

Wie Erstmütter in den ersten drei Jahren nach der Geburt gesund bleiben.

Mutterwerdung aus Sicht der Salutogenese

Stauss Andrea

eingereicht bei: Regina Klemenz

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten,
eingereicht im Juni 2013 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die ersten Lebensjahre sind für die Entwicklung eines Menschen von grosser Bedeutung für spätere Chancengleichheit. Dabei spielen mütterliche Faktoren wie Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit eine wichtige Rolle. Der Übergang zur Mutterschaft ist eine besonders sensible Phase, die grundlegende Veränderungen mit sich bringt und Auswirkung auf die mütterliche Gesundheit hat. Es stellt sich darum die Frage, wie Erstmütter in den ersten Jahren nach der Geburt gesund bleiben können.

In der Zeit der Mutterwerdung werden oft Hilfeleistungen von medizinischem Personal (Ärzteschaft, Hebammen, Mütterberaterinnen) in Anspruch genommen die von der pathogenetisch orientierten Denkrichtung geprägt sind. In dieser Arbeit wird das Gegenstück der Pathogenese, die Salutogenese von Aaron Antonovsky, genauer beleuchtet. Anhand des Kernstücks der Salutogenese - das Konzept des Kohärenzgefühls - werden die Veränderungen und Belastungen in den ersten Jahren der Mutterwerdung analysiert und Möglichkeiten zur Stärkung des mütterlichen Kohärenzgefühls aufgezeigt.

Es zeigt sich, dass sich Erstmütter während ihrer Mutterwerdung mit den eigenen Ressourcen, mit einer sich wandelnden Identität und einer neuen Lebensführung im Kontext von gesellschaftlichen Normen und Werten auseinandersetzen müssen. Stärkung erhalten sie durch soziale Unterstützung und gesellschaftliche Anerkennung.

1. Einleitung	3
1.1. Hinführung zum Thema	3
1.2. Eigeninteresse am Thema	5
1.3. Eingrenzung des Themas und zentrale Fragestellung	5
1.4. Zielsetzungen der Arbeit	6
1.5. Relevanz für die Soziale Arbeit	6
1.6. Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	7
2. Gesundheit	8
2.1. Gesundheit im historischen und wissenschaftlichen Kontext	8
2.2. Gesundheit als Grundrecht	9
2.3. Gesundheit und Geschlecht	12
3. Mutterwerdung	13
3.1. Historischer Abriss	13
3.2. Bedeutung von Mutterschaft	14
3.3. Mütterliche Identität	14
3.4. Umgang mit dem Säugling	15
3.5. Partnerschaft	15
3.6. Traditionalisierungseffekt und Aufgabenteilung	16
3.7. Soziale Netzwerke	18
3.8. Kinderbetreuung	18
3.9. Finanzielle Einbussen	19
4. Antonovskys Konzept der Salutogenese	20
4.1. Stimuli, Reize, Stressoren, Spannung und Stresszustand	23
4.2. Generalisierte Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite	24
4.3. Das Konzept des Kohärenzgefühl	24
4.3.1. Verstehbarkeit (Comprehensibility)	25
4.3.2. Handhabbarkeit (Manageability)	25
4.3.3. Bedeutsamkeit (Meaningfulness)	26
4.3.4. Kohärenzgefühl und Grenzziehung	26
4.3.5. Kohärenzgefühl, Bewertung und Bewältigung	26
4.3.6. Entwicklung und Veränderung des Kohärenzgefühls	27
4.3.7. Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit	29
4.3.8. Stand der Forschung	30
4.4. Salutogenese und weitere Konzepte	31
4.5. Salutogenese und Soziale Arbeit	33
4.6. Kritik am Konzept und Grenzen der Salutogenese	33

5. Belastungen von Müttern	34
5.1. Alltagsbewältigung und körperliche Strapazen	35
5.2. Kindbezogene Belastungen	36
5.3. Isolation	37
5.4. Sinkende Partnerschaftszufriedenheit	37
5.5. Ungleiche Aufgabenteilung in der Partnerschaft	38
5.6. Finanzielle Einbussen	38
5.7. Fehlende Unterstützung und Betreuung	39
5.8. Mangel an Freiraum, Autonomie und Zeit	39
5.9. Rollenunzufriedenheit, Rollenunsicherheit	40
5.10. Fehlende Anerkennung und Wertschätzung	41
5.11. Mutterideal	41
6. Kohärenzgefühl und Mutterschaft	41
6.1. Veränderungen und Belastungen aus Sicht des Kohärenzgefühls	42
6.2. Stärkung des Kohärenzgefühls durch ...	46
6.2.1. ... Wissen und Austausch	47
6.2.2. ... Entlastung und Unterstützung	47
6.2.3. ... gemeinsame Werte und Normen in der Partnerschaft	49
6.2.4. ... Ermöglichen von Erwerbstätigkeit	50
6.2.5. ... soziale Anerkennung	50
6.2.6. ... lenken, ermutigen und bestätigen	51
7. Schlussteil	52
7.1. Beantwortung der Fragestellung	52
7.2. Fazit	53
7.3. Ausblick	55
7.4. Bedeutung für die Soziale Arbeit	56
7.5. Kritische Würdigung der wissenschaftlichen Arbeit	57
8. Quellenverzeichnis	59

1. Einleitung

1.1. Hinführung zum Thema

Bildung und Erziehung sind zentrale und historisch bedeutsame Themen in der Sozialen Arbeit. Dazu gehören soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit oder gleiche Startbedingungen gehören dazu. Normabweichungen werden oft erst durch Teilnahme an angeleiteten ausserfamiliären Aktivitäten (Spielgruppe, Kindergarten, Schule) ersichtlich und vor allem legitimierbar für staatliche Interventionen. Die hohe Bedeutung der ersten Lebensjahre und des frühen elterlichen Einfluss auf die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung von Kindern ist wissenschaftlich bewiesen und in der Literatur unbestritten (vgl. Grossmann/Grossmann 2008: 277f. 291, Kötter et al. 2011: 123, Suess/Soufre 2008: o.S.). Schon in den ersten Lebensjahren werden die Grundsteine für spätere Teilhabechancen gelegt. Darum geraten auch immer öfter die Eltern in den Fokus von professioneller Hilfestellung und Unterstützung. Oftmals werden mangelnde Erziehungskompetenzen wie fehlende Feinfühligkeit, ungenügende Grenzsetzung oder misslungene Kommunikation als Ursache für kindliche Entwicklungsstörungen verantwortlich gemacht und es wird beträchtlicher Aufwand betrieben, um Eltern zu stärken (Erziehungskurse, Gesprächsgruppen oder auch Familienbegleitung). Diese Programme setzen primär auf die Förderung von Kompetenzen mit Fokussierung auf die Elternrolle. Oftmals scheint aber ein wichtiger Faktor wenig beachtet zu werden: Eltern sind eingebunden in unterschiedliche soziale Kontexte und haben diverse Rollen inne. Sie sind auch Töchter und Söhne und können Freunde, Partner und Erwerbstätige sein. Zahlreiche Studien belegen, dass der Einfluss von diesem „erweiterten“ Elternsein von grosser Bedeutung für die Entwicklung von Kindern ist: Partnerschaftskonflikte oder mangelnde soziale Netzwerke sind Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung und können Ursache für spätere Verhaltensprobleme sein (vgl. Bertram/Spiess 2010: 2, Makowsky/Schücking 2010: 1080, Petzold 1991: 36, Ständer et al. 2007: 238, 245). Die Elternwerdung ist ein radikaler Einschnitt in das Leben von zukünftigen Müttern und Vätern. Mitte des letzten Jahrhunderts noch als Krise bezeichnet, wird heute von Übergang, Entwicklungsaufgabe und kritischem Lebensereignis gesprochen (vgl. Bodenmann/Hahlweg 2003: 447, Petzold 1991: 28, Weigelt 2011: 4). Ein kritisches Lebensereignis wird in der psychologischen Lebensereignisforschung als „(...) ein Vorkommnis bezeichnet, das gewohnte Verhaltensmuster stört und insofern krisenhaft ist, als es einen Wendepunkt zu einer positiven oder negativen Entwicklung markiert“ (Reichle 1994: 23). Nicht die Geburt des ersten Kindes ist das kritische Lebensereignis, sondern die damit verbundene „Störung gewohnter Verhaltensmuster“ (Reichle 1994: 25). Unbestritten ist, dass dieses Ereignis eine besonders sensible Phase im Familienprozess ist. Mit der Geburt eines

Kindes muss vieles neu geordnet und Bewältigungsstrategien müssen entwickelt werden. Der Erwerb der Elternidentität, der Rollenwandel und die neue Aufgabenteilung sind einige der Herausforderungen. Die hohe Belastung bei der Elternwerdung hinterlässt ihre Spuren bei Gesundheit und Wohlbefinden, insbesondere bei Müttern (vgl. Weiss 2001: 245, Wiegelt 2011: 8). Die WHO hat Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 2009: o.S.) definiert und bestmögliche Gesundheit als eines der Grundrechte jedes Menschen deklariert (vgl. ebd.: o.S.). Aus Sicht der WHO sollen Eltern in ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit unterstützt werden. Elterliche Gesundheit ist auch für eine gesunde Entwicklung von Kindern erstrebenswert, da diesbezügliche individuelle elterliche (insbesondere mütterliche) Faktoren wie Lebenszuversicht, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden in direkten Zusammenhang mit der kleinkindlichen Entwicklung stehen (vgl. Berger/Peter/Spiess 2010: 39, Bertram/Spiess 2011: 19). Bertram spricht sogar davon, dass das Wohlbefinden der Eltern eine „Schlüsselkategorie für Entwicklungsperspektiven von Kindern“ (Bertram 2011f: 61) sei und dass, nur Eltern, die selber eine positive Sicht der Welt haben, „dem Kind Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein vermitteln können“ (Bertram 2011b: 685f.).

Der Übergang zur Mutterschaft befindet sich fest in der Hand der Medizin: Bereits vor der Geburt, sowie während und auch danach, nimmt die Mutter in der Regel regelmässig medizinische Leistungen in Anspruch. Hauptsächliche Ansprechperson ist medizinisches Personal (Gynäkologe, Hebamme, Mütterberaterin, Stillberaterin etc.), welches von der Denkrichtung der Pathogenese geleitet wird. Die Pathogenese beschreibt die Entstehung und Entwicklung von Krankheit während das Gegenstück - die Salutogenese - die Entstehung von Gesundheit und Wohlbefinden beschreibt. Urheber des Konzeptes der Salutogenese ist Aaron Antonovsky. Er löst sich von der pathogenen Sichtweise, dass Krankheit und Gesundheit zweigeteilt sind, und beschreibt Gesundheit und Krankheit als Bewegung zwischen zwei Polen, in welcher sich der Mensch ständig befindet. Kernstück seiner Erkenntnisse ist das in jedem Individuum angelegte Kohärenzgefühl, welches aus dem Gefühl der Verstehbarkeit, dem Gefühl der Handhabbarkeit und dem Gefühl der Bedeutsamkeit besteht. Diese drei Komponenten werden in dieser Arbeit aus Sicht der werdenden Mutter genauer beleuchtet und es wird aufgezeigt, wie das Kohärenzgefühl in der Zeit der Mutterwerdung unterstützt und gestärkt werden kann.

1.2. Eigeninteresse am Thema

Meine mehrjährige Erfahrung in der Arbeit mit Kindern in Sonderschulen und in familienergänzender Betreuung und der Austausch sowohl mit Eltern der zu betreuenden Kindern als auch im privaten Umfeld, haben mir gezeigt, dass Eltern den gesellschaftlichen Druck, der auf ihnen lastet, als hoch und oft als belastend empfinden. Als Mutter eines Kleinkindes erlebe ich diese Herausforderungen ebenfalls und höre im Gespräch mit anderen Müttern immer wieder, dass grosse Unsicherheit bezüglich Wertevermittlung, gesellschaftlichen Normen und eigenem Erziehungsstil herrscht. Auch weiss ich selber, wie anstrengend, ermüdend und erschöpfend der Alltag mit einem Säugling und Kleinkind sein kann, was mir auch von anderen Eltern bestätigt wird. Diese Erfahrungen und das Wissen, dass es für gesunde und selbstbewusste Kinder auch gesunde Eltern braucht, liess in mir die Frage aufkommen, wie Frauen beim Übergang zur Mutterschaft in ihrer Gesundheit unterstützt und gestärkt werden können.

1.3. Eingrenzung des Themas und zentrale Fragestellung

In der Literatur wird die Familiengründung als kritisches Lebensereignis betrachtet und der Übergang zur Erstelternschaft als viel einschneidender beschrieben, als der Übergang bei der Geburt weiterer Kinder (vgl. Huwiler 1995: 42f.). Die Familiengründung bringt weitaus mehr Veränderungen in das gewohnte Leben von zukünftigen Eltern als eine Familienerweiterung und darum soll der Fokus im Folgenden schwergewichtig auf die Veränderungen und Anforderungen nach der Erstgeburt gelegt werden.

Elternwerdung ist sowohl aus mütterlicher als auch aus väterlicher Sicht betrachtet sehr komplex und umfangreich. Beide Sichtweisen in die Arbeit einfließen zu lassen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Zur Reduktion der Komplexität wird der Fokus auf die Mutter gelegt. Mütter sind naturgegeben bei der Geburt ihres Kindes präsent und oft dessen primäre Bezugsperson. Sie nehmen die Geburt ihres Kindes belastender wahr als Väter und erleben die Kleinkindphase als besonders anstrengend. Auch übernehmen sie nach der Geburt meist den grössten Teil der Betreuungsarbeit und ihre Lebensgestaltung ist nach der Erstgeburt grösseren Veränderungen ausgesetzt (vgl. Bertram 2011e: 46, Schneider/Roost 1999: 20, Wydler/Zellweger 2005: 33). Da neun von zehn Müttern mit Kindern im Vorschulalter entweder verheiratet sind oder in eheähnlicher Partnerschaft leben und diese nicht unbedingt glücklicher sind als alleinerziehende Mütter, soll primär die Situation von liierten Müttern untersucht werden (vgl. Bertram 2011c: 27, Ständer et al. 2007: 238, Zellweger/Wydler 2005: 32).

Mit dem Wissen über die Veränderungen bei der Erstmutterschaft soll nun anhand des Konzepts der Salutogenese aufgezeigt werden, wie Erstmütter mit einem Kleinkind die ersten drei Jahre nach der Geburt bestmöglichst gesund bleiben können. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

„Mit welchen Herausforderungen sind Mütter nach der Geburt ihres ersten Kindes konfrontiert und was kann ihr Kohärenzgefühl stärken?“

1.4. Zielsetzungen der Arbeit

Aus Sicht der Chancengleichheit ist es nicht nur erstrebenswert, frühe Förderung durch Stärkung elterlicher Kompetenzen oder heilpädagogische Früherziehung herzustellen, sondern ebenso für das Wohlergehen der Eltern zu sorgen. Im Wissen um die Bedeutung von mütterlicher Zufriedenheit für das Wohlbefinden des Kleinkindes und dessen Entwicklung, stellt sich darum die Frage, was Frauen brauchen, um beim Übergang zur Mutterschaft und in den ersten Jahren nach der Geburt die eigene Zufriedenheit zu behalten. Ziel dieser Arbeit ist es, den Übergang einer Frau zur Mutter und die ersten Jahre danach genauer zu betrachten, herauszufinden, welche Stressoren als belastend wahrgenommen werden und anhand des Konzepts der Salutogenese zu erklären, wie diese gering gehalten können. Ganz im Antonovskischen Sinn soll bei dieser Arbeit der Blick nicht auf eine Risikogruppe gerichtet sein, sondern auf diejenigen Menschen, die gesund resp. aus Sicht der Sozialen Arbeit „normal“ sind, im Wissen darum, dass bei Veränderungen einer Lebenssituation auch gesunde bzw. „normale“ Menschen aus dem gesellschaftlichen Raster herausfallen können.

Der Ansatz der Salutogenese ist für die Soziale Arbeit nicht neu. Es werden bereits salutogenetisch ausgerichtete Konzepte verwendet, zum Beispiel Empowerment oder Casemanagement (vgl. Köppel 2003: 32). Die Salutogenese selber ist hingegen ein wenig bekanntes Konstrukt (vgl. ebd.: 51). Auf Basis meiner Überzeugung, dass gerade auch diese Denkweise vermehrt Grundlage für das Handeln in der Sozialen Arbeit sein sollte, wird diese Sichtweise anlässlich dieser Arbeit genauer beleuchtet.

1.5. Relevanz für die Soziale Arbeit

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen die Wichtigkeit der kindlichen Entwicklung in den ersten Jahren auf (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006: 9f., Hafen 2011: 17-22, Kreppner o.J.: 3). Diese steht in Zusammenhang mit postnatalen elterlichen Belastungsfaktoren (vgl. Makowsky/Schücking 2010: 1080), der mütterlichen Sensitivität resp. deren Wohlbefinden (vgl. Berger/Peter/Spiess 2010: 36), der mütterlichen Lebenszufriedenheit (vgl. ebd.: 40), dem emotionalen Klima in der Familie (vgl. Kreppner o.J.: 3), der Qualität der Elternbeziehung

(vgl. ebd.: 5f.) und der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit o.J.: 3). Kurzum: Für gesunde Kinder braucht es gesunde Eltern resp. gesunde Mütter.

Kinder- und Jugendhilfe, aber auch die Gesundheitsfürsorge, haben eine lange Tradition in der Sozialen Arbeit (vgl. Köppel 2003: 27). Familienergänzende und familienersetzende Betreuung sind mittlerweile ein festes Standbein sozialer Hilfe, wenn auch manchmal von düsteren Kapiteln überschattet (z. B. Kinder der Landstrasse oder Missbrauch im Heimwesen). Da Soziale Arbeit eine jüngere Profession ist, ist sie immer wieder Erweiterungen und Wandlungen ausgesetzt (vgl. ebd.: 27). Der Einzug der Sozialen Arbeit in die Schule zeigt beispielhaft auf, dass sich neue Felder eröffnen können und der Auftrag und das Wirkungsfeld der Sozialen Arbeit laufend neu überdacht werden müssen. Obwohl die Betreuung von Eltern in den ersten Jahren nach der Geburt eines Kindes nach wie vor mehrheitlich von Personen aus dem pathogen ausgerichteten medizinischen Bereich gewährleistet wird, kann und soll auch die Soziale Arbeit ihre Dienste vermehrt in dieser Zielgruppe anbieten. So nimmt sie ihren Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe sowie jenen der Gesundheitsfürsorge ganzheitlich wahr trägt zu einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bei.

1.6. Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturlarbeit. Nach der Einleitung wird im zweiten Kapitel der Übergang zur Mutterschaft thematisiert. Beginnend mit einer kurzen geschichtlichen Entwicklung von Mutterschaft wird danach auf deren heutige Bedeutung eingegangen und dann, als Hauptteil des Kapitels, die Veränderungen, die eine Erstmutter in den ersten Jahren nach der Geburt erlebt, beschrieben. Gesundheit ist das Thema des darauf folgenden Kapitels. Nach einer historischen Verortung wird auf Definitionen aus verschiedenen Blickwinkeln eingegangen, danach anhand der Geschichte der UNO und WHO das Recht auf Gesundheit aufgezeigt und zuletzt werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit genauer betrachtet. Das vierte Kapitel ist dem Modell der Gesundwerdung - der Salutogenese - gewidmet. Anhand der deutschen Übersetzung von Antonovskys Hauptwerk „Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well“ und weiterer zentraler Literatur über sein Konzept wird auf die Entstehung der Salutogenese und deren Grundannahmen eingegangen und das Kohärenzgefühl genauer erläutert. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Vergleich mit anderen Konzepten, mit dem Herstellen von Verbindungen zur Sozialen Arbeit und dem Aufzeigen der Grenzen des Modells. Im darauffolgenden Kapitel liegt der Fokus auf den Belastungen von Erstmüttern mit Kleinkindern. Anhand unterschiedlicher Studien, mehrheitlich aus dem deutschsprachigen Raum, wird aufgezeigt, was Erstmüt-

ter mit Kleinkindern als belastend empfinden und erleben. Dabei soll der Fokus (im Vergleich zum Kapitel Mutterwerdung, welches primär die mit der Mutterschaft einhergehenden Veränderungen beschreibt) auf die von den Erstmüttern individuell genannten Belastungen gelegt werden. Abschliessend sollen die Komponenten des Kohärenzgefühls mit den im zweiten Kapitel beschriebenen Veränderung und den im vierten Kapitel zusammengetragenen Belastungen zur Mutterschaft zusammengeführt und aus Sicht des Kohärenzgefühls erklärt werden. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wird anschliessend der Frage nachgegangen, was das Kohärenzgefühl von Erstmüttern mit Kleinkindern stärken kann. Das letzte Kapitel widmet sich der Beantwortung der eigentlichen Fragestellung dieser Arbeit; danach folgt ein Fazit, das mit einem Ausblick ergänzt wird. Abschliessend wird auf die Bedeutung dieser Erkenntnisse für die Soziale Arbeit eingegangen; eine kritische Würdigung der vorliegenden Arbeit rundet das Kapitel ab.

2. Gesundheit

Was ist Gesundheit? In der Literatur bestehen zahlreiche Definitionen von Gesundheit, abhängig von der Perspektive des Betrachters. Antonovsky selber hat sich nie auf eine eigene Definition festgelegt. Es wäre für ihn eine Anmassung gewesen, da eine Definition immer eine Norm voraussetzt und diese möglicherweise dem einzelnen Menschen nicht gerecht werde (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001: 28). Im folgenden Kapitel soll Gesundheit aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Dazu gehören ein geschichtlicher Rückblick, Definitionen aus unterschiedlichen Wissenschaften, Gesundheit aus rechtlicher Sicht und geschlechtsspezifische Gesundheit.

2.1. Gesundheit im historischen und wissenschaftlichen Kontext

Piet van Spijk gibt in seinem Buch „Definitionen und Beschreibungen der Gesundheit“ einen historischen Überblick von Gesundheit von den Griechen bis in die Neuzeit. Es wird ersichtlich, dass bereits in der griechischen Mythologie ein hoher Anspruch an die Betrachtung von Gesundheit gestellt wurde und die damaligen Betrachtungen bis heute von Bedeutung sind: Gesundheit als Eigenverantwortung, Gesundheit als Gleichgewicht der Kräfte oder Gesundheit als Funktion der Umgebung. Über die verschiedenen Zeitepochen hinweg wurden keine fundamental neuen Erkenntnisse gewonnen und neue Definitionen waren an die bereits Bestehenden angelehnt (vgl. van Spijk 1994: 15-18, 96). Ein Durchbruch lässt sich Mitte letztes Jahrhundert erkennen, als Gesundheit normiert wurde: Ausgehend von einem „mittleren Mensch (...), [der] zugleich der Repräsentant alles Grossen, Guten und Schönen [ist]“ (Quetelet 1921 zit. nach van Spijk 1994: 53), wurde Gesundheit mess- und vergleichbar gemacht. Die Kritik an diesem Konzept ist, dass die Normen stark kulturell

geprägt sind, dass die Abgrenzung zwischen normal und abnormal immer willkürlich ist, und dass nicht alle Normabweichungen, z.B. hohe Intelligenz, mit Krankheit gleichzusetzen sind (vgl. van Spijk 1994: 53-55).

Die Reduzierung von Gesundheit auf eine körperliche Dimension ist laut Hafen eine Erscheinung der Neuzeit. Noch im Altertum und Mittelalter hin bis zur frühen Neuzeit war das Verständnis von Gesundheit als das Zusammenwirken von Körper, Geist und sozialer, ökologischer und spiritueller Umwelt vorhanden. Erst die Möglichkeit, Krankheiten zu erforschen, die zunehmende philosophische Trennung von Leib und Seele in der Zeit der Aufklärung und die Forderung nach Recht auf Gesundheit liess die Krankheit an Bedeutung gewinnen. Immer mehr wurde Krankheit von Gesundheit getrennt. Krankheit wurde als Feind und Ausnahmezustand deklariert und der gesunde Mensch als Normalzustand und Lebensziel fokussiert. In der Vergangenheit und in der Gegenwart sind Gesundheit und Krankheit immer sozial konstruiert worden, so Hafen (vgl. Hafen 2007: 15-19).

Trotz der Zuweisung von Gesundheit auf körperliche Belange, haben philosophische, psychologische und soziologische Einflüsse im letzten Jahrhundert das medizinische Verständnis von Gesundheit wieder erweitert: Gesundheit als sinnhaftes Erleben und Sinnsuche sowie als Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten, ebenso als „bestmöglichstes Gleichgewicht zu einer bestimmten Zeit“ (Brucks 1998: 36) und als Fähigkeit zur Lebensbewältigung. Aus soziologischer Sicht bedeutet gesund zu sein die Erfüllung der Rollen und Aufgaben innerhalb einer Gesellschaft und Sozialinteresse zu zeigen. Krankheit ist dort zu finden, wo Strukturen zu starr oder zu lasch sind (vgl. van Spijk: 21-23). Bengel et al. meinen, dass aus sozialwissenschaftlicher und medizinischer Sicht Gesundheit immer mehrdimensional betrachtet werden muss: Als physisches und psychisches Wohlbefinden, als Leistungsfähigkeit und als Selbstverwirklichung und Sinnfindung (vgl. Bengel et al. 2001: 16).

2.2. Gesundheit als Grundrecht

Die Gründung der Vereinten Nationen (UNO) Mitte des 20. Jahrhunderts geschah nicht nur zum Zweck der Wahrung von Weltfrieden und internationaler Sicherheit, sondern auch zur Achtung der Menschenrechte. Die kurz nach der Gründung formulierte „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ beinhaltet globale und für jeden Menschen geltende Grundrechte und -freiheiten (vgl. UNIS United Nations Information Service o.J.). Artikel 25 dieser Menschenrechtserklärung proklamiert das Recht auf „(...) einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen.“ (Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 o.J.).

Im speziellen sollen Mütter und Kinder Anspruch haben „(...) auf besondere Fürsorge und Unterstützung“ (Ebd.). 1966 verabschiedete die UNO eine internationale Vereinbarung, die die früheren Menschenrechtserklärung konkretisierte und 1992 in der Schweiz in Kraft trat (vgl. Bundesamt für Justiz 2010: o.S.). In Artikel 12 dieser Vereinbarung wird das Recht auf Gesundheit nochmals verdeutlicht: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“ (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte 2012: 5).

Als Sonderorganisation der Vereinten Nationen wurde die Weltgesundheitsorganisation WHO 1948 gegründet. Sie zeigt sich verantwortlich für die weltweite öffentliche Gesundheit. In ihrer Verfassung verankerte auch sie Gesundheit als Grundrecht: „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 2009: o.S.). Sie legte einen neuen Grundstein in der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Gesundheit, indem sie Gesundheit als „ein Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ (Ebd.) definierte. Die Erkenntnis, dass diese Definition zu stark auf das Individuum fokussiert und gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausser Acht gelassen werden, führte dazu, dass gut dreissig Jahre später die Deklaration „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ verabschiedet wurde. Das Hauptaugenmerk lag auf einer für alle zugänglichen und finanzierbaren Gesundheitsversorgung. Für die Umsetzung dieses Globalziels wurde Mitte der Achtziger Jahre das „Programm zur Gesundheitsförderung“ (Ottawa Charta) verabschiedet. Die fünf Hauptziele sind: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. Franke 2006: 176-180). Das WHO-Regionalkomitee für Europa erarbeitete ein eigenes Rahmenkonzept unter dem Titel „Gesundheit 21“, welches 1998 angenommen wurde. Eines der Ziele fordert die Politik auf, „Voraussetzungen für ein stützendes familiäres Umfeld zu schaffen, in dem Kinder erwünscht und Eltern befähigt sind, ihre Rolle zu übernehmen. Eltern müssen die Mittel und die Befähigung haben, ihre Kinder aufzuziehen.“ (Weltgesundheitsorganisation 1998: 18).

Die Gesundheitsdefinition der WHO blieb nicht frei von Kritik. Es wurden Stimmen laut, dass diese Definition im Grunde die absolute Glückseligkeit als gesund betrachte und darum utopisch sei. Das Setzen eines überhöhten Zieles führe zu unnötiger finanzieller Belastung des medizinischen Systems. Kritisiert wurde auch, dass das Wort „Gesundheit“ lediglich durch „Wohlbefinden“ ersetzt

worden sei und dass die Definition auch Reichtum, Mitspracherecht und Rechtsgleichheit beinhalte, was mehr als Gesundheit sei. Einen interessanten Einwand liefert Leon R. Kass, indem er Gesundheit nicht als Grundrecht deklariert, „denn das Wohlergehen von Körper und Seele bedürfe des Talents, der Aufmerksamkeit, Anstrengung und Disziplin von Seiten jeder Person, welche sich Wohlergehen wünscht.“ (Kass o.J. zit. nach van Spijk 1994: 66). Das Abgeben der persönlichen Verantwortung an eine dritte Instanz ist mit einer nicht zu erfüllenden Aufgabe an den Auftraggeber verbunden (vgl. van Spijk 1994: 64-66).

Die Weiterentwicklung der Ziele der WHO hatten aber auch Einfluss auf ihre Klassifikationssystemen und führten zu Anpassungen: Die seit Beginn des 20. Jahrhunderts bestehende „Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme“ (ICD) genügte nicht mehr und wurde 1980 mit der „Internationale Klassifikation von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen“ (ICIDH) ergänzt. Darin wird nicht mehr nur die Krankheit betrachtet, sondern berücksichtigt wird auch die aus der Krankheit folgenden Störungen oder Behinderungen. Die erste Fassung wurde jedoch massiver Kritik ausgesetzt: Das Konzept sei defizitorientiert und es werde die Annahme vertreten, dass eine Gesundheitsschädigung zwingend eine Funktionsstörung mit sich bringe und dass daraus eine soziale Beeinträchtigung folge (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information o.J.). Nach einer zweiten Revision folgte vor über zehn Jahren eine dritte Revision, welche in „Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ umbenannt wurde und auch unter dem Kürzel ICF bekannt ist. Diese stark überarbeitete und erweiterte Version rückte den sozialen Aspekt des bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffes in den Mittelpunkt und fokussiert die Funktionsfähigkeit des Individuums in einem sozialen Kontext. Laut dieser ist eine Person funktional gesund, wenn –kontextbezogen - „(...) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (...), [wenn] sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (...), [und wenn] sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 4). Diese funktionale Gesundheit ist das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen den Körperfunktionen und Aktivitäten einer Person sowie den Kontextfaktoren. Materielle, soziale, einstellungsbezogene Umweltfaktoren werden als genauso bedeutsam für die Bestimmung von Gesundheit definiert wie individuelle körperliche Voraussetzungen.

2.3. Gesundheit und Geschlecht

Wird Gesundheit geschlechtsspezifisch betrachtet, sind einige Unterschiede ersichtlich: Frauen definieren Gesundheit eher als zwischenmenschliche Stimmigkeit, als Wohlbefinden und als Abwesenheit von Stress, während Männer eher die Abwesenheit von Krankheit und Schmerz sowie Leistungs- und Handlungsfähigkeit mit Gesundheit verbinden (vgl. Maschewsky-Schneider/Klesse/Sonntag 1991: 23). Auch schätzen Frauen ihre Gesundheit schlechter ein als Männer und beklagen sich öfters über Beschwerden. Sie haben mehr Befindlichkeitsstörungen als Männer und leiden öfters unter psychischen Erkrankungen. Folglich verfügen sie über eine durchschnittlich geringere psychische Gesundheit unter anderem weil sie, laut Sieverding, zu wenig soziale Unterstützung erhalten (vgl. Athenstaedt/Alfermann 2011: 119, 122f., Sieverding 1999: 34, 36). Frauen sind generell weniger davon überzeugt, ihr Leben kontrollieren zu können als Männer und haben laut einer Studie von Singer und Brähler ein geringeres Kohärenzgefühl als Männer (vgl. Bundesamt für Statistik 2010: 20, Merbach/Brähler 2010: 351).

Umgekehrt erleben Mütter unterschiedliche Rollen in der Tendenz als gesundheitsfördernd. Eine Schweizer Studie belegt, dass Trirollen-Mütter (d.h. Berufstätige mit Eltern- und Partnerrolle), die gesündesten Mütter sind. Höpflinger vermutet, dass die Mehrfachrollen als bereichernd und sozial unterstützend erlebt werden und wirtschaftliche und soziale Risiken verteilt werden (vgl. Höpflinger 2002: 431f.). Kolip/Hurrelmann ergänzen, dass die Rahmenbedingungen, zum Beispiel eine kooperative und gleichberechtigte Partnerschaft, entscheidend sind, damit Mehrfachrollen zur Gesundheit beitragen. (vgl. Kolip/Hurrelmann 2002: 25).

Wie in diesem Kapitel erläutert wurde, kann Gesundheit sehr verschieden betrachtet und definiert werden und der Blick in die Vergangenheit zeigt, dass die Vorstellung von „Gesundheit“ stark von Entwicklungen und Strömungen der unterschiedlichen Epochen geprägt ist. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts ist Gesundheit ein Grundrecht. Dafür setzt sich die Weltgesundheitsorganisation ein. Ihre Definition von Gesundheit löste den bisherigen pathogenen Blick von der Abwesenheit von Krankheit hin zu einem salutogenesischen Fokus auf das Wohlbefinden. Mit dem Konstrukt von funktionaler Gesundheit wird ausserdem Krankheit nicht mehr als etwas Individuelles betrachtet, sondern als etwas Kontextabhängiges. Studien zu Weiblichkeit und Gesundheit zeigen auf, dass Frauen Gesundheit anders definieren als Männer und dass sie öfters krank sind. Gesundheitsfördernd sind soziale Unterstützung und Rollenvielfalt.

3. Mutterwerdung

Mutterwerdung ist ein Wendepunkt im Leben einer Frau und bringt grundlegende Veränderungen mit sich. Dieser Übergang in einen neuen Lebensabschnitt ist geprägt von unterschiedlichen Anforderungen. Der Anpassungsprozess an diese Anforderungen ist individuell und kann unterschiedlich lange dauern (vgl. Gauda 1990: 30f.). In diesem Kapitel werden diese Veränderungen und die neuen Herausforderungen genauer beschrieben. Ergänzend wird zu Beginn kurz auf die geschichtliche Entwicklung von Mutterschaft und deren Bedeutung eingegangen.

3.1. Historischer Abriss

Der Blick zurück zeigt auf, dass die Mutter lange Zeit einen wichtigen Beitrag zum Lebensunterhalt der Familie leistete, sei dies z.B. durch die Arbeit auf dem eigenen Hof oder durch die Arbeit in einer Fabrik. Zeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder blieb wenig. Während der Industrialisierung und dem zeitgleichen Ausbau von Vorstadtsiedlungen wurden Wohnen und Arbeiten räumlich getrennt. Die Mütter wurden von der Erwerbstätigkeit freigestellt und der Aufgabe der Mutterschaft und Haushaltsführung zugeteilt (vgl. Textor 2002: 27f., Bertram 2011a: 11). Dieses bürgerliche Familienmodell mit einer klaren Rollenteilung - Vater ausserhäuslich, Mutter innerhäuslich - betraf zu Beginn nur wenige Frauen, setzte sich aber bis Mitte des 20. Jahrhunderts immer mehr durch (vgl. Nave-Herz 2006: 55f., 183f.).

Mit dem zeitgleichen Einzug der Wissenschaft in die Mutterschaft fand eine Psychologisierung der Mutter-Kind-Beziehung statt. Es entwickelte sich die Lehrmeinung, dass Erziehung nicht mehr nur auf Intuition beruht, sondern erlernt werden kann. Die Mutter-Kind-Beziehung wurde dabei aber ausschliesslich aus der Sicht des Kindes betrachtet, was von verschiedenen Seiten kritisiert wurde. Dies, da das eigene Erleben der Mutter und ihre psychischen Zustände und Prozesse zu wenig berücksichtigt werden. Es etablierte sich eine normative Orientierung, dass die Fürsorglichkeit und Wärme, die die Kinder benötigten, Elemente mütterlicher Persönlichkeit und ihrer erlernten Erziehung sind. Damit verbunden war die neue unersetzliche Rolle als Mutter, als zuwendende, bedürfnisstillende, liebende und fördernde primäre Bezugsperson: Mutterschaft wurde zur Lebensaufgabe. Mit dem feministischen Einfluss in den 60er und 70er Jahren wurde die Vorstellung, dass Muttersein eine Frau ausmacht, aufgeweicht. Die Überzeugung, dass die Mutter unersetzlich für die Entwicklung eines Kindes ist, wurde widerlegt und aufgezeigt, dass Erziehungsaufgaben auch auf andere Personen übertragen werden können. Die „Ideologie der intensiven Bemutterung“ (Hays 1998 zit. nach Textor 2002: 28) ist aber, trotz in den letzten Jahrzehnten zunehmender Erwerbstätigkeit von Müttern, immer noch immer vorherrschend (vgl. Textor 2002: 28-31).

3.2. Bedeutung von Mutterschaft

Sinnstiftung und Lebensaufgabe

Kinder haben wird als Bestandteil der Normalbiographie angesehen. Die meisten Frauen und Männer sehen Kinderwunsch und Familienorientierung als Lebenssinn und Elternschaft ist eine wichtige Möglichkeit der Lebensgestaltung (vgl. Weigelt 2011: 4). Seit der Vermarktung der Pille in den 60er Jahren kann eine Frau selber entscheiden, ob sie Kinder möchte oder nicht (vgl. Beck-Gernsheim 2006: 102f.). Trotz dieser Wahlmöglichkeit kann das soziale Umfeld einen nicht unerheblichen Druck bei der Entscheidung zur Mutterschaft ausüben. Ebenso können verinnerlichte Geschlechterrollenleitbilder oder die Aussicht auf Selbstverwirklichung, Status, Macht und Kontrolle die Entscheidung beeinflussen (vgl. Textor 2002: 32). Die Möglichkeit der freien Wahl zwingt die Frauen aber auch in die Verantwortung, nur dann Kinder in die Welt zu setzen, wenn die eigenen Lebensumstände dazu geeignet sind und sie den Anforderungen an die Mutterschaft gerecht werden können (vgl. Schneider/Rost 1999: 21).

Mutterfreude

Mütter sind stolz darauf, Mutter zu sein. Sie verbinden Elternschaft mit einem Gewinn an Status und sozialer Anerkennung und erfahren mehr Respekt vom Partner. Kinder sind eine Bereicherung und die Freude an ihnen und das Erleben kindlicher Entwicklung bewerten Mütter hoch (vgl. Huwiler 1995 25-30, Nauck 2011: 333f., Weigelt 2011: 5). Die Liebe für das Kind und die wachsende Beziehung, die damit verbundene tiefe emotionale Wärme und letztlich die Rückgabe der Liebe vom Kind an die Mutter, geben enorme Freude (vgl. Textor 2002: 40). Ausserdem ermöglichen Kinder schöne und belohnende Erlebnisse und tragen zu einer positiven Stimmung in der Familie bei (vgl. Schneider et al. 2001: 289).

3.3. Mütterliche Identität

Das Erlangen einer neuen sozialen und personalen Identität beginnt bereits während der Schwangerschaft. Die zukünftige Mutter entwickelt eigene Vorstellungen von sich als Mutter, die geprägt sind von selber erlebten Mütterbildern, von eigenen Idealbildern und von gesellschaftlichen Erwartungen. Mercer schreibt, dass „das kognitive Restrukturieren, das nötig ist, um die sich wandelnden Selbst-, Ideal- und Körperbilder (...) miteinander zu vereinbaren“ (Mercer 1995, zit. nach Textor 2002: 34) einzigartig sei. Dazu gehört auch Abschied zu nehmen von bisherigen Identitäten als Erwerbstätige oder als unabhängige Frau. Damit verbunden sein kann Trauer, aber auch Gefühle wie

Ambivalenz, Angst und Unsicherheit (vgl. Textor 2002: 34f.). Auch wenn die Frau mit der Geburt sichtbar zur Mutter wird, ist die Identitätsbildung noch lange nicht abgeschlossen (vgl. ebd.: 37).

Laut Gauda ist für die Identitätsentwicklung entscheidend, ob die Mutter bereit und sensibel genug ist, emotionale Prozesse zu zulassen. Hinderlich sind zu viel Wissen und Kognition, weil Intuition, Spontanität und Gefühle gestört oder gar zerstört werden können (vgl. Gauda 1990: 223). Da, wo sich Mutterliebe entwickelt, kann eine identitätsfördernde Integration von Kognition und Emotion stattfinden. Gelingt es, das Wissen über die Vorstellung wie eine Mutter sein soll mit den eigenen Emotionen zu vereinen, ist ein wichtiger Teil der Identitätsentwicklung erreicht. Entscheidend ist nicht das *was*, sondern *wie* etwas ausgeführt wird. Ist das eigene Selbstverständnis einmal gefestigt, ist eine Abweichung von der Rollenvorstellung gut möglich (vgl. ebd.: 286f.),

3.4. Umgang mit dem Säugling

Das Erlernen von mütterlichen Fähigkeiten - das Verstehen der Signale des Säuglings durch Empathie, Sensibilität und Intuition und angemessene Reaktionen darauf- beginnt gleich nach der Geburt und ist ein andauernder Prozess. Viele Erstmütter erleben die Erkenntnis, dass die eigene und gesellschaftliche Erwartung von einer ab der Geburt der Mutter gegebenen Handlungskompetenz nicht zutrifft, als Realitätsschock. Erschwerend kommt dazu, dass nur wenige Erstmütter Erfahrung im Umgang mit einem Säugling haben. Auch die nicht gleich nach der Geburt eintretende Bindung, verunsichert viele Erstmütter. Das gegenseitige Kennenlernen durch körperliche Berührungen und Sinneserfahrungen unterstützt den Bindungsprozess (vgl. Textor 2002: 37f.).

3.5. Partnerschaft

Mit der Geburt des ersten Kindes erhoffen sich viele Paare ihr gemeinsames Glück zu vervollkommen und die Zugehörigkeit zu besiegeln. Leider ist aber die Ankunft des Nachwuchses oft eine grosse Belastungsprobe (vgl. Graf 2002: 1). Die neuen Aufgaben benötigen Zeit, was zulasten des Freizeit- und Partnerbereiches geht. El-Giamal berichtet in ihrer Studie, dass zwar das Zeitbudget von der mit dem Partner verbrachten Zeit nicht abnimmt, sich jedoch inhaltlich verändert von Gesprächen und Zärtlichkeiten hin zu kindbezogenen Aktivitäten (vgl. El-Giamal 1999: 239). Fehlende ungestörte Zweisamkeit und der Mangel an ungestörter Kommunikation, obwohl gerade während dieser Phase der Neuorientierung ein erhöhter Austausch zur Organisation des Alltags notwendig wäre, verändern die Kommunikationsstrukturen (vgl. Weigelt 2011: 6). Erstmütter beschreiben, dass Zärtlichkeiten, verbale Zuneigung und Wertschätzung abnehmen und das Streitverhalten stieg (vgl. Fthenakis/Kalicki/Peitz 2002: 86). Ebenso verringern sich positive Gefühle füreinander und es findet eine Entfremdung der Partner statt. Gossen vermutet fehlenden Raum für Austausch von Be-

findlichkeiten und fehlende Kommunikation als Ursache (vgl. Gossen 2011: 364). Wicki konnte in einer Studie bei Ersteltern ebenfalls eine Zunahme von Konfliktneigung und Abnahme von Zusammenhalt und emotionaler Partnerschaftsunterstützung vorweisen (vgl. Wicki 1999: 233).

So ist mittlerweile in zahlreichen Studien belegt, dass die Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt stark abnimmt – womit allerdings nur wenige Paare rechnen (vgl. Lenkitsch-Gnädinger 2004: 204, Reichle/Werneck 1999: 1). Balzer hat in einer Sekundäranalyse einer Studie von 1998 (mit Ersteltern von der Geburt bis 5 Jahre danach) herausgefunden, dass die Partnerschaftszufriedenheit während den gesamten ersten fünf Jahren sinkt. Bei den Müttern sinkt sie im ersten Jahr markant, danach moderat. Es wird vermutet, dass die Mütter in dieser Zeit ausserordentlich sensibel sind und darum Konflikte eher wahrnehmen. Auch fünf Jahre nach der Geburt ist die Partnerschaftszufriedenheit nicht wieder auf dem Level vor der Geburt (vgl. Balzer 2007: 99-102). Paare mit einer traditionellen Arbeitsteilung sind ein Jahr nach der Geburt und auch fünf Jahre später noch, zufriedener als Paare mit einer halbtrenditionellen Teilung. Eine möglicher Erklärung ist, dass die Rollen bei Ersteren klarer verteilt sind (vgl. ebd.: 106f.).

Auch die Sexualität verändert sich stark mit der Familiengründung. Die Mütter hatten ein eingeschränktes oder fehlendes Verlangen danach (vgl. Gossen 2011: 375). Besonders betroffen sind die Bereiche Zärtlichkeit und Sexualität, was aber das Glücksgefühl der Mütter nicht beeinträchtigt (vgl. Jurgan/Gloger-Tippelt/Ruge 1999: 47). Veränderungen in der Sexualität sind auch bereits vor der Geburt beobachtbar: Gründe sind körperliche Veränderungen, Angst vor Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Erschöpfung und Übermüdung (vgl. Weigelt 2011: 6f.).

3.6. Traditionalisierungseffekt und Aufgabenteilung

Erstmütter unterbrechen in der Regel nach der Geburt ihre Erwerbstätigkeit und übernehmen die familienbezogenen Tätigkeit (vgl. Balzer 2007: 13, El-Giamal 1999: 239). In der Literatur wird dies als Traditionalisierungseffekt bezeichnet (vgl. Weigelt 2011: 7). Selbst Paare, die vor der Geburt ähnliche Arbeitspensen aufwiesen und eine egalitäre Arbeitsteilung ausübten, sind davon betroffen. Beeinflusst wird diese Entscheidung von der nach wie vor gültigen Norm der guten Mutter: Die Mutter gehört in den ersten Lebensjahren zum Kind, da dies für die kindliche Entwicklung am besten ist (vgl. Schneider/Roost 1999: 20). So sind viele deutsche Eltern der Meinung, dass ein Elternteil nicht erwerbstätig sein sollte, solange ein Kind unter 3 Jahren ist (vgl. Schneewind/Sierwald 1999: 158). Sie sind sehr kritisch institutioneller Betreuung gegenüber und der Auffassung, dass Kleinkinder durch die Mütter betreut werden sollten (vgl. Toppe 2009: 112). Trotzdem verliert das traditionelle bürgerliche Modell (Vater Ernährer, Mutter Familienfrau) an Bedeutung und wird im-

mer weniger gelebt (vgl. Bertram 2011a: 12). Studien zeigen, dass bei der Unterteilung in traditionelle (Mutter bleibt vorwiegend zu Hause, berufliche Karriere des Vaters hat Vorrang), halbtraditionelle (Mutter und Vater erwerbstätig, Karriereplanung des Vaters ist aber wichtiger) und posttraditionelle Partnerschaftsmodelle (Arbeits- und Karriereplanung gleichwertig) das traditionelle Modell abnimmt und die halb- und posttraditionellen Modelle zunehmen (vgl. Balzer 2007: 14). Mitte der 1990er Jahre war das Ernährer-Modell in der Schweiz noch in fast der Hälfte der Familienhaushalte mit Kindern unter drei Jahren Realität, 2007 trifft es für gut ein Drittel der Haushalte mit Kleinkindern zu (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 69, Raulf 1998: 68).

Auch wenn alte Rollenmuster zunehmend aufbrechen, tragen nach wie vor hauptsächlich die Mütter die Verantwortung für das häusliche Vereinbarkeitsmanagement. Sie verändern ihre Erwerbsbiographie und übernehmen den grössten Teil der häuslichen Arbeit, während der Vater weiter seiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2008 zeigt auf, dass Mütter in Paarhaushalten mit Kindern bis 4 Jahre für Haushaltstätigkeiten 60 Stunden und für Erwerbstätigkeit nur rund 10 Stunden pro Woche aufwenden (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 69). Die ungleiche Verteilung von Vater und Mutter bei der Beteiligung an Kinderbetreuung und Hausarbeit bleibt auch bestehen, wenn die Mutter wieder erwerbstätig ist (vgl. Weigelt 2011: 7). Mütter nehmen ihre Erwerbstätigkeit meist nur in reduziertem Ausmaß wieder auf (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012: 8). Eine Erhebung aus dem Kanton Basel belegt einen Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit bei Erstmüttern wie folgt: Gut ein Drittel noch vor Beendigung oder gleich nach Ende des Mutterschaftsurlaubes, ein Viertel bis spätestens ein Jahr nach der Geburt und knapp ein Fünftel bis fünf Jahre nach der Geburt. Je ein Zehntel nehmen erste fünf Jahre später oder gar keine Erwerbstätigkeit auf (vgl. Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft 2010a: 38). Jede zweite erwerbstätige Mutter in der Schweiz hat ein Arbeitspensum bis zu 50%. Etwa jede fünfte erwerbstätige Mütter ist Vollzeit erwerbstätig (vgl. Bopp 2005: 8, Bundesamt für Statistik 2008: 69, Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft 2010a: 41). Von denjenigen Müttern, die erwerbstätig sind, sind ein Drittel nicht auf ihrer beruflichen Ausbildung tätig, viele arbeiten unter ihrer Qualifikation, weil die familiären Rahmenbedingungen keine adäquate Arbeit zulassen und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie besser ist. Eine allfällig veränderte Erwerbssituation nach der Geburt kann einen Verlust von Anerkennung und Eigenständigkeit sowie einen Verzicht von Karriere- und Fortbildungswünschen mit sich bringen (vgl. Textor 2002: 39). Schmerl meint, dass „im Durchschnitt die beruflichen Möglichkeiten von Müttern mit weniger Autonomie, mehr Monotonie, weniger Aufstiegschancen und schlechterer Entlohnung verbunden sind.“ (Schmerl 2002, zit. nach Schmid 2011: 18).

3.7. Soziale Netzwerke

Viele Erstmütter erleben die ersten Wochen nach der Geburt als sozial isoliert. Der Tagesrhythmus mit einem Neugeborenen ist ungewohnt und wird oft als sozial nicht kompatibel erlebt. Treffen mit Freunden sind schwieriger und nehmen ab und Erstmütter, die erwerbstätig waren, verlieren Kontakte, die sie früher am Arbeitsplatz pflegten (vgl. Sowak 2010: 102, Textor 2002: 39).

Beobachtbar ist aber eine Zunahme der Kontakte zur Herkunftsfamilie, wobei die Kontakte zur eigenen Familie oft besser und häufiger sind, als die zu den Schwiegereltern (vgl. Huwiler 1995: 130, Sowak 2010: 118f., 122, Weigelt 2011: 5). Die Gründe für eine Kontaktaufnahme verschieben sich von gemeinsamer Freizeitaktivität hin zu Hilfestellung und viele Ersteltern erwarten auch, durch die eigene Herkunftsfamilie unterstützt zu werden (vgl. Huwiler 1995: 47, Sowak 2010: 141). Huwiler zeigte auf, dass verwandtschaftliche Kontakte eher Betreuungsfunktionen wahrnehmen, praktische Unterstützung bieten und manchmal auch finanzielle Hilfe. Hilfe im Haushalt wird viel seltener gewährt (vgl. Huwiler 1995: 52, 134). Die grosselterliche Unterstützung ist von grosser Bedeutung und Bertram schreibt, dass die Annahme von einer isolierten Kleinfamilie nicht mehr korrekt ist, da die Kleinfamilie (Mutter/Vater/Kind) oft mit nicht im gleichen Haushalt lebenden Personen erweitert wird (vgl. Bertram 2011d: 40f., 44). Freunde springen als Gesprächspartner ein, da es mancher Mutter leichter fällt, mit einer Freundin über Unsicherheiten und Frustrationen zu reden, als mit der eigenen Mutter (vgl. ebd.: 52f., 134). Diese emotionale Unterstützung, die Erstmütter wiederum von Freunden und Bekannten erwarten, wird auch oft gewährleistet (vgl. Huwiler 1998a: 47).

Allgemein lässt sich sagen, dass junge Familien in der Schweiz und Deutschland in der Mehrzahl über ein dichtes soziales Netz verfügen. Huwiler fand heraus, dass Beziehungen nicht von der Entfernung abhängen, sondern von der emotionalen Verbundenheit und von gegenseitiger Unterstützungsleistung (vgl. ebd.: 44f.). Die praktische Unterstützung aus der Herkunftsfamilie sowie die emotionale Unterstützung von Freunden wird von den befragten Erstmüttern als positiv wahrgenommen - auch wenn rund ein Drittel sich mehr Unterstützung gewünscht hat und erwartet hätte, dass Andere auf sie zukommen und Hilfe anbieten (vgl. ebd.: 136).

3.8. Kinderbetreuung

Familienergänzende Betreuungsangebote durch Verwandte, Bekannte oder professionelle Angebote werden in der Schweiz von mindestens jeder zweiten Familie mit Vorkindergarten-Kindern in Anspruch genommen (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 71, Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft 2011b: 72). Die wöchentliche Betreuungsdauer ist eher gering: Etwa je ein Drittel der Eltern bean-

spricht einen oder zwei Tage, je 10 % der Eltern weniger als einen Tag, drei Tage oder fünf Tage. Die wenigsten Kinder werden an vier Tagen betreut (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 73f.). Bei der Art der Betreuungspersonen zeigen statistische Erhebungen ein uneinheitliches Bild: Huwiler bezieht sich 1998 auf Zahlen des Bundesamtes für Statistik und schreibt, dass Familien mit Kindern unter sieben Jahren fast zur Hälfte auf Grosseltern und zu je einem Viertel auf andere Verwandte oder Tagesmutter/Krippe zählen (vgl. Huwiler 1998a: 51). Neuere Erhebungen des Bundes von 2008 bei Familien mit Kindern bis 4 Jahre ergeben je 1.7 Betreuungstage pro Woche durch Grosseltern oder Bekannte/Nachbarn und je 2.3 Betreuungstage pro Woche durch Tagesmutter/Kindermädchen oder Kinderkrippe (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 72). Die starken Veränderungen in der Art der Betreuungspersonen (Zunahme an institutioneller Betreuung, Abnahme verwandtschaftlichen Betreuung) könnte ein Hinweis auf eine steigende gesellschaftliche Akzeptanz von familienergänzender Betreuung und auf den Ausbau von Krippen- und Tagesfamilienangeboten sein. Es kann aber dessen ungeachtet gesagt werden, dass auch die verwandtschaftliche Unterstützung einen wichtigen Beitrag bei der Kinderbetreuung leistet. In Deutschland decken Verwandte im ersten Jahr den grössten Teil der Betreuung ab und auch im dritten Jahr ist es noch die Hälfte aller familienextern erbrachten Betreuungsleistungen (vgl. Fthenakis et al. 2002: 227f.). Bei der grosselterlichen Linie werden oft die Eltern der Mutter gewählt (vgl. Adler et al. 1994: 19, Huwiler 1998a: 51). Ein ähnliches Phänomen (die Bevorzugung der Eltern der Mutter) wurde bereits im Kapitel der sozialen Netzwerke beschrieben.

3.9. Finanzielle Einbussen

Das Dazukommen eines Familienmitgliedes bedeutet auch immer höhere finanzielle Belastung des Haushaltsbudgets. Vor allem beim ersten Kind ist wegen Erstanschaffungen mit höheren Kosten als bei weiteren Kinder zu rechnen. Der zeitgleiche Wegfall oder die Reduktion eines Erwerbseinkommens der Eltern verschärft die Situation zusätzlich. Die direkten Kinderkosten bei einem Paar mit einem Kind bis zehn Jahre beziffert das Bundesamt für Statistik mit monatlich 600 Franken. Das Paar hat statistisch gesehen jedoch keine Kosteneinbusse, da kindbedingt ein Konsumverzicht stattfindet, der die Erwerbseinbusse ausgleicht (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 42). Rechnet man aber die Erwerbseinbusse dazu, verändert sich das Bild: Im ersten Jahr nach der Geburt muss mit einem Verlust von 2'410 Franken pro Monat gerechnet werden, der Durchschnitt über die ersten zehn Lebensjahre beträgt 1'320 Franken (vgl. ebd.: 40). Kinder sind ein Armutsrisiko und Kinder im Vorschulalter stellen die grösste Gruppe von Sozialhilfeempfängern (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 12, 44ff., Fluder 2005: 19).

Nach dieser ersten Auslegung über die Veränderungen, mit denen eine Erstmutter mit einem Kleinkind konfrontiert ist, wird nun im folgenden Kapitel auf das Konzept der Salutogenese eingegangen.

4. Antonovskys Konzept der Salutogenese

Der erste Teil dieses Kapitel dient der Beschreibung von Antonovskys Überlegungen zu Stress, Stimuli, Widerstandressourcen und -defiziten und dem Kernstück der Salutogenese, dem Kohärenzgefühl. In einem zweiten Teil wird sein Konzept mit weiteren theoretischen Ansätzen in Verbindung gebracht, ein Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt und Kritik und Grenzen aufgezeigt.

Die nachfolgenden Erläuterungen und Ausführungen stützen sich mehrheitlich auf die deutsche Übersetzung von Antonovskys Hauptwerk „Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well“ aus dem Jahr 1987. Als Ergänzung wird die oft zitierte Expertise „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert“ von Bengel, Strittmatter und Willmann beigezogen (erstellt 2001 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) sowie deutschsprachige Literatur zum Konzept der Salutogenese bis 1998 berücksichtigt. Auch werden Beiträge aus dem Sammelwerk „Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis.“ von Schüffel et al. verwendet; zur Vervollständigung wird vereinzelt weitere Literatur zitiert.

Der Medizinsoziologe Antonovsky, ein nach Israel emigrierter amerikanischer Soziologe, erforschte um 1970 die Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen und fand bei der Datenanalyse etwas Verblüffendes vor: Das Wohlbefinden von Frauen, die in jungen Jahren in einem Konzentrationslager inhaftiert waren und überlebt hatten, war zwar tiefer als bei anderen Gruppen, doch immer noch erstaunlich hoch (vgl. Antonovsky 1997: 15). Ausgehend von dieser Erkenntnis beschäftigte sich Antonovsky vertieft mit der Frage, was Menschen gesund erhält. Zeitgleich unterlag das bisherige biomedizinische Modell in wissenschaftlichen Kreisen grosser Kritik und Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und aus der Stressforschung, die besagten, dass der Mensch durch eine bestimmte Erziehung und Entwicklung ein gesundes Leben führen kann, eröffneten einen neuen Blickwinkel auf den Menschen. Dieser, ausserhalb der medizinischen Denkrichtung entstandene Blickwinkel, definierte das Individuum nicht mehr nur als Träger einer Krankheit, sondern auch als Mensch, der im ständigen Austausch mit seiner Umwelt steht. Dadurch entstand ein

umfassenderes Bild des Menschen in Bezug auf Krankheit (vgl. Bengel et al. 2001: 17, Jork 2003: 17, Maoz 1998: 17f.). Doch auch die Erweiterung zu einem bio-psychosozialen Krankheitsmodell genügte Antonovsky nicht. Er war der Ansicht, dass die damalige Gesundheitsförderung zentralen Ressourcen von Gesundheit zu wenig Beachtung schenkte und fokussierte sich in seinen Arbeiten auf psychosoziale Faktoren. So entwickelte er das Modell der Salutogenese bzw. Gesundheitsentstehung, abgeleitet vom lateinische „salus“ für Gesundheit und vom griechischen „genese“ für Entstehung (vgl. Schüffel et al. 1998b: o.S.). Sack und Lamprecht sprechen von einem der „einflussreichsten Theoriemodelle der Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit.“ (Sack/Lamprecht 1998: 325).

Zur Abgrenzung der in der Medizin vorherrschenden Pathogenese stellte Antonovsky einige Aspekte der beiden Denkrichtung einander gegenüber:

Kontinuum vs. Dichotomie

Die Pathogenese teilt die Menschen in gesund oder krank ein. Die Salutogenese hingegen geht von der Annahme aus, dass der Mensch sich kontinuierlich zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit bewegt. So sind wir alle, solange wir leben, ein bisschen gesund und ein bisschen krank. Antonovsky nennt dies das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Gesundheit wird nicht als Normalzustand betrachtet und Krankheit stellt keine Abweichung von der Norm dar (vgl. Antonovsky 1997: 22f.).

Homöostase vs. Heterostase

Die Pathogenese nimmt an, dass normalerweise selbstregulierende und homöostatische Prozesse hin und wieder entreguliert werden, während Antonovsky der Meinung ist, dass sich der Mensch ständig in „(...) einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet“ (Antonovsky 1997: 124) und den Kräften der Entropie ausgesetzt ist (vgl. ebd.: 22). Diese Charakteristikum jedes lebenden Organismus kommt daher, dass täglich zahlreiche Reize auf den Menschen einwirken, auf die er keine passende Antwort hat (vgl. ebd. 125). Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl haben die Fähigkeit, „(...) Ordentlichkeit aus der Umwelt zu saugen, die den auf Unordnung gerichteten Druck aus der internen und externen Umwelt ausgleicht“ (Ebd.: 116), das heisst sie haben die Fähigkeit, negative Entropie herzustellen.

Gesundheitsfaktoren vs. Risikofaktoren

Aus pathogener Sicht werden Krankheiten durch Risikofaktoren ausgelöst und Hypothesen werden in Bezug auf diese formuliert. Die Salutogenese hingegen fragt danach, was der Mensch braucht, um sich dem Pol der Gesundheit, und nicht dem Pol der Krankheit, nähern zu können. Laut Antonovsky reicht bereits die Abwesenheit von Risikofaktoren aus, um gesünder zu werden. Er stellt sich darum die Frage, „(...) welche Faktoren nicht nur als Puffer wirken, sondern direkt zur Gesundheit beitragen.“ (Ebd.: 25). Diese nennt er Gesundheitsfaktoren (vgl. ebd.: 25).

Geschichte vs. Krankheit

Kommt eine kranke Person zu einem Pathogenesen, wird dieser den Patienten auf die Krankheit reduzieren und seinen Blick auf den Auslöser der Krankheit richten. Auch pflegen, so Antonovsky, zwei medizinische Spezialisten aus unterschiedlichen Wirkungsfeldern keinen Austausch, obwohl sie die gleiche Krankheit behandeln. Diese beiden Punkte bemängelt Antonovsky, da sie zu einer eingeschränkten Betrachtung der Person führen. Der Salutogenese hingegen wendet sich nicht primär dem Patienten zu, sondern dem Menschen. Er fokussiert nicht nur die Krankheit der Person, sondern berücksichtigt auch seine Geschichte und versucht diese zu verstehen (vgl. ebd.: 23f., 27).

Trotz der unterschiedlichen Ansichten von Pathogenese und Salutogenese plädiert Antonovsky nicht für die totale Aufgabe der Pathogenese zugunsten der Salutogenese. Er weist darauf hin, dass die Pathogenese lobenswerte Dienste an der Menschheit getan hat und beide Denkrichtungen notwendig sind und komplementär verwendet werden sollen (vgl. ebd.: 30).

Das Leben beschreibt Antonovsky (1997: 92) als Fluss:

(...) meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“

Mit dem Blick auf Antonovskys Biographie mag die eher bedrohliche Vorstellung des Lebens als gefährlichen, herausfordernden Fluss möglicherweise besser verständlich sein: Antonovsky wurde 1923 als Jude in den USA geboren und emigrierte 1960 nach Israel. Er erlebte die Schrecken des Holocaust und die Grausamkeiten menschlicher Macht. Das Erleben von Bedrohung, Willkür und Ausgeliefertheit erschütterten sein Weltbild (vgl. Schüffel et al. 1998a: 3f.). Es scheint, wie wenn er in dieser *äusserlichen* Zerrüttetheit die Hoffnung auf eine im einzelnen Menschen angelegte *innere* Persönlichkeitseigenschaft hegt, die wieder Klarheit und Ordnung schaffen kann (vgl. Meller 2008: 29f.).

4.1. Stimuli, Reize, Stressoren, Spannung und Stresszustand

Das Konzept des Kohärenzgefühls entstand in der Auseinandersetzung mit der Tradition der Stressforschung (vgl. Sack/Lamprecht 1998: 328f.). Antonovsky bemängelte bei den vorherrschenden individualpsychologischen Theorien die Gleichsetzung von Stress und Spannung und erweiterte die Begriffe Stress und Stressoren (vgl. Meller 2008: 40). Er definiert Stressoren als „Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (Antonovsky 1997: 43) und bezeichnete sie als unumgänglich und Teil des alltäglichen Lebens. Anhand bereits in bestehender Literatur benannter Stressoren unterschied er drei Typen: chronische Stressoren (zum Beispiel die kontinuierliche Erfahrung inadäquater Ressourcen oder Rollenangebote), wichtige Lebensereignisse und akute tägliche Widrigkeiten. Erstere sieht Antonovsky als primäre Determinanten des Kohärenzgefühls (vgl. Bengel et al. 2001: 46f.). Im Weiteren fand er heraus, dass eine grosse Anzahl Stressoren in Kombination mit grosser sozialer Unterstützung sogar gesundheitsfördernd sein können (vgl. Antonovsky 1997: 26). Stressoren können folglich sowohl krankheits- als auch gesundheitsfördernd sein.

Stressoren sind Stimuli und Reize, die Spannung auslösen können, die wiederum zu einem Stresszustand führen kann (vgl. Bengel et al. 2001: 20). Unterteilt in drei Bewertungsstufen und angelehnt an Lazarus, beschreibt sie Antonovsky folgendermassen: In einer ersten Bewertungsstufe (primäre Bewertung-I) wird der Reiz als spannungserzeugend oder neutral resp. als Stressor oder Nicht-Stressor beurteilt. Wird der Reiz als spannungserzeugend betrachtet, folgt eine Spannung und die zweite Bewertungsstufe (primäre Bewertung-II). In dieser wird der Stressor in einem kognitiven Prozess als für das eigene Wohlbefinden irrelevant, ungünstig oder bedrohlich bewertet. Wird der Stressor als irrelevant oder ungünstig erachtet, wird er in einen Nicht-Stressor umgewandelt, in der Annahme, dass sich die Spannung bald auflöst. Wird der Stressor hingegen als bedrohlich für das eigene Wohlbefinden erlebt, führt dies zu einer dritten Bewertungsstufe (primäre Bewertung-III). In

dieser letzten Stufe geht es um die emotionale und instrumentelle Wahrnehmung der mit dem Stressor ausgelösten Probleme. Diese Emotionen können diffus vs. zielgerichtet sein und folglich entweder eine Lähmung oder eine Motivation bei der betroffenen Person hervorrufen. Auch der instrumentelle Parameter kann entweder als komplex oder als klar, spezifisch und präzise wahrgenommen werden bzw. entweder als Last oder als Herausforderung. Eine negative Einschätzung in der dritten Bewertungsstufe führt zu einem Stresszustand (vgl. Antonovsky 1997: 125f., 129, Bengel et al.: 33).

4.2. Generalisierte Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite

Als generalisierte Widerstandsressource wird jeder Faktor bezeichnet, der „(...) zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist.“ (Antonovsky 1997: 16). Widerstandsressourcen können zweierlei Einfluss nehmen: Sie erlauben vorhandene Spannungszustände zu reduzieren und verhelfen einem Menschen zu Lebenserfahrungen, die das Kohärenzgefühl stärken (vgl. Bengel et al. 2001: 36f.). Angesiedelt auf individueller, sozialer und kultureller Ebene nennt Antonovsky Ressourcen wie Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten und kulturelle Stabilität (vgl. ebd.: 34).

Das ursprüngliche Konzept der Widerstandsressourcen überarbeitete Antonovsky später, da er erkannte, dass sämtliche oben genannten spannungsreduzierenden Faktoren bei einem Mangel ebenso spannungsfördernd sein können. Diese Faktoren benannte er als generalisierte Widerstandsdefizite. Mit dieser Neukonzeption brachte er erneut die Idee des Kontinuums ein, diesmal bezogen auf die im Leben auftauchenden Widerstände. Die Frage ist, wo sich der Mensch auf diesem Kontinuum befindet. In Abhängigkeit dessen kann ein Faktor eine Widerstandsressource oder ein Widerstandsdefizit sein. Widerstandsressourcen ermöglichen Lebenserfahrungen, die das Kohärenzgefühl stärken, Widerstandsdefizite schwächen das Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997: 44, 123).

4.3. Das Konzept des Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist eine der Hauptdeterminanten dafür, wo man auf dem Kontinuum Gesundheit-Krankheit steht und in welche Richtung man sich bewegt. Es ist eine Lebenseinstellung, die bestimmt, wie alltägliche Belastungen bewertet und bewältigt werden. Antonovsky (1997: 18) beschreibt es als

(...) eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne

und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.

In Studien erkannte Antonovsky klare Unterschiede zwischen Personen mit einem starken Kohärenzgefühl und Personen mit einem schwachen Kohärenzgefühl, die ihn dann zu den zwei kognitiven Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit führten. Später fügte er eine dritte motivationale Komponente, die Bedeutsamkeit, hinzu (vgl. ebd.: 33-35).

4.3.1. Verstehbarkeit (Comprehensibility)

Die Komponente der Verstehbarkeit konnte Antonovsky in seinen Forschungen am klarsten erkennen: Bei Menschen mit einer hohen Verstehbarkeit „(...) als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information“ (Ebd.: 34), bei Menschen mit einer niedrigen Verstehbarkeit als „(...)Rauschen - chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Ebd.: 34). Die Verstehbarkeit „(...) bezieht sich auf das Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt.“ (Ebd.: 34). Das Verstehen bezieht sich nicht nur auf gerade eingetretene Stimuli, sondern auch auf zukünftige Reize. Personen mit einer hohen Verstehbarkeit sind der Meinung, dass sie die Fähigkeit haben, spätere Stimuli vorherzusagen, sie einzuordnen und zu erklären. Eine hohe Verstehbarkeit zu haben, bedeutet jedoch nicht, die Stimuli nach seiner Wahl steuern zu können, sondern hilft einzig dabei, *wie* solche Ereignisse erklärt werden (vgl. ebd.: 34).

4.3.2. Handhabbarkeit (Manageability)

Auffallend bei Antonovskys Interviews war, dass bei der Personengruppe mit niedrigem Kohärenzgefühl stets das Wort „Pechvogel“ zu hören war: Das Leben ist geprägt von Unglück und Unrecht, Ereignissen gegenüber ist man als Opfer ausgeliefert und der Lauf der Dinge wird sich nicht ändern. Die Personengruppe mit einem hohen Kohärenzgefühl hingegen wertete Ereignisse als Erfahrungen, als Herausforderungen, die gemeistert werden können oder im schlimmsten Fall ertragen werden. Diese zweite Komponente nannte Antonovsky Handhabbarkeit, „(...) das Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat um den Anforderungen zu begegnen, die von Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.“ (Ebd.: 35). Die Ressourcen können bei der Person selber vorhanden sein oder auch bei zuverlässigen Menschen, denen man vertraut (vgl. ebd.: 35).

4.3.3. Bedeutsamkeit (Meaningfulness)

Die dritte Komponente des Kohärenzgefühls ist die Bedeutsamkeit, also „(...) das Ausmass, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet.“ (Ebd.: 35). Sie ist das motivationale Element, das nicht auf der Ebene der Kognition basiert, sondern die Emotionen der Menschen berücksichtigt. Hohe Bedeutsamkeit heisst gewisse Lebensbereiche als wichtig und als Herausforderung zu betrachten und emotional darin zu investieren. Bedeutsamkeit muss nicht zwingend mit Glück einhergehen, doch eine Person, die einer Herausforderung hohe Bedeutsamkeit zollt, nimmt diese gerne an und bewältigt diese würdevoll (vgl. ebd.: 35).

4.3.4. Kohärenzgefühl und Grenzziehung

Es ist möglich ein hohes Kohärenzgefühl zu haben, ohne die gesamte objektive Welt als kohärent wahrzunehmen. Jeder Mensch zieht seine eigenen Grenzen und alles was sich ausserhalb befindet, hat keinen Einfluss auf das Kohärenzgefühl. Wichtig ist, dass die Person innerhalb ihrer Grenzen Lebensbereiche hat, die sie als subjektiv bedeutsam wertet. Fehlen bedeutsame Bereiche innerhalb der eigenen Grenzen, ist das Kohärenzgefühl immer niedrig. Niedrig ist es auch, wenn folgende vier Themenkomplexe ausserhalb der eigenen Grenzen liegen: 1. die eigenen Gefühle, 2. die unmittelbaren Beziehungen, 3. die eigene wichtigste Tätigkeit oder 4. existenzielle Fragen wie der Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte oder Isolation. Klammert man diese Bereiche aus, blendet man einige Bereiche des Selbst aus und verliert damit automatisch an Bedeutsamkeit. Eine gewisse Flexibilität bei der Grenzziehung kann helfen, das Kohärenzgefühl zu stärken. Wird innerhalb der Grenzen eine Herausforderungen als nicht handhabbar oder verstehbar erlebt, kann die Person diesen Bereich vorübergehend ausschliessen, indem sie die Grenzen enger zieht. Hingegen können Lebensbereiche, die bisher ausserhalb der Grenzen lagen, Schritt für Schritt einbezogen werden. So kann das Kohärenzgefühl erhalten oder sogar gestärkt werden (vgl. ebd.: 39f., 131).

4.3.5. Kohärenzgefühl, Bewertung und Bewältigung

Welche Wirkungsweisen hat das Kohärenzgefühl? Das Kohärenzgefühl beeinflusst die unterschiedlichen Bewertungsprozesse bei Auftreten eines Reizes. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl nehmen einen Reiz eher als Nicht-Stressor denn als Stressor wahr. Ein Stressor wird in der Folge in der zweiten Bewertungsstufe eher als günstig und irrelevant eingestuft. Die Person mit einem niedrigen Kohärenzgefühl wertet den Stressor höchstwahrscheinlich als bedrohlich. In der dritten und letzten Bewertungsstufe kann eine Person mit einem hohen Kohärenzgefühl den Stressor mit angepassten und zielgerichteten Gefühlen bewältigen, während die Person mit einem niedrigen Kohä-

renzgefühl in einen Stresszustand fällt und handlungsunfähig wird (vgl. Antonovsky 1997: 126f., Bengel et al. 2001: 33f.). Eine Person mit einem hohen Kohärenzgefühl kann in einer Situation Ordnung schaffen, emotionale und kognitive Bewertungen vornehmen und Ressourcen mobilisieren. Eine Person mit niedrigem Kohärenzgefühl hingegen, sieht in der gleichen Situation Chaos und Überforderung (vgl. Antonovsky 1997: 166). Das Kohärenzgefühl ist aber keine Coping-Strategie, sondern es ermöglicht eben gerade, in einer bestimmten Situation die am besten geeignete Coping-Strategie zu wählen (vgl. ebd.: 130). Eine Person mit einem hohen Kohärenzgefühl zeichnet sich dadurch aus, dass sie flexibel auf belastende Ereignisse reagieren kann (vgl. Sack/Lamprecht 1998: 329).

4.3.6. Entwicklung und Veränderung des Kohärenzgefühls

Antonovsky geht davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl in der Kindheit ausbildet, da in diesen Jahren noch viele Wahlmöglichkeiten zu Verfügung stehen und die Lebensbereiche noch nicht festgelegt sind. Das Jugendalter dient dazu, die in der Kindheit gemachten Erfahrungen zu verfestigen, wobei Antonovsky keine allgemein gültigen Wege dazu aufzeigt. Die Lebenswelten sind zu komplex und unterschiedlich. Entscheidend ist, wie die von Jugendlichen gemachten Lebenserfahrungen behindert oder vereinfacht werden (vgl. Antonovsky 1997: 101). Mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter und einem vorläufigen Abschluss der Identitätsentwicklung, der Übernahme von sozialen Rollen und der Berufswahl entscheiden wir uns zu einem langjährigen Muster von Lebenserfahrungen, geleitet von der auf bisherigen Erfahrungen aufgebauten Weltsicht (vgl. ebd.: 105, 114).

Das Kohärenzgefühl wird durch die in der Kindheit erlebten Muster von Lebenserfahrungen erzeugt: „Konsistente Erfahrungen schaffen die Basis für die Verstehbarkeitskomponente, eine gute Belastungsbalance diejenige für die Handhabbarkeitskomponente und, weniger eindeutig, die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsereignisses diejenige für die Bedeutsamkeitskomponente.“ (Ebd.: 93):

Entwicklung von Verstehbarkeit durch konsistente Erfahrungen

Bereits nach der Geburt kann ein Säugling Interaktionen hervorrufen, welche ihm konsistente Erfahrungen ermöglichen. Stetig lernt er, dass Objekte verschwinden und verlässlich wieder erscheinen. Mit dem kontinuierlichen Erleben von gleichbleibenden Stimuli und Reaktionen entsteht eine Art Routine und die Welt wird Stück für Stück verstehbar (vgl. ebd.: 95f.) Mit zunehmendem Alter wird das Kind mit einer immer grösser werdenden komplexen sozialen Umwelt konfrontiert. Diese Komplexität kann Inkonsistenz mit sich bringen. Wenn Sozialisationsinstanzen wie Eltern, Lehrer

und Gleichaltrige unterschiedliche Werte und Normen vertreten und unterschiedliche Verhaltensweisen vorleben, kann dies eine Gefährdung für konsistente Erfahrungen sein (vgl. ebd.: 99f.). Konsistente Erfahrungen im Beruf sind möglich durch das Vertrauen um die Arbeitsplatzsicherheit, durch Gruppenidentifikation mit den Arbeitskollegen oder durch gemeinsame Werte und normative Vorstellungen (vgl. ebd.: 112).

Entwicklung von Handhabbarkeit durch eine gute Belastungsbalance

Das Kleinkind erlebt in der Regel ein Ungleichgewicht von Belastungen. Von aussen gestellte Forderungen bei der Sauberkeitserziehung oder der Nahrungsaufnahme können die kleinkindlichen Möglichkeiten übersteigen. Erst die Fähigkeit von Halten und Loslassen - nach Erikson die Stufe der Autonomie vs. Scham - ermöglicht dem Kleinkind selber zu wählen. Auch beginnt das Kind mit zunehmendem Alter, Forderungen zu stellen. Wenn das Kind etwas möchte, dann sind vier Reaktionen der Umwelt möglich: ignorieren, ablehnen, lenken, ermuntern oder bestätigen. Erstere zwei sollten wenig genutzt werden und letztere drei oft, da es zur Förderung der Handhabbarkeit eine ausgewogene Struktur in allen vier Bereichen benötigt (vgl. ebd.: 97-99).

In Bezug auf den Beruf schreibt Antonovsky, „(...) dass wiederholte Arbeitserfahrungen, die den Möglichkeiten der arbeitenden Person entsprechen, die ihr angemessenes Material und soziale und organisatorische Ressourcen zur Verfügung stellen und die neben gelegentlichen Überlastungen auch die Möglichkeit bieten, sich zurückzuziehen und Energie zu speichern, das Handhabbarkeitserleben stärken werden.“ (Ebd.: 109). Neben den eigenen Ressourcen (Wissen und Fertigkeiten) und institutionelle Ressourcen (Materialien und zur Verfügung stehendes Rüstzeug), sind das Wissen um Erhalt von sozialer Unterstützung und die Möglichkeit von Ruhe und Erholung genauso wichtig. Wenn die Arbeit jedoch die eigenen Fähigkeiten zu wenig beansprucht, kann dies auch zu einer Unterforderung führen, die die Handhabbarkeit schwächt (vgl. ebd.: 109f.).

Entwicklung von Bedeutsamkeit durch Partizipation

Partizipation bedeutet eine wirksame Mitsprache einer Person. Die Person soll entscheiden können, ob sie eine gewisse Erfahrung machen möchte, nach welchen Regeln diese Erfahrung verlaufen soll und wie darauf folgende Probleme und Aufgaben gelöst werden können. Ausserdem muss die Aktivität sozial anerkannt sein (vgl. ebd.: 93f.). Beim Kleinkind stellt sich die Frage nach der Art der Reaktion der Umwelt auf eine eigene Handlung. Es kann sehr wohl konsistente Erfahrungen machen, doch wenn die Reaktion jeweils emotional negativ behaftet ist, dann werden auch die konsistentesten Erfahrungen keine Partizipation, sondern Abwertung, signalisieren. Die Stimme, Berührungen, Zuwendung und das Spiel sind essentielle Instrumente für den Ausdruck von Bedeutsam-

keit (vgl. ebd.: 97). Im Beruf wird die Bedeutsamkeit durch soziale Achtung des Unternehmens und der eigenen Arbeit gefördert, was sich u.a. durch eine faire Entlohnung und Entscheidungsspielraum bei der Arbeit kennzeichnet (vgl. ebd.: 112).

Im Erwachsenenalter sind laut Antonovsky keine einschneidenden Veränderungen des Kohärenzgefühls mehr möglich, da die eigene Weltsicht bereits tief verwurzelt ist. Das Kohärenzgefühl kann sich zwar noch verstärken oder abschwächen, Antonovsky schreibt aber, dass es bei Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl zu einem noch höheren Kohärenzgefühl und bei Personen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl zu einem noch Niedrigeren führt. Die Person mit einem hohen Kohärenzgefühl kann bei Störungen genügend Ressourcen mobilisieren für positive Bewältigungserlebnisse, was das Kohärenzgefühl stärkt. Die Person mit einem niedrigen Kohärenzgefühl wird wegen mangelnden Ressourcen immer mehr geschwächt und gerät so in eine Abwärtsspirale (vgl. ebd.: 114f.). Temporäre Veränderungen des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter sind immer möglich, da das erreichte Level nur einen Durchschnittswert darstellt (vgl. ebd.: 118). Für eine dauerhafte Veränderung benötigt es jedoch die Möglichkeit, sich über mehrere Jahre neue Lebenserfahrungen aneignen zu können (durch z.B. eine neue Arbeit oder eine Heirat). Diese Erfahrungen müssen geprägt sein von Konsistenz, ausgewogener Belastungsbalance und wirksamer Einflussnahme. Den Prozess beschreibt Antonovsky als „(...) etwas ausfindig zu machen, was ich eine Kohärenzgefühlverbessernde Erfahrung nennen möchte.“ (Ebd.: 119). Bengel et al. stellen dem entgegen, dass es Hinweise in Studien gibt, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter zunimmt und Sack und Lamprecht berichten von einer eigenen Studie, in welcher die Steigerung des Kohärenzgefühls durch die Wirkung einer mehrwöchigen Psychotherapie nachgewiesen wurde (vgl. Bengel et al. 2001: 51, Sack /Lamprecht 1998: 333).

4.3.7. Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit

Antonovsky nimmt an, dass das Kohärenzgefühl direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit hat. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl können besser mit Spannung umgehen und so zur Stärkung und Verbesserung ihrer Gesundheit beitragen (vgl. Antonovsky 1997: 141f.). Er ist unsicher, ob weitere Korrelationen zwischen anderen Aspekten von Gesundheit und Kohärenzgefühl bestehen (vgl. ebd.: 163). Zahlreiche spätere Studien kommen zum Ergebnis, dass, entgegen Antonovskys Annahme, nur geringe bis keine Zusammenhänge zwischen körperlicher Gesundheit und Kohärenzgefühl nachweisbar sind. Jedoch korreliert das Kohärenzgefühl mit der seelischen Gesundheit, dem Lebensgefühl und dem Wohlbefinden (vgl. Bengel et al. 2001: 43-46, Sack

/Lamprecht 1998: 332). Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl wählen laut Antonovsky eher gesundheitsbewusstes Handeln, doch er lässt die Frage offen, ob dies aufgrund des Kohärenzgefühls sei oder ob es am Habitus liegt (vgl. Antonovsky 1997: 141f.). Auch Bengel et al. schreiben, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl weniger gesundheitsschädliche Coping-Strategien als Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl nutzen, was aber bisher nicht empirisch bestätigt werden konnte (vgl. Bengel et al. 2001: 49).

4.3.8. Stand der Forschung

Bengel et al. untersuchten etwa 50 Studien zum Kohärenzgefühl; sie entstanden zwischen 1992 und 2001 und stammen sowohl aus dem europäischen als auch aus dem amerikanischen Raum. Frühere Studien sind bereits von Antonovsky zusammengefasst und reflektiert worden. Bei der Auswertung der rund 200 Studien, die seit der Veröffentlichung von Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls durchgeführt wurden, bemängeln Bengel et al. zweierlei: Erstens stammen nur wenige Studien aus den Vereinigten Staaten, von dort, wo die wissenschaftlichen Triebkräfte sind, und zweitens wurde das Konstrukt vor allem von Forschern um Antonovsky herum untersucht (vgl. ebd.: 41f.).

Das Kohärenzgefühl wurde oft im Zusammenhang mit folgenden Faktoren erforscht: Gesundheit (allgemeiner Zustand, körperliche oder psychische Beschwerden/Symptome, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden), Stresswahrnehmung und Coping, soziales Umfeld (Unterstützung, Aktivitäten, Zufriedenheit in Ehe und Partnerschaft), Gesundheitsverhalten (Nutzung von Angeboten, Alkoholkonsum, Sport und Freizeitverhalten) und Personenmerkmale (vgl. ebd.: 42f.). Empirisch belegt ist, dass das Kohärenzgefühl und die Bewertung einer Situation als stressreich, korreliert. Dieser Zusammenhang konnte sogar anhand körperlicher Symptome bestätigt werden. Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Coping-Strategien festgestellt. Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl zeigen eher depressive Bewältigungsstrategien, defensive Abwehrmechanismen und Resignation. Menschen mit hohem Kohärenzgefühl versuchen die Situation aktiv zu kontrollieren und zu bewältigen. Weitere drei Studien zeigen, dass das Kohärenzgefühl mit der Anzahl Freunde, der sozialen Unterstützung und der ehelichen Zufriedenheit zusammenhängt. Ein Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen kann nicht zusammenfassend nachgewiesen werden. Einzelne Studien sprechen dafür, andere wiederum belegen keine Korrelation und so kann aufgrund der bisherigen Erkenntnisse keinen einheitlichen Zusammenhang festgestellt werden. Antonovskys Annahme, dass das Kohärenzgefühl nicht mit soziokulturellen und -demografischen Faktoren zusammenhängt, kann laut Bengel et al. bisher weder bestätigt noch widerlegt werden. Die meisten Studien zu Personenmerkmalen belegen keinen Zu-

sammenhang. Interessant ist jedoch, dass bei der Betrachtung des Geschlechts einige Studien bei Frauen ein niedrigeres Kohärenzgefühl aufzeigen als bei Männern. Bengel et al. machen darauf aufmerksam, dass „(...) ein Einfluss des Geschlechts auf die Ausbildung des Kohärenzgefühls zumindest weiterhin in Betracht gezogen werden muss“ (Ebd.: 51). Und obwohl der Bildungsstand keinen Einfluss auf das Kohärenzgefühl hat, zeigen zwei Studien, dass die Art der Beschäftigung, die darin enthaltenen Spielräume und das Einkommen mit dem Kohärenzgefühl korrelieren (vgl. ebd.: 46-52).

4.4. Salutogenese und weitere Konzepte

Da Antonovsky sein Konzept in der Auseinandersetzung und Abgrenzung der Stressforschung erarbeitete, soll nachfolgend noch der Vergleich mit ähnlichen Konzepten hergestellt werden.

Mitte des 20. Jahrhunderts fanden Selye und Cannon heraus, dass gleiche Stressoren individuell wahrgenommen und unterschiedlich belastend empfunden werden. Sie erforschten Ressourcen zur Stressbewältigung und teilten diese in Innerliche und Äusserliche ein. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen entwickelten sich unterschiedliche Stressmodelle.

Internale Kontrollüberzeugung nach Rotter

Das zeitlich älteste und bisher einflussreichste Modell stammt von Julian B. Rotter. Seine Erkenntnis war, dass die eigene Überzeugung, Ereignisse und Situationen selbst aktiv beeinflussen zu können, eine erhöhte Stressresistenz bringt (vgl. Sack/Lamprecht 1998: 328f.).

Selbstwirksamkeit nach Bandura

Die bekanntesten in der 70er Jahren entwickelten Modelle der Stressforschung sind das Konzept der Selbstwirksamkeit von Albert Bandura, zusammen mit dem im nächsten Abschnitt beschriebenen Konzept der Abhärtung von Suzanne Kobasa. Bandura definiert die Selbstwirksamkeit als die eigene Überzeugung, Schwierigkeiten selber meistern zu können. Sie ist ausschlaggebend dafür, welche Herausforderungen eine Person annimmt und wie viel Anstrengung sie investiert (vgl. ebd.: 328f.).

Abhärtung (Hardiness) nach Kobasa

Abhärtung ist eine Persönlichkeitseigenschaft die aus drei Komponenten besteht: Kontrolle, Herausforderung und Zielbindung. In weiteren geht Suzanne Kobasa davon aus, dass die Sinnorientierung eine zentrale Bedeutung hat für die seelische Gesundheit hat (vgl. ebd.: 328f.).

Die Modelle Selbstwirksamkeit und Abhärtung unterscheiden sie sich in zwei wesentlichen Punkten vom Konzept der Salutogenese: Erstens gehen Bandura und Kobasa von Persönlichkeitseigenschaften aus, die sich dynamisch entwickeln können, während Antonovsky von einer übergeordneten Instanz, einer Lebenseinstellung, und einer grundlegenden Orientierung der Welt spricht, die nur minimal veränderbar ist (vgl. Moaz 1998: 28). Zweitens nehmen Kobasa und Bandura an, dass bestimmte Ressourcen zwingend vom Individuum kontrolliert werden müssen. Antonovsky vertritt den Standpunkt, dass die Zuschreibung von Kontrolle auch an eine übergeordnete Instanz (Gemeinschaft oder Gott) delegiert werden kann (vgl. Sack/Lamprecht 1998: 328f.).

Die beiden weiteren Konzepte, Resilienz und Prävention/Gesundheitsförderung, sind nicht in der Stressforschung angesiedelt, werden aber wegen der Nähe zum Thema Gesundheit ebenfalls kurz erläutert.

Resilienz

Die Resilienzforschung entwickelte sich etwa zur gleichen Zeit wie die Salutogenese. Wegweisend für die Resilienz war die Kaua-Studie, welche der Frage nachging, warum sich Kinder trotz widrigen Umständen gesund entwickeln (vgl. Antonovsky 1997: 55f.). Ursprünglich davon ausgehend, dass Resilienz ein Ergebnis von Schutzfaktoren trotz entwicklungshindernden Bedingungen ist, wird seit den 90er Jahren auch von personaler Ressource oder Persönlichkeitsmerkmal gesprochen (vgl. Meller 2008: 60f.). Bengel et al. nehmen an, dass Antonovsky nicht viel von der Resilienzforschung wusste, da Resilienz und Salutogenese in unterschiedlichen Forschungsdisziplinen angesiedelt sind (vgl. Bengel et al. 2001: 63f.).

Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention hat ihren Ursprung im 19. Jahrhundert. Mit dem Erkennen von unzureichenden hygienischen Lebensbedingungen und schlechten Arbeitsbelastungen fasste man das Ziel, das Auftreten von Krankheiten zu verhindern (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010: 13). Gesundheitsförderung ist ein jüngerer Ansatz und wurde von der WHO in Diskussionen über die Gesundheitspolitik Mitte der Achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts ins Leben gerufen. Sie zielt darauf ab, Schutzfaktoren und Gesundheitsressourcen zu stärken (vgl. Hurrelmann et al. 2010: 13, 16). Hafen zeigt auf, dass Gesundheitsförderung und Prävention sehr nahe beieinander liegen. Prävention fokussiert genauso auf gesundheitsförderliche Faktoren, wie die Gesundheitsförderung ihre Ziele nur erreichen kann, indem sie gesundheitshinderliche Faktoren berücksichtigt. Da Gesundheit nicht fassbar ist, ist die direkte Förderung schwierig und die Gesundheitsförderung versucht (genauso wie die Prävention), durch

Minderung von Risikofaktoren und Stärkung von Schutzfaktoren indirekt Gesundheit anzustreben bzw. zu fördern. Auch weitere Konzepte, die auf die Förderung von Gesundheit oder die Verhinderung von Krankheit abzielen, sind sich laut Hafen insgesamt formal und funktional sehr ähnlich und es scheint, dass die Abgrenzungsversuche primär dazu dienen, die eigene Identität der unterschiedlichen Berufsgruppen zu stärken (vgl. Hafen 2007: 76-78). Auch laut Franzkowiak werden die beiden Begriffe oft gleichgesetzt und sind nicht klar trennbar. Darum macht es aus seiner Sicht Sinn, Prävention und Gesundheitsförderung stets zu kombinieren um einen möglichst grossen Gewinn zu erhalten (vgl. Franzkowiak 2006: 20). Antonovsky selber betonte, dass die Gesundheitsförderung trotz ihrer Nähe zur Salutogenese pathogen orientiert ist und sich auf Risikofaktoren fokussiert. Ihr Ziel ist die Verminderung von Risiken durch Aufklärung und Verhaltensänderung (vgl. Johnen 1998: 155).

4.5. Salutogenese und Soziale Arbeit

Salutogenetische Ansätze sind auch in der Sozialen Arbeit zu finden: Der Blick auf den Menschen nicht als Krankheitsträger, sondern als Mensch mit einer Biographie, die Ressourcenperspektive und auch die Partizipation, die laut Antonovsky wichtig für die Bedeutsamkeit ist, werden in der Sozialen Arbeit angewandt. Die Ausrichtung von Gesundheitsförderung weg von Risikofaktoren hin zu gesundheitsförderlichen Bedingungen und Schutzfaktoren ist laut Köppel ein salutogenetischer Ansatz (vgl. Köppel 2003: 16). Gesundheitsförderung ist wiederum eng mit der Sozialen Arbeit verknüpft. Gesundheitsförderung will, wie auch die Soziale Arbeit, Gesundheitsressourcen herausfiltern und stärken und gesundheitliche Chancengleichheit herstellen (vgl. Franzkowiak 2006: 17f.) Lebensweltorientierung und Empowerment sind grundlegende Strategien der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 71).

4.6. Kritik am Konzept und Grenzen der Salutogenese

Hafen schreibt, dass auch Antonovskys Konzept der Salutogenese letztendlich pathogen ausgerichtet ist, da sich Antonovskys Aufforderung darauf zu schauen, was gesund erhält, in nichts unterscheidet zu einem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept wie es in der Prävention oder Gesundheitserziehung zu finden ist. So erreicht auch die Salutogenese die Gesundheit nur über die Verhinderung von Krankheit resp. über die Verhinderung der Faktoren, die Krankheit begünstigen und durch Stärkung der Faktoren, die vor Krankheit schützen (vgl. Hafen 2007: 80f.).

Bengel et al. schreiben bezugnehmend auf zahlreiche weitere Autoren, dass das Konzept der Salutogenese ein sehr komplexes und multifaktorielles Modell ist. Dies erschwert eine umfassende wissenschaftliche Überprüfung und erlaubt nur die Überprüfung einzelner Teilbereiche. Sie bedauern

auch, dass sich Antonovsky fast nur auf physische Gesundheit stützt und das Kohärenzgefühl nicht mit psychischer Gesundheit verknüpft. Dies, obwohl er von Wohlbefinden schreibt – welches aus Sicht von Bengel et al. auch auf einer psychischen Ebene angesiedelt ist (Bengel et al. 2001: 89-91).

Nach den theoretischen Ausführungen zur Mutterwerdung und der Beschreibung der Salutogenese wird im nächsten Kapitel nochmals auf die Situation von Erstmüttern mit Kleinkindern eingegangen. Nachfolgend liegt der Fokus auf den von Erstmüttern wahrgenommenen, erlebten und beschriebenen Belastungen in den ersten Jahren nach der Geburt.

5. Belastungen von Müttern

Einleitend zu diesem Kapitel soll auf eine neuere Studie aus Deutschland eingegangen werden. Befragt wurden Familien mit Kindern unter 16 Jahren. Durch die Zuteilung der Familien in Sinus-Milieus gelingt es, einen Einblick in die unterschiedlichen Lebenswelten von Müttern und deren Belastungen und Wünsche zu erhalten:

- „Etablierte“ Mütter wünschen sich Entlastung im Haushalt, Hilfe bei der Erziehungsarbeit und vermehrt Abwechslung zur täglichen Routine (vgl. Merkle/Wippermann 2008: 82).
- „Postmaterielle“ Mütter nennen Konflikte in der Erwartungshaltung und im Streben nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Der Anspruch an eine egalitäre Arbeitsteilung und das Erleben, dass diese Vorstellung nicht verwirklicht wird, verbinden die Mütter mit einem sozialen Abstieg. Auch entsteht eine gewisse Entfremdung durch die eigene Rollenfixierung, was öfters Konflikte in der Partnerschaft auslöst. Im Weiteren sind ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen (fehlende Betreuungsplätze, familienunfreundliche Arbeitsbedingungen), der Mangel an gesellschaftlicher Akzeptanz der Familien- und der Erziehungsleistung, geringe Kinder- und Familienfreundlichkeit und fehlende monetäre Wertschätzung belastende Faktoren (vgl. ebd.: 103, 106f., 113).
- „Moderne Performer“ erleben ebenfalls mangelnde Akzeptanz von Elternschaft und Erziehungsleistung. Laut ihren Aussagen werden berufstätige Mütter als „Rabenmütter“ abgestempelt und in der Arbeitswelt als potentiell Problem betrachtet (vgl. ebd.: 137f.).
- Mütter der „bürgerlichen Mitte“ sind hin- und her gerissen zwischen der Entscheidung für ein Hausfrauen-Dasein und/oder der Ausübung einer Erwerbstätigkeit. Aus ihrer Sicht ermöglicht der Beruf soziale Kontakte, soziales Ansehen, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, während die Rolle der Hausfrau und Mutter diskreditiert wird. Nichterwerbstätige erleben häufig Stress, Über-

forderung, mangelnde soziale Akzeptanz und fehlende Wertschätzung. Die Mütter wünschen sich mehr Raum und Zeit für sich selber (vgl. ebd.: 146, 148f.).

- Mütter des Milieus „Konsum-Materialisten“ sind oft überfordert von Haus- und Erziehungsarbeit und von finanziellen Sorgen. Auch erleben sie häufig Partnerschaftsunzufriedenheit. Sie fühlen sich allein gelassen und leiden unter Funktionieren-müssen, da sich der Vater oft nicht an Haus- und Erziehungsarbeit beteiligt. Die Mütter beklagen sich über mangelnde Anerkennung von Erziehungsleistung und über Kinderfeindlichkeit und erleben ihr Mutter-sein als Einstellungshindernis beim Arbeitgeber (vgl. ebd.: 171, 173, 177).
- „Experimentalisten“-Mütter haben die Erfahrung gemacht, dass ein Kind die Chancen auf dem Arbeitsmarkt massiv verschlechtert. Sie beklagen mangelnde Anerkennung der Erziehungsleistung, vor allem auf finanzieller Ebene, mangelnde Akzeptanz Kindern gegenüber und fehlende oder zu teure Kita-Plätze (vgl. ebd.: 197f., 200).
- „Hedonistische“ Mütter stehen im Konflikt zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Ansprüchen des Kindes. Sie leiden unter einem schlechten Gewissen, unter Überforderung und Stress, da sie vom permanenten Gefühl begleitet werden, weder für sich, noch für das Kind genug zu tun. Die Erziehung erleben sie als anstrengend und als tägliche Auseinandersetzung. Grosse Belastung spüren sie auch wegen unsicherer Arbeitsverhältnisse und problematischen Partnerschaftsbeziehungen, was sich in Überforderung, Resignation und Hilflosigkeit zeigt. Diese Mütter wünschen sich eine dauerhafte Partnerschaft, emotionalen Rückhalt, Wärme, Geborgenheit, Verlässlichkeit und Fürsorge (vgl. ebd.: 209, 212f., 215).

Die Anforderungen, Belastungen und Wünsche der Mütter aus den unterschiedlichen Milieus sind vielfältig und von der eigenen Haltung, Lebenslage und Erwartung abhängig. Die Übersicht zeigt auf, dass Mütter keine homogene Gruppe sind und Sorgen und Nöte sehr unterschiedlich erlebt und wahrgenommen werden. Trotzdem gibt es auch milieuübergreifende Themen, auf welche nun genauer eingegangen werden soll. Der Fokus soll dabei auf der Gruppe der Erstmütter mit Kleinkindern liegen. Zur Ergänzung werden auch Studien mit weiteren Stichproben (Mütter mit mindestens einem Kleinkind, Mütter mit minderjährigen Kindern) beigezogen, da gewisse Themen nicht nur Erstmütter betreffen, sondern auch andere Mütter davon berichten.

5.1. Alltagsbewältigung und körperliche Strapazen

Die Alltagsbewältigung mit einem Kleinkind ist für Erstmütter sehr belastend (vgl. Kleep 2008: 39). Vor allem die anfängliche „Unstrukturiertheit des Alltags“ (Schimmerl 2010: 199) ist anstrengend

und die vom Säugling geforderte Dauerpräsenz kostet viel Kraft, am meisten im ersten Jahr nach der Geburt (vgl. Huwiler 1995: 120-123, Schenk 1998: 18f.). Die damit verbundene Erschöpfung und Überanstrengung wird von den meisten Erstmüttern nicht erwartet (vgl. Gossen 2011: 369, 373, Schimmerl 2010: 199). Kleep beobachtete, dass im ersten Jahr am meisten Schlafmangel herrscht; eine etwas ältere Schweizer Studie über Erstmütter fand heraus, dass sich dieser Schlafmangel aber nach einem Jahr wieder auf ein erträgliches Level einpendelt (vgl. Huwiler 1995: 120-123, Kleep 2008: 32). Ein Jahr nach der Geburt klagen mehrheitlich nur noch erwerbstätige Erstmütter über Mehrfachbelastung und Zeitdruck. Nichterwerbstätige Erstmütter nennen diese Belastungen nicht mehr (vgl. Huwiler 1995: 145).

5.2. Kindbezogene Belastungen

Wiederum bei Erstmüttern zeigt sich deutlich, dass auch die Betreuung des Säuglings in den ersten Monaten schwieriger und belastender erlebt wurde, als erwartet (vgl. Textor 2002: 43). Das Weinen, die Gesundheit und das Schlafverhalten des Kindes lösten im ersten Jahr grosse Unsicherheiten aus, die sich aber im zweiten Jahr merklich besserten. Ab dem zweiten Jahr wurde nur noch das Schlafverhalten als Belastung genannt (vgl. Huwiler 1995: 120-123). Eine neuere Studie aus der Schweiz bestätigt diese Erkenntnisse und nennt die Wesensmerkmale des Säuglings - Weinen, Scheu, Ängstlichkeit, Aktivitätsniveau - in den ersten Monaten, die körperliche Entwicklung (Stillen, Essen, Schlafenszeiten, Gesundheit) nach vier Monaten und den eigenen Willen des Kindes im dritten Jahr als am schwierigsten. Obwohl die Mütter mit der Zeit Sicherheit im Umgang mit dem Säugling gewonnen hatten, erlebten sie die Belastungen im ersten Jahr als zunehmend (vgl. Schenk 1998: 18f.). Kleep hingegen konnte nachweisen, dass Mütter zwar auch durch die Betreuung eines Neugeborenen am meisten überfordert sind, diese Überforderung aber leicht sinkt im ersten Jahr und dann bis Schuleintritt anhält. Heftige und negative Emotionen wie Schreien, Quengeln und Unruhe werden als sehr belastend erlebt (vgl. Kleep 2008: 94-96). Die Überforderung mit der Erziehung hingegen verzeichnet im ersten Jahr einen tiefen Wert, welcher sprunghaft ansteigt nach einem Jahr und dann leicht sinkt bis wiederum zum Schuleintritt (vgl. ebd.: 38f.). Einen massiven Anstieg an Belastung nach dem ersten Jahr verzeichnen die Verhaltensweisen Unfolgsamkeit und Aggression (vgl. ebd.: 103f.). Von einer nur leichten Zunahme in Bezug auf Überforderungsgefühle berichten die Mütter bei Trödeln, nervigem und widerständigem Verhalten, Unordnung, der Kommunikation (nicht verstehen was im Kind vorgeht), Leistung, Entwicklung und Krankheit (vgl. ebd.: 93, 97f., 100f., 107f.).

5.3. Isolation

Erstmütter mit Kleinkindern bis drei Jahre berichten von Isolation im eigenen Zuhause (vgl. Schimmerl 2010: 199). Fehlende soziale Kontakte sind eine Belastung, die viele Erstmütter im ersten Jahr nach der Geburt erleben. Genannt werden Verlust von Spontanität und der Wunsch nach mehr Kontakt zu Bekannten, Freunden und anderen Müttern zwecks Austausch oder Spielkameraden für das eigene Kind (vgl. Huwiler 1995: 133, 138, 161, Sowak 2010: 108). Gründe für den Verlust resp. die Abnahme der Kontakte sind die Überlastung durch das Kind und den Haushalt, fehlende Babysitter, Müdigkeit oder die Unmöglichkeit, kindsbezogene Themen mit kinderlosen Freunden zu besprechen (vgl. Schimmerl 2010: 110). Auffallend ist, dass sich bei Huwilers Studie mit Erstmüttern aus der Schweiz ein Jahr nach der Geburt mehrheitlich nichterwerbstätige Mütter über zu wenig Aussenkontakt und Isolation beklagten (vgl. Huwiler 1995: 144f.). Zur Erkenntnis, dass vor allem nichterwerbstätige Mütter von Isolation betroffen sind, gelangte auch eine überparteiliche Kommission des Landtag Nordrhein-Westfalens (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2004: 251f.).

5.4. Sinkende Partnerschaftszufriedenheit

Sinkende Partnerschaftszufriedenheit bei Ersteltern ist ein in der Literatur oft beschriebenes Phänomen (vgl. Fthenakis et al. 2002: 322, Kleep 2003: 88). Ersteltern erleben die Partnerschaft nach der Geburt in kognitiver, emotionaler und sexueller Hinsicht als unbefriedigend (vgl. Graf 2002: 217). Die nach der Geburt festgestellte Partnerschaftsunzufriedenheit von Erstmüttern nahm bis drei Jahre nach der Geburt stark zu (vgl. Fthenakis/Kalicki/Peitz 2002: 86). Auslöser für die Partnerschaftsunzufriedenheit sind die allgemeine Alltagsbewältigung, die Neuorganisation der Aufgaben und Rollen, die Bedeutung der Aufgabenteilung und mangelnde soziale Unterstützung (vgl. El-Giamal 1999: 241, 262, Fthenakis et al. 2002: 323, Lenktsch-Gnädinger 2004: 205). Weiss schreibt, dass sich auch erlebte Ungerechtigkeit bezüglich ungleicher Aufteilung der Hausarbeit auf die Partnerschaftszufriedenheit auswirkt und Frauen familiäre Belastungen eher in Form von Verhaltensweisen - zum Beispiel durch geringes häusliches Engagement des Partners - wahrnehmen (vgl. Weiss 2001: 245). Eine zufriedenstellende Aufteilung der Hausarbeit kann positive Auswirkungen auf die Beziehungszufriedenheit haben (vgl. El-Giamal 1999: 263).

Der Umbruch nach der Geburt und die damit verbundenen Veränderungen und Einschränkungen der eigenen Bedürfnisse können von Erstmüttern unterschiedlich bewertet werden. Gefühle von Einschränkung, Ungerechtigkeit, von Unerwartetem, von der Schuld des Anderen zu Beginn der Elternschaft haben grosse Auswirkung auf die Partnerschaft. Reichle und Montada haben herausge-

funden, dass Erstmütter negativ erlebte Einschränkungen als Vorwürfe und Schuldzuweisungen an den Partner äussern, vor allem, wenn sie sich benachteiligter als der Partner fühlen. Ebenso hängt die Partnerschaftsunzufriedenheit signifikant mit negativen Emotionen zusammen, die sich bei Erstmüttern oft in Enttäuschung äussert. Fünf Monate nach der Geburt zeigt sich, dass mit zunehmendem Rückzug des Partners, mit zunehmend ungerechterem Erleben der Einschränkungen und mit zunehmend negativer Bilanz von Gewinn vs. Verlust der Mutterschaft auch die Unzufriedenheit der Erstmütter stieg (vgl. Reichle/Montada 1999: 216).

5.5. Ungleiche Aufgabenteilung in der Partnerschaft

Ein sehr oft genannter (und wie vorgängig beschrieben die Partnerschaftszufriedenheit tangierenden) Belastungsfaktor ist die innerfamiliäre Aufgabenteilung. Die ungleiche Arbeitsteilung nach der Geburt war für die Erstmütter unerwartet und beunruhigend und die Erwartungen bzgl. Unterstützung durch den Partner waren auch nach zwei Jahren noch unerfüllt (vgl. Gossen 2011: 366). Gossen berichtet, dass sich Erstmütter durch die Traditionalisierung der Aufgabenteilung belastet fühlen und die Diskrepanz zwischen der vor der Geburt geäusserten und der nach der Geburt tatsächlich gelebten Aufgabenteilung zu starker Unzufriedenheit führt (vgl. ebd.: 356). Diese ungleiche Aufgabenverteilung kann zu massiven Erwartungsverletzung und Unzufriedenheit führen, welche wiederum Ärger, Frustration, Traurigkeit und Depressivität hervorrufen können (vgl. Weigelt 2011: 7f.). Neuere Studien mit Müttern mit mindestens einem Vorschulkind zeigen ein Bild der ungeliebten Hausarbeit auf: Mütter ordnen sie auf einer Zufriedenheitsskala zuunterst ein mit lediglich 25% resp. weisen ihr den höchsten Belastungsfaktor zu (vgl. Baumgartner 2005: 13, Schneider et al. 2001: 364, Wydler/Zellweger 2005: 34).

5.6. Finanzielle Einbussen

Hinweise zu finanziellen Einbussen als Belastungsfaktoren konnten nur wenige gefunden werden und diese kommen nicht zum gleichen Ergebnis. Laut einer Studie von Huwiler mit Schweizer Erstmüttern über das erste Jahr nach der Geburt sind fast drei Viertel der befragten Mütter zufrieden mit den finanziellen Umständen, ein Viertel ist mittelmässig zufrieden und jede zehnte Frau bewertet ihre finanzielle Zufriedenheit als schlecht bis sehr schlecht (vgl. Huwiler 1995: 149). In einer neueren Studie hingegen mit Schweizer Müttern mit mindestens einem Kind im Vorschulalter, stehen die Finanzen auf einer Zufriedenheitsskala mit 25% an letzter Stelle (vgl. Wydler/Zellweger 2005: 34).

5.7. Fehlende Unterstützung und Betreuung

Schweizer Erstmütter geben ein Jahr nach der Geburt an, dass sie sich mehr kurzfristige Betreuung des Kindes gewünscht hätten, vor allem wenn keine Verwandten in der Nähe waren (vgl. Huwiler 1995: 161). Auch eine Befragung von deutschen Ersteltern wies mangelnde soziale Unterstützung von aussen als enorme Belastung aus (vgl. Lenkitsch-Gnädinger 2004: 205). Die Baselbieter Familienbefragung kommt zum Schluss, dass das soziale Netz ein wichtiger Faktor für das Wohlbefinden ist. Ausschlaggebend ist die Qualität des Netzes, d.h. es muss gut funktionieren, damit spontan einzelne Freiräume gewährleistet werden können, die entlastend wirken. Dies geschieht primär nicht durch eine institutionalisierte Form von Betreuung (vgl. Kassis/Thommen 2005: 33f.).

Institutionelle Betreuung wird von Schweizer Erstmüttern mit einem Kind unter 4 Jahren bemängelt: Sie beklagen sich über fehlende oder keine passenden Angebote bei der ausserhäuslichen Betreuung (vgl. Baumgartner 2005: 14). Auch wurde aufgrund Studiienerhebungen von der OECD 2005 das Krippenangebot in der Schweiz als unbefriedigend eingestuft (vgl. Gutzwiler 2005: 1). Mangelnde und unflexible Kinderbetreuungsangebote können für erwerbstätige Mütter Belastungsfaktoren darstellen, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2004: 251, 259).

5.8. Mangel an Freiraum, Autonomie und Zeit

Fehlende Freiräume, Autonomie und Zeit werden ebenfalls durchgängig beklagt. Erstmütter bedauern fehlende Zeit für sich selber und die Partnerschaft, die Einschränkung der persönlichen Bedürfnisse und mangelnden Freiraum (vgl. Gossen 2011: 373). Einbussen in der Selbstständigkeit, der Autonomie und Freiheit werden bereits ab Geburt erlebt, wobei Mütter davon wesentlich stärker betroffen sind als Väter (vgl. Graf 2002: 115, Reichle/Montada 1999: 213). Der beschränkte Bewegungsraum aufgrund der Betreuung des Säuglings bringt einen Verlust von Spontanität, Freizeitaktivitäten und Ungestörtheit mit sich. Erweitert werden kann der Bewegungsraum nur durch genaue Planung (vgl. Huwiler 1995: 120-123, 138). Als belastend wirkt auch, dass die in den ersten Monaten nach der Geburt mit dem Partner verbrachte Zeit meist kindbezogen und nicht mehr der Partnerschaft gewidmet ist (vgl. El-Giamal 1999: 239). Die europaweit angelegte Grossstudie von Mouvement Mondial des Mères mit 11'000 Müttern mit unterschiedlicher Herkunft, Familienformen und Kinderzahl kommt zum Schluss, dass Zeitmangel der Hauptgrund für die Unzufriedenheit von Müttern sei (vgl. Mouvement Mondial des Mères 2011: 18). Die Baselbieter Familienbefragung schreibt, dass sich in Partnerschaft lebende Mütter mehr Autonomie und Freiraum wünschen und

die Autoren folgern, dass Zeit ein ausschlaggebender Faktor für das Wohlbefinden von Familien ist (vgl. Kassis/Thommen 2005: 32, 54).

5.9. Rollenunzufriedenheit, Rollenunsicherheit

Über die Überforderung von Erstmüttern aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über die Rollenverteilung berichten Adler et al. Sie fanden heraus, dass sich das vor der Geburt als identisch und angepasst empfundene Rollenverhalten nach der Geburt stark ändert, weil die Partner sich nicht mehr einig sind über die Aufgabenteilung. (vgl. Adler et al. 1994: 15). Kassis und Thommen kamen anlässlich der Baselbieter Familienbefragung 2005 zum Schluss, dass Männer gerne im traditionellen Muster verharren und dabei nicht unglücklich sind, während die Frauen zwischen unterschiedlichen Rollenverständnissen schwanken. Dieses Ungleichgewicht wirkt sich auf das Wohlbefinden der Frauen aus (vgl. Kassis/Thommen 2005: 33).

Erwerbstätige Mütter stehen ausserdem in einem kulturellem Widerspruch. Dies, da sie einerseits der gesellschaftlichen Erwartung an eine gute Mutter ausgesetzt sind (nämlich kindzentriert, expertengeleitet und emotional involviert zu handeln und voll und ganz für die Kinder da zu sein) und andererseits den Erwartungen an Erwerbstätige in der Arbeitswelt entsprechen müssen (vgl. Bertram 2011a: 13, Bertram/Freitag/Siewert 2011: 239). Nichtsdestotrotz sind erwerbstätige Mütter gesünder als Hausfrauen oder Erwerbslose, wobei die Lebenszufriedenheit bei teilzeitbeschäftigten Müttern grösser ist als bei Vollzeitbeschäftigten (vgl. Trzcinski/Holst 2003: o.S., Weiss 2001: 246). Die Zufriedenheit von erwerbstätigen Müttern ist in den ersten drei Jahren in etwa gleichbleibend, während diejenige von nichterwerbstätigen Müttern nach vier Monaten zwar noch gleich hoch ist wie die von Erwerbstätigen, dann aber abnimmt bis drei Jahren nach der Geburt (vgl. Raulf 1998: 79, 85). Am unzufriedensten sind Mütter in der Hausfrauenrolle, wenn sie diese entgegen ihrer Überzeugung ausüben (vgl. Gavranidou 1999: 136). Auch Fthenakis et al. beschreiben eine Korrelation zwischen der Verbindung von Familie und Beruf und einer niedrigeren Depressivität. Bei Müttern, die vor der Geburt erwerbstätig waren und 18 Monate später nicht mehr (ein typisches Muster für Erstmütter), konnte eine starke Abnahme des Wohlbefindens festgestellt werden. Bei allen anderen Müttern wurde eine Verbesserung gemessen, wobei Wiedereinsteigerinnen und solche, die Erwerb und Familie kombinierten, die grösste Zunahme zeigten. Die Autoren ziehen den Schluss, dass eine Erwerbstätigkeit die Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Müttern steigert (vgl. Fthenakis et al. 2002: 336f.). Schweizer Mütter mit mindestens einem Kind im Vorschulalter sind mit Teilzeitstellen bis etwa 70% zufrieden. Mütter mit einem höheren Pensum wünschen sich eine Reduktion und bei Pensen unter 50% wird der Wunsch nach Erhöhung geäussert (vgl. Baumgartner 2005: 12-13). Laut

der Grossstudie von Mouvement Mondial des Mères bevorzugen mehr als die Hälfte der befragten Mütter eine Kombination aus Teilzeit-Erwerbstätigkeit und Familienarbeit. Im ersten Jahr nach der Geburt wünschen sich vier von fünf Müttern zu Hause bleiben zu können und jede fünfte eine Kombination aus Teilzeit-Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung. Im zweiten und dritten Jahr wünscht sich die Hälfte der Mütter, sich Vollzeit um ihre Kinder kümmern zu können; die andere Hälfte wünscht sich eine Teilzeiterwerbstätigkeit neben der Familienarbeit. Die Anzahl Mütter mit dem Wunsch nach Teilzeitarbeit nimmt mit dem Alter der Kinder zu (vgl. ebd.: 14f.).

5.10.Fehlende Anerkennung und Wertschätzung

Die Baselbieter Familienbefragung und auch die Studie von Mouvement Mondial des Mères schreiben, dass sich Mütter mehr Anerkennung für die geleistete Arbeit im Haushalt, für die Kinderbetreuung und in ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter wünschen (vgl. Kassis/Thommen: 32, Mouvement Mondial des Mères 2011: 27). Fehlende Wertschätzung der Hausarbeit kann auch eine Flucht in die Erwerbsarbeit verursachen; nichterwerbstätige Mütter leisten ehrenamtliche Arbeit um mehr Anerkennung zu erhalten. Die mangelnde Anerkennung ist sehr gut zu spüren, wenn die Mutter vorher Vollzeit erwerbstätig war (vgl. Kassis/Thommen: 32f., 54).

5.11.Mutterideal

Die nach der Geburt gemachte Erfahrung, dass mütterliche Fähigkeiten zuerst erlernt werden müssen, verunsichert viele Erstmütter. Belastend wirkt auch, dass die Bindung mit dem Säugling nicht gleich nach der Geburt eintritt. Fehlende Liebe, Zuneigung und Glücksgefühle können Schuldgefühle auslösen, da die Erstmutter so nicht dem Ideal der liebenden und kompetenten Mutter entspricht (vgl. Textor 2002: 43f.) Eine neue, breit angelegte deutsche Studie zum Thema „Kinder und Kinderkriegen“ skizziert ein Bild von einer äusserlich gelassenen Frau resp. Mutter, die innerlich jedoch stark zerrissen ist. Der Spagat zwischen liebender Mutter und attraktiver, erfolgreicher Frau, die Angst vor einem Identitätsverlust und vor dem Druck, funktionieren zu müssen, sind Themen, die auffallend viele Frauen und Mütter beschäftigen (vgl. Rheingold Institut 2010: 2-5).

6. Kohärenzgefühl und Mutterschaft

Anhand der drei Komponenten des Kohärenzgefühls - Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit - werden nun die mütterlichen Veränderungen und Belastungen nach der Erstgeburt beschrieben und danach werden Möglichkeiten zur Stärkung des Kohärenzgefühls aufgezeigt.

6.1. Veränderungen und Belastungen aus Sicht des Kohärenzgefühls

Zur Erinnerung hier nochmals Antonovskys (1997: 36) Definition vom Kohärenzgefühl:

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen:
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Verstehbarkeit

Viele Mütter erleben die Mutterwerdung als - in der Terminologie von Antonovsky ausgedrückt - unstrukturiert, unvorhersehbar und unerklärbar. Der Alltag mit einem Neugeborenen und späteren Kleinkind bringt viele neue und ungewohnte Strukturen mit sich. Vor allem die ersten Monate nach der Geburt sind geprägt von Umbruch und Chaos. Doch auch im zweiten und dritten Jahr nach der Geburt sind immer wieder neue Erfahrungen zu machen und das Leben einer Erstmutter kann unordentlich und für sie unerklärlich bleiben.

Wie im Kapitel 5.1 und 5.2 beschrieben, ist gleich nach der Geburt der Umgang und der Alltag mit dem Säugling eine der grössten neuen Erfahrungen und Herausforderungen. Bei der Alltagsbewältigung zeigt sich eine Beruhigung und Neuordnung im ersten Jahr. Kindbezogene Belastungen bleiben über den ganzen Beobachtungsraum hoch, was möglicherweise mit der Entwicklung des Kindes selber zu tun hat und darum auch nicht gross veränderbar resp. zur Entlastung der Erstmutter angepasst werden kann. Unterschiedliche Entwicklungsstadien bringen unterschiedliche Herausforderungen mit sich, denen sich die Erstmutter immer wieder neu stellen muss.

Die vom Kind verlangte Präsenz schränkt für die Erstmutter die eigene Freizeit und eigenen Freiraum ein (vgl. Kap. 5.8). Wegfallende Kontakte zu Bekannten und der Rückzug von Freunden können verunsichern und frustrieren. Auch die neuen Muster in der Paarbeziehung (Kommunikation, Zeit füreinander, Unterstützung, Austausch, Zuneigung, Sexualität) können verwirrend sein. Der mütterliche Fokus auf kindbezogene und haushaltsbezogene Tätigkeiten nach der Geburt bringt eine ganze Palette von bisher unbekannten Aufgaben mit sich. Der vielfach beschriebene Traditionalisierungseffekt und die damit verbundene Neuorganisation der Aufgaben und Rollen kann für Erstmütter irritierend sein, wenn sich zum Beispiel der Partner von der Hausarbeit distanziert, obwohl diese

vor der Geburt egalitär aufgeteilt war. Durch einen allfälligen Unterbruch oder gar Aufgabe der Erwerbstätigkeit fallen ausserdem die gewohnten Strukturen der Erwerbstätigkeit weg.

Gemeinsame Werte und Normen sowie Gruppenidentifikation sind laut Antonovsky fördernde Faktoren für die Verstehbarkeit. Sie ermöglichen eine gemeinsame Basis; Handlungen werden durch sie verstehbar und gleichbleibend. Doch gerade diese für die Verstehbarkeit wichtigen Grundlagen werden im Übergang zur Mutterschaft arg durchgeschüttelt. So steht einerseits die Mutter selber in einem Identitätsentwicklungsprozess (vgl. Kap. 3.3) und muss sich mit den eigenen Werten und Normen auseinandersetzen, was oft von Ambivalenz und Unsicherheit begleitet ist. Andererseits muss sie diese - im gegenseitigen Austausch - mit ihrer Umwelt angleichen. Die beschriebene Unzufriedenheit der Erstmütter mit der partnerschaftlichen Aufgabenteilung nach der Geburt (vgl. Kap. 5.5) zeigt, dass auch eine Veränderung im Werte- und Normenkonstrukt vom Vater stattfindet und dass das Resultat nicht zwingend übereinstimmend sein muss.

Wie der historische Rückblick in Kapitel 3.1 aufzeigte, unterliegen Werte und Normen auch einem gesellschaftlichen Wandel: Vor der Industrialisierung leistete eine Mutter genauso wie der Vater ihren Beitrag zur Existenzsicherung, während später und mit dem Aufkommen des bürgerlichen Modells eine Mutter jeglicher Verpflichtung zum Broterwerb entbunden wurde und sich ganz der Kindererziehung zu widmen hatte. Die damit aufkommende Überzeugung, dass mütterliche Fähigkeiten biologisch angelegt sind, wurde aber mit der Zeit aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse revidiert und Erziehung auch als erlernbar deklariert. Auch wenn heute wieder eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Müttern zu beobachten ist, scheint diese „Unersetzlichkeit“ einer Mutter für ihr Kind immer noch fest in den Köpfen verankert zu sein. Viele Eltern sind nach wie vor der Meinung, dass eine Mutter zumindest vorübergehend ihre Erwerbstätigkeit aufgeben und zu Hause bleiben soll (vgl. Kap. 3.6).

Die stetige gesellschaftliche Wandlung der Mutternorm, der damit verbundene Erwartungsdruck und unterschiedliche normative Vorstellungen von Mutterschaft innerhalb der Gesellschaft, erschweren konsistente Erfahrungen. Die oft von Erstmüttern erlebte Rollenunsicherheit (vgl. Kap. 5.9) zeugt von der Veränderbarkeit des Mutterideals und der Vielfalt von Mutternormen.

Handhabbarkeit

Erstmütter erleben, dass mit dem Dazukommen eines Familienmitgliedes nicht nur der vertraute Alltag verschwindet, sondern dass die neu an sie gestellten, teils unbekannten Anforderungen, auch die Ausgewogenheit von Be- und Entlastung aus dem Gleichgewicht bringen kann. Bestehende, bisher funktionierende und zur Verfügung stehende Ressourcen sind nicht mehr im gleichen Aus-

mass vorhanden oder verschwinden. Die immer wieder beschriebene Isolation (vgl. Kap. 5.3), mehrheitlich in den ersten Monaten, mag auch die Wahrnehmung von Ressourcen beeinträchtigen und möglicherweise werden gerade wegen der Isolation weniger Ressourcen in Anspruch genommen.

Erstmütter beklagen sich im ersten Jahr über Müdigkeit und fehlenden Schlaf (vgl. Kap. 5.1). Kindliche Belange haben Vorrang und die eigenen persönlichen Bedürfnisse werden eingeschränkt. Dazu gehören auch weniger Freizeit. Einbussen von Autonomie, Freiheit und Selbstständigkeit (vgl. Kap. 5.8). Kontakte zu Freunden und Bekannten reduzieren sich, was die Erstmütter als belastend empfinden. Aber auch der fehlende Kontakt mit anderen Müttern zwecks Austausch und Spielkollegen für das Kind werden bemängelt. Hingegen werden nach der Geburt verwandtschaftliche Kontakte intensiviert. Unterstützung wird primär von der Herkunftsfamilie erwartet und diese wird in Form von Kinderbetreuung, praktischer Unterstützung und Geld auch gewährleistet. Die Grosseltern haben eine wichtige Unterstützungsfunktion inne, vor allem die mütterliche Linie (vgl. Kap. 3.7). Insgesamt jedoch beklagen Erstmütter im ersten Jahr fehlende Unterstützung von aussen, vor allem wenn keine Verwandten in der Nähe sind. Wichtig ist, dass die gesuchte Hilfestellung kurzfristig verfügbar, zuverlässig und entlastend ist (vgl. Kap. 5.3, 5.7). Durch die Traditionalisierung geht auch oft die Ressource Partner in der Hausarbeit verloren (vgl. Kapitel 3.6). Die von Erstmüttern als ungerecht erlebte Aufgabenteilung in der Partnerschaft mag ein Zeichen für tatsächlich oder auch nur wahrgenommen fehlende Unterstützung vom Partner sein.

Eine nicht sofort eintretende Bindung nach der Geburt und das Fehlen von Liebe, Zuneigung und Glücksgefühlen können Schuldgefühle bei der Mutter auslösen (vgl. Kapitel 5.11). Das Erleben, dass der neue Alltag möglicherweise nicht der Vorstellung vor der Geburt entspricht, dass mütterlichen Kompetenzen und Fähigkeiten erlernt werden müssen, wenig eigene Erfahrung im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern und fehlendes Wissen sowie mangelnde Erfahrung in der Betreuung eines Säuglings, kann Erstmütter verunsichern und ihre Handlungsfähigkeit beeinträchtigen.

Weitere Themen, die aber in der Literaturanalyse nur wenig ergiebig waren und nicht klar als fehlende Ressourcen den Erstmüttern zugewiesen werden konnten, sind: Familienergänzende Betreuung und finanzielle Situation.

Bedeutsamkeit

Last but not least die nach Antonovsky wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls: die Bedeutsamkeit. Die Mutterwerdung hat eine hohe Bedeutung im Leben einer Frau (vgl. Kap. 3.2). Der Statuszugewinn und die Erfüllung, die der generative Akt mit sich bringt, können die Bedeutsamkeit

merklich stärken. Dank moderneren und bezahlbaren Verhütungsmöglichkeiten erhält die Frau die Option, mit zu entscheiden, ob ein Kind gezeugt werden soll oder nicht. Diese Wahlmöglichkeit scheint sich in einem hohen Engagement und überzeugtem Handeln als Mutter zu zeigen. Es scheint, dass das Muttersein an sich eine glücklich machende Sache ist. Leider sind trotzdem viele Mütter unzufrieden.

Der Alltag mit einem Säugling ist oft geprägt von den Bedürfnissen des Neuankömmlings. Die Mütter richten sich nach ihm und stecken eigene Bedürfnisse zurück (vgl. Kap. 5.8). Diese Fremdbestimmung der eigenen Handlungen ist fern von Partizipation. Die von Erstmüttern erlebte Dauerpräsenz verhindert andere soziale Kontakte, bei welchen die Mütter zumindest mehr Partizipation erfahren könnten. Auch die mit der Geburt oft verbundene Rückkehr zu Haus und Herd scheinen die Mütter nicht als selbstbestimmte Entscheidung zu erleben, sondern als Folge der Familiengründung. All dies kann die Bedeutsamkeit schmälern, wenn die Mutter sich in ihrer Mitsprache und Mitbestimmung eingeschränkt fühlt. Bei der Rückkehr in eine allfällige Erwerbstätigkeit erleben viele Mütter Kinder als Hindernisse (z.B. fehlende Betreuungsmöglichkeiten, mangelnde Flexibilität als Erziehende) und opfern berufliche Optionen (Weiterbildung, Karriere) zugunsten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. Kap. 3.6). Die Vorstellung und Erwartung, dass eine Mutter zum Kind und nach Hause gehört und die erlebte Traditionalisierung nach der Geburt, empfinden viele Erstmütter als ungerecht; eine Ungerechtigkeit, die zu Unzufriedenheit führt. Die in der heutigen Zeit unbestritten sinn- und identitätsstiftende Erwerbstätigkeit wird den Müttern entzogen und der Wiedereinstieg erleben viele als beschwerlich. Oft fällt so ein zentraler Pfeiler der eigenen Bedeutsamkeit weg und wird nicht gleichwertig durch das Muttersein ersetzt.

Soziale Achtung der eigenen Arbeit ist ein weiterer wichtiger Faktor für Bedeutsamkeit. Wie im Kapitel 5.9 und 5.10 dargelegt, werden in unterschiedlichen Studien Belastungen wie Aufgabenteilung, Rollenunklarheit und fehlende Wertschätzung und Anerkennung als Hausfrau und Mutter genannt. Hausarbeit scheint eine wenig zufriedenstellende Beschäftigung zu sein und nichterwerbstätige Mütter leisten Volontärrarbeit um Anerkennung zu erhalten. In der Rheingold-Studie schreiben Mütter von einem befürchteten sozialem Abstieg nach der Geburt des ersten Kindes (vgl. Rheingold Institut 2010: 2-5). Mangelnde wahrgenommene Würdigung der eigenen Arbeit kann sich für Erstmütter z.B. durch fehlende soziale Unterstützung oder unfair erlebte Arbeitsteilung zeigen.

Das Vermissen von genügender und guter familienergänzender Betreuung und der Wunsch nach mehr kinderfreundlicher Infrastruktur kann ein Hinweis darauf sein, dass sich Mütter in der Gesellschaft resp. in der Erwerbswelt nicht wertgeschätzt fühlen

6.2. Stärkung des Kohärenzgefühls durch ...

Im Hinblick auf die Beantwortung der Frage, wie das Kohärenzgefühl von Erstmüttern mit einem Kleinkind gestärkt werden kann, wird in diesem Kapitel einleitend geklärt, welche theoretischen Möglichkeiten es gibt, um das Kohärenzgefühl zu stärken. Zum Schluss des Kapitels werden Vorschläge gemacht, wie das Kohärenzgefühl von Erstmüttern mit Kleinkindern gefördert werden kann.

Abgeleitet aus Antonovskys Überlegungen zum Kohärenzgefühl lassen sich drei Methoden zur Stärkung des Kohärenzgefühls beschreiben: Die Veränderung der eigenen Grenzen, die Mobilisierung von Widerstandsressourcen und die direkte Stärkung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls. Durch eine neue Grenzziehung können das Kohärenzgefühl schwächende Herausforderungen ausgeklammert werden, was zum Erhalt oder zur Stärkung des Kohärenzgefühls führt (vgl. Kap. 4.3.4). Dies mag in gewissen Lebenssituationen sinnvoll sein, ist aber bei Erstmüttern nicht angebracht. Der Übergang zur Mutterschaft und auch die Zeit danach sind stark geprägt von den eigenen Gefühlen, der eigenen wichtigsten Tätigkeit und von unmittelbaren Beziehungen. Das sind alles Bereiche, die laut Antonovsky bei Ausgrenzung automatisch auch eine Ausgrenzung von Teilen des Selbst bedeuten und die einer Ausgrenzung die Bedeutsamkeit bzw. das Kohärenzgefühl immer schwächen. Die Stärkung resp. der Aufbau von generalisierten Widerstandsressourcen (vgl. Kap. 4.2) ist bei Erstmüttern eine wertvolle Unterstützung. So kann zum Beispiel die Gewährleistung von Kinderbetreuung oder finanzielle Sicherheit zu einer ausgewogenen Belastungsbalance führen, die wiederum die eigene Handhabbarkeit unterstützt. Auf einige Widerstandsressourcen wird nachfolgend eingegangen. Die Stärkung des Kohärenzgefühls durch die Stärkung der Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, wirkt am direktesten. Förderliche Faktoren dazu wurden bereits im Kapitel „Entwicklung und Veränderung des Kohärenzgefühls“ (4.3.6) erläutert, sollen hier aber nochmals kurz zusammengefasst werden: Für die Verstehbarkeit sind konstante Erfahrungen wichtig, die eine Art Routine herstellen, welche wiederum Stimuli verstehbar macht. Hierfür sind gemeinsame Werte, normative Vorstellungen und gleichbleibende Verhaltensweisen förderlich. Im Berufsleben zählen Gruppenidentifikation und Sicherheit des Arbeitsplatzes dazu. Die Handhabbarkeit wird durch eine ausgewogene Belastungsbalance gefördert. Bei der kleinkindlichen Autonomieentwicklung sind die Reaktionen der Erwachsenen entscheidend: Ignorieren und ablehnen sind wenig unterstützend, lenken, ermuntern und bestätigen sind sehr hilfreich. Im Beruf sind materielle, soziale und organisatorische Ressourcen, Erfahrungen, die den Möglichkeiten der Person entsprechen sowie Ruhe und Erholung wichtig. Unterforderung entsteht, wenn die eigenen

Fähigkeiten zu wenig gefordert werden. Partizipation ist das zentrale Element für die Bedeutsamkeit; Mitsprache und wirksame Einflussnahme bei einer sozial anerkannten Handlung sind elementar. Das heisst, selber entscheiden zu können, ob eine Handlung ausgeführt werden will und wenn ja, nach welchen Regeln sie ausgeführt wird und ob dabei eigene Lösungsvorschläge eingebracht werden können. Soziale Achtung sowohl durch den Arbeitgeber als auch der eigenen Arbeit (z.B. in Form fairer Entlohnung) wirken ebenfalls stärkend.

Das Kohärenzgefühl von Erstmüttern mit einem Kleinkind kann gestärkt werden durch...

6.2.1. ... Wissen und Austausch

Wie in den Kapitel „Alltagsbewältigung und körperliche Strapazen“ (5.1) und „Kindbezogene Belastungen“ (5.2) beschrieben, sind viele Erstmütter von den Anforderungen nach der Geburt überrascht und überfordert. Sie berichten von Unsicherheiten im Umgang mit dem Säugling, da sie selber bisher keine Erfahrungen mit einem Neugeborenen sammeln konnten. Wissen über die kindliche Entwicklung und über allfällige Hürden können aus Sicht der Autorin helfen, den neuen Alltag verstehbar und handhabbar zu machen. Ein Austausch mit anderen Müttern kann entlasten und die eigene Handlungskompetenz stärken, indem erfahren wird, dass die hohen gesellschaftlichen Erwartungen an eine Mutter nicht realistisch sind und auch andere Mütter das Muttersein zuerst erlernen mussten. Orte für eine Wissensaneignung und -erweiterung können z.B. Geburtsvorbereitungskurse sein, da es erstrebenswert scheint, sich bereits vor der Geburt für die Herausforderungen nach der Geburt zu wappnen. Ebenfalls möglich ist, schon als Schwangere in Kontakt mit Müttern zu treten und diesen Kontakt auch nach der Geburt weiter zu pflegen. Mütterberatungsstellen und die Elternbriefe der Pro Juventute sind ebenfalls wertvolle Ressourcen, die möglicherweise sogar noch Ausbaupotential haben (vgl. Huwiler 1998b: 194-196, 212). Da kindbezogen keine oder nur eine geringe Belastungsabnahme in den ersten Jahren zu beobachten ist, scheint es auch unterstützenswert, die Mütter während der gesamten Säuglings- und Kleinkindphase mit Wissen zu stärken und einen Austausch zu ermöglichen.

6.2.2. ... Entlastung und Unterstützung

In der Alltagsbewältigung können Erstmütter nicht nur im Umgang mit dem Säugling resp. mit dem Kleinkind gestärkt werden, sondern auch im Bemühen um Freiraum, Ruhe und Erholung. Durch die Entlastung in der Kinderbetreuung kann sich die Erstmutter Ruhe gönnen und sich körperlich erholen. Dieser Rückzugsraum ist wichtig für eine ausgewogene Belastungsbalance. Eine Kinderbetreu-

ung durch Drittpersonen bietet aber auch die Möglichkeit, Gewohnheiten und vertraute Strukturen wieder herzustellen. Dazu zählen z.B. das Pflegen von Kontakten zu Freunden und Bekannten und das Ausüben von Freizeitbeschäftigungen und Hobbies. Beides kann zudem helfen, aus der Isolation auszubrechen. Eigene Bedürfnisse, die Mütter oft zugunsten des Kindes vernachlässigen, haben wieder Raum; die Befriedigung eigener Bedürfnisse sorgt für Ausgewogenheit. Gerade der Kontakt mit Freunden, der laut Aussagen von Erstmüttern wichtig ist für die emotionale Unterstützung (vgl. Kap. 3.7), ist eine stärkende Ressource, die vermehrt in Anspruch genommen werden sollte. Die gewonnene Zeit durch ausgelagerte Kinderbetreuung kann aber nicht nur für sich selber oder für die Pflege von sozialen Kontakten genutzt, sondern auch in die Partnerschaft investiert werden. Mehr Zeit für die Partnerschaft würde mutmasslich auch die Partnerschaftszufriedenheit steigern, da Unsicherheiten und erlebte Ungerechtigkeit in der Rollen- und Aufgabenteilung thematisiert und besprochen werden könnten.

Viele Erstmütter beklagen sich über mangelnde Unterstützung, im Besonderen über spontane und kurzfristige. Möglicherweise besteht zwar eine zuverlässige und regelmässige Kinderbetreuung durch institutionelle Angebote und Verwandte, doch fehlen Betreuungsmöglichkeit bei unvorhergesehenen und nicht geplanten Ereignissen, wie Krankheit des Kindes oder sporadischen Aktivitäten als Paar oder mit Freunden. Die Aussagen einiger Erstmütter, dass sie erwartet hätten, dass andere auf sie zukämen und Hilfe anböten, kann aber auch ein Hinweis darauf sein, dass zwar ein Betreuungsangebot vorhanden ist, die Mutter dieses jedoch nicht so wahr nimmt oder vermittelt bekommt. Hier wären ein klärender Austausch oder klar kommunizierte Angebote an die Erstmütter erstrebenswert. Bei tatsächlich fehlender kurzfristiger Betreuung könnte der Aufbau eines gegenseitigen Nachbarschafts-Betreuungsnetzwerkes oder eine Vermittlung von kurzfristig verfügbaren und bezahlbaren Babysittern hilfreich sein. Hüttemoser macht den Vorschlag, „Betreuungsnester“ (Hüttemoser 1998: 290) aufzubauen: Räume in der Nachbarschaft, in welchen regelmässig und unregelmässig Kleinkinder betreut werden können. Durch die räumliche Nähe besteht eine Vertrautheit mit dem Ort und mit anderen, ebenfalls anwesenden Kindern. Die Qualität der Betreuung wird durch ausgebildetes Personal gewährleistet. Nichterwerbstätige Mütter könnten als Unterstützung beigezogen werden (vgl. ebd.: 290f.).

Breite Netzwerke bringen laut Bertram und Spiess eine höhere mütterliche Zufriedenheit (vgl. Bertram/Spiess 2011: 7). Damit ein Netzwerk eine Ressource für Müttern mit Kleinkindern ist, muss es tragend, gut funktionierend, unkompliziert und flexibel sein (vgl. Baumgartner 2005: 14, Hunziker et al. 2005: 47, Klepp 2008: 124). Antonovskys Erkenntnis, dass viele Stressoren kombiniert mit grosser sozialer Unterstützung sogar gesundheitsfördernd sein können, ist ein klares Votum dafür,

das soziale Netz von Erstmüttern zu stärken (vgl. Antonovsky 1997: 26). Ebenso spricht der wissenschaftliche Beleg von einer Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und Anzahl Freunden resp. sozialer Unterstützung dafür (vgl. Bengel et al.: 48).

Bei der Suche nach Ressourcen, die die Handhabbarkeit stärken, gilt es die wissenschaftlich belegte Zunahme der Kontakte zu der Herkunftsfamilie zu beachten (vgl. Kap. 3.7). Besonders die Eltern der Erstmutter und speziell die Mutter der Mutter leisten grosse Unterstützung, vor allem in der Kinderbetreuung. Die Wichtigkeit dieser verwandtschaftlichen Linie darf aus Sicht der Autorin nicht ausser Acht gelassen werden; die so zur Verfügung gestellten Ressourcen sollten sowohl vor als auch nach der Geburt genutzt werden.

6.2.3. ... gemeinsame Werte und Normen in der Partnerschaft

Viele Paare rechnen nicht mit einer Verschlechterung der Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt (vgl. Kap. 3.5). Die dessen ungeachtet teilweise als massiv erlebte Verschlechterung hat ihre Ursache unter anderem in unterschiedlichen Vorstellungen über Rollen- und Aufgabenteilung. Die Erkenntnis, dass Paare, die sich vor der Geburt einig waren über die Aufgabenteilung als zukünftige Eltern, zufriedener sind, ist ein Hinweis dafür, dass gemeinsame Normen unterstützend wirken. Ein vorgeburtlicher Austausch über zukünftige Vorstellungen der Rollen- und Aufgabenteilung und gewünschte Erwerbsmuster scheint darum aus Sicht der Autorin sinnvoll. Ein entsprechender Austausch fördert die Verstehbarkeit, da die Mutter Erwartungen und Vorstellung des Partners kennt und seine Verhaltensweisen einordnen kann. Kassis/Thommen folgern in ihrer Baselbieter Familienbefragung, dass nicht die Verteilung selber Unzufriedenheit auslöst, sondern mangelnde Freiwilligkeit (vgl. Kassis/Thommen 2005: 31). Darum reicht es nicht, nur die eigenen Vorstellungen darzulegen, sondern Ziel muss es sein, gemeinsam eine für beide Elternteile befriedigende Aufteilung zu finden. Nur so kann eine Partizipation gewährleistet werden, die wiederum die Bedeutsamkeit der Mutterschaft stärkt. Mit dem Aushandeln gemeinsamer Werte und Normen und dem Einhalten der getroffenen Aufgabenteilung können Gefühle von Ungerechtigkeit und Einschränkung gemindert oder sogar gänzlich verhindert werden. Um aufkommenden Missmut nach der Geburt anzusprechen und auszutauschen, bedarf es der Ungestörtheit. Und der Zeit. Da die Zeit mit dem Partner aber oft kindsbezogen ausgefüllt ist, ist es - wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben - umso wichtiger, Entlastung durch familienergänzende Kinderbetreuung zu ermöglichen.

Grosse Unzufriedenheit besteht bei den Erstmüttern bezüglich der Hausarbeit (vgl. Kap. 5.5). Dies kann einerseits am Traditionalisierungseffekt und der womöglich unfreiwilligen Aufgabenteilung liegen (vor allem dann, wenn der Partner sich vor der Geburt in gleichem Mass an der Hausarbeit

beteiligt hat, wie die Frau) und andererseits an der individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung von Hausarbeit. Auf letzteres wird im übernächsten Kapitel näher eingegangen.

6.2.4. ... Ermöglichen von Erwerbstätigkeit

Erwerbstätige Mütter sind in vielen Studien die zufriedenste und gesündeste Gruppe (vgl. Kap. 5.9). Wie lässt sich das aus Sicht des Kohärenzgefühls erklären? Mit der vorübergehenden Aufgabe der Erwerbstätigkeit nach der Geburt verlieren die Mütter bekannte Handlungsabläufe und vertraute Strukturen. Durch die Wiederaufnahme werden diese wieder hergestellt und konsistente Erfahrungen ermöglicht. Auch kann mit der Rückkehr in die Erwerbswelt eine Identifikation mit anderen Erwerbstätigen stattfinden, welche durch gemeinsame Werte und Normen begünstigt wird. Beides fördert die Verstehbarkeit. Durch das Ausführen von vertrauten und angemessenen Aktivitäten erfährt die Mutter Handlungsfähigkeit und -kompetenz, die zusammen mit der grösseren finanziellen Sicherheit als Erwerbstätige die Handhabbarkeit unterstützt. In der Erwerbstätigkeit erlebt die Mutter Entscheidungsfreiheit, Wertschätzung durch Lohn und soziale Anerkennung. Beides ist wichtig für die Bedeutsamkeit. Die Bestätigung und der Ausgleich in der Erwerbsarbeit ist eine wichtige Ressource von erwerbstätigen Müttern. Laut Bertram fördert die Erwerbstätigkeit die Selbstbestimmung der Frau - was wiederum ihr Wohlbefinden steigert (vgl. Baumgartner 2005: 14, Bertram 2011e: 50). Damit eine Stärkung des Kohärenzgefühls ermöglicht wird, müssen aber einige Punkte beachtet werden. Mütter mit Kleinkindern wünschen sich in der Regel eine Teilzeitstelle mit einem Pensum um die 50%, ebenso muss die Kinderbetreuung gewährleistet sein - was aus Sicht zweier Studien nicht immer der Fall ist (vgl. Kap. 5.7).

6.2.5. ... soziale Anerkennung

Viele Mütter fühlen sich unter Druck, das gesellschaftlich vorherrschende Mutterideal erfüllen zu müssen (vgl. Kap. 5.11). Schaffen sie dies nicht, kann das eine grosse Belastung sein. Der Blick zurück in der Geschichte zeigt, dass sich das Mutterideal im Laufe der Zeit immer wieder gewandelt hat. Es gab bereits zahlreiche Mutterideale und das zurzeit vorherrschende Ideal ist nur eines unter vielen. Für die Stärkung des mütterlichen Kohärenzgefühls ist es darum wichtig, die Vielfältigkeit an Muttersein zu akzeptieren und die unterschiedlichen Mutterrollen anzuerkennen. Vor allem nicht-erwerbstätige Mütter scheinen unter fehlender Anerkennung zu leiden. Dies führt teilweise dazu, dass die Mütter Freiwilligenarbeit leisten, um so Wertschätzung zu erhalten (vgl. Kassis/Thommen 2005: 32f.). Ziel muss es sein, Familienarbeit und im Besonderen die Hausarbeit aufzuwerten. Möglichkeiten sind finanzielle Abgeltungen oder Gutschriften auf einem Zeitkonto. Muttersein darf aber

auch nicht als Einschränkung und Behinderung bei der Erwerbstätigkeit erlebt werden. Müttern soll das Ausüben einer Erwerbstätigkeit - wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben - ermöglicht resp. vereinfacht werden. Soziale Anerkennung von erwerbstätigen Müttern kann sich z.B. in familienfreundlichen Arbeitsbedingungen oder in zugesicherter Kinderbetreuung zeigen.

6.2.6. ... lenken, ermutigen und bestätigen

Antonovsky schreibt, dass Partizipation alleine nicht für eine hohe Bedeutsamkeit reicht. Entscheidend sei die Reaktion der Umwelt auf das Muttersein. Eine emotional positive Reaktion ist Voraussetzung für eine Stärkung des Kohärenzgefühls.

Die von Antonovsky beschriebenen förderlichen Reaktionen für die kleinkindliche Entwicklung (vgl. Kap. 4.3.6) sollen hier nun abschliessend noch genauer betrachtet werden. Aus Sicht der Autorin scheint es sinnvoll und begründbar, diese auch auf die erste Zeit der Mutterwerdung anzuwenden. So, wie das Kleinkind sich Autonomie aneignet und in diesem Prozess ebenso mit Scham konfrontiert ist, so schwankt auch eine Frau nach der Geburt in ihrer Entwicklung zur Mutter zwischen den beiden Polen Autonomie und Scham. Das Streben nach Eigenständigkeit in ihrer Rolle als Mutter wird mal mehr, mal weniger von Zweifel, Unsicherheiten oder möglicherweise auch vom Gefühl des Versagens begleitet. Darum ist es wichtig, dass sie in ein lenkendes, ermutigendes und bestätigendes Umfeld eingebettet ist.

Die Beschreibungen von Erstmüttern über erlebte Belastungen zeigen leider eher das Bild von Ignoranz und Ablehnung auf: Väter ziehen sich nach der Geburt aus ihren haushältlichen Tätigkeiten zurück, Mütter fühlen sich in der Erwerbswelt benachteiligt und erleben sich als Mutter unerwünscht, empfinden ihre Tätigkeit als zu wenig anerkannt und die Umwelt erleben sie als kinderfeindlich. Dieses negative Feedback (ignorieren und ablehnen) schmälert das Mitspracherecht der Mütter und die damit verbundene Bedeutsamkeit ihrer Rolle als Mutter und das fehlende positive Feedback (lenken, ermutigen und bestätigen) verhindert die Stärkung von Handhabbarkeit. Wegen der anfänglich erlebten und auch später von nichterwerbstätigen Müttern beklagten Isolation kann angenommen werden, dass die Mutter nur spärliche Feedbacks ihres Umfeldes erhält. Ein Feedback kann zwar ausbleiben; nach Watzlawicks „man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (Watzlawick/Beavin/Jackson 1971: 53) kann aber ein ausbleibendes Feedbacks wiederum als Ignoranz gedeutet werden. Darum sollen Erstmütter vermehrt positiv wahrgenommen und durch unterstützende Feedbacks gestärkt werden. Diese Feedbacks wurden in den vorhergehenden Kapiteln genauer beschrieben, sei dies die Lenkung durch Wissensvermittlung und Austausch, die Ermutigung durch Unterstützung oder Bestätigung durch Anerkennung der Mutter.

7. Schlussteil

Im letzten Kapitel dieser Arbeit wird nochmals die (auf Seite x formulierte) Fragestellung in den Mittelpunkt gestellt und beantwortet. Daran anschliessend folgen ein Fazit und ein Ausblick; schliesslich wird auf die Bedeutung der Sozialen Arbeit in diesem Diskurs eingegangen. Eine kritische Würdigung der Arbeit rundet das Kapitel ab.

7.1. Beantwortung der Fragestellung

Dieses Kapitel ist der Beantwortung der eigentlichen Fragestellung gewidmet; an dieser Stelle werden die Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapiteln zusammengeführt.

„Mit welchen Herausforderungen sind Mütter nach der Geburt ihres ersten Kindes konfrontiert und was kann ihr Kohärenzgefühl stärken?“

Im ersten Jahr nach der Geburt warten zahlreiche neue Aufgaben und Herausforderungen auf eine Erstmutter. Das Zeitmanagement verschiebt sich zugunsten des Kindes und zuungunsten von eigenen Bedürfnissen wie Freizeitbeschäftigung, Kontaktpflege, körperliche Erholung und Zeit für die Partnerschaft. Die Erstmutter erlernt mütterliche Kompetenzen und eignet sich eine mütterliche Identität an. Im Weiteren muss sie sich mit einer neuen Rollen- und Aufgabenteilung in der Partnerschaft auseinandersetzen. Die neue Mutterrolle ist sehr oft verbunden mit einem Unterbruch der eigenen Erwerbstätigkeit und einer Traditionalisierung der Rollen.

Nach der Geburt ist die Bedeutsamkeit dank der sinnstiftenden und identitätsbildenden Aufgabe als Mutter sehr hoch. Die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit hingegen werden vor allem in den ersten Monaten bis zum Ende des ersten Jahres stark beansprucht. Diese Zeit ist geprägt von Unstrukturiertheit und Unvorhergesehenem. Gloger-Tippelt bezeichnet das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Erschöpfung, der Herausforderung, der Umstellung und der Gewöhnung (vgl. Gloger-Tippelt 1988: 59f.). Das Kohärenzgefühl der Erstmutter kann gestärkt werden durch Wissensvermittlung und Austausch mit anderen Müttern sowie durch Aushandlungsprozesse in der Partnerschaft betreffend Rollen- und Aufgabenteilung. Ein entlastendes und qualitativ gutes soziales Netzwerk ist ebenfalls eine wichtige Ressource und hilft in vielerlei Hinsicht: Die Mutter kann wieder vertraute Strukturen (Freizeit, Kontaktpflege) herstellen und zugleich Erholung erfahren. Beides unterstützt die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Spätestens nach einem Jahr hat die Erstmutter Routine gewonnen und fühlt sich sicherer und vertrauter in der Alltagsbewältigung. Damit steigt auch die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit.

Was nach einem Jahr bleibt, sind Unzufriedenheit bezüglich Rollen innerhalb und ausserhalb der Familie und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung. Nichterwerbstätige und erwerbstätige Mütter erleben unterschiedliche Belastungen bezüglich Rollen, die auch das Kohärenzgefühl unterschiedlich beeinflussen: Erwerbstätige Erstmütter klagen über die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie, nichterwerbstätige Mütter leiden unter Unterforderung und Isolation. Beides kann die Handhabbarkeit schmälern, auch wenn dies in beiden Fällen jeweils anders erlebt wird.. Auch bei der Bedeutsamkeit zeigt sich bei beiden Gruppen eine Schmälerung: Beide wünschen sich mehr Anerkennung und Wertschätzung. Die bessere Gesundheit und höhere Zufriedenheit von erwerbstätigen Müttern lässt sich mit der gesellschaftlich höher bewerteten Erwerbstätigkeit gegenüber Haus- und Familienarbeit und dem Einfluss von Mehrfachrollen erklären (vgl. Kapitel 5.9). Folglich erleben erwerbstätige Mütter höhere Bedeutsamkeit als Nichterwerbstätige. Stärken lässt sich diese Komponente des Kohärenzgefühls mit einem besserem Zugang zur Erwerbstätigkeit, durch das Bereitstellen von Ressourcen wie Kinderbetreuung und Lohnungleichheit sowie durch mehr Mitspracherecht von Müttern betreffend Arbeitszeiten und Arbeitspensen. Haus- und Familienfrauen benötigen mehr positive Wahrnehmung ihrer Rolle und von Familien, sei dies durch finanzielle Anerkennung oder durch kinderfreundliche Infrastruktureinrichtungen. Auch die Freiwilligenarbeit kann eine wichtige Ressource zur Stärkung der eigenen Bedeutsamkeit sein.

7.2. Fazit

Trotz der vielen Mühen von Mutterschaft sind Mütter gerne Mütter. Sie empfinden die Mutterschaft durchaus als sinnhaft, lohnend und erfüllend, was genügend Anerkennung gibt (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1991: 167, Raulf 1998: 79, Schenk 1998 : 22). Liebe (dazu gehört auch die Mutterliebe) ist in höchstem Masse sinnstiftend (vgl. Sack/Lamprecht 1998: 333). Nicht einmal Schwierigkeiten und Unsicherheiten in Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie sind deshalb ein Grund, um keine Kinder zu haben (vgl. Helffrich et al. 2001: 100).

Aus Sicht der Autorin beschäftigt Erstmütter mit Kleinkindern die Frage nach Entlastung und die Frage nach Orientierung: „Was kann ich?“ und „Was bin ich?“.

„Was kann ich?“ heisst Abschied zu nehmen von gewohnten Zeitmustern und sich mit einer neuen Zeitverteilung auseinander zu setzten. Die Erweiterung von der Dyade zur Triade bringt eine veränderte Alltagsgestaltung mit sich und die vom Säugling geforderte Präsenz geht zu Lasten von anderen Aktivitäten. Mit dieser „Zeitbudget-Konkurrenz“ (Bundesministerium für Familie, Senioren,

Frauen und Jugend 2012: 7) muss die Erstmutter lernen umzugehen. Die Verknüpfung und eine reibungsloses Zusammenspiel von Eltern-, Arbeits- und eigener Lebenszeiten sind laut Kassis und Thommen ein wichtiger Faktor von Wohlbefinden (vgl. Kassis/Thommen 2005: 53).

„Was kann ich?“ beschreibt auch die Suche nach Ressourcen. Gerade in der Zeit der Umstellung nach der Erstgeburt sind Widerstandressourcen von grosser Wichtigkeit. Eine Unterstützung in der Kinderbetreuung ermöglicht Zeitfenster für Erholung, Freizeit, Freiraum, Partnerschaft und Kontaktpflege. Doch auch emotionale Unterstützung durch Freunde ist eine tragende Stütze. Genügend Zeitressourcen sind wichtig für Familie und Partnerschaft (vgl. ebd.: 52).

Und nicht zuletzt fragt „Was kann ich?“ auch nach dem Mutterideal. Die Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen und dem eigenen Mutterideal bildet einen zentralen Teil der Identitätsentwicklung. Die gesellschaftlichen normativ gestellten Ansprüche an Mütter sind hoch. Es wird erwartet, dass Mütter glücklich sind und ihre Aufgabe in grosser Verantwortung wahrnehmen. Tschöpe-Scheffler spricht von einer „Professionalisierung der Elternschaft“ (Tschöpe-Scheffler 2009: 15) und dass Erziehung und das Bemühen um das Wohl des Kindes einem Wettbewerb, einer Hochleistung gleichkommen (vgl. ebd.: 15). Das Kind als „Endprodukt“ der eigenen, mit einem Gefühl von Leistung und Stolz verbundenen Arbeit, erhöht den Druck, keine Fehler zu machen, enorm (vgl. Beck-Gernsheim 2006: 93).

„Was bin ich?“ heisst die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Muttersein in der Gesellschaft. Die ersten Monate nach der Geburt ist die Mutter beschäftigt mit der Alltagsbewältigung innerhalb der Familie. Mit der Öffnung nach aussen wird sie dann mit dem gesellschaftlichen Leben in ihrer Mutterrolle konfrontiert. Mutterschaft als Hindernis bei der Erwerbstätigkeit, Mutterschaft als Statusverlust und das Bild von Muttersein als Nichtstun und Unproduktivität (vgl. Schmid 1992 in Schenk 1998: 35). Mütterliche Fähigkeiten wie Aufopferung und Fürsorge, haben in einer Gesellschaft von Härte und Durchsetzungsfähigkeit keine Bedeutung mehr (vgl. Tazi-Preve 2004: 217).

Und schlussendlich heisst „Was bin ich?“ auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensführung. Mit der Entstrukturierung von Lebensläufen fällt das Vorbild einer Normalbiographie und eines Frauenleitbildes weg. Berufstätigkeit gehört in der heutigen Zeit ebenso wie Familie und Kinder zum Lebenskonzept (vgl. Raulf 1998: 71). Auch wenn das bürgerliche Modell historisch gesehen nicht sehr alt ist, gibt es bereits eine Rückwärtsbewegung in Richtung vermehrte Erwerbstätigkeit von Müttern. Es scheint aber, dass andere Gründe wie in der vorindustriellen Zeit dafür verantwortlich sind: Aus Existenzsicherung hin zu eigener Selbstaufwertung und Zugewinn an persönlicher Bedeutsamkeit.

Zu Beginn dieser Arbeit wurde von Gesundheit von Erstmüttern gesprochen. Bei der Betrachtung von Gesundheit muss immer auch der Kontext einbezogen werden. Gesundheit ist wie Bengel et al. schreiben, ein mehrdimensionales Konstrukt (vgl. Kap. 4.6). Oder aus Sicht der Funktionalen Gesundheit der WHO ein Wechselspiel von Individuum und Umwelt. Auch wenn Antonovsky vom Kohärenzgefühl von einer im Individuum angelegte Disposition ausgeht, beschreibt er mehrmals den grossen Einfluss des sozialen Umfelds und von gesellschaftlichen Gegebenheiten auf das Kohärenzgefühl. So muss jede Erstmutter einerseits individuell und andererseits auch in ihrem jeweiligen Kontext betrachtet werden. Die standardisierte, pauschale Förderung der Gesundheit von Erstmüttern gibt es entsprechend nicht.

7.3. Ausblick

Die Verantwortung für die Entwicklung von Kindern nur den Eltern zuzuschreiben und dabei ausser Acht zu lassen, dass ein adäquates Erwachsenwerden nicht einzig von Erziehung abhängt, sondern auch von vielen anderen Faktoren beeinflusst wird, ist nicht richtig. Die Lebenswelt in unserer hochindustriellen Zeit wird zunehmend kinderunfreundlich und heute gültige Prinzipien wie Effizienz und Leistung, Pünktlichkeit und Ordnung entsprechen nicht der kindlichen Welt. Der Spagat zwischen dem Wunsch nach optimaler Förderung des Nachwuchses und einer kinderfeindlichen Umgebung macht Mutterschaft zu einer immer schwierigeren Aufgabe (vgl. Beck-Gernsheim 2006: 98f.). Winnicott nannte sie „good enough mother“: Eine Mutter, die dem Kind das Nötigste, das Normale, und damit nicht zu viel und nicht zu wenig gibt (vgl. Maoz 1998: 17). Können wir den hohen Anspruch an Eltern nicht wieder auf ein gesundes Mass reduzieren? Mütter sollen ihrem Kind Feinfühligkeit und Verlässlichkeit vermitteln und sie Teil der Gesellschaft werden lassen. Kinder sind widerstandsfähig und so manch vermeintlicher Fehler von Eltern, muss nicht eine gleich eine Katastrophe fürs Leben bedeuten.

Auch können eine Rückbesinnung auf mütterliche Fähigkeiten und auf die Bedeutsamkeit von Gemeinschaft und Rituale helfen, das Muttersein zu stärken. Muttersein nicht nur als eine unter viele Optionen, sondern als bewusste Entscheidung im Leben einer Frau und als ritualisierte Handlung. Eine wichtige Ressource ist aus Sicht der Autorin die „Bemutterung der Mutter“ (Tazi-Preve 2004: 96), wie sie Tazi-Preve nennt und wie sie in alten matriarchalen Kulturen ausgeübt wird: Die Unterstützung von jüngeren Müttern durch ältere Müttern und die bewusste Einweihung in neue Rolle (vgl. ebd.: 96). Dass dies teilweise auch in unserer Kultur so gehandhabt wurde, zeigt der noch heute verwendete Begriff des Wochenbettes. Gassmann spricht ebenfalls davon, dass die neue Mutter

eine Bemutterung braucht um das Muttersein zu lernen und dass dies nicht Aufgabe des Partners sein soll (vgl. Gassmann 2010: 12). Die heute noch grosse Bedeutung der Mutter der Mutter beim Übergang zur Mutterschaft (vgl. Kap. 3.7) mag noch ein Überbleibsel früherer Traditionen sein, soll aber unbedingt als Ressource genutzt werden. Doch gerade auch wegen der zunehmenden Mobilisierung und Zerstreuung der Verwandtschaft mag es sinnvoll sein, generell die grosselterliche und vor allem die mütterliche grosselterliche Generation vermehrt einzubinden.

Und letztlich müssen das Aufbrechen von starren Strukturen und die Möglichkeiten zur mehrdimensionalen Lebensführung auch für die Mutterschaft an Bedeutung und Akzeptanz gewinnen. Die abnehmende Geburtenrate mag eine Folge von Unvereinbarkeit von Mutterschaft mit anderen in der heutigen Gesellschaft vorhandenen Lebensoptionen sein. Mutterschaft als Rückschritt in tradierte Muster und zur Einschränkung von Autonomie und Partizipation, ist keine erstrebenswerte Option. Geissler und Oechsle plädieren für eine Vereinbarkeit beruflicher Aktivität auch mit Kindern und kritisieren, dass trotz der mittlerweile öffentlichen Anerkennung dieser doppelten Lebensführung die gesellschaftlichen Strukturen dazu mangelhaft sind (vgl. Raulf 1998: 73).

Ziel muss sein, dass Mütter Mutterschaft nicht als Belastung wahrnehmen, sondern als Herausforderung. Eine Anerkennung aller Formen von Mutterschaft auf individueller und gesellschaftlicher Ebene kann die benötigte Wertschätzung Müttern gegenüber hervorbringen, ihren Selbstwert stärken und Selbstbestimmung ermöglichen, was letztendlich gesunde und starke Mütter hervorbringt.

7.4. Bedeutung für die Soziale Arbeit

Gesundheitsfürsorge ist eines der vier Hauptfelder der Sozialen Arbeit. Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit haben beide das Ziel der Befähigung von Menschen zu einem selbstständigen Leben und darum eignet sich die Disziplin der Sozialen Arbeit auch für die Gesundheitsförderung (vgl. Köppel 2003: 27, 63). Durch frühe Förderung und Unterstützung von Familien können die Sozialkompetenzen und Bildungschancen von Kindern erhöht werden (vgl. Lanfranchi 2004: 11). Insofern hat die Soziale Arbeit einen legitimierbaren und klaren Auftrag zur Stärkung der Gesundheit von Erstmüttern mit Kleinkindern. Diese soll genug früh ansetzen und nicht nur auf Problemgruppen fokussiert sein, sondern sämtlichen Erstmüttern gelten. Schnittstellen mit der Medizin müssen genau geprüft und zur Synergiensteigerung muss eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt werden. Auch sollte aus Sicht der Salutogenese die Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit überdacht werden. Die Erstmütter müssen als Betroffene in den Verhandlungsprozess einbezogen werden um ihre Autonomie zu fördern und es sollen gegenseitig akzeptierte Kompetenzen ausgehandelt werden. Brucks meint, „(...) dass alle gut gemeinten, richtig begründeten Programme an der

Idee der Salutogenese vorbeigehen, wenn sie schon vorher wissen, was für andere Menschen gut und richtig ist.“ (Brucks 1998: 36). Es geht darum Spielräume zu entdecken und Ressourcen zu aktivieren, indem man an Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivation anknüpft und Unterstützung so gestaltet, dass sich Erstmütter in ihren Stärken und positiven Seiten erfahren (vgl. Brucks/Wahl/Schüffel 1998: 44f.).

7.5. Kritische Würdigung der wissenschaftlichen Arbeit

In der vorliegenden Arbeit konnten die Veränderungen und Belastungen im Übergang zur Mutterschaft und das Konzept der Salutogenese aufgezeigt werden. Aus Sicht der Autorin ist die Salutogenese ein geeignetes Konzept zur Verknüpfung von mütterlichem Erleben nach der Erstgeburt. Das Ziel, nicht eine Problemgruppe zu fokussieren, sondern den Blick auf sämtliche Erstmütter mit Kleinkindern zu richten, konnte erreicht werden, unter anderem weil viele Studien mit „gesunden“ Müttern vorhanden sind. Die Einschränkung der Beobachtungsdauer von Erstmüttern scheint nach wie vor sinnvoll zu sein. Im Laufe der Recherchen stellte sich allerdings heraus, dass sich die Studien grob in die Stichproben „Erstmütter im ersten Jahr“, „Erstelterne im ersten Jahr“ oder „Mütter mit einem Kind im Vorschulalter“ einteilen lassen. Die recherchierten Daten über Erstmütter waren teilweise zu wenig aussagekräftig, sodass eine Ausweitung vorgenommen wurde. Dies führte dazu, dass die Belastungen von Erstmüttern mit einem Kleinkind nicht immer klar trennbar von anderen Stichproben waren. Möglicherweise wäre eine angepasste Fokussierung auf nur das erste Jahr nach der Geburt oder auf alle Erstmütter mit Kindern im Vorschulalter sinnvoll gewesen. In die Beantwortung der Fragestellung sind darum auch Erkenntnisse aus der erweiterten Stichprobe eingeflossen. Verknüpfungen mit der Salutogenese konnten nur dort hergestellt werden, wo auch Literatur zu Veränderungen und Daten zu Belastungen gefunden wurden.

Trotz der zu Beginn der Arbeit vorgenommenen Eingrenzung auf die Erstmutter in Partnerschaft, ist das untersuchte Thema nach wie vor sehr komplex. So konnten viele Themen nur angeschnitten werden (z.B. Rollenunzufriedenheit oder Mutterideal) und müssten in einer weiteren Arbeit genauer untersucht werden. Meist wurden nur äusserliche Umstellungen und Belastungen beschrieben und innerpsychische Veränderungen nur kurz angedeutet. Interessant wäre es, diese Aspekte zu vertiefen und zu schauen, in welcher Wechselwirkung sie mit äusserlichen Faktoren stehen oder sie auch anhand des Kohärenzgefühls zu erklären. Auch wäre es spannend, die vorgeburtliche Phase in die Arbeit einfließen zu lassen. Zudem ist das Konzept der Salutogenese ein sehr vielschichtiges, das sich im Rahmen einer Bachelor Thesis nur in Teilaspekten beleuchten lässt. Der Einbezug von sozialen,

emotionalen, kognitiven und körperlichen Ebenen verunmöglichte eine ganzheitliche Betrachtung des Modells und erschwerte teilweise eine klare Aussage.

Die aus der Literatur und Studien gelieferten Erkenntnisse ermöglichen einen Überblick über die Mutterwerdung; die Betrachtung aus Sicht des Kohärenzgefühls gibt einen neuen Blickwinkel auf die Mutterschaft frei. Das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Stärkung des Kohärenzgefühls ist eine Ideensammlung, die mal konkreter, mal übergeordneter formuliert ist. Die vorliegende Arbeit liefert keine konkreten Handlungsansätze, was auch nicht Ziel der Arbeit war. Diese müssten in einer weiteren Fragestellung erarbeitet und erläutert werden.

8. Quellenverzeichnis

- Adler, Silke/Frevert, Gabriele/ Cierpka, Manfred/Pokorny, Dan/Strack, Micha (1994). Wie wird das wohl zu dritt werden? In: Psychosozial. Übergang zur Elternschaft. 17. Jg. (4). S. 9-23.
- Altgeld, Thomas/ Kolip, Petra (2007). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern: Hans Huber. S. 45-78.
- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Übersetzung von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.
- Athenstaedt, Ursula/Alfermann, Dorothee (2011). Geschlechterrollen und ihre Folgen. Eine sozialpsychologische Betrachtung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Balzer, Falvia (2007). Veränderungen der Partnerschaftszufriedenheit beim Übergang zur Erst-Elternschaft: Von der Schwangerschaft bis fünf Jahre nach der Geburt. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
- Baumgartner, Doris A. (2005). Arbeit und Familie - Einfluss der Erwerbsarbeit und Arbeitsbedingungen. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. S. 11-14.
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1991). Das normale Chaos der Liebe. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2006). Die Kinderfrage heute: über Frauenleben, Geburtenrückgang und Kinderwunsch. München: Beck.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. URL: [PDF-Dokument \(1,12 MB\)](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Berger, Eva M./Peter, Frauke H./Spiess, Katharina C. (2010). Wie hängen familiäre Veränderungen und das mütterliche Wohlbefinden mit der frühkindlichen Entwicklung zusammen? In: DIW-Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung. 79. Jg. URL: <http://ejournals.duncker-humboldt.de/doi/pdf/10.3790/vjh.79.3.27> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bertram, Hans (2011a). Einleitung. Die plurale Moderne. In: Bertram, Hans/Ehlert, Nancy (Hg.). Familie, Bindungen und Fürsorge. Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich. S.11-32
- Bertram, Hans (2011b) Fürsorge, Bindungen und vielfältige Moderne: Perspektiven für eine zukunftsorientierte Familienpolitik. In: Bertram, Hans/Ehlert, Nancy (Hg.). Familie, Bindungen und Fürsorge. Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich. S. 679-719
- Bertram, Hans (2011c). Elterliches Wohlbefinden - Eltern, Familie und Kinder. In: Bertram, Hans; Spieß C. Katharina (Hrsg.): Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, S. 27-38.
- Bertram, Hans (2011d). Wohlbefinden und Netzwerke - Die Multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: Bertram, Hans; Spieß C. Katharina (Hrsg.): Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, S. 39-44.
- Bertram, Hans (2011e). Eltern und Zeit für Kinder. In: Bertram, Hans; Spieß C. Katharina (Hrsg.): Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden, Nomos, S. 45-60.
- Bertram, Hans (2011f): Subjektives Wohlbefinden. In: Bertram, Hans; Spieß C. Katharina (Hrsg.): Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden, Nomos, S. 61-77.
- Bertram, Hans/Freitag, Nora/Siewert, Kristina (2011). Familie, elterliches Wohlbefinden und familienpolitische Präferenzen. In: Bertram, Hans; Spieß C. Katharina (Hg.). Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos. S. 207-240.
- Bertram, Hans/Spiess Katharina (2010). Elterliches Wohlbefinden, öffentliche Unterstützung und die Zukunft der Kinder – der Ravensburger Elternsurvey. Kurzfassung der ersten Ergebnisse. URL: [Hans Bertram und C. Katharina Spieß Elterliches ... - Ravensburger](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bertram, Hans/Spiess, Katharina (2011). Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos. URL: http://www.nomos-shop.de/_assets/downloads/9783832968717 lese01.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]

- Bopp Matthias (2005). Demographie und Lebensbedingungen von Familien. Haushaltstrukturen und Lebendgeburten. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. S. 7-10.
- Bodenmann, Guy/Hahlweg, Kurt (2003). Prävention bei Paaren und Familien. In: Jerusalem, Matthias/Weber, Hannelore (Hg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe. S. 445-459.
- Brucks, Ursula (1998). Salutogenese - der nächste Schritt in der Entwicklung medizinisches Denkens? In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 23-36.
- Brucks, Ursula/Wahl, Wulf-Bodo/ Schüffel, Wolfram (1998). Die Bedingungen für Veränderungen erkennen: Salutogenese in der Praxis. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 37-47.
- Bundesamt für Justiz (2010). UNO-Sozialpakt und Zivilpakt. URL: http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/themen/staat_und_buerger/ref_menschenrechte2/ref_uno-sozialpakt.html [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bundesamt für Statistik (Hg.) (2008). Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2008. URL: [Publikation komplett](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bundesamt für Statistik (Hg.) (2010). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung. URL: [Publikation komplett](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2006). Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. URL: [Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit Siebter ...](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2012). Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. URL: [Zeit für Familie - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen ...](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. URL: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (o.J.). O. T. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/historie.htm> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- El-Giamal, Muna (1999). Wenn ein Paar zur Familie wird. Alltag, Belastung und Belastungsbewältigung beim ersten Kind. Freiburg/Bern: Universitätsverlag/Hans Huber.
- Fluder, Robert (2005). Familiensituation und Sozialhilfeabhängigkeit. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. S. 19-22.
- Franke Alexa (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber.
- Franzkowiak, Peter (2006). Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Fthenakis, Wassilios E./Kalicki, Bernhard/Peitz Gabriele (2002). Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie. Opladen: Leske + Budrich.
- Gassmann, Marie-Christine (2010). Was hat Geburt mit Kinderschutz zu tun? Die vergessene Bedeutung einer sensiblen Lebensphase. Referat an der Fachtagung „Kinderschutz in der frühen Kindheit“ des Kinderschutzzentrum St.Gallen. Rorschach. URL: http://www.kispisg.ch/downloads/cms/referat_1_marie-christine_gassmann_was_hat_geburt_mit_kindeschutz_zu_tun.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Gauda, Gudrun (1990). Der Übergang zur Elternschaft: Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Gavranidou, Maria (1999). Frauenerwerbsbeteiligung und Wohlbefinden. In: Brähler, Elmar/Felder, Hildegard (Hg.). Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. 2. Aufl. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 121-138.
- Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (o.J.). Stellungnahme zur Armut. URL: [Stellungnahme zur Armut - GAIMH](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Gloger-Tippelt, Gabriele (1988). Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.

- Gossen, Kathrin (2011). Veränderung der Paarbeziehung beim Übergang zur Erstelternschaft. Langzeitinterviews mit Frauen. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Graf, Johanna (2002). Wenn Paare Eltern werden. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Grossmann, Karin/Grossmann, Klaus E. (2008). Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit. 4. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.
- Gutzwiler, Felix (2005). Geleitwort. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kt. Zürich. S. 1.
- Hafen, Martin (2007). Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hafen, Martin (2011). ‚Better Together‘ - Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. URL: [„Better Together“ - Prävention durch Frühe Förderung ...](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Helffrich, Cornelia/Karmaus, Wilfried/Starke, Kurt/Weller, Konrad (2001). frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln: BZgA.
- Höpflinger, Francois (2002). Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans Huber. S. 419-435.
- Hunziker, Urs/Albermann, Kurt/ Guntern, Franziska/von Siebenthal, Kurt/Oswald, Helmut/Müller, Rosmarie (2005). Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgung - das „winterthurer Modell“. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. S. 47-50.
- Hurrelmann Klaus/Klotz Theodor/Haisch Jochen (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern: Hans Huber.. S. 13-23.
- Huwiler, Kurt (1995). Herausforderung Mutterschaft. Eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt. Bern: Hans Huber.
- Huwiler, Kurt (1998a). Das soziale Netz von Familien mit Kleinkindern - eine verlorengegangene Ressource?. In: Marie Meierhofer-Institut für das Kind (Hg.) Startbedingungen für Familien. Forschungs- und Erlebnisberichte zur Situation von Familien mit Kleinkindern in der Schweiz und sozialpolitische Forderungen. Zürich: Pro Juventute. S. 37-66.
- Huwiler, Kurt (1998b). Was (er)halten junge Familien vom Staat? In: Marie Meierhofer-Institut für das Kind (Hg.) Startbedingungen für Familien. Forschungs- und Erlebnisberichte zur Situation von Familien mit Kleinkindern in der Schweiz und sozialpolitische Forderungen. Zürich: Pro Juventute. S. 189-232.
- Hüttemoser, Marco (1998). Auf der Insel stark werden. Die Bedeutung des Wohnumfeldes für junge Familien. In: Marie Meierhofer-Institut für das Kind (Hg.) Startbedingungen für Familien. Forschungs- und Erlebnisberichte zur Situation von Familien mit Kleinkindern in der Schweiz und sozialpolitische Forderungen. Zürich: Pro Juventute. S. 279-293.
- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2012). URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.103.1.de.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Johnen, Rolf (1998). Einleitung. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 155-158.
- Jork, Klaus (2003). Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In: Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.). Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben. Bern: Hans Huber. S. 17-25.
- Jurgan, Sabine/Gloger-Tipelt, Gabriele/Ruge, Karoline (1999). Veränderungen der elterlichen Partnerschaft in den ersten 5 Jahren der Elternschaft. In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke. S. 37-54.
- Kassis, Wassilis/Thommen, Michèle (2005). Familiäres Wohlbefinden zwischen Zeit, Raum und Freiwilligkeit. Empirischer Forschungsbericht im Auftrag des Impulsprogramms „Familie und Beruf“ und unter Federführung der Fachstelle für Familienfragen des Kanton Basel-Landschaft. URL: [Familiäres Wohlbefinden - Kanton Basel-Landschaft](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Klepp, Doris (2003). Lebenssituation und subjektive Lebensqualität von Frauen mit Kindern im Alter von 0-6 Jahren. Eine psychologische empirische Studie zur Mutterschaft. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Uni-

- versität Wien. URL: [Lebenssituation und subjektive Lebensqualität von Frauen mit Kindern](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Klepp, Doris (2008). Eltern zwischen Anspruch und Überforderung. Eine psychosoziale Studie zu Erziehungswerten und Verhalten der Eltern unter dem Aspekt ihrer Lebensbedingungen und des subjektiven Befindens. URL: [Eltern zwischen Anspruch und Überforderung - Elternbildung](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (2002). Geschlecht - Gesundheit - Krankheit. Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans Huber. S. 13-25.
- Köppel, Monika (2003). Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Hans Jakobs.
- Kötter, Charlotte/Stemmler, Mark/Lösel, Friedrich/Bühler, Anneke/Jaursch, Stefanie (2011). Mittelfristige Effekte des Präventionsprogramms EFFEK-E für emotional belastete Mütter und ihre Kinder unter der besonderen Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 19. Jg. (3). Göttingen: Hogrefe. S. 122-133.
- Kreppner, Kurt (o.J.). Eltern-Kind-Beziehung: Forschungsbefunde. URL: <http://www.familienhandbuch.de/cms/Familienforschung-Eltern-Kind-Beziehung.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004). Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. URL: [4.11 Belastungen und Ressourcen von Müttern - Landtag NRW](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Lanfranchi, Andrea (2004). Die Bedeutung familienergänzender Betreuung - von der sozialen Notlösung zur bildungspolitischen Notwendigkeit. In: Lanfranchi, Andrea/Schrottman, Ria E. (Hg.) (2004). Kinderbetreuung ausser Haus - eine Entwicklungschance. Bern: Haupt. S. 25-50.
- Lenkitch-Gnädinger, Dorothea (2004). Die Eltern und ihr erstes Kind. Einzelfallstudien zur Frage der innerseelischen Veränderungen von Paaren durch die Elternschaft. Unveröffentlichte Doktorarbeit. Universität Kassel. URL: <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-89958-113-3.volltext.frei.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Leppin, Anja (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. 3. Aufl. S. 35-44.
- Makowsky, Katja/Schücking, Beate (2010). Familienhebammen. Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. In: Bundesgesundheitsblatt. S. 1080-1088. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Makowsky.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Maoz, Benyamin (1998). Salutogenese - Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft. S. 13-22.
- Maschewsky-Schneider Ulrike/Klesse, Rosemarie/Sonntag, Ute (1991). Lebensbedingungen, Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen. In: Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hg.). Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München: Juventa. S. 22-35.
- Meller, Simone (2008). Salutogenese durch Selbstverwirklichung. Eine integrative und ganzheitliche Perspektive für die Gesundheitspsychologie. Marburg : Tectum.
- Merbach, Martin/Brähler, Elmar (2010). Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. 3. Aufl. S. 347-358.
- Merkle, Tanja/Wippermann, Carsten (2008). Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Stuttgart: Licius & Lucius.
- Mouvement Mondial des Mères (2011). Was Müttern in Europa wichtig ist. Umfrage unter Müttern in Europa Ergebnisse 2011. URL: [Was Müttern in Europa wichtig ist - Frau2000plus – Offensive für ...](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Muschalik, Eva/Frauke, Peter H./Spiess, Katharina C. (2011). Wohlbefinden im Bereich „Erwerbstätigkeit“. In: Bertram, Hans/Spieß, Katharina C. (Hg.). Fragt die Eltern. Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland. Baden-Baden: Nomos. S.189-206.
- Nauck, Bernhard (2011). Wert der Kinder und Generationensolidarität. In: Bertram, Hans/Ehlert, Nancy (Hg.). Familie, Bindungen und Fürsorge. Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich. S. 329-348.

- Nave-Herz, Rosmarie (2006). Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. 2. Aufl. Weinheim/München: Juventa.
- Petzold, Matthias (1991). Paare werden Eltern. Eine familienentwicklungspsychologische Längsschnittstudie. München: Quintessenz-Verlag
- Raulf, Barbara (1998). Beschäftigt sind alle. Zur Situation erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Mütter. In: Marie Meierhofer-Institut für das Kind (Hg.) Startbedingungen für Familien. Forschungs- und Erlebnisberichte zur Situation von Familien mit Kleinkindern in der Schweiz und sozialpolitische Forderungen. Zürich: Pro Juventute. S. 67-102.
- Reichle, Barbara (1994). Die Geburt des ersten Kindes – eine Herausforderung für die Partnerschaft. Verarbeitung und Folgen einer einschneidenden Lebensveränderung. Bielefeld: Kleine.
- Reichle, Barbara/Montada, Leo (1999). Übergang zur Elternschaft und Folgen: Der Umgang mit Veränderungen macht Unterschiede. In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke. S. 205-224.
- Reichle, Barbara/Werneck, Harald (1999). Übergang zur Elternschaft und Partnerschaftsentwicklung. Ein Überblick. In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke. S. 1-18.
- Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 (o. J.). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. URL: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Rheingold Institut (Hg.) (2010) Die deutsche Angst vor dem Kinderkriegen. Pressemitteilung. URL: [Die deutsche Angst vorm Kinderkriegen rheingold-Studie](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Sack, Martin/Lamprecht, Friedhelm (1998). Forschungsaspekte zum "Sense of Coherence". In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical. S.325-336.
- Schenk Sabine (1998). Kleine Kinder - kleine Sorgen? Wie Mütter den Alltag mit ihren Kindern erleben. In: Marie Meierhofer-Institut für das Kind (Hg.). Startbedingungen für Familien. Forschungs- und Erlebnisberichte zur Situation von Familien mit Kleinkindern in der Schweiz und sozialpolitische Forderungen. Zürich: Pro Juventute. S. 13-36.
- Schimmerl, Stefanie (2010). Welche Aspekte spielen bei der Entscheidung zur Berufstätigkeit von Müttern mit dem ersten Kind im Alter zwischen null und drei Jahren eine Rolle? Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien. URL: [Diplomarbeit](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Schmid, Caroline (2011). Gesund in der Krankheit? Salutogenese als Wegweiser für neue Ansätze im psychiatrischen Versorgungssystem. Hamburg: Diplomica.
- Schneewind, Klaus/Sierwald, Wolfgang (1999). Frühe Paar- und Familienentwicklung. Befunde einer fünfjährigen prospektiven Längsschnittstudie. In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke. S. 149-166.
- Schneider, Norbert F./Krüger, Dorothea/Lasch, Vera/Limmer, Ruth/Matthias-Bleck, Heike (2001). Alleinerziehen heute. Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer. URL: [Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Schneider, Norbert F./Rost, Harald (1999). Soziologische Aspekte des Übergangs zur Elternschaft. In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart; Enke. S. 19-36.
- Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula /Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998a). Einleitung. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula /Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 1-10.
- Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula /Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998b). Rückseite. In: Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula /Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft (2011a). Familienbericht Basel-Landschaft 2010. Kapitel 3 Beruf und Familie. URL: http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/fkd/fff/famber/famber_03.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft (2011b). Familienbericht Basel-Landschaft 2010. Kapitel 4 Kinderbetreuung. URL: http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/fkd/fff/famber/famber_04.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]

- Sieverding, Monika (1999). Weiblichkeit - Männlichkeit und psychische Gesundheit. In: Brähler, Elmar/Felder, Hildegard (Hg.). Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. 2. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 31-57.
- Sowak, Marlene (2010). Soziale Netzwerke am Übergang zur Elternschaft. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien. URL: [Diplomarbeit - E-Theses - Universität Wien](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Ständer, Dagmar/Kuschel, Annett/Heinrichs, Nina/Bertram, Heike/Naumann, Sebastian/Hahlweg, Kurt (2007). Der Einfluss von Familientyp und Partnerschaftsqualität auf die psychische Situation von Müttern und Kindern. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht. Zeitschrift für Forschung und Praxis. 54. Jg. (3). München: Reinhardt. S. 236-247
- Suess, Gerhard J./Soufre, June (2008). Klinische Implikationen der Minnesota Längsschnittstudie zur Persönlichkeitsentwicklung von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. URL: [Klinische Implikationen der Minnesota Längsschnittstudie zur Persönlichkeitsentwicklung von der Geburt bis ins Erwachsenenalter](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Tazi-Preve, Irene Mariam (2004). Mutterschaft im Patriarchat. Mutter(feind)schaft in politischer Ordnung und feministischer Theorie - Kritik und Ausweg. Frankfurt a. M.: Lang.
- Textor, Martin R. (2002) Mutterwerdung - Mutterschaft. In: Fthenakis, Wassilios E./Textor, Martin R. (Hg.). Mutterschaft, Vaterschaft. Weinheim/Basel: Beltz. S.27-47. URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/704a.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Toppe, Sabine (2009). Rabenmütter, Supermuttis, abwesende Väter? Familien(leit)bilder und Geschlechtertypisierungen im Kinderarmutsdiskurs in Deutschland. In: Villa, Paula/Thiessen, Barbara (Hg.). Mütter - Väter. Diskurse Medien Praxen. Münster: Westfälisches Dampfboot. S. 107-127.
- Trzcinski, Eileen/Holst, Elke (2003). Hohe Lebenszufriedenheit teilzeitbeschäftigter Müttern. In: Wochenbericht des Instituts für Wirtschaftsförderung. (35). URL: [WB 35/03 Hohe Lebenszufriedenheit teilzeitbeschäftigter Mütter](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid (2009). Familie und Erziehung in der Sozialen Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Studium.
- UNIS United Nations Information Service (o.J.). O.T. URL: <http://www.unis.unvienna.org/unis/de/faq/wassind.html> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Van Spijk, Piet (1994). Definitionen und Beschreibungen von Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick. 2. Aufl. Muri: Zentralsekretariat SGGP.
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (2009). O. T. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D. (1971). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 2. Aufl. Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber.
- Weigelt, Claudia (2011). Familie im Werden – Veränderungen der Paarbeziehung durch die Geburt des ersten Kindes. URL: [Familie im Werden – Veränderungen der Paarbeziehung durch die ...](#) [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Weiss, Joachim (2001). Familie und Gesundheit. In: Walper, Sabine/Pekrun, Reinhard (Hg.). Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe. S. 238-265.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (1998). Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf [Zugriffsdatum: 21. Juni 2013]
- Wicki Werner (1999). Familiäre Ressourcen in der Berner Studie zum Übergang zur Elternschaft: Was ist darunter zu verstehen und wozu sind sie gut? In: Reichle, Barbara/Werneck, Harald (Hg.). Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke. S. 225-238.
- Wydler, Hans/Zellweger, Ueli (2005). Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. S. 31-38.

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Andrea Stauss

Titel der Bachelor Thesis:

Wie Erstmütter in den ersten drei Jahren nach der Geburt gesund bleiben.

Mutterwerdung aus Sicht der Salutogenese

Begleitung der Bachelor Thesis: Regina Klemenz

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 27. Juni 2013

Unterschrift: