

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.

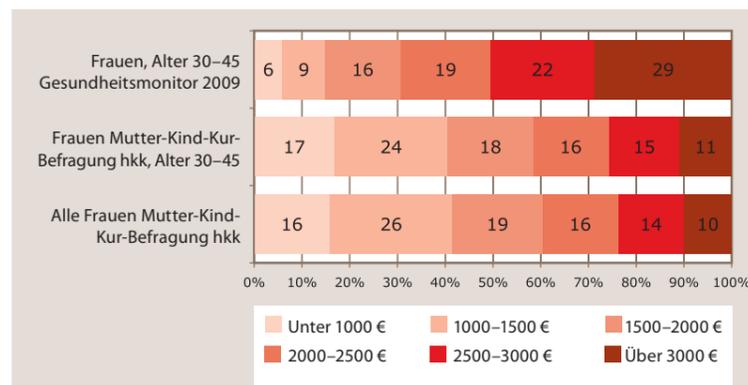


Abb.2.1: Haushaltsnettoeinkommen bei Teilnehmerinnen an hkk-Mutter-Kind-Kuren und im Gesundheitsmonitor (Zahlenangaben in Prozent)

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.

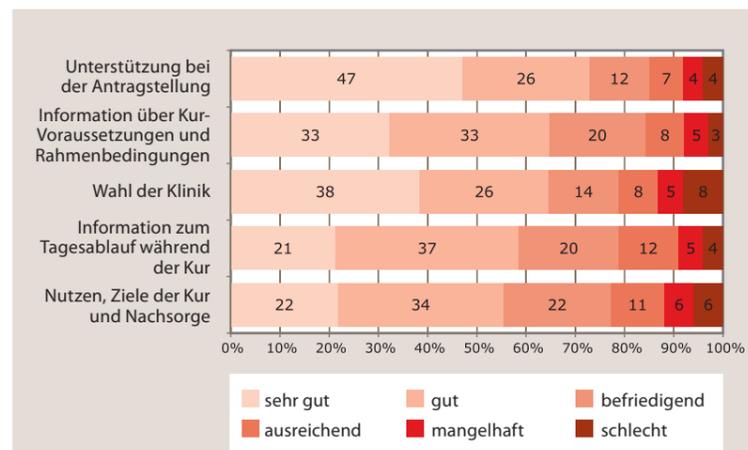


Abb. 2.2: Bewertung unterschiedlicher Beratungsaspekte zur Antragstellung für die Kur (Zahlenangaben in Prozent)

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

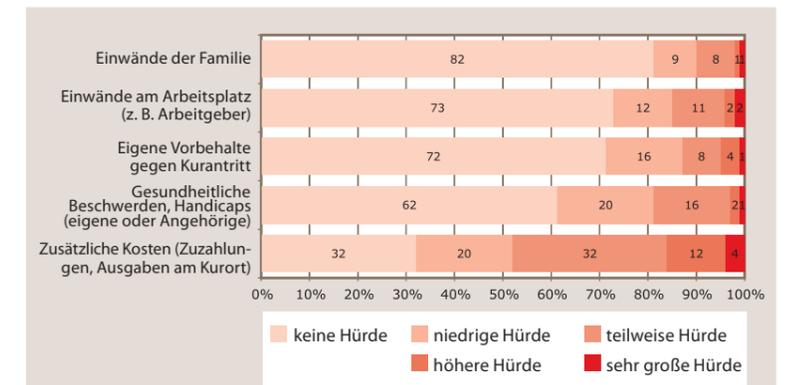


Abb. 2.3: Bedingungen, die im Vorfeld der Kur als potenzielle Hürden erlebt wurden (Zahlenangaben in Prozent)

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.

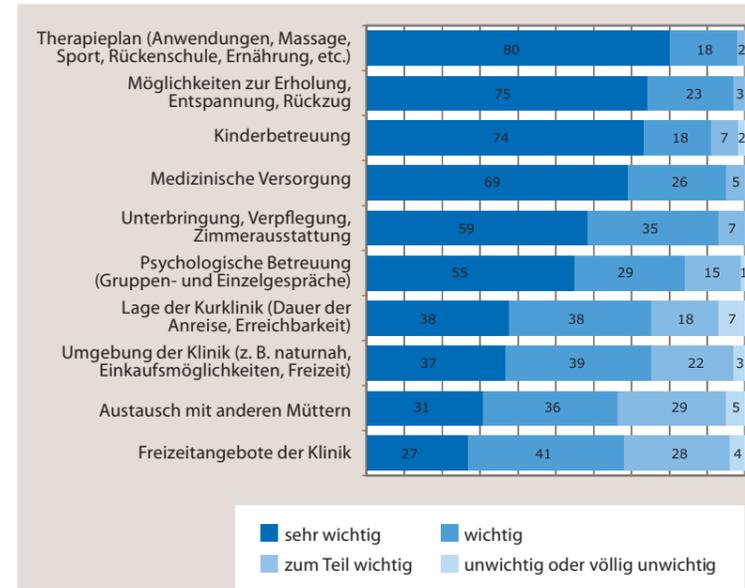


Abb. 2.4.1: Persönliche Relevanz unterschiedlicher Bedingungen im Rahmen der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

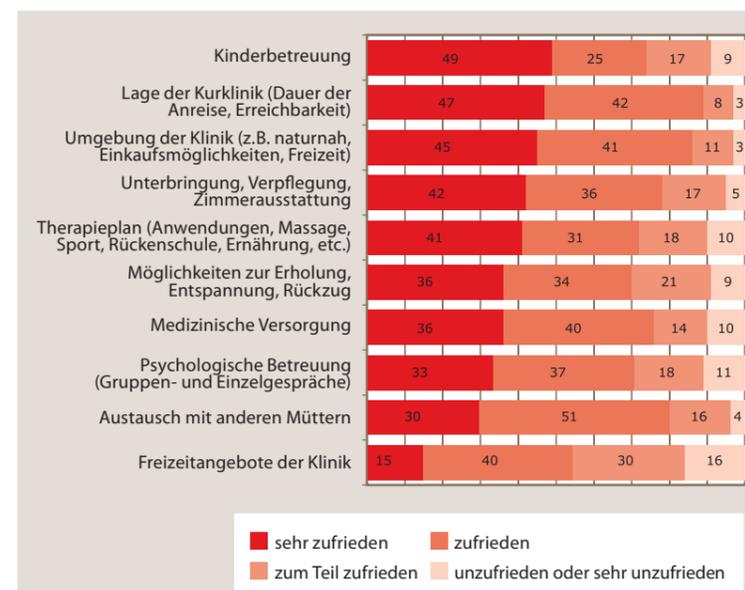


Abb. 2.4.2: Zufriedenheit mit unterschiedlichen Bedingungen im Rahmen der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

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.

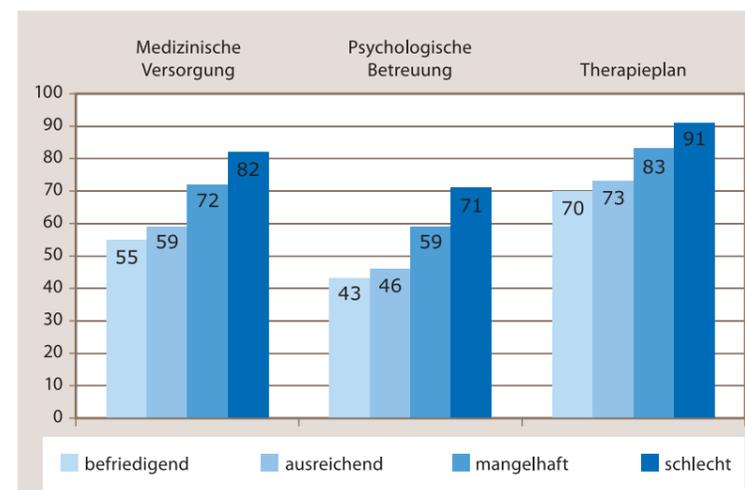


Abb. 2.5: Zusammenhänge zwischen der Bewertung des Gesundheitszustands vor der Kur und der subjektiven Relevanz medizinisch-therapeutischer Aspekte während der Kur (Zahlenangaben in Prozent)



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

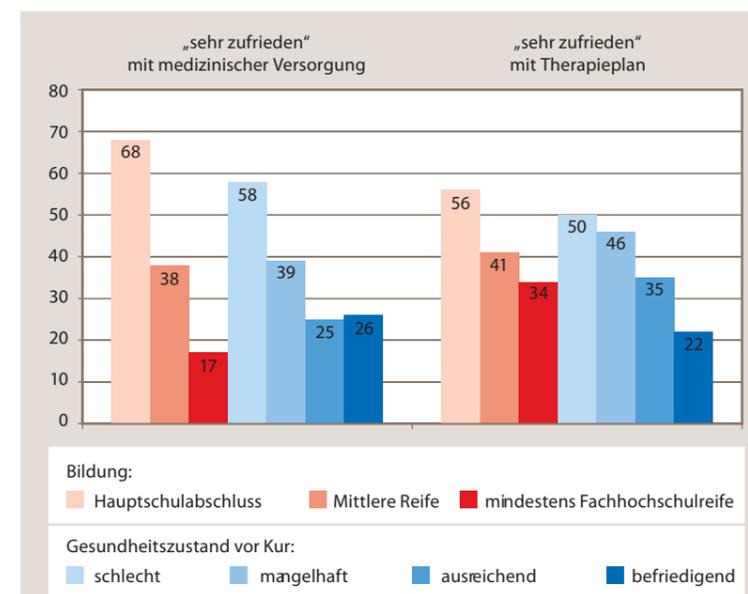


Abb. 2.6: Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau, Bewertung des Gesundheitszustands vor der Kur und Zufriedenheit mit der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

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	Veränderung				
	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 Verschlechterungen“ 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.

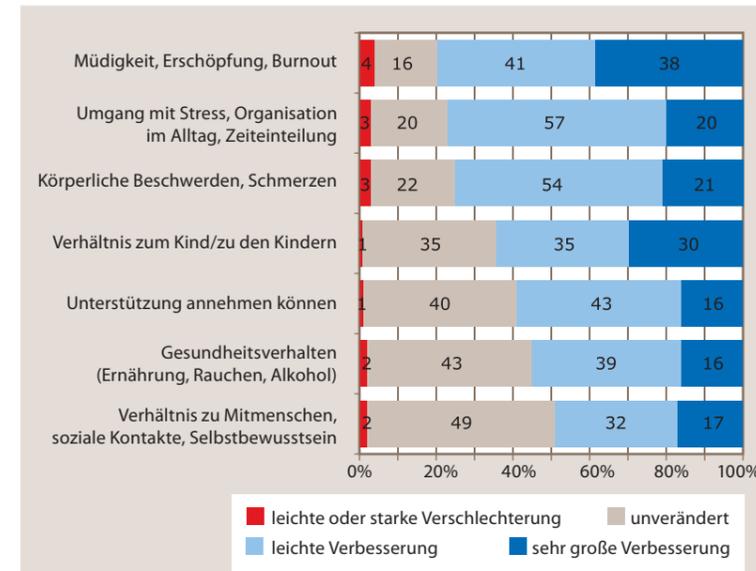


Abb. 2.7: Veränderungen einzelner gesundheitlicher Aspekte (körperlich, psychisch, sozial) infolge der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

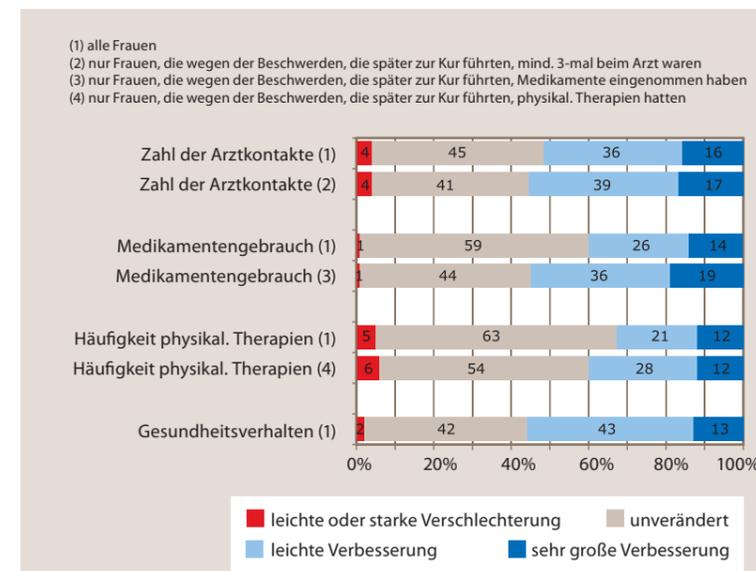


Abb. 2.8: Veränderungen einzelner Aspekte des Gesundheitsverhaltens infolge der Kur (Zahlenangaben in Prozent)

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 $0,80$).

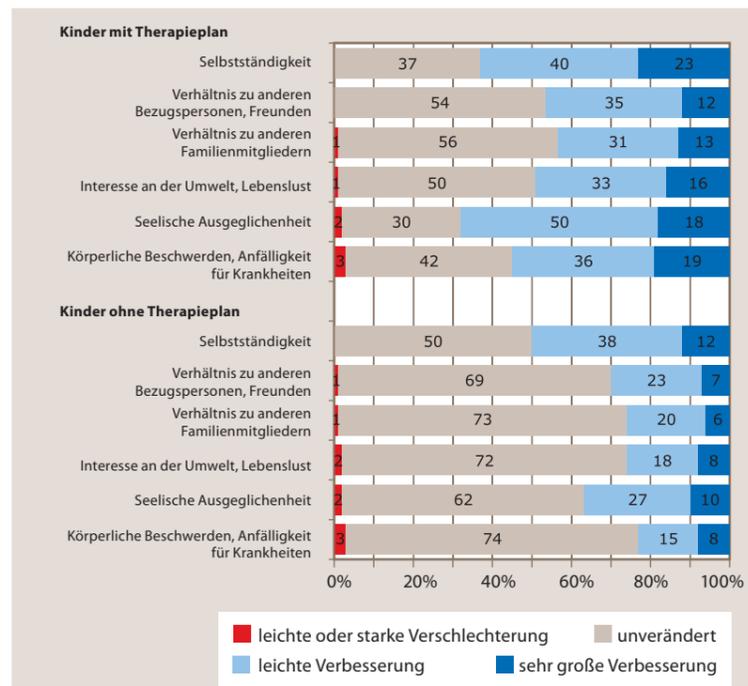


Abb. 2.9: Gesundheitsliche Veränderungen bei begleitenden Kindern mit und ohne Therapieplan (Zahlenangaben in Prozent)

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.

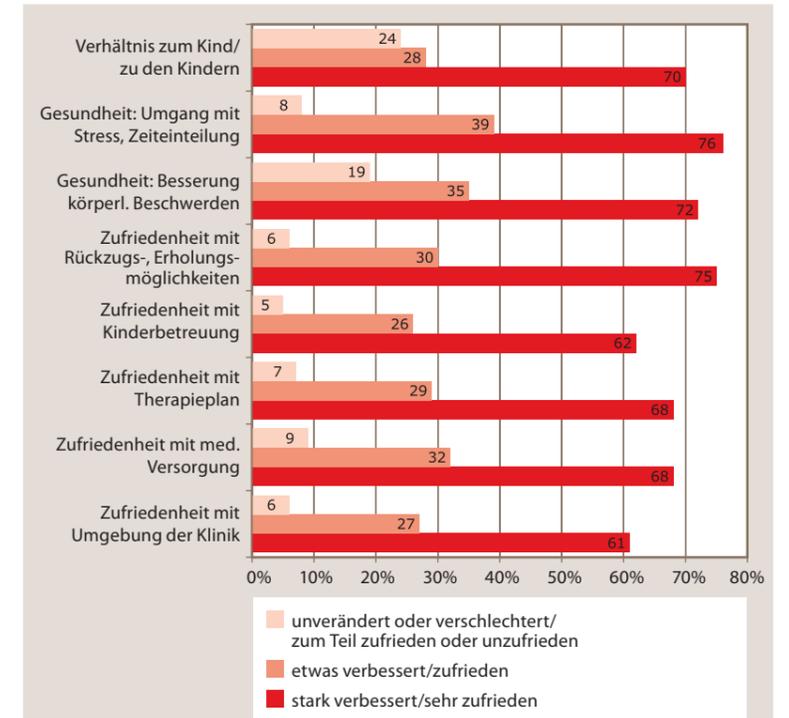


Abb. 2.10: Gesamtzufriedenheit mit der Kur: Anteil „sehr zufriedener“ Frauen (in Prozent) – in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit Einzelaspekten und von der Besserung des Gesundheitszustands

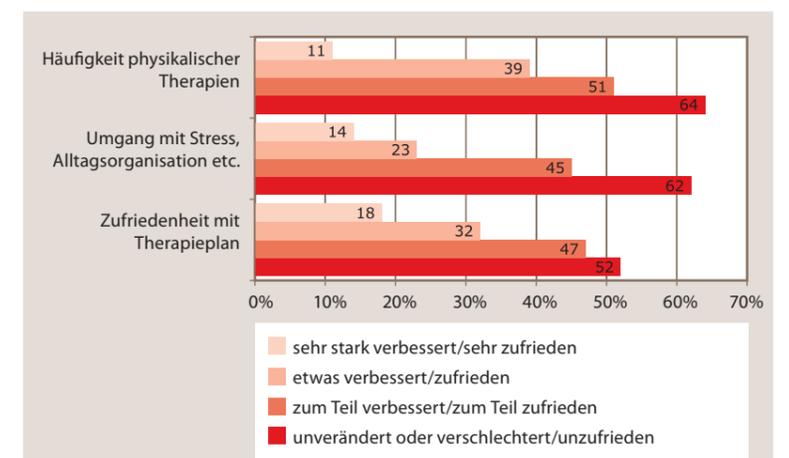


Abb. 2.11: Einflussfaktoren für die Wahrnehmung eines verbesserten Gesundheitszustandes: Anteil der Frauen (in Prozent), die eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands nach der Kur um zwei Schulnoten oder mehr erkennen

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 gesundheitsökonomischen 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.