

Gesundheit und Wohlbefinden intellektuell beeinträchtigter Mütter unter den Bedingungen von Begleiteter Elternschaft

Dagmar Orthmann Bless

Zusammenfassung

Eltern mit intellektueller Beeinträchtigung (ID) benötigen zur Wahrnehmung ihrer elterlichen Rechte und Pflichten häufig langfristig intensiven, direkt im Alltag implementierten sozialen Support. Dieser kann Eltern stärken und entlasten, aber auch einschränken und belasten. Untersucht wurden die gesundheitliche Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden von 124 Müttern mit ID, welche in Deutschland durch Begleitete Elternschaft spezifisch unterstützt werden. Die Mütter mit ID nahmen ihre körperliche Gesundheit als gut und ihre psychische Gesundheit im Vergleich dazu sowie im Vergleich zu entsprechenden Populationsnormen als signifikant schlechter wahr. Bei Vorliegen von Misshandlungs-, Vernachlässigungs-, oder Missbrauchserfahrungen während der eigenen Kindheit, bei psychischen Vorerkrankungen sowie bei Alkoholproblemen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität als schlechter wahrgenommen als ohne diese Probleme. Das persönliche Wohlbefinden im Sinne der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt entsprach bei Müttern mit ID der Norm, und zwar gleichermaßen bei verschiedenen Ausprägungen der Unterstützungssituation.

1 Problemstellung

Eltern zu werden und Kinder aufzuziehen ist eine soziale Rolle, die unter gegenwärtigen Gesellschaftsbedingungen von einer Mehrheit der jungen Erwachsenen gewählt wird. Auch Personen mit intellektueller Beeinträchtigung (intellectual disability – ID) steht diese Lebensoption offen. Während Frauen und Männer mit ID lange Zeit von Elternschaft ausgeschlossen wurden, sollen sie nun, gemäß einem sozial- und menschenrechtsbasierten Ansatz, dabei adäquat unterstützt werden (Llewellyn et al. 2010). Der Unterstützungsbedarf ergibt sich aus Schwierigkeiten vieler Eltern mit ID bei der Wahrnehmung elterlicher

Rechte und Pflichten. Das Angewiesen-Sein auf professionelle, institutionalisierte Unterstützung bei Elternschaft stellt eine Besonderheit dar, gilt doch die Familie unter hiesigen Gesellschaftsbedingungen als höchst private Domäne. Professionelle Unterstützung kann Eltern mit ID sowohl stärken und entlasten als auch einschränken und belasten (Llewellyn et al. 2010). Es stellt sich die Frage nach der Lebensqualität bzw. dem Wohlbefinden unter solchen, von der gesellschaftlichen Norm in diesem Lebensbereich abweichenden Bedingungen. Das Wohlbefinden der Eltern ist eine wichtige Voraussetzung für die Erfüllung elterlicher Aufgaben und damit für das Wohlergehen und die bestmögliche Entwicklung der Kinder. So ist das Ziel dieser Studie, die gesundheitliche Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden von Müttern mit ID unter den Bedingungen der Begleiteten Elternschaft, einer spezifischen Form der Unterstützung für Eltern mit ID und ihre Kinder, in Deutschland zu analysieren. Im Folgenden wird der internationale Forschungsstand zur Thematik zusammengefasst. Daraus leiten sich die konkreten Zielstellungen dieser Untersuchung ab.

2 Unterstützung von Eltern mit ID

2.1 Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Unterstützung bei Elternschaft

Rechtliche Rahmenbedingungen für Elternschaft bei ID und die Unterstützung dieser Familien ergeben sich aus internationalen und nationalen Rechtsgrundlagen. In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (Art. 23) wird die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung in allen Fragen der Familie und Elternschaft bekräftigt, dabei insbesondere hinsichtlich der Freiheit, eine Familie zu gründen und Kinder zu bekommen. Ebenso ist in der UN-BRK das Recht von Eltern mit Behinderung auf angemessene Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Rechte und Pflichten festgelegt. Zudem ist präzisiert, dass ein Kind in keinem Fall aufgrund der Behinderung eines Elternteils oder seiner selbst von den Eltern getrennt werden darf. Im deutschen Grundgesetz (GG) (Art. 6) sind Pflege und Erziehung der Kinder als das natürliche Recht der Eltern und als ihre Pflicht bestimmt, ebenso der Anspruch jeder Mutter auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft. Zudem ist dort festgelegt, dass Kinder gegen den Willen der Erziehungsberechtigten nur im Falle von Kindeswohlgefährdung von der Familie getrennt werden dürfen. In Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG ist das Benachteiligungsverbot im Falle einer Behinderung festgeschrieben. Weitere rechtliche Rahmenbedingungen für Elternschaft bei ID in Deutschland sind durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Bundesteilhabegesetz (BTHG) sowie das Sozialgesetzbuch (SGB) bestimmt. Im BTHG werden erstmals Assistenzleistungen, die eine selbstbestimmte Alltagsbewälti-

gung ermöglichen, als eigener Leistungstatbestand aufgeführt. Dazu gehören explizit auch Leistungen, die Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder benötigen (Elternassistenz) (§ 78 Abs. 3 SGB IX).

Im Hinblick auf die Verpflichtung, Unterstützung anzunehmen, müssen verschiedene Situationen unterschieden werden. Für jegliche Elternschaft gilt das Kindeswohl als oberstes Gebot und das sogenannte „good enough parenting“, welches das Kindeswohl nicht verletzt, als Mindestanforderung an elterliches Verhalten (Winnicott 2020; Eve et al. 2014). Bei Verletzungen des Kindeswohls ist ein professionelles, restriktives Eingreifen in die elterliche Autonomie damit obligatorisch und nicht vom Willen oder Einverständnis der Eltern abhängig. Das gilt für Eltern mit und ohne ID. In Fällen von elterlichen Schwierigkeiten, sei es bei der Bewältigung des Lebensalltags im Allgemeinen oder bei Versorgung, Pflege, Schutz und Förderung der Kinder im Speziellen, bei denen es nicht um eine vorhandene oder akut drohende Kindeswohlverletzung geht, gibt es keine expliziten Verpflichtungen, Hilfen anzunehmen. Die Nutzung formeller Unterstützungsangebote beruht auf eigenem Ermessen, Freiwilligkeit und eigener Initiative. Allerdings kann die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme implizit durchaus eingeschränkt sein, etwa durch Angst vor Verlust des elterlichen Sorgerechts.

2.2 Formen und Wirkungen der Unterstützung von Eltern mit ID

Die Konzipierung und Erprobung verschiedener Formen von Unterstützung für Eltern mit ID ist die Konsequenz aus Befunden zu Schwierigkeiten dieser Elterngruppe. Schwierigkeiten von Eltern mit ID betreffen die adäquate Sorge für die Gesundheit und Sicherheit der Kinder, das Management von Erziehungsproblemen sowie die Anregung und Förderung der Kinder (Downey und Skuse 1993; Tymchuk et al. 1987; Orthmann Bless 2016; Knowles et al. 2017). Auch elterliche Belastungsreaktionen, wie z. B. ein hohes Stresserleben, sind belegt (Feldman et al. 1997; Feldman et al. 2002; Hatton und Emerson 2008). Zudem sind Eltern mit ID in juristischen Verfahren zur elterlichen Sorge im Falle von Kindeswohlgefährdungen überrepräsentiert (Sigurjónsdóttir und Rice 2018; Feldman et al. 2012; Booth et al. 2005).

In Bezug auf die Beeinflussbarkeit elterlicher Kompetenzen durch gezieltes Training konnte die Wirksamkeit individuell angepasster, häuslicher, skillbasierter Interventionen nachgewiesen werden (Coren et al. 2011; Wade et al. 2008; Peterson et al. 1983). Bedeutsamer als skillbasierte Trainings sind nach neueren Erkenntnissen langfristige, intensive, direkt im Alltag implementierte Formen des sozialen Supports. Diese richten ihren Fokus stärker auf die Gesamtlebenssituationen der Familien und Zusammenhänge zwischen den sozialen Lebensbedingungen und dem elterlichen Erleben und Verhalten. Sie tragen

damit der Tatsache Rechnung, dass bei Eltern mit ID nicht nur deren eingeschränkte kognitive und adaptive Kompetenzen die elterliche Performanz erschweren, sondern auch das häufige Auftreten bestimmter gesundheitlicher, biografischer und sozioökonomischer Probleme. So sind die Lebenssituationen dieser Familien häufig durch soziale Isolation, geringe finanzielle Mittel und schwierige biografische Erfahrungen der Mütter gekennzeichnet (Slayter und Jensen 2019; Emerson et al. 2015). Auch treten bei Müttern mit ID Einschränkungen der körperlichen und psychischen Gesundheit im Vergleich zur Norm gehäuft auf (Emerson et al. 2015; Aunos et al. 2008; Hudson und Chan 2002; McConnell et al. 2008; McGaw et al. 2007).

Empirische Befunde zu Gesundheit und Wohlbefinden von Eltern mit ID im Zusammenhang mit der Gesamtlebenssituation bzw. unter den Bedingungen von sozialer Unterstützung wurden bisher nur punktuell erhoben (Wilson et al. 2014), und sie beziehen sich meist auf die Situation der Mütter, während die Väter kaum erwähnt werden. Gemäß einer großen britischen Studie hatten Eltern mit ID ein deutlich höheres Risiko für eine schlechtere allgemeine, psychische und körperliche Gesundheit als andere Eltern. Ein signifikanter Anteil ihres schlechteren Gesundheitszustandes war dabei auf die schlechteren (ökonomischen) Lebensbedingungen im Vergleich zu Eltern ohne ID zurückzuführen (Emerson et al. 2015). Andere Studien zeigen, dass sowohl die gesundheitliche Situation als auch die erlebte elterliche Belastung (Stress) mit dem Erziehungsverhalten von Müttern mit ID in Zusammenhang stehen. Unter den Bedingungen von sozialer Unterstützung verbessern sich sowohl das mütterliche Wohlbefinden und die psychische Gesundheit als auch die elterliche Performanz (Knowles et al. 2017; Stenfert Kroese et al. 2002; Wade et al. 2008, 2015). Das Stresserleben von Eltern mit ID verringert sich (Meppelder et al. 2015; Feldman et al. 2002). Schwierige biografische Erfahrungen der Mütter, dabei vor allem Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen während der eigenen Kindheit, stehen sowohl mit Gesundheit und Wohlbefinden, als auch mit der elterlichen Performanz in Zusammenhang. Bei Müttern mit ID mit eigenen Belastungserfahrungen besteht offenbar eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie die eigenen Kinder nicht adäquat versorgen als bei Müttern mit ID ohne derartige biografische Belastungen (McGaw et al. 2007; McGaw et al. 2010).

Neben positiven Effekten von sozialer Unterstützung auf das elterliche Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint es auch Probleme rund um die soziale Unterstützung zu geben (Llewellyn et al. 2010). Ein wichtiger Faktor ist offenbar die Fähigkeit und die Bereitschaft von Eltern, Beratung und Hilfen anzunehmen. Untersuchungen zeigen, dass diese bei Eltern mit ID sehr unterschiedlich ausgeprägt ist (Willems et al. 2007; Llewellyn und McConnell 2002) und auch, dass die Wahrnehmung von Unterstützungsbedarf zwischen Eltern und Fachpersonen stark differieren kann (McGaw et al. 2010). Zudem wird die (professionelle und private) soziale Unterstützung von

Müttern mit ID häufig als zwiespältig wahrgenommen, zum Teil auch als bevormundend und die persönliche Freiheit einschränkend (Stenfert Kroese et al. 2002; Pethica und Bigham 2018; Pixa-Kettner et al. 1996; Potvin et al. 2019; Theodore et al. 2018). Probleme können sich auch aus negativen Einstellungen in der Gesellschaft gegenüber Elternschaft bei ID sowie beim Zugang zu Hilfen ergeben (Pixa-Kettner und Bargfrede 2015; Potvin et al. 2019). In einer isländischen Studie wurden nachteilige Einstellungen innerhalb des Kinderschutzsystems gegenüber Eltern mit ID festgestellt, ebenso eine Ungleichbehandlung von Eltern mit und ohne ID, welche die Autoren als strukturelle Gewalt gegenüber Eltern mit ID interpretieren (Sigurjónsdóttir und Rice 2018). Eine andere Studie zeigt Missverhältnisse zwischen festgestellten Problemen (häufiger) und dem Angebot spezifischer Unterstützung (seltener) bei Eltern mit ID im Vergleich zu anderen, im Kinderschutzsystem betreuten Familien, auf (Slyter und Jensen 2019).

2.3 Begleitete Elternschaft

Begleitete Elternschaft (BE) ist eine spezifische Form der Unterstützung für Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Die übergeordnete Zielsetzung besteht darin, den Familien eine dauerhafte und gemeinsame Lebensperspektive unter Sicherung des Kindeswohls zu ermöglichen (<http://www.begleiteteelternschaft.de/>). Bei BE handelt es sich um eine psychosoziale und pädagogische Fachleistung (qualifizierte Assistenz gemäß § 78 SGB IX), welche sich auf die Alltagskompetenzen der Erwachsenen mit ID, die elterlichen Aufgaben und die kindliche Entwicklung bezieht. Hinsichtlich der Alltagskompetenzen der Erwachsenen und der Bewältigung der Elternrolle erfolgt die professionelle Unterstützung, je nach individuellen Bedürfnissen der Klientel, in Form von Anbahnen und Anleiten, Kontrollieren und Motivieren sowie Begleiten und Übernehmen. Hinsichtlich der kindlichen Entwicklung kommt den Fachpersonen vor allem eine kompensatorische Funktion zu, etwa bezüglich der sprachlichen Anregung der Kinder. Eine bundesweite Evaluation der BE (Orthmann Bless 2016; Orthmann Bless und Hellfritz 2017) bestätigte, dass die übergeordneten Ziele der BE in vielen Fällen erreicht werden können. Über die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern mit ID unter den Bedingungen dieser spezifischen Unterstützungsform ist bisher nichts bekannt.

3 Zielstellungen

Gemäß dem internationalen Forschungsstand ist davon auszugehen, dass bei Eltern mit ID eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen in der Gesundheit und dem Wohlbefinden besteht. Soziale Unterstützung kann Eltern

mit ID in Bezug auf ihre Gesamtlebenssituation und in Bezug auf die Bewältigung der Elternrolle stabilisieren und entlasten, und damit auch auf Gesundheit und Wohlbefinden positiven Einfluss haben. Allerdings stellt das Angewiesen-Sein auf soziale Unterstützung auch eine Abweichung von der gesellschaftlichen Norm mit möglicherweise ungünstigen Nebeneffekten dar.

So untersucht die vorliegende Studie die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Wohlbefinden von Müttern mit ID unter den Bedingungen einer spezifischen Unterstützungsform – der BE. Dabei stehen vier Aspekte im Fokus:

1. Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit der Mütter im Vergleich zur Norm
2. Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Mutter bzw. ihrer Lebenssituation und ihrer subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit
3. Persönliches Wohlbefinden der Mütter im Vergleich zur Norm
4. Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Lebenssituation und dem persönlichen Wohlbefinden der Mütter

4 Methode

4.1 Anlage der Untersuchung und Stichprobe

Die Untersuchung ist Teil eines Schweizer Nationalfondsprojektes (SNF-Projekt 1000_19149570/1). Es handelt sich um eine Querschnittstudie mit einem Messzeitpunkt an einer Inanspruchnahmepopulation. Die Stichprobe bilden Mütter mit ID, welche zum Untersuchungszeitpunkt durch BE in Deutschland unterstützt wurden. Der Zugang zur Stichprobe erfolgte über Bundesverband und Landesverbände, in denen sich Träger und Einrichtungen der BE überregional organisiert haben. Die Stichprobe wurde vor allem in den Bundesländern Brandenburg und Berlin rekrutiert, ergänzend dazu in Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Schleswig-Holstein. Bei den Müttern wurden vorab die Intelligenz und die adaptiven Kompetenzen als zentrale Definitionskriterien einer ID geprüft (AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2010; American Psychiatric Association 2013). Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Stichprobe bildete ein $IQ < 75$, hinsichtlich der adaptiven Kompetenzen wurden keine Ein- oder Ausschlusskriterien festgelegt. Die Teilnahme sämtlicher Mütter beruhte auf Freiwilligkeit. Eine Beschreibung der untersuchten Stichprobe erfolgt in Kapitel 5.1.

4.2 Erhebung der Daten

Alle Mütter wurden jeweils in ihrem häuslichen Umfeld oder in Räumlichkeiten der BE aufgesucht und in Einzelsituationen untersucht.

Die Erfassung der kognitiven und der adaptiven Kompetenzen der Mütter, ihrer selbst wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit sowie ihres persönlichen Wohlbefindens erfolgte durch normierte Testverfahren. Die kognitiven Kompetenzen der Mütter wurden mittels der deutschen Version der Wechsler Intelligence Scale for Adults – IV (WAIS-IV) gemessen (Petermann und Wechsler 2012). Die adaptiven Kompetenzen wurden mit dem Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-II) erfasst (Harrison und Oakland 2008). Da für den ABAS-II zum Untersuchungszeitpunkt keine deutsche Übersetzung vorlag, wurde diese selbst erstellt (Orthmann Bless 2014). Die selbstwahrgenommene physische und psychische Gesundheit wurde mit der deutschen Version des Short Form-36 Health Survey (SF-12, Kurzversion des SF-36) erhoben (Morfeld et al. 2011). Erfasst wird dabei die von Erkrankungen unabhängige gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Selbstauskünfte betreffen acht verschiedene Komponenten (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden), welche zu zwei Grunddimensionen – der körperlichen und der psychischen Gesundheit – zusammengefasst werden.

Zur Ermittlung des persönlichen Wohlbefindens wurde der Personal Wellbeing Index in der Form für Erwachsene mit ID (PWI-ID) eingesetzt (Cummins und Lau 2005). Erfasst wird die Lebensqualität im Sinne der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben in Bezug auf sieben Domänen (materielle Güter, Gesundheit, Sicherheitsempfinden, Erfolg beim Lernen, außerhäusliche Aktivitäten, soziale Beziehungen sowie Zukunftserwartung). Als zentrales Maß wird ein Gesamtwert (Personal Wellbeing Index) gebildet.

Zur Erfassung von Merkmalen der Mutter und ihrer Lebenssituation, welche möglicherweise in Zusammenhang stehen mit ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ihrem persönlichen Wohlbefinden, wurden standardisierte, jedoch nicht normierte Verfahren eingesetzt. Die Datenerhebung erfolgte in der Interviewsituation mit den Müttern und z. T. ergänzend dazu mit betreuenden Fachpersonen. Die Anamnese des Gesundheitszustandes (u. a. Behinderungen, chronische Erkrankungen) erfolgte anhand eines eigens entwickelten, strukturierten Anamnesebogens. Angaben zur familiären Lebenssituation wurden mit einem eigens entwickelten, strukturierten Fragebogen erhoben. Familiäre Belastungen und Risikofaktoren wurden mit einem standardisierten Fragebogen erfasst (Künster et al. 2013). Es handelt sich hier um die Identifikation von bestimmten biografischen Erfahrungen sowie Merkmalen der aktuellen familiären Lebenssituation, welche gemäß internationalem Forschungsstand das Ri-

siko für elterliche Überforderungssituationen und damit für Kindeswohlgefährdung erhöhen (Kindler 2009; Künster et al. 2013).

4.3 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden aus den ermittelten Rohdaten des SF-12 Summenwerte für die körperliche und für die psychische Gesundheit bestimmt und mittels T-Test für eine Stichprobe mit den Daten der deutschen Normstichprobe von 1998 (nur Frauen) (Morfeld et al. 2011) verglichen. Zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen Merkmalen der Mutter bzw. ihrer Lebenssituation und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Fragestellung 2) wurden jeweils zwei Teilgruppen von Frauen mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung (Merkmal vorhanden – Merkmal nicht vorhanden) mittels T-Test für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. In Bezug auf die gesundheitsbezogene Anamnese und den gesundheitsbezogenen Lebensstil wurden folgende Aspekte einbezogen: Vorhandensein einer Körper-, Sinnes- oder Sprachbehinderung; einer chronischen Krankheit; einer psychischen Erkrankung oder psychiatrischen Vorbehandlung; starkes Übergewicht sowie Alkoholmissbrauch und Nikotinmissbrauch. In Bezug auf biografische Belastungen und familiäre Risiken wurden jene mittels Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz (Künster et al. 2013) erfassten Merkmale in den Gruppenvergleich einbezogen, welche bei mindestens 5 % der untersuchten Stichprobe vorhanden waren.

In Bezug auf das persönliche Wohlbefinden wurde aus den Rohdaten des PWI-ID ein Gesamtwert (Personal Wellbeing Index, PWI) gebildet und mit den Werten der Normierungsstichprobe verglichen (T-Test für eine Stichprobe). In die Prüfung von Zusammenhängen zwischen Merkmalen der Lebenssituation und dem persönlichen Wohlbefinden (Fragestellung 4) wurden sechs Aspekte einbezogen, nämlich die Wohnform, die Betreuungsform, Partnerschaft und diesbezügliche Wohnsituation, gesetzliche Betreuung und Sorgerecht für das Kind. Es handelt sich um Charakteristika, welche bei Müttern mit ID unter den Bedingungen von BE spezifisch sein und / oder von populations-typischen Merkmalen abweichen können. Es wurden jeweils zwei Teilgruppen von Müttern mit ID mit unterschiedlicher Ausprägung der genannten Merkmale mittels T-Test für unabhängige Stichproben miteinander verglichen.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden 124 Mütter im Alter von 20 bis 54 Jahren ($M = 30.4$, $SD = 6.32$), alle mit deutscher Nationalität, untersucht. Die Mütter erreichten IQ-Werte zwischen 43 und 73 ($M = 55.54$, $SD = 7.01$). Bei 95.3 % der Mütter war mit einem $IQ < 70$ das diesbezügliche Definitionskriterium für eine intellektuelle Beeinträchtigung vom Grade einer geistigen Behinderung erfüllt (AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2010). Auch bei den verbleibenden 4.7 % lag eine deutliche Normabweichung hinsichtlich der Intelligenz vor. Die Gesamtwerte für die adaptiven Kompetenzen (GAL-Werte) lagen zwischen 51 und 117 ($M = 75.52$, $SD = 11.92$).

Sämtliche Mütter wurden zum Untersuchungszeitpunkt durch BE unterstützt. Merkmale der aktuellen Lebenssituation der Mütter und ihrer Familien sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tab. 1: Merkmale der familiären Lebenssituation ($N = 124$ Mütter)

Merkmal	N	%
Wohnsituation der Mutter – Hilfeform		
Ambulant, eigene Wohnung	78	62.9
Ambulant, Wohngemeinschaft	1	0.8
Ambulant, bei Herkunftsfamilie	2	1.6
Stationär, eigene Wohnung	29	23.4
Stationär, Wohngemeinschaft	9	7.3
Stationär, Mutter-Kind-Haus	5	4.0
Wohnsituation von Mutter – Kind ^a		
Mit Kind am selben Ort	117	94.4
Ohne Kind	7	5.6
Familienstand der Mutter		
Verheiratet	21	16.9
Ledig, in Partnerschaft	69	55.6
Ledig, ohne Partnerschaft	27	21.8
Geschieden	6	4.8
Verwitwet	1	0.8
Wohnsituation der Mutter – Partnerschaft		
Ohne Partner	88	71.0
Mit Partner = leiblicher Kindsvater	27	21.8
Mit Partner = nicht Kindsvater	9	7.3

Merkmal	N	%
Gesetzliche Betreuung der Mutter		
Kein gesetzlicher Betreuer	13	10.5
Gesetzlicher Betreuer	111	89.5
Sorgerecht für das Kind		
Beide Eltern	39	31.5
Ein Elternteil (Mutter)	80	64.5
Eltern(teil) gemeinsam mit Pfleger	2	1.6
Vormund	2	1.6

* bezogen auf 124 Mütter und jene 150 ihrer Kinder, welche in die Untersuchung einbezogen waren

5.2 Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit der Mütter mit ID im Vergleich zur Norm

Die Ergebnisse in Bezug auf die selbst wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit, erhoben mit dem normierten Testverfahren SF 12 (Morfeld et al. 2011), sind in Tabelle 2 dargestellt. Der Mittelwert im Bereich der körperlichen Gesundheit betrug 50.83 ($SD = 9.40$), jener im Bereich der psychischen Gesundheit betrug 37.95 ($SD = 13.18$). Der Vergleich der Mittelwerte für die körperliche und die psychische Gesundheit ergab einen signifikanten Unterschied mit hoher Effektstärke ($t(123) = 8.473$, $p < .001$, $d = 1.128$). Die Mütter mit ID schätzten demnach ihre körperliche Gesundheit deutlich positiver ein als ihre psychische Gesundheit.

Im Vergleich mit der deutschen Normstichprobe (nur Frauen) von 1998 (Tabelle 2) schätzten die 124 Mütter mit ID ihre körperliche Gesundheit als signifikant positiver ein ($t(123) = 4.136$, $p < .001$, $d = 0.366$). Es handelt sich dabei um einen kleinen Effekt. Im Bereich der psychischen Gesundheit war das Gegenteil der Fall. Dort schätzten die Mütter mit ID ihre Gesundheit im Vergleich zur Norm als signifikant schlechter ein ($t(123) = -10.435$, $p < .001$, $d = 1.335$). Im Bereich der psychischen Gesundheit handelt es sich um einen großen Effekt.

Tab. 2: Subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit der Mütter mit ID im Vergleich zur Norm

Merkmal	Untersuchte Stichprobe (N = 124)		Normstichprobe* (N = 3407)		df	t	p	Cohens d
	M	SD	M	SD				
Körperliche Gesundheit	50.83	9.40	47.34	9.19	123	4.14	.000	0.37
Psychische Gesundheit	37.95	13.18	50.30	9.08	123	-10.44	.000	1.34

* Deutsche Normstichprobe von 1998, nur Frauen

5.3 Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Mutter bzw. ihrer Lebenssituation und ihrer subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit

Zur Beantwortung der Fragestellung 2 wurde geprüft, ob sich die Mittelwerte der selbst wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit in Abhängigkeit von Merkmalen der gesundheitsbezogenen Anamnese einschließlich des gesundheitsbezogenen Lebensstils sowie in Abhängigkeit von familiären Belastungen und Risikofaktoren voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 3 und 4 dargestellt.

Bei der gesundheitsbezogenen Anamnese gaben 19 Mütter (15.3 %) eine Körper-, Sinnes- oder Sprachbehinderung an. 35 Frauen (28.2 %) erwähnten eine chronische Erkrankung, darunter vor allem Stoffwechselerkrankungen, Allergien (je $N = 10$), Epilepsien ($N = 9$) und Asthma ($N = 7$). Bei 46 Frauen (37.1 %) wurde Übergewicht/Adipositas festgestellt. Eine psychische Erkrankung bzw. psychiatrische Vorbehandlung (= sowohl ein Aspekt der gesundheitsbezogenen Anamnese als auch ein Aspekt der familiären Risikofaktoren) gaben 25 Mütter (20.2 %) an, darunter vor allem Depressionen ($N = 17$). 27 Frauen (21.8 %) rauchten stark und in 12 Fällen (9.7 %) gab es Alkoholprobleme bei der Mutter oder ihrem Partner (= beide Merkmale sind sowohl Aspekte des gesundheitsbezogenen Lebensstils als auch der familiären Risikofaktoren).

Bezüglich der selbstwahrgenommenen körperlichen Gesundheit wurde lediglich für einen der genannten gesundheitsbezogenen Aspekte – nämlich für die chronische Erkrankung – ein signifikanter Mittelwertunterschied festgestellt (Tabelle 3). Frauen mit chronischer Erkrankung schätzten ihre körperliche Gesundheit als signifikant schlechter ein als Frauen ohne chronische Erkrankung ($t(122) = 2.98, p = .004, d = .595$). Es handelt sich um einen mittleren Effekt.

Bezüglich der selbstwahrgenommenen psychischen Gesundheit wurden für zwei andere der genannten gesundheitsbezogenen Aspekte – nämlich für die psychische Erkrankung und für die Alkoholprobleme – signifikante Mittelwertunterschiede festgestellt (Tabelle 4). Frauen mit psychischer Erkrankung bzw. psychiatrischer Vorbehandlung schätzten ihre psychische Gesundheit als signifikant schlechter ein als Frauen ohne psychische Erkrankung ($t(122) = 3.56, p = .001, d = .797$). Es handelt sich um einen mittleren bis starken Effekt. Und Frauen mit eigenen Alkoholproblemen oder Alkoholproblemen des Partners schätzten ihre psychische Gesundheit als signifikant schlechter ein als Frauen ohne diese Probleme ($t(122) = 3.87, p = .001, d = .694$). Es handelt sich hier um einen mittleren Effekt.

In Bezug auf jene familiären Belastungen und Risikofaktoren, welche nach aktuellem Forschungsstand das Risiko für elterliche Überforderung erhöhen

und somit relevant für die gesundheitsbezogene Lebensqualität sein können, wurde folgendes festgestellt (Tabelle 3). Zwei dieser Belastungsfaktoren traten besonders häufig auf. So erlitten 55 Mütter (44.4 %) während der eigenen Kindheit Gewalt in Form von Misshandlungen, Vernachlässigung oder Missbrauch. 45 Frauen (36.3 %) sind in Heimen oder mit mehrfach wechselnden Bezugspersonen aufgewachsen. Fünf weitere Belastungsfaktoren betrafen ca. jede vierte bis jede siebte Mutter. So hatten 23.4 % der Mütter bereits mindestens ein Kind in Pflege oder zur Adoption freigegeben, und in 14.5 % der Fälle war die Schwangerschaft unerwünscht. Über die Häufigkeit der psychischen (Vor-)Erkrankungen sowie des starken Alkohol- und Tabakkonsums, welche ebenfalls zu den familiären Risiken gehören, wurde bereits berichtet (siehe oben). Alle anderen erhobenen Belastungsfaktoren (schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft; Alter der Mutter ≤ 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt; mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 Jahre; Drogenkonsum der Mutter oder ihres Partners; soziale oder sprachliche Isolation der Familie; finanzielle Notlage) traten in jeweils weniger als 5 % der Fälle auf und wurden daher für die weiteren Analysen nicht mehr berücksichtigt.

Bezüglich der selbstwahrgenommenen körperlichen Gesundheit wurde für keine der genannten familiären Belastungen und Risikofaktoren ein signifikanter Mittelwertunterschied festgestellt (Tabelle 3).

Bezüglich der selbstwahrgenommenen psychischen Gesundheit wurde lediglich für einen Belastungsfaktor – nämlich für die Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter – ein signifikanter Mittelwertunterschied festgestellt (Tabelle 4). Frauen mit diesen biografischen Gewalterfahrungen schätzten ihre psychische Gesundheit als signifikant schlechter ein als Frauen ohne diese Belastung ($t(122) = 2.18, p = .031, d = .394$). Es handelt sich um einen kleinen Effekt.

5.4 Persönliches Wohlbefinden der Mütter im Vergleich zur Norm

In Bezug auf das persönliche Wohlbefinden im Sinne der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, erfasst mit dem normierten Testverfahren Personal Well-being Index (PWI-ID) (Cummins und Lau 2005)), wurden folgende Ergebnisse ermittelt. Mit Standardwerten PWI zwischen 28.6 und 100 (auf einer Skala von 0–100) zeigte sich eine große Varianz in Bezug auf das persönliche Wohlbefinden der 124 Mütter mit ID. Der mittlere Standardwert PWI in der untersuchten Stichprobe betrug 76.32 ($SD = 15.86$). Verglichen mit der Normierungsstichprobe ($M = 75.3, SD = 12.46$; Normbereich: 62.84–87.76) liegt dieser Wert im Normbereich. Zwischen den Mittelwerten der hier untersuchten Stichprobe und der Normierungsstichprobe bestand kein signifikanter Unterschied ($t(123) = .719, p = .473, d = -.082$).

Tab. 3: Selbstwahrgenommene körperliche Gesundheit in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen der individuellen Lebenssituation

Merkmal der Mutter bzw. ihrer Lebenssituation	Merkmal nicht vorhanden			Merkmal vorhanden			df	t	p	Cohen's d
	M	SD	N	M	SD	N				
Körper-, Sinnes- oder Sprachbehinderung	51,36	9.17	105	47.89	10.31	19	122	1.49	.139	.371
Chronische Krankheit	52.36	8.96	89	46.94	9.48	35	122	2.98	.004	.595
Übergewicht / Adipositas	50.30	9.61	78	51.72	9.06	46	122	-0.81	.417	-.151
psychische Erkrankung / psychiatrische Vorbehandlungen	50.75	9.54	99	51.15	8.96	25	122	-.191	.845	-.043
Starker Nikotinkonsum (> 20 Zigaretten am Tag)	50.97	9.06	97	50.33	10.68	27	122	.311	.756	.068
Alkoholprobleme bei Mutter oder ihrem Partner	50.76	9.53	112	51.51	8.35	12	122	-.262	.794	.080
Misshandlungs-, Vernachlässigungs-, Missbrauchserfahrungen	49.84	9.32	69	52.08	9.42	55	122	-1.32	.189	-.239
Aufwachsen im Heim / mit wechselnden Bezugspersonen	51.24	9.33	79	50.10	9.58	45	122	.648	.518	.121
Mindestens ein Kind in Pflege oder zur Adoption freigegeben	50.51	9.87	95	51.89	7.70	29	122	-.692	.490	-.147
unerwünschte Schwangerschaft	50.90	9.57	106	50.43	8.53	18	122	.193	.848	.049

Tab. 4: Selbstwahrgenommene psychische Gesundheit in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen der individuellen Lebenssituation

Merkmal der Mutter	Merkmal nicht vorhanden			Merkmal vorhanden			df	t	p	Cohen's d
	M	SD	N	M	SD	N				
Körper-, Sinnes- oder Sprachbehinderung	38.18	13,32	105	36,67	12,63	19	122	0.46	.648	.115
Chronische Krankheit	38.80	13.74	89	35.78	11.53	35	122	1.15	.253	.229
Übergewicht / Adipositas	37.82	13.12	78	38.17	13.42	46	122	-0.14	.888	-.026
psychische Erkrankung / psychiatrische Vorbehandlungen	39.69	13.32	99	31.04	10.16	25	122	3.56	.001	.797
Starker Nikotinkonsum (> 20 Zigaretten am Tag)	38.69	12.74	97	35.30	14.60	27	122	1.18	.239	.257
Alkoholprobleme bei Mutter oder ihrem Partner	38.82	13.42	112	29.82	6.76	12	122	3.87	.001	.694
Misshandlungs-, Vernachlässigungs-, Missbrauchserfahrungen	40.21	13.19	69	35.17	12.72	55	122	2.18	.031	.394
Aufwachsen im Heim / mit wechselnden Bezugspersonen	39.50	12.75	79	35.23	13.63	45	122	1.75	.083	.327
Mindestens ein Kind in Pflege oder zur Adoption freigegeben	38.08	13.12	95	37.50	12.94	29	122	.207	.836	.044
unerwünschte Schwangerschaft	38.45	12.93	106	34.98	14.59	18	122	1.04	.303	.265

Tab. 5: Persönlicher Wohlbefindlichkeitsindex (PWI) in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen der individuellen Lebenssituation

Merkmal der Lebenssituation	Merkmalsausprägung 1			Merkmalsausprägung 2			df	t	p	Cohen's d
	M	SD	N	M	SD	N				
Eigene Wohnung – andere Wohnform	76.30	15.75	107	76.47	17.08	17	122	-0.04	.968	.011
Ambulante Betreuung – Stationäre Betreuung	74.87	15.61	81	79.07	16.15	43	122	-1.41	.161	.266
In Partnerschaft – ohne Partnerschaft	76.11	15.64	90	76.89	15.64	34	122	-0.24	.808	.048
Wohnen mit Partner – Wohnen ohne Partner	75.21	17.07	34	76.66	15.50	56	88	-0.41	.680	.089
Ohne gesetzliche Betreuung – mit gesetzlicher Betreuung	76.37	16.60	13	76.32	15.86	111	122	0.01	.991	.003
Volles Sorgerecht für das Kind – kein / geteiltes Sorgerecht	76.59	15.70	119	66.07	21.33	4	121	1.30	.194	.661

5.5 Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Lebenssituation und dem persönlichen Wohlbefinden der Mütter

In einem weiteren Schritt wurde geprüft, ob die Zufriedenheit der Mütter mit ID mit dem eigenen Leben in Abhängigkeit von der Ausprägung bestimmter Merkmale der Lebenssituation unterschiedlich ist (Tabelle 5). Dabei wurden solche Merkmale überprüft, die für die Lebenssituation von Müttern mit ID unter den Bedingungen von Begleiteter Elternschaft typisch sind, und die gleichzeitig Besonderheiten im Vergleich zur Situation der Gesamtpopulation von Müttern (Norm unter derzeitigen gesellschaftlichen Bedingungen) darstellen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Für das persönliche Wohlbefinden war nicht von Bedeutung, ob die Mütter in einer eigenen Wohnung oder in einer anderen Wohnform lebten und auch nicht, ob die BE in ambulanter oder in stationärer Form angeboten wurde. Desweiteren hatten Frauen, die eine Partnerschaft unterhielten, einen vergleichbaren persönlichen Wohlbefindlichkeitsindex wie Frauen, die keine Partnerschaft hatten. Frauen in Partnerschaft, welche mit ihrem Partner zusammenwohnten, waren genauso zufrieden mit ihrem Leben wie jene, die nicht mit ihrem Partner wohnten. Auch der persönliche und der auf das Kind bezogene rechtliche Status waren nicht von Bedeutung für das persönliche Wohlbefinden. Frauen, die nicht unter gesetzlicher Betreuung standen, fühlten sich ebenso wohl wie Frauen, die eine gesetzliche Betreuung hatten. In Bezug auf das Sorgerecht bestand die Tendenz, dass bei Müttern, die nur ein eingeschränktes bzw. kein Sorgerecht für ihr Kind hatten ($N = 4$), die Zufriedenheit kleiner war als bei Müttern mit uneingeschränktem Sorgerecht für ihr Kind. Aber auch dieser Unterschied war nicht signifikant ($p = .194$), und der persönliche Wohl-

befindlichkeitsindex der Mütter ohne bzw. mit eingeschränktem Sorgerecht lag noch im Normbereich der Normierungsstichprobe (Tabelle 5).

6 Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden von 124 Müttern mit ID, welche durch Begleitete Elternschaft (BE) bei der Alltagsbewältigung im Allgemeinen sowie bei der Erfüllung elterlicher Rechte und Pflichten im Speziellen unterstützt wurden.

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte sich, dass die Mütter ihre körperliche Gesundheit als signifikant besser einschätzten als ihre psychische Gesundheit (großer Effekt). Im Vergleich zu den deutschen Populationsnormen (nur Frauen) schätzten die Mütter mit ID ihre körperliche Gesundheit als signifikant positiver (kleiner Effekt) und die psychische Gesundheit als signifikant negativer (großer Effekt) ein. Die hier festgestellten Ergebnisse bezüglich der selbstwahrgenommenen psychischen Gesundheit bestätigen vorliegende Befunde internationaler Studien, wonach die psychische Gesundheit bzw. die psychische Lebensqualität von Müttern mit ID häufig eingeschränkt ist (Wade et al. 2015; Emerson et al. 2015). Die im Vergleich zur Norm höhere gesundheitliche Lebensqualität im körperlichen Bereich ist hingegen zunächst überraschend. Der kleine Effekt könnte auf Altersunterschiede zwischen der untersuchten Stichprobe und der Normstichprobe zurückzuführen sein. Die Mütter mit ID waren zwischen 20 und 54 Jahren alt ($M = 30.4$), während in der Normierungsstichprobe Frauen bis > 70 Jahre vertreten waren (M nicht bekannt). Bei Betrachtung von Normen für einzelne Alterskohorten ist erkennbar, dass mit zunehmendem Lebensalter geringere Mittelwerte im Bereich körperliche Gesundheit erreicht werden (Morfeld et al. 2011). Zudem wurde festgestellt, dass nur wenige Mütter mit ID eine chronische Krankheit (28.2 %) oder eine Körper-, Sinnes- oder Sprachbehinderung (15.3 %) aufwiesen. Die meisten Mütter waren also vermutlich in einem eher guten Gesundheitszustand und nahmen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im körperlichen Bereich demzufolge auch als positiv wahr.

Bei der Prüfung von Zusammenhängen zwischen Merkmalen der Mutter bzw. ihrer Lebenssituation und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte sich dann auch ein signifikanter Effekt der chronischen Erkrankungen. Frauen mit chronischen Erkrankungen nahmen ihre körperliche Gesundheit als schlechter wahr als Frauen ohne chronische Erkrankungen. Das steht in Einklang mit Befunden zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Personengruppen mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Bei Personen mit (jenen) chronischen Erkrankungen, die auch in der hier untersuchten Stichprobe

vorkamen (z. B. Asthma, Stoffwechselerkrankungen), ist die selbstwahrgenommene körperliche Gesundheit in der Regel geringer als in der Gesamtpopulation (Morfeld et al. 2011; Bousquet et al. 1994). Dass das Vorliegen einer Behinderung keinen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hatte, kann damit erklärt werden, dass die angegebenen Behinderungen (z. B. leichte Sprachbehinderung) nicht schwerwiegend waren.

In Bezug auf die selbstwahrgenommene psychische Gesundheit zeigte sich ein Zusammenhang mit psychischen (Vor-)Erkrankungen bzw. psychiatrischen Vorbehandlungen. Es ist nicht überraschend, dass bei Vorhandensein einer entsprechenden Erkrankung die gesundheitsbezogene Lebensqualität im psychischen Bereich als schlechter wahrgenommen wird als ohne Erkrankung. Entsprechende Befunde liegen auch für Frauen ohne ID vor (Morfeld et al. 2011). In Bezug auf familiäre Risiken und Belastungsfaktoren wurde zunächst festgestellt, dass ein erheblicher Teil der Mütter mit ID belastende biografische Erfahrungen gemacht hat, vor allem in Form von Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit (44.4 %) und auch in Form von Aufwachsen im Heim oder mit mehrfach wechselnden Bezugspersonen (36.3 %). Diese Ergebnisse belegen und präzisieren entsprechende Vermutungen und stehen in Einklang mit Befunden anderer Studien (Emerson et al. 2015; McGaw et al. 2010; McGaw et al. 2007). Gemäß unseren Ergebnissen haben Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit noch im Erwachsenenalter Einfluss auf die selbstwahrgenommene psychische Gesundheit. Frauen mit diesen Erfahrungen schätzten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im psychischen Bereich als signifikant geringer ein als Frauen ohne diese Erfahrungen. Für das Aufwachsen im Heim / mit wechselnden Bezugspersonen war dieser Effekt nicht festzustellen. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Erfahrungen im Heim oder bei den verschiedenen Bezugspersonen durchaus auch positiv gewesen sein können. Auch Alkoholprobleme der Mutter oder ihres Partners standen im Zusammenhang mit der selbstwahrgenommenen psychischen Gesundheit der Mütter mit ID. Bei Vorhandensein dieser Probleme wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität als geringer bewertet als ohne diese Probleme. Im vorliegenden Studiendesign war dabei nicht feststellbar, ob die Alkoholprobleme zu Einschränkungen der psychischen Gesundheit geführt haben oder umgekehrt. Es war auch nicht zu präzisieren, ob es sich um Alkoholprobleme der Mutter selbst oder um jene ihres Partners handelte, da im zugrundeliegenden Datenerfassungsinstrument (Künster et al. 2013) dazwischen nicht unterschieden wird. Gemäß informeller Auskünfte der Fachpersonen vor Ort handelte es sich bei Alkoholmissbrauch meist um Probleme des Partners, nicht der Mutter selbst, da das Hilfesystem BE bezüglich des Alkoholkonsums der Mütter eine starke Kontrollfunktion ausübt bzw. z. T. den Alkoholmissbrauch als Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die BE aufführt. „Schwierige Partner“ bei Müttern mit ID hingegen sind auch in

anderen Studien dokumentiert (McGaw et al. 2010). Die häufig als belastend geltenden Umstände, bereits in Kind in Pflege oder zur Adoption gegeben zu haben sowie unerwünscht schwanger geworden zu sein, hatten keinen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Auch bei Vorliegen dieser Bedingungen lag die selbstwahrgenommene psychische Gesundheit der Mütter mit ID bei Unterstützung durch BE im Normbereich.

Das persönliche Wohlbefinden, gemessen als Personal Wellbeing Index (PWI), erwies sich als normgerecht. Mütter mit ID unter den Bedingungen von BE waren mit ihrem Leben genauso zufrieden wie Frauen aus der Gesamtpopulation. Das stellt eine günstige Voraussetzung für die Erfüllung der elterlichen Aufgaben dar. Diese Lebenszufriedenheit ist auch positiv für die Aufrechterhaltung der Compliance, die in einer so langfristigen und intensiven Unterstützungsform wie der BE unverzichtbar ist.

Für das persönliche Wohlbefinden erwiesen sich weder die Wohnform (eigene Wohnung – andere Wohnform), die Betreuungsform (ambulant oder stationär), eine Partnerschaft (vorhanden – nicht vorhanden), die partnerbezogene Wohnsituation (mit Partner – ohne Partner) noch der rechtliche Status (ohne gesetzliche Betreuung – mit gesetzlicher Betreuung) oder das Sorgerecht für das Kind (volles Sorgerecht – kein / geteiltes Sorgerecht) als bedeutsam. Die Mütter mit ID fühlten sich demnach unter verschiedenen Bedingungen (gleich) wohl; auch unter solchen, die von weitverbreiteten Normen (z. B. Wohnen als Familie in der eigenen Wohnung) deutlich abweichen und solchen, die eine sehr intensive Betreuung (z. B. stationäre Hilfeform) darstellen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die BE sehr bedarfsgerecht gestaltet wird, also den Müttern genau jene Unterstützungsform anbietet, derer sie persönlich momentan bedürfen. Bei bedarfsgerechter Unterstützung ist es wahrscheinlicher, dass die Hilfen als entlastend und stabilisierend wahrgenommen und Nebenefekte, wie z. B. ein damit verbundener Eingriff in die persönliche Autonomie, als nicht so gravierend erlebt werden. Ob das auch für das Sorgerecht so zutrifft, sollte in weiteren Studien überprüft werden, da diese Situation in der hier vorliegenden Studie nur in Einzelfällen ($N = 4$) bestand und somit der Effekt von mittlerer Effektstärke zugunsten der Teilgruppe mit uneingeschränktem Sorgerecht für das Kind als nicht signifikant zu beurteilen war.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Mütter mit ID, die durch BE unterstützt werden, ihre körperliche Gesundheit als gut und ihre psychische Gesundheit im Vergleich dazu sowie im Vergleich zu entsprechenden Populationsnormen als signifikant schlechter wahrnehmen. Bei Vorliegen von Misshandlungs-, Vernachlässigungs-, oder Missbrauchserfahrungen während der eigenen Kindheit, bei psychischen Vorerkrankungen sowie bei Alkoholproblemen wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität als schlechter wahrgenommen als ohne diese Probleme. Das persönliche Wohlbefinden im Sinne der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt entspricht bei Müttern mit ID

der Norm, und zwar gleichermaßen bei verschiedenen Ausprägungen der Unterstützungssituation. Insgesamt liegt unter den Bedingungen von BE in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden eine recht günstige Ausgangssituation der Mütter mit ID für die Bewältigung elterlicher Aufgaben vor.

7 Stärken, Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Studie untersuchte erstmals im deutschsprachigen Raum die Gesundheit und das Wohlbefinden von Müttern mit ID unter den Bedingungen einer spezifisch für diese Personengruppe konzipierten Unterstützungsform. Sie liefert wichtige Erkenntnisse zu den elterlichen Voraussetzungen für die Erfüllung von Erziehungsaufgaben und trägt Grundlagen bei, um soziale Unterstützung für diese Elterngruppe zu optimieren.

Die Stichprobe war, gemessen an vergleichbaren internationalen Forschungen in diesem Bereich, groß und umfasste ca. 40 % aller zum Untersuchungszeitpunkt in der Untersuchungsregion durch BE betreuten Mütter. Eine weitere Stärke lag in der Art der Datenerhebung, welche sich auf international bewährte, standardisierte, normierte Testverfahren von hoher Qualität stützte, die Vergleiche mit Populationsnormen sowie mit anderen Studien ermöglichte.

Wenngleich hier eine vergleichsweise große Stichprobe untersucht wurde, handelte es sich doch bei einigen Fragestellungen um Vergleiche zwischen unterschiedlich großen, teilweise sehr kleinen Teilstichproben, bei denen der verwendete methodische Zugang an Grenzen gerät. Die Ergebnisse sollten deshalb in weiteren Studien überprüft werden.

Weiter ist zu beachten, dass es sich bei den Ergebnissen um die Beschreibung von aktuellen Zuständen unter bestimmten Bedingungen handelt. Ein Vergleich der hier untersuchten Lebenssituation von Müttern mit ID unter den Bedingungen von BE mit Lebenssituationen von Müttern mit ID außerhalb von professionellen Unterstützungssystemen ist nicht möglich. Ebenso kann aus den Ergebnissen nicht direkt auf den Einfluss der Maßnahme BE auf Gesundheit und Wohlbefinden der untersuchten Mütter geschlossen werden.

Auch in weiteren Forschungen wird es kaum möglich sein, die Lebenssituationen von intellektuell beeinträchtigten Müttern und ihren Kindern mit und ohne soziale Unterstützung vergleichend zu untersuchen. Bei vergleichbaren familiären Ausgangssituationen verbietet es sich aus ethischen Gründen, notwendige Unterstützung nur einem Teil der Familien zu gewähren. Zukünftige Studien sollten versuchen, die Väter bzw. die Partner der Mütter mit ID stärker miteinzubeziehen und auch den Faktor der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfen zu berücksichtigen.

Literatur

- AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010): Intellectual disability. Definition, classification and systems of supports. 11th ed. Washington, D.C.: AAIDD.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Aunos, M.; Feldman, M. A.; Goupil, G. (2008): Mothering with Intellectual Disabilities: Relationship Between Social Support, Health and Well-Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21 (4), S. 320–330. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2008.00447.x.
- Booth, T.; Booth, W.; McConnell, D. (2005): Care proceedings and parents with learning difficulties: comparative prevalence and outcomes in an English and Australian court sample. In: *Child Fam Soc Work* 10 (4), S. 353–360. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2005.00378.x.
- Bousquet, J.; Knani, J.; Dhivert, H.; Richard, A.; Chicoye, A.; Ware, J. E.; Michel, F. B. (1994): Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. In: *American journal of respiratory and critical care medicine* 149 (2 Pt 1), S. 371–375. DOI: 10.1164/ajrccm.149.2.8306032.
- Coren, E.; Thomae, M.; Hutchfield, J. (2011): Parenting Training for Intellectually Disabled Parents: A Cochrane Systematic Review. In: *Research on Social Work Practice* 21 (4), S. 432–441. DOI: 10.1177/1049731511399586.
- Cummins, R.; Lau, A. (2005): Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID). 3. Auflage. 1 Band. Melbourne, Vic.: Deakin University.
- Dowdney, L.; Skuse, D. (1993): Parenting provided by adults with mental retardation. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 34 (1), S. 25–47. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb00966.x.
- Emerson, E.; Llewellyn, G.; Hatton, C.; Hindmarsh, G.; Robertson, J.; Man, W. Y. N.; Baines, S. (2015): The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. In: *J Intellect Disabil Res* 59 (12), S. 1142–1154. DOI: 10.1111/jir.12218.
- Eve, P. M.; Byrne, M. K.; Gagliardi, C. R. (2014): What is Good Parenting? The Perspectives of Different Professionals. In: *Family Court Review* 52 (1), S. 114–127. DOI: 10.1111/fcre.12074.
- Feldman, M.; McConnell, D.; Aunos, M. (2012): Parental Cognitive Impairment, Mental Health, and Child Outcomes in a Child Protection Population. In: *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 5 (1), S. 66–90. DOI: 10.1080/19315864.2011.587632.
- Feldman, M. A.; Legér, M.; Walton-Allen, N. (1997): Stress in mothers with intellectual disabilities. In: *Journal of Child and Family Studies* 6 (4), S. 471–485. DOI: 10.1023/A:1025049513597.
- Feldman, M. A.; Varghese, J.; Ramsay, J.; Rajska, D. (2002): Relationships between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15 (4), S. 314–323.
- Harrison, P.; Oakland, T. (2008): Adaptive Behavior Assessment System. ABAS II. 2nd ed. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Hatton, C.; Emerson, E. (2008): Families with a person with intellectual disabilities_ stress and impact. In: *Forensic psychiatry* 16, S. 497–501. DOI: 10.1097/01.yco.0000087254.35258.9f.

- Hudson, C.; Chan, J. (2002): Individuals with Intellectual Disability and Mental Illness: A Literature Review. In: *Australian Journal of Social Issues* 37 (1), S. 31–49. DOI: 10.1002/j.1839-4655.2002.tb01109.x.
- Kindler, H. (2009): Teil C. Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: T. Meysen, L. Schönecker und H. Kindler (Hg.): *Frühe Hilfen im Kinderschutz*. Weinheim: Juventa.
- Knowles, C.; Blakely, A.; Hansen, S.; Machalicek, W. (2017): Parents with Intellectual Disabilities Experiencing Challenging Child Routines: A Pilot Study Using Embedded Self-Determination Practices. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 30 (3), S. 433–444. DOI: 10.1111/jar.12303.
- Künster, A. K.; Thurn, L.; Fischer, D.; Wucher, A.; Kindler, H.; Ziegenhain, U. (2013): Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version: Rund um die Geburt. Und: Version: Klein- und Vorschulkinder. Ulm: KJPP Universitätsklinikum.
- Llewellyn, G.; McConnell, D. (2002): Mothers with learning difficulties and their support networks. In: *J Intellect Disabil Res* 46 (1), S. 17–34. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2002.00347.x.
- Llewellyn, G.; Traustadttir, R.; McConnell, D.; Bjrg Sigurjnsdttir, H. (2010): *Parents with Intellectual Disabilities*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- McConnell, D.; Mayes, R.; Llewellyn, G. (2008): Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. In: *J Intellect Disabil Res* 52 (6), S. 529–535. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2008.01061.x.
- McGaw, S.; Scully, T.; Pritchard, C. (2010): Predicting the unpredictable? Identifying high-risk versus low-risk parents with intellectual disabilities. In: *Child abuse & neglect* 34 (9), S. 699–710. DOI: 10.1016/j.chiabu.2010.02.006.
- McGaw, S.; Shaw, T.; Beckley, K. (2007): Prevalence of Psychopathology Across a Service Population of Parents With Intellectual Disabilities and Their Children. In: *J Policy Practice in Intell Disabilities* 4 (1), S. 11–22. DOI: 10.1111/j.1741-1130.2006.00093.x.
- Meppeider, M.; Hodes, M.; Kef, S.; Schuengel, C. (2015): Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: the buffering role of resources. In: *Journal of intellectual disability research* 59 (7), S. 664–677. DOI: 10.1111/jir.12170.
- Morfeld, M.; Kirchberger, I.; Bullinger, M. (2011): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. 2., ergänzte und überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Orthmann Bless, D. (2014): Evaluationssystem für das Adaptive Verhalten. Deutsche Fassung Adaptive Behavior Assessment System (ABAS II) von P. Harrison und T. Oakland. Freiburg, Schweiz: Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg.
- Orthmann Bless, D. (2016): Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder unterstützen. Evaluation zur Begleiteten Elternschaft in Deutschland: Befunde aus der SEPIA-D-Studie. Freiburg, Schweiz: Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg.
- Orthmann Bless, D.; Hellfritz, K.-L. (2017): Zur Evaluation von Unterstützungsmaßnahmen für Eltern mit geistiger Behinderung. In: *Sonderpädagogik zwischen Wirksamkeitsforschung und Gesellschaftskritik*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 191–201.
- Petermann, F.; Wechsler, D. (2012): WAIS-IV. Wechsler adult intelligence scale – fourth edition: Deutschsprachige Adaptation nach David Wechsler. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information.

- Peterson, S. L.; Robinson, E. A.; Littman, I. (1983): Parent-child interaction training for parents with a history of mental retardation. In: *Applied Research in Mental Retardation* 4 (4), S. 329–342. DOI: 10.1016/0270-3092(83)90033-4.
- Pethica, S.; Bigham, K. (2018): “Stop talking about my disability, I am a mother”: Adapting video interaction guidance to increase sensitive parenting in a young mother with intellectual disability. In: *Br J Learn Disabil* 46 (2), S. 136–142. DOI: 10.1111/bld.12215.
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S. (2015): Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 3., unveränderte Auflage (Edition S).
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S.; Blanken, I. (1996): „Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte ...“. Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 75).
- Potvin, L. A.; Barnett, B. M.; Brown, H. K.; Cobigo, V. (2019): “I Didn’t Need People’s Negative Thoughts”: Women With Intellectual and Developmental Disabilities Reporting Attitudes Toward Their Pregnancy. In: *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres* 51 (3), S. 154–167. DOI: 10.1177/0844562118819924.
- Sigurjónsdóttir, H. B.; Rice, J. G. (2018): ‘Evidence’ of Neglect as a Form of Structural Violence: Parents with Intellectual Disabilities and Custody Deprivation. In: *SI* 6 (2), S. 66. DOI: 10.17645/si.v6i2.1344.
- Slayter, E. M.; Jensen, J. (2019): Parents with intellectual disabilities in the child protection system. In: *Children and Youth Services Review* 98, S. 297–304. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.01.013.
- Stenfert Kroese, B.; Hussein, H.; Clifford, C.; Ahmed, N. (2002): Social Support Networks and Psychological Well-being of Mothers with Intellectual Disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15 (4), S. 324–340. DOI: 10.1046/j.1468-3148.2002.00128.x.
- Theodore, K.; Foulds, D.; Wilshaw, P.; Colborne, A.; Lee, J. N. Y.; Mallaghan, L. et al. (2018): ‘We want to be parents like everybody else’: stories of parents with learning disabilities. In: *International Journal of Developmental Disabilities* 64 (3), S. 184–194. DOI: 10.1080/20473869.2018.1448233.
- Tymchuk, A. J.; Andron, L.; Unger, O. (1987): Parents with mental handicaps and adequate child care – a review. In: *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)* 15 (2), S. 49–54. DOI: 10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x.
- Wade, C.; Llewellyn, G.; Matthews, J. (2008): Review of Parent Training Interventions for Parents with Intellectual Disability. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21 (4), S. 351–366. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2008.00449.x.
- Wade, C.; Llewellyn, G.; Matthews, J. (2015): Parent mental health as a mediator of contextual effects on parents with intellectual disabilities and their children. In: *Clin Psychol* 19 (1), S. 28–38. DOI: 10.1111/cp.12055.
- Willems, D. L.; Vries, J.-N. de; Isarin, J.; Reinders, J. S. (2007): Parenting by persons with intellectual disability: an explorative study in the Netherlands. In: *J Intellect Disabil Res* 51 (7), S. 537–544. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00924.x.
- Wilson, S.; McKenzie, K.; Quayle, E.; Murray, G. (2014): A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. In: *Child: care, health and development* 40 (1), S. 7–19. DOI: 10.1111/cch.12023.

Winnicott, D. W. (2020): Kind, Familie und Umwelt. 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (Beiträge zur Kinderpsychotherapie, 5).