

Mutter-Kind-Maßnahmen: Wandelnde Anforderungen, künftige Entwicklungen

Claudia Kirsch, Friederike Otto, Deborah Leddin, Stefanie Sperlich & Siegfried Geyer

Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover

Zusammenfassung

Mit Blick auf demografische, soziale und gesundheitliche Aspekte soll in diesem Beitrag untersucht werden, wie sich Mutter-Kind-Maßnahmen in den kommenden Jahren entwickeln werden und welchen Herausforderungen sie sich stellen müssen. Aufgrund des Altersaufbaus der deutschen Gesellschaft wird sich die Zahl potentieller Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Maßnahmen innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte reduzieren. Der Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund wird annähernd konstant bleiben. Zudem weisen die Befunde auf eine Unterversorgung von bildungsbenachteiligten Müttern hin. Diese sozialen Gruppen, die am stärksten von persönlichen, beruflichen und Krankheitsbelastungen betroffen sind, werden somit in Mutter-Kind-Maßnahmen schwerer erreicht. Rückenschmerzen, Erschöpfung, psychische Störungen sowie Adipositas sind aufgrund steigender bzw. hoher Prävalenzen die Erkrankungen, die künftig noch mehr im Vordergrund der Behandlungen stehen sollten. Diese kommen teilweise durch eine familiäre Belastung zustande, bedingt durch die Ausführung mehrerer Rollen, sowie erhöhter nervlicher und auch zeitlicher Arbeitsplatzbelastungen. Angesichts der demografischen Entwicklung werden künftig nur solche Mutter-Kind-Einrichtungen wettbewerbsfähig bleiben, die den veränderten Anforderungen gerecht werden.

Schlüsselwörter: Mutter-Kind-Maßnahme, Demografie, soziale Unterschiede, Erkrankungsrisiken

Mother-child measures: Changing requirements, future developments

Abstract

Focused on demographic, social and health aspects, this article examines how mother-child measures will develop in the coming years and the challenges they have to face. Due to the ongoing demographic aging of the German population, the number of potential recipients of mother-child measures will decrease within the next two decades. The proportion of mothers with a migration background is expected to remain almost constant. The findings also suggest an undersupply of educational disadvantaged mothers. Overall our findings indicate that the social groups, which are most severely affected by personal, occupational and disease burdens, are difficult to reach with mother-child measures. Back pain, exhaustion, mental disorders and obesity revealed to be the diseases with a high and even increasing prevalence among mothers and they should therefore be the focus of future treatment. They are partly due to family-related burdens, role-overload, as well as increased workload. In view of the demographic change, only those mother-child facilities will remain competitive in the future that can meet the changed requirements.

Keywords: Mother-child measure, demography, social inequality, disease risks

1 Einleitung

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter wurden in den 1950er Jahren eingeführt, um diesen die Möglichkeit zu eröffnen, sich zu regenerieren und wieder Kraft und Ressourcen zu aktivieren (Goller, 2012). In den 1970er Jahren wandelten sich die Ansprüche der Mütter. Der Anteil der Mütter, die in Westdeutschland einer Erwerbsarbeit nachgingen, nahm stetig zu. Aber auch

die Krankheitsbilder änderten sich, psychosomatische Beschwerden traten häufiger auf. Die Kurhäuser stellten sich konzeptionell und personell darauf ein. In den 1980er Jahren setzte ein neuer Trend ein: Mutter-Kind-Kuren wurden zunehmend nachgefragt. Über mehrere Gesetzesänderungen fanden die stationären Mutter-Kind-Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen (im Folgenden Mutter-Kind-Maßnahmen) Eingang in die Sozialgesetzgebung (SGB V) und sind jetzt Pflichtleistungen der

gesetzlichen Krankenversicherung. Seit 2001 sind auch Vater-Kind-Maßnahmen gesetzlich verankert. Aus den Kurheimen wurden Vorsorge- und Reha-Kliniken mit medizinischen und psychosozialen Behandlungskonzepten sowie gesetzlich verankerten Qualitätsanforderungen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J.).

Die veränderte Klientel von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen begründet sich unter anderem durch eine Veränderung der Sozialstruktur der deutschen Bevölkerung über die Zeit. Der Anteil an Müttern und Vätern im Alter von 15 bis 64 Jahren mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt hat über den Zeitraum von 10 Jahren stark abgenommen. Laut Mikrozensus lebten im Jahr 2008 noch 10,1 Millionen Mütter und 7,5 Millionen Väter mit einem minderjährigen Kind in einem Haushalt. Im Jahr 2018 waren es nur noch 7,9 Millionen Mütter und 6,7 Millionen Väter im Alter von 15 bis 64 Jahren mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt (Statistisches Bundesamt, 2019a). Der Anteil alleinerziehender Mütter ist leicht zurückgegangen. Im Jahr 2018 waren 1,31 Millionen Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt alleinerziehend. Im Jahr 2008 waren noch 1,43 Millionen Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind alleinerziehend (Statistisches Bundesamt, 2020a). Dagegen hat sich die durchschnittliche Kinderzahl je Frau leicht erhöht. Diese betrug im Jahr 2018 1,57 Kinder je Frau. 2010 lag diese noch bei 1,39 Kindern je Frau (Statistisches Bundesamt, 2019b). Auch die Erwerbstätigenquote der Mütter hat sich über die Zeit erhöht. Von den 73,9 Prozent erwerbstätigen Müttern arbeiteten im Jahr 2018 67,8 Prozent in Teilzeit. Im Jahr 2008 waren lediglich 65,4 Prozent Mütter erwerbstätig, von denen 64,0 Prozent in Teilzeit arbeiteten. Bei den erwerbstätigen Vätern (92,4 Prozent) arbeiteten lediglich 5,8 Prozent im Jahr 2018 in Teilzeit. Dieser Anteil hat sich seit 2008 nur geringfügig verändert. Von 91,2 Prozent erwerbstätigen Vätern arbeiteten 4,8 Prozent in Teilzeit (Statistisches Bundesamt, 2021a).

Welchen Einfluss hat nun das veränderte soziodemografische Profil von Müttern auf die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Maßnahmen? Von 2008 bis 2019 sind die Rehabilitationsfälle um 91 Prozent von 19.953 auf 1.872 gesunken. Diesbezüglich erfolgte keine systematische Untersuchung, weshalb nur vermutet werden kann, was die Gründe dafür sind. Zum einen könnten Anträge auf eine stationäre Mutter-Kind-Rehabilitation von den Krankenkassen direkt an die Rentenversicherung weitergeleitet und dort bearbeitet worden sein, da es sich in den meisten Fällen um erwerbstätige Mütter handelt. Zum anderen sind die Erfolgsaussichten auf Genehmigung bei Vorsorgeanträgen besser, weshalb Kurberatungsstellen eher Vorsorgeanträge statt Rehabilitationsanträge stellen könnten. Die Vorsorgefälle halten sich hingegen auf

hohem Niveau annähernd konstant (2008: 124.218; 2019: 117.148) (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). In diesem Aufsatz werden daher Überlegungen angestellt, in welcher Weise sich Mutter-Kind-Maßnahmen als Hort gesundheitlicher Versorgung in den kommenden Jahren entwickeln werden. Dabei werden demografische, soziale und gesundheitliche Aspekte der letzten zehn bis 30 Jahre betrachtet. Dies hat den Vorteil, dass die Mütter, die das zukünftige Nachfrageklientel der Mutter-Kind-Einrichtungen bilden, bereits geboren sind und dass wesentliche Teile ihrer Sozial- und Morbiditätsstruktur bekannt sind. Die Fokussierung auf Mütter erfolgt, da der Anteil der von Vätern gestellten neuen Anträge für eine Vater-Kind-Maßnahme in den letzten zehn Jahren lediglich zwischen neun und zehn Prozent lag (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Zudem wird unter anderem auf Daten der Studie „Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung“ (BelRes) aus dem Jahr 2011 (Otto, 2013; Noeres & Otto, 2014) und der Studie „Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ (RessQu) des Forschungsverbundes Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover aus dem Jahr 2018 eingegangen (Leddin & Otto, 2020). In der BelRes-Studie wurden in einer schriftlichen Befragung vier Wochen vor der Maßnahme, zu Beginn und zum Ende der Maßnahme sowie neun Monate nach Ende der Maßnahme Daten von 1.323 Müttern und 35 Vätern aus 16 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen erhoben. Rekrutiert wurden alle Patient*innen eines Kurdurchgangs durch die Mitarbeitenden der Einrichtungen. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die Väter nachträglich ausgeschlossen. Neben soziodemografischen Merkmalen wurde die gesamte Beschwerde-Liste von Zerssen (1976), die Kurzform der Symptom Check List SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) sowie Angaben zu psychosozialen Belastungen sowie zum Kurerfolg abgefragt. Patient*innen mit den Behandlungsschwerpunkten Rückenschmerz, Burnout oder psychische Beschwerden erhielten zusätzlich einen indikations-spezifischen Fragebogen (Noeres & Otto, 2014). In der RessQu-Studie wurden in einer schriftlichen Befragung vier Wochen vor der Maßnahme, zu Beginn und zum Ende der Maßnahme sowie sechs Monate nach Ende der Maßnahme 1.025 Mütter aus elf Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen befragt. (Leddin & Otto, 2020). Die Rekrutierung erfolgte wie bei der BelRes-Studie beschrieben. 54 Väter wurden nachträglich aufgrund der geringen Fallzahl ausgeschlossen. Zusätzlich zu den soziodemografischen Merkmalen, Angaben zu psychosozialen Belastungen und der Beschwerde-Liste von Zerssen, welche auch schon in der BelRes-Studie abgefragt wurden, kamen der Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 von Morfeld et al. (2011), der Fragebogen zur Ressourcenrealisierung von

Trösken und Grawe (2003) sowie ein Screening auf Depressivität, Angst und Stress (DASS-21) von Lovibond und Lovibond, (1995; dt. revidierte Fassung: Nilges & Essau, 2015) zum Einsatz.

2 Die demografische Herausforderung – was bedeutet das für Mutter-Kind-Einrichtungen?

Deutschland ist ein Land mit einer demografisch alten Bevölkerung. Dies bedeutet, dass der relative Anteil der Älteren zunimmt, wohingegen der Anteil jüngerer Menschen abnimmt. Für das Jahr 2018 gab das Statistische Bundesamt die Kohorte der Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren mit einer Größe von 5,18 Millionen an, die Kohorte der 30 bis 40-Jährigen war mit 5,21 Millionen etwa gleich groß, die der 20 bis 30-jährigen Frauen war mit 4,69 Millionen erheblich kleiner und die Kohorte der 10 bis 20-Jährigen war mit 3,72 Millionen nochmals schwächer besetzt (Statistisches Bundesamt, 2021b). Das bedeutet, in den nächsten zehn Jahren sinkt die Zahl der 30 bis 50-jährigen Frauen um fünf Prozent und in den darauffolgenden zehn Jahren um weitere 15 Prozent. Vor diesem Hintergrund wird sich die Zahl der potentiellen Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Maßnahmen innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte deutlich verringern.

Ein weiterer demografischer Aspekt ist das Alter von Frauen bei der ersten Geburt, das einen starken Zusammenhang mit der Kinderzahl sowie der Zeitspanne der Familiengründung aufweist (BMFSFJ, 2006). Das Alter bei der Geburt hat sich in Westdeutschland über die Jahrzehnte nach dem zweiten Weltkrieg und seit der deutschen Wiedervereinigung auch in Ostdeutschland kontinuierlich erhöht. Seit 2010 liegt es bei etwa 30 Jahren. Seitdem gab es kaum weitere Verschiebungen des mittleren Alters bei der ersten Geburt (bpb, 2020). Das bedeutet, dass sich die Altersstruktur der Mütter, die eine Mutter-Kind-Maßnahme in Anspruch nehmen, in den kommenden Jahren wegen des bereits relativ hohen Alters der Mütter bei der ersten Geburt kaum ändern wird. Untersuchungen des Forschungsverbundes zeigen jedoch einen gegensätzlichen Trend. Mütter, die im Jahr 2018 an einer Mutter-Kind-Maßnahme und der RessQu-Studie teilgenommen haben, waren im Durchschnitt 39,7 Jahre

alt (Leddin & Otto 2020). Im Jahr 2011 lag das durchschnittliche Alter noch bei 38,1 Jahren (Otto, 2014). Allerdings sind die Unsicherheiten hinsichtlich der bestehenden Datenlage zu groß, da es sich hierbei nur um zwei Messzeitpunkte handelt und potentielle Einflussfaktoren nicht zu kontrollieren sind.

3 Welche sozialen Unterschiede bestehen bei der Inanspruchnahme?

In der Sozialepidemiologie gut belegt sind soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit nach Schulbildung, beruflicher Position und Einkommen (Geyer, 2017). Erhöhen sich Erkrankungsrisiken mit abnehmendem Status, spricht man vom sozialen Gradienten. Diese Ungleichheiten sind für fast alle Erkrankungen durch Studien belegt und besonders stark ausgeprägt, wenn Erkrankungsrisiken durch Verhalten oder ungünstige Umgebungsbedingungen modifiziert werden. Vor diesem Hintergrund sollten sich diese sozialen Gradienten auch in der Klientel der Mütter in den Einrichtungen reproduzieren, da diese hohe Beschwerderaten aufweisen. Tabelle 1 zeigt einen Vergleich der Schulbildung von Müttern der Gesamtbevölkerung Deutschlands anhand von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) mit den Müttern der Einrichtungen, die dem Forschungsverbund Familiengesundheit angeschlossen sind und 2011 an der BelRes-Studie bzw. 2018 an der RessQu-Studie teilgenommen haben (Goebel et al., 2019; Leddin & Otto, 2020; Otto, 2013). In der Tabelle nicht dargestellt sind sonstige Schulabschlüsse, da aus den SOEP-Daten nicht hervorgeht, welche Abschlüsse darunter zusammengefasst wurden.

Sowohl 2011 ($\chi^2(2) = 37,58$) als auch 2018 ($\chi^2(2) = 97,35$) unterscheiden sich die Werte aus der BelRes- bzw. RessQu-Studie und den Daten des SOEP signifikant voneinander. Der kritische Wert beträgt bei einem Signifikanzniveau von 0,05 für beide Zeitpunkte jeweils 5,99. Insbesondere Mütter ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in den Kliniken deutlich unterrepräsentiert, obwohl sie, wenn Ungleichverteilungen von Krankheiten und Beschwerden in Rechnung gestellt werden, deutlich häufiger vertreten

Tabelle 1

Verteilung der Schulabschlüsse der Kurteilnehmerinnen und der Gesamtbevölkerung Deutschlands bei gleicher Altersverteilung (30 bis 49 Jahre) (Leddin & Otto, 2020; Otto, 2013; eigene Analysen auf der Grundlage von Daten des Sozio-oekonomischen Panels, Datenlieferung 2020)

	2011		2018	
	BelRes	SOEP	RessQu	SOEP
N	1.071	5.157	785	3.412
Max. Hauptschule	12,6 %	20,7 %	9,2 %	21,9 %
Realschule, Mittlere Reife, Sek I-Abschluss	48,7 %	44,9 %	44,6 %	36,6 %
Abitur, Fachhochschulreife, Sek II-Abschluss	38,7 %	34,4 %	46,2 %	41,5 %

sein sollten. Diese Daten sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, denn die Unterrepräsentativität könnte auch durch eine geringere Studienbeteiligung der Mütter mit keinem Schulabschluss oder mit einem Hauptschulabschluss erklärt werden.

4 Welche Erkrankungsrisiken stehen im Vordergrund?

Betrachtet man die Zufriedenheit mit der Gesundheit von Müttern der Allgemeinbevölkerung (SOEP) und von Müttern in Mutter-Kind-Maßnahmen (Tab. 2), zeigt sich sowohl 2011 ($t(1724) = -42,605$, $p < 0,001$) als auch 2018 ($t(1107) = -28,898$, $p < 0,001$) eine signifikant geringere Zufriedenheit der gesundheitlich belasteten Mütter. Ein gleiches Bild zeichnet sich auch bei der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt. Sowohl 2011 ($t(1520) = -43,939$, $p < 0,001$) als auch 2018 ($t(1110) = -20,976$, $p < 0,001$) zeigten die Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen eine signifikant geringere Zufriedenheit als die Mütter der Allgemeinbevölkerung. Es zeigt sich aber auch, dass die Mütter in den Kliniken 2018 signifikant zufriedener mit ihrer Gesundheit ($t(1926) = -6,044$, $p < 0,001$) und ihrem Leben ($t(1925) = -7,779$, $p < 0,001$) insgesamt waren als die Patientinnen 2011. Dagegen hat sich die Zufriedenheit der Mütter mit der Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung leicht, aber nicht signifikant verschlechtert ($t(10117) = 1,892$, $p = 0,059$), die Zufriedenheit mit dem Leben aber höchst signifikant verbessert ($t(10060) = -9,337$, $p < 0,001$).

In der Gesundheitsberichterstattung wird häufig nicht zwischen Müttern und Frauen ohne Kinder unterschieden. Ab dem Alter von 25 Jahren liegen die Werte für Depressionen, Rückenschmerzen und Übergewicht bei Müttern und kinderlosen Frauen jedoch etwa auf gleichem Niveau (Rattay & von der Lippe, 2020). Aus diesem Grund können die folgenden Ergebnisse zu den Erkrankungsrisiken bei Frauen auf Mütter übertragen werden.

In Großbritannien wurden bei Frauen aller Altersgruppen von 1990 bis 2013 die häufigsten Erkrankungen und Beschwerden über die Lebensspanne untersucht. An erster Stelle standen sowohl 1990 als auch 2013 Nacken- und Rückenschmerzen sowie depressive Störungen (Public Health England, 2017). Auch in den Daten der BelRes-Studie 2011 und der RessQu-Studie 2018 (Tab. 3) zeigt sich, dass Rückenschmerzen und psychische Störungen den Großteil an gesundheitlichen Beschwerden bei Müttern ausmachen (Otto, 2013; Leddin & Otto, 2020). Dabei hat sich seit 2011 der Anteil von Müttern mit mittleren bis sehr starken Beschwerden bei Rückenschmerzen kaum verändert (Otto, 2013).

Eine in der Gesamtbevölkerung kontinuierlich verlaufende Entwicklung ist die von Diagnosen psychischer Erkrankungen und Beschwerden. Betrug der Anteil an Fehlzeiten am Arbeitsplatz bei AOK-versicherten Frauen im Jahr 2008 noch 11,1 Prozent, so stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2017 auf 14,3 Prozent an (Badura et al., 2017). Dieser Trend bildet sich auch in den Daten von DAK-Versicherten ab. Bei einer Differenzierung nach Diagnosen in den DAK-Daten entfiel der größte Anteil auf Er-

Tabelle 2

Zufriedenheit der Kurteilnehmerinnen und der Gesamtbevölkerung Deutschlands mit der Gesundheit und dem Leben insgesamt bei gleicher Altersverteilung (30 bis 49 Jahre) (Leddin & Otto, 2020; Otto 2013; eigene Analysen auf der Grundlage von Daten des Sozio-oekonomischen Panels, Datenlieferung 2020)

		2011		2018	
		BelRes	SOEP	RessQu	SOEP
Zufriedenheit mit der Gesundheit	M (SD)	4,18 (2,03)	7,02 (2,14)	4,74 (1,95)	6,94 (2,10)
	N	1.095	5.424	783	4.695
Zufriedenheit mit dem Leben	M (SD)	4,65 (1,93)	7,36 (1,67)	5,35 (1,94)	7,66 (1,56)
	N	1.094	5.425	783	4.696

Anmerkung: Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).

Tabelle 3

Gesundheitliche Beschwerden von Müttern im Alter von 30 bis 49 Jahren, die im Rahmen von Mutter-Kind-Maßnahmen befragt wurden (Mehrfachangaben möglich) (Leddin & Otto, 2020; Otto, 2013)

Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Belastungen		
Meine Beschwerden beziehen sich auf ...	BelRes (2011) Nmax = 1.097	RessQu (2018) Nmax = 795
Rückenschmerzen, Knie, Gelenke	79,2	81,3
Burnout, totale Erschöpfung	71,3	65,8
psychische Beschwerden	55,4	62,6
Migräne, Kopfschmerz	52,6	47,6
Gewicht und Essverhalten	40,2	47,0
Haut und Haare	29,2	33,6
Verdauung und Stoffwechsel	22,5	28,0
Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten	21,2	20,0
Atemwege	23,4	16,2
Bluthochdruck	nicht abgefragt	11,0

krankungen, die auch bei den Müttern auftreten, die eine Mutter-Kind-Maßnahme in Anspruch nehmen: depressive Episoden, Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Angststörungen (DAK, 2019). In der RessQu-Studie von 2018 wurde mithilfe des Screenings auf Depressivität, Angst und Stress (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995; dt. revidierte Fassung; Nilges & Essau, 2015) das psychische Wohlbefinden der Mütter zu Beginn der Maßnahme gemessen (Abb. 1). Der Fragebogen enthält insgesamt 21 Items. Aus jeweils 7 Items wird eine Skala für Depressivität, Angst und Stressbelastung gebildet. Jedes Item trifft eine Aussage zum Befinden des Teilnehmers wie z.B. „Ich fand es schwer, mich zu beruhigen“ für Stress, „Ich fühlte mich der Panik nahe“ für Angst oder „Ich fühlte mich als Person nicht viel wert“ für Depression. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 „traf gar nicht auf mich zu“ bis 3 „traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit.“ Der Referenzzeitraum ist die letzte Woche. Für jede der drei Skalen wurde durch einfache Addition der Antworten (0 bis 3 Punkte) der 7 Items eine Skalensumme (von 0 bis 21) berechnet. Das Erhebungsinstrument gibt für jede Skala einen

Cut-off-Wert vor, welcher als Grenzwert zur Unterscheidung zwischen klinisch unauffälligen und auffälligen Ergebnissen im Sinne einer psychischen Störung dient. Zu Beginn der Maßnahme befanden sich 26,5 Prozent der Mütter im auffälligen Bereich für Depression, 29,5 Prozent im auffälligen Bereich für Angst und mehr als die Hälfte der Mütter (56,8 Prozent) im auffälligen Bereich für Stress im Sinne von Anspannung und Reizbarkeit (Leddin & Otto, 2020).

Neben den Diagnosen psychischer Störungen ist das Anwachsen der Raten von Übergewicht (BMI > 25 kg/m²) und Adipositas (BMI > 30 kg/m²) ein Problem, das die Gesundheit der Bevölkerung erheblich und in zunehmendem Maße beeinträchtigt. Nach Daten des SOEP sind in den hier betrachteten Altersgruppen der 30 bis 49-jährigen Mütter die Adipositasraten von 2006-2008 (Beginn der Beobachtungsperiode) bis 2018 angewachsen, wobei die höchsten Zuwachsraten in der Gruppe der Mütter mit Hauptschulabschluss auftraten, die geringsten gab es bei den Abiturientinnen (siehe Abb. 2).

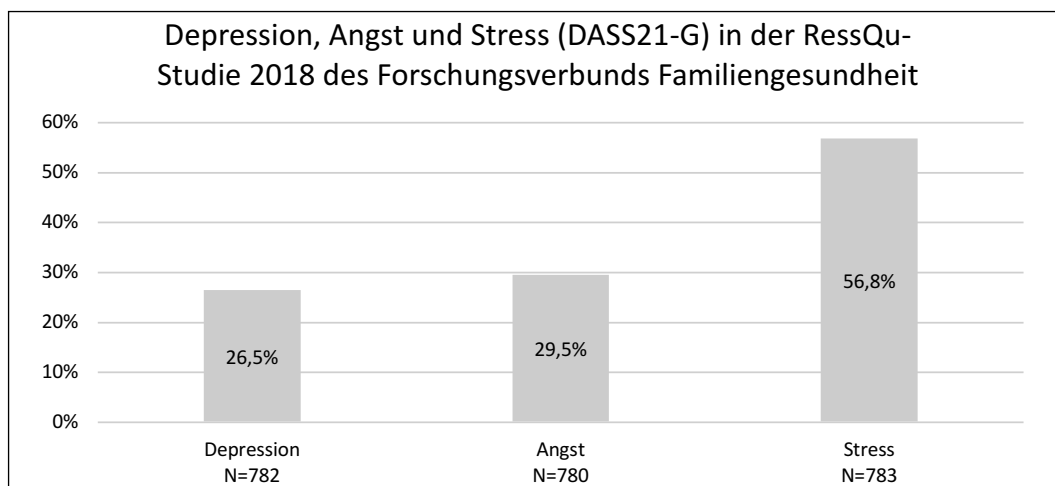


Abbildung 1

Depression, Angst und wahrgenommene Belastung durch Stress bei Müttern im Alter von 30 bis 49 Jahren zum Beginn der Mutter-Kind-Maßnahmen (Leddin & Otto, 2020)

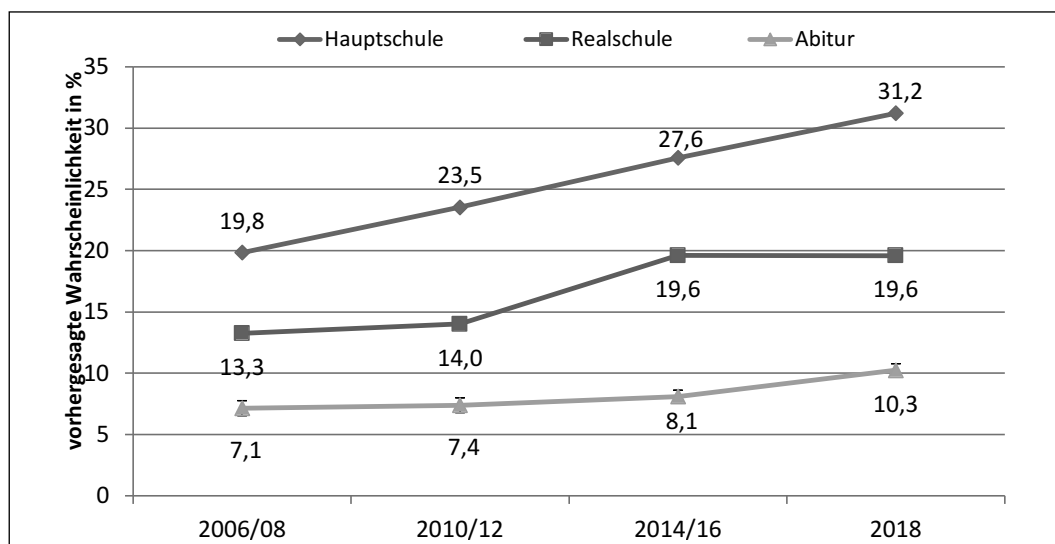


Abbildung 2

Adipositasraten nach Schulbildung bei Müttern im Alter von 30 bis 49 Jahren. (Personen insgesamt = 9.528, Beobachtungen insgesamt = 21.608) (Ergebnisse multivariater Regressionsanalysen mit Adipositas als abhängige Variable auf der Grundlage von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (Datenlieferung 2020))

Der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2021 gibt sowohl die Übergewichtsprävalenz als auch die Adipositasprävalenz mit 25 Prozent an (DDG, 2020, S. 29). In der RessQu-Studie des Forschungsverbunds Familiengesundheit aus dem Jahr 2018 lag der Anteil der Übergewichtigen bei 26 Prozent, die Rate der Mütter mit Adipositas verschiedener Stufen bei 23,4 Prozent. Die Häufigkeiten in den Kurkliniken spiegeln damit die für Deutschland veröffentlichten Zahlen wider und zeigen die Notwendigkeit von Maßnahmen, die auf den Umgang mit diesen Erkrankungen gerichtet sind. Im Gefolge von Übergewicht und Adipositas können zudem Komorbiditäten, hauptsächlich Typ-2-Diabetes, auftreten (Rawshani et al., 2017). Damit einher gehen wiederum Folgeerkrankungen, durch die weitere Behandlungen resultieren. In den letzten Jahren hat auch Depression als Komorbidität des Typ-2-Diabetes zugenommen (Nowakowska et al., 2019).

5 Weg von der traditionellen Rollenverteilung?

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Familienstrukturen in Deutschland erheblich verändert, was mit einer Verschiebung von Aufgaben und Rollen von Müttern und Vätern verbunden war. So hat sich die bevorzugte Lebensform der Frauen und Männer weg von der traditionellen Rollenverteilung hin zur gleichgestellten Partnerschaft entwickelt (Wippermann, 2015). Jedoch entspricht die gewünschte Lebensform noch nicht bei allen Paaren der Wirklichkeit, was auf einem komplexen Zusammenspiel aus ökonomischen Faktoren, persönlichen Wert- und Normenvorstellungen sowie gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen basiert (Reichert & Bröcheler, 2018). Vor allem nach der Geburt des ersten Kindes reduzieren die Frauen ihre Erwerbsarbeit, sodass die Rollenverteilung eher der traditionellen Weise entspricht (RKI, 2020). Durch den Ausbau der Kleinkindbetreuung und der Einführung des Elterngeldes 2007 hat sich die Erwerbsbeteiligung von Müttern in den letzten Jahren jedoch kontinuierlich erhöht. So stieg die Erwerbstätigenquote bei Müttern mit Kindern zwischen einem und zwei Jahren von 32 Prozent im Jahr 2006 auf 43 Prozent im Jahr 2015 (BMFSFJ, 2017). Dieser Effekt betrifft vor allem Mütter mit niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und auch Alleinerziehende und beruht vermutlich auf dem Wegfall der ehemaligen Transferleistung „Erziehungsgeld“, welches bedürftigen Eltern für 24 Monate zur Verfügung stand. Da das Elterngeld nur in den ersten 14 Monaten bezahlt wird, besteht ein starker Anreiz für Mütter, ihre Erwerbsarbeit wieder aufzunehmen, sobald ihre Kinder das Kleinkindalter erreicht haben (Wrohlich et al, 2012).

Männer hingegen sind noch immer die Hauptverdiener der Familie, was sich vor allem in den letzten Jahren allmählich ändert. Sie möchten sich vermehrt im Haushalt und Familienleben einbringen, doch finanzielle und betriebliche Gründe erschweren die Umsetzung einer Arbeitszeitreduzierung (Theunert, 2020).

In einer empirischen Analyse mit den Daten der Deutschen Zeitverwendungsstudien von 2001/2002 und 2012/2013 konnte gezeigt werden, dass trotz der gestiegenen Erwerbstätigkeit bei den Müttern die Zeit, die Mütter für die Kinderbetreuung aufbringen, signifikant von 88 Minuten in den Jahren 2001/2002 auf 101 Minuten pro Wochentag (montags bis freitags) in den Jahren 2012/2013 gestiegen ist. Auch bei den Vätern ist ein Anstieg der Betreuungszeiten zu vermerken. Diese ist zwischen 2001/2002 und 2012/2013 im Mittel von 33 auf 41 Minuten pro Wochentag gestiegen. Den Großteil des Anstiegs macht sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern die Grundversorgung der Kinder (z. B. waschen, füttern, Windel wechseln) aus. Entgegen vergleichbaren internationalen Studien zeigten die Analysen der Deutschen Zeitverwendungsstudien kaum signifikante Zusammenhänge zwischen der Zeitverwendung für Kinder und dem Bildungsniveau der Eltern (Schulz & Engelhardt, 2017).

Das Ausüben mehrerer Rollen (Elternteil, Partner*in, Erwerbstätige*r) bringt verschiedene Belastungen (elternspezifische Kontextfaktoren) mit sich, die 2011 im Rahmen der BelRes-Studie und 2018 durch die RessQu-Studie vom Forschungsverbund Familiengesundheit untersucht wurden (Tab. 4). Das Vorliegen dieser Kontextfaktoren, neben den Gesundheitsstörungen der Mütter bzw. Väter, ist Voraussetzung für die Bewilligung einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. Sie sind in der Begutachtungsrichtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. festgelegt (MDS, 2018). Dabei wird ersichtlich, dass sowohl 2011 als auch 2018 das ständige Dasein für die Familie, Zeitdruck sowie Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Müttern am häufigsten zu mittleren bis sehr starken Belastungen geführt haben. Eine Abnahme der Belastungen ist vor allem bei finanziellen Sorgen und Partnerschaftsproblemen ersichtlich. Der Anteil an Müttern, die sich durch die Pflege eines nahen Angehörigen belastet fühlen, ist hingegen leicht angestiegen (Leddin & Otto, 2020; Otto, 2013).

Prozentanteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Belastungen		
Ich bin aktuell belastet durch ...	BelRes (2011) N _{max} = 1.097	RessQu (2018) N _{max} = 795
das ständige Dasein für die Familie	87,8	87,8
Zeitdruck	85,4	86,4
Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	67,0	75,9
Erziehungsprobleme, Konflikte mit den Kindern	60,3	63,0
geringe Anerkennung meiner Haus- und Familienarbeit	58,8	60,5
familiäre Konflikte	56,8	59,2
finanzielle Sorgen	54,1	44,7
die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung	38,4	39,2
soziale Isolation, Einsamkeit	32,0	34,9
die Beziehung zum (Ehe-)Partner	32,5	31,2
eine eigene schwere/chronische Erkrankung	21,4	21,6
Pflege/schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	14,6	16,3

Anmerkung: Die Belastungen wurden mittels einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt, deren Antwortkategorien von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr stark) abgestuft waren.

Tabelle 4

Kontextfaktoren von Müttern bei gleicher Altersverteilung (30 bis 49 Jahre), die im Rahmen von Mutter-Kind-Maßnahmen befragt wurden (Mehrfachangaben möglich) (Leddin & Otto, 2020; Otto, 2013)

6 Gibt es eine Veränderung der beruflichen Belastungen?

Wie bereits an unterschiedlichen Stellen beschrieben, hat die Erwerbstätigkeit – vorrangig in Teilzeit – unter den Müttern in den letzten Jahren stark zugenommen. Viele dieser Beschäftigungsverhältnisse sind durch niedriges Einkommen, fehlende soziale Absicherung und Arbeitsplatzunsicherheit gekennzeichnet und können als prekär bezeichnet werden. In einer Untersuchung von Stuth et al. (2018) stellen Frauen im Alter von 30 bis 49 Jahren mit 6,7 Prozent die größte Personengruppe in anhaltender Prekarität dar. Ein Großteil von ihnen hatte Kinder. Im Durchschnitt sind Mütter 5,5 Jahre prekär beschäftigt.

Vor allem in den besonderen Anforderungen in der Arbeit zeigen sich die beruflichen Belastungen bei Frauen. 60 Prozent der vollzeitbeschäftigten Frauen und 50 Prozent der teilzeiterwerbstätigen Frauen fühlen sich durch häufige Arbeitsunterbrechungen, hervorgerufen durch technische Probleme, Telefonate oder andere Kolleg*innen stärker belastet. Zudem berichten 69 Prozent der vollzeitbeschäftigten bzw. 50 Prozent der teilzeitbeschäftigten Frauen von starkem Zeitdruck, ausgelöst durch strukturelle Probleme der Arbeitsorganisation, personelle Unterbesetzung sowie ungeplante Zusatzaufgaben. Nicht zuletzt sind Frauen verstärkt in Berufen mit direktem Kund*innenkontakt tätig, in denen hohe Anforderungen an die emotionale Selbstkontrolle bestehen, sodass jede dritte Frau in Voll- oder Teilzeit oft oder sehr häufig ihre Gefühle verbergen muss (Hobler et al., 2019).

Ob sich diese Arbeitsbelastungen über die Zeit verändert haben, wurde für Deutschland in nur wenigen Studien untersucht. Anhand des Deutschen

Alterssurveys konnte die langzeitliche Entwicklung von Arbeitsbelastungen für die Jahre 2002 bis 2014 nachvollzogen werden. Der Anteil der Erwerbstätigen, die sich zeitlich und nervlich belastet fühlen, lag 2002 bei 43,3 Prozent und 2014 bei 47,4 Prozent. Männer (50,8 Prozent) fühlten sich stärker belastet als Frauen (43,9 Prozent). Betrachtet man zudem die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen, zeigt sich ein differenziertes Bild. Während die Anteile der nervlich und zeitlich belasteten Erwerbstätigen mit niedrigem und hohem Bildungsniveau von 2002 bis 2014 stabil blieben, erhöhte sich der Anteil bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau von 39,2 Prozent auf 44,3 Prozent. Bei den körperlichen Belastungen zeigt sich, dass der Anteil von Erwerbstätigen, die diese berichteten, von 25,3 Prozent im Jahr 2002 auf 31,2 Prozent im Jahr 2008 gestiegen ist. Von 2008 bis 2014 blieb der Anteil der Personen, die körperliche Belastungen berichteten, dagegen konstant. Zudem konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt werden. Keine Anstiege wurden bei Erwerbstätigen mit hoher Bildung gefunden. Bei Erwerbstätigen mit niedriger bzw. mittlerer Bildung stieg der Anteil der Personen, der Arbeitsbelastungen angab, von 2002 bis 2014 von 32,4 Prozent bzw. 29,8 Prozent auf 53,7 Prozent bzw. 38,4 Prozent (Franke & Wetzel, 2016). Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass sich diese Zahlen auf die Altersgruppen von 40 bis 65 Jahren beziehen. Es ist jedoch plausibel, dass die Anstiege von Anforderungen nicht altersbegrenzt auftreten, aber in jüngeren Altersgruppen mit geringeren gesundheitlichen Effekten einhergehen.

Eine neuere international vergleichende Studie kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass in den Jahren von 1995 bis 2005 Arbeitsbelastungen, die sich

in erster Linie auf psychische Belastungen beziehen, besonders im Bereich von Tätigkeiten mit niedriger Qualifikation über die Zeit zugenommen haben. Für die Zeit von 2005 bis 2015 wurden jedoch kaum Veränderungen gefunden (Rigó et al., 2020). Die Erkrankungen, die im Gefolge der genannten Belastungen auftreten können, sind vorwiegend Typ-2-Diabetes (Qi et al., 2019), hoher Blutdruck, chronische Schmerzen und psychische Beschwerden (Nowakowska, 2019).

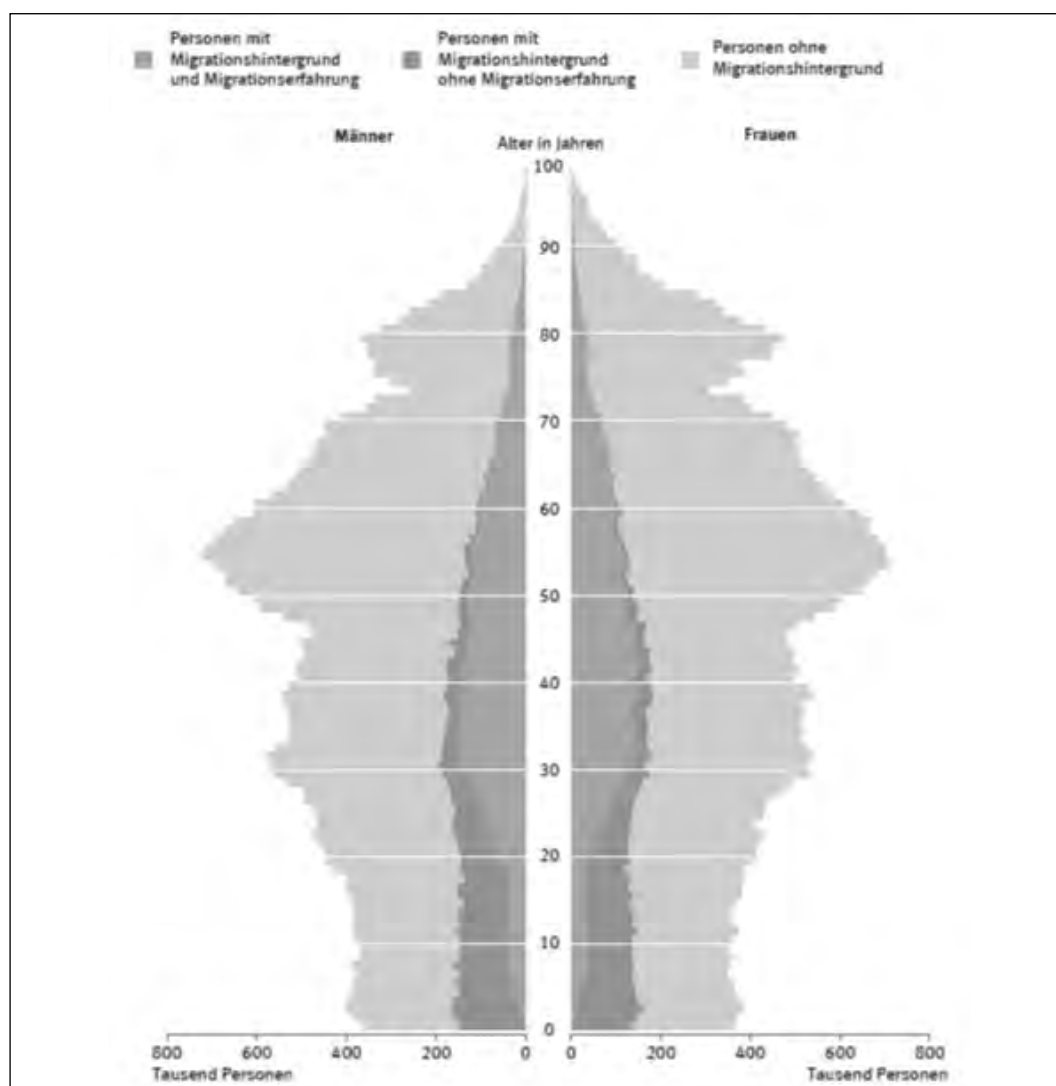
7 Welche Rolle spielt Migration?

Ein zunehmender Anteil der in Deutschland lebenden Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes bedeutet dies, dass eine Person selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt (Statistisches Bundesamt, 2020b). Die Mehrzahl der in Deutschland lebenden Männer und Frauen mit Migrationshintergrund stammt aus europäischen Ländern (Bun-

desinstitut für Bevölkerungsforschung, 2018). Seit 2005 stieg die Bevölkerung mit Migrationshintergrund von 14,1 Millionen Personen auf 19,3 Millionen im Jahr 2017. Gleichzeitig stieg auch die Zahl der Kinder, die von Eltern mit Migrationshintergrund mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden, also ohne eigene Migrationserfahrung, um 55 Prozent an (Statistisches Bundesamt, 2020b). Dies kann der Abbildung 3, einer nach Migrationserfahrung gestalteten Alterspyramide, entnommen werden. In der lidA-Studie wurde die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund untersucht. Bei selbst migrierten Personen zeigte sich im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund eine höhere Inanspruchnahme. Bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation gab es im Inanspruchnahmeverhalten keine signifikanten Unterschiede zu Personen ohne Migrationshintergrund. Das Geschlecht hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse (Breckenkamp et al., 2021).

Abbildung 3

Alterspyramide 2019 nach Migrationserfahrung – Ergebnisse des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2020b)



8 Diskussion

Mutter-Kind-Maßnahmen unterliegen seit ihrer Umsetzung gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen. Mit Blick auf die Veränderungen in der Demografie, den sozialen Unterschieden, den Erkrankungsrisiken, Rollenmodellen und Arbeitsbelastungen sowie der Migration in den letzten Jahren sollen mögliche Entwicklungen dieser Maßnahmen für die kommenden Jahre abgeleitet werden.

Durch den Altersaufbau der deutschen Gesellschaft wird es innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte zu einer Reduzierung potentieller Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Maßnahmen kommen. Diese Entwicklung kann zum Teil durch eine Ausweitung der Antragstellungen aufgefangen werden. So ist zum Beispiel anzunehmen, dass Mütter ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss im Vergleich zur Verteilung in der Gesamtbevölkerung in Mutter-Kind-Maßnahmen weitgehend unterrepräsentiert sind. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Mütter der beiden genannten Bildungsgruppen über die Möglichkeit von Mutter-Kind-Maßnahmen schlechter informiert sind oder für einen eigenen Antrag nur geringe Erfolgchancen für eine Bewilligung erwarten. Mütter mit einer höheren Schulbildung könnten dahingegen besser in der Lage sein, ihre Situation überzeugend darzustellen und einen Antrag mit höheren Erfolgchancen auf Genehmigung durchzusetzen. Wachstumspotential gibt es auch bei den Vater-Kind-Maßnahmen, die bisher nur von wenigen Vätern in Anspruch genommen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Dass Mutter-Kind-Maßnahmen wirksam sind, konnte bereits durch Studien, die sowohl auf der Grundlage von Befragungen als auch auf der Basis von Routinedaten durchgeführt wurden, belegt werden. Sechs Monate nach einer Mutter-Kind-Maßnahme konnten klinisch bedeutsame und hoch signifikante Verbesserungen vor allem hinsichtlich der Anzahl der Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation sowie der psychischen Gesamtbelastung gezeigt werden (Otto, 2013; Jaunzeme et al., 2014). Diese Ergebnisse sind von besonderer Relevanz, denn Studien (s. Abschnitt 5 und 6 dazu) zeigen, dass Belastungen sowohl im familiären Umfeld als auch in der Arbeitswelt zugenommen haben. Aus diesen Gründen kann vermutet werden, dass Fälle von Burnout und Depression auch weiterhin ein Schwerpunkt in Mutter-Kind-Kliniken sein werden. Die Einrichtungen sollten daher ihre therapeutische Konzeptentwicklung, z. B. in Form von Resilienztrainings noch stärker an psychischen Erkrankungen ausrichten. Wichtig sind zudem Angebote im Bereich der Bewegungsmotivation, denn Rückenschmerzen werden auch weiterhin eine der Hauptindikationen für Mutter-Kind-Maßnahmen bleiben.

Betrachtet man zudem die Entwicklungen hinsichtlich der Adipositasprävalenz oder internistischer Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, so sollte die Spezialisierung einzelner Einrichtungen auf diese Erkrankungen in Zukunft in Erwägung gezogen werden. Es gilt jedoch zu bedenken, dass bei einer Mutter-Kind-Maßnahme mit einer Dauer von drei Wochen derartige Erkrankungen nur ansatzweise behandelt werden können. Im Vordergrund sollten bei diesem Ansatz daher der Umgang mit der Erkrankung sowie die Auswirkungen der Erkrankung auf die Gesundheit der eigenen Kinder und auf die Familie stehen.

Auch familiäre Belastungsfaktoren wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Zeitdruck und das ständige Dasein für die Familie werden in Zukunft eine zentrale Rolle spielen. In Form von Familienmaßnahmen, die bereits vereinzelt durchgeführt werden, obwohl es noch keine gesetzliche Grundlage gibt, können unter anderem diese Themen mit beiden Elternteilen gemeinsam bearbeitet werden. Durch die erhöhten Anforderungen der Gesellschaft an die Fähigkeiten und Qualifikationen von Müttern bzw. Vätern, nimmt das Engagement beider Elternteile in Form von erhöhten Aufwänden, die durch zusätzliche Arbeitsstunden erbracht werden müssen, immer mehr zu (Bertram & Deufhard, 2015). Eltern müssen zudem deutlich mehr Rollen gerecht werden – die des Partners/der Partnerin, des Elternteils und des Geldverdieners/der Geldverdienerin. Ob nun das Innehaben dieser sozialen Rollen eine eher belastende oder bereichernde Auswirkung auf die Gesundheit der Mütter und Väter hat, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. So besagt die „Rollenbereicherungsthese“, dass das Innehaben mehrerer sozialer Rollen die Gesundheit verbessern kann, da es mit einem größeren sozialen Netzwerk, einer größeren sozialen Unterstützung, mehr (finanziellen) Ressourcen und einem Ausgleich bei Belastungen in einem Lebensbereich einhergeht. Die „Rollenbelastungsthese“ führt hingegen an, dass die Verantwortungslast – vor allem bei Frauen – durch die Kombination von Arbeits- und Familienrollen erhöht ist und somit zu Stress, Belastungen und damit auch zu einer schlechteren Gesundheit beziehungsweise einem weniger gesunden Verhalten führen kann (RKI, 2020; Hewitt et al., 2006). Die zweite Theorie bestätigt sich gerade in Zeiten der Corona-Pandemie, in der Frauen die Hauptlast der Kinderbetreuung mit Homeschooling im Homeoffice tragen (Andresen et al., 2020; Kohlrausch, Zucco 2020).

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Maßnahmen durch Mütter mit Migrationshintergrund ist relevant, dass der Anteil insgesamt annähernd konstant bleiben wird. Der Anteil von Müttern ohne eigene Migrationserfahrung wird jedoch in den nächsten zwei Jahrzehnten zunehmen. In der lidA-Studie zeigte sich, dass es keine signifikanten Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Rehabilitationen von

Personen ohne Migrationshintergrund und Personen der zweiten Generation (ohne eigene Migrationserfahrung) gibt (Breckenkamp et al. 2021). Dies könnte durch eine Anpassung an die Lebensgewohnheiten der Mehrheitsbevölkerung und einen Generationenwechsel von der ersten auf die zweite Generation erklärt werden (Rommel et al., 2015; Schenk et al., 2008). Die höhere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationen durch selbst migrierte Personen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund widerspricht den Ergebnissen anderer Studien (Voigtländer et al., 2013; Kohler et al., 2004; Brzoska et al., 2019). Die Autoren der lidA-Studie vermuten, dass dies auf einen anderen Studienaufbau zurückzuführen ist. So wurden beispielsweise Beamt*innen und Selbständige nicht in die Befragung eingeschlossen und die Teilnehmenden der lidA-Studie waren jünger als die der anderen Studien. In der lidA-Studie wurde nicht zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation unterschieden. Weiterhin sollte bei der Planung von Mutter-Kind-Maßnahmen nicht die Sichtbarkeit bestimmter Gruppen von Migrantinnen und Migranten im Vordergrund stehen. Ein Migrationshintergrund ist kein Merkmal, das eine gemeinsame und damit vereinfachende Betrachtung erlaubt.

Kernaussagen

Um künftig wettbewerbsfähig zu bleiben, sollten die Mutter-Kind-Einrichtungen auf die folgenden Herausforderungen reagieren:

1. Innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte wird es zu einer Reduzierung potentieller Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Maßnahmen kommen.
2. Es ist anzunehmen, dass Fälle von Burnout und Depression auch weiterhin ein Schwerpunkt in Mutter-Kind-Kliniken sein werden. Weiterhin wird es eine Zunahme von Adipositas und weiterer internistischer Erkrankungen sowie familiärer Belastungsfaktoren geben.
3. Der Anteil an Müttern ohne eigene Migrationserfahrung wird in den nächsten zwei Jahrzehnten zunehmen.

Diese Entwicklungen könnten durch eine Ausweitung der Antragstellungen von bisher eher unterrepräsentierten Gruppen sowie Spezialisierungen einzelner Einrichtungen aufgefangen werden.

Literatur

- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröder, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). *Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie*. Universitätsverlag Hildesheim. Hildesheim. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:hil2-opus4-10817> (letzter Zugriff: 15.03.2021).
- Badura, B., Ducki, A., Schröder H., Klose, J. & Meyer, M. (2017). *Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Bertram, H. & Deuflhard, C. (2015). *Die überforderte Generation*. Opladen: Leske & Budrich.
- Breckenkamp, J., Dyck, M., Schröder, C.C., Schönfeld, S., du Prel, J.-B., Razum, O. & Hasselhorn, H.M. (2021). Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation und Zugangsbarrieren bei Personen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie. *Die Rehabilitation*, 60, 11-20.
- Brzoska, P., Spanier, K. & Bethge, M. (2019). Potenziale des Dritten sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III) für die Forschung im Bereich Migration und Rehabilitation: Das Beispiel der Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung. *Die Rehabilitation*, 58, 385-391.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (bib) (2018). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund und ausländische Bevölkerung nach den 10 häufigsten Herkunftsländern (2018)*. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B95-Bevoelkerung-mit-Migrationshintergrund-Auslaend-Bevoelkerung-Herkunftslaender.html> (letzter Zugriff: 03.02.2021).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (letzter Zugriff: 16.02.2021).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006). *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht*. Drucksache 16/1360. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)(2017). *Familienreport 2017 – Leistungen, Wirkungen, Teilhabe*. Verfügbar unter: <file:///P:/Monitoring/Monitorings/2017/Familienkuren/Literatur/Rollenbilder/familienreport-2017-data.pdf> (letzter Zugriff: 06.01.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020). *GKV-Statistiken. Fälle der KG 5*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

- um.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftsergebnisse.html#c10339 (Letzter Zugriff: 05.02.2021)
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2020). *Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder*. Verfügbar unter: [https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter#:~:text=Zwischen Prozent201965 Prozent20und Prozent201970 Prozent20nahm, ProzentC3 ProzentA4alter Prozent20als Prozent20f ProzentC3 ProzentBCnfig Prozent20Jahre Prozent20zu-vor](https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter#:~:text=Zwischen Prozent201965 Prozent20und Prozent201970 Prozent20nahm, ProzentC3 ProzentA4alter Prozent20als Prozent20f ProzentC3 ProzentBCnfig Prozent20Jahre Prozent20zu-vor (letzter Zugriff: 22.01.2021).) (letzter Zugriff: 22.01.2021).
- DAK (2019). *Psychoreport 2019. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job. Langzeitanalyse 1997-2018*. Hamburg: DAK/ IGES.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2020). *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021*. Berlin: Deutsche Diabetes Gesellschaft und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.
- Franke, J. & Wetzell, M. (2016). Länger zufrieden arbeiten? Qualität und Ausgestaltung von Erwerbstätigkeit in der zweiten Lebenshälfte. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 47-64). Wiesbaden: Springer VS.
- Geyer, S. (2017). Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In M. Jungbauer-Gans, & P. Kriwy (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 1-23). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Goebel, J., Grabka, M., Liebig, S., Kroh, M., Richter, D., Schröder, C. & Schupp, J. (2019). The German Socio-Economic Panel (SOEP). *Journal of Economics and Statistics*, 239, 345-360.
- Goller, A. (2012). Elly Heuss-Knapp. *Gründerin des Müttergenesungswerkes. Eine Biografie*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Hewitt, B., Baxter, J. & Western M. (2006). Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. *Journal of Sociology*, 42, 61-78.
- Hobler, D., Pfahl, S. & Mann, L. (2019). Arbeitsbelastungen von Frauen und Männern in Deutschland 2018. In: *WSI GenderDatenPortal*.
- Jaunzeme, J., Otto, F. & Geyer, S. (2014). Gesünder nach der Kur? Analyse von GKV-Daten mit Vorher-Nachher-Vergleich für Teilnehmerinnen einer Mutter-Kind-Maßnahme und Mütter ohne Kurbewilligung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27, 41-49.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Kohler, M. & Ziese, T. (2004). *Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen – Deskriptiver Ergebnisbericht*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Kohlrausch, B. & Zucco, A. (2020). *Die Corona-Krise trifft Frauen doppelt – Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit*. Policy-Brief WSI Nr. 40, Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter: https://www.wsi.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8906 (letzter Zugriff: 15.03.2021).
- Leddin, D. & Otto, F. (2020). *Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen* (RessQu-Studie). Ergebnisse der Studie zu T1 und T2. Unveröffentlichter Gesamtbericht. Verfügbar unter: https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/medizinische-soziologie/Forschungsverbund/Gesamtbericht_RessQu.pdf (letzter Zugriff: 27.01.2021).
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2018). *Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation*. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungsrichtlinie/2018-07-02_Begutachtungsanleitung_Vorsorge-Reha_korrigiert.pdf (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey*. Göttingen: Hogrefe.
- Nilges, P. & Essau, C. (2015). Die Depression-Angst-Stress-Skalen. Der DASS – ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 29, 649-657.
- Noeres, D. & Otto, F. (2014). Mütter mit chronischen Rückenschmerzen: Nachhaltigkeit der Behandlung in Mutter-Kind-Kliniken. *Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 27, 65-79.
- Nowakowska, M., Zghebi, S. S., Ashcroft, D. M., Buchan, I., Chew-Graham, C., Holt, T., Mallen, C., Van Marwijk, H., Peek, N., Perera-Salazar, R., Reeves, D., Rutter, M. K., Weng, S. F., Qureshi, N., Mamas, M. A. & Kontopantelis, E. (2019). The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC Medicine*, 17, 145-155.
- Otto, F. (2013). *Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung – BelRes-Studie 2011/2012. Ergebnisse aus 16 Mutter-Kind-Kliniken*. Unveröffentlichter Gesamtbericht. Verfügbar unter: https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/medizinische-soziologie/Forschungsverbund/Gesamtbericht_BelRes.pdf (letzter Zugriff: 23.02.2021).

- Otto, F. (2014). Veränderung des Patientenprofils in Mutter-Kind-Kliniken 2000-2011. *Die Rehabilitation*, 93, 92-102.
- Public Health England (2017). *Chapter 3: trends in morbidity and behavioural risk factors Public Health England*. Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england/chapter-3-trends-in-morbidity-and-behavioural-risk-factors> (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Qi, Y., Koster, A., van Boxtel, M., Kohler, S., Schram, M., Schaper, N., Stehouwer, C. & Bosma, H. (2019). Adulthood Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus-A Comparison of Education, Occupation, Income, and Material Deprivation: The Maastricht Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1435-1448.
- Rawshani, A., Rawshani, A., Franzén, S., Eliasson, B., Svensson, A.-M., Miftaraj, M., McGuire, D., Sattar, N., Rosengren, A. & Gudbjörnsdottir, S. (2017). Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 376, 1407-1418.
- Reichert, I. & Bröcheler, M. (2018) Aufteilung der Erwerbs- und Sorgearbeit bei jungen Eltern: Eine qualitative Studie über die Veränderung der innerfamilialen Arbeitsteilung beim Übergang zur Elternschaft. *Hauswirtschaft und Wissenschaft*, 66, 132-139.
- Rigó, M., Dragano, N., Wahrendorf, M., Siegrist, J., & Lunau, T. (2020). *Work stress on rise? Comparative analysis of trends in work stressors using the European working conditions survey*. International Archives of Occupational and Environmental Health. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01593-8> (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2020). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S. & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 58, 543-552.
- Schenk, L., Neuhauser, H., Ellert, U. Poethko-Müller, C., Kleiser, C. & Mensink, G. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schulz, F. & Engelhardt, H. (2017). The development, educational stratification and decomposition of mothers' and fathers' childcare time in Germany. An update for 2001-2013. *Journal of Family Research*, 29, 277-297.
- Statistisches Bundesamt (2019a). *Kinderlosigkeit, Geburten und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Ausgabe 2019*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte-geburtentrends-tabellenband-5122203189014.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2019b). *Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren*. Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2020a). *Familien mit minderjährigen Kindern im Zeitvergleich nach Lebensform in Deutschland*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-8-lr-familien.html> (letzter Zugriff: 09.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2020b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 03.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2021a). *12211-0608: Erwerbstätigenquoten der 15- bis unter 65-Jährigen mit Kindern unter 18 Jahren: Früheres Bundesgebiet/Neue Länder, Jahre, Alter des jüngsten Kindes, Geschlecht*. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1611567229449&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12211-0608&auswahltext=&transponieren=1611567417275#astructure> (letzter Zugriff: 03.02.2021).
- Statistisches Bundesamt (2021b). *12411-0007: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität, Geschlecht/Familienstand*. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1615208899480&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0007&auswahltext=&nummer=6&variable=6&name=GES&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> (letzter Zugriff: 08.03.2021).
- Stuth, S., Schels, B., Promberger, M., Jahn, K., & Allmendinger, J. (2018). *Prekarität in Deutschland?!* WZB Discussion Paper, No. P 2018-004. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Theunert, M. (2020). *Gleichstellungspolitik für Jungen und Männer in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Trösken, A. & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar. Instrument zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und der Fremdbeurteilungsperspektive. In: Schemmel, H. & Schaller, J. (Hrsg.): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Voigtländer, S., Brzoska, P., Spallek, J., Exner, A. K. & Razum, O. (2013). Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In T. P. Schott & O. Razum (Hrsg.), *Migration und medizinische Rehabilitation* (S. 92-104). Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag.

Wippermann, C. (2015). *Transparenz für mehr Entgeltgleichheit. Einflüsse auf den Gender Pay Gap (Berufswahl, Arbeitsmarkt, Partnerschaft, Rollenstereotype) und Perspektiven der Bevölkerung für Lohngerechtigkeit zwischen Frauen und Männern*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Wrohlich, K., Berger, E., Geyer, J., Haan, P., Sengül, D., Spieß C. K. & Thiemann, A. (2012). *Elterngeld Monitor. Endbericht: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. DIW Berlin: Politikberatung kompakt, No. 61. Verfügbar unter: <https://d-nb.info/1021668893/34> (letzter Zugriff: 15.06.2021).

Zerssen, D. v. (1976). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.



Korrespondierende Autorin:

Claudia Kirsch

M.A. Public Health/Pflegewissenschaften
Wissenschaftliche Leiterin des Forschungsverbundes
Familiengesundheit, Medizinische Soziologie, OE 5420
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
kirsch.claudia@mh-hannover.de



Friederike Otto

Diplom-Pädagogin
Medizinische Hochschule Hannover
Medizinische Soziologie OE 5420
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
otto.friederike@mh-hannover.de



Deborah Leddin

M.A. Soziologie
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund
Familiengesundheit
Medizinische Soziologie, OE 5420
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
leddin.deborah@mh-hannover.de



PD Dr. Stefanie Sperlich

Diplom-Sozialwissenschaftlerin
Medizinische Soziologie, OE 5420
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
sperlich.stefanie@mh-hannover.de



Prof. Dr. Siegfried Geyer

Diplom-Soziologe
Medizinische Soziologie, OE 5420
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
geyer.siegfried@mh-hannover.de