrauen bestand ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation. Hausfrauen mit schlechter Gesundheit fühlten sich überfordert und wenig zufrieden. Bei den Erwerbstätigen ließ sich ein solcher Zusammenhang nicht herstellen. Weder Lebensüberforderung noch Lebenszufriedenheit korrelierten mit den soziodemographischen Merkmalen. In Zusammenhang mit dem Schulabschluß ergab sich jedoch, daß sich bei den Erwerbstätigen diejenigen mit niedrigerem Schulabschluß gesundheitlich schlechter fühlten als diejenigen mit höherem Schulabschluß. Bei den Hausfrauen ließ sich ein solcher Zusammenhang mit dem Schulabschluß nicht sichern.

Die Frauen wurden zudem hinsichtlich ihrer Einstellung zur Berufstätigkeit von Müttern befragt. Bei den Hausfrauen sprachen sich 65,1 % dafür aus, daß die Mutter zu Hause bleiben solle, bei den Erwerbstätigen 44,7 %. In Abhängigkeit von der Berufseinstellung zeigte sich: Frauen mit positiven und negativen Berufseinstellungen unterschieden sich nicht signifikant voneinander in der Einschätzung ihrer Gesundheit, doch zeigte sich ein Effekt

insofern, als daß Hausfrauen mit positiver Berufseinstellung ihren Gesundheitszustand am schlechtesten beurteilten, während Erwerbstätige mit positiven Berufseinstellungen sich als die gesündesten einschätzten.

BARTHOLOMEYCZIK und GAVRANIDOU interpretieren ihre Ergebnisse in die gleiche Richtung: Berufstätige Mütter haben zwar ein Mehr an Belastung, es entsteht jedoch das Bild, daß sie aus ihrer Lebenssituation für sich gegenüber den Hausfrauen entscheidende Vorteile ziehen können.

Ich sehe für dieses Phänomen folgende Erklärungshypothesen:

- Der jeweilige Streß kann gleichsam am anderen Ort zurückgelassen werden. Sowohl familialer Streß als auch beruflicher Streß relativieren sich, wenn die Frau in den jeweils anderen Lebensbereich kommt.
- Mögliche positive Verstärkungen (Erfolg, soziale Kontakte) kommen aus zwei Quellen.
- Die Frauen lernen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden.
- In den unterschiedlichen Lebensbereichen müssen die Frauen unterschiedliche Coping-Strategien erlernen. Die Ergebnisse der neueren Coping-Forschung weisen eindeutig darauf hin, daß es nicht darum geht, richtige Bewältigungsstrategien für spezifische Situationen zu erlernen, sondern daß die Personen am erfolgreichsten sind, die ein großes Repertoire an Coping-Strategien zur Verfügung haben und diese dann in unterschiedlichen Situationen je flexibel einsetzen können. Das Zur-Verfügung-Haben von Coping-Strategien scheint eine emotionale Sicherheit zu verleihen, etwa in dem Sinne: "Was immer auch passiert, irgendetwas wird mir schon einfallen". Dieser Erwerb eines flexiblen Coping-Repertoires ist ohne Frage erleichtert, wenn Menschen in unterschiedlichen Lebensräumen agieren.
- Die im Beruf erlebte soziale Unterstützung ist ein so großer Verstärker, daß berufstätige Frauen die Belastung als geringer erleben als sie die soziale Isolierung des ausschließlichen Hausfrauenlebens erleben würden. Anders ausgedrückt: Ihre persönliche Kosten - Nutzen - Bilanz scheint positiv zu sein, der erlebte Nutzen ist entweder größer als die Belastung oder doch zumindest so groß, daß er die Belastung aufzuwiegen scheint.

- Durch dringende familiäre Pflichten haben die Mütter notgedrungen eine distanziertere Haltung zur beruflichen Arbeit - unter Umständen kann hierin ein gewisser protektiver Faktor von pathogenen Auswirkungen des Arbeitslebens gesehen werden.

Vergleichbare Ergebnisse fanden übrigens auch BECKER-SCHMIDT (1980), die die Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie untersuchte - und bereits Marie JAHODA und ihre Kollegen (1933) in ihrer Studie über die Arbeitslosen in Marienthal. Bereits 1933 stellte Marie JAHODA fest, daß nicht nur die Männer unter der Arbeitslosigkeit litten, sondern daß die Frauen mit den gleichen "Symptomen" auf den Verlust ihrer Arbeit reagierten. Als Ergebnis ihrer Befragung kam JAHODA damals zu dem Schluß, daß die Frauen trotz der Mehrbelastung keineswegs nur aus materiellen Gründen wieder in die Fabrik zurück wollten: Die Fabrik habe ihren Lebensraum erweitert, ihnen soziale Kontaktmöglichkeiten gegeben und ihnen ein größeres Maß an Identität eröffnet. (JAHODA, LAZARFELD & ZEISEL 1975)

Eine Studie, die den Anspruch erhebt, "Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten" zu untersuchen, stammt von KLESSE, SONNTAG, BRINKMANN & MASCHEWSKY-SCHNEIDER (1990/1992). Im Rahmen eines vom BmJFFG von 1986 - 1990 geförderten Projekts wurden 65 erwerbstätige und nicht erwerbstätige Frauen mit und ohne Kinder mittels qualitativer Interviews zu ihrer Lebensgeschichte und ihrem Gesundheitshandeln befragt. Leider ist die Methodik der Auswertung nicht sehr durchsichtig, auch gewinnt man leider den Eindruck, daß zum Teil mit dem Design und der Art der Durchführung und Auswertung bei den Autorinnen bereits vor der Untersuchung bestehende Vorurteilsstrukturen abgebildet worden sind. Darüberhinaus bleiben die Ergebnisse in bezug auf konkretes Gesundheitsverhalten sehr vage - was den Gesamtwert der Studie in bezug auf die praktische Umsetzung sehr erschwert. Da es sich jedoch um eine der umfassendsten deutschen Studien zu diesem Bereich handelt, sei sie hier ausführlich vorgestellt:

Als Ergebnis eines diskursiven Prozesses auf der Basis der von ihnen durchgeführten Interviews formulieren die Autorinnen vier Strategien, Gesundheit zu erhalten. Es handelt sich dabei um:

1. Schwierigkeiten begrenzen, Überforderung vermeiden.

Hierzu resümieren sie: "Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die 'eher gesunden Frauen' gelernt haben, in ihrem Leben Schwierigkeiten zu begrenzen und nicht übermäßig lange in unerträglichen oder überfordernden Lebenssituationen auszuharren, sondern sie aktiv zu verändern, auch wenn sie dabei vorübergehend neue, unbekannte Schwierigkeiten und Lebenssituationen bewältigen und erproben müssen.

Die 'eher kranken Frauen' harren aus Angst vor Veränderungen und aus Mangel an Vorstellungen über andere mögliche Lebensweisen oft lange in unerträglichen oder unbefriedigenden Lebenssituationen aus und überfordern sich darin bis zum letzten. Andere fällen sehr abrupt Entweder-Oder-Entscheidungen, d. h. sie fallen von einem Extrem in das andere, ohne auf ihre Kraft und ihre Fähigkeiten zu achten und ohne in Ruhe herauszufinden, wie sie gerne leben möchten und wie sie das in kleinen Schritten erreichen können" (KLESSE ET AL. 1992, S. 73).

2. Gefühlsbereitschaft und Gefühlsfähigkeit entwickeln.

Gesunde Frauen - so die Autorinnen - hätten eher als andere gelernt, Gefühle von Trauer, Wut, Ärger, Freude, Müdigkeit und Enttäuschung wahr- und ernstzunehmen und sie auszudrücken. Diese Fähigkeit helfe ihnen auch, "ihre eigenen Grenzen und Überforderungen wahrzunehmen, ihre eigenen Wünsche mit der Realität zu vergleichen, ihre Unzufriedenheit mit ihrer jeweiligen Lebenssituation rechtzeitig wahrzunehmen und Verbesserungen zu planen" (KLESSE ET AL. 1992, S. 73).

3. Handlungsfähigkeit herstellen.

Diese Dimension wird leider nur mit sich selbst operationalisiert; 'eher gesunde Frauen' hätten, so die Autorinnen, "in ihrem Leben die Fähigkeit entwickelt, auch in schwierigen Situationen ihre Handlungsfähigkeit wiederherzustellen", wohingegen dies die 'eher kranken Frauen' nicht gelernt hätten (KLESSE ET AL. 1992, S. 5).

4. Widersprüche und Ambivalenzen aushalten und integrieren.

Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, "...mit den Widersprüchen und Zwiespältigkeiten eines Frauenlebens zu leben, d. h. Widersprüche,

Wünsche und Anforderungen nicht immer alle auf einmal realisieren zu müssen." (KLESSE ET AL. 1992, S. 77).

43 der insgesamt 65 Interviews wurden hinsichtlich der Kriterien Lebenszufriedenheit versus Lebensunzufriedenheit und Erwerbstätigkeit versus ausschließliche Familienarbeit zu Gruppen zusammengefaßt. Es wurden vier Gruppen gebildet:

9 Frauen waren lebenszufriedene Hausfrauen, 11 Frauen lebensunzufriedene Hausfrauen, in der Gruppe der lebenszufriedenen Erwerbstätigen befanden sich 16 und in der Gruppe der lebensunzufriedenen Erwerbstätigen waren 7 Frauen.

Dies bedeutet: Die größte Gruppe der Frauen waren zufriedene Berufstätige, gefolgt von unzufriedenen Hausfrauen, zufriedenen Hausfrauen und unzufriedenen Berufstätigen. Während unter den berufstätigen Frauen mehr als doppelt so viele zufrieden sind gegenüber den unzufriedenen, befinden sich bei den Hausfrauen mehr unzufriedene als zufriedene Frauen.

Diese vier Gruppen werden in der Untersuchung sehr eingehend beschrieben, doch wirken sie insgesamt zu inkonsistent, als daß sie hier aufgeführt werden sollten. So heißt es zum Beispiel:

"Gruppe 1 (9 von 43 Frauen) waren Frauen, die als Hausfrau und Mutter mit ihrem Leben zufrieden waren. Ein Teil hatte wenig Beschwerden, ein Teil viele Beschwerden. Sowohl positives wie negatives Gesundheitshandeln kam vor" (KLESSE ET AL. 1992, S. 113).

Insgesamt muß diese sehr umfangreiche Untersuchung leider so bewertet werden, daß sie methodisch massive Mängel aufweist. Abgesehen davon, daß Frauen mit einer schlechten Ausbildung und geringen beruflichen Veränderungsmöglichkeiten eher beruflich unzufrieden sind, lassen sich keine konkreten Ergebnisse aus ihr festhalten.

Ich möchte im Folgenden noch drei Untersuchungen aus Großbritannien und den USA vorstellen, die von ihren Fragestellungen und Ergebnissen sehr aufschlußreich sind, außerdem methodisch sauber durchgeführt und daher in den Ergebnissen aussagekräftig. Die Ergebnisse sind zum Teil wegen unterschiedlicher sozialpolitischer Bedingungen nicht direkt auf die Verhältnisse

in der BRD übertragbar, doch geben sie meines Erachtens sehr wichtige Hinweise und Anregungen.

PARRY (1986) untersuchte Zusammenhänge zwischen Erwerbstätigkeit, belastenden Lebensereignissen, sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit von Müttern aus der Arbeiterklasse. Untersucht wurde eine Stichprobe von 193 Frauen, die aufgrund von sozioökonomischen Variablen als der Arbeiterklasse zugehörig eingestuft wurden. 93 der Frauen arbeiteten in Teilzeit, 100 waren nicht beschäftigt; 94 hatten ein Vorschulkind, 99 ein Schulkind; weitere unabhängige Variablen der Stichprobe waren das Ausmaß der instrumentellen sozialen Unterstützung (hoch in 87, niedrig in 106 Fällen), schwere bedrohliche Lebensereignisse im vergangenen Jahr (vorhanden bei N=74, nicht vorhanden bei N=119). Abhängige Variablen waren verschiedene Maße psychiatrischer Erkrankungen und psychologischen Befindens. Es zeigte sich:

- Alleinstehende Mütter unterschieden sich von verheirateten Müttern nicht in den objektiven und subjektiven psychiatrischen und psychologischen Parametern.
- Deutliche Zusammenhänge bestanden zwischen sozialer Unterstützung und dem subjektiven Wohlbefinden: Frauen, die nur in geringem Maße sozial unterstützt wurden, zeigten signifikant höhere Ausmaße an psychologischem Mißempfinden und deutlich niedrigeres Selbstwertgefühl.
- Belastende Lebensereignisse im vergangenen Jahr zeigten Zusammenhänge mit höherer psychiatrischer Symptomatologie, höheren Depressivitäts- und Angstwerten und negativerer Selbsteinschätzung.
- Finanzielle Schwierigkeiten zeigten signifikante Zusammenhänge auf mit psychiatrischer Symptomatologie, Depressivität, außerdem standen sie in statistisch signifikantem Zusammenhang mit einem geringeren positiven Affekt und Selbstwertgefühl.
- Unter Berücksichtigung der Berufstätigkeit zeigten sich Effekte nur im Bereich des Selbstwertgefühls: Nicht berufstätige Mütter zeigten signifikant geringere Werte im Selbstwertgefühl.
- Ein höchst unerwartetes Ergebnis zeigte sich in bezug auf die Auswirkungen eines schweren Lebensereignisses: Frauen, die im vergangenen Jahr ein belastendes Lebensereignis hatten, zeigten als Gesamtgruppe gegen-

über den Frauen ohne ein solches Ereignis mehr psychische Symptome. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Variablen Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung zeigte sich jedoch, daß die hohen Belastungswerte vor allen Dingen bei jenen Frauen zu finden waren, die berufstätig waren und ohne soziale Unterstützung. Berufstätige Frauen mit sozialer Unterstützung hatten dagegen die geringste Zahl an psychiatrischen Symptomen, weniger noch als Hausfrauen mit sozialer Unterstützung.

- Zwischen den Maßen psychischer Gesundheit der Mutter und dem Alter des Kindes ließen sich keine Zusammenhänge finden.

Besonders interessant an der Studie von PARRY ist, daß sie nicht, wie die meisten übrigen Studien, von einer Vorstellung ausgeht, in der überprüft werden soll, ob Berufstätigkeit der Mutter negative Auswirkungen hat. PARRY ging vielmehr aus der Perspektive der Arbeitslosigkeitsforschung vor, d. h. untersuchte die Frage, ob nicht berufstätige Frauen gegenüber erwerbstätigen psychisch/psychiatrisch stärker belastet sind. Zwar sollte die Richtung der Hypothesen keinen Einfluß auf die Untersuchung und ihre Ergebnisse haben, dennoch ist dieser Perspektivenwechsel im Rahmen eines so wertebefrachteten Themas wie es die Berufstätigkeit von Müttern ist, sehr aufschlußreich. PARRY zieht jedenfalls aus seiner Arbeit das Fazit, "a striking absence of payed-employment-effect on the mental health of mothers..."(PARRY 1986, S. 204) nachgewiesen zu haben.

Ebenfalls methodisch sehr gut ist eine zweite aus Großbritannien stammende Untersuchung von MELHUSH ET AL. (1991). Diese entstand auf dem Hintergrund der Hypothese, daß Untersuchungen, die arbeitende und nicht arbeitende Mütter miteinander vergleichen, unter Umständen die Effekte einer sozialen Selektion prüfen. Es könnte sein, daß der mehrfach nachgewiesene schlechtere Gesundheitszustand von Hausfrauen gegenüber berufstätigen Frauen darauf zurückzuführen ist, daß kränkere Frauen von vornherein zuhause bleiben. Aus diesem Grunde untersuchten MELHUSH ET AL. Mütter, die ihr erstes Kind entbunden hatten, 4 - 5 Monate nach dessen Geburt und noch vor der eventuellen Wiederaufnahme der Arbeit. Untersucht wurden 255 Mütter mittels Interview und einer umfangreichen Fragebogenbatterie. Außerdem führten die Mütter Tagebücher über den Tages-

verlauf ihrer Kinder während einer Woche, zudem wurde die Interaktion zwischen Mutter und Kind mittels sozialpsychologischer Techniken erfaßt. Es zeigte sich:

- Das Gehalt, das die Mütter vor der Geburt erhalten hatte, differenzierte nicht zwischen der Gruppe derjenigen, die die Arbeit wieder aufnehmen wollten und denen, die es nicht vorhatten.
- Es zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede in diesen beiden Gruppen bezüglich der Maße physischer und psychischer Gesundheit.
- Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch in der Einstellung zum Beruf und hinsichtlich des beruflichen Status: Mütter, die nach dem Erziehungsurlaub in ihren Beruf zurückkehren wollten, glaubten eher an die Richtigkeit von mütterlicher Erwerbstätigkeit und Fremdbetreuung für ihr Kind. Je höher der Berufsstatus, desto eher glaubten die Mütter an die Richtigkeit mütterlicher Erwerbstätigkeit. Bei Frauen, die nicht in den Beruf zurückkehren wollten, fand sich eine höhere Identifikation mit der Mutterschaft.
- Bei den Kindern der beiden Gruppen von Müttern fanden sich keine Unterschiede im Entwicklungsstand und den Maßen physischer Gesundheit. Deutliche Unterschiede zeigten sich allerdings, wenn man das Geschlecht berücksichtigte: Die Jungen waren gegenüber den Mädchen aktiver, beharrlicher und leichter ablenkbar. In bezug auf die Interaktion mit der Mutter zeigte sich, daß das Ausmaß der Interaktion mit ihren Kindern je nach Geschlecht bei den beiden Gruppen von Frauen unterschiedlich war: Während sich die Frauen, die in den Beruf zurück wollten, in den Variablen Zuwendung, Sich-Kümmern, Stimulation und Vokalisation bei Jungen oder Mädchen nicht unterschieden, erhielten die Mädchen von Müttern, die nicht in den Beruf zurück wollten, auf allen vier Variablen signifikant weniger Interaktionen mit ihrer Mutter als die übrigen Gruppen der Kinder (vergleiche Tabelle 7).
- Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Müttern ergaben sich auch in bezug auf die Dauer der Fremdbetreuung: Frauen, die in den Beruf zurück wollten, ließen ihr Kind durchschnittlich 6,4 Stunden pro Woche von anderen Personen betreuen, Frauen, die zuhause bleiben wollten, nur 1,7 Stunden pro Woche.

Tabelle 7: Interaktionen Mutter x Kinder, mittlere Häufigkeit pro Beobachtungsstunde (Quelle: MELHUIH, MOSS, MOONEY and MARTIN (1991) S. 342)

	Mütter, die <i>nicht</i> in den Beruf zurück wollen		Mütter, die in den Beruf zurück wollen	
	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Zuwendung	37.8 (21.0)	25.1 (15.3)	31.3 (14.1)	34.3 (22.1)
Sich-Kümmern	39.5 (22.7)	28.4 (12.0)	37.1 (18.4)	39.1 (20.4)
Stimulation	36.5 (24.3)	25.6 (14.8)	31.9 (20.8)	30.9 (21.5)
Vokalisation	232 (102)	164 (85)	228 (109)	225 (113)

Abschließend möchte ich noch eine amerikanische Studie von WALKER & BEST (1991) näher vorstellen, in der Befindlichkeit und Gesundheitsverhalten von Müttern mit kleinen Kindern in ihrer Abhängigkeit von ihrem Beschäftigtenstatus untersucht wurden. Befragt wurden 78 Vollzeit-berufstätige Frauen und 70 Hausfrauen; Kriterium für Vollzeit-Berufstätigkeit war eine Wochenarbeitszeit von 40 oder mehr Stunden. Teilzeitbeschäftigte Mütter wurden nicht untersucht.

Das Alter der Kinder betrug 2 - 11 Monate. Die Mütter beantworteten einen Fragebogen, in dem Art und Ausmaß des subjektiv erlebten Stresses, das Gesundheitsverhalten und Selbstbewertungen bezüglich der Rolle als Mutter erfragt wurden. Insgesamt zeigten sich nur sehr wenig Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen:

- Hausfrauen stillten signifikant häufiger als berufstätige Frauen.
- Die berufstätigen Frauen berichteten über mehr allgemeinen Streß und weniger gesundheitsaktive Lebensweisen, außerdem gaben sie geringere Werte in den Dimensionen Selbstverwirklichung und soziale Unterstützung an.
- An vorwiegenden Stressoren nannten die Hausfrauen in folgender Reihenfolge: Müdigkeit und Schlafstörungen, Arbeitsüberlastung, Mangel an Zeit. Die berufstätigen Mütter gaben als Hauptstressoren an: Probleme am Arbeitsplatz, Mangel an Zeit, Müdigkeit

Die Ergebnisse dieser Studie könnten so gewertet werden, daß berufstätige Mütter mehr Streß erleben und sich weniger gesundheitsbewußt verhalten. Schaut man sich jedoch die genauen Bedingungen der Studie an, so scheint diese Interpretation sehr zweifelhaft:

Zum einen handelt es sich um eine sehr extreme Gruppe berufstätiger Mütter: Die Definition von Vollzeitbeschäftigung als wöchentliche Arbeitszeit von 40 und mehr Stunden ist sehr extrem. Hinzu kommt das äußerst junge Alter der Kinder: 2 - 11 Monate.

Auf die Bundesrepublik sind die Ergebnisse der Untersuchung deshalb nicht übertragbar. Zum einen gibt es keine Erwerbsarbeitsplätze mit mehr als 40 Stunden, zum zweiten steht den Müttern während dieser Zeit ein Mutterschutz zu. Etwas Vergleichbares gab es in den USA bisher nicht, erst Präsident Clinton hat im Februar 1993 einen Mutterschutz für Frauen in Großbetrieben eingeführt.

Zudem lohnt es genauer anzusehen, was in der Studie als Gesundheitsverhalten definiert wurde: Ein "health-promotion-lifestyle" wurde mit Items wie den folgenden zu erfassen versucht:

- Ich fühle, daß ich wachse und mich persönlich in eine positive Richtung bewege.
- Ich lese Artikel und Bücher darüber, wie ich die Gesundheit verbessere.
- Ich treibe mindestens dreimal pro Woche für 20 - 30 Minuten ernsthaft Sport.
- Ich esse drei regelmäßige Mahlzeiten pro Tag.

In bezug auf diese und andere Variablen zeigte sich, daß sich 50 % der Hausfrauen und 76 % derjenigen, die 40 Stunden und mehr pro Woche arbeiteten, nie oder selten am Tag eine Ruhepause gönnten, daß 49 % der Hausfrauen gegenüber 71 % der Beschäftigten nie oder selten drei regelmäßige Mahlzeiten pro Tag einnahmen, und daß 46 % der Hausfrauen gegenüber 73 % der Beschäftigten nie oder selten dreimal pro Woche eine halbe Stunde intensiven Sport trieben. Ich bezweifle sehr, daß mit Items wie den obigen eine valide Erfassung von Gesundheitsverhalten möglich ist. Ich halte es jedenfalls für wenig gesundheitsfördernd, dreimal pro Woche japsend durch den Wald zu jagen, wenn man mehr als 40 Stunden pro Woche arbeitet und einen Säugling versorgt!

Angesichts der wachsenden Zahl von Ein-Eltern-Familien, die in der Regel (in Großbritannien 90 %) Mütter-Familien sind überrascht, daß die Gruppe der alleinstehenden Mütter nicht intensiver untersucht ist.

Eine diesbezüglich methodisch gute und von den Ergebnissen her interessante Untersuchung wurde von BEATSON-HIRD, YUEN & BALARAJAN (1989) veröffentlicht. Allgemeines Ziel der Studie war die Untersuchung des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste von alleinstehenden Müttern. Grundlage war eine Stichprobe von 793 Müttern, die im Rahmen eines an 60.000 Personen durchgeführten General-Household-Survey in den Jahren 1983 und 1984 erfaßt worden waren (vergleichbar den Mikrozensus-Untersuchungen in der BRD). Im Rahmen dieser Untersuchung werden jährlich ca. 30.000 Personen aus ca. 12.000 Haushalten in Großbritannien nach Themen wie Beschäftigung, Einkommen, Freizeitverhalten, Gesundheit u. a. befragt. Die Mütter waren zwischen 16 und 64 Jahren alt, das Alter ihrer Kinder lag zwischen unter einem Jahr und 15 Jahren.

Das wesentlichste Ergebnis der Untersuchung war, daß es *die* Gruppe von alleinerziehenden Müttern nicht gibt, daß es sich bei ihnen somit nicht um eine homogene Gruppe handelt. Ihr Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten waren wesentlich durch ökonomische und soziale Variablen wie Wohnverhältnisse, Berufstätigkeit und Einkommen determiniert. Fünf abhängige Variablen wurden untersucht: Akute und chronische Krankheiten (jeweils nach eigenen Angaben), Zahl der ambulanten Arztkonsultationen, Zahl und Dauer stationärer Krankenhausaufenthalte sowie die Zahl ambulanter Notfall-/Unfallkonsultationen im Krankenhaus.

Eine gegenüber verheirateten Müttern erhöhte Krankheitsquote ließ sich nur für die getrennt und geschieden lebenden Frauen zeigen, und dies auch nur in bezug auf die akuten Erkrankungen. In bezug auf chronische Erkrankungen ließ sich - nach Altersjustierung - ein Unterschied nur bezüglich der Variablen Wohnverhältnisse festmachen: Frauen, die als "council tenants" lebten (vergleichbar: Bewohner von Sozialwohnungen) hatten gegenüber Frauen, die in eigenen Häusern oder Privatwohnungen lebten höhere Erkrankungsraten. In bezug auf die anderen Variablen zeigten sich

vergleichbare Ergebnisse: Der Gesundheitszustand erwies sich als abhängig von sozialen Variablen und dem Alter, nicht primär vom Familienstand.

Über diese Artikel hinaus brachte die Literaturrecherche noch einige Artikel, die sich mit der Betreuung unverheirateter junger Mütter und Betreuungsprogrammen für schwangere Teenager auseinandersetzten. Diese Beiträge wurden für die vorliegende Literaturanalyse nicht berücksichtigt.

4.4. Die Erwerbstätigkeit von Müttern und die Gesundheit ihrer Kinder

Die Datenbankrecherche zum Thema Gesundheit und Erwerbstätigkeit von Müttern erbrachte neben den Untersuchungen, die sich mit den Zusammenhängen zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit der Mütter auseinandersetzen vor allen Dingen solche, die die Auswirkungen mütterlicher Erwerbstätigkeit auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern untersuchten. Da dies nicht das eigentliche Thema der Recherche war, habe ich nur einen Teil dieser Literatur berücksichtigt.

Relevant in diesem Zusammenhang ist zunächst die bereits unter 4.2. ausführlich referierte Begleitforschung im Projekt Tagesmütter: Hier ließen sich keine Unterschiede bezüglich der Intelligenzentwicklung, Selbständigkeitsentwicklung und Kooperationsfähigkeit mit Gleichaltrigen zwischen den Kindern, die von einer Tagesmutter und denen, die ausschließlich von ihrer Mutter betreut wurden, feststellen. Deutlich zeigten die Kinder in Tagespflege aber ein höheres Maß an sozialer Kompetenz: Sie waren weniger ängstlich, im Kontakt mit Fremden aufgeschlossener, außerdem interessierter und selbständiger im Spiel. In der Studie wird nicht nach Kindern berufstätiger und nicht-berufstätiger Mütter unterschieden, sondern nach denen, die fremdbetreut sind gegenüber solchen, die ausschließlich zuhause aufwachsen; es ist jedoch anzunehmen, daß zwischen diesen beiden Gruppen eine hohe Übereinstimmung besteht, so daß es gerechtfertigt erscheint, von der Tatsache der Tagespflege eines Kindes auf die Berufstätigkeit der Mutter zu schließen und die Ergebnisse entsprechend zu werten.

SCARR (1987a, 1987b) hat Untersuchungen zur mütterlichen Erwerbstätigkeit vor allem unter dem Aspekt des Geschlechts der Kinder ausgewertet. Dieser Reanalyse zufolge erreichen die Töchter erwerbstätiger Mütter bessere Schulleistungen als die Töchter nicht-erwerbstätiger Mütter. Im weiteren Entwicklungsverlauf seien sie selbstsicherer, erreichten einen höheren Schulabschluß und machten eher eine eigene Karriere. Berufstätige Eltern von Dreijährigen beschrieben ihre Töchter als weiter entwickelt als ihre

Söhne, wohingegen nicht-berufstätige Mütter ihre Söhne als weiter entwickelt beschrieben.

In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die Untersuchung von MELHUIS ET AL. (1991) (vergleiche 4.3.) hingewiesen, in der sich deutliche Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht der Kinder und den Frauen, die nach der Mütterpause wieder in ihren Beruf zurückkehren wollten und denen, die das nicht vorhatten, zeigten: Mütter, die in den Beruf zurück wollten, wandten sich Jungen und Mädchen gleichermaßen zu, wohingegen die Mädchen von Müttern, die keine Berufstätigkeit planten, deutlich weniger an Zuwendung, Stimulation, Vokalisation und Sich-kümmern erhielten.

In einer Längsschnittuntersuchung mit mehr als 600 Schülerinnen und Schülern an Grundschulen in Stadt und Land Gießen untersuchte KROMBOLZ (1989) den Zusammenhang zwischen mütterlicher Erwerbstätigkeit, den kognitiven Leistungen bei Schuleintritt und den schulischen Leistungen und den Schulnoten am Ende des ersten und zweiten Schuljahres. Der Anteil der erwerbstätigen Mütter in der Stichprobe betrug 37 %, davon waren 11 % ganztags, 26 % halbtags erwerbstätig. Die Mütter wurden aufgrund einer sozialen Selbsteinstufung drei sozialen Schichten zugeordnet: Unterschicht, untere und mittlere Mittelschicht, obere Mittelschicht und Oberschicht. Es ließ sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Erwerbstätigkeit der Mutter sichern. Multivariate Varianzanalysen, die zudem die Variable Geschlecht berücksichtigten, konnten keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit und der nicht-sprachlichen Intelligenz sichern. Die Jungen erreichten jedoch bessere Leistungen beim Wortschatztest, die Mädchen beim Rechtschreiben. Die Schulnoten der Mädchen waren besser als die der Jungen. Die Kinder der oberen sozialen Schichten erzielten bessere Leistungen in den kognitiven Tests und hatten bessere Schulnoten.

Zu keinem der drei Untersuchungszeitpunkte ließen sich Zusammenhänge zwischen der Erwerbstätigkeit der Mütter und den Testleistungen und den Schulnoten der Kinder zeigen. Auch Wechselwirkungen zwischen

Erwerbstätigkeit, sozialer Schicht und dem Geschlecht der Kinder ließen sich nicht nachweisen. Krombholz resümiert: "Somit gibt es aufgrund unserer Daten keine Hinweise, daß die Erwerbstätigkeit der Mutter die kognitive und schulische Leistungsfähigkeit der Kinder negativ oder positiv beeinflußt" (KROMBHOLZ 1989, S. 33/34).

Den folgenden Beitrag erwähne ich als Beispiel dafür, wie Forschung nicht sein sollte. ELKELES, FRANK & KORPORAL (1989) überprüften die Erwerbsbeziehungweise Nicht-Erwerbstätigkeit von Müttern als Risiko für die Säuglingssterblichkeit. Basis ihrer Analyse waren die amtlichen Daten aller Geburten und Sterbefälle (N=72.506) in Berlin West der Jahre 1982 bis 1985. Diese setzten sie in Bezug zu dem Familienstand, dem Alter und der Erwerbstätigkeit von Frauen und stellten zum Beispiel fest, daß die Säuglingssterblichkeit bei nicht-erwerbstätigen Frauen bei durchschnittlich 14,8 pro Tausend liegt, bei erwerbstätigen Frauen bei durchschnittlich 11,1 pro Tausend. Als besondere Risikosituation für die Säuglingssterblichkeit wird die Merkmalskombination nicht-erwerbstätig und unverheiratet herausgestellt; möglicherweise sei hier ursprünglich ein Kinderwunsch nicht gegeben, möglicherweise seien die Frauen auch arbeitslos und ohne Ausbildung.

Ich möchte die Ergebnisse der Untersuchung nicht weiter referieren, da ich sie für gänzlich unsolide halte. Auf der Basis sehr weniger Daten werden hier sehr weitreichende Schlüsse gezogen, so zum Beispiel der, "...daß Erwerbstätigkeit mit durchschnittlich günstigeren Gewichtsergebnissen bei der Geburt und einer geringeren Säuglingssterblichkeit assoziiert ist als Nicht-erwerbstätigkeit in der Schwangerschaft" (ELKELES ET AL. 1989, S. 128). Sieht man sich nur einmal die als besonderes Risiko gekennzeichnete Gruppe junger, unverheirateter und nicht-erwerbstätiger Frauen an: wieviele dieser Frauen waren drogenabhängig? Könnte diese Variable nicht für die Säuglingssterblichkeit viel wichtiger sein als die Tatsache, daß die Frauen nicht arbeiteten? Angesichts solcher profunden Unkenntnisse über die Stichprobe erscheinen Spekulationen über vorhandene oder nicht vorhandene Kinderwünsche als absolut müßig.

Nach diesem Beispiel einer vorurteilsbehafteten Untersuchung aus der Richtung: Berufstätigkeit von Müttern ist besser für die Kinder, jetzt noch zwei Untersuchungen aus dem Lager derer, die der Berufstätigkeit von Frauen offensichtlich ablehnend gegenüberstehen.

Ein hervorragendes Exemplar dieser Gattung ist ein Beitrag von PECHSTEIN (1983) über die Bedeutung der Kleinstfamilie für die psychische Entwicklung des Kindes. Unter Zuhilfenahme von zahlreichen eigenen Untersuchungsergebnissen und Daten aus (im wesentlichen veralteten) kollegialen Untersuchungen zeigt Pechstein eine Vielzahl von Nachteilen auf, die Kindern berufstätiger Mütter drohen können: Bei unverheirateten Müttern träten doppelt so viele Frühgeburten auf wie bei verheirateten, die Hirnschadenquote sei um ein Zehnfaches erhöht, das Kind könne wesentliche interaktionale Lernerfahrungen nicht machen, insgesamt komme es "zu *charakteristischen Abweichungen ihrer Gesamtentwicklung gegenüber gesunden Kindern in intakten Familien*" (PECHSTEIN 1988, S. 99).

Ein weiteres Zitat: "*Von daher muß der 'Fortschritt zur kindfernen außerhäuslichen Erwerbstätigkeit beider Elternteile ebenso wie die Berufstätigkeit alleinstehender Elternteile in den ersten Lebensjahren der Kinder klar als eine zivilisatorische Fehlentwicklung gekennzeichnet werden, die die biologische Anpassungsfähigkeit der Kinder bei weitem überfordert und Gefahren erster Ordnung für die individuelle Entwicklung ebenso wie für den inneren Bestand der in ihrem Sozialgefüge immer differenzierter und damit labiler, anfälliger werdenden, hochindustrialisierten Gesellschaften heraufbeschwört*" (PECHSTEIN 1988, S. 121).

Ich glaube, man macht es sich zu leicht, solche Meinungen zu belächeln oder sich über sie zu ärgern. Ich bin überzeugt, daß das Bild von der guten Mutter, die zuhause ist und jederzeit für die Kinder verfügbar, noch tief in den Wertekanon unserer Gesellschaft eingegraben ist. Auch wenn sich in Befragungen die Mehrzahl der Menschen dafür aussprechen, daß Mütter erwerbstätig sein sollen - auf die eigene Familiensituation bezogen meinen dann, wie gezeigt wurde (vergleiche 4.1.), schon sehr viel mehr Menschen, die Mutter solle lieber zuhause bleiben. Und auch die Tatsache, daß Mütter den wesentlichen Teil der Betreuungsarbeit übernehmen, auch wenn sie in

gleichem Maße beruflich belastet sind wie ihr Mann, dürfte Ausdruck dieses tiefsitzenden Werturteils sein.

Zum Abschluß noch eine Arbeit, die den Anspruch erhebt, genau diese Vorurteilsstrukturen zu entlarven und die Berufstätigkeit von Müttern und ihre Bedeutung für die Kinder aus wissenschaftlicher Sicht darzustellen. LANGENMAYR (1987) gibt eine Literaturübersicht über Ergebnisse der klinischen Psychologie zu den Auswirkungen mütterlicher Berufstätigkeit und kommt zu dem Schluß, "...daß bei den heutigen Kindern die Berufstätigkeit ihrer Mütter nicht mehr als in irgendeiner Form neurosenpsychologisch relevant angesehen werden kann" (LANGENMAYR 1987, S. 341). Doch dann zieht der Autor noch "Schlußfolgerungen", und in diesen folgt letztendlich dann ein großes *Aber*, das man folgendermaßen zusammenfassen kann: Solange alles gut geht, die Mutter zufrieden ist, der Ehemann auch und die Kinder gesund, ist gegen Berufstätigkeit der Mutter nichts einzuwenden. Und ohne daß er dies belegen könnte, kündigt der Autor an: "Negative Auswirkungen der Hausfrauentätigkeit ergeben sich dann, wenn das Kind als Hindernis an der Karriere und beruflichen Selbstverwirklichung erlebt wird. Negative Auswirkungen mütterlicher Berufstätigkeit bis hin zu Verwahrlosungssymptomen ergeben sich, wenn die Mutter auf ihre Berufstätigkeit mit Schuldgefühlen und auf diese mit Overprotection reagiert und/oder auf dem Hintergrund einer instabilen Familie." (LANGENMAYR 1987, S. 342).

4.5. Gesundheitserziehung von Kindern durch ihre Mütter

Insgesamt kann festgestellt werden, daß sich zu diesem Thema nur sehr wenig Literatur finden ließ - meines Erachtens erstaunlich wenig. Ich hatte diesbezüglich sehr viel mehr Artikel erwartet, zumal solche, die sich mit dem konkreten Erziehungsverhalten von Müttern auseinandersetzen. Auf der Basis des konkreten Verhaltens finden sich ausschließlich Untersuchungen zur Zahnpflege und dazu, wie Mütter den Süßigkeitenkonsum ihrer Kinder reduzieren können. Vielleicht hätte noch eine Recherche zum Begriff "Sauberkeitserziehung" einige konkrete Hinweise ergeben - dies ist mir jedoch zu spät eingefallen.

Ein Artikel, der von seinem Titel her relevante Informationen für das Thema: "Die Bedeutung des Erziehverhaltens für die Gesundheitserziehung im Vorschulalter" versprach, stammt von BURTCHE (1985). Es handelt sich hier jedoch um eine sehr allgemeine Abhandlung über die Problematik des Gesundheitsbegriffs, über Wertvorstellungen, Rollenanforderungen und Normen. So heißt es zum Beispiel:

"Eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg gesundheitserzieherischer Bemühungen bildet zunächst der *Aufbau emotional stabiler Beziehungen* zwischen Erziehern und Kindern... hierbei kommt es weniger auf das Ausmaß der Zeit an, die mit den Kindern verbracht wird, als auf die Intensität der aufeinander abgestimmten wechselseitigen Stimulierung. Solange Gesundheitserziehung auf die Vermittlung von Wissen von Verhaltensvorschriften beschränkt bleibt, treten bei den Kindern bezüglich des Wortes 'gesund' auch einengende oder mit Unlust verbundene Assoziationen auf. Das konkrete Verhaltensvorbild des Erziehers spielt dagegen eine wesentlichere Rolle. Verbale Belehrung wird selten verinnerlicht, wenn der Erzieher nicht zum positiven Identifikationsmodell wird. Vermag er jedoch selbstkritisch und autonom das eigene Verhalten in den Erziehungsprozeß einzubringen und die Kinder darüberhinaus zum selbständigen Handeln anzuregen beziehungsweise in ihren gesundheitsbezogenen Aktivitäten zu unterstützen (dies betrifft z. B. auch die Bewegungsfreude im Kindergarten), dann wird Gesundheit mit

Selbstkompetenz und Handlungsfähigkeit assoziiert und der Transfer auf zukünftige Lebenssituationen erleichtert."(BURTCHEN 1985, S. 168).

Hinter solchen und ähnlichen Formulierungen wird versteckt, daß im Grunde noch kein fundiertes Wissen darüber vorhanden ist, wie Kinder wirklich zu gesundheitsbewußtem Verhalten geführt werden können.

In erfrischendem Kontrast zu solchen pädagogischen Allgemeinplätzen steht ein Beitrag von THOMAS & STARTUP (1991) über soziale Einflüsse auf das Zahngesundheitsverhalten bei Fünfjährigen. Untersucht wurde die Zahnhygiene von 405 fünfjährigen Kindern in Wales. Mit Hilfe eines Fragebogens, der von den Müttern ausgefüllt wurde, wurden Daten über soziale Klasse, Bildungsstand der Eltern, Wissen und Einstellungen über Zahnpflege, Zahnarztbesuche und Angst vor dem Zahnarzt erfaßt.

Wie erwartet zeigte sich eine größere Sorgfalt in bezug auf die Zahnpflege in den "non-manual"-Haushalten, also Haushalten höherer Sozialschicht. Da jedoch Zahnpflegeverhalten vorwiegend darüber operationalisiert wurde, ob die Kinder im vergangenen Jahr einem Zahnarzt vorgestellt worden waren und in welchem Alter sie erstmalig bei einem Zahnarzt waren, erwies sich als wesentliche Variable dabei nicht das Bildungsniveau, sondern das Niveau der technisch-ökonomischen Ressourcen. Konkret: entscheidend war, ob die Mutter tagsüber ein Auto zur Verfügung hatte und ob sie ein Telefon hatte. Der Ausbildungsstand der Mutter beeinflusste diese Variablen zwar auch signifikant, aber wesentlich weniger deutlich als die Telefonhäufigkeit und die Möglichkeit eines eigenen Transports. Als weitere wesentliche Variable dafür, ob die Fünfjährigen schon einmal bei einem Zahnarzt waren, erwies sich die Angst der Mutter: 49 % der Mütter äußerten Angst vor dem Zahnarzt. 46 % von diesen - im Vergleich zu 20 % der nicht ängstlichen Mütter - äußerten, sie müßten eigentlich selbst zum Zahnarzt gehen. Der Anteil der Mütter, deren Kinder noch nie beim Zahnarzt waren, war bei den ängstlichen Müttern doppelt so hoch wie bei den nicht ängstlichen Müttern (20 % versus 10 %). Die Autoren schließen daraus, daß die soziale Schicht ein wichtiger Prädiktor für das Zahnpflegeverhalten ist, daß sie jedoch in enger Interaktion mit den Ängsten der Mütter steht und ihren rein praktischen Möglichkeiten, sich in ärztliche Konsultation zu begeben.

Unter Umständen hat die geringe "Ausbeute" in bezug auf Untersuchungen, die sich mit den die Gesundheit ihrer kleinen Kinder fördernden Verhaltensweisen von Müttern beschäftigen, damit zu tun, daß die Kindheit im Prinzip eine gesunde Phase ist. Nach ANGEL & WOROBY (1988) haben Vorschulkinder acht bis neun akute Krankheiten pro Jahr, Kinder in der Grundschule sechs und Kinder ab 10 Jahren vier solcher akuten Erkrankungen. Da diese Erkrankungen im allgemeinen ohne Konsequenzen bleiben, haben sie bisher eventuell auch noch kein forschersches Interesse erweckt.

Es ist von daher interessant zu untersuchen, ob die Interaktion zwischen mütterlichem und kindlichem Gesundheitsverhalten intensiver für Mütter mit chronisch kranken und behinderten Kindern untersucht ist.

4.6. Mütter mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind

Literatur zum Thema "Mutter und krankes Kind" beschäftigt sich zum einen mit Kindern mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen, zum anderen mit chronisch kranken Kindern. Ich habe keinen Artikel gefunden, in dem das Verhalten von Müttern im Umgang mit akut kranken Kindern untersucht wurde (siehe 4.5.).

Lediglich eine Arbeit von MECHANIC (1965) untersuchte, wie Eltern auf Krankheit reagieren und in einer zweiten Arbeit von MAIMAN ET AL. (1982) wurden die Auswirkungen von soziodemographischen und Einstellungsfaktoren auf das Selbstmedikationsverhalten von Müttern bei ihren Kindern untersucht. Die Arbeit von MECHANIC ist, da nahezu 30 Jahre alt und mehr noch, weil in ihr nicht direkt Mutter-Kind-Interaktionen untersucht wurden, sondern Collegestudenten retrospektiv über das Verhalten ihrer Eltern befragt wurden, nur von begrenztem Wert, die Untersuchung von MAIMAN ET AL. ist methodisch recht unbefriedigend. Trotzdem seien beide Studien in gänzlicher Ermangelung von Besserem kurz erwähnt:

MECHANIC gab 614 männlichen Collegestudenten verschiedene Krankheitssituationen vor. Sie sollten sagen, was sie in dieser Situation tun würden: nichts machen, zum Arzt gehen, im Bett bleiben, Medikamente nehmen. Außerdem sollten die Studenten angeben, wie sich ihr Vater und ihre Mutter in diesen Krankheitssituationen verhalten hätten. Abschließend beurteilte jeder Befragte auch noch, wie sich seine Eltern wohl verhalten hätten, wenn sie diese Krankheitssymptome an ihm wahrgenommen hätten. Die Ergebnisse: Die Väter werden als stoisch wahrgenommen, die Mütter als sich kümmernd, sorgend: In Krankheitssituationen der Söhne zeigten die Väter - nach Wahrnehmung der Söhne - wenig, die Mütter viel Reaktion. In Fällen eigener Krankheit wende der Vater am ehesten Selbstmedikation an, die Mutter gehe ins Bett und der Sohn selbst wende sich an den Arzt. (MECHANIC geht davon aus, daß bezüglich der Reaktion des Sohnes eine Rolle spielt, daß Collegestudenten in den USA kostenlose Arztbehandlung erhalten). In bezug auf das Krankheitsverhalten ihrer Eltern gaben 54 % der

Studenten an, ihr Vater beschwere sich erst, wenn er wirklich krank sei, in bezug auf ihre Mutter meinten dies nur 31 % der Studenten. 66 % der Studenten gaben an, ihr Vater bleibe nur bei schwerer Krankheit seinen normalen Obligationen fern, für die Mütter meinten dies nur 48 %.

Diese Arbeit zeigt vermutlich mehr über die Urteile der Söhne über ihre Eltern als über deren tatsächliches Verhalten. Mir scheint sie jedenfalls vor allem die Vorurteile des durchhaltenden Vaters und der wehleidigen Mutter, die sich ins Bett zurückzieht, zu bestätigen.

In bezug auf das Elternverhalten wird jedoch deutlich, daß die Söhne eines verstanden haben: Es ist die Mutter, die sich bei Krankheit um ein Kind kümmert.

MAIMAN ET AL. (1982) befragten innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten 100 Mütter, die ein gesundes Kind im Alter von sechs Monaten bis zwölf Jahren in einer pädiatrischen Ambulanz von drei britischen Kliniken vorstellten. Mütter, die mit einem kranken Kind in die Ambulanz kamen, wurden nicht berücksichtigt. Die Stichprobe wurde (nach einer recht fragwürdigen Methode) in Mütter mit hohem, mittlerem und niedrigem sozioökonomischen Status unterteilt. Befragt wurden die Mütter nach dem Gebrauch von Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln wie Fieberthermometer, Waagen und Heizkissen für ihre Kinder und nach Einstellungen, Sorgen und Motiven, die sich auf die Gesundheit ihres Kindes bezogen.

Es zeigte sich, daß der sozioökonomische Status und der Bildungsstand der Frauen mit unterschiedlichen Medikamententypen zur Selbstbehandlung der Kinder verbunden waren. Je mehr Medikamente und medizinische Hilfsmittel die Mütter zuhause hatten, desto mehr Selbstmedikationen wandten sie an. Es bestand hohe Übereinstimmung zwischen den Medikamenten, die im Haushalt vorhanden waren und den Krankheiten, für die die Mütter ihre Kinder als empfänglich einschätzten. Die Mütter mit niederem sozioökonomischen Status hatten in bezug auf ihre Einflußmöglichkeiten gegenüber in Zukunft auftretenden Krankheiten eine eher fatalistische Einstellung, mit steigendem sozioökonomischen Status nahm die mütterliche Einschätzung der Vulnerabilität ihrer Kinder zu.

Bis auf diese beiden beschäftigen sich - wie bereits erwähnt - alle anderen Arbeiten mit Untersuchungen von Müttern mit entwicklungsgestörten, behinderten und chronisch kranken Kindern.

Arbeiten zum Thema: "Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen" berücksichtigen vor allem die spezielle Belastungssituation und die Bewältigungsmechanismen von Müttern. Arbeiten, die sich mit chronisch kranken Kindern und ihren Müttern befassen, sind von der Thematik her heterogener, manchmal recht spezifisch. Ich habe für die Darstellung vor allem solche Arbeiten ausgesucht, die einen gewissen Transfer auf andere Krankheitsgruppen ermöglichen.

Vorausschicken möchte ich noch, daß unter methodischen Gesichtspunkten ein massiver Qualitätsunterschied zwischen deutschen Untersuchungen auf der einen und amerikanischen, britischen und skandinavischen Untersuchungen auf der anderen Seite besteht. Deutschsprachige Untersuchungen haben oft kleine Stichproben, das Design ist in der Regel sehr schlecht kontrolliert, die Auswertungsmethodik unzureichend. Für eine zusätzliche, sehr entscheidende Einschränkung der deutschen Studien halte ich auch, daß sie Einstellungen, Meinungen und Überzeugungen untersuchen, nicht aber konkretes Verhalten von Müttern und Kindern. Einstellung und Handlung können gerade in kritischen Lebensbereichen auseinanderklaffen, daher muß die Zuverlässigkeit und auch die praktische Relevanz der deutschen Studien insgesamt als sehr gering bewertet werden.

Als weitere Einschränkung kommt hinzu, daß Elternangaben eher unzuverlässig sind: RENNEN-ALLHOFF (1991) sichtet Literatur zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit retrospektiver und aktueller Berichte. Sie stellte fest, daß Eltern zuverlässig nur über das Geburtsgewicht, den Zeitpunkt des selbständigen Gehens und den aktuellen schulischen Leistungsstand ihrer Kinder Auskunft geben können.

Bei Mütterberichten über den Gesundheitszustand während der Schwangerschaft und über Geburtskomplikationen zeichnet sich eine Tendenz zu positiver Einfärbung der Erinnerungen ab. In bezug auf die Geburtslänge trauten sich zwar nach acht Jahren noch 91 % der befragten Mütter eine korrekte Auskunft zu, doch korrelierten die in den Akten

festgehaltenen und die von den Müttern erinnerten Längen nur zu 0.49. Hoch unzuverlässig sind offenbar die Angaben darüber, in welchem Alter begonnen wurde, Brei oder Fleisch zuzufüttern, und in bezug auf Impfungen resümiert die Autorin, daß die Auskünfte keineswegs präzise genug seien, um sich - etwa bei Ansteckungsgefahr - darauf verlassen zu können.

Die nicht-deutschen Studie vermeiden zwar auch nicht alle Fehler, sind aber unter methodischen Gesichtspunkten deutlich besser. Ich werte als ihren weiteren Vorteil auch, daß sie nüchterner und pragmatischer sind - wohingegen die deutschen Untersuchungen tendenziell eine Aura von Schicksal, Tragik, Schuld und daß es irgendwie ganz schrecklich ist mit einem kranken Kind, um sich haben.

Nun zu den Untersuchungen im einzelnen:

Daß sowohl in der öffentlichen als auch in der fachlichen Meinung die Mutter für die Gesundheit eines kranken Kindes zu sorgen hat, zeigt sich in schöner Offenheit in einem Beitrag von REINERT (1987) und einem zweiten von KRAUSE (1989).

REINERTS Beitrag beschäftigt sich mit der Effektivitätssteigerung der Behandlung eines asthmatischen Kindes durch Anleitung der Mutter. Sie wird im Abhören angeleitet und muß ein Tagebuch über das Asthma (Medikation, besondere Umstände/Situationen, Anfälle) führen. Führt die Mutter ihre Aufgaben sorgfältig aus, so verspricht der Autor, daß das Kind anschließend nur noch selten Luftnot hat und sogar auch Sport treiben kann. Wichtig ist dem Autor allerdings, abschließend auf Folgendes hinzuweisen: "Durch das beschriebene Verfahren soll und kann der Arzt nicht ersetzt werden. Die Mutter wird lediglich zum verlängerten ärztlichen Arm und verfügt nach einiger Zeit über die Informationen, die auch der erwachsene Asthmatiker benötigt, um seine Krankheit im täglichen Leben zu beherrschen" (REINERT 1987, S. 713).

Über die Arroganz einer solchen Aussage kann man sich empören - im Hinblick auf die Arbeit der BZgA finde ich es wichtig herauszuarbeiten, welche Auswirkungen solche Aussagen auf Mütter haben. Ich werde darauf

in Kapitel 8 eingehen. In diesem Zusammenhang mag auf den ersten Blick die Arbeit von KRAUSE (1989) verdienstvoll sein: Er legte 33 MitarbeiterInnen einer sozialpädiatrischen Einrichtung Fragebogen vor, in denen diese das Erziehungsverhalten von Müttern behinderter Kinder bewerten sollten. Zwischen 65 und 74 % der Befragten wiesen Ablehnung, Überpermissivität und Überbehütung behinderter Kinder durch ihre Mütter zurück - ein Ergebnis, das erstens nicht verwundert und zweitens unbrauchbar ist. Da das konkrete Mütterverhalten nicht mit den Beurteilungen der ExpertInnen verglichen wurde, werden durch diese Untersuchung nur Vorurteile repliziert. Der Autor attestiert den von ihm befragten Fachleuten im übrigen einen hohen Anspruch an die Mütter, da 2/3 von ihnen der von ihm vorgegebenen Aussage zustimmten, daß Mütter immer genügend Zeit haben müssen, ihrem Kind vorzulesen.

Kurz: Eine Untersuchung, die leider nichts dazu wird beitragen können, den Kontakt zwischen GesundheitsexpertInnen, Eltern und für die Gesundheit zuständigen Müttern zu verbessern.

Eine weitere methodisch sehr schlechte Studie ohne praktische Relevanz mit dem anspruchsvollen Titel "Bewältigung kindlicher Behinderung" stammt von PFEIFFER (1989). Untersucht wurde, ob Mütter, die vor der Geburt ihres behinderten Kindes Kontakte mit Behinderten hatten, bessere Bewältigungsvoraussetzungen erworben hatten. 12 Mütter, die vor der Geburt ihres Kindes in irgendeiner Form Erfahrung mit Behinderten hatten, wurden mit 12 Müttern ohne Erfahrung verglichen. Über sieben Jahre wurden sie mit einem standardisierten Verfahren hinsichtlich Veränderungen ihres Selbstbildes, ihrer Stimmung sowie der "Wahl ihrer Daseinstechniken" erfaßt. Die Auswertung ergab, daß Frauen, die in irgendeiner Form Erfahrungen mit Betroffenen hatten, "die neue Erfahrung des Selbst-Betroffenseins mit geringen und zeitlich begrenzten Einschränkungen ihrer Identität verarbeiteten" (PFEIFFER 1989, S. 288), daß es bei Frauen ohne solche Erfahrungen eher zu einer ängstlichen, depressiven Grundstimmung kam und sie ihre Kontaktbereiche einschränkten.

Selbst wenn man von den methodischen Mängeln der Untersuchung absieht, so scheint mir ihr Wert sehr begrenzt zu sein. Aus ihr als präventive Maßnahme abzuleiten, daß alle Frauen möglichst früh möglichst viel Erfahrungen mit behinderten Menschen machen sollen, ist unrealistisch. Natürlich kann man die Studie als einen weiteren Baustein in der Argumentation werten, daß unsere Gesellschaft Behinderte auch zum Schaden von Nicht-Behinderten ausgliedert und auf stärkere Integration hinarbeiten muß - aber abgesehen davon, daß ich dieser Position grundsätzlich zustimme, hieße dies doch, die Ergebnisse dieser Studie bei weitem überzustrapazieren.

Eine Untersuchung, die sich nicht nur mit den Einstellungen von Müttern beschäftigt, sondern auch deren Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Kinder untersucht, ist von FRITZ (1991). Sie befragte im Rahmen eines Interviews 39 Mütter und deren 15-jährige Töchter und Söhne zur Wahrnehmung und zum Umgang mit Entwicklungsproblemen. Bei allen Kindern waren im Alter von sechs bis sieben Jahren unterschiedliche Teilleistungsstörungen diagnostiziert worden. 36 Frauen nannten als Hauptproblem im Entwicklungsverlauf Schulleistungsstörungen, bei den Jugendlichen war es eine gleich große Gruppe. Die Mütter wurden entsprechend ihren Kontrollüberzeugungen in drei Gruppen unterteilt: die einen hielten Lernprobleme für unveränderbar, die zweite Gruppe hielt sie für reduzierbar, die dritte für kompensierbar. Zwischen diesen drei Gruppen und den Intelligenzwerten der Kinder ergaben sich keine Unterschiede, wohl aber in bezug auf die Schulleistungen, und zwar in der Richtung, daß die Kinder der Mütter mit einer positiven Kontrollüberzeugung schulisch besser abschnitten. Die Autorin zieht daraus den Schluß, daß Mütter, die der Überzeugung sind, Kontrolle auf die Entwicklungsstörung ihrer Kinder ausüben zu können, eine positive schulische Laufbahn ihrer Kinder begünstigen.

Auch diese Studie ist nur von begrenztem praktischen Wert. Ein wesentlicher Mangel liegt darin, daß sie retrospektiv durchgeführt wurde; es ist anzunehmen, daß die Mütter, die bei ihren Kindern größere Schulerfolge beobachten konnten, dies mehr ihren eigenen Kontrollmöglichkeiten

zuschrieben, wohingegen Mütter, deren Kinder in der Schule schlecht abschnitten, eher zu einer resignativen Haltung in bezug auf die eigenen Kontrollmöglichkeiten kamen. Zum zweiten fehlen Angaben und Kontrollen der Sozialschicht der Mütter, was in bezug auf eine solche Fragestellung von hoher Relevanz gewesen wäre.

In einer methodisch sehr pfiffigen Untersuchung, die zudem ein interessantes Licht auf die GesundheitsexpertInnen wirft, untersuchten DAVIES ET AL. (1991) Unterschiede im Erziehungsverhalten zwischen Eltern krebskranker und gesunder Kinder. Untersucht wurde zum einen, welche Unterschiede professionelle HelferInnen in den Erziehungsstilen von Eltern krebskranker und gesunder Kinder wahrnehmen und zum zweiten, ob die Eltern selbst unterschiedliche Erziehungsstile angeben. Zur Untersuchung der ersten Frage wurde den ExpertInnen ein 91 Items umfassender Fragebogen vorgelegt, der sich auf vier Sozialisationsbereiche bezog:

1. Die Autonomie des Kindes, seine Unabhängigkeit und seine Selbstbehauptung
2. Elterliche Autorität, Disziplin und Kontrollstrategien
3. Elterliche Ziele und Erwartungen für ihr Kind
4. Ausdruck von Emotionen in Eltern-Kind-Interaktionen

11 ExpertInnen wurden gebeten anzugeben, in welchen der 91 Variablen des Fragebogens sich die Eltern krebskranker von denen gesunder Kinder unterscheiden würden. Die ExpertInnen sagten Unterschiede auf 19 (21 %) Items voraus. Inhaltlich betrafen diese vor allem die Bereiche Disziplin, Sorge um das Kind, Überbehütung und zu starke Beteiligung, fehlende Distanz (over-involvement). Als Nebenergebnis bemerkten die Autoren der Studie, daß niemand von den ExpertInnen gefragt hatte, ob das mütterliche oder das väterliche Verhalten beurteilt werden sollte!

Der Fragebogen wurde dann parallel einer Gruppe von 24 Eltern krebskranker Kinder (8 - 18 Jahre alt) und einer vergleichbaren Gruppe von Eltern mit gesunden Kindern vorgelegt. Es zeigte sich, daß die Eltern krebskranker Kinder sich nur in einem Item von denen gesunder unterschieden, und zwar in: "Ich mache mir um die Gesundheit meines

Kindes Sorgen". Die Mütter der krebskranken Kinder gaben zudem noch häufiger an, daß sie sich manchmal zu sehr bei ihrem Kind involviert fühlten. Insgesamt, so schließen die Autoren, ließen sich keine Unterschiede in bezug auf die Erziehungsstile erkennen, zumindest nicht in bezug auf deren subjektive Beurteilung durch Mütter und Väter selbst.

Man mag einwenden, daß in dieser Untersuchung die Eltern ja nicht direkt in ihrer Interaktion mit ihren Kindern beobachtet wurden, sondern daß sie ihr Erziehungsverhalten berichteten. Dies trifft jedoch für die Eltern gesunder Kinder ebenfalls zu. Und selbst wenn die Eltern krebskranker Kinder ihr Verhalten vielleicht etwas im Sinne einer Wunschvorstellung in Richtung auf die "Normalität" des Umgangs mit einem gesunden Kind verändern, so bleibt doch eine enorme Diskrepanz zwischen den von den ExpertInnen prognostizierten Abweichungen in 19 Items gegenüber der von den Eltern berichteten in einem (bzw. zwei bei den Müttern) bestehen. Es ist somit zu fragen, ob Eltern nicht viel mehr Kompetenz im Umgang mit Erkrankungen ihrer Kinder haben als ExpertInnen ihnen zutrauen. DAVIES ET AL. sehen eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz zwischen Eltern und ExpertInnen und damit eine eventuelle Einschränkung ihrer Untersuchungsergebnisse darin, daß ExpertInnen eventuell das Elternverhalten nur in besonders schwierigen Situationen beobachten, daß sie am Alltagsleben nicht teilnehmen und von daher ein verzerrtes Bild erhalten. Auch ist die Stichprobe zu klein, um sehr weitreichende Aussagen zu machen. Dennoch: Ich halte dies für eine sehr interessante Untersuchung, die zeigt, daß Krankheit von Kindern auch ein Phänomen sein kann, das von Eltern bewältigt wird.

Diese letzte Aussage wird auch gestützt durch eine Untersuchung von PHIPPS ET AL. (1989). Es handelt sich hier um ein sehr spezifisches Problem, nämlich die psychologischen Implikationen eines häuslichen Atembeobachtungsgerätes im ersten Lebensjahr. Die Studie ist jedoch methodisch sehr gut aufgebaut und in ihren Ergebnissen meines Erachtens generalisierbar auf andere Krankheitsepisoden, daher sei sie hier trotz des spezifischen Inhalts aufgeführt.

Untersucht wurde eine Stichprobe von 30 Müttern gesunder Kinder, die eine Atemstillstandsepisode hatten; alle Kinder hatten ein Atembeobachtungsgerät.

Gefragt wurde, worin die Hauptbelastung für die Mütter liegt: in der Atemstillstandsepisode selbst oder in dem Beobachtungsgerät. Geprüft werden sollte ferner, ob sich Variablen finden ließen, nach denen unterschieden werden konnte, für welche Mütter das Gerät gut sei und eine Beruhigung darstellte und für welche es eher den Streß erhöhte.

Die Mütter wurden mit einer umfangreichen Testbatterie erfaßt; wesentliche Variablen waren ein Emotionsprofil (Angst, Depression, Müdigkeit, Energie) ein Fragebogen zur Kontrollattribution, Coping-Maße und ein Instrument zur Erfassung der familiären Ressourcen. Erster Meßzeitpunkt war unmittelbar nach dem Atemstillstand des Kindes, die zweite Erhebung einen Monat später, eine dritte erfolgte drei Monate nach dem Atemstillstand. Zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung waren die Kinder durchschnittlich 1,9 Monate alt.

Die Ergebnisse zeigten hohe psychische Belastungswerte der Mütter zum ersten Meßzeitpunkt, diese nahmen aber im Laufe der Erhebung kontinuierlich ab. Ein guter Prädiktor für die Stimmungsbeeinträchtigungen waren die Familienressourcen, insbesondere die sozialen Ressourcen wirkten sich positiv auf die Mütter aus. Von geringer Vorhersagerelevanz erwiesen sich die Coping-Stile: Die Mütter waren aufgeteilt worden in "monitors", das heißt solche, die sich sehr um Informationen bemühen und um das Ereignis kümmern und "blunters", das heißt solche, die weiteren Informationen eher ausweichen. Zwischen "monitors" und "blunters" ließen sich keine Unterschiede in der emotionalen Befindlichkeit über die Zeit hinweg sichern. Dagegen zeigten sich Abhängigkeiten der Stimmungsveränderungen von den Kontrollüberzeugungen der Mütter: Die Mütter, die Gesundheit für eine Sache des Glücks hielten, hatten auch zum dritten Erhebungszeitpunkt noch deutlich negative Veränderungen in ihrer Stimmung.

Zusammengefasst: Es war nicht das Beobachtungsgerät, das von den Müttern als belastend erlebt wurde, sondern die Atemstillstandsepisode selbst. Mütter, die durch das Gerät den Eindruck bekamen, jetzt eine bessere Kontrolle auszuüben, erlangten innerhalb von drei Monaten wieder eine stabile psychische Situation, wohingegen Mütter, die das Ausmaß ihrer

Kontrollmöglichkeiten als gering einschätzten, hohe Werte in Angst, Depression, Müdigkeit und einen Mangel an Energie angaben. Ein weiterer positiver Effekt zeigte sich durch soziale Unterstützung: Frauen, die ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung erfuhren, erwiesen sich zu allen drei Meßzeitpunkten in allen gemessenen psychologischen Variablen als weniger beeinträchtigt.

Die hohe Relevanz von sozialer Unterstützung ließ sich auch in einer in Israel durchgeführten Untersuchung von HOBFOLL & LERMAN (1989) sichern. Untersucht wurden 107 Frauen, deren Kinder wegen verschiedener Krankheiten in einem Ambulatorium behandelt wurden. Leider ist das Alter der Kinder nicht angegeben. Hypothesen der Untersuchung waren:

1. Frauen, die größere personelle Ressourcen besitzen und die, die sich bei der Suche nach Unterstützung wohl fühlen, werden mehr soziale Unterstützung bekommen als die, denen diese Ressourcen fehlen und die sich auch bei der Suche nach Unterstützung unwohl fühlen.
2. Frauen, die mehr vertraute und enge Beziehungen besitzen, werden größere soziale Unterstützung bekommen als die, denen solche Beziehungen fehlen.
3. Personale und soziale Ressourcen werden keinen additiven Effekt in der Vorhersage der erhaltenen Unterstützung haben, das Fehlen von beiden Ressourcen hingegen wird zu einer kritischen Abwesenheit von Unterstützung führen.

Es fanden Interviews mit den Frauen und mit 85 ihrer Ehemänner statt, außerdem wurden folgende Variablen - zum Teil per Fragebogen - erfaßt: demographische Charakteristika, Coping-Ressourcen, Vertrautheit und Enge der Beziehungen der Mutter zu Ehepartner, weiteren Familienangehörigen, Freunden; allgemeine soziale Unterstützung; Leichtigkeit versus Schwierigkeit, nach Unterstützung nachzufragen.

Die Hypothesen ließen sich bestätigen. Ein interessantes Nebenergebnis zeigte sich in bezug auf die Frauen, deren Ehepartner in ein Interview eingewilligt hatten und jenen, deren Partner es nicht getan hatten: Letztere Frauen hatten signifikant höhere Werte in "mastery", also der Überzeugung,

mit dem Problem schon klarzukommen, als die Frauen der "kooperativen" Männer.

Die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung konnte auch in einer finnischen Untersuchung von VIRTANEN & MOILANEN (1991) bestätigt werden: Sie verglichen 42 Mütter von sechs- bis neunjährigen Kindern mit leichten cerebralen Dysfunktionen mit einer gleichgroßen, von den sozioökonomischen Variablen vergleichbaren Gruppe von Müttern mit gesunden Kindern. Mittels Fragebogen wurden die Bewältigungsressourcen (Selbsteinschätzung/Lebensbewältigung), die Erziehungsschwierigkeiten (Kindbereich/Mutterbereich), die Bewältigungsstrategien (Ausleben von Emotionen/ Wissensbeschaffung/optimistische Vergleiche/ problemorientierte Bewältigung/soziale Unterstützung) erhoben.

Es zeigten sich keine Unterschiede im Ausmaß der Selbstakzeptanz der Mütter, die Mütter der MCD-Kinder beurteilten jedoch ihre Lebensbewältigung als geringer und waren mit sich selbst häufiger unzufrieden. Häufiger als die Mütter der Kontrollkinder gaben sie an, daß ihr Kind mehr gesundheitliche Probleme habe als sie erwartet hatten. Bei der kognitiven Beurteilung ihres Erziehungsverhaltens zeigten die Mütter mit MCD-Kindern insgesamt eine größere Streßanfälligkeit: Insbesondere gaben sie an, daß die Unzulänglichkeit ihrer erzieherischen Maßnahmen, die Wechselhaftigkeit der Erziehungssituationen und die Unzulänglichkeit ihrer persönlichen Kraftreserven Streß erzeugten. In bezug auf die Bewältigungsstrategien zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, ebenso nicht hinsichtlich des emotionalen Befindens der Familie. Die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Müttern lagen also hauptsächlich da, daß die Mütter der behinderten Kinder ihre Kraftreserven und ihre Einflußmöglichkeiten in der Erziehung als kritisch und streßerzeugend erlebten. In bezug auf ihre Selbsteinschätzung und ihre Bewältigungsmöglichkeiten unterschieden sie sich nicht von den Müttern gesunder Kinder - woraus die Autoren schließen, daß Mütter mit behinderten Kindern soziale Unterstützung brauchen, damit sie die Erziehungsaufgaben bewältigen können.

Die methodisch mit Abstand beste Untersuchung zu diesem Thema stammt von STORHAUG (1983) aus Norwegen. Untersucht wurde eine Gruppe von 875 Kindern im Alter von 0 - 19 Jahren, die 10 verschiedenen Diagnosegruppen (Asthma/Allergie, Herzerkrankung, cerebrale Schädigung, Epilepsie, geistige Behinderung, Spina bifida, zystische Fibrose, Hämophilie, Osteogenesis imperfecta) angehörten. 725 der Kinder waren Patientinnen und Patienten des Frambu-Gesundheitszentrums, einer zentralen Einrichtung für behinderte und chronisch kranke Kinder in der Nähe von Oslo; hinzu kamen 150 Kinder, die wegen juveniler rheumatischer Arthritis in einem Krankenhaus in Oslo behandelt worden waren. Beide Stichproben können als repräsentativ angesehen werden. Untersucht wurden verschiedenste psychische, soziale und politische Aspekte der Lebensbedingungen der verschiedenen Diagnosegruppen kranker Kinder und ihrer Familien. Besondere Berücksichtigung erfuhren die familiäre Situation, der Gesundheitszustand der Mutter und die finanzielle staatliche Unterstützung für die Familien.

Es ließen sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsstatus der Mütter und der Art der Erkrankung ihrer Kinder zeigen: Während 70 % der Mütter der hämophiliekranken Jungen angaben, sie seien gesund, waren dies bei asthmatischen Kindern nur 38 %, bei Kindern mit Osteogenesis imperfecta 43 %, bei Müttern von Kindern mit Epilepsie und Herzkrankheiten 47 %. In einer multivariaten Analyse wurden insgesamt 14 unabhängige Variablen, darunter Alter der Mutter, Anzahl der kranken Kinder, Ausbildung der Mutter, Ausbildungsstand und Beruf des Vaters, Alter des Kindes, Notfallsituationen, Art der Sozialversicherung, Beruf der Mutter und ihr Familienstand und Ausmaß der Abhängigkeit ihres Kindes, daraufhin überprüft, inwieweit sie zum Gesundheitszustand der Mutter beitragen. Insgesamt konnten die 14 unabhängigen Variablen nur 8 % der Varianz der mütterlichen Gesundheit erklären! Die wichtigsten Variablen, das heißt, diejenigen, die am meisten zur Varianzaufklärung beitrugen, waren das Alter der Mutter (mehr gesundheitliche Probleme bei höherem Alter), die Anzahl der kranken und behinderten Geschwister in der Familie (je mehr kranke Kinder, desto kränker die Mutter), der Ausbildungsstand der Mutter und der Beruf des Ehemanns (besserer Gesundheitszustand der Mutter bei besserer eigener Ausbildung und höherem beruflichen Status des

Ehemanns). Einen Einfluß hatte zudem, ob die Erkrankung des Kindes mit Notfallsituationen einherging. Alle übrigen Variablen spielten nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Dieses Ergebnis bedeutet, daß die objektiven Variablen offenbar nicht der entscheidende Faktor sind, der die Gesundheit einer Mutter mit einem kranken Kind erklärt. Deutlich wurde in der Untersuchung, daß auch in Norwegen die Mütter die hauptsächliche Betreuungsarbeit für kranke Kinder zu leisten haben. 8 % der Mütter der kranken Vorschulkinder und 11 % der Mütter der Schulkinder waren vollzeit-berufstätig; in der Normalpopulation in Norwegen beträgt der Anteil ansonsten 14 % bei Vorschul- und 35 % bei Schulkindern.

Bereits unter 4.1 hatte ich ein interessantes Detail dieser Untersuchung erwähnt: Während bis auf fünf alle der 725 Mütter der am Frambu-Zentrum betreuten Kinder an einem 12-tägigen Kurs im Zentrum, dessen Teilnahme allen Eltern dringend nahegelegt wird, teilnahmen, nahmen weniger als die Hälfte der Väter teil, bei den Schulkindern waren es sogar nur 1/3 der Väter. Die Mütter und Väter erhalten für die Zeit dieses Kurses vollen Lohnausgleich.

4.7. Mißbrauchsverhalten und Abhängigkeiten bei Müttern

Eines der spezifischen Ziele der Literaturanalyse bestand darin, Aufschluß über Ausmaß und Bedingungen von Mißbrauchsverhalten von Müttern in bezug auf Alkohol, Rauchen, Essen und Medikamente zu bringen. Man könnte das Ergebnis der diesbezüglichen Recherche kurz so zusammenfassen, daß es keine entsprechenden Erkenntnisse gibt. Im zusammenfassenden Bericht der "Fallstudie Bundesrepublik Deutschland: Frauen und Rauchen" (FRANKE, MASCHEWSKI-SCHNEIDER, REUTER & ERBEN 1985) wird als Ergebnis der Studie und eines von der BZgA und WHO organisierten Workshops resümiert: "Es herrschte Übereinstimmung darüber, daß gegenwärtig die Forschungslage zum Thema 'Frauen und Rauchen' unbefriedigend ist. Die Bedingungen für die Aufnahme, die Habitualisierung und die Aufgabe des Rauchens sollten im weiblichen Lebenszusammenhang gründlicher untersucht, dargestellt und analysiert werden" (FRANKE ET AL., S.50).

Diesen inzwischen acht Jahre alten Sätzen ist im Grunde nichts hinzuzufügen, außer, daß die Forschungslage zum Thema "Frauen und Medikamenteneinnahme", "Frauen und Alkoholkonsum", "Frauen und Eßprobleme" und "Frauen und illegale Drogen" vergleichbar unbefriedigend ist. Und die Datenlage wird noch schlechter, wenn man das Thema eingrenzt auf Mütter. Für deren Untergruppe von Müttern mit Kindern von 0 - 9 Jahren läßt sich dann gar nichts mehr aussagen.

Soweit die gänzlich pessimistische Sicht der Situation.

Ich habe es nicht bei diesem Pessimismus bewenden lassen, sondern versucht, aus der Literatur, die sich überhaupt mit dem Thema "Frau und Mißbrauchs- und Abhängigkeitsverhalten" beschäftigt, für das Thema relevante Hinweise zu erhalten. Dabei lassen sich durchaus einige allgemeine Ergebnisse beziehungsweise Forschungstrends festhalten:

Große Einigkeit besteht bei allen AutorInnen darin, daß die soziale Situation und die Lebensbedingungen von Frauen sowie ihre Sozialisation in hohem

Maße geeignet sind, Mißbrauchsverhalten zu fördern. Als dieses besonders begünstigende Bedingungen werden genannt:

- familialer und beruflicher Streß,
- geringe Verfügbarkeit von Coping-Verhalten,
- geringes Ausmaß an sozialen Ressourcen,
- allgemeine gesellschaftliche gesundheitsschädliche Konsumstile,
- (sexuelle) Mißbrauchserfahrungen, die die Hemmschwellen gegenüber autodestruktiven Konsumformen reduzieren.

Empirisch zufriedenstellend überprüft wurde bisher keine dieser Hypothesen.

Es existieren empirische Untersuchungen über Frauen mit exzessivem Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum. Das "normale" Trinken bei Frauen wurde außer unter demographischen Gesichtspunkten bisher nicht untersucht. Ebenfalls gibt es keine Untersuchung, die das "normale" Medikamenteneinnahmeverhalten von Frauen in Relation zu ihren Lebensbedingungen beziehungsweise Lebensweisen unter die Lupe nimmt.

Die Mehrzahl der Arbeiten, die Alkohol- und Drogenmißbrauch von Müttern in Zusammenhang mit ihren Kindern untersucht, konzentriert sich nicht auf die Mütter, sondern überprüft die Auswirkungen des elterlichen Abusus auf die Kinder; zum Teil wird in den Untersuchungen nicht zwischen Müttern und Vätern unterschieden.

Da die meisten Untersuchungen abhängige Frauen untersuchen, handelt es sich hierbei - abgesehen von den drogenabhängigen Frauen - um Altersgruppen, die in der Regel keine kleinen Kinder mehr haben: Alkoholabhängigkeit manifestiert sich selten vor dem Ende des dritten, Medikamentenabhängigkeit zumeist erst im fünften Lebensjahrzehnt.

Ein weiterer Grund für die bisher extrem geringe Beschäftigung mit dem Thema unter besonderer Berücksichtigung der Mütter liegt vermutlich darin, daß Mißbrauchsverhalten und Abhängigkeit von Frauen bisher vornehmlich

von feministisch orientierten Forscherinnen untersucht worden sind. Hintergrund deren Arbeit ist in vielen Fällen eine sogenannte Parteilichkeit für Frauen, die von KURTH folgendermaßen beschrieben wird: "Feministische Suchtarbeit ... bezieht Familie und Männer nicht in die Arbeit mit ein. Selbst- und Mitbestimmung, Identitätsfindung, Eigenverantwortlichkeit und Unterstützung durch eine Gruppe sind Leitgedanken dieser Arbeit ... Feministische Suchtarbeit ... arbeitet nicht an der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit für Ehe und Familie" (KURTH 1992, S. 138/139).

Es ist nur natürliche Konsequenz einer solchen Sichtweise, daß die spezifischen Zusammenhänge zwischen der Abhängigkeitsentwicklung der Frau und ihrem Muttersein nicht näher untersucht werden.

Ich möchte nun im Folgenden auf die Literatur eingehen, die ich jeweils zu den spezifischen Mißbrauchs - Mitteln gefunden habe:

4.7.1. Alkohol

Die größte Trefferquote zu diesem Thema gab es zu den Themen: Auswirkungen mütterlichen Alkoholismus auf die Schwangerschaft, den Embryo und Alkoholembryopathie. Diese Beiträge wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Eine zweite Gruppe beschäftigt sich mit den Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf Kinder, eine dritte mit der Mutter-Kind-Therapie von alkoholkranken Frauen.

Bevor ich auf diese beiden Gruppen von Studien eingehe, seien zunächst zwei Arbeiten von VOGT auszugsweise vorgestellt. In ihnen habe ich die einzigen Hinweise gefunden, die in Richtung auf die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

VOGT, SOMMERFELD & RICHTER (1981) untersuchten die Anamnesedaten von 100 Frauen im Alter von 34 - 46 Jahren, bei denen Alkoholabhängigkeit diagnostiziert worden war und die in den Jahren 1975 - 1978 in einem Fachkrankenhaus behandelt worden waren. 54 % der Frauen waren zum Untersuchungszeitpunkt verheiratet, 46 % ledig, geschieden oder verwitwet.

Knapp die Hälfte der Frauen hatte kein Kind, ein Viertel hatte ein Kind, ein weiteres Viertel zwei oder mehr Kinder. Die Frauen kamen überdurchschnittlich häufig aus Mittelschicht-Familien - sowohl von ihrer Herkunft als auch von der derzeitigen familiären Situation her. 2/3 der Frauen der Untersuchungsgruppe begannen in der Zeit zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr mit exzessivem unkontrolliertem Konsum alkoholischer Getränke. Als Motiv für das exzessive Trinken nannten die Frauen:

Schwierigkeiten in der Partnerschaft	67 %
Ängste	61 %
Einsamkeit/Isolation	45 %
Minderwertigkeitsgefühle	39 %
Umstrukturierung in der Familie (darunter fielen: Tod eines Elternteils oder beider Eltern, des Partners, eines Kindes oder eines Geschwisters	27 %
Probleme am Arbeitsplatz	24 %
gynäkologische Probleme	15 %
sexuelle Schwierigkeiten	13 %
Depression	11 %
organische Krankheiten	8 %
Schwierigkeiten in der Herkunftsfamilie	5 %
kein konkreter Anlaß	1 %

Schwierigkeiten mit den Kindern wurden somit nicht als auslösende Situation für exzessives Trinken genannt; dies kann aber auch den Grund haben, daß eine entsprechende Kategorie im Anamnesebogen nicht vorhanden war, beziehungsweise daß nach diesen Problemen in der Anamnese nicht gefragt wurde.

In einer qualitativen Untersuchung interviewte VOGT (1986) 41 alkoholranke Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren, die seit wenigstens 2 Monaten in stationärer Behandlung waren. Die Interviews wurden auch unter dem Aspekt der Beziehung der Frauen zu ihren Kindern ausgewertet. VOGT resümiert, daß sich bei den meisten Frauen "handfeste Störungen in der Beziehung zwischen Mutter und Kind, die in einigen Fällen

bis in die Zeit der Zeugung und der Schwangerschaft zurückreichen" (VOGT 1986, S. 149) bemerkbar machten. Einige wenige Frauen schienen ganz besonders innige Beziehungen zu ihren Kindern zu haben, die meisten sprachen jedoch "in sehr distanzierter und reservierter Weise über ihre Kinder ... Spontane Erzählungen über die Kinder und deren Heldentaten sind selten, ja, sie fehlen fast ganz. Es sind mehr sachliche Mitteilungen, die die Frauen über ihre Kinder zu Protokoll geben." (VOGT 1986, S. 145). Für VOGT stand nach Auswertung der Interviews fest, daß nicht Probleme mit den Kindern dazu führen, daß die Frauen exzessiv Alkohol konsumieren, sondern daß im Gegenteil bei den Frauen von Anfang an ein gestörtes Verhältnis zu ihren Kindern beobachtbar war.

Die recht umfangreiche Literatur zum Thema "Auswirkungen elterlichen Alkoholkonsums auf die Kinder" soll hier nicht weiter berücksichtigt werden. Wie bereits gesagt, wurde bei diesen Arbeiten in der Regel nicht zwischen Müttern und Vätern unterschieden. Die meisten Untersuchungen beschäftigen sich mit den organischen Auswirkungen des Alkoholismus auf den Fötus und das Kleinkind, bei älteren Kindern werden dann auch Schul-, Verhaltens- und soziale Probleme untersucht. Interessant in bezug auf die letzte Fragestellung ist ein Artikel von MARKOWITZ & CRAIG (1992), in dem die Selbstwahrnehmungen von insgesamt 23 10-jährigen Kindern alkoholkranker Eltern im Vergleich zu 19 Kindern aus dysfunktionalen Familien ohne Alkoholprobleme untersucht wurden. Es zeigte sich, daß die Kinder aus den Familien mit einem abhängigen Elternteil höhere Werte im Selbstwertgefühl hatten, aber auch mehr Verhaltensprobleme als die Kinder aus den Nicht-Alkohol-Familien. Als psychologische Erhebungsinstrumente wurden auch projektive Verfahren verwendet, also Verfahren, die auf die Erhebung nicht bewußter kognitiver Inhalte abzielen. Hier (insbesondere im TAT) zeigte sich, daß die Kinder vor allem das Problem des Vergessen- und Vernachlässigt-Werdens zu beschäftigen schien.

Ein guter Überblick über die Literatur zum Thema "Kinder alkoholkranker Eltern" ist von VON GONTARD (1990).

Zum Thema "Alkoholabhängige Mütter in einer Therapie mit ihren Kindern" gibt es zwei sehr einfühlsame Artikel von FELDMANN-VOGEL (1987/1990). FELDMANN-VOGEL kennzeichnet die Situation suchtmittelabhängiger Eltern durch Beziehungsstörungen in der Familie: Die Eltern nehmen die Probleme ihrer Kinder selten wahr. Die Grenzen innerhalb des Familiensystems sind verwischt. Die Kinder werden in das kranke System mit einbezogen, ihnen wird zuviel an Verantwortung aufgebürdet. Häufig werden sie in das Vertuschungssystem der Eltern miteinbezogen, dadurch geraten sie in eine Isolation gegenüber der Außenwelt. Sie haben demnach kaum Kontakte nach außerhalb und leben in einem geschlossenen System.

Die Beziehung suchtmittelabhängiger Mütter ist häufig durch eine starke Ambivalenz zwischen phasenweiser Ablehnung und Verwöhnung gekennzeichnet. Da die Mütter häufig selbst in Familien mit einem alkoholkranken Elternteil aufgewachsen sind, haben sie sehr früh selbst co-abhängiges Verhalten gelernt, in das sie nun wieder ihre Kinder einbinden. Aufgrund dieses Zirkelschlusses entstehen zahlreiche Schuldgefühle gegenüber den Kindern.

Einen wichtigen Beitrag für die Therapie alkoholabhängiger Mütter sieht FELDMANN-VOGEL darin, daß Mütter in der Behandlung lernen müssen, ihre Bedürfnisse zu erkennen und Forderungen zu stellen. Sie hält dies für eine wichtige Bedingung dafür, daß die Mütter nicht nur lernen können, adäquate Lösungen für ihre eigenen Konflikte zu finden, sondern auch, daß sie mehr Freiwilligkeit in der Beziehung zu ihrem Kind realisieren können. "Ein höheres Selbstwertgefühl korrespondiert mit eindeutigerer Kommunikation, double-bind-Botschaften, die Kinder verunsichern, können dann aufgelöst werden" (FELDMANN-VOGEL 1990, S. 228).

"Auch Kinder können lernen, daß ihre Mütter nicht permanent belastbar und immer verfügbar sind" (FELDMANN-VOGEL 1990, S. 228) - daß dieses auch die Mütter verstehen, hält die Autorin für die Vorbedingung für deren erfolgreiche Therapie.

4.7.2. Tabak

Ich habe diesbezüglich keine Untersuchung gefunden, die über den Stand des Wissens der bereits erwähnten Studie "Frauen und Rauchen" im Auftrag der BZgA (FRANKE ET AL. 1985) hinausgeht. Ergebnisse, die für die Fragestellung dieser Recherche wichtig sind, betrafen vor allem die Teilstudie der nicht-rauchenden Frauen. Ich gehe auf die diesbezüglich wichtigen Ergebnisse unter 8. ein. Ich habe zusätzlich lediglich einen Hinweis in der bereits erwähnten Untersuchung von BARTHOLOMEYCZIK ET AL. (1988) gefunden. Die Autorinnen überprüften den Anteil der Raucherinnen bei den von ihnen befragten etwa 1.000 Frauen aus verschiedenen Berufen und stellten keine Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kinder fest.

An konkretem Gesundheitshandeln wurde in dieser Studie auch noch das Schlafverhalten untersucht. Hier zeigte sich, daß sich die Mütter kleinerer Kinder häufiger unausgeschlafen fühlten, ansonsten waren Schlafmangel und das Gefühl des Ausgeschlafenseins vor allen Dingen von Arbeitsplatzbedingungen abhängig; wie zu erwarten war, war beides bei Schichtarbeiterinnen besonders deutlich ausgeprägt.

4.7.3. Medikamente

Über die Medikamenteneinnahme von Frauen gibt es in der Bundesrepublik zwei umfangreiche Untersuchungen.

In der Studie von ELLINGER, KARMAUS und STAUSS (1987) wurde der Verbrauch psychotroper Medikamente bei berufstätigen Frauen untersucht. In einer qualitativen Studie wurden 10 Frauen im Alter zwischen 29 und 63 Jahren ausführlich interviewt. Da die Untersuchung primär aus der Perspektive der Belastungsprofile von berufstätigen Frauen angelegt und ausgewertet wurde, wurde die spezifische Situation der Mütter nicht untersucht. An Belastungen im Bereich der Familie und privaten Beziehungen wurden jedoch herausgearbeitet:

- Pflege und Versorgung erkrankter und betreuungsbedürftiger Familienangehöriger (Eltern, Kinder, Enkel)
- Zuständigkeit für das Wohlbefinden und die Bedürfnisse des Partners
- Mangel an emotionaler und praktischer Unterstützung
- Ökonomische Ressourcen.

In bezug auf die "Pflege und Versorgung erkrankter beziehungsweise betreuungsbedürftiger Familienangehöriger" heißt es, diese stelle "eine häufig benannte sowohl körperliche als auch emotionale Belastung dar, deren Auswirkungen - wie körperliche Schmerzen, Trauer, Schuldgefühle, Verzweiflung - mit Medikamenten unterdrückt und damit Leistungsfähigkeit und Normalität aufrecht erhalten werden sollen" (ELLINGER ET AL. 1987, S. 290/291).

Anhand der ausgewerteten Interviews erstellten die AutorInnen typische Verläufe einer Medikamentenkarriere; hier ergibt sich bei den von ihnen definierten Phasen kein Hinweis, daß Kinder eine entscheidende Rolle spielen.

VOGT (1985) befragte 485 Frauen, die mindestens ein Kind im Alter von 14 - 19 Jahren hatten und dieses beziehungsweise eines der Kinder in dieser Altersgruppe. Untersucht werden sollte "der ganz normale Medikamentenkonsum". Im einzelnen lassen sich die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht für die vorliegende Fragestellung verwenden, doch gibt das Antwortverhalten der Mütter eventuell einen Hinweis darauf, warum es schwierig ist, das Konsumverhalten zu untersuchen: Befragt, wann sie ein Medikament nehmen, antworteten die meisten Befragten mit zwei Situationen: 1. auf Verschreibung oder 2. nur im äußersten Notfall. Will man herausfinden, wann Menschen Medikamente nehmen, so ist es notwendig, diesbezüglich ein Tagebuch zu führen - ein Verfahren, das offensichtlich noch nicht durchgeführt wurde, zumindest nicht bei der Gruppe, für die hier recherchiert wurde.

Auch in dem bereits erwähnten, in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekt (BREITWIESER ET AL. 1989) wurde nach dem

Medikamentenkonsumenten gefragt, wobei sich zeigte, daß es von wenigen Ausnahmen abgesehen kaum regelmäßigen Arzneimittelkonsum bei den befragten Frauen gab. Auch läßt sich aus den veröffentlichten Daten nicht ablesen, daß die Probleme, derentwegen die Mütter Medikamente nehmen, primär an ihre Kinder beziehungsweise die Überlastung durch Betreuungsaufgaben gebunden sind. Familialer Streß, so die Frauen, komme eher vom Mann als von den Kindern.

4.7.4. Illegale Drogen

Obzwar die Problematik der Abhängigkeit von illegalen Drogen bei Frauen insgesamt quantitativ deutlich geringer ist als die des Mißbrauchs und auch der Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol, spielt die Gruppe der von illegalen Drogen abhängigen Frauen bei der vorliegenden Untersuchung insofern eine Rolle, als es sich bei diesen Frauen um junge Frauen und damit auch potentiell junge Mütter handelt. Nach Schätzungen in den USA nehmen 10 - 20 % aller schwangeren Frauen illegale Drogen (SINGER ET AL. 1992).

Folgende Untersuchungen sind erwähnenswert:

SINGER, FARKAS & KLIEGMAN (1992) führten eine sehr lesenswerte Literaturübersicht über Studien durch, die sich mit den Auswirkungen des Kokaingebrauchs auf Fötus und Kleinkind beschäftigen. Die epidemiologischen Daten dürften für die Bundesrepublik nicht vergleichbar sein, da hier Kokain nicht eine solch entscheidende Rolle spielt. Wichtig aber der Hinweis, daß die Partner der abhängigen Mütter, also die Väter der Kinder, in aller Regel auch Drogen nehmen. Drogenabhängige Frauen kommen nahezu ausschließlich durch ihren Partner an die Droge.

Bis auf eine zeigten sich in allen von SINGER ET AL. gesichteten Untersuchungen bei den Neugeborenen kokainabhängiger Mütter Defizite in Wahrnehmung und Verhalten. In bezug auf die Intelligenzentwicklung kann dagegen noch nicht von einem Schädigungspotential ausgegangen werden:

GRIFITH ET AL. (1990) untersuchten 3-jährige Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft Kokain genommen hatten und fanden keine Intelligenzunterschiede. Dagegen gibt es jedoch deutliche Hinweise, daß die kognitive Entwicklung beeinträchtigt ist. Kinder, die während der Schwangerschaft Kokain ausgesetzt waren, zeigten im Vergleich mit Kindern gesunder Mütter im Spielverhalten weniger Neugier, weniger Motivation und weniger Interesse an unstrukturierten Situationen (RODNING ET AL. 1989).

Andere Forscher versuchten, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern heroinabhängiger Mütter zu dokumentieren - hier sind die Ergebnisse sehr inkonsistent. Neben Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten ließen sich auch solche finden, die sich recht gut entwickelten. Die Erklärung jedoch, es handle sich hier offenbar um resiliente Kinder, also solche, die trotz unguter Lebens- und Umgebungsbedingungen eine günstige Entwicklung nehmen, bleibt unbefriedigend, solange die Bedingungen solcher Resilienz nicht näher überprüft sind.

Wenig ist auch bisher über die Interaktion drogenabhängiger Mütter mit ihren Kindern bekannt. Die folgende Untersuchung von BURNS ET AL. (1991) kann wohl mehr als Pionierarbeit gewertet werden. Sie ist jedoch insofern interessant, als in ihr das Mutter-Kind-Verhalten in einem kontrollierten Setting beobachtet wurde.

Untersucht wurden fünf Kinder zwischen 8 und 11 Monaten und ihre Mütter im Alter zwischen 25 und 32 Jahren, die langjährig Kokain nahmen. Die Interaktionen von Mutter und Kind wurden in vier Ausschnitten à 5 Minuten von geübten Beobachtern auf 65 Variablen eingeschätzt.

Es zeigte sich, daß die Mütter sehr niedrige Werte in den Dimensionen soziale Initiative und Hilfestellung zeigten, die Kinder niedrige Werte in den Dimensionen Ausdruck positiver Gefühle, Glücklich-sein, Fröhlichkeit, Heiterkeit. In den Interaktionen erwies sich die Dyade als niedrig in gegenseitiger Freude und Begeisterungsfähigkeit ("enthusiasm"). Insgesamt waren die Mütter sehr rigide, andererseits unfähig, der Situation eine Struktur zu geben. Im verbalen Verhalten gingen sie nicht auf die Ebene des Kindes ein. Auch beim Füttern erwiesen sie sich als unsensibel für die

Reaktionen ihres Kindes: Sie drängten ihrem Kind noch Nahrung auf, lange nachdem dieses bereits klare Zeichen von Sättigung gezeigt hatte.

Ähnliche Ergebnisse erhielten JOHNSON & ROSEN (1990), die insgesamt 75 Kinder drogenabhängiger Mütter im Alter von 2, 4, 6 und 9 Monaten beobachteten. Für 42 dieser Kinder lagen Beurteilungen der Mütter über das Temperament ihres Kindes vor. Außerdem wurden Videobänder ausgewertet, die die Mutter in Interaktion mit ihrem Kind zeigte, und zwar ebenfalls zu den Erhebungszeitpunkten: 2, 4, 6 und 9 Lebensmonate des Kindes.

Die Untersuchung ist methodisch etwas undurchsichtig, von daher sollen die Ergebnisse hier nur kurz zusammengefasst werden:

Insgesamt zeigte sich eine recht geringe Responsivität der Mütter auf die Kinder, die sich auch im Laufe der Monate nicht veränderte. Wachsende Aktivitäten ihrer Kinder wurden von den Müttern nicht beantwortet, es stellte sich somit über die Zeit keine Steigerung in der Interaktion her. Die Autoren stellten ein sehr geringes Ausmaß an verbaler Kommunikation der Mütter mit ihren Kindern fest. Eine Mutter, der vorgeschlagen worden war, ein wenig mit ihrem Kind zu reden, habe unwillig geantwortet: "Die Leute denken ja, ich bin verrückt, wenn sie sehen, daß ich zu einem Baby rede".

Sehr wichtig finde ich den Hinweis von JOHNSON & ROSEN, daß die Effekte der Drogeneinnahme methodisch schlecht von den übrigen sozialen Bedingungen getrennt werden können. Hierbei handelt es sich nicht nur um ein Methodenproblem, sondern um eines, das die soziale und psychische Situation drogenabhängiger Mütter beherrscht.

Zwei Arbeiten von HEIN & MITSCHKA (1985) und WIDEMANN (1989) werfen ein interessantes Licht auf die Motivation drogenabhängiger Frauen, ein Kind zu bekommen. Nach WIDEMANN haben gerade drogenabhängige Frauen einen ausgeprägten Kinderwunsch. Die ungewisse Lebenserwartung schein sie nicht vom Kinderwunsch abzuhalten, sondern diesen eher zu motivieren in dem Sinne: "...daß noch ein bißchen was von mir da ist, wenn ich mal nicht mehr bin" (WIDEMANN 1989, S. 67). Insbesondere auch für AIDS-infizierte Frauen sei das Kind motivierend, noch ein neues Leben zu

beginnen, dem Leben einen Sinn zu geben. Offenbar sollte das Kind den Halt geben, der auch in der Droge gesucht wurde.

HEIN und MITSCHKA (1985) weisen darauf hin, daß bei drogenabhängigen Müttern eine große Leugnung ihres nicht adäquaten mütterlichen Verhaltens vorliegt. In ausführlichen Interviews, die die Autorinnen mit allerdings nur zwei drogenabhängigen jungen Frauen durchführten, betonten beide, daß sie sehr viel Wert darauf legten, daß ihre Kinder ordentlich und sauber aussähen. Hierhinter verbirgt sich wohl auch die Angst, die Kinder bei Vernachlässigung weggenommen zu bekommen. Das Kind, so HEIN & MITSCHKA, sei für die Frauen eine Brücke zur normalen Welt, in der Sorge um das Kind versuchten sie sich einen Weg aus der Sucht zu öffnen.

Aus allen Erfahrungsberichten (siehe auch RÖHRIG 1989) geht hervor, daß auch extrem drogenabhängige Mütter ihre Kinder behalten wollen, obwohl sie deren Versorgung nicht sicherstellen können.

Zum engeren Thema dieser Literaturanalyse:

Die in bezug auf Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum gestellte Frage, ob Mütter diese Mittel einsetzen, um den durch die mütterlichen Aufgaben entstehenden Streß zu reduzieren, kann in bezug auf Drogen sicher nicht gestellt werden. Drogenabhängige Frauen nehmen die Drogen unabhängig von spezifischen Streßfaktoren. Dennoch finde ich das Thema im Hinblick auf die Arbeit der BZgA mit Müttern sehr wichtig: Da davon auszugehen ist, daß immer mehr Mütter Drogen nehmen werden, muß untersucht werden, wie abhängige Mütter in die Lage versetzt werden können, die Betreuung ihrer Kinder sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, daß drogenabhängige und insbesondere HIV-infizierte Mütter dazu nur sehr beschränkt in der Lage sind - was als Konsequenz nicht haben darf, daß sie ganz von ihre Kindern getrennt werden. Vielmehr müssen Versorgungsmodelle überlegt werden, die die Versorgung der Kinder unter Berücksichtigung der Unzuverlässigkeit der Mutter sicherstellen.

4.8. Mütter mit Eßstörungen

In der Bundesrepublik halten Erhebungen zufolge 45 % der Frauen mindestens einmal im Jahr Diät, 95 % kontrollieren regelmäßig ihr Gewicht. Etwa 5 bis 10 % der bundesrepublikanischen Frauen sind deutlich übergewichtig, an Bulimia nervosa leiden etwa 1 bis 3 % aller jungen Frauen im Alter von 14 bis 30 Jahren, an Anorexia nervosa etwa 1 % aller Mädchen und jungen Frauen zwischen 12 und 20 Jahren (FRANKE 1993).

Dies nur ganz wenige epidemiologische Zahlen - wir können davon ausgehen, daß die Beschäftigung mit Essen und Figur einen wichtigen Teil im Leben von Frauen ausmacht.

Es gibt einen breiten Konsens darüber, daß Essen etwas zu tun hat mit Streßabbau, Verarbeitung von Frustration und ähnlichem, ebenso einen Konsens darüber, daß mütterliches Verhalten in der Genese von Eßstörungen eine wichtige Rolle spielt.

Angesichts dieses allgemeinen Konsenses überrascht die geringe Zahl an empirischen Überprüfungen dieser Annahmen. (Vielleicht auch nicht, weil etwas, was allen selbstverständlich ist, nicht mehr überprüft werden muß). Im Rahmen der vorliegenden Literaturanalyse wären Untersuchungen zu folgenden Themen wichtig gewesen:

- Zeigen Mütter mit kleinen Kindern mehr gestörtes Eßverhalten als vergleichbare Frauen ohne Kinder?
- Lassen sich spezifische Situationen/Belastungen herausfinden, die für eventuelle Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen von Frauen verantwortlich sind?
- Sehen Mütter Zusammenhänge zwischen Störungen ihres Eßverhaltens und ihrer Lebenssituation und ihren Belastungen als Mutter?
- Erleben Mütter die Aufgabe, ihre Kinder zu nicht-eßgestörten Menschen zu erziehen als Belastung?
Wenn ja: Wie gehen sie damit um?
- Ist diese Belastung abhängig vom Geschlecht der Kinder?

- Wenn Mütter Probleme mit dem Eßverhalten haben: Geben sie den hierdurch verursachten Streß auf ihre Kinder weiter? Oder welche Mechanismen haben sie gefunden, diesen Streß ohne Einbeziehung ihrer Kinder zu verarbeiten?

Zu all diesen Fragen habe ich keine Untersuchungen gefunden und das heißt, ich habe auf sie auch keine Antworten.

Ebenfalls nicht untersucht ist, wie sich die in den Fragen ausgedrückte Problemlage für Frauen darstellt, die an Adipositas, Bulimie oder Anorexie erkrankt sind. Bisherige Studien geben kein exaktes Bild darüber, ob in Familien mit eßgestörten Mädchen mehr Eßstörungen vorkommen.

Auch eine neuere, recht gut kontrollierte Untersuchung von PIKE & RODIN (1991) brachte hier wenig Aufschluß: Sie befragten 77 Mütter und teilten sie in zwei Gruppen ein (N in den jeweiligen Gruppen nicht angegeben); alle Mütter hatten eine Tochter im Alter von etwa 16 Jahren, die Töchter der einen Gruppe waren gesund, die der anderen hatten Bulimia nervosa. Beide Gruppen füllten eine umfangreiche Fragebogenbatterie aus, in der die von den Müttern wahrgenommene Familiensituation, die von ihnen gewünschte ideale Familiensituation, das Eßverhalten der Mutter und Zufriedenheitsmaße der Mutter mit ihrer Tochter erhoben wurden.

Es traten keine Unterschiede in bezug auf die derzeitige Familiensituation und die ideale Familiensituation auf. Ein geringfügiger Unterschied zeigte sich nur in der Zufriedenheit: Die Mütter der eßgestörten Mädchen waren weniger zufrieden mit dem Zusammenhalt der Familie. 90 % der Mütter der bulimischen Mädchen und 79 % der Mütter der Mädchen ohne Eßstörungen hatten schon einmal eine Diät durchgeführt; dieser Unterschied war nicht signifikant. Ein signifikanter Unterschied ergab sich jedoch in bezug auf das Eßverhalten: Die Mütter bulimischer Mädchen zeigten deutlich mehr gestörtes Eßverhalten als die Mütter gesunder Mädchen. In bezug auf ihre Attraktivität schätzten sich die Mütter beider Gruppen als gleich attraktiv ein. Die Mütter der eßgestörten Mädchen hielten diese jedoch für signifikant weniger attraktiv als diese Töchter sich selbst beurteilten, die Mütter der nicht-eßgestörten Mädchen hielten ihre Töchter hingegen für ebenso attraktiv wie diese sich selbst.

5. Psychisch und körperlich kranke Mütter

Ich habe keine Literatur darüber gefunden, die die Situation psychisch kranker und körperlich kranker Mütter untersucht, also etwa Fragen stellt wie:

- Gibt es spezifische Faktoren mütterlicher Belastung für psychisch und/oder körperlich kranke Frauen?
- Wird der Erkrankungsverlauf von Frauen durch das Muttersein beeinflusst? Wenn ja: Welche spezifischen Bedingungen lassen sich ausmachen?
- Gibt es protektive Faktoren des Mutterseins?

Die Literatur, die ich gefunden habe, beschäftigt sich vornehmlich mit den Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder. Ein Artikel setzt sich mit den Erziehungsstilen manisch-depressiver Mütter im Vergleich zu gesunden Müttern auseinander. Ich stelle im Folgenden einige Studien vor, die mir wegen ihrer Inhalte, zum Teil auch ihrer Methodik, für berichtenswert erscheinen:

BAGEDAHL-STRINDLUND ET AL. (1989) untersuchten 72 Kinder von Müttern, die die diagnostischen Kriterien von 1. Schizophrenie, 2. Alkohol- und Drogenmißbrauch, 3. depressive Störung inklusive Manie, 4. funktionale Psychose und 5. andere psychiatrische Störungen erfüllte. Als Kontrollgruppe wurde eine Gruppe von 17 Müttern gebildet, die sich in gynäkologischer Behandlung befand. Alle Kinder waren gerade 6 Jahre alt. 39 (54 %) der Indexkinder lebten nicht mit ihrer Mutter; 30 waren in Pflegestellen, 9 lebten mit ihrem Vater. Die Kinder wurden ausführlich von PsychologInnen beobachtet, interviewt und getestet. Aufgrund der psychologischen Untersuchung wurden die Kinder entsprechend dem Ausmaß ihrer Gesundheit beziehungsweise von Gesundheitsschädigungen in fünf Gruppen eingeteilt: Gruppe 1 bildeten Kinder mit schweren Entwicklungsbeeinträchtigungen, die Gruppen 2 - 5 Kinder mit alarmierenden, mäßigen, minimalen und ohne Entwicklungsbeeinträchtigungen.

Zu den Ergebnissen: Im Vergleich zu den Kindern gesunder Mütter zeigten sich global bei den Kindern der erkrankten Mütter Entwicklungsbeeinträchtigungen. Die Ergebnisse waren allerdings nur auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant. Deutlicher fielen die diagnostischen Unterschiede unter Berücksichtigung der

Krankheitsgruppe aus: Hier zeigte sich, daß die Kinder alkohol- und drogenabhängiger Mütter am häufigsten als entwicklungsbeeinträchtigt diagnostiziert wurden. Zwischen den Kindern, die bei ihrer Mutter lebten und denen, die in Pflegefamilien oder mit ihrem Vater lebten, gab es keine Unterschiede; lediglich Kinder, die die Pflegefamilie dreimal oder öfter hatten wechseln müssen, zeigten mehr Entwicklungseinschränkungen. Außerdem zeichnete sich eine Tendenz ab, daß Kinder, die sehr früh in Pflege weggegeben worden waren, schlechtere Ergebnisse zeigten. Dies kann jedoch auch mit einer Interferenz mit der mütterlichen Diagnose zusammenhängen: Vermutlich wird es sich hier um die Kinder der am stärksten gestörten alkohol- und drogenabhängigen Mütter gehandelt haben. Die AutorInnen ziehen das Fazit, daß Kinder psychisch kranker Mütter ein höheres Risiko in Richtung auf eine Entwicklungsbeeinträchtigung haben, daß das Hauptrisiko jedoch in mit der Erkrankung assoziierten psychosozialen Störungen in der Familie liege.

HAMMEN ET AL. (1987) untersuchten an 8 - 16-jährigen Kindern aus 58 Familien Auswirkungen mütterlicher Erkrankungen auf die psychische Entwicklung der Kinder. Verglichen wurden Mütter mit unipolaren und bipolaren depressiven Erkrankungen, Mütter mit chronischen organischen Erkrankungen (Diabetes und Arthritis) und gesunde Mütter. Die Kinder wurden einer umfangreichen psychologischen Diagnostik unterzogen - zu umfangreich angesichts der Größe der Stichprobe und der mangelnden Kontrolle sonstiger Variablen. Dennoch ist ein Ergebnis interessant: Die Kinder der psychisch kranken Mütter erwiesen sich in bezug auf affektive Störungen als signifikant belasteter als die Kinder gesunder Mütter, es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede gegenüber den medizinisch kranken Müttern. Zwischen Jungen und Mädchen ließen sich keine Unterschiede sichern.

In drei Untersuchungen wurde auch das Interaktionsverhalten psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern untersucht:

LONGFELLOW, ZELKOWITZ & SAUNDERS (1982) untersuchten eine Gruppe von Müttern 5 - 7 Jahre alter Kinder (Die Untersuchung stand mir leider nicht im Original zur Verfügung, so daß ich keine Angaben über die Methodik und Durchführung machen kann). Sie fanden heraus, daß, je depressiver und belasteter die

Mütter waren, sie umso weniger auf die Abhängigkeitsbedürfnisse ihrer Kinder reagierten, mehr feindliches und dominantes Verhalten realisierten und umso weniger auf Fragen und Bitten ihrer Kinder eingingen. Stark depressive Mütter schrien und schlugen ihre Kinder mehr, sie argumentierten weniger und setzten eher direkte Bestrafungen, als daß sie den Kindern Privilegien und Belohnungen entzogen.

McLOYD & WILSON (1990) untersuchten in Michigan die Beziehung zwischen ökonomischen Bedingungen, seelischer Gesundheit und Elternverhalten schwarzer und farbiger alleinerziehender Mütter und der Auswirkungen auf ihre Kinder. Es handelte sich ausschließlich um Frauen der unteren Sozialschicht, 61,3 % lebten von der öffentlichen Fürsorge. Untersucht wurden 155 Mütter im Alter von 25 bis 58 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei 35 Jahren. Die Kinder waren zwischen 9 und 17 Jahren alt. Es fanden jeweils getrennte Interviews mit Mutter und Kind statt, ausgewertet wurden Interview- und Fragebogendaten.

Zu den Ergebnissen:

Zwischen ökonomischen Sorgen und psychischen Problemen ließ sich eine hochsignifikante Beziehung sichern: Je niedriger das Familieneinkommen, desto geringer das Ausmaß der psychischen Gesundheit.

Interessant finde ich auch die Auflistung, wie die Mütter versuchten, besser finanziell über die Runden zu kommen: Am häufigsten genannt wurde das Einschränken der eigenen sozialen Aktivitäten und von Freizeitaktivitäten, an zweiter Stelle stand der Kauf billigerer Kleidung für sich selbst. Es folgten: Das Kaufen billigerer Nahrungsmittel und zuletzt der Kauf billigerer Kleidung für die Kinder.

Insgesamt zeigte sich: Je mehr Anstrengungen die Mutter unternahm, um die finanziellen Bedürfnisse zu sichern, desto größer war das Ausmaß ihrer psychischen Belastung. Im Kontakt mit den Kindern zeigte sich: Je psychisch belasteter die Mutter, desto weniger versorgend war sie und umso mehr sprach sie mit ihren Kindern von ihren Problemen. In dem Maße, in dem die Mutter mit dem Kind über ihre Schwierigkeiten und finanziellen Probleme sprach, nahm auch die psychische Belastung der Kinder zu. Dagegen wirkte sich die reale Einkommenssituation nicht auf das psychologische Wohlbefinden der Kinder aus: Hier ließ sich keine signifikante Beziehung zwischen Befinden der Kinder und Einkommenshöhe

der Familie finden. Entgegen den Erwartungen zeigten Kinder, die im Rahmen eines größeren sozialen Netzwerkes aufwuchsen, ein höheres Maß an psychischer Belastung. Jüngere Kinder berichteten insgesamt über mehr eigene Belastung als ältere.

Zum Anschluß sei noch kurz eine Studie erwähnt, die wegen sehr geringen Stichprobenumfanges und unzureichender Methodologie nicht besonders hoch bewertet werden sollte, deren Ergebnisse aber eindeutig die Ergebnisse der anderen Untersuchungen stützen:

DAVENPORT ET AL. (1984) untersuchten das Erziehungsverhalten in sieben Familien mit einem manisch-depressiven Elternteil; in vier Familien war die Mutter depressiv. Es zeigte sich, daß sich diese Mütter im Vergleich zu Müttern in gesunden Familien weniger auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einstellten, daß sie mehr Wert auf die frühe Entwicklung von Fertigkeiten wie Toilettenbenutzung legten, überbehütender reagierten und von einem höheren Ausmaß an negativen Gefühlen gegenüber ihrem Kind berichteten. An der allgemeinen Interaktion in der Familie nahmen die depressiven Mütter weniger teil.

6. Vernachlässigende und mißhandelnde Mütter

Diese Gruppe von Müttern ist im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche insofern interessant, als sich gezeigt hat, daß vernachlässigende und mißhandelnde Mütter in einem hohen Ausmaß von psychosozialen und Abhängigkeitsproblematiken betroffen sind.

MURPHY ET AL. (1991) untersuchten in einer sehr sorgfältig kontrollierten Studie die familiären Bedingungen kindlichen Mißbrauchs. Sie überprüften 206 Fälle, die wegen schweren Kindesmißbrauchs oder Vernachlässigung vor Gericht gebracht wurden. Es zeigte sich, daß in 43 % dieser Fälle wenigstens ein Elternteil Probleme mit Alkohol oder Drogen hatte. Alkohol, Kokain und Heroin waren die am meisten konsumierten Suchtmittel. Im Vergleich zu den übrigen Fällen zeigte sich, daß es da, wo Suchtmittelmißbrauch vorlag, schon häufiger frühere Anklagen wegen Kindesmißhandlung gegeben hatte, daß die Eltern in den psychologischen Gutachten häufiger als weiterhin gewalttätig gegen die Kinder eingestuft wurden, und daß die Kinder öfter für immer aus der Familie genommen wurden. Mütterlicher Suchtmittelmißbrauch schien diese Ergebnisse deutlicher zu beeinflussen als der väterliche Suchtmittelmißbrauch.

Im Rahmen eines Sonderforschungsprojekts am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim wurden mißhandelnde Eltern in bezug auf ihre psychosoziale Situation und in der Interaktion mit ihren Kindern untersucht. Die Kinder waren 3 Monate alt, je nach der Art des mütterlichen Verhaltens wurden sie eingeteilt in abgelehnte Säuglinge (N=25), vernachlässigte Säuglinge (N=11) und abgelehnte und vernachlässigte Säuglinge (N=23).

Kriterien zur Einschätzung mütterlicher Ablehnung waren:

- strenge Erziehungshaltung,
- harte erzieherische Praktiken,
- wenig Körperkontakt und Zärtlichkeit,
- wenig erkennbare Freude im Umgang mit dem Kind,
- häufige Kritik am Kind,
- übermäßige Betonung der Belastung durch das Kind und der Opfer, die von der Mutter zu bringen sind,

- häufige Übertragung der Betreuung des Kindes an andere Personen ohne triftigen Grund.

Als Kriterien zur Einschätzung mütterlicher Vernachlässigung dienten die Merkmale:

- mangelnde oder inadäquate Anregung für das Kind,
- mangelnde Aufsicht über das Kind,
- mangelnde Pflege und Mißachtung der Gesundheit des Kindes.

In bezug auf ihre psychosoziale Situation (STÖHR 1990) wurden die ablehnenden Mütter mit den ablehnenden und vernachlässigenden verglichen; außerdem wurde eine Kontrollgruppe psychosozial unbelasteter Mütter herangezogen. Kriterien zur Erfassung der psychosozialen Risiken waren mangelnde schulische beziehungsweise berufliche Bildung der Eltern, beengte Wohnverhältnisse, psychische Störungen der Eltern, gestörte Partnerbeziehungen, frühe Elternschaft (Mutter und/oder Vater jünger als 18 Jahre bei Geburt des Kindes), ungewollte Schwangerschaft und andere.

Es zeigte sich, daß der Anteil ablehnender Mütter mit dem Ausmaß der Risikobelastung annähernd linear anstieg. Ablehnendes Verhalten ließ sich allerdings auch bei Müttern finden, die kein oder nur ein geringes psychosoziales Risiko aufwiesen. Vernachlässigung trat jedoch nur unter den Bedingungen psychosozialer Risiken auf, wobei die Häufigkeiten von Ablehnung und Vernachlässigung in Abhängigkeit vom psychosozialen Risiko nahezu exponentiell anstiegen. Deutliche Unterschiede zeigten sich zwischen den ablehnenden und den ablehnenden und vernachlässigenden Müttern in bezug auf die einzelnen Risikomerkmale: Von unbelasteten Müttern unterschieden sich die ablehnenden Mütter hochsignifikant in den Merkmalen ungewollte Schwangerschaft und unvollständige Familie, signifikant in der Dimension "schlechte Bewältigung". Bei den ablehnenden und vernachlässigenden Müttern zeigten sich dagegen gegenüber der Kontrollgruppe in 9 von 11 gemessenen Variablen hochsignifikante Unterschiede. Daraus läßt sich schließen, daß die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung und Vernachlässigung durch Mütter mit der Zahl der psychosozialen Risikofaktoren wächst, wobei ungewollte Schwangerschaft, unvollständige Familie, mangelnde Bildung, beengte Wohnverhältnisse,

emotionale Unreife und chronische Belastung in Verbindung mit schlechten Bewältigungspotentialen die Wahrscheinlichkeit des Mißbrauchs erhöhen.

Daß der Mißbrauch primär von mangelnden Ressourcen der Mutter und nicht durch Besonderheiten des Kindes bestimmt wird, zeigte sich in einer Untersuchung von ESSER & WEINEL (1990) im Rahmen des gleichen Mannheimer Projektes. Sie gingen der Frage nach, ob sich Vernachlässigung und Ablehnung der Kinder auch in direkten Mutter-Kind-Interaktionen beobachten lassen und schätzten hierzu zehnminütige Interaktionen mit der "Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter" ein. Sie kommen zu dem Ergebnis: "Das veränderte Mutterverhalten bei Vernachlässigung und Ablehnung ist nicht Folge eines weniger zugewandten, schwierigen Verhaltens des Kindes. Trotz deutlich veränderten Mutterverhaltens verhalten sich die Kinder weitgehend normal" (ESSER & WEINEL 1990, S. 29). Es ließen sich in der Mutter-Kind-Interaktion spezifische Muster von mütterlicher Ablehnung und Vernachlässigung aufzeigen. Insgesamt verhielten sich die Mütter passiver, distanzierter und stereotyper in der Interaktion, sie vokalisiert weniger und imitierten weniger Gestik und Mimik ihrer Kinder. Vernachlässigende Mütter waren zudem weniger reaktiv und variabel in ihrem Verhalten, es kam weniger zu einem gemeinsamen Handeln von Mutter und Kind.

7. Beurteilung des Forschungsstandes

Die vorliegende Literaturanalyse orientierte sich an folgenden im Projektantrag formulierten Fragestellungen:

1. Bestehen Zusammenhänge zwischen gesundheitsschädigendem und Mißbrauchsverhalten (Alkohol, Rauchen, Essen, Medikamente) bei Müttern mit Kindern im Alter von 0 - 9 Jahren und den Rollenerwartungen, die an die Frauen gestellt werden?
2. Unterscheiden sich diesbezüglich berufstätige und nicht-berufstätige Mütter?
3. Bestehen Zusammenhänge zwischen gesundheitsschädigendem und Mißbrauchsverhalten (Alkohol, Rauchen, Essen, Medikamente) bei Müttern mit Kindern im Alter von 0 - 9 Jahren und Erziehungsstilen beziehungsweise Ansprüchen an die Erziehung?
4. Inwieweit bestehen Interdependenzen zwischen diesen Variablen?
5. Inwieweit spielen Faktoren der Lebenssituation eine Rolle bei gesundheitsschädigendem und Mißbrauchsverhalten von Müttern?
6. Welche "gesunden" Lösungsmöglichkeiten haben Frauen gefunden, die vergleichbaren Anstrengungen durch Kinder und Lebensbedingungen/Lebenslagen ausgesetzt sind, aber kein gesundheitsschädigendes oder Mißbrauchsverhalten aufweisen?

Sollte ich nicht, was ich für extrem unwahrscheinlich halte, die wesentliche Literatur zu diesem Thema übersehen haben, so kann ich zum derzeitigen Forschungsstand nur festhalten, daß keine der obigen Fragen hinreichend beantwortet werden kann.

Basis für die Beantwortung obiger Fragestellungen wären entweder quantitative Untersuchungen, die Mütter mit Frauen ohne Kinder verglichen, oder aber qualitative Erhebungen, in denen die spezifischen Rollenanforderungen und Belastungsprofile von Frauen mit Kindern in Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsverhalten gesetzt würden.

Beides ist nicht vorhanden.

Dennoch können aus der vorhandenen Forschungsliteratur einige Informationen gewonnen werden, die im Hinblick auf die obigen Fragestellungen relevant sind und Teilantworten zumindest andeuten. Ich habe diese in Punkt 8 zusammengefasst. Bevor ich jedoch auf diese Inhalte eingehe, möchte ich den Forschungsstand noch unter quantitativen und methodologischen Gesichtspunkten bewerten.

1. Fragestellungen, die von WissenschaftlerInnen untersucht und von Verlagen und Herausbergremien publiziert werden, spiegeln nicht nur individuelle Interessenlagen wider, sondern sind vor allem auch ein Spiegel der Themen, die für gesellschaftlich relevant und ökonomisch unterstützenswert gehalten werden. Unter beiden Aspekten scheint es sich beim Thema "Mütter und ihre Gesundheit" nicht um eine besonders lukrative Gruppe zu handeln. Bereits in ihren Anfängen kritisierte die Frauen-Gesundheitsforschung, daß Frauen innerhalb des Gesundheitssystems eine besondere Behandlung nur im Kontext ihrer spezifischen biologischen Eigenschaft, der Gebärfähigkeit, und den damit verbundenen Risiken zukommt (vgl. DUDEN 1987; EHRENREICH & ENGLISH 1976, 1977) RODENSTEIN bewertete die Situation so, "... daß Frauen und ihre Interessen speziell nur im Problembereich der Mütter- und Säuglingssterblichkeit angesprochen werden" (RODENSTEIN 1980, S. 177).

Heute stellt sich der Forschungsstand etwas differenzierter dar. Sicherlich gilt nicht mehr, daß Frauen "nur" unter dem Gesichtspunkt der Risiken von Schwangerschaft und Geburt betrachtet werden. Aber eindeutig kann festgehalten werden, daß auch in dieser Literaturrecherche die Themen Schwangerschaft und Geburt einen dominanten Rang einnehmen.

Bei der Datenbankrecherche entfielen 31,5 % der Treffer auf diesen Bereich (vgl. 3.). Als den vermutlichen Grund für die Dominanz des Themas Schwangerschaft und Geburt arbeitete die Frauen-Gesundheitsforschung eine einseitig biologisch - medizinische Sichtweise gesundheitlicher Aspekte von Frauen heraus, und sie forderte eine Aufhebung dieser Reduktion zugunsten einer umfassenderen Betrachtung der Gesundheit von Frauen, "ausgehend von den spezifischen körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen des Lebenszusammenhangs und der Entwicklung von Frauen..." (Franke 1985, S. 26). Diesbezüglich kann man heute die ganz klare Feststellung machen, daß Frauen-Gesundheitsforschung die ausschließlich biologisch-medizinische Phase überwunden hat, und daß es heute einen starken Zweig der sozialwissenschaftlichen Frauen-Gesundheitsforschung gibt. (Bereits von einem Ast zu sprechen wäre jedoch ein Euphemismus.)

2. Eine der dominierenden Fragen dieser sozialwissenschaftlichen Frauen-Gesundheitsforschung ist, wie sich familiäre und berufliche Belastungen auf die Gesundheit von Frauen auswirken. Bereits in meinem einleitenden Fazit (siehe 1.) habe ich darauf hingewiesen, daß für mich eins der erstaunlichsten Ergebnisse dieser Recherche war, daß dabei die Belastung als Mutter, also das Belastungsprofil "Mutter", nicht untersucht worden ist.

In der Forschung werden zwei Bereiche gegenübergestellt: Beruf und Familie. Die in der Familie anfallende Arbeit wird dann in der deutschsprachigen Literatur im allgemeinen in Hausarbeit, Konsumarbeit und Beziehungsarbeit aufgeteilt (vergleiche 4.2.). Kinder, so ist zu vermuten, machen in allen drei "familialen" Bereichen Arbeit - aber unter welche spezifischen Belastungen setzen sie die Mütter?

Die englischsprachige Literatur unterscheidet nicht wie die deutsche in beruflichen und familialen Bereich, sondern in marital, occupational and household roles. Durch diese Unterteilung ergibt sich eine interessante Verschiebung: eheliche und Haushalts- Aufgaben wurden getrennt. Wo sind die Kinder?

Ich gehe auf diesen Punkt auch noch unter 8. ausführlich ein. Hier möchte ich nur noch einmal ausdrücklich festhalten, daß die Frauen-Gesundheitsforschung bisher die besonderen Rollencharakteristika und Belastungen der Mütter nicht ausreichend berücksichtigt.

3. Unter methodischen Gesichtspunkten fällt auf, daß die Forschungsarbeiten, die eventuelle Unterschiede zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen untersuchen, in aller Regel keine gerichteten Hypothesen formulieren sondern von offenen Fragestellungen ausgehen. Ich vermute, daß dies aus dem Hintergrund deutscher Familienideologie und bundesrepublikanischer Familienpolitik zu erklären ist.

Beide binden die Mutter an das Haus - doch die Mehrzahl derer, die empirische Frauen-Gesundheitsforschung betreiben, möchten sicher nicht nachweisen, daß sie dort auch am besten aufgehoben ist.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ich unterstelle hiermit keinesfalls vorurteilsbehaftetes, nicht-objektives Forschen. Aber ich halte es für möglich, daß die Form der offenen Fragestellung damit zusammenhängt, daß manche der ForscherInnen gerne den Nachweis erbringen möchte, daß sich zwischen berufstätigen und nicht-berufstätigen Müttern keine gesundheitlichen Unterschiede zeigen. Und Arbeitshypothesen, die von nicht bestehenden Unterschieden ausgehen, formuliert man nicht so gerne.

Möglich aber auch, daß die bisherige Datenbasis schlicht zu klein ist, um gerichtete Hypothesen zu formulieren und angemessen zu begründen.

Auf jeden Fall: Auf dem Hintergrund der bundesrepublikanischen Familienpolitik erstaunt es nicht, daß ForscherInnen immer noch meinen den Nachweis erbringen zu müssen, daß weder Mutter noch Kind unter der weiblichen Berufstätigkeit leiden. Fraglich ist jedoch, ob diese Fragestellung angesichts der aktuellen gesamtpolitischen Situation noch die richtige ist. PARRY untersuchte bereits 1986 die psychische Gesundheit von Frauen in Abhängigkeit von ihrer Situation als Berufstätige oder Arbeitslose (vgl. 4.3.), und angesichts von wachsenden Arbeitslosenzahlen gerade unter Frauen wäre es an der Zeit, solche Fragen auch in Deutschland zu untersuchen.

Insbesondere die Mütter aus Ostdeutschland wären hier eine wichtige Zielgruppe; für sie war bis 1989 Berufstätigkeit die Norm, und es ist nicht von der Hand zu weisen, daß Arbeitslosigkeit sich für sie als ein Stressor erweist, der ein massives gesundheitliches Risiko und einen Belastungsfaktor darstellt.

Doch noch einmal zurück zum bundesrepublikanischen Mainstream, das heißt der Untersuchung von - etwas polemisch formuliert - potentiell schädigenden Auswirkungen der Berufstätigkeit von Müttern auf ihre Gesundheit. FTHENAKIS (1989) bringt hier einen meines Erachtens innovativen Gedanken in die Diskussion ein, wenn er schreibt: "Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der zunehmenden Anzahl berufstätiger, alleinerziehender Mütter, empfiehlt es sich, anstatt weiter danach zu fragen, ob sich die mütterliche Berufstätigkeit auf die kindliche Entwicklung beeinträchtigend auswirkt, eher nach den Bedingungen zu fragen, die es Frauen in unserem Lande so schwer machen, Berufs- und Familientätigkeit miteinander zu vereinbaren" (FTHENAKIS 1989, S. 20). Dieser Empfehlung schließe ich mich ohne Einschränkung an.

4. Von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen kann man feststellen, daß die deutschen Studien deutlich hinter die Standards britischer, skandinavischer und auch US-amerikanischer Studien zurückfallen. Dies hat sicher nichts damit zu tun, daß hier die ForscherInnen unfähiger sind, sondern damit, daß es Forschung mit der Zielgruppe Frauen in diesem Land sehr schwer hat. Wenn die Frauen in der Forschung nur einen Bruchteil der Akzeptanz finden könnten, den sie in der Werbung haben, würde das eine heute nicht vorstellbare Blüte der Frauen-Gesundheitsforschung bedeuten. Nur 5 bis 10 % des an Frauen als Zielgruppe adressierten Etats der Pharmawerbung würden vermutlich ausreichen, mehrere Sonderforschungsbereiche einzurichten, die sich intensiv mit dem Thema des Medikamentenkonsums von Müttern befassen könnten.

Ich halte es für eine wichtige Konsequenz der vorliegenden Literaturanalyse zu fordern, daß die Beschäftigung mit Themen, die die spezifische Situation von Frauen untersuchen, endlich auch in der Bundesrepublik als ernsthafte wissenschaftliche Arbeit anerkannt wird, und daß sich entsprechend auch Finanzträger finden.

5. Sozialpolitische und ökonomische Überlegungen scheinen mir in den deutschen Publikationen weniger mit den sozialwissenschaftlichen und psychologischen Überlegungen in Verbindung gesetzt zu werden als dies vor allem in den britischen und skandinavischen Untersuchungen der Fall ist. In den US-amerikanischen Untersuchungen spielen sozialpolitische Überlegungen vor allem in bezug auf ethnische Minderheiten und soziale Randgruppen eine Rolle; weiße Mittelschicht, so mein deutlicher Eindruck nach dieser Recherche, wird mehr individualisierend untersucht.

6. Für geradezu skandalös halte ich, wie wenig bisher frauenspezifische psychosomatische Erkrankungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen unter Berücksichtigung ihrer Rolle und Funktion als Mutter untersucht worden sind. Mit der Fallstudie Deutschland (FRANKE ET AL. 1985) hat die BZgA hier eine Pionierarbeit in bezug auf das Thema Rauchen unternommen. Aber eine Schwalbe macht keinen Sommer, und auch für diese eine Ausnahme muß selbstkritisch konzediert werden, daß sie sich mit der spezifischen Belastungssituation "Mutter" nicht auseinandersetzt.

7. Häufig wird in der Frauen-Gesundheitsforschung die Gefahr thematisiert, daß Frauen soviel Sorge für die anderen tragen (müssen), daß sie dabei die Sorge für sich selbst vergessen und über dem Sich-kümmern für andere die eigene Gesundheit vernachlässigen. Genau dieser Gefahr unterliegen auch die ForscherInnen: Es fand sich insgesamt ungleich mehr Literatur darüber, wie sich Belastungen und Streß von Müttern auf andere, insbesondere ihre Kinder, auswirken, als darauf, welche gesundheitlichen Konsequenzen für die Mütter selbst entstehen beziehungsweise wie sie versuchen, ihre gesundheitlichen Risiken zu minimieren. Für mich liegt ein wichtiges Ergebnis dieser Recherche darin, diese Diskrepanz so deutlich dokumentiert zu haben, und ich verbinde damit die Hoffnung, daß hierdurch mein eigenes forschendes

Auge und das von Kolleginnen und Kollegen für einen intensiveren Blick auf die gesundheitlichen Belange von Müttern geschärft wird.

8. Abschließend möchte ich jedoch ausdrücklich feststellen, daß die Ergebnisse, die ich in der qualitativen Analyse vorgestellt habe, auf solide durchgeführten Untersuchungen beruhen. Die wenigen Ausnahmen habe ich deutlich gekennzeichnet. Man kann somit davon ausgehen, daß die Ergebnisse, die zusammengetragen wurden, nach heutigem besten Wissen zuverlässig sind. Und aus dieser Perspektive meine ich dann festhalten zu können, daß es doch einiges an solidem Wissen gibt, das für die Arbeit in der Gesundheitsförderung verwendet werden kann, auch wenn es jetzt nicht genau die Fragen beantwortet, die Grundlage der vorliegenden Recherche waren.

8. Die wichtigsten Erkenntnisse der Recherche und daraus abzuleitende Konsequenzen für die Mütter

Obwohl die der Literaturrecherche zugrundeliegenden Fragestellungen nicht im einzelnen konkret beantwortet werden können, möchte ich mich in der folgenden Darstellung der wichtigsten Ergebnisse der Recherche doch an diesen Fragen orientieren. Dies zum einen, um damit die ursprüngliche Struktur im Sinne einer Gliederung wieder aufzugreifen, vor allem aber deshalb, weil auf diese Weise besonders deutlich gemacht werden kann, wo die Erkenntnisdefizite im Bereich einer Mütter-Gesundheitsforschung liegen.

Fragestellung 1, unter der die Literatur untersucht werden sollte, bezog sich auf eventuelle Zusammenhänge zwischen gesundheitsschädigendem und Mißbrauchsverhalten bei Müttern und den Rollenerwartungen, die an diese Frauen gestellt werden.

Die überraschende Antwort auf diese Frage besteht darin, daß über solche Zusammenhänge noch nichts bekannt ist - und dies vor allem auch deshalb, weil die Rollenerwartungen, die an die Mütter gestellt werden, bisher noch nicht untersucht sind, zumindest nicht bezüglich ihrer gesundheitlichen Implikationen und Auswirkungen. In Termini der Gesundheitsforschung bedeutet dies: es existiert kein Belastungsprofil "Mutter". Die Aufgaben, die einer Frau mit einem oder mehreren Kindern aus ihrem Beruf als Mutter erwachsen, sind nicht spezifiziert, demzufolge ist nicht klar, welche Anstrengungen und Belastungen sich aus diesen Aufgaben ergeben. Ebenso wenig ist untersucht, welche positiven Ressourcen aus dem Beruf Mutter resultieren können.

Wie wenig dieser Aspekt im Bewußtsein ist, wird zum Beispiel bei HAGEMANN-WHITE (1987) deutlich, die das Muttersein unter dem Aspekt von Macht und Ohnmacht reflektiert und die mütterliche Rolle von Frauen in helfenden Berufen hinterfragt. Frauen in helfenden Berufen werden nach HAGEMANN-WHITE mit ähnlichen Machtphantasien ihrer KlientInnen konfrontiert wie Mütter mit denjenigen ihrer Kinder. Macht - tatsächlich oder imaginiert - auf der einen und Ohnmacht, Hilflosigkeit, Abhängigkeit

auf der anderen Seite: HAGEMANN-WHITE betrachtet dies als konstitutives Moment der Mutter-Kind-Beziehung und fragt demzufolge konsequent, ob Frauen in helfenden Berufen "Berufsmütter" sind. Dadurch daß sie diesen Ausdruck für die Professionellen prägt, macht sie gleichzeitig deutlich, daß sie das Muttersein selbst nicht als Beruf betrachtet.

Der einzige Artikel, der sich mit dem Muttersein als Beruf beschäftigt, ist eher biographisch-literarischer Art. Er beginnt: "Ich sitze an der Schreibmaschine und denke über Mütterlichkeit nach. Es ist abends und ganz still um mich. Meine einjährige Tochter, von einem Keuchhustenanfall wieder aufgewacht, liegt gut gelaunt zu meinen Füßen und hat ein Fünfzigpfennigstück im Mund. Einige Gedankengänge später - es gewittert draußen - wacht meine dreijährige Tochter vom Donner auf und beschwert sich, daß es so laut sei. Sie kommt zu mir, hat Durst und wünscht sich, daß ich das Licht im Wohnzimmer ausmache..." (QUIST 1990, S. 63)

Wie gesagt: Es handelt sich mehr um einen literarischen Artikel. Aber aus ihm lassen sich sehr deutlich drei Belastungen des Mutterseins herauslesen:

- Die Aufgabe einer Mutter zu erfüllen bedeutet Konzentration auf einen anderen Menschen, der existentiell darauf angewiesen ist. Dies erfordert permanente Aufmerksamkeit und ständige Rollenerfüllung.
- Keineswegs reziprok zur allseits proklamierten Wertigkeit des Mutterseins verhält sich das Bewußtsein über die Bedeutung der Arbeit, ihre Qualität und ihre Struktur. QUIST geht nicht auf die Gründe für diesen Bewußtseinsmangel bei Müttern ein. Sicher hat er wesentlich mit der geringen Anerkennung zu tun, die Müttern für ihre Mutter-Arbeit zuteil wird. Individuell resultiert jedenfalls für die jeweilige Frau daraus ein Mangel an Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühl.
- Mütter müssen alles für ihre Kinder tun, wissen aber im Einzelfall nicht wirklich, was diese brauchen. Hierzu schreibt QUIST: "Ich werde mein Kind nie kennen in seinem ganzen Wesen, weil ich in meiner Begrenztheit immer nur Facetten wahrnehme. Ein Beispiel: Wenn das Baby schreit, gibt es für mich als Mutter mehrere Interpretationsmöglichkeiten: Es hat Hunger oder Durst. Es ist heiß oder kalt. Es liegt unbequem. Es hat Bauchweh. Es will mit seinem Schreien innere Spannungen loswerden."

(QUIST 1990, S. 70). Ein besonderer Stressor sei, wenn Mütter sich nicht eingestehen könnten, daß sie die Bedürfnisse ihrer kleinen Kinder nicht wirklich kennen, sondern sie interpretieren. Je stärker Mütter dies nicht wahrhaben könnten, umso eher reagierten sie kopflos und verlören ihre Eigenständigkeit.

Andere wichtige Hinweise auf das Belastungsprofil "Mutter" gibt RABE-KLEEGERG (1984). Sie stellt Überlegungen zur Organisation von Zeit im Alltag und Lebenslauf von Frauen vor und beleuchtet den Prozeß gegenseitiger Unterbrechungen der Handlungen von Kindern und Erwachsenen: Kindliches Tun stellt sich für Erwachsene oft als ohne Plan und Ziel dar, und es ist eine der Aufgaben von Müttern, ihre eigenen Zeitplanungen und ihre Bedürfnisse mit den - aus ihrer Sicht chaotischen - Zeiteinteilungen ihrer Kinder in Übereinkunft zu bringen. RABE-KLEEGERG bezeichnet "...diese Fähigkeit, mit Gelassenheit eigene Bedürfnisse auf später zu verschieben, eigenes Handeln zusammenzudrängen oder nachzuholen, wenn sich die Zeit ergeben sollte, und verschiedene Handlungsebenen gleichzeitig einzuhalten", als das, was "wir gemeinhin mit 'Mütterlichkeit' bezeichnen" (RABE-KLEEGERG 1984, S. 309/310). Ich denke, es ist falsch davon auszugehen, daß diese Fähigkeit im Verlauf einer Schwangerschaft mit dem Embryo wächst und anschließend vorhanden ist. Ich gehe vielmehr davon aus, daß das ständige Unterbrechenmüssen eigener Pläne eine wichtige Belastung am Arbeitsplatz Mutter ist.

Einige interessante Aspekte zu diesem Punkt finden sich auch noch im Thesenpapier von MARSH zur Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit (Travemünde 1987). Streßfaktoren im Leben von Müttern sind nach MARSH:

- Die kontinuierliche Erfahrung von zu wenig Platz. Küche und Kinderzimmer, das heißt, die Räume in denen die Mutter sich meistens aufhalte, seien in der Regel die kleinsten in der Wohnung. Bedingt durch die räumliche Enge ergäben sich auch viele unnötige Wege.
- Die Nichtbeachtung der Arbeit.
- Interessenkonflikte zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen der Kinder.

- Eigene Entspannung und die Realisierung eigener Distanzwünsche sind , wenn keine zuverlässige Fremdbetreuung vorhanden ist, nur auf Kosten der Sicherheit und Freude der Kinder möglich.

Über all dem stehe, so MARSH, die Botschaft: "Schuld daran, wenn Haushalt oder Erziehung oder Selbstwertgefühl der Frau oder Gesundheit und Erfolg der Familie nicht stimmen, hat die Frau selber. Sie arbeitet ja nicht, bringt kein Geld heim, hat sich nicht gut genug gekümmert, nicht klug genug vorgesorgt, nicht intensiv genug aufgepaßt... Diese Schuldzuweisung ist doppelt verhängnisvoll für die seelische Gesundheit von Frauen, da sie durch geschlechtsspezifische Sozialisation genau auf diese Vorwürfe schlecht autonom reagieren können. Die meisten Frauen haben gelernt, auf eigenes effektives Handeln zu verzichten und Änderungen eher durch eine Überidentifikation mit anderen zu erhoffen. So müssen sie sich gerade dann mehr nach außen abgrenzen und sich für die Familienbedürfnisse noch mehr aufarbeiten, wenn diese ihre eigenen Grenzen von Energie, Selbstwertgefühl und Gesundheit am meisten bedrohen. Die Isolation, unter der die einzelne Frau versucht, den sich gegenseitig ausschließenden Ansprüchen in ihrer Arbeit gerecht zu werden, verstärkt sich dadurch noch mehr" (MARSH 1987, S. 173).

Ich möchte noch kurz auf die einzelnen im Projektantrag genannten Mißbrauchsmittel eingehen, also Alkohol, Rauchen, Essen und Medikamente. Ich hatte, bevor ich diese Analyse durchführte, erwartet, daß es doch fundierteres Wissen darüber gibt, welche Bedeutung diese Substanzen im Leben von Müttern haben. Ich bin keine Vertreterin der Risikofaktorenforschung und habe diese Forschungsrichtung immer für einen sehr begrenzten Ansatz gehalten. Auch in bezug auf die hier zur Diskussion stehende Fragestellung erwarte ich mir weitreichendere Schlüsse vom Coping-Ansatz, weil dieser nicht nur objektive Stressoren, sondern vor allem auch deren subjektive Bewertung und Verarbeitung untersucht. Aber angesichts des tatsächlich nahezu vollständigen Forschungsdefizits wäre es auch notwendig, die spezifischen Risiken von Müttern im Bereich des Mißbrauchsverhaltens genauer zu spezifizieren.

Fragestellung 2 der Literaturanalyse bezog sich auf mögliche Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Müttern. Ich meine, daß diese Frage in den entsprechenden Punkten (insbesondere 4.3. und 4.4.) ausführlich beantwortet ist. Es gibt keinerlei Hinweise auf einen schlechteren Gesundheitszustand berufstätiger Mütter. Sehr viel deutlicher sind die Hinweise darauf, daß berufstätige Mütter sich sowohl physisch als auch psychisch einer besseren Gesundheit erfreuen. Gänzlich unberücksichtigt ist in der deutschen Forschung noch, inwieweit sich Arbeitslosigkeit der Mutter ungünstig auf ihre Gesundheit auswirkt.

Frage 3 nach Zusammenhängen zwischen gesundheitsschädigendem und Mißbrauchsverhalten bei Müttern und Erziehungsstilen beziehungsweise Ansprüchen an die Erziehung kann ebensowenig konkret beantwortet werden wie die erste Frage, aber auch hier hat die Recherche einige interessante Ergebnisse gebracht.

Zunächst ist es doch frappierend, wie deutlich sich der Ausgangspunkt der Recherche bestätigte, daß nämlich Mütter zuständig sind für die Gesundheit ihrer Kinder. Trotz mehrheitlich großer verbaler Akzeptanz partnerschaftlichen Erziehungsverhaltens (vergleiche 4.1.) liegt die tatsächliche, und vor allem: die verantwortliche Zuständigkeit bei der Mutter. Die Mutter verbringt nicht nur sehr viel mehr Zeit mit Erziehungsaufgaben, sondern sie ist auch diejenige, die für die Zeiten, in denen sie nicht beim Kind ist, dessen Betreuung organisieren muß. Der für sie hieraus entstehende Streß ist nicht nur der der Organisation, sondern es dürfte sich als besonders belastend auswirken, daß die Mutter von der Zuverlässigkeit anderer Personen abhängig ist. Anders ausgedrückt: daß ihre Kontrollmöglichkeiten in bezug auf diesen Stressor arg reduziert sind. Auch die zuverlässigste Kinderfrau wird einmal krank, hat einen Autounfall, muß zu einer Beerdigung Mütter stehen bis zu dem Moment, in dem sie definitiv wissen, daß eine andere Person die Betreuung übernommen hat, unter dem Druck einer Abhängigkeit - da ist es dann vermutlich schon der kleinere Streß, daß natürlich auch die Mutter in aller Regel dafür zu sorgen hat, daß eine Ersatzbetreuung gefunden wird. Im übrigen ist anzunehmen,

daß der durch die Abhängigkeit entstehende Streß umso größer ist, je stärker die Mutter unter dem Druck von Zeit und Verpflichtungen steht.

Letzteres ist aber ebensowenig untersucht wie die Frage, welche Auswirkungen überhaupt ein permanentes Zur-Verfügung-Stehen-Müssen auf die Gesundheit von Müttern hat. Aus der (männlichen) Streßforschung ist bekannt, daß das Aufrechterhalten eines latenten Aufmerksamkeitspegels (zum Beispiel bei Wachpersonal, Fließbandkontrolleuren, Fluglotsen) einen großen Streßfaktor darstellt. Keinesfalls ist der Streß durch die Zahl der möglichen Ereignisse determiniert - gerade wenn lange Zeit nichts passiert, man aber jederzeit darauf gefaßt sein muß, daß etwas passieren könnte, entsteht ein hohes Anspannungsniveau.

Es wäre an der Zeit, diese Erkenntnis der Streßforschung auch bei Müttern zu überprüfen. Mütter müssen immer "mit einem Ohr" bei den Kindern sein, was heißt, daß sie sich auch in Zeiten scheinbarer Nicht-Arbeit nicht entspannen können. Zwar zeigte die Untersuchung bei Müttern, deren Säugling einen Atemstillstand gehabt hatte, daß das Atembeobachtungsgerät für sie keinen zusätzlichen Stressor darstellte (PHIPPS ET AL. 1989; vgl. 4.6.). Ich meine jedoch, daß aus dieser Untersuchung nicht zu weitreichende Schlüsse auf die Belastung gezogen werden dürfen, die Müttern durch ihre Aufpaß-Funktion zukommt.

Rein theoretisch läßt sich, geht man von der Annahme aus, daß kontinuierliches Zur-Verfügung-Stehen-Müssen einen Streßfaktor darstellt, natürlich fordern, daß Mütter regelmäßig Pausen brauchen. Aber dies scheint mir sehr viel einfacher gefordert als getan. Notwendig fände ich zu überprüfen, unter welchen Bedingungen - und zwar sowohl der externen Umgebung als auch der psychischen Variablen - Mütter überhaupt in der Lage sind, Pausen zu machen. Haben Mütter etwa als Erziehungshaltung internalisiert, daß sie jederzeit für ihr Kind die wichtigste Ansprechperson sein müssen, so sind Pausen für diese Mütter unter Umständen ein zusätzlicher Stressor. Auch dem Erziehungsumfeld wird vermutlich in diesem Rahmen eine wichtige Rolle zukommen, den räumlichen, zeitlichen und auch sozialen Möglichkeiten. Kann es - um etwas ganz Konkretes zu nennen - Ärger mit

der Nachbarschaft geben, wenn die Kinder aus drei Familien von nur einer Mutter betreut werden und in der größeren Gruppe mehr Krach machen, während zwei Mütter den Nachmittag klönend im Cafe verbringen?

Kein Hinweis fand sich in der Literatur auf die Beantwortung der Frage, ob Mütter, die sich selbst besonders hohe Erziehungsstandards setzen, hierdurch unter einen besonderen Druck geraten. So könnte man zum Beispiel vermuten, daß insbesondere Mütter der Mittelschicht besonders hohe Erziehungsstandards haben, sich besonders dafür verantwortlich fühlen, daß aus ihren Kindern etwas Rechtes wird und hierdurch eine besondere Belastung für sie entsteht. Es ließen sich jedoch überhaupt keine Hinweise finden, die eine solche Vermutung unterstützen würden. Sehr eindeutig erscheint mir jedoch das Ergebnis, daß eine wesentliche Variable im Gesundheitsverhalten von Frauen die sogenannten Kontrollüberzeugungen sind, das heißt die Überzeugungen, daß die eigenen Aktionen einen Effekt auf das gesundheitliche Befinden haben. Frauen mit diesbezüglich positiven Kontrollüberzeugungen schnitten in allen Untersuchungen in allen Gesundheitsmaßen deutlich besser ab als Frauen mit eher resignativen Einstellungen. Dies betraf nicht nur die Einstellung in bezug auf die eigene Gesundheit, sondern auch die in bezug auf ihre Kinder: Mütter mit behinderten und kranken Kindern, die der Überzeugung waren, daß sie eine Kontrollmöglichkeit auf die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder hatten, erwiesen sich nicht nur selbst als gesünder, auch ihre Kinder hatten in der Regel bessere Scores in physischen und psychischen Variablen und bezüglich der Schulleistungen.

Frage 5 im Planungskonzept bezieht sich auf Faktoren der Lebenssituation von Müttern und ihrem möglichen Zusammenhang mit gesundheitsschädigendem Verhalten. Hier scheinen in der Forschung bisher vorwiegend die Einflüsse zweier Variablen untersucht worden zu sein: Die des sozialen Netzes und die der sozialen Schicht.

In bezug auf die Bedeutung des sozialen Netzes sind die Ergebnisse der Untersuchungen nicht einheitlich. Zumeist wird nahezu unhinterfragt davon ausgegangen, daß ein funktionierendes soziales Netz positive Auswirkungen

auf das Gesundheitsbefinden von Frauen hat. In den Untersuchungen, in denen diese Annahme expliziert und überprüft wurde, bestätigte sich auch in der Mehrzahl der Fälle ein positiver Nutzen des sozialen Netzes, doch zeigten sich zumindest in der Untersuchung von ELLINGER ET AL. 1987 auch deutlich negative Aspekte. Vielleicht ist es nur ein Zufall, daß es sich gerade hierbei um eine deutsche Untersuchung handelt, aber könnte es sein, daß die Inanspruchnahme eines sozialen Netzes in Deutschland mehr Verpflichtungen mit sich bringt als in anderen Ländern? Oder müssen deutsche Mütter mehr als Mütter in anderen Ländern ihre Dinge allein regeln können? Beide Fragen sind nur Spekulationen, aber sie zeigen, daß die soziale Netzwerkforschung bei Müttern noch sehr wenig verallgemeinerbare Ergebnisse gebracht hat. In der Regel wird das soziale Netz über die Menge der Personen definiert, die im Leben der Frau eine Rolle spielen, manchmal wird auch noch zwischen Verwandten und Freunden im sozialen Netz unterschieden. Diese Variablen sagen zweifellos zu wenig über die Determinanten aus, die ein soziales Netz zu einer tragfähigen Ressource machen.

Recht eindeutig ist jedoch das Ergebnis, daß der Ehemann und Vater nicht die wichtigste Masche im sozialen Netz von Müttern ist. Nicht-verheirateten Müttern geht es gesundheitlich nicht generell schlechter als verheirateten. Unterschiede zwischen diesen Gruppen konnten auf ökonomische und soziale Parameter zurückgeführt werden, standen aber primär nicht in Zusammenhang mit dem Familienstand (vgl. BEATSON-HIRD ET AL. 1989). Ganz im Gegenteil scheint der Ehemann sogar eher ein zusätzlicher Streßfaktor zu sein. Dies zeigte sich in den Untersuchungen von BARTHOLOMEYCIK ET AL. (1988), GAVRANIDOU (1992) und auch in der Untersuchung von HOBFOLL & LERMAN (1989), bei der die Frauen, deren Ehemann nicht bei der Untersuchung kooperiert hatten, höhere Werte in der Variablen "mastery" aufwiesen als die Frauen kooperativer Männer. Zugegebenermaßen ist es spekulativ, von der Kooperationsbereitschaft oder auch -möglichkeit bei einer Untersuchung auf das allgemein kooperative Handeln der Männer zu schließen - aber geht man einmal von der Unterstellung aus, es handle sich hier um einen repräsentativen Verhaltensausschnitt: Haben dann die Frauen der nicht-kooperativen

Männer eventuell mehr eigene Ressourcen entwickelt? Schützen sie sich eventuell vor immer wiederkehrenden Frustrationen dadurch, daß sie gar nicht mehr um Hilfe nachsuchen? Eindeutig ist jedenfalls, daß sich die Variable "Familienstand" beziehungsweise "Ehemann vorhanden/nicht vorhanden" **nicht** als Variable eignet, soziale Unterstützung zu messen.

Dieser Tatsache werden im übrigen die englischsprachigen Untersuchungen durch die Unterteilung in marital, occupational und household roles eher gerecht. In dieser Dreiteilung kommen zwar auch die mütterlichen Rollenanteile zu kurz, aber sie weisen doch deutlicher den ehelichen Bereich als eigenständigen Arbeitsbereich heraus und interpretieren ihn nicht automatisch als soziale Ressource.

Soweit das Gesundheitsverhalten von Müttern bisher in Beziehung zur sozialen Schicht untersucht wurde, deuten die Ergebnisse darauf hin, daß nicht die Schicht allein das Gesundheitsverhalten determiniert. Zwar ließ sich tendenziell in den unteren sozialen Schichten ein geringeres Ausmaß an Gesundheitsverhalten nachweisen, doch stand dieses offenbar weniger in Zusammenhang mit dem Bildungsstand als mehr mit den ökonomischen Ressourcen. Sehr informativ finde ich diesbezüglich die Untersuchung von THOMAS & STARTUP (1991) über das Zahnpflegeverhalten (vgl. 4.5.), in dem sich etwa zeigte, daß angemessenes gesundheitserzieherisches Verhalten mehr durch Dinge wie Telefon und Fahrmöglichkeit als durch das Bildungsniveau und höherwertige Güter beeinflusst sein kann.

Unter dem Aspekt "Faktoren der Lebenssituation" halte ich im Kontext des Gesundheitsverhaltens auch noch folgendes für bedeutsam:

Gesundheit von Frauen bedeutet auch: Die eigene Gesundheitsdefinition gegenüber den ExpertInnen zu behaupten. Und für Mütter bedeutet dies natürlich zusätzlich auch noch, eine Gesundheitsdefinition für ihre Kinder zu entwickeln, das gesundheitsbezogene Handeln mit dieser Vorstellung in Einklang zu bringen - und es durchzusetzen.

Ich habe drei Untersuchungen vorgestellt (vgl. 4.6.), die sich auf unterschiedlichem Niveau und unter verschiedener Fragestellung mit der

Sicht von Müttern aus dem Blickwinkel von ExpertInnen beschäftigen. Alle drei Untersuchungen zeigen, daß die ExpertInnen dazu tendieren, den Müttern wenig angemessenes Verhalten zuzutrauen. Zum einen werden enorme Forderungen gestellt, was die zeitliche und emotionale Verfügbarkeit der Mütter anbelangt (vergleiche KRAUSE 1989, REINERT 1987), gleichzeitig steht aber wohl für die ExpertInnen fest, daß - zumindest Mütter kranker Kinder - überbehütend und überbesorgt sind. Die Untersuchung von DAVIES ET AL. (1991) wirft ein grelles Licht auf die Kommunikationsstörung zwischen Eltern und ExpertInnen und zeigt auf, wie wenig Fachleute den Eltern zutrauen. Möglich ist natürlich, daß sich auch die Eltern in bezug auf das "richtige" gesundheitliche Umgehen überschätzen - dies gälte es zu prüfen. In jedem Fall weist die Untersuchung von DAVIES ET AL. einen Ansatz auf, der es wert ist weiter verfolgt zu werden.

Erschwerend kommt für Mütter oftmals hinzu, daß sie ihre gesundheitlichen Vorstellungen nicht nur gegenüber den fachlich legitimierten ExpertInnen behaupten müssen, sondern auch gegenüber einer Vielzahl von selbsternannten ExpertInnen wie Groß- und Schwiegereltern, Nachbarn, Schwägerinnen, Kindergärtnerinnen und nur zu oft auch Freundinnen. Unter Umständen handelt es sich hier um eine wichtige Variable im sozialen Netz: über die richtige Erziehung und Gesundheitserziehung weiß in aller Regel die Umwelt besser Bescheid als die betroffene Mutter. Daß solche besserwissenden sozialen Netze unter Umständen mehr Streß als Entlastung bringen, erscheint mir unmittelbar plausibel, bedarf aber im einzelnen dringend einer Überprüfung.

Und nun noch zu Frage 6, der Frage nach den gesunden Lösungsmöglichkeiten von Müttern.

Sofern es bisher überhaupt irgendeine Variable gibt, von der man weiß, daß sie einen relevanten Einfluß auf die Gesundheit von Müttern hat, so scheint es deren Fähigkeit zu sein, Grenzen setzen zu können. In der von mir im Rahmen der Fallstudie "Frauen und Rauchen" durchgeführten "Analyse von Biographien von nichtrauchenden Frauen auf dem Hintergrund von

Lebenszusammenhang und subjektivem Gesundheitsverständnis" (FRANKE 1984) hatte sich die Fähigkeit und der Mut der nichtrauchenden Frauen, sich abzugrenzen, als eine allen diesen Frauen gemeinsame Strategie herauskristallisiert. Für alle nichtrauchenden Frauen galt nicht nur, daß sie in Streßsituationen nicht rauchten, sondern auch, daß sie in diesen Situationen ein positives Bewältigungshandeln zur Verfügung hatten. "In Situationen, in denen es ihnen schlecht geht, es hektisch ist, ihnen die Arbeit über den Kopf zu wachsen droht und so weiter, machen eigentlich alle Frauen das gleiche: Sie verschaffen sich eine Zeit für sich. Die Strategien sind hier sehr unterschiedlich: Frau A. hängt die rote Ampel aus, Frau R. kauft sich etwas Schönes, Frau P. löst Rätsel ... Kurz: Sie entziehen sich für eine Zeit, machen etwas nur für sich und werfen sich dann wieder ins Getümmel" (FRANKE 1984, S. 100). Diese Strategie war damals nicht nur die einzige Strategie, die als gemeinsame für alle Frauen herauskristallisiert werden konnte, sondern sie schien auch die entscheidende Dimension zu sein, auf der sich die nichtrauchenden Frauen von den rauchenden unterschieden (vgl. FRANKE ET AL. 1985)

Daß sie einen Raum und Zeit ganz für sich brauchten, setzten diese Mütter auch sehr konsequent durch. Besonders deutlich wurde dies am Beispiel einer 23-jährigen Mutter mit vier Kindern zwischen 3 Jahren, 8 Monaten und 4 Monaten. Die Familie lebte sehr beengt auf 54 m², der Ehemann arbeitet in Wechselschicht, die finanziellen Mittel der Familie sind sehr begrenzt - aber Frau P. ging einmal pro Woche kegeln. Hier ein kleiner Ausschnitt aus dem Interview mit Frau P. zur Illustration:

"Erst haben sie ja alle (= Mutter, Ehemann, zwei Schwestern und deren Ehemänner) gemeckert wegen dem Kegeln, och, kannst doch nicht kegeln gehen. Ich frag, warum nicht? Ich sag, ich mach die Kinder im Bett fertig, muß er (=Ehemann) nur eben aufpassen wenn man was ist. Und jetzt geh ich ja 'n gutes Jahr und jetzt klappt es auch....Wie ich jetzt aus dem Krankenhaus gekommen bin (Frau P. hatte den Arm gebrochen und lag eine Woche im Krankenhaus), da bin ich Dienstag mittag erst rausgekommen und abends sag ich, jetzt geh ich kegeln. Da sacht unser Mutter: Wie, Du willst jetzt kegeln gehn? Ich sag, ja, heute ist Dienstag, heute geh ich kegeln. Der Horst hat Frühschicht, ne, ich sag, kann ich gehn. Ich sag, ein bißchen muß man auch haben. Bei vier Kindern ist die Arbeit lang genug, ne. 'N bißchen braucht man da auch für sich."

Auch bei der Tagung der BZgA zu geschlechtsspezifischen Ansätzen in der Prävention des Suchtmittelmissbrauchs 1992 erwies sich das Thema Grenzen als besonders relevant. Im Rahmen der Tagung wurden zwei geschlechts-homogene Workshopgruppen gebildet, die ausgehend von den eigenen Erfahrungen einen möglichst suchtfördernden Arbeitsplatz gestalten sollten. In beiden Arbeitsgruppen wurde das zentrale Problem darin gesehen, den betrieblichen und den außerbetrieblichen familiären Bereich miteinander zu vereinbaren - doch stellte sich dieses Problem für Männer und Frauen völlig unterschiedlich dar. Die Geschlechter setzten deutlich andere Akzente: "Während die Frauen die fehlende Trennung zwischen den Bereichen als suchtfördernd beschrieben, beklagten Männer die existierende Trennung als 'Ausgrenzung des Sozialen'"(1992, S. 27).

Für die Frauen stand somit die Problematik fehlender Abgrenzungen im Vordergrund. Als suchtfördernd benannten sie nicht abgrenzbare Arbeitszeiten (Arbeit auf Abruf, Wochenendarbeit) und die eigene Unfähigkeit, Nein gegenüber Arbeitsanforderung zu sagen. Darüberhinaus wurde festgestellt: "Die strukturelle Vermischung der Bereiche belastet auch dort, wo in der Berufstätigkeit extrafunktionale, sogenannte 'spezifisch weibliche' Qualifikationen verlangt werden wie das Herstellen einer freundlichen Arbeitsatmosphäre." (BZgA 1992, S. 27).

Abschließend seien auch noch einmal die von KLESSE ET AL. (1992) herausgearbeiteten Strategien zur Erhaltung von Gesundheit erwähnt. Da ich sie unter 4.3. ausführlich erläutert habe, seien sie hier nur aufgezählt:

- Schwierigkeiten begrenzen
- Überforderung vermeiden
- Gefühlsbereitschaft und Gefühlsfähigkeit entwickeln
- Handlungsfähigkeit herstellen
- Widersprüche und Ambivalenzen aushalten und integrieren

Diese Gesundheitsförderungsstrategien sind sehr allgemein. Sie dürften in gleichem Maße für Kranfahrer, Krankenschwestern, Pharmareferenten und Seniorinnen gelten. Es wäre eine interessante Forschungsaufgabe herauszuarbeiten, wie diese Strategien im Leben von Müttern realisiert

werden können und ob ihre erfolgreiche Realisierung tatsächlich gesundheitsschädigendes und Mißbrauchsverhalten reduziert.

Ich möchte abschließend noch einmal auf die Studie "Frauen und Rauchen" zurückkommen. Nachdem ich sie im Rahmen dieser Literaturanalyse noch einmal neu gelesen habe, meine ich, damals unter dem Aspekt der Aufgaben von Müttern folgenden Aspekt zu wenig berücksichtigt zu haben: Die nicht-rauchenden Mütter, die sich alle selbst als gesund bezeichneten, schienen alle die klare Präferenz getroffen zu haben: Erst die Kinder, dann alles andere. Die Frauen versuchten nicht, alles gleichzeitig unter den Hut zu bekommen; wenn für "alles andere" die Zeit, Lust oder Kraft nicht reichten, dann blieb es eben liegen gemäß dem Motto: Die Bügelwäsche kann warten, die läuft mir nicht weg. Im Fall der befragten Frauen lag die Präferenz bei den Kindern - es wäre interessant zu untersuchen, ob diese klare Entscheidung und damit auch die Entscheidung über Dinge, die für einen bestimmten Lebensabschnitt nicht so wichtig genommen werden, ein wichtiger Faktor beim Gesundbleiben ist.

Eine weitere Variable, die im Zusammenhang mit gesundem Verhalten dringend genauer untersucht werden müßte, sind die Kontrollattributionen. In den hier analysierten und referierten Untersuchungen sind vornehmlich Kontrollüberzeugungen in Richtung auf die Beeinflussung von Gesundheit untersucht worden, also die Überzeugung, daß das eigene Handeln Einfluß auf die Gesundheit hat. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Coping-Forschung ist jedoch zu erwarten, daß Kontrollüberzeugungen überhaupt einen positiven Einfluß auf die Gesundheit von Müttern haben könnten. Die Überzeugung, nicht wehrlos zu sein, nicht hilflos, etwas am eigenen Lebensraum gestalten zu können, eventuell auch Einfluß nehmen zu können auf die Entwicklung der Kinder - all dies sind Variablen, von denen begründet angenommen werden kann, daß sie das Gesundheitsverhalten und den gesundheitlichen Status von Müttern beeinflussen. Untersuchungen zu dieser spannenden Frage stehen leider noch aus.

9. Was können Mütter für die eigene Gesundheit tun?

Durch die Punkte 7. und 8. ist noch einmal deutlich geworden, daß sich die der Literaturrecherche zugrunde liegenden Fragestellungen nicht auf der gleichen Konkretheitsebene beantworten lassen. Dies insbesondere dann nicht, wenn man gesundheitsschädigendes Verhalten über die Realisierung wesentlicher Risikofaktoren wie Rauchen, falsches Essen, Alkoholtrinken bestimmt. Dennoch ist es möglich, auf der Basis der Literaturanalyse einige Hinweise für die von der BZgA geplante Broschüre zu geben.

Ich meine jedenfalls, daß auf die Frage, was Mütter für die eigene Gesundheit tun können, beim heutigen Forschungsstand folgendes gesagt werden kann:

1. Sie sollen sich nicht Angst machen lassen, sich nicht für jedes Problem bei ihren Kindern verantwortlich fühlen. Daß Müttern Schuldgefühle gemacht werden, hat eine lange Tradition, und spätestens der Psychoanalyse ist es gelungen, die Verantwortung für jedes Mißgeschick im späteren Leben ihrer Kinder bei den Müttern festzumachen. Kinder brauchen als Mütter aber sicherlich keine schuldbeladenen Wesen, die auf eine Absolution durch ein sich positiv entwickelndes Kind angewiesen sind, sondern Frauen, die das Recht eines jeden Menschen auf seine eigene Existenz anerkennen. Und mit der Anerkennung dieses Rechts müssen sie bei sich selbst anfangen. Der von FELDMANN-VOGEL (1990) in bezug auf die Therapie von alkoholkranken Frauen erwähnte Satz, daß Kinder lernen müssen, daß Mütter nicht permanent belastbar und immer verfügbar sind, gilt nicht nur für Kinder alkoholkranker Frauen, sondern für die Kinder aller Frauen, und er gilt zu allererst für die Frauen selbst. Ich finde es eine sehr wichtige Aufgabe der Broschüre, den Müttern dies klar zu machen und ihnen dabei zu helfen, dieses Ziel zu realisieren.

2. Frauen müssen lernen, sich abzugrenzen. Dies bedeutet für viele Frauen auch, daß sie lernen müssen zu ertragen, daß irgendetwas auch ganz gut ohne sie läuft. Die hohe zeitliche Belastung mancher Frauen ergibt sich nicht nur deshalb, weil niemand verfügbar ist, sondern auch, weil sie unfähig sind, Arbeiten zu delegieren, weil sie anderen Personen wenig zutrauen oder zu

rigide sind in ihren Vorstellungen darüber, wie eine Arbeit gemacht werden soll. Es gibt verschiedene Arten, ein Kind zu baden, ihm Geschichten vorzulesen oder mit ihm einen Ausflug zu machen. Mütter müssen aushalten, daß andere Personen anders mit ihren Kindern umgehen, als sie selbst es tun.

3. Frauen müssen lernen, andere Menschen um Hilfe zu bitten, sich Hilfe zu organisieren. Frauen haben in der Regel seit früher Jugend mehr als Jungen gelernt, für sich selbst zu sorgen, ihre Angelegenheiten allein regeln zu können. Sehr früh übernehmen sie auch Helferfunktionen. Ein Muster, das sich in den meisten Biographien von Frauen nahezu nahtlos im späteren familiären und beruflichen Bereich weiterträgt.

Eine Broschüre sollte hier nicht nur die Vorurteile ansprechen, die das Bitten um Hilfe bei manchen Menschen auslöst, sondern sie sollte auch sehr konkrete Hilfestellung bieten, was man tun kann, um Hilfe zu bekommen. Also den Frauen Beispiele geben, wie man lernen kann, jemanden anzusprechen, wie man eine Nachbarschaftshilfe organisiert, wie man Zeitpläne mit anderen abspricht und ähnliches. Und vor allem: Wie man Hilfe annimmt, ohne sich anschließend mies zu fühlen - schwach, inkompetent oder schuldig, je nach den persönlichen negativen Selbstattribuierungen.

Literatur

- Angel, R. & Worobey, J. L.: *Single Motherhood and Children's health*. Journal of Health & Social Behavior, 1988, 29 (1), 38 - 52.
- Bagedahl-Strindlund, M.; Rosencrantz-Larsson, L.; Wilkner-Svanfeldt, P.: *Children of mentally ill mothers: social situation and psychometric testing of mental development*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 1989, 17 (2), 171 - 179.
- Bartholomeyczik, S.: *Belastende und protektive Faktoren am Beispiel eines Vergleichs erwerbstätiger mit nicht-erwerbstätigen Frauen*. In: Abholz, H. H. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. Berlin: de Gruyter, 1982, 169 - 180.
- Bartholomeyczik, S. (Hrsg.): *Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen*. Berlin: VAS in der Elefanten Press 1988.
- Bartholomeyczik, S. & Thiemann K.: *Belastungsstrukturen und Krankheit bei Frauen*. Medizin - Mensch - Gesellschaft, 1983, 8 (4), 255 - 261.
- Beatson-Hird, P.; Yuen, P.; Balarajan, R.: *Single mothers: their health and health service use*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1989, 43 (4), 385 - 390.
- Becker-Schmidt, R.: *Widersprüchliche Realität und Ambivalenz: Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1980, 32, 705 - 725.
- Breitwieser, U.; Donauer, B.; Elsigan, G.; Grossmann, R.: *Modellversuch Gesundheitsbildung (Endbericht)*. Linz 1989.
- Bundesminister für Frauen und Jugend: *Gleichberechtigung von Frauen und Männern - Wirklichkeit und Einstellung in der Bevölkerung*. Stuttgart: Kohlhammer 1992.

- Burns, K.; Chethik, L.; Burns, W. J.; Clark, R.: *Dyadic Disturbances in Cocaine-abusing Mothers and their Infants*. Journal of clinical Psychology, 1991, 47 (2), 316 - 319.
- Burtchen, I.: *Die Bedeutung des Erziehverhaltens für die Gesundheitserziehung im Vorschulalter*. In: Nickel, H. (Hrsg.): *Sozialisation im Vorschulalter*. Weinheim: VCH-Verlagsgesellschaft, Edition Psychologie, 1985, 163 - 171.
- Davenport, Y. B.; Zahn-Waxler, C.; Adland, M. L.; Mayfield, A.: *Early Child-Rearing Practice in Families with a Manic-Depressive Parent*. American Journal of Psychiatry, 1984, 141 (2), 230 - 235.
- Davies, W.H.; Noll, R.B.; DeStefano, L.; Bukowski, W.M.; Kulkarni, R.: *Differences in the child-rearing practices of parents of children with cancer and controls: the perspectives of parents & professionals*. Journal of Pediatric Psychology, 1991, 16 (3), 295 - 306.
- Duden, B.: *Geschichte unter der Haut*. Stuttgart: Klett 1987.
- Ehrenreich, B. & English, D.: *Zur Krankheit gezwungen*. München: Frauenoffensive 1976
- Ehrenreich, B. & English, D.: *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern*. München: Frauenoffensive 1977.
- Elkeles, T.; Frank, M.; Korporal, J.: *Erwerbs- oder Nichterwerbstätigkeit - Risiko für die Säuglingssterblichkeit?* Psychomed, 1989, 1 (2), 124 - 129.
- Ellinger, S.; Karmaus, W.; Stauss, S.: *Risiken, Bedeutung und Prävention des Gebrauchs psychotroper Medikamente von Frauen*. Hamburg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1987.

- Ernst, A.:** *Auf dem Rücken der Frauen oder: Was leisten spezielle Angebote der Gesundheitsförderung zur Prävention 'frauentypischer' Befindlichkeitsstörungen und des mißbräuchlichen Medikamentenkonsums?* In: DHS (Hrsg.): *Abhängigkeit bei Frauen und Männern*. Freiburg: Lambertus 1990, 92 - 97.
- Esser, G. & Weinel, H.:** *Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern*. In: Martinius, J. & Frank, R. (Hrsg.): *Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern*. Bern: Huber, 1990, 22 - 30.
- Feldmann-Vogel, R.:** *Chancen und Risiken einer Behandlung von Müttern und Kindern in einer Fachklinik für suchtkranke Frauen*. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): *Kinder von Suchtkranken*. Freiburg: Lambertus, 1987, 62 - 78.
- Feldmann-Vogel, R.:** *Müttertherapie / Kindertherapie: "Wer funktioniert für wen?"*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Abhängigkeit bei Frauen und Männern*. Freiburg: Lambertus, 1990, 226 - 229.
- Franke, A.:** *Analyse von Biographien von nicht-rauchenden Frauen auf dem Hintergrund von Lebenszusammenhang und subjektivem Gesundheitsverständnis*. Kooperationsprojekt "Frauen und Rauchen" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der WHO. Köln: 1984.
- Franke, A.:** *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen*. In: Franke, A. & Jost, I. (Hrsg.): *Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen*. Tübingen: DGVT-Verlag 1985, 9 - 31.
- Franke, A.:** *Eßstörungen*. In: Herve, F.; Sternmann, E. & Wurms, R.: *Kleines Weiberlexikon*. Dortmund: Weltkreis-Verlag 1993.

- Franke, A; Maschewsky-Schneider, U.; Reuter, U.; Erben, R.: *Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1985.
- Fritz, A.: *Kontrollüberzeugungen von Müttern - ein protektiver Faktor in der Entwicklung von Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen?* Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1991, 38 (3), 168 - 179.
- Fthenakis, W.: *Mütterliche Berufstätigkeit, außerfamiliäre Betreuung und Entwicklung des (Klein-) Kindes aus kinderpsychologischer Sicht*. Zeitschrift für Familienforschung, 1989, 1 (2), 5 - 27.
- Gavranidou, M.: *Frauenerwerbsbeteiligung und Wohlbefinden*. In: Brähler, E. & Felder, H. (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. Bonn: Westdeutscher Verlag 1992, 137 - 155.
- Gontard, A. von: *Kinder alkoholkranker Eltern*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1990, 18, 87 - 98.
- Griffith, D.; Chasnoff, I. J.; Gillogley, K. R.; Frier, C.: *Developmental follow-up of cocaine-exposed infants through age three years*. Infant Behavior and Development 1990, 13, 126A.
- Gross, I.: *Disparitäten der Lebensbedingungen von Frauen und Männern in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 1989.
- Hagemann-White, C.: *Macht und Ohnmacht der Mutter*. In: Rommelspacher, B. (Hrsg.): *Weibliche Beziehungsmuster*. Frankfurt: Campus 1987, 15 - 30.
- Hammen, C.; Gordon, D.; Burghe, D.; Adrian, C.; Jaenicke, C.; Hiroto, D.: *Maternal Affective Disorders, Illness, and Stress: Risk for Children's Psychopathology*. American Journal of Psychiatry, 1987, 144 (6), 736 - 741.

- Haug-Schnabel, G.:** *Ich bin doch nur die Mutter!* Psychologie heute 1992, 19 (11), 58 - 62.
- Hein, I. & Mitschka, S.:** *Frauen und Sucht, unter spezifischer Berücksichtigung von drogenabhängigen Müttern.* Diplomarbeit, Frankfurt a.M., 1985.
- Hermes, M. & Reutter, S.:** *Beschwerdemuster in einem Mütterkurheim und in einer psychosomatischen Klinik.* Die Rehabilitation, 1980, 19 (4), 208 - 212.
- Hobfoll, S. E. & Lerman, M.:** *Predicting Receipt of Social Support: A Longitudinal Study of Parent's Reactions to Their Child's Illness.* Health Psychology, 1989, 8 (1), 61 - 77.
- Jahoda, M.; Lazarsfeld, P. F.; Zeisel, H.:** *Die Arbeitslosen von Marienthal.* Ein soziographischer Versuch. Frankfurt: Suhrkamp 1975. Erste Veröffentlichung: Leipzig: Hirzel 1933.
- Johnson, H. L. & Rosen, T. S.:** *Mother-Infant Interaction in a Multirisk Population.* American Journal of Orthopsychiatry, 1990, 60 (2), 281 - 288.
- Klesse, R.; Sonntag, U.; Brinkmann, M.; Maschewsky-Schneider, U.:** *Frauen zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein. Frauen und Gesundheit in Bremen.* Abschlußbericht des Projektes: Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten. Bremen: Juli 1990, unveröffentlicht.
- Klesse, R.; Sonntag, U.; Brinkmann, M.; Maschewsky-Schneider, U.:** *Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein.* Frankfurt: Campus 1992.
- Krause, M. P.:** *Die "bessere Elternschaft" - Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1989, 38 (8), 283 - 288.

- Krombholz, H.:** *Zusammenhänge zwischen mütterlicher Berufstätigkeit und Schulleistungen in der Grundschule.* Zeitschrift für Familienforschung, 1989, 1 (2), 28 - 35.
- Kurth, A.:** Sucht. In: Bilden, H. (Hrsg.): *Das Frauentherapie - Handbuch.* München: Frauenoffensive 1992.
- Langenmayr, A.:** *Die Berufstätigkeit von Müttern und ihre Bedeutung für die Kinder aus der Sicht der klinischen Psychologie.* Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 1987, 35 (4), 334 - 343.
- Longfellow, C.; Zelkowitz, P. & Saunders, E.:** *The quality of mother - child - relationship.* In: Belle, D. (Ed.): *Lives in stress: Women and depression.* Newbury Park: Sage 1982.
- Lübke, V.:** *Planungskonzept für Projekt 12.6: Gesundheitsförderung bei Müttern mit Klein- und Schulkindern.* Köln: unveröffentl. Skript der BZgA 1992.
- Maiman, L.A.; Becker, H.H.; Cummings, K.M.; Drachman, R.H.; O'Connor, P.A.:** *Effects of sociodemographic and attitudinal factors on mother-initiated medication behavior for children.* Public Health Reports, 1982, 97 (2), 140 - 149.
- Markowitz, P. & Craig, R.J.:** *Conscious and unconscious perceptions of self in children of alcoholics.* International Journal of the Addictions, 1992, 27 (10), 1187 - 1196.
- Marsh, L.:** *Beispiel "Mütterzentren" - Hilfen für Familienfrauen, eine Balance zwischen der Fürsorge für sich selbst und der für andere zu finden.* BZgA: Expertentagung Frauen und Gesundheit. Travenmünde. Thesenpapier zu Arbeitsgruppe VI: Förderung der Gesundheit der Frau versus Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie. Köln: 1987, 168 - 174.

- McLoyd, V.C. & Wilson, L.:** *Maternal Behavior, Social Support, and Economic Conditions as Predictors of Distress in Children.* *New Directions for Child Development*, 1990, 46, 49 - 69.
- Mechanic, D.:** *Perception of parental responses to illness: a research note.* *Journal of Health and Human Behavior*, 1965, 6, 253 - 257.
- Melhuish, E. C.; Moss, P.; Mooney, A.; Martin, S.:** *How similar are Day-Care Groups Before the Start of Day Care?* *Journal of Applied Developmental Psychology*, 1991, 12 (3), 331 - 346.
- Murphy, J.M.; Jellinek, M.; Quinn, D.; Smith, G.; Poitras, F.G.; Goshko, M.:** *Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample.* *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15 (3), 197 - 211.
- Parry, G.:** *Paid Employment, Life Events, Social Support, and Mental Health in Working-Class Mothers.* *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27 (2), 193 - 208.
- Pechstein, J.:** *Die "Kleinstfamilie" und ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung des Kindes.* In: Nissen, G. (Hrsg.): *Psychiatrie des Kleinkind- und Vorschulalters.* Berlin: Huber, 1983, 88 - 125.
- Permien, H. & Rommelspacher, B.:** *Das Modellprojekt "Tagesmütter" - Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven.* *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 1980, 31 (6), 215 - 221.
- Pfeiffer, E.-M.:** *Bewältigung kindlicher Behinderung.* *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1989, 38, 288 - 293.
- Phipps, S.; Drotar, D.; Joseph, C.; Geiss, C.; Doershuk, C.:** *Psychological Impact of Home Apnea Monitoring: Temporal Effects, Family Resources, and Maternal Coping Style.* *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1989, 10 (1), 7 - 12.

- Pike, K. M. & Rodin, J.: *Mothers, daughters, and disordered eating*. Journal of abnormal psychology, 1991, 100, 198 - 204.
- Quist, I.: *Von Beruf Mutter*. In: Psychologie heute Tb: Frauenleben heute. Weinheim: Beltz 1990, 63 - 74.
- Rabe-Kleberg, U.: *Es wird Zeit! Überlegungen zur Organisation von Zeit im Alltag und Lebenslauf von Mädchen und Frauen*. In: Mayer, Chr. (Hrsg.): Mädchen und Frauen. München: DJI, 1984, 295 - 314.
- Reinert, M.: *Die Behandlung eines asthmatischen Kindes wird effektiver, wenn die Mutter gut informiert ist, ihr Kind auskultiert und ein Tagebuch führt*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 1987, 135 (10), 712 - 713.
- Rennen-Allhoff, B.: *Wie verlässlich sind Elternangaben?* Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie, 1991, 40, 333 - 338.
- Rodenstein, M.: *Fraueninteressen in Gesundheitspolitik und -forschung*. Soziale Welt, 1980, 3 (2), 176 - 190.
- Rodning, C.; Beckwith, L.; Howard, J.: *Characteristics of attached organisation and play organization in prenatally drug-exposed toddlers*. Developmental psychopathology, 1989, 1, 277 - 289.
- Röhrig, B.: *AIDS-Betreuung e. V. - ein Konzept zur Betreuung HIV-infizierter und AIDS-kranker Kinder, ihrer Eltern und Pflegepersonen*. In: Stück, B.; Röhrig, B.; Rudolph, R. (Hrsg.): AIDS bei Frauen und Kindern. Stuttgart: Thieme, 1989, 59 - 64.
- Scarr, S.: *Mutter arbeitet*. Psychologie heute, 1987, (2), 28 - 31.
- Scarr, S.: *Wenn Mütter arbeiten: wie Kinder und Beruf sich verbinden lassen*. München: Beck, 1987.

- Singer, L.; Farkas, K.; Kliegman, R.:** *Childhood Medical and Behavioral Consequences of Maternal Cocaine Use.* Journal of Pediatric Psychology, 1992, 17 (4), 389 - 406.
- Stöhr, R.-M.:** *Mißhandelnde Eltern und ihre psychosoziale Situation.* In: Martinius, J. & Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Bern: Huber, 1990, 31 - 38.
- Storhaug, K.:** *Aspects of Living Conditions among Groups of Disabled Children and their Families in Norway: Family Situation, Mother's Health, Financial Assistance.* Social Science and Medicine, 1983, 17 (23), 1837 - 1845.
- Thomas, J.F.G. & Startup, R.:** *Social influences of the dental health behavior of five year-olds.* Health Education Journal, 1991, 50 (3), 111 - 114.
- Tietze, W. & Rossbach, H. G.:** *Die Betreuung von Kindern im vorschulischen Alter.* Zeitschrift für Pädagogik, 1991, 37 (4), 555 - 579.
- Virtanen, T. & Moilanen, I.:** *Streß und Streßbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten cerebralen Dysfunktionen.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1991, 40 (7), 260 - 265.
- Vogt, I.:** *Für alle Leiden gibt es eine Pille.* Opladen: Westdeutscher Verlag 1985.
- Vogt, I.:** *Alkoholikerinnen.* Freiburg: Lambertus 1986.
- Vogt, I.; Sommerfeld, S. A.-D.; Richter, I.:** *Analyse von Anamnesedaten von alkoholabhängigen Frauen.* In: DHS (Hrsg.): Frau und Sucht. Hamm: Hoheneck, 1991, 176 - 199.
- Walker, L.O. & Best, M.A.:** *Well-Being of Mothers with Infant Children: A Preliminary Comparison of Employed Women and Homemakers.* Women and Health, 1991, 17 (1), 71 - 89.

Warr, P. & Parry, G.: *Paid employment and women's psychological well-being*.
Psychological Bulletin, 1982, 91, 498 - 516.

Widemann, P.: *Zur Fremdbetreuung von AIDS-gefährdeten und -kranken Kindern*. In: Stück, B.; Röhrig, B.; Rudolph, R. (Hrsg.): *AIDS bei Frauen und Kindern*. Stuttgart; New York: Thieme, 1989, 65 - 87.

Wonneberger, E.; Lasch, V.; Mlasowsky, B.; Elger, U.: *"Gesund muß man schon sein zum Schaffen"*. Kassel: Arbeitsbericht des Fb Stadtplanung und Landschaftsplanung, Heft 94, 1992.