

Aspekte der Versorgungsforschung 2011



Liebe Leserinnen und Leser,

die gesetzlichen Krankenkassen wirken aktiv an der Gestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland mit. Wer Qualität und Effizienz wirklich verbessern will, braucht dafür aussagekräftige und seriöse wissenschaftliche Entscheidungsgrundlagen.

In Deutschland liegen die vollständigen Leistungsdaten der Versicherten nur den Krankenkassen vor. Daher sind diese Daten die beste Basis, um neue Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und mögliche Verbesserungspotenziale der medizinischen Versorgung zu gewinnen. Die hkk mit ihrem hohen Marktanteil in Bremen und Nordwest-Niedersachsen verfügt über Daten, die interessante Einblicke in die Situation vor Ort gewähren. Selbstverständlich werden diese Daten nur in pseudonymisierter Form ausgewertet, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen mehr möglich sind.

Mit dem Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) konnte die hkk einen wissenschaftlich unabhängigen und erfahrenen Partner dafür gewinnen, zum ersten Mal einen Bericht zur Versorgungsforschung bei der hkk aufzubereiten. Dr. Bernard Braun und Dr. Gerd Marstedt sind bundesweit profilierte Experten, die in den Bereichen Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung große Erfahrung an der Universität Bremen gesammelt haben.

Der Bericht nimmt folgende Versorgungsbereiche unter die Lupe:

Teil 1: Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen

Wissenschaftliche Studien zeigen, wie gefährlich die teilweise zu großzügige Verschreibung von Antibiotika für unsere Gesellschaft ist. Bundesweit könnten viele Verordnungen vermieden werden, weil gar keine Erkrankungen vorliegen, die eine Behandlung mit Antibiotika erfordern. Auch in Bremen und Nordwest-Niedersachsen ist die Überversorgung von Kindern und Jugendlichen ein besonderes Problem, so dass eine bessere Aufklärung über den Sinn und die Risiken dieser Wirkstoffe dringend geboten erscheint.

Teil 2: Mutter/Vater-Kind-Kuren – Erfahrungen der hkk-Versicherten

Im Sommer 2010 hat die hkk eine Befragung aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer durchgeführt, die 2009 an einer Mutter/Vater-Kind-Kur teilgenommen haben. Ihre Erfahrungen vor, während und nach der Kur wurden untersucht, um Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Nutzen und besondere Handlungsbedarfe aus Sicht der Betroffenen zu gewinnen.

Teil 3: Aktuelles aus der Gesundheitsforschung

Mit dem hkk-Gesundheitsbericht möchten wir die Verbreitung aktueller Ergebnisse der Gesundheitsforschung fördern. Daher stellen wir aktuelle Erkenntnisse aus den Bereichen Übergewicht, Effekte des Rauchverbots in öffentlichen Räumen, Rückenschmerzen und Diabetes vor – natürlich unter Berücksichtigung ihrer Relevanz für die hkk-Versicherten.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und aufschlussreiche Lektüre!

Ihr Michael Lempe
Vorstand der hkk

3_ Editorial

5_ Teil 1: Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen

- 6_ Zeitbombe Resistenzbildung: Vermeidbare Zukunftsrisiken durch zu viele Verordnungen
- 6_ Problem erkannt, aber nicht gebannt
- 7_ Welchen Nutzen haben Antibiotika?
- 7_ Warum ist jede nicht streng notwendige Verordnung ein Problem?
- 9_ Warum sind Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen ein besonderes Problem?
- 10_ Daten zu Antibiotika in Deutschland
- 12_ Antibiotika-Verordnungen bei hkk-versicherten Kindern und Jugendlichen
- 14_ Wie notwendig sind Antibiotika bei für Kinder typischen Erkrankungen?
- 16_ Welche Rolle spielen Patienten bei zu häufigen Verordnungen?
- 20_ Wie nehmen die Ärzte ihr Ordnungsverhalten wahr?
- 21_ Welche Maßnahmen sollten getroffen werden?
- 23_ Literatur
- 25_ „50 Prozent weniger sind möglich“ Interview mit Prof. Gerd Glaeske

27_ Teil 2: Mutter/Vater-Kind-Kuren: Erfahrungen der hkk-Versicherten

- 28_ Die Mutter/Vater-Kind-Kur: Effektive Entlastung für Eltern unter Druck
- 28_ Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen
- 30_ Methodische Erläuterungen
- 31_ Aktuelle Forschungsbilanz
- 33_ Durchführung der Befragung
- 35_ Motive und Anlässe für die Kur
- 36_ Information und Beratung
- 37_ Teilnahmehürden
- 38_ Einzelne Kuraspekte: Wichtigkeit und Zufriedenheit
- 40_ Was beeinflusst die Aussagen zur Wichtigkeit?
- 42_ Was beeinflusst die Aussagen zur Zufriedenheit?
- 44_ Gesundheitliche Veränderungen nach der Kur
- 46_ Spezielle körperliche und psychische Effekte
- 48_ Gesundheitliche Effekte bei den Kindern
- 49_ Welche Einzelfaktoren beeinflussen Gesamtzufriedenheit und Gesundheitszustand?
- 52_ Zusammenfassung der Ergebnisse
- 54_ Praktische Schlussfolgerungen
- 55_ Aussagekraft von Patientenbefragungen
- 56_ Literatur
- 57_ „Mütter benötigen meist komplexe Hilfen“ Interview mit Jürgen Collatz

59_ Teil 3: Aktuelles aus der Gesundheitsforschung

- 60_ Gesundheitsrisiken bei Übergewicht differenziert betrachten!
- 61_ Neues aus der Übergewichtsforschung
- 64_ Literatur
- 65_ Rauchverbote in öffentlichen Räumen
- 66_ Positiveffekte zeigen sich schon jetzt
- 66_ Eindeutige Beweislage auch für das Passivrauchen
- 67_ Erfolgreiche Rauchverbote: Forschungsbilanz 2004 bis 2009
- 69_ Erkenntnisgrenzen der vorliegenden Studien
- 70_ Literatur
- 71_ Forschungssplitter 1: Rückenschmerzen
- 71_ Neue Befunde aus der Versorgungs- und Präventionsforschung
- 73_ Literatur
- 74_ Forschungssplitter 2: Diabetes
- 74_ Neue Befunde aus der Versorgungs- und Präventionsforschung
- 77_ Literatur

79_ Impressum

Aspekte der Versorgungsforschung 2011, Teil 1

Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen



Zeitbombe Resistenzbildung: Vermeidbare Zukunftsrisiken durch zu viele Verordnungen

Problem erkannt, aber nicht gebannt

Die Über- und Fehlversorgung mit Antibiotika wird seit Jahren in regelmäßigen Abständen sowohl in den Tagesmedien als auch den medizinischen und pharmakologischen Fachpublikationen angesprochen. Sie betrifft eine Reihe von einfachen bis mittelschweren Infektionserkrankungen, die zwar auch bei Erwachsenen, vor allem aber bei Kindern und Jugendlichen auftreten.

Zu den aktuellsten Veröffentlichungen zählen:

- » ein Bericht des ARD-Wirtschaftsmagazins „Plusminus“ vom 14. September 2010 (Plusminus, 2010). Plusminus hatte gesunde Frauen mit der vorgeblichen Symptomatik einer Blasenentzündung zum Arzt geschickt. Gegen die vermutete Blasenentzündung verschrieben sechs von zehn Ärzten unnötigerweise Antibiotika und zwar selbst dort, wo eine Urinprobe keinen Befund erbracht hatte. Teilweise verordneten sie sogar sogenannte Reserveantibiotika, die nur eingesetzt werden dürfen, wenn andere Antibiotika gar nicht mehr helfen. Unter anderem wegen Letzterem warnte der Infektionsexperte A. Friedrich von der Universitätsklinik in Münster in der Sendung: „Die Wunderwaffe Antibiotika wird stumpf. Einfache Infektionen können wir nicht mehr behandeln.“ Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) zeigen aber, dass aktuell in 46,5 Prozent aller Verordnungsfälle ein Reserveantibiotikum verordnet wird.
- » eine Pressemitteilung der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) vom 13. September 2010. Dort warnt die Präsidentin der Bundesapothekerkammer, Erika Fink, vor dem Einsatz von Antibiotika bei einer meist durch Viren ausgelösten leichten komplikationslosen Erkältung. Schließlich fördere dieser sinnlose Antibiotika-Einsatz lediglich die gefährliche Entstehung behandlungsresistenter Erreger. Entsprechend fordert die Apotheker-Repräsentantin die Patienten auf, „von ihrem Arzt die Verschreibung eines Antibiotikums nicht offensiv ein(zu)fordern.“
- » Unter der Überschrift „Das Sterben der antibakteriellen Forschung und Entwicklung“ zeigt

der amerikanische Infektionsspezialist Brad Spellberg auf, dass in den USA immer weniger antibakteriell wirkende Stoffe bzw. Antibiotika entwickelt werden (Spellberg in: Choffnes et al., 2010, S. 303, einem Sammelband zu einem Workshop der National Academy of Sciences vom Juni 2010: Wurden von 1983 bis 1987 noch 16 neue Stoffe entwickelt, so waren es zwischen 1993 und 1997 nur noch zehn, von 1998 bis 2002 ganze fünf und im Zeitraum von 2008 bis 2012 bisher nur ein einziger). Durch die zunehmende routinemäßige Verordnung von Reserveantibiotika bei harmlosen Infektionserkrankungen wächst die Gefahr, im Ernstfall einer wirklich gefährlichen bakteriellen Infektionswelle keine „letzten“ Mittel mehr zur Verfügung zu haben. Dabei sind die meisten einfachen Infektionserkrankungen gar nicht mit Antibiotika behandelbar, weil sie durch Viren verursacht werden. Auf diese Gefahr verwies ein Infektionsexperte bereits vor fast einem Jahrzehnt: „Wenn es nicht gelingt, die Resistenzentwicklung von Bakterien gegen Antibiotika zu bremsen, könnte sich ein Desaster anbahnen. Denn wenn man auf eine Resistenz erst reagiert, wenn sie da ist, gleicht das dem Versuch, herausgequollene Zahnpasta zurück in die Tube zu stopfen.“ (Low, 2001)

- » „Dennoch werden in Deutschland fast alle Kinder mit Mittelohrentzündung antibiotisch behandelt und damit dreimal so häufig wie ihre Altersgenossen in den Niederlanden“ (Schröder et al., 2003, S. 14). Nach einer anerkannten Leitlinie kann eine akute Mittelohrentzündung bei Kindern „ohne Antibiotika behandelt werden, wenn keine erschwerenden Umstände vorliegen und Eltern und Arzt gut zusammenarbeiten“ (Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke, 2002).
- » Auf die Anfrage der Plusminus-Redaktion jedoch (Plusminus, 2010), warum es keine verbindlichen Antibiotika-Richtlinien gäbe, antwortet die Ärztekammer: „... die Auswahl und Dosierung von Antibiotika [setzt] eine individuelle, vom Arzt zu treffende Abwägung voraus. Richtlinien, d.h. verbindlich einzuhaltende Vorgaben, kann es [daher] für die Antibiotikatherapie nicht geben...“.

Welchen Nutzen haben Antibiotika?

Es geht nicht darum, den Nutzen von Antibiotika generell in Frage zu stellen, sondern nur darum, unnötige Verordnungen zu vermeiden, weil sie für den Einzelnen und die Gesellschaft zu unerwünschten Folgewirkungen führen. Nach wie vor ist der hohe und schnell erreichbare wie auch spürbare Nutzen unbestritten, den Antibiotika gegen eine Fülle von zum Teil weit verbreiteter und unbehandelt zum Tode führenden Infektionskrankheiten haben: Zum Beispiel konnte die Sterberate bei außerhalb von Krankenhäusern erworbenen Lungenentzündungen um über 70 Prozent bzw. 25 Prozentpunkte (von 35% auf 10%), die Sterberate bei bakterieller Hirnhautentzündung um mindestens 75 Prozent bzw. 60 Prozentpunkte (von >80% auf <20%) und die Sterberate bei Hauterkrankungen um rund 90 Prozent oder zehn Prozentpunkte (von 11% auf <0,5%) gesenkt werden (Spellberg in: Choffnes et al., 2010, S. 300). Diese Wirkungen sind umso eindrucksvoller, wenn man bedenkt, dass andere medikamentöse Interventionen bei schweren Erkrankungen wesentlich weniger bewirkt haben. So senkte beispielsweise der Einsatz von Aspirin oder Streptokinase bei Herzinfarkten oder -attacken die durchschnittliche Sterberate um nur drei Prozentpunkte (ebd.).

Warum ist jede nicht streng notwendige Verordnung ein Problem?

In der pharmakologischen, medizinischen und versorgungsepidemiologischen Kritik an der nicht streng indizierten Verordnung von Antibiotika bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen sind folgende Sachverhalte maßgeblich:

Antibiotika sind bei vielen Infektionserkrankungen, die gerade bei Kindern und Jugendlichen häufig auftreten, wirkungslos, weil diese Krankheiten durch Viren verursacht werden. Umso mehr fallen dann die möglichen Nebenwirkungen ins Gewicht, wie z.B. Durchfall, Erbrechen und Übelkeit sowie die damit verbundene temporäre Schwächung des natürlichen Immunsystems und des für die Heilung der akuten Erkrankungen ebenfalls notwendigen Wohlbefindens.

Ein erheblicher Teil der Antibiotika-Verordnungen stellt daher eine Überversorgung mit gesundheitlich nicht notwendigen oder unwirksamen Stoffen dar bzw. ist reine Verschwendung. Bei den so verordneten Antibiotika handelt es sich wegen der geschilderten gesundheitlichen Nachteile auch noch um eine massive Fehlversorgung. Ihre Zahl zu senken entlastet also die Solidargemeinschaft und verringert das Risiko zukünftiger Erkrankungslasten, ohne gesundheitliche Nachteile mit sich zu bringen. Zwar kann angesichts der GKV-weiten Gesamtausgaben von derzeit rund 750 Mio. Euro nur ein relativ kleines Einsparpotenzial genutzt werden, doch durch die Vermeidung von Resistenzen und der dadurch ausgelösten Folgekosten könnte es zu wesentlich größeren Einsparungen kommen.

Die Einnahme von Antibiotika erhöht seit vielen Jahren das Risiko unerwünschter Antibiotika-Resistenzen und stellt somit sowohl für jeden einzelnen Nutzer als auch für dessen unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft ein Gesundheitsrisiko dar. Anders als viele andere Arzneimittel sind Antibiotika daher nicht ausschließlich „Privatsache“, sondern „gesellschaftliche“ Arzneimittel. Daher muss die Abwägung zwischen Nutzen und Schaden, die korrekterweise bei jeder diagnostischen und therapeutischen Intervention zu treffen ist, bei Antibiotika also nicht nur für das Individuum erfolgen, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene.



Resistenzrisiko

Zur Bedeutung des **Resistenzrisikos** haben internationale Studien Folgendes ergeben:

- » Wegen der rapiden Zunahme antibiotikaresistenter Erreger stieg die Anzahl der dadurch verursachten (und vermeidbaren) Toten allein in den USA auf 18.600 Personen im Jahr 2009. Damit sterben in den USA mehr Menschen an den Folgen von Antibiotika-Resistenzen als an HIV/AIDS.
- » Die durch Resistenzbildung verursachten Kosten für das US-Gesundheitssystem werden für 2009 auf 20 Mrd. US-Dollar geschätzt – mit steigender Tendenz.
- » Entsprechende Langzeituntersuchungen zeigen das außerordentlich schnelle Tempo der Resistenzen-Entwicklung: So waren 1975 nur 2,4 Prozent aller Erregerstämme von *Staphylococcus aureus* gegen Penicillin resistent. 2005 war dieser Anteil auf 95 Prozent gewachsen, was US-Experten fast ausschließlich auf die Überversorgung mit Antibiotika zurückführen. In einer kürzlich veröffentlichten Zehnjahresstudie stieg die Anzahl der Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Infektionen von zwei Fällen pro 1.000 Behandlungen im Jahr 1999 auf 21 Fälle im Jahr 2008 (Choffnes et al., 2010).
- » Zu den Besonderheiten der Risiken bei der Verordnung von Antibiotika gehört, dass die Häufigkeit resistenter Erreger mit der Menge der eingesetzten Antibiotika zunimmt. Dies zeigt unter anderem ein Ländervergleich: In Frankreich, dem Land mit dem bei weitem höchsten Einsatz von Penicillinpräparaten im ambulanten Bereich, zeigten sich im Jahr 2000 bei rund 45 Prozent der Lungenentzündungen Resistenzen. In den Niederlanden, wo im Vergleich zu Frankreich nur rund ein Viertel Antibiotika verordnet werden, belief sich der Anteil resistenter Erreger auf rund ein Prozent (Goossens et al., 2005, S. 584).
- » Für die Antibiotika-Behandlung der unter Kindern und Jugendlichen häufigen Akne zeigt eine Studie aus dem Jahr 2003 (Ross et al., 2003), dass bei mindestens 50 Prozent aller Patienten Akne-Erreger nachweisbar waren, die gegen zwei verbreitete Antibiotika (Erythromycin und Clin-

damycin) resistent waren. Bei bereits 20 Prozent gab es Erreger, die gegen Tetracycline resistent waren. Die Bildung resistenter Bakterienstämme wurde durch die Dauer der Antibiotika-Behandlung gefördert. Außerdem tauchen resistente Erreger sowohl bei der Behandlung mit hohen als auch mit niedrigen Dosen auf, was die häufig vorgeschlagene Strategie, Resistenzbildungen durch hohe Dosierung zu vermeiden, obsolet macht.

- » Zur Situation bei den antibiotikabedingten Resistenzbildungen in Deutschland gibt es – wie üblich – nur wenige verlässliche Daten. Die Ergebnisse des aktuellsten dazu veröffentlichten Berichts (GERMAP, 2008) für Deutschland lauten zusammengefasst (Kresken, 2008): „Die Häufigkeit von Antibiotikaresistenzen bei wichtigen bakteriellen Infektionserregern wie *S. aureus*, *E. coli*, aber auch Enterokokken u.a. hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Therapiemöglichkeiten werden hierdurch eingeschränkt. Da kaum noch neue Antibiotika entwickelt werden, können nur klassische antiepidemische Maßnahmen das Problem eingrenzen.“

Gesellschaftliche Bedeutung von Antibiotika-Behandlungen

Wie schnell Antibiotika gesellschaftsrelevant werden, zeigt z.B. eine in den 1990er Jahren in England durchgeführte Studie, welche die Effekte der Antibiotika-Behandlung von Jugendlichen mit Akne auf ihre Mitbewohner untersuchte. Die Interventionsgruppe wurde mit Antibiotika behandelt, die soziodemografisch (Alter, Geschlecht) vergleichbare Kontrollgruppe jedoch nicht. Wie zu erwarten war, stieg auf der Hautoberfläche der antibiotika-behandelten Patienten die Anzahl resistenter Bakterien. Dasselbe Phänomen trat schon nach rund einer Woche auch bei den Familienangehörigen der Patienten auf, obwohl diese keine Antibiotika eingenommen hatten. In der Kontrollgruppe waren weder bei den Jugendlichen noch ihren Angehörigen resistente Bakterien nachweisbar (Cunliffe et al., 1996).

Die Übertragung antibiotikaresistenter Akne-Erreger ist europaweit belegt: 41 bis 85,7 Prozent der unbehandelten Personen, die engen Kontakt mit länger behandelten Akne-Patienten hatten, waren selber Träger von Erregern, die gegen Erythromycin resistent waren. In einer kleinen Studie zeigte sich, dass auch Ärzte zu Trägern resistenter Erreger werden können: Dies traf für 25 von 39 auf die Behandlung von Akne spezialisierte Ärzte zu. Bei der Vergleichsgruppe von 27 Ärzten mit anderer Fachrichtung wurden bei keinem resistente Akne-Erreger nachgewiesen.

Ein systematischer Review von 50 methodisch hochwertigen Studien zu den Auswirkungen der Akne-Behandlung mit zwei Standard-Antibiotika (Simonart et al., 2005) zeigt, dass die Wirkung von Erythromycin auf aknebedingte Hautverletzungen in den letzten Jahren um mehr als die Hälfte abgenommen hat. Die Wirksamkeit von Clindamycin bleibt dagegen (noch) stabil. Die Gefahr, dass durch diese Resistenzen auch die Wirksamkeit der Behandlung anderer Erkrankungen eingeschränkt wird, unterstreicht die Notwendigkeit, über einen anderen Umgang mit Antibiotika nachzudenken.

Obwohl die gesellschaftliche Bedeutung der Antibiotika-Behandlung von Akne bereits länger bekannt ist, änderte sich relativ wenig an ihrer Häufigkeit. Warum dies so ist, fassen Simonart et al. (2005) so zusammen: Es gäbe einen beträchtlichen Druck der Patienten, Antibiotika zu verschreiben. Außerdem sei es im Behandlungsalltag unmöglich, Resistenzmuster zu identifizieren. Behandelnde Ärzte wären damit „completely blind to the problem“ (Simonart et al., 2005, S. 400).

Schließlich wächst der gesellschaftliche Effekt von Antibiotika auch durch die nach wie vor zunehmende Mobilität der Menschen und damit auch der resistenten Krankheitserreger über lokale, regionale und nationale Grenzen hinweg (MacPherson et al., 2010, S. 254 ff.).

Warum sind Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen ein besonderes Problem?

Kinder und Jugendliche erhalten im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen die meisten Antibiotika-Verordnungen. Zum allgemeinen Risiko der Resistenzbildungen kommen noch spezifische Bedingungen hinzu, die bei einer Verordnung besonders zu beachten sind:

- » Kinder und Jugendliche haben gegebenenfalls am längsten unter den Folgen der Bildung resistenter Erregerstämme zu leiden.
- » Kinder und Jugendliche, die stabil und alternativlos auf die antibiotische Behandlung von Infektionserkrankungen „eingestellt“ sind, tragen – ohne es zu wollen – am längsten und somit stärksten zur Erhöhung des Risikos nicht mehr behandelbarer Infektionserkrankungen für die restliche Bevölkerung bei.
- » Da es sich bei einem Großteil der Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen um Infektionserkrankungen handelt, die derzeit mit Antibiotika behandelt werden, erlernen sie geradezu einen vorschnellen und vor allem medikamentös bestimmten Umgang mit Infektionserkrankungen – für den Rest ihres Lebens.



Daten zu Antibiotika in Deutschland

Antibiotika gehören seit vielen Jahren zur Spitzengruppe der am häufigsten verordneten Fertigarzneimittel in der GKV. Das heißt, sie belegen den zweiten oder dritten Platz.

Bei einer Untersuchung der 2002 erfolgten Verordnungszahlen in 26 europäischen Ländern ergab sich für Deutschland ein Wert von rund 13,6 DDD (daily defined doses = definierte Tagesdosen) pro 1.000 Einwohner und Tag. Spitzenreiter war Frankreich mit 36,6 DDD. Damit liegt Deutschland zwar auf einem Platz im hinteren Drittel, doch Experten halten noch weit niedrigere Werte von neun bis zehn DDD für angemessen – ein Ziel, welches derzeit nur die Niederlande erreichen (Goossens et al., 2005, S. 581).

In Deutschland sinkt der Umsatz mit Antibiotika zwar seit einigen Jahren (**Tab. 1.1**), doch beruht dies keineswegs auf sinkenden Verordnungszahlen oder niedrigeren verabreichten Dosen, sondern vielmehr auf sinkenden Preisen durch die zunehmende Verschreibung günstiger Generika. Zudem sanken die Verordnungszahlen zwar von 1995 bis 2006, stiegen seitdem aber wieder kontinuierlich an – allein zwischen 2008 und 2009 um 3,9 Prozent. Stetig angestiegen ist seit 2006 auch die Anzahl der DDD – von 2008 bis 2009 um 4,7 Prozent (Schwabe/Pfaffraht, 2010, S. 6).

Die meisten Verordnungen stammten 2007 von Allgemeinmedizinern: Ihr Anteil betrug 56 Prozent, während Internisten 14 Prozent ausmachten, Kinderärzte neun Prozent, HNO-Ärzte sieben Prozent und alle anderen Ärzte 14 Prozent (WIdO zit. in GERMAP, 2008, S. 14).

Hohe Verordnungshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen

2007 erhielten die null bis neun Jahre alten Kinder sowie die 15 bis 19-jährigen Jugendlichen mit sechs bis acht DDD pro Kopf und Jahr am meisten Antibiotika verordnet. Die verschriebenen Dosen lagen für die meisten anderen Altersgruppen aber auch noch bei vier und gelegentlich sogar knapp fünf DDD pro Versichertem und Jahr (WIdO zit. in GERMAP, 2008, S. 14).

Die besonders hohe Verordnungshäufigkeit von Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen hängt zunächst einmal damit zusammen, dass das Risiko einer Infektionserkrankung in diesem Alter am höchsten ist: So litten laut einer Untersuchung anhand von Krankenkassendaten im Jahr 2006 (Grobe et al., 2007) 58,2 Prozent der 0- bis 4-Jährigen an einer akuten Infektion der oberen Atemwege (ICD 10: J06), 31,1 Prozent an einer akuten Bronchitis (ICD 10: J20), 27,2 Prozent an einer eitrigen Mittelohrentzündung (ICD 10: H66) und 18,2 Prozent an einer akuten Tonsillitis (ICD 10: J03). Der Anteil der an Infektionskrankheiten Erkrankten nimmt bei Kindern und Jugendlichen mit dem Alter ab – trotzdem waren immer noch 19,2 Prozent der männlichen und 22,5 Prozent der weiblichen Versicherten zwischen 15 und 25 Jahren von einer akuten Infektion der oberen Atemwege betroffen.

Tab. 1.1: Entwicklung ausgewählter Indikatoren für die Verordnung von Antibiotika in den Jahren 2003–2009

	Verordnungen in Mio.	Umsatz in Mio.	DDD in Mio.
2003	41,8	1165	keine Angaben
2006	37,3	799,6	327,4
2007	38,4	779,2	342,0
2008	39,1	753,2	347,8
2009	40,6	759,3	363,4

Quellen: alle Angaben aus den Arzneiverordnungs-Reports 2004, 2007, 2008, 2009 und 2010 (Schwabe/Pfaffraht)

Nicht sinnvolle Antibiotika-Verordnungen

Diese Erkrankungen werden derzeit fast schon regelmäßig mit Antibiotika behandelt. Auch andere Studien zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen weisen auf eine Fülle von Problemen hin:

- » Die Ergebnisse einer Analyse der Antibiotika-Verordnungen für Kinder und Jugendliche bei der Gmünder Ersatzkasse – GEK – (Glaeske/Janhsen, 2008) resümiert Studienleiter Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen so: „Angesichts der weltweit dramatisch wachsenden Antibiotika-Resistenz erscheinen Verordnungsraten von 80 Prozent mit der Diagnose Infektion der oberen Atemwege oder Mittelohrentzündung höchst fragwürdig“.
- » Eine gerade in der „DMW – Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ (Abbas et al., 2010) veröffentlichte Studie über die 2006 erfolgten Verordnungen von Antibiotika bei AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Hessen offenbarte unter anderem folgende Probleme:

- Insgesamt 42 Prozent der rund 47.000 Kinder und Jugendlichen erhielten mindestens einmal ein Antibiotikum verordnet. In der Altersgruppe der 2- bis 4-Jährigen waren es sogar 60 Prozent.
- Die Verordnung erfolgte in vier von fünf Fällen von einem Kinder- oder Hausarzt. Diese Arztgruppen sind in Deutschland die erste Anlaufstelle für kranke Kinder.
- Die Mediziner verschreiben Antibiotika nicht nur, um eindeutig von Bakterien ausgelöste Erkrankungen wie Scharlach, Lungenentzündung oder eitrige Mittelohrentzündung sinnvoll zu behandeln. Der häufigste Anlass für die Verordnung waren vielmehr akute Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Diese werden jedoch zu 90 Prozent von Viren ausgelöst, gegen die Antibiotika wirkungslos sind.
- Ähnlich sah es bei Harnwegsinfektionen und der nicht eitrigen Mittelohrentzündung aus. Hierbei handelt es sich um Erkrankungen, bei denen Antibiotika nicht zwingend erforderlich sind. Genau wie bei den Atemwegsinfektionen wurden Antibiotika von Hausärzten zu etwa 40 Prozent häufiger verordnet als von Kinderärzten.
- Obwohl sie Antibiotika insgesamt zurückhaltender verordnen, wählten auch die Pädiater bei 30 Prozent der Atemwegsinfektionen, 59 Prozent der Blasen- und Harnwegsinfekte und 52 Prozent der nicht eitrigen Mittelohrentzündungen ein Antibiotikum.



Tab. 1.2: Grundgesamtheit der hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen nach Altersgruppen in den Jahren 2007–2009 (absolute Zahlen)

	2007	2008	2009
Alter 0 bis 5 Jahre	18.141	18.000	17.257
Alter 6 bis 18 Jahre	49.227	49.271	48.510

Tab. 1.2.a: Häufigkeit ausgewählter Infektionserkrankungen bei hkk-versicherten Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2007–2009 (prozentualer Anteil an den Versicherten, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren bzw. eine Diagnose erhielten; Mehrfacherkrankungen möglich)

Diagnosen	0- bis 5-Jährige (in %)			6- bis 18-Jährige (in %)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Akute Infektion der oberen Atemwege (ICD 10: J06)	32,4	21,3	23,5	6,6	5,1	7,1
Akute Bronchitis (ICD 10: J20)	16,3	11,3	10,3	4,0	1,8	1,9
Eitrige Mittelohrentzündung (ICD 10: H66)	14,7	12,3	12,3	3,9	2,2	2,9
Akute Tonsillitis (ICD 10: J03)	9,2	7,5	7,7	5,9	3,9	3,9

Tab. 1.3: Prozentualer Anteil der hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Verordnung eines Antibiotikums nach Altersgruppen in den Jahren 2007–2009

	2007	2008	2009
Alter 0 bis 5 Jahre	61,1	61,6	60,7
Alter 6 bis 18 Jahre	32,8	32,5	34,9
Alle	40,3	40,2	41,7

Antibiotika-Verordnungen bei hkk-versicherten Kindern und Jugendlichen

Ergänzend zu diesen Querschnittsuntersuchungen wurde in diesem Gesundheitsbericht erstmals die Verordnung von Antibiotika für hkk-versicherte Kinder und Jugendliche in Bremen und Niedersachsen untersucht, wenn bei diesen in den Jahren 2007 bis 2009 typische Infektionskrankheiten vorlagen. Die Grundgesamtheit der untersuchten Kinder und Jugendlichen ist in **Tab. 1.2** dargestellt.

Dazu wurden die bei der hkk vorhandenen Fall- und Diagnosedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewertet. Die absolute Anzahl von diagnostizierten Erkrankungen wurde zu den versicherten Kindern und Jugendlichen ins Verhältnis gesetzt, die im jeweiligen Untersuchungsjahr mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren. Die Aussagekraft der Auswertung hängt daher auch von der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Dokumentation der niedergelassenen Ärzte ab. (**Tab. 1.2.a**)

Die große Bedeutung der genannten Infektionserkrankungen für das Erkrankungsgeschehen in diesen Altersgruppen zeigt sich auch bei den hkk-Versicherten. Ein Viertel bis fast ein Drittel aller erkrankten Kinder und Jugendlichen von 0 bis 5 Jahren hatte eine akute Infektion der oberen Atemwege; rund ein Achtel eine eitrige Mittelohrentzündung. Die Bedeutung der Infektionserkrankungen nimmt jedoch im Alter von 6 bis 18 Jahren deutlich ab.

Für die Analyse der Verordnungshäufigkeit von Antibiotika wurden die Routinedaten aus der Rezeptabrechnung genutzt. Als Erstes haben wir sämtliche Verordnungen eines Antibiotikums für die Kinder und Jugendlichen zusammengefasst. Im zweiten Schritt untersuchten wir, wie viele Kinder und Jugendliche je Altersgruppe mindestens ein Antibiotikum erhielten (**Tab. 1.3**).

Nahezu jedes zweite von drei Kindern unter 6 Jahren erhielt in den Jahren 2007, 2008 und 2009 ein Antibiotikum verschrieben. Diese Verordnungshäufigkeit nimmt zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr ab. Doch auch in dieser Altersgruppe verlässt etwas mehr als ein Drittel der jungen Patienten die Arztpraxis mit Antibiotikum.

Außerdem wurde die Häufigkeit der Antibiotika-Verordnungen von 2007 bis 2009 in fünf unterschiedlichen hkk-Versicherungsregionen untersucht. Anhand der aus Datenschutzgründen auf die ersten drei Stellen gekürzten Postleitzahlen der Versicherten wurde zwischen den Stadtgebieten Bremen und Oldenburg sowie dem überwiegend ländlich geprägten nordwestlichen und südwestlichen Teil Niedersachsens unterschieden. Alle Versicherten, die nicht eindeutig einer dieser Regionen zuzuordnen sind, wurden in der mehrfach heterogenen Gruppe „Sonstige“ zusammengefasst.

Die Häufigkeiten der Antibiotika-Verordnungen sind in den drei Untersuchungsjahren ähnlich ausgeprägt. Deutliche Unterschiede gibt es allerdings zwischen den in Bremen wohnenden Kindern und Jugendlichen – sie erhielten am wenigsten – und ihren Altersgenossen in Oldenburg, die am häufigsten Antibiotika erhielten. (**Tab. 1.4**)

In den ländlichen Regionen fallen die Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit weniger deutlich aus. Die Merkmale Stadt und Land ergeben kein durchgängiges Verordnungsmuster. Um Maßnahmen für eine Absenkung der höheren Verordnungshäufigkeiten einleiten zu können, müssten die Ursachen ermittelt und untersucht werden.

Eine Reihe von Kinder-Infektionserkrankungen gilt als Hauptanlass für die Verordnung von Antibiotika. Um dies für die hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen zu untersuchen, wurden für die Jahre 2007, 2008 und 2009 die diagnostischen Daten aus der ambulanten Versorgung mit den Arzneiverordnungsdaten zusammengeführt.

Rund 80 Prozent der Kinder bis zu 5 Jahren bekommen ein Antibiotikum verordnet, wenn sie mit einer meist viralen Infektionserkrankung ambulant behandelt werden. Bei zwei Dritteln der 6- bis 18-Jährigen werden für eine Mittelohrentzündung oder bei Husten und Schnupfen Antibiotika verordnet. (**Tab. 1.5**)

Tab. 1.4: Prozentualer Anteil der hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren mit mindestens einer Verordnung eines Antibiotikums nach Regionen in den Jahren 2007–2009

	2007	2008	2009
Bremen	34,8	34,2	34,4
Oldenburg	44,0	44,1	46,2
Ländliche Gebiete Süd	41,8	43,0	44,9
Ländliche Gebiete Nord	43,2	39,3	39,1
Sonstige Gebiete	37,2	34,9	36,8

Tab. 1.5: Prozentualer Anteil der hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen mit einer ambulant diagnostizierten Infektionserkrankung, denen mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, nach Altersgruppen in den Jahren 2007–2009

	2007	2008	2009
Alter 0 bis 5 Jahre	80,9	80,3	79,1
Alter 6 bis 18 Jahre	64,3	65,7	67,3

Der Vergleich regionaler Verordnungshäufigkeiten zeigt, dass Ärzte auch zurückhaltender mit der Verordnung von Antibiotika umgehen können (Tab. 1.6).

	2007	2008	2009
Bremen	70,4	72,1	67,2
Oldenburg	76,9	78,2	78,8
Ländliche Gebiete Süd	76,6	76,8	75,6
Ländliche Gebiete Nord	66,7	72,0	78,8
Sonstige Gebiete	74,7	69,6	72,1

Tab. 1.6: Prozentualer Anteil der hkk-versicherten Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren mit einer ambulant diagnostizierten Infektionserkrankung, denen mindestens ein Antibiotikum verordnet wurde, nach Regionen in den Jahren 2007–2009

Während in Bremen rund 70 Prozent aller 0- bis 18-Jährigen mit einer der hier untersuchten Infektionserkrankungen Antibiotika erhielten, waren es in Oldenburg zwischen 75 und 80 Prozent. Im ländlichen Süd- und Mittelniedersachsen lag der Anteil bei knapp über 75 Prozent. Die ländlichen Gebiete in Nordniedersachsen fallen durch eine große Steigerung der Antibiotika-Verordnungen auf. Während 2007 nur knapp 67 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen ein Antibiotikum verordnet bekamen, waren es 2008 72 Prozent und 2009 sogar knapp 79 Prozent.

Wie notwendig sind Antibiotika bei für Kinder typischen Erkrankungen?

Über den Nutzen von Antibiotika bei den für Kinder und Jugendliche typischen Infektionserkrankungen gibt es mittlerweile eine Fülle hochwertiger wissenschaftlicher Studien. Hochwertige Studien zeichnen sich dadurch aus, dass die einbezogenen Patienten nach einem verlässlichen Zufallsprinzip ausgewählt und einer Kontrollgruppe gegenübergestellt werden (randomized controlled trial, kurz RCT). Die Ergebnisse von RCTs und von sogenannten Metastudien oder systematischen Cochrane-Reviews repräsentieren den Stand der Wissenschaft. Bei den Metastudien handelt es sich um systematische Auswertungen mehrerer RCTs zum gleichen Thema durch unabhängige Wissenschaftler, die meist in international zusammengesetzten Reviewergruppen jahrelang zusammenarbeiten.

Cochrane Review: Goldstandard der Studienbewertung

Cochrane [ˈkɔkɪən]-Reviews sind systematische Reviews und Metaanalysen von Studien, die von der Cochrane Collaboration – einem weltweiten, gemeinnützigen und renommierten Netzwerk von Ärzten und Wissenschaftlern – erstellt wurden. Cochrane-Reviews stellen eine uneingeschränkt taugliche Orientierungsbasis dar, und zwar sowohl für den Behandlungsalltag der behandelnden Ärzte als auch für Krankenkassen und Ärzteverbände, die ambulante Versorgungsverträge miteinander schließen.

Über- und Fehlversorgung

Die Ergebnisse für die wichtigsten Erkrankungen, bei denen eine Über- und Fehlversorgung mit Antibiotika festgestellt wurde, lauten:

- » Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2004 (Del Mar et al., 2004) mit Update aus dem Jahr 2006 kommt hinsichtlich des Nutzens von Antibiotika bei Halsschmerzen nach der Sichtung von 26 Studien mit 12.669 Teilnehmern zu folgendem Ergebnis: Eine Antibiotika-Behandlung gegen Halsschmerzen hat nur einen bescheidenen Nutzen. Antibiotika verkürzen die Dauer der Symptome um einen Tag, wenn Patient und Arzt zufällig den Zeitpunkt treffen, der einen maximalen Effekt ermöglicht. Im Regelfall beläuft sich der Effekt auf höchstens 16 Stunden.

- » Ein Cochrane-Review und eine weitere Metaanalyse von sieben Studien zum Nutzen von Antibiotika bei einem eitrigen Nasenkatarrh von weniger als zehn Tagen Dauer kamen zu dem Schluss, dass Antibiotika zwar wahrscheinlich positiv einwirken, es der Mehrheit der Erkrankten aber noch besser ginge, wenn sie Antibiotika nicht als Mittel der ersten Wahl nutzten (Arroll et al., 2006).

- » Ein mehrfach, zuletzt 2009, aktualisierter Cochrane-Review (Arroll et al., 2009) zum Nutzen von Antibiotika bei einfachen Erkältungen mit Schnupfen kommt zum Schluss einer mangelnden Evidenz für den Nutzen von Antibiotika. Dasselbe gilt für generell alle Infektionen der oberen Atemwege, und zwar sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen. Der routinemäßige Einsatz sei daher unter anderem wegen der zahlreichen individuellen und gesellschaftlichen Nebenwirkungen nicht zu empfehlen.

- » Die aktuellste randomisierte kontrollierte Studie über die Wirksamkeit von Antibiotika bei kindlicher oder jugendlicher Mittelohrentzündung kommt zwar zu positiven Ergebnissen (Tähtinen et al., 2011), allerdings wurde diese Studie unter äußerst selektiven Bedingungen durchgeführt: So wurden nur 322 der 1.062 erkrankten Kinder in die Studie einbezogen. Bei diesen musste eine höchst wahrscheinlich bakterielle Mittelohrentzündung vorliegen, was durch aufwendige Testverfahren festgestellt wurde. Den so ausgewählten Teilnehmern wurde entweder ein Antibiotikum oder ein Placebo verordnet. Erwartungsgemäß war hier die Wirkung von Antibiotika den Placebos überlegen, da ein bakterieller Erreger als Krankheitsursache vorlag. Ob die eingesetzten Maßnahmen zum Ausschluss der viral erkrankten Kinder auch in der allgemeinen ärztlichen Praxis praktikabel sind, muss jedoch bezweifelt werden.

Für die ausgeschlossenen 70 Prozent der ursprünglich 1.062 Kinder erlaubt die Studie keine Rückschlüsse.

- » Für Hustenerkrankungen, die länger als zehn Tage dauern, liefern die wenigen dazu durchgeführten Studien gewisse Belege für den Nutzen von Antibiotika. Allerdings werden im vorliegenden Review methodische Schwächen dieser Studien aufgezeigt. Daher empfiehlt der Review, das unsichere Ergebnis gegen die sicheren unerwünschten Folgen von Antibiotika abzuwägen (Marchant et al., 2005).

- » Bei der Entscheidung, Mittelohrentzündungen mit Antibiotika zu behandeln, sind weitere Erkenntnisse aus der jüngeren Versorgungsforschung zu berücksichtigen: So zeigten systematische Reviews von Studien zum Verlauf dieser Entzündungen in mehreren Ländern (darunter der Cochrane-Review von Spurling et al., 2004) nach der sofortigen Einnahme von Antibiotika eine insgesamt bescheidene Wirkung. Deshalb empfehlen immer mehr Behandlungsleitlinien, Patienten mit einer „normalen“ Mittelohrentzündung zunächst für ein paar Tage zu beobachten (sogenannte „initial observation“ bzw. „watchful waiting“), bei Bedarf Schmerzmittel zu geben und Antibiotika erst zu verordnen, wenn



Welche Rolle spielen Patienten bei zu häufigen Verordnungen?

sich der Zustand des Patienten nicht verbessert (McCormick et al., 2005, Goldmann et al., 2005, Vouloumanou et al., 2009). Diese Empfehlungen gelten nicht für die präventive Langzeitbehandlung (länger als sechs Wochen) mit Antibiotika bei Kindern mit einem hohen Risiko chronischer Entzündungen mit drohenden Folgeschäden (z.B. Perforationen) (Leach, 2006). Alle neueren Studien empfehlen, die möglichen Vorteile von Antibiotika sorgsam gegen ihre möglichen Nebenwirkungen abzuwägen. Dazu zählt auch die Wahrscheinlichkeit, immer wieder eine Mittelohrentzündung zu bekommen. Diese war bei Kindern ohne bzw. mit seltener Antibiotika-Behandlung signifikant geringer als in Vergleichsgruppen mit Antibiotika-Einnahme (Coco et al., 2010) sowie bei Kindern, die ein Antibiotikum erhalten hatten, häufiger als in einer Placebo-Gruppe (Bezáková et al., 2009).

Außerhalb ihrer Praxen versichern viele Ärzte, Antibiotika nur in solchen Fällen zu verordnen, in denen es medizinisch sinnvoll und gesundheitlich notwendig ist. Dennoch erfolgen viele Verordnungen offenbar wider besseres Wissen und trotz der bereits jahrzehntelang geführten Debatten über mehr Zurückhaltung bei der Verschreibung. Verantwortlich dafür sind mehrere Akteure und Bedingungen.

Erwartungen der Patienten

Aus Sicht von Ärzten und vielen Gesundheitsexperten ist dies zum einen auf die übermächtig artikulierten oder spürbaren Erwartungen der Patienten zurückzuführen. Viele Ärzte fürchten das Risiko, bei einer Nichtverordnung Patienten zu verlieren, und halten die durchschnittlich zur Verfügung stehende Behandlungszeit für zu kurz, um ihre Patienten wirkungsvoll über das Pro und Kontra der Antibiotika-Verordnung sowie mögliche Alternativen informieren zu können.

Eine Reihe internationaler und einige nationale Surveys zeigen aber, dass hinter den meisten dieser Begründungen erhebliche Fehlannahmen über die Erwartungen von Patienten stecken. Zudem wird der Informationsstand der Patienten über Antibiotika unter- und damit der Aufklärungsaufwand überschätzt. Schließlich wird der Tatsache zu wenig Bedeutung beigemessen, dass eine wirkungsvolle Aufklärung den zeitlichen Behandlungs- und Beratungsaufwand langfristig senkt.

In einer 2006 veröffentlichten Untersuchung wurden Patienten, die mit Halsschmerzen einen Arzt besuchten, nach ihren Erwartungen befragt. Getrennt davon wurden die aufgesuchten Ärzte gefragt, welche Erwartungen die Patienten aus ihrer Sicht hatten.

Die in **Tab. 1.7** gegenübergestellten Ergebnisse zeigen zwei deutlich unterschiedliche Wahrnehmungswelten: Während der Wunsch nach Verordnung eines Antibiotikums bei den Patienten tatsächlich erst an elfter Stelle stand, hielten die Ärzte dies für die zweitwichtigste Erwartung. In Wirklichkeit bestand die zweitwichtigste Erwartung der Patienten verständlicherweise in der Behandlung der Schmerzen – was auf der Rangliste der Ärzte erst an 13. (und somit letzter) Stelle stand.¹⁾

Ebenfalls weit auseinander lagen die tatsächlichen und die von den Ärzten vermuteten Erwartungen der Patienten zur Aufklärung über die Dauer und wahrscheinliche Schwere des Erkrankungsverlaufs: Diese für Patienten dritt wichtigste Erwartung setzten die Ärzte auf Platz elf.

2003 wurden Eltern mit Kindern, die an Erkrankungen der oberen Atemwege litten, vor der Behandlung in 13 israelischen Kinderkliniken (Shlomo/Adi/Eliezer, 2003) befragt. Nur 25 Prozent erwarteten eine Verordnung von Antibiotika. Bei diesen Eltern handelte es sich vor allem um wenig gebildete und ältere Personen, die zu wissen glaubten, dass Antibiotika bei dieser Art von Erkältung helfen.

2008 versuchten Faber et al. (2010) vom Robert Koch-Institut (RKI) genauer zu ermitteln, inwieweit die deutsche Bevölkerung von ihren Ärzten erwartet, bei einer normalen Erkältung Antibiotika verschrieben zu bekommen. Dazu wurden 1.778 zufällig aus rund 30.000 Internetnutzern ausgewählte Personen online befragt.

1) Das von Ärzten hierzu öfter zu hörende Argument, es gäbe eigentlich keine völlig wirksamen Behandlungsmöglichkeiten gegen Halsschmerzen, ist zum Teil richtig. In der Abwägung gegen die Risiken einer Verordnung von Antibiotika und angesichts der Tatsache, dass symptomatische Behandlungen bei anderen Erkrankungen durchaus üblich sind, sollten eher lokal und symptomatisch gegen den Schmerz wirksame Halstabletten mit Lokalanästhetika oder Extrakten aus Heilpflanzen wie Thymian oder Salbei eingesetzt werden.

Patient	Grund/Ziel des Besuches	Arzt
1.	Untersuchung nach Ursachen	3.
2.	Schmerzbehandlung	13.
3.	Erklärung Erkrankungsverlauf	11.
...		
11.	Wunsch nach Antibiotika	2.
12.	Überweisung Spezialisten	12.
13.	Habe Problem, suche Unterstützung	1.

Tab. 1.7: Erwartungen von Patienten mit Halsschmerzen an die ärztliche Behandlung aus Patienten- und Arztsicht (van Driel et al., 2006)



Die wichtigsten Befragungsergebnisse lauten:

- » Nur 7,7 Prozent der Befragten sagten, sie würden gerne ein Antibiotikum erhalten und brächten diese Erwartung zu einem Arztbesuch mit.
- » 47,3 Prozent wollen zuerst einmal untersucht werden und dann einen Rat für den weiteren Umgang mit der Erkrankung sowie bei Bedarf eine Krankschreibung erhalten.
- » 44,4 Prozent möchten Mittel zur Beseitigung der Erkältungssymptome, beispielsweise schmerzstillende Mittel oder Hustenbonbons. 18,2 Prozent erwarten pflanzliche oder alternative Therapeutika. Ebenso viele meinen, ihr Arzt solle entscheiden, was zu tun sei.
- » Unter den wenigen, die erklärtermaßen eine Antibiotika-Verordnung erwarten, würde sich der Großteil (70,8%) passiv verhalten und dem Arzt vertrauen, wenn dieser eine solche Verordnung für unnötig halten würde. 7,1 Prozent wären zwar unzufrieden, würden aber die Entscheidung ihres Arztes akzeptieren. 12,4 Prozent würden an ihrem Wunsch festhalten und nur 2,7 Prozent einen anderen Arzt konsultieren. Da sich dieser Anteil nur auf die 7,7 Prozent derjenigen bezieht, die überhaupt ein Antibiotikum erwarten, sind es also gerade einmal 0,21 Prozent aller erkälteten Patienten, die ein Arzt nach der Ablehnung einer Antibiotika-Verschreibung vermutlich verlieren würde. Nur bei 0,95 Prozent träfe ein Arzt, der kein Antibiotikum verordnen will, auf hartnäckigen Widerstand.²⁾

Wissen um Sinn und Risiken

In den in **Abb. 1.1** zusammengestellten Befragungsergebnissen zeigt sich außerdem, dass Patienten fast durchweg ein fachlich korrektes Wissen um den Sinn und die Risiken von Antibiotika haben. Trotzdem stimmt immer noch eine starke Minderheit der Behauptung zu, Antibiotika seien gegen Viren wirksam und daher geeignet, Erkältungserkrankungen zu behandeln. Die somit offensichtliche Bereitschaft, im Krankheitsfall „für alle Fälle“ nach jedem „Strohalm“ zu greifen, zeigt den Aufklärungsbedarf durch Krankenkassen und Ärzte. Dies gilt auch für die Befragten, die auf bestimmte Fragen keine Antworten geben können.

Einstellungen und Verhaltensweisen

Daneben wollten die RKI-Forscher aber auch noch mehr über die Einstellungen und Verhaltensweisen von erkälteten Personen erfahren, da diese möglicherweise von ihrem Wissensstand abweichen. Wie **Abb. 1.2** zeigt, stimmen rund 94 Prozent der Befragten „voll“ oder „eher“ der Aussage zu, Antibiotika nur einzunehmen, wenn sie absolut nötig sind. Welche Notwendigkeiten dies sein könnten, zeigen die weiteren Antworten. Die mit 32 Prozent höchste Zustimmung gibt es für die Aussage, dass Antibiotika bei wichtigen Ereignissen wie einer Prüfung oder Hochzeit hilfreich und daher angebracht seien. Am wenigsten, nämlich nur rund sieben Prozent der Befragten waren der Meinung, Antibiotika würden bei Halsschmerzen „Schlimmeres verhindern“.

Patientenaufklärung besonders wichtig bei Kindern und Jugendlichen

Ein für die Patientenaufklärung wichtiges Ergebnis ist der niedrigere Wissensstand über Antibiotika und ihren richtigen Gebrauch bei Jugendlichen. Hier beantworteten die Befragten im Durchschnitt 5,18 der acht Wissensfragen zu den Mitteln richtig. Die jüngste Gruppe der 15- bis 19-Jährigen gab 4,17 richtige Antworten. Auf die acht Fragen zum verantwortungsvollen Gebrauch der Mittel gaben die Befragten im Durchschnitt 6,29 korrekte Antworten, bei den 15- bis 19-Jährigen nur 5,77 (Faber et al., 2010, S. 3). Doch auch diese Unterschiede bieten keinen Anlass zu der Befürchtung, dass Jugendliche besonders aggressiv auf die Verordnung von Antibiotika drängen. Auch für die Kinder unter 15 Jahren ergeben sich keine Hinweise auf eine besonders hohe Nachfrage nach Antibiotika. Da vermutlich viele jüngere Kinder beim Arztbesuch von den Eltern begleitet werden, müsste der besonders hohe Wissensstand in der relevanten Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen besonders positiv zu Buche schlagen. Die Anzahl der richtig beantworteten Wissensfragen beträgt in dieser Gruppe zwischen 5,35 und 5,62 und die der richtig beantworteten Gebrauchsfragen 6,34 bis 6,50.

Abb. 1.1: Patientenwissen um Sinn und Unsinn von Antibiotika (Zahlenangaben in Prozent)

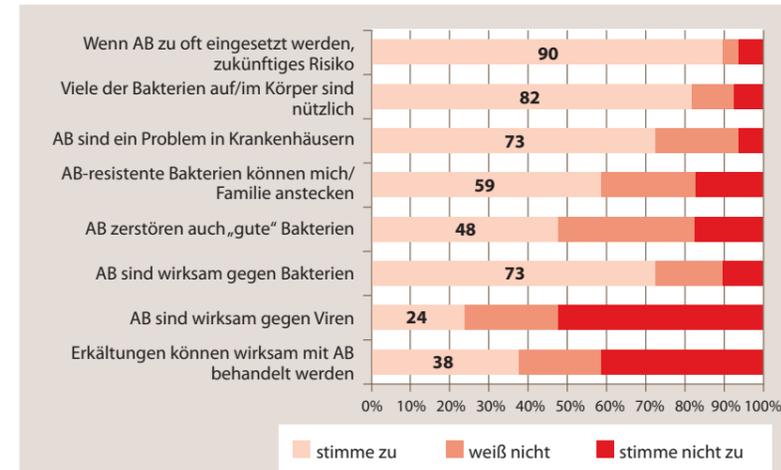
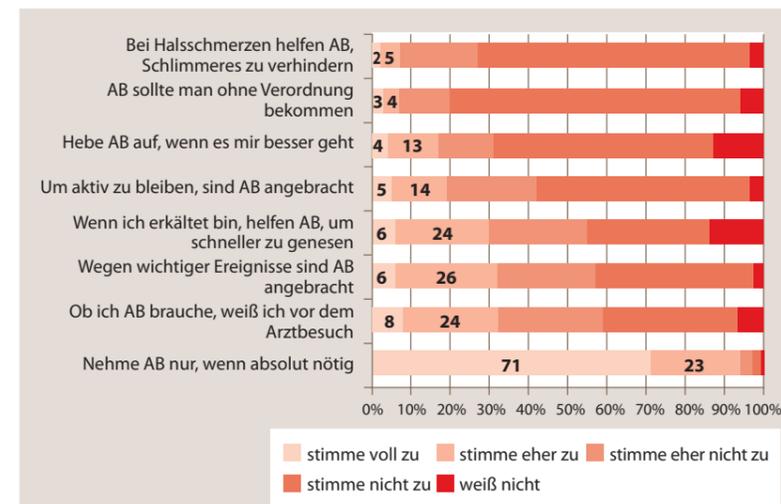


Abb. 1.2: Einstellungen und Verhaltensweisen von erkälteten Personen gegenüber Antibiotika (Zahlenangaben in Prozent)



Im Rahmen einer EU-weiten Eurobarometer-Bevölkerungsumfrage zum Zusammenhang von Einnahme und Resistenzbildung bei Antibiotika (Eurobarometer 72.5, 2010) bestätigten die Antworten von 1.522 Bundesbürgern nur einen Teil der gerade ausgeführten Ergebnisse:

- » Während 28 Prozent der deutschen Befragten angaben, in den letzten zwölf Monaten Antibiotika eingenommen zu haben, waren es EU-weit (EU 27) 40 Prozent.

- » 31 Prozent der deutschen Befragten (EU 27 = 36%) verneinten richtigerweise die Behauptung, Antibiotika bekämpften Viren, 33 Prozent (EU 27 = 46%) verneinten ebenfalls zu Recht die These, Antibiotika würden gegen Erkältungen und Grippe helfen. 84 Prozent der Deutschen (EU 27 = 83%) waren der Meinung, der unnötige Gebrauch mache Antibiotika künftig unwirksam und 74 Prozent (EU 27 = 68%) stimmten der Behauptung zu, die Einnahme von Antibiotika bedinge oft Nebenwirkungen wie Durchfall. Zusammengefasst beantworteten 15 Prozent der deutschen Befragten (EU 27 = 20%) alle vier Fragen richtig, 74 Prozent (EU 27 = 70%) gaben dagegen mindestens eine falsche Antwort.

- » Für die weitere Aufklärung über den Umgang mit Antibiotika liefern Daten zu Informationsquellen der Bürger wichtige Hinweise: Zunächst gaben 32 Prozent (EU 27 = 37%) an, in den letzten zwölf Monaten davor gewarnt worden zu sein, unnötig Antibiotika einzunehmen und vor allem bei einfachen Erkältungen oder Grippe darauf zu verzichten. Die relevantesten Informationsquellen für diese Teilgruppe waren für 34 Prozent der Deutschen (EU 27 = 15%) Tageszeitung und Fernsehnachrichten. Erst an zweiter Stelle folgen für 27 Prozent Informationen des Arztes (EU 27 = 30%) und schließlich mit neun Prozent (EU 27 = 5%) Hinweise von Familienmitgliedern oder Freunden. Interessanterweise spielen Hinweise in der Fernsehwerbung, die bei der Gesamtheit der EU-Befragten mit 29 Prozent die zweitwichtigste Informationsquelle über Antibiotika darstellte, in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle: Nur fünf Prozent der in Deutschland Befragten erwähnten diese Informationsquelle.

- » Schließlich gibt die Befragung auch Hinweise darauf, welche Informationsquellen die Bundesbürger als besonders vertrauenswürdig betrachten: 91 Prozent (EU 27 = 88%) würden sich bei einem Arzt informieren, 48 Prozent (EU 27 = 42%) in der Apotheke. Alle anderen Quellen, z.B. Krankenhäuser, Familienangehörige und Freunde oder unabhängige Internetseiten würden von nur drei bis acht Prozent genutzt. Übrigens stimmten 87 Prozent der Deutschen dem Statement zu, jeder trage Mitverantwortung dafür, dass Antibiotika auch künftig wirksam blieben. Nur sieben Prozent lehnten diese Aussage ab.

2) Auch wenn zur Entkräftung dieser Empirie immer wieder mehr oder weniger drastische Einzelbeispiele genannt werden, bestätigen diese Daten die bereits in den 1980er Jahren in einem von gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung getragenen Modellversuch in Dortmund gewonnene Erkenntnisse, dass entgegen den auch bereits damals weit bei den Ärzten verbreiteten Annahmen, Patienten, deren Ärzte bei entsprechender Aufklärung der Patienten eher defensiv Arzneimittel verordnen, keinen Nettoverlust an Patienten haben, sondern eher das Gegenteil der Fall ist.



Wie nehmen die Ärzte ihr Verordnungsverhalten wahr?

Ambulant tätige Ärzte schildern jedoch in verschiedenen Befragungen eine diametral andere Situation im Behandlungszimmer:

- » 48 Prozent der befragten US-amerikanischen Ärzte sagten in einer Ende der 1990er Jahre durchgeführten Studie, dass Eltern sie immer oder oft unter Druck setzen, den Kindern Antibiotika zu verschreiben, obwohl sie medizinisch nicht angebracht waren. Auf Nachfrage gab ein Drittel der Ärzte an, diesem Verlangen nachzugeben. 54 Prozent der Ärzte waren überzeugt, dass der Elterndruck die wichtigste Ursache für die ungerechtfertigte Verschreibung von Antibiotika sei. 78 Prozent war daher der Ansicht, die Aufklärung von Eltern stelle den einzigen oder wichtigsten Ansatz zur Reduktion der Überversorgung mit Antibiotika dar (Bauchner et al., 1999).
- » 2006 wurden rund 4.300 italienische Kinderärzte zu ihrem Verschreibungsverhalten bei Kindern mit einer Atemwegsinfektion befragt, wobei 40,4 Prozent angaben, Antibiotika zu verordnen. Als wichtigsten Einflussfaktor gaben sie an, dass 84,2 Prozent der Eltern eine Antibiotika-Verordnung erwarteten. In krassem Gegensatz dazu meinten die Ärzte, dass ihr Verordnungsverhalten bei 77,1 Prozent der Patientenkontakte nicht von den Elternerwartungen beeinflusst worden sei. Die Autoren der Studie weisen angesichts dieser paradoxen Konstellation darauf hin, wie wichtig eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient sei, um die Verordnungen zu beeinflussen (Ciofi, 2006).

- » In einer anderen italienischen Regionalstudie (Moro, 2009) war die Wahrnehmung der Eltern-erwartungen der zweitstärkste Einflussfaktor auf das Antibiotika-Verordnungsverhalten von Kinderärzten – nach der Tatsache eines eitrigen Ausflusses aus einem oder beiden Ohren. Eine parallele Elternbefragung identifizierte vor allem fehlendes Wissen um Atemwegsinfektionen und Antibiotika als Ursache für diese Erwartungshaltung.
- » Eine genauere Untersuchung der Eltern-Arzt-Kommunikation wegen eines viralen Infekts der oberen Atemwege bei Kindern fand 2006 in 72 Kinderarztpraxen im Raum Los Angeles (USA) statt. Sie vermittelt einen möglicherweise praxis-relevanten Einblick in einen Aufschaukelungseffekt, der Antibiotika-Verordnungen begünstigt. Auch hier stieg die Wahrscheinlichkeit für eine ungerechtfertigte Antibiotika-Verordnung um fast 32 Prozent, wenn der Arzt meinte, die Eltern würden dies erwarten. Wenn der Arzt dagegen eine Antibiotika-Verordnung ausschloss, erhöhte dies die Wahrscheinlichkeit um 24 Prozent, dass Eltern einen Behandlungsplan verlangten. In diesem Fall gingen die Ärzte mit um 20 Prozent erhöhter Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die Eltern ernsthaft ein Antibiotikum erwarteten – was die Häufigkeit einer entsprechenden Verordnung wiederum kräftig erhöhte. Als Konsequenz empfahlen die Autoren, die Ärzte sollten statt des negativen Signals, es seien keine Antibiotika nötig, lieber von sich aus einen begründeten positiven („what can be done to make a child feel better“) Behandlungsplan vorschlagen. Dies könnte unangemessene Antibiotika-Verordnungen mit relativ geringem Aufwand deutlich reduzieren (Mangione-Smith, 2006).

Diskrepanz zwischen ärztlicher Einschätzung und Patientenerwartung

Leider wurde bislang nicht repräsentativ untersucht, warum die Mehrheit der Ärzte weltweit davon überzeugt ist, Eltern oder Patienten würden bei sämtlichen Infektionserkrankungen nach Antibiotika verlangen, während die Patienten in Befragungen das Gegenteil behaupten. Immerhin gibt eine sehr kleine Studie aus den USA (Stivers et al., 2003), in der die Interaktion zwischen Ärzten und Eltern mit qualitativen Methoden untersucht wurde, erste Hinweise. Dabei wurde deutlich, dass Ärzte schon die erste Schilderung des gesundheitlichen Problems, bei dem die Patienten häufig die Vermutung einer bakteriellen Infektion angeben, als Erwartung einer Antibiotika-Verordnung interpretieren. Dasselbe gilt bei geäußerten Zweifeln an der ärztlichen Diagnose. In der Studie wurde aber auch deutlich, dass die Eltern diese Kommunikationsweisen meist nur deshalb wählen, weil sie sich über die Ernsthaftigkeit der Erkrankung Gewissheit verschaffen wollen. Somit ist sicherlich der Hinweis der Autoren berechtigt, dass die Ärzte eine direkte Kommunikation mit den Patienten bzw. Eltern über ihre Erwartungen suchen müssen.

Welche Maßnahmen sollten getroffen werden?

Aus der bisherigen Forschung und versorgungswissenschaftlichen Debatte ergeben sich eine Reihe gesicherter Erkenntnisse über die Faktoren, Bedingungen und Akteure, die den Antibiotikaverbrauch in Deutschland beeinflussen:

- » Ärzte spielen in jeder Hinsicht eine Schlüsselrolle beim Umgang mit Infektionserkrankungen – gerade bei Kindern und Jugendlichen. Sie zu umgehen – beispielsweise durch verstärkte Hinweise auf Informationsmöglichkeiten im Internet, ist keine sinnvolle Lösung des Problems.
- » Das Wissen darüber, warum Ärzte zu häufig Antibiotika verordnen, ist weitgehend vorhanden. Ebenso sind sinnvolle Gegenmaßnahmen oder Prozeduren bekannt, mit denen Missverständnisse zwischen Arzt und Patient vermindert werden können, so dass die Beteiligten letzten Endes zufriedener, besseren Gewissens und auf Dauer auch gesünder sind.

- » Veränderungen der Arzt-Patient-Kommunikation und der Einsatz entsprechender Instrumente erfordern keinen wesentlich größeren Vorbereitungs- und Anwendungsaufwand als die bisherige Praxis. Mittelfristig führen sie wahrscheinlich sogar zu einem Nettogewinn an Behandlungszeit.
- » Hickmann et al. (2003) bestätigen, dass eine gezielte Patientenberatung zur Antibiotika-Vermeidung nicht zu einem Mehraufwand in anderen Behandlungsbereichen führt. Umgekehrt führt eine Verordnung von Antibiotika zumindest bei Infektionen der oberen Atemwege nicht zu einer Verringerung der nachfolgenden Arztbesuche (Li et al., 2009).
- » Auch die Befürchtung vieler Ärzte, durch eine Änderung ihrer Verordnungspraxis Patienten zu verlieren, ist – von Einzelfällen abgesehen – unberechtigt. Dies gilt natürlich nur, wenn gezielte Aufklärungsangebote und Verständigungsprozesse eingeführt werden. Dabei müssen Ärzte mit weit höherer Priorität als bisher auf die mit einer Infektion verbundenen Beschwerden wie Schmerzen reagieren.
- » Die Veränderungen der Arzt-Patient-Kommunikation wirken sich auch auf andere Versorgungsleistungen positiv aus, denen oft dieselben Fehlannahmen und kommunikativen „Irrwege“ zugrunde liegen.
- » Trotz der geringen zusätzlichen ärztlichen Arbeitsaufwendungen bzw. des Nettogewinns an Zeit beim defensiveren Umgang mit Antibiotika spricht aus wissenschaftlicher Sicht nichts dagegen, genau definierte und evidente Informations- und Aufklärungsleistungen wegen der positiven Effekte auf die Behandlungslasten und -kosten zusätzlich zu vergüten.
- » Auch beim Thema Antibiotika haben sich im Vergleich zur Kommunikation über lediglich einen Weg vielmehr Maßnahmen über mehrere Medien und mit mehreren Interventionsmethoden (multifaceted interventions) als erfolgreicher erwiesen (Arnold et al., 2005, Moore et al., 2009). Daher sollten z.B. neben schriftlichen Informationen und dem persönlichen Arzt-Patient-Gespräch auch öffentliche Aufklärungskampagnen stattfinden.

» Hierzu könnten die gesetzlichen Krankenkassen zusammen mit anderen Akteuren gezielte TV-Aufklärungsspots zu Beginn der Infektionserkrankungs-Jahreszeit schalten. Dies erscheint in Deutschland besonders erfolgversprechend, da TV-Werbung für Antibiotika verboten ist.

Mögliche Alternativen

Angesichts dieser Erkenntnisse können verschiedene Maßnahmenpakete genannt werden, die sich zum größten Teil in Interventionsstudien als machbar, wirksam und wirtschaftlich erwiesen haben, beispielsweise:

» Die Kombination von Aufklärungskampagnen gegen die Überversorgung mit Antibiotika (z. B. darüber, dass es nicht gegen jede Beschwerde ein Mittel gibt) und Weiterbildungsangeboten für Primärärzte. Ein entsprechender Modellversuch im US-Bundesstaat Wisconsin Ende der 1990er Jahre zeigte im Vergleich mit dem als Kontrollgruppe benutzten Bundesstaat Minnesota signifikante Verbesserungen des Erwartungs-, Nachfrage- und Ordnungsverhaltens (Kiang et al., 2005).

» Eine Behandlungsleitlinie des „aufmerksamen Abwartens“ um beispielsweise 48 Stunden bei Infektionen der oberen Atemwege und akuten Mittelohrentzündungen von Kindern. In mehreren Studien führte diese Verzögerung der Verordnung von Antibiotika zu einer Verringerung der Verordnungshäufigkeit, und zwar ohne negative Auswirkungen.

gen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Erkrankten. Dieses Vorgehen wurde nach einer entsprechenden Erklärung auch von den meisten Eltern akzeptiert (siehe McCormick et al., 2005; u.v.a.).

Ein 2007 veröffentlichter Cochrane-Review (Spurling et al., 2007) bestätigt dies grundsätzlich, weist aber darauf hin, dass bei Kindern für kurze Zeit höheres Fieber und mehr Schmerzen auftreten können. Da dies aber nur bei einigen berücksichtigten RCTs der Fall war, fordern die Reviewer mehr gezielte Untersuchungen. Dennoch empfehlen sie schon heute, die Nachteile einer defensiven Verordnung gegen die Vorteile vermiedener Nebenwirkungen und Resistenzbildungen abzuwägen.

» Insbesondere für Krankenversicherte mit kleinen Kindern könnte die Verbreitung des so genannten CRP-Tests (c-reaktives Protein) forciert werden. Mit diesem Test auf die Existenz eines schnell existierenden Entzündungsparameters lässt sich unter anderem unterscheiden, ob es sich bei der Entzündung um eine bakterielle oder virale Infektion handelt. Zumindest die nutzlosen Antibiotika-Verordnungen bei einer Virusinfektion könnten so zum größten Teil vermieden werden.

» Der Einsatz eines Behandlungstagebuchs für Patienten bzw. Eltern hat in einer ersten Studie immerhin Teilerfolge erzielt. Ein solches Tagebuch wurde in den 1990er Jahren in einem Modellversuch in Wales an Eltern ausgehändigt, deren Kinder an einer Atemwegsinfektion erkrankt waren. Das Buch enthielt allgemeine Informationen über die Art und den Verlauf der Erkrankung sowie die Möglichkeiten der Behandlung (darunter auch Antibiotika). Daneben hielten die Eltern den persönlichen Behandlungsverlauf in dem Tagebuch fest. Dadurch konnte zwar keine signifikante Reduktion der Verordnung von Antibiotika erzielt werden, aber immerhin eine signifikante Reduktion der Behandlungskontakte. (Francis et al., 2008 und 2009).

Obwohl die meisten der hier vorgestellten Lösungsmöglichkeiten und positiven Effekte aus der Wirklichkeit anderer Versorgungssysteme stammen, sollten vergleichbare Interventionen auch in Deutschland erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden.

Literatur

Abbas, S./Ihle, P./Heymans, L./Küpper-Nybelen, J./Schubert, I. (2010): Unterschiede im Verschreibungsverhalten von Antibiotika bei Allgemein- und Kinderärzten in Hessen. In: DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift; 135 (37): 1792–1797.

Arnold, S. R./Straus, S. E. (2005): Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.

Arroll, B./Kenealy, T. (2006): Are antibiotics effective for acute purulent rhinitis? Systematic review and meta-analysis of placebo controlled randomised trials. In: British Medical Journal (BMJ); 2006; 333: 279.

Arroll, B./Kenealy T. (2009): Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.

Bauchner, H./Pelton, S. I./Klein, J. O. (1999): Parents, physicians, and antibiotic use. In: Pediatrics; 103 (2): 395–401.

Bežáková, N./Damoiseaux, R. A. M. J./Hoes, A. W./Schilder, A. G. M./Rovers, M. M. (2009): Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. In: British Medical Journal; 338: b2525.

Choffnes, E. R./Relman, D. A./Mack, A. (Hrsg.) (2010): Antibiotic Resistance: Implications for Global Health and Novel Intervention Strategies: Workshop. Institute of Medicine. Washington.

Ciofi degli Atti, M. L./Massari, M./Bella, A./Boccia, D./Filia, A./Salmaso, S. (2006): Clinical, social and relational determinants of paediatric ambulatory drug prescriptions due to respiratory tract infections in Italy. In: Eur J Clin Pharmacol; 62 (12): 1055–1064.

Coco, A./Vernacchio, L./Horst, M./Anderson, A. (2010): Management of Acute Otitis Media After Publication of the 2004 AAP and AAFP Clinical Practice Guideline. In: Pediatrics; 125 (2): 214–220.

Cuncliffe, W. J./Miller, Y. W./Eady, E. A./Lacey, R. W./Cove, J. H./Joanes, D. N. (1996): Sequential antibiotic therapy for acne promotes the carriage of resistant staphylococci on the skin of contacts. In: J. Antimicrob. Chemother.; 38: 829–837.

Del Mar, C. B./Glasziou, P. P./Spinks, A. B. (2004): Antibiotics for sore throat. Cochrane Database System Rev. 2004, Issue 2.

Dréno, B./Betolli, V./Ochsendorf, F./Layton, A./Möbacken, H./Degreef, H. (2004): European recommendations on the use of oral antibiotics for acne. In: Eur J Dermatol; 14: 391–399. http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/07/1B/vers_alt/VersionPDF.pdf.

van Driel, M. A./de Sutter, A./de Deveugele, M. et al (2006): Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? In: Annals of family medicine; 4 (6): 494–499.

Elseviers, M. M./Ferech, M./Vander Stichele, R. H./Goossens, H. (2007): Antibiotic use in ambulatory care in Europe (ESAC data 1997–2002): trends, regional differences and seasonal fluctuations. In: Pharmacoepidemiology and drug safety; 16: 115–123.

Eurobarometer 72.5 (2010): Antimicrobial Resistance. Brüssel.



Faber, M. S./Heckenbach, K./Velasco, E./Eckmanns, T. (2010): Antibiotics for the common cold: expectations of Germany's general population. In: Eurosurveillance; 15 (35). <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19655>.

Finkelstein, J. A./Stille, C. J./Rifas-Shiman, S. L./Goldmann, D. (2005): Watchful Waiting for Acute Otitis Media: Are Parents and Physicians Ready? In: Pediatrics; 115: 1466–1473.

Francis, N. A./Hood, K./Simpson, S./Wood, F./Nuttall, J./Butler, C. C. (2008): The effect of using an interactive booklet on childhood respiratory tract infections in consultations: study protocol for a cluster randomised controlled trial in primary care. In: BMC Fam Pract.; 9: 23.

Francis, N. A./Butler, C. C./Hood, K./Simpson, S./Wood, F./Nuttall, J. (2009): Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. In: BMJ; 339: 2885.

GBE Bund (2010): Arzneimittelgruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Verordnungen in Mio., Gesamtumsatz in Mio. Euro); Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, ATC-Gruppen (2. Ebene). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_98/2/xs_sortdim/D.000/a/F.IND613/_XWD_124.

GERMAP (2008): Antibiotika-Resistenz und -verbrauch. Bericht über den Antibiotika-Verbrauch und die Verbreitung von Antibiotika-Resistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland, herausgegeben vom Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V., Infektiologie, Medizinische Universitätsklinik Freiburg. Rheinbach. http://www.bvl.bund.de/clin_007/DE/08_PresseInfothek/00_doks_downloads/Germap_2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Germap_2008.pdf.

Glaeske, G./Janhsen, K. (2008): GEK-Arzneimittel-Report 2008. St. Augustin.



Goossens, H./Ferech, M./Vander Stichele, R. H./Elseviers, M. (2005): Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. In: Lancet; 365, Issue 9459: 579–587.

Grobe, T./Dörning, H./Schwartz, F. W. (2007): GEK-Report Ambulant-ärztliche Versorgung. St. Augustin.

Hickman, D. E./Stebbins, M. R./Hanak, J. R./Guglielmo, B. J. (2003): Pharmacy-based intervention to reduce antibiotic use for acute bronchitis. In: Ann Pharmacother.; 37 (2): 187–191.

Kiang, K. M./Kieke, B. A./Como-Sabetti, K./Lynfield, R./Besser, R. E./Belongia, E. A. (2005): Clinician knowledge and beliefs after statewide program to promote appropriate antimicrobial drug use. In: Emerg Infect Dis.; 11 (6): 904–911.

Kresken, M. (2008): GERMAP-Ergebnisse: Antibiotika-Verbrauch und Resistenzsituation im Humanbereich. Vortragsfolien: http://www.p-e-g.org/archiv_tmp/jahrestagung_21/symp1/Kresken_1.pdf.

Leach, A. J./Morris, P. S. (2006): Antibiotics for the prevention of acute and chronic suppurative otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.

Li, J./De, A./Ketchum, K./Fagnan, L. J./Haxby, D. G./Thomas, A. (2009): Antimicrobial prescribing for upper respiratory infections and its effect on return visits. In: Family Medicine; 41 (3): 182–187.

Low, D. (2001): Resistenzentwicklung verzögern. 40. Inter-science Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto. In: Deutsche Ärztezeitung; 4.

MacPherson, D. W./Gushulak, B. D./Baine, W. B./Bala, S. (2010): Population Mobility, Globalization, and Antimicrobial Drug Resistance. In: Choffnes et al. 2010: 254–263. <http://www.nap.edu/catalog/12925.html>.

Mangione-Smith, R./Elliott, M. N./Stivers, T./McDonald, L. L./Heritage, J. (2006): Ruling out the need for antibiotics: are we sending the right message? In: Arch Pediatr Adolesc Med.; 160 (9): 945–952.

Marchant, J. M./Morris, P./Gaffney, J. T./Chang, A. B. (2009): Antibiotics for prolonged moist cough in children. Cochrane Database Syst. Rev. 2009.

McCormick, D. P./Chonmaitree, T./Pittman, C./Saeed, K./Friedman, N. R./Uchida, T./Baldwin, C. D. (2005): Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. In: Pediatrics; 115 (6): 1455–1465.

Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke (2002): Patientenleitlinie Mittelohrentzündung bei Kindern. www.patientenleitlinien.de/mittelohrentzuendung/mittelohrentzuendung.html.

Moore, M./Little, P./Rumsby, K./Kelly, J./Watson, L./Warner, G./Fahey, T./Williamson, I. (2009): Effect of antibiotic prescribing strategies and an information leaflet on longer-term reconsultation for acute lower respiratory tract infection. In: Br J Gen Pract.; 59 (567): 728–734.

Moro, M. L./Marchi, M./Gagliotti, C./Di Mario, S./Resi, D./Progetto Bambini a Antibiotici [ProBA] Regional Group (2009): Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. In: BMC Pediatric; 6 (9): 69.

Plusminus (2010): Rückschau: Die Antibiotikafalle. Wie Ärzte unsere Gesundheit aufs Spiel setzen. Sendung vom 14. September 2010.

Ross, J. I./Snelling, A. M./Carnegie, E./Coates, P./Cunliffe, W. J./Bettoli, V. et al. (2003): Antibiotic-resistant acne: lessons from Europe. In: Br J Dermatol; 148: 467–478.

Schröder, H./Nink, K./Günther, J./Kern, W. (2003): Antibiotika: solange sie noch wirken ...; GGW 2/2003.

Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.) (2010): Arzneiverordnungs-Report 2010. Berlin, Heidelberg.

Shlomo, V./Adi, R./Eliezer, K. (2003): The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child. In: BMC Fam Pract. 2003; 4: 20.

Simonart, T./Dramaix, M. (2005): Treatment of acne with topical antibiotics: lessons from clinical studies. In: British Journal of Dermatology; 153: 395–403. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2005.06614.x/pdf>.

Spellberg, B. (2010): The Antibacterial Pipeline: Why is it drying up and what must be done about it? In: Choffnes, E. R. et al.: Antibiotic Resistance: Implications for Global Health and Novel Intervention Strategies: Workshop Summary: 299–332.

Spurling, G. K./Del Mar, C. B./Dooley, L./Foxlee, R. (2004): Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.

Spurling, G. K./Del Mar, C. B./Dooley, L./Foxlee, R. (2007): Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Update: Cochrane Database Syst. Rev. 2007, Issue 3.

Stiftung Warentest (2005): Weniger ist mehr. Behandlung mit AB. <http://www.test.de/themen/gesundheitskosmetik/meldung/Behandlung-mit-Antibiotika-Weniger-ist-mehr-1305040-2305040/>.

Stivers, T./Mangione-Smith, R./Elliott, M. N./McDonald, L./Heritage, J. (2003): Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. In: Family Practice; 52 (2): 140–148.

Stivers, T. (2005): Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. In: Soc Sci Med.; 60 (5): 949–964.

Tähtinen, P. A./Laine, M. K./Huovinen, P./Jalava, J./Ruuskanen, O./Ruohola, A. (2011): A Placebo-Controlled Trial of Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media. In: N Engl J Med 2011; 364: 116–126.

Vouloumanou, E./Karageorgopoulos, D. E./Kazantzi, M. S./Kapaskelis, A. M./Falagas, M. E. (2009): Antibiotics versus placebo or watchful waiting for acute otitis media: a meta-analysis of randomized controlled trials. In: J. Antimicrob. Chemother.; 64 (1): 16–24.

„50 Prozent weniger sind möglich“



Interview Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske zur Antibiotika-Versorgung

Sie kritisieren ja bereits seit Jahrzehnten den hohen Verbrauch von Antibiotika und dessen Auswirkungen. Wie erklären Sie sich, dass sich unterm Strich nur so wenig geändert hat?

Diese Frage ist wirklich berechtigt, da klassische Erkältungskrankheiten hauptsächlich durch Viren ausgelöst werden und sich Antibiotika nur in der Behandlung bakteriell bedingter Erkrankungen bewährt haben. Die typischen Begleitsymptome einer „Erkältung“ sind Husten, Schnupfen oder Heiserkeit. Antibiotika sind zur Behandlung solcher Erkältungskrankheiten gar nicht indiziert. Trotzdem werden im ambulanten Bereich bis zu 60 Prozent, manchmal sogar bis zu 80 Prozent der Patienten primär antibiotisch behandelt, obwohl es sich in 90 bis 95 Prozent der Fälle um Viruserkrankungen handelt.

Ein Grund ist möglicherweise die Erwartung des Patienten, in der Arztpraxis ein wirksames Medikament zur Heilung verschrieben zu bekommen, obwohl es bei einer Virusinfektion gar keines gibt. Manchmal meint auch nur der Arzt, eine solche Erwartung bedienen zu müssen. Statt den Patienten dann ohne Rezepte wieder nach Hause zu schicken, was in den meisten Fällen sinnvoller wäre, werden dann Antibiotika verordnet.

Das kann unerwünschte Wirkungen auslösen, vor allem durch Antibiotikaresistenzen, die zu Todesfällen wegen nicht mehr beherrschbaren Infektionen führen. Dazu kommen Nebenwirkungsrisiken und vermeidbare Kosten durch unnötige Verordnungen.

Sieht es in anderen Ländern besser aus und woran liegt dies?

Beim Antibiotika-Verbrauch gibt es deutliche Unterschiede in Europa. In den Niederlanden werden beispielsweise mit neun definierten Tagesdosen je 1000 Einwohner und Tag im Vergleich zu Deutsch-

land 50 Prozent weniger Antibiotika verordnet. Hierzulande sind es 13,6 definierte Tagesdosen/1000 Einwohner/Tag. Dennoch liegt Deutschland im europäischen Vergleich sogar noch im unteren Drittel. An der Spitze steht Frankreich mit 36,6 definierten Tagesdosen/1000 Einwohner/Tag. Die Gründe dafür liegen sicherlich auch im Bereich der ärztlichen Aus- und Fortbildung. Die wichtige Frage ist aber nicht unbedingt, wie groß die Mengen an verordneten Antibiotika sind, sondern bei welchen Indikationen sie verordnet werden.

Was müsste aus Ihrer Sicht im deutschen Gesundheitswesen verändert werden, um am jetzigen Verordnungsgeschehen wirklich etwas zu verbessern? Und von wem?

In erster Linie ist hier natürlich der verordnende Arzt gefordert. Eine Möglichkeit wäre, den offensichtlich noch immer bestehenden Erwartungsdruck der Patienten durch eine andere Wortwahl für die Krankheitsbeschreibung zu vermindern, zum Beispiel durch Bezeichnungen wie: „Virusbronchitis“ oder „Brustkorberkältung“ statt „Bronchitis“. Auch das Konzept einer „verzögerten Entscheidung“ könnte helfen: Dem Patienten sollte geraten werden, sich nach drei bis sieben Tagen wieder vorzustellen, um dann erneut eine Antibiotikatherapie in Erwägung zu ziehen. Damit konnte in einer Studie der Antibiotikaverbrauch ohne Verschlechterung der Symptome deutlich reduziert werden.

Auch die 2008 von der Bundesregierung ins Leben gerufene Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) könnte einen Beitrag dazu leisten, die vorhandenen Informationsdefizite zu beheben. Im Rahmen der DART sollen Überwachungssysteme zur Antibiotika-Resistenz und zum Antibiotika-Verbrauch ausgebaut, Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen intensiviert und Wissenschaft und Forschung auf diesem Gebiet verstärkt werden.

Prof. Dr.rer.nat. Gerd Glaeske

1945 geboren in Stecklenberg

ab 1964 Studium an den Universitäten Aachen und Hamburg

1972 Staatsexamen

1978 Promotion in pharmazeutischer Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie

1981–1985 wissenschaftlicher Mitarbeiter

1985–1999 Leiter der Abteilung für Arzneimittel-Epidemiologie am Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Universität Bremen

1988–1993 Aufbau pharmakologischer Beratungsdienste für die AOK Rheinland (heute AOK Rheinland-Hamburg) und den Verband der Ersatzkassen (heute vdek)

1993–1996 Abteilungsleiter Verbandspolitik und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung, Verband der Ersatzkassen (heute vdek)

1996–1999 Abteilungsleiter für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen bei der Barmer Ersatzkasse

ab 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung

ab 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen

2003–2010 Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Aspekte der Versorgungsforschung 2011, Teil 2

Mutter/Vater-Kind-Kuren: Erfahrungen der hkk-Versicherten



Die Mutter/Vater-Kind-Kur: Effektive Entlastung für Eltern unter Druck

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Mutter/Vater-Kind-Kuren (im folgenden Text schreiben wir zur besseren Lesbarkeit Mutter-Kind-Kur) werden in der Öffentlichkeit manchmal als eine Art Wellness-Urlaub betrachtet. So zählte der Unternehmerverband der mittelständischen Wirtschaft unlängst Mutter-Kind-Kuren in einem Atemzug mit Urlaubs- und Feiertagen auf, als er forderte, den Urlaubsanspruch von Arbeitnehmern in Deutschland pauschal um zwei Wochen zu kürzen: „Wir sind das Land mit der meisten Freizeit, es gibt Urlaubstage, Feiertage, Krankheitstage und auch Tage für Mutter-Kind-Kuren“, sagte die Vorstandsvorsitzende Ursula Frerichs. Sechs Wochen Urlaub seien zu viel, vier Wochen reichten völlig aus“ (Rheinische Post Online, 2010). Immer noch ist der Begriff vom „Kurlaub“ in den Vorstellungen vieler Bürger und Institutionen präsent.

Damit werden Kuren in der Bevölkerung oft assoziiert mit Erholung, Wellness und passiver Inanspruchnahme von Heilmitteln. Während die ZEIT im Jahr 1996 noch „Morgens Fango, abends Tango“ titelte, zielen die Anforderungsprofile für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Wirklichkeit darauf, Patienten systematisch zu aktivieren.

Sozialrechtliche Grundlagen

Die Mutter-Kind-Kur ist eine gesundheitlich gebotene stationäre Behandlungsmaßnahme erkrankter Mütter zusammen mit ihren Kindern. Sozialrechtlich gesehen handelt es sich um stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§24 bzw. 41 SGB V, die in Kliniken des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen erbracht werden. Die Maßnahmen werden je nach gesundheitlicher Lage der Antragsteller als Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung erbracht. Ohne diese Intervention bestünde bei diesen Frauen und teilweise auch bei ihren Kindern ein erhebliches Risiko der Chronifizierung ihrer Gesundheitsbeschwerden – inklusive der damit verbundenen, langfristig sehr viel höheren medizinischen Versorgungskosten.

Dabei soll die Kur nicht nur auf Krankheitsauswirkungen, Beanspruchungen und Belastungen eingehen, sondern auch die Zusammenhänge zwischen mütterlicher bzw. väterlicher Gesundheit und der des Kindes berücksichtigen, etwa durch Einsatz interaktiver Therapien. Besondere Voraussetzungen für die Bewilligung einer solchen Maßnahme sind beispielsweise gegeben, wenn Faktoren vorliegen wie Alleinerziehung, kinderreiche Familie, Partner- oder Eheprobleme, Erziehungsschwierigkeiten, gesundheitliche Probleme des Kindes verbunden mit Gesundheitsrisiken auch für Mutter/Vater, Pflege von Familienangehörigen, Zeitdruck und finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Alkoholmissbrauch, Bewegungsmangel, Adipositas.

Kuren unter Beteiligung des Kindes können in Betracht kommen, wenn es behandlungsbedürftig ist oder eine Trennung vom Elternteil während der Kur psychische Störungen verursachen könnte, wenn die Eltern-Kind-Beziehung gezielt verbessert werden soll oder wenn das Kind während der Maßnahme nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann. Eine Mitnahme des Kindes ist im Regelfall bis zum Alter von 12 Jahren möglich, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. Bei behinderten Kindern gibt es keine Altersgrenzen. Die Mutter/Vater-Kind-Kur dauert üblicherweise drei Wochen. Eine erneute Kur ist nach vier Jahren möglich, in Ausnahmefällen auch früher.

Antragstellung

Die Kuren werden von den Krankenkassen auf Antrag gewährt. Dem Antrag soll ein ärztliches Attest beigelegt sein, aus dem die Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit und die besondere Belastungssituation hervorgeht. Die früher übliche Bewilligung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde fallen gelassen, die Kassen müssen die Anträge lediglich in Stichproben durch den MDK prüfen lassen. Sinnvoll ist es für Antragsteller, einen Selbstauskunftsbogen mit einzureichen, der über die gesundheitliche Lage sowie die Arbeits- und Lebenssituation näher informiert. Gegen den ablehnenden Bescheid einer Kasse kann Widerspruch eingelegt werden. Viele Träger (unter anderem Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Müttergenesungswerk, Paritätischer Wohlfahrtsverband) unterhalten eigene Kurkliniken und beraten Männer und Frauen bei der Antragstellung. Alle gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten der Kuren, die Teilnehmer müssen lediglich eine Zuzahlung von zehn Euro pro Tag leisten.

Sinkende Fallzahlen

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die §§24 und 41 SGB V neu gefasst. Seit 1. April 2007 gilt, dass der ansonsten für die Rehabilitation einschlägige Grundsatz „ambulant vor stationär“ (stationäre Maßnahmen sind erst zu bewilligen, wenn die ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sind) bei Mutter- bzw. Vater-Kind-Leistungen nicht mehr anwendbar ist und dies jetzt Pflichtleistungen der GKV sind. Der Gesetzgeber wollte mit diesen Änderungen der Entwicklung entgegensteuern, dass in der GKV die bewilligten Fälle zu stark sinken (von 2001 bis 2004 sank die Zahl von 227.000 auf 131.000). Der neuen gesetzlichen Regelung lag die Befürchtung zugrunde, die sinkenden Bewilligungsquoten bedeuteten einen sich verfestigenden Vorrang ökonomischer vor gesundheitlichen Kriterien.

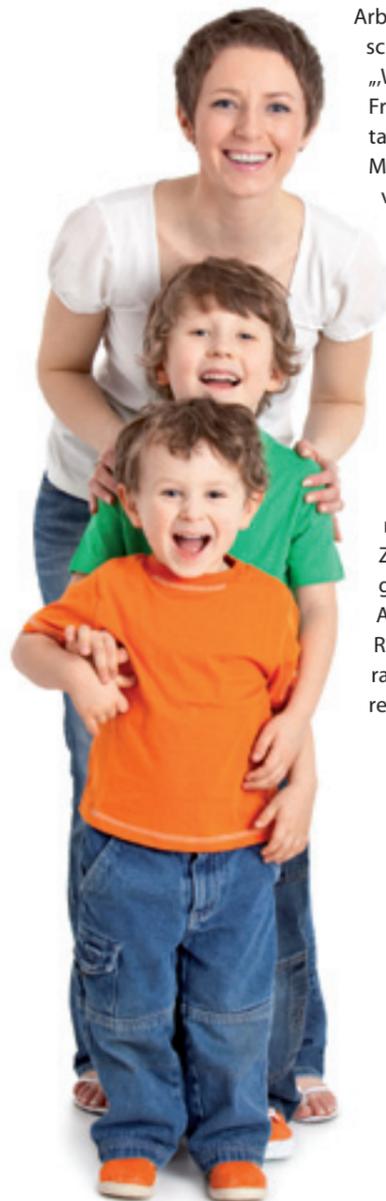
Bezüglich der realen Fallzahlen wurden bundesweite Daten bislang nur bis zum Jahr 2004 veröffentlicht. Hier zeigt sich, dass die Zahl der Mutter-Kind-Kuren bis 1999 auf 229.000 Fälle (kurende Mütter) ansteigt, dann aber bis zum Jahr 2004 kontinuierlich auf 131.000 absinkt. Für das Müttergenesungswerk zeigt sich ebenfalls ein absinkender Trend von 1999 bis 2006, seit 2007 ist dann wieder ein leichter Anstieg beobachtbar (Tab. 2.1).

Tab. 2.1: Fallzahlenentwicklung bei Mutter-Kind-Kuren (Fälle in Tausend, nur Mütter) Alle Einrichtungen (Quelle: Deutscher Bundestag, 2006)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
160	183	208	229	223	227	189	181	131

Nur Müttergenesungswerk (Quelle: Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, o. J.)

1999	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
57	50	41	35	35	43	47	43



Methodische Erläuterungen

Multivariate Analysen

Wir zeigen bei den statistischen Analysen für Teilgruppen der Frauen (jüngere vs. ältere, mit vs. ohne Partner usw.) überwiegend Kreuztabellen und Diagramme mit Prozentangaben für die jeweiligen Untergruppen. Darüber hinaus stellen wir an einigen wenigen Stellen auch das Ergebnis sogenannter „multivariater Analysen“ vor. Dies geschieht aus der Einsicht, dass für ein bestimmtes Befragungsergebnis (z.B. „Zufriedenheit“) oftmals viele Einflussfaktoren gleichzeitig wirksam sind. Und manche dieser Faktoren zeigen wiederum Zusammenhänge untereinander, z.B. ist der Gesundheitszustand auch mit dem Lebensalter verknüpft. Daher ist im Rahmen von Kreuztabellen oft schlecht zu entscheiden: Ist nun das Lebensalter für ein Ergebnis ausschlaggebend oder der Gesundheitszustand oder beides?

Dieses Problem kann man bei einer geringen Zahl von Variablen und wenig Merkmalsausprägungen noch lösen durch dreidimensionale Kreuztabellen, die Zufriedenheitsquoten beispielsweise für jüngere Gesunde, jüngere Kranke, ältere Gesunde und ältere Kranke zeigen. Bei einer großen Zahl von Einflussfaktoren und Merkmalsausprägungen wird dies jedoch unübersichtlich. Darüber hinaus wird die Stichprobengröße in den Untergruppen immer kleiner, so dass oftmals keine zuverlässigen Aussagen mehr möglich sind.

Lösbar ist diese Problematik durch Anwendung „multivariater Analyseverfahren“, die es erlauben, eine Vielzahl potenzieller Einflussfaktoren gleichzeitig zu überprüfen. Ein solches Verfahren ist die „logistische Regression“. Als Nichtstatistiker muss man dazu lediglich wissen, dass das zentrale Ergebnis dieser Analyse ein Kennwert namens „Odds-Ratio“ (meint das Chancenverhältnis oder die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen unter Beachtung der Einflüsse weiterer Merkmale) ist, der angibt, ob ein unabhängiges Merkmal (z. B. Alter, Gesundheitszustand) systematisch mit einem abhängigen Merkmal (z. B. Zufriedenheit) in Zusammenhang steht. Wenn sich etwa in einer Analyse herausstellt, die Odds-Ratio („OR“) für ältere Teilnehmer im Vergleich zu jüngeren beträgt 3,0, dann heißt das: (1.) Das Alter ist ein Einflussfaktor, der nicht nur zufällig mit einem anderen Merkmal (z. B. Zufriedenheit) zusammenhängt, und (2.) die Chance oder Wahrscheinlichkeit, dass ein Älterer sich zufrieden äußert, ist – im Vergleich zu Jüngeren – dreimal so hoch.

Da die Ergebnisse der multivariaten Analysen wenig anschaulich sind, haben wir diese nur bei wenigen zentralen Fragestellungen durchgeführt.

Korrelationen

Korrelationen bilden die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen ab, und zwar in Werten von $-1,0$ bis $+1,0$. Ein Wert von „0“ zeigt, dass es keinerlei Zusammenhang gibt. Die Merkmale Körpergröße und Körpergewicht zeigen beispielsweise recht hohe positive Korrelationen, ebenso wie das Lebensalter und die Betroffenheit durch chronische Erkrankungen. Eine hohe negative Korrelation zeigt sich etwa, so hat eine Studie unlängst gezeigt, zwischen Intelligenz und Suizidversuchen: Menschen mit höherem IQ verüben im Durchschnitt seltener einen Selbstmordversuch. In den Sozialwissenschaften und auch in der Epidemiologie finden sich zumeist eher niedrige Korrelationen, die nur selten einen Wert von $\pm 0,3$ überschreiten.

Signifikanzniveau

Ergebnisse aus einer Befragung können aus zufälligen Abweichungen resultieren, etwa bei einer untypischen Stichprobe, auf die man zwar eher selten trifft, aber dies kann vorkommen. Ob Ergebnisse von Datenanalysen nur aus solchen Zufallsschwankungen resultieren, gibt das „Signifikanzniveau“ an. „Ein Ergebnis ist auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant“ heißt: In 95 von 100 Fällen (in unserem Fall: 95 von 100 Umfragen) ist dieses Resultat nicht zufällig, sondern bedeutet beispielsweise, dass die gefundenen Unterschiede zwischen zwei Gruppen tatsächlich real bestehen.

Eine vergleichbare Tendenz ist auch an den GKV-Ausgaben für Mutter-Kind-Kuren erkennbar. 1999 betragen diese 420 Mio. Euro, das waren 0,32 Prozent der Gesamtausgaben. 2006 wurde mit 260 Mio. Euro der Tiefpunkt erreicht und 2009 wieder ein leichter Anstieg auf 317 Mio. Euro.

In Bezug auf die Bewilligungsquoten stellten die Spitzenverbände der Krankenkassen (2006, S. 19) fest: „Die Quote positiver Leistungsentscheide liegt insgesamt bei 66,1 Prozent und schwankt je nach Kassenart (z.B. AOK, Ersatzkassen, BKK oder IKK) zwischen 65 und 75 Prozent. (...) Aus Sicht der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes ist dieser Wert durchaus plausibel und nicht auffällig abweichend von den Anträgen im übrigen Bereich der Vorsorge und Rehabilitation. Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass die hohe Übereinstimmung der Zustimmungsqoten zwischen den Kassenarten darauf schließen lässt, dass nicht einzelne Krankenkassen(-arten) eine unsachgemäße Bearbeitung (mit der Folge auffällig hoher Ablehnungsquoten) vornehmen. In diesem Fall hätte man deutliche Abweichungen der Quoten zwischen Krankenkassenarten verzeichnen müssen.“ Auch das Müttergenesungswerk kommt für die Jahre 2006 bis 2009 zu Bewilligungsquoten von 66 bis 73 Prozent. In wie weit die erfolgten Ablehnungen medizinisch und psychosozial gerechtfertigt sind, ist letztlich schwer zu beantworten.

Aktuelle Forschungsbilanz

Die Forschungsbilanz für Mutter/Vater-Kind-Kuren ist recht umfassend, da Anbieter dieser Maßnahmen gesetzlich verpflichtet sind, sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen und ein internes Management zur Qualitätssicherung einzuführen. Aus diesem Grund wurde die Effizienz der Maßnahmen in einer Vielzahl von Evaluationen auch durch externe Forschungseinrichtungen überprüft.

Der „Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder“ an der Medizinischen Hochschule Hannover hat mehrfach Evaluationser-

gebnisse vorgestellt, die in etwa 30 Einrichtungen gewonnen wurden und auf Daten von mehreren Tausend Müttern und Kindern basieren (Collatz, 2002). Meixner (2004) hat bei einer Befragung von knapp 10.000 Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren in 63 verschiedenen Einrichtungen des Müttergenesungswerks Daten zu den Ergebnissen von Kuren im Rahmen einer Dissertation erhoben. Seit 2006 werden im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen vom „Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg“ in Forschungsprojekten Instrumente und Verfahrensweisen zur Qualitätssicherung erprobt und in diesem Rahmen auch umfassende Daten des Versorgungsgeschehens erfasst (Heide et al., 2008). Bevor wir auf die Ergebnisse unserer eigenen Befragung von hkk-Versicherten eingehen, seien kurz einige wesentliche Forschungsbefunde aus diesen Quellen referiert.

Typische Diagnosen

Die typische Symptomatik der Kurteilnehmerinnen ist das „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ (Collatz et al., 1998), charakterisierbar durch schwere Erschöpfungszustände, die bis zum Burn-out reichen, und begleitet sind von psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen. Verursacht wird dies durch ständige Überforderungen und Belastungen in Familie und/oder Beruf, durch wenig Zeit für Regeneration und oftmals auch ungelöste Konflikte. Dies wiederum bewirkt eine Einschränkung der persönlichen Aktivitäten und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass sich Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren hinsichtlich dieser Symptome erheblich von Vergleichspopulationen unterscheiden, also deutlich stärker betroffen sind.



Hohe Wirksamkeit

Evaluationen zur Wirksamkeit von Maßnahmen haben gezeigt, dass diese eine erhebliche Besserung für die Frauen wie auch für die Kinder mit sich bringen. Dies wird deutlich an Eigenurteilen der Teilnehmerinnen (vorher/nachher), an ärztlichen Einschätzungen zu Beginn und zum Ende der Kur, aber auch an Verhaltensänderungen nach Ende der Maßnahmen, beispielsweise reduzierten Arztbesuchen oder einer gesunkenen Einnahme von Medikamenten.

Die folgenden Zahlen stammen aus Collatz (2002), vergleichbare Daten finden sich aber auch bei Meixner (2004):

- » Ärztliche Einschätzungen zum Behandlungserfolg bei unterschiedlichen Erkrankungen (von Adipositas über Neurasthenie bis Rückenschmerzen) besagen, dass bei knapp der Hälfte (47%) ein großer Erfolg diagnostiziert wird, bei 16 Prozent ein sehr großer Erfolg. Ein mittlerer Erfolg wird bei 27 Prozent erkannt, kein Erfolg nur bei drei Prozent.
- » Aussagen von Patientinnen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass über 50 Prozent eine deutliche Verbesserung ihrer psychischen und somatischen Beschwerden erkennen.
- » Bei Patientinnen, die zu Beginn einer Kur zu 59 Prozent über Schmerzen klagten (Intensität: ziemlich stark, sehr stark) zeigte sich sechs Monate später, dass davon weniger als die Hälfte (29%) von dieser Schmerzsymptomatik betroffen war.
- » Der Anteil von Patientinnen, der wöchentlich bis täglich Schmerzmittel einnahm, reduzierte sich infolge der Kur (nach sechs Monaten) von 29 auf 23 Prozent, bei anderen sank die Einnahmehäufigkeit erheblich.
- » Effekte zeigen sich auch bezüglich der Hausarztbesuche. Wurde der Hausarzt vor der Kur im Durchschnitt etwa fünfmal je Halbjahr aufgesucht, so reduzierten sich diese Kontakte sechs Monate nach der Kur auf zwei bis drei.
- » Auch bei Kindern zeigen sich erhebliche Positiveffekte: So sank z.B. die Häufigkeit von Infekten bei Begleitkindern von durchschnittlich 4,1 auf 2,5 im Halbjahr.

Insgesamt wird deutlich, dass die angestrebte Zielgruppe mit dem Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung in den Mutter-Kind-Kuren tatsächlich erreicht wird und dass die Maßnahmen deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustands mit sich bringen.

Geänderte Rahmenbedingungen

Die letzten Evaluationen der Behandlungseffekte von Mutter-Kind-Kuren mit größeren Stichproben fanden vor einer Reihe von Jahren statt. Seither wurden jedoch die gesetzlichen Voraussetzungen für Mutter-Kind-Kuren in markanter Weise geändert: Die Maßnahmen wurden für Krankenkassen zur Pflichtleistung, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurde aufgehoben, die Bewilligung erfolgt (unter Berücksichtigung gegebener gesundheitlicher Voraussetzungen) nicht mehr über den MDK, sondern über die Krankenkassen. Von daher wäre es nicht überraschend, wenn sich der Teilnehmerkreis in sozioökonomischer und/oder gesundheitlicher Hinsicht und unter Umständen auch die Praxis der Kurkliniken nachhaltig geändert hätten. Aus diesem Grund wurde von der hkk eine Befragung überwiegend weiblicher Versicherter durchgeführt, die im Jahr 2009 Teilnehmerinnen an einer Mutter-Kind-Kur waren.

Erkenntnisinteresse für die Durchführung der Befragung war es, Informationen darüber zu gewinnen,

- » ob die Einrichtungen, bei denen die Mutter-Kind-Kur durchgeführt wurde, von den Teilnehmerinnen unterschiedlich bewertet werden, so dass man hier Qualitätsunterschiede vermuten könnte,
- » in welchen Dimensionen die Frauen solche Qualitätsunterschiede feststellen, sowohl im Hinblick auf medizinische und psychotherapeutische als auch andere Einzelaspekte (z.B. Unterbringung, Freizeitangebote, Kinderbetreuung),
- » in welchem Umfang die Frauen nach der Kur eine Besserung körperlicher und/oder psychischer Beschwerden erkennen und womit sie dies in Zusammenhang bringen,
- » wie die Informations- und Beratungsleistungen für Mutter-Kind-Kuren bewertet werden und welche Möglichkeiten es für die hkk gibt, die Leistungen noch zu verbessern.

Durchführung der Befragung

Stichprobe und Rücklaufquote

Etwa 500 hkk-Versicherte, die im Jahr 2009 eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur durchgeführt hatten, wurden in einem persönlichen Briefanschreiben im August 2010 über die Ziele der Befragung informiert und gebeten, einen Fragebogen zu beantworten und an die Kasse zurückzusenden. Zur Erhöhung des Rücklaufs haben wir nach zehn Tagen allen Erstangeschriebenen (ohne Abgleich mit den bereits erhaltenen Antworten) ein Erinnerungsschreiben geschickt. Insgesamt kamen 319 ausgefüllte Fragebögen zurück; dies entspricht einem Rücklauf von 63,8 Prozent. Von diesen wurden 274 in die Auswertung einbezogen. Wir haben bei den im folgenden Text abgebildeten Tabellen und Diagrammen aus Gründen der Übersichtlichkeit darauf verzichtet, jedes Mal die Stichprobengröße (N = ...) anzugeben. Diese Zahl variiert bei jeder Frage, da die Teilnehmerinnen an unserer Befragung jeweils einige wenige – aber von Teilnehmerin zu Teilnehmerin unterschiedliche – Fragen nicht beantwortet haben. Sie ist aber durchweg größer als N = 230.

Die Rücklaufquote von 63,8 Prozent ist auch im Vergleich zu anderen aktuellen Fragebogen-Erhebungen als gut zu bezeichnen. So lag die Rücklaufquote bei Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks in den Jahren 2006 und 2009 nur bei 31 bzw. 32 Prozent. Sehr viel höhere Rücklaufquoten als 50 Prozent werden zumeist nur bei Studien mit sogenannten Access-Panels gefunden, wenn also die Befragungsteilnehmer bei Marktforschungsinstituten wie TNS Infratest, Allensbach oder Forsa als befragungsbereit registriert sind und öfter um Mitarbeit bei Umfragen gebeten werden.

Aufbau des Fragebogens

Unser Fragebogen enthielt auf vier DIN-A4-Seiten 28 Fragen und Fragenbatterien, die mit einer Ausnahme alle vollstandardisiert waren. Lediglich am Schluss wurde eine offene Frage gestellt („Möchten Sie uns noch etwas zu Ihrer Mutter-Kind-Kur mitteilen?“), die Platz für persönliche Kommentare oder Kritik bot. Von dieser Möglichkeit wurde ausgiebig Gebrauch gemacht: Knapp zwei Drittel der zurückgesandten Fragebögen enthielten am

Schluss auch einen persönlichen Kommentar. Darunter fand sich überwiegend negative wie auch positive Kritik („Das Diät- bzw. Abnehmprogramm sowie das ‚fettarme Essen‘ waren sehr schlecht.“ „Das Essen und die Einzeltherapiegespräche waren herausragend gut!“). Vereinzelt wurden aber auch konkrete Anregungen und Verbesserungsvorschläge genannt.

Soziodemographische Merkmale

Bevor wir auf die Befragungsergebnisse eingehen, seien kurz einige soziodemografische Merkmale der Befragungsstichprobe beschrieben. Vier Teilnehmer an der Befragung sind männlichen Geschlechts. Da diese einige recht große Abweichungen bei den soziodemografischen Merkmalen zeigten (z.B. sehr viel höheres Bildungsniveau, durchweg vollzeiterwerbstätig) haben wir sie aus den Analysen ausgeschlossen. Zwar fallen vier Teilnehmer quantitativ und prozentual nicht ins Gewicht, wenn man die gesamte Teilnehmergruppe betrachtet. Bei einer differenzierteren Analyse nach Untergruppen jedoch (etwa nach Altersgruppen, Bildungsniveau oder Einkommen) hätte der Einbezug der Männer zu Verzerrungen führen können. Die männlichen Befragungsteilnehmer müssen aber nicht befürchten, dass ihre Aussagen unbeachtet bleiben: Die hkk wird die Antworten dieser Kurteilnehmer als Gruppenergebnis gesondert berücksichtigen.

Alter

Das Lebensalter der Teilnehmerinnen liegt ganz überwiegend im Bereich 30–45 Jahre, 84 Prozent sind hier einzuordnen. Lediglich sieben Prozent sind jünger, neun Prozent älter. Das Durchschnittsalter (Mittelwert) beträgt 37,8 Jahre. Dies stimmt sehr gut mit dem Wert überein, den Meixner (2004) bei einer Befragung von knapp 10.000 Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren in 63 verschiedenen Einrichtungen festgestellt hatte (36,8 Jahre). Auch im sogenannten „Transparenzbericht“ der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006), einer eigens erstellten Erhebung zu Mutter/Vater-Kind-Kuren, war der Altersdurchschnitt exakt derselbe.

Bildungsniveau

Für das Bildungsniveau der Frauen zeigt sich, dass bei über der Hälfte (54%) die mittlere Reife vorliegt, knapp ein Drittel (31%) hat einen hohen Abschluss, zumindest die Fachhochschulreife, teilweise sogar einen Hochschulabschluss. Nur 15 Prozent haben einen eher niedrigen Schulabschluss (Hauptschule mit oder ohne Lehre). Auch in der Studie von Meixner überwiegt als Bildungsabschluss die mittlere Reife, allerdings ist der Anteil der Frauen mit Hauptschulabschluss dort höher (30%).

Familienverhältnisse

Der überwiegende Teil der Frauen (78%) ist verheiratet oder lebt in fester Partnerschaft. 22 Prozent sind dementsprechend alleinstehend und alleinerziehend. Dieser Anteil ist etwas niedriger als in der Meixner-Studie (29%).

Betrachtet man zwei Merkmale zur sozialen Situation der Frauen gleichzeitig, nämlich die Partnerschaft und die Wohnsituation, dann zeigt sich: 71 Prozent der Frauen sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft und wohnen mit dem Partner zusammen. Umgekehrt sind 21 Prozent alleinstehend und wohnen, von den Kindern abgesehen, auch allein. Sieben Prozent wohnen zwar allein, haben aber einen festen Partner. Und ein Prozent sind Single, wohnen aber, von den Kindern abgesehen, mit anderen zusammen – z.B. ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft.

Der größte Teil der Teilnehmerinnen an der Befragung hat zwei in ihrer Wohnung lebende Kinder (46%), etwas mehr als ein Drittel (34%) hat nur ein Kind. Frauen mit drei oder mehr Kindern machen in der Stichprobe etwa 20 Prozent aus.

Berufstätigkeit

Hinsichtlich der beruflichen Situation zeigt sich, dass ein sehr großer Teil (60%) einer Erwerbsarbeit nachgeht. Dies ist ein höherer Anteil als im „Transparenzbericht“ von 2006 (48%). Die eine Hälfte dieser Gruppe (33%) arbeitet 20 Stunden oder mehr wöchentlich, die andere Hälfte (28%) unter 20 Stunden pro Woche. 27 Prozent der Stichprobe sind nicht erwerbstätig, sondern Hausfrauen. Die Mittel zum Lebensunterhalt stammen bei dieser Gruppe überwiegend (90%) vom Ehepartner. Insgesamt 13 Prozent der Frauen sind derzeit entweder arbeitslos (9%), noch in Ausbildung (3%) oder frühverrentet (1%).

Ökonomische Situation

Wir betrachten zum Abschluss noch kurz die ökonomische Situation der Frauen (**Abb. 2.1**), wobei wir aus Vergleichsgründen unsere Stichprobe zusätzlich beschränkt haben auf Kurteilnehmerinnen im Alter von 30 bis 45 Jahren und darüber hinaus auch Daten aus Repräsentativumfragen des „Gesundheitsmonitors“ (Bertelsmann-Stiftung, o.J.) hinzugezogen haben. Hier zeigt sich deutlich, dass die Gruppe der Kurteilnehmerinnen in ökonomischer Hinsicht sehr viel schlechter gestellt ist als eine in der Altersstruktur gleiche Bevölkerungsgruppe. 17 Prozent haben im Monat weniger als 1.000 Euro zur Verfügung, in der Bevölkerung sind dies nur sechs Prozent. Insgesamt 41 Prozent haben bis 1.500 Euro zur Verfügung, in der Bevölkerung sind dies lediglich 15 Prozent. Umgekehrt haben in der Bevölkerung 51 Prozent über 2.500 Euro als Haushaltsnettoeinkommen, bei den Kurteilnehmerinnen sind dies nur halb so viele, nämlich 26 Prozent.

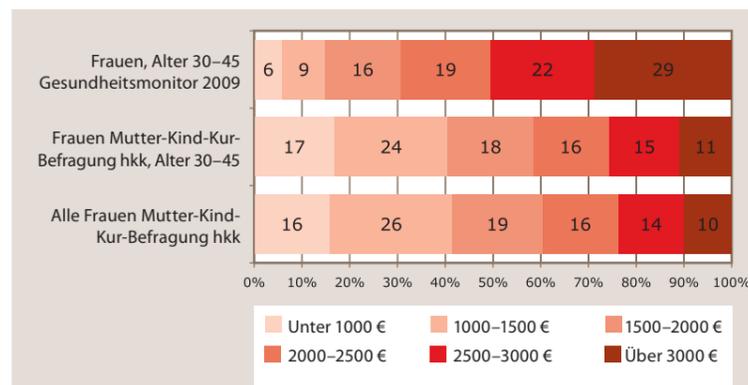


Abb.2.1: Haushaltsnettoeinkommen bei Teilnehmerinnen an hkk-Mutter-Kind-Kuren und im Gesundheitsmonitor (Zahlenangaben in Prozent)

Motive und Anlässe für die Kur

Für die meisten Frauen unserer Befragung war es die erste Mutter-Kind-Kur, an der sie teilnahmen. Etwa jede dritte (32%) hatte allerdings zuvor schon einmal oder sogar öfter eine solche Maßnahme durchgeführt. Die Kur dauerte fast immer drei Wochen, lediglich für drei Prozent dauerte sie vier Wochen.

Der größte Teil der Kuren (68%) wurde gleich bei der ersten Antragstellung bewilligt, etwa ein Drittel der Frauen musste allerdings erst Widerspruch gegen eine Ablehnung der Kasse einlegen, bevor sie einen Bewilligungsbescheid bekamen.

43 Prozent der Frauen führten die Kur mit nur einem Kind durch, ähnlich viele (44%) mit zwei Kindern und 13 Prozent sogar mit drei oder mehr Kindern. Bei fast jeder zweiten Kurteilnehmerin (45%) bekam auch mindestens eines der begleitenden Kinder einen Therapieplan und entsprechende medizinische und/oder psychotherapeutische Hilfe.

Beweggründe

Aus welchen Anlässen, aufgrund welcher Belastungen und Beschwerden führten die Frauen die Kur durch? „Eigene Gesundheitsbeschwerden“ stehen mit 86 Prozent der Nennungen weit vorne. An zweiter Stelle folgen mit fast ebenso großer Häufigkeit (83%) „Belastungen durch familiäre Aufgaben“. Die übrigen vier Gründe werden von erheblich weniger Frauen genannt: „Konflikte im persönlichen Umfeld“ (38%), „Arbeitsbelastungen“ (36%), „finanzielle Sorgen“ (31%), „Pflege oder Gesundheitsbeschwerden eines Angehörigen“ (21%).

Arbeitsbelastungen

Dass „Arbeitsbelastungen“ nur von 36 Prozent genannt werden, liegt auch daran, dass aktuell nur 60 Prozent der Frauen erwerbstätig sind. Betrachtet man diese Gruppe der berufstätigen Frauen separat, dann erhöht sich der Prozentanteil derjenigen, die „Arbeitsbelastungen“ als Kuranlass nennen, auf 50 Prozent. Auch andere Faktoren spielen hier eine Rolle. So zeigt sich, dass auch das Bildungsniveau einen Einfluss darauf hat, ob die

ser Grund genannt wird: Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen (Fachhochschulreife, Abitur, Hochschulabschluss) nennen Arbeitsbelastungen erheblich öfter (41%) als Anlass für die Kur als Frauen mit Hauptschulabschluss (21%).

Bei separater Betrachtung nur der Erwerbstätigen wird deutlich, dass der Umfang der Arbeitszeit eine erhebliche Rolle spielt. Je länger die wöchentliche Arbeitszeit ist, desto öfter werden Arbeitsbelastungen als Anlass für die Kur genannt. Dieser Prozentsatz steigt fast linear an, wenn man die vier Gruppen der Berufstätigen mit bis zu zehn Stunden, 11–20 Stunden, 21–30 und über 30 Stunden Wochenarbeitszeit betrachtet. Arbeitsbelastungen werden in diesen Gruppen als Anlass für die Kur benannt von 36, 44, 55 und 71 Prozent. Wie es scheint, steigt mit zunehmender Dauer der Arbeitszeit einerseits das Ausmaß an körperlicher Belastung, so dass auch die Bewältigung der häuslichen Aufgaben (Reinigung, Einkaufen, Kochen, Waschen usw.) zunehmend aufgrund von Ermüdung und Erschöpfung schwerer fällt. Andererseits dürfte aber auch der reale oder subjektiv empfundene Zeitdruck anwachsen und damit das Gefühl, nicht ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben für die Erledigung der Aufgaben im Haushalt und für die Kinder.

Dass eigene Gesundheitsbeschwerden an erster Stelle der genannten Anlässe stehen, kann nicht verwundern, wenn man sich Antworten auf eine weitere Frage näher anschaut. Hier sollten die Frauen angeben, welche Maßnahmen sie gegen ihre Gesundheitsbeschwerden im Vorfeld der Kur realisiert haben. Die Antworten zeigen dann:

- » 89 Prozent der Frauen haben speziell wegen der Gesundheitsbeschwerden, die zur Kur führten, dreimal oder öfter einen Arzt aufgesucht,
- » 65 Prozent haben deswegen Medikamente eingenommen und
- » 60 Prozent haben deshalb physikalische Therapien (Massage, Krankengymnastik usw.) durchgeführt.

Fehlende Nachsorge

Ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Kur, bei dem Frauen psychosoziale Therapiesprache oder Beratungen, Gesundheitskurse oder auch Gesprächskreise für Mütter in Anspruch nehmen können, wurde nur von jeder sechsten Teilnehmerin durchgeführt (17%). Weiteren 20 Prozent wurde das Nachsorgeprogramm zwar angeboten, aber die Frauen lehnten es ab. Gleichzeitig erklärt knapp die Hälfte der Frauen (48%), dass ihnen ein solches Programm nicht angeboten wurde, obwohl sie vermutlich gerne daran teilgenommen hätten.

Ohne dass wir im Einzelnen die Kriterien kennen, nach denen Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren ein Nachsorgeprogramm angeboten wird, gehen wir doch davon aus, dass hier ein Bedarf an Nachbesserung bei den beratenden Einrichtungen besteht. Denn zum Ende einer Kur ist wohl kaum prognostizierbar, dass die gesundheitlichen Probleme einer Teilnehmerin nun gelöst sind. Übrigens wird sowohl in den Kliniken als auch in den Beratungseinrichtungen zu wenig über Nachsorgeprogramme informiert.

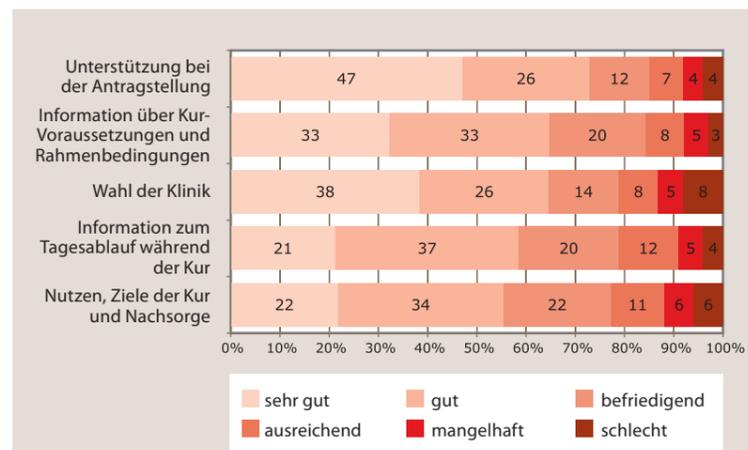


Abb. 2.2: Bewertung unterschiedlicher Beratungsaspekte zur Antragstellung für die Kur (Zahlenangaben in Prozent)

Information und Beratung

Die Teilnehmerinnen an der Mutter-Kind-Kur wurden gebeten, die Beratung und Information zu bewerten, die sie im Vorfeld der Beantragung erfahren haben. Zusätzlich sollte auch jene Einrichtung genannt werden, die sie hauptsächlich bei der Planung und Antragstellung unterstützt hat. Hierzu zeigt sich zunächst, dass die hkk als primär beratende und unterstützende Einrichtung am häufigsten (von 38% der Frauen) genannt wird. Die übrigen 62 Prozent verteilen sich auf eine größere Zahl von Beratungsstellen verschiedener gemeinnütziger Einrichtungen, auf die wir an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Die Bewertung der Beratungsleistungen sollte mit Schulnoten erfolgen, von „1“ (sehr gut) bis „6“ (schlecht). Dabei waren fünf verschiedene Bewertungsaspekte vorgegeben. Das Gesamtergebnis dieser Beurteilung durch alle Frauen) ist in **Abb. 2.2** dargestellt.

Beratung durch die hkk

Es zeigt sich, dass die Unterstützung bei der Antragstellung, also konkret z.B. beim Ausfüllen des Fragebogens am besten bewertet wird. 73 Prozent geben hier die Note „sehr gut“ oder „gut“, nur acht Prozent eine Note schlechter als „ausreichend“. Umgekehrt gibt es für die beiden Aspekte „Informationen zum Tagesablauf während der Kur“ und „Informationen über Nutzen und Ziele der Kur und zur Nachsorge“ die vergleichsweise schlechteste Benotung. Allerdings fallen auch hier noch mehr als die Hälfte der Frauen (58% bzw. 56%) das Urteil „sehr gut“ oder „gut“ und Zensuren schlechter als ausreichend sind ebenfalls mit neun bzw. zwölf Prozent eher selten.

Gleichwohl ist bei allen Aspekten noch ein Verbesserungsbedarf erkennbar. Denn die von 13 Prozent der Frauen vergebenen Schulnoten „mangelhaft“ oder „schlecht“ für Informationen zur Wahl der Klinik bedeuten, dass sich bei 500 Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren immerhin 66 Frauen schlecht beraten fühlten und möglicherweise in eine Kurklinik kommen, die für ihre soziale Situation oder gesundheitliche Problematik nicht optimal geeignet ist. Selbst wenn dieser Eindruck nur subjektiv vorherrscht, kann eine solche Befindlichkeit die Therapiechancen beeinträchtigen, was eine

unnötige Vergeudung von Ressourcen bedeuten würde. Ähnliche Kritik betrifft die Information über Nachsorgeprogramme.

Andere Beratungsstellen

Die verschiedenen Träger und ihre Beratungsstellen werden von den Kurteilnehmerinnen sehr unterschiedlich bewertet, was die subjektiv erlebte Qualität von Information und Beratung betrifft. Wir wollen hier nur kurz auf Details eingehen, da die einbezogenen Träger (unter anderem: Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, Deutscher Arbeitskreis für Familienhilfe) teilweise nur von sehr wenigen Frauen beurteilt wurden, weswegen Zufallsabweichungen der Zensuren möglich sind. Festzuhalten ist, dass der Anteil guter und sehr guter Noten für die Beratung über Kurvoraussetzungen und Rahmenbedingungen bei den verschiedenen Einrichtungen zwischen 57 und 100 Prozent schwankt. Ähnlich groß ist die Streuweite beim Aspekt „Unterstützung bei der Antragstellung“, hier erhalten die Einrichtungen zwischen 57 und 99 Prozent gute und sehr gute Beurteilungen. Umgekehrt liegt der Anteil der Zensuren „mangelhaft“ und „schlecht“ für die Information über Nutzen und Ziele der Kur sowie der Nachsorge zwischen 0 und 20 Prozent.

Unter dem Strich fällt überdies auf, dass „andere Einrichtungen“ in der Mehrzahl der Bewertungsdimensionen jeweils die schlechteste Beurteilung erhalten. Da die für die Beratung im Großraum Bremen größten Einrichtungen alle namentlich im Fragebogen vorgegeben waren, ist davon auszugehen, dass es sich bei den „anderen Einrichtungen“ um eher kleine und vermutlich mit Mutter-Kind-Kuren nur selten befasste Organisationen oder Verbände handelt. Die unzureichende Spezialisierung dieser Beratungsstellen scheint dann auch dazu zu führen, dass die Nutzer die Information und Beratung als unzureichend oder lückenhaft erfahren.

Teilnahmehürden

Bei der Frage, ob es im Vorfeld der Kur bestimmte Bedingungen gab, die von den späteren Teilnehmerinnen als potenzielle Hürden erlebt wurden, waren fünf unterschiedliche Bedingungen vorgegeben worden, die auf einer fünfstufigen Skala einzuordnen waren, von „keine Hürde“ bis „sehr große Hürde“. **Abb. 2.3** verdeutlicht, dass

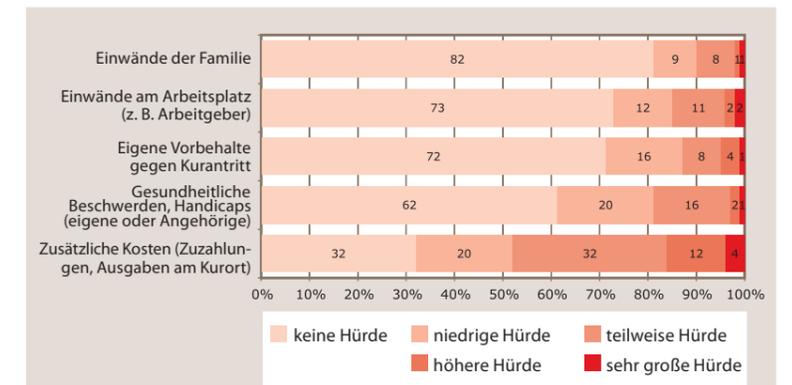


Abb. 2.3: Bedingungen, die im Vorfeld der Kur als potenzielle Hürden erlebt wurden (Zahlenangaben in Prozent)

sehr große Hürden eine große Ausnahme sind. Lediglich die aufgrund der Kur entstehenden zusätzlichen Kosten sind für 16 Prozent eine höhere oder sogar sehr hohe Hürde, für weitere 32 Prozent zumindest teilweise eine Hürde. Bei diesen Ergebnissen darf allerdings nicht übersehen werden, dass die Basis für diese Zahlenwerte Teilnehmerinnen an einer Kur sind, also Frauen, die trotz wahrgenommener Hürden die Kur beantragt und dann auch durchgeführt haben. All jene Frauen, die mit dem Gedanken an eine Kur gespielt haben und diesen dann aber wieder fallen gelassen haben, tauchen in der Statistik nicht auf. Dies wäre jedoch exakt jene Gruppe, die sehr häufig die Antwortvorgabe „sehr große Hürde“ ankreuzen würde.

Nicht sonderlich überraschend zeigt sich, dass bei einem niedrigen Haushaltseinkommen (unter 1.000 Euro monatlich) sehr viel mehr Frauen den Kostenaspekt als Problem und mögliche Barriere nennen (36% „höhere“ oder „sehr große Hürde“) als bei einem höheren Einkommen. In den Einkommensgruppen über 1.000 Euro werden die Kosten als mögliche Hürde nur noch von 9 bis 16 Prozent erwähnt.

Festzuhalten bleibt jedoch: Auch vielen Teilnehmerinnen an einer Kur, welche die anfallenden Zusatzkosten bestreiten konnten, bleiben finanzielle Hürden in Erinnerung. Berücksichtigt man auch jene Frauen, die eine „teilweise Hürde“ erkannt haben, dann war fast die Hälfte (48%) der Teilnehmerinnen betroffen. Wie groß der Kreis der Frauen ist, die schon im Vorfeld einer Kur den Plan aus diesen Gründen wieder aufgeben, ist unbekannt.

Einzelne Kuraspekte: Wichtigkeit und Zufriedenheit

Der Erfolg einer Kur – ebenso wie jeder medizinischen Therapie – ist auch (wenngleich nicht allein) abhängig von der Zufriedenheit des Patienten mit den Maßnahmen. Diese Zufriedenheit wiederum hängt auch davon ab, welche Bedeutung verschiedenen Aspekten der Behandlung zuerkannt wird, was von Person zu Person durchaus unterschiedlich ist. In der ambulanten Versorgung beispielsweise legen einige (meist jüngere und qualifizierte) Patienten großen Wert auf ausführliche Informationen, Erläuterungen von Krankheitsursachen und eine Beteiligung an Entscheidungen. Älteren ist dies oft nicht ganz so wichtig. Andere wiederum legen großen Wert auf ein „medizinisch-technisches Ambiente“ in der Arztpraxis, auf Apparate und Instrumente, die den technischen Fortschritt in der Heilkunde symbolisieren.

Bedeutung der Rahmenbedingungen

In ähnlicher Weise sind den unterschiedlichen Teilnehmerinnen einer Mutter-Kind-Kur verschiedene Rahmenbedingungen wichtig. In der Befragung wurden zehn Bedingungen vorgegeben und einerseits gefragt: „Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte bei einem Mutter-Kind-Kur-Aufenthalt?“ Fünf Antworten waren möglich, von „sehr wichtig“ bis „völlig unwichtig“.

Abb. 2.4.1 zeigt zunächst die Häufigkeitsverteilung nach der persönlichen Relevanz für alle Befragungsteilnehmerinnen.

Hier findet man die Antworten „unwichtig“ und „völlig unwichtig“ nur sehr selten und bei wenigen Personen, das Maximum dieser Ausprägung liegt bei sieben Prozent für den Aspekt „Lage der Klinik“. Deutlich wird sodann, dass der Therapieplan (Anwendungen, Massagen, Sport usw.) mit 80 Prozent Bewertungen „sehr wichtig“ ganz vorne steht, dicht gefolgt von „Möglichkeiten zu Erholung, Entspannung, Rückzug“ (75% „sehr wichtig“) und „Kinderbetreuung“ (74% „sehr wichtig“). An vierter Stelle rangiert der Aspekt „medizinische Versorgung“. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man hier auf die Idee kommen, dass den Frauen die medizinische Behandlung nicht so wichtig ist. Tatsächlich dokumentieren die an vorderster Stelle als „wichtig“ genannten Bedingungen jedoch das schon weiter oben genannte „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“, wobei dies allerdings nicht primär über Gesundheitsbeschwerden definiert wird. Dass die Mutter-Kind-Kur keineswegs so etwas wie ein Wellness-Urlaub mit Kindern ist, zeigt sich unter anderem daran, dass der Aspekt „Freizeitangebote der Klinik“ an letzter Stelle der Rangskala liegt und auch andere Aspekte wie die Lage und Umgebung der Klinik weit hinten rangieren.

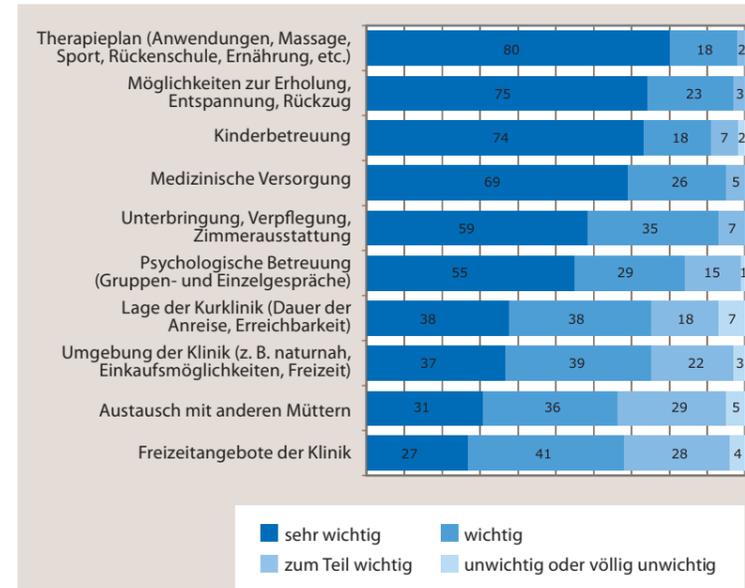


Abb. 2.4.1: Persönliche Relevanz unterschiedlicher Bedingungen im Rahmen der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

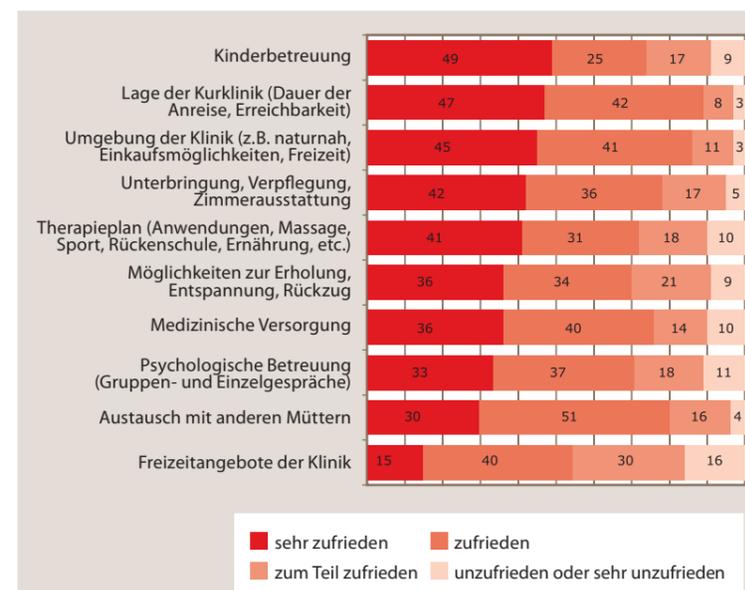


Abb. 2.4.2: Zufriedenheit mit unterschiedlichen Bedingungen im Rahmen der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

In **Abb. 2.4.2** wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit den genannten Bedingungen in der Kur sehr unterschiedlich ausfällt. Dabei erhalten die subjektiv wichtigsten Aspekte nicht unbedingt die besten Bewertungen. Neben der Kinderbetreuung, zu der die Befragungsteilnehmerinnen sich am zufriedensten äußern, finden sich noch andere Aspekte im oberen Teil der Zufriedenheitsrangskala, die man eher zum Aspekt „Wohlbefinden“ zählen würde: Lage der Kurklinik, Umgebung (naturnah, Einkaufsmöglichkeiten), Unterbringung, Verpflegung und Zimmerausstattung. Weniger positiv bewertet werden jene Aspekte, die in der Hierarchie persönlicher Bedeutung ganz oben stehen und die als Maßnahmen gegen das mütterliche Erschöpfungssyndrom definiert sind. Zumindest in der Wahrnehmung der Frauen sind damit in den besuchten Kurkliniken jene Merkmale etwas schlechter geregelt, die im Zentrum der therapeutischen Ziele von Mutter-Kind-Kuren stehen sollten. Allerdings fällt auch die Bewertung für diese Bedingungen nicht eindeutig schlecht aus. Immerhin geben hier 70 Prozent oder mehr eine gute oder sehr gute Bewertung ab.

Mutter-Kind-Klinik „Strandpark“ Kühlungsborn



Tab. 2.2: Korrelationen zwischen soziodemografischen Merkmalen und persönlichen Relevanzaussagen für eine Mutter-Kind-Kur (in Klammern Gruppen, die häufiger sagen, dies sei wichtig), nur Korrelationskoeffizienten, die mindestens auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant sind (Führende Nullen bei den Korrelationskoeffizienten sind weggelassen: ,18 = 0,18)

Variable	UNT	LAGE	UMG	MED	PSY	THER	FRZT	KIND	ERH	AUS
Lebensalter (Jüngere)										,18
Bildung (Hauptschulabschluss)				,16			,18			,14
Haushaltseinkommen										
Alleinstehend										
Wohnsituation (mit anderen wohnend)				,16						
Erwerbsstatus (nicht erwerbstätig)	,13		,14				,18			
Erwerbstätige: Wochenarbeitszeit										
Gesundheitszustand vor Kur				,19	,15	,17				
Anzahl der Kinder im Haushalt (1)					,15					
An der Kur beteiligte Kinder (2-3)							,14			

UNT = Unterbringung, Verpflegung, Zimmerausstattung
LAGE = Lage der Kurklinik (Dauer der Anreise, Erreichbarkeit)
UMG = Umgebung der Klinik (z. B. naturnah, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeit)
MED = Medizinische Versorgung
PSY = Psychologische Betreuung (Gruppen- und Einzelgespräche)
THER = Therapieplan (Anwendungen, Massage, Sport, Rückenschule, Ernährung, etc.)
FRZT = Freizeitangebote der Klinik
KIND = Kinderbetreuung
ERH = Möglichkeiten zur Erholung, Entspannung, Rückzug
AUS = Austausch mit anderen Müttern

Was beeinflusst die Aussagen zur Wichtigkeit?

Wir haben auch überprüft, ob es für die persönliche Bedeutung der unterschiedlichen Kuraspunkte Einflussfaktoren gibt, die über Persönlichkeitsfaktoren und individuelle Ansprüche hinausreichen. Dazu wurden insgesamt zehn verschiedene soziodemografische Merkmale ausgesucht und Korrelationen (siehe Kasten auf Seite 28 „Methodische Erläuterungen“) zu den jeweiligen Relevanzaussagen gebildet.

Tab. 2.2 zeigt die Ergebnisse dieser Korrelationsberechnungen. Drei Merkmale wirken sich besonders deutlich aus: Bildungsniveau, Erwerbsstatus und Gesundheitszustand vor der Kur:

» Frauen mit niedrigem Schulabschluss betonen sehr viel öfter, dass ihnen bei einer Kur die medizinische Versorgung sehr wichtig ist, ebenso die Freizeitangebote und der Austausch mit anderen Müttern.

» Nicht Erwerbstätige, also frühverrentete und arbeitslose Frauen und solche, die als Hausfrauen tätig sind, legen nach eigener Aussage häufiger Wert auf Merkmale für Wohlbefinden wie Unterbringung und Verpflegung, Umgebungsbedingungen der Klinik und Freizeitmöglichkeiten. Es ist denkbar, dass diese Gruppe ihren Alltag zu Hause aufgrund der fehlenden beruflichen Anforderungen als relativ eintönig erlebt und daher während der Kur größeren Wert auf Abwechslung legt.

» Frauen, die ihren Gesundheitszustand vor der Kur als eher schlecht beschreiben, legen sehr viel größeren Wert auf die medizinisch-therapeutischen Bedingungen: Medizinische Versorgung, psychologische Betreuung und ein umfassender Therapieplan mit Anwendungen, Massagen und körperlichen Übungen sind ihnen besonders wichtig.

Wie stark sich diese Einschätzung des früheren Gesundheitszustands auf die persönlichen Präferenzen niederschlägt, ist in **Abb. 2.5** dargestellt. Wie man deutlich erkennt, werden medizinisch-therapeutische Rahmenbedingungen im engeren Sinne umso häufiger als „sehr wichtig“ genannt, je schlechter der Gesundheitszustand vor Beginn der Kurmaßnahme ausfiel bzw. im Rückblick so erinnert wird. Auffällig ist darüber hinaus auch, dass keine einzige der an unserer Befragung beteiligten Frauen ihren Gesundheitszustand vor der Kur besser als „befriedigend“ einstufte.

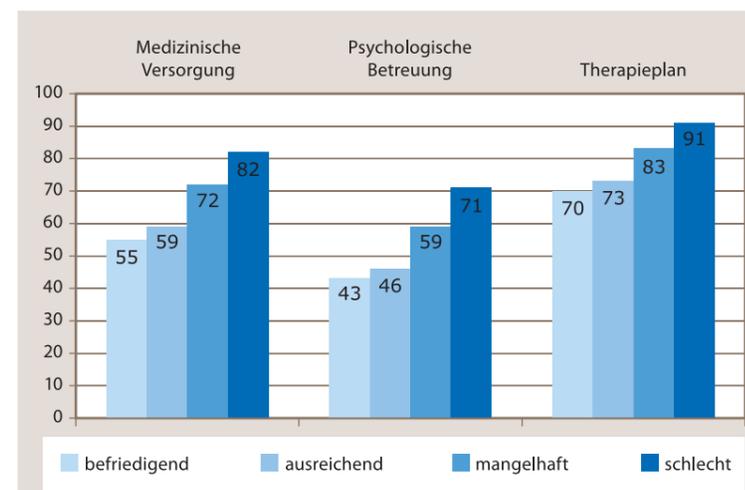


Abb. 2.5: Zusammenhänge zwischen der Bewertung des Gesundheitszustands vor der Kur und der subjektiven Relevanz medizinisch-therapeutischer Aspekte während der Kur (Zahlenangaben in Prozent)



Was beeinflusst die Aussagen zur Zufriedenheit?

Zeigen sich ähnliche Einflüsse auch für die Zufriedenheit mit einzelnen Bedingungen? Und reichen diese über individuelle Vorlieben und Persönlichkeitsmerkmale hinaus? Oder schlagen hier objektive Merkmale, also Charakteristika der einzelnen Kurkliniken bzw. ihrer Träger durch?

Da die Zahl der besuchten Kliniken zu groß ist, um bei unserer vergleichsweise kleinen Stichprobe zuverlässige Aussagen zu einzelnen Einrichtungen zu gewinnen, haben wir unsere Analyse auf die jeweiligen Träger bezogen. Dabei gehen wir von der – leider nicht überprüfbar – Prämisse aus, dass Merkmale wie Versorgungsqualität, Ausstattung etc. der verschiedenen Kliniken eines Trägers nicht allzu heterogen ausfallen. In diese Analysen sind sowohl „objektive“ (Trägerschaft) wie subjektive Variablen einbezogen, deren Einflüsse nur schwierig voneinander getrennt werden können. Deshalb haben wir in diesem Zusammenhang „multivariate Analysen“ (Erläuterungen: siehe Kästen weiter oben) durchgeführt. Die Ergebnisse sind in **Tab. 2.3** aufgeführt.

Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende: Die Trägerschaft der Kliniken spielt nach unseren Daten (ebenso wie Lebensalter, Einkommen, Wohnsituation, Erwerbsstatus oder Zahl der Kinder) keine Rolle für die Zufriedenheit der Frauen mit den einzelnen Aspekten der Kur. Vermutlich schlägt die Trägerschaft kaum auf diejenigen Merkmale durch, die für die teilnehmenden Frauen persönlich erfahrbar sind. Denkbar ist ferner, dass die einzelnen Kliniken doch eine so hohe Autonomie in der Gestaltung ihrer therapeutischen Routinen, „Hotel-Funktionen“ und Abläufe haben, dass die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Träger für Kurteil-

nehmer gar nicht erkennbar ist. Zwei persönliche Merkmale der Frauen schlagen jedoch sehr nachhaltig durch: das Bildungsniveau und der (selbst eingeschätzte) Gesundheitszustand vor der Kur. Bei einem Hauptschulabschluss ist die Wahrscheinlichkeit für eine sehr hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung über 15-mal so hoch wie bei Frauen mit Fachhochschulreife oder noch höherem Bildungsniveau, und dieselbe Tendenz gilt auch – wenngleich quantitativ nicht ganz so stark – für Kurteilnehmerinnen mit mittlerer Reife (Odds-Ratio 5,76).

Man kann dieses Ergebnis aus zwei Blickwinkeln interpretieren: Entweder sind Kurteilnehmerinnen mit höherem Bildungsniveau anspruchsvoller und haben weiter reichende Erwartungen an die medizinische Therapie. Möglicherweise befinden sich in dieser Gruppe auch mehr Patientinnen mit umfangreichem medizinischen Laienwissen, auf das die Ärzte in der Klinik nicht genügend eingehen. Oder die Absolventinnen von Haupt- und Realschulen sind bescheidener, weniger kritisch und selbstbewusst und daher mit dem vorgefundenen therapeutischen Angebot überaus zufrieden. Was diese Odds-Ratios oder Wahrscheinlichkeiten bedeuten, wenn man einzelne Gruppen betrachtet, zeigt **Abb. 2.6**. Dort wird beispielsweise deutlich, dass nur 17 Prozent der Frauen mit Fachhochschulreife oder höherem Schulabschluss mit der medizinischen Versorgung sehr zufrieden sind, während dieser Anteil bei Frauen mit Hauptschulabschluss erheblich höher (68%) ausfällt.

Dass Frauen ebenfalls umso zufriedener mit der medizinischen Versorgung sind, je schlechter es ihnen (im Rückblick) vor der Kur ging, darf nicht überinterpretiert werden. Der ganz überwiegende Teil der Befragten (etwa 80%) nimmt, wie noch zu zeigen sein wird, in gesundheitlicher Hinsicht leichte Verbesserungen (36%) oder sogar erhebliche Verbesserungen (43%) durch die Kur wahr. Daher ist es nur logisch und gedanklich konsistent, wenn jene Frauen, denen es vor der Kur sehr schlecht ging, auch die größten Verbesserungen erkennen, dies auch als Effekt der medizinischen Versorgung wahrnehmen und diese entsprechend positiv bewerten.

Tab. 2.3: Odds-Ratios – Ergebnisse der multivariaten Analysen (binäre logistische Regression), Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Mutter-Kind-Kur (in Klammern Gruppen, die zufriedener sind), nur Odds-Ratios, die mindestens auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant sind (Zahlenangaben in Prozent)

Variable (in Klammern Referenzgruppe)	UNT	LAG	UMG	MED	PSY	THE	FRZ	KIN	ERH	AUS
Lebensalter										
Bildung										
» Hauptschulabschluss (Fachhochschulreife oder höher)	3,08			15,46				3,50	4,86	
» Mittlere Reife (Fachhochschulreife oder höher)				5,76						
Haushaltseinkommen										
Alleinstehend (mit Partner)						0,39				
Wohnsituation (mit anderen wohnend)										
Erwerbsstatus (nicht erwerbstätig)										
Gesundheitszustand vor Kur (schlecht)										
» befriedigend		0,18		0,08		0,15				
» ausreichend				0,14						
Anzahl der Kinder im Haushalt (1)										
An der Kur beteiligte Kinder (2-3)										
Träger der Kurklinik										

UNT = Unterbringung, Verpflegung, Zimmerausstattung
 LAGE = Lage der Kurklinik (Dauer der Anreise, Erreichbarkeit)
 UMG = Umgebung der Klinik (z. B. naturnah, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeit)
 MED = Medizinische Versorgung
 PSY = Psychologische Betreuung (Gruppen- und Einzelgespräche)
 THE = Therapieplan (Anwendungen, Massage, Sport, Rückenschule, Ernährung, etc.)
 FRZT = Freizeitangebote der Klinik
 KIND = Kinderbetreuung
 ERH = Möglichkeiten zur Erholung, Entspannung, Rückzug
 AUS = Austausch mit anderen Müttern

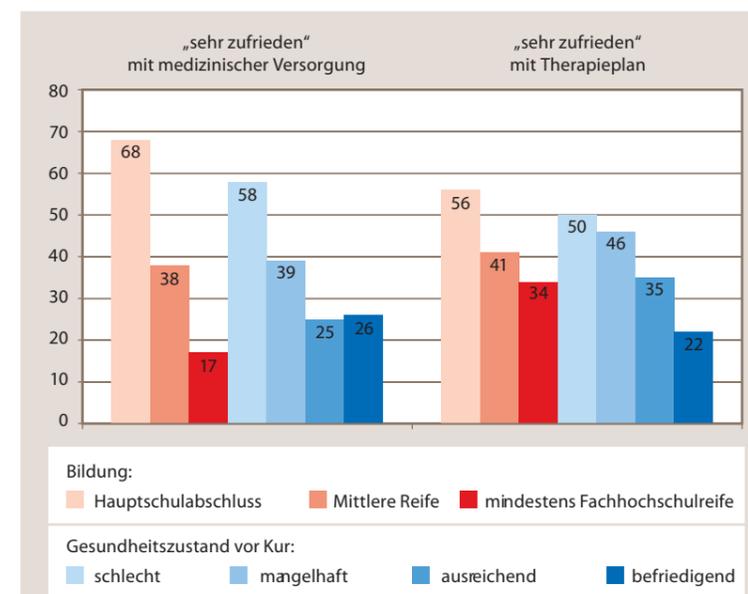


Abb. 2.6: Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau, Bewertung des Gesundheitszustands vor der Kur und Zufriedenheit mit der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

Gesundheitliche Veränderungen nach der Kur

Wie bereits angedeutet, stellt die Mehrzahl der Frauen gesundheitliche Verbesserungen infolge der Kur fest. Gefragt wurde nach der Selbsteinstufung des Gesundheitszustands auf einer sechsstufigen Skala, die Schulnoten von „sehr gut“ bis „schlecht“ umfasst, und zwar zu drei verschiedenen Zeitpunkten: vor der Kur, unmittelbar nach der Kur und „heute“, also am Tag der Befragung. **Tab. 2.4** dokumentiert die hierzu festgestellten Veränderungen im Detail. Die Tabellenzellen sind mit unterschiedlichen Farben unterlegt, die symbolisieren, ob die Befragten Verbesserungen (um eine bzw. zwei oder mehr Schulnoten) oder Ver-

schlechterungen benennen (ebenfalls um eine bzw. zwei oder mehr Schulnoten) oder keine Veränderung. Am unteren Ende der Tabelle sind die Prozentwerte für die fünf Veränderungsstufen angegeben. Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- » Die beste Note für den Gesundheitszustand vor der Kur ist ein „befriedigend“, keine Kurteilnehmerin vergibt hier die Bewertung „gut“ oder gar „sehr gut“. 47 Prozent stufen ihre Gesundheit vor der Kur als „mangelhaft“ ein, weitere 14 Prozent als „schlecht“.

Tab. 2.4: Gesundheitszustand der Frauen (Selbsteinstufung) vor der Kur, unmittelbar nach der Kur und „heute“ (Zahlenangaben in Prozent)

Gesundheitszustand vor der Kur	Gesundheitszustand unmittelbar nach der Kur						Summe
	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Schlecht	
Sehr gut	0	0	0	0	0	0	0
Gut	0	0	0	0	0	0	0
Befriedigend	3	4	2	1	1	0	11
Ausreichend	2	16	6	3	1	1	29
Mangelhaft	6	20	12	6	1	2	47
Schlecht	2	6	3	1	1	1	14
Summe	13	46	23	11	4	4	100

Gesundheitszustand vor der Kur	Gesundheitszustand heute						Summe
	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Schlecht	
Sehr gut	0	0	0	0	0	0	0
Gut	0	0	0	0	0	0	0
Befriedigend	0	6	4	1	0	0	11
Ausreichend	1	5	15	8	1	0	30
Mangelhaft	0	7	19	13	6	1	46
Schlecht	0	3	5	3	2	1	14
Summe	1	21	43	25	9	2	100

	Bilanz				
	Verbesserung um 2 oder mehr Noten	Verbesserung um 1 Note	Keine Veränderung	Verschlechterung um 1 Note	Verschlechterung um 2 oder mehr Noten
Vor der Kur » unmittelbar nach der Kur	71 %	17 %	7 %	4 %	2 %
Vor der Kur » heute	43 %	36 %	19 %	3 %	0

Tab. 2.5: Gesundheitliche Veränderungen (eigene Angaben der Teilnehmerinnen) nach Zeitpunkt der Kur

	Beginn der Kur im Jahr 2009	Jan/Feb	Mär/Apr	Mai/Jun	Jul / Aug	Sep/Okt	Nov/Dez
Mittelwert Gesundheitszustand vor der Kur	4,36	4,74	4,74	4,72	4,56	4,88	
Mittelwert Gesundheitszustand heute	3,21	3,42	3,13	3,22	3,17	3,55	
Durchschnittliche Veränderungen der Schulnoten (Differenz der 2 Mittelwerte)	+ 1,15	+ 1,32	+ 1,61	+ 1,50	+ 1,39	+ 1,33	

- » Die Bilanz unmittelbar nach Beendigung der Kur ist überwältigend positiv: Insgesamt 88 Prozent berichten über eine Verbesserung, darunter 71 Prozent sogar um zwei Schulnoten oder mehr. Lediglich bei 13 Prozent zeigt sich keine Veränderung oder sogar eine Verschlechterung.

- » Für den Vergleich Gesundheitszustand vor der Kur und heute (also am Befragungstag) fällt die Bilanz nicht mehr ganz so positiv aus: Der Anteil von Frauen ohne Veränderung oder sogar mit einer Verschlechterung erhöht sich von 13 auf 22 Prozent. Verbesserungen um zwei oder mehr Schulnoten machen jetzt nicht mehr 71 Prozent aus, sondern nur noch 43 Prozent.

- » Gleichwohl ist die Gesamtbilanz immer noch überragend positiv: 79 Prozent konstatieren gesundheitliche Verbesserungen (darunter 43% um zwei Noten, 36% um eine Note), 19 Prozent keine Veränderung und nur drei Prozent Verschlechterungen.

Alle Kuren fanden zwischen Januar und Dezember 2009 statt; der Zeitraum vom Kurende bis zur Befragung (August 2010) variiert daher etwa zwischen einem halben und anderthalb Jahren. Wir sind daher auch der Frage nachgegangen, ob der gesundheitliche Positiveffekt mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Kur nachhaltig verblasst. Die Durchführung der Kuren verteilt sich nicht gleichmäßig über die zwölf Monate; so wurden etwa im Dezember – vermutlich aufgrund der Weihnachtsfeiertage – nur drei Kuren durchgeführt. Wir haben daher die Kurzeitpunkte zu sechs Zeiträumen von jeweils zwei Monaten zusammengefasst (Januar–Februar, März–April usw.) und überprüft, ob sich für diese sechs unterschiedlich lange zu-

rückliegenden Zeitpunkte abweichende Bewertungen der gesundheitlichen Veränderungen finden. Nicht überraschend wäre ein Ergebnis, bei dem mit fortschreitender Zeitdauer zwischen Kur und Befragung der Anteil wahrgenommener positiver Veränderungen abnimmt, während die Zahl unveränderter oder sogar schlechterer Bewertungen zunimmt.

Tatsächlich lässt sich eine solche Hypothese nicht bestätigen. In **Tab. 2.5** ist zunächst ersichtlich, dass es graduelle Unterschiede für die Bewertung des Gesundheitszustands vor der Kur gibt, die man mitberücksichtigen muss. Allerdings nimmt die positive Bewertung der Veränderungen im Zeitverlauf keineswegs kontinuierlich, also trendmäßig, ab. Vielmehr bewegen sich die durchschnittlichen Veränderungen zwischen den Werten 1,15 zu Beginn und 1,33 am Ende, mit Spitzenwerten von 1,61 und 1,50 in der Mitte des Jahres.

Hervorzuheben ist aber auch eine Einschränkung unserer Studie: Wir haben nur einen kurzen Zeitraum beobachten können: Die ersten Kuren fanden im Januar 2009 statt; die Befragung wurde im Sommer 2010 durchgeführt. Inwieweit eine Befragung etwa zwei bis drei Jahre später einen Abschwächungseffekt finden würde, muss offenbleiben. Dies wäre jedoch durchaus naheliegend, da sich die realen Arbeits- und Lebensbedingungen der Frauen nach einer Kur ja nicht grundlegend ändern. Insofern dürften in vielen Fällen die Belastungen und Stressoren gleich bleiben und durch die Kur nur die Bewältigungskapazitäten und Einstellungen der Frauen (z. B. die Selbstwirksamkeits- oder Kontrollerwartung) gestärkt worden sein.

Spezielle körperliche und psychische Effekte

In der Befragung wurde nicht nur eine Gesamtbilanz der gesundheitlichen Veränderungen erfragt, sondern darüber hinaus auch spezifische Aspekte angesprochen: körperliche Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, soziale Kontakte und Verhaltensorientierungen. **Abb. 2.7** zeigt zunächst, bei welchen dieser Aspekte sich besonders deutliche Positivveränderungen gezeigt haben.

Bei drei Aspekten – in der Grafik durch Balken am unteren Ende repräsentiert – zeigen sich besonders große Veränderungsbarrieren. Diese sind daran erkennbar, dass der Anteil der Antworten „unverändert“ sowie „leichte oder starke Verschlechterung“ besonders hoch ausfällt. Dies betrifft die Fähigkeit, Unterstützung annehmen zu können (keine Verbesserung: 41%), das individuelle Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung: 45%) und das Verhältnis zu Mitmenschen, das Pflegen sozialer Kontakte sowie das zugrunde liegende Selbstbewusstsein (51%). Es scheint, dass hier einerseits langjährige Verhaltensroutinen (und zum Teil auch körperliche Abhängigkeiten) vorliegen, die nur schwer beeinflussbar sind. Andererseits sind wohl auch Persönlichkeitsmerkmale ausschlaggebend, die schon in der kindlichen Sozialisation mitgeprägt wurden und für deren Veränderung eine dreiwöchige Anwendung psychotherapeutischer Maßnahmen unzureichend ist.

Für die körperliche Symptomatik (körperliche Schmerzen und Beschwerden sowie Müdigkeit, Erschöpfung, Burnout) zeigen sich jedoch ebenso wie für bestimmte Bewältigungskompetenzen (Umgang mit Stress, Zeiteinteilung, Alltagsorganisation) bei etwa 75–80 Prozent der Frauen deutliche oder zumindest leichte Verbesserungen.

In der Befragung wurden nicht nur die Veränderungen dieser körperlichen und psychischen Symptomatik angesprochen, sondern auch Indikatoren von hoher gesundheitsökonomischer Bedeutung. Dazu zählen unter anderem Arztkontakte, die Verschreibung und Einnahme von Medikamenten, die Durchführung physikalischer Therapien (Massagen, Krankengymnastik) und nicht zuletzt das gesundheitliche Risikoverhalten (Rauchen, Ernäh-

rung, Alkohol, Bewegung), das langfristig eine Reihe chronischer Erkrankungen mit den resultierenden Versorgungskosten verursachen kann.

Ob und in welchem Umfang sich auch bei diesen Indikatoren etwas geändert hat, zeigt **Abb. 2.8**. Dabei werden zum einen Daten für alle beteiligten Frauen angegeben, zum anderen aber auch Daten für jene Teilgruppen, die besondere Probleme schon vor der Kur hatten (z.B. viele Arztkontakte, Medikamente, physikalische Therapien). Folgende Ergebnisse sind hervorzuheben:

- » Bei der Gesamtgruppe aller Frauen verändert sich das konkrete Gesundheitsverhalten weniger stark als die in **Abb. 2.7** dargestellten körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte.
- » Gleichwohl ist insgesamt ein überaus positiver Saldo erkennbar, der sich auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht niederschlagen dürfte. Fasst man leichte und große Verbesserungen zusammen, dann berichten etwa 40–55 Prozent über eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bzw. über ein weniger riskantes Gesundheitsverhalten.
- » Auffällig ist schließlich auch, dass in jener Teilgruppe der Frauen, bei denen vor Kurbeginn besondere gesundheitliche Probleme vorlagen (viele Arztkontakte, Medikamentengebrauch, physikalische Therapien), noch einmal höhere Prozentanteile gesundheitlicher Verbesserungen erkennbar werden. Die medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen während der Kur, die Anwendungen und der Kontakt unter den Müttern waren auf die Gruppe der besonders betroffenen Teilnehmerinnen offensichtlich sehr gut zugeschnitten.

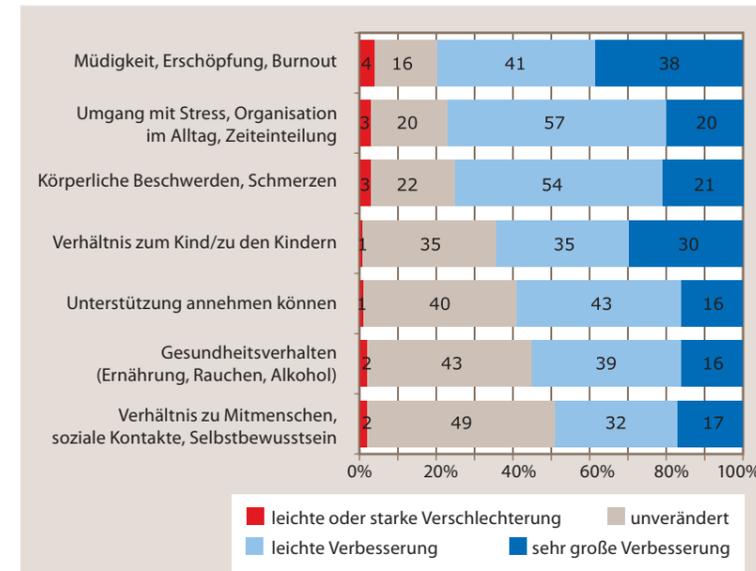


Abb. 2.7: Veränderungen einzelner gesundheitlicher Aspekte (körperlich, psychisch, sozial) infolge der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

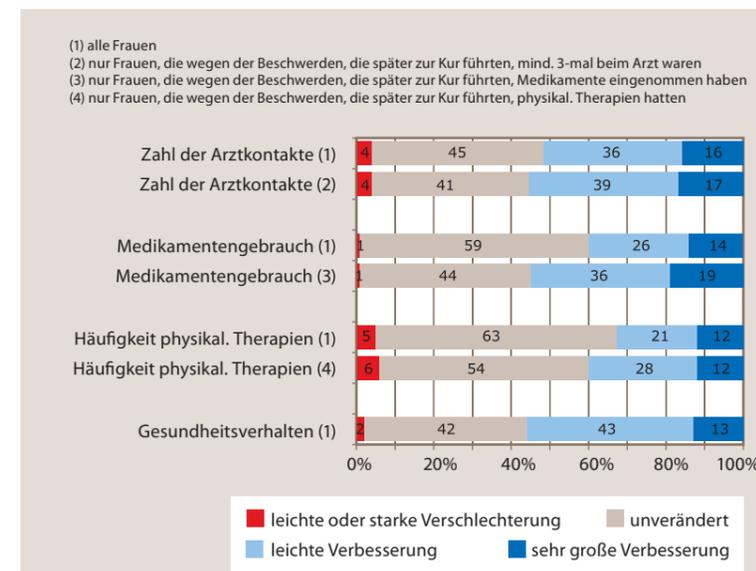


Abb. 2.8: Veränderungen einzelner Aspekte des Gesundheitsverhaltens infolge der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

Gesundheitliche Effekte bei den Kindern

Wie bereits eingangs dargestellt führten 43 Prozent der Frauen die Kur mit einem Kind durch, ähnlich viele Frauen (44%) waren mit zwei Kindern und 13 Prozent sogar mit drei oder mehr Kindern in der Kurklinik. Etwa bei jeder zweiten Kurteilnehmerin (45%) bekam mindestens eins der begleitenden Kinder einen Therapieplan und entsprechende medizinische und/oder psychotherapeutische Hilfe. Wir haben auch gefragt, ob sich durch die Kur körperliche, psychische oder soziale Gesundheitsverbesserungen bei den begleitenden Kindern gezeigt haben und dabei unterschieden, ob die Kinder einen Therapieplan erhielten, also während der Kur regelmäßig an bestimmten medizinischen Anwendungen oder psychotherapeutischen Sitzungen teilnahmen, oder nicht. Die Ergebnisse zeigt **Abb. 2.9**.

Auffällig ist die große Diskrepanz der gesundheitlichen Veränderungen bei Kindern mit und ohne Therapieplan. Wenn man die Kinder ohne Therapieplan, die lediglich ihre Mutter begleitet haben, als „Kontrollgruppe“ definiert und jene mit Therapieplan als „Interventionsgruppe“, dann zeigt sich ein markanter Unterschied: Bei allen vorgegebenen Indikatoren wird eine (unterschiedlich starke) Effektivität der durchgeführten Maßnahmen deutlich. Wenn man in beiden Gruppen für alle sechs Indikatoren den Prozentanteil leichter und starker Verbesserungen zusammenfasst und diese Gruppenwerte miteinander vergleicht, ergeben sich die in **Tab. 2.6** abgebildeten Zahlen.

Der deutlichste Effekt zeigt sich für die seelische Ausgeglichenheit. Direkt dahinter rangieren das Interesse an der Umwelt, die Lebenslust. Auch für körperliche Beschwerden und die Anfälligkeit für Krankheiten zeigen sich noch sehr deutliche Differenzen. Für diese drei Indikatoren sind die festgestellten Unterschiede auch statistisch signifikant, während sich für die drei in der Tabelle oben aufgeführten Verhaltensindikatoren Selbstständigkeit, Verhältnis zu anderen Bezugspersonen und Verhältnis zu Familienmitgliedern nur Tendenzen zeigen, da das Signifikanzniveau jeweils knapp über fünf Prozent liegt ($p = 0,57$ bis $0,80$).

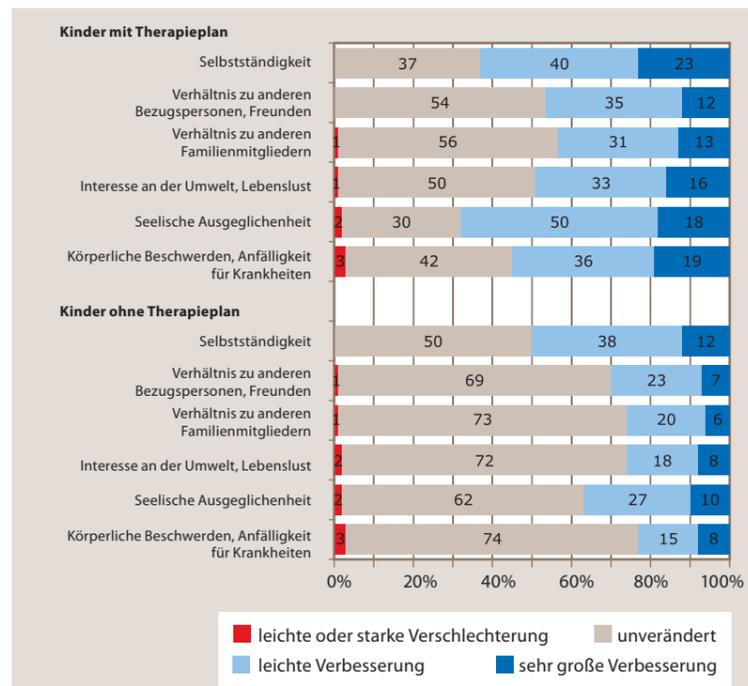


Abb. 2.9: Gesundheitsliche Veränderungen bei begleitenden Kindern mit und ohne Therapieplan (Zahlenangaben in Prozent)

Tab. 2.6: Gesundheitsliche Veränderungen durch die Kur bei Begleitkindern mit und ohne Therapieplan, leichte oder starke Verbesserungen (in Prozent bzw. Differenz in Prozentpunkten)

Indikator	Anteil der Mütter (in Prozent), deren Kinder gesundheitliche Verbesserungen zeigen		
	Kinder mit Therapieplan (A)	Kinder ohne Therapieplan (B)	Differenz (A) – (B)
Selbstständigkeit	63	50	13
Verhältnis zu anderen Bezugspersonen, Freunden	47	30	17
Verhältnis zu anderen Familienmitgliedern	44	26	18
Interesse an der Umwelt, Lebenslust	49	26	23
Seelische Ausgeglichenheit	68	37	31
Körperliche Beschwerden, Anfälligkeit für Krankheiten	55	23	22

Welche Einzelfaktoren beeinflussen Gesamtzufriedenheit und Gesundheitszustand?

Gesamtzufriedenheit

Zwei Fragestellungen bleiben im Rahmen unserer Analysen noch zu beantworten: Zum einen die Frage nach der Gesamtzufriedenheit mit der Kur und die Frage, welche Einzelfaktoren für diese Gesamtzufriedenheit am stärksten maßgeblich sind. Zum anderen bleibt noch zu beantworten, welche Einzelaspekte am stärksten beeinflussen, ob Kurteilnehmerinnen auch nach längerer Distanz zur Kur gesundheitliche Verbesserungen erkennen.

39 Prozent der Befragungsteilnehmerinnen äußerten sich „sehr zufrieden“, ähnlich viele (36%) „zufrieden“. Nur „zum Teil zufrieden“ sind 14 Prozent, und jeweils fünf Prozent bezeichnen sich als „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“. Es scheint sinnvoll, die Frage in zwei Richtungen weitergehend zu untersuchen: Woraus resultiert eine überdurchschnittlich große Zufriedenheit, woraus eine größere Unzufriedenheit? Entsprechend der von Frederick Herzberg formulierten Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation (Herzberg et al., 1959) könnte es sein, dass Zufriedenheit und Unzufriedenheit durch unterschiedliche Einflüsse gesteuert werden. **Tab. 2.7** zeigt die Ergebnisse der hierzu durchgeführten multivariaten Analysen (binäre logistische Regressionen).

Tab. 2.7: Einflussfaktoren für Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der Kur, Ergebnisse Odds-Ratios der binären logistischen Regressionen

Einflussfaktoren für Zufriedenheit	Einflussfaktoren für Unzufriedenheit
Einbezogen: Sozialstatistische und sozio-ökonomische Variablen: Alter, Bildungsniveau, Erwerbsstatus, Einkommen, Familienstand/fester Partner, Wohnsituation, Zahl der Kinder, Begleitkinder bei Kur, Veränderung des Gesundheitszustands, Träger der Klinik	
Signifikante Faktoren: Verbesserung des Gesundheitszustands um 2 Schulnoten OR 4,02 **	Signifikante Faktoren: Verbesserung Gesundheitszustand um 2 Schulnoten OR 0,21 ** Verbesserung des Gesundheitszustands um 1 Schulnote OR 0,28 *
Zufriedenheit mit zehn einzelnen Aspekten der Kur	
Signifikante Faktoren: Umgebung der Klinik: OR 0,52 * Medizinische Versorgung: OR 0,54 * Therapieplan OR 0,47 ** Kinderbetreuung OR 0,54 * Möglichkeiten zu Erholung, Rückzug OR 0,43 **	Signifikante Faktoren: Unterbringung, Verpflegung, Zimmer: OR 2,12 ** Medizinische Versorgung: OR 1,79 * Psychologische Betreuung: OR 2,64 ** Freizeitangebote: OR 2,63 **
Änderungen bei 7 einzelnen gesundheitlichen Aspekten (physisch, psychisch, sozial)	
Signifikante Faktoren: Verbesserung hinsichtlich körperlicher Beschwerden: OR 1,85 * Umgang mit Stress, Zeiteinteilung, Reizbark. OR 3,27 *** Verhältnis zum Kind: OR 1,85 **	Signifikante Faktoren: keine Verbesserung hinsichtlich körperl. Beschwerden: OR 3,85 *** Müdigkeit, Erschöpfung, Burnout: OR 2,31 * Verhältnis zum Kind: OR 2,16 ** Gesundheitsverhalten: OR 2,49 *
Änderungen bei vier Verhaltens-Indikatoren (Arztbesuche, Medikamente etc.) keine signifikanten Einflussfaktoren	
Gesundheitliche Veränderungen beim Kind: keine signifikanten Einflussfaktoren	

Signifikanzniveaus: * 5 Prozent, ** 1 Prozent, *** 1 Promille

» Es gibt zum Teil tatsächlich unterschiedliche Einflussfaktoren für die Zufriedenheit und Unzufriedenheit. In der psychologischen Theorie von Frederick Herzberg (1959) werden einerseits „Hygiene-Faktoren“ genannt, bei denen unzureichende Qualität Unzufriedenheit hervorruft, aber gute Qualität keine größere Zufriedenheit bewirkt. Unterschieden werden diese von den „Motivatoren“, bei denen eine gute Qualität die Zufriedenheit erhöht, schlechte Qualität jedoch kaum Unzufriedenheit hervorruft. Typische Hygiene-Faktoren in der Arbeitswelt sind die Umgebungsbedingungen, typische Motivatoren sind Handlungsspielräume oder Qualifikationsanforderungen. Auch in unserer Analyse finden sich Aspekte, die zu einer größeren Zufriedenheit beitragen. Dies betrifft die Umgebung der Klinik, den Therapieplan, die Kinderbetreuung und Möglichkeiten zu Erholung, bzw. Rückzug. Umgekehrt erhöhen andere Faktoren die Zufriedenheit nicht nennenswert, führen aber bei schlechter Qualität zu Unzufriedenheit: Die Unterbringung, Verpflegung, Zimmerausstattung, psychologische Betreuung und die Freizeitangebote. Nur die wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung beeinflusst sowohl die Zufriedenheit als auch die Unzufriedenheit.

» Dass gesundheitliche Veränderungen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit beim Kind haben, wird erklärbar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der zentrale Anlass für die Kur Gesundheitsprobleme der Mütter und nicht der Kinder waren.

Der Effekt der signifikanten Einflussfaktoren auf die Gesamtzufriedenheit ist in der **Abb. 2.10** abgebildet.

Wie man deutlich erkennt, steigt die Quote der insgesamt sehr zufriedenen Teilnehmerinnen erheblich an – teilweise um mehr als das Doppelte – wenn für die hier aufgeführten Einzelaspekte positiv bewertet wird, dass gesundheitliche Verbesserungen eingetreten sind. Praktisch bedeutet dies für die Kurkliniken, dass sie die Zufriedenheit und das Empfehlungsverhalten von Kurteilnehmerinnen steigern können, selbst wenn sie nur bei einzelnen Aspekten Verbesserungen vornehmen.

Gesundheitszustand

Zum Abschluss unserer Analysen gehen wir der Fragestellung nach, welche Einzelaspekte besonders dazu beitragen, dass Kurteilnehmerinnen eine Besserung ihres Gesundheitszustands erkennen. Wird hier der körperlichen Symptomatik größere Aufmerksamkeit zuteil als psychischen oder sozialen Aspekten? Mit dieser Frage sollen nicht die „objektiven“, tatsächlichen Einflussfaktoren für eine Rekonvaleszenz oder einen Therapieerfolg erfasst werden. Vielmehr lautet die Frage: Welche Faktoren sind in der Wahrnehmung der Frauen besonders nachhaltig dafür verantwortlich, dass eine Besserung (oder auch Konstanz oder Verschlechterung) des Gesundheitszustands insgesamt konstatiert wird?

Als potenzielle Einflussfaktoren berücksichtigen wir in der Analyse: sozialstatistische und sozioökonomische Variablen (vgl. oben, **Tab. 2.7**), Indikatoren für einzelne (physische, psychische, soziale) Verbesserungen des Gesundheitszustands, Indikatoren für Verhaltensänderungen (Änderung in Bezug auf: Arztbesuche, Medikamente, physikalische Therapien, Gesundheitsverhalten), die Durchführung eines Nachsorgeprogramms und die Trägerschaft der Kurkliniken. Schließlich haben wir auch noch einmal die zehn Fragen zur Zufriedenheit mit einzelnen Bedingungen der Kur aufgenommen, da eine Verbesserung des Gesundheitszustands auch aus emotionalen Bedingungen resultieren kann.

Die hierzu durchgeführte multivariate Analyse (binäre logistische Regression) zeigt folgende Ergebnisse:



» Die Trägerschaft der Kurklinik hat keinen Einfluss.

» Von den einbezogenen sozialstatistischen Merkmalen erweist sich einerseits der Erwerbstatus als einflussreich, zum anderen das Haushaltseinkommen. Erwerbstätige erkennen häufiger eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands (OR 2,31*), noch deutlicher gilt dies für Frauen mit einem niedrigen Haushaltseinkommen. Im Vergleich zu Frauen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von monatlich über 2.500 Euro erkennen Frauen in den untersten Einkommensgruppen sehr viel häufiger gesundheitliche Verbesserungen um zwei Schulnoten oder mehr (OR 4,15** bzw. 4,42**).

» Die Durchführung eines Nachsorgeprogramms hat keinen zusätzlichen Effekt für die Wahrnehmung, ob der eigene Gesundheitszustand sich durch die Kur stark, wenig oder gar nicht verbessert hat. Möglicherweise ist die Qualität und zeitliche Dauer der Nachsorgeprogramme zu unterschiedlich, um als Einflussfaktor durchzuschlagen. Überdies ist die Teilstichprobe dieser Teilnehmerinnen (N = 37) hierfür auch zu klein. In der Tendenz allerdings und bei einer bivariaten Betrachtung (Kreuztabelle) zeigt sich, dass Teilnehmerinnen an Nachsorgeprogrammen häufiger über eine Besserung ihres Gesundheitszustands berichten: Eine Besserung um zwei Schulnoten berichten 56 Prozent derjenigen mit und nur 42 Prozent derjenigen ohne Nachsorge, eine Besserung um eine Schulnote geben 85 (mit Nachsorge) bzw. 78 Prozent (ohne Nachsorge) an.

» Signifikante Einflussfaktoren dafür, ob Frauen nach einer Kur über eine deutliche Besserung ihres Gesundheitszustands berichten, sind folgende drei Variablen:

- die Zufriedenheit mit dem Therapieplan, Odds-Ratio (OR) 1,85**
- der bei sich selbst wahrgenommene bessere Umgang mit Stress, eine bessere Alltagsorganisation und bessere Zeiteinteilung, OR 1,78*
- eine nach der Kur gesunkene Inanspruchnahme physikalischer Therapien, OR 1,75*.

Signifikanzniveaus: * 5 Prozent, ** 1 Prozent, *** 1 Promille

Abb. 2.11 verdeutlicht noch einmal die Größenordnung dieser Einflussfaktoren.

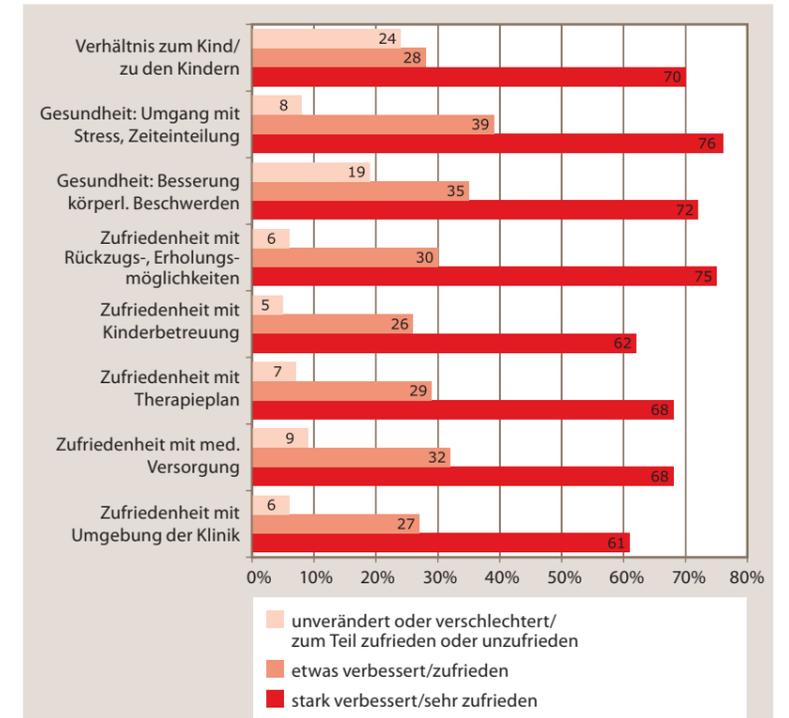


Abb. 2.10: Gesamtzufriedenheit mit der Kur: Anteil „sehr zufriedener“ Frauen (in Prozent) – in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit Einzelaspekten und von der Besserung des Gesundheitszustands

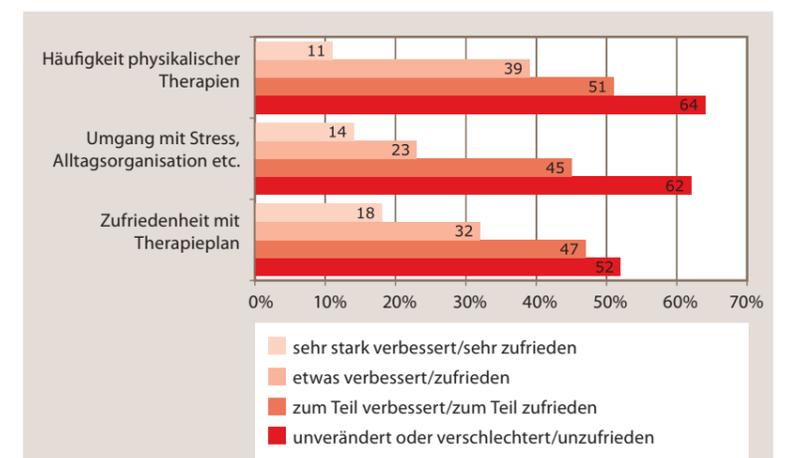


Abb. 2.11: Einflussfaktoren für die Wahrnehmung eines verbesserten Gesundheitszustandes: Anteil der Frauen (in Prozent), die eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands nach der Kur um zwei Schulnoten oder mehr erkennen

Zusammenfassung der Ergebnisse

Von 500 hkk-Versicherten, die im Jahr 2009 eine Mutter/Vater-Kind-Kur durchführten, wurden etwa 55 Prozent in die Auswertung der im August 2010 durchgeführten Befragung einbezogen. Dabei wurden für die Analysen zunächst nur Frauen berücksichtigt. Die Stichprobe unterscheidet sich in der Altersstruktur gar nicht, in einigen anderen Merkmalen (Bildungsniveau, Erwerbsstatus) nur geringfügig von Stichproben aus anderen Studien zu demselben Thema. Die wesentlichen Ergebnisse der Befragung sollen hier noch einmal kurz zusammengefasst werden.

Positive Ergebnisse bei Information und Beratung

Die Bewertung der Information und Beratung für Mutter-Kind-Kuren fällt unter dem Strich sehr positiv aus. Bei den fünf vorgegebenen Aspekten fällt mehr als der Hälfte der Frauen, teilweise fallen sogar mehr als zwei Drittel das Urteil „sehr gut“ oder „gut“; Zensuren schlechter als „ausreichend“ sind eher selten zu finden. Gleichwohl ist bei allen Aspekten noch ein Verbesserungspotenzial erkennbar. Hier deuten beispielsweise die von 13 Prozent der Frauen vergebenen Schulnoten „mangelhaft“ oder „schlecht“ für die Beratung bei der Wahl der Klinik darauf hin, dass bei 500 Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren immerhin 66 Frauen sich schlecht beraten fühlten und möglicherweise in eine Kurklinik gekommen sind, die für ihre soziale Situation oder gesundheitliche Problematik nicht optimal geeignet war. Ähnliche Verbesserungswünsche betreffen die Information über Ziele und Nutzen der Kur sowie Nachsorgeprogramme und Informationen über den Tagesablauf.



Feststellbar ist weiterhin, dass die verschiedenen Träger und ihre Beratungsstellen (unter anderem: Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, Deutscher Arbeitskreis für Familienhilfe) von den Kurteilnehmerinnen hinsichtlich der Beratungsqualität sehr unterschiedlich bewertet werden. Dabei erhalten die von uns in der Rubrik „andere Einrichtungen“ zusammengefassten, kleineren und vermutlich mit Mutter-Kind-Kuren eher selten befassten Organisationen oder Verbände die schlechtesten Noten. Die unzureichende Spezialisierung dieser Einrichtungen wirkt sich so aus, dass die Nutzer die Information und Beratung als sehr unzureichend oder lückenhaft erfahren.

Finanzielle Hürden

Neben den Zuzahlungen von zehn Euro pro Kurtag fallen noch Nebenkosten für Getränke und Imbisse an, an denen man schon wegen der Kinder schwer vorbeikommt. Bei vielen der von uns befragten früheren Kurteilnehmerinnen bleiben finanzielle Probleme in Erinnerung. Berücksichtigt man all jene Frauen, welche die Kosten als sehr große, große oder mittlere Hürde für die Durchführung der Kur benennen, war fast die Hälfte von der Kostenproblematik betroffen. Wie viele Frauen schon im Vorfeld den Plan einer Kur aus finanziellen Überlegungen aufgeben, lässt sich nur schwer abschätzen.

Bedarf an Nachsorge

Ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Kur wurde nur von jeder sechsten Teilnehmerin durchgeführt (17%), weiteren 20 Prozent wurde das Nachsorgeprogramm zwar angeboten, aber die Frauen lehnten es ab. Gleichzeitig erklärt knapp die Hälfte der Frauen (48%), dass ihnen ein solches Programm nicht angeboten wurde, obwohl sie vermutlich gerne daran teilgenommen hätten. Ein Blick auf die Träger der Kliniken und die Beratungseinrichtungen zeigt, dass überall Informationsdefizite über Nachsorgeprogramme bestehen. Auch ohne die Kriterien für die Teilnahme an Nachsorgeprogrammen zu kennen, gehen wir davon aus, dass ein Bedarf an Nachbesserung besteht. Schließlich dürften die gesundheitlichen Probleme nach Abschluss einer Kur kaum dauerhaft gelöst sein, da ja Belastungen und Stressoren weiter wirksam sind. Dass Nachsorgeprogramme durchaus geeignet sind, gesundheitliche Effekte einer Kur zu

stabilisieren, können wir wegen der geringen Teilnehmerzahl zwar nicht eindeutig statistisch signifikant belegen, wir haben jedoch eine entsprechende Tendenz festgestellt.

Therapieplan ist am wichtigsten

Was ist den Frauen im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur besonders wichtig? Die Analysen zeigen, dass der Therapieplan (Anwendungen, Massagen, Sport usw.) mit 80 Prozent Bewertungen als „sehr wichtig“ ganz vorne steht, dicht gefolgt von „Möglichkeiten zu Erholung, Entspannung, Rückzug“ (75% „sehr wichtig“) und „Kinderbetreuung“ (74% „sehr wichtig“). An vierter Stelle rangiert der Aspekt „medizinische Versorgung“. Die an vorderster Stelle als wichtig genannten Bedingungen weisen recht eindeutig auf das „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ hin. Dass die Mutter-Kind-Kur keinen Wellness-Urlaub mit Kindern darstellt, zeigt sich daran, dass Aspekte wie „Freizeitangebote der Klinik“, „Lage der Kurklinik“ und „Umgebung der Klinik“ an den hintersten Stellen der Rangskala liegen.

Abweichende Reihenfolge bei der Zufriedenheit

Diese Rangfolge stimmt nicht ganz mit der Rangfolge der Zufriedenheitsurteile überein. Die Frauen beurteilen jene Merkmale etwas weniger günstig, die eigentlich im Zentrum der therapeutischen Ziele von Mutter-Kind-Kuren stehen. Allerdings gibt ein Großteil der Frauen hierzu dennoch eine gute oder sogar sehr gute Bewertung. Für eine hohe Zufriedenheit spielt die Trägerschaft der Kliniken ebenso wie die Mehrzahl der sozialstatistischen Merkmale (Lebensalter, Einkommen, Wohnsituation, Erwerbsstatus oder Zahl der Kinder) keine Rolle. Damit scheint die Trägerschaft nicht auf persönlich erfahrbare Merkmale der einzelnen Klinik durchzuschlagen.

Bedeutsame Effekte gehen vom Bildungsniveau und dem Gesundheitszustand vor der Kur aus. Je schlechter sich die Frauen vor der Kur fühlten, umso wahrscheinlicher ist es, dass sie später über größere gesundheitliche Verbesserungen berichten. Noch bedeutsamer ist das Bildungsniveau: Bei einem Hauptschulabschluss ist die Wahrscheinlichkeit für eine sehr hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung mehr als 15-mal so hoch

wie bei Frauen mit Fachhochschulreife oder Hochschulabschluss. Entweder haben Kurteilnehmerinnen mit höherem Bildungsniveau weiter reichende Erwartungen an die medizinische Therapie bzw. ein umfangreicheres medizinisches Laienwissen, auf das Ärzte in der Klinik nicht genügend eingehen. Oder weniger qualifizierte Frauen sind bescheidener, weniger kritisch und selbstbewusst und daher mit dem vorgefundenen therapeutischen Angebot zufriedener.

Effekte auf den Gesundheitszustand

Hervorzuheben bleibt, dass die beste Note für den Gesundheitszustand vor der Kur ein „befriedigend“ ist. 47 Prozent stufen ihre Gesundheit vor der Kur als „mangelhaft“ ein, weitere 14 Prozent als „schlecht“. Ebenso erwähnenswert ist der überwältigend positive Befund zum gesundheitlichen Effekt der Kur: Neun von zehn Frauen berichten unmittelbar nach Beendigung der Kur über eine Verbesserung. Einige Zeit später (also am Befragungstag) ist die Bilanz immer noch deutlich positiv, wenngleich Verbesserungen quantitativ niedriger ausfallen: 79 Prozent berichten jetzt über gesundheitliche Verbesserungen (darunter 43% um zwei Noten, 36% um eine Note). Bei 19 Prozent zeigen sich keine Veränderungen, Verschlechterungen dagegen bei nur drei Prozent. Hervorzuheben ist, dass die Veränderungen im Zeitverlauf nicht kontinuierlich nach unten sinken, so dass im Zeitverlauf nicht immer seltener über wahrgenommene Positiveffekte berichtet wird.

Besonders deutlich (bei 75–80% der Frauen) werden gesundheitliche Verbesserungen im Bereich der körperlichen Symptomatik wahrgenommen (körperliche Beschwerden, Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Burnout) und bei bestimmten Bewältigungskompetenzen (Umgang mit Stress, Zeiteinteilung, Alltagsorganisation). Umgekehrt zeigen sich größere Veränderungsbarrieren bei der Fähigkeit, Unterstützung annehmen zu können, beim Gesundheitsverhalten und im Verhältnis zu Mitmenschen sowie beim Pflegen sozialer Kontakte. Offensichtlich sind langjährig erworbene Verhaltensroutinen, Persönlichkeitsmerkmale und körperliche Abhängigkeiten im Rahmen einer dreiwöchigen Kur nur schwer beeinflussbar.

Auch für Merkmale, die in gesundheitsökonomischer Hinsicht besondere Bedeutung haben – wie eine hohe Zahl der Arztkontakte, Medikamentengebrauch, physikalische Therapien – ist ein positiver Saldo erkennbar. Etwa 40–55 Prozent der Teilnehmerinnen berichten hier über eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bzw. ein weniger riskantes Gesundheitsverhalten. Auffällig ist, dass Frauen mit besonders großen gesundheitlichen Problemen vor Kurbeginn noch einmal größere gesundheitliche Verbesserungen aufgrund von Arztkontakten, Medikamentengebrauch und physikalischen Therapien angeben. Die Kurmaßnahmen, Anwendungen und der Kontakt unter Müttern scheinen demzufolge besonders gut auf diese Gruppe zugeschnitten zu sein.

Positiver Befund für Begleitkinder

Ein ähnlich positiver Befund ist feststellbar für die Begleitkinder. Auffällig ist die große Diskrepanz der gesundheitlichen Veränderungen bei Kindern mit und ohne Therapieplan. Kinder ohne Therapieplan, die lediglich ihre Mutter begleitet haben, lassen sich als „Kontrollgruppe“ definieren und jene mit Therapieplan als „Interventionsgruppe“. Hier zeigt sich dann bei allen vorgegebenen Indikatoren eine Effizienz der durchgeführten Maßnahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der deutlichste Effekt ergibt sich für die seelische Ausgeglichenheit der Kinder mit Therapieplan, aber auch für das Interesse an der Umwelt und die Lebenslust sowie für körperliche Beschwerden und die Anfälligkeit für Krankheiten.

Bewertung der Gesamtzufriedenheit

Drei von vier Frauen äußern sich in der Befragung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ über die Kur. Nur „zum Teil zufrieden“ sind 14 Prozent, und jeweils fünf Prozent geben das Urteil „unzufrieden“ oder sogar „sehr unzufrieden“ ab. Die Gesamtbewertung der gesundheitlichen Veränderungen ist ein sehr mächtiger Einflussfaktor für die Zufriedenheit mit der Kur, und dies im Positiven wie im Negativen. Einzelne Aspekte, die besonders nachhaltig die Zufriedenheit erhöhen, sind die wahrgenommene Besserung körperlicher Beschwerden, ein als besser erlebter Umgang mit Stress, eine bessere Zeiteinteilung und geringere Reizbarkeit im Alltag sowie ein besseres Verhältnis zum Kind.

Gesundheitliche Einzelaspekte

Welche gesundheitlichen Einzelaspekte tragen besonders deutlich dazu bei, dass Kurteilnehmerinnen eine Besserung ihres Gesundheitszustands nach einer Kur erkennen? Mit dieser Frage sollten nicht die tatsächlichen Einflussfaktoren für einen Therapieerfolg erfasst werden, sondern subjektive Zuschreibungen. Hier zeigt sich zunächst, dass Erwerbstätige häufiger eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands erkennen. Noch deutlicher zeigt sich dieser Einfluss für Frauen mit einem niedrigen Haushaltseinkommen. Scheinbar profitieren Frauen, die im Alltag unter besonders restriktiven Bedingungen leben, in psychischer Hinsicht besonders von den Rahmenbedingungen der Kur (Entbindung von häuslichen Belastungen und/oder beruflichen Zwängen, Orts- und Luftwechsel, Freizeitveränderung, gesundheitliche Anregungen), während dies bei finanziell besser gestellten Frauen auch in einem anderen Rahmen (Urlaub, Hobby etc.) möglich ist.

Die Wahrnehmung, ob der eigene Gesundheitszustand sich durch die Kur stark, ein wenig oder gar nicht verbessert hat, ist aus Sicht der Frauen vor allem durch die folgenden drei Merkmale geprägt: (1.) Zufriedenheit mit dem Therapieplan, (2.) die Einschätzung, dass man mit Stress jetzt gelassener umgeht sowie über eine bessere Alltagsorganisation und Zeiteinteilung verfügt und (3.) eine gesunkene Inanspruchnahme physikalischer Therapien nach der Kur.

Praktische Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen der Studie lassen sich einige wichtige Schlussfolgerungen ziehen, die einerseits den praktischen Nutzen von Mutter-Kind-Kuren betreffen und andererseits wertvolle Impulse zur Verbesserung der künftigen Praxis der Bewilligung und Durchführung geben:

» Zum Ersten gibt es Defizite, was die Information und Beratung der Frauen über Nachsorgeprogrammen anbetrifft. Ein großer Teil unserer Untersuchungsgruppe hätte diese gerne in Anspruch genommen, wurde aber nicht darüber informiert. Dies ist problematisch, da vorläufige Hinweise nahelegen, dass der Gesundheitszu-

stand von Kurteilnehmerinnen durch Nachsorgeprogramme weiter verbessert oder stabilisiert werden kann.

» Zum Zweiten gibt es verbesserungsbedürftige und mit geringem Aufwand behebbare Defizite bei der Information der Frauen über den Tagesablauf der Kurmaßnahme sowie den Nutzen und die Ziele der Kur.

» Deutlich geworden ist zum Dritten, dass die Zielgruppe gesundheitlich angeschlagener Mütter tatsächlich überwiegend erreicht wird und dass es keine Anzeichen gibt, dass die Kuren von Frauen ohne gesundheitlichen Bedarf in Anspruch genommen wurden. Die befragten Mütter schätzen ihren Gesundheitszustand vor der Kur überaus ungünstig ein und berichten zugleich über erhebliche Verbesserungen, die auch nach einem Zeitraum von 6 bis 18 Monaten noch Bestand haben. Dass erwerbstätige Mütter und solche mit eher niedrigem Haushaltseinkommen von der Maßnahme besonders profitieren, macht deutlich, dass die Kurkliniken und die in ihnen angewandten Behandlungen auch in Bevölkerungsgruppen mit besonders hohen Belastungen wirksam und wirtschaftlich sind.

» Viertens sind die positiven gesundheitlichen und versorgungsökonomischen Effekte (unter anderem Arztbesuche, Arzneimittelverordnungen) der Mutter-Kind-Kur sowohl in der Höhe als auch hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit so hoch wie bei vielen anderen weit häufiger in Anspruch genommenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

» Fünftens steht fest, dass auch Begleitkinder gesundheitlich deutlich von einer Kur profitieren, wenn sie die Kur mit einem Therapieplan bestreiten. Auf dessen Vereinbarung und Festlegung sollte künftig mehr Wert gelegt werden, da gesündere Kinder im häuslichen Alltag zum möglichst lange zu erhaltenden Gesundheitseffekt der Kur bei ihren Müttern beitragen.

Aussagekraft von Patientenbefragungen

Abschließend möchten wir dem möglichen Einwand, die festgestellten gesundheitlichen Verbesserungen der Frauen beruhten nur auf subjektiven Aussagen, so dass in Ermangelung objektiver medizinischer Diagnosen keine Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden könnten, Folgendes entgegenhalten: Schon 1982 hatte eine Veröffentlichung (Mossey/Shapiro, 1982) mit Daten der sogenannten Manitoba-Studie (einer kanadischen Langzeitstudie über sieben Jahre mit knapp 3.200 Teilnehmern) festgestellt, dass die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands ein besserer Indikator für die zukünftige Lebenserwartung ist als medizinisch diagnostizierte Risikofaktoren und ärztliche Bewertungen. Wer bei einer negativen ärztlichen Einstufung des Gesundheitszustands gleichwohl eine optimistische Gesundheitseinschätzung hat, weist auch ein geringeres Sterberisiko auf. Wenn umgekehrt bei niedrigen medizinischen Risikofaktoren gleichwohl eine negative, also pessimistische Gesundheitseinschätzung vorlag, so ist die Lebenserwartung kürzer. Seitdem haben viele weitere Studien diese Tendenz bestätigt. So hat eine 2006 veröffentlichte zusammenfassende Analyse von 22 Studien gezeigt, dass die Sterblichkeitsrate bei einer negativen Einschätzung der Gesundheit fast doppelt so hoch war wie bei einer sehr guten Bewertung (DeSalvo et al., 2006).

Diese Erkenntnisse unterstreichen den praktischen Nutzen von Versicherten- oder Patientenbefragungen als Mittel, mehr und genauere Informationen über den Versorgungsalltag zu erhalten, um die Bedarfsgerechtigkeit bei Versorgungsangeboten verbessern zu können.



Literatur

Bertelsmann-Stiftung (o. J.): Projekt „Gesundheitsmonitor“. <http://www.gesundheitsmonitor.de>

Collatz, J. (2002): Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen – Thesen für Politik und Gesundheitsverwaltung. In: Collatz, J./Sperlich, S./Arnhold-Kerri, S. (Hrsg.): Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? II. Wissenschaftliches Symposium. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 44–62.

Collatz, J./Fischer, G. C./Thies-Zajonc, S. (1998): Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit: Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren, Berlin.

DeSalvo, K. B./Bloser, N./Reynolds, K./He, J./Muntner, P. (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis; Journal of General Internal Medicine; Volume 21, Number 3, 267–275. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x

Deutscher Bundestag Drucksache 16/1150, 16. Wahlperiode, 30.03.2006: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit dem durch das 11. SGB-V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/011/1601150.pdf>

Elly Heuss-Knapp-Stiftung/Deutsches Müttergenesungswerk (2010): Mütter- und Mutter-Kind-Kurmaßnahmen – Jahresvergleich, Ausgaben im Gesundheitswesen. Ausgaben der GKV für ausgewählte Leistungen von 1992–2010. <http://www.muetttergenesungswerk.de/cms/muetttergenesung-in-zahlen>

Heide, M./Gerlich, C./Lukaszczik, M./Musekamp, G./Neuderth, S./Vogel, H. (2008): Externe Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern – Zusammenhänge zwischen Strukturqualität und Ergebnisqualität, Das Gesundheitswesen 2008: 70. DOI: 10.1055/s-0028-1086353

Herzberg F./Mausner, B./Bloch Snyderman, B. (1959): The Motivation to Work. New York.

Ifes Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg (Hrsg.) (2008): Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW), Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ, Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2008.

Meixner, K. (2004): Externe Qualitätsmessung in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Mossey, J. M./Shapiro, E. (1982): Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly, American Journal of Public Health, Volume 72, Issue 8: 800–808. <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/72/8/800>

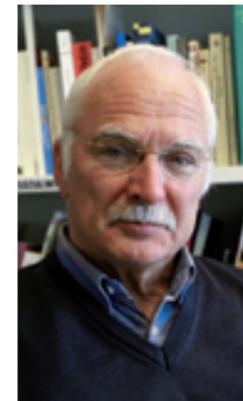
Rheinische Post Online, Unternehmerverband (2010): Vier Wochen Urlaub sind ausreichend, 21.08.2010. <http://nachrichten.rp-online.de/wirtschaft/unternehmerverband-vier-wochen-urlaub-sind-ausreichend-1.97491>

Spitzenverbände der Krankenkassen/Medizinischer Dienst (2006): Projekt zur Datentransparenz (Pro-Transparenz) bei Mutter-/Vater-Kind-Leistungen – §§ 24, 41 SGB V. Ergebnisbericht vom 27.10.2006, Bonn. www.mds-ev.de/media/pdf/Reha-Transparenzbericht.pdf

ZEIT Online, Wirtschaft, Hoffmann, W. (1996): Morgens Fango, abends Tango, 15/1996, http://www.zeit.de/1996/15/Morgens_Fango_abends_Tango

„Mütter benötigen meist komplexe Hilfen“

Interview mit Dr. Jürgen Collatz zu Mutter-Kind-Kuren



Dr. Jürgen Collatz ist wohl der renommierteste Wissenschaftler, der in Deutschland zu Mutter-Kind-Kuren geforscht hat. Wir haben ihn zu seinen Forschungsergebnissen befragt.

Kuren werden bisweilen wahrgenommen als typisch deutsche Maßnahmen, die überwiegend den Wirtschaftsinteressen der Kurorte und -kliniken dienen und medizinisch zumindest fragwürdig sind. Ist diese Kritik zutreffend und gibt es Kuren nur im deutschen Versorgungssystem?

Mutter-Kind-Maßnahmen haben sich durch jahrelange Qualitätssicherung zu hochwertigen und effizienten Angeboten für gesundheitlich gefährdete Familien entwickelt. Sowohl die Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland als auch die der Familiensituation und die Versorgung der Familie sind sehr spezifisch und international kaum vergleichbar. Die Rehabilitation in Deutschland ging einen Sonderweg und gilt als vorbildlich für viele

Länder. Gleichwohl schließt das zentrale Ziel der Rehabilitation, nämlich die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit, die Familien weitgehend aus. Der fortdauernde Streit um die Kita- und Kiga-Plätze und die jahrzehntelange Stagnation im Bildungswesen (z.B. Ganztagschulen) zeigt, wie weit Deutschland von familienorientierten Standards entfernt ist. Mütter sind daher in Deutschland häufig überlastet und benötigen zumeist komplexe Hilfen (Case Management und multifokale Therapien), auch für die Kinder. Daher zählen Mutter-Kind-Maßnahmen in Deutschland zu den wenigen Angeboten, die gesundheitsgefährdeten Familien effektiv und nachhaltig helfen können. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, so dass erweiterte Leistungen der Krankenkassen durch entsprechende Steuerzuschüsse des Bundes kompensiert werden sollten.

Der Gesetzgeber hat ausdrücklich festgelegt, dass bei Mutter- und Vater-Kind-Kuren der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der ansonsten bei allen Rehabilitationsmaßnahmen gilt, nicht angewendet werden soll. Aus welchem Grund?

Früher wurden zeitweilig über 50 Prozent der Anträge der Mütter abgelehnt. Die Mütter waren oft zu erschöpft, um einen Widerspruch gegen die Kostenträger durchzufechten. Hauptablehnungsgrund der Krankenkassen war, dass die ambulanten Maßnahmen nicht ausgeschöpft seien. Die atomisierten ambulanten Maßnahmen aber waren nach den Studienergebnissen für viele (häufig alleinerziehende) Mütter wenig hilfreich. Sie führten oft zu Fehlbehandlungen (z.B. iatrogenen Prozessen, Übermedikation), zudem fehlten wegen der familiären Anforderungen oft die Zeit und die Ressourcen für die vereinzelt Angebote (physikalische und psychosomatische Therapien, vielschichtige Behandlung und Förderung der Kinder). Die stationären Mutter-Kind-Angebote sind dagegen auf die Bedürfnisse der Mütter und ihrer Kinder ideal zugeschnitten: Sie bieten ein Case Management und passen multifokale Therapien individuell an die Mütter und ihre Kinder an.

Dr. Jürgen Collatz wurde 1942 in Berlin geboren.

Er promovierte als Dr. rer. biol. hum. mit dem Thema „Analysen zur Mutterschaftsvorsorge – Prozesse der Versorgung und ihre Beeinflussung durch psychosoziale und biomedizinische Faktoren“;
1975–1977 Erste Evaluation der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder;
1977–1980 Wissenschaftlicher Leiter der Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen;
1981–1985 Wissenschaftlicher Leiter des ersten evaluierten Modellversuches „Familienhebammen im Bundesland Bremen“;
1986–1988 Akademischer Rat an der Abteilung Medizinische Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); Forschungsprojekte zur Lage und Versorgung von Migranten;
1989 Gründung des ersten ethnomedizinischen Zentrums in Hannover, Vorstandsvorsitzender bis 2003;
1990–1995 Akademischer Oberrat an der Abteilung Medizinische Soziologie der MHH: Analysen zur psychosozialen und medizinischen Versorgung von Müttern und Kindern in Deutschland;
1996 Gründung des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation von Müttern und Kinder an der MHH, Wissenschaftliche Leitung bis 2007;
2010 (i.R.) Herausgabe des Buches: „Familienmedizin in Deutschland – Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven. – Für eine inhaltliche Gesundheitsreform.“

Eine von der Regierung in Auftrag gegebene Studie des Forschungsinstituts IFES an der Uni Erlangen hat 2006 eine massive Unterversorgung mit Vater- und Mutter-Kind-Kuren festgestellt. Was sind die subjektiven Barrieren für eine Inanspruchnahme auf Seiten der Mütter und Väter, die für eine Kur in Frage kämen? Und welche objektiven Defizite gibt es auf Seiten der Beratungsstellen, Leistungsanbieter und Krankenkassen?

Die epidemiologischen Daten zur Entwicklung der letzten Jahre zeigen eine Zunahme vorrangig psychischer und sich chronifizierender Erkrankungen auf, von denen Mütter und Kinder betroffen sind. Diese Entwicklungen unterstreichen einen hohen Bedarf an familienmedizinischen Maßnahmen. Nach den Forschungsergebnissen gibt es drei Arten von Barrieren für die Inanspruchnahme:

- » Der hohe Anteil der Ablehnungen von Anträgen schreckte besonders bildungsschwache Mütter ab. Ebenso wirken sich zu kurzfristige und mit der Familienplanung nicht vereinbare Zusagen negativ aus.
- » Für viele Mütter ist es schwierig, Zusatzfinanzierungen aufzubringen, auch wenn sie nicht zu den 30 Prozent der in Armut lebenden Familien gehören.
- » Abhängige Familienmitglieder führen zu Druck auf die Mütter, nicht auszufallen oder krank zu sein, damit der familiäre Alltag nicht zusammenbricht: vor allem der familienunfähige oder eifersüchtige Mann, aber auch unselbständige, klammernde Kinder oder Pflegefälle in der Familie.

Gibt es nach Ihrer Erfahrung nennenswerte medizinische oder psychotherapeutische Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken oder ist vor allem entscheidend, dass Frauen in eine Klinik kommen, die ihren regionalen Wünschen entspricht (an der See, im Gebirge ...)?

Studien haben erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen ergeben. Qualitätsindikatoren für eine gute Kur sind:



- » eine mittel- oder längerfristige Finanzierung der Einrichtung, da diese mit der Qualität korreliert,
- » eine längerfristige Teilnahme der Klinik an Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- » die Auswahl von Kliniken mit den richtigen Schwerpunktindikationen für Mutter und Kind,
- » die Beachtung von Strukturqualitäten wie z.B. eine geeignete Wohnqualität für Mütter mit mehr als zwei Begleitkindern,
- » die Berücksichtigung von Risiken für Neuerkrankungen bei Kindern unter drei Jahren mit noch nicht ausreichendem Immunschutz in Schlechtwetterperioden und Reizklimagebieten.

Etwa zehn Jahre lang hat sich der Forschungsverbund „Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder“ an der Medizinischen Hochschule Hannover unter Ihrer Leitung mit dem Thema der Mutter-Kind-Kuren beschäftigt. Gibt es aus Ihrer Sicht trotzdem noch Forschungslücken und welche Fragen sollten dabei im Vordergrund stehen?

In dem gerade erschienenen Buch „Familienmedizin in Deutschland“ habe ich versucht, Perspektiven einer familienorientierten Versorgung aufzuzeigen. Hierfür sollten Forschungsschwerpunkte eingerichtet werden, gerade auch zur Bedeutung der Familie für eine gesunde Entwicklung beim Eintritt in das Leben und für ein humanes Ende des Lebens. Ebenso sollten die Effekte sozialer Lebensbedingungen (Bildungsmöglichkeiten, Arbeit/Arbeitslosigkeit, Armut, Immigration, Entwicklungen der Familie) auf Bindungsqualitäten und die Gesundheitsentwicklung umfassender erforscht werden.

Aspekte der Versorgungsforschung 2011, Teil 3

Aktuelles aus der Gesundheitsforschung



Gesundheitsrisiken bei Übergewicht differenziert betrachten!

Das geläufigste Merkmal für Übergewicht ist der Body-Mass-Index (BMI), der aus Körpergröße und Gewicht berechnet wird. Diese Angaben werden den Krankenkassen im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten (DMP- bzw. Disease-Management-Programme) gemeldet.

Übergewicht und seine Ursachen sind mit der Entstehung von Diabetes und koronaren Herzerkrankungen assoziiert. Daher ist eine nähere Betrachtung (Tab 3.1) der Versicherten, die an den auf die beiden Erkrankungen ausgerichteten DMP-Programmen teilnehmen, interessant. Bei der Analyse der hkk-Daten fallen für den Zeitraum von 2006 bis 2009 zwei Ergebnisse auf: der hohe Anteil der Teil-

nehmer am Diabetes-DMP mit einem BMI über 30,0. Zusammen mit den Teilnehmern, deren BMI 25,0 überschreitet, macht ihr Anteil am Diabetes-DMP gut 80 Prozent aus.

Relativ gering ist dagegen der Anteil der schwer übergewichtigen Versicherten unter den Teilnehmern des DMP für koronare Herzerkrankungen. Allerdings ist der größte Teil der Teilnehmer (45,7 Prozent) mit einem BMI zwischen 25,0 und 29,9 leicht übergewichtig, so dass insgesamt knapp 73 Prozent Übergewicht aufweisen.

Die Ergebnisse bestätigen den Zusammenhang zwischen Diabetes sowie koronaren Herzerkrankungen und Übergewicht.

Tab. 3.1: Anzahl der DMP-Teilnehmer nach Body-Mass-Index in den Jahren 2006–2009

	Insgesamt	Diabetes	Asthma	COPD	Koronare Herzerkrankung
	Absolut	Angaben in Prozent			
BMI < 25,0	4.890	19,7	54,5	37,3	27,3
BMI ≥ 25,0 bis 29,9	5.464	37,6	27,3	37,3	45,7
BMI ≥ 30,0	4.763	42,7	18,2	25,4	27,0
Teilnahmefälle absolut	15.117	6.821	4.086	1.657	2.553

Adipositas und Übergewicht sind definiert als überhöhter Fettanteil an der Gesamtkörpermasse. Als Grenzwerte für Übergewicht gelten bei Männern 20 Prozent und bei Frauen 25 Prozent. Für die Adipositas liegen die Werte bei 25 Prozent für Männer und 30 Prozent für Frauen. Den Fettanteil an der Körpermasse zu messen, ist allerdings sehr aufwändig. In der Praxis wird daher meist der Kennwert „BMI“ verwendet, da er unproblematisch zu bestimmen ist und eine ungefähre Schätzung des Fettanteils an der Gesamtkörpermasse ermöglicht (Korrelation: $r = 0,7-0,8$).

Der „Body-Mass-Index“ (BMI) ist die mit Abstand wichtigste Kennzahl zur Abschätzung von Übergewicht und Adipositas. Er findet in praktisch allen nationalen und internationalen Erhebungen Verwendung. Der BMI wird so errechnet: Körpergewicht in kg : (Körpergröße in m)²; z.B. 100 kg Gewicht, 1,80 m Größe
 » $100 : 3,24 = 30,9$

1996 führte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgende Grenzwerte weltweit verbindlich ein:

BMI ≥ 25,0 (Übergewicht)

BMI ≥ 30,0 (Adipositas/Fettsucht)

Neues aus der Übergewichtsforschung

Pressemeldungen und Forschungsberichte zum Thema Übergewicht kamen bislang vorwiegend aus den USA oder Großbritannien, genauso wie Meldungen über stets neue Interventionen: Die „Lebensmittel-Ampel“ auf Ernährungsprodukten, gesundes Schulessen und Schulsport, Fernsehwerbeverbote für ungesunde Lebensmittel zu bestimmten Tageszeiten, die Pflicht für Restaurants zur Angabe der Kalorien auf Speisekarten. Im April 2007 tauchte dann eine Meldung der „International Association for the Study of Obesity (IASO)“ in den Schlagzeilen nahezu aller TV-Sender wie Printmedien auf, die Deutschland nachhaltig berührte. „Deutsche sind die dicksten Europäer“ hieß es da (Süddeutsche Zeitung) oder sprachverliebter: „Deutsche haben in Moppel-Liga den Bauch vorn“ (Spiegel online). Der Inhalt der Meldung indes war überaus fehlerhaft.

Die IASO (2007) hatte eine Pressemitteilung herausgegeben und im Internet eine zweiseitige Tabelle veröffentlicht, in der BMI-Werte zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in 25 EU-Ländern untereinander gestellt waren. Problematisch war an dieser Übersicht einiges:

- » Die Stichproben der Länder wichen hinsichtlich der Altersstruktur und ebenso der Erhebungszeiträume (1992–2006) erheblich voneinander ab.
- » Bunt durcheinandergewürfelt waren Zahlen, die teils aus Befragungen, teils aus objektiven Messungen stammen. Befragungsdaten unterschätzen das tatsächliche Gewicht systematisch.
- » Als kritische Werte verwendete man den Indikator BMI ≥ 25,0. Mittlerweile ist jedoch sowohl die Aussagekraft des Body-Mass-Index in Frage gestellt worden und noch mehr, ob jeder BMI-Wert über 24,9 tatsächlich ein gravierendes Gesundheitsrisiko darstellt.

Einen methodisch fundierteren Überblick über die Verbreitung von Adipositas oder Fettsucht (BMI ≥ 30,0) liefert der „Weltgesundheitsbericht der WHO (2007), der Befragungs- und Messdaten sowie Werte von Männern und Frauen unterscheidet. Deutschland befindet sich unter den

Ländern mit Befragungsdaten (mit ca. 12–13%) im Mittelfeld. Vorne liegt Irland mit 20–25%, weit hinten Norwegen mit 6–7%. Bei den Ländern, für die Messdaten verfügbar sind, liegen die USA mit über 30% weit vorne, ganz hinten findet man Südkorea und Japan mit etwa 2–3%, wie auch Abb. 3.1 zeigt.

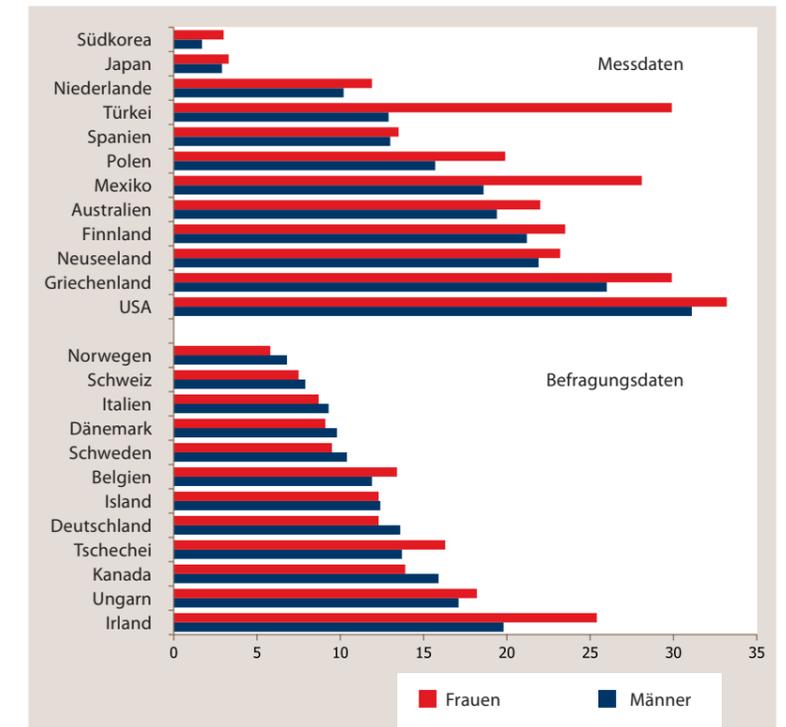


Abb. 3.1: Adipositas-Prävalenz (BMI ≥ 30) in 24 OECD-Staaten, nach Geschlecht (in Prozent der Bevölkerung über 15 Jahre)

Ob ein BMI im Bereich von 25,0–29,9 tatsächlich ein Gesundheitsrisiko darstellt, wird inzwischen massiv in Frage gestellt. Für diese Gewichtsklasse gab es in den letzten Jahren höchst widersprüchliche Meldungen im Hinblick auf Krankheits- und Sterberisiken – auch wenn man nur die Ergebnisse methodisch fundierter Studien mit sehr großen Stichproben beachtet. Große epidemiologische Studien gaben einerseits die Entwarnung, dass leichtes Übergewicht gesundheitlich unproblematisch, wenn nicht sogar positiv zu bewerten sei. Andere Studien vermeldeten das Gegenteil: Schon geringfügig höhere Werte als ein BMI von 24,9 würden danach die Lebenserwartung verkürzen.

Zwei Studien wurden im renommierten „New England Journal of Medicine“ veröffentlicht: eine 12-jährige Verlaufsstudie aus Korea (Sun Ha Jee et al., 2006) und eine 10-jährige Verlaufsstudie aus den USA (Adams et al., 2006). Beide Untersuchungen waren (auch unter Berücksichtigung des Gesundheitsrisikos Rauchen) zu dem Schluss gekommen, dass schon ein geringfügig höherer BMI als 24,9 auch mit einer höheren Gesamtsterblichkeit (also bei Berücksichtigung aller Todesursachen) einhergeht. Völlig konträr waren demgegenüber die Befunde von zwei anderen Studien aus den USA und Kanada. Diese beiden Studien hatten relativ übereinstimmend gezeigt, dass Untergewicht und Adipositas mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden ist, während bei Übergewicht (BMI 25,0 bis unter 30,0) sogar niedrigere Mortalitätsrisiken gefunden wurden.

Eine jetzt veröffentlichte deutsche Übersichtsarbeit hat der Verwirrung ein Ende bereitet, denn die Datenbasis ist beeindruckend. Einbezogen wurden 27 Metaanalysen (die ihrerseits insgesamt 420 Einzelstudien umfassten) und 15 Kohortenanalysen (Längsschnittstudien mit Kontrolle derselben Stichprobe über einen längeren Zeitraum). Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde ausführlich dokumentiert. Zentrale Befunde der Analysen waren:

- » „Übergewicht birgt für einige Erkrankungen ein erhöhtes, für andere ein vermindertes oder unverändertes Risiko. Bei Übergewicht ist die Gesamtsterblichkeit nicht erhöht. Sie ist für einzelne Erkrankungen erhöht, für andere vermindert oder unverändert.

- » Adipositas birgt für mehr Erkrankungen ein erhöhtes, für weniger ein vermindertes oder unverändertes Risiko. Bei Adipositas ist die Gesamtmortalität um etwa 20 Prozent erhöht, bei hochgradiger Adipositas können es mehr als 200 Prozent sein.

- » Die bisherige Annahme, Übergewicht berge gegenüber dem sogenannten Normalgewicht ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, muss spezifiziert werden.“ (Lenz et al., 2009, S. 648)

Aussagekraft des BMI

Hinausgehend über die Kritik an der bislang weit hin gültigen Annahme, schon leichtes Übergewicht sei gesundheitlich problematisch, wurden in letzter Zeit Zweifel an der generellen Aussagekraft des Body-Mass-Index auch bei Erwachsenen laut. Bereits früher war klar, dass der BMI bei Kindern und Jugendlichen, die sich noch im Wachstum befinden und deren Körpergewicht dadurch oft drastisch hin- und herschwankt, keine validen Hinweise auf mögliche Risiken ihrer Gewichtsentwicklung liefern kann.

Aussagefähigkeit anderer Indikatoren

Eine deutsche Längsschnittstudie mit zwei verschiedenen Stichproben und insgesamt etwa 10.500 Teilnehmern hat nun unlängst überprüft, welche Aussagekraft der BMI und andere Indikatoren haben. Dabei zeigte sich, dass das Verhältnis von Taillenumfang zur Körpergröße (Waist to Height Ratio, „WHtR“) mehrere Krankheitsendpunkte oder -ereignisse am besten vorhersagt. Dabei handelte es sich einmal um knapp 6.400 Teilnehmer an der sogenannten DETECT-Studie (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment), bei der Patienten eingeschlossen waren, die an einem festgelegten Tag im September 2003 eine Allgemeinarzt-Praxis besuchten. Daten dieser Patienten wurden im Durchschnitt 3,3 Jahre lang beobachtet. Die zweite Studie mit Namen „SHIP – Study of Health In Pomerania“ umfasste 4.300 Teilnehmer im Nordosten Deutschlands (Pommern), die im Durchschnitt 8,5 Jahre im Hinblick auf kritische Krankheitsereignisse beobachtet wurden. Als solche kritischen Ereignisse wurden in den späteren Analysen Herzinfarkt, Schlaganfall und auch Todesfälle wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen berücksichtigt.

Als Indikatoren zur Vorhersage dieser Ereignisse verglichen die Wissenschaftler miteinander:

- » das Verhältnis Taillenumfang zu Körpergröße, (Waist to Height Ratio, WHtR),
- » den Taillenumfang (Waist Circumference, WC),
- » das Verhältnis Taillenumfang zu Hüftumfang (Waist to Hip Ratio, WHR),
- » den Body-Mass-Index (BMI).

In Analysen, bei denen eine große Zahl anderer potenzieller Einflussfaktoren statistisch mitberücksichtigt wurde (unter anderem Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, beruflicher Status, Familienstand, Rauchen, körperliche Bewegung, Krebs- und andere Erkrankungen), zeigte sich dann, dass der Indikator Taillenumfang dividiert durch Körpergröße die beste Vorhersagekraft hatte, was spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Todesfälle anbetrifft. Die Wissenschaftler hatten dazu die Teilnehmer einer von vier gleich großen Gruppen zugeordnet mit unterschiedlichem WHtR, WHR, WC und BMI, wobei die jeweils erste Gruppe diejenige mit den niedrigsten Werten war.

Erkrankungs- und Sterberisiken

Dann zeigten sich folgende unterschiedliche Risiken für Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, jeweils im Vergleich oberstes Viertel (höchste Werte) zu unterstem Viertel: WHtR = 2,75, WC = 1,74, WHR = 1,71, BMI = 0,74. Das heißt, Teilnehmer mit den höchsten WHtR-Werten hatten ein 2,75-mal so hohes Risiko, im Beobachtungszeitraum an Herzinfarkt oder Schlaganfall zu sterben wie Teilnehmer mit den niedrigsten Werten. Für Erkrankungsrisiken zeigten sich ähnliche Unterschiede, auch hier war der BMI wenig aussagekräftig. Der Wert von 0,74 für den BMI zeigt sogar das paradoxe Ergebnis, dass Teilnehmer mit den höchsten BMI-Werten ein niedriges Sterberisiko aufwiesen im Vergleich zu Teilnehmern mit den niedrigsten BMIs. Die Forscher erklären dies damit, dass ihre Stichprobe nicht repräsentativ ist für die BMI-Verteilung. Personen mit ausgeprägter Adipositas und sehr hohen BMI-Werten sind nur sehr schwach in der Stichprobe vertreten. Exakt für diese Gruppen hatten sich jedoch in früheren Studien besonders hohe Sterbe- und Erkrankungsrisiken gezeigt.

Zukünftige Entwicklung

Es bleibt abzuwarten, ob sich auch in zukünftigen Studien mit ausgewogenerer Zusammensetzung des BMI diese Ergebnisse bestätigen. Und abzuwarten bleibt auch, ob die von den Wissenschaftlern diskutierten kritischen Werte für den Indikator WHtR sich durchsetzen. Vorgeschlagen werden hier als gesundheitsriskante Werte bei unter Vierzigjährigen WHtR höher als 0,5, bei über Fünfzigjährigen WHtR höher als 0,6.

Erfolgversprechende Maßnahmen gegen Übergewicht

Unter dem Strich sind somit einige Fortschritte zu verzeichnen, was die Frage betrifft: „Wann hat jemand ein gesundheitsriskantes Übergewicht und wie kann dies zuverlässig gemessen werden?“ Für die sehr viel bedeutsamere Frage „Wie lässt sich Übergewicht vermeiden oder zumindest in Grenzen halten?“ gilt jedoch weiterhin die Aussage, dass der (Erkenntnis-)Fortschritt eine Schnecke ist. Denn obwohl die Zahl der Präventionsmaßnahmen und Interventionen zur Übergewichtsproblematik kaum mehr überschaubar ist – selbst wenn man sich auf deutsche Veröffentlichungen beschränkt – stellt z.B. Braun (2007) im Rahmen einer Forschungsbilanz fest, dass eine Vielzahl von Interventionen keinen messbaren Effekt erzielt oder nicht konstant und über längere Zeiträume hinweg.



Nach dieser Aufarbeitung der Forschungsliteratur erscheinen noch am ehesten solche Maßnahmen erfolgsversprechend, die

- » sich um eine Einbettung in die soziale Realität und in alltägliche Lebensräume der Untersuchungsteilnehmer bemühen, also in einem realen Setting ansetzen (Arbeit, Schule, Familie, Peer-Groups),
- » nicht anonyme, wenig überschaubare Bevölkerungskreise ansprechen („Deutschland bewegt sich“), sondern eine gezielte Teilnehmerauswahl treffen und dabei eine klare konzeptionelle Orientierung für die spezielle Zielgruppe entwickeln und deren Motivation, Bildungsvoraussetzungen und Verhaltensgewohnheiten mitberücksichtigen,
- » nicht nur (wie schon so oft im Bereich Prävention) eine Änderung individueller Verhaltensgewohnheiten (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Sport und Bewegung) anpeilen, sondern in zumindest demselben Umfang die Veränderung jener konkreten Arbeits-, Bildungs- und Lebensbedingungen, die dieses Verhalten mit beeinflussen.

Eine der zentralen Forderungen an Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wäre nach dieser Bilanz „die Vermeidung von falschen Erwartungen und Hoffnungen bei Veranstaltern und Teilnehmern und in der Öffentlichkeit sowie die Anerkennung eines hohen Aufwands für wirksame und insbesondere nachhaltig wirksame Interventionen“ oder kürzer: „Mehr Bescheidenheit in der Zielsetzung wäre angeraten.“

Literatur

Adams, K. F. et al. (2006): Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old, *N Engl J Med* 2006; 355: 763-778.

Braun, B. (2007): Eine Bilanz der Interventionsstudien zum Übergewicht: Mehr Bescheidenheit in der Zielsetzung wäre angeraten. In: *Gesundheitsmonitor, Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, Sonderausgabe 2007.*

IASO (2007): International Association for the Study of Obesity: Adult overweight and obesity in the European Union (EU25).

Lenz, M./Richter, T./Mühlhauser, I. (2009): Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Eine systematische Übersicht. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106 (40): 641–648. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0641

Schneider, H. J. et al. (2010): The Predictive Value of Different Measures of Obesity for Incident Cardiovascular Events and Mortality; *J Clin Endocrin Metab.* First published ahead of print February 3, 2010. DOI:10.1210/jc.2009-1584.

Spiegel Online (2007): Fettleibigkeit in Europa – Deutsche haben in Moppel-Liga den Bauch vorn, <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,478167,00.html>

Süddeutsche Zeitung (2007): Übergewicht: Deutsche sind die dicksten Europäer, 18.4.2007, <http://www.sueddeutsche.de/leben/uebergewicht-deutsche-sind-die-dicksten-europaeer-1.867211>

Sun, H. J. et al. (2006): Body-Mass Index and Mortality in Korean Men and Women; *N Engl J Med* 2006; 355: 779-787.

WHO (2007): World Health Report 2007. Genf: World Health Organisation 2007.

Rauchverbote in öffentlichen Räumen

Rauchen wird nicht erst seit der Einführung des Rauchverbots in öffentlichen Räumen kontrovers diskutiert. Nur wenige bestreiten noch den Zusammenhang mit Erkrankungen wie Lungenkrebs und COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).

Im Rahmen der Dokumentation im DMP COPD wird den Krankenkassen mitgeteilt, ob ein Teilnehmer Raucher ist. Herangezogen wurden die Teilnehmerzahlen von 2006 bis 2009.

	Insgesamt	Diabetes	Asthma	COPD	Koronare Herzerkrankung
	Absolut	Angaben in Prozent			
Raucher ja	2.402	14,3	11,9	36,6	13,1
Raucher nein	12.729	85,7	88,1	63,4	86,9
Teilnahmefälle absolut	15.131	6.825	4.089	1.660	2.557

Tab. 3.2: Anzahl der DMP-Teilnehmer in den Jahren 2006–2009 nach Raucherstatus

Die Untersuchung der DMP-Teilnehmer nach ihrem Raucherstatus (Tab. 3.2) zeigt: Der relativ hohe Anteil von Rauchern (36,6 Prozent) bestätigt die Erkenntnis, dass Rauchen und COPD miteinander korrelieren.

Lungenkrebs lässt sich sogar auf Rauchen als Hauptursache zurückführen. Auch mit dem Passivrauchen geht ein erhöhtes Risiko einher (Robert Koch-Institut, 2010).

Der Lungenkrebs ist für Männer und Frauen in Deutschland die dritthäufigste Krebserkrankung. 2006 wurden insgesamt 47.100 neue Erkrankungsfälle erfasst. Für 2010 prognostiziert das Robert Koch-Institut 50.330 Neuerkrankungen (Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2010). Das ist eine Steigerung um 6,9 Prozent.





Die hkk hat die Anzahl ihrer Versicherten ermittelt, die in den Jahren 2006 bis 2009 aufgrund der Diagnose „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge“ stationär behandelt wurden: Dies waren pro Jahr über 700 Patienten, wobei alle Erkrankungen mit dieser Diagnose, einschließlich der Neuerkrankungen, berücksichtigt wurden.

Mit ca. 0,24 Prozent blieb der Anteil der stationär behandelten Lungenkrebspatienten bei der hkk über die Jahre relativ konstant.

Die öffentliche Diskussion um die Verschärfung der Nichtraucherschutzgesetze könnte jedoch auch bei hkk-Versicherten zu einem Umdenken geführt haben: Zumindest haben sich die Teilnehmerzahlen an den Nichtraucherkursen der hkk in den Jahren 2008 und 2009 verdoppelt – von 70 auf 147 Teilnehmer.

Positiveffekte zeigen sich schon jetzt

Die unlängst durchgeführte Volksabstimmung in Bayern über Rauchverbote in öffentlichen Räumen, aber auch repräsentative Umfragen in Deutschland (DKfz, 2010) haben gezeigt, dass die Mehrheit der Bevölkerung gesetzliche Regelungen eindeutig befürwortet. Zuletzt, im Februar 2010, stimmten 74 Prozent dafür. Manche fragen sich, ob mit den Verboten die erhoffte gesundheitliche Wirkung auch tatsächlich erreicht wird. Tatsächlich zeigen viele internationale Studien schon jetzt, dass in Ländern oder Regionen nach der Einführung von Rauchverboten Erkrankungs- und Einweisungen in Kliniken gesunken sind.

Bei Krebs- ebenso wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen galt unter Experten der Wissenschaft lange Zeit die Annahme, dass der Krankheitsausbruch eine überaus lange Vorlauf- oder Latenzzeit hat. Demnach würden Präventionsmaßnahmen erst

nach so langer Zeit wirksam, dass z.B. Krankenkassen kaum Anreize dazu haben. Solche Investitionen, so die Annahme, können zwar langfristig die Morbiditätsstruktur der Versicherten verbessern, unter Umständen hat dann aber schon ein erheblicher Teil der Versicherten die Kasse gewechselt. Viele Forschungsergebnisse aus Ländern, in denen bereits seit Anfang oder Mitte dieses Jahrzehnts gesetzliche Rauchverbote ausgesprochen wurden, zeigen jedoch, dass die Annahme extrem langer Latenzzeiten positiver Wirkungen nicht zutrifft.

Selbst unter Berücksichtigung der methodischen Defizite mancher Studien liegen inzwischen zahlreiche Forschungsbilanzen vor, die sich auf viele Einzelstudien stützen und übereinstimmend zeigen, dass Rauchverbote für Arbeitsplätze und öffentliche Räume (insbesondere Gaststätten, Restaurants) schon nach kurzer Zeit die erwünschten Auswirkungen für eine Senkung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen. Überlegungen, die schon geltenden Rauchverbote wieder aufzuheben oder zu lockern, würden daher direkt und in wiederum kurzer Zeit zu einem spürbaren Anstieg von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen.

Auch wenn – mit Ausnahme der Hersteller von Tabakwaren und der von ihnen beauftragten Wissenschaftler – niemand mehr die wissenschaftliche Fundierung („Evidenz“) des ursächlichen Zusammenhangs von aktivem Rauchen mit einer Reihe von Krebs-, Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen leugnet, sieht es bei der Debatte über den ursächlichen Zusammenhang von Passivrauchen und Krankheitsgeschehen oder Lebenserwartung noch anders aus. Bei genauerem Hinsehen ist aber auch hier die Studienlage seit Jahren stabil und eindeutig.

Eindeutige Beweislage auch für das Passivrauchen

Jiang et al. (1999) kamen in einer Forschungsbilanz von zehn Längsschnitt- und acht Querschnittstudien zu dem Ergebnis, dass bei Passivrauchern gegenüber Nichtrauchern das Risiko, koronare Herzkrankungen zu erleiden, etwas höher sei. Das Risiko aus allen Studien lag im Mittel um 25 Prozent höher. Barnoya/Glantz (2005) kommen in einer differenzierten Analyse der epidemiologischen Studien seit Mitte der 1980er Jahre zu dem Ergeb-

nis, das Risiko von Herzerkrankungen würde durch Passivrauchen um rund 30 Prozent erhöht und trage zu jährlich mindestens 35.000 zusätzlichen Toden in den USA bei. Nimmt man alle Aktivraucher zum Vergleich, so liegt das Risiko der Passivraucher zwischen 80 und 90 Prozent des Risikos der Aktivraucher.

Die Ergebnisse einer mit Daten aus 52 Ländern durchgeführten „Interheart-Studie“ fassen Koon et al. (2006) so zusammen: „Tabakrauchen ist eine der wichtigsten Ursachen des akuten Herzinfarkts weltweit, besonders bei Männern.“ Sie leiteten daraus die Notwendigkeit ab, von allen Formen der Aufnahme von Tabakinhaltstoffen, also auch vom Passivrauchen, abzuraten. Das relative Risiko eines Herzinfarkts lag bei Passivrauchen mit kurzer Expositionsdauer 24 Prozent, mit langer Dauer 62 Prozent höher. In allen Analysen wurde der potenzielle Einfluss weiterer Faktoren (Ernährung, Sport, Alkohol usw.) berücksichtigt.

Das US-Institute of Medicine (IOM) kommt daher in seiner jüngsten Analyse zum Thema (2009) zu dem Schluss, Passivrauchen erhöhe das Risiko koronarer Herzerkrankungen um 25 bis 30 Prozent. Dies gelte auch bereits für niedrigste Levels der Exposition. Aus diesem Grund stimmt die Autorengruppe des IOM uneingeschränkt der seit 2006 in der US-Gesundheitsadministration vertretenen Position zu, dass „die Beweislage mittlerweile ausreicht, um einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen, bei Männern wie bei Frauen“.

Erfolgreiche Rauchverbote: Forschungsbilanz 2004 bis 2009

Im Folgenden verzichten wir auf die Darstellung, Bewertung oder den bibliografischen Nachweis der einzelnen nationalen Studien und konzentrieren uns mit einer aktuellen Ausnahme auf Übersichtsarbeiten und Studien, die Einzeluntersuchungen zusammenfassen („Metaanalysen“).

Vorher-nachher-Studien

Die ersten Wissenschaftler begannen 2004 mit Vorher-nachher-Studien über Herzerkrankungsrisiken im Zusammenhang mit Rauchverboten. Sargent et al. (2004) führten für die 68.140 Bürger des Ortes Helena im US-Bundesstaat Montana

eine Analyse der Krankenhauseinweisungen mit der Diagnose Herzinfarkt für die Zeit von 1997 bis 2003 durch. In Montana wurde am 5. Juni 2002 ein landesweites Rauchverbot eingeführt, das aber mit Ausnahme von Helena per Gerichtsurteil gestoppt wurde. Damit sind Vergleiche zwischen der Interventionskommune und dem Restgebiet von Montana möglich. In den ersten sechs Monaten des Rauchverbots fiel die Anzahl der Einweisungen in Helena signifikant, während sie im restlichen Montana nicht signifikant zunahm.

Epidemiologische Befunde und Laborversuche

Pechacek und Babb (2004) sehen schnelle und wahrnehmbare Effekte von Rauchverboten unter anderem durch epidemiologisch und in Laborversuchen gewonnene Befunde gesichert: „Das Risiko eines akuten Herzinfarkts und einer koronaren Herzerkrankung, die mit der Aufnahme von Tabakrauch einhergeht, ist bei niedrigen Dosierungen nicht linear, und es nimmt bei relativ geringen Dosierungen, wie sie beim Passivrauchen auftreten oder beim Rauchen von ein bis zwei Zigaretten am Tag, rasch zu.“ Diese aus der großen Cancer Prevention Study II in den USA stammende Erkenntnis bestätigen Pope et al. (2009): „Relativ geringe Mengen an Feinstaubbelastung, sei es durch Luftverschmutzung oder Passivrauchen, reichen aus, um schädliche biologische Reaktionen hervorzurufen, einschließlich des Risikos tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Herz-Kreislauf-Mortalität und Feinstaubkonzentration verläuft bei geringen Dosierungen relativ steil und flacht dann bei hohen Belastungen ab.“

Krankenhauseinweisungen

Ab 2002 war in Bowling Green in Ohio das Rauchen an Arbeitsplätzen und öffentlichen Plätzen durch eine städtische Verordnung verboten. Khuder et al. (2007) sehen als Ergebnis, dass sich die Rauchverbote positiv auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen wegen Herzerkrankungen ausgewirkt haben. Während die Rate der nicht mit Tabakkonsum erklärbaren Erkrankungen im Beobachtungszeitraum nach 2000 weiter stieg oder konstant blieb, sank die Rate der Herzerkrankungseinweisungen in Kliniken pro 10.000 Erwachsenen von 36 im Jahr 2002 auf 19 im Jahr 2005. In Kent, einem zum Vergleich herangezogenen Ort in Ohio, lag die Rate 2002 bei 47 und 2005 nahezu unverändert bei 48.

Metaanalysen

Dinno und Glantz (2007) führten eine Metaanalyse mit drei Studien über die Herz-Kreislauf-Effekte von Verordnungen über saubere Luft in Innenräumen aus den USA und mit einer Studie aus Italien durch. Dabei belegten sie eine mit den dortigen Rauchverboten einhergehende Reduktion der Krankenhauseinweisungsraten wegen Herzinfarkten und anderen schweren Herzerkrankungen um 27 Prozent. Mit Daten aus acht Studien aus den USA, Italien, Kanada und Irland führte Glantz (2008) eine Metaanalyse zu den Wirkungen der Rauchverbote durch. Danach führte das Verbot zu einer unverzüglichen Reduktion der Krankenhauseinweisungen wegen eines Herzinfarkts um 19 Prozent. Die Untersuchung zeigte länderspezifische Unterschiede des Absinkens, wobei die Effekte in den USA größer waren als in Italien und Irland. Glantz bewertet dies als direkte Auswirkung der in den USA nachweislich besseren Umsetzung und Kontrolle der gesetzlichen Verbote: Denn während sich das öffentliche Rauchen in den USA um 84 Prozent verringerte, lagen diese Werte in Italien und Irland deutlich niedriger.

In einer breit angelegten Forschungsbilanz von 63 weltweiten Studien und Analysen heben McNabola und Gill (2009) die positive Wirkung der Rauchverbote auf die Herz-Kreislauf-Morbidität hervor. Am Beispiel der behandlungsbedürftigen Asthmaanfalle von Kindern weisen sie aber auch auf das unerwartete Ausbleiben von dauerhaften positiven Effekten bei anderen Krankheiten hin (McNabola/Gill, 2009, S. 747) und erklären, dass Verbesserungen hier lediglich durch eine beträchtliche Intensivierung von Rauchverboten in privaten Räumen („indoor smoking bans“) erreicht werden könnten.

In seinem Report auf der Basis von elf als „Schlüsselstudien“ bewerteten Untersuchungen kommt das Institute of Medicine (2009) zu dem Ergebnis, dass sich in allen Studien unmittelbar nach der Einführung von Rauchverboten eine Abnahme der Rate von Herzattacken zeigt. Der Wert der Abnahme schwankt zwischen 6 und 47 Prozent. Auf der Basis derselben elf Studien aus zehn Regionen bzw. Ländern mit nahezu 24 Millionen Menschen und über 215.000 beobachteten Herz-Kreislauf-Ereignissen führten Meyers et al. (2009) eine systematische Analyse durch, die sich speziell der Entwicklung des Herzinfarktrisikos widmete. Dieses wurde über alle elf Studien für die zehn Örtlichkeiten um 17 Prozent reduziert.

Die risikosenkende Wirkung der Rauchverbote arbeiten auch Lightwood und Glantz (2009) durch eine Metaanalyse der Daten aus fünf Ländern heraus. Die Erkrankungsquote sinkt nach einem Jahr Rauchverbot um 17 Prozent und sinkt mit der Zeit weiter. In einem Review der zwischen 2004 und Mitte 2009 international erschienenen Literatur über die Wirkungen der seit 2004 in 41 Ländern gesetzlich eingeführten Rauchverboten am Arbeitsplatz kommen Goodman et al. (2009) zu dem Schluss, es gebe einen „jetzt signifikanten Kern veröffentlichter Literatur, der zeigt, dass Rauchverbote zu einer Verbesserung der Gesundheit führen können – sowohl bei Leuten, die im Beruf Tabakrauch ausgesetzt sind, als auch in der Gesamtbevölkerung“. Danach schwankt die Abnahme der Herzinfarkte laut Studien aus den USA, Kanada und Europa zwischen 6 und 40 Prozent. Die größten Reduktionen wurden in Studien mit kleineren Populationen festgestellt. Unbeantwortet bleibt für die Autoren die wichtige Frage, ob die Gesetze wirklich dazu beitragen, dass Raucher aufhörten zu rauchen – also ob die Zahl der Raucher abnahm – oder ob die Raucher „nur“ weniger rauchen.

Neuere Studien

Auch die neueren Studien, die noch nicht im Rahmen von Übersichtsarbeiten berücksichtigt wurden, bestätigen die festgestellten Befunde. Dies ist z.B. in der von Villalbi et al. (2009) mit Sekundärdaten durchgeführten Analyse der zwischen 2004 und 2006 erfolgten Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt in Barcelona der Fall. 2006 traten in der 5-Millionen-Metropole ein umfassendes Rauchverbot und weitere Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums in Kraft. Die Rate sank von 81,2 Fällen pro 100.000 Einwohner im Alter von 24 Jahren und älter im Jahr 2004 auf zunächst 75,6 Fälle im Jahr 2005 und dann auf 69 Fälle in 2006.

Wissenschaftler der „Cochrane“-Organisation in 13 weltweit verteilten Cochrane-Zentren bemühen sich darum, durch systematische Analysen unterschiedlicher Studien das „evidenzbasierte“, also methodisch gesicherte Wissen der Medizin zu erfassen und zu veröffentlichen. Eine Gruppe von Cochrane-Wissenschaftlern kam nun aufgrund einer Auswertung von 31 Studien, die sich mit den Effekten des Rauchverbots befasst hatten, zu dem Ergebnis: Es gibt schlüssige Belege für die Reduktion des Passivrauchen-Risikos durch Rauchverbote, und zwar an Arbeitsplätzen, auf öffentlichen Plätzen und in Restaurantbetrieben. Dieser Effekt fällt für Beschäftigte im Gastgewerbe höher aus als in der Gesamtbevölkerung. 25 Studien belegten die Verbesserung einer Reihe von Indikatoren nach dem Start des Rauchverbots, unter anderem bei Krankenhauseinweisungen wegen akuter kardilogischer Ereignisse wie z.B. Herzinfarkt. Zugleich stieg die Unterstützung der Verbote und die Bereitschaft, ihnen zu folgen.

Erkenntnisgrenzen der vorliegenden Studien

Das IOM (2009) weist in seiner Überblicksarbeit auf eine Reihe von Begrenzungen hin, die zwar nicht das zentrale Ergebnis in Frage stellen, aber auf weiteren Forschungsbedarf aufmerksam machen. Ein Kernproblem ist, dass in vielen Studien Nichtrauchern zu wenig Beachtung geschenkt wird. Über sie weiß man daher relativ wenig. Ein anderes Defizit besteht darin, dass viele Studien keine genauen Angaben zur Expositionsdauer und -intensität der Passivraucher vor und nach der Einführung von Rauchverboten machen.

Es kann also nicht unterschieden werden, ob akute Expositionen z.B. akute Herzattacken auslösen und chronische Expositionen zu chronischen Herzschäden führen, die dann wieder Herzattacken verursachen. Unklar ist auch, welche der theoretisch möglichen Faktoren wirklich die gefundenen Risikoverringerungen ausgelöst und beeinflusst haben: War es die bloße Ankündigung des Verbots? Waren es die damit verbundenen Informationen über die unerwünschten Effekte des Passivrauchens? War es die Unterstützung von Raucherentwöhnungsprogrammen oder das Verbot als solches? Oder bestimmte Kombinationen dieser Faktoren?

Da diese Schwächen rückwirkend nicht mehr behoben werden können, sollte zumindest bei der Einführung neuer bzw. der Ausdehnung bestehender Rauchverbote darauf geachtet werden. Wie aber die jüngste Cochrane-Bilanz zum Thema zeigt, stimmen die Studien trotz unterschiedlichster methodischer Qualität derart stark überein, dass die positiven Effekte der Rauchverbote durch weitere, methodisch noch besser abgesicherte oder zeitlich länger dauernde Untersuchungen mit Sicherheit nicht widerlegt werden.



Literatur

Barnoya, J./Glantz, S. A. (2005): Cardiovascular Effects of Secondhand Smoke. Nearly as Large as Smoking. In: *Circulation*. 2005; 111: 2684–2698.

Callinan, J. E./Clarke, A./Doherty, K./Kelleher, C. (2010): Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub2

Dinno A./Glantz, S. A. (2007): Clean indoor air laws immediately reduce heart attacks. In: *Preventive Medicine* 45 (1): 9–11.

DKfz Deutsches Krebsforschungszentrum (2010): Aus der Wissenschaft – für die Politik; Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2010: Steigende Zustimmung bei Rauchern; Heidelberg. http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_15_Nichtraucherschutz_wirkt.pdf

Gasparrini, A./Gorini, G./Barchielli, A. (2009): On the relationship between smoking bans and incidence of acute myocardial infarction. In: *European Journal of Epidemiology*, Volume 24: 597–602.

Glantz, S. A. (2008): Letter to the Editor. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. In: *Preventive Medicine* 47: 452–453.

Goodman, P. G./Haw, S./Kabir, Z./Clancy, L. (2009): Are there health benefits associated with comprehensive smoke-free laws. In: *International Journal of Public Health* 54; 6: 367–378.

Institute of Medicine (IOM), Committee on Secondhand Smoke Exposure and Acute Coronary Events (eds.) (2009): *Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence*. Washington D. C.

Jiang H./Vupputuri, S./Allen, K./Prerost, M. R./Hughes, J./Whelton, P. K. (1999): Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease — A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. In: *NEJM*, 340, 12: 920–926.

Khuder, S. A./Milz, S./Jordan, T./Price, J./Sivestri, K./Butler, P. (2007): The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary artery disease. In: *Preventive Medicine* 45: 3–8.

Koon, K. T./Ounpuu, St./Hawken, St./Pandey, M. R./Valentin, V./Hunt, D./Diaz, R./Rashed, W./Freeman, R./Jiang, L./Zhang, X./Yusuf, S. on behalf of the INTERHEART Study Investigators (2006): Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. In: *Lancet* 2006; 368: 647–658.

Lightwood, J. M./Glantz, S. A. (2009): Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. In: *Circulation* 120: 1373–1379.

McNabola, A./Gill, L. W. (2009): The control of environmental tobacco smoke: a policy review. In: *Int J Environ Res Public Health*. 6 (2): 741–758.

Meyers, D. G./Neuberger, J. S./He, J. (2009): Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. In: *J Am Coll Cardiol*. 54 (14): 1249–1255.

Pechacek, T./Babb, S. (2004): Commentary: How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? In: *British Medical Journal* 328: 980–983.

Pope III, A. C./Burnett, R. T./Krewski, D. (2009): Cardiovascular mortality and exposure to airborne fine particulate matter and cigarette smoke: shape of the exposure-response relationship. In: *Circulation*; 120: 941–948.

Richiardi, L./Vizzini, L./Merletti, F./Barone-Adesi, F. (2009): Cardiovascular benefits of smoking regulations: the effect of decreased exposure to passive smoking. In: *Preventive Medicine* 48: 167–172.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2010): *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends*. 7. Ausgabe, Berlin.

Sargent, R. P./Shepard, R. M./Glantz, S. A. (2004): Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. In: *British Medical Journal*; 328 (7446): 977–983.

Thomson, G./Wilson, N./Edwards, R. (2009): At the frontier of tobacco control: a brief review of public attitudes toward smoke-free outdoor places. In: *Nicotine & Tobacco Research* 11 (6): 584–590.

Villalbi, J. R./Castillo, A./Cleries, M./Salto, E./Sanchez, E./Martinez, R./Tresserras, R./Vela, E. (2009): Acute myocardial infarction hospitalization statistics: apparent decline accompanying an increase in smoke-free areas. In: *Revista Espanola de Cardiologia* 62 (7): 812–815.

Forschungssplitter 1: Rückenschmerzen



Aufgrund der Zunahme sitzender Tätigkeiten und des allgemeinen Bewegungsmangels sind Rückenschmerzen zu einem Volksleiden mit hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten geworden (Robert Koch-Institut, 2006). Eine Auswertung der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes zeigt eine Zunahme der Behandlungsfälle von zervikalen und sonstigen Bandscheibenschäden von 2006 bis 2008 um knapp 7 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2009).

Die Zunahme spiegelt sich auch in den hkk-Daten wider: Hier hat die Anzahl der Versicherten, die von 2006 bis 2008 aufgrund einer entsprechenden Diagnose stationär behandelt wurden, um 3,3 Prozent zugenommen.

Neue Befunde aus der Versorgungs- und Präventionsforschung

Ärzte verordnen bei Rückenschmerzen zu oft passive Therapieformen

Medizinische Leitlinien zur Therapie von Rückenschmerzen empfehlen eine Aktivierung des Patienten und raten dazu, passive Behandlungsmethoden und insbesondere die Verordnung von Bettruhe zu vermeiden. In der ärztlichen Praxis herrschen oftmals jedoch veraltete Therapieempfehlungen vor. „Noch viel zu häufig werden Bettruhe, Spritzen, Wärme- oder Kälteanwendungen als sogenannte passive Therapiemaßnahmen verordnet“, so fassen Heidelberger Wissenschaftler die Ergebnisse einer Patientenbefragung zusammen und empfehlen mehr Aufklärung für Patienten und Fortbildungen für Ärzte.

Entgegen der in den letzten Jahrzehnten üblichen passiven Therapie mit Bettruhe und Schonung haben sich die Therapieempfehlungen in medizinischen Leitlinien in den letzten Jahren radikal gewandelt. Forscher an der Universitätsklinik Heidelberg haben nun die aktuelle Praxis der Therapie analysiert. Dazu wurden deutschlandweit jeweils zehn Fragebögen an 225 orthopädische Praxen versandt mit der Bitte, diese solchen Patienten auszuhändigen, die an unspezifischen Rückenschmerzen leiden. Ein zweiter Fragebogen wurde sechs Monate später Patienten zugeschickt, die sich an



der ersten Erhebung beteiligt hatten. In die spätere Datenanalyse einbeziehen konnten die Wissenschaftler dann Daten von 630 Rückenschmerzpatienten. Dabei zeigten sich folgende Befunde:

Neben Physiotherapie (47% der Fälle) wurden vor allem Spritzen (44 %) und Medikamente (33%) verordnet sowie Wärme- oder Kältetherapien und Massagen (jeweils 27%). Aber auch Ruhe/Bettruhe und Krankschreibungen waren noch sehr häufig (9%, 16%). Die subjektiv wirksamste Therapie bei fast 80% der befragten Patienten war Ruhe/Bettruhe. Auch Physiotherapie und Spritzen waren aus Sicht der Patienten mit 70 Prozent bzw. 63 Prozent subjektiv überaus erfolgreich. Dass dieser subjektive Eindruck einer Schmerzlinderung durch passi-

ve Therapien eine Selbsttäuschung ist, zeigte die Wiederholungsbefragung nach sechs Monaten. Bei 66 Prozent der Patienten, deren Schmerzen anfangs noch nicht chronisch gewesen waren, verschlechterte sich die Lage. Bei über der Hälfte der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen änderte sich nichts an ihren Beschwerden, bei knapp 13 Prozent verschlechterten sie sich sogar. Nur ein Drittel profitierte von der Behandlung.

In ihrem Fazit fordern die Wissenschaftler mehr Information und Aufklärung – für Patienten wie Ärzte gleichermaßen: „Als Konsequenz bedarf es einer umfassenden öffentlichen Aufklärung der Bevölkerung zum Thema chronische Rückenschmerzen und einer Fortbildungsoffensive für Allgemeinmediziner, Fachärzte und Therapeuten sowie eines Mehrangebots an interdisziplinär arbeitenden Therapieeinrichtungen.“

Cochrane-Studie: bei Rückenschmerzen besser normale Alltagsaktivitäten statt Bettruhe

Auch eine sogenannte Cochrane-Studie – eine Bilanzierung verschiedener, methodisch hochwertiger Einzelstudien – hat jetzt gezeigt: Die Weiterführung normaler Alltagsaktivitäten ist gesundheitlich effizienter als die früher durchaus gängige Verordnung von Bettruhe. Chronische Rückenschmerzen sind eine überaus häufige Erkrankung. Sie machen in Deutschland etwa 15 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage aus und 18 Prozent aller Ursachen für Frühverrentungen. Bei Erhebungen zu einem bestimmten Stichtag sind jeweils 30 bis 40 Prozent der erwachsenen Bevölkerung betroffen, innerhalb eines Jahres machen 70 Prozent diese Krankheitserfahrung. Wissenschaftler des norwegischen „Centre for the Health Services“ veröffentlichten unlängst eine Bilanz, die zehn Studien mit insgesamt 1.923 Teilnehmern mit Rückenschmerzen und Ischias daraufhin untersuchte, ob eine schnelle Aktivierung einen höheren Nutzen hat als Bettruhe oder umgekehrt. Es zeigte sich:

- » Bei Rückenschmerzen sollte Bettruhe möglichst vermieden werden, d.h. die Patienten sollten besser ihren normalen Alltagsaktivitäten nachgehen. Aktive Patienten hatten bei einer Untersuchung nach zwölf Wochen weniger Schmerzen und waren in ihrer Beweglichkeit weniger eingeschränkt als Patienten, die sich vorrangig im Bett aufhielten.
- » Bei Patienten mit Ischiasschmerzen gibt es aber keine Nutzenunterschiede bzw. Überlegenheit von aktiven Tätigkeiten.
- » Selbst wenn der Vorteil der Aktivierung dieser Patienten nur gering oder gar nicht ausgemacht werden kann, spricht die Gesamtbilanz von Nutzen und Schaden bei beiden Erkrankungsgruppen für die Wahl der Aktivierung. Wie die Autoren der Studie nämlich hervorheben, besitzt Bettruhe den potenziell schädlichen Effekt, dass pro Tag zwei bis fünf Prozent der Körperkraft verloren gehen und außerdem einige körpereigene Prozesse mit positiven Wirkungen auf die beiden Symptommatiken langsamer ablaufen oder gar eingestellt würden (z.B. der Nährstofftransport zur Wirbelsäule).

Literatur

Dahm, K. T./Brurberg, K. G./Jamtvedt, G./Hagen, K. B. (2010): Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica, Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD007612. DOI: 10.1002/14651858.CD007612.pub2

Renker, E.-K./Schlüter, J./Neubauer, E./Schiltenswolf, M. (2009): Therapie bei Patienten mit Rückenschmerzen. Verordnungsverhalten – subjektive Zufriedenheit – Effekte. In: Schmerz 2009, 23: 284–291, DOI: 10.1007/s00482-009-0785-6

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2009): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=52440152&nummer=702&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=14446860, aktualisiert am 15.12.2009.



Forschungssplitter 2: Diabetes

Neue Befunde aus der Versorgungs- und Präventionsforschung

Schätzungen gehen davon aus, dass bei etwa fünf Prozent der Bevölkerung Diabetes diagnostiziert wurde, wobei der Anteil der Typ-2-Diabetiker 80 bis 90 Prozent beträgt (Robert Koch-Institut, 2006). Bei der hkk lag der Anteil der Typ-2-Diabetiker 2009 im ambulanten ärztlichen Bereich bei 61 Prozent. Typ-1-Diabetiker machten nur knapp acht Prozent aus, während die restlichen 31 Prozent unter „Sonstige Diabetes“ fielen.

Insgesamt diagnostizierten die niedergelassenen Ärzte bei 2,6 Prozent der im Jahresdurchschnitt hkk-Versicherten Diabetes.

Erfreulicherweise nehmen relativ viele Diabetiker an einem entsprechenden DMP teil. Im Zeitraum von 2006 bis 2009 waren dies insgesamt 6.198 Versicherte.



Prävention von Diabetes: Ein gesunder Lebensstil ist effektiver als Medikamente

Die Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 (der meist erst nach dem 30. Lebensjahr auftritt) ist gesundheitspolitisch von großer Bedeutung, da eine Therapie (im Sinne von „Heilung“) nur sehr begrenzt möglich ist und eine Vielzahl von Begleit- und Folgeerkrankungen beobachtet wurde – von Herzinfarkt und Niereninsuffizienz bis hin zur Erblindung und Fußamputation. Nach einer Diagnose erhöhter Blutzuckerwerte wird vom Arzt anfänglich recht häufig das Medikament Metformin verordnet, das die Neubildung von Glukose (Traubenzucker) in der Leber hemmt und auch die Aufnahme von Glukose im Darm verzögert. Nicht selten wird die Verschreibung dieses Medikaments dann auch über längere Zeit beibehalten.

Aus früheren Studien ist aber auch bekannt, dass eine Änderung des Lebensstils, insbesondere eine Umstellung der Ernährung und mehr körperliche Bewegung, zumindest dieselben, teilweise aber sogar bessere Effekte erzielt und überdies nicht die Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie mit sich bringt. Die Dauertherapie mit Metformin wurde daher auch als unnötige „Medikalisierung“ von Patienten kritisiert. Eine internationale Forschungsgruppe, die „Diabetes Prevention Program Research Group“, hat nun Ergebnisse einer Studie veröffentlicht, in der über einen Zeitraum von zehn Jahren kontrolliert wurde, was zur Prävention von Diabetes Typ 2 besser geeignet ist: eine Änderung des Lebensstils oder die Einnahme von Metformin.

Studie über einen 10-jährigen Zeitraum

Dazu wurde im Zeitraum 1996–1999 eine Studie mit 2.766 Teilnehmern begonnen und dann zehn Jahre lang kontrolliert, ob eine Diabetes-Erkrankung ärztlich diagnostiziert wurde. Die Teilnehmer wurden zu Beginn nach dem Zufallsprinzip einer von drei Gruppen zugeordnet: Einer Gruppe wurde die Einnahme von Metformin verordnet. Eine zweite Gruppe erhielt Informationen und soziale Unterstützung, um eine Änderung des Lebens-

stils zu erreichen. Diese Beratung und Information konnte zu Beginn ausführlich und später alle drei Monate in Anspruch genommen werden. Ziel der Lebensstiländerung waren eine Gewichtsreduzierung um etwa sieben Prozent und das regelmäßige Durchführen von Sport oder moderater körperlicher Aktivität, und zwar im Umfang von 150 Minuten pro Woche. Eine dritte Gruppe schließlich erhielt lediglich ein Scheinmedikament (Placebo). Sichergestellt wurde zu Beginn, dass wesentliche medizinische Risikofaktoren wie unter anderem Body-Mass-Index, Körpergewicht, Blutzucker- und Cholesterinwerte, aber auch Faktoren wie Alter und Geschlecht in den drei Gruppen keine gravierenden Unterschiede aufwiesen.

Erste Kontrolle nach drei Jahren

In einer ersten Kontrolle nach knapp drei Jahren hatte sich gezeigt, dass bei Erwachsenen mit hohem Diabetes-Risiko das Neuauftreten dieser Erkrankung in der Lebensstilgruppe am stärksten abgesenkt werden konnte: verglichen mit der Placebogruppe um 58 Prozent, während die Absenkung in der Medikamentengruppe nur 31 Prozent betrug.

Bessere Ergebnisse durch Lebensstiländerung

In einer weiteren Kontrolle nach 9,0–10,5 Jahren wurde überprüft, ob sich die im Vergleich besseren Ergebnisse bei Lebensstiländerungen bestätigen ließen. Tatsächlich zeigten sich ähnliche, wenngleich nun etwas niedrigere Zahlen: Seit Studienbeginn vor etwa zehn Jahren wurde das Neuauftreten von Diabetes in der Lebensstilgruppe (im Vergleich zur Placebo-Einnahme) um 34 Prozent gesenkt, in der Metformin-Gruppe um 18 Prozent. In anderen Werten ausgedrückt, im Gesamtzeitraum der Studie wurden folgende Zahlen an neuen Diabetes-Erkrankungen pro 100 Personen-Jahre beobachtet: 5,3 Fälle in der Lebensstilgruppe, 6,4 Fälle in der Metformin-Gruppe, 7,8 Fälle in der Placebo-Gruppe. Auf einer Zeitachse betrachtet, wird das Auftreten von Diabetes durch Lebensstiländerungen um etwa vier Jahre verzögert, bei Metformin sind es zwei Jahre.

Nutzen der Blutzuckerselbstmessung bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern überaus fraglich

Die Kernaussage eines am 14. Dezember 2009 veröffentlichten Blutzuckerselbstmessungsberichts des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ kam nicht völlig unerwartet. Entgegen einer weit verbreiteten Annahme gibt es bislang keinen wissenschaftlichen Beleg für einen Nutzen der Selbstmessung bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern.

Mit der Selbstmessung der Blutzuckerwerte mittels Teststreifen waren und sind zunächst sinnvolle Ziele verknüpft: Da bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes vor allem Bewegung und Ernährung, also Faktoren des Lebensstils eine große Rolle spielen, sahen die Befürworter der Selbstmessung darin eine wichtige Unterstützung, den Lebensstil umzustellen und auch dessen Wirkungen motivierend sichtbar zu machen. Überzuckerung und akut vor allem Unterzuckerung haben gefährliche Folgewirkungen. Sie gilt es daher zu vermeiden und dazu können Blutzuckermessungen beitragen. Derzeit gibt es zwei Möglichkeiten, den Blutzucker selbst zu testen. Die Niere scheidet Zucker über den Urin aus, wenn er einen zu hohen Wert im Blut überschreitet. Patienten können deshalb eine Überzuckerung feststellen, indem sie einen Teststreifen in den Urin halten. Eine Unterzuckerung lässt sich so allerdings nicht erkennen. Letzteres ist zuverlässig nur durch die Blutzuckermessung möglich: Dabei wird eine geringe Menge Blut entnommen und auf einen Teststreifen gegeben. Dabei können allerdings Messfehler auftreten, die dazu führen, dass sich Patienten in falscher Sicherheit wiegen oder aber unnötig verängstigt werden.

Unzureichende Studienlage

Um zu überprüfen, ob sich die oben beschriebenen Annahmen auch wissenschaftlich nachweisen lassen, suchte das IQWiG nach vergleichenden Studien mit und ohne Selbstmessung. Insgesamt bewerteten die Gutachter sechs Studien als methodisch fundiert. Bei allen war eine Schulung Bestandteil der jeweiligen Therapiestrategie und alle hatten auch den Nutzen der Blutzuckerselbstmes-

sung untersucht. Im Verhältnis zur potenziellen gesundheitlichen Bedeutung und zum finanziellen Aufwand für die Blutzuckerselbstmessung erweist sich die Studienlage nach der kritischen Sichtung der Studien als unzureichend. Folgende Schwachstellen wurden kritisiert:

- » Wichtige Kriterien für den patientenrelevanten Nutzen wurden überhaupt nicht erhoben. Das gilt insbesondere für die – durch den Diabetes bedingten – Begleit- und Folgeerkrankungen wie Augenschäden oder Herzerkrankungen. Zusammenfassend: „Aus den epidemiologischen Studien zur Thematik ergab sich kein Nachweis einer Assoziation der Blut- oder Urinzuckerselbstmessung mit Morbidität und Mortalität.“
- » Andere Aspekte wie etwa Lebensqualität und Therapiezufriedenheit wurden in einigen wenigen Studien zwar untersucht, aber nur unzureichend dargestellt, so dass die Ergebnisse nicht als zuverlässig gelten können. Auch die wenigen vorliegenden Daten zeigten keinen Vorteil für die Selbstmessung.
- » Die Laufzeit der eingeschlossenen Studien betrug zwischen 6 und 12 Monate, d.h. keine der Studien war darauf ausgerichtet oder in der Lage, den langfristigen Nutzen der Selbstmessung zu untersuchen. Daher erlauben sie auch keine Aussagen zum langfristigen Nutzen einer Zuckerselbstkontrolle.
- » Alle in die Bewertung einbezogenen Studien haben auch den Einfluss der Blutzuckerselbstmessung auf den HbA1c-Wert untersucht. Dieser gilt als eine Art Langzeitwert oder „Blutzucker-gedächtnis“ und ist daher für die Beurteilung der Blutzuckersituation der zuverlässigste Indikator. Tatsächlich zeigte sich bei der gemeinsamen Auswertung, dass durch die Blutzuckerselbstmessung die Senkung des Blutzuckers unterstützt wird. Der Unterschied zu der Gruppe, die keine Selbstmessung durchgeführt hatte, war jedoch nur marginal. Er bewegte sich in einem Bereich, der bei der Zulassung von Medikamenten dazu führt, dass ein neues Medikament als „nicht unterlegen“ gegenüber alten Mitteln bezeichnet wird. Es ist also kein gesundheitlicher Vorteil zu erwarten.

» Letztlich ist aber auch der HbA1c-Wert allein für die Bewertung des Nutzens einer Zuckerselbstkontrolle nicht ausreichend. Je niedriger nämlich der Blutzucker gesenkt wird, umso höher ist das Risiko für Unterzuckerungen. Solche Unterzuckerungen sind nicht nur störend, sondern können im Einzelfall auch eine schwerwiegende oder sogar lebensgefährliche akute Komplikation darstellen. Deshalb ist es notwendig, Veränderungen des HbA1c-Werts immer auch in Abhängigkeit zu dem Auftreten von Unterzuckerungen zu bewerten. Die vorliegenden Studien zur Blutzuckerselbstmessung waren dafür jedoch ungeeignet. Ein Vorteil bei Unterzuckerungen ist somit nicht belegt.

» Unklar bleibt weiterhin, ob die Blutzuckerselbstkontrolle tatsächlich dazu beigetragen hat, dass die Patienten ihren Lebensstil änderten. Ob dies nur an der mangelhaften Erhebung in diesen Studien liegt oder der Wirklichkeit entspricht, ist nicht zu klären.

» Und schließlich kann man mangels Studien zur Urinzuckerselbstmessung auch keine Aussagen zu einem Vergleich von Urin- und Blut-Test treffen.

Kein Beleg für den Nutzen von Selbstmessungen

Das IQWiG stellt damit nicht fest, die Selbstmessung sei zweifelsfrei ohne Nutzen, sondern lediglich, dass es derzeit keine methodisch abgesicherten Belege für einen Nutzen gibt, dass also die Forschungslage überaus defizitär ist: „Weder für die Blutzuckerselbstmessung noch für die Urinzuckerselbstmessung gibt es einen Beleg des Nutzens bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus, die nicht mit Insulin behandelt werden. Es gibt auch keinen Beleg für einen Zusatznutzen der Blutzuckerselbstmessung gegenüber der Urinzuckerselbstmessung oder umgekehrt. Zur Urinzuckerselbstmessung fanden sich keine relevanten, ausreichend transparent berichteten Studien.“ Von Empfehlungen für eine kontinuierliche Selbstmessung von Zuckerwerten bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern sollte daher nicht zu viel erwartet werden. Außerdem sollte sie auch nicht (mehr) als das zentrale Modul des Selbstmanagements von chronisch Kranken angepriesen werden.

Konsequenzen für die Kostenerstattung

Weil somit stichhaltige Anhaltspunkte fehlen, dass Harn- und Blutzuckerteststreifen Diabetikern ohne Insulinpflicht einen medizinischen Nutzen bringen, müssen diese künftig aus eigener Tasche bezahlt werden. So entschied der Gemeinsame Bundesausschuss aus Arzneimittel-Experten, Medizinern und Krankenkassen (www.g-ba.de), dass die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für diese Diabetiker wieder entfällt. Ärzte können nur noch in bestimmten Fällen Teststreifen für Diabetiker, die kein Insulin erhalten, verordnen. Dazu zählen die Umstellung auf ein neues Arzneimittel, welches eine entsprechende Kontrolle der Blutwerte erfordert, oder eine Schwangerschaftsdiabetes. Damit schließt sich Deutschland der internationalen Expertenmeinung an.

Literatur

Diabetes Prevention Program Research Group (2009): 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study; *The Lancet*, Volume 374, Issue 9702, 14 November 2009–20 November 2009: 1677–1686.

IQWiG-Bericht Nr. 65 (2009): Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2, Abschlussbericht, Auftrag A05-08, Version 1.0, Stand: 14.10.2009. http://www.iqwig.de/download/A05-08_Abschlussbericht_Zuckerselbstmessung_bei_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.



Impressum

Herausgeber:

hkk Erste Gesundheit
Martinistraße 26, 28195 Bremen,
Tel. 0421 3655-0, Fax 0421 3655-3700,
info@hkk.de, www.hkk.de

Wissenschaftliche Leitung:

Bremer Institut für Arbeitsschutz und
Gesundheitsförderung (BIAG) GmbH
Wiesbadener Str. 15, 28199 Bremen
Dr. Bernard Braun
Dr. Gerd Marstedt
Tel. und Fax 0421 5976896,
info@biag-forschung.de,
www.biag-forschung.de

**Projektleitung und
redaktionelle Betreuung:**

hkk Erste Gesundheit
Holm Ay,
Tel. 0421 3655-1000,
holm.ay@hkk.de
Cathleen Cramm,
Tel. 0421 3655-3176,
cathleen.cramm@hkk.de

Produktion:

hkk Erste Gesundheit.

Layout:

Claudia Buchmann-Tunsch,
Tel. 0421 6844125,
c.buchmantunsch@googlemail.com

Druck:

schriftbild,
Tel. 0421 33537-0,
www.schriftbild.de

