



Institut für
empirische
Soziologie
an der
Universität
Erlangen-
Nürnberg

1/2008

**Bedarfs- und Bestandsanalyse
von Vorsorge- und Rehabilitations-
maßnahmen für Mütter und Väter
in Einrichtungen des
Deutschen Müttergenesungswerkes
(MGW)**

**Abschlussbericht
zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ**

Projektleitung:
Dr. Hendrik Faßmann

Projektbearbeitung:
Dr. Hendrik Faßmann
Marco Grüninger
Andreas H. Schneider
Renate Steger

unter Mitarbeit von:
Sabine Haag
Elaine Souza Bruder
sowie

Doris Brader
Mila Naidenova

Larissa Pfaller, M.A.
Dr. Walter Funk

Vanessa Reinwand, M.A.
Dr. Rainer Wasilewski

MATERIALIEN

**ISSN 1616-6884 (Print)
ISSN 1618-6540 (Internet)**

Dieser Abschlussbericht zum Projekt des BMFSFJ Az 214-1720-1/048
wurde zum 30. Juni 2007 erstellt und abgenommen.

Zitierweise:

Faßmann, Hendrik; Grüniger, Marco; Schneider, Andreas H.; Steger, Renate (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, Nürnberg: ifeS

Kontakt: Dr. Hendrik Faßmann (Projektleitung)
E-Mail: hendrik.fassmann@ifes.uni-erlangen.de - Tel: (0911) 23 565-31

Redaktion: Dr. Rainer Wasilewski Marienstraße 2 90402 Nürnberg

© Jeder Nachdruck, jede Vervielfältigung (gleich welcher Art)
und jede Abschrift – auch auszugsweise – bedürfen
der ausdrücklichen Genehmigung des
Instituts für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstraße 2 90402 Nürnberg
Telefon 0911 – 23 565 30 Fax 0911 – 23 565 50
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>
E-Mail: info@ifes.uni-erlangen.de

An der Entstehung des vorliegenden Abschlussberichts haben mitgewirkt:

für das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

*Frau Dr. Regina Claussen, Herr Michael Heinzerling, Frau Ute Kortländer,
Herr Wolfgang Meincke*

für den Projektbeirat

*Herr Klaus Hess, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Frau Anne Hoffmann-Krupatz, AWO-Bundesverband,
Frau Margot Jäger, Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG),
Frau Anne Schilling, Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk,
Frau Dorothea Stöcker, Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (EAG),
Frau Verena Werthmüller, Deutsches Rotes Kreuz*

die externen Experten

*Herr Oliver Blatt, VdAK Siegburg, Herr Dr. Wolfgang Deetjen, MDK Hessen,
Herr Dr. Sigurd Eisenkeil, Facharzt für Allgemeinmedizin, Herr Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Universitätsklinik Ulm,
Herr Dr. Stefan Gronemeyer, MDS Essen, Frau Dr. Sabine Grotkamp, MDK Niedersachsen,
Frau Christa Michallik, Projektleitung „Familien leben mit Krebs“, Klinikum Nürnberg,
Herr Holger Schmidt-Brücken, Rechtsanwalt, Herr Schnelle, BKK Bundesverband,
Herr Prof. Dr. Wolfgang Seger, MDK Niedersachsen, Frau Ute Simon-Polak, AOK-BV,
Frau Dr. Vanadis Kamm-Kohl, Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Frau Dr. Jutta Vogel-Kirkliès, MDK Niedersachsen, Frau Reinhild Waldeyer-Jeebe, AOK-BV*

**die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Einrichtungsleitungen
in den besuchten Müttergenesungseinrichtungen,
die uns im Rahmen von Befragungen ihre Erfahrungen und Einschätzungen mitgeteilt haben,
jedoch aus Datenschutzgründen hier nicht namentlich genannt werden können**

für die *Target Group GmbH* Nürnberg

Herr Wolfgang Bogner, Herr Fabian Flügel
und die Interviewerinnen und Interviewer im Call Center der *Target Group*

**für das *Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS)***

*Frau Sigrid Albrecht, Frau Doris Brader, Herr Dr. Hendrik Faßmann, Herr Dr. Walter Funk,
Herr Marco Grüninger, Frau Sabine Haag, Frau Mila Naidenova, Frau Larissa Pfaller, M.A.,
Frau Vanessa Reinwand, M.A., Herr Andreas H. Schneider, Frau Elaine Souza Bruder,
Frau Renate Steger, Frau Heike Streipert und Herr Dr. Rainer Wasilewski*

**Wir danken allen Beteiligten recht herzlich
für die engagierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit!**

Bedarfs- und Bestandsanalyse
von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter
in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW)
Az 214-1720-1/048
Abschlussbericht

Inhaltsverzeichnis

		Seite
	Abkürzungsverzeichnis	9
1	Hintergrund der Untersuchung	11
2	Einführung	14
2.1	Anliegen von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Einrichtungen des <i>Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW)</i>	14
2.2	Begriff, Konzept, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsprobleme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	19
2.2.1	Zum Begriff der „Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen“	19
2.2.2	Ziele, Konzepte und Rechtsgrundlagen	22
2.2.3	Finanzierung der Leistungen	28
2.2.4	Marktverhältnisse im Bereich von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	29
2.2.5	Qualitätssicherung von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	31
2.3	Teilnehmerinnenstrukturen und Erfolge der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in <i>MGW</i> -Einrichtungen	34
2.4	Probleme des Rückgangs von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	43
3	Ziele der Untersuchung	56
4	Übersicht über Anlage und Durchführung der Untersuchung	58
5	Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgestaltung des vorhandenen Angebotes an Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in <i>MGW</i>-Einrichtungen	60
5.1	Durchführung der Untersuchung	60
5.1.1	Qualitative Interviews in <i>MGW</i> -Einrichtungen	60

5.1.1.1	Qualitative Interviews mit Einrichtungsleitungen	62
5.1.1.2	Qualitative Interviews mit Maßnahmeteilnehmerinnen	62
5.1.2	Qualitative Expertinnen/-en-Interviews	64
5.1.3	Quantitative Erhebung bei Leitungen von <i>MGW</i> -Einrichtungen	65
5.2	Ergebnisse der Bestandsaufnahme	66
5.2.1	Bestandsaufnahme von Angeboten in <i>MGW</i> - und konkurrierenden Einrichtungen – Ergebnisse von Literatur- und Internetrecherchen	66
5.2.1.1	Beratungs- und Vermittlungsstellen	66
5.2.1.2	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	67
5.2.2	Maßnahmekonzepte von <i>MGW</i> -Einrichtungen	73
5.2.3	Die Angebote der Einrichtungen und ihr Verhältnis zu den Kostenträgern	77
5.2.4	Bewertung von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durch ausgewählte Expertinnen/-en	84
5.2.5	Qualitätssicherung in <i>MGW</i> -Einrichtungen	89
5.2.5.1	Die Beurteilung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Einrichtungsleitungen	89
5.2.5.2	Die Einschätzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Expertinnen/-en	93
5.2.6	Die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen auf Grundlage von Daten aus dem Geschäftsjahr 2005	94
5.2.7	Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation	104
5.2.7.1	Kooperation mit anderen Einrichtungen	104
5.2.7.2	Marketing und Öffentlichkeitsarbeit	107
5.2.7.3	Rationalisierungsmaßnahmen	113
5.2.8	Zukunftsperspektiven	115
5.2.9	Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragung	119
5.2.9.1	Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen	120
5.2.9.2	Zugang der Teilnehmerinnen zu Leistungen des <i>Müttergenesungswerkes</i>	126
5.2.9.3	Erwartungen an eine Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme	132
5.2.9.4	Belastende Kontextfaktoren der Teilnehmerinnen und ihre Berücksichtigung im Rahmen der Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	134
5.2.9.5	Zufriedenheit mit der Maßnahme und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmerinnen	137
6	Repräsentativumfrage zur Bestimmung des Umfangs der Zielgruppen von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	141
6.1	Problemstellung	141

6.2	Gegenstand der Repräsentativumfrage	144
6.3	Design, Repräsentativität und Erfolg der Umfrage	145
6.3.1	Definition von Basis- und Kernzielgruppe	145
6.3.2	Stichprobenziehung und Repräsentativität	150
6.3.3	Ablauf und Erfolg der Erhebungen	151
6.3.3.1	Pretest	151
6.3.3.2	Feldarbeit	151
6.3.3.3	Befragungserfolg	151
6.3.3.4	Datensatzbereinigung und Gewichtung	152
6.4	Ergebnisse der Repräsentativumfrage	154
6.4.1	Datengrundlage	154
6.4.2	Soziodemographische Merkmale von Basis- und Kernzielgruppen- angehörigen	156
6.4.2.1	Geschlecht und Alter	156
6.4.2.2	Schul- und Berufsausbildung der Kernzielgruppenangehörigen	159
6.4.2.3	Erwerbsstatus der Kernzielgruppenangehörigen	160
6.4.2.4	Familienform	163
6.4.2.5	Kinderzahl	164
6.4.3	Gesundheitsstörungen, Erkrankungen, Belastungen und Risikofaktoren bei Basis- und Kernzielgruppenangehörigen	169
6.4.3.1	Gesundheitsstörungen und Erkrankungen	170
6.4.3.1.1	Psychosomatische Befindlichkeitsstörungen der Befragten	170
6.4.3.1.2	Somatoforme Beschwerden der Befragten	176
6.4.3.1.3	Funktionelle Erkrankungen der Befragten	178
6.4.3.1.4	Im Vordergrund stehende Symptomatik: Personen mit funktionellen Erkrankungen vs. Personen mit psychosomatischen Befindlichkeits- störungen und / oder somatoformen Beschwerden	181
6.4.3.2	Belastungen und Risikofaktoren von Basis- und Kernzielgruppen- angehörigen	184
6.4.3.2.1	Elternspezifische, familiäre und psychosoziale Belastungen der Basis- und Kernzielgruppenangehörigen	184
6.4.3.2.2	Risikofaktoren der Basis- und Kernzielgruppenangehörigen	187
6.4.3.2.3	Zusammentreffen von Belastungen und Risikofaktoren	189
6.4.3.2.4	Aktuelle Bewertung von Belastungen durch Basis- und Kernzielgruppen- angehörige	195
6.4.4	Gesundheitliche und psychosoziale Probleme von Kindern der Kernzielgruppenangehörigen	199

6.4.5	Zusammenhänge von Symptomkomplexen bei Kernzielgruppen-angehörigen	203
6.4.6	Beurteilung von Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten bei Gesundheitsstörungen und Belastungen durch Kernzielgruppenangehörige	204
6.4.7	Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Bild der Befragten	211
6.4.7.1	Informationsstand	212
6.4.7.2	Einstellung zur Müttergenesung und ihre Determinanten	214
6.4.7.3	Persönliche Erfahrungen mit Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	216
6.4.8	Teilnahmebereitschaft, Teilnahmehindernisse und Antragsverfahren	220
6.4.8.1	Die Teilnahmebereitschaft und ihre Determinanten	221
6.4.8.2	Einschätzung von Chancen zur Teilnahme an Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sowie Teilnahmehindernisse	231
6.4.8.3	Beantragung und Verhalten bei Antragsablehnung	233
7	Versuch einer Abschätzung des potentiellen Adressatenkreises von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	236
8	Resümee und Handlungsempfehlungen	245
8.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	245
8.1.1	Ergebnisse der Bestandsaufnahme	245
8.1.2	Ergebnisse der Repräsentativumfrage	249
8.1.3	Abschätzung des Adressatinnen/-enkreises von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	254
8.2	Handlungsempfehlungen	256
8.2.1	Wirtschaftliche Führung und Kooperation der Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen	257
8.2.2	Verbesserungen von Infrastruktur und Kooperation im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	258
8.2.3	Weiterentwicklung des für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter relevanten Leistungsrechts	260
8.2.4	Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit	262
8.2.4.1	Maßnahmeadressatinnen/-en-orientierte Informationsvermittlung	262
8.2.4.2	Gatekeeper- und multiplikatorenorientierte Öffentlichkeitsarbeit	263
8.2.5	Imagepflege und Sprachgebrauch im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	265
	Literatur	266

Abkürzungen

AEK	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband. e.V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.
BHO	Bundeshaushaltsordnung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZG	Basiszielgruppe
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EAG	Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.
et al.	et alii (und andere)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
k.A.	keine Angabe
KAG	Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.
Kern ZG	Kernzielgruppe
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KSVwV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung
KZG	Kernzielgruppe
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
MGW	Deutsches Müttergenesungswerk
o.J.	ohne Jahrgang
o.V.	ohne Verfasser
QS	Qualitätssicherung
p	Signifikanz
PHI	Korrelationskoeffizient
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
SGB	Sozialgesetzbuch
u.U.	unter Umständen
VdAK/AEV	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
vs.	versus
\bar{x}	arithmetisches Mittel

1 Hintergrund der Untersuchung

„Kinder brauchen gesunde und ausgeglichene Eltern. Viele Mütter und Väter fühlen sich jedoch angesichts der gleichzeitigen Verantwortung für eine fürsorgliche Erziehung, den Haushalt, die Pflege älterer Angehöriger und die Sorge für den Partner so sehr belastet, dass die Gesundheit darunter leidet.“¹ Vor diesem Hintergrund wird der Förderung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Gesundheit von Müttern und Vätern sowohl aus familienpolitischer als auch aus gesundheitspolitischer Perspektive große Bedeutung beigemessen. Die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V stellen daher einen besonders wichtigen Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung dar.²

Allerdings war die Ausgabenentwicklung im Bereich der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen über lange Jahre hinweg rückläufig. Mit dem im Jahre 2002 verabschiedeten *Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter* sollte die Bedeutung dieser Leistungen deshalb weiter gestärkt werden mit dem Ziel

- die Vollfinanzierung dieser Leistungen durch die Krankenkassen sicherzustellen,
- diese auf die besondere Situation von Müttern abgestimmten Leistungen zu stabilisieren und
- ihre Qualität zu vereinheitlichen und abzusichern.

Obwohl der Gesetzgeber aufgrund dieser Novellierung mit Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von etwa 5 Mio. Euro gerechnet hatte, gingen die Mutter-/Vater-Kind-Leistungen wider Erwarten weiter zurück: die bewilligten Fälle sanken von 227 Tsd. im Jahr 2001 auf 131 Tsd. im Jahr 2004, die Ausgaben fielen im gleichen Zeitraum von 400 Mil. auf 289 Mio. Euro. Dieser Abwärtstrend setzte sich im Jahr 2005 weiter fort.³ Die in einem Bericht der *Spitzenverbände der Krankenkassen*⁴ vorgetragenen Begründungen für diese Rückgänge wurden allerdings vom *Bundesministerium für Gesundheit* als wenig plausibel und nicht durch belastbare Daten belegt kritisiert.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung erfolgte im Rahmen der Gesundheitsreform 2006 (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*) eine erneute Novellierung der §§ 24 und 41 SGB V mit

¹ Von der Leyen 2007

² Vgl. Schmidt 2006

³ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 9f

⁴ Siehe: *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006

dem Ziel, die Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter zu erleichtern. Seit 01. April 2007 sind diese Leistungen nunmehr Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist seither für die Maßnahmen nicht mehr anwendbar.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um den Rückgang der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gab das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)* im Jahre 2005 die vorliegende Studie in Auftrag. Sie hatte zum Ziel, Angebot und Bedarf an Leistungen in Einrichtungen des *Deutschen Müttergenesungswerkes* zu erfassen und zu analysieren, um auf dieser Grundlage Aussagen über Notwendigkeit und Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung machen zu können. Besondere Bedeutung kam dabei dem Versuch zu, den Umfang und die Struktur des potentiellen Adressatinnen/-enkreises von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen auf der Grundlage einer Repräsentativumfrage zu bestimmen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts wurde das *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS)* beauftragt. Als Projektpartner waren das *Deutsche Müttergenesungswerk (MGW)* sowie *Arbeiterwohlfahrt (A-WO)*, *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DER PARITÄTISCHE)*, *Deutsches Rotes Kreuz (DRK)*, sowie die *Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (EAG)* und die *Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG)* als die Trägerverbände der Müttergenesungseinrichtungen mit in das Forschungsvorhaben eingebunden.

Das Projekt wurde im Winter 2005/06 in Angriff genommen und im Sommer 2007 abgeschlossen. Insofern konnte im Rahmen der Studie nicht geprüft werden, inwieweit die mit dem *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* intendierten Ziele im Bereich der Maßnahmen für Mütter und Väter erreicht werden. Allerdings scheint allein schon die durch das Gesetzgebungsverfahren in Gang gesetzte öffentliche Erörterung von Fragen der Müttergenesung Wirkung gezeigt zu haben: Obwohl die Gesetzesnovelle erst zum 01.04.2007 in Kraft trat, stiegen die Aufwendungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter im Bereich der GKV im I. Quartal 2007 gegenüber dem gleichen Vorjahreszeitraum immerhin um 16,85 %.⁵ Die Müttergenesungseinrichtungen sind nunmehr bis Mitte Oktober 2007 voll belegt, so dass Wartelisten erstellt werden mussten.⁶ Ob sich diese Entwicklung als nachhaltig erweist, bleibt abzuwarten.

⁵ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* 2007: 215

⁶ Persönliche Mitteilung der Vertreterinnen des *Müttergenesungswerkes* und seiner Trägerverbände im Projektbeirat am 30.07.2007.

Die in den Analysen zur wirtschaftlichen Situation der *MGW*-Einrichtungen (siehe *Abschnitt 5.2.6*) verwendeten Informationen beruhen auf Angaben der befragten Kliniken aus dem Geschäftsjahr 2005. Es muss dahingestellt bleiben, welcher Wert diesen Daten unter den veränderten Bedingungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt (August 2007) zugeschrieben werden kann.

2 Einführung

2.1 Anliegen von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Einrichtungen des *Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW)*⁷,

Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen sowie Vater⁸-Kind-Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V sind stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Damit hat der Gesetzgeber einen eigenen Zugang für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen geschaffen und zum Ausdruck gebracht, dass Mütter und (insbesondere allein erziehende) Väter aufgrund vielfältiger Aufgaben in Familie, Haushalt und Beruf speziellen Beanspruchungen⁹ ausgesetzt sind, die infolge von Überforderungen zu komplexen Gefährdungen und Beeinträchtigungen bis hin zur Chronifizierung von Krankheiten und Destabilisierung der Familienstruktur und Nachteilen für die kindliche Entwicklung führen können. Es handelt sich demnach um einen spezifischen, generationenübergreifenden¹⁰ Angebotstyp der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der in seinem therapeutischen Konzept auf die besonderen Belange der Zielgruppe „Mütter und Väter in Familienverantwortung“ eingeht. Da bei dieser Zielgruppe ein Zusammenhang zwischen bestehenden Risikofaktoren, Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen mit dem Arbeitsfeld „Familie“ gegeben ist, wird eine ambulante Vorgehensweise hier als nicht adäquat angesehen.¹¹

Im familiären Spannungsfeld von ständigen Anforderungen und Überforderungen¹² einerseits und mangelnder Entlastung und Regeneration andererseits entwickeln viele Mütter Gesundheitsstörungen und Krankheitssymptome, die das Leben und den Alltag erheblich beeinträchtigen. Das Indikationsbild ist meist geprägt durch eine hohe Multimorbidität, die sowohl Schädigungen, somatoforme Störungen, psychosomatische Erkrankungen sowie psychische

⁷ Zur sprachlichen Vereinfachung werden im vorliegenden Bericht im Allgemeinen die Kurzformen „*Müttergenesungswerk*“ oder „*MGW*“ benutzt.

⁸ Mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz vom 27.07.2002 wurde die bis dahin geltende Leistungseinschränkung bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter durch Satzungsregelungen der Krankenkassen aufgehoben. Väter sind demnach Müttern insofern als Anspruchsberechtigte gleichgestellt, als sie nunmehr Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen wahrnehmen können (siehe dazu: *Dalichau / Grüner* 2005, Kommentar zu §§ 24 und 41 SGB V).

⁹ Zu der Auswirkungen von Haus- und Familienarbeit auf den Gesundheitszustand von Frauen siehe etwa: *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* 2001: 435ff; *Resch* 2002; *Wolf* 2006: 166f

¹⁰ Vgl. *Köther* 2003

¹¹ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung / Müttergenesungswerk* 2005; *Hartmann et al.* 2005: 6. Über ambulante Maßnahmen für unabhkömmliche Personen siehe: *Kersting / Lamprecht* 1999; *Kersting et al.* 2000a, b.

¹² Siehe dazu: *Frank* 1999: 602; *Wolf* 2006: 166f

Beeinträchtigungen erfassen kann mit Beeinträchtigungen und Einschränkungen der spezifischen familiären Rolle.¹³ Dies kann sich auch auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken.¹⁴ In besonderem Maße sind gesundheitlich gefährdet

- Alleinerziehende und ihre Kinder,¹⁵
- Mütter / Väter mit vielen Kindern,¹⁶
- Personen (insbesondere Frauen), die pflegen oder behinderte Angehörige betreuen,¹⁷
- Personen in einer „Sandwich-Situation“¹⁸,
- Personen in prekären ökonomischen und sozialen Verhältnissen.¹⁹

Viele Mütter und (insbesondere alleinerziehende) Väter sind von Stress²⁰ und Burnout²¹ be-

¹³ Zur gesundheitlichen Situation und rehabilitativen Versorgung von Frauen bzw. Müttern siehe etwa: Böhrk 1993; Ernst 1993; Sieverding 1995, 2000; Strittmatter et al. 1997; Nübling et al. 1998; Frank 1999; Hinze et al. 1999; Kersting / Lamprecht 1999; Soeder et al. 1999; Kersting / Arolt 2000; Kersting et al. 2000a; 2000b; Thies-Zajonc / Collatz 2000; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; Eisenkeil 2001; Franke / Kämmerer 2001; Nolting / Niemann / Schiffhorst 2001; Worringer / Zwingmann 2001; Bonnemann-Böhner 2002; Hurrelmann / Kolip 2002; Brähler / Felder / Schumacher 2003; Herwig / Bengel 2003; Herwig / Wirtz / Bengel 2004; Kersting 2003; Landesgesundheitsamt Brandenburg im Landesamt für Soziales und Versorgung 2003; Meixner 2004: 19ff; Güther et al. 2004: 90ff; Bonnemann-Böhner 2005; Herwig 2005; Herwig / Bengel 2005; Nagel 2006: 61ff; Arnhold-Kerri / Collatz 2006; Siegrist et al. 2006; ohne Verfasser o.J.c

¹⁴ Siehe dazu: Neubourg 2006; Sperlich / Collatz 2006, 2006a; Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 23ff; Wetzig 2006

¹⁵ Siehe dazu: Schneider et al. 2001: 362ff; Helfferich / Hendel-Kramer / Klindworth 2003; Franz 2005; Lampert et al. 2005: 97ff; Lange / Saß 2006; Sperlich / Collatz 2006

¹⁶ Siehe dazu: Collatz et al. 1996: 185ff

¹⁷ Siehe dazu: Kruse 1984, 1987; 1994, 1995; Hedtke-Becker / Schmidtke 1985; Troscheit-Gajewski 1986; Hedtke-Becker 1990; Breloer 1990; Busch 1992; Görres 1993; o.V. 1993; Gräbel 1994a, b, 1998a, b; Kuno 1995; Schuster 1994; Mattmüller / Vogel 1995; Schuster / Mies 1995; Adler / Wilz / Gunzelmann 1996; Faßmann 1996; Faßmann / Grillenberger 1996; Grond 1996; Almberg / Grafström / Winblad 1997; Fuchs 1998; Bruder 1998; Halsig 1998; Engelbert 1999; Boeger / Pickartz 2001; Samuelsson et al. 2001; Jungbauer / Bischof / Angermeyer 2001a, b; Schaeffer 2001; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 167ff; Jungbauer / Mory / Angermeyer 2002; Kitze / von Cramon / Wolz 2002; Klosterhuis / Nauermann 2002; Rainer et al. 2002; Wagner 2002: 87ff; Schmid et al. 2003; Jentsch 2004: 136ff; Landesseniorvertretung Nordrhein-Westfalen e.V. 2004; Meyer 2004: 28ff; Hirsch 2005; Wittmund / Nause / Angermeyer 2005

¹⁸ Dabei handelt es sich um Personen – meist bereits im fortgeschrittenen Alter –, die sowohl Kinder als auch (Schwieger-)Elternteile versorgen müssen. Siehe dazu: Borchers / Miera 1993; Höpflinger 1999: 35ff

¹⁹ Siehe dazu: Akkent / Franger / Gültepe 1984; Nationale Armutskonferenz 2001: 31f

²⁰ Vgl. Biener 1986; 1988; Schwarzer 1987: 9ff; Perez / Reicherts 1992; Collatz et al. 1996: 21ff; Schonecke / Herrmann 1996: 184ff; Widmer / Bodenmann 2000; Burisch 2005; Neubourg 2006; Wolf 2006. Es wird darauf hingewiesen, dass Stress eine positive Herausforderung sein kann, gesunde Veränderungen, z.B. Lebensstil-Modifikationen, herbeizuführen (vgl. Esch 2002: 80).

²¹ Siehe dazu etwa: Sullivan 1979; ohne Verfasser o.J.b; Härle 2006. Strittig ist in der Literatur, ob geschlechtsspezifisch unterschiedliche Burnout-Muster darauf zurückzuführen sind, dass Frauen besonderen Belastungen ausgesetzt sind und sich mit Berufsrollenkonflikten (Hausfrau, Mutter, Ehefrau, Berufstätigkeit) auseinandersetzen müssen (vgl. Aronson / Pines / Kafry 1983: 98ff; Maslach / Jackson 1985) oder ob sie auf geschlechtsspezifischen Persönlichkeitszügen beruhen (vgl. Enzmann / Kleiber 1989; siehe dazu: Daiminger 1996: 166ff). In den letzten Jahren wird in zunehmendem Maße auf Burnout infolge häuslicher Pflegetätigkeit hingewiesen (vgl. Schuster 1994; Mattmüller / Vogel 1995; Schuster / Mies 1995; Faßmann 1996; Faßmann / Grillenberger 1996; Almberg / Grafström / Winblad 1997). Im Übrigen wird allerdings auf die besondere Burnout-Problematik von Frauen und Müttern in der internationalen Literatur kaum eingegangen (siehe dazu: Missel / Braukmann 1996; Rösing 2003; Burisch 2005;). Vielmehr steht die wissenschaftliche Auseinandersetzung

Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite

troffen. Darüber hinaus sind die vielfältigen Be- und Überlastungen insbesondere von Frauen in Familie, Haushalt und Beruf Auslöser von physischer und psychischer Erschöpfung,²² die Vorsorge- und Rehabilitationsbedürftigkeit nach sich zieht.

Für diese Personengruppen bieten die Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes* seit vielen Jahren Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen an, die von den Müttern allein oder aber von Müttern bzw. Vätern gemeinsam mit ihren Kindern in Anspruch genommen werden können, wenn andernfalls eine Teilnahme scheitern würde oder das Kind selbst ebenfalls behandlungsbedürftig ist.²³ Darüber hinaus werden auf besondere Lebenssituationen ausgerichtete Spezialmaßnahmen durchgeführt (z.B. für Frauen mit behinderten Kindern²⁴, für Frauen, die an Krebs oder Multipler Sklerose erkrankt sind, an Angststörungen²⁵ oder unter Migräne²⁶ leiden, für Frauen mit pflegebedürftigen Angehörigen oder zur Trauerverarbeitung²⁷).

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

zung mit Burnout im professionellen Kontext (z.B. Pflegepersonal, Ärzte/-innen, Lehrerinnen/-er, Sozialarbeiter/-innen) eindeutig im Vordergrund.

²² Herwig et al. (2001: 214), Meixner (2004: 22f) und Gutenbrunner et al. (2005: 178f) weisen allerdings auf die Unschärfe von Definition und Diagnosekriterien der „chronischen Erschöpfung“ sowie die synonym verwendete Begriffe „Chronic-Fatigue-Syndrom“, „vegetatives Syndrom“, „Neurasthenie“ hin. Dies hat zur Folge, dass ein eigenständiger Krankheitswert von Erschöpfung oft bezweifelt wird (vgl. Meixner 2004: 24). Siehe dazu z.B. auch: Swenson 2000; Shepherd / Chaudhuri 2002; Clauß 2004; Meixner 2004: 21ff; Gaab / Ehlert 2005; Wollmann-Wohleben 2005; Weidenhammer et al. 2006; Wikipedia 2006; Kobelt et al. 2005: 146f; Kobelt et al. 2006; Faust o.J.). Der *Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover* versucht, mütter spezifische Belastungen, Erkrankungen und Beschwerden auf Grundlage des sog. „Leitsyndroms mütterlicher Erschöpfung“ zu erfassen und zu analysieren (Collatz / Fischer / Thies-Zajonc 1998; Collatz / Arnold-Kerri / Thies-Zajonc 2000; Arnold-Kerri / Collatz 2001: 167ff; Meixner et al. 2001; Collatz 2002: 44ff; Arnold-Kerri / Sperlich / Collatz 2003: 293ff; Collatz 2004a; Arnold-Kerri 2005; Collatz 2005a). Demgegenüber plädieren Herwig und Bengel (2003, 2004, 2005: 11) dafür, die Vorsorge- und Rehabilitationsbedürftigkeit von Teilnehmerinnen an Mütter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen durch die Diagnostik psychischer Störungen unter Verwendung der ICD-10-Diagnosen zu überprüfen. Auch die „Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ sieht vor, bei Vorsorge- und medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter / Väter / Kinder neben den ICD-Diagnosen im Sinne der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*: Siehe dazu: DIMDI 2004) auch zielgruppenspezifische Kontextfaktoren zu berücksichtigen (vgl. *Sozialmedizinische Expertengruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 30f, 37). Im Vordergrund stehen dabei die psychosoziale Problemlage der Mutter sowie der Kontextfaktor Mutter-Kind-Beziehung. Es wird darauf hingewiesen, dass bisher lediglich umweltbezogene, jedoch (noch) keine personenbezogenen Kontextfaktoren nach ICF klassifiziert wurden (vgl. DIMDI 2004: 14; Leistner 2005: 182; Schuntermann 2005: 21; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2006: 16; Schliehe 2006: 262). Das von EAG und KAG gemeinsam erarbeitete „Rahmenkonzept zur stationären Vorsorge und Rehabilitation für Frauen in Familienverantwortung“ geht bereits auf die Möglichkeit zur Indikationsstellung nach ICF ein. (vgl. Hartmann et al. 2005: 13ff). Über erste Versuche, die ICF-Klassifikation in Mutter-Kind-Einrichtungen einzuführen berichten: Barre / Sperlich / Collatz 2005; Sperlich / Barre / Collatz 2005.

²³ Siehe dazu: Prüter 1984; Ziener 1991; Blau 1997; Arnold-Kerri / Collatz 2003; Collatz 2004b; Schubert / Horch 2004; Bonnemann-Böhner 2005; Neubourg 2005; ohne Verfasser o.J.d

²⁴ Siehe etwa. Binder 1974; Dauth: 1986

²⁵ Vgl. Toepfer 2006

²⁶ Siehe z.B.: Vonderheid-Guth o.J.

²⁷ Ein umfangreicher Überblick über Schwerpunktmaßnahmen findet sich im *Jahrbuch 2007/2008 des MGW (Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk* 2007). Obwohl in einigen wenigen Müttergenesungseinrichtungen zeitweise Maßnahmen angeboten werden, die sich an pflegende Angehörige richten, wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Vorsorge- und Rehabilitationssystems von Pflege- bzw. Betreuungs-

Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite

Die in der Regel dreiwöchigen stationären Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (Verlängerungen sind im Bedarfsfall möglich) beinhalten ein umfassendes medizinisches und psychosoziales Angebot. Anspruch der *MGW*-Einrichtungen ist es dabei, den geschlechtsspezifischen Lebens- und Problemlagen von Männern und Frauen - etwa im Hinblick auf Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen, Arbeits- und Lebensbedingungen, körperlich-biologische Bedingungen, Sozialisationserfahrungen, Gesundheits- und Krankheitsverhalten - Rechnung zu tragen. Dem entsprechend zeichnen sich die Behandlungsangebote aus durch eine Orientierung an frauen- und mütter- bzw. väterspezifischen, insbesondere psychosomatischen und physischen Erkrankungsbildern, einen sozialmedizinisch geprägten, ganzheitlichen²⁸ Therapieansatz, interdisziplinäre Zusammenarbeit, indikationsspezifische und individuell ausgerichtete Therapieangebote sowie eine klientinnenzentrierte, ressourcenorientierte Behandlung der Patientinnen und ihrer Kinder.²⁹

Ziel der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist es, das Selbsthilfepotential und die Eigenverantwortung der Patientinnen (Empowerment³⁰) für ihre Gesundheit dauerhaft zu stärken und zu fördern, um so eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen. Das Spezifikum des *Müttergenesungswerkes* wird in der integrierten Versorgung gesehen, in deren Rahmen *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen und stationäre Einrichtungen ineinander greifen: Somit wird ein Gesundheitsnetzwerk bereitgehalten, das Beratung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge eng miteinander verzahnt. Diese so genannte „therapeutische Kette“³¹ ist die Gewähr für langfristige gesundheitliche Erfolge (siehe dazu *Abbildung 1*).

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

personen bisher (noch) kaum thematisiert. Hinweise fanden wir lediglich bei *Hörrle / Holz* 1995 und *Landes-seniorenvertretung Nordrhein-Westfalen* 2004: 82 sowie im gemeinsamen Rahmenkonzept von *EAG* und *KAG* zur stationären Vorsorge und Rehabilitation für Frauen in Familienverantwortung (vgl. *Hartmann et al.* 2005: 11). Diesem Defizit entsprechend fehlt es zumindest in der Literatur an Hinweisen auf Konzepte für stationäre Heilbehandlungen, die sich speziell an diesen (oftmals schon älteren) Personenkreis richten und neben medizinischen Angeboten auch die Behandlung pflegespezifischer Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten (z.B. Umgang mit psychisch veränderten Angehörigen, Gewaltprävention, Trauerarbeit) vorsehen.

²⁸ Vgl. *Schmölcke* 1993; *Collatz et al.* 1996: 36, 228f; *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a: 10; *dies.* 2003b: 10; *Dokter* 2004. Zum Begriff der „Ganzheitlichkeit“ in Pflege und Rehabilitation siehe: *Herweck / Voigt* 1993; *Hoefert / Hentrich* 2002; *Mühlum / Gödecker-Geenen* 2003: 45ff. Obwohl sich das Konzept auch in der Pädagogik großer Beliebtheit erfreut, wird es jedoch als ideologieverdächtig, wenig aussagekräftig und daher pädagogisch unbrauchbar kritisiert (vgl. *Lösche o.J.*; *Probst / Kuhl* 2006).

²⁹ Vgl. *Freitag* 1990; *Goebel* 1990; *Schultze* 1991; *Schmölcke* 1993; *Brühan et al.* 1999; *Frank* 1999; *Sandholzer* 2002; *Gorn* 2001; *Köther* 2003; *Müller-Rückert* 2003; *Dokter* 2004; *Grohs-v. Reichenbach* 2004; *Reischies* 2006; *Müttergenesungswerk o.J.*. Zu den Besonderheiten von Vater-Kind-Kuren: *Volle Kanne o.J.*; *ohne Verfasser* 2001a, b, 2002, 2002a. Kritik an der „Müttergenesung“ als Konzept, das ein traditionelles Frauenbild aufrecht erhält und die Frau auf die Funktion als Mutter reduziert, findet sich bei *Dinger-Broda* (2001: 729f).

³⁰ Siehe dazu: *Barre / Sperlich / Collatz* 2004: 230f; *Sperlich* 2006

³¹ Vgl. *Dokter* 2004; *John* 2005; *Müttergenesungswerk* 2006b

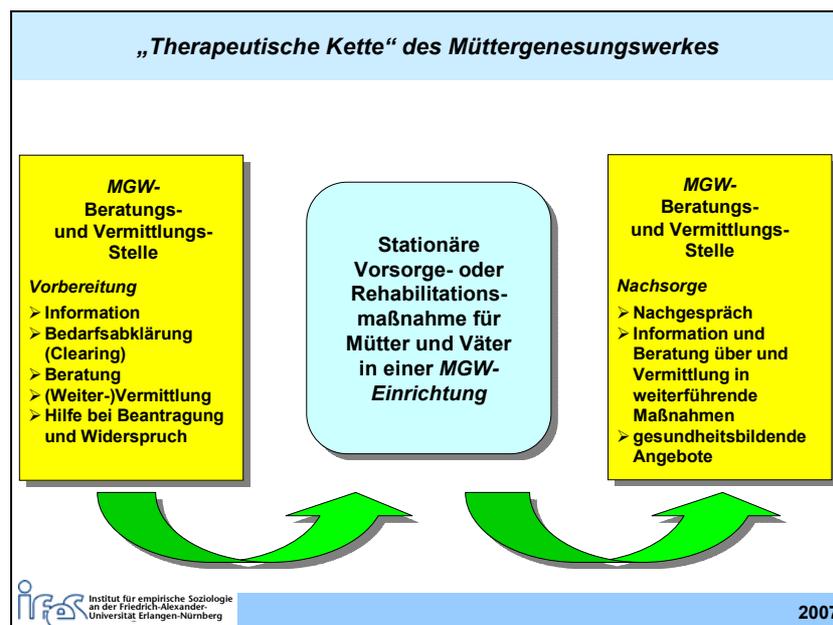


Abbildung 1

Die *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk*, deren Einrichtungen im Mittelpunkt des vorliegenden Forschungsberichts stehen³², wurde 1950 gegründet und kann daher auf eine über 55-jährige Tätigkeit zurückblicken.³³ Allerdings ist die Geschichte der „Müttererholungsfürsorge“ weit älter: Erste entsprechende Aktivitäten erfolgten auf der Ebene einzelner Wohlfahrtsverbände bereits vor dem Ersten Weltkrieg.³⁴ International kann die deutsche Müttergenesung durchaus als exklusiv angesehen werden, finden sich doch in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern solche Angebote praktisch nicht.³⁵

³² Alle MGW-Einrichtungen verfügen über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V: Neben diesen gemeinnützigen Einrichtungen gibt es eine Reihe privater Kliniken mit einem vergleichbaren Angebot und Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V.

³³ Siehe dazu: Freitag 1990; Hofmann 2000: 185ff; Schöffthaler 2000a, b

³⁴ Siehe dazu: Schumacher-Köhl 1958; Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung 1984; Collatz et al. 1996: 34f; Hofmann 2000: 189ff. Gött 1988. Wollasch (2005) weist darauf hin, dass seinerzeit weniger das individuelle Wohl der einzelnen Frau als die Interessen von Staat, Gesellschaft, Kirche und Familie an der Gesundheit der Mütter im Mittelpunkt standen: Demnach sollten die Frauen in erster Linie in ihrer Reproduktionsfähigkeit und für ihre Familien- und Erziehungsarbeit gestärkt werden (Zum bevölkerungswissenschaftlichen und bevölkerungspolitischen Diskurs zur Fürsorge als Mittel einer rationalen Bevölkerungspolitik siehe Brunner 1996: 528ff). Zur Geschichte der evangelischen Müttererholungsarbeit siehe: Hofmann 2000: 36ff, 156ff

³⁵ Vgl. *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk* 2006. Auf internationaler Ebene findet eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Mütter bzw. Mutter-/ Vater-Kind-Kuren“ praktisch nicht statt. Dies dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass es sozialhistorisch bedingt außerhalb von Deutschland (vielleicht mit Ausnahme von Österreich und anderen Staaten aus dem Bereich der ehemaligen k. und k.- Monarchie) kein weitgehend sozialversicherungsfinanziertes System der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in Form von „Kuren“ oder „stationären Heilbehandlungen“ gibt (vgl. Ferber 1976; 1978; Delius 1976; Faßmann / Masopust 1979: 19ff; Dunkelberg / van den Bussche 2004: 36). Insofern sind im Ausland auch keine Angebote für Mütter / Väter / Kinder unter entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden.

Die im vorliegenden Bericht als „MGW-Einrichtungen“ bezeichneten Anbieter von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter / Väter werden allerdings nicht vom MGW selbst, sondern von seinen fünf Trägergruppen unterhalten, den Verbänden der Freien Wohlfahrts- pflege bzw. ihrer Arbeitsgemeinschaften auf Bundesebene,

- der *Arbeiterwohlfahrt (AWO)*,
- dem *Deutschen Roten Kreuz (DRK)*,
- der *Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V. (EAG)*,
- der *Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V. (KAG)* und
- dem *PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband*.

Daneben bieten diese Organisationen in ganz Deutschland auch ein wohnortnahes Netz von Beratungs- und Vermittlungsstellen, die Interessierten als Anlaufpunkte für Fragen zu den Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung stehen und die „therapeutische Kette“ sicherstellen.³⁶

2.2 Begrifflichkeit, Rechtsgrundlagen, Konzept und Finanzierungsprobleme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter

2.2.1 Zum Begriff der „Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen“

Im Rahmen der vorliegenden Studie geht es um medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V, die in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes³⁷ erbracht werden. Sie können jeweils auch in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden. Der Gesetzgeber gebraucht also für den gleichen Sachverhalt die Begriffe „Leistungen“ und „Maßnahmen“ weitgehend synonym. Bis zur

³⁶ Zu Aufgabe und Legitimation der Beratungs- und Vermittlungsstellen siehe: *Müttergenesungswerk / Spitzenverbände der Krankenkassen* 1990: Abschnitte 9 und 10

³⁷ Sie können allerdings auch in einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden. Diese Einrichtungen stehen jedoch nicht im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts. Die besondere Erwähnung des *Müttergenesungswerkes* in den §§ 24 und 41 SGB V soll nach Auffassung des Kommentars von *Dalichau / Schiwy* (2006: Erläuterungen zu § 24 SGB V) dazu dienen, die MGW-Einrichtungen durch die Leistungsgewährung in ihrem Bestand zu erhalten. Prinzipiell, so *Dalichau / Schiwy*, sei eine rechtssystematische Begründung für die gesetzliche Unterstreichung dieser Art von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nicht erkennbar, sondern erkläre sich nur aus dem über die Jahre bewährten Wirken des *Müttergenesungswerkes* und ähnlicher Einrichtungen. Vor dem Hintergrund des Sparzwangs im öffentlichen Sektor warnen *Bruckenberg / Klein* (1997) davor, gesellschaftspolitische verursachte Defizite über die Krankenkassen zu finanzieren, indem Bevölkerungsgruppen aufgrund bestimmter (beliebiger) Merkmale (Geschlecht, Alter, Indikationen usw.) politisch motiviert Sonderrollen eingeräumt werden.

Änderung von SGB V am 22.12.1999 fand sich im Gesetz auch der Begriff „Kur“. Von ihm hat sich das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung seither ebenso abgesetzt, wie dies im Rahmen der für die Gesetzliche Rentenversicherung geltenden Anspruchsgrundlagen bereits seit langem der Fall ist.³⁸ Dem entsprechend wurde im Zuge der zum 01.08.2002 in Kraft getretenen Änderungen der §§ 24 und 41 SGB V „klarstellend der Begriff ‚Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen‘ eingeführt.“³⁹ Zwar ist der Begriff „Kur“ nicht nur umgangssprachlich weiterhin präsent⁴⁰, sondern findet sich sogar noch im 7. Familienbericht, mit der Konnotation, sie diene dazu „sich Erholung und gelegentliche Abwechslung zu gönnen“.⁴¹ Fachleute plädieren jedoch zunehmend dafür, den Kurbegriff zu vermeiden: Ihm werden – nicht zuletzt durch die Marketing-Aktivitäten der Kurorte - Konnotationen zugeschrieben, die weniger auf ein anspruchsvolles therapeutisches, aktivierendes und gesundheitsförderndes Konzept abstellen, sondern eher im Bereich von Erholung, Wellness und passiver Inanspruchnahme vor allem ortsgebundener Heilmittel (Schlamm, Sole, Höhen, Meereslagen) von Bädern und Massagen sowie eines Kurregimes (z.B. feste Ruhezeiten) liegen.⁴²

Demnach gilt es, diese inadäquaten Assoziationen bei Teilnehmerinnen,⁴³ aber auch bei Ärzten⁴⁴ zu verhindern, da sie den Maßnahmeerfolg beeinträchtigen können.⁴⁵

³⁸ Vgl. *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2000: 1. Die *Bundesregierung* war im Jahre 2001 der Auffassung, dass mit dem Begriff „Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten“ der notwendige medizinische Gehalt besser zum Ausdruck gebracht würde und brachte explizit ihre Distanz zum traditionellen Kurbegriff zum Ausdruck (vgl. *Deutscher Bundestag* 2001: 38f). Damit ging sie konform mit Forderungen des *Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e.V.* aus dem Jahre 2000, den missverständlichen und vorbelasteten Begriff der „Kur“ nicht in SGB IX aufzunehmen (vgl. *Clade* 2000: 3467). Die *Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation* (2006: 6) haben allerdings darauf hingewiesen, dass der Begriff „Kuren“ in der *Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der Gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV)* immer noch verwendet wird und fordern eine Abänderung dieser Rechtsnorm.

³⁹ *Bundesministerium für Gesundheit* 2006: 3

⁴⁰ Er findet sich sogar noch im Jahre 2006 in der Stellungnahme des *Bundesministeriums für Gesundheit* (2006: 3f) zum Bericht der *Spitzenverbände der Krankenkassen*. In jüngster Zeit etwa: *Otto / Arnhold-Kerri* 2007; *Redaktionsbüro GESUNDHEIT / Schilling* 2007; *Stöcker* 2007.

⁴¹ *Deutscher Bundestag* 2006c: 173

⁴² Vgl. *Wirth* 1990: 192; *Wirth* 1995: 422; *Kliche* 2004: 12; *Reitz* 2004: 19f. *Wirth* (1995: 422) weist auf die Probleme hin, die sich für Teilnehmerinnen und Klinikpersonal ergeben, wenn Patientinnen eine Kur in einem entsprechenden Ambiente erwarten und in der Klinik mit einem qualifizierten Therapiekonzept konfrontiert werden. (Siehe dazu auch: *Faßmann / Masopust* 1979: 37f; *Burger* 1996: 156f) Allerdings scheint diese Diskussion an den Krankenkassen vorbei gegangen zu sein, wird doch auf ihren Websites (z.B. auf den zentralen Websites der der AOK – *Die Gesundheitskasse*, *Betriebskrankenkassen (BKK)*, der *Techniker Krankenkasse (TK)*) sowohl bei der Bezeichnung der betreffenden Leistungen („Mütterkur“) wie auch der Einrichtungen („Mütterkureinrichtungen“) weiterhin mit dem Kurbegriff operiert. Wir interpretieren dies als Hinweis darauf, dass sich die Krankenkassen kaum inhaltlich mit diesem Vorsorge- und Rehabilitationsangebot auseinandersetzen scheinen.

⁴³ *Faller / Vogel / Bosch* (2000: 211) berichten übereinstimmend mit anderen Untersuchungsergebnissen (z.B. *Strittmatter et al.* 1997: 182; *info-Team* 1999: Tabelle zu Frage 1), dass die Reha-Erwartungen von Patienten auch im Jahre 2000 vorwiegend auf balneophysikalische Maßnahmen, eine angenehme Klinikumgebung, Erholung und Entlastung und medizinische Betreuung ausgerichtet waren, während eher aktive Maßnahmen, wie sie in den modernen verhaltensmedizinisch orientierten („edukativen“) Behandlungskonzepten eingesetzt werden, weniger im Zentrum der Erwartungen standen.

Die besonderen Leistungen für Mütter bzw. Väter und ihre Kinder werden nicht nur von den Einrichtungen der Trägerorganisationen des *Müttergenesungswerkes* aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege (in diesem Bericht auch als „MGW-Einrichtungen“ bezeichnet), sondern auch von einer Reihe anderer gleichartiger, jedoch erwerbswirtschaftlich arbeitender Einrichtungen angeboten, von denen sich Einzelne im *Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. (BDPK)* organisiert haben. Allerdings verwenden die privatwirtschaftlichen Angebote die Bezeichnung „Müttergenesung“⁴⁶ nicht, sondern sind (etwa im Internet) - abgesehen von der im Gesetz vorgegebenen Nomenklatur - vorrangig anhand der Suchbegriffe „Mütter-Kur“ oder „Mutter- bzw. Vater-Kind-Kur“ zu finden (die auch von den Müttergenesungseinrichtungen verwendet werden).

Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die Bezeichnung „Müttergenesung“ bzw. das Bestimmungswort „Müttergenesungs-“ nur dann zu verwenden, wenn tatsächlich von einem Zusammenhang mit Angeboten in MGW-Einrichtungen ausgegangen werden kann.

Allerdings ist anzunehmen, dass „Müttergenesung“ in der breiten Öffentlichkeit weithin generell als Synonym für die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter bzw. Mütter / Väter mit ihren Kindern angesehen wird.⁴⁷

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

⁴⁴ Wesentlich ist insbesondere, wie die behandelnden Ärzte/-innen der Rehabilitationsmedizin im Allgemeinen, und dem Kurwesen im Besonderen gegenüberstehen. „Trotz genereller Akzeptanz gibt es nicht wenige Ärzte, die ihren Patienten defätistisch-nihilistische Bemerkungen wie ‚Es kann ja nicht schaden‘ oder ‚Erholung brauchen Sie auch‘ mit auf den Weg geben.“ (Wirth 1990: 192). Eigene Untersuchungen erbrachten, dass Orthopädinnen/-en der Rehabilitationsmedizin besonders oft zentrale Bedeutung zuschreiben, gleichzeitig jedoch stationären Heilbehandlungen am häufigsten reserviert gegenüberstehen und stattdessen ambulante Maßnahmen befürworten (vgl. Wasilewski / Steger / Passenberger 1987: 546f; siehe dazu auch: Burger 1996: 160ff; Dunkelberg / Bussche 2004). Behandelnde Ärzte mögen allerdings gelegentlich den Wunsch zur Teilnahme an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme unterstützen, auch wenn sie nicht vom Sinn der Heilbehandlung oder von der Bedürftigkeit der Patientin bzw. des Patienten überzeugt sind. Intention ist dann vielmehr, die betreffende Person ihrer Praxis zu erhalten (vgl. Wasilewski / Steger / Passenberger 1987: 544). Zudem können neben Informationsstand und subjektiven Einschätzungen zu den Chancen und zur Effektivität solcher Maßnahmen durchaus auch institutionelle Kalküle eine Rolle spielen: So mag der / die eine oder andere Arzt / Ärztin nicht darüber informiert sein, dass stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen freie Leistungen darstellen, die von der Budgetierung der Vertragsärzte ausgenommen sind, und deshalb eine solche Leistung ablehnen.

⁴⁵ Siehe dazu auch: *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 2001: 243

⁴⁶ Die Gründerinnen des *Müttergenesungswerkes*, *Elly Heuss-Knapp* und *Dr. Antonie Nopitsch*, definierten den Begriff "Müttergenesung" als Erholungsmaßnahmen mit "intensiver körperlicher und geistig-seelischer Betreuung" (vgl. *Müttergenesungswerk* o.J.).

⁴⁷ Im Rahmen einer (allerdings nicht repräsentativen) Umfrage gaben 88 % der 120 Befragten an, das *Müttergenesungswerk* als Anbieter von Müttergenesungskuren zu kennen, an zweiter Stelle folgten die Krankenkassen mit 84 % und dann erst mit einigem Abstand die verschiedenen Wohlfahrtsverbände. Private Anbieter wurden nicht genannt, weil nach ihnen nicht gefragt worden war (vgl. *info-Team* 1999: Tabelle zu *Frage 11*). Von den Auskunftspersonen hatten lediglich 13 % bereits eine Maßnahme in Anspruch genommen, 25 % kannten das Angebot, 54 % kannten es nur dem Namen nach und 8 % kannten es nicht (vgl. *info-Team* 1999: Tabelle zu *Frage 6*).

Entsprechendes gilt für den Begriff „Kur“, der – wie oben gezeigt – gelegentlich auch in Fachkreisen weiter verwendet wird.⁴⁸

Im Rahmen des vorliegenden Berichts wird der Begriff „Kur“ im Zusammenhang mit den Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V nicht und der Begriff „Müttergenesung“ im engeren Sinne, also zur Bezeichnung der spezifischen Angebote des *Müttergenesungswerkes* gebraucht. Allerdings war im Rahmen der Repräsentativumfrage zur Abschätzung des Umfangs des potentiellen Adressatinnenkreises von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen dem umgangssprachlichen Gebrauch der Begrifflichkeiten Rechnung zu tragen.⁴⁹ Aus diesen Gründen wurden die Auskunftspersonen im Rahmen einer kurzen Instruktion zu Beginn der Befragung zwar über die Leistungen für Mütter und Väter informiert, im übrigen wurde aber mit Begriffen wie „Müttergenesung“ und „Kur“ auch dort operiert, wo dies im Fachsprachgebrauch eigentlich nicht statthaft gewesen wäre.

2.2.2 Ziele, Konzepte und Rechtsgrundlagen

Gemäß den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V bzw. zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V erbringen⁵⁰, sollen diese Einrichtungen nicht nur auf Krankheitsauswirkungen (Schädigungen, Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigungen) und mütter- / väterspezifische⁵¹ Beanspruchungs- und Belastungsformen, sondern in besonderer Weise auch auf die Zusammenhänge zwischen Mutter- / Vater- und Kind-Gesundheit und die Notwendigkeit interaktiver Therapien eingehen. Ziel von *primär- und sekundärpräventiv ausgerichteten Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V* ist es, unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern / Vätern durch ganz-

⁴⁸ Im Übrigen wird dies durch Marketingaktivitäten der Kurorte und ihrer Lobby gezielt gefördert (vgl. *Reppel* 2000), die sich sogar dafür eingesetzt hat, den Kurbegriff wieder in die einschlägigen Rechtsnormen aufzunehmen (vgl. *Arbeitsgemeinschaft Europäische Radonheilbäder* 2003).

⁴⁹ Dies wurde im Projektbeirat zur vorliegenden Studie thematisiert und einvernehmlich für erforderlich gehalten.

⁵⁰ In den vergangenen Jahren gab es immer wieder Auseinandersetzungen um die Trennung der Vorsorge- von den Rehabilitationsleistungen, auf der die Krankenkassen und der MDK bestanden, während Vertreterinnen/-er der Einrichtungen der Auffassung waren, eine solche Trennung sei problematisch und wenig hilfreich. Siehe dazu: *Bublitz* 2005; *Collatz* 2005b; *Leistner* 2005; *Seger* 2005; *Waldeyer-Jeebe* 2005; *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 7

⁵¹ Siehe dazu auch: *Müttergenesungswerk* o.J. Obwohl spezielle Angebote für die geschlechtsspezifische Behandlung von Männern gefordert werden (vgl. *Keil* 2001; siehe auch: o.V. 2001a, b), finden sich entsprechende ausformulierte Konzeptionen in der erreichbaren Literatur bisher kaum (z.B. *Keil* o.J.; *Klinik Feldberg* o.J.; *Richter* o.J.; *Volle Kanne* o.J.). Dies mag daran liegen, dass Vater-Kind-Kuren erst seit kürzerer Zeit in das Programm einbezogen wurden und bisher noch sehr selten in Anspruch genommen werden (vgl. o.V. 2002).

heitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken, wobei insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.⁵²

Ziel von *stationären Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V* ist es, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern / Vätern unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken, wobei insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.⁵³

Bei *Mütter- / Väter-Maßnahmen* handelt es sich um ein komplexes medizinisches Vorsorge- bzw. Rehabilitationsangebot, das insbesondere abstellt auf⁵⁴

- *person- und umweltbezogene (geschlechtsspezifische) Kontextfaktoren* wie
 - allein erziehend,
 - kinderreich,
 - mangelnde Unterstützung und Anerkennung,
 - nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie,
 - Partner- / Eheprobleme,
 - Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz,
 - gesundheitliche Probleme des Kindes, die zu einer Gesundheitsgefährdung der Mutter / des Vaters führen können (Einheit Mutter- / Vater-Kind),
 - Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen,
 - Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere denen des Alltags,
 - ständiger Zeitdruck,
 - finanzielle Sorgen,
 - eigene Arbeitslosigkeit,
 - soziale Isolation,
 - beengte Wohnverhältnisse,
- *sowie Risikofaktoren* wie
 - übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum,
 - Bewegungsmangel und

⁵² Vgl. *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 29*

⁵³ Vgl. *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 36*

⁵⁴ Vgl. *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 30. Siehe auch: Deetjen 2007*

- Adipositas.

Die Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V können auch als *Mutter-/Vater-Kind-Leistungen* erbracht werden. In diesem Fall müssen sie spezielle interaktive Behandlungsangebote beinhalten, die auf die Verbesserung der ggf. gestörten Mutter-/Vater-Kind-Beziehung – unabhängig von der jeweiligen Ursache – abzielen. Für *Kinder* muss ein Betreuungsangebot, für behandlungsbedürftige Kinder ein entsprechendes Behandlungsangebot vorhanden sein.⁵⁵

Zielgruppen von Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sind Mütter / Väter, wenn

- *Vorsorgebedürftigkeit* besteht, d.h. wenn
 - die ärztliche Behandlung einschließlich Leistungen präventiver Ausrichtung nicht ausreichend oder ohne Erfolg ausgeführt worden ist,⁵⁶
 - ein oder mehrere beeinflussbare(r) Risikofaktor(en) (z.B. Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel) für bestimmte Erkrankungen nachweisbar ist/sind, oder
 - eine oder mehrere behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung(en), jedoch ohne klinische Manifestation einer Krankheit besteht/-en, oder
 - eine Krankheit bereits klinisch manifest geworden ist (insbesondere chronisch rezidivierende oder progrediente Erkrankungen) und Vorsorgefähigkeit sowie eine positive Vorsorgeprognose vorliegen,⁵⁷ und
- *Vorsorgefähigkeit* (d.h. Motivation, körperliche / geistige Fähigkeit zur Teilnahme an der Maßnahme, Fähigkeit, Gesundheitsverhalten zu ändern bzw. Copingstrategien zu erlernen) gegeben ist,
- *Vorsorgeziele* formuliert werden können sowie
- unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren eine *positive Vorsorgeprognose* gestellt werden kann.⁵⁸

Für die *Zielgruppen von Rehabilitationsleistungen* für Mütter / Väter nach § 41 SGB V gelten die Indikationskriterien

⁵⁵ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a: 4 und 8ff; *dies.* 2003b: 4 und 8ff; siehe dazu auch: Müller-Rückert 2003: 7ff

⁵⁶ Vgl. *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 29

⁵⁷ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a: 6; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 14

⁵⁸ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003b: 6; *Gemeinsamer Bundesausschuss* 2004: §§ 8 bis 10; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 36; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 14f

- *Rehabilitationsbedürftigkeit*, d.h. wenn als Folge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung
 - voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen vorliegen
 - und/oder Beeinträchtigungen drohen oder bereits manifest sind und über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist,
- *Rehabilitationsfähigkeit*,
- *realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele* sowie
- *positive Rehabilitationsprognose*.⁵⁹

Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen können in Betracht kommen, wenn

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter / dem Vater zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z.B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern / Vätern, insbesondere bei allein erziehenden und / oder berufstätigen Müttern / Vätern, eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes/der Kinder von der Mutter/ dem Vater unzumutbar ist, oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter / des Vaters nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung für die Mutter / den Vater daran scheitern kann,

und die Mitaufnahme des Kindes / der Kinder den Erfolg der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme der Mutter / des Vaters nicht gefährdet. Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder im Alter von bis 12 zu Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.⁶⁰

Die Regeldauer einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme beträgt drei Wochen.⁶¹ Eine Verlängerung der Maßnahme ist möglich. In der Regel kann eine stationäre Vorsorge-

⁵⁹ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003b: 6; *Gemeinsamer Bundesausschuss* 2004: §§ 8 bis 10; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 36

⁶⁰ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a: 6f; *dies.* 2003b: 6f; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 31f, 36

⁶¹ Bis zum Inkrafttreten des *Beitragsentlastungsgesetzes* vom 01. November 1996 betrug die Maßnahmedauer in der Regel vier Wochen. Die Reduzierung um eine Woche wird beklagt, da bessere Erfolge nach längerem stationärem Aufenthalt nachgewiesen werden konnten (vgl. *Blau* 1997; *Samsel* 2001; *Hons* 2001).

bzw. Rehabilitationsmaßnahme alle vier Jahre gewährt werden. Medizinisch begründete Ausnahmen sind sowohl bei der Dauer als auch beim Wiederholungsintervall möglich.

Wichtig ist, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V als Alternative *grundsätzlich nicht* in Betracht kommen, da sie von einer Mutter bzw. einem Vater mit Kind(ern) in der Regel nicht genutzt werden können und nicht zielführend sind, wenn besondere Maßnahmen im Hinblick auf die Beziehung zwischen Mutter/Vater und Kind(ern) erforderlich sind.⁶² Zudem wurde durch das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* (Neufassung der §§ 24 und 41 SGB V) ausdrücklich klargestellt, dass der Grundsatz „ambulante vor stationär“ im Bereich der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen nicht gilt.

Vor diesem Hintergrund illustrieren die *Abbildungen 2 bis 4*, welche Kriterien zu beachten sind, um Personen den Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen zuzuordnen.⁶³

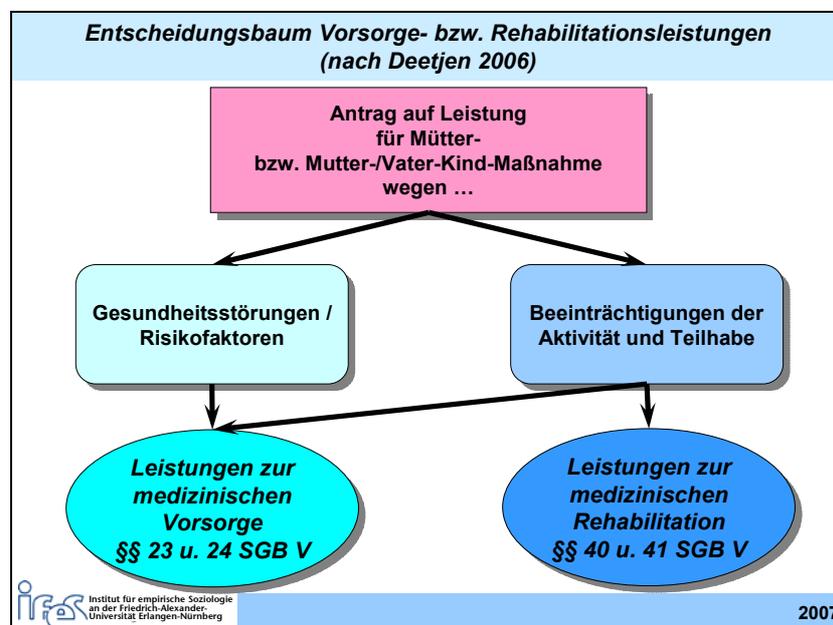


Abbildung 2

⁶² Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a: 6f; 2003b: 6f; *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 32

⁶³ Siehe dazu die Algorithmen zur Indikationsstellung in: *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 76f. Auch wenn nach dieser „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ Rehabilitationsbedürftigkeit nur dann gegeben ist, wenn nicht nur vorübergehende (d.h. in der Regel mindesten sechs Monate andauernde) alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe vorliegen (vgl. *ebd.*: 16; siehe *Abbildung 4*), kommt es in der Praxis vor, dass Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Anschlussrehabilitation) auch dann gewährt werden, wenn die Beeinträchtigungen bereits früher behoben werden können (vgl. *Deetjen*, persönliche Mitteilung am 24.07.2007).

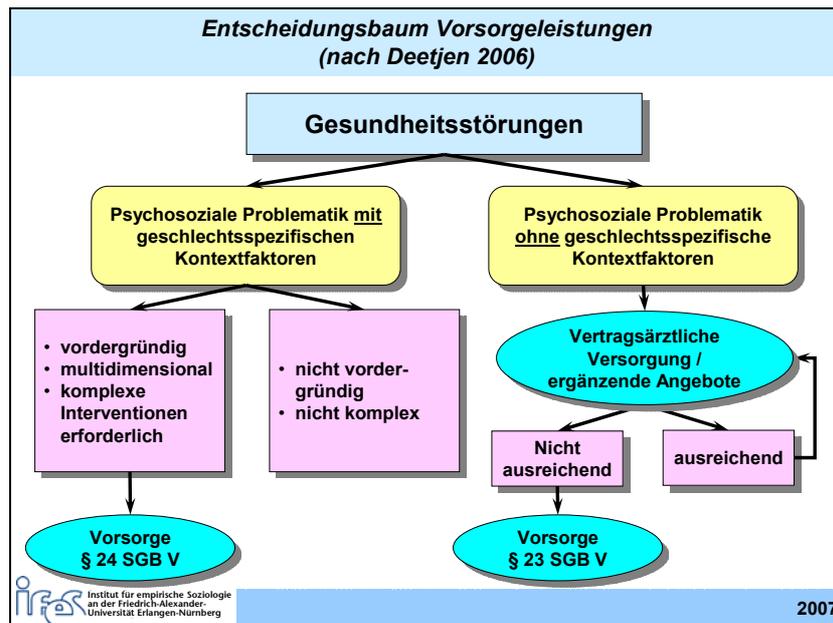


Abbildung 3

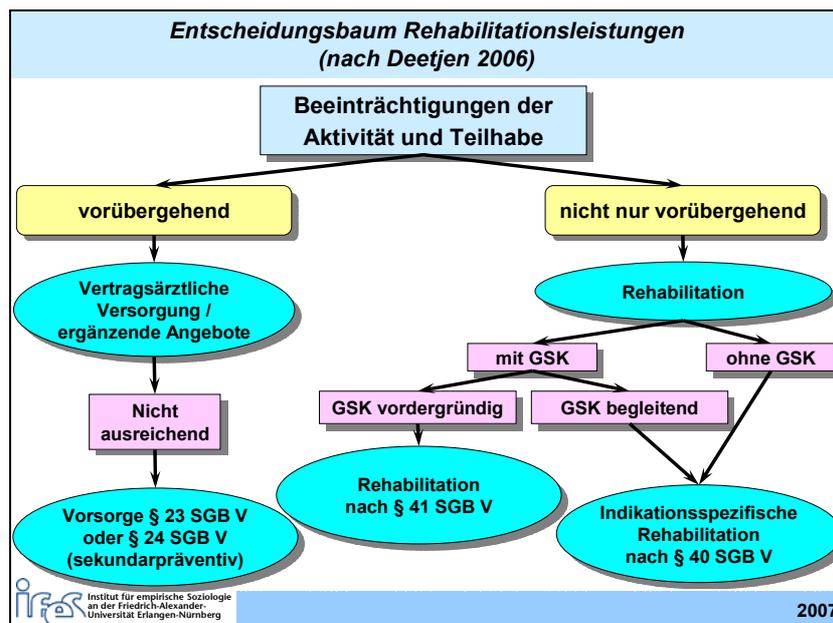


Abbildung 4 (★ GSK = geschlechtsspezifische Kontextfaktoren)

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter werden von den Krankenkassen auf einen Antrag hin gewährt, dem ein ärztliches Attest beigelegt ist, aus dem die Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit der/des Antragstellerin/-ers und ggf. des/der Kindes/-er hervorgeht. Hilfreich ist es, auch einen beim MGW und seinen Träger-

ganisationen erhältlichen ausgefüllten Selbstauskunftsbogen⁶⁴ einzureichen, aus dem Einzelheiten zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation sowie zu den geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhängen (Kontextfaktoren) hervorgehen. Wird ein Antrag abgelehnt, so kann Widerspruch dagegen eingereicht werden.⁶⁵

Die speziellen bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelten *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen sind bei der Antragstellung und allen in diesem Zusammenhang anfallenden Formalitäten, bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung und – nach Genehmigung – auch bei der Anmeldung kostenlos behilflich.⁶⁶ Sie unterstützen die Hilfesuchenden auch, wenn es darum geht, Widerspruch gegen einen ablehnenden Bescheid der Krankenkasse einzulegen,⁶⁷ leisten allerdings keine Rechtsberatung.

2.2.3 Finanzierung der Leistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die vollen Kosten dieser Maßnahmen⁶⁸, allerdings müssen die Teilnehmerinnen – mit Ausnahme der Kinder – die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro pro Tag leisten.⁶⁹ Während einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme besteht Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt lebt und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Auch für Leistungen der Haushaltshilfe werden Zuzahlungen erhoben.⁷⁰ Allerdings gelten diese Leistungen als

⁶⁴ Zur Aussagekraft solcher Selbstauskünfte siehe: *Seger* 2005

⁶⁵ Zur Begutachtung und Bewilligung von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen und der Allokation der Zielgruppenangehörigen siehe etwa: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri* 2002: 75ff.; *Bublitz* 2005; *Leistner* 2005; *Seger* 2005; *Waldeyer-Jeebe* 2005

⁶⁶ Allerdings wird beklagt, dass diese Vorbereitungen vor der Maßnahme von den Kassen strukturell und inhaltlich nicht ernst genommen würden (vgl. *Müller-Rückert* 2003: 8).

⁶⁷ Vgl. *Redaktionsbüro GESUNDHEIT / Schilling* 2007: 4f

⁶⁸ Die Kosten für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen von Beamtinnen sind nach den geltenden Beihilfevorschriften grundsätzlich beihilfefähig (siehe dazu: *Bundesverwaltungsamt* 2005).

⁶⁹ Vgl. § 61 SGB V. Nach § 62 SGB V haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten, wobei die Bruttoeinnahmen aller Haushaltsmitglieder (also auch der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und des Lebenspartners) zugrunde gelegt werden. Dies gilt auch für Sozialhilfe-Bezieherinnen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 %, für chronisch Kranke 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt.

Das *MGW* bietet Müttern, die sich die Zuzahlungen nicht leisten können, an, sie in Abhängigkeit von ihrer individuellen finanziellen Situation ggf. mit Spendengeldern zu unterstützen (vgl. URL: [http://www.Muettergenesungswerk.de/cms/\(S\(jfdy5we0oxhzbquse3kirjnl\)\)/DesktopDefault.aspx?TabID=440](http://www.Muettergenesungswerk.de/cms/(S(jfdy5we0oxhzbquse3kirjnl))/DesktopDefault.aspx?TabID=440); Stand 20.07.2007).

⁷⁰ Vgl. § 38 SGB V. Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe zur Versorgung von zu Hause verbleibenden Kindern / Geschwisterkindern, fallen an Zuzahlung pro Tag der Leistung 10 % der Kosten an; für die Dauer einer Mutter- oder Mutter-Kind-Maßnahme und einen mehrstündigen täglichen Einsatz vorausgesetzt, ergeben sich derzeit bei 22 Berechnungstagen bis zu 220 € Zuzahlung für die Haushaltshilfe/ Familienpflege.

Satzungsleistungen der Krankenkassen und werden daher in unterschiedlichem Umfang gewährt.

Medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden, soweit ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall besteht. Arbeitnehmerinnen haben Anspruch auf volle Lohnfortzahlung.⁷¹

Modernisierung, Aus- und Umbauten (Objektförderung) von *MGW*-Einrichtungen können durch den Bund (*BMFSFJ*)⁷² in Form von Bauzuschüssen gefördert werden.

2.2.4 Marktverhältnisse im Bereich von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen⁷³

Um die wirtschaftlichen Probleme der Anbieter von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, von denen später die Rede sein wird, verstehen zu können ist es erforderlich, die besonderen Marktverhältnisse im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Demnach handelt es sich hier nicht um einen vollkommenen Markt,⁷⁴ so dass die Allokation im Gesundheitswesen dem Marktmechanismus aus folgenden Gründen weitgehend entzogen ist:

⁷¹ Vgl. § 10 *Bundesurlaubsgesetz*; § 3 *Entgeltfortzahlungsgesetz*

⁷² Der für das *BMFSFJ* relevante Einzelplan 17 des Bundeshaushaltsplans für das Jahr 2005 (siehe: <http://www.Bundesfinanzministerium.de/bundshaushalt2005/html/ep17/ep17kp02nra0505.html>; Stand: 20.07.2007) weist Folgendes aus:

Titel Funktion	Zweckbestimmung	Soll 2005 1.000 €	Soll 2006 1.000 €	Soll 2007 1.000 €
893 54 -319	Zuschüsse für überregionale Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes	4.090	4.090	4.090
	<u>Verpflichtungsermächtigung</u>			
	3.068 T€			
	davon fällig:			
	im Haushaltsjahr 2006 bis zu	1.534 T€		
	im Haushaltsjahr 2007 bis zu	1.023 T€		
	im Haushaltsjahr 2008 bis zu	511 T€		

Tabelle 1

⁷³ Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützen sich im Wesentlichen auf die Ausführungen bei *Kliche* (2004: 14-27). Siehe dazu auch: *Borges / Hofmann / Zimolong* 2006.

⁷⁴ Von einem vollkommenen Markt ist nur dann auszugehen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- *Maximumprinzip*, d.h. alle Anbieter streben nach dem Gewinnmaximum, alle Nachfrager nach dem Nutzenmaximum,
- *vollkommene Markttransparenz*, d.h. alle (unendlich vielen) Anbieter und Nachfrager sind stets vollkommen informiert,
- *Homogenität der Güter*, d.h. die Marktteilnehmer haben keine persönlichen, sachlichen, räumlichen oder zeitlichen Präferenzen,
- *unendlich schnelle Reaktion* der Marktteilnehmer auf Preisänderungen oder anderen Marktverschiebungen.

Die Bildung eines Gleichgewichtspreises erfolgt hier ausschließlich aufgrund des Marktmechanismus und nicht aufgrund staatlicher Interventionen. (Siehe dazu z.B. auch: *Breyer / Zweifel* 1992: 139ff)

- Das *Maximumprinzip* ist *nicht erfüllt*, da die Anbieter, d.h. die verschiedenen Einrichtungen nicht dem Gewinnmaximierungsstreben folgen (z.B. sozialversicherungsträger-eigene, gemeinnützige Häuser), die Nachfrager – und das sind nicht die Patienten, sondern die Kostenträger – streben nicht nach dem Nutzenmaximum (das ließe sich nur unmittelbar am Patienten „festmachen“).
- *Vollkommene Markttransparenz* ist *nicht gegeben*, da es für Pflegesätze keinen Marktpreis gibt und die Preisbildung intransparent ist.
- Die *Homogenitätsbedingung* ist *nicht erfüllt*, weil es Präferenzen der Kostenträger bei der Wahl der Einrichtungen gibt.
- Anbieter und Nachfrager *reagieren nicht unendlich schnell* auf Preisänderungen oder Marktverschiebungen, anderenfalls käme es bei sinkender Auslastung nicht zu Angebotsüberhängen.

Besonderen Einfluss auf die Wettbewerbsdynamik haben im Gesundheitswesen zudem *Gesetzesänderungen* sowie die *Marktmachtverteilung* zwischen den Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen, d.h. den Leistungserbringern und den Kostenträgern.

Für die Anbieter von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen war in den letzten Jahren insbesondere das *Beitragsentlastungsgesetz* vom 01.11.1996 von besonderer Bedeutung, enthielt es doch drei wesentliche Neuerungen:

- die Reduzierung der Maßnahmedauer von vier auf drei Wochen,
- die Erhöhung des Zeitintervalls zwischen zwei stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbehandlungen von drei auf vier Jahre,
- die Verdoppelung der Zuzahlungen der Teilnehmerinnen / -er.⁷⁵

Auch die *Marktmachtverteilung* ist als wesentlicher Dynamikfaktor des Wettbewerbs anzusehen. Am Markt der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben die Sozialversicherungsträger eine starke Position: So verfügen sie über die Belegungshoheit und stehen einem Überangebot⁷⁶ an Leistungen gegenüber. Zudem führen sie die Entgeltverhandlungen

⁷⁵ Diese Änderungen sowie das *Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG)* vom 26.09.1996, mit dem für den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung eine strikte Budgetierung der Ausgaben für Rehabilitation festgelegt wurde, führten schon 1997 im gesamten Bereich der Kurorte und Heilbäder zu einem durchschnittlichen Rückgang der Pflegetage um 29 % und damit zu 70.000 leer stehenden Betten, die einen Preisverfall nach sich zogen (im Orthopädiebereich fielen die Tagessätze von 220 bis 240 DM im Jahr 1997 auf 180 DM und weniger im Jahr 2001, wobei angenommen wird, dass mit Pflegesätzen unter 200 DM keine ausreichende Pflegequalität sichergestellt werden kann). Dadurch wurde das Rehabilitationsgeschäft für einen Teil der Kliniken mit hohem Fixkostenanteil unprofitabel (vgl. *Kliche* 2004: 24. Zu den wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Gesundheitsreform im Bereich der Heilbäder und Kurorte siehe: *Buchner* 2002: 273ff).

⁷⁶ Allerdings ist strittig, ob es sich dabei objektiv um ein Überangebot (Angebot objektiv größer als der Bedarf) handelt oder ob es zu Angebotsüberhängen kommt, weil der Bedarf durch eine bestimmte Bewilligungs- bzw. Belegungspraxis der Kostenträger „künstlich“ klein gehalten wird.

und bestimmen die Qualitätsstandards der zu erbringenden Leistungen. Insofern verfügen sie über einen guten Überblick über das Leistungsgeschehen und die Preispolitik der einzelnen Anbieter. Während sich die Kostenträger die Einrichtungen, in die sie ihre Versicherten steuern, auswählen können, haben die Kliniken keinen Anspruch auf Belegung, eine neutrale Schiedsstelle existiert nicht.⁷⁷ Auf diese Weise werden kostenträgernahe Einrichtungen bevorzugt. Dem Preisdruck können sich nur Kliniken entziehen, die eine außergewöhnliche Marktstellung einnehmen, z.B. weil sie von den Kostenträgern als unverzichtbar angesehen werden oder weil der Umstieg auf eine andere Einrichtung zu aufwändig wäre. Dies ist jedoch im Bereich der kommerziellen und gemeinnützigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kaum der Fall, der gekennzeichnet ist von unterschiedlich großen Häusern an zahlreichen Standorten in peripheren Regionen jenseits der Ballungszentren. Aus diesen Gründen können die Kostenträger die Kliniken gegeneinander ausspielen bzw. von einer Klinik zur anderen wechseln.

Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass Effizienzkennzahlen für Einrichtungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Werten basieren (müssen), die nur partiell von den Einrichtungen selbst gesteuert werden können. Zwar bestimmen sie über die Anzahl der vorgehaltenen Betten sowie über das Personal - dies jedoch nur in den Grenzen, die ihnen durch vorgegebene Qualitätsstandards (z.B. Anforderungsprofile nach § 111a SGB V) gesetzt sind und im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen von den Sozialversicherungsträgern akzeptiert werden. Keinen Einfluss haben die Einrichtungen jedoch auf die Größen „Belegung“ und „Zahl der Behandlungstage“, die für die Auslastung determinierend sind. Insofern machen Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Effizienzkennzahlen einzelner Einrichtungen nur begrenzt Sinn.⁷⁸

2.2.5 Qualitätssicherung von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation haben die erforderliche Qualität, wenn sie die damit angestrebten Vorsorge- und Rehabilitationsziele erreichen, ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet sind und dem *state of the art* entsprechen. Die Qualitätssicherung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

⁷⁷ Es wird darauf hingewiesen, dass die stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen das einzige Produkt der Gesundheitssicherung sind, das die Sozialleistungsträger direkt beim einzelnen Produzenten und nicht bei dessen Verband oder Spitzenvertretung einkaufen (vgl. Heine 2002: 7).

⁷⁸ Vgl. Kliche 2004: 61

- stellt ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung dar,
- ermöglicht den Versicherten eine qualitätsgesicherte Behandlung und
- bildet die Grundlage für qualitätsorientierten Wettbewerb.⁷⁹

Unterschieden wird zwischen

- *externer Qualitätssicherung*, mit der die Qualität der Leistungserbringung transparent gemacht, objektiv bewertet und verglichen werden soll, um
 - die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen kontinuierlich weiterentwickeln zu können,
 - es Versicherten, Leistungsträgern und Einrichtungen selbst zu ermöglichen, sich über die Qualität zu informieren und diese Information als Entscheidungsgrundlage zu nutzen;
- *interner Qualitätssicherung* zur einrichtungsinternen, kontinuierlichen Problemerkennung, Schwachstellenanalyse und Qualitätsverbesserung sowie Weiterentwicklung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung.⁸⁰

Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Verpflichtung, sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätssicherungsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, finden sich in der „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V“⁸¹ sowie in den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V, die Leistungen nach § 24 bzw. § 41 SGB V erbringen.⁸² Nur wenn diese Regelungen eingehalten werden, kann ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit einer Einrichtung abgeschlossen werden. Mit der Novellierung des § 137d SGB V hat das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* eine neue Grundlage für die Qualitätssicherungsanforderungen geschaffen, die auch die Bestimmungen von SGB IX einbezieht. Seit März 2007 verhandeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer daher über eine neue Vereinbarung. Auch auf der Ebene

⁷⁹ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen* 2004: Präambel und § 2 Abs. 1

⁸⁰ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen* 2004: § 2 Abs. 2 und 3

⁸¹ Siehe: *Spitzenverbände der Krankenkassen / Spitzenorganisationen der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen* 2004

⁸² Siehe *Spitzenverbände der Krankenkassen et al.* 2003a, b. Etliche Vorgaben der Anforderungsprofile wurden durch „Auslegungsgrundsätze“ präzisiert (siehe dazu: *Spitzenverbände der Krankenkassen / Müttergenesungswerk / Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten* 2004)

der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)* wird über einzelne Regelungen zum Qualitätsmanagement im Bereich der Rehabilitationsleistungen verhandelt.

Das *Müttergenesungswerk*, seine Trägerorganisationen und ihre Einrichtungen engagierten sich bereits vor Inkrafttreten der gesetzlichen Bestimmungen um eine angemessene Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. So trat am 01.01.2001 das Konzept „Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung“ in Kraft, das Qualitätsprofile für Struktur- und Prozessqualität aller bestehenden Einrichtungen festlegt und im Anerkennungsverfahren für neue Einrichtungen sowie für regelmäßig stattfindende Qualitätsprüfungen zugrunde gelegt wird.⁸³ Folgende zentrale Elemente haben Eingang in dieses Konzept („Gütesiegel für den hohen Qualitätsstandard ihrer Einrichtungen“) gefunden:⁸⁴

- Ganzheitlicher- und frauenspezifischer Behandlungsansatz
- Ausrichtung des Therapieangebotes an frauen- und mütterspezifischen Erkrankungs- und Beschwerdebildern
- Indikationsspezifisches Behandlungskonzept
- Arbeit im interdisziplinären Team
- Dokumentation
- Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung
- Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen der Trägergruppen (Wohlfahrtsverbände)

Lange bevor das *BMFSFJ* eine erste Studie zur Effektivität, zum Bedarf und zur Inanspruchnahme von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen⁸⁵ in Auftrag gab, wurden bereits verschiedene fundiertere Analysen zum Teilnehmerinnenkreis sowie zur Maßnahmenausgestaltung und -effektivität vom *Müttergenesungswerk* selbst vorgelegt.⁸⁶ Später übertrug das *MGW* die Teilnehmerinnen-Analyse (in unregelmäßigen Abständen) dem *Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover*, der heute über eine 10-jährige Forschungserfahrung⁸⁷ in diesem Bereich verfügt. Dieses Institut hat in der Zwischenzeit eine eigenes Konzept zur internen und externen Qualitätssicherung entwickelt und innerhalb seines Verbundes erprobt und umgesetzt⁸⁸ sowie eine

⁸³ Vgl. *Müttergenesungswerk* 2001: 3

⁸⁴ Vgl. *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk* 2005: 13

⁸⁵ Siehe dazu: *Collatz / Borchert / Brandt / Titze* 1996

⁸⁶ Siehe: *Dokter* 1998; *Müttergenesungswerk* 1999, 2000

⁸⁷ Siehe dazu: *Collatz / Barre / Sperlich* 2006

⁸⁸ Siehe dazu: *Arnhold-Kerri / Collatz* 2001, 2002a; *Barre / Schaub / Collatz* 2002; *Sperlich / Collatz* 2002; *Sperlich / Collatz / Arnhold-Kerri* 2002, 2003; *Arnhold-Kerri* 2004; *Barre* 2005a, b; *Sperlich* 2005

Reihe von Primär- und Sekundäranalysen zur Maßnahmeeffektivität vorgelegt⁸⁹, deren Ergebnisse auch in die Öffentlichkeitsarbeit des *Müttergenesungswerkes* einfließen.⁹⁰

Seit Oktober 2006 werden vom *Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg* in zwei Projekten zur „Qualitätssicherung im Bereich der Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter und Väter einschl. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ QS-Instrumente und -Verfahrensweisen entwickelt und erprobt. Diese sollen neben der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen praxisnahe valide und objektive Qualitätsmessungen und –vergleiche ermöglichen, die Transparenz des Leistungsgeschehens fördern und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unterstützen. Die Projekte werden im Auftrag der *Spitzenverbände der Krankenkassen* finanziert und in Kooperation mit den *Spitzenverbänden der Leistungserbringer* durchgeführt.⁹¹

2.3 Teilnehmerinnenstrukturen und Erfolge der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in *MGW*-Einrichtungen

Während über die Sozialstruktur der Teilnehmer an Vater-Kind-Maßnahmen in Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes* bisher nichts veröffentlicht wurde, finden sich folgende aktuellen Informationen zum Kreis der Inanspruchnehmerinnen:⁹²

⁸⁹ Siehe dazu: *Schaub / Collatz* o.J.; *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 1998: 59ff; *Schaub / Collatz* 2000; *Bettge / Ravens-Sieberer* 2001; *Arnhold-Kerri / Collatz* 2002a, 2002b; *Arnhold-Kerri et al.* 2002a, 2002b; *Collatz* 2002; *Engel et al.* 2002; *Arnhold-Kerri / Collatz / Sperlich* 2003; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2003; *Barre / Sperlich / Collatz* 2003; *ohne Verfasser* 2003a; *Arnhold-Kerri* 2005; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2006; *Barre* 2006; *Barre / Collatz* 2006; *Bruns / Collatz* 2006; *Neubourg* 2006; *Sperlich* 2006;

⁹⁰ Allerdings stützen sich die Ergebnisse des *Forschungsverbundes* in jüngerer Zeit nicht auf Erhebungen im gesamten Bereich der *MGW*-Einrichtungen. Vielmehr kann er nur auf Daten seiner Mitglieder, also 14 *MGW*-Häuser (weitere 13 privatwirtschaftliche bzw. kostenträgereigene Kliniken sind ebenfalls Mitglieder) zurückgreifen, für die er Dienstleistungen zur internen und externen Qualitätssicherung erbringt. (vgl. Website des Forschungsverbundes: URL: http://www.forschungsverbund-mhh.de/Code1024/mitglie_der1024.htm, Stand: 03.08.2007)

⁹¹ Siehe: *Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg* 2006; *Stöcker* 2007: 12. Dabei wird auf das QS-Reha®-Verfahren (siehe dazu URL: <http://www.qs-reha.de>) zurückgegriffen, das (bezogen auf Mütter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen) vom *Müttergenesungswerk* und der *Barmer Ersatzkasse* initiiert und in den Jahren 1999 bis 2002 von der *Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (Universitätsklinikum Freiburg)* in Kooperation mit der *Abteilung Rehabilitationspsychologie (Institut für Psychologie, Universität Freiburg)* entwickelt wurde. Siehe dazu: *Meixner / Gerdes / Jäckel* 2000; *Glattacker et al.* 2001a b; 2002; 2003; *Herwig et al.* 2001; *Engel et al.* 2003; *Meixner* 2004, 2005; *Meixner et al.* 2001; 2002, 2003, 2005.

⁹² Vgl. *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk* 2000, 2005, 2006. „Der Datenreport 2006“ von *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* (2006) bezieht sich allerdings nur auf Teilnehmerinnen, die im Jahre 2005 Mutter-Kind-Maßnahmen in zwölf Mutter-Kind-Einrichtungen absolvierten. Väter waren nicht vertreten (vgl. *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2006: 6). Über soziodemografische Daten von Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Maßnahmen berichten ferner: *Collatz et al.* 1996, 1998; *Dokter* 1996: 588ff; *Strittmatter et al.* 1997; *Dokter* 1998; *Müttergenesungswerk* 1999, 2000; *Herwig et al.* 2001: 212; *Meixner et al.* 2001; *ohne Verfasser* o.J.a; *Sperlich / Collatz* o.J.

Aus *Tabelle 2* geht hervor, dass die Teilnahme an den *MGW*-Maßnahmen zwischen 2002 und 2006 fast um ein Drittel zurückging. Auf die Ursachen dieses Rückgangs wird später in *Abschnitt 2.4* eingegangen.

Jahr*	Mütter	Index Mütter	Kinder	Index Kinder
1999	50.000	100	64.000	100
2000	57.000	114	66.000	103
2001	52.000	104	71.000	111
2002	50.000	100	68.000	106
2003	47.000	94	64.000	100
2004	41.000	82	57.000	89
2005	34.000	68	46.000	72

Tabelle 2: Teilnehmerinnen an Maßnahmen in *MGW*-Einrichtungen 1999 bis 2005.

Quelle: *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2000, Müttergenesungswerk 2006c*

Da den Unterlagen des *MGW* aktuelle Daten zum Verhältnis der Inanspruchnahme von Vorsorge- zu Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu entnehmen sind, greifen wir in diesem Zusammenhang auf die „Pro-Transparenz-Studie“ der *Spitzenverbände der Krankenkassen* und des *Medizinischen Dienstes* zurück (siehe *Abbildung 5*).⁹³

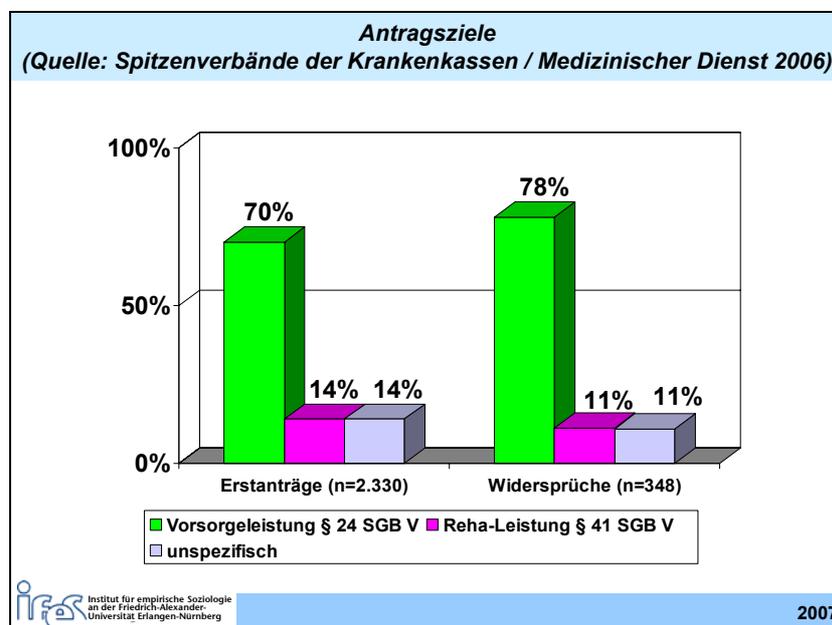


Abbildung 5

⁹³ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst 2006: 9*

Demnach liegt der Schwerpunkt der Antragstellungen (und damit auch der Maßnahmen) im Bereich der Vorsorgeleistungen: Nur 14 % der Erstantragstellerinnen der Stichprobe beantragten Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V, 70 % bemühten sich um Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V, bei 14 % ging die Art der beantragten Leistung nicht aus dem Antrag hervor. Die Struktur der Widersprüche war ähnlich. In 92,7 % der Fälle wurden Mutter-Kind-Leistungen, im 1,8 % der Fälle Vater-Kind-Leistungen und in 3,6 % der Fälle Mütterleistungen beantragt; 1,9 % der Fälle waren unspezifisch ausgerichtet.

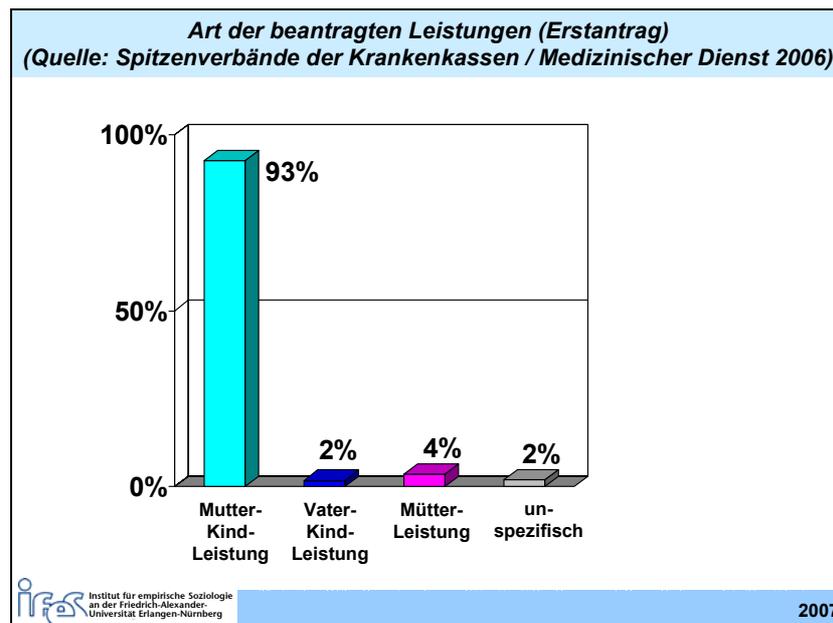


Abbildung 6

Aktuelle Informationen zur Sozialstruktur der Teilnehmerinnen finden sich in *Tabelle 3*. Über die Teilnahme von Vätern finden sich hier allerdings keine Angaben. Die „Pro-Transparenz-Studie“ zeigt jedoch, dass Männer insofern eine untergeordnete Rolle spielen, als nur 1,9 % der Anträge auf Maßnahmen für Mütter bzw. Väter von männlichen Versicherten gestellt werden (siehe *Abbildung 6*). Allerdings entspricht dieser Prozentsatz in etwa dem Anteil der alleinerziehenden Väter mit Kindern unter 18 Jahren an allen Familien (1,8 %). Demgegenüber waren die Mütter mit 32 % im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt überproportional oft allein erziehend.

Die teilnehmenden Frauen waren bei einer Streuung von fast sechs Jahren im Durchschnitt etwa 35 Jahre alt. Dieser Befund weicht unwesentlich ab von den Ergebnissen der „Pro-

Transparenz-Erhebung“: Dort betrug das Durchschnittsalter 36,8 Jahre, 65 % der Versicherten waren 35 Jahre alt und älter.⁹⁴

Alter der Mutter (n = 921)		Alter der Kinder (n = 1.489)	
bis 25 Jahre	3 %	0 – 12 Monate	2,8 %
26 bis 40 Jahre	72 %	1 Jahr	9,4 %
40 bis 45 Jahre	16 %	2 Jahre	11,4 %
über 46 Jahre und älter	9 %	3 Jahre	9,7 %
Durchschnittsalter	35,2 Jahre (s = 5,63)	4 Jahre	11,4 %
Familienstand (n = 977)		5 bis 6 Jahre	19,7 %
ledig	19,4 %	7 bis 8 Jahre	13,8 %
verheiratet	55,1 %	9 bis 12 Jahre	18,2 %
geschieden	11,3 %	13 bis 18 Jahre	3,5 %
getrennt lebend	11,9 %	Durchschnittsalter	5,6 Jahre (s = 3,69)
verwitwet	2,4 %		
alleinerziehend	32,2 %		
Schulabschluss (n = 966)		Anzahl der Kinder (n = 966)	
Kein Schulabschluss	2,0 %	1	32,9 %
Hauptschule	18,7 %	2	45,1 %
Realschule	53,2 %	3	15,9 %
Abitur/Fachabitur	23,4 %	4 und mehr	6,0 %
Sonstiges	2,7 %	Durchschnitt	2 Kinder
Erwerbstätigkeit (n = 788)		Anzahl der Kinder in der Maßnahme (n = 966)	
Vollzeit	14,1 %	1	51,0 %
Teilzeit	30,1 %	2	40,9 %
geringfügig	12,7 %	3	7,0 %
nicht erwerbstätig	43,1 %	4 und mehr	11,0 %
Monatliches haushaltsbezogenes Nettoeinkommen (n = 958)		Durchschnitt	1,6 Kinder
bis 1.000 €	25,6 %		
1.000 bis 1.500 €	20,8 %		
1.501 bis 2.000 €	21,6 %		
2.001 bis 2.500 €	15,1 %		
2.501 bis 3.750 €	14,2 %		
über 3.750 €	2,7 %		

Tabelle 3: Überblick über wichtige soziodemographische Merkmale von Maßnahmeteilnehmerinnen (Quelle: Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 7ff; Müttergenesungswerk 2006a)

⁹⁴ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst 2006: 10

Das Alter der Kinder lag bei durchschnittlich fünfeneinhalb Jahren (Streuung von fast 4 Jahren). Im Mittel hatten die Mütter zwei Kinder und damit mehr Nachwuchs als eine durchschnittliche deutsche Frau.⁹⁵ Die Teilnehmerinnen brachten durchschnittlich 1,6 Kinder in die Maßnahme mit.

57 % der teilnehmenden Frauen waren (zumindest geringfügig) erwerbstätig und damit deutlich seltener als Frauen (mit in der Familie lebenden ledigen Kindern) im Bevölkerungsmittel (70 %).⁹⁶ Vergleicht man die Verteilung der Einkommensklassen der Teilnehmerinnen mit derjenigen in bundesdeutschen Haushalten (Mikrozensus 2004) so zeigt sich, dass 44 % der Maßnahmeteilnehmerinnen über ein Haushaltseinkommen von maximal 1.500 € verfügen, während dies auf die Gesamtbevölkerung bezogen bei 41 % der Haushalte der Fall ist.⁹⁷

Tabelle 4 enthält aktuelle Informationen zu den Belastungen und zur gesundheitlichen Situation der Teilnehmerinnen von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und ihren Kindern. Erkennbar ist eine multivariate Belastungsstruktur. Die teilnehmenden Personen sind als multimorbide anzusehen; durchschnittlich litten die Mütter etwa unter drei Beschwerden bzw. Erkrankungen, wobei zu den somatischen Erkrankungen, die auch sonst in der medizinischen Rehabilitation besonders häufig behandelt werden (Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, der Atemwege, des Herzens und des Kreislaufs sowie Allergien und Hautkrankheiten) vor allem psychische, psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen (insbesondere affektive Störungen, Depressionen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) hinzutraten. Erwartungsgemäß standen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische und Verhaltensstörungen im Vordergrund. Dabei klagten 20 % der Frauen über Rückenschmerzen und 11 % über sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: Diese Erkrankungen sind häufig psychosomatischen Ursprungs.⁹⁸ Allein 23 % der Mütter wiesen neurotische Störungen (F48) auf, 4 % zeigten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und 3 % befanden sich in depressiven Episoden (F48).

⁹⁵ Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau betrug im Jahre 2004 1,36 Kinder (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006c: 32).

⁹⁶ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2005a: Tabelle 3.2

⁹⁷ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006c: 112. Leider unterscheidet sich die Klassifizierung des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder wesentlich von derjenigen des *Statistischen Bundesamtes*, so dass sich lediglich die Klassen „bis 1500 €“ und „über 1.500 €“ vergleichen lassen.

⁹⁸ Siehe dazu: *Kütemeyer / Schulz-Venrath* 1996; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 2001: 389ff; *Deck / Kohlmann* 2002: 329ff; *Widder / Frisch* 2005; *Barre* 2006; *Barre / Collatz* 2006. Allerdings erwies sich die stationäre Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen bisher nur als mäßig wirksam. Gleichwohl wird für eine Fortsetzung der bewährten Praxis plädiert (vgl. *Hüppe / Raspe* 2003: 150f).

Mütterspezifische Belastungen (Ausprägungen stark bis sehr stark, nmax = 519)		Anzahl somatischer Beschwerden / Erkrankungen laut Selbstausskunft der Mütter (n = 540)		
Grundsätzliche Belastungen		Bewegungsapparat	84,8 %	
ständiger Familieneinsatz	59,0 %	Ohne erkennbare organische Ursache	68,5 %	
Haushalt	39,1 %	Psychische Beschwerden	41,1 %	
finanzielle Situation	36,5 %	Atemwege	34,9 %	
durch Kinder	32,8 %	Haut	28,7 %	
interpersonale Beziehungen	24,4 %	Herz-Kreislauf	27,9 %	
geringe Anerkennung	20,2 %	Gynäkologische Beschwerden	20,5 %	
soziale Isolation	14,1 %	Bauch und Stoffwechsel	13,9 %	
Spezielle Belastungen		Sonstige Beschwerden	25,1 %	
berufliche Situation	33,2 %	Häufigste Erkrankungen der Kinder		
partnerschaftliche Situation	30,0 %	Erkrankungen des Atmungssystems	30 %	
alleinige Kinderversorgung und -erziehung	27,6 %	Psychische und Verhaltensstörungen	17 %	
Pflegesituation	13,9 %	Erkrankungen der Haut	12 %	
psychosoziale Situation insgesamt	58,4 %	Erkrankungen des Bewegungsapparates	5 %	
Anzahl somatischer Beschwerden / Erkrankungen laut Selbstausskunft (n = 1.007)		Intensität somatischer Beschwerden / Erkrankungen laut Selbstausskunft der Mütter (Ausprägungen stark und sehr stark, n = 540)		
keine Beschwerden / Erkrankungen	4,4 %	Beschwerden / Erkrankungen	Leicht, mittel	Stark, sehr stark
eine Beschwerden / Erkrankungen	7,2 %	Bewegungsapparat	49,5 %	50,5 %
zwei Beschwerden / Erkrankungen	21,0 %	Ohne erkennbare organische Ursache	56,1 %	43,9 %
drei Beschwerden / Erkrankungen	26,8 %	Psychische Beschwerden	64,2 %	35,8 %
vier und mehr Beschwerden / Erkrankungen	40,6 %	Atemwege	82,7 %	17,3 %
Häufigste Behandlungsschwerpunkte der Mütter (n = 1.756)		Haut	78,1 %	21,9 %
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99)	37,1 %	Herz-Kreislauf	83,2 %	16,8 %
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	35,1 %	Gynäkologische Beschwerden	71,1 %	28,9 %
Aktivitäts- und Partizipationsstörungen (ICF)	7,4 %	Bauch und Stoffwechsel	69,3 %	30,8 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E99)	7,2 %	Sonstige Beschwerden	52,9 %	47,1 %
Symptome wie Müdigkeit und Ruhelosigkeit (R40-R63)	2,4 %			

Tabelle 4: Überblick über Merkmale zu Belastungen und gesundheitlicher Situation von Maßnahmeteilnehmerinnen (Rundungsfehler bereits im Quelltext enthalten)

Quelle: Arnold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 10ff; Müttergenesungswerk 2006a

Von den Kindern, die in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mitgenommen werden, wurden 60 % ebenfalls behandelt und zwar in den meisten Fällen wegen Atemwegserkrankungen oder wegen psychischer oder Verhaltensstörungen. Knapp 40 % der Kinder erwiesen sich nicht als therapiebedürftig oder die Krankenkassen hatten eine Finanzierung ihrer Behandlung abgelehnt. Gleichwohl wird berichtet, dass sich in etwa 50 % der Fälle in der Klinik Behandlungsbedürftigkeit herausstellt.⁹⁹

Längsschnittanalysen zur Belastungs- und Gesundheitssituation von 3.273 Müttern, die sich nach sechs Monaten und 2.425 Müttern, die sich nach zwölf Monaten an Nachbefragungen des *Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover* in den Jahren 2000 bis 2003 beteiligten, erbrachten eine Reihe interessanter Ergebnisse.¹⁰⁰ Demnach

- nimmt der Anteil der Teilnehmerinnen mit Hauptschulabschlüssen stetig und signifikant ab,
- nimmt der Anteil an Patientinnen ohne Berufsausbildung stetig und signifikant ab,
- sinkt der Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen leicht, das Einkommen steigt signifikant.

Tendenziell ist ein stetiger Anstieg der subjektiven Belastungswahrnehmung der Teilnehmerinnen, insbesondere im Hinblick auf Haushalt und Familienrolle sowie die psychosoziale Gesamtbelastung erkennbar.

Betrachtet man nunmehr die Maßnahmeerfolge, über die zuletzt vom *Forschungsverbund* berichtet wurde, so ergibt sich folgendes (siehe *Tabelle 5*): Langzeitanalysen zeigen, dass die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit ihrem Gesundheitszustand zum Maßnahmeende deutlich ansteigt und sich im Folgejahr trotz eines leichten Rückganges weiter auf erhöhtem Niveau hält.

Knapp die Hälfte der Frauen beurteilte die stationäre Heilbehandlung am Ende auch längerfristig als erfolgreich, weitere drei von zehn Frauen empfanden sie sogar als sehr erfolgreich. Problematisch erscheint allerdings, dass Frauen aus sozialen Risikogruppen im Vergleich zur Gesamtpatientinnengruppe nicht im gleichen Umfang von den Maßnahmen profitierten. Für die Risikogruppenangehörigen deuten sich damit erschwerte Bedingungen für die nachhaltige Therapiezielerreichung an.¹⁰¹

⁹⁹ In der Literatur finden sich sogar Angaben, dass weit über 75 % der Kinder behandlungsbedürftig waren (vgl. *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2003: 294; Collatz 2004b: 43*).

¹⁰⁰ Diese Ergebnisse erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität, da die Daten aus unterschiedlichen Einrichtungen stammen, die ausschließlich dem *Forschungsverbund* angehören (vgl. *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 21ff*).

¹⁰¹ Vgl. *Sperlich et al. 2002*

Erfolgsbeurteilung durch die Patientinnen am Maßnahmeende (n = 910)			Patientinnenzufriedenheit („sehr zufrieden“) mit einzelnen Therapiesegmenten (n = 910)		
ganz und gar erfolgreich	25,7 %		Psychosoziale Therapie	89,6 %	
eher erfolgreich	46,2 %		Medizinische Behandlung	84,7 %	
mittelmäßig	16,9 %		Physiotherapeutische Angebote	94,4 %	
eher nicht erfolgreich	3,3 %		Kindertherapeutische Angebote	86,3 %	
gar nicht erfolgreich	1,4 %		Kinderbetreuung	87,8 %	
Kurzfristige Maßnahmeeffekte (Beurteilung zu Beginn vs. zum Ende der Maßnahme)			Subjektive Beurteilung der Bedeutung von Therapiesegmenten für den Therapieerfolg (n = 910)		
Ergebnis Erholungsbelastungsfragebogen (EBF) (Mittelwerte; Skala 0 = „nie“ bis 6 = „immerzu“, n = 910)			Psychosoziale Einzelangebote 9,8 %		
Bereich	Aufnahme	Entlassung	Psychosoziale Gruppenangebote	2,1 %	
Emotionale Beanspruchung	2,85	1,39	Physiotherapeutische Angebote	22,9 %	
Somatische Leistungsbeanspruchung	2,90	1,63	Medizinische Behandlung	2,4 %	
Regeneration	2,32	3,20	Gemeinsame Mutter-Kind-Angebote	2,3 %	
Reduktion der psychischen Symptombelastung Symptom-Check-List (Mittelwerte; Skala 0,0 = „überhaupt nicht“ bis 4,0 = „sehr stark“, n = 867)			Entlastung durch Kinderbetreuung 3,6 %		
Psychische Gesamtbelastung	1,42	0,59	Zusammenspiel aller Maßnahmen	47,0 %	
			Keine Angaben	9,9 %	
Erfolgsbeurteilung der häufigsten Schwerpunktindikationen der Mütter (Mittelwerte; Skala 0 = „sehr gering“ bis 5 = „sehr groß“)					
Indikationen	Aufnahme	Entlassung	Indikationen	Aufnahme	Entlassung
E66 Fettsucht (n = 110)	3,79	2,90	M54 Rückenschmerzen (n = 308)	3,75	2,20
F32 Depressive Episode (n = 52)	4,25	2,58	R53 Unwohlsein und Ermüdung (n = 28)	3,89	2,04
F43 Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen (n = 59)	4,20	2,27	D570 Auf seine Gesundheit achten (n = 66)	3,62	1,88
F48 Neurotische Störungen (n = 375)	4,17	2,34	d7600 Eltern-Kind-Beziehung (n = 27)	3,93	2,70
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (n = 142)	3,67	2,22			

Tabelle 5: Überblick über Erfolge von Mutter-Kind-Maßnahmen

Quelle: Arnholt-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 16ff; Müttergenesungswerk 2006a

Gestützt werden diese Ergebnisse, die unterschiedliche gesundheitliche Parameter einbeziehen, durch Untersuchungen, nach denen sich auch die Ärzte/-innen und Therapeuten/-innen diesem Urteil weitgehend anschließen.¹⁰²

¹⁰² Vgl. Manzke 1988; Dokter 1996; Schaub / Collatz o.J.; Collatz / Fischer / Thies-Zajonc 1998: 59ff; Samsel 1999; Meixner / Gerdes / Jäckel 2000; Schäfer et al. 2000; Schaub / Collatz 2000; Bettge / Ravens-Sieberer 2001; Herwig et al. 2001; Hons 2001; Meixner et al. 2001: 285ff; Samsel 2001; Arnholt-Kerri / Collatz 2002a, 2002b; Arnholt-Kerri et al. 2002a, 2002b; Collatz 2002: 51ff; Engel et al. 2002; Arnholt-Kerri / Collatz / Sperlich 2006: 16ff; Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite

Wie Teilnehmerinnen-Nachbefragungen ergaben, gehen in den sechs Monaten nach Maßnahmeende auch die Anzahl der Arztbesuche, der Krankheitstage und der Infektepisoden sowie das Schmerzempfinden und der Schmerzmittelkonsum der Maßnahmepatientinnen deutlich zurück.¹⁰³ Allerdings stehen entsprechende Analysen für Kinder noch aus.

Nachweise des ökonomischen Nutzens¹⁰⁴ von *MGW*-Leistungen wurden bisher nur selten geführt. *Collatz* (2002) wies aufgrund von Eigenangaben von Maßnahmeteilnehmerinnen nach, dass sich Arztbesuche, Krankheitstage und Medikamentenkonsum in den sechs Monaten nach der Maßnahme reduzierten und ging davon aus, dass dieser Rückgang auch von ökonomischer Relevanz sei.¹⁰⁵ Entsprechendes belegen Erfolgsuntersuchungen von *Samsel*: Bei 21 % von 1.030 dreiwöchig und 37 % von 601 vierwöchig behandelten Frauen war ein länger als zwölf Monate dauernder Maßnahmeerfolg feststellbar, der sich ebenfalls u.a. in einem Rückgang von Arztbesuchen, geringerem Medikamentenkonsum und geringeren Fehlzeiten ausdrückte.¹⁰⁶ Bei 38 % von 1.563 Kindern hielt der Erfolg ebenfalls länger als ein Jahr an.¹⁰⁷ *Schönig* (2002) errechnete, dass die Nutzwelle von Mutter-Kind-Maßnahmen dann erreicht sein würde, wenn der Maßnahmeerfolg mindestens 1,19 Jahre anhielte.¹⁰⁸

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

lich 2003; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2003; *Barre / Sperlich / Collatz* 2003; *Meixner et al.* 2003; *Clauß* 2003, 2004; *Meixner / Farin / Jäckel* 2004; *Arnhold-Kerri* 2005; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2006: 22ff; *Barre* 2006; *Barre / Collatz* 2006; *Bruns / Collatz* 2006; *Neubourg* 2006; *Sperlich* 2006

¹⁰³ Vgl. *Collatz* 2002: 55ff. Neuere Ergebnisse belegen bei vielen Patientinnen und ihren Kindern deutliche Veränderungen der körperlichen Regeneration sowie Verbesserungen der allgemeinen und emotionalen Belastung, die auch 6 und 12 Monate nach Maßnahmeende anhalten (vgl. *Samsel* 1999: 962ff; 2001: 393ff; *Hons* 2001; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2003: 295ff; *Otto / Arnhold-Kerri* 2007). Siehe dazu auch: *Dokter* 1996: 593f; *Herwig et al.* 2001: 212ff. Zur Methodik der Erfolgsmessung siehe: *Schönig* 2002: 41ff

¹⁰⁴ Siehe dazu: *Greiner* 1998: 66f. Zu den Möglichkeiten, den ökonomischen Nutzen von medizinischen Heilbehandlungen zu bestimmen, siehe: *Faßmann / Masopust* 1979: 45 ff

¹⁰⁵ Vgl. *Collatz* 2002: 55ff.

¹⁰⁶ Vgl. *Samsel* 1999: 964; 2001: 394

¹⁰⁷ Vgl. *Samsel* 2001: 394 Im Rahmen der vorliegenden Studien zum Maßnahmeerfolg wird allerdings übersehen, dass eine gesundheitsökonomische Untersuchung von Effektivität und Effizienz von *MGW*-Maßnahmen nur im Rahmen einer Case-Control-Studie möglich wäre, wobei nicht nur die monetären Maßnahmekosten, sondern auch die Maßnahmedauer als vorweggenommene Krankheitstage zu berücksichtigen wären (vgl. *Faßmann / Masopust* 1979: 51f). Im Übrigen wurde in jüngerer Zeit verschiedentlich nachgewiesen, dass die ersichtliche Senkung von Arbeitsunfähigkeitszeiten nach der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation (Größenordnung um die 50 % gegenüber dem Vergleichszeitraum) ursächlich *nicht* auf die Teilnahme an der Rehabilitation zurückgeführt werden konnte, da sie in der Vergleichsgruppe ohne Reha-Teilnahme jeweils in vergleichbarer Größenordnung auftrat. „Beim Verzicht auf eine Kontrollgruppe (...) (z.B. Wahl eines Einzelgruppen-prä-post-Designs) hätte man zu einer Interpretation der Ergebnisse gelangen können, die zwar für alle Projektbeteiligten weniger frustrierend, dafür aber fehlerhaft gewesen wäre.“ (*Hüppe / Glaser-Möller / Raspe* 2006: 355; siehe auch: *Gerdes* 1993: 128ff)

¹⁰⁸ Siehe dazu auch: *Schönig* 2000; 2002; 2005

2.4 Probleme des Rückgangs von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

Aus *Tabelle 6* geht die Ausgaben- und Fallzahlenentwicklung¹⁰⁹ im Bereich der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen¹¹⁰ in den letzten zehn Jahren hervor:

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fälle	160.154	183.076	207.980	229.122	223.463	227.163	189.345	181.362	130.689	118.792
	Veränderung in v.H.									
	18,31	14,31	13,60	10,17	- 2,47	1,66	- 16,65	- 4,22	- 27,94	
Tage	4.382.039	4.201.932	4.689.856	5.115.363	4.868.999	4.879.325	3.903.597	3.844.444	2.769.496	
	Veränderung in v.H.									
	19,69	- 4,11	11,61	9,07	- 4,82	0,21	- 20,00	- 1,52	- 27,96	
Verweil- dauer	27,00	22,00	22,00	22,00	21,00	21,00	20,00	21,00	21,00	
	Veränderung in v.H.									
	0,00	- 18,52	0,00	0,00	- 4,55	0,00	- 4,76	5,00	0,00	
Aus- gaben (Mio. €)	341	337	385	421	410	400	386	359	289	263
	Veränderung in v.H.									
		- 1,17	14,24	9,35	- 2,61	- 2,44	- 3,50	- 6,99	- 19,50	- 10,54

Tabelle 6: Ausgaben und Fallzahlenentwicklung bei Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2006: 3)

Wie auch *Abbildung 7* anhand von Messzahlen illustriert¹¹¹ stiegen die Fallzahlen ausgehend vom Basisjahr 1997 bis zum Jahre 1999 stark an, um nach einem Zwischenhoch im Jahre 2001 prozentual teilweise zweistellig abzufallen, so dass mittlerweile das Niveau des Jahres 1997 schon fast wieder erreicht ist.

Diese Entwicklung steht insofern im Widerspruch zu den Intentionen des Gesetzgebers, als im Jahre 2002 im Zuge der Beratungen über das *Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und*

¹⁰⁹ Ungeklärt ist allerdings, was hier mit „Fällen“ gemeint ist: Wurden hier einzelne Personen (also Mütter, Väter, Kinder) jeweils als „Fall“ angesehen oder umfasste ein „Fall“ eine(n) versicherte(n) Mutter bzw. Vater unabhängig davon, mit wie vielen Kindern diese an der Maßnahme teilnahm(en).

¹¹⁰ Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die ausgewiesenen Zahlen nicht nur auf Maßnahmen in MGW-Einrichtungen beziehen, sondern auch solche umfassen, die „in ähnlichen Einrichtungen“ erbracht wurden.

¹¹¹ Eine Messzahl ist ein Quotient aus zwei sachlich gleichen, jedoch zeitlich unterschiedlichen Größen und dient nur zu Vergleichszwecken.

$$\text{Messzahl} = \frac{\text{Wert Berichtsjahr}}{\text{Wert Basisjahr}} \times 100$$

Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz), mit dem die Krankenkassen zur Vollfinanzierung dieser Maßnahmen verpflichtet wurden, mit jährlichen *Mehrausgaben* der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von fünf Millionen Euro gerechnet worden war.¹¹²

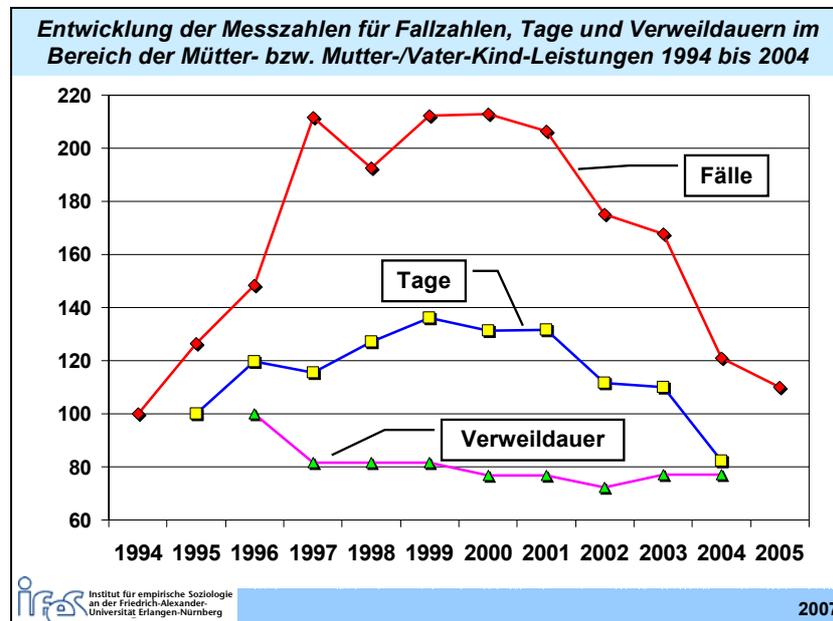


Abbildung 7 Quellen: VdAK/AEV 2007b; Bundesministerium für Gesundheit (2006: 3) und eigene Berechnungen¹¹³
Basis = 100: Fälle 1994: 108.015; Tage 1995: 16,45; Verweildauer 1996: 27 (Tage)

Die Entwicklung der Zahl der Behandlungstage entspricht jener der Fallzahlen, allerdings wegen der verkürzten Verweildauern seit Inkrafttreten des *Beitragsentlastungsgesetzes* vom 01.11.1996 auf deutlich niedrigerem Niveau. Den Vorgaben dieser Rechtsnorm entsprechend reduzierten sich die Verweildauern deutlich von durchschnittlich 27 auf 22 Tage. Seither verringern sich die Verweildauern zwar immer noch (möglicherweise wegen einer restriktiveren Praxis der Kassen bei der Behandlung von Verlängerungsanträgen), dieser Trend zeigt allerdings nur mäßig nach unten.¹¹⁴

Betrachtet man die fallzahlenbezogenen Anteile von Vorsorgemaßnahmen nach § 24 SGB V und Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41 SGB V an allen Maßnahmen für Mütter und Vä-

¹¹² Vgl. *Deutscher Bundestag* 2002

¹¹³ Für Zahl der Tage in den Jahren 1994 und 2005 sowie die Verweildauern in den Jahren 1994, 1995 und 2005 lagen uns keine Daten vor.

¹¹⁴ Interessant ist, dass das *Beitragsentlastungsgesetz* allem Anschein nach zunächst keine größeren Fallzahlen-Einbrüche im Bereich der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen bewirkte. In der Zwischenzeit dürften die Effekte jedoch auch hier durchgeschlagen haben.

ter, so zeigt *Abbildung 8*, dass das Verhältnis von Vorsorge- zu Rehabilitationsfällen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 2005 74 % zu 26 % betrug.¹¹⁵

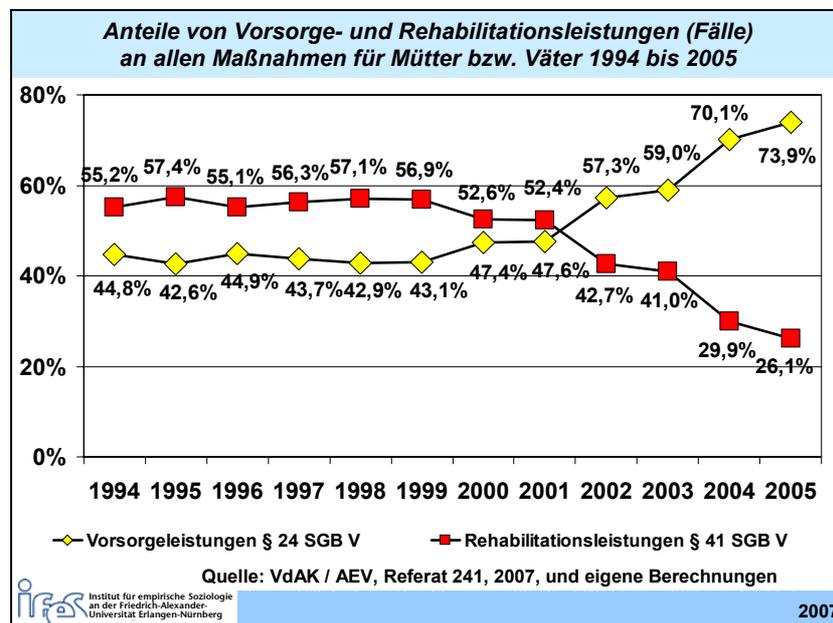


Abbildung 8

Dabei ist von Interesse, dass die überaus großen Abweichungen ab dem Jahre 2001 nicht in einer veränderten Morbiditätsstruktur, sondern in den seinerzeit in Kraft getretenen neuen Begutachtungsrichtlinien des *Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)* vom 12. März 2001 begründet liegen: Offensichtlich wurden Fälle, die früher noch als rehabilitationsbedürftig galten, nunmehr zunehmend den Vorsorgebedürftigen zugeschlagen.

Über die Ursachen dieser Entwicklungen, insbesondere im Hinblick auf den dramatischen Rückgang der Fallzahlen in den letzten fünf Jahren, die teilweise mit der Schließung von Einrichtungen einhergingen, sind die Kostenträger und die Leistungsanbieter unterschiedlicher Auffassung.

Dabei führen die *Krankenkassen* im Wesentlichen folgende Argumente an, ohne dass diese in jedem Fall stichhaltig begründet werden:¹¹⁶

- Es sei ein *Überangebot an Bettenkapazitäten* vorhanden.¹¹⁷

¹¹⁵ Geschlechtsspezifische Daten sind nicht verfügbar. Da sich die Inanspruchnahme der Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V durch Männer bisher auf Einzelfälle beschränkte (vgl. *Deutscher Bundestag* 2006a: 10), dürften die GKV-Daten in erster Linie die Verhältnisse im Bereich der Leistungen für Mütter repräsentieren.

¹¹⁶ Siehe dazu auch die Stellungnahme des *Bundesministeriums für Gesundheit* (2006) zum Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit dem durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen.

¹¹⁷ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 9

- Der Rückgang der Fallzahlen beruhe in erster Linie auf einem *Antragsrückgang*¹¹⁸, wie er auch im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V sowie im Bereich der *Deutschen Rentenversicherung* zu verzeichnen ist.¹¹⁹ Folgende Gründe werden in diesem Zusammenhang angeführt:
- Die Annahme, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zur Vollfinanzierung der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu einer Stimulation des Antragsverhaltens führen und somit wesentliche Mehrausgaben nach sich ziehen würde, sei deshalb falsch gewesen, weil die meisten Kassen die betreffenden Leistungen schon vorher voll finanziert hätten.
 - Die durch das *GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)* vom 14.11.2003 geänderten Regelungen des § 64 SGB V hätten zur Folge, dass sozial benachteiligte Versicherte und ihre Familien nicht im Voraus für ein Kalenderjahr von der Zuzahlung befreit sind, sondern Zuzahlungen bis zur definierten Belastungsgrenze erst einmal leisten müssen. Dies sei seit Ende 2003 / Anfang 2004 eindeutig von negativem Einfluss auf das Antragsverhalten sozial schwacher Versicherter.¹²⁰
 - Aufgrund der ungünstigen gesamtwirtschaftlichen Situation, die häufig einhergeht
 - ◆ mit Angst um den Arbeitsplatz,
 - ◆ Einkommensunsicherheiten,
 - ◆ Arbeitslosigkeit des Partners,hielten sich die Versicherten bei der Antragstellung zurück.¹²¹
- Der Rückgang der Fallzahlen sei schließlich darauf zurückzuführen, dass in einem Drittel der Fälle (34,9 %) *Anträge* abgelehnt werden (müssten), die *nicht aussagekräftig* genug seien, um eine adäquate Bedarfsprüfung durchführen zu können.¹²² Nach der

¹¹⁸ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 9

¹¹⁹ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 9

¹²⁰ Siehe dazu auch: *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* 2005: 632f, Fußnote 195

¹²¹ Dieses Argument wird auch für den Rückgang der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung und den Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten auf ein bisher nie gekanntes niedriges Niveau verantwortlich gemacht. Siehe dazu: *Clade* 2005; *Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt* 2006: 166. Zum Zusammenhang zwischen Krankenstand, Konjunktur und Arbeitsmarktlage siehe z.B. *Kohler* (2002: 7). Determinanten der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems im Allgemeinen siehe etwa: *Andersen / Schwarze* 2003. Auf Zusammenhänge zwischen Arbeitsmarktlage und Kurinanspruchnahme weisen hin: *Faßmann / Masopust* 1979: 25; *Wasilewski / Steger / Passenberger* 1987: 45; *Buchner* 2002: 282; *Kliche* 2004: 28

¹²² Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 10

„Pro-Transparenz-Studie“¹²³ waren im einzelnen folgende Gründe (Mehrfachnennungen möglich) maßgeblich:¹²⁴

- Es fehlten Hinweise auf eine vorliegende Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit, weil trotz des Vorliegens von Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren keine Notwendigkeit für eine komplexe interdisziplinäre Leistung zu erkennen war (37 % der abgelehnten Fälle);
- Die medizinischen Gründe würden nicht ausreichend dargelegt (36 % der abgelehnten Fälle);
- Es fehlten relevante Informationen zu den umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren für den ganzheitlichen Ansatz dieser zielgruppenspezifischen Leistungen (64 % der abgelehnten Fälle).

Es wurde darauf hingewiesen, dass das Fehlen relevanter Informationen u. U. auf die Verwendung unzureichender, veralteter Antragsvordrucke zurückzuführen sei, in denen die betreffenden Sachverhalte nicht abgefragt werden.¹²⁵ Aus Datenschutzgründen sei es den Kassen jedoch versagt, die betreffenden Daten zu erheben, so dass berechnete Leistungsansprüche der Antragstellerinnen erst im Widerspruchs- oder gar erst im Klageverfahren abgeklärt werden könnten.¹²⁶

- Ablehnung von Widersprüchen wurde damit begründet, dass diese oftmals auf Muster-Widersprüchen beruhten, die oftmals stereotyp mit Standardbegründungen versehen seien.¹²⁷

¹²³ Im Rahmen einer Projektbeiratssitzung am 19.03.2007 wurde von den Vertreterinnen des *Müttergenesungswerkes* und seiner Trägergruppen darauf hingewiesen, dass diese Studie erst auf politischen Druck im Zusammenhang mit der Stellungnahme des *Bundesministeriums für Gesundheit* zum Bericht der *Spitzenverbände der Krankenkassen* zu den Erfahrungen gemäß § 24 Abs. 4 und § 41 Abs. 4 SGB V hin zustande kam. Bemängelt wird an der „Pro-Transparenz-Studie“ insbesondere, dass sie lediglich in wenigen Bundesländern durchgeführt wurde und auf drei Monate begrenzt war. Insofern sei die Aussagekraft der Studie gering. Eine „offizielle“ Stellungnahme des *Müttergenesungswerkes* und seiner Trägergruppen zur dieser Studie wurde allerdings bisher (Stand: 03.08.2007) nicht publiziert.

¹²⁴ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 12f

¹²⁵ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 10

¹²⁶ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 10f. Dieser Behauptung trat allerdings der *Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit* entgegen: Unter Berücksichtigung von § 275 Abs. 2 SGB V könnten die betreffenden Informationen sehr wohl erhoben werden: Allerdings dürfte dies nicht von den Krankenkassen, sondern ausschließlich vom *MDK* durchgeführt werden. Falls die Anforderung der Daten nicht durch den *MDK*, sondern durch die Krankenkasse erfolgt, sei die Versendung der Informationen an die Kasse nur hinnehmbar, wenn die medizinischen Unterlagen in einem gesonderten, an den *MDK* adressierten verschlossenen Umschlag (Aufschrift „Ärztliche Unterlagen – nur vom *MDK* zu öffnen“) übersandt würden. Vorformulierte Schweigepflichtentbindungserklärungen in Selbstauskunftsbögen, nach denen sämtliche ärztlichen Unterlagen an die jeweilige Krankenkasse und an den *MDK* herausgegeben werden dürfen, seien mit dem geltenden Recht nicht vereinbar, da sie eine Umgehung der gesetzlichen Restriktionen und eine Missachtung des in §§ 275ff SGB V dokumentierten Willens des Gesetzgebers darstellten. Vgl. *Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit* 2006

¹²⁷ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen* 2006: 10

Allerdings mochte das *Bundesministerium für Gesundheit* diesen Einlassungen der Krankenkassen nicht in Gänze folgen: Die Ausführungen erschienen wenig plausibel und könnten nicht erklären, weshalb die entsprechenden Leistungen bei einigen Kassen auf einen Bruchteil des Volumens vergangener Jahre reduziert wurden. Zudem bedürfte die teilweise sehr hohe Ablehnungsquote, verbunden mit einer steigenden Quote erfolgreicher Widerspruchsverfahren, ebenso einer eingehenden Analyse wie die Gründe für die divergierende Entwicklung bei den verschiedenen Kassen und Kassenarten.¹²⁸

Das *Müttergenesungswerk* schließlich führte folgende Gründe für den Rückgang der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter an, die teilweise durch belastbares Material untermauert werden, teilweise jedoch ausschließlich auf Informationen beruhen, die z.B. über die Beratungsstellen mitgeteilt wurden, ohne dass überprüft werden könnte, inwieweit die betreffenden Sachverhalte quantitativ relevant sind:¹²⁹

- Gestützt auf eine Statistik, die das *MGW* zweimal jährlich bei den Beratungsstellen seiner Trägerorganisationen erhebt,¹³⁰ wird der Hauptgrund für den Rückgang im überaus restriktiven und in den letzten Jahren verschärften Antrags- und Bewilligungsverfahren gesehen.¹³¹ Demnach wurden im Jahre 2005 bundesweit 36 % der Anträge abgelehnt. Widersprüche, die in zwei Dritteln der Fälle eingelegt wurden, waren allerdings sehr erfolgreich, wurde ihnen doch in 45 % der Fälle stattgegeben.

Die Angaben zu den abgelehnten Anträgen entsprechen fast genau den in der „Pro-Transparenz-Studie“ mitgeteilten Zahlen (35 % abgelehnter Anträge)¹³². Zudem zeigte sich dort, dass fast zwei Drittel (61 %) der Antragstellerinnen, die zunächst abschlägig beschieden wurden, im Widerspruchverfahren erfolgreich waren.¹³³ Somit ist die Erfolgsquote hier noch wesentlich größer als dies durch die Beratungsstellenstatistik zum Ausdruck kommt.

¹²⁸ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* 2006: 3f

¹²⁹ Siehe dazu: *Müttergenesungswerk* 2006c. Allerdings kommt der *Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten (BDPK)* in seiner Stellungnahme zum Bericht der *Spitzenverbände der Krankenkassen* in verschiedenen Punkten zu einem ähnlichen Urteil (siehe dazu: *Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten* 2006a sowie: Engelbert 1999; Collatz / Sperlich / Arnold-Kerri 2002; Urban 2004; Collatz / Barre / Arnold-Kerri 2005; Collatz 2005b;). Beiträge, die im Wesentlichen die Position des *Müttergenesungswerkes* unterstützen finden sich auch auf der Website des *Heidelberger Büros für Familienfragen und Soziale Sicherheit (HBF)*, URL: <http://www.heidelberger-familienbuero.de/HBF-Sachgebiete-Muetterkuren.htm> (Stand: 25.11.2006)

¹³⁰ Diese Statistik bildet allerdings nur einen Teil des Geschehens ab, nehmen doch viele Frauen auch das *MGW*-Beratungsstellenangebot (z.B. aus Unkenntnis) nicht in Anspruch. Dies gilt vor allem für Frauen, die eine Maßnahme in einer privaten Einrichtung absolvieren, aber auch für eine Reihe jener, die eine Maßnahme in einer *MGW*-Einrichtung anstreben.

¹³¹ Ähnlich beurteilen auch die privaten Anbieter die Entwicklung (vgl. Urban 2004).

¹³² Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 12

¹³³ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 16

- Das Argument der Kassen, die Antragszahlen gingen generell zurück, wird vom *MGW* verworfen, da diese nach der *MGW*-Beratungsstellenstatistik in 2004 nur um 7 % gesunken und 2005 unverändert hoch geblieben sind.
- Bestritten wird, dass die eingereichten Anträge, zum Teil wegen „veralteter Antragsunterlagen“, nicht aussagekräftig genug seien. Vielmehr würde von den *MGW*-Beratungsstellen zusätzlich ein Selbstauskunftsbogen für Mutter und ggf. Kind(er) ausgegeben und ausgefüllt den Anträgen zur *MDK*-Begutachtung beigelegt. Diese würden jedoch häufig nicht berücksichtigt. Oft würden im Widerspruchsverfahren Unterlagen oder Begründungen angefordert, die dem ersten Antrag bereits beilagen. Den Versicherten würden dann standardisierte Ablehnungsschreiben zugeschickt. Dies erlebten die Frauen als intransparentes und willkürliches Verfahren.
- 54 % der Anträge würden abgelehnt, weil die ambulanten Maßnahmen noch nicht ausgeschöpft seien. Dies sei jedoch unstatthaft, da der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für die Maßnahmen nach §§ 24 und 41 nicht gälte, weil auf ihn, anders als bei den allgemeinen medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2-4) und medizinischen Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1-2), nicht explizit verwiesen werde. Dies käme auch in der Begutachtungs-Richtlinie *Vorsorge und Rehabilitation* zum Ausdruck.¹³⁴
- Den Krankenkassen wird vorgeworfen, dass viele von ihnen die Zugangsvoraussetzungen für die Antragstellung verändert und für Mütter die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen des *MGW* erschwert hätten.¹³⁵ Die Einstellung der Kassen zur Abgrenzung der Gruppe der Anspruchsberechtigten werde zunehmend restriktiver. Hatten Frauen in Pflegeverantwortung früher durchaus Anspruch auf Maßnahmen, so würden heute im Allgemeinen nur aktuell erziehende Mütter einbezogen.
- Die Krankenkassen unterstellten immer häufiger (etwa bei 16 % der Anträge berufstätiger Mütter) eine Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers. Diese gelte jedoch nach § 10 SGB VI nur dann, wenn eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorläge und durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme abgewendet werden könnte. Dies träfe jedoch bei den meisten Müttern nicht zu. Zudem

¹³⁴ Siehe dazu: *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005: 32. Aufgrund der Gesundheitsreform 2006 (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*) wird nunmehr auf diese Ausnahmen deutlich hingewiesen durch Einfügung des Satzes „§ 23 Abs. 4 gilt nicht“ in § 24 Abs. 1 SGB V bzw. des Satzes „§ 40 Abs. 2 gilt nicht“ in § 41 Abs. 1 SGB V. Zur Begründung siehe: *Deutscher Bundestag* 2006b: 101 und 107.

¹³⁵ Siehe dazu auch: *Müttergenesungswerk* 2004

könnten im Rahmen der Rentenversicherung keine spezifischen Mütter- bzw. Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen in Anspruch genommen werden.¹³⁶

- Gezielt würden Frauen mit sachlich nicht haltbaren Begründungen oder falschen Informationen von einer Leistungsbeantragung (z.B. anspruchsberechtigt seien nur Frauen in der aktiven Erziehungszeit) abgehalten. Ließen sich die Versicherten damit „abspeisen“, tauchten sie in einer Antragsstatistik überhaupt nicht auf.
- Gemutmaßt wird, dass weniger Anträge gestellt werden, weil Ablehnungen nicht nur die unmittelbar Betroffenen, sondern auch andere potentielle Adressat(inn)en abschrecken, sich um eine Vorsorge- bzw. Reha-Maßnahme zu bemühen.
- Die Behauptung der Kassen, es existiere ein Überangebot an Kapazitäten im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, weist das *MGW* zurück. Schließungen von Einrichtungen seien nicht auf einen mangelnden Bedarf wegen fehlender Adressatinnen zurückzuführen, sondern auf die restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen, die einherging mit Belegungseinbrüchen. Zudem sei die Umsetzung der in den Anforderungsprofilen festgelegten Qualitätsstandards weder durch eine sachgerechte Vergütung noch durch bevorzugte Belegung gewürdigt worden. Schließlich hätten die Kassen selbst seit Anfang der 90er Jahre große Einrichtungen an den Markt gebracht und mit diesen langfristige Belegungsverträge abgeschlossen.
- Der zunehmend härter werdende Wettbewerb zwischen privaten und gemeinnützigen Einrichtungen verschärft die Belegungslücken bei den nicht zum Zuge kommenden Einrichtungen. In diesem Zusammenhang wird auf Wettbewerbsverzerrungen hingewiesen, die darauf beruhen, dass einige Häuser vor allem deshalb niedrigere Preise für ihre Leistungen akzeptieren (können), weil sie – von den Kassen ungerügt – im Detail schlechtere Maßnahmequalität bieten.
- Zudem würde das in § 33 SGB I, § 9 SGB gesetzlich festgeschriebene Wunsch- und Wahlrecht der Patientinnen, in einer bestimmten Einrichtung behandelt zu werden, immer öfter unterlaufen.¹³⁷
- Dem *Müttergenesungswerk* zufolge führt die Regionalisierung der Krankenkassen dazu, dass die lokalen Niederlassungen Patientinnen nur in Häuser der eigenen Region

¹³⁶ Die Bedeutung dieses Arguments wird jedoch von den Krankenkassen bestritten, da die „Pro-Transparenz-Studie“ ergeben habe, dass eine Weiterleitung der Anträge auf Leistungen nach § 41 SGB V (Rehabilitationsleistungen – und nur in diesem Fall ist eine Weiterleitung ggf. möglich) lediglich in 4,8 % (dies entspricht 0,7 % aller Anträge) erfolgte. Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 11f

¹³⁷ Zur Praxis der Einrichtungswahl bei der Rehabilitationssachbearbeitung durch Krankenkassen siehe auch: *Hasenbein / Wallesch* 2003: 358f.

zuweisen (dürfen). Dies kann in bestimmten Bundesländern, in denen Kliniken besonders häufig sind, tatsächlich zu Überkapazitäten führen.

- Probleme bereitet auch die Tatsache, dass *MGW*-Beratungsstellen aus Kostengründen schließen müssen. Dadurch werden der Zugang potentieller Maßnahmeadressatinnen zu Informationen über Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und die Unterstützung bei der Antragstellung erschwert. Dort wo die Beratungsstellen funktionieren, ist die Nachfrage nach wie vor hoch.

Obwohl einige der Behauptungen, die im Bericht der *Spitzenverbände der Krankenkassen* aufgestellt wurden, durch die „*Pro-Transparenz-Studie*“ bestätigt werden konnten, wurde die tatsächliche Aussagekraft dieser Untersuchung vom *Müttergenesungswerk* ebenso angezweifelt¹³⁸ wie die Behauptung, es gäbe Überversorgung im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter. Allerdings fehlten bis zum Abschluss der vorliegenden Studie belastbare Daten zum tatsächlichen Umfang des Kreises potentieller Adressatinnen dieser Maßnahmen. Im Übrigen beeindrucken die vom *Müttergenesungswerk* vorgetragene Gründe, die für den Rückgang der Leistungsanspruchnahme in diesem Bereich angeführt werden, durch hohe Plausibilität. Allerdings kann auch hier eingewendet werden, dass über das quantitative Ausmaß der verschiedenen Schwierigkeiten, die angesprochen wurden, bisher wenig bekannt ist. Überzeugend erscheint schließlich der Hinweis, dass die wirtschaftlichen Probleme der *MGW*-Einrichtungen (die bereits verschiedentlich zu Schließungen geführt haben) letzten Endes darauf zurückgeführt werden müssen, dass die Krankenkassen immer höhere Leistungsqualität fordern, jedoch nicht bereit sind, dies finanziell und durch Belegung entsprechend angemessen zu honorieren.

Vor diesem Hintergrund geht es im Kern der Auseinandersetzung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern im Bereich der Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen um die Frage, ob die unzureichende Auslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die sich daraus für sie ergebenden betriebswirtschaftlichen Probleme tatsächlich

- auf einen *fehlenden Bedarf*¹³⁹ an entsprechenden Leistungen, d.h. die Gruppe potentieller Adressatinnen ist (erheblich) kleiner als das vorgehaltene Bettenangebot (Position der Krankenkassen), oder

¹³⁸ Siehe dazu auch *Fußnote 123*

¹³⁹ Verkürzt lässt sich *Bedarf* „definieren als ein Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt“ (*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 2001: 18). Unterschieden wird zwischen *subjektivem Bedarf* oder Bedürfnis (Sicht von Versicherten), *objektivem Bedarf* aufgrund von professionell festgestellter bzw. drohender Krankheit bzw. Funktionseinschränkung, der nicht deckungsgleich mit dem subjektiven Bedarf sein muss. Objektiver Bedarf ohne subjektiven Bedarf und ohne Inanspruchnahme von Versorgung wird als *latenter Bedarf* bezeichnet. (Vgl. ebd. 17)

- auf eine sachlich *nicht gerechtfertigte Rationierung*¹⁴⁰ aufgrund einer restriktiven Belegungspraxis der Kostenträger (Position des *Müttergenesungswerkes* und seiner Trägerorganisationen)

zurückgeführt werden muss. Für beide Positionen fehlten allerdings bisher belastbare Belege. Auf der einen Seite war zumindest bisher nicht bekannt, wie groß die Gruppe der potentiell für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen in Frage kommenden Personen tatsächlich ist, da epidemiologisches Datenmaterial dazu nicht vorhanden ist. Auf der anderen Seite fehlen über Äußerungen von Einzelpersonen hinaus Daten, die den an die Kassen gerichteten Vorwurf zweifelsfrei belegen, sie unterliefen den Auftrag des Gesetzgebers vorsätzlich und systematisch, um Geld zu sparen. Allerdings wirkt das Ergebnis der „Pro-Transparenz-Erhebung“, nach dem sich beim Vergleich der Bewilligungsquoten der verschiedenen Krankenkassenverbände durchweg ähnliche Ergebnisse fanden,¹⁴¹ wenig überzeugend, zumal Vergleiche der Ausgabenstatistik einzelner Krankenkassen nach Ansicht von Vertreterinnen des *Müttergenesungswerkes*¹⁴² uneinheitliche Ergebnisse erbringen. Hier hätte man sicherlich „tiefer schürfen“ und eine entsprechende Analyse auf der Ebene einzelner Kassen vornehmen müssen, um zu verlässlicheren Ergebnissen zu gelangen. So ist hinreichend bekannt, dass Kassenleistungen auch in Abhängigkeit von bestimmten Kalkülen (z.B. Kosteneinsparungen, Wettbewerb) mehr oder weniger großzügig gewährt werden.¹⁴³ Die entsprechenden Vorgaben dürften den Sachbearbeitern/-innen jedoch eher auf informellem Wege, denn durch interne (ggf. von außen überprüfbare) Verwaltungsvorschriften vermittelt werden. Insofern wird es immer schwierig sein nachzuweisen, dass ein bestimmtes Verwaltungshandeln „Politik des Hauses“ ist oder auf individuellen (Fehl-)Entscheidungen einzelner Mitarbeiter/-innen beruht.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine Reihe weiterer Faktoren berücksichtigt werden müssen, wenn man Veränderungen des Antrags- und Inanspruchnahmeverhaltens im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter / Väter / Kinder adäquat beurteilen will. Zu erwähnen sind hier

¹⁴⁰ „Rationierung kann verstanden werden als Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem Bedarf (oder latentem Bedarf)“ (*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 2001: 18).

¹⁴¹ Vgl. *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 19

¹⁴² Informelle Mitteilung im Rahmen einer Projektbeiratssitzung am 19.03.2007

¹⁴³ So werden Aktivitäten zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung der Kassen in der Regel den Marketingabteilungen zugeordnet: Dies lässt darauf schließen, dass die betreffenden Maßnahmen weniger deshalb durchgeführt werden, weil man davon inhaltlich überzeugt ist, sondern weil sich hier Chancen eröffnen, neue Versicherte anwerben zu können. Entsprechend lässt sich eine mehr oder weniger großzügige Bewilligungspraxis im Bereich der Leistungen für Mütter und Väter natürlich auch zu Werbungszwecken nutzen.

- der *demographische Wandel* (Geburtenrückgang, Zunahme der älteren Generation),
- der *soziale und wirtschaftliche Wandel der Gesellschaft* (mit Folgen für den Bedarf, aber auch die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Bevölkerung),¹⁴⁴
- der „*Panoramawechsel*“ in der *Morbiditätsstruktur* der Bevölkerung (Multimorbidität, Zunahme chronischer Krankheiten, Zunahme allergischer und psychischer Erkrankungen, Zunahme kindlicher Verhaltensstörungen usw.),¹⁴⁵
- die Existenz von *Konkurrenzangeboten*, die sich zwar nicht explizit den Anspruchsgrundlagen der §§ 24 und 41 SGB V zuordnen lassen, jedoch durchaus auch zumindest auf Teile des Adressatinnenkreises von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen abzielen und von ihnen in Anspruch genommen werden können.¹⁴⁶ Dazu gehören etwa
 - familienorientierte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, wie sie etwa im onkologischen,¹⁴⁷ psychosomatischen¹⁴⁸ und psychiatrischen¹⁴⁹ Bereich von den Rentenversicherungsträgern gewährt werden können,
 - mütterspezifische bzw. familienorientierte ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für Personen, die sich zu stationären Maßnahmen nicht bereit erklären,¹⁵⁰
 - kommerzielle Wellness- und Erholungsangebote, die sich speziell an Familien und Alleinerziehende mit ihren Kindern richten.¹⁵¹
- *neue Rechtsnormen* (z.B. neue Anspruchsgrundlagen wie z.B. das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*, veränderte Begutachtungsvorschriften, Regelungen zur organisatorisch-strukturellen Steuerung von Versicherten).¹⁵²

¹⁴⁴ Vgl. *Spyra / Müller-Fahnow* 2000: 293; *Grünheid* 2004; *Mielck* 2005; *Jungbauer-Gans* 2006

¹⁴⁵ Vgl. *Gerdas / Weis* 2000: 43f; *Jungbauer-Gans* 2006

¹⁴⁶ Wir wissen aus unseren Interviews in *MGW*-Einrichtungen, dass auch umgekehrt Personen, die eigentlich zur engeren Zielgruppe solcher Angebote (etwa zur psychosomatischen Rehabilitation) gehören, aus bestimmten persönlichen Gründen eine Müttergenesungsmaßnahme vorziehen. Siehe dazu auch: *Meixner* 2004: 24ff

¹⁴⁷ Siehe dazu: *Iljeshorst* 1987; *Niemeyer* 2001, *Pütz* o.J.

¹⁴⁸ Siehe z.B.: *Nübling et al.* 1998; *Schäfer et al.* 2000; *Dinger-Broda* 2001: 729f; *Baumeister / Martens / Vetterlein* 2004; *Heinle / Wernet* 2004; *Hampel et al.* 2006

¹⁴⁹ Siehe etwa: *Kilian* 2001; *Hornstein / De Marco / Schwarz* 2004; *Lenz / Lenz* 2004; *Fricke et al.* 2005; *Rothenburg et al.* 2005; *Reck et al.* 2006

¹⁵⁰ Siehe z.B.: *Kersting / Lamprecht* 1999; *Kersting et al.* 2000a, b

¹⁵¹ Im Rahmen eines Experteninterviews äußerte die Auskunftsperson, auch bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen hätte sie selbst kein Interesse, an einer Mütter- bzw. Mutter-Vater-Kind-Maßnahme teilzunehmen, sondern würde einen weniger fremdbestimmten Aufenthalt in einem Komforthotel mit Kinderbetreuung vorziehen.

¹⁵² Vgl. *Spyra / Müller-Fahnow* 2000: 293

Allerdings ist die tatsächliche quantitative Bedeutung dieser Faktoren für das Antrags- und Inanspruchnahmegeschehen nur schwer einschätzbar.

Wie im Rahmen dieses Berichts bereits mehrfach angeklungen ist, hat der Gesetzgeber in der Zwischenzeit die Anspruchsgrundlagen für die medizinische Vorsorge (§ 24 SGB V) und Rehabilitation (§ 41 SGB V) für Mütter und Väter durch das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* vom 26. März 2007 geändert:¹⁵³

- Um die Leistungsgewährung in diesem Bereich im Hinblick auf den seit dem Jahr 2000 bestehenden kontinuierlichen Ausgabenrückgang zu verstetigen, wurden die Maßnahmen von einer *Ermessens- in eine Pflichtleistung überführt*, so dass sich der rechtliche Stellenwert dieser Leistungen erhöht hat (§§ 24 Abs. 1 Satz 1 und § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Da die entsprechenden Aufwendungen (es wird ab 2007 mit Mehrausgaben in Höhe von rund 0,07 Euro gerechnet¹⁵⁴) nunmehr auch in den Risikostrukturausgleich einfließen, wird erwartet, dass sich der Anreiz für die Krankenkassen erhöht, diese Leistungen durchzuführen.
- Es wird nunmehr explizit darauf verwiesen, dass es für die Gewährung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter *nicht erforderlich* ist, dass zunächst die *ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen* (§§ 24 Abs. 1 Satz 4 und § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V). Demnach müssen diese Leistungen von den Krankenkassen erbracht werden, wenn sie medizinisch notwendig sind und die damit angestrebten Ziele nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden können (§ 12 SGB V). Diese Klarstellung wurde für erforderlich gehalten, weil in der Vergangenheit vielfach Anträge mit dem Hinweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt wurden.
- Die *Überprüfung der Anträge* zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen durch den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* erfolgt spätestens ab 01.08.2008¹⁵⁵ nicht mehr grundsätzlich, sondern nur noch *stichprobenartig*. Es obliegt den Krankenkassen, ein Verfahren zur Auswahl der Stichprobe festzulegen.
- Schließlich soll das *Bewilligungsgeschehen* bei Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durch Aufnahme der Merkmale „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellungen“ in die *statistischen Erhebungen* zu den Maßnahmen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation *transparenter* gemacht werden, um Fehlern bei der An-

¹⁵³ Vgl. zum Folgenden die Begründung des Gesetzentwurfs zum *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes*: *Deutscher Bundestag* 2006b: 101 und 107

¹⁵⁴ Vgl. *Deutscher Bundestag* 2006b: 211

¹⁵⁵ Vgl. *Redaktionsbüro GESUNDHEIT / Schilling* 2007: 4

tragsabwicklung leichter nachgehen zu können. Dazu ist zwischen dem *Bundesministerium für Gesundheit* und den Bundesländern ein Statistikerlass zu vereinbaren.

Wie eingangs bereits erwähnt, scheint allein die öffentlich geführte Diskussion um die neuen Regelungen des *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* ein positives Klima für die Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in der Gesellschaft geschaffen zu haben. Schon im Quartal vor Inkrafttreten dieser Rechtsnormen war gegenüber dem Vorjahreszeitraum ein fast 17-prozentiger Ausgabenanstieg für diese Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen. Zudem berichten die Müttergenesungseinrichtungen über die volle Auslastung ihrer Kapazitäten bis in den Oktober 2007 hinein. Gleichwohl wird weiterhin über problematische Bewilligungsverfahren einiger Krankenkassen bzw. in bestimmten Regionen – auch entgegen der neuen gesetzlichen Bestimmungen - berichtet.¹⁵⁶ Insofern bleibt die weitere Entwicklung in diesem Bereich abzuwarten.

¹⁵⁶ Diese Aussagen beruhen auf Mitteilungen von Vertreterinnen des *Müttergenesungswerkes* und seiner Trägergruppen am 30.07.2007.

3 Ziele der Untersuchung

Vor dem Hintergrund des massiven Rückgangs an Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen war eine Bedarfs- und Bestandsanalyse der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter, wie sie in Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes*¹⁵⁷ erbracht werden, Gegenstand des Forschungsprojekts.

Auszugehen war dabei von der Forderung des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, dass die Bewilligung öffentlicher Mittel nur sinnvoll ist, wenn diese auch effektiv und effizient¹⁵⁸ eingesetzt werden.¹⁵⁹ Dieser Grundsatz gilt auch für die Bauzuschüsse, die den *MGW*-Einrichtungen gewährt werden. Ob und inwieweit dem Postulat entsprochen wird, lässt sich aber erst dann adäquat beurteilen, wenn genaue Informationen vorliegen über

- das bestehende Angebot an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes* und seine Determinanten,
- den Umfang der Zielgruppe sowie den Bedarf der Zielgruppenangehörigen (Mütter, Väter, Kinder) an spezifischen Leistungen sowie
- die sich daraus u.U. ergebende Notwendigkeit, das vorhandene Angebot an die sich wandelnden Bedürfnisse der Adressatinnen anzupassen.

Sind diese Fragen geklärt, dann lassen sich daraus zielführende Handlungsempfehlungen für Familienpolitik sowie das Vorsorge- und Rehabilitationswesen ableiten.

Vor diesem Hintergrund war es *Ziel des Forschungsprojekts*, folgende *Einzelaufgaben* zu lösen:

¹⁵⁷ „Gleichartige Einrichtungen“, in denen solche Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V auch erbracht werden können, waren nicht zu untersuchen.

¹⁵⁸ Der Begriff „Effektivität“ bezeichnet den Grad der Wirksamkeit, d.h. das Ausmaß, in dem Maßnahmen die beabsichtigten Wirkungen (kurzfristig: *output*, nachhaltig: *outcome*) erreichen. Demgegenüber steht der Begriff „Effizienz“ für das Verhältnis von *input* zu *output*, Leistungen zu Kosten und/oder anderen Nachteilen/Opfern. Damit entspricht „Effizienz“ vielfach dem der „Wirtschaftlichkeit“ (vgl. *Faßmann / Masopust* 1979: 45ff; *Kliche* 2004: 42f; *Krems* 2004).

¹⁵⁹ Dies gebietet nicht zuletzt § 7 Abs. 1 der *Bundeshaushaltsordnung (BHO)*: Demnach sind bei Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplans die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. § 4 Abs. 3 der *Prüfungsordnung des Bundesrechnungshofes* führt dazu aus: "Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird untersucht, ob das günstigste Verhältnis zwischen dem verfolgten Zweck und den eingesetzten Mitteln angestrebt und erreicht wurde. Sie umfasst die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns einschließlich der Zielerreichung (Erfolgskontrolle). Sie umfasst auch die Prüfung, ob die eingesetzten Mittel auf den zur Erfüllung der Aufgaben notwendigen Umfang beschränkt wurden (Grundsatz der Sparsamkeit)."

- 1. Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung des vorhandenen qualitativen und quantitativen Angebotes an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder in Einrichtungen des *Deutschen Müttergenesungswerkes***
unter besonderer Berücksichtigung
 - a. der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen und
 - b. der fachlichen Ausrichtung (Indikation);

- 2. Ermittlung des qualitativen und quantitativen Bedarfs an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter**
unter Berücksichtigung von
 - a. gesellschaftlichen Veränderungen (demografischer Wandel),
 - b. soziodemografischen Variablen,
 - c. (veränderten) familiären Strukturen sowie innerfamiliären Beziehungen und
 - d. Belastungsprofilen der Zielgruppenangehörigen sowie
 - e. sich aus dem Zusammenwirken der unter 2.a. bis 2.c. genannten Faktoren ergebenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Zielgruppenangehörigen,
 - f. Erwartungen der Väter und Mütter im Hinblick auf das Leistungsangebot,
 - g. Einschätzungen und Erwartungen von Kostenträgern und Ärzteschaft im Hinblick auf die angebotenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen;

- 3. Erarbeitung von Lösungsvorschlägen und Handlungsempfehlungen,**
etwa im Hinblick auf
 - a. die wirtschaftlichere Führung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch Nutzung von Kooperationen mit lokal vernetzbaren Einrichtungen und Angeboten sowie Synergieeffekten,
 - b. die öffentliche (Bau-)Förderung in diesem Bereich,
 - c. künftige Kooperationsmöglichkeiten zur zeit- und bedarfsgerechten Weiterentwicklung des *Deutschen Müttergenesungswerkes*,
 - d. die Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

4 Übersicht über die Anlage und Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde zum Ende des Jahres 2005 in Angriff genommen und zunächst durch eine eingehende Sichtung einschlägiger Fachliteratur aus Bibliotheken und Internet vorbereitet. Sie dienten der Vorbereitung der empirischen Arbeiten.

Die Untersuchung hatte zwei thematische Schwerpunkte:

Der *erste Teil* widmete sich der *Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgestaltung des vorhandenen Angebotes an Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder in MGW-Einrichtungen*. Die dazu erforderlichen empirischen Arbeiten erfolgten im Wesentlichen im Frühjahr und Sommer des Jahres 2006. Über die Ergebnisse dieser Untersuchungen wird nachfolgend in *Abschnitt 5* berichtet.

Der *zweite Teil* hatte eine *Repräsentativumfrage* zum Gegenstand, in deren Rahmen ermittelt werden sollte, wie groß der potentielle Adressatinnen/-enkreis von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter bzw. Väter innerhalb der bundesdeutschen Bevölkerung ist, wie er sich zusammensetzt, inwieweit die betreffenden Personen über Müttergenesungsmaßnahmen informiert sind und ggf. bereit wären, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Ergebnisse dieser Erhebungen, die im Winter 2006/2007 erfolgten, finden sich in *Abschnitt 6* dieser Studie.

Über die *Schlussfolgerungen*, die aus den im Rahmen von Bestandsaufnahme und Repräsentativerhebung gewonnenen Erkenntnissen gezogen werden konnten, wird schließlich in *Abschnitt 8* referiert.

Vom Auftraggeber, dem *BMFSFJ*, wurde ein Projektbeirat eingerichtet, der das Projekt konstruktiv-kritisch begleiten, das Forschungsteam beim Zugang zu den Einrichtungen, aber auch durch die Beschaffung von Informationen unterstützen und bei der Erarbeitung der Erhebungsunterlagen inhaltlich beraten sollte. Dieses Gremium setzte sich zusammen aus Vertreterinnen/-ern

- des *BMFSFJ*,
- des *Müttergenesungswerkes* (Geschäftsführung),
- der *Arbeiterwohlfahrt (AWO Bundesverband, Fachbereich Gesundheit und Rehabilitation / Senioren)*,
- des *Deutschen Roten Kreuzes (DRK-Generalsekretariat, Referat Kur und Erholung, Team 42, Altenhilfe und Gesundheitsförderung)*,

-
- der *Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (EAG, Geschäftsführung)*,
 - der *Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG, Geschäftsführung)*
 - des *PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes (Gesamtverband, Referat Selbsthilfe und Müttergenesung)*.

Dieser Projektbeirat trat im Untersuchungszeitraum mehrmals in Berlin zusammen, wurde bei dieser Gelegenheit von den Wissenschaftlerinnen/-ern über den Stand der Projektarbeiten unterrichtet und gab wertvolle Hinweise für den weiteren Untersuchungsverlauf sowie die Interpretation einzelner Forschungsergebnisse.

5 Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgestaltung des vorhandenen Angebotes an Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in *MGW*-Einrichtungen

5.1 Durchführung der Untersuchung

Die Bestandsaufnahme erfolgte im Rahmen eines *qualitativ* sowie eines *quantitativ* ausgerichteten Untersuchungsteils.

5.1.1 Qualitative Interviews in *MGW*-Einrichtungen

Vorgesehen war, qualitative Befragungen in den *MGW*-Einrichtungen in *zehn* nach bestimmten Kriterien (wie Indikation, Adressat(inn)en: Mütter, Mütter und Kinder, Väter und Kinder, spezielle Zielgruppen) *ausgewählten Einrichtungen* zu führen. Dazu schlug jede der im Projektbeirat vertretenen *MGW*-Trägerorganisationen fünf Kliniken vor. Aus diesen wurden vom Forschungsteam jeweils zwei ausgesucht, wobei neben den genannten inhaltlichen Kriterien auch maßgebend war, ob sich die Interviews im vorgegebenen engen Untersuchungszeitraum realisieren ließen.

In die qualitativen Befragungen wurden pro Träger zwei Einrichtungen einbezogen, sodass in insgesamt zehn Kliniken die Einrichtungsleitungen befragt wurden. In acht Kliniken wurden Mutter- bzw. Vater-Kind-Leistungen angeboten, in den restlichen beiden ausschließlich *MGW*-Maßnahmen für Mütter. Fast jede der Einrichtungen verfügte über ein besonderes Angebot an Leistungen („Spezialkuren“) für bestimmte Zielgruppen (z.B. für Frauen mit onkologischen Erkrankungen, trauernde Frauen, übergewichtige Kinder usw.). Um einen möglichst repräsentativen Querschnitt zu erfassen, wurden Häuser unterschiedlicher Größe einbezogen: Die kleinste Einrichtung verfügte über 20 Betten für Mütter bzw. Väter und 30 für Kinder, die größte über 78 Plätze für Mütter und 116 für Kinder. Auch in Bezug auf die regionale Verteilung wurde versucht, das vorhandene Spektrum möglichst umfassend abzubilden. So lagen jeweils drei der besuchten Kliniken an der See bzw. im Hochgebirge, die restlichen vier im Mittelgebirge oder in Seen- und Wiesenlandschaften. Zwei Einrichtungen befanden sich in den neuen Bundesländern.

Diese Einrichtungen wurden anhand eines vom Forschungsteam erarbeiteten Informationsbriefs, dem ein Kurzexposee des Forschungsprojekts beigelegt war, sowie teilweise auch fernmündlich von den Trägerverbänden informiert. Anschließend konnten sie dann von den Wissenschaftlerinnen kontaktiert, noch einmal eingehend über das Untersuchungskonzept in Kenntnis gesetzt und um die Absprache konkreter Besuchstermine gebeten werden. Besonders wichtig war dabei, die Einrichtungsleitungen dazu zu veranlassen, dem Forschungsteam den Zugang zu Maßnahmeteilnehmerinnen zu ermöglichen und mit diesen intern einen Zeitplan abzusprechen, um die qualitativen Interviews bzw. Gruppendiskussionen zügig und ohne Leerlaufzeiten durchführen zu können. Da dies sehr gut geregelt wurde, konnten die Befragungen in jeder Klinik innerhalb von zwei bis drei Tagen abgeschlossen werden.

Überblick über die Interviewpartnerinnen/-er			
Interview-partnerinnen	Art der Einrichtung (n = 10)		Summe
	Mütter- maßnahmen	Mutter-/Vater- Kind-Maßnahmen	
Einrichtungs- leitungen	2	8	10
Mütter (einzeln)	8	58	66
Väter (einzeln)	-	1	1
Mütter (Gruppe)	7	40	47
Väter (Gruppe)	-	1	1
Summe	17	108	125

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Abbildung 9

Die Klinikbesuche durch jeweils zwei Wissenschaftlerinnen/-er des *IfeS* fanden von Anfang April bis Mitte Juni 2006 statt. Dabei zeigte sich, dass viele der Einrichtungen in dieser Zeit, die im Wesentlichen außerhalb der Schulferien lag, nur mäßig belegt waren. *Abbildung 9* gibt einen Überblick über Personen- bzw. Personengruppen, die in die Gespräche einbezogen wurden.

5.1.1.1 Qualitative Interviews mit Einrichtungsleitungen

In jeder Klinik wurden mit *Angehörigen der Leitungsebene qualitative, leitfadengestützte Interviews* durchgeführt, an denen in den meisten Fällen nur die Leiterin bzw. der Leiter, in einigen Häusern aber auch Leitende Ärztinnen/-e und/oder Verwaltungsleiter teilnahmen. Allen Einrichtungen wurde vorab ein Interviewleitfaden zugeschickt, damit sich die Auskunftspersonen auf die Befragung vorbereiten konnten. Zudem erhielten sie ein Formular zur Erfassung wichtiger betriebswirtschaftlicher Parameter.

Gegenstand der Gespräche waren u.a. Fragen nach Ausstattung, Angebotsstruktur, Belegung, Personalausstattung, Organisationsstruktur, Kooperation und (regionaler) Vernetzung mit anderen Einrichtungen bzw. Unternehmen und Rentabilität der Einrichtungen.

Die Gespräche dauerten in der Regel etwa drei Stunden und wurden von allen Beteiligten sehr freimütig geführt.

5.1.1.2 Qualitative Interviews mit Maßnahmeteilnehmerinnen

Die Besuche in den zehn ausgewählten Einrichtungen wurden auch für Gespräche mit Teilnehmerinnen genutzt, die sich dort bereits mehr als 14 Tage aufgehalten hatten. Dabei kamen zwei unterschiedliche Methoden zur Anwendung:

Zum einen wurden 67 bis zu einstündige leitfadengestützte *Einzelgespräche* mit jeweils etwa acht erwachsenen Maßnahmeteilnehmer(inne)n geführt. Im Rahmen dieser Interviews wurden folgende Inhalte thematisiert: Soziodemografische Informationen, Indikationen, häusliche und berufliche Belastungen, Zugang zu den Kurmaßnahmen, Finanzierungsfragen, Erwartungen vor Beginn der Maßnahme und im Rahmen des Aufenthaltes gemachte Erfahrungen, Vorstellungen über Verbesserungsmöglichkeiten des Angebotes.

Zum anderen wurden in acht der besuchten Einrichtungen moderierte, ca. zweistündige *Gruppendiskussionen* durchgeführt, in die jeweils maximal acht Personen (insgesamt wurden so 48 Personen beteiligt) eingebunden wurden und in deren Rahmen vor allem Erfahrungen und Erwartungen der Mütter und Väter in Bezug auf die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen thematisiert wurden. Solche Veranstaltungen eignen sich erfahrungsgemäß besonders gut für Situationsanalysen, zur Evaluierung und Verbesserung von Maßnahmen

und Angeboten sowie im Rahmen von Planungsprozessen.¹⁶⁰ Die Gruppenveranstaltungen gliederten sich in drei Blöcke mit folgenden Themenschwerpunkten:

- *Wie verlief der Zugang zu Ihrer Kur¹⁶¹?*
- *Was ist das Wichtigste bei einer Kur?*
- *Welche Erfahrungen haben Sie während der Kur gemacht und wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?*

Im Rahmen der Bearbeitung des ersten Blocks erzählten die Frauen zunächst reihum über ihre Erlebnisse, die von den Moderatorinnen an einer Pinwand in der gebotenen Kürze aufgeschrieben wurden. Durch die Schilderung bestimmter Vorkommnisse wurden die Mitpatientinnen an eigene Erlebnisse erinnert und gaben auch diese zu Protokoll.

Der zweite Block wurde in Form einer Kartenabfrage abgearbeitet. Die anschließende thematische Ordnung der Karten an der Pinwand war Anlass für Erläuterungen, Modifikationen bestimmter Argumente und Ergänzungen. Anschließend wurde gemeinsam nach Überschriften für die Themenblöcke gesucht, die in einem dritten Schritt durch Verteilen von Klebepunkten nach ihrer Bedeutsamkeit bewertet wurden.

Der dritte Block wurde im Rahmen einer offenen Diskussion bearbeitet, deren Ergebnisse an der Pinwand stichwortartig festgehalten wurden.

Alle Teilnehmerinnen (nur bei einer Veranstaltung war auch ein Mann zugegen) äußerten im Nachhinein, dass ihnen die Diskussion, trotz ursprünglicher Skepsis, gut gefallen habe und dass sie sich viel Positives von unserem Forschungsprojekt versprechen.

Insgesamt gesehen waren diese Veranstaltungen sehr ergiebig. Teilweise hätten die Frauen sich gerne noch länger mit den Moderatorinnen ausgetauscht, wenn dem nicht Behandlungstermine entgegengestanden hätten.

¹⁶⁰ Solche moderierten Gruppenveranstaltungen gehören heute zum gängigen sozialwissenschaftlichen Methodenrepertoire. Gemeinsam ist diesen *bottom-up*-Ansätzen, dass sie für die Teilnehmer/-innen durchschaubar, partizipativ und demokratisch angelegt sind (vgl. *Geßner* 2001: 43f). Man kann auf diesem Wege im Allgemeinen überaus produktiv arbeiten und wichtige handlungsorientierte Ergebnisse erzielen.

¹⁶¹ Im Rahmen der Befragungen wurde absichtlich mit dem umgangssprachlichen „Kur“-Begriff operiert, da er den Auskunftspersonen eher geläufig zu sein schien als der Begriff „medizinische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme“. In der Tat stellte sich im Verlauf der Interviews heraus, dass etliche Befragte nicht (mehr) wussten, ob sie gerade an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen.

5.1.2 Qualitative Expertinnen/-en-Interviews

Ergänzend zu den qualitativen Erhebungen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden *leitfadengestützte Interviews* mit insgesamt 13 Expertinnen und Experten geführt. Neben Vertreterinnen/-ern der *Sozialversicherungsträger* (Krankenkassen, MDK) und der *Ärztenschaft* konnten ein (auch) als Rechtsbeistand bei Widersprüchen gegen abschlägige Anträge auf Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen wirkender *Rechtsanwalt* sowie eine *Sozialberaterin* zu den anstehenden Fragen gehört werden (siehe *Abbildung 10*).

Interviewpartner und –partnerinnen der Expertengespräche	
➤	11 Interviews mit 13 Personen, davon
	4 Vertreterinnen/-er von zwei Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK)
	4 Vertreterinnen/-er von Spitzenverbänden von Krankenkassen
	3 praktizierende Ärztinnen/-e (Praxis für Allgemeinmedizin, Vorsitzender eines ärztlichen Kreisverbandes, Universitätsklinik)
	1 Fachanwalt für Sozialrecht und Familienrecht
	1 Beraterin für familiäre Probleme in der Krebsambulanz einer Klinik
 2007	

Abbildung 10

Einige dieser Fachleute wurden von einzelnen Projektbeiratsmitgliedern vorgeschlagen, andere wurden vom Forschungsteam ausgewählt, wobei folgende Überlegungen maßgebend waren: Es sollte sich um Personen handeln, die an der Steuerung des Zugangs zu *MGW*-Heilbehandlungen beteiligt sind, durch ihre Entscheidungen den Umfang der bewilligten Maßnahmen mit beeinflussen oder auch als Multiplikatoren wirken. Ein Teil des befragten Personenkreises hatte sich auch schon durch Veröffentlichungen und Teilnahme an Fachveranstaltungen qualifiziert zum Thema geäußert. Zudem war es Anliegen der Gespräche, möglichst unterschiedliche Positionen und Einstellungen zu den Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen berücksichtigen zu können. Letzteres spiegelt sich in den teilweise sehr konträren Positionen zu einzelnen Fragebereichen wider. Trotz Einbeziehung eines relativ breiten Meinungsspektrums können die Auswahl der befragten Personen und die geäußert-

ten Auffassungen zwar nicht im strengen Sinne als repräsentativ gelten. Gleichwohl vermitteln die Ergebnisse der Gespräche unseres Erachtens einen guten Eindruck davon, wie Mütter- bzw. Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahmen „von außen“ beurteilt werden.

Themenschwerpunkte der Interviews waren:

- Generelle Einschätzung von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen als Vorsorge- und Reha-Maßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Stärken und Schwächen dieser Therapieform
- Beurteilung des Zugangs zu diesen Maßnahmen
- Einschätzung der Zukunftsperspektiven von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

Die meisten Gesprächspartner legten auf eine anonymisierte Ergebnisdarstellung Wert. Die Gespräche dauerten zwischen einer und dreieinhalb Stunden.

5.1.3 Quantitative Erhebung bei Leitungen von *MGW*-Einrichtungen

Auf der Grundlage der qualitativ gewonnenen Erkenntnisse wurde ein *Erhebungsbogen* entwickelt, der zu einer *schriftlichen Befragung* aller verbleibenden 76 *MGW-Einrichtungen* dienen sollte. Ziel dieser Erhebung war es, die über die qualitativen Befragungen eingeholten Informationen über Leistungsstrukturen, wirtschaftliche Kenngrößen, Qualitätsbeurteilung und zum Weiterentwicklungsbedarf der *MGW-Einrichtungen* auf eine breitere Basis zu stellen. Um den Bearbeitern/-innen des Bogens die Arbeit zu ersparen, bereits bekannte Strukturdaten mitzuteilen, die sich auch dem „Jahrbuch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2007/2008“ des *Müttergenesungswerkes* entnehmen lassen (z.B. Lage, Indikationspektrum, Angebote), war es notwendig, auch um Nennung von Namen und Ort der jeweiligen Einrichtung zu bitten. Nur so konnten Fragebogendaten mit Informationen aus dem „Jahrbuch“ verknüpft werden. Natürlich wurde den Einrichtungen eine anonyme Auswertung zugesichert.

Der achtseitige Fragebogen wurde mit dem Projektbeirat abgestimmt, bevor er Mitte Juli 2006 - versehen mit einem Anschreiben - an die Kliniken verschickt wurde. Etwa sechs Wochen später wurden Einrichtungen, die bis dahin noch nicht geantwortet hatten - viele begründeten dies später damit, dass die Befragung in den Hochsommer und damit in die Hochsaison der Kliniken fiel - erneut angeschrieben und darum gebeten, den Bogen doch noch auszufüllen. Diesem Brief wurde der Erhebungsbogen noch einmal beigelegt.

Bis Ende August hatten sich etwa 45 % aller Einrichtungen an der Erhebung beteiligt. Nachdem wir dies dem Projektbeirat mitgeteilt hatten, warben die Vertreterinnen der Wohlfahrtsverbände noch einmal eindringlich bei „ihren“ Kliniken um die Bearbeitung der Fragebögen. Diese Aktion hatte großen Erfolg, so dass bis Ende Oktober 2006 der hervorragende Rücklauf von insgesamt 71 % (Spannweite zwischen den *MGW*-Trägergruppen 54 % bis 79 %) erreicht wurde. Bezieht man die Beteiligung an den Befragungen „vor Ort“ mit ein, so ergibt sich sogar eine Beteiligungsquote von 75 % (Spannweite zwischen den *MGW*-Trägergruppen 60 % bis 81 %).

Die Qualität der in den Erhebungsunterlagen verzeichneten Angaben war prinzipiell gut. Allerdings gab es einige Kliniken, die lediglich rudimentäre oder gar keine Angaben zu den betriebswirtschaftlich orientierten Fragen machten. Drei Kliniken antworteten anonym: Sie konnten weder einem Wohlfahrtsverband zugeordnet werden, noch ließen sich Informationen aus dem *MGW*-Jahrbuch dem Datensatz dieser Häuser zuordnen.

5.2 Ergebnisse der Bestandsaufnahme

5.2.1 Bestandsaufnahme von Angeboten in *MGW*- und konkurrierenden Einrichtungen – Ergebnisse von Literatur- und Internetrecherchen

Bevor Ergebnisse der empirischen Erhebungen im Rahmen der vorliegenden Studie präsentiert werden, sollen in den folgenden beiden *Abschnitten 5.2.1.1* und *5.2.1.2* einige wichtige Strukturdaten referiert werden, die über Sekundäranalysen öffentlich zugänglichen Materials in Literatur und Internet erreichbar sind.

5.2.1.1 Beratungs- und Vermittlungsstellen

Abbildung 11 gibt einen Überblick über die Zugehörigkeit der derzeit bundesweit 1.429 Beratungs- und Vermittlungsstellen zu Trägerorganisationen, die sich für Belange der Müttergenesung einsetzen. Wie in *Abschnitt 2.1*, *Abbildung 1* bereits genauer dargestellt, stellen sie wichtige Glieder der „Therapeutischen Kette“ dar.

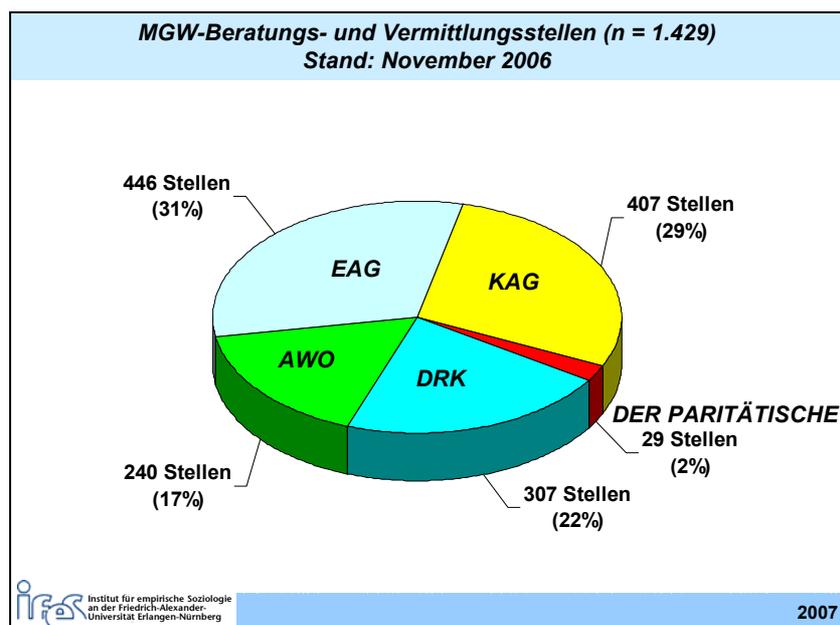


Abbildung 11

Erkennbar ist, dass *EAG* und *KAG*, gefolgt von *DRK* und *AWO* die größten Anbieter von Unterstützungsleistungen in diesem Bereich sind. Dem *Paritätischen Wohlfahrtsverband* kommt hier eher untergeordnete Bedeutung zu. Die Vertreterinnen und Vertreter der Träger von Müttergenesungseinrichtungen im Projektbeirat berichteten, die Zahl der *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen sei in den letzten Jahren rückläufig. Als Ursache hierfür wurde der Zwang zu Einsparungen bei den Trägerverbänden genannt, dem freiwillige Leistungen als erstes zum Opfer fielen.

5.2.1.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Abbildung 12 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen im Bereich des *MGW* sowie die Zahl der vorgehaltenen Betten für Mütter und Kinder in den Jahren 1997 bis 2006. Erkennbar ist ein deutlicher Rückgang der Einrichtungen von 132 Häusern im Jahr 1997 auf 88 Kliniken im Jahr 2006. Dem entsprechend fiel die Zahl der vorgehaltenen Kapazitäten von 9.524 auf 7.764 Betten, nachdem bis zum Jahr 2000 eine Ausweitung auf 10.343 Betten stattgefunden hatte. Gut erkennbar ist, - verglichen mit den Mütterbetten - eine relative Zunahme der Kinderbetten. Dies ist auf einen Rückgang der Einrichtungen zu-

rückzuführen, die ausschließlich Maßnahmen für Mütter durchführen: 1997 gab es davon noch 28 Häuser,¹⁶² von denen 2006 nur noch 8 Kliniken in Betrieb waren.

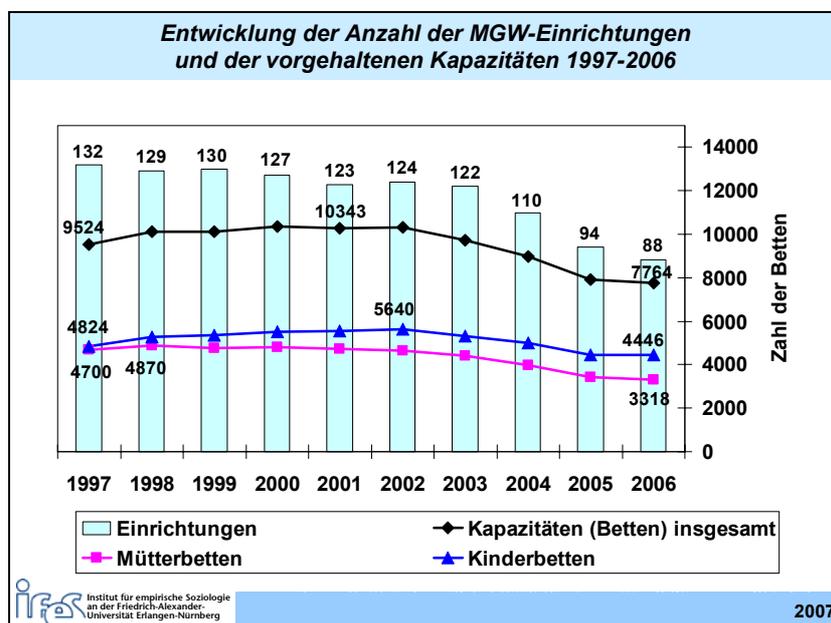


Abbildung 12 Quelle: *Müttergenesungswerk* Stand: 31.03.2006

Über die Leistungen, die in den Einrichtungen der Trägerverbände des *Müttergenesungswerkes* erbracht werden, finden sich recht detaillierte Informationen im „*Müttergenesungswerk Jahrbuch 2005/2006*“. Hier werden die einzelnen Häuser mit ihren spezifischen Angeboten vorgestellt. Zudem kann gezielt nach Möglichkeiten zu Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sowie nach geeigneten Kliniken für bestimmte Indikationen gesucht werden.

Neben den 88 *gemeinnützigen MGW-Einrichtungen*¹⁶³ existieren 62 *privatwirtschaftliche* oder *Krankenkassen zugehörige* (z.B. AOK, Barmer Ersatzkasse) *Kliniken*, die ebenfalls Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V mit Krankenkassen abgeschlossen haben.¹⁶⁴ Allerdings sind zumindest die über das Internet erreichbaren Informationen zu diesen Häusern nicht in jedem Fall so vollständig wie jene, die vom *Müttergenesungswerk* in der Publikation „*Müttergenesungswerk Jahrbuch 2007/2008: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*“ zur Verfügung gestellt werden. Insofern fällt der Vergleich der Einrichtungen im Hinblick auf das vorgehaltene Leistungsangebot schwer.

¹⁶² Vgl. *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk* 1998

¹⁶³ In der Zwischenzeit hat eine der im *MGW-Jahrbuch* enumerierten Kliniken aufgegeben, so dass das Angebot derzeit nur noch 87 *MGW-Einrichtungen* umfasst.

Im Internet finden sich weitere stationäre Angebote, die sich ebenfalls an Mütter mit ihren Kindern richten, ohne dass erkennbar wäre, ob diese Einrichtungen über Versorgungsverträge verfügen. Die Leistungen, die dort offeriert werden, reichen von solchen, die „Müttergenesungscharakter“ zu haben scheinen, bis hin zu solchen, deren Anliegen lediglich Wellness, Erholung oder Urlaub sein dürfte.

Unter den 88 Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes* werden acht Häuser gelistet, die ausschließlich Mütter-Maßnahmen durchführen, während alle übrigen Kliniken Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen anbieten. Dem gegenüber ist im Internet nur eine privatwirtschaftliche Einrichtung für Mütter-Maßnahmen zu finden, alle anderen erbringen Leistungen im Mutter-Kind-Bereich. Spärlich sind auch die Informationen der „Privaten“ im Hinblick auf das Vorsorge- und Reha-Angebot. Während ein Drittel der *MGW*-Einrichtungen ausschließlich Vorsorgeleistungen und die übrigen zwei Drittel Vorsorge- und Reha-Leistungen erbringen (siehe *Abbildung 13*), scheinen die privaten Häuser bis auf zwei, die nur auf Vorsorgeleistungen abstellen, im wesentlichen auf Vorsorge- und Rehabilitation ausgerichtet zu sein.

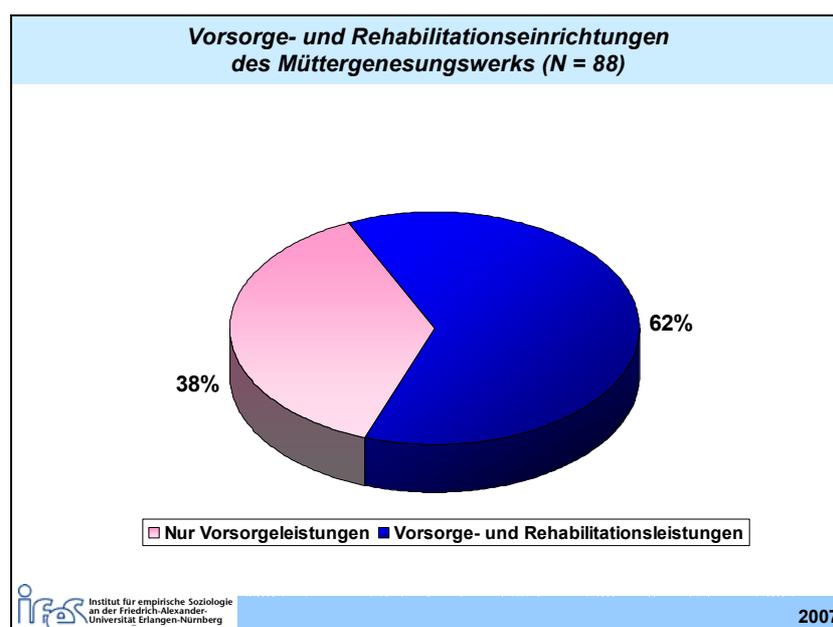


Abbildung 13

Vergleicht man die *Indikationsbereiche*, die in *MGW*- und privaten Einrichtungen behandelt werden, so zeigen sich die in den *Abbildungen 14* und *15* enthaltenen Ergebnisse. Demnach stellen die *MGW*-Häuser deutlich häufiger auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstö-

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

¹⁶⁴ Eine aktuelle Liste der Einrichtungen mit Bestandsschutz oder Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Stand: 09. März 2007; *VdAK/AEV 2007a*) wurde uns freundlicherweise vom *VdAK/AEV* zur Verfügung gestellt.

rungen, aber auch auf Erkrankungen des Nerven- sowie des Muskel- und Skelettsystems ab, während die übrigen Kliniken besonders oft Angebote vorhalten, die auf somatische Indikationen ausgerichtet sind. Den Gründen für diese Unterschiede konnte allerdings im Rahmen unserer Untersuchung nicht nachgegangen werden.

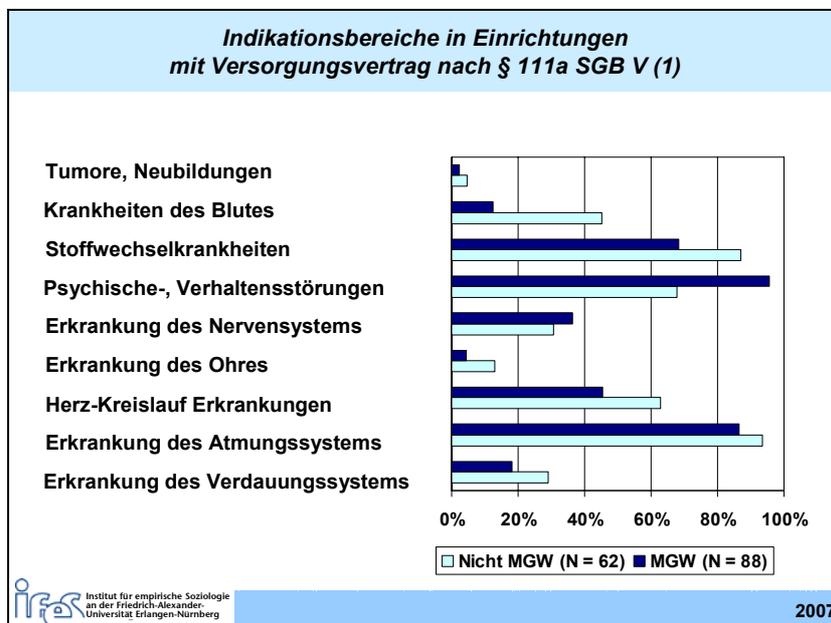


Abbildung 14

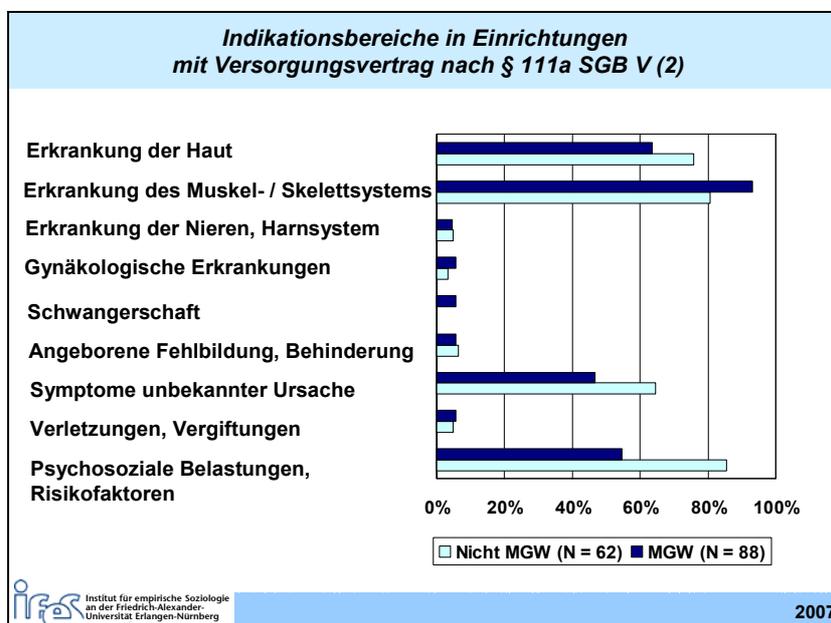


Abbildung 15

Sichtet man die therapeutischen Angebote, wie sie im *MGW*-Jahrbuch für jede Einrichtung aufgelistet werden, so zeigt sich, dass alle Häuser eine Fülle unterschiedlichster Leistungen unter den folgenden Überschriften auflisten:

- Psychosoziale Therapie
 - Einzel- und Gruppengespräche
 - Sinn- / Glaubensgespräche / Meditation
 - Entspannungstherapie
 - Körper- / Kreativtherapie
- Physiotherapie für Mütter
- Physiotherapie für Kinder
- Gesundheitstraining
 - Vorträge, Gruppenarbeit, indikationsbezogene Schulung
 - Bewegungstraining
 - Ernährungsberatung
 - Diät, Ernährungsformen
- Spezielle Angebote

Aufgrund der Tatsache, dass unter diese Therapieangebote wiederum überaus viele Einzelleistungen subsumiert werden, wobei – offensichtlich unabhängig von der Einrichtungsgröße oder dem Indikationsspektrum - von manchen Häusern viel, von anderen weniger davon enumeriert wird, erscheint eine Auszählung wenig sinnvoll.¹⁶⁵

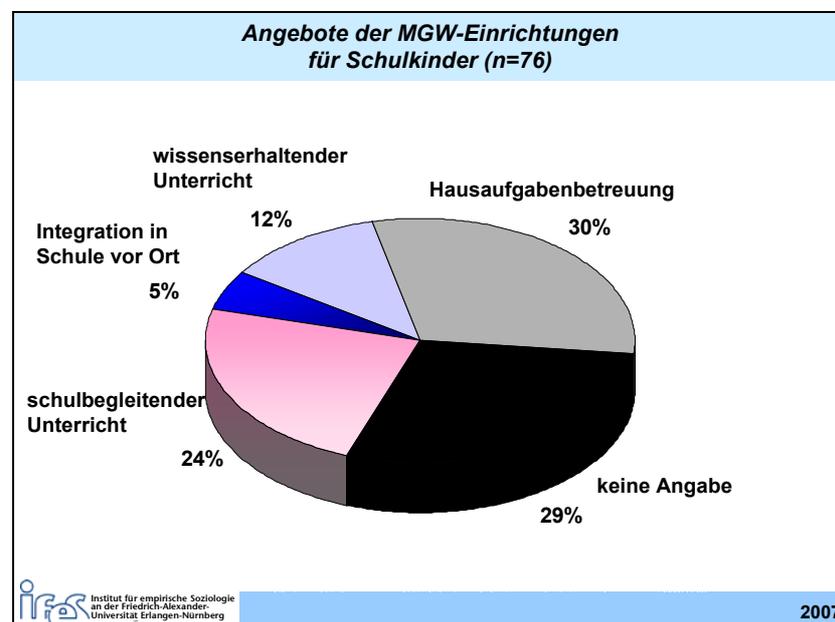


Abbildung 16

¹⁶⁵ Entsprechend unergiebig war auch die Analyse des Behandlungsangebotes von *Meixner* (2004: 98ff).

Aus dem *MGW*-Jahrbuch 2007/2008 geht hervor, dass über zwei Drittel der *MGW*-Einrichtungen für Kinder im schulpflichtigen Alter schulische Betreuung anbieten (vgl. *Abbildung 16*). Am häufigsten handelt es sich dabei um Hausaufgabenbetreuung oder schulbegleitenden Unterricht.

Prinzipiell ist festzustellen, dass in allen Einrichtungen ein Angebot vorgehalten wird, das eine Behandlung der Teilnehmerinnen auf der somatischen, psychischen und edukativen Ebene ermöglicht und somit den Anspruch erfüllt, eine multimodale, interdisziplinäre Therapie gewährleisten zu können. Allerdings sind zwischen den verschiedenen Kliniken große Unterschiede erkennbar.¹⁶⁶ Es wäre sicherlich interessant, eine Auswertung anhand einheitlicher Kategorien vorzunehmen (z.B. anhand der Liste mit Behandlungselementen nach KTL¹⁶⁷, der nicht nur Leistungen, sondern auch die jeweils dafür zu veranschlagenden Zeiten zu entnehmen sind¹⁶⁸). Es ist davon auszugehen, dass eine solches Raster im Rahmen der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren erarbeitet wird, das für den Bereich der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gerade angelaufen ist.¹⁶⁹

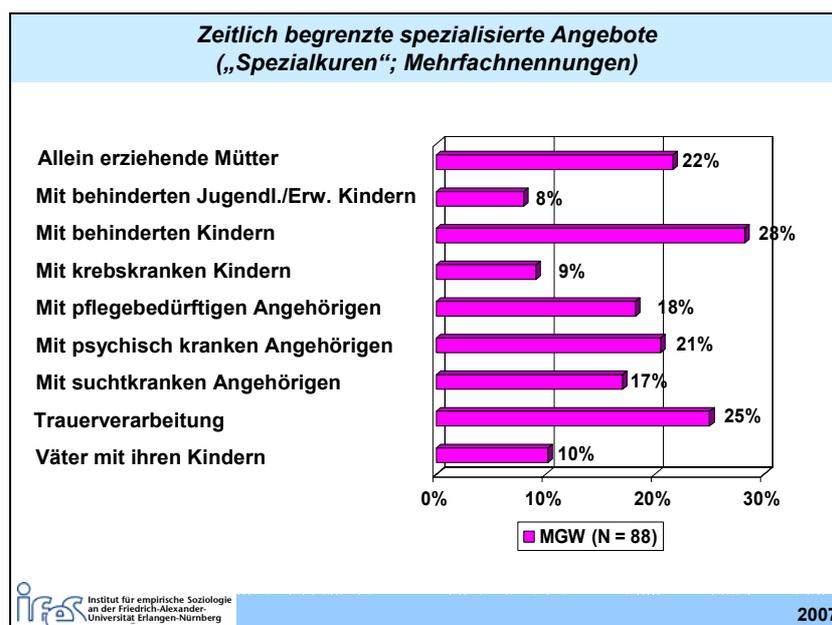


Abbildung 17

¹⁶⁶ Vgl. *Meixner* 2004: 102

¹⁶⁷ Mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) werden die relevanten Leistungseinheiten mit ihren geforderten Qualitätsmerkmalen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung definiert und klassifiziert (siehe dazu: *Bitzer et al.* 2006).

¹⁶⁸ Siehe *Hartmann et al.* 2005: 26ff

¹⁶⁹ Siehe Institut für *Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg* 2000

Wie oben bereits erwähnt, werden in vielen *MGW*-Einrichtungen auch *zeitlich begrenzte*¹⁷⁰, *spezialisierte Angebote* („Spezialkuren“) vorgehalten (vgl. *Abbildung 17*). So bieten über ein Viertel der Einrichtungen Leistungen für Mütter bzw. Väter mit behinderten Kindern an, ein Viertel Trauerverarbeitung und 22 % spezielle Angebote für allein erziehende Mütter. Allerdings halten 51 Häuser keine Angebote für spezielle Zielgruppen vor, während 10 Einrichtungen sogar mehrere (zwischen 6 und 8) solcher Leistungen listen. Einige Kliniken haben sich konzeptionell sowie im Hinblick auf Baulichkeiten und Ausstattung im Besonderen auf die Aufnahme von Menschen mit körperlichen, geistigen oder mehrfachen Behinderungen (das sind in der Regel die (u.U. erwachsenen) Kinder oder Angehörigen der Mütter, gelegentlich aber auch die Mütter selbst) eingerichtet.

Während themenbezogene Spezialkonzepte wie beispielsweise Umgang mit Stress und Belastung, Trennung und Scheidung, Trauern oder pflegende Angehörige weiterhin gängig sind,¹⁷¹ werden Schwerpunktmaßnahmen für bestimmte Zielgruppen heute sowohl von den Einrichtungen als auch von den Teilnehmerinnen ambivalent beurteilt, da Stigmatisierungstendenzen befürchtet werden (z.B. wenn viele adipöse Personen zusammentreffen). Insofern wird vielfach befürwortet, nach Möglichkeit nicht mehr als fünf Personen mit besonderen Problemen in einen Maßnahmedurchgang aufzunehmen und diese integrativ zu behandeln.

Die Beschränkung von „Spezialkuren“ auf einige wenige Zielgruppen und Termine wird auch damit begründet, dass solche Angebote nur einige Male pro Jahr sinnvoll sind, um eine ausreichende Auslastung des jeweiligen Durchgangs zu gewährleisten. Die damit einhergehende zeitliche Beschränkung birgt jedoch die Gefahr langer Wartezeiten und Terminprobleme der behandlungsbedürftigen Mütter und Väter. Problematisch ist auch, dass Krankenkassen einer Genehmigung solcher Maßnahmen erfahrungsgemäß eher reserviert gegenüberstehen.

5.2.2 Maßnahmekonzepte von *MGW*-Einrichtungen

Alle Einrichtungsleitungen brachten in den Gesprächen zum Ausdruck, dass sich Heilbehandlungen in *MGW*-Kliniken von anderen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz unterscheiden, der in besonderer Weise der komplexen mütterspezifischen Belastungssituation Rechnung trägt. Neben dieser grundlegenden Ge-

¹⁷⁰ Diese Maßnahmen, die auf spezielle Zielgruppen hin konzipiert sind, werden nicht über das ganze Jahr hinweg, sondern nur zu besonderen Terminen angeboten.

¹⁷¹ Vgl. *Stöcker* 2007: 12

meinsamkeit gab es im Hinblick auf eine Reihe anderer einrichtungsspezifischer Merkmale deutliche Unterschiede.

Die *Abbildungen 18* und *19* geben Aufschluss über wesentliche Gemeinsamkeiten, aber auch über Unterschiede in den Konzeptionen der befragten Einrichtungen.

Sicht der Einrichtungsleitungen: Maßnahmekonzept I

- **Wesentlich ist ein individuell auf die Bedürfnisse von Mutter/Vater und Kind abgestimmtes psychosoziales und medizinisches Angebot**
- **Weibliche Kommunikationsformen und Verhaltensweisen müssen besonders berücksichtigt werden**
- **Konzept der reinen, ausschließlich auf Frauen (Mütter, ggf. mit Kind) ausgerichteten Maßnahmen strittig, allerdings Mehrheit dafür**
- **Kinderbetreuung unterschiedlich**
 - **in der Regel Ganztagsbetreuung**
 - **Vormittagsbetreuung ist stets sichergestellt, Nachmittagsbetreuung kann gelegentlich nur bei Bedarf (z.B. bei Behandlung der Mutter) ermöglicht werden.**


2007

Abbildung 18

Sicht der Einrichtungsleitungen: Maßnahmekonzept II

- **Überschaubare Größe der Einrichtungen als wesentliches, am Teilnehmerinnen-Bedarf orientiertes Maßnahmemerkmal**
- **Blockanreise der Teilnehmerinnen/-er wichtig, um (therapeutisch wichtigen) Gruppenzusammenhalt zu fördern**
- **Maßnahmedauer: 3 Wochen zu kurz, weil (kleine) Kinder relativ viel Zeit zur Eingewöhnung brauchen - Rückkehr zum 4-Wochenrhythmus wäre sinnvoll**
- **Im Rahmen der Rentenversicherung müsste es ein analoges Konzept geben, das Rehabilitation von Müttern/Vätern mit Kindern ermöglicht, zumal zunehmend Frauen mit schwereren psychosomatischen Erkrankungen behandelt werden**


2007

Abbildung 19

Bedingt durch den mütter- bzw. väterspezifischen Ansatz war für alle Leiterinnen und Leiter die Verbindung von medizinischen und psychosozialen Angeboten ein wichtiges Anliegen.

Des Weiteren waren sie sich weitgehend darüber einig, dass die gemeinsame Anreise einer Therapiegruppe für die Förderung der Gruppenkohäsion¹⁷² und die Entwicklung von Vertrautheit und Erfahrungsaustausch eine wichtige Voraussetzung darstellt. In einigen Häusern ist man allerdings zu einer gemeinsamen wöchentlichen oder 14-tägigen An- und Abreise übergegangen, sodass jeweils zwei bzw. drei unterschiedliche Gruppen parallel therapeutisch betreut werden. Begründet wurde dies mit der Möglichkeit von mehr Flexibilität bei der Terminplanung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und einer besseren Auslastung der Einrichtung.

Eine überschaubare Einrichtungsgröße stellt nach Überzeugung der meisten Befragten ebenfalls eine Rahmenbedingung dar, die einen wesentlichen Unterschied zu vielen großen Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger ausmacht und die sich positiv auf Inanspruchnahme (viele Frauen möchten keinen Aufenthalt in einer „Bettenburg“ verbringen) und Behandlungserfolg auswirkt.

Die Mehrzahl der befragten Leiterinnen waren ebenso wie die meisten Maßnahmeteilnehmerinnen der Auffassung, eine Maßnahmedauer von vier Wochen wäre angemessen, um das Maßnahmeziel einer nachhaltigen Verbesserung des gesundheitlichen Zustands und eine Initiierung von Verhaltensänderungen zu erreichen. Dies gelte insbesondere für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, da gerade die Integration von kleinen Kindern in eine Betreuungsgruppe einige Zeit erfordert.

Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen unterscheiden sich plausiblerweise grundlegend. Im Rahmen von reinen Mütter-Maßnahmen haben das Wohl der Frauen und ihr Umgang mit gesundheitlichen, verhaltensbedingten und sozialen Belastungen absolute Priorität. In Mutter-Kind-Kliniken geht es nicht nur um die Frauen, sondern auch um die Betreuung und – so weit erforderlich – auch um die Therapie der Kinder. Hier waren allerdings deutliche konzeptionelle Unterschiede erkennbar:

- Einige Einrichtungen sorgen mit dem Ziel einer möglichst umfassenden Entlastung der Teilnehmerinnen für eine konsequente Trennung von Eltern und ihren Kindern, z.B. auch während der Essenszeiten und bieten eine ganztägige Kinderbetreuung an. Unser Eindruck, dass solche Konzepte aufgrund unterschiedlicher Erziehungstraditionen vor allem in Einrichtungen der neuen Bundesländer praktiziert werden und als völlig unproblematisch angesehen werden, bestätigte die Diskussion im Projektbeirat. In einigen Kliniken besteht auch in den Abendstunden die Möglichkeit einer Kinderbetreu-

¹⁷² Siehe dazu auch: *Meixner* 2004: 10

ung, um den Frauen Gelegenheit zu einer selbst bestimmten Gestaltung des Abends zu geben.

- Andere Einrichtungen legen vor allem darauf Wert, den Müttern / Vätern Gelegenheit zu geben, möglichst viel Zeit gemeinsam mit ihren Kindern zu verbringen. In diesen Einrichtungen wurde am Nachmittag Kinderbetreuung nur auf Anfrage oder während der Teilnahme an Therapien angeboten. Dies wurde u.a. damit begründet, dass häufig eine problematische Mutter-Kind-Interaktion wesentlichen Anteil an der Belastungssituation habe. Insofern wird hier die Chance genutzt, durch Beziehungsarbeit unter entlastenden Rahmenbedingungen eine Verbesserung von Kommunikation und Verhalten zwischen Mutter und Kind zu erreichen.

Im Projektbeirat wurde darauf hingewiesen, dass es problematisch sei, unterschiedliche Einrichtungskonzepte (z.B. im Hinblick auf die Kinderbetreuung) nach dem Prinzip von Pro und Kontra zu beurteilen. Vielmehr sollte die Vielfalt bestehender Konzepte als Chance für eine optimale Allokation zwischen den einzelnen Angeboten und spezifischen Bedarfslagen der Adressatinnen/-en genutzt werden. Als Beispiel wurden Mütter von behinderten Kindern genannt, bei denen in der Regel eine maximale Entlastung der Mutter von Erziehungs- und Betreuungsaufgaben während der Maßnahme angezeigt ist. In anderen Fällen, in welchen eine problematische Mutter-Kind-Beziehung vorliegt, kann dagegen ein intensiver Kontakt zwischen Mutter bzw. Vater und Kind unter therapeutischen Aspekten sinnvoll und notwendig sein.

Konzeptionelle Unterschiede wurden auch bei der Aufnahme von Vätern deutlich: Während einige Häuser besondere Maßnahmen für Väter mit Kindern oder aber auch für ganze Familien anbieten, lehnen andere die gleichzeitige Belegung mit Frauen und Männern strikt ab. Sie begründeten dies mit einem geschlechtsspezifischen, auf Probleme von Frauen hin zentrierten Behandlungsprogramm, in dem der kognitive und emotionale Austausch in der Therapiegruppe über soziale Belastungssituationen und rollentypische Verhaltensmuster einen hohen Stellenwert haben.¹⁷³ Hier ist man der Auffassung, dass es wichtig ist, einen Rahmen bereitzustellen, in dem eine unbefangene Kommunikation mit Personen des eigenen Geschlechts möglich ist. Andere Kliniken nehmen dagegen auch einzelne Männer mit auf. Die meisten dieser Häuser würden einem väterspezifischen Angebot¹⁷⁴ den Vorzug geben, se-

¹⁷³ Ohne dies hier im Einzelnen ausführen zu können spielen dabei therapeutische Faktoren eine gewichtige Rolle, die auch gruppentherapeutische Konzepte kennzeichnen. Zu nennen wären hier: Möglichkeit zur Relativierung der eigenen Person und des eigenen Leidens, Teilnahme am therapeutischen Prozessgeschehen, Möglichkeit zur Assoziation in der Gruppe, Gruppenkohäsion, Gruppe als sozialer Mikrokosmos, Möglichkeit zu sozialem Lernen. (Siehe dazu z.B.: *Buchinger* 1984: 639ff).

¹⁷⁴ Siehe dazu etwa: *Böhmer* o.J.; *Keil* o.J.; *Ohne Verfasser* o.J.e, 2002, 2002a

hen jedoch aufgrund der geringen Anzahl von männlichen Teilnehmern keine andere Möglichkeit, als diese als „eingestreute Väter“ in Mutter-Kind-Gruppen zu integrieren.

5.2.3 Die Angebote der Einrichtungen und ihr Verhältnis zu den Kostenträgern

Die *MGW*-Einrichtungen unterscheiden sich im Hinblick auf geografische Lage, Größe, Klinikträger, Angebotsspektrum etc. mehr oder weniger deutlich voneinander. Dementsprechend wird der Stellenwert bestimmter Merkmale der Einrichtungen von Haus zu Haus unterschiedlich bewertet. Dem trägt die Zuweisungspraxis der Krankenkassen durchaus Rechnung.

Die *Abbildungen 20* und *21* zeigen zunächst, für wie bedeutsam bestimmte Kinderbetreuungsangebote in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen über die befragten Einrichtungen hinweg gehalten werden. So schätzt mehr als die Hälfte der Einrichtungen Ganztagsbetreuung von Kindern im Rahmen von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als sehr wichtig ein und knapp ein weiteres Drittel hält sie für wichtig. Die Hälfte der Häuser bewertet es auch als sehr wichtig, besondere Betreuungsangebote für Kleinkinder zu machen.

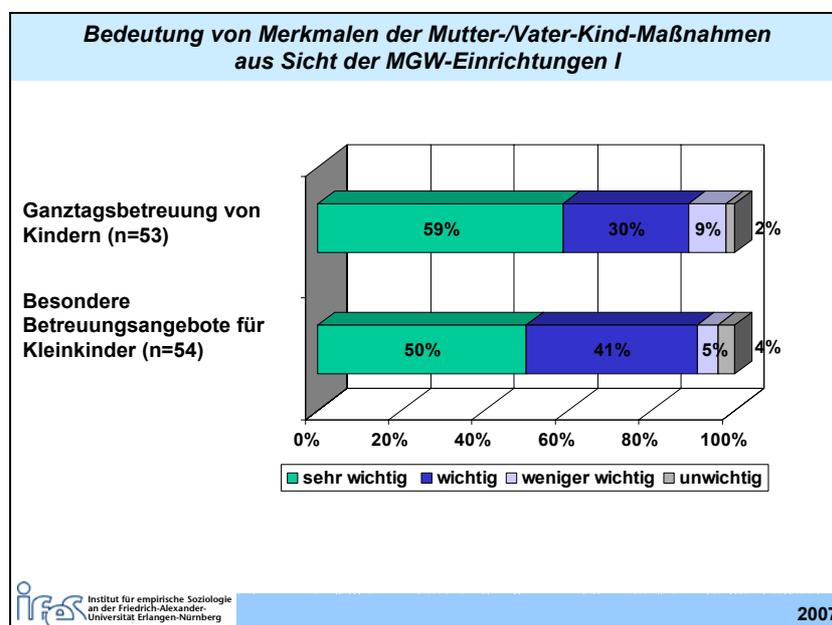


Abbildung 20

Auch speziellen Angeboten für Schulkinder wird eine hohe Bedeutung zugemessen: 48% halten sie für sehr wichtig und 44% für wichtig. 87% der befragten Einrichtungsleiterinnen hielten eine umfassende Entlastung der Mütter bzw. Väter von der Kinderbetreuung für sehr

wichtig oder wichtig. Die Kinderbetreuung in altershomogenen Gruppen stufen hingegen nur etwas mehr als ein Viertel der Einrichtungen als sehr wichtig und weitere 39 % als wichtig ein. In den persönlichen Interviews wiesen einige Leiterinnen auch auf die Vorteile altersgemischter Gruppen hin, die es z.B. ermöglichen, Geschwister in derselben Gruppe zu betreuen. Aufgrund positiver Erfahrungen mit altersgemischten Kindergruppen haben einige Einrichtungen sogar diese Form der Kinderbetreuung explizit mit in ihr Konzept aufgenommen.

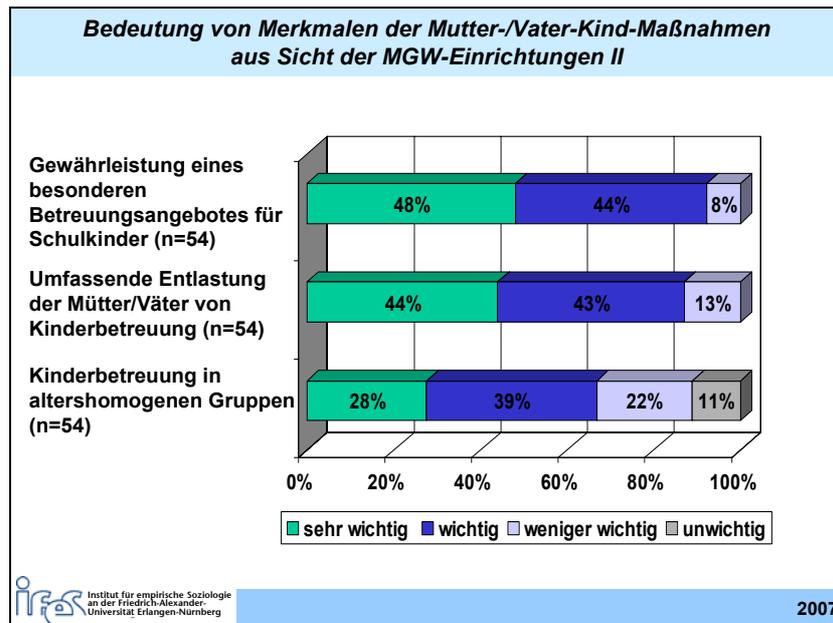


Abbildung 21

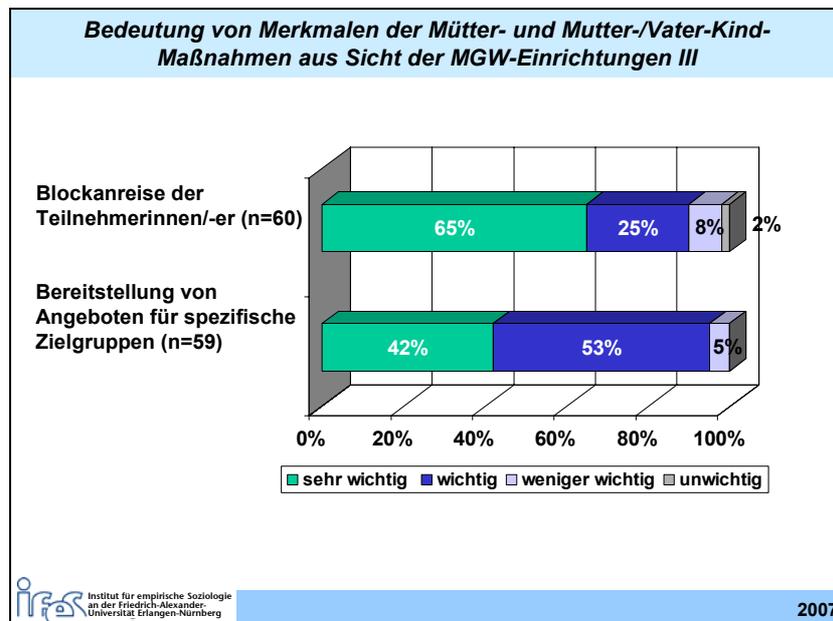


Abbildung 22

Unter den übrigen Eigenschaften, die Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen aufweisen können, wird besonders die Blockanreise der Teilnehmerinnen als sehr wichtig angesehen (siehe *Abbildung 22*). Knapp Zwei Drittel halten sie für sehr wichtig und ein weiteres Viertel für wichtig.

Das Anbieten von Spezialmaßnahmen für spezifische Zielgruppen wie z.B. Eltern mit behinderten Kindern schätzen die meisten Einrichtungen zumindest als wichtig ein. In *Abbildung 23* ist hingegen zu erkennen, dass bezüglich der Bedeutsamkeit einer geschlechtsspezifischen Maßnahmedurchführung ein gewisser Dissens zwischen den Einrichtungen herrscht: knapp zwei Drittel halten sie für sehr wichtig oder wichtig, das restliche Drittel für weniger wichtig oder sogar unwichtig. Es ist zu vermuten, dass die unterschiedlichen Einschätzungen auf die konkreten Erfahrungen mit der vor Ort üblichen Praxis zurückzuführen sind.

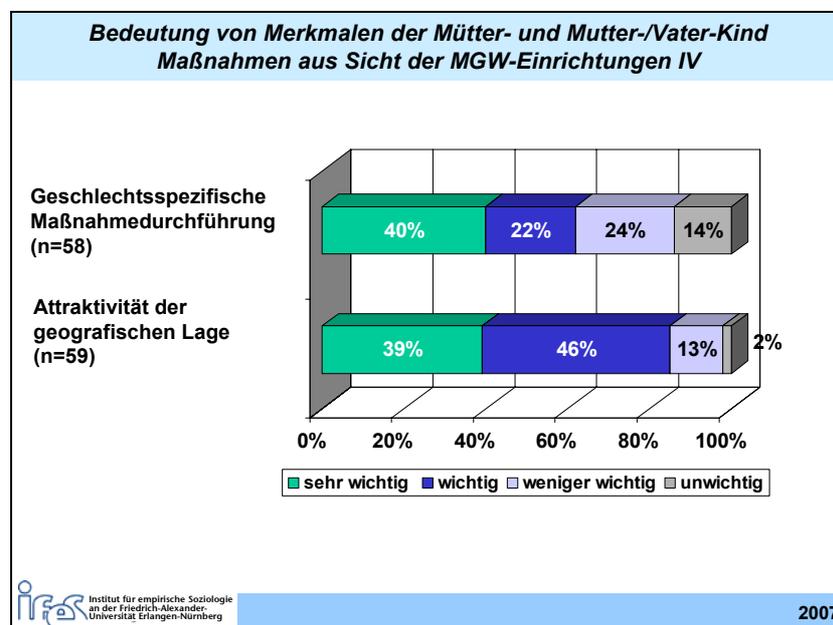


Abbildung 23

Die Attraktivität der geografischen Lage eines Hauses bewerten 39 % der Einrichtungen als sehr wichtig und weitere 46 % als wichtig. In diesem Zusammenhang sei auf den in dieser Untersuchung aufgezeigten Einfluss der geografischen Lage einer Einrichtung auf ihre Auslastung hingewiesen, der in *Abschnitt 5.2.6* dargestellt wird.

Ähnlich wird die Bedeutung des Vorhandenseins ortsgebundener Heilmittel beurteilt, die sich aus *Abbildung 24* ergibt. Auch hier spielt sicher eine Rolle, ob die jeweilige Einrichtung solche Angebote macht bzw. überhaupt machen kann. Mehr als drei Viertel der befragten Einrichtungsleitungen bewerteten ortsgebundene Heilmittel als sehr wichtig oder wichtig. Die Unterstützung der Teilnehmerinnen bei Bemühungen um eine Maßnahmeverlängerung wird

von über einem Drittel als sehr wichtig und von mehr als der Hälfte der Einrichtungen als wichtig eingeschätzt. Eine möglichst geringe Einrichtungsgröße hielt ein knappes Viertel für sehr wichtig und mehr als die Hälfte für wichtig.

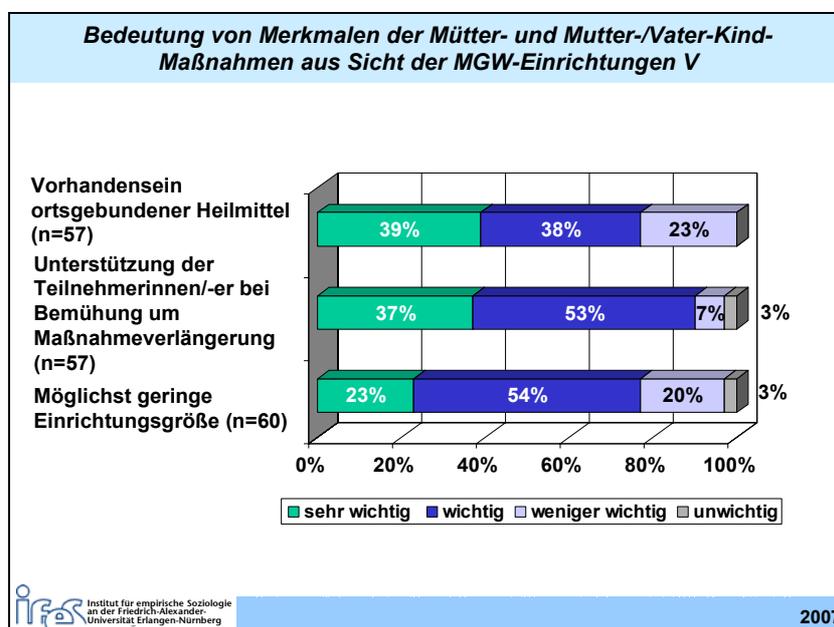


Abbildung 24

Vorstellungen über die Wichtigkeit bestimmter Eigenschaften der Einrichtungen und bestimmter Angebote im Rahmen von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben jedoch nicht nur die Einrichtungen selbst, sondern auch die Krankenkassen als Maßnahmeträger. Für die Einrichtungen ist es bedeutsam, die Präferenzen dieser Kostenträger zu kennen, um so weit wie möglich auf sie eingehen und entsprechend auf Belegung hoffen zu können. Im Rahmen der Befragung der Einrichtungen wurde ihre Einschätzung dazu erhoben, welche Merkmale eines Hauses für die Zuweisungspraxis der Krankenkassen wahrscheinlich einen hohen Stellenwert haben. Die Ergebnisse sind in den *Abbildungen 25 bis 27* dargestellt:

Für die wichtigste Eigenschaft eines Hauses aus der Sicht der Kostenträger halten die Einrichtungen die Höhe seiner Tagessätze. Demnach orientieren sich die Krankenkassen bei der Zuweisung von Patientinnen an Einrichtungen in erster Linie am Preis. Immerhin 63 % der Einrichtungen geben jedoch an, auch die Qualität des Leistungsangebots des jeweiligen Hauses sei für die Krankenkassen sehr wichtig, 25 % halten sie für wichtig. Über die Hälfte ist der Überzeugung, dass die Indikationen, für die von den Einrichtungen Therapieangebote vorgehalten werden, für die Krankenkassen sehr wichtig sind; die restlichen Befragten schätzten sie mit Ausnahme einer einzigen Person als wichtig ein. Die Qualität der Personalausstattung wird von über 80 % der Einrichtungen als sehr wichtig oder wichtig eingestuft.

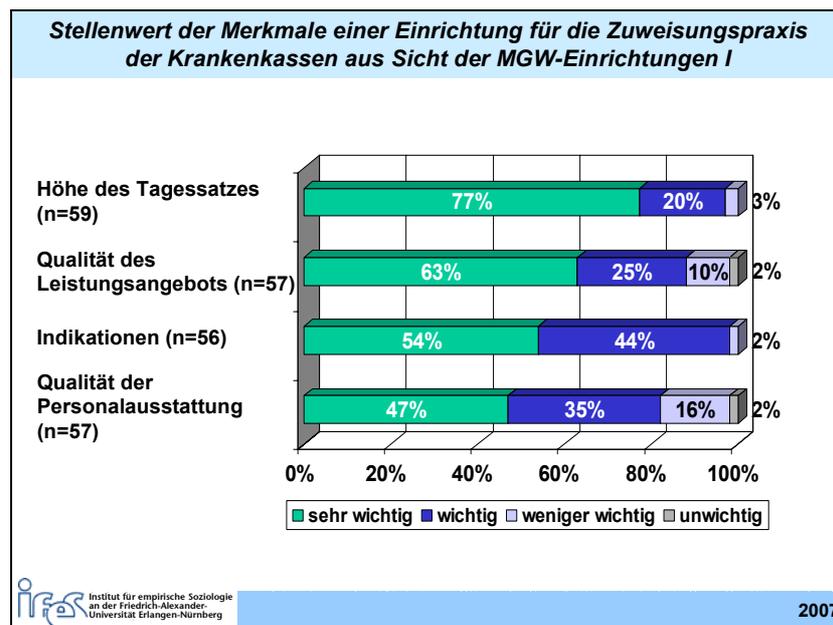


Abbildung 25

Als ähnlich bedeutsam werden das physiotherapeutische und das psychosoziale Leistungsspektrum eines Hauses für die Belegung durch die Krankenkassen eingeschätzt (siehe *Abbildung 26*). Persönliche Kontakte zu Kassen werden von immerhin fast drei Vierteln der Befragten als sehr wichtig oder wichtig angesehen. Auch die Qualität der Ausstattung der Einrichtung schätzt ein Drittel als sehr wichtig und mehr als die Hälfte als wichtig ein.

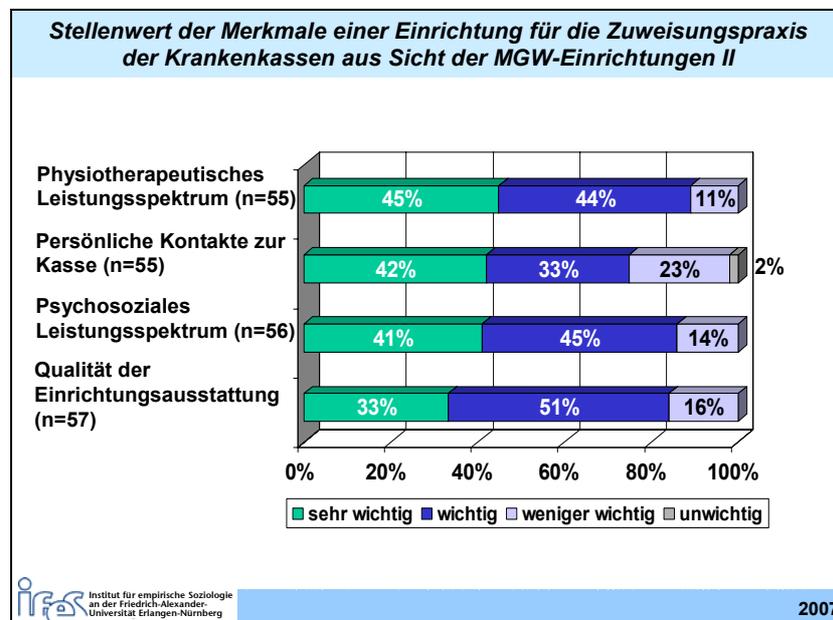


Abbildung 26

Abbildung 27 enthält die Aspekte, die von den Einrichtungen am seltensten als sehr wichtig für die Zuweisungspraxis der Krankenkassen genannt wurden. Während die Beherbergungsqualität als ebenso wichtig wie die Einrichtungsausstattung eingestuft wird, sind Einrichtungsleitungen etwas seltener davon überzeugt, dass die externe Qualitätssicherung bei der Belegungspraxis eine sehr wichtige oder wichtige Rolle spielt. Die Schlusslichter bilden das Bundesland, in dem sich die Einrichtung befindet und die Wohnortnähe der Einrichtung.

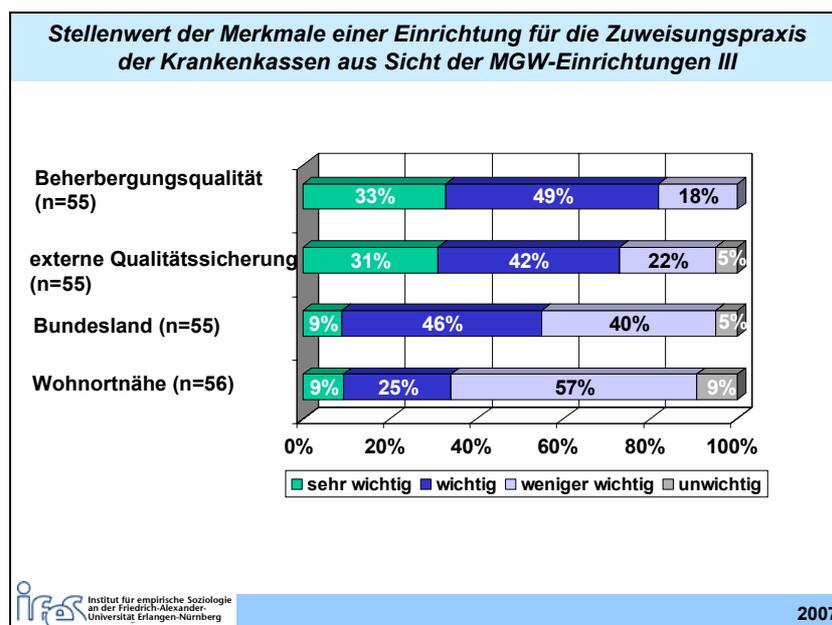


Abbildung 27

Das Verhältnis der Einrichtungen zu den Krankenkassen bestimmt den Alltag in den Häusern und verursacht mitunter Probleme, die die Arbeit der Einrichtungen erschweren. Wie *Abbildung 28* zeigt, stellt die restriktive Bewilligungspraxis der Kostenträger das mit Abstand größte Problem für die Einrichtungen dar: 59 % der Häuser stufen die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten als riesig und die restlichen 41 % als groß ein. In den Einrichtungen wurde berichtet, Anträge auf Leistungen für Mütter und Väter werden von den Krankenkassen oft mit der Begründung abgelehnt, die Versicherten hätten die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung noch nicht hinreichend ausgeschöpft. Dies ist nach Ansicht der Einrichtungsleitungen jedoch für viele Mütter keine wirkliche Alternative zu einer stationären Behandlung.

Ein Großteil der befragten Expertinnen/-en teilte die Auffassung, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sei auf Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen nicht anwendbar. Begründet wurde dies zum einen mit der oftmals vorliegenden Überbelastung, die sich letzten Endes als gesundheitsgefährdend bzw. krankheitsauslösend erwiesen habe. Zudem seien viele Frauen aufgrund ihrer multidimensionalen Belastungssituation gar nicht in der Lage, all das an kom-

plexen Therapieangeboten ambulant wahrzunehmen, was sie benötigten. Die Berücksichtigung der besonderen Vorsorge- und Reha-Bedürftigkeit von Müttern komme auch in den Regelungen von § 24 und § 41 SGB V zum Ausdruck, in welchen – im Gegensatz zu § 23 SGB V und § 40 SGB V – der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht enthalten ist. Einige Gesprächspartner vertraten jedoch die Auffassung, dass sich dieser Grundsatz dennoch aus dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit sowie den allgemein geltenden Grundsätzen bei der Bewilligung von Reha-Leistungen ableiten lasse. Deshalb müsste in jedem Einzelfall geprüft werden, was vor dem Hintergrund der familiären Situation und der örtlich vorhandenen therapeutischen Angebote ambulant zumutbar sei. Insofern sei es wichtig, die persönliche Situation im Rahmen des Antragsverfahrens (Selbstauskunft) so ausführlich und plausibel wie möglich darzustellen. Nur so sei zu verhindern, dass der *MDK* in seinen Beurteilungen zu falschen Schlussfolgerungen käme.

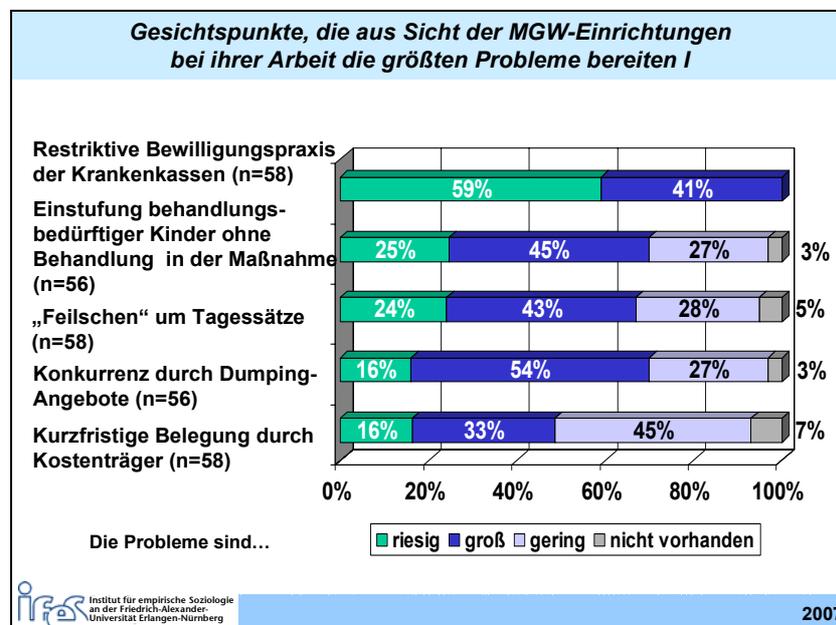


Abbildung 28

Der Versuch der Krankenkassen, die Einstufung behandlungsbedürftiger Kinder als Teilnehmer an der Maßnahme ohne Behandlung einzustufen und um Tagessätze zu feilschen, wird zwar nur von jeweils einem Viertel der Einrichtungen als riesig bezeichnet, fasst man jedoch die Kategorien „riesige“ und „große“ Probleme zusammen, so ergeben sich in beiden Fällen Werte von etwa 70 % (vgl. *Abbildung 28*). Auch die Konkurrenz durch Dumping-Angebote stellen aus der Sicht von 70 % der befragten Einrichtungsleitungen ein riesiges oder zumindest ein großes Problem dar. Die kurzfristige Belegung durch die Kostenträger wird dagegen nur von knapp der Hälfte als riesiges oder großes Problem gesehen.

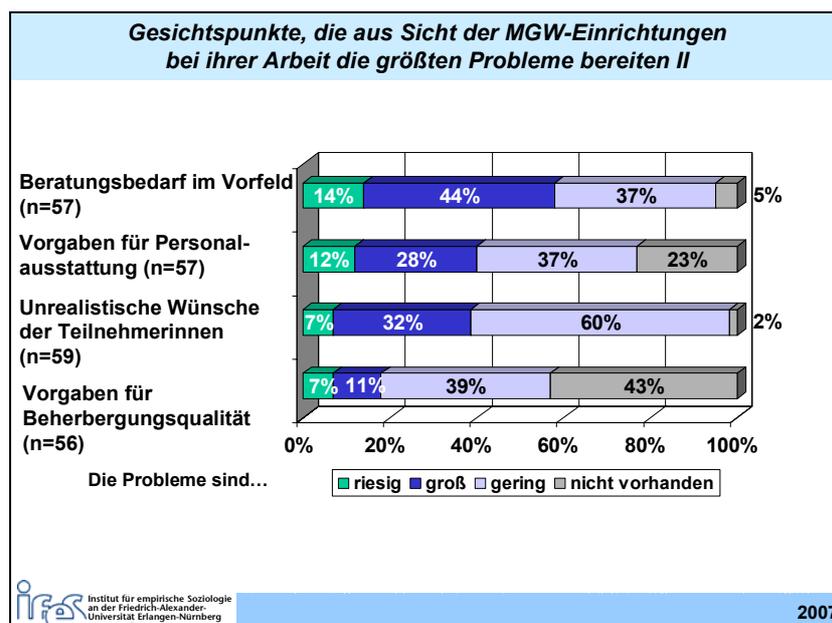


Abbildung 29

Abbildung 29 zeigt, dass der Beratungsbedarf im Vorfeld einer Maßnahme zwar für nur 14 % ein riesiges Problem ist, jedoch von weiteren 44 % als großes Problem eingeschätzt wird. Für jeweils um die 40 % der Einrichtungen stellen Vorgaben bei der Personalausstattung und unrealistische Wünsche der Teilnehmerinnen zumindest große Probleme dar. Die Einhaltung der Vorgaben zur Beherbergungsqualität nach § 111 a SGB V bereitet den meisten Häusern dagegen nur geringe oder überhaupt keine Schwierigkeiten.

5.2.4 Bewertung von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durch ausgewählte Expertinnen/-en

Unter den Expertinnen/-en herrschte weitgehende Einigkeit darüber, dass das Vorsorge- und Reha-Angebot in MGW-Einrichtungen eine wichtige Ergänzung zu dem Leistungsspektrum anderer Reha-Träger darstellt. Ein Fachmann unterstrich die Bedeutung von Heilbehandlungen durch die Aussage: „Müttergenesung macht grundsätzlich Sinn, da es sich dabei um eine Investition in die Zukunft handelt.“ Neben dieser generellen Befürwortung von Leistungen für Mütter und Väter durch den Vertreter eines ärztlichen Kreisverbandes wurden von den befragten Expertinnen/-en die in den *Abbildungen 30 und 31* aufgelisteten Argumente für stationäre Heilbehandlungen in Einrichtungen des MGW genannt. Besonderer Wert wird auf die Alleinstellungsmerkmale gelegt, also einzigartige Eigenschaften des Produkts „Müt-

tergenesungs-Maßnahme“, das sich von anderen Produkten in ähnlichen Einrichtungen deutlich unterscheidet.

Stärken von *MGW*-Maßnahmen I

➤ **Alleinstellungsmerkmale**

- **Spezialisierung auf Vorsorge bzw. Rehabilitation von Müttern und Vätern**
- **gewachsene Strukturen, und langjährige Erfahrungen in diesem Bereich**
- **Vorbereitung und Nachbetreuung durch eigene Beratungs- und Vermittlungsstellen erhöht Chancen von optimaler Allokation und Nachhaltigkeit**

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

2007

Abbildung 30

Stärken von *MGW*-Maßnahmen II

➤ **Weitere Vorteile**

- **Ganzheitliche Behandlung entspricht der multifaktoriellen Belastung von Müttern / Vätern**
- **Überschaubare Größe der Einrichtungen und therapeutisches Setting (Therapiegruppen, gemeinsame An- und Abreise) förderlich für geschlechtsspezifisches Behandlungsprogramm**
- **Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Einrichtungen (Erfahrungsaustausch, Spezialisierungsmöglichkeiten)**

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

2007

Abbildung 31

Die angeführten Vorteile dieser Maßnahmen legen den Schluss nahe, dass die Notwendigkeit mütter- bzw. väterspezifischer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und das speziell darauf ausgerichtete Konzept des *Müttergenesungswerkes* mit den zentralen Merkmalen einer ganzheitlichen, mütterspezifischen Behandlungsweise, der therapeutischen Kette aus Beratung im Vorfeld, stationärer Heilbehandlung in festen Gruppen unter besonderer

Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Gesundheitsstörungen und psychosozialen Belastungen sowie der Möglichkeit einer anschließenden wohnortnahen Nachsorge durch die Beratungsstellen allgemein anerkannt ist. Die in den *Abbildungen 32 und 33* dargestellte Kritik an diesen Heilbehandlungen macht jedoch die ambivalente Haltung eines Großteils der befragten Vertreter und Vertreterinnen von Krankenkassen und *MDK* deutlich:

Schwächen von MGW-Maßnahmen

➤ **Schwächen**

- **Z.T. fehlt Einrichtungen ein klares indikationsspezifisches Profil: Behandlungsspektrum zu breit, zu wenig indikationsspezifisch**
- **Keine klare Trennung zwischen Vorsorge und Rehabilitation**
- **Hoher Stellenwert von Allgemeinerholung**
- **Z.T. zu geringe Präsenz von qualifiziertem therapeutischen Personal**

Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg2007

Abbildung 32

Auswirkungen der Schwächen von MGW-Maßnahmen

➤ **Auswirkungen / Gefahren**

- **Optimale Allokation von Teilnehmerinnen wird erschwert**
- **Medizinische Vorsorge / Rehabilitation gerät gegenüber mütterspezifischen Belangen in den Hintergrund**
- **Image als „Erholungskur“ entspricht nicht dem tatsächlichen Leistungssektum der Kliniken**

Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg2007

Abbildung 33

Die Vorteile eines ganzheitlichen, auf psychosoziale Zusammenhänge ausgerichteten Behandlungskonzepts werden gleichzeitig unter dem Aspekt einer zu unspezifischen Therapie

kritisiert, die sich zu wenig an medizinischen Befunden und konkreten Gesundheitsstörungen orientiere. Diese Kritik bildete das Hauptargument gegen *MGW*-Maßnahmen. Ein Teil der Gesprächspartner hegte den Verdacht, dass dadurch nicht selten die Allgemeinerholung oder die Berücksichtigung sozialer Faktoren im Verhältnis zu gezielten medizinischen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen zu sehr im Vordergrund stünden. Zudem wird die mangelnde Differenzierung zwischen Vorsorge und Rehabilitation beklagt. Die Folge davon sei, dass eine optimale Allokation von anspruchsberechtigten Versicherten und vorhandenen *MGW*-Kliniken nur schwer erreichbar sei.

Eine Diskussion dieser Ergebnisse mit den Trägerorganisationen der Müttergenesung im Rahmen einer Projektbeiratssitzung ergab, dass diese Kritik durch die bestehenden Versorgungsverträge und die geltenden Qualitätsstandards gegenstandslos geworden ist. Dennoch ist sie insofern relevant, als sie noch immer das Bild von Müttergenesung in der Öffentlichkeit und bei den an der Steuerung des Zugangs zu diesen Maßnahmen beteiligten Personen prägt.

Die Reduzierung der Maßnahmedauer von vier auf drei Wochen wurde von den niedergelassenen Ärzten größtenteils ebenso bedauert wie von den Einrichtungsleitungen und den Teilnehmerinnen.

Ausgehend von den Befragungsergebnissen von Leiterinnen/-ern und Teilnehmerinnen in *MGW*-Einrichtungen baten wir die ausgewählten Experten um ihre Beurteilung des Zugangs zu den Maßnahmen. In diesem Zusammenhang wurden auch Probleme einer optimalen Allokation sowie des Rückgangs von Heilbehandlungen und der hohe Anteil erfolgreicher Widersprüche diskutiert. Dabei wurden folgende Positionen deutlich:

- Die *Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation* bietet für einen Großteil der Maßnahmeanträge eindeutige Entscheidungskriterien¹⁷⁵. Probleme einer sachlich richtigen Entscheidung sind hauptsächlich durch ungenaue bzw. fehlende Informationen bedingt. Dies betrifft vor allem mütter- bzw. väterspezifische Kontextfaktoren.¹⁷⁶ In diesem Zusammenhang wurde vor allem der hohe Stellenwert einer umfassenden Beantwortung des Selbstauskunftsbogens betont. Als weitere Voraussetzung wurde ein aus-

¹⁷⁵ Siehe: *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen* 2005. Vgl. hierzu auch *Deetjen* (2006), der die für Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen relevanten Beurteilungsgrundlagen explizit herausgearbeitet und den Entscheidungsprozess in Form eines Algorithmus dargestellt hat (vgl. *Abschnitt 2.2.2*).

¹⁷⁶ Vgl. hierzu *Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst* 2006: 13. Nach dieser Evaluationsstudie ist für die Versagung von Leistungen für Mütter und Väter im *MDK*-Begutachtungsverfahren in fast zwei Dritteln der Fälle maßgebend, dass die Relevanz von Kontextfaktoren nicht ausreichend dargelegt wurde.

sagefähiges ärztliches Gutachten genannt, das neben medizinischen Parametern auch die *ICF*-Kriterien angemessen berücksichtigt.

- In Zusammenhang mit Möglichkeiten einer Verbesserung der Bewilligungspraxis von Müttergenesungsleistungen wurden mit den Expertinnen/-en hauptsächlich Fragen der Informationsbeschaffung und des Datenschutzes diskutiert. Einige betrachteten die Beschaffung und Berücksichtigung aller für eine Begutachtung erforderlichen Informationen als Pflicht von Kassen und *MDK*. Andere lehnten dies hingegen aufgrund des damit verbundenen Zeitaufwands als nicht durchführbar ab. Ähnliche Diskrepanzen wurden bei Fragen des Datenschutzes deutlich, in denen es hauptsächlich darum ging, in welcher Form diese teilweise sehr sensiblen Daten erfasst werden sollten und wer Zugang dazu haben sollte.
- Von den befragten praktizierenden Ärzten wurde das Antragsverfahren als sehr bürokratisch und umständlich empfunden. Allein der Umstand, dass die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Muster 61) solchen Ärzten vorbehalten ist, die im Rahmen einer 16-stündigen Fortbildung eine besondere Qualifikation nachweisen können, wurde als Beleg für eine wenig benutzerfreundliche Gestaltung des Zugangs zu diesen Leistungen genannt.¹⁷⁷ Insgesamt teilten die befragten Ärzte, die nicht für Krankenkassen tätig waren, die Auffassung, die Bewilligung einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme sei in den letzten Jahren, bedingt durch die Einsparungspolitik der Krankenkassen, sehr viel schwieriger erreichbar. Sie bestätigten den in den Gruppendiskussionen mit den Teilnehmerinnen entstandenen Eindruck, dass vor allem bildungsferne Schichten oder gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen nicht selten resignieren und die Entscheidung der Kasse als unabänderlich hinnehmen. Ein in eigener Praxis tätiger Vorsitzender eines ärztlichen Kreisverbandes räumte jedoch trotz dieser Einschätzung ein, dass bei sorgfältiger Begründung eine erforderliche Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme in der Regel auch heute noch bewilligt werde, ohne dass es hierzu eines Widerspruchs bedürfe.

¹⁷⁷ Vgl. *Gemeinsamer Bundesausschuss* 2004: 7f

5.2.5 Qualitätssicherung in *MGW*-Einrichtungen

5.2.5.1 Die Beurteilung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Einrichtungsleitungen

Die Gespräche mit den Einrichtungsleitungen machten ebenso wie die standardisierte schriftliche Befragung deutlich, dass diese voll hinter den Qualitätssicherungsmaßnahmen in ihren Häusern stehen, die bisher aufgrund freiwilligen Engagements¹⁷⁸ der Einrichtungsträger erfolgen. Als wesentliche Vorteile wurden positive Auswirkungen auf die Konzeptentwicklung, die Gestaltung von Arbeitsabläufen und eine höhere Transparenz über Konzept und Leistungsspektrum für Kostenträger und potentielle Teilnehmerinnen genannt. Die *Abbildungen 34 bis 36* belegen, dass praktisch alle befragten Einrichtungen interne und mehr als die Hälfte externe Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen.

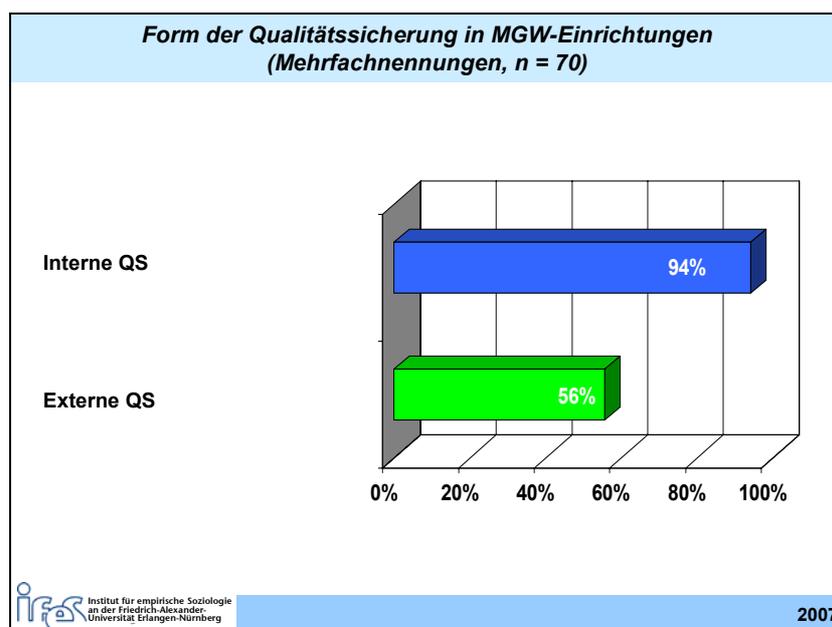


Abbildung 34

Auch die Effekte, die die Qualitätssicherung in den Einrichtungen hat, werden überwiegend positiv beurteilt. *Abbildung 35* zeigt, dass 46 % der Häuser Qualitätssicherung ohne Einschränkung als Beitrag zur Weiterentwicklung der Einrichtung empfinden. Im Vordergrund steht dabei Sicherstellung einer hohen Qualität von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-

¹⁷⁸ Wie in *Abschnitt 2.2.5* dargestellt, sind externe Qualitätssicherungsmaßnahmen bisher nicht verpflichtend. Ein Pilotprojekt der *Spitzenverbände der Krankenkassen* zu solchen Aktivitäten ist erst im Oktober 2006 angelaufen. Vgl. *Stöcker 2007: 12*

Maßnahmen. In wirtschaftlicher Hinsicht halten nur 12 % der Einrichtungen Qualitätssicherung uneingeschränkt für hilfreich. Konsequenterweise äußern 76 % der Häuser die Einschätzung, Qualitätssicherung führe eher nicht zu einer bevorzugten Belegung seitens der Krankenkassen (siehe *Abbildung 36*). Dennoch ist die Bereitschaft zu Qualitätssicherungsmaßnahmen hoch: Deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen lehnt die Aussage „Qualitätssicherung führt zur Produktion von Papier, das später sowieso keiner liest“ völlig ab.

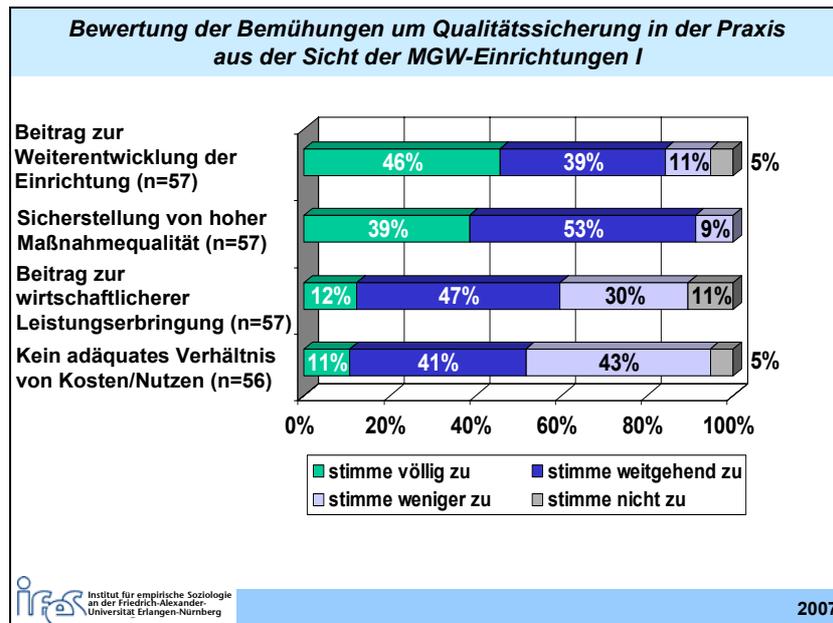


Abbildung 35

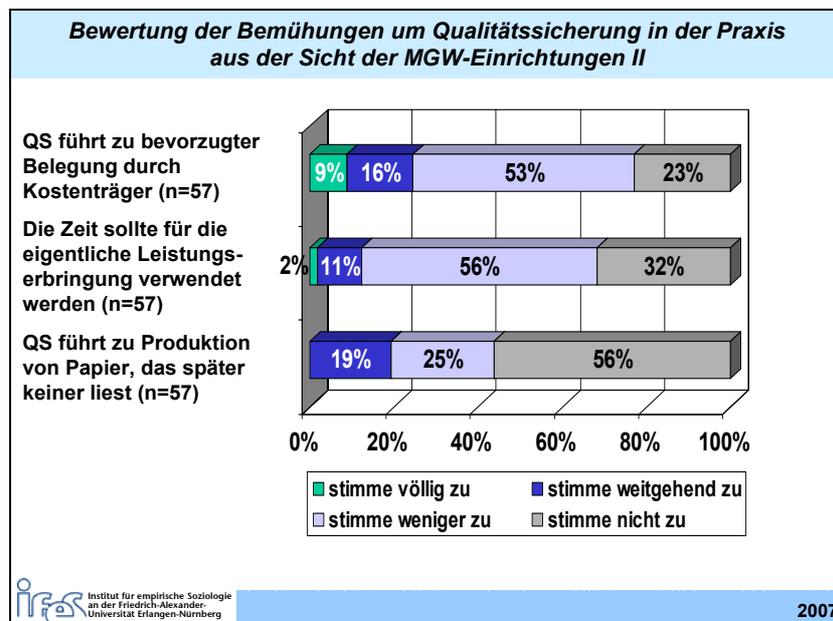


Abbildung 36

Wie aus *Abbildung 37* ersichtlich ist, führen die Einrichtungen Qualitätssicherung überwiegend in Form von Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen/-ern sowie in Form von Qualitätszirkeln durch. Auch Teamentwicklungsmaßnahmen sind verbreitet. 40 % der Einrichtungen machten noch sonstige Angaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, die bei ihnen üblich sind. Hierunter sind besonders die Mitarbeit im *Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation von Müttern und Kindern*, *Medizinische Hochschule Hannover* sowie die Abfrage der Patientinnenzufriedenheit mit Hilfe von Evaluationsbögen hervorzuheben.

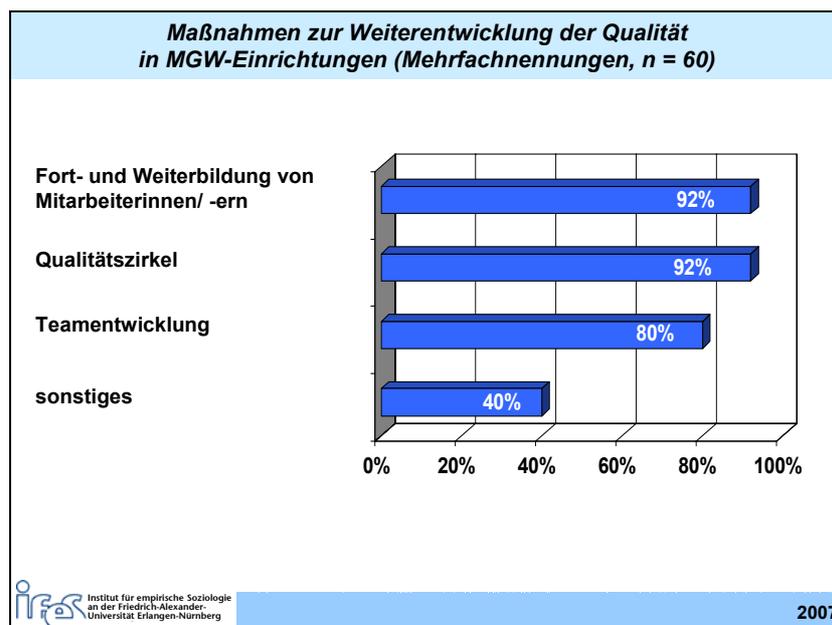


Abbildung 37

In den Gesprächen mit den Einrichtungsleitungen wurde jedoch auch der nicht unerhebliche finanzielle Aufwand von Qualitätssicherung angesprochen, der in Kostenverhandlungen mit Krankenkassen bislang kaum zur Erzielung höherer Tagessätze führt. Als wesentlicher Kostenfaktor wurde z.B. die umfassende Kinderbetreuung durch qualifiziertes Personal genannt. Außerdem wurde von einigen Leiterinnen/-ern darauf hingewiesen, dass die in den Anforderungsprofilen geforderte Beherbergungsqualität zwar insgesamt positiv bewertet wird, da sie den Kliniken ermöglicht, sich dadurch positiv von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen anderer Anbieter abzuheben. Allerdings könnte die Einhaltung dieser Standards bei gleich bleibenden Kostensätzen zu Lasten einer Weiterentwicklung von therapeutischen Angeboten gehen. Kritisiert wurde auch, dass sich die Kassen einseitig auf Vorgaben für Struktur- und Ergebnisqualität konzentrierten. Dies habe zur Folge, dass Prozessqualität tendenziell vernachlässigt wird, obwohl sich nur dabei so wichtige Kriterien wie Therapiekonzept, Bildung fester Therapiegruppen, Gestaltung des Behandlungsablaufs, Verfügbarkeit von Betreuungsleistungen, Qualifizierung des Personals, u.ä. berücksichtigen lassen.

Insgesamt wurde beklagt, dass die Krankenkassen derzeit nicht in der Lage sind, die geforderte Qualität auch zu überprüfen sowie die Leistungshonorierung und die Belegung an die Erfüllung von qualitativen Vorgaben zu knüpfen. Sie äußerten die Überzeugung, in der Praxis spiele beim Abschluss von Versorgungsverträgen weniger die Qualität als vielmehr der Tagessatz die entscheidende Rolle. Dies bedeute jedoch faktisch einen Wettbewerbsvorteil für Leistungsanbieter, die – vor allem im Bereich der Prozessqualität – einen geringeren Qualitätsstandard bieten und deshalb auch mit niedrigeren Preisen auskommen.

Sicht der Einrichtungsleitungen: Maßnahmequalität I

- **Höhe der Tagessätze in der KV-Belegungspraxis prioritär – Maßnahmequalität ist nachrangig**
- **Aufwand Qualitätssicherung (QS) wird in Kostenverhandlungen kaum honoriert**
- **Maßnahmequalität bestimmt ganz wesentlich die Maßnahmekosten: Insofern Zweifel, ob billige Maßnahmen vergleichbare Qualität bieten können**
- **Mit steigenden Anforderungen an Beherbergungsqualität bei gleich bleibenden Tagessätzen Gefahr negativer Auswirkungen auf Therapieangebot (betrifft derzeit primär Reduzierung von Zusatzleistungen)**


Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
2007

Abbildung 38

Sicht der Einrichtungsleitungen: Maßnahmequalität II

- **Kassen vordergründig interessiert an**
 - **Strukturqualität**
 - **Patientenzufriedenheit (wenig reliables Kriterium)**
 - **Prozessqualität bleibt unberücksichtigt**
- **Maßnahmequalität wird schriftlich erhoben, aber nicht kontrolliert**
- **Forderung:**
 - **Überprüfung der Maßnahmequalität durch MDK (analog zur Altenhilfe)**
 - **Belegungssteuerung und Vergütung in Abhängigkeit von der Maßnahmequalität**
- **KV-Spitzenverbände räumen ein, derzeit dazu nicht in der Lage zu sein**
 - **Folge: Kündigung der QS-Vereinbarung durch Spitzenverbände der privaten Leistungserbringer (21.12.2005)**


Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
2007

Abbildung 39

In den *Abbildungen 38* und *39* sind die zentralen Kritikpunkte der Einrichtungsleitungen und die daraus resultierenden Forderungen zusammengefasst.

5.2.5.2 Die Einschätzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Expertinnen/-en

Die positive Bewertung einer externen Qualitätssicherung durch fast alle Einrichtungsleitungen wurde von den Expertinnen/-en geteilt. Deutliche Diskrepanzen ergaben sich jedoch hinsichtlich eines Zusammenhangs von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Wettbewerbsvorteilen. Während die Leiterinnen und Leiter der Einrichtungen die Erfahrung gemacht hatten, dass bei der Belegung fast ausschließlich die Höhe der Tagessätze berücksichtigt wurde (vgl. *Abschnitt 5.2.5.1*), vertraten insbesondere die Gesprächspartner/-innen der Krankenkassen und des *MDK* die Überzeugung, Einrichtungen ohne externe Qualitätssicherung hätten mittelfristig kaum eine Überlebenschance. Die Kassen begründeten die mangelnde Überprüfung der geforderten Qualität damit, dass es sich hierbei noch weitgehend um Neuland handle und entsprechende Konzepte derzeit entwickelt und erprobt würden.¹⁷⁹

In den Gesprächen wurde deutlich, dass es den Vertretern von Krankenkassen und *MDK* bei der Implementierung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystemen nicht nur um die Sicherstellung von Mindeststandards ging, sondern darüber hinaus um eine Vergleichbarkeit der einzelnen Einrichtungen mit dem Ziel, bei der Belegung und bei Kostensatzverhandlungen zwischen qualitativ hochwertigen und weniger leistungsfähigen Einrichtungen zu unterscheiden. Bei dieser Bewertung sollte idealerweise der Ergebnisqualität ein besonders hoher Stellenwert zukommen. Gleichzeitig räumten jedoch fast alle Gesprächspartner ein, dass diese Dimension besonders schwer zu erfassen sei. Als wichtige Voraussetzung hierfür wurde eine gut operationalisierte Definition des Maßnahmeziels auf der Grundlage medizinischer und verhaltensabhängiger Parameter genannt, die es ermöglicht, Maßnahmeziel und Maßnahmeerfolg intersubjektiv zu überprüfen. Angaben zur Patientenzufriedenheit, die ebenfalls eine Dimension des Maßnahmeerfolgs darstellen, wurde demgegenüber ein geringerer Stellenwert beigemessen.

Von einigen Expertinnen/-en wurde allerdings auch kritisch auf das Spannungsverhältnis zwischen dem von den Kassen ausgehenden Zwang zu niedrigen Tagessätzen, der gefor-

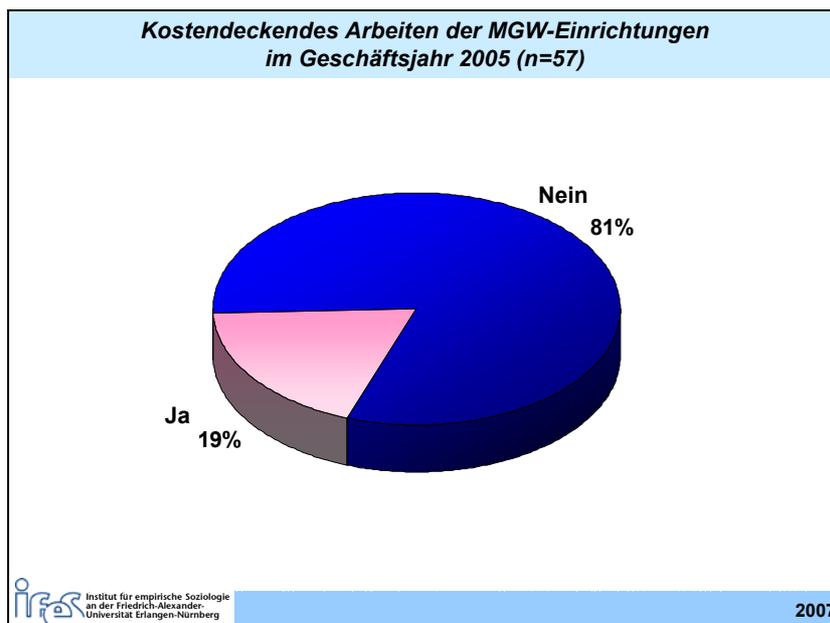
¹⁷⁹ Vgl. hierzu *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 22; Spitzenverbände der Krankenkassen / Spitzenorganisationen der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen 2004: §10 f.*

dernten Strukturqualität im Beherbergungsbereich und den dadurch eng begrenzten Möglichkeiten hingewiesen, eine Versorgung auf hohem medizinischen sowie psycho- und sozialtherapeutischen Niveau zu leisten und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Weitgehende Einigkeit herrschte unter den Experten im Hinblick auf den hohen Stellenwert der psychologischen und sozialpädagogischen Betreuung für den Erfolg und die Nachhaltigkeit von *MGW*-Maßnahmen. Dem sollte deshalb im Rahmen von Qualitätsstandards besondere Bedeutung zugemessen werden. Während die Befürworter von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen jedoch gerade von der Interaktion zwischen Müttern unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichem Belastungsprofil positive Wirkungen erwarteten, forderten andere sozialpädagogische Interventionen, die auf bestimmte Personengruppen zugeschnitten sind, um gezielt auf deren Belastungssituationen, wie z.B. Suchtprobleme in der Familie, Trauerarbeit bei Verlust eines nahen Angehörigen, Erziehungsprobleme in unvollständigen Familien usw., eingehen zu können. Wie oben (*Abschnitt 5.2.2*) bereits erläutert wurde, stehen allerdings viele Fachleute einer Ausweitung von Schwerpunktmaßnahmen, bei denen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bestimmten Erkrankungen zu einer Gruppe zusammengefasst werden, eher skeptisch gegenüber.

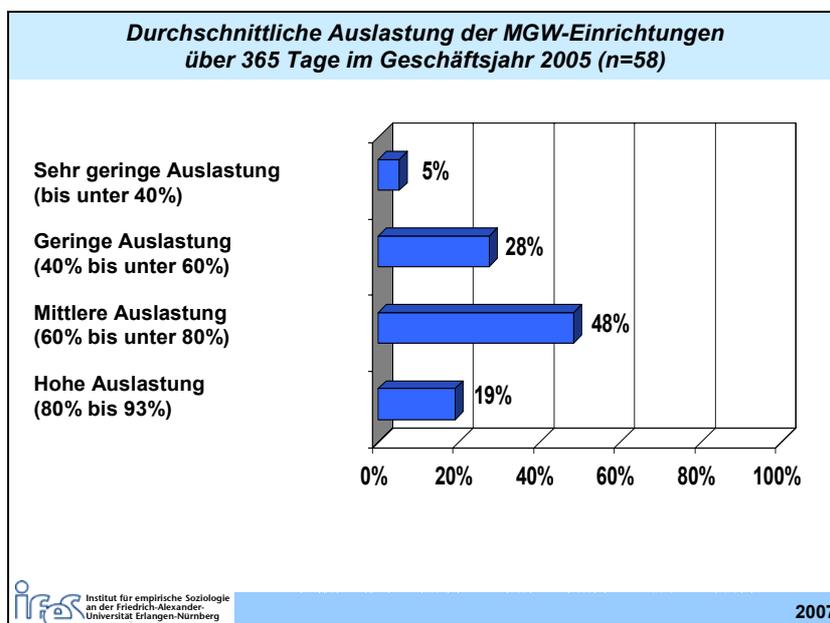
5.2.6 Die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen auf Grundlage von Daten aus dem Geschäftsjahr 2005

Bei der Befragung der Einrichtungen wurden auch detaillierte Informationen zu deren wirtschaftlicher Situation erhoben, wobei das Geschäftsjahr 2005 zugrunde gelegt wurde. Hierbei ging es insbesondere um Probleme zur Kostendeckung und zur Auslastung der vorhandenen Kapazitäten. Darüber hinaus wurde auch nach Strategien zur Verbesserung der finanziellen Situation gefragt.

Abbildung 40 zeigt, dass nur 19 % der Auskunft gebenden *MGW*-Einrichtungen (von 13 Kliniken fehlen Angaben) im Geschäftsjahr 2005 kostendeckend arbeiten konnten. Die übrigen Kliniken waren auf Zuschüsse von Dritten (meist der Trägerorganisationen) oder sonstige Zuwendungen angewiesen, um ihren Haushalt auszugleichen. In diesem Zusammenhang wiesen die Vertreterinnen der *MGW*-Trägergruppen im Projektbeirat darauf hin, dass derartige Defizite von den Wohlfahrtsverbänden nur deshalb toleriert und ausgeglichen werden, weil sie ihr Engagement im Bereich der Müttergenesung als eine besonders wichtige soziale Aufgabe ansehen.

**Abbildung 40**

Ein wichtiger Bedingungsfaktor für die Deckung der Kosten einer *MGW*-Einrichtung ist ihre Auslastung. Daher wurden die Einrichtungen gebeten, ihre prozentuale Auslastung als Durchschnittswert über das Geschäftsjahr 2005 sowie nur für die Zeiten, in denen die Einrichtung tatsächlich geöffnet war, mitzuteilen. Die Ergebnisse sind in den *Abbildungen 41* und *42* zu sehen:

**Abbildung 41**

Über das gesamte Geschäftsjahr 2005 gerechnet konnten fast 70 % der Einrichtungen eine Auslastung zwischen 60 % und 80 % realisieren (*Abbildung 41*). Das restliche knappe Drittel der Häuser war jedoch geringer ausgelastet. Betrachtet man die Auslastung nur für die Öffnungszeiten der Einrichtungen (*Abbildung 42*), fallen die Werte naturgemäß höher aus. 91 % der Häuser erzielten während ihrer Öffnungszeiten wenigstens eine mittlere Auslastung. In Einzelfällen wurde sogar eine Auslastung bis zu 100 % erreicht.

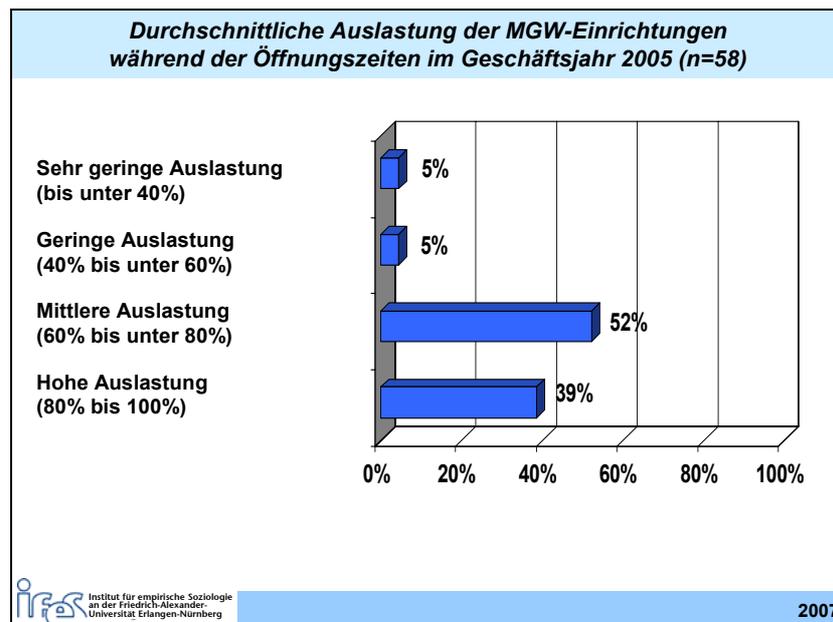


Abbildung 42

Zur Vereinfachung der weiteren Auswertung wurden die Angaben bezüglich der Auslastung zu „niedriger“ (d.h. bis unter 60 %) bzw. „hoher Auslastung“ (d.h. 60 % und mehr) zusammengefasst. Dabei zeigte sich, dass besser ausgelastete Einrichtungen eher ihre Kosten decken konnten, als jene, die in geringerem Maße belegt waren. Der Anteil der kostendeckend arbeitenden Häuser ist unter den Einrichtungen mit hoher Auslastung fast dreimal so groß wie unter den Einrichtungen mit niedriger Auslastung.

Aufgrund der kleinen Zahl an kostendeckend arbeitenden Einrichtungen ist eine quantitative Überprüfung dieses Zusammenhangs zwar nur bedingt möglich, eine vorsichtige Interpretation der Auslastung als Indikator für die Deckung der Kosten ist jedoch zulässig. Die Auslastung eines Hauses selbst kann durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden. Es liegt nahe, dass eine vollständige Auslastung einer Einrichtung bei insgesamt sinkender Nachfrage umso schwieriger ist, je mehr Plätze die Einrichtung zur Verfügung stellt.

Abbildung 43 zeigt, dass sich diese Vermutung für die befragten MGW-Einrichtungen erhärten lässt: Bei derjenigen Hälfte der Einrichtungen, die die kleineren Häuser umfasst, kommt

eine Auslastung von 83 % und mehr während der Öffnungszeiten wesentlich häufiger vor als bei der anderen Hälfte. Die größeren Einrichtungen weisen allerdings häufiger eine mittlere Auslastung (72 % bis 82 %) auf.

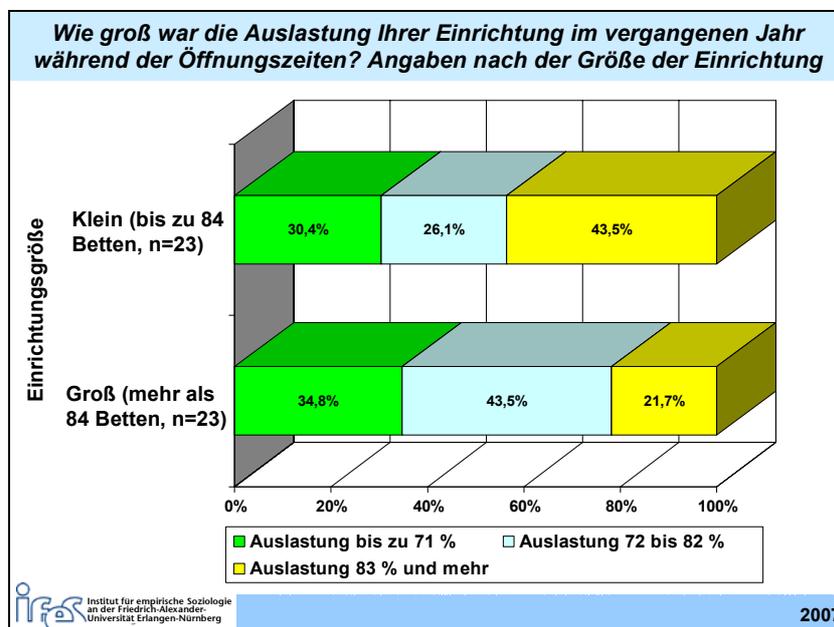


Abbildung 43

Die Kostendeckung der größeren Einrichtungen wird durch ihre beschriebene geringere Auslastung sicherlich negativ beeinflusst, sie ist jedoch auch noch von anderen Aspekten abhängig. Ein bedeutsamer Einfluss geht hier von den Personalkosten aus, die maßgeblich von der Anzahl der in den Einrichtungen Beschäftigten determiniert werden.

Tabelle 7 gibt Aufschluss über die Anzahl der angestellten Mitarbeiter/-innen sowie der auf Honorarbasis Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Einrichtungen. In Teilzeit beschäftigte Personen sind auf Vollzeitäquivalente¹⁸⁰ umgerechnet. Ausgewiesen sind jeweils der Median¹⁸¹ und der höchste aller von den Einrichtungen angegebenen Werte.

¹⁸⁰ Die Vollzeitäquivalente wurden folgendermaßen ermittelt:

- 0 bis 8 Wochenstunden = 0,1 Beschäftigte
- über 8 bis 16 Wochenstunden = 0,25 Beschäftigte
- über 16 bis 24 Wochenstunden = 0,5 Beschäftigte
- über 24 bis 32 Wochenstunden = 0,75 Beschäftigte
- über 32 Wochenstunden = 1 Beschäftigte

¹⁸¹ Der Median teilt „... die Häufigkeitsverteilung in zwei gleiche Hälften“ (vgl. *Kriz / Lisch* 1988: 172). Er stellt also eine wertmäßige Grenze dar, die von 50 % der Einrichtungen unterschritten und von 50 % der Einrichtungen überschritten wird. Eine spezielle Eigenschaft des Medians ist im Gegensatz zum klassischen Mittelwert, dass seine Höhe kaum durch „Ausreißerwerte“ beeinflusst wird. Demnach richtet er sich eher nach den häufig vorkommenden Werten.

Bereich der Einrichtung	Anzahl Angestellte Vollzeitäquivalente		Anzahl Honorarkräfte Vollzeitäquivalente	
	Median	Höchstwert	Median	Höchstwert
Einrichtungsleitung	1	3	0	1
Ärztlicher und pflegerischer Dienst	3	15	0,15	3
Physio-, Sport-, Bewegungstherapie	1,5	7	0,05	3
Psychosoziale Therapie	2,05	5,25	0	1
Pädagogische Arbeit mit Kindern	6	30	0	6
Küche und Oecotrophologie	4	10	0	3,75
Verwaltung / Rezeption	1	13	0	0
Hauswirtschaft / Wäscheversorgung	2,375	9	0	2
Haustechnik	1	4	0	0,75

Tabelle 7 Personelle Ausstattung der MGW-Einrichtungen

Es wird deutlich, dass die Häuser verhältnismäßig viel fest angestelltes Personal in der pädagogischen Arbeit mit Kindern beschäftigen. Dies belegt die Aussagen der Einrichtungsleitungen, eine qualitativ gute Kinderbetreuung erfordere einen sehr hohen Personalaufwand, der bei der Verhandlung von Tagessätzen in der Regel nicht angemessen gewürdigt werde. Als ebenfalls sehr personalintensiv erwies sich der Küchenbereich einschließlich Oecotrophologie.¹⁸² Für psychosoziale Therapien, Physio-, Sport- und Bewegungstherapie stehen im Durchschnitt 1,5 und 2,05 Vollzeitstellen zur Verfügung. Der ärztliche bzw. pflegerische Dienst ist mit durchschnittlich drei Personen ebenfalls gut besetzt. Einrichtungsleitung, in der Verwaltung und an der Rezeption wird meistens mehr als eine Vollzeitstelle besetzt. Natürlich wird aus dieser Aufstellung nicht die Höhe der jeweiligen Personalkosten pro Vollzeitstelle deutlich, die über die Bereiche hinweg variiert.

Honorarkräfte werden insgesamt kaum beschäftigt, nur der ärztliche und pflegerische Dienst weist eine größere Anzahl von Einrichtungen Mitarbeiter/-innen auf Honorarbasis auf.

¹⁸² Auch wenn die Oecotrophologinnen nicht nur bei der Zusammenstellung des Speiseplans mitwirken, sondern vor allem gesundheitspädagogische Aufgaben (z.B. Ernährungsberatung, Tätigkeit in der Lehrküche für Patientinnen) wahrnehmen, ließ sich die Zahl dieser Mitarbeiter/-innen nicht aus der des Küchenpersonals insgesamt herausrechnen.

Neben einer isolierten Betrachtung des Personalaufwandes als Ergebnis unterschiedlicher personeller Ausstattung verschiedener Häuser ist auch eine Untersuchung dieses Kostenfaktors in Beziehung zur Anzahl der Betten der Einrichtungen interessant, um die Effizienz des Personaleinsatzes zu ermitteln. Die Anzahl der Betten muss jedoch vorher mit dem durchschnittlichen von der jeweiligen Einrichtung realisierten Tagessatz multipliziert werden, um ihre Bedeutsamkeit für die Einnahmen der Einrichtungen vergleichbar zu machen. Anschließend kann die Effizienz des Personaleinsatzes eines Hauses mittels Division seiner Mitarbeiter/-innenzahl¹⁸³ in Vollzeitäquivalenten durch diesen Wert errechnet werden.

Es ergibt sich also die folgende Formel:

$$\text{Personaleffizienz} = \frac{\text{Anzahl der Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente)}}{\text{Anzahl der Betten} \cdot \text{Durchschnittlicher Tagessatz}}$$

Dabei bedeutet ein geringerer Wert eine höhere Effizienz.

Um einen Überblick zu ermöglichen, werden in *Abbildung 44* zunächst die von den Einrichtungen angegebenen durchschnittlichen Tagessätze aufgeführt. Sie liegen im Mittel zwischen 65 € und 70 €. Ungefähr ein Drittel der Häuser erzielt niedrigere Tagessätze. In 11 % der Fälle liegen Tagessätze von 75 € bis knapp unter 78 € vor.

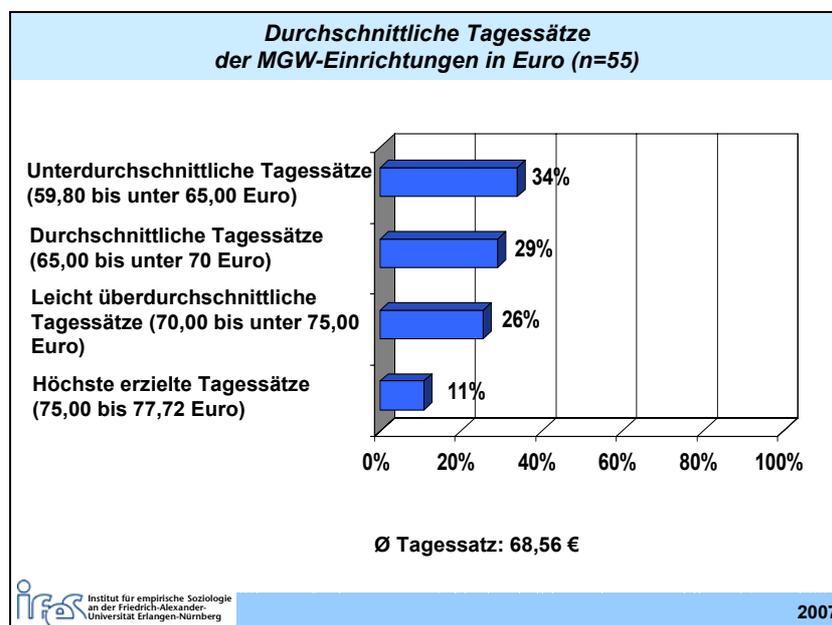


Abbildung 44

¹⁸³ Korrekterweise wäre eine Einbeziehung der Vergütung pro Mitarbeiter/-in erforderlich. Auf ihre Erfassung wurde jedoch im Rahmen der ohnehin sehr aufwendigen Befragung verzichtet, da dies für die Einrichtungen einen unzumutbaren Zusatzaufwand bedeutet hätte. Bei der Interpretation der Daten zur Personaleffizienz ist ferner zu berücksichtigen, dass diese durch die Vorgaben der Krankenkassen im Rahmen der Qualitätsstandards mit beeinflusst werden.

Auf Basis der Tagessätze lässt sich für jede Einrichtung nach der angegebenen Formel eine Kennzahl für die Personaleffizienz berechnen. Fasst man die verschiedenen Kennwerte der befragten Einrichtungen nach ihrer Höhe in zwei Gruppen zusammen, so zeigt sich, dass die größeren Häuser tendenziell auch eine höhere Personaleffizienz aufweisen.

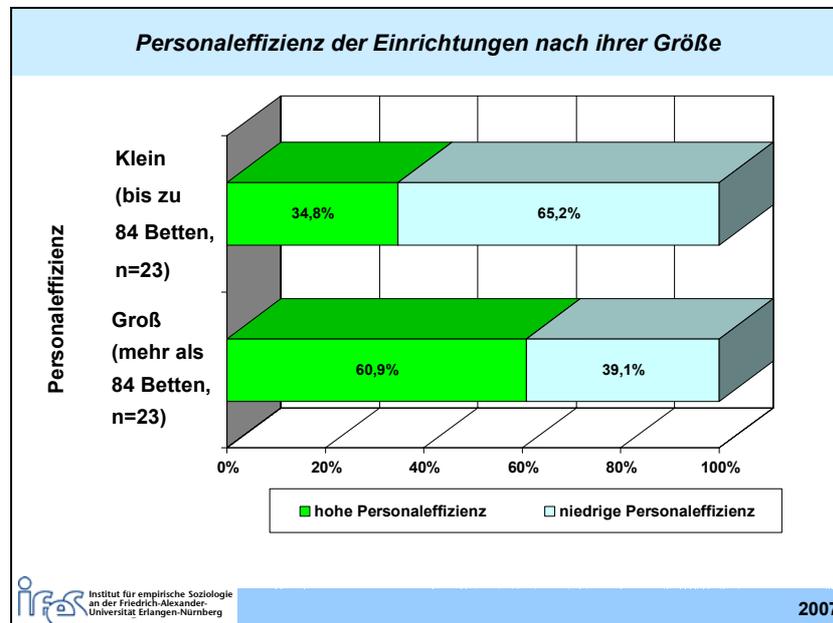


Abbildung 45

In *Abbildung 45* ist folgender Zusammenhang zwischen Personaleffizienz und Größe der Einrichtung erkennbar: Während in knapp zwei Dritteln der kleinen Häuser eine niedrige Personaleffizienz¹⁸⁴ vorliegt, lässt sich für ungefähr 61% der großen Einrichtungen eine hohe Personaleffizienz errechnen. Durch diesen auf ihre Bettenzahl bezogenen geringeren Personaleinsatz können die großen Einrichtungen den Wettbewerbsnachteil, der durch ihre niedrigere Auslastung entsteht, teilweise ausgleichen.

Die *MGW*-Einrichtungen sind über ganz Deutschland verteilt und befinden sich in völlig unterschiedlichen Landschaften. Dies korrespondiert mit dem Grad ihrer Auslastung: Häuser im Binnenland sind während ihrer Öffnungszeiten niedriger ausgelastet als Häuser im Gebirge oder am Meer (siehe *Abbildung 46*). Einrichtungen an der Küste weisen in gut vier Fünfteln der Fälle wenigstens eine mittlere Auslastung auf.

¹⁸⁴ Die Personaleffizienz wurde als niedrig eingestuft, wenn sie kleiner als der Median aller befragten Einrichtungen ist; von einer hohen Personaleffizienz wird gesprochen, wenn sie gleich oder größer als der Median ist.

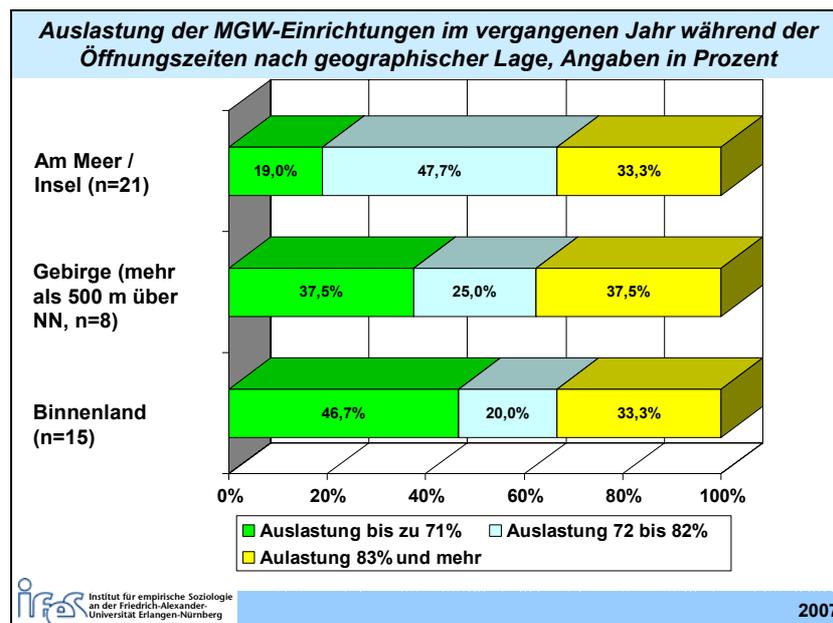


Abbildung 46

Wenn man die Auslastung über das ganze Jahr ohne Berücksichtigung von Schließungszeiten betrachtet, relativiert sich dieses Ergebnis allerdings etwas, und die Einrichtungen im Binnenland rücken in Bezug auf ihre Auslastung an die anderen Einrichtungen heran. Das ist darauf zurückzuführen, dass sich unter den Einrichtungen im Binnenland etwas mehr Häuser finden, die das ganze Jahr über geöffnet sind.

Müttergenesungsmaßnahmen richten sich traditionell in erster Linie an Frauen und ihre Kinder; in den letzten Jahren werden in einer Reihe von Einrichtungen jedoch auch Maßnahmen für Männer in Familienverantwortung angeboten. Zwischen der Auslastung der Häuser und der Entscheidung, ausschließlich Mütter mit ihren Kindern oder auch Väter mit Kindern aufzunehmen, sind folgende Zusammenhänge denkbar:

- Häuser, die auch Vater-Kind-Maßnahmen anbieten, erzielen dadurch eine bessere Auslastung;
- Schlecht ausgelastete Häuser sind aufgrund ihrer prekären Belegungssituation bereit, auch Väter mit ihren Kindern aufzunehmen.

Abbildung 47 zeigt, wie sich die Auslastung während der Öffnungszeiten auf Häuser mit bzw. ohne Angebote für Väter verteilt. Einrichtungen, die auch Maßnahmen für Väter anbieten, sind wesentlich geringer ausgelastet als jene, in denen nur Mütter- oder Mutter-Kind-Maßnahmen durchgeführt werden. Dies deutet darauf hin, dass sich nicht die Geschlechtsspezifität der Maßnahmen auf die Auslastung der Einrichtungen auswirkt, son-

dem dass vielmehr eine geringere Auslastung einige Häuser zur Diversifikation ihres Angebots gezwungen hat.

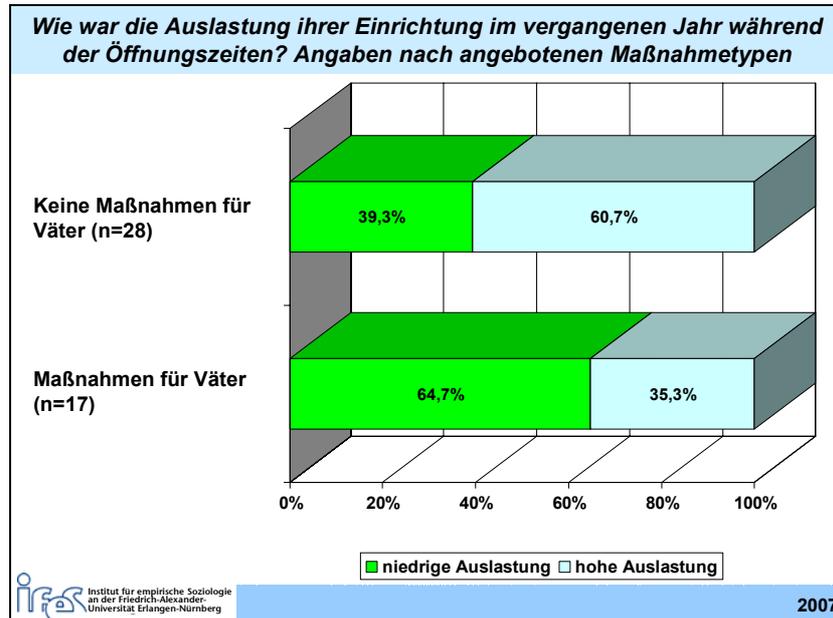


Abbildung 47

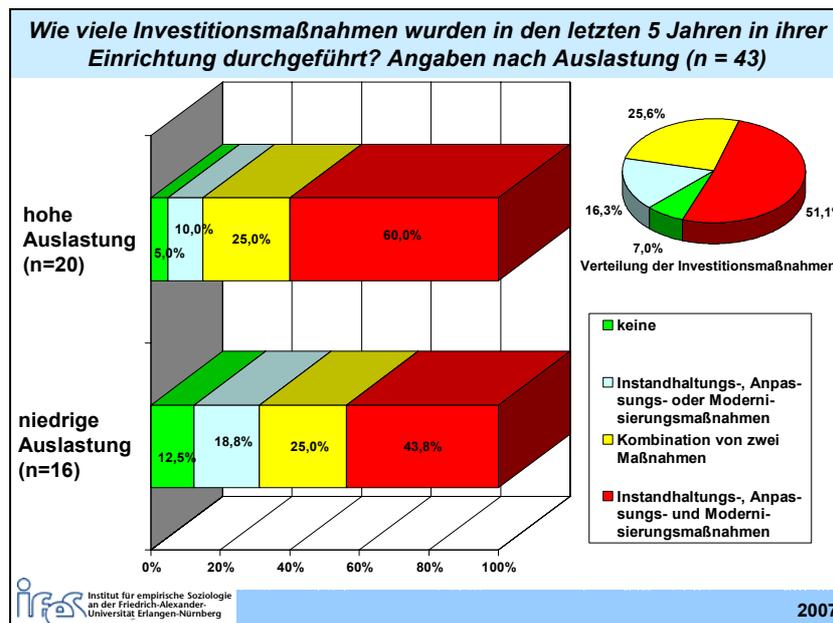


Abbildung 48

In der Befragung der Einrichtungen wurde erhoben, inwieweit in den Kliniken in den letzten fünf Jahren in die Ausstattung investiert wurde. Dabei wurden notwendige Instandhaltungsmaßnahmen, Anpassungen an das Anforderungsprofil von § 111 a SGB V und fakultative Modernisierungsmaßnahmen abgefragt. Die Ergebnisse sind in *Abbildung 48* dargestellt: Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen führte, wie das Kreisdiagramm zeigt, alle drei

Arten von Erneuerungsmaßnahmen durch. In 26,6 % der Häuser wurden Instandhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen oder andere Kombinationen von zwei Maßnahmentearten ausgeführt. Nur drei Einrichtungen investierten nicht in ihre Ausstattung.

Auch das Ausmaß der Erneuerungsmaßnahmen lässt sich mit der Auslastung der Einrichtungen in Beziehung setzen. Wie aus *Abbildung 48* auch hervorgeht, ist der Anteil der Häuser, die alle drei dieser Maßnahmentearten durchgeführt haben, unter den höher ausgelasteten größer als unter den niedriger ausgelasteten. Zwei der drei Einrichtungen, die nicht investierten, finden sich unter den Häusern mit geringer Auslastung. Allerdings ist wiederum nicht mit Sicherheit zu ermitteln, welcher Aspekt hier Ursache und welcher Wirkung ist.

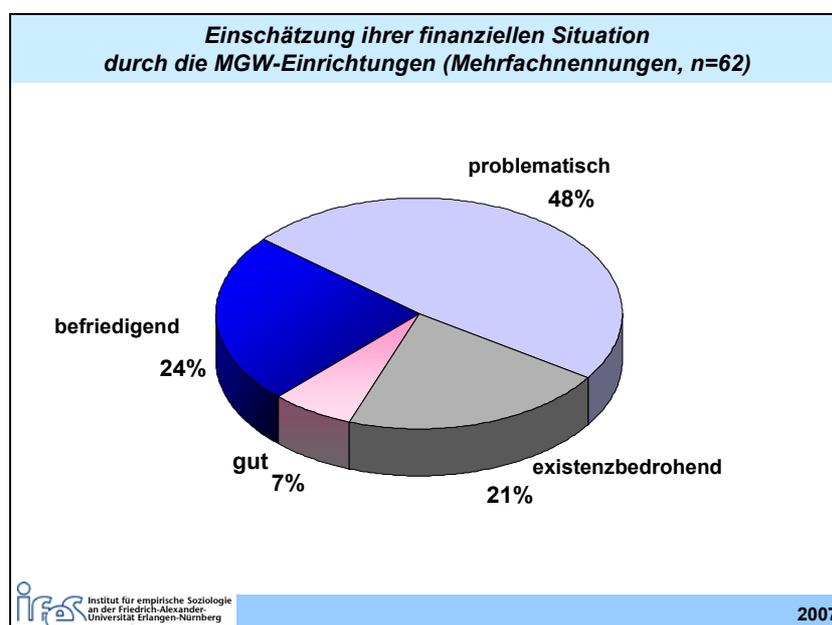


Abbildung 49

Insgesamt schätzen die Einrichtungen ihre finanzielle Situation überwiegend als ungünstig ein (siehe *Abbildung 49*). Ewas mehr als zwei Drittel der Kliniken beurteilen ihre finanzielle Situation als mindestens problematisch, 21 % halten sie sogar für existenzbedrohend. Als befriedigend bezeichnet nur knapp ein Viertel der Häuser die eigene finanzielle Lage.

Von den Einrichtungsleitungen wird der starke Rückgang von Teilnehmerzahlen in den letzten Jahren primär auf die restriktive Bewilligungspraxis der Kassen zurückgeführt. Die von uns befragten praktizierenden Ärzte sowie ein Rechtsanwalt, der Klienten häufig in Widerspruchsverfahren bei Ablehnung von Anträgen auf *MGW*-Leistungen durch die Kassen vertritt, teilten diese Einschätzung.

5.2.7 Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation

Bei den Strategien zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation ist zu berücksichtigen, dass die mangelnde Auslastung von den meisten Einrichtungen als Hauptgrund für die prekäre finanzielle Lage genannt wurde. Ein Großteil der im Folgenden dargestellten Bemühungen zielt deshalb auf eine verbesserte Auslastung ab. Hierzu zählen neben Marketingmaßnahmen auch Qualitätssicherung und konzeptionelle Weiterentwicklung. Daneben wurden jedoch auch Anstrengungen zur Kostenreduzierung unternommen. Die unterschiedlichen Aktivitäten lassen sich den drei folgenden Bereichen zuordnen:

- Kooperation mit anderen Einrichtungen
- Marketing und Öffentlichkeitsarbeit
- Rationalisierungsmaßnahmen zur Kostenreduzierung

5.2.7.1 Kooperation mit anderen Einrichtungen

Bedeutsam für die Arbeit von *MGW*-Einrichtungen ist ihre Zusammenarbeit mit anderen Häusern, werden einer solchen Kooperation doch Wettbewerbsvorteile zugeschrieben.¹⁸⁵ 90% aller Befragten gaben an, mit mindestens einer anderen Einrichtung zu kooperieren.

Abbildung 50 zeigt, dass die befragten Einrichtungen am häufigsten mit anderen Institutionen des eigenen Trägers kooperieren. Am zweithäufigsten wurden Kooperationen mit anderen *MGW*-Einrichtungen genannt.

Im Fragebogen wurden mögliche Arten der Kooperation, z. B. in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit oder Marketing, aufgelistet mit der Bitte alle zutreffenden Möglichkeiten anzukreuzen. Insgesamt wurden von den 54 Einrichtungen, die mit anderen Einrichtungen kooperieren, Nennungen von Kooperation in unterschiedlichen Bereichen notiert. Von allen Einrichtungen, die mit anderen kooperieren gaben 53 % an, es handle sich dabei um inhaltliche Zusammenarbeit, etwa in Form von Erfahrungsaustausch und Konzeptentwicklung. Weitere 46 % berichteten von einer Kooperation in den Bereichen Weiterbildung von Mitarbeiterinnen/-er und Öffentlichkeitsarbeit. Einkaufsgemeinschaften werden immerhin von einem Fünftel der Einrichtungen gebildet (siehe *Abbildung 51*).

¹⁸⁵ Vgl. *Kliche* 2004: 36

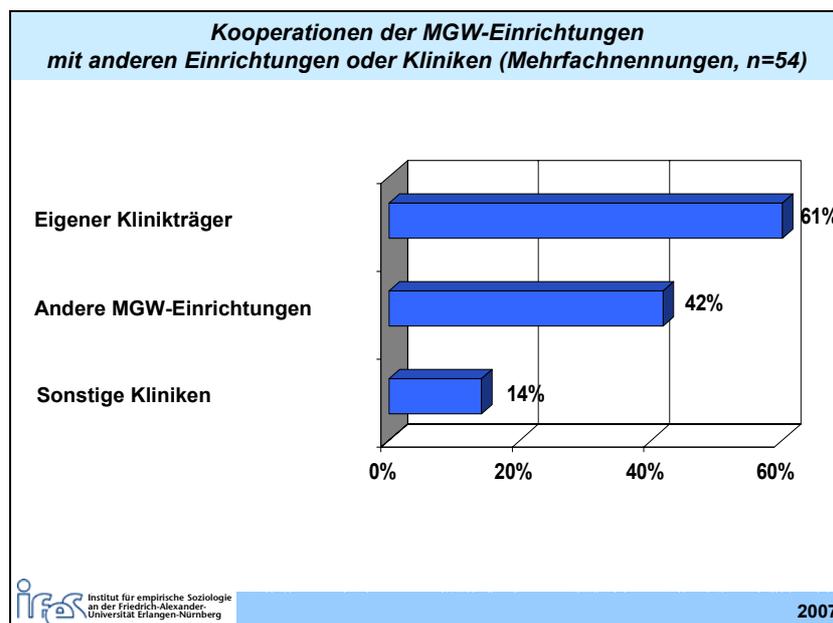


Abbildung 50

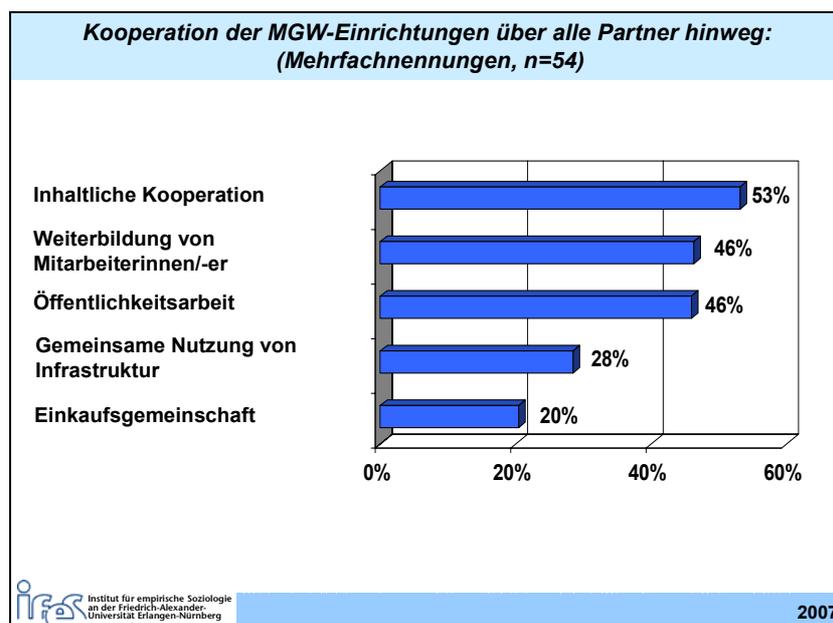


Abbildung 51

Ein großer Teil der *MGW*-Einrichtungen sieht in der Kooperation mit anderen Häusern Vorteile für den eigenen Betrieb. Aus den *Abbildungen 52* und *53* ist ersichtlich, dass nur 4% der Einrichtungen eine Kooperation nicht als nützlich beurteilen. Die Vorteile, die am häufigsten genannt wurden, sind eine Erhöhung des Bekanntheitsgrades und eine bessere Qualitätssicherung.

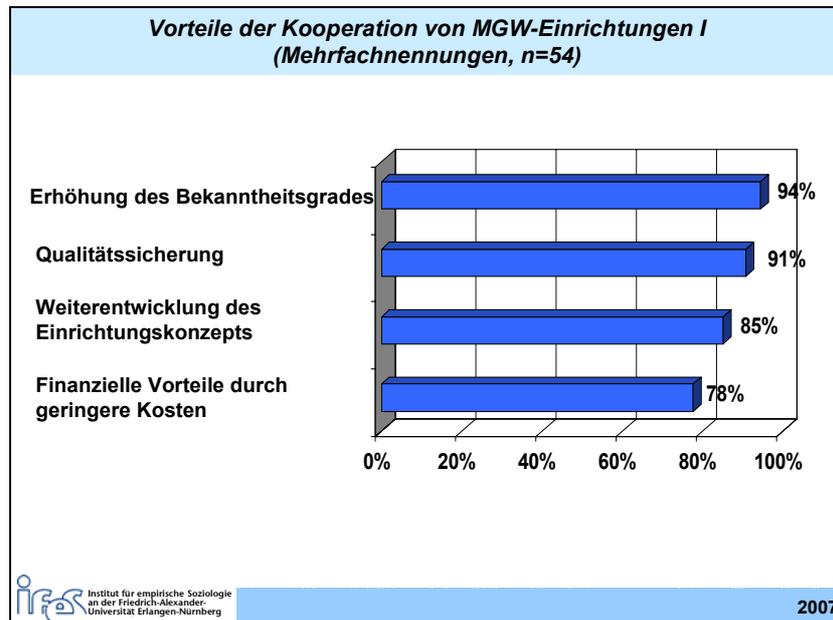


Abbildung 52

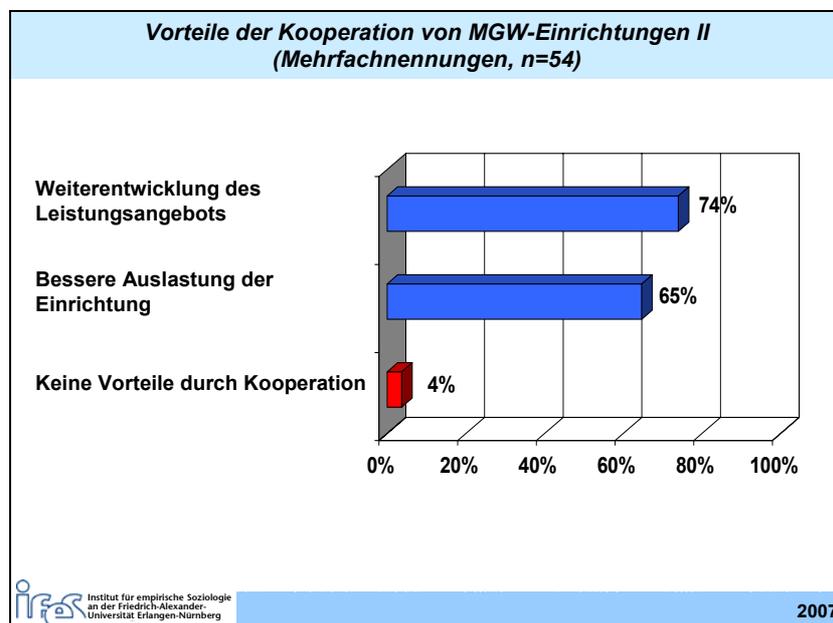


Abbildung 53

5.2.7.2 Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

In Zeiten wachsenden Konkurrenzdrucks im Gesundheitswesen wird ein funktionsfähiges Marketing für jeden einzelnen Anbieter immer wichtiger. Die befragten *MGW*-Einrichtungen gaben an, im vergangenen Geschäftsjahr seien ihnen im Mittel (Median) 1,4 % der gesamten Betriebskosten durch Werbung und Marketing entstanden. Allerdings machte über ein Drittel der Einrichtungen zu dieser Frage keine Angaben.

Zuständig für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit der Häuser ist in der Regel ein Mitarbeiter und / oder der Träger der Einrichtung. Hinsichtlich der Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit und Marketingaktivitäten durch die Trägerverbände wünschten sich einige Einrichtungsleitungen vermehrt Maßnahmen, welche die unmittelbare Situation der einzelnen Kliniken und die dort vertretenen Konzepte stärker berücksichtigen. Sie empfanden ihre Trägerorganisationen und das *Müttergenesungswerk* teilweise als zu einrichtungsfern, um die Interessen der Einrichtungen adäquat vertreten zu können. Begründet wurde dies mit der tief gegliederten hierarchischen Struktur der Verbände und dem *Müttergenesungswerk* in der Funktion einer Dachorganisation. Dies führe dazu, dass von diesen Organisationen zwar auf politischer Ebene die Interessen von *Müttergenesung* vertreten werden, der unmittelbare Bezug zu den einzelnen Einrichtungen jedoch gelegentlich darunter leide. Die Vertreterinnen der Trägerorganisationen und des *MGW* im Projektbeirat merkten dazu an, dass dieses Problem bereits erkannt und mittlerweile weitgehend gelöst sei.

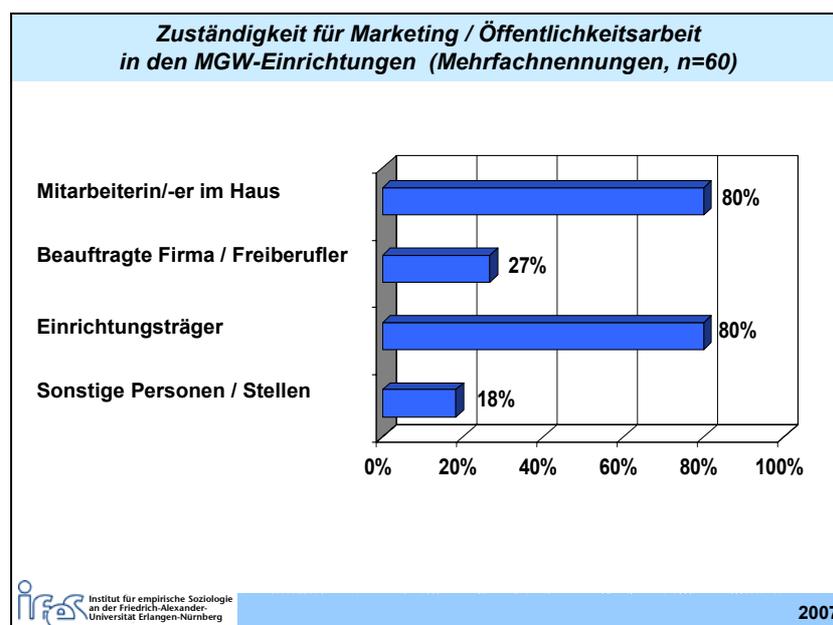


Abbildung 54

Abbildung 54 zeigt, dass ungefähr ein Viertel der Einrichtungen externe Firmen oder Freiberufler mit der Öffentlichkeitsarbeit des Hauses beauftragen.

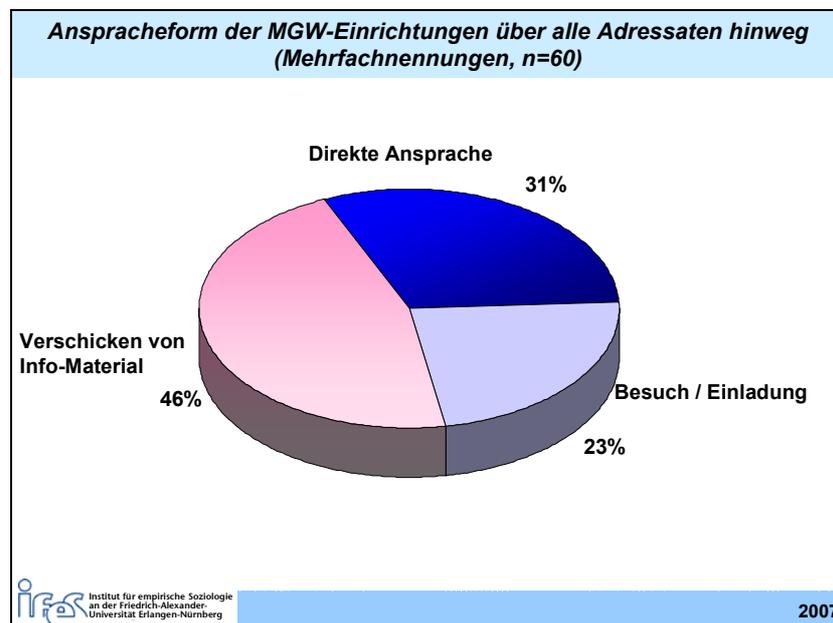


Abbildung 55

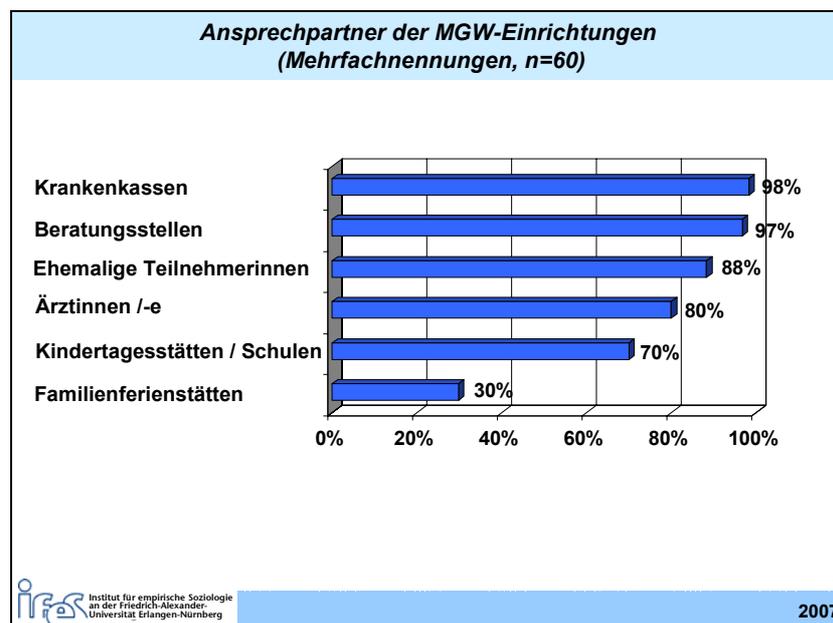


Abbildung 56

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, ob und ggf. in welcher Form sie zu Marketingzwecken bestimmte Adressaten direkt ansprechen. Insgesamt machten die Einrichtungen zu diesem Thema 517 Nennungen. 46 % dieser Nennungen entfielen, wie *Abbildung 55* erkennen lässt, auf das Verschicken von Informationsmaterial. Auch Öffentlichkeitsarbeit in Form

von direkter Ansprache, z. B. Telefonanrufe oder direkte Anschreiben, wird von vielen Einrichtungen betrieben. Solche Marketingmaßnahmen richten sich vorrangig an Krankenkassen und Beratungsstellen (siehe *Abbildung 56*). In eingeschränktem Maße werden auch ehemalige Patientinnen und Ärztinnen/-e kontaktiert. Darüber hinaus bieten die meisten Einrichtungen Beratung beim Zugang zu Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen an, wenn sich Interessenten direkt an eine *MGW*-Einrichtung wenden. Einige Kliniken weisen auch ehemalige Teilnehmerinnen auf die Möglichkeit einer Wiederholungsmaßnahme hin.

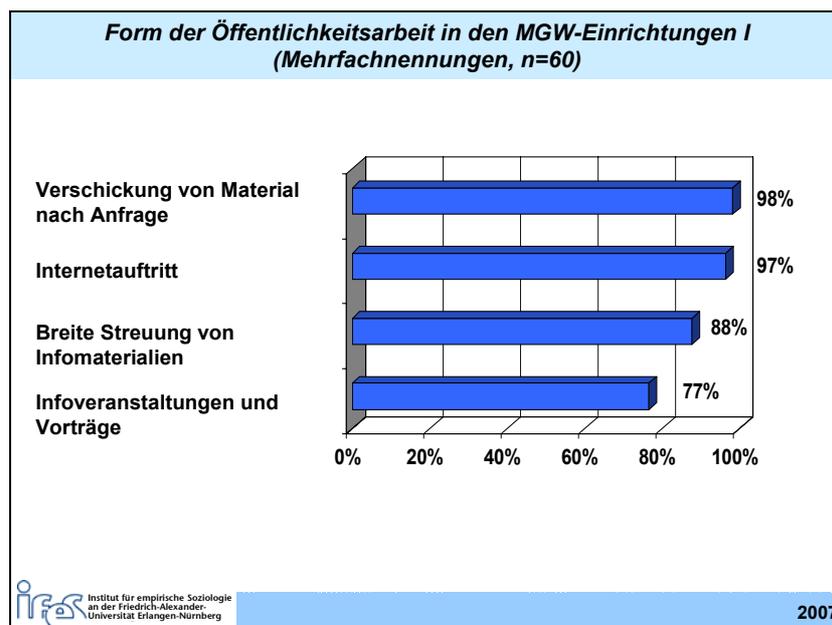


Abbildung 57

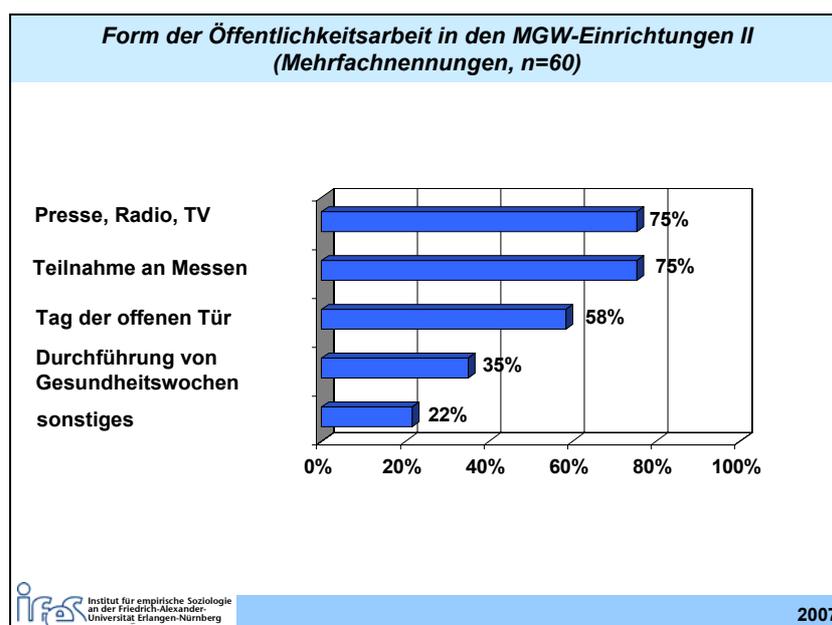


Abbildung 58

Die *MGW*-Kliniken betreiben jedoch auch Marketing, das auf eine breitere Öffentlichkeit zielt. Die *Abbildungen 57* und *58* geben wieder, welche Wege dabei vorrangig beschriftet werden. Fast alle Häuser versenden auf Anfrage Informationsmaterial und sind im Internet präsent. Jeweils drei Viertel der Einrichtungen machen sich über Presse, Radio und Fernsehen bekannt bzw. stellen sich auf Messen vor. In 22 % der Fälle werden auch noch spezielle Aktionen durchgeführt: hier sind besonders „Schnupperwochenenden“ zu nennen.

Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit durch die *MGW*-Einrichtungen wurde von einigen Vertretern von Krankenkassen und *MDK*, aber auch von praktizierenden Ärzten kritisiert, das Image von *Müttergenesung* sei weiterhin stark durch die Aktivitäten und die Öffentlichkeitsarbeit der Nachkriegszeit und vom Bild der traditionellen Erholungskur geprägt. Dieses Bild werde durch den als etwas altertümlich empfundenen Begriff „*Müttergenesung*“ zusätzlich verstärkt.

Ein Gesprächspartner vertrat die Ansicht, insbesondere unter den Bedingungen mangelnder Auslastung falle es den Einrichtungen sicherlich oftmals schwer, die von der traditionellen Kur geprägten Erwartungen der Mütter nach Erholung zu enttäuschen. Als Anzeichen dafür, dass nicht selten mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung für Mütter und Väter eher die Vorstellung eines Erholungsaufenthalts und weniger die eines medizinisch indizierten Therapieprogramms verbunden wird, wurde angeführt, dass viele Frauen argumentieren, sie könnten wegen ihrer Kinder nur während der Ferien an einer Heilbehandlung teilnehmen. Begründet wird diese Haltung von den Frauen in der Regel mit der Sorge um die schulische Entwicklung ihrer Kinder durch eine dreiwöchige Abwesenheit vom Unterricht. Diese Sorge erscheint plausibel: So ergab die repräsentative Befragung, dass in der Gruppe der Frauen, bei denen ein Bedarf an *MGW*-Leistungen angezeigt erscheint, Sprach- und Konzentrationschwierigkeiten sowie Schulprobleme als häufigste psychosoziale Beeinträchtigungen ihrer Kinder genannt wurden (siehe *Abschnitt 6.2.4*). Möglicherweise könnten diese Bedenken jedoch zumindest teilweise durch die Information entkräftet werden, dass in den Mutter-/ Vater-Kind-Einrichtungen in der Regel Möglichkeiten einer schulischen Förderung bestehen.

Einige Experten forderten, die Beratungs- und Vermittlungsstellen sollten bereits im Vorfeld einer Maßnahme durch intensive Information und Motivation unrealistische Erwartungen korrigieren und die Teilnehmerinnen auf eine aktive Mitwirkung am Therapieprozess vorbereiten. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur ein Teil der Mütter und Väter im Vorfeld der *MGW*-Maßnahme Kontakt zu einer Beratungsstelle hat. Dennoch sollten die Möglichkeiten von Information und Aufklärung über Angebote und das Leistungsspektrum von *MGW*-Kliniken noch stärker als bisher ausgeschöpft werden.

Ein realistisches Bild von *MGW*-Häusern als moderne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit psychosomatischen Schwerpunkten könnte auch dazu beitragen, Vorurteile gegen diese Form der Heilbehandlung bei niedergelassenen Ärzten abzubauen. In diesem Zusammenhang wurde von einem engagierten Befürworter von *MGW*-Maßnahmen bedauert, dass es kaum Veröffentlichungen in der medizinischen Fachpresse gibt, die sich aus medizinischer Sicht mit dem Indikationsspektrum, der Beurteilung der dort praktizierten Behandlungsansätze und ihrer Wirksamkeit auseinandersetzen. Die bisherigen Evaluationsstudien behandelten Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Grunde als „Black box“, ohne dass schlüssig erläutert würde, welche Therapieelemente mit welchem theoretischen Hintergrund und mit welchen zielgruppenspezifischen Wirkungen zum Einsatz kämen.¹⁸⁶

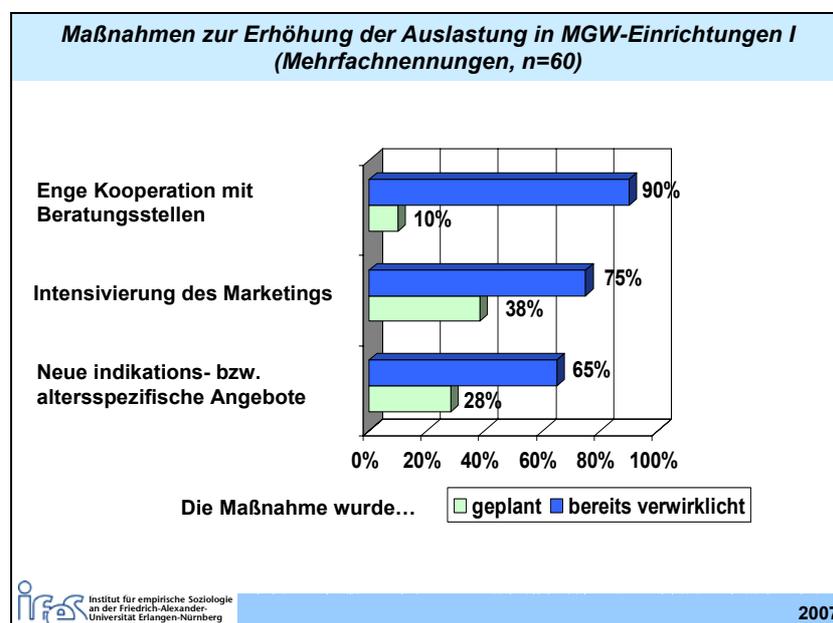


Abbildung 59

Eine weitere Marketingstrategie besteht in der Entwicklung von Angeboten für neue Zielgruppen. In einigen Einrichtungen werden mittlerweile Vitalwochen für Selbstzahler, Gesundheitstrainings für bestimmte Behindertengruppen und Betreuungsangebote für Senioren und Seniorinnen angeboten, andere Häuser planen derzeit vergleichbare Leistungen. Die

¹⁸⁶ Diese Kritik betrifft etwa Studien (siehe etwa *Arnhold-Kerri / Collatz 2006; Barre 2006; Sperlich 2006*), die bestimmte spezifische Effekte von Müttergenesungsmaßnahmen (z.B. Zuwachs an Empowerment, Veränderungen erlebter elterlicher Kompetenz, Besserung von Rückenschmerzen) nachweisen, wobei jedoch unberücksichtigt bleibt, ob diese Wirkungen beabsichtigt waren, welche Therapieelemente sich im Einzelnen auf das betreffende Therapieziel richteten und welche der Teilnehmerinnen überhaupt dem betreffenden Programmelement zugeführt wurden. Allerdings finden sich auch Untersuchungen, die sich der Evaluation spezifischer Aktivitäten (z.B. zur Raucherentwöhnung) im Rahmen der Mutter-Kind-Maßnahmen widmen (z.B. *Flöter et al. 2007*).

Abbildungen 59 und 60 zeigen den hohen Stellenwert, der diesen Zusatzangeboten zugemessen wird, um die Auslastung zu verbessern.

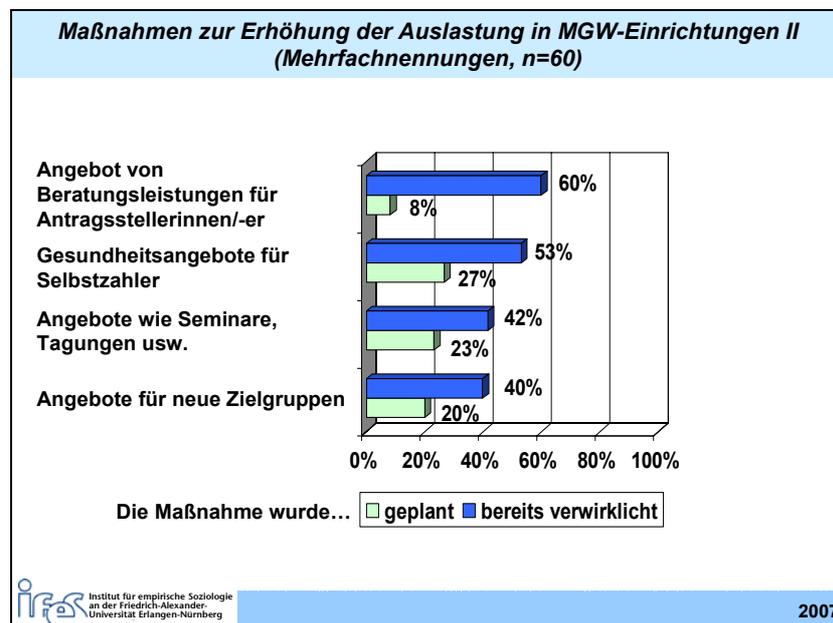


Abbildung 60

So bieten knapp zwei Drittel der Häuser neue indikations- oder altersspezifische Angebote an, weitere 28 % planen solche Leistungen, d.h. fast alle Kliniken sehen sich dazu gezwungen oder betrachten dies als eine Chance, ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern. Dieser Trend entspricht in hohem Maße der Forderung von Krankenkassen und MDK, durch zielgruppenspezifische Angebote eine optimale Allokation leistungsbedürftiger Versicherter zu ermöglichen.

Gesundheitsangebote, wie etwa Gesundheitswochen für unterschiedliche Personengruppen (z.B. für Frauen mit und ohne Kinder, pflegende Angehörige, zur Gewichtsreduktion, gesunden Ernährung, zum Umgang mit Stress usw.), werden mittlerweile immerhin von mehr als der Hälfte der Einrichtungen offeriert. Ein weiteres Viertel plant die Einführung solcher Leistungen, die von den Teilnehmerinnen/-er unter Kostenbeteiligung wahrgenommen werden können, und immerhin 40 % der Einrichtungen versuchen ihre Auslastung durch die Ansprache neuer Zielgruppen zu verbessern. Dabei handelt es sich in der Regel um Leistungen, die dem *Leitfaden Prävention*¹⁸⁷ zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V entsprechend konzipiert sind und auch von den Krankenkassen bezuschusst werden. Insofern erstaunt, dass die von uns befragten Vertreter/-innen von Krankenkassen hier zu einer eher negativen

¹⁸⁷ Siehe: *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006*

Beurteilung kamen. Sie argumentierten, Gesundheitswochen, Wellness- und zielgruppen-spezifische Urlaubsangebote für Selbstzahler würden einer Gleichsetzung von Erholung und medizinischer Vorsorge Vorschub leisten und sich kontraproduktiv auf die Bereitschaft von Müttern und Vätern auswirken, einen straff organisierten Behandlungsplan mit vielfältigen medizinischen und sozialpädagogischen Therapien zu akzeptieren.

5.2.7.3 Rationalisierungsmaßnahmen

Parallel zu den Bemühungen, durch zusätzliche Angebote die wirtschaftliche Lage zu verbessern, wurden in allen Einrichtungen Rationalisierungsmaßnahmen durchgeführt. Da es sich bei den Mütter und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen um personalintensive Dienstleistungen handelt, stand dabei eine Senkung der Personalkosten im Vordergrund. Um dies zu erreichen, kamen in den meisten Kliniken gleichzeitig mehrere Strategien zum Einsatz (vgl. *Abbildungen 61 bis 63*).

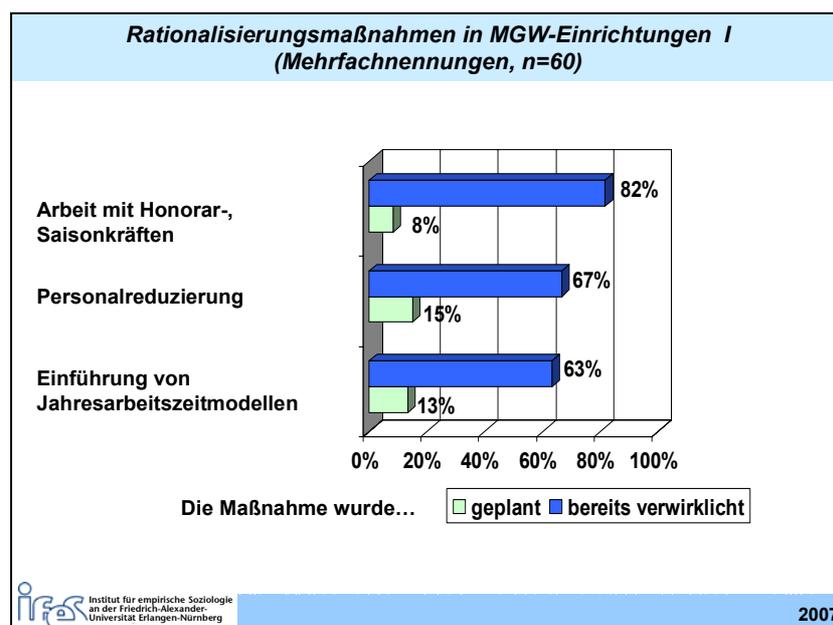


Abbildung 61

Am häufigsten wurde durch verstärkten Einsatz von Honorar- und Saisonkräften versucht Personalkosten einzusparen. Gleichzeitig hatte die mangelnde Auslastung bei knapp zwei Dritteln eine Personalreduzierung zur Folge; weitere 15 % planen diese. Um der saisonal unterschiedlichen Auslastung Rechnung zu tragen, haben außerdem fast zwei Drittel der Häuser Jahresarbeitsmodelle eingeführt. Außerdem mussten die Mitarbeiterinnen in fast der Hälfte der Kliniken Einkommenseinbußen hinnehmen.

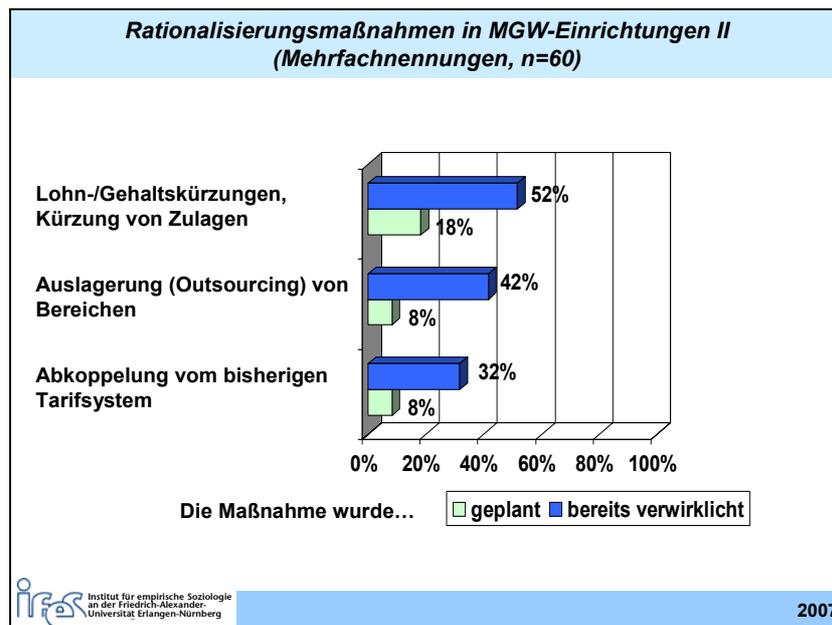


Abbildung 62

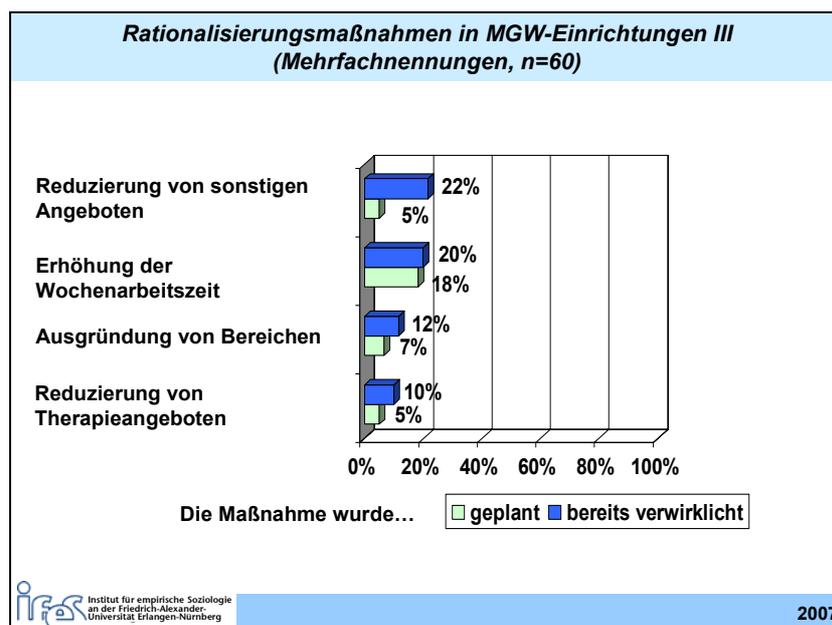


Abbildung 63

Die Ergebnisse machen auch deutlich, dass trotz der angespannten finanziellen Lage nur einige wenige Einrichtungen Abstriche bei der Maßnahmequalität machen, da sie ja keinesfalls von den in den *Anforderungsprofilen* geforderten Qualitätsstandards abgehen können. So reduzierten lediglich rund 10 % ihr (über die Vorgaben hinausgehendes) Therapieangebot oder versuchten durch Ausgründung von Bereichen, wie z.B. von Küche und Hauswirtschaft, Kosten zu sparen.

5.2.8 Zukunftsperspektiven

Abschließend wurden die Einrichtungen um eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen im Bereich der *Müttergenesung* gebeten und hatten die Gelegenheit, eigene Anregungen zu äußern. In diesem Zusammenhang wurde sowohl nach den Eigenschaften künftiger Maßnahmen als auch nach der optimalen Größe der Häuser gefragt.

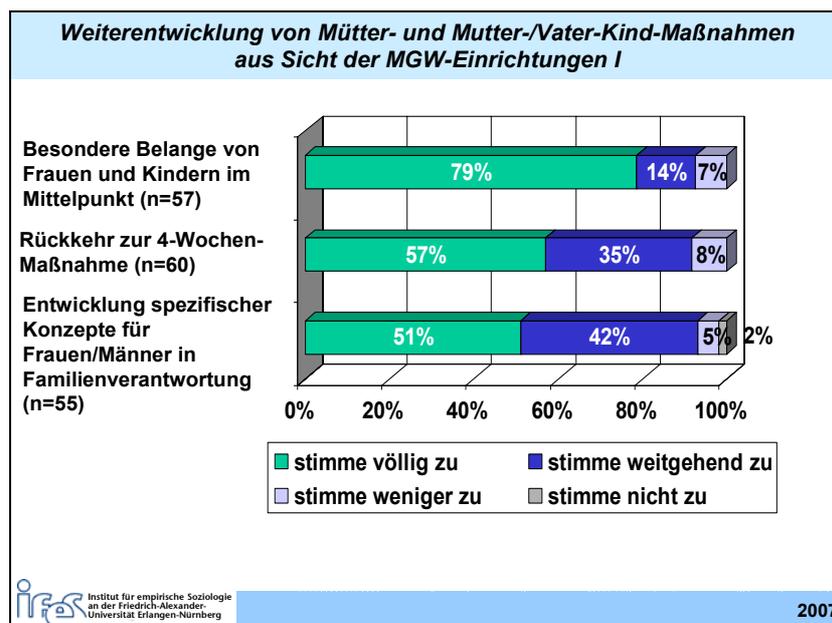


Abbildung 64

79 % der Einrichtungen stimmten der Ansicht voll zu, im Mittelpunkt von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sollten weiterhin die besonderen Belange von Frauen und ihren Kindern stehen. *Abbildung 64* zeigt außerdem, dass mehr als die Hälfte der Häuser eine Rückkehr zur 4-Wochen-Maßnahme für ausgesprochen sinnvoll hält. Darüber hinaus nehmen sich die Einrichtungen mit Blick auf ihre Zukunft mehrheitlich selbst in die Pflicht, spezifische Konzepte für Frauen und Männer in Familienverantwortung zu entwickeln.¹⁸⁸

Auch die Erarbeitung familienorientierter, systemisch angelegter Maßnahmen wird von vielen Einrichtungen befürwortet (siehe *Abbildung 65*). Spezifische Konzepte für Väter mit Kindern sehen nur 37 % der Häuser als zukunftssträchtig an. Eine gemeinsame Teilnahme von Frauen und Männern an denselben Maßnahmen wird dagegen von fast der Hälfte der Einrichtungen abgelehnt.

¹⁸⁸ Wie bereits erwähnt, haben *EAG* und *KAG* bereits ein gemeinsam erarbeitetes Konzept für Frauen in Familienverantwortung vorgelegt (siehe: *Hartmann et al.* 2005).

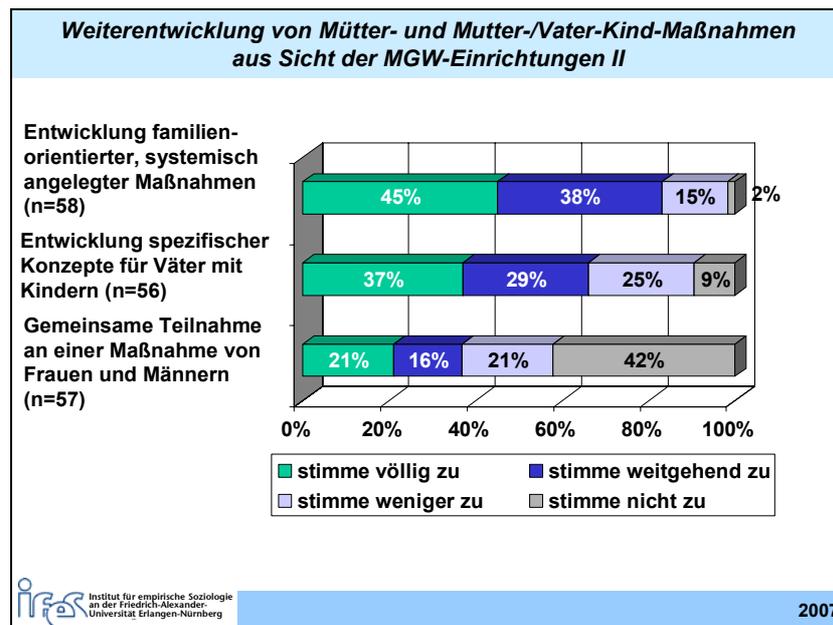


Abbildung 65

Es wurden noch viele Einzelvorschläge gemacht, die teilweise auf eine stärkere Berücksichtigung der Wünsche der Klientinnen, wie etwa eine freiere Wahl der Einrichtung, teilweise auf die Etablierung neuartiger, mehr auf Nachhaltigkeit ausgerichteter Maßnahmekonzepte, wie z.B. die „sequenzielle Rehabilitation“ bei chronischen Erkrankungen¹⁸⁹ ausgerichtet sind. Ebenso wird eine zusätzliche Erweiterung des Angebots auf neue Zielgruppen angedacht: hier werden unter anderem betreuende Großeltern und Migrantinnen mit Kindern genannt. Jeweils gut ein Fünftel der Einrichtungen gibt jedoch explizit an, dass sie die Entwicklung neuer Maßnahmekonzepte und das Erschließen neuer Zielgruppen nicht für sinnvoll halten.

Die von den Häusern angeregten optimalen Größen von *MGW*-Einrichtungen der Zukunft sind den *Abbildungen 66* und *67* zu entnehmen. Danach liegt die bevorzugte Mindestgröße, die sich aus wirtschaftlichen Erwägungen ergibt, bei 50 bis 100 Betten. Damit gleichzeitig eine persönliche Atmosphäre gewährleistet bleibt, empfehlen drei Viertel der Einrichtungen eine Höchstgröße zwischen 100 und knapp unter 200 Betten. Drei Einrichtungen nennen genau 200 Betten als Höchstzahl.

¹⁸⁹ Siehe dazu: *Neubauer et al.* 2006

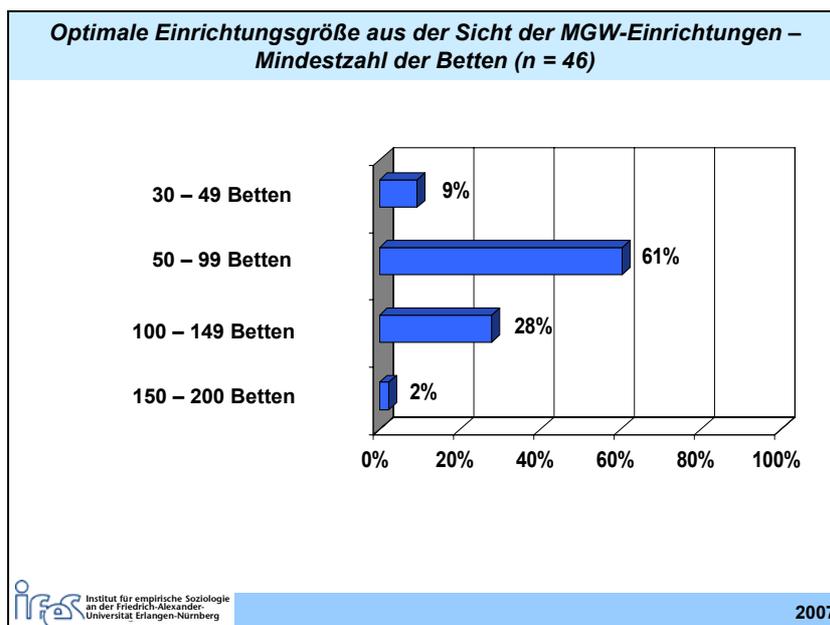


Abbildung 66

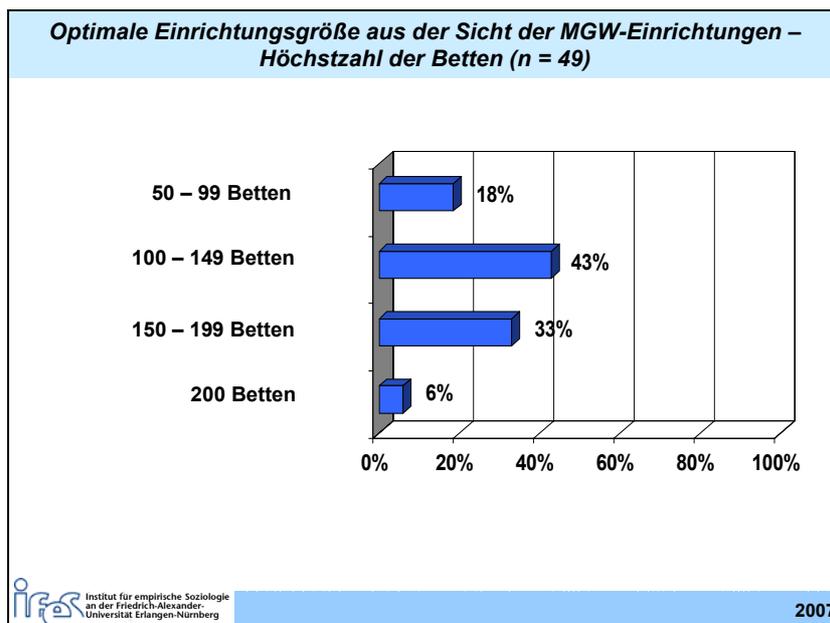


Abbildung 67

Die Beurteilung der aktuellen finanziellen Situation durch die *MGW*-Einrichtungen (vgl. *Abbildung 49* in *Abschnitt 5.2.6*) zeigt, dass fast 70 % ihre wirtschaftliche Lage als problematisch oder sogar existenzbedrohend einschätzen. Diese düsteren Zukunftsaussichten wurden von einem Großteil der befragten Expertinnen/-en geteilt. Die meisten von ihnen rechneten mit einem weiteren Rückgang von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen und als Folge davon auch mit der Schließung weiterer Einrichtungen. Im Gegensatz zu den Einrichtungslei-

tungen, die den Hauptgrund hierfür in der restriktiven Bewilligungspraxis der Kassen sahen, argumentierten diese jedoch mit vorhandenen Überkapazitäten sowie der Vermutung, bei einem Teil der Mütter, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen, stünden nach wie vor das Interesse an Erholung sowie soziale Belastungen im Vordergrund und nicht eine Erkrankung oder Gesundheitsstörung. In solchen Fällen sei jedoch eine Heilmaßnahme auf Kosten der Versichertengemeinschaft nicht begründet und würde wohl in Zukunft kaum noch bewilligt. Diese Argumentation ist jedoch insofern widersprüchlich, als die Bewilligung einer Leistung nach §§ 24 bzw. 41 SGB V durch die Krankenkassen nach dem Gesetz nur möglich ist, wenn aus medizinischen Gründen Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit indiziert ist, wobei dies bisher auch routinemäßig vom *MDK* überprüft wurde.

Als weitere Begründungen für die Prognose, die Anzahl von Maßnahmen für Mütter und Väter werde künftig eher sinken, wurden folgende Trends genannt:

- Ambulante Formen einer wohnortnahen Vorsorge und Rehabilitation werden künftig an Bedeutung gewinnen. Dies gelte für die Zielgruppe von Müttern und Vätern ebenso wie für andere Zielgruppen (z.B. ältere Menschen).
- Familienorientierte Formen der Prävention würden künftig verstärkt angeboten.
- Als Zukunftsoption wurde in einem Gespräch auch der Aufbau von mobilen Reha-Angeboten als „Bring-Leistung“ genannt. Die Wahrscheinlichkeit einer Realisierung dieses Modells in naher Zukunft erschien jedoch eher gering.

Ein engagierter Befürworter des *MGW*-Konzepts befürchtete ebenfalls einen weiteren Rückgang, begründete dies jedoch hauptsächlich mit der Sparpolitik der Krankenkassen und folgender, dadurch ausgelösten Dynamik:

- Trotz steigender Anforderungen an die Beherbergungsqualität und Kostensteigerungen bestehen für die Einrichtungen – nicht zuletzt aufgrund der prekären Belegungssituation – kaum Möglichkeiten, in Verhandlungen mit den Krankenkassen höhere Tagessätze zu erzielen.
- Diese Situation verhindert zwangsläufig eine Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Qualität von therapeutischem Personal und Behandlungsspektrum.
- Die dadurch bedingte Diskrepanz zwischen Anforderungsprofil und Leistungsfähigkeit dient im Folgenden zur Begründung für eine eher ablehnende Haltung diesen Maßnahmen gegenüber.

Andere Interviewpartner beurteilten die Zukunftsperspektiven etwas optimistischer. Sie vermuteten, der Umfang bewilligter Maßnahmen werde sich auf dem derzeitigen Niveau stabilisieren. U.a. wurde dies damit begründet, dass für die Kassen die dadurch zu erzielenden

Einsparungsmöglichkeiten unverhältnismäßig gering sind und in keinem Verhältnis zu dem damit verbundenen Imageschaden sowie der dadurch ausgelösten Verärgerung bei den davon betroffenen Mitgliedern stehen.

Als schwer einzuschätzende Einflussgröße wurde von einem Großteil der Experten die politische Weichenstellung durch die anstehende Gesundheitsreform genannt. Die meisten erwarten von ihr einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Heilbehandlungen. Von einem Gesprächspartner wurde in diesem Zusammenhang bedauert, dass es bislang keinerlei zuverlässige Bedarfsprognosen für diese Therapieform gibt. Dies sei mit ein Grund dafür, dass die Diskussionen über Notwendigkeit und Missbrauch von Mutter-/Vater-Kind-Leistungen oftmals stärker von Vermutungen und Polemik, denn von fundierten Argumenten geprägt seien.

5.2.9 Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragung

Bei der Interpretation der Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragung ist zu berücksichtigen, dass diese auf explorativen Interviews ohne Anspruch auf Repräsentativität beruhen. Mit wenigen Ausnahmen fanden die Interviews bzw. Gruppendiskussionen außerhalb der Ferienzeiten statt. In einigen Einrichtungen führten wir – bedingt durch die geringe Belegung – praktisch eine Vollerhebung der Frauen durch, die zu dieser Zeit bereits seit mindestens zwei Wochen an einer Heilbehandlung teilnahmen. In zwei Einrichtungen nahm auch je ein Vater an der Befragung teil.

Schwerpunkte der Befragung bildeten der sozioökonomische Status der Frauen, Informationen über den Zugang zu Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Leistungen, Erwartungen an eine solche stationäre Heilbehandlung sowie Wünsche und Anregungen für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Maßnahmen. Die Frage nach der Zufriedenheit mit den einzelnen Einrichtungen spielte demgegenüber eine untergeordnete Rolle, da diese Dimension sowohl im Rahmen der externen Qualitätssicherung als auch in zahlreichen Analysen des *Müttergenesungswerkes* erfasst ist.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Siehe dazu z.B. die extern gewonnenen Evaluationsergebnisse von *Meixner* 2004: 107ff

5.2.9.1 Soziodemographische Daten der Patientinnen

Die 120 Patientinnen, die in den zehn ausgewählten Einrichtungen interviewt wurden bzw. an den Gruppendiskussionen teilnahmen, wurden auch um einige soziodemographische Angaben zu ihrer Person gebeten. Die Fragen reichten vom Alter der Patientinnen über ihre berufliche Situation bis hin zu den Gründen für die Inanspruchnahme der jeweiligen Müttergenesungsmaßnahme.

Abbildung 68 zeigt das Alter der Patientinnen, wie es in der Befragung durch das *IfeS* erhoben wurde, sowie zum Vergleich entsprechende Daten aus der *MGW*-Statistik für das Jahr 2005.¹⁹¹ Der größte Teil der Patientinnen ist in beiden Erhebungen zwischen 25 und 45 Jahre alt. Die Personen befinden sich also in einem Lebensabschnitt, in dem besonders viele Menschen in Erziehungsverantwortung sind.

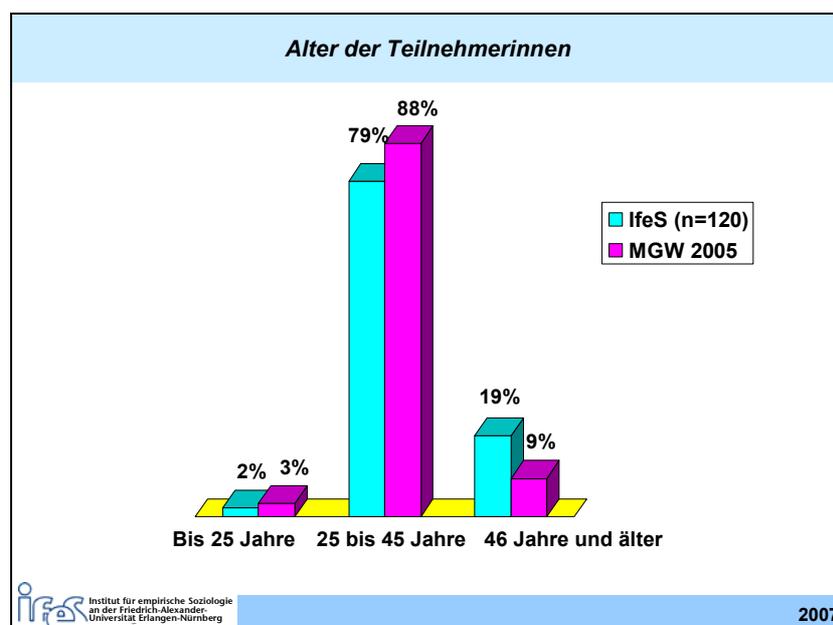


Abbildung 68

Ein Drittel der Patientinnen hatte zum Zeitpunkt der Befragung ein Kind, 40 % hatten zwei Kinder (siehe *Abbildung 69*). Immerhin 27,5 % der Personen gaben an, drei oder mehr Kinder zu haben. Zusätzlich zu den vom *IfeS* ermittelten Zahlen sind wiederum die des *MGW* ausgewiesen.

¹⁹¹ Siehe *Müttergenesungswerk* 2006c

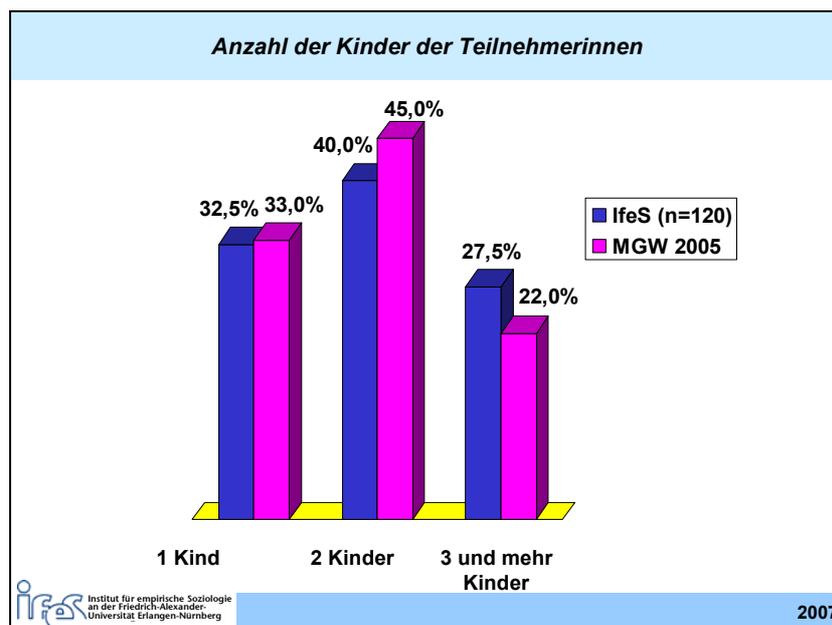


Abbildung 69

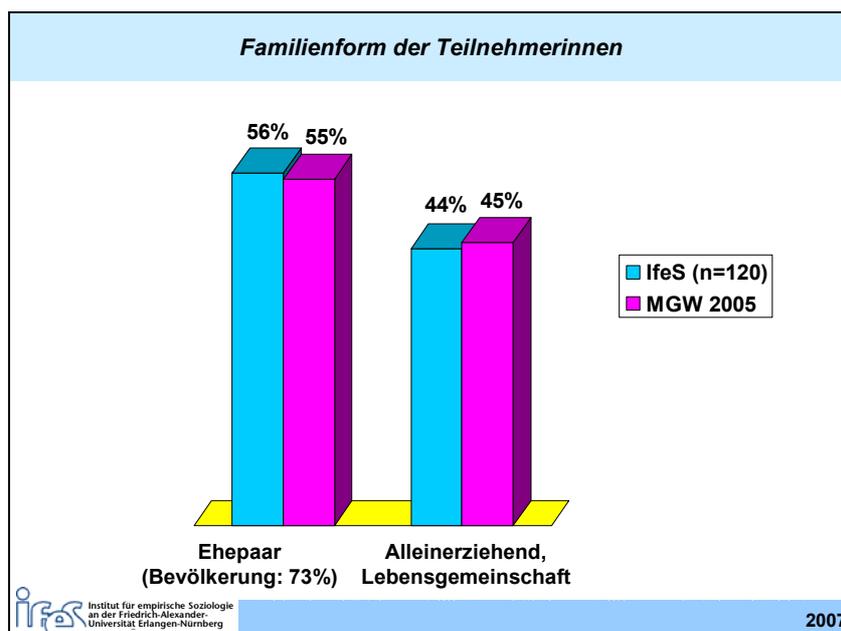


Abbildung 70

Die meisten Patientinnen lebten als Ehepaar zusammen mit ihrem Partner und Kind(ern). Aus *Abbildung 70* ist jedoch ersichtlich, dass auch der Anteil der Alleinerziehenden relativ hoch ist: 44 % der befragten Teilnehmerinnen an Müttergenesungsmaßnahmen waren allein erziehend oder befanden sich in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

Der Prozentsatz der in Ehepaaren Lebenden unter den Teilnehmerinnen war mit dem in der *MGW*-Statistik von 2005 aufgeführten nahezu identisch. Er unterscheidet sich aber wesentlich von der Verteilung in der bundesdeutschen Bevölkerung: Hier waren 75 % der Frauen mit unter 18-jährigen Kindern Teil eines Ehepaares, lediglich 25 % waren alleinerziehend (17,5 %) oder lebten in einer Lebensgemeinschaft (8 %).¹⁹² Demnach finden sich in Müttergenesungsmaßnahmen wesentlich mehr Alleinerziehende bzw. in Lebensgemeinschaft Lebende als im Bevölkerungsmittel.

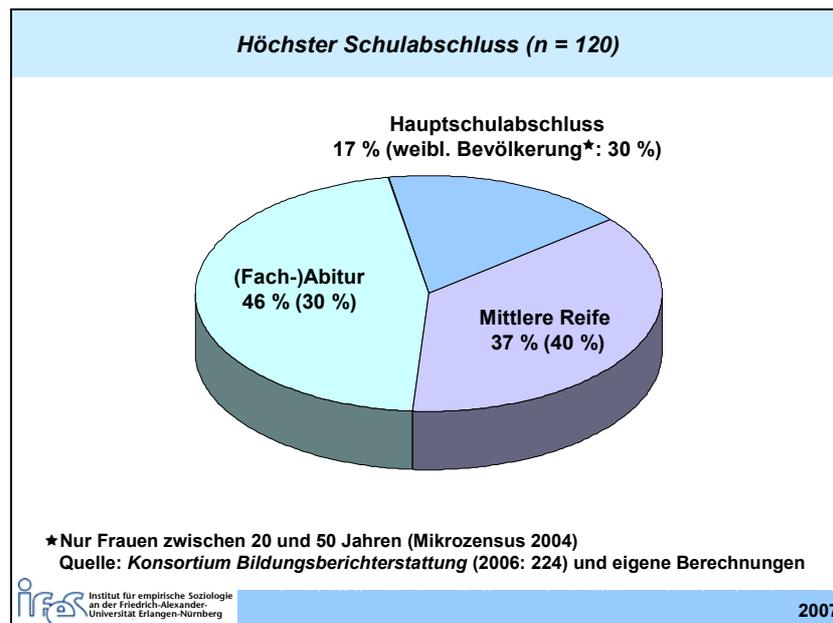


Abbildung 71

Abbildung 71 zeigt die Verteilung der höchsten erreichten Schulabschlüsse der Befragten: 46 % der Teilnehmerinnen hatten das Abitur oder Fachabitur gemacht, und weitere 37 % konnten die Mittlere Reife erlangen. Nur knapp ein Fünftel wies ausschließlich einen Hauptschulabschluss auf. Dieser Anteil liegt wesentlich niedriger als in der weiblichen Gesamtbevölkerung zwischen 20 und 50 Jahren, in der 30 % einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss haben; demgegenüber ist der Anteil der Frauen mit (Fach-)Abitur erheblich überrepräsentiert, finden sich in der vergleichbaren Bevölkerungsgruppe doch nur 30 %, die über einen solchen Schulabschluss verfügen.¹⁹³ Dieser Befund stimmt überein mit Forschungsergebnissen an anderer Stelle, wo ebenfalls darauf hingewiesen wird, dass der An-

¹⁹² Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006b: Tabelle 31, und eigene Berechnungen

¹⁹³ Vgl. *Konsortium Bildungsberichterstattung* 2006: 224 und eigene Berechnungen

teil der Teilnehmerinnen ohne oder mit niedrigen Schul- und Berufsabschlüssen „stetig und signifikant ab(nimmt).“¹⁹⁴

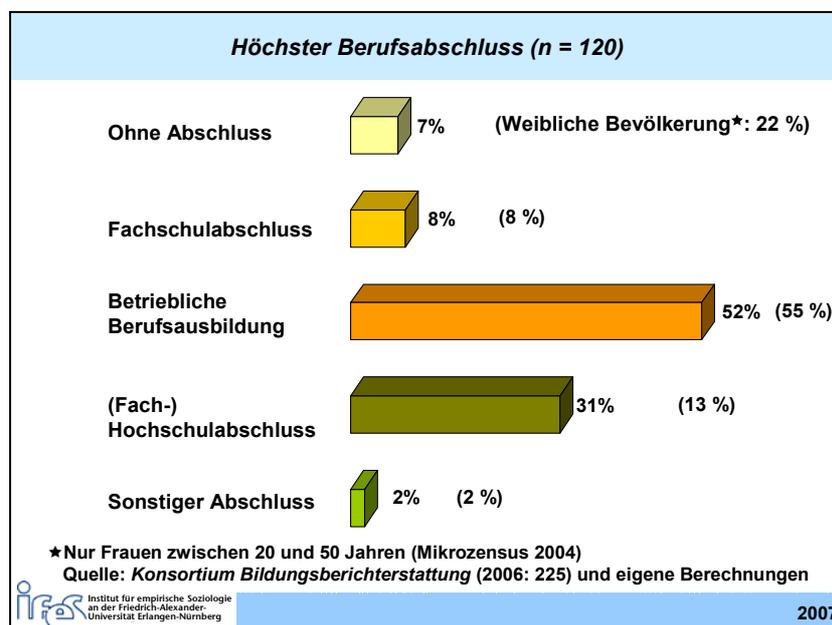


Abbildung 72

Ähnlich stellt sich die Situation bei den höchsten erreichten Berufsabschlüssen der Maßnahmeteilnehmerinnen dar. Gliedert man die Abschlüsse der Teilnehmerinnen in klassische Berufsausbildungsabschlüsse, spezielle Fachschulabschlüsse, (Fach-)Hochschulabschlüsse und sonstige Abschlüsse, so entfällt, wie *Abbildung 72* erkennen lässt, mit 31 % ein wesentlicher größerer Anteil auf (Fach-)Hochschulabschlüsse als das in der weiblichen Gesamtbevölkerung der Fall ist, wo diese Personengruppe nur 13 % ausmacht. Nur 7 % der Patientinnen wiesen keinen beruflichen Bildungsabschluss auf. Unter allen Frauen in Deutschland betrifft dies jedoch 22 %.¹⁹⁵

Ihrem hohen Ausbildungsstand entsprechend waren die meisten der Teilnehmerinnen an Müttergenesungsmaßnahmen erwerbstätig (siehe *Abbildung 73*). 38 % arbeiteten in Teilzeit, 20 % in Vollzeit. Gut ein Drittel ging keiner Erwerbstätigkeit nach. Dies stimmt in etwa mit der Erwerbsquote von Frauen mit Kindern unter 18 Jahren überein, die im Jahre 2004 bei ca. 62 % lag.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 21

¹⁹⁵ Vgl. *Konsortium Bildungsberichterstattung* 2006: 225 und eigene Berechnungen

¹⁹⁶ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2005: Tabelle 3.2 und eigene Berechnungen. Nähere Angaben über Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit finden sich dort nicht.

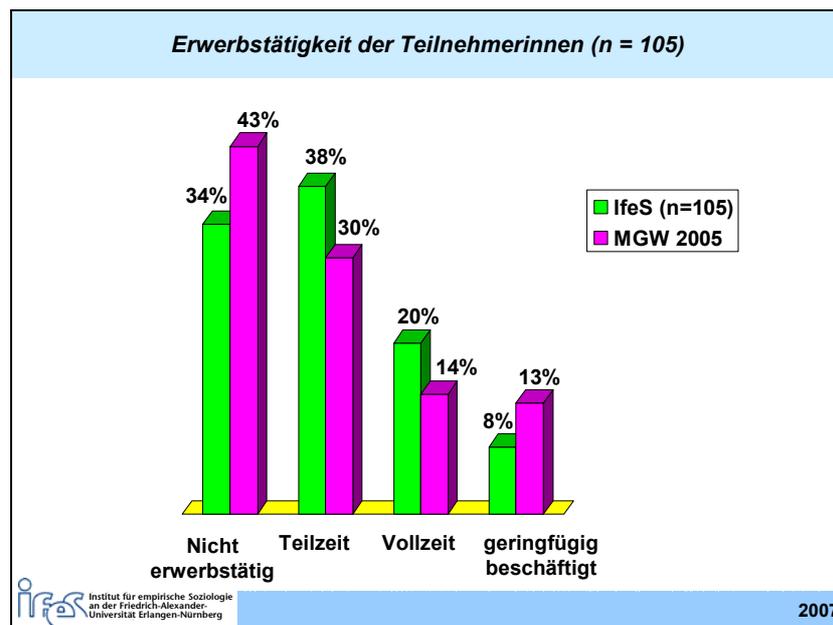


Abbildung 73

Abbildung 74 zeigt, auf welche Weise die Teilnehmerinnen ihr Einkommen erzielten. Drei Viertel der Haushalte, in denen die Befragten lebten, bezogen Löhne bzw. Gehälter aus Berufstätigkeit. Wenn es nicht die Befragten selbst waren, die diese Einkommen erzielten (vgl. *Abbildung 73*), war ein anderes Haushaltsmitglied erwerbstätig. 13 % erhielten Arbeitslosengeld II. Immerhin fünf Personen äußerten sich zu dieser Frage nicht.

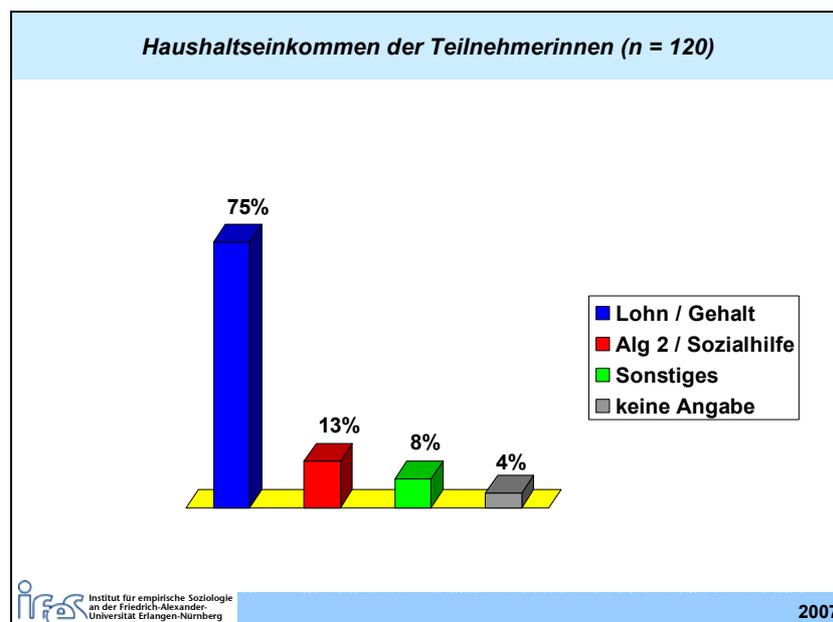


Abbildung 74

Ein Vergleich der Haushaltseinkommen zwischen der im Jahre 2005 durchgeführten Erhebung des *MGW* und den Ergebnissen der von uns befragten Frauen ergibt nur geringfügige Unterschiede. Über die Hälfte der Befragten konnte, wie aus *Abbildung 75* zu ersehen ist, auf Haushaltseinkommen zurückgreifen, die höher als 1500 € waren.

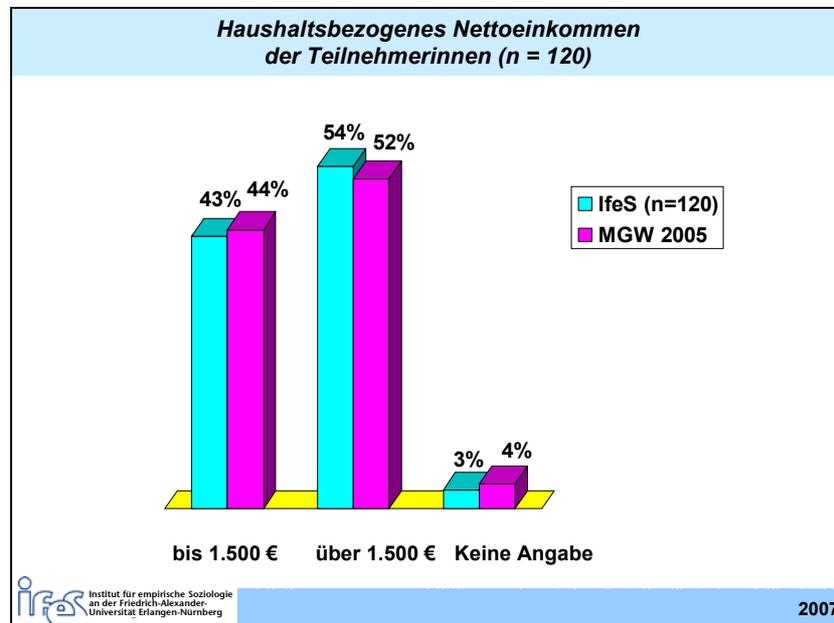


Abbildung 75

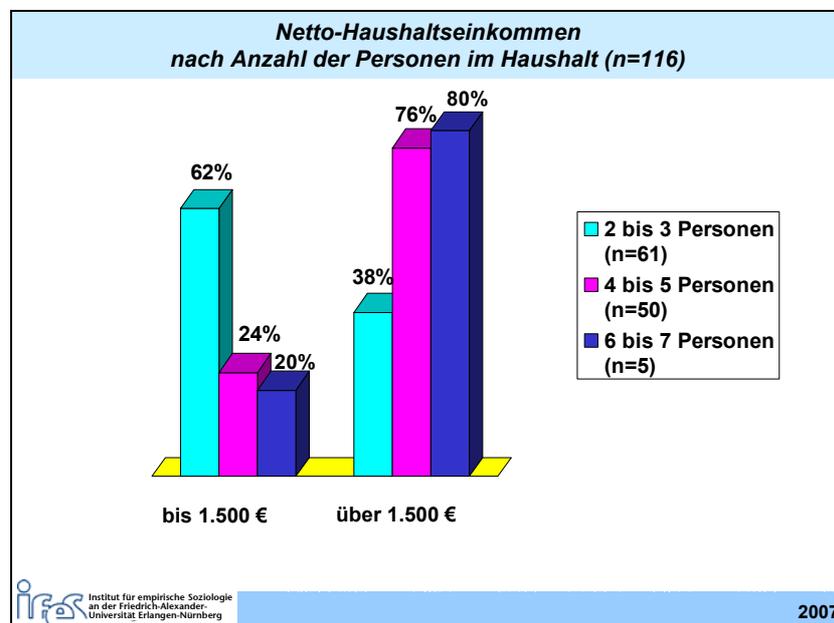


Abbildung 76

Eine Differenzierung nach Haushaltsgröße zeigt jedoch, dass mehr als ein Fünftel der Haushalte mit vier und mehr Personen nur über Einkommen von bis zu 1.500 € verfügten, also mit relativ wenig Geld zurecht kommen mussten (vgl. *Abbildung 76*).¹⁹⁷

5.2.9.2 Zugang der Teilnehmerinnen zu Leistungen des *Müttergenesungswerkes*

In den Interviews wurden die Teilnehmerinnen gebeten mitzuteilen, welche Gründe für die Entscheidung, an einer Müttergenesungsmaßnahme teilzunehmen, ausschlaggebend waren. In *Abbildung 77* sind die Ergebnisse dargestellt: 46 % der Maßnahmeteilnehmerinnen erhofften sich von der Inanspruchnahme der Heilbehandlung Erholung, und knapp ein Drittel versprach sich Erleichterung im Hinblick auf Belastungen und Stress, etwa wegen einer Trennung vom bisherigen Partner. Bei 28 % stand eine eigene Erkrankung im Vordergrund.

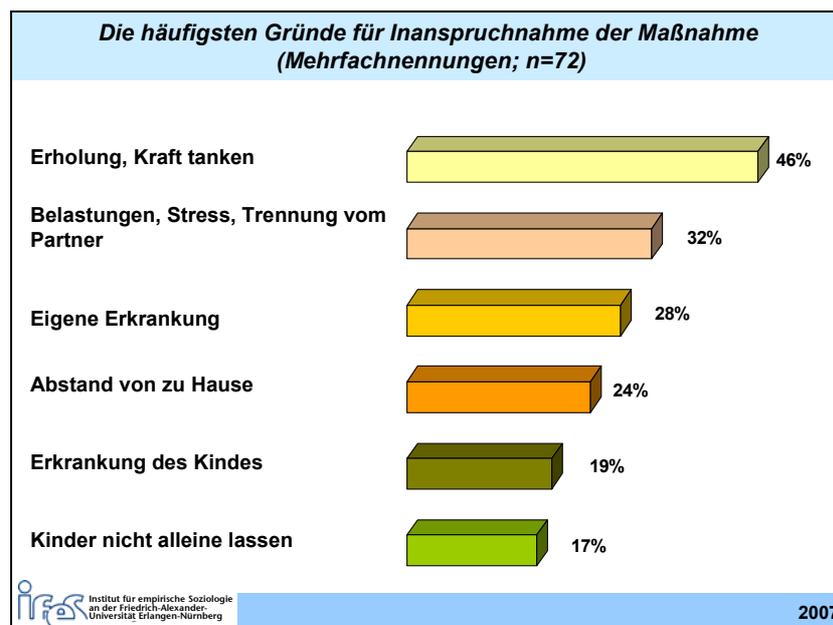


Abbildung 77

Bei den Krankheiten, unter denen die Teilnehmerinnen litten, stehen körperliche Erschöpfung bzw. Burnout im Vordergrund (siehe *Abbildung 78*). 79 % der Personen nannten diese Indikationen. Auch Rückenschmerzen und Beschwerden an den Halswirbeln wurden von mehr als der Hälfte der Personen angegeben. (Infekt-)Anfälligkeit kam hingegen eher selten vor.

¹⁹⁷ Vergleichsdaten aus Bevölkerungsumfragen liegen uns hierzu nicht vor.

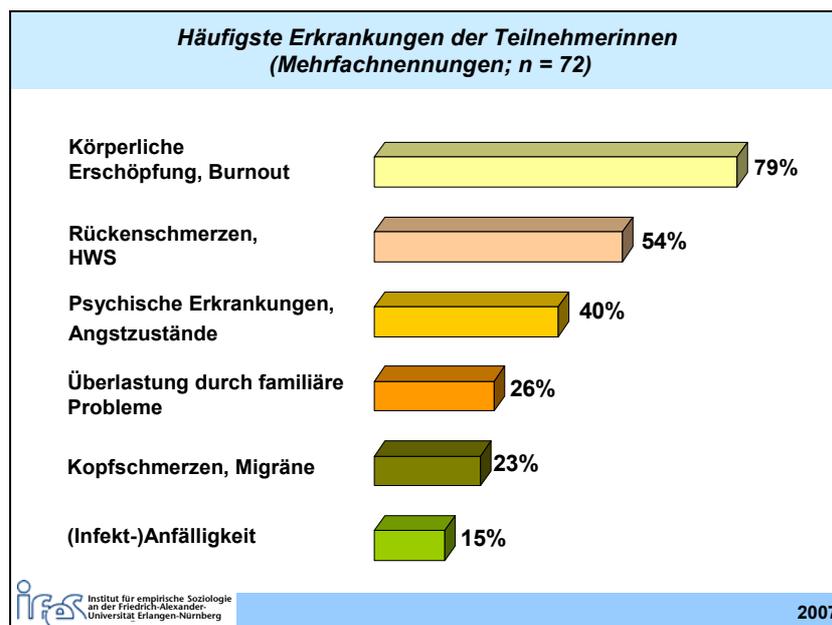


Abbildung 78

Vor der Inanspruchnahme einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung waren über 70% der Mütter und Väter in regelmäßiger ambulanter ärztlicher Behandlung, und bei mehr als 20% ging der Maßnahme ein Krankenhausaufenthalt voraus (vgl. *Abbildung 79*).

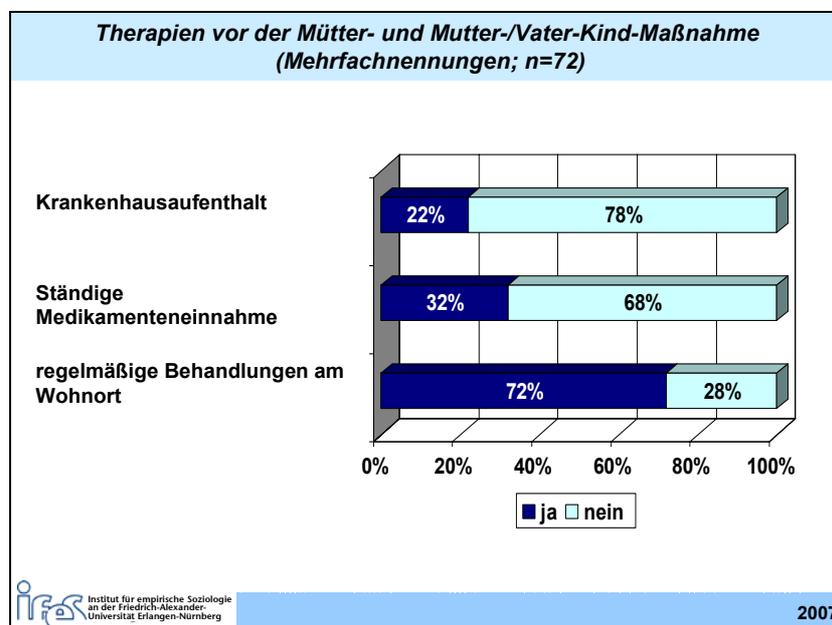


Abbildung 79

Dennoch erhielten nur 40% der befragten Mütter und Väter die Empfehlung zur Teilnahme an einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme von einem Arzt (vgl. *Abbildung 80*).

Dem gegenüber spielten die Eigeninitiative der Teilnehmerinnen sowie Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld wesentlich häufiger eine Rolle.

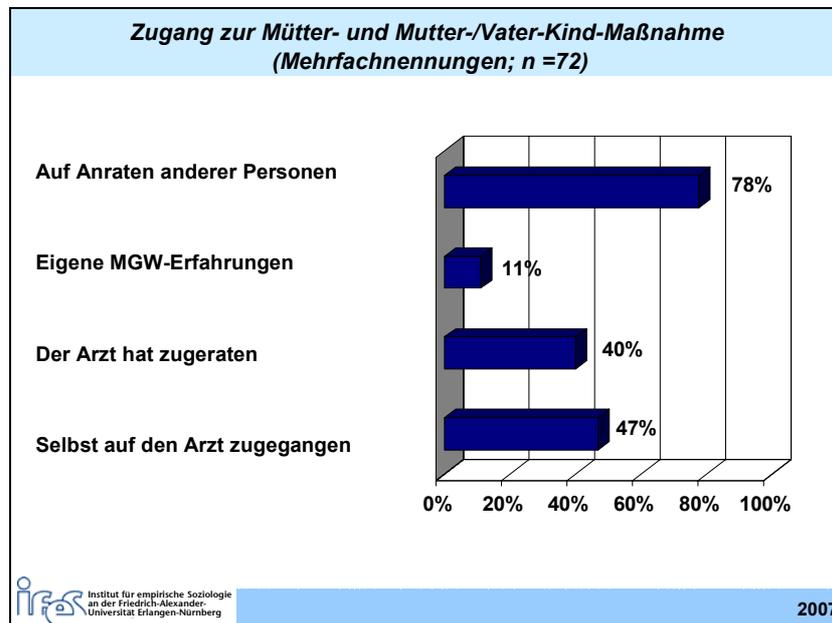


Abbildung 80

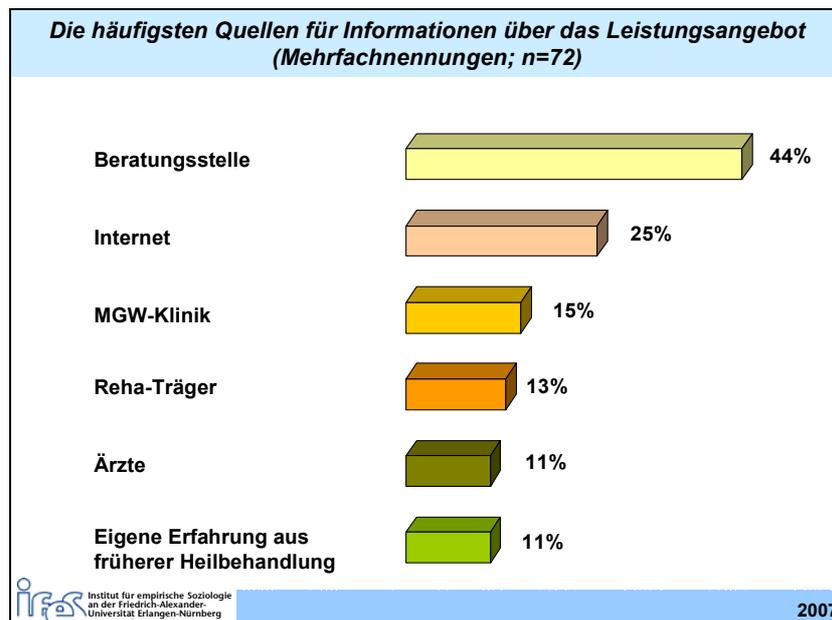


Abbildung 81

In den Interviews und Gruppendiskussionen beklagten die Teilnehmerinnen immer wieder, dass Ärzte oft nur unzureichend über die Zugangsmöglichkeiten einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung informiert sind. In einem Fall bezweifelte ein Arzt sogar, dass es diese Leistung überhaupt noch gebe. Andere Frauen berichteten, ihr Arzt habe ihnen mit der Begründung von einer Antragstellung abgeraten, solche Leistungen würden ohnehin kaum

noch bewilligt. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Müttern auch kritisiert, dass sie von ihren Krankenkassen nur widerstrebend und unvollständig über die Möglichkeiten einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung informiert wurden.

Über das Leistungsangebot von *MGW*-Einrichtungen informierten sich die Teilnehmerinnen mit Abstand am häufigsten über eine Beratungsstelle und am zweithäufigsten über das Internet (vgl. *Abbildung 81*). Immerhin 15% wandten sich direkt an die Einrichtung, in der sie an der Maßnahme teilnehmen wollten.

Bei knapp einem Viertel der Interviewteilnehmerinnen ging der Maßnahmebewilligung eine Ablehnung und ein Widerspruch voraus (vgl. *Abbildung 82*).

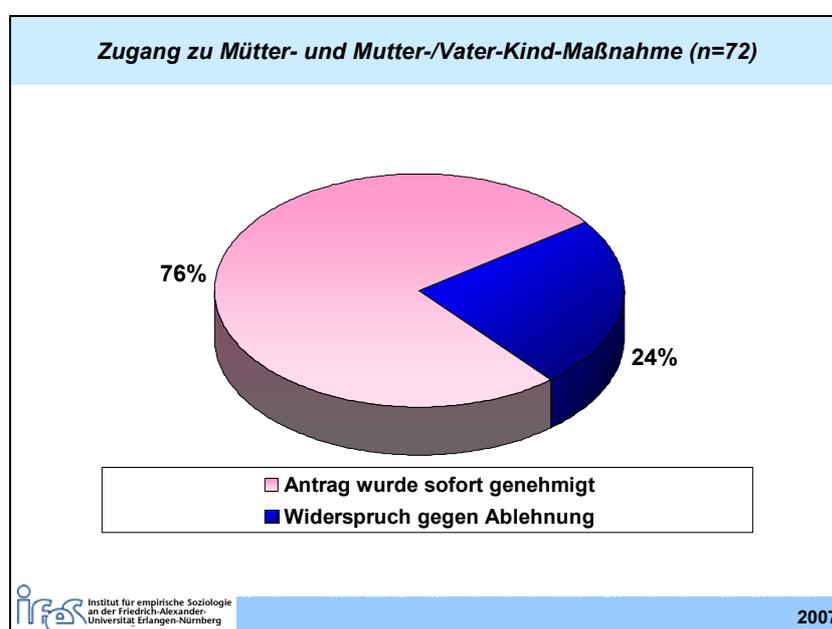


Abbildung 82

Begründet wurden diese Ablehnungen am häufigsten mit fehlenden Kontextfaktoren, wobei diese jedoch nach den Schilderungen der Frauen unzulässig eng ausgelegt wurden. So berichteten die Mütter z.B., man habe ihnen mitgeteilt, sie seien weder finanziell minderbemittelt, noch hätten sie ihr erstes Kind vor dem 20. Lebensjahr bekommen und gehörten somit nicht zur Zielgruppe von Müttergenesungsleistungen. In einem Fall wurde der Antrag einer behinderten Mutter mit der Begründung abschlägig beschieden, bei ihrer Behinderung (multiple Sklerose) sei durch eine stationäre Heilbehandlung keine Besserung zu erwarten und somit die Voraussetzung eines zu erwartenden Maßnahmeerfolgs nicht gegeben. In anderen Fällen wurde eine Teilnahme wegen Schwangerschaft oder wegen einer vorwiegend psychisch bedingten Gesundheitsstörung abgelehnt. Weiteren Frauen wurde zunächst eine Vor-

sorgemaßnahme ohne Teilnahme der Kinder angeboten.¹⁹⁸ In einigen wenigen Fällen war die Ablehnung dadurch bedingt, dass Mutter und Kind in unterschiedlichen Krankenkassen versichert waren.

Bei ihren Widersprüchen wurden die Frauen häufig durch ihren behandelnden Arzt oder eine *MGW*-Beratungsstelle unterstützt. Viele Teilnehmerinnen hatten den Eindruck, die Entscheidung hinge nicht zuletzt von der persönlichen Haltung des zuständigen Sachbearbeiters ab. Die meisten Frauen waren sich darin einig, dass Hartnäckigkeit, soziale Kompetenz und geschicktes strategisches Verhalten¹⁹⁹ bei der Bewilligung einer Müttergenesungsmaßnahme eine wichtige Rolle spielen. Dies bedeutet jedoch, dass Personen aus bildungsfernen Schichten sowie jene, die aufgrund eines beeinträchtigten Gesundheitszustands nicht die erforderliche Energie und Durchsetzungsfähigkeit aufbringen, um eine Teilnahme zu erkämpfen, schlechtere Zugangschancen haben.

Von den Einrichtungsleitungen wurde ebenfalls der oft problematische und wenig transparente Zugang zu diesen Heilbehandlungen kritisiert. Sie forderten deshalb eine Veränderung des Antragsverfahrens dahingehend, den erforderlichen Informationsfluss zwischen Versicherten, Krankenkasse und *MDK* sicherzustellen und gleichzeitig einen hinreichenden Schutz intimer Daten des Versicherten zu bieten. Insbesondere sollten Informationen über belastende Kontextfaktoren nur Personen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, zugänglich sein.

Sowohl im Expertenkreis als auch im Projektbeirat wurde die Auffassung vertreten, dass die Probleme der schichtspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wohlbekannt, aber letztlich nicht zu ändern seien: Ein Behandlungsbedarf wird in der Regel zunächst vom Patienten artikuliert und erst dann einer ärztlichen Überprüfung unterzogen. Diese folgt jedoch nur selten ausschließlich naturwissenschaftlicher Logik, sondern beruht weit hin auf Aushandlungsprozessen der in die Arzt-Patient-Beziehung eingebundenen Subjekte mit ihren unterschiedlichen Perzeptionen, Interessen und kommunikativen Kompetenzen. Aufgrund der sozialen Nähe zum Arzt werden daher Mittel- und Oberschichtangehörige im

¹⁹⁸ Über Probleme beim Zugang zu den Maßnahmen berichtet auch *Schmidt-Brücken* (2005).

¹⁹⁹ Von einigen Patientinnen(!) wurden hier z.B. genannt: dramatische Darstellung der eigenen Gesundheits- und Belastungssituation unter sorgfältiger Beachtung der in den Begutachtungsrichtlinien verwendeten Terminologie; Wahl eines Maßnahmezeitraums außerhalb der Ferien, bewusste Auswahl eines weniger attraktiven Kurorts.

Allgemeinen eher als Unterschichtangehörige in der Lage sein, das zu formulieren und durchzusetzen, was sie sich vom Therapeuten erwarten.²⁰⁰

Insgesamt entstand bei den Gesprächen mit den Müttern und Vätern der Eindruck einer sehr inhomogenen Gruppe hinsichtlich Motivation, gesundheitlicher Beeinträchtigung und Bedürftigkeit: einige Personen mit gutem Informationsstand, gezieltem strategischem Vorgehen und nach eigener Einschätzung vergleichsweise leichten Erkrankungen erhielten auf Anhieb eine Zusage; andere mit schwerwiegenden Gesundheitsstörungen, einer Vielzahl von Belastungen (u.a. durch die langjährige Pflege von Familienangehörigen) waren dagegen erst nach einem Widerspruch erfolgreich.

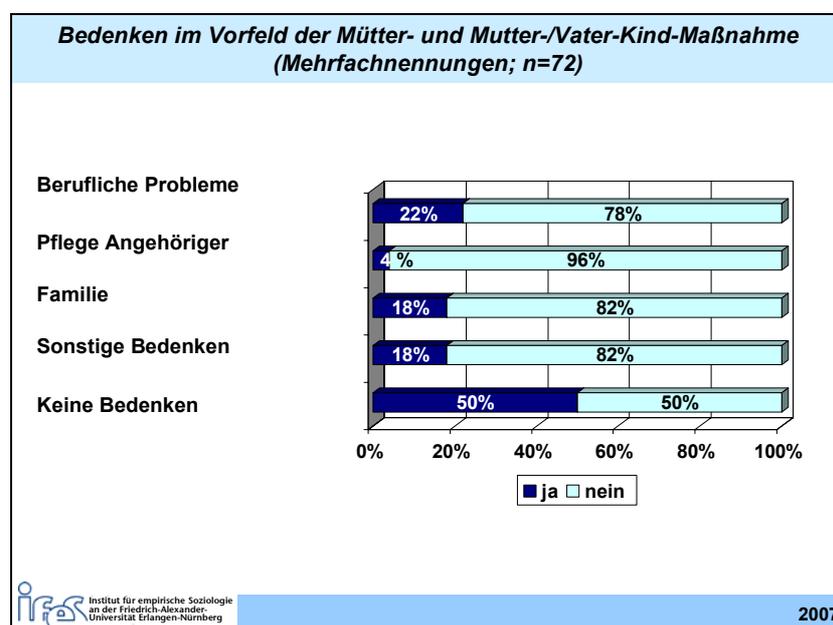


Abbildung 83

Bei den Bedenken, die es im Vorfeld der *MGW*-Maßnahme auszuräumen galt, spielten berufliche Probleme mit etwas über einem Fünftel die wichtigste Rolle, gefolgt von familiären Barrieren (vgl. *Abbildung 83*).

²⁰⁰ Zum soziokulturellen Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung und zum Verhalten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen siehe z.B. *Ferber*, L. v. 1976; *Siegrist* 1995: 247ff; *Heim / Meyer* 1998: 287f; *Klosterhuis* 2000: 456f

5.2.9.3 Erwartungen an eine Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

Bei den Ergebnissen der moderierten Gruppendiskussionen²⁰¹ ist zwischen reinen Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu differenzieren, da bei ersteren der Aspekt der Kinderbetreuung entfällt. Trotz dieses grundsätzlichen Unterschieds ergaben sich bei den Diskussionen in den unterschiedlichen Einrichtungen erstaunlich hohe Übereinstimmungen. Wir haben uns deshalb dazu entschlossen, die Ergebnisse aus allen acht Diskussionen zusammenzufassen (vgl. *Abbildung 84* bis *86*). Die dargestellten Ergebnisse zum Thema Kinderbetreuung treffen natürlich nur für reine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu.

In den Ergebnissen kommt der hohe Stellenwert zum Ausdruck, der im Rahmen einer MGW-Maßnahme Erholungs- und Entspannungsmöglichkeiten zugemessen wird. Die unter diesem Oberbegriff subsumierten Erwartungen sind jedoch durchaus mit den Zielen medizinischer Vorsorgemaßnahmen mit psychosozialem Schwerpunkt vereinbar.

Das Wichtigste bei einer MGW - Maßnahme aus Sicht der Teilnehmerinnen I	
1. Erholungs- und Entspannungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentration auf sich selbst ▪ Gedankenaustausch mit anderen Müttern ▪ Abstand zur häuslichen Situation und Problemen ▪ Zur Ruhe kommen ▪ Auftanken
2. Leistungsspektrum / Therapieangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Beratung und Betreuung ▪ Erziehungsberatung ▪ Krisenintervention ▪ Lebensberatung ▪ Hilfe und Problemlösung auch für Kinder ▪ Stressbewältigung ▪ Anwendungen gemeinsam für Mutter und Kind
	<small>Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander- Universität Erlangen-Nürnberg</small>
2007	

Abbildung 84

Das Bedürfnis, diese Zeit zu nutzen, um sich aktiv mit persönlichen mütterspezifischen Belastungen und Risikofaktoren auseinander zu setzen, kommt auch darin zum Ausdruck, dass psychologischen und sozialpädagogischen Interventionen die zweithöchste Priorität zugemessen wird. Dem gegenüber werden typische Urlaubsaspekte wie Umgebung, Ausstattung

²⁰¹ Zur Methodik dieser Gruppendiskussionen siehe *Abschnitt 5.1.1.2*

der Einrichtung aber auch die medizinische Betreuung als erheblich weniger wichtig eingeschätzt.

Das Wichtigste bei einer <i>MGW</i> - Maßnahme aus Sicht der Teilnehmerinnen II	
<p>3. Kinderbetreuung / -Wohlergehen / -Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gute und qualifizierte pädagogische Kinderbetreuung ▪ Betreuung für Schulkinder (Schulunterricht) ▪ Betreuung für Kinder unter 3 Jahren ▪ Kinderbetreuung beim Essen ▪ gute räumliche Ausstattung ▪ Kinderbetreuung bei Bedarf auch abends und am Wochenende ▪ Kinder sollen lernen, gesund zu leben <p>4. Etwas mit nach Hause nehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lernen, mit Alltagsproblemen besser umzugehen ▪ Einüben von neuen / gesünderen Verhaltensweisen ▪ Alternativen für schädigende Gewohnheiten finden ▪ Weiterbildung 	 Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander- Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Abbildung 85

Das Wichtigste bei einer <i>MGW</i> - Maßnahme aus Sicht der Teilnehmerinnen III	
<p>5. Ausstattung, Atmosphäre, Lage der Einrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiäre Atmosphäre ▪ Getrennte Schlafzimmer für Mutter und Kind ▪ Kleines überschaubares Haus ▪ Gemeinschaftsräume ▪ Sauna und Schwimmbad im Haus ▪ Informationen zur Umgebung / Orientierung ▪ Lage wohnortnah (inbes. bei Müttern mit Kleinkindern) ▪ Reizklima – Seeluft oder anderes gutes Klima <p>6. Gesundheit / Ernährung</p> <p>7. Medizinische Betreuung</p> <p>8. Konzept / Rahmenbedingungen</p>	 Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander- Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Abbildung 86

5.2.9.4 Belastende Kontextfaktoren der Teilnehmerinnen und ihre Berücksichtigung im Rahmen der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

In den Interviews wurden die Frauen gebeten mitzuteilen, unter welchen Belastungen und Risikofaktoren sie neben ihren Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen leiden. Die *Abbildungen 87* und *88* geben Aufschluss über die Häufigkeit der einzelnen Belastungen.

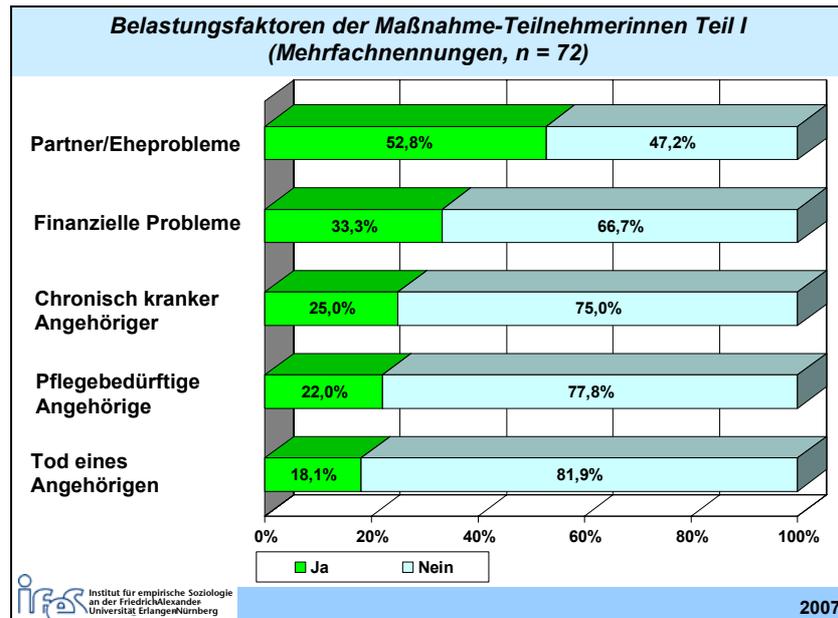


Abbildung 87

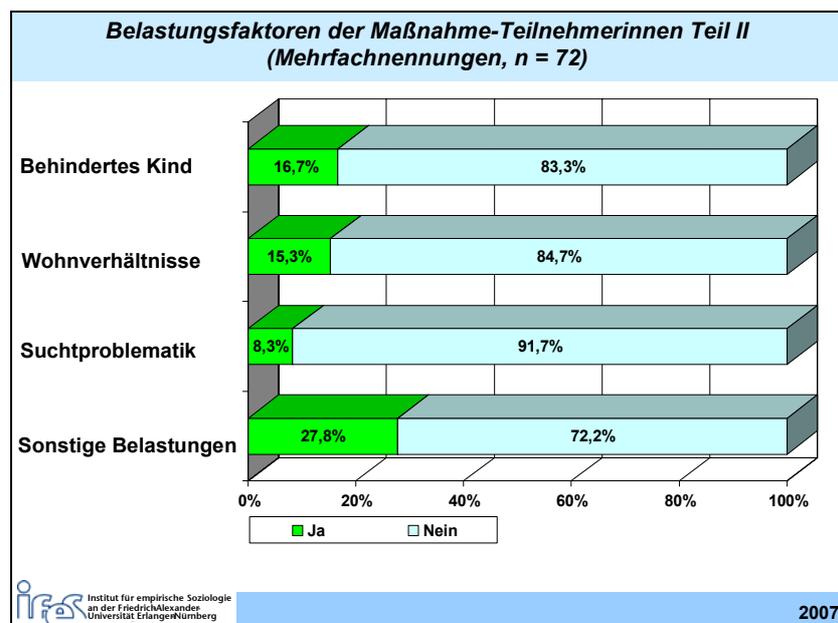


Abbildung 88

Demnach litten über die Hälfte der Maßnahme-Teilnehmerinnen unter Partner- oder Eheproblemen. Immerhin ein Drittel war von finanziellen Problemen betroffen und bei einem Viertel der Frauen war ein Angehöriger chronisch krank. Mehr als ein Fünftel der Mütter waren außerdem durch die Pflege eines Familienangehörigen belastet. Alle weiteren Belastungen spielten aus quantitativer Sicht eine eher untergeordnete Rolle. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die meisten Frauen von mehreren Belastungen gleichzeitig betroffen waren.

Vergleicht man die vorhandenen mit den bei der Behandlung berücksichtigten Belastungen, so zeigt sich, dass beim Vorliegen einer Vielzahl von Belastungen meist nur auf einen Teil davon eingegangen werden konnte (vgl. *Abbildung 89*). In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass die Teilnehmerinnen entweder von sich aus manche Belastungen nicht ansprachen oder im Eingangsgespräch zu Beginn der Maßnahme explizit eine Beschränkung auf bestimmte Behandlungsschwerpunkte vereinbart wurde. Dies wurde meist mit der begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit von drei Wochen begründet, in der es sinnvoller erschien, sich auf die im Vordergrund stehenden Faktoren zu konzentrieren, als eine Vielzahl unterschiedlicher Beeinträchtigungen beeinflussen zu wollen. Einige Frauen berichteten, einen Teil ihrer Probleme bereits am Wohnort ambulant zu bearbeiten (z.B. im Rahmen einer Psychotherapie) oder dass eine Belastung zwar bestehe, hierfür jedoch derzeit keine gezielten Interventionen möglich oder erforderlich seien (z.B. beim Verlust oder der chronischen Krankheit eines Angehörigen).

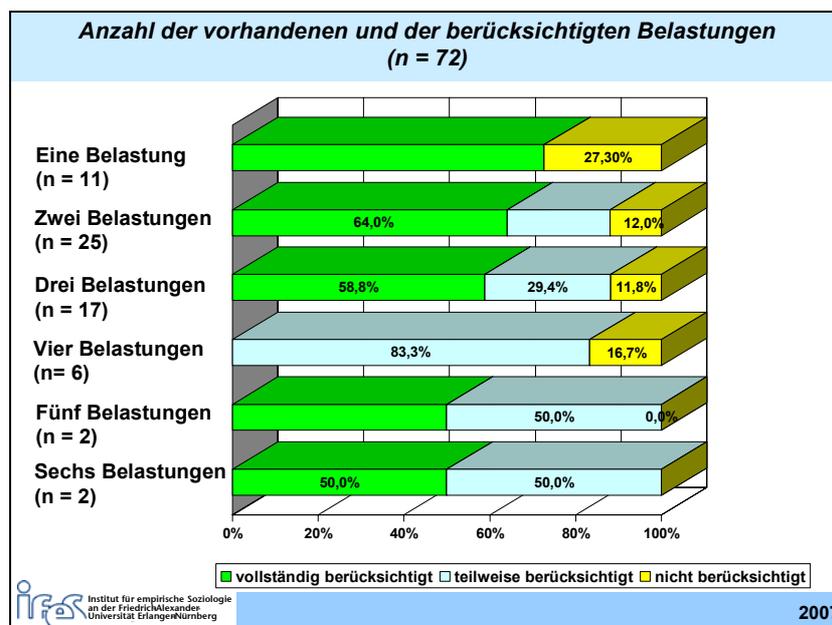


Abbildung 89

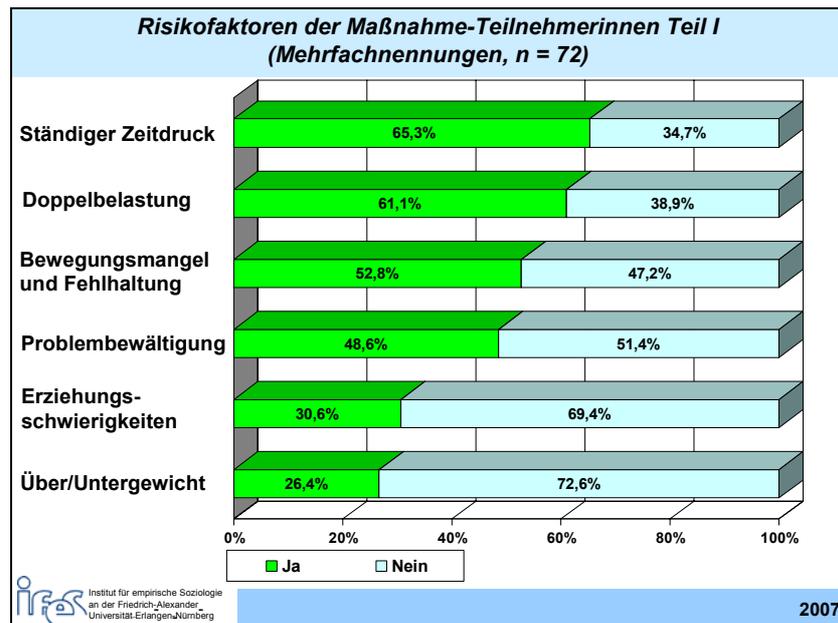


Abbildung 90

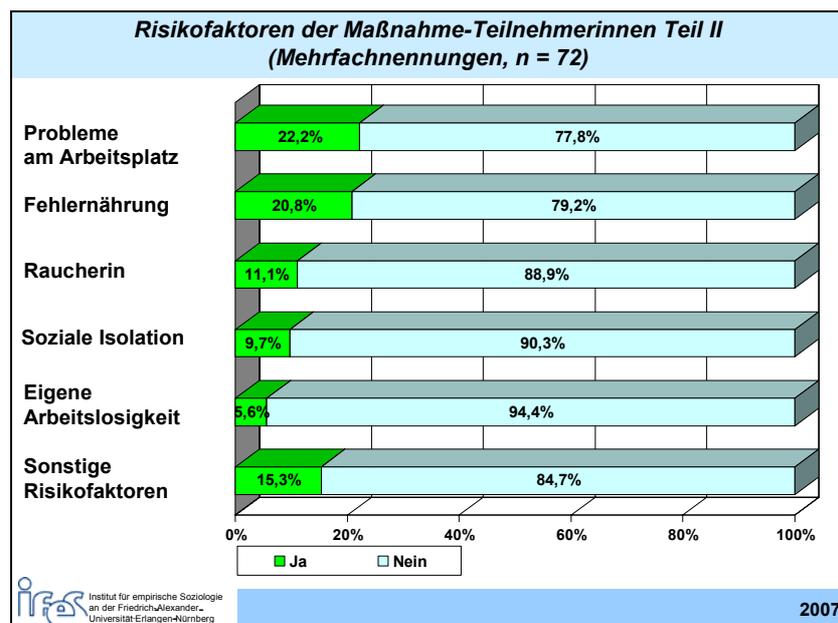


Abbildung 91

Bei den Risikofaktoren wurde am häufigsten ständiger Zeitdruck und die vorhandene Doppelbelastung durch Beruf und Familie genannt, gefolgt von Bewegungsmangel und Fehlhaltung (vgl. *Abbildungen 91* und *92*). Schwierigkeiten, ihre Probleme zu bewältigen, hatten immerhin fast die Hälfte der Teilnehmerinnen, und knapp ein Drittel räumte ein, Erziehungsschwierigkeiten zu haben. Des Weiteren hatte ein Viertel der Befragten Über- oder Unterge-

wicht. Von Problemen am Arbeitsplatz und Fehlernährung waren etwas über 20 % betroffen. Die restlichen aufgelisteten Risikofaktoren spielten eine eher untergeordnete Rolle.

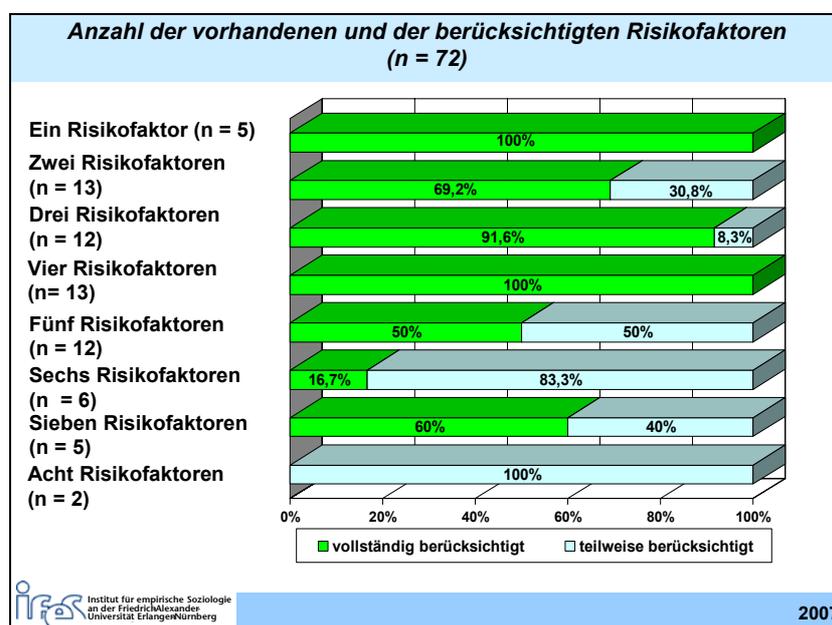


Abbildung 92

Beim Vergleich zwischen vorhandenen und berücksichtigten Risikofaktoren wird ein ähnlicher Trend wie bei den Belastungen deutlich: je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto häufiger wird nur auf einen Teil davon während der Maßnahme eingegangen (vgl. *Abbildung 92*). Immerhin wurden jedoch bei Teilnehmerinnen mit bis zu vier Risikofaktoren in der Mehrzahl der Fälle alle diese Risiken bei der Behandlung berücksichtigt. Erst bei dem gleichzeitigen Vorliegen von fünf und mehr Risikofaktoren konnte in der Regel nur noch ein Teil davon in die Therapie einbezogen werden.

5.2.9.5 Zufriedenheit mit der Maßnahme und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmerinnen

Von den Teilnehmerinnen waren über 90% mit ihrer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme zufrieden oder sehr zufrieden, nur 1 % (eine Person) war damit unzufrieden (vgl. *Abbildung 93*).

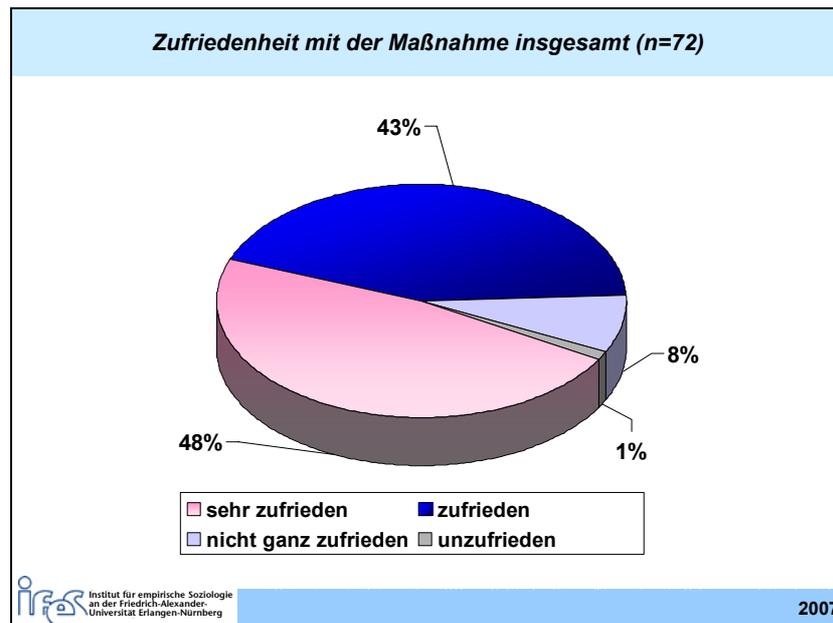


Abbildung 93

Die Vorschläge der Teilnehmerinnen zur Weiterentwicklung von *MGW*-Maßnahmen betrafen größtenteils den Zugang zu diesen Leistungen (vgl. *Abbildung 94* und *95*).

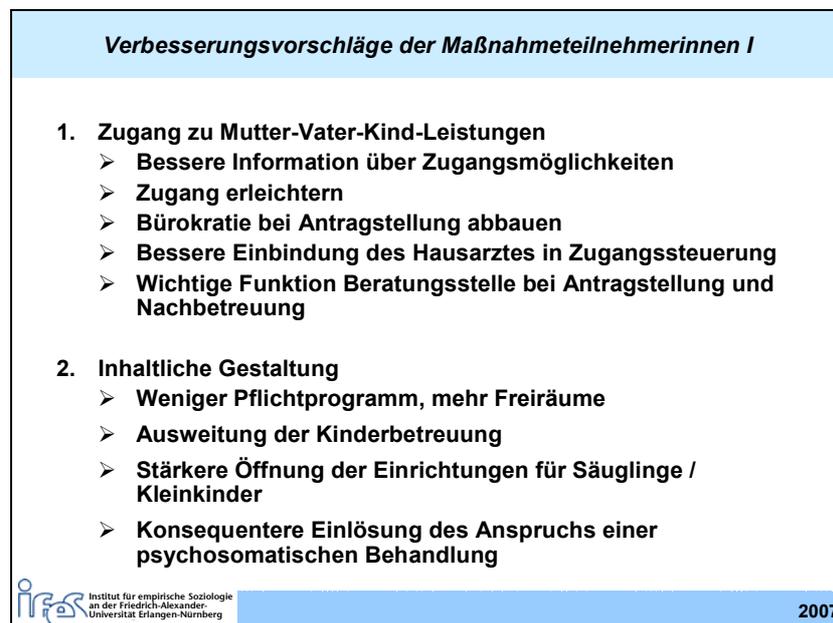


Abbildung 94

Am häufigsten wurde gefordert, die Krankenkassen sollten sowohl ihre Versicherten als auch Ärzte und andere Multiplikatoren, die an der Steuerung des Zugangs zu Leistungen für Mütter und Väter beteiligt sind, besser über die Möglichkeiten informieren, eine solche Maßnahme zu erhalten. Eine Teilnehmerin kritisierte, die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Müt-

ter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen würde mittlerweile nur noch als „Geheimtipp“ weitergegeben. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder die Informations- und Beratungsfunktion der Beratungsstellen positiv hervorgehoben.

Verbesserungsvorschläge der Maßnahmeteilnehmerinnen II

3. Rahmenbedingungen

- Rückkehr zu Maßnahmedauer von 4 Wochen und Möglichkeit von Wiederholungsmaßnahme nach 3 Jahren
- Gegen Reduzierung / Abschaffung von Mütter- und Mutter-Vater-Kind-Leistungen
- Lobby für Mütter bilden, die gesundheitliche Belange von Müttern vertritt

ifes Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Abbildung 95

Darüber hinaus wurde ein Abbau von bürokratischen Hürden angeregt und der Wunsch nach einer weniger restriktiven Bewilligungspraxis der Krankenkassen geäußert, um Müttern und Vätern eine Vorsorgemaßnahme bereits dann zu ermöglichen, wenn noch keine manifesten Erkrankungen vorliegen. Gleichzeitig forderten einige Frauen, den Hausarzt stärker als bisher in den Beratungs- und Entscheidungsprozess einzubinden mit dem Ziel, denjenigen eine Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme zu ermöglichen, die sie wirklich benötigen. Alle anderen Patientinnen sollten bereits im Vorfeld durch den Hausarzt auf andere Therapiemöglichkeiten verwiesen werden.

In Bezug auf Veränderungen bei der inhaltlichen Gestaltung der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen wünschten sich die meisten Frauen ein weniger dichtes Therapieprogramm, um mehr Zeit für selbst bestimmte Aktivitäten zu haben. Dieser Wunsch dürfte zumindest teilweise auf unrealistischen Erwartungen an eine solche Maßnahme zurückzuführen sein, die vorwiegend von einem traditionellen Kurkonzept geprägt sind.

Gewünscht wurde auch eine Ausweitung der Kinderbetreuung, die im Idealfall auch eine gelegentliche Aufsicht am Abend beinhalten sollte, um der Mutter Gelegenheit zu geben, einmal einen Abend ohne ihr Kind zu verbringen. Darüber hinaus sollte das Angebot in Richtung auf Mütter mit Säuglingen oder Kleinkindern unter 2 Jahren ausgeweitet werden.

Schließlich bemängelten einige Frauen, das Leistungsangebot der Einrichtungen werde dem Anspruch eines psychosomatischen Vorsorge- und Rehabilitationskonzepts nicht ganz gerecht. Sie bemängelten zu geringe psychologische und sozialpädagogische Betreuung in Form von Einzel- und Gruppentherapien.

Die Kritik an den Rahmenbedingungen (*Abbildung 95*) betraf hauptsächlich die Reduzierung der Maßnahmedauer von vier auf drei Wochen und den längeren Zeitraum bis zur Bewilligung einer erneuten stationären Heilbehandlung. Von zahlreichen Frauen wurde sowohl in den Interviews als auch in der Gruppendiskussion die Sorge um eine weitere Reduzierung von Leistungen für Mütter und Väter geäußert, verbunden mit der Befürchtung, sie könnten mittelfristig ganz abgeschafft werden. Einige Frauen forderten deshalb eine stärkere Interessenvertretung, die sich auch gezielt für gesundheitliche Belange von Müttern einsetzt.

6 Repräsentativumfrage zur Bestimmung des Umfangs der Zielgruppen von Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

6.1 Problemstellung

Um den Bedarf an Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Bereich der Müttergenesung ermitteln zu können, ist es erforderlich, die Zielgruppen genauer zu bestimmen. Allerdings lässt sich dies nicht allein anhand eines einzelnen Merkmals ausmachen, da die betreffende Personengruppe eine zu heterogene Struktur aufweist.

Im Rahmen einer Studie stellten *Collatz et al.* (1996: 246f) fest, dass alleinerziehende und kinderreiche Mütter besonders stark belastete Maßnahmeteilnehmerinnen waren und versuchten herauszufinden, wie häufig solchermaßen belastete Personen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe vertreten sind. Dazu verglichen sie eine Repräsentativ- oder Kontrastgruppe von insgesamt 120 „normal belasteten“ Müttern mit den beiden Subgruppen der „alleinerziehenden Mütter“ (N = 55) und der „kinderreichen Mütter“ (3 und mehr Kinder, N = 40).

Aufgrund ihrer Analysen²⁰², kamen die Autor(inn)en zum Schluss, dass sich „in der Vergleichsgruppe etwas mehr als 10 % *alleinerziehende Mütter*“²⁰³ befinden, die unter Berücksichtigung von soziodemographischen Merkmalen, Belastungsspektrum und Beschwerdenscore den Müttern der Kurgruppe sehr ähnlich sind und demnach einen entsprechenden Leistungsbedarf haben dürften. Hinsichtlich der übrigen Frauen, insbesondere der Kinderreichen, sprachen die Autor(inn)en von einem differenzierten Bedarf, ohne hier quantitative Angaben zu machen.

In dem Bericht wird an späterer Stelle vorgetragen, die Studie habe „gezeigt, dass ein relativ hoher Anteil (ca. 10 %) der alleinerziehenden Frauen und der Frauen mit vielen Kindern, so erhebliche Befindlichkeitsstörungen, Beschwerdemuster, psychosoziale Belastungen und gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien oder Burn-Out-Symptome in fortgeschrittenem Stadium aufwiesen, dass bei ihnen eine deutliche Indikation für eine Müttergenesungskur vorlag“.²⁰⁴ Berücksichtigt man allerdings das von der Hannoveraner Forschergruppe ausgewertete empirische Material, so stützt sich diese Behauptung auf die Aussage von

²⁰² Leider werden Prämissen und Durchführung der Berechnungen nicht immer transparent und nachvollziehbar präsentiert.

²⁰³ *Collatz et al.* 1996: 186. Hervorhebung durch Verfasser/-innen des *IfeS*

²⁰⁴ *Collatz et al.* 1996: 247

maximal 12 Frauen, wahrscheinlich aber, da über Kinderreiche gar keine Zahlen berichtet werden, auf die Aussage von lediglich sechs alleinerziehenden Frauen. Die davon abgeleitete Hochrechnung für West- und Ostdeutschland²⁰⁵ erscheint vor diesem Hintergrund problematisch.

Allerdings gingen die Autor(inn)en der Studie an späterer Stelle für West- und Ostdeutschland „davon aus (...), dass lediglich fünf Prozent der Mütter kurbedürftig sind“.²⁰⁶ Gleichwohl ergab sich auch vor dem Hintergrund dieser vorsichtigen Schätzungen für das Jahr 1991 eine große Versorgungslücke: Die Gegenüberstellung von *MGW*-Maßnahmeteilnehmerinnen aus dem Jahr 1991 (33.183 Mütter mit insgesamt 28.750 Kindern) und mithilfe der 5-Prozent-Quote ermittelten potentiell Anspruchsberechtigten des gleichen Jahres (349.100 von 6.982.000 Müttern mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren) erbrachte, dass weniger als ein Zehntel dieser Personengruppe tatsächlich mit Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen versorgt wurde, wobei jedoch konkurrierende Angebote für Mütter bzw. Müttern mit Kindern (z.B. von privaten und anderen Leistungsträgern) allem Anschein nach keine Berücksichtigung fanden.²⁰⁷

In der Zwischenzeit wurden weit höhere Bedarfsquoten veröffentlicht, ohne dass die Berechnungsgrundlagen genauer belegt würden. So teilte das *Müttergenesungswerk* (2006b) auf seiner Website mit, dass „nach wissenschaftlichen Schätzungen 15 bis 20 % aller Mütter in der aktiven Erziehungsphase einen Bedarf an stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf(weisen).“ Auf Grund der Tatsache, dass mehr als 20 % der Kinder unter chronifizierenden Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und -störungen litten, ergäben sich hohe Belastungspotentiale für Mütter. Legt man diese Schätzungen zugrunde, würden von den derzeit rund 8,6 Millionen²⁰⁸ Frauen, bei denen ledige Kinder unter 18 Jahren in der Familie leben, 1,3 bis 1,7 Millionen Frauen, also vier bis fünf mal so viele Mütter wie seinerzeit angenommen, einen Leistungsbedarf haben.

In *Abschnitt 2.1* wurde bereits auf die besondere Belastung von Frauen in einer sog. „Sandwich-Situation“ (mindestens ein erwachsenes Kind und ein (Schwieger-) Elternteil im Haus-

²⁰⁵ Vgl. *Collatz et al.* 1996: 247

²⁰⁶ *Collatz et al.* 1996: 248; vgl. ebd. 251. In einer Studie aus dem Jahre 1998 referieren *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* (1998: 62) erneut über die Ergebnisse aus dem Jahre 1996. Allerdings berichten sie hier, dass sogar 69 Personen der Kontrastgruppe (34,2%) (sehr) starke Belastungen aufwiesen. Wie es zu den gravierenden Unterschieden im Vergleich zu den in der Arbeit aus dem Jahre 1996 enthaltenen Ergebnissen kam, bleibt allerdings unklar.

²⁰⁷ Vgl. *Collatz et al.* (1996: 246) und eigene Berechnungen

²⁰⁸ In der Bundesrepublik Deutschland wurden über den Mikrozensus im Mai 2004 8.584.000 Frauen mit ledigen Kindern unter 18 Jahren in der Familie ermittelt (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2005: Tabelle 3.1.1).

halt) hingewiesen. Es wird davon ausgegangen, dass weniger als 5 %²⁰⁹ der Frauen im mittleren Lebensalter (35 bis 65 Jahre) unter solchen Bedingungen leben. Untersuchungen von *Borchers* und *Miera* (1993: 152) zufolge fühlen sich 20 % der in Sandwich-Situation befindlichen Personen überlastet, das wären im Jahre 2004 178.470 Frauen gewesen.²¹⁰ Auch sie könnte man u.U. der Gruppe der Heilbehandlungsbedürftigen zuschlagen.

Gesichertere Ergebnisse liegen zur Belastung pflegender Angehöriger vor: So wurden im Jahre 2003 rund 1,4 Millionen Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III zu Hause versorgt.²¹¹ Zwei Drittel dieser Personen (986.520 Personen) wurden allein von Angehörigen – rund 80 % sind Frauen - gepflegt, von denen ein Drittel sogar mehrere Personen unterstützt. 15 % der Hauptpflegepersonen fühlen sich stark oder sehr stark, 61 % mittelgradig und damit erheblich häufiger als die Normalbevölkerung belastet, wobei die Belastung mit dem Schweregrad und der Ursache (z.B. körperliche bzw. psychische Einschränkungen, Demenz) der Pflegebedürftigkeit, aber auch dem Alter der Pflegeperson variiert. Drei Viertel der pflegenden Frauen leiden an mindestens einer Krankheit, insbesondere an Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herz-Kreislaufkrankheiten. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden.²¹² Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme nicht übertrieben, dass mindestens ein Drittel aller Pflegepersonen (das wären etwa 330.000 Personen, davon 264.000 Frauen) jenen Indikationskriterien entsprechen dürfte, die zur Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme berechtigen.

Insgesamt gesehen ist eine Bestimmung des Zielgruppenumfangs angesichts des heterogenen Kreises potentieller Adressat(inn)en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen oder, bei einer weniger konservativen Zielgruppendefinition, von Maßnahmen für Frauen in Familienverantwortung schwierig. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sich die verschiedenen, hier kurz diskutierten Gruppen überschneiden.

Vor diesem Hintergrund ging es im Rahmen des Teilprojekts, über das im Folgenden berichtet wird, darum, auf dem Wege einer repräsentativen Umfrage festzustellen, wie groß der

²⁰⁹ Nach *Höpflinger* (1999: 38f) wird die Zahl von Frauen in familialer Sandwich-Position häufig überschätzt. Er führt überzeugende Gründe gegen Angaben an, nach denen sich 15 % aller Frauen in einer solchen Lage befinden (vgl. z.B. *Borchers / Miera* 1993: 81).

²¹⁰ Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Ergebnissen des Mikrozensus: Danach lebten im Jahre 2004 in Deutschland 17.847.000 Frauen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2005: Tabelle 3.1.1). 5 % davon sind ca. 892.350 Frauen und wiederum 20 % davon sind 178.470 Frauen.

²¹¹ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2004b: 9

²¹² Vgl. *Gräßel* 1998a; *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* 2002: 167f; *Wagner* 2002: 87f; *Hirsch* 2005: 6; *Deutscher Bundestag* 2006c: 96ff

Kreis der potentiellen Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in der bundesdeutschen Bevölkerung einzuschätzen ist.²¹³

6.2 Gegenstand der Repräsentativumfrage

Gegenstand des Teilprojekts war eine repräsentative Umfrage zur Feststellung des potentiellen Kreises von Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in der bundesdeutschen Bevölkerung. Von Interesse waren dabei vor allem Informationen

- zu Umfang und Struktur des (anspruchsberechtigten) Adressatinnen/-enkreises,
- zur Informiertheit über Existenz von und Zugang zu Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sowie
- zur Bereitschaft einer Inanspruchnahme dieser stationären Leistungen

vor dem Hintergrund von gesundheitlicher Situation und Belastungen der Zielgruppenangehörigen im Alltag.

Konzeption, Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung sowie Auswertung der erhobenen Daten und Berichterstattung wurden dem Forschungsteam am *IfeS* übertragen. Das Institut bediente sich im Hinblick auf die reine Feldarbeit eines Feldinstituts, das die Umfrage in Form computerunterstützter telefonischer Interviews (*CATI*) durchführte.²¹⁴

²¹³ Das ursprüngliche Untersuchungsdesign sah der *BMFSFJ*-Projektausschreibung entsprechend vor, zur Bedarfsermittlung eine quantitativ ausgerichtete, schriftliche Befragung von etwa 1.000 ehemaligen Teilnehmerinnen (netto) an stationären medizinischen Maßnahmen für Mütter bzw. Mütter-/Väter mit Kind(ern) in *MGW*-Einrichtungen durchzuführen. Vom Projektbeirat wurde jedoch die Ansicht vertreten, dass von einer solchen Untersuchung kaum neue Erkenntnisse zu erwarten seien, da solche Nachbefragungen schon jetzt regelmäßig in vielen Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kliniken erfolgen, deren Ergebnisse in den in unregelmäßigen Abständen vom *Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover* vorgelegten *Datenreport für das Deutsche Müttergenesungswerk über Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen* (siehe z.B. *Ohne Verfasser* o.J.a; *Sperlich / Collatz* o.J.; *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz* 2006) einfließen. Von weitaus größerem Interesse sei es vielmehr – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Auseinandersetzung mit den Krankenkassen um den Maßnahmerückgang –, den Kreis der potentiellen Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen genauer auszuleuchten. Angeregt wurde daher eine repräsentative Umfrage zum Thema.

²¹⁴ Dieses Feldinstitut wurde über eine Ausschreibung ermittelt, die sich an zehn Markt-, Meinungs- und Feldforschungsinstitute richtete. Von diesen unterbreiteten fünf Institute ein Angebot. Unter Berücksichtigung von veranschlagten Kosten, Referenzen und Ortsnähe zum *IfeS* (die erfahrungsgemäß wesentlich zu einem reibungsfreien Ablauf des Forschungsvorhabens beitragen) wurde der *TARGET GROUP GmbH, Gesellschaft für Markt-, Sozial- und Medienforschung* in Nürnberg die Feldarbeit im Rahmen des Projekts übertragen.

6.3 Design, Repräsentativität und Erfolg der Umfrage

6.3.1 Definition von Basis- und Kernzielgruppe

Basiszielgruppe der Befragung waren Zweigenerationenhaushalte entsprechend der Definition von *Familien* des Mikrozensus 2005 (siehe *Abbildung 96*):²¹⁵ alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, das heißt Ehepaare, nichteheliche (gemischtgeschlechtliche) und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie allein erziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im Haushalt. Einbezogen sind in diesen Familienbegriff – neben leiblichen Kindern – auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder ohne Altersbegrenzung.²¹⁶

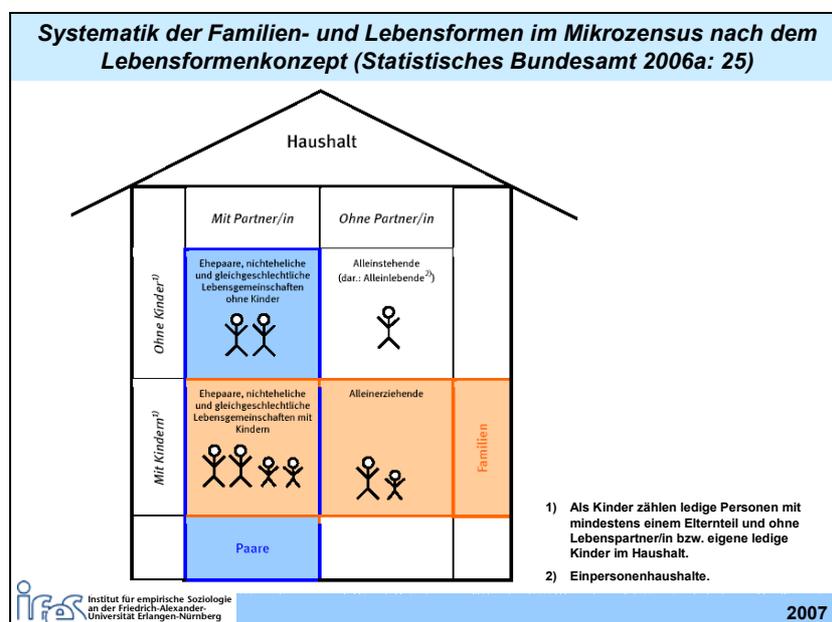


Abbildung 96

Im Rahmen einer kurzen Screeningbefragung wurde vom Feldinstitut geklärt, ob es sich bei dem angerufenen Haushalt um einen Zweigenerationenhaushalt im Sinne der Definition handelte oder nicht. Haushalte, bei denen dies zutraf, wurden weiterbefragt, bei Haushalten, die das Kriterium nicht erfüllten, wurde das Interview beendet (falsche Zielgruppe).

²¹⁵ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006b: 89

²¹⁶ Dabei blieb die Gruppe potentieller Adressatinnen leider unberücksichtigt, die zwar Anspruch auf Mütterergenzungsmaßnahmen haben, jedoch aktuell nicht (mehr) mit Erziehungsaufgaben betraut sind. Dazu dürften insbesondere auch viele Personen gehören, die Angehörige oder andere Personen pflegen. Durch Einbeziehung dieser Gruppe hätte der Befragtenkreis allerdings wesentlich ausgedehnt werden müssen, was im gegebenen Rahmen nicht möglich war.

Zielperson war diejenige Person, die (nach eigener Angabe) die Haupterziehungsarbeit leistet, also in der Regel die Mutter, in einigen Fällen jedoch auch der Vater, in Familien mit alleinerziehendem Vater dieser. Im Rahmen eines ca. 5-minütigen Interviews wurde ermittelt, ob die betreffende Auskunftsperson als Adressatin/-at für Maßnahmen in Müttergenesungseinrichtungen in Frage kam und damit zur *Kernzielgruppe* gehörte.

Bei der Fragebogenentwicklung war vor allem das Problem zu lösen, im Rahmen der Erhebungen wirklich jenen Personenkreis herausfinden zu können, der mit hoher Wahrscheinlichkeit für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Frage kommt. Zudem musste dies in einer Form geschehen, die den Möglichkeiten eines fünfminütigen fernmündlichen Interviews Rechnung trug. Der im Rahmen dieses Kurzinterviews eingesetzte sog. *Einstiegsfragebogen* orientierte sich daher in seiner Diktion an den Kriterien und Algorithmen zur Indikationsstellung von Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen, wie sie der Begutachtungspraxis des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* zugrunde liegen.²¹⁷ Nur so war sicherzustellen, tatsächlich solche Personen zu erreichen, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen für Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit hoher Wahrscheinlichkeit²¹⁸ vorlagen. Im Übrigen wurde zur Erstellung des Erhebungsinstruments auch der „Selbstauskunftsbogen“ herangezogen, der von den Beratungsstellen der *MGW*-Trägerorganisationen verwendet wird.²¹⁹ Dies geschah in Abstimmung mit einem in Fragen der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter erfahrenen *MDK*-Gutachterarzt sowie in Absprache mit dem Projektbeirat.

Die *Kernzielgruppe* bestand demnach aus Müttern bzw. (alleinerziehenden) Vätern von ledigen Kindern im Haushalt, die als Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im engeren Sinne angesehen werden konnten. Mit ihnen wurde auf der Grundlage des sog. *Hauptfragebogens* ein etwa 30-minütiges Interview zum Thema „Müttergenesung“ geführt.

²¹⁷ Siehe *Abschnitt 2.2.2* dieses Berichts sowie *Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 76f*

²¹⁸ Selbstverständlich ist es nicht möglich, im Rahmen eines Kurzinterviews die Anspruchsvoraussetzungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen so zweifelsfrei zu klären, wie dies im Rahmen eines Gesprächs in einer Beratungsstelle oder im Rahmen des Bewilligungsverfahrens durch eine Krankenkasse und den *MDK* geschieht. Gleichwohl musste sichergestellt werden, möglichst nur solche Personen einzubeziehen, die tatsächlich mit größerer Wahrscheinlichkeit zum engeren Kreis der Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gehörten.

²¹⁹ Dieser „Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder nach §§ 24, 41 SGB V“ kann von der Website des *Müttergenesungswerkes* heruntergeladen werden unter: [http://www.muettergenesungswerk.de/cms/\(S\(1o0fvg2timkn3sb5xdfi43q4\)\)/uploads/SelbstauskunftsbogenMutter-Vater%5B1%5D.pdf](http://www.muettergenesungswerk.de/cms/(S(1o0fvg2timkn3sb5xdfi43q4))/uploads/SelbstauskunftsbogenMutter-Vater%5B1%5D.pdf) (Stand: August 2007).

Um in die *Kernzielgruppe* übernommen zu werden, mussten folgende im Einstiegsfragebogen erhobene Kriterien erfüllt sein:

1. Bedingung: Es mussten **mindestens drei Gesundheitsstörungen** (siehe *Liste 1*) **oder** **mindestens eine Erkrankung** (siehe *Liste 2*) vorliegen, **und**
2. Bedingung: Es mussten **mindestens zwei belastende Kontextfaktoren** („2 und mehr Kinder“, „alleinerziehend“ sowie in *Liste 3* enthaltene Tatbestände) gegeben sein, von denen **mindestens eine als eltern- bzw. familien-spezifisch** („2 und mehr Kinder“, „alleinerziehend“ sowie in *Liste 3* enu-merierte Tatbestände 12.1 bis 12.8) anzusehen war.

9.	Dürfen wir Sie fragen, ob Sie <u>schon länger</u> an einer der folgenden Gesundheitsstörungen leiden? Bitte jedes einzelne Item abfragen und ankreuzen ob es zutrifft oder nicht!	Trifft zu	Trifft nicht zu
9.1	Sind Sie häufig niedergeschlagen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Sind Sie häufig lustlos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Sind Sie ständig müde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Sind Sie stark erschöpft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Leiden Sie häufig unter Stimmungsschwankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Sind Sie häufig gereizt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Leiden Sie unter häufigen Schlafstörungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	Haben Sie erhebliches Unter- oder Übergewicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Sind Sie häufig unruhig oder haben Sie häufig Angstgefühle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11	Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12	Sind Sie häufig vergesslich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13	Haben Sie häufig Magen-Darm-Probleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14	Haben Sie häufig Rückenbeschwerden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.15	Leiden Sie unter sonstigen Schmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste 1: Einstiegsfragebogen, Fragenkomplex 9

10. Sind Sie wegen einer Erkrankung schon <u>längere Zeit</u> in ärztlicher Behandlung?	
10.1 Nein	<input type="checkbox"/> → 12
10.2 Ja	<input type="checkbox"/>
11. Darf ich Sie fragen was das für eine Erkrankung ist? Offen fragen, Zutreffendes eintragen!	
11.1 Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule und den Gelenken	<input type="checkbox"/>
11.2 Rheuma	<input type="checkbox"/>
11.3 Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>
11.4 Herz-Kreislauf-Krankheit , auch Infarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
11.5 Krankheit der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>
11.6 Magen-Darm-Krankheit	<input type="checkbox"/>
11.7 Krebs	<input type="checkbox"/>
11.8 Allergie, Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
11.9 Sonstige Erkrankung	offen

Liste 2: Einstiegsfragebogen, Fragenkomplexe 10 und 11

Dieses Vorgehen wurde mit folgenden Argumenten begründet, die sich insbesondere auf die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation stützen.²²⁰

- Das Vorliegen von *Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren* ist für die Gewährung von Vorsorgeleistungen erforderlich. Indem mindestens drei Störungen vorausgesetzt wurden, wurde zum einen der Tatsache Rechnung getragen, dass
 - Müttergenesungsleistungen dann indiziert sind, wenn multiple psychosomatische Befindlichkeitsstörungen vorliegen,²²¹
 - empirisch belegt ist, dass Personen im Hinblick auf vitale Erschöpfungszustände erst dann als auffällig angesehen werden können, wenn mehrere zugeordnete Symptome entsprechend bewertet wurden.²²²
- Das Vorliegen einer *Erkrankung* ist für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen erforderlich.
- Das Vorliegen *mehrerer belastender Kontextfaktoren* begründet die Notwendigkeit einer multidimensionalen ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen. Allerdings müssen bei der Gewährung von Vorsorge- und Reha-Leistungen für Mütter und Väter *geschlechts- bzw. el-*

²²⁰ Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005: 76f; Deetjen 2006

²²¹ Siehe dazu insbesondere: Collatz 2005a: 40; Collatz / Barre / Sperlich 2006: 115; Hartmann et al. 2005: 17

²²² Siehe dazu: Gutenbrunner et al. 2005: 180

tern- oder familien-spezifische Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) besonders berücksichtigt werden.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden die oben genannten Kriterien als für die Zielgruppendefinition unabdingbar angesehen. Allerdings kann diese Konvention durchaus als konservativ angesehen werden, da in der Praxis Konstellationen auftreten, in denen stationäre medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 bzw. 41 SGB V angezeigt sind, obwohl lediglich eine (allerdings außergewöhnlich schwere) geschlechts- bzw. eltern-, familien-spezifische oder auch sonstige Belastung gegeben ist. Solche Sonderfälle lassen sich jedoch im Rahmen einer Umfrage kaum berücksichtigen.

12. Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Belastungen? Bitte jedes einzelne Item abfragen und ankreuzen ob es zutrifft oder nicht!	Trifft zu	Trifft nicht zu
<i>Elternspezifische Belastungen</i>		
12.1 Belastung durch Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Starke Belastung durch gesundheitliche oder verhaltensbedingte Probleme der Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 Überlastung durch Beruf und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 Belastung durch Partner- oder Eheprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5 Belastung durch Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Familiäre Belastungen</i>		
12.6 Belastung durch Versorgung von pflegebedürftigen oder chronisch kranken Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7 Belastung durch suchtkranke Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8 Belastung durch mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Risikofaktoren</i>		
12.9 Bewegungsmangel / Fehlhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10 Ungesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.11 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.12 Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Psychosoziale Belastungen</i>		
12.13 Belastung durch ständigen Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.14 Belastung durch Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.15 Angst vor Arbeitslosigkeit (eigene bzw. des Partners)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.16 Belastung durch Arbeitslosigkeit (eigene bzw. des Partners)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.17 Finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.18 Belastung durch enge Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste 3: Einstiegsfragebogen, Fragenkomplex 12

6.3.2 Stichprobenziehung und Repräsentativität

Da keine Adressen von Zweigenerationenhaushalten (Basiszielgruppe) vorlagen, musste diese Zielgruppe vom Feldinstitut über ein Screening in der Gesamtbevölkerung ausfindig gemacht werden. Dazu musste zunächst eine Stichprobe aus der Ausgangsstichprobe, die sich aus allen deutschen Haushalten zusammensetzte, gebildet werden. Diese Stichprobe wurde repräsentativ über das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verteilt. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Zunächst wurde die Ausgangsstichprobe „Haushalte“ auf die Bundesländer entsprechend ihren Anteilen an der Gesamtheit der deutschen Haushalte aufgeteilt.
- Zur Verteilung der pro Bundesland zu realisierenden Interviews wurde das BIK-Regionenmodell²²³ eingesetzt. Dabei wurde die Zahl der durchzuführenden Interviews zunächst entsprechend der Bevölkerung in den verschiedenen BIK-Regionsgrößenklassen (10er-Systematik) aufgeteilt. Für jede BIK-Regionsgrößenklasse wurden anschließend eine oder mehrere Gemeinden ausgewählt, die in diesen Regionsklassentyp fallen.
- Für jede Gemeinde, die auf diese Weise ausgewählt wurde, wurde auf Basis des Anteils der Haushalte dieser BIK-Regionsgrößenklasse und der Anzahl der ausgewählten Gemeinden pro BIK-Regionsgrößenklasse die Anzahl der durchzuführenden Interviews (Basisstichprobe) anhand von Quotenvorgaben festgelegt.
- Pro ausgewählter Gemeinde wurden aus den entsprechenden Telefonverzeichnissen per Zufallsauswahl Telefonnummern gezogen.

Die Quotenausschöpfung (Basisinterviews pro ausgewählter Gemeinde) wurde täglich mehrfach überprüft. Sobald die Quote für eine Gemeinde erfüllt war, wurde diese Gemeinde aus der weiteren Befragung ausgeschlossen.

Auf diese Weise wurde die Repräsentativität der Ausgangsstichprobe sichergestellt. Da die Basisstichprobe per Screening (Zwei-Generationenhaushalte) aus der Ausgangsstichprobe abgeleitet wurde, war auch die Basisstichprobe repräsentativ. Gleiches galt für die mittels Kurzbefragung definierte Kernstichprobe.

²²³ Zur Abgrenzung, Typologie und Struktur der BIK-Regionen siehe: *BIK* 2001

6.3.3 Ablauf und Erfolg der Erhebungen

6.3.3.1 Pretest

Der für die Erhebungen bei Basis- und Kernzielgruppe vorgesehene Fragebogen wurde vom Feldinstitut in Computermasken umgesetzt, die eine Direkteingabe der im Rahmen von fernmündlichen Interviews gewonnenen Informationen ermöglichte. Zudem wurden die Masken so programmiert, dass eine Person, die aufgrund ihrer Mitteilungen die oben genannten Kriterien erfüllte, direkt der Kernzielgruppe zugeordnet und dem langen Interview anhand des Hauptfragebogens unterzogen wurde.

Um die Programmierung des Fragebogens auf Fehler hin zu überprüfen und evtl. weitere Auffälligkeiten feststellen zu können, führte das Feldinstitut im Dezember 2006 einen Pretest durch. Dabei sollte auch in Erfahrung gebracht werden, ob die prognostizierten Interviewlängen eingehalten werden könnten. Zudem war von Interesse, wie hoch die Verweigerungsraten sein würden. Insgesamt wurden im Pretest zehn Kurzinterviews sowie fünf Langinterviews realisiert. Kontaktiert wurden hierbei nur Stadthaushalte in Stuttgart und Ingolstadt.

6.3.3.2 Feldarbeit

Für das Projekt wurden vom Feldinstitut nach einer gründlichen Einweisung insgesamt 23 Interviewer eingesetzt. Die fernmündliche Feldarbeit erfolgte in der Zeit vom 19. Januar bis 14. März 2007. Befragt wurde von Montag bis Freitag, teilweise auch am Samstag.

6.3.3.3 Befragungserfolg

Abbildung 97 gibt einen Überblick über den Befragungserfolg. Demnach wurden fast 49.000 Personen telefonisch angesprochen. Ein Fünftel von ihnen zeigte grundsätzlich kein Interesse an einem Gespräch mit dem Feldinstitut, weitere zwei Drittel erwiesen sich als nicht zur Basiszielgruppe gehörig, da sie keine Kinder im Haushalt hatten. Gut 2.000 Personen, die zur Basiszielgruppe zu zählen waren, waren nicht zu einem weiteren Interview bereit. Im Rahmen der übrigen 5.022 Telefonate zeigte sich, dass 1.405 Personen zur Kernzielgruppe, also zum eigentlichen Adressatinnen/-enkreis von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maß-

nahmen gehörten und im Rahmen des rund 30-minütigen Gesprächs eingehend zur Thematik befragt werden konnten.

CATI-Umfrage Müttergenesung	
Feldphase:	19. Januar bis 14. März 2007
Befragungszeit:	Montag bis Freitag, teilweise auch Samstag
Anzahl der telefonischen Kontakte insgesamt:	48.978
davon:	
➤ Auskunftsperson hat grundsätzlich kein Interesse an Befragung	9.809
➤ Falsche Zielgruppe, da keine Kinder im Haushalt	32.112
➤ Basiszielgruppe, aber kein weiteres Interesse an Interview	2.035
➤ Kurzinterviews mit Basiszielgruppenangehörigen	3.617
➤ Kurz- und Langinterviews mit Kernzielgruppenangehörigen („echte“ Adressatinnen/-en von Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen)	1.405

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

2007

Abbildung 97

6.3.3.4 Datensatzbereinigung und Gewichtung

Im Rahmen der telefonischen Umfrage wurden die Interviewer anhand von logisch aufgebauten Computermasken durch das Gespräch geleitet. Aufgrund der programmierten Filterführung wurde jeweils automatisch die nächste relevante Frage angesteuert. Fehler waren somit ausgeschlossen. Der am Erhebungsende vom Feldinstitut gelieferte Datensatz musste daher nur noch geringfügig bearbeitet werden. Im Wesentlichen handelte es sich dabei um eine Codierung von Antworten auf offene Fragen, die sich unter bereits vorhandene Items subsumieren ließen oder einer neuen Kategorie zugeordnet wurden. Zudem wurden jene 54 Fälle (1,1 % der befragten Basiszielgruppenangehörigen), in denen nicht mit Elternteilen, sondern mit einer anderen Person über das Thema „Müttergenesung“ gesprochen worden war, aus dem Datensatz herausgenommen, da sie sich den Kategorien „verheiratet / in Partnerschaft lebend“ oder „alleinerziehend“ nicht zuordnen ließen und deshalb die statistische Datenanalyse erheblich erschwert hätten. Diese Fallgruppe wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Bei einem Abgleich unseres Datensatzes mit dem Mikrozensus 2005²²⁴ zeigten sich keine signifikanten Abweichungen hinsichtlich des Merkmals „Geschlecht der Alleinerziehenden“, jedoch geringe, aber signifikante Unterschiede im Hinblick auf die Variablen „Familienform“ („verheiratet / in Partnerschaft lebend“ vs. „alleinerziehend“) und „Kinderzahl“.²²⁵ Demnach waren Alleinerziehende unterrepräsentiert, während Verheiratete bzw. in Partnerschaft Lebende mit zwei und mehr Kindern überrepräsentiert waren. In solchen Fällen ist es üblich, den Datensatz im Hinblick auf die betreffenden Variablen zu gewichten, um damit die Repräsentativität zu erhöhen.²²⁶

Verteilungen von Familienform und Kinderzahl in IFeS-Erhebung und Mikrozensus 2005 (MZ 05), Gewichtungsfaktoren (GF), (Teil-)Gesamtheiten (n) vor und nach Gewichtung (Gew.) sowie Normierung (Norm n)			
	Verheiratet/ in Partnerschaft lebend	Alleinerziehend	Summe
1 Kind	n vor Gew.: 1.536 IfeS: 30,9% MZ 05: 30,7% GF: 0,99 n nach Gew.: 1.526 Norm n: 1.524	n vor Gew.: 365 IfeS: 7,3% MZ 05: 10,3% GF: 1,41 n nach Gew.: 515 Norm n: 514	n vor Gew.: 1.901 n nach Gew.: 2.041 Norm n: 2.038
2 und mehr Kinder	n vor Gew.: 2.753 IfeS: 55,4% MZ 05: 51,7% GF: 0,93 n nach Gew.: 2.569 Norm n: 2.566	n vor Gew.: 314 IfeS: 6,3% MZ 05: 7,3% GF: 1,16 n nach Gew.: 367 Norm n: 363	n vor Gew.: 3.067 n nach Gew.: 2.933 Norm n: 2.929
Summe	n vor Gew.: 4.289 n nach Gew.: 4.095 Norm n: 4.090	n vor Gew.: 679 n nach Gew.: 879 Norm n: 877	n vor Gew.: 4.968 n nach Gew.: 4.974 Norm n: 4.967

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Tabelle 8

Aus *Tabelle 8* geht hervor, wie sich die Verteilungen unserer Untersuchung und der Ergebnisse des Mikrozensus 2005 unterschieden, welche Gewichtungsfaktoren verwendet wurden und wie sich die Fallzahlen in den Feldern der Kreuztabelle dadurch änderten. Insgesamt gesehen kann festgestellt werden, dass die Stichprobe durch die Gewichtungsprozedur relativ geringfügig modifiziert wurde.

²²⁴ Vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006b: Tabellen 31 und 36

²²⁵ Andere Variablen standen im Datensatz der Basisgruppe nicht zur Verfügung.

²²⁶ Durch Gewichten will man erreichen, dass die Stichprobenprofile für Untersuchungsmerkmale in der Stichprobe nach der Gewichtung dem tatsächlichen Profil in der Untersuchungsgesamtheit näher sind als ohne Gewichtung. Dabei wird die relative Wichtigkeit der Befragten geändert, wobei das Gewicht eine Anpassung an externe Häufigkeitsverteilungen (hier: den Mikrozensus 2005) darstellt. Zum Vorgehen bei diesem mathematischen Verfahren siehe: *Rothe / Wiedenbeck* 1987; *Gabler / Hoffmeier-Zlotnik / Krebs* 1994b; *Rösch* 1994; *Von der Heyde* 1994. Wir danken dem *Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA)*, Mannheim, das uns in diesem Zusammenhang beratend zur Seite stand.

6.4 Ergebnisse der Repräsentativumfrage

6.4.1 Datengrundlage

Ausgegangen wird zunächst von den (ungewichteten) Daten über den Befragungserfolg des Feldinstituts, die bereits in *Abschnitt 6.3.3* vorgestellt wurden.

Wie aus *Abbildung 98* hervorgeht, konnten von 48.978 Personen insgesamt 14,4% (7.057 Personen) eindeutig als zur Basiszielgruppe gehörig ausgemacht werden: Sie lebten in Zweigenerationenhaushalten entsprechend der Definition von Familien des Mikrozensus 2005. Demgegenüber gehörten 65,6 % (32.112 Personen) eindeutig nicht der Basiszielgruppe an und 20 % (9.809 Personen) zeigten kein Interesse an der Befragung. Bezogen auf die 40.169 tatsächlich Auskunft gebenden Angesprochenen gehörten 18 % zur Basiszielgruppe.

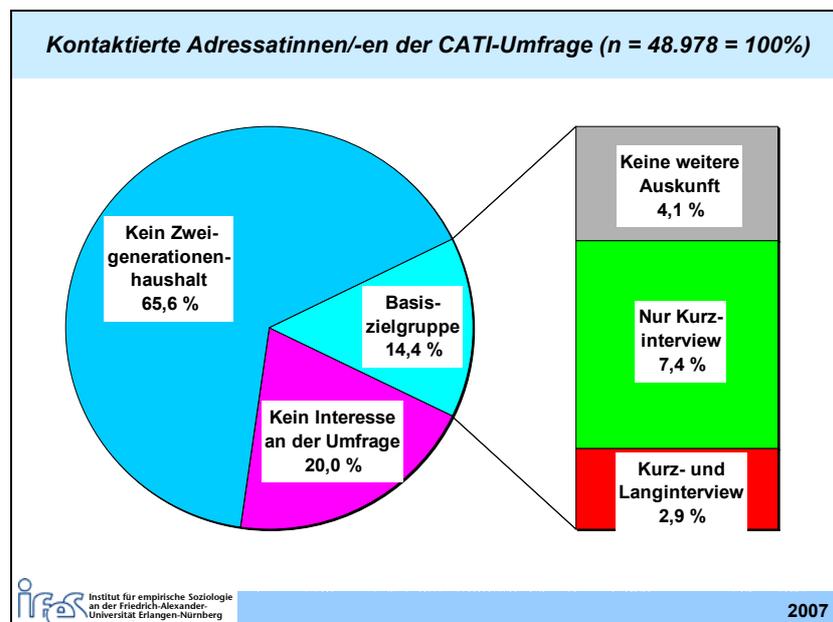


Abbildung 98

Wie *Abbildung 99* zeigt, hatten von den 7.057 Basiszielgruppenangehörigen

- 2.035 Personen (28,8 %) *kein Interesse* an der weiteren Befragung,²²⁷
- 3.617 Personen (51,3 %) zwar Interesse, wiesen aufgrund der Auswahlkriterien jedoch keinen *Präventions- oder Rehabilitationsbedarf* auf,²²⁸

²²⁷ Diese Gruppe spielt im weiteren Verlauf der Untersuchung keine Rolle mehr.

²²⁸ Diese Gruppe wird im Verlauf der Untersuchung weiter als „Basiszielgruppe“ bezeichnet.

1.405 Personen (19,9 %) Interesse und aufgrund der Auswahlkriterien *Präventions- oder Rehabilitationsbedarf*.²²⁹

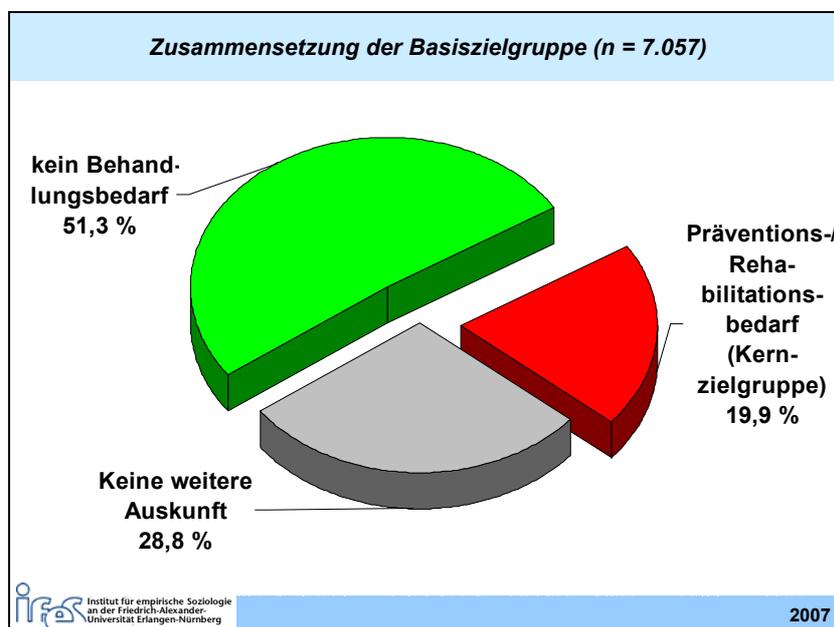


Abbildung 99

Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen der nachfolgenden Ergebnisdarstellung, *die sich auf den gewichteten Datensatz stützt*, folgende Gruppen unterschieden werden:

4.968 Auskunftspersonen

Dabei handelt es sich um alle Personen, die im Rahmen der Umfrage zu einem Gespräch bereit waren,²³⁰ unabhängig davon, ob sie später nur der Basiszielgruppe oder auch der Kernzielgruppe zugeordnet wurden.

3.550 Basiszielgruppenangehörige („nicht behandlungsbedürftig“):

Diese Personen waren nur im Rahmen eines Kurzinterviews im Wesentlichen über Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und Belastungen befragt worden. Dabei stellte sich heraus, dass sie jene Bedingungen nicht erfüllten, die unserem Algorithmus zufolge auf Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf von Müttern bzw. Vätern hinweisen.

²²⁹ Diese Gruppe wird im weiteren Verlauf der Untersuchung als „Kernzielgruppe“ bezeichnet.

²³⁰ Unberücksichtigt blieben 54 Fälle, in denen sich „andere“ Personen für die Kinderversorgung und -erziehung zuständig erklärten, ohne dass es im Rahmen der Kurzinterviews möglich gewesen wäre herauszufinden, was das für Personen (z.B. Großeltern oder andere Verwandte, Nachbarn) waren. Diese Gruppe, von der 22 Personen der Kernzielgruppe angehörten, war so anders geartet, dass eine gesonderte Datenanalyse erforderlich erschien. Allerdings erbrachte diese Untersuchung wegen der schmalen Datenbasis keine verwertbaren Ergebnisse.

1.418 Kernzielgruppenangehörige („behandlungsbedürftig“):

Diese Personen wurden im Rahmen der Kurzinterviews aufgrund der festgelegten Kriterien als vorsorge- bzw. rehabilitationsbedürftig identifiziert und anschließend ausführlicher befragt.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse – so weit sinnvoll – jeweils auf die vorgestellten Subgruppen hin untersucht. Im Übrigen werden die Daten, der Materie entsprechend, auch geschlechtsspezifisch ausgewertet.

Um die Kooperationsbereitschaft der Auskunftspersonen nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen, Gesprächsabbrüche zu vermeiden und die Interviewkosten in Grenzen zu halten, sollten der für das Einstiegsinterview vorgesehene 10-minütige und der für das Hauptinterview geplante 30-minütige Zeitrahmen nicht überschritten werden. Deshalb war im Hinblick auf das Fragenprogramm große Zurückhaltung erforderlich. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stand die Gewinnung von Informationen zu Gesundheit, Krankheit und Belastungen der Interviewpartner sowie zu ihrer Bereitschaft, Mutter-Vater-Kind-Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf dieser Grundlage sollte dann eine Abschätzung der Größe des Kreises potentieller Adressatinnen/-en vorgenommen werden. Demgegenüber mussten viele andere interessante Themen ausgeklammert werden. Aus diesem Grund reduzierte sich auch die Erhebung soziodemographischer Daten auf ein Minimum.

6.4.2 Soziodemographische Merkmale von Basis- und Kernzielgruppenangehörigen

6.4.2.1 Geschlecht und Alter

Erwartungsgemäß wurden im Rahmen der Befragung weit mehr Frauen (82,6 %) als Männer (17,4 %) angesprochen, kommt ihnen doch in den meisten Fällen die Aufgabe der Kinder-versorgung und -erziehung zu. Interessant ist allerdings, dass die Zusammensetzung von Basis- und Kernzielgruppe geschlechtsspezifisch signifikant ($p = .000$) variiert.

Wie *Abbildung 100* zeigt, wurden anteilmäßig mehr Männer der Basiszielgruppe zugeordnet, deren Mitglieder als nicht vorsorge- oder rehabilitationsbedürftig eingeschätzt wurden, während in der behandlungsbedürftigen Kernzielgruppe fast doppelt so viele Frauen wie Männer enthalten waren. Das Alter der Frauen lag zwischen 18 und 90 Jahren, im Durchschnitt bei 40,9 Jahren, das der Männer zwischen 23 und 72 Jahren, der Durchschnitt bei

43,3 Jahren. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung werden signifikante Unterschiede ($p = .000$) zwischen Basis- und Kernzielgruppe erkennbar. Demnach lag das Durchschnittsalter der behandlungsbedürftigen Frauen (41,1 Jahre) um etwa sechs Monate unter dem der weiblichen Basiszielgruppenangehörigen (41,6 Jahre), das der behandlungsbedürftigen Männer (45,2 Jahre) um etwa sieben Monate über dem der Nichtbehandlungsbedürftigen (44,8 Jahre).

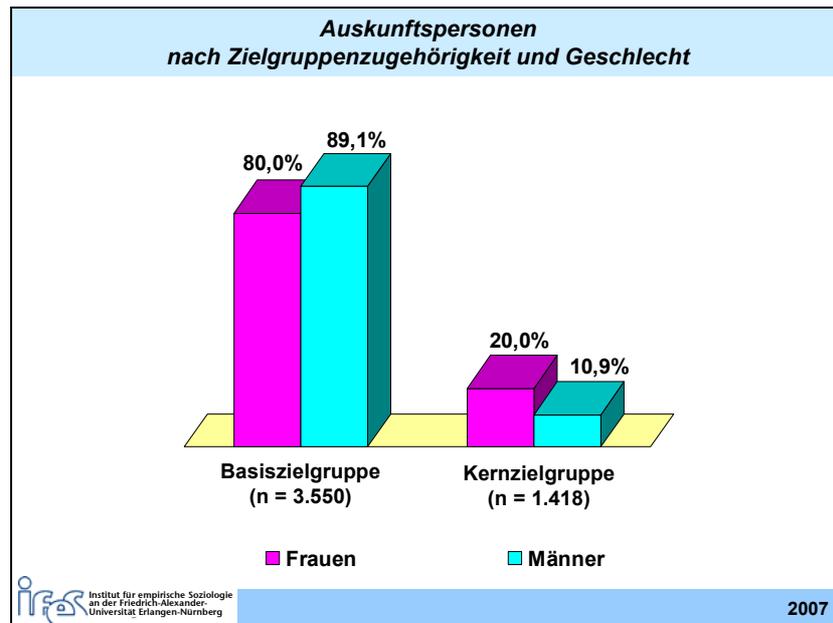


Abbildung 100

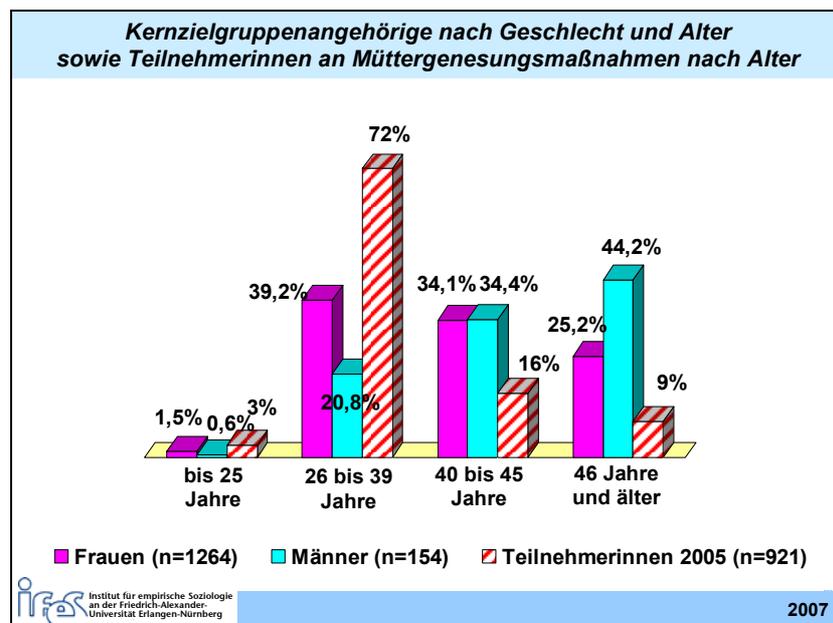


Abbildung 101

Nach *Abbildung 101* sind die höheren Altersgruppen der behandlungsbedürftigen Männer stärker besetzt als die jüngeren, während die Gruppe der 26- bis 39-jährigen Frauen am größten ist und mit dem Altersgang abfällt. Diese Verteilung ergibt sich aus der Definition der Zielpersonen, da ausschließlich mit der Versorgung und Erziehung von Kindern befasste Angehörige von Zweigenerationenhaushalten in die Umfrage einbezogen werden sollten. Insofern war zu erwarten, dass vorwiegend jüngere Frauen erreicht werden würden: Da Haushalte aus der Kategorie „Familie“ herausfallen, sobald die Kinder das Haus verlassen haben und die Eingruppierung in die Zweigenerationenhaushalte damit nicht mehr möglich ist, sind hier ältere Personen seltener zu finden.

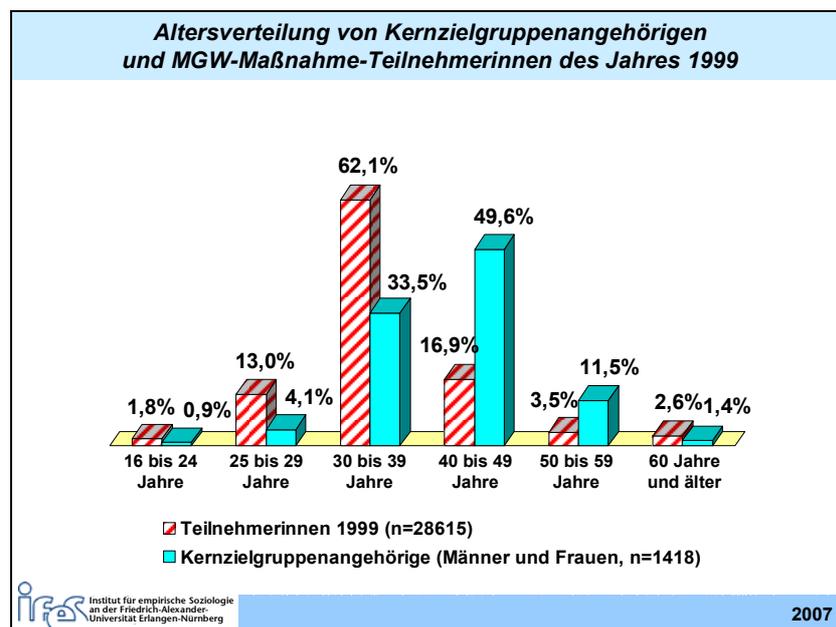


Abbildung 102

Interessant ist allerdings, dass sich die Altersstruktur der behandlungsbedürftigen Frauen deutlich von derjenigen von Teilnehmerinnen an Müttergenesungsmaßnahmen unterscheidet (siehe *Abbildung 102*): So fanden sich im Rahmen des *Datenreports 2006*, der 921 Empfängerinnen solcher Leistungen aus dem Jahre 2005 einbezog, wesentlich mehr jüngere Personen, wobei besonders die Gruppe der 26 bis 39-jährigen auffällt, die 72 % der Teilnehmerinnen umfasste, während die 40 bis 45-jährigen lediglich 16 % und die noch Älteren nur 9 % ausmachten.²³¹ Ganz ähnliche Ergebnisse sind erkennbar, wenn man die differenzierter kategorisierte Altersverteilung der Kernzielgruppenangehörigen mit jener vergleicht, die alle

²³¹ Vgl. *Arnhold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 8; Müttergenesungswerk 2007*

Teilnehmerinnen an Maßnahmen in Einrichtungen des *Deutschen Müttergenesungswerkes* im Jahre 1999²³² (jüngere spezifizierte Daten liegen uns nicht vor) vergleicht.

6.4.2.2 Schul- und Berufsausbildung der Kernzielgruppenangehörigen

Über ihre Schul- und Berufsausbildung wurden lediglich die Kernzielgruppenangehörigen um Auskunft gebeten. Wie *Abbildung 103* zeigt, verfügte ein Fünftel von ihnen über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss, ein Viertel über einen Realschulabschluss und etwa ein Drittel über ein Reifezeugnis. Die Grafik lässt geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, die allerdings nicht signifikant sind.

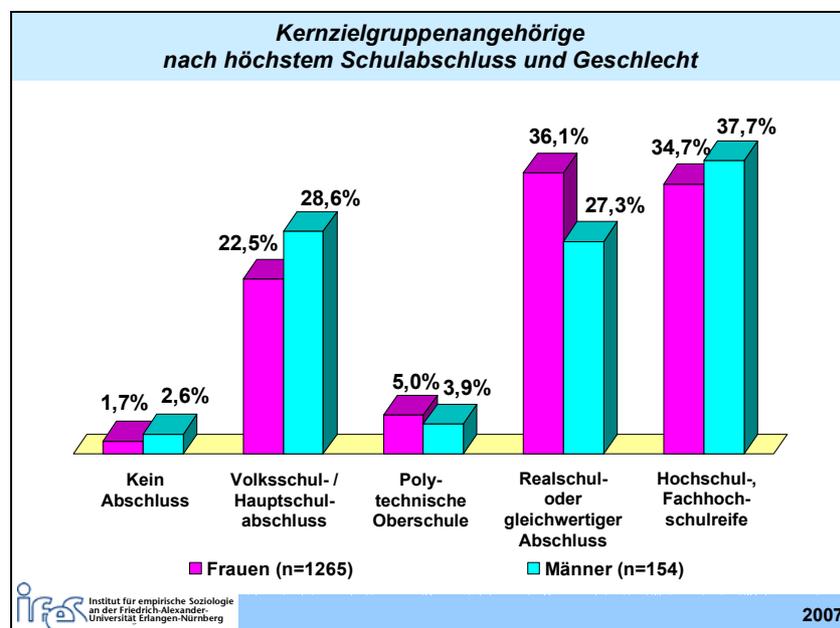


Abbildung 103

Informationen zur Berufsausbildung der Befragten finden sich in *Abbildung 104*. Demnach hatten weniger als 10 % der Kernzielgruppenangehörigen keine Berufsausbildung, mehr als die Hälfte von ihnen einen Lehr- oder Anlernberuf abgeschlossen, ein gutes Fünftel verfügte über einen Fach- oder Hochschulabschluss. Die Männer haben geringfügig häufiger einen höheren beruflichen Bildungsabschluss als die Frauen, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

²³² Vgl. *Dokter* 2000: 10

Beim Vergleich mit der bereits erwähnten Strukturanalyse von 921 Teilnehmerinnen aus dem Jahre 2005 zeigt sich, dass dort weniger Frauen über einen Hauptschulabschluss (18,7 %) oder über die Fach-/Hochschulreife (23,4 %), jedoch weit mehr über die Mittlere Reife verfügten (53,2 %).²³³

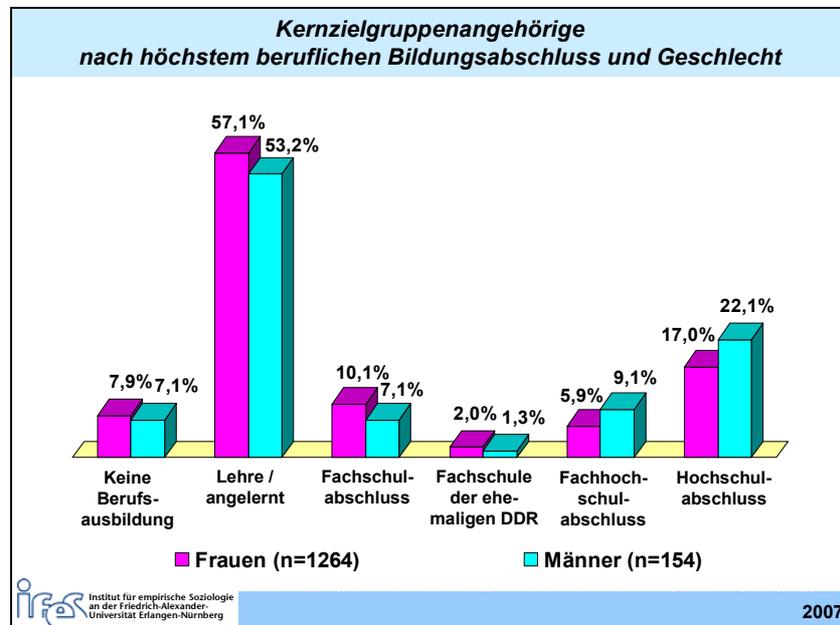


Abbildung 104

6.4.2.3 Erwerbsstatus der Kernzielgruppenangehörigen

Abbildung 105 lässt signifikante ($p = .004$) geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf den Erwerbsstatus der Behandlungsbedürftigen erkennen. Während zwei Drittel der Männer vollzeittätig waren, trifft dies nur für ein Fünftel der Frauen zu, von denen allerdings mehr als zwei Fünftel einer Teilzeittätigkeit nachgingen. Letztere sind auch dreimal so häufig wie die Männer nicht berufstätig bzw. gehen ausschließlich häuslichen Tätigkeiten nach.

Im Rahmen des bereits erwähnten Datenreports²³⁴ wurde ermittelt, dass nur 14,1 % der Teilnehmerinnen vollzeiterwerbstätig waren. Die 30,1 % Teilzeittätigen sowie die 12,7 % geringfügig Beschäftigten entsprechen in etwa den 44 % Teilzeittätigen in unserer Kernzielgruppe, allerdings ist die Gruppe der nicht Erwerbstätigen mit 34,3 % hier deutlich kleiner als dies bei den Teilnehmerinnen der Fall war.

²³³ Vgl. Arnold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 9; Müttergenesungswerk 2007

²³⁴ Vgl. Arnold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 9; Müttergenesungswerk 2007

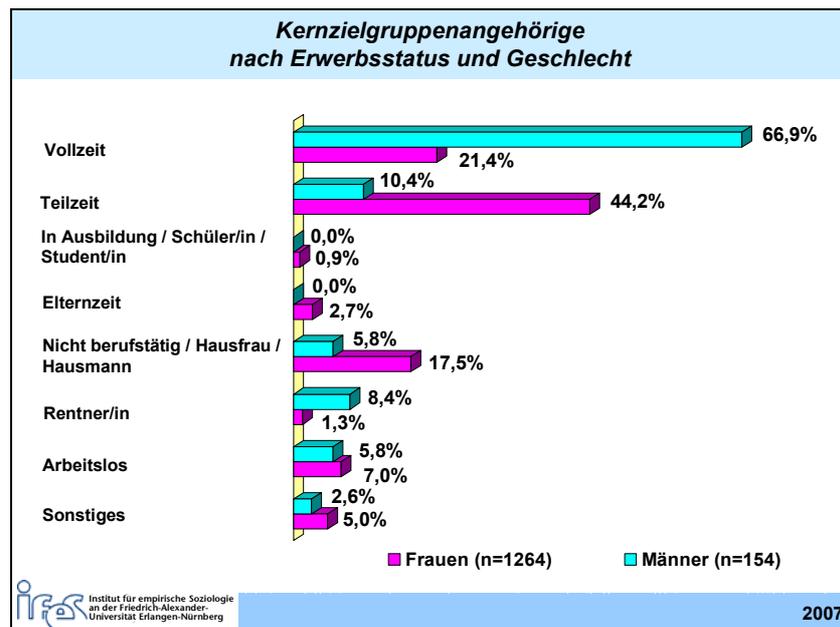


Abbildung 105

Untersucht man, wie zufrieden die befragten Kernzielgruppenangehörigen mit ihrer aktuellen beruflichen Situation waren, so ergibt sich folgendes: *Abbildung 106* zeigt, dass die Bewertungen von Männern und Frauen dicht beieinander liegen: 72,5 % der Frauen und 70,8 % der Männer erklärten, sie seien mit ihrer Berufssituation sehr zufrieden oder zufrieden.

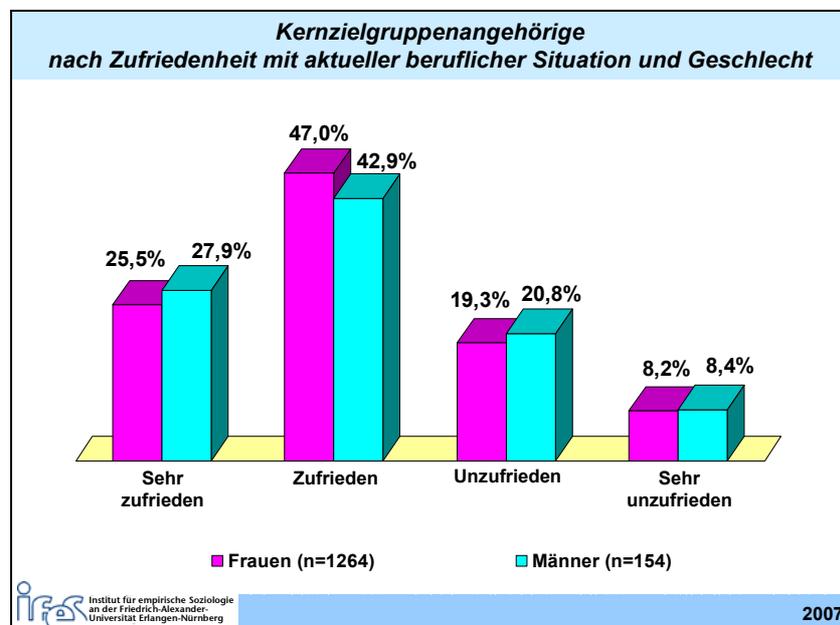


Abbildung 106

Betrachtet man allerdings die Berufszufriedenheit in Abhängigkeit vom aktuellen Erwerbsstatus, so ergeben sich interessante Erkenntnisse (siehe *Abbildungen 107* und *108*): Von allen Befragten waren in dieser Hinsicht jene 34 Personen am zufriedensten, die sich gerade in Elternzeit befanden: 85,3 % dieser kleinen Gruppe bezeichneten sich als sehr zufrieden oder zufrieden, gefolgt von den Vollzeit-Berufstätigen, von denen sich 80,7 % entsprechend äußerten, und den Teilzeit-Tätigen, die sich zu 80,3 % als sehr zufrieden oder zufrieden bezeichneten.

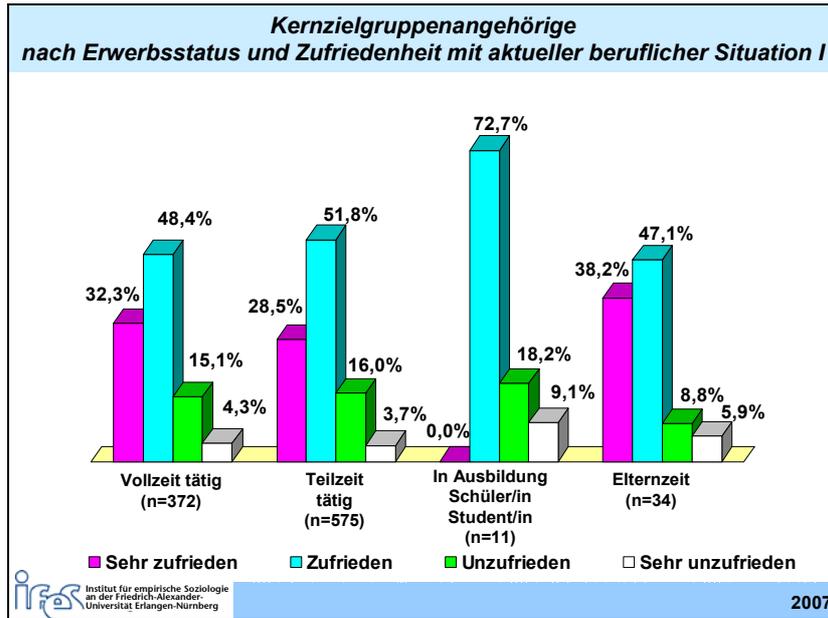


Abbildung 107

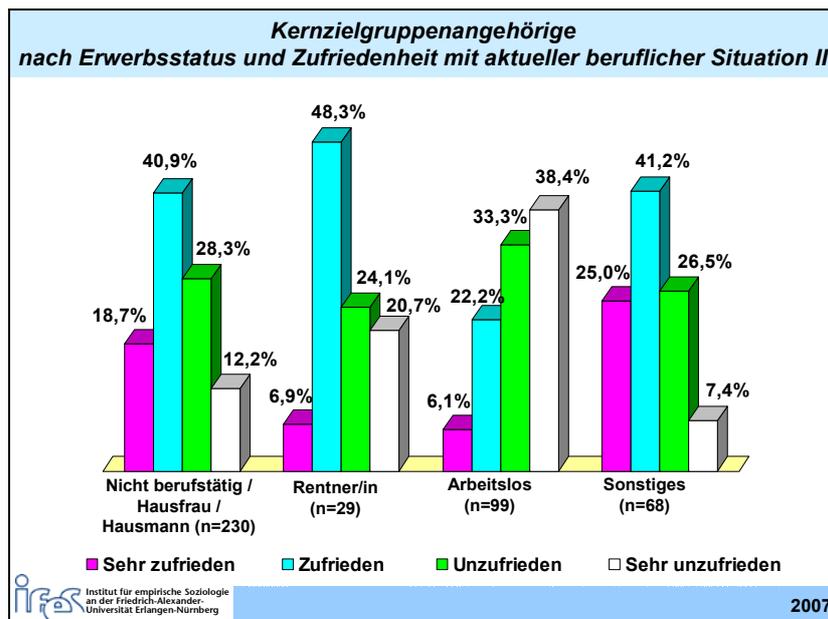


Abbildung 108

Demgegenüber äußerten sich die nicht Berufstätigen bzw. Hausfrauen und -männer in deutlich geringerem Maße positiv, da von ihnen nur 59,6 % angaben, mit ihrer aktuellen beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden zu sein. Noch seltener waren die 29 Rentner/-innen mit 55,2% sehr zufrieden oder zufrieden. Erwartungsgemäß äußerten sich die Arbeitslosen am negativsten: Bei ihnen überwogen mit 71,7 % diejenigen, die mit ihrer Berufssituation unzufrieden oder sehr unzufrieden waren. Ein Abgleich der geschlechtsspezifischen Einschätzungen erweist sich nur im Hinblick auf die Erwerbstätigen als sinnvoll, da Männer in allen übrigen Kategorien zu selten vertreten sind. Es zeigt sich, dass die vollzeittätigen Frauen häufiger (81,5 %) als die Männer (77,9%) angaben, mit ihrer Berufssituation sehr zufrieden oder zufrieden zu sein. Entsprechendes gilt für die Teilzeittätigen: Frauen: 80,8%, Männer: 62,5 %.

6.4.2.4 Familienform

Betrachtet man die Familienform, in der die Befragten lebten, zeigte sich, dass 82,3 % als Ehepaar oder in Partnerschaft lebten, während 17,7 % alleinerziehend waren. Auch hier sind deutliche Unterschiede ($p = .000$) zwischen Basis- und Kernzielgruppe zu erkennen (siehe *Abbildung 109*):

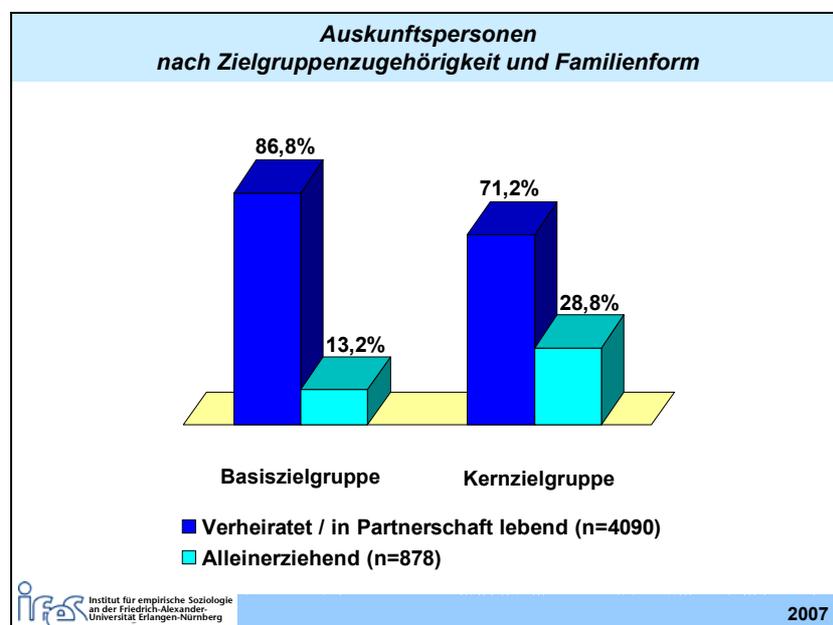


Abbildung 109

Demnach fanden sich in der behandlungsbedürftigen Kernzielgruppe anteilmäßig mehr als doppelt so viele Alleinerziehende wie Verheiratete bzw. in Partnerschaft Lebende. Entspre-

chend überwogen Letztere in der Basiszielgruppe. Dieses Ergebnis ergibt sich sicherlich auch aus der Tatsache, dass die Frauen in der Gruppe der Alleinerziehenden, Männer jedoch bei den Verheirateten bzw. in Partnerschaft Lebenden signifikant ($p = .000$) überrepräsentiert sind (siehe *Abbildung 110*).

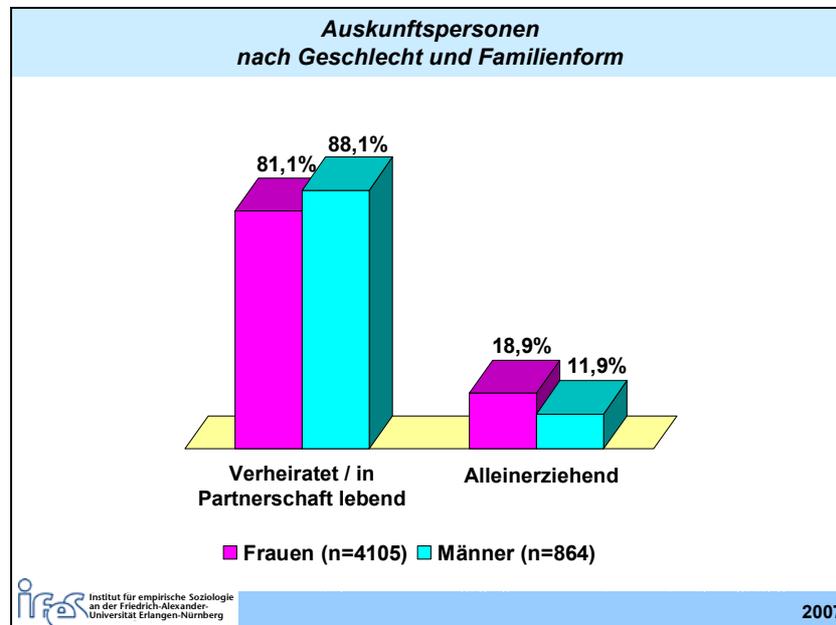


Abbildung 110

6.4.2.5 Kinderzahl

41 % der Auskunftspersonen betreuten in ihrem Haushalt zum Befragungszeitpunkt ein Kind, 42,6 % zwei Kinder und 16,4 % drei und mehr Kinder. Nur 19 Personen (0,3 %) hatten sechs und mehr Kinder. Im Mittel waren es zwei Kinder ($\bar{x} = 1,81$ Kinder, Median = 2, Maximum = 10).

Auch im Hinblick auf diese Variable ergaben sich signifikante Unterschiede (jeweils $p = .000$) zwischen den Geschlechtern (*Abbildungen 111* und *112*) sowie den Basis- ($\bar{x} = 1,76$ Kinder) und den Kernzielgruppenzugehörigen ($\bar{x} = 1,92$ Kinder). Demnach trugen Männer der Basiszielgruppe häufiger als die entsprechenden Frauen nur für ein Kind oder aber – da wie oben gesehen, vielfach älter als die Frauen – für drei und mehr Kinder die Erziehungsverantwortung, während Frauen anteilmäßig öfter für zwei Kinder verantwortlich waren (siehe *Abbildung 111*). Betrachtet man dagegen die behandlungsbedürftigen Personen, so haben die Frauen hier ebenfalls häufiger nur ein Kind als die Männer (*Abbildung 112*).

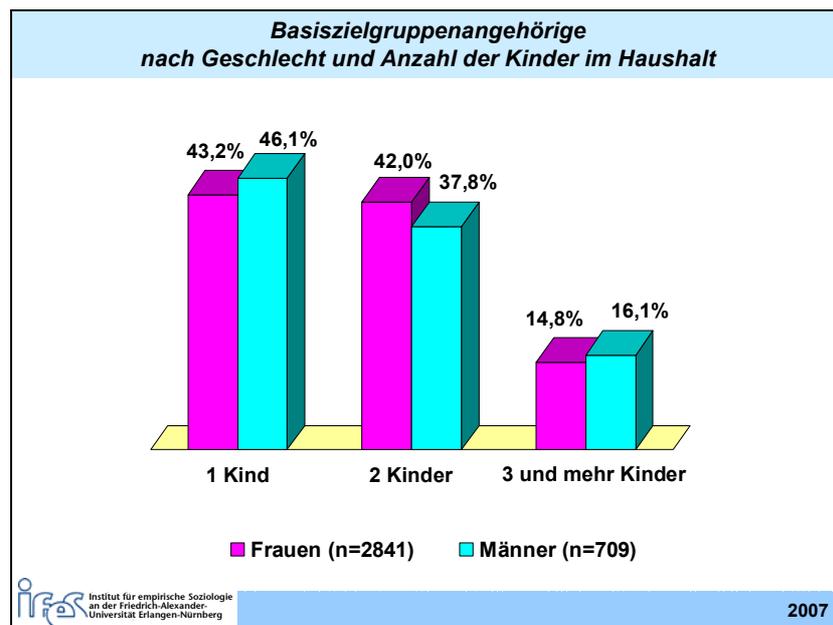


Abbildung 111

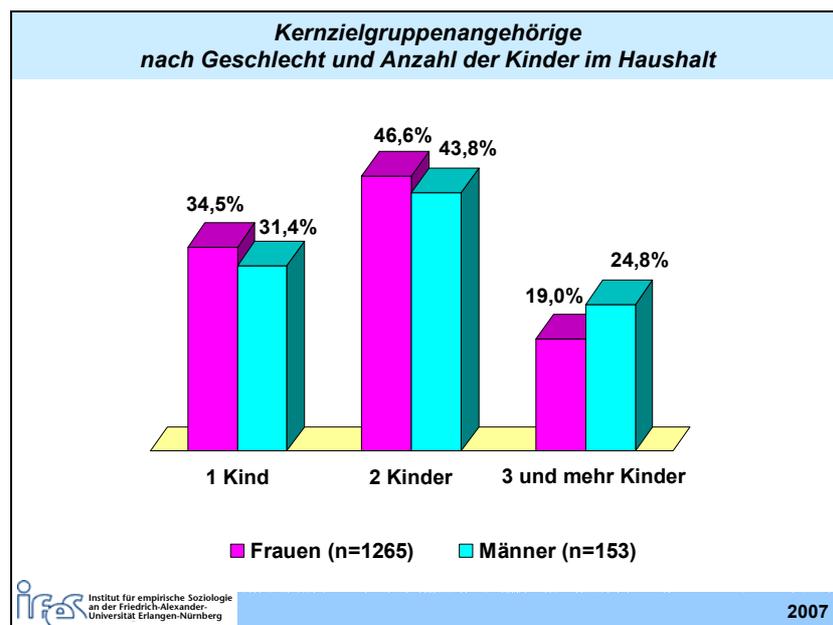


Abbildung 112

Berücksichtigt man schließlich alle Kinder der befragten Kernzielgruppenangehörigen, einschließlich der Abkömmlinge, die nicht (mehr) im Haushalt leben, so zeigt sich, dass auch hier lediglich 2,2 % der Befragten mehr als fünf Kinder hatten. *Abbildung 113* lässt im Vergleich mit *Abbildung 114* erkennen, dass die Gruppe der Personen mit nur einem Kind plausiblerweise zugunsten der Gruppe mit drei und mehr Kindern kleiner wird.

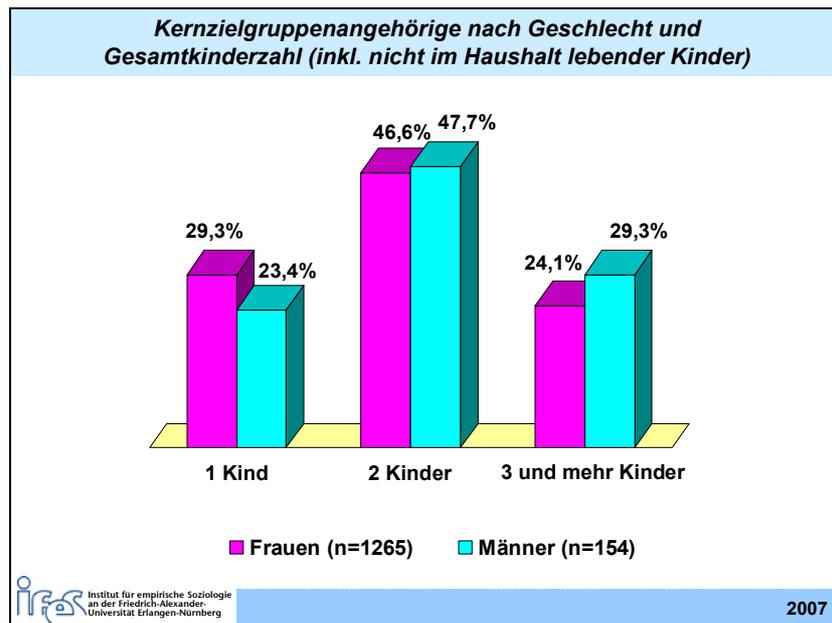


Abbildung 113

Wie *Abbildung 114* verdeutlicht, war die Chance, der Kernzielgruppe zugeordnet zu werden, umso höher, je mehr Kinder im Haushalt betreut wurden. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Tatsache, zwei oder mehr Kinder zu haben, im Rahmen unseres Algorithmus zur Zielgruppenbestimmung – neben psychosomatischen Störungen und funktionellen Erkrankungen – eine wichtige Rolle spielte.

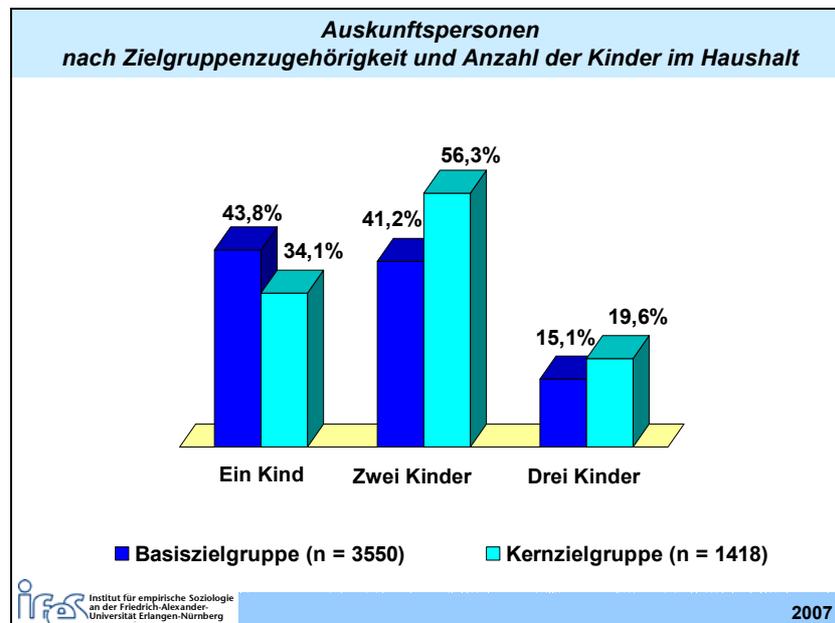


Abbildung 114

Beim Vergleich von Basis- und Kernzielgruppe in den *Abbildungen 115* und *116* ergibt sich, dass die behandlungsbedürftigen verheirateten bzw. in Partnerschaft lebenden Personen deutlich häufiger zwei oder drei und mehr Kinder hatten als die nicht Behandlungsbedürftigen. Demgegenüber unterscheidet sich die Struktur der Alleinerziehenden in Basis- und Zielgruppe hinsichtlich der Kinderzahl nur unwesentlich.

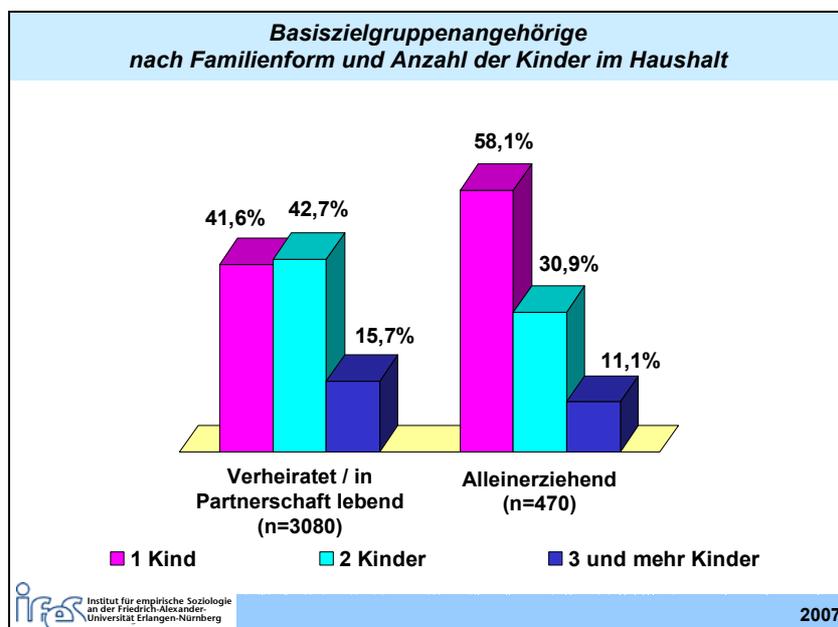


Abbildung 115

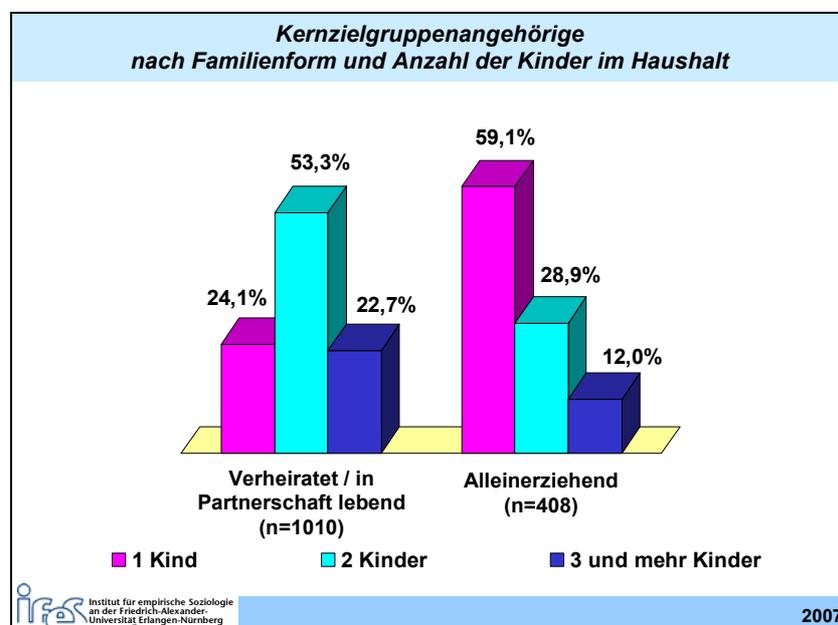


Abbildung 116

Insgesamt berichteten die 1.418 Kernzielgruppenangehörigen über 2.728 Kinder (im Durchschnitt 1,91 Kinder), die im eigenen Haushalt lebten. Wie *Tabelle 9* zeigt, waren 6,3 % davon Kleinkinder im Alter bis unter drei Jahre. Etwa die Hälfte der Kinder gehörte der Altersgruppe der Drei- bis Zwölfjährigen an und kam damit als potentieller Teilnehmer/-in im Rahmen einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme in Frage. Entsprechendes konnte im Ausnahmefall für die Gruppe der Dreizehn- bis Vierzehnjährigen gelten, die 9,3 % der Kinder umfasst. Das restliche Drittel ist nur dann für Mutter-Kind-Maßnahmen relevant, wenn es sich um eine/-n behinderte/-n Tochter bzw. Sohn handelt.²³⁵ Die meisten potentiell anspruchsberechtigten Kinder kamen aus Haushalten mit zwei oder drei Kindern.

Eigene Kinder von Kernzielgruppenangehörigen nach Kinderzahl im Haushalt und Alter (n = 2.728)					
Anzahl der Kinder im Haushalt	Alter der Kinder				Summe
	bis unter 3 Jahre	3 bis 12 Jahre	13 bis 14 Jahre	über 14 Jahre	
1 Kind	1,5 %	8,1 %	1,4 %	6,8 %	17,7 %
2 Kinder	3,1 %	25,1 %	4,5 %	15,4 %	48,0 %
3 Kinder	10,1 %	11,5 %	2,3 %	7,6 %	22,5 %
4 Kinder	0,5 %	3,8 %	0,7 %	2,8 %	7,8 %
5 Kinder	0,1 %	1,8 %	0,4 %	1,5 %	3,8 %
Summe	6,3 %	50,3 %	9,3 %	34,1 %	100 %

 Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-Nürnberg 2007

Tabelle 9

187 Kernzielgruppenangehörige berichteten, ein bzw. mehrere chronisch kranke Kinder zu haben; insgesamt waren dies 196 Kinder (7,2 % aller Kinder). 56 Befragte hatten insgesamt 59 Kinder mit Behinderungen, das entspricht 2,2 % aller Kinder. Diesen Kindern kann u.U. ein eigener Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf zugeschrieben werden. Ein Blick in die Literatur ergibt allerdings, dass diese Ergebnisse nicht mit Befunden aus Gesundheitssurveys übereinstimmen. Demnach ist die Quote behinderter Kinder überhöht, wird dort doch berichtet, dass etwa 1,01 % aller Kinder (allerdings unter 15 Jahren) schwerbehindert sei.²³⁶ Umgekehrt dürfte die Quote der chronisch kranken Kinder viel zu tief liegen, ergaben Mikrozen-

²³⁵ Allerdings kämen die Mütter dieser Kinder u.U. für reine Mütter-Maßnahmen in Frage.

²³⁶ Vgl. Schubert / Horch 2004: 46f

subbefragungen doch, dass 23 % aller jungen Familien berichteten, mit mindestens einem chronisch kranken Kind zu leben.²³⁷

6.4.3 Gesundheitsstörungen, Erkrankungen, Belastungen und Risikofaktoren bei Basis- und Kernzielgruppenangehörigen

Eine oder mehrere länger bestehende Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und (insbesondere geschlechtsspezifische) Belastungen sind unabdingbar, um Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in Anspruch nehmen zu können. Handelt es sich um Gesundheitsstörungen mit geschlechtsspezifischen Kontextfaktoren, so berechtigt dies zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V, wenn aufgrund der Multidimensionalität des Störungsbildes komplexe Interventionen erforderlich sind. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe, die mit geschlechtsspezifischen Kontextfaktoren einhergehen, werden vorausgesetzt, wenn Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V gewährt werden sollen.

Im Folgenden wird untersucht, an welchen Gesundheitsstörungen und Erkrankungen die Auskunftspersonen litten und welchen Belastungen sie unterlagen, wobei jeweils auf geschlechtsspezifische Unterschiede sowie die Zugehörigkeit zu Basis- und Kernzielgruppe genauer eingegangen wird.

Leider fehlen Vergleichsdaten,²³⁸ die es - bezogen auf die hier betrachtete Personengruppe potentieller Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen - ermöglichen würden, die auf Selbstauskünften der Befragten beruhenden Informationen zur ihrer gesundheitlichen Situation auf ihre Stichhaltigkeit hin zu überprüfen. Gleichwohl ist anzunehmen, dass eher weniger als zu viele Gesundheitsstörungen angegeben wurden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Erkrankungen (z.B. psychische Krankheiten, Suchtkrankheiten, Adipositas, AIDS, Geschlechtskrankheiten), über die Fremden gegenüber zu reden, als peinlich empfunden wird. Insofern ist anzunehmen, dass die Gruppe der behandlungsbedürftigen Personen und damit auch der Maßnahmeadressatinnen/-en-Kreis eher größer als kleiner sein dürfte als es die hier berichteten Informationen nahe legen.

²³⁷ Vgl. *Schubert / Horch* 2004: 88

²³⁸ Die vorliegenden Daten zur Verteilung von Diagnosen(gruppen) beziehen sich entweder auf die Gesamtbevölkerung, ohne dass die hier interessierenden Altersgruppen herausgerechnet werden könnten, oder auf bestimmte Personengruppen (aus dem Krankenhaus Entlassene, Teilnehmer(innen) an medizinischer Rehabilitation, arbeitsunfähige Erwerbstätige, Frührentner(innen), bestimmte Sozialversicherungsträger, die sich wiederum nur schwer der von uns befragten Zielgruppe gegenüberstellen lassen.

6.4.3.1 Gesundheitsstörungen und Erkrankungen

6.4.3.1.1 Psychosomatische Befindlichkeitsstörungen der Befragten

Aus den *Abbildungen 117 bis 118* sind die psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen ersichtlich, an denen die Auskunftspersonen bereits seit längerer Zeit zu leiden angaben.²³⁹

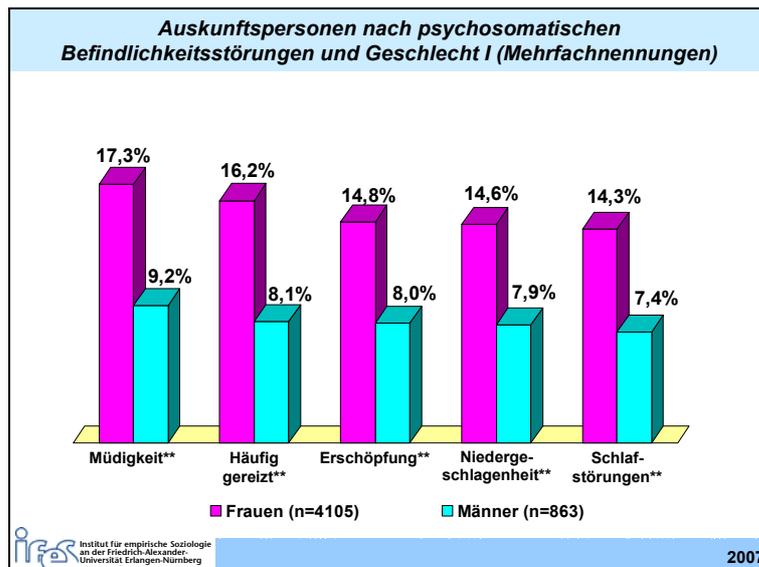


Abbildung 117 (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

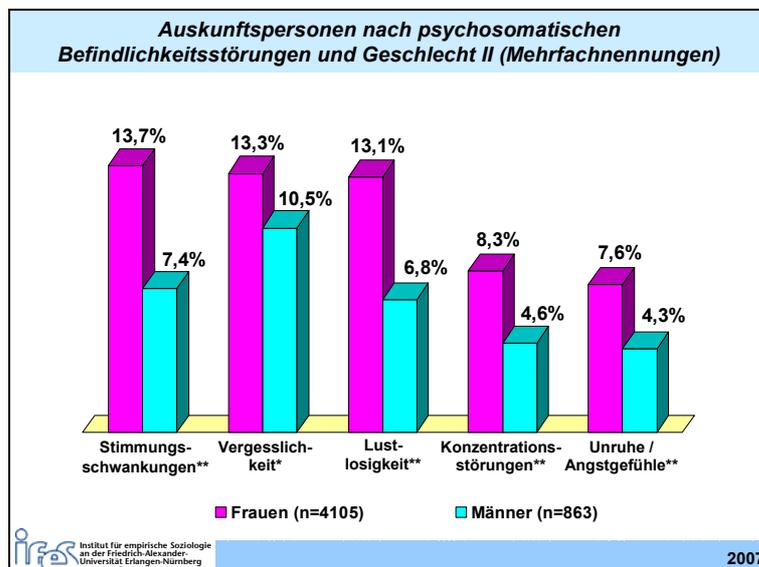


Abbildung 118 (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

²³⁹ Die Vorgaben zu den Gesundheitsstörungen, die im Rahmen der Befragung verwendet wurden, finden sich in *Abschnitt 3.1, Liste 1*, dieses Berichts.

Auf den ersten Blick fällt auf, dass ausnahmslos mehr Frauen an solchen Gesundheitsstörungen litten als Männer. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind signifikant bzw. hoch signifikant. Wie die Rangreihe zeigt, sind für die Frauen häufige Müdigkeit und Gereiztheit, gefolgt von Erschöpfung, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen am bedeutsamsten. Bei Männern steht die Vergesslichkeit an erster Stelle, auf den weiteren Plätzen folgen die Störungen in ähnlicher Abfolge wie bei den Frauen.

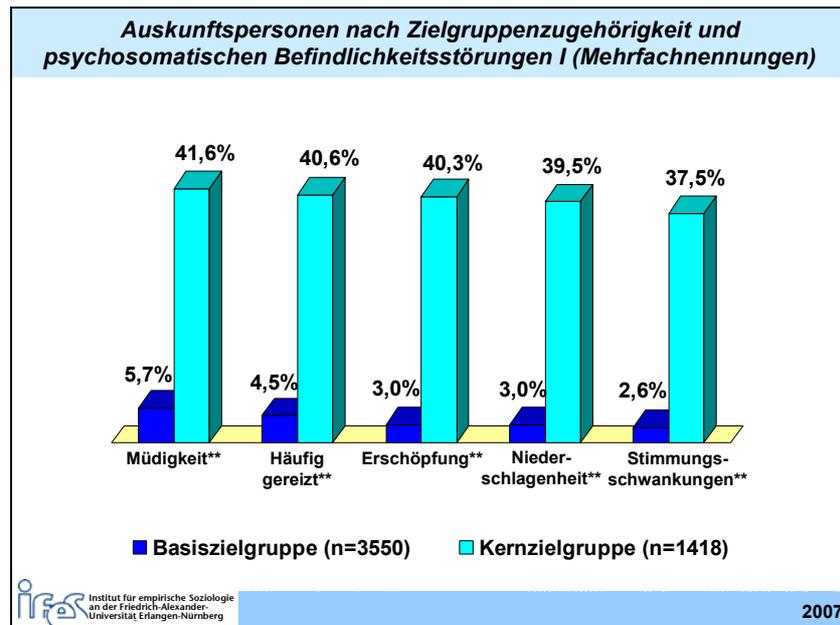


Abbildung 119 (** p < 0,01; * p < 0,05)

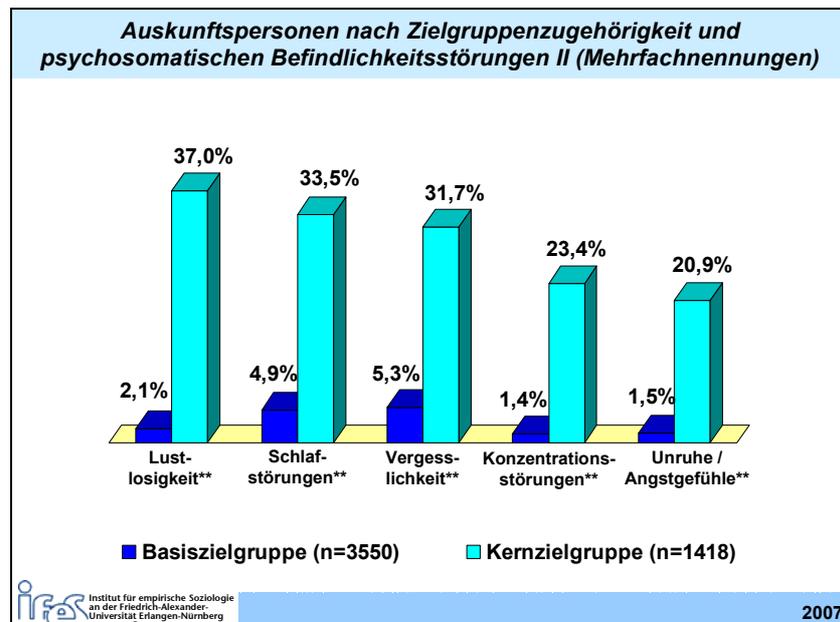


Abbildung 120 (** p < 0,01; * p < 0,05)

Vergleicht man nunmehr die Basis- und die Kernzielgruppe im Hinblick auf die psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen der Befragungspersonen miteinander, so erkennt man anhand der *Abbildungen 119* und *120*, dass die als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen hochsignifikant häufiger über solche Gesundheitsprobleme berichteten. Die Rangfolge entspricht jener, die bereits bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung festgestellt wurde.

Betrachtet man, über wie viele gleichzeitig auftretende psychosomatisch Befindlichkeitsstörungen berichtet wurde, so zeigt sich, dass 58,3 % aller Auskunftspersonen angaben, gar nicht an solchen Störungen zu leiden, 15,9 % gaben eine, 7,3 % zwei und 18,5 % drei oder mehr (maximal 10) solcher Störungen zu Protokoll.

Lediglich 23,5 % der Basiszielgruppenangehörigen gegenüber 83,6 % der Behandlungsbedürftigen klagten überhaupt über solche Störungen. Letztere berichteten auch weitaus seltener als Kernzielgruppenangehörige über das Zusammentreffen verschiedener Störungen berichtet. Auch hier sind sowohl in Basis- (Cramer's $V = .72$, $p = .000$) als auch in Kernzielgruppe (Cramer's $V = .106$, $p = .025$) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen (siehe *Abbildungen 121* und *122*).

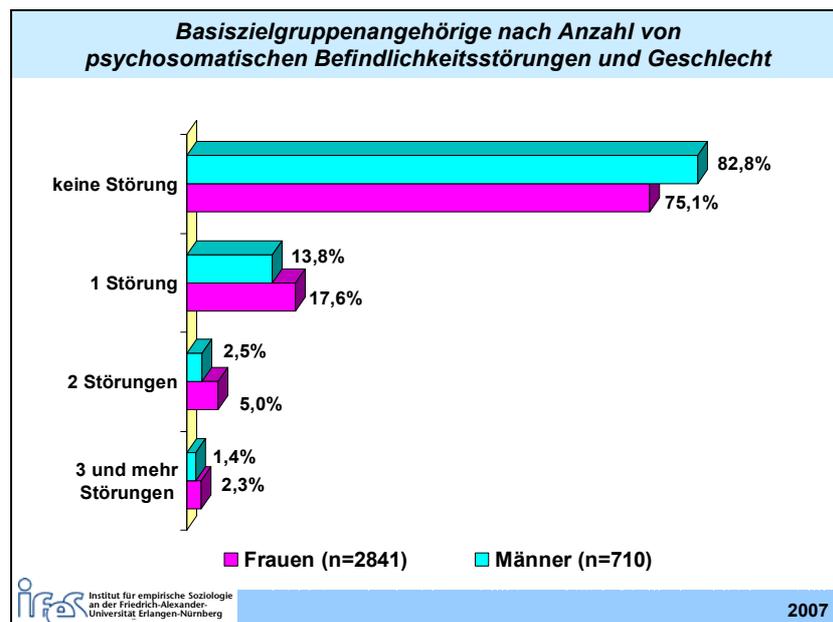
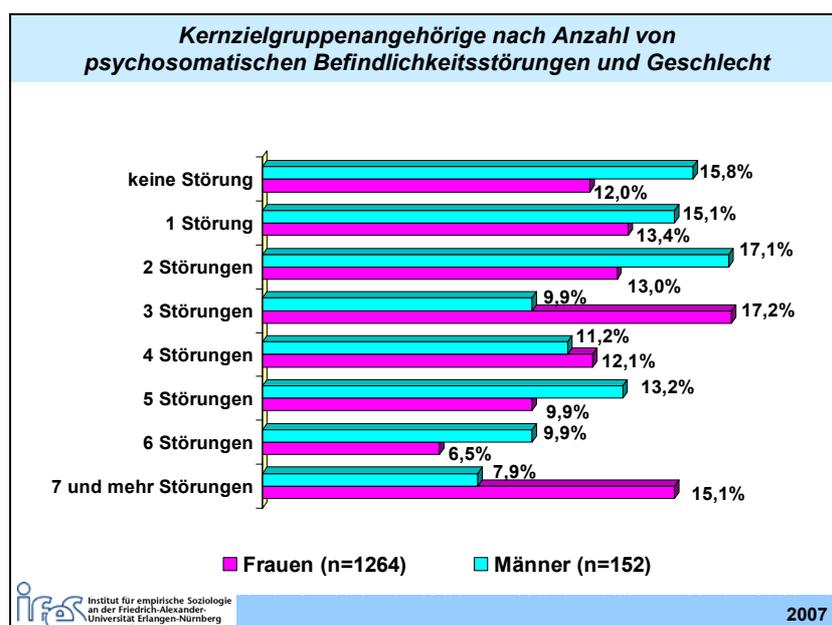


Abbildung 121

Aus den in der *Abbildung 122* dargestellten Verteilungen geht hervor, dass die Männer seltener (52,0 %) über drei oder mehr gleichzeitig auftretende, psychosomatische Gesundheitsstörungen klagten als die Frauen (61,6 %).

**Abbildung 122**

Die berichteten geschlechtsspezifischen Unterschiede überraschen insofern nicht, als schon häufig belegt wurde, dass Männer insgesamt ein signifikant geringeres Beschwerdeniveau aufweisen und sich im Hinblick auf ihre Gesundheit zufriedener äußern als Frauen.²⁴⁰ Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die von uns berichteten Ergebnisse durch einen *Gender-Bias*²⁴¹ beeinflusst wurden: Bekannt ist, dass Frauen und Männer Beschwerden und Symptome unterschiedlich wahrnehmen und bewerten und darüber auch unterschiedlich berichten.²⁴² Zudem war die von uns benutzte Liste der Gesundheitsstörungen eng an jene angelehnt, die im Selbstauskunftsbogen des *Müttergenesungswerkes* verwendet wird. Insofern könnte es sein, dass „frauentypischen“ Beschwerden mehr Gewicht verliehen wurde als „männertypischen“.²⁴³

Interessant ist nunmehr auch, inwieweit beim Zusammentreffen verschiedener psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen plausibel erklärbare Muster erkennbar sind. Multivariate Verfahren (Clusteranalyse) erbrachten weder unter Einschluss aller Auskunftspersonen noch unter Beschränkung auf die Kernzielgruppe aussagekräftige Resultate. In *Abbildung 123*

²⁴⁰ Vgl. z.B. Schmid 2002: 199f; Sieverding 2004: 27; Lademann / Kolip 2005: 19ff; Merbach / Brähler / Klaiberg 2005: 107f

²⁴¹ Siehe dazu: Jahn 2002: 147ff

²⁴² Vgl. Lademann / Kolip 2005: 20

²⁴³ Vgl. Lademann / Kolip 2005: 25, 79f

werden die relevanten,²⁴⁴ signifikanten Interkorrelationen zwischen verschiedenen Störungen grafisch dargestellt. Allerdings stimmen sie nur begrenzt mit Befunden überein, die *Collatz und Kolleginnen* (2000) auf der Grundlage der Daten von 26.571 ehemaligen Teilnehmerinnen an Müttergenesungsmaßnahmen aus dem Jahre 1998 errechneten.²⁴⁵ Dies erscheint insofern nicht überraschend, als unsere Untersuchung auf *potentielle* Teilnehmerinnen/-er abstellt.

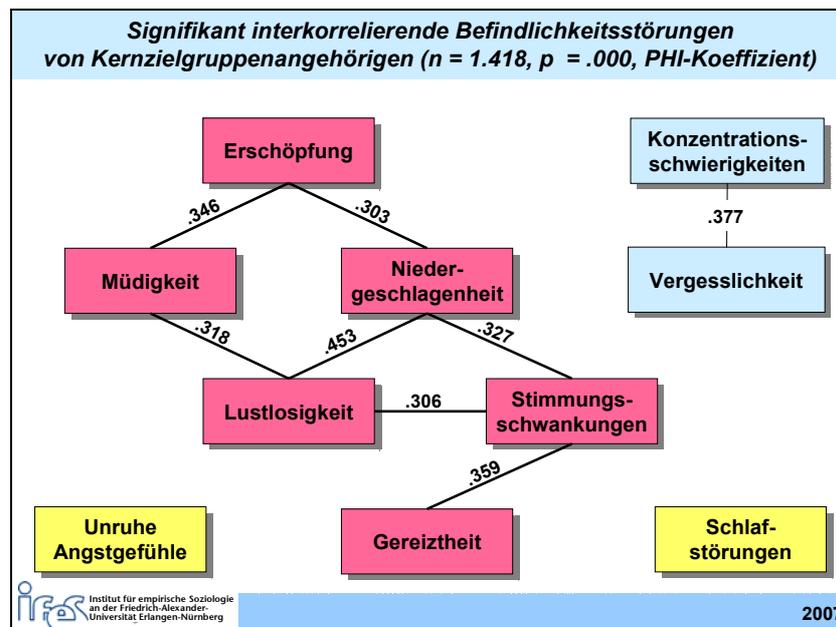


Abbildung 123

Plausibel erscheint, dass zwischen „Konzentrations-schwierigkeiten“ und „Vergesslichkeit“ Zusammenhänge bestehen. Allerdings stehen diese beiden Variablen nicht in bemerkenswertem Zusammenhang mit anderen Störungen. Ebenso überzeugend sind die Korrelationen zwischen „Erschöpfung“ und „Müdigkeit“ einerseits sowie „Niedergeschlagenheit“ andererseits. Letztere geht wiederum mit „Lustlosigkeit“ und „Stimmungsschwankungen“ einher, die wiederum mit „Gereiztheit“ assoziiert sind. Die Befindlichkeitsstörungen „Unruhe / Angstgefühle“ sowie „Schlafstörungen“ stehen zwar in signifikanter, jedoch nur so schwacher Beziehung zu allen anderen dieser Störungen, dass sie eher als isoliert gelten müssen.

²⁴⁴ Dargestellt werden nur Beziehungen von Variablen, zwischen denen zumindest ein mittlerer Zusammenhang aufgrund einer statistisch zweiseitig signifikanten ($p = .000$) Korrelation von $\text{PHI} > .300$ errechnet werden konnte.

²⁴⁵ Vgl. *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 2000: 101ff

In den *Abbildungen 124* und *125* wird dargestellt, wie häufig die genannten Kombinationen²⁴⁶ von psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen registriert wurden.

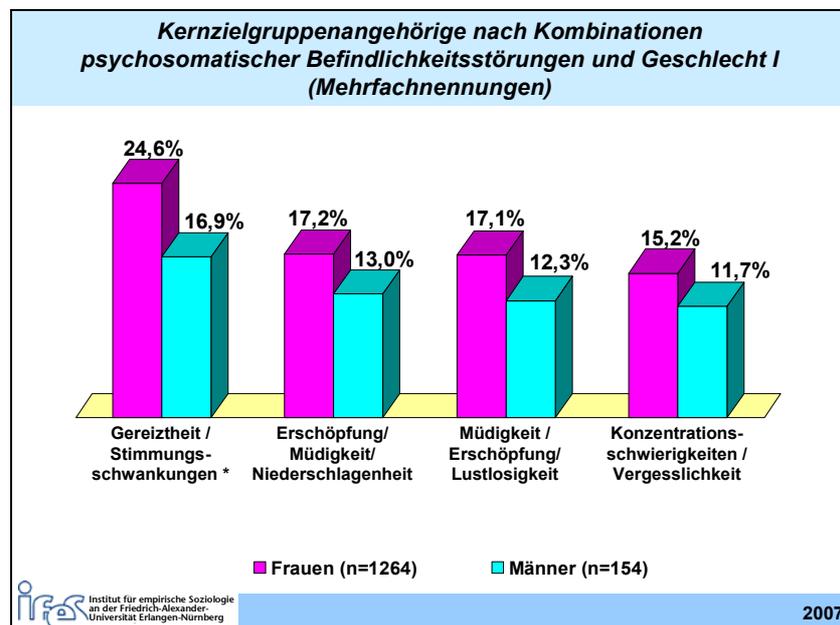


Abbildung 124 (* $p < 0,05$)

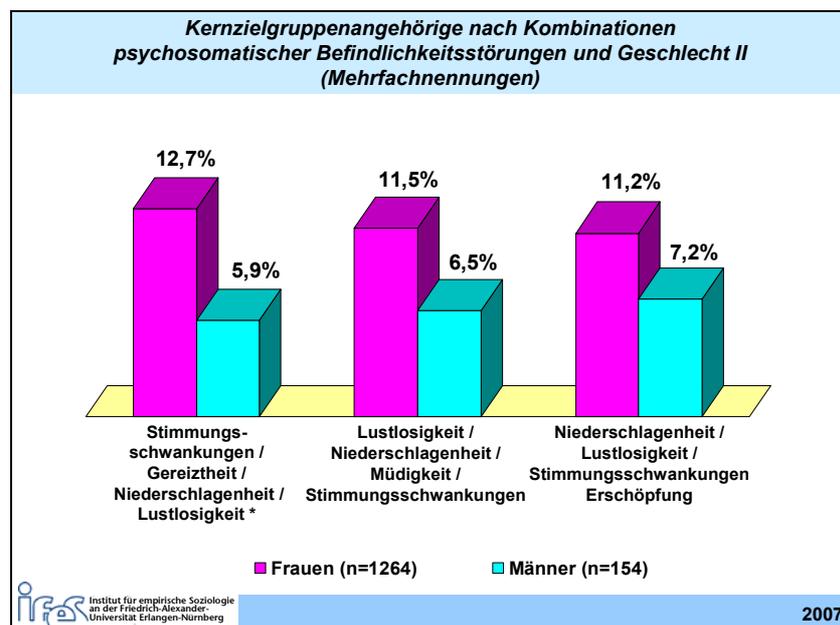


Abbildung 125 (* $p < 0,05$)

Demnach ist die Kombination „Häufige Gereiztheit / Stimmungsschwankungen“ am häufigsten: sie wurde bei einem Viertel der weiblichen und einem Sechstel der männlichen Behand-

²⁴⁶ Zu beachten ist, dass Variablenkombinationen mehrfach gezählt werden können: So wird die Kombination „Gereiztheit / Stimmungsschwankungen“ (*Abbildung 124*) auch in der Kombination „Stimmungsschwankungen / Gereiztheit / Niedergeschlagenheit / Lustlosigkeit“ (*Abbildung 125*) berücksichtigt.

lungsbedürftigen registriert, wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern signifikant sind. Auf den beiden nächsten Plätzen folgen Kombinationen, in denen „Erschöpfung“ entweder mit „Müdigkeit“ und „Niedergeschlagenheit“ oder mit „Müdigkeit“ und „Lustlosigkeit“ einhergeht. Zwischen Personen mit psychosomatischen Störungen und funktionellen Erkrankungen konnten keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf Kombinationen von Befindlichkeitsstörungen festgestellt werden.

6.4.3.1.2 Somatoforme Beschwerden der Befragten

Aus der *Abbildung 126* ist die geschlechtsspezifische Verteilung somatoformer Beschwerden ersichtlich. Am häufigsten berichteten sowohl Frauen als auch Männer über Rückenbeschwerden: Ein Drittel der weiblichen und ein Viertel der männlichen Auskunftspersonen gaben an, darunter zu leiden. Beide Geschlechter klagten darüber hinaus besonders oft über Kopfschmerzen. Während bei Frauen Magen-Darm-Probleme an dritter Stelle stehen, gilt dies beim männlichen Geschlecht für die Gewichtsprobleme (Unter- bzw. Übergewicht).

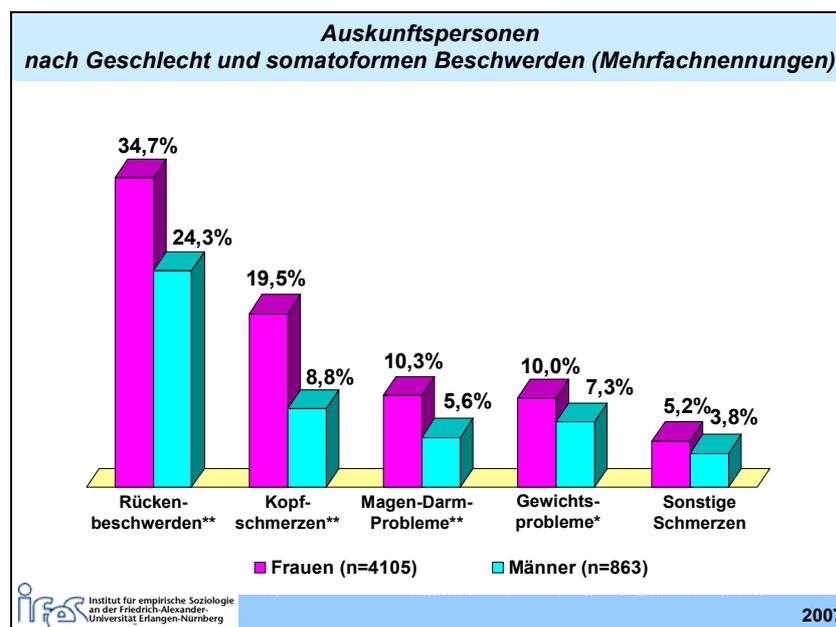


Abbildung 126 (** p < 0,01; * p < 0,05)

Aus *Abbildung 127* gehen die Unterschiede zwischen Basis- und Kernzielgruppe im Hinblick auf vorliegende somatoforme Beschwerden hervor. Bei beiden Gruppen spielen die Rückenbeschwerden eine herausragende Rolle. Fast zwei Drittel der Behandlungsbedürftigen, aber auch ein Fünftel der Basiszielgruppenangehörigen gaben an, an solchen Beschwerden zu leiden. Zwei Fünftel der Kernzielgruppe klagten über häufige Kopfschmerzen, jeweils etwa

ein knappes Viertel über Magen-Darm-Probleme, ein Fünftel über Gewichtsprobleme (erhebliches Unter- bzw. Übergewicht). Demgegenüber finden sich in der Basiszielgruppe jeweils deutlich unter 10 %, die die genannten Gesundheitsstörungen aufwiesen.

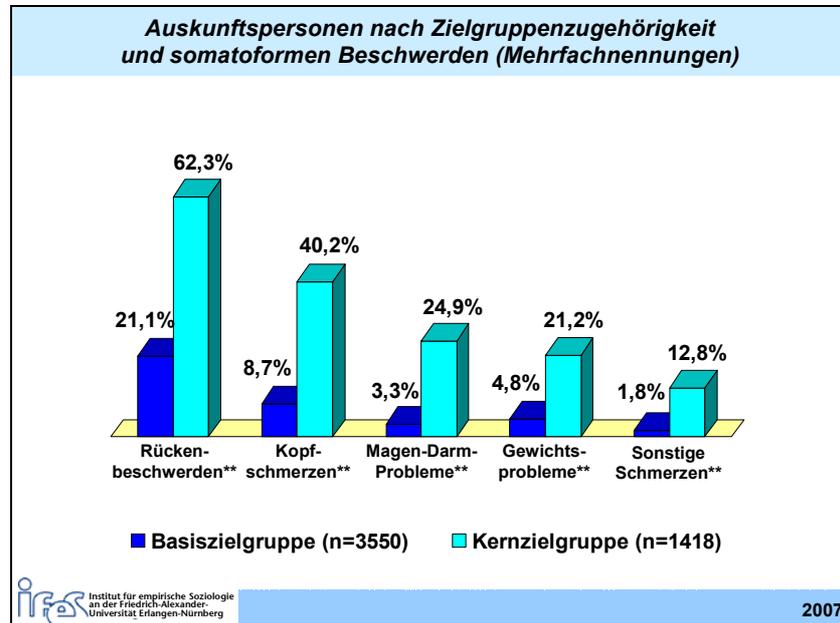


Abbildung 127 (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Ähnliche Ergebnisse wie die bei der Betrachtung der psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen finden sich bei der Untersuchung des Zusammentreffens von verschiedenen somatoformen Beschwerden (siehe *Abbildungen 128* und *129*).

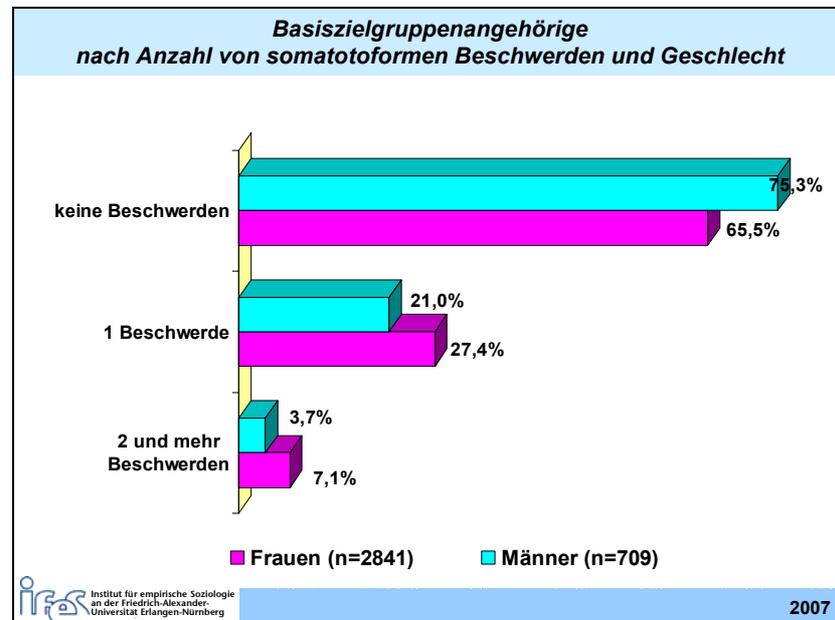


Abbildung 128

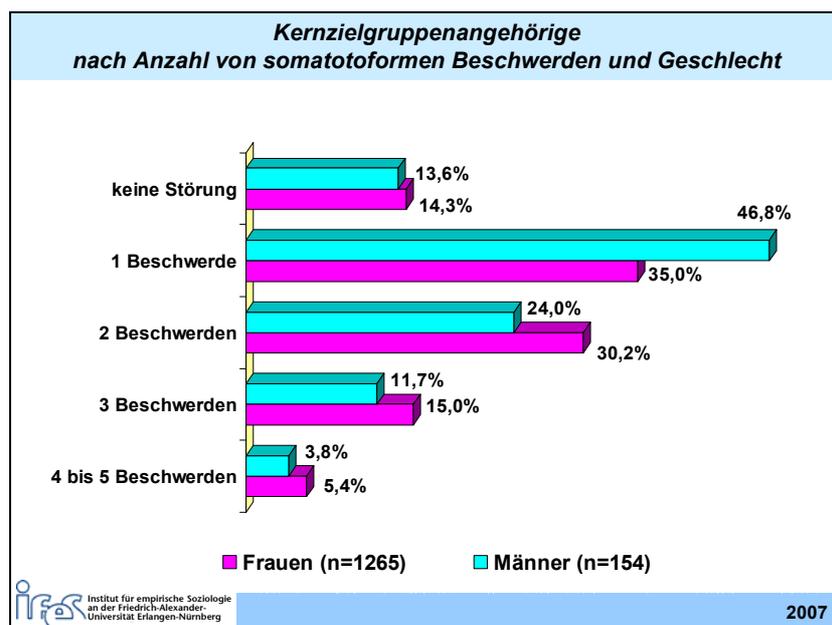


Abbildung 129

Erwartungsgemäß wurde von Basiszielgruppenangehörigen seltener (32,5 %) über derartige Gesundheitsstörungen berichtet als von Kernzielgruppenangehörigen (85,8 %). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind signifikant ($p = .000$): Demnach klagten Frauen häufiger (Basiszielgruppe: 7,1 %, Kernzielgruppe: 50,6 %) als Männer (Basiszielgruppe: 3,7 %, Kernzielgruppe: 39,5 %) über zwei und mehr solcher Beschwerden. Allerdings ist auch hier nicht auszuschließen, dass der bereits erwähnte *Gender-Bias* wirksam wurde.

6.4.3.1.3 Funktionelle Erkrankungen der Befragten

18,1 % aller Auskunftspersonen berichteten, bereits seit längerer Zeit wegen einer Erkrankung in ärztlicher Behandlung zu sein. Wie *Abbildung 130* verdeutlicht, gaben in der Basiszielgruppe anteilmäßig weniger und in der Kernzielgruppe mehr Männer als Frauen an, wegen einer funktionellen Erkrankung seit längerem ärztlich behandelt zu werden. Allerdings sind die Zusammenhänge zwischen dem Behandlungsbedarf und dem Geschlecht in Basis- und Kernzielgruppe nicht signifikant.

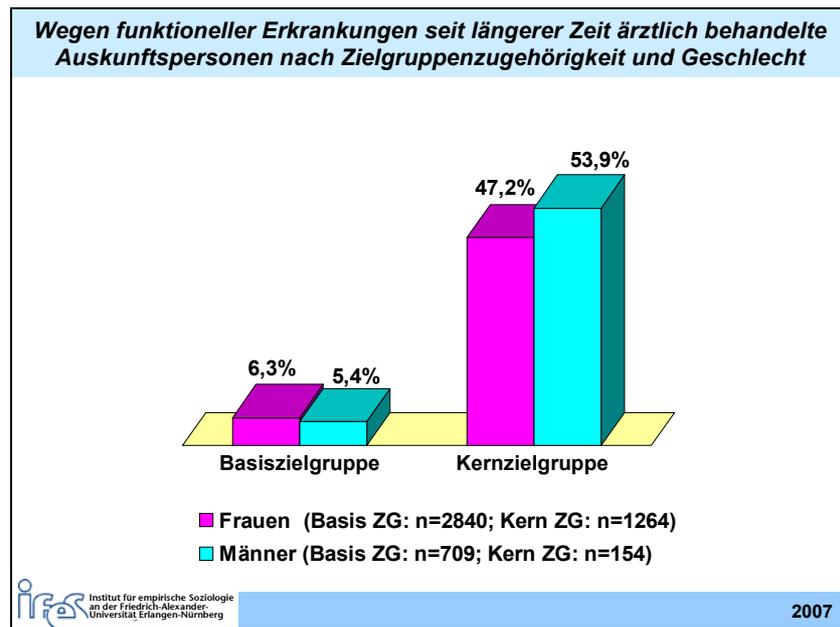


Abbildung 130

Aus den *Abbildungen 131* und *132* ist ersichtlich, wie häufig bestimmte Krankheitsarten in Basis- und Kernzielgruppe genannt wurden.

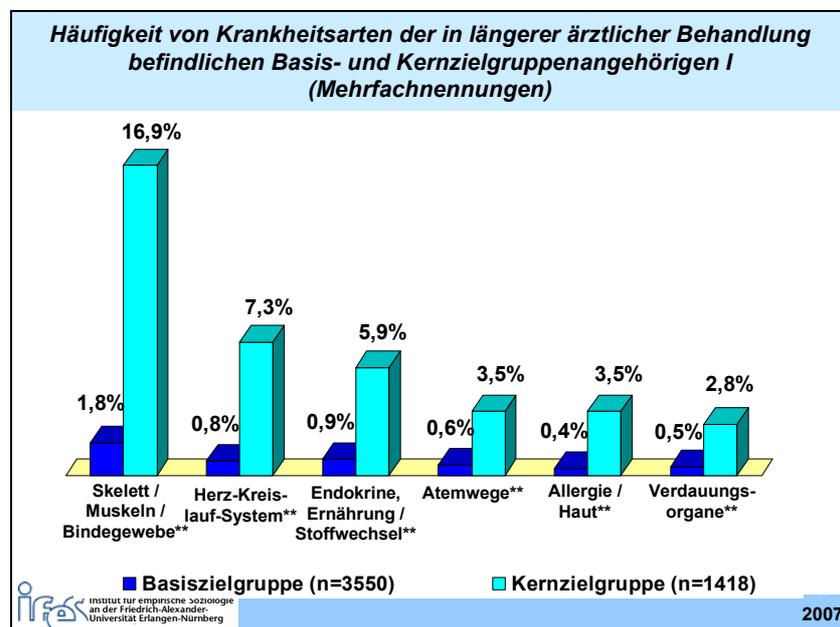


Abbildung 131 (** p < 0,01)

Erwartungsgemäß berichteten die Kernzielgruppenangehörigen signifikant häufiger über seit längerer Zeit behandlungsbedürftige Krankheiten als die Basiszielgruppenangehörigen. Leiden an Wirbelsäule und Gelenken wurden am häufigsten genannt, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Krankheiten und den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, den

Atemwegserkrankungen sowie den allergischen und Hauterkrankungen. An jeder der übrigen Diagnosengruppen litten weniger als drei Prozent der Kernzielgruppenangehörigen.

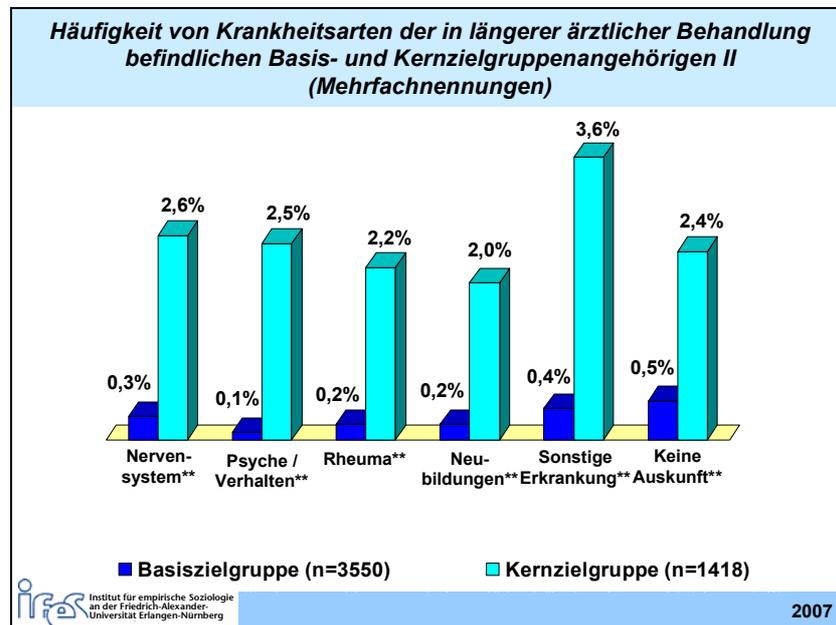


Abbildung 132 (** p < 0,01)

Aus den Abbildungen 133 und 134 geht die geschlechtsspezifische Verteilung von Diagnosen der Auskunftspersonen hervor. Allerdings ergab sich lediglich im Hinblick auf eine Diagnosengruppe ein signifikanter Unterschied, berichteten doch mehr als 13 % der Männer gegenüber 6,5 % der Frauen, seit längerem wegen einer Herz-Kreislauf-Krankheit in ärztlicher Behandlung zu sein.

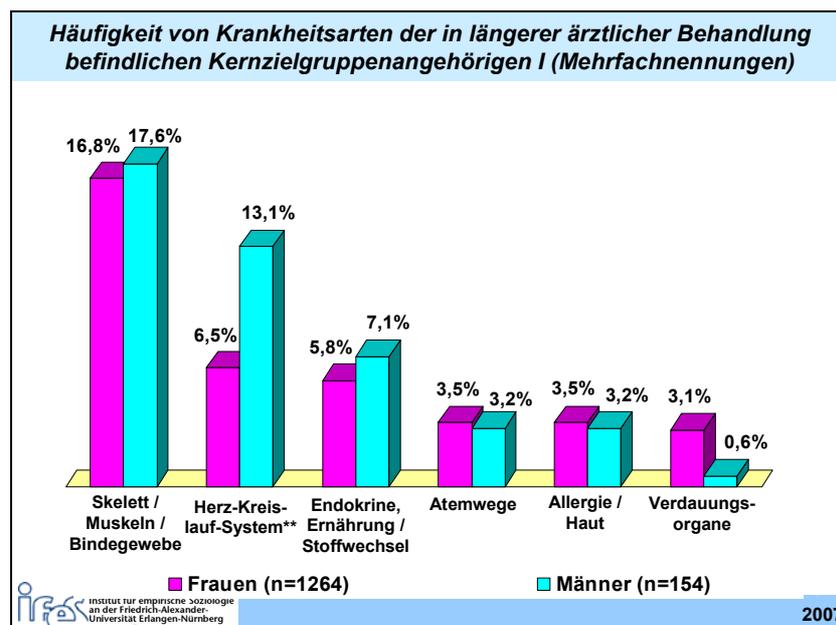


Abbildung 133 (** p < 0,01)

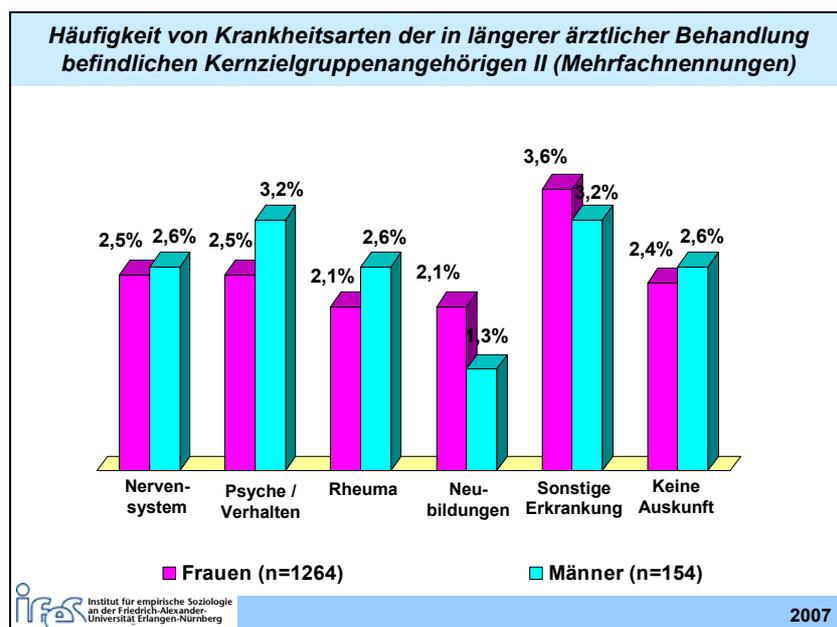


Abbildung 134

Bei 89 % der Auskunftspersonen, die über eine länger andauernde Erkrankung berichteten, handelte es sich ausschließlich um diese eine Krankheit. In 9,6 % der Fälle wurde eine zweite Krankheit, maximal wurden fünf Diagnosen angegeben. Zwischen Basis- und Kernzielgruppe konnte hinsichtlich der Diagnosenzahl kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Eine Überprüfung der Fälle, in denen mehrere behandlungsbedürftige Krankheiten genannt worden waren, ergab keine interpretierbaren Muster assoziierter Diagnosen.

Lediglich 9,4 % der wegen funktioneller Erkrankung bereits seit längerer Zeit in ärztlicher Behandlung befindlichen Personen wiesen zusätzlich keinerlei psychosomatische Befindlichkeitsstörungen oder somatoforme Beschwerden auf. Ein Viertel (26,5 %) der funktionell Erkrankten berichtete über ein oder zwei und immerhin zwei Drittel (64,9 %) gaben an, zusätzlich an solchen Befindlichkeitsstörungen bzw. Beschwerden zu leiden.

6.4.3.1.4 Im Vordergrund stehende Symptomatik: Personen mit funktionellen Erkrankungen vs. Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden

Vor dem Hintergrund der in *Abschnitt 6.2.1* genannten Bedingungen, die zur Zuordnung von Befragten zur behandlungsbedürftigen Kernzielgruppe führten, soll nunmehr untersucht werden, inwieweit sich Personen, die eher funktionelle Erkrankungen aufwiesen, von jenen un-

terscheiden, bei denen psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, somatoforme Beschwerden und / oder Risikofaktoren im Vordergrund standen. Dazu wurden zwei Gruppen gebildet:

- Die Gruppe „Personen mit funktionellen Erkrankungen“ umfasst Kernzielgruppenangehörige, die sich wegen funktioneller Erkrankungen (und dazu gehören nicht nur körperliche, sondern auch psychische Erkrankungen und Verhaltensprobleme) schon seit längerer Zeit in ärztlicher Behandlung befanden, wobei unmaßgeblich war, ob bei ihnen zusätzlich auch psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, somatoforme Beschwerden und / oder Risikofaktoren vorlagen.
- Die Gruppe „Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden“ umfasst Personen, die *mindestens drei psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, somatoforme Beschwerden und / oder Risikofaktoren*, jedoch keine funktionellen Erkrankungen aufwiesen.

Selbstverständlich musste bei allen einbezogenen Personen die in *Abschnitt 6.2.1* erläuterte Bedingung erfüllt sein, dass mindestens zwei belastende Kontextfaktoren gegeben waren, von denen mindestens eine als eltern- bzw. familienspezifisch anzusehen war.

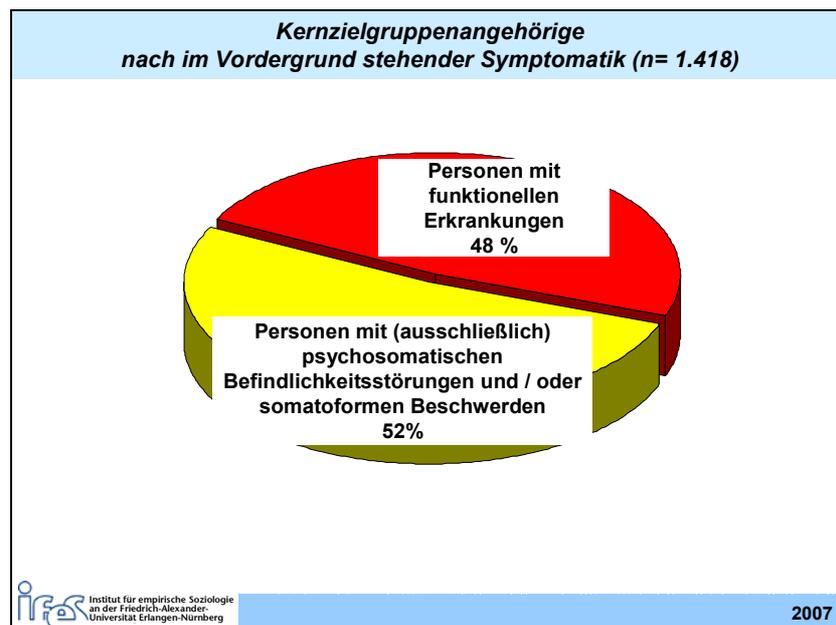


Abbildung 135

Abbildung 135 lässt erkennen, dass 52,8 % der Kernzielgruppenangehörigen als „Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden“ und 47,2 % als „Personen mit funktionellen Erkrankungen“ eingestuft wurden.²⁴⁷ Frauen wie-

²⁴⁷ Obwohl geschlossen werden könnte, dass jene Personen, die vordergründig (ausschließlich) an psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden litten, Adressatinnen/-en für Vorsorgemaßnahmen sein könnten, während jene, die seit längerer Zeit aufgrund funktioneller Erkrankungen in ärzt-

Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite

sen (allerdings nicht signifikant) häufiger psychosomatische Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoforme Beschwerden auf als Männer, bei denen die funktionellen Erkrankungen überwogen (siehe *Abbildung 136*).

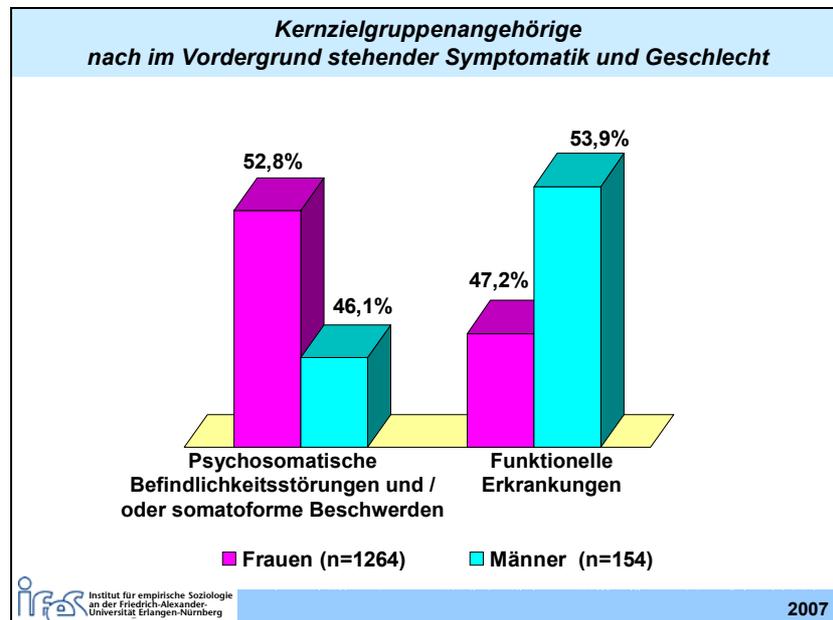


Abbildung 136

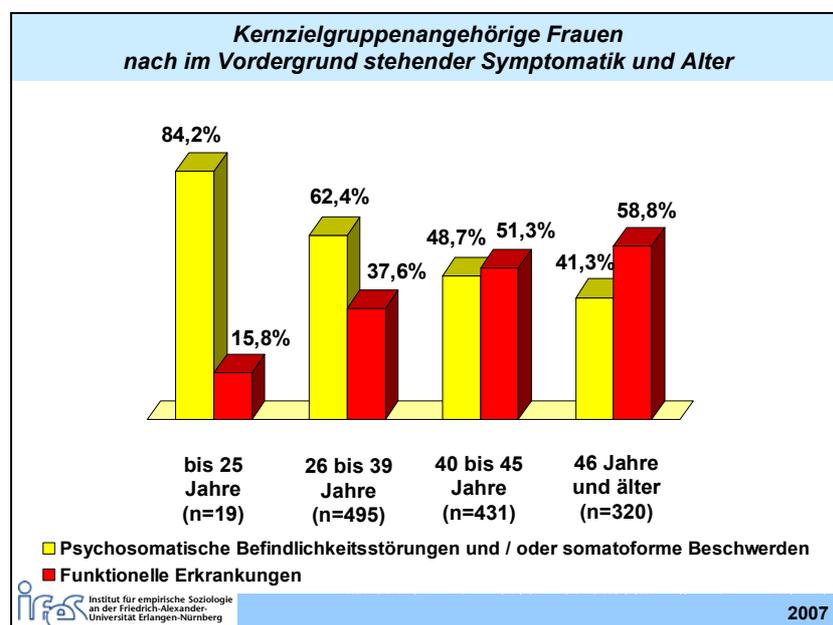


Abbildung 137

Fortsetzung der Fußnote von vorangegangener Seite

licher Behandlung waren, als Zielgruppe von Rehabilitationsmaßnahmen in Frage kämen, erscheint eine solche Schlussfolgerung problematisch, da lediglich auf Befragtenauskünfte beschränkter Qualität zurückgegriffen werden kann. Folgerungen im Hinblick auf eine spezifische therapeutische Versorgung sollten jedoch einzelfallbezogen dem Arzt vorbehalten bleiben. Aus diesen Gründen wird die Variable „im Vordergrund stehende Symptomatik“ auch nicht zur Abschätzung des Adressatinnen/-en-Kreises von Maßnahmen für Mütter und Väter herangezogen.

Aus den *Abbildungen 137* und *138* ergibt sich, dass der Anteil der „Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden“ in der Kernzielgruppe bei beiden Geschlechtern mit dem Altersgang zurückgeht und derjenige an „Personen mit funktionellen Erkrankungen“ parallel dazu steigt. Dieses Ergebnis entspricht zumindest hinsichtlich der Personen mit funktionellen Erkrankungen Erkenntnissen aus Gesundheitssurveys, nach denen die Morbidität mit dem Alter deutlich steigt.²⁴⁸

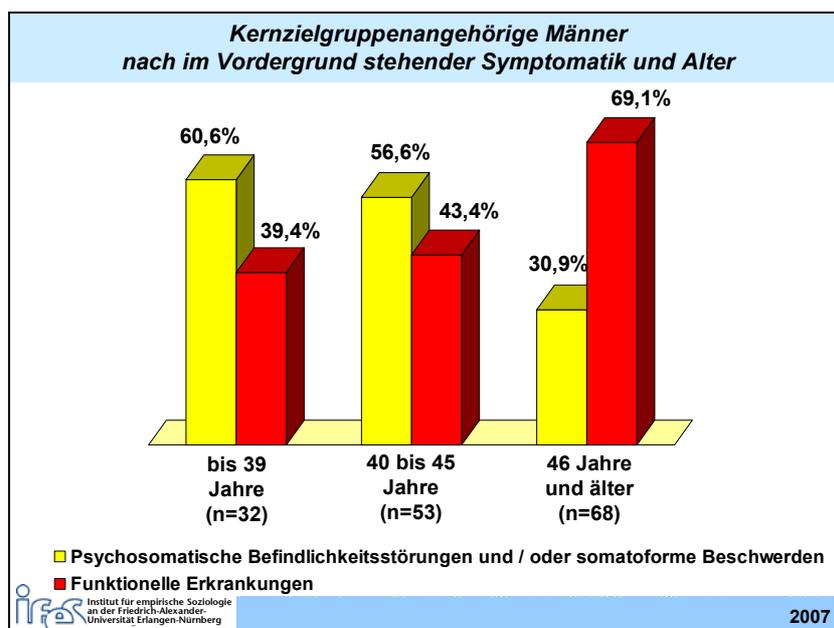


Abbildung 138

6.4.3.2 Belastungen und Risikofaktoren von Basis- und Kernzielgruppenangehörigen

6.4.3.2.1 Elternspezifische, familiäre und psychosoziale Belastungen der Basis- und Kernzielgruppenangehörigen

Die *Abbildungen 139* bis *141* enthalten die Angaben der Auskunftspersonen zu ihren Belastungen.

²⁴⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 1998: 58f; Lademann / Kolip 2005: 19f; Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt 2006: 18

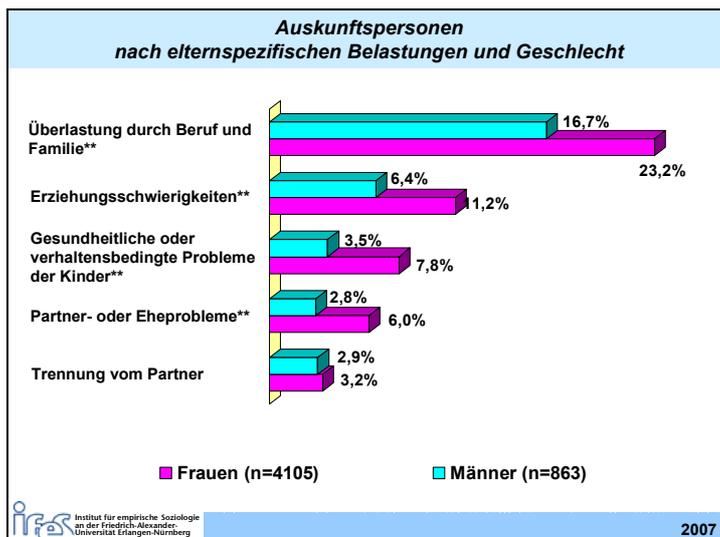


Abbildung 139 ** p < 0,01

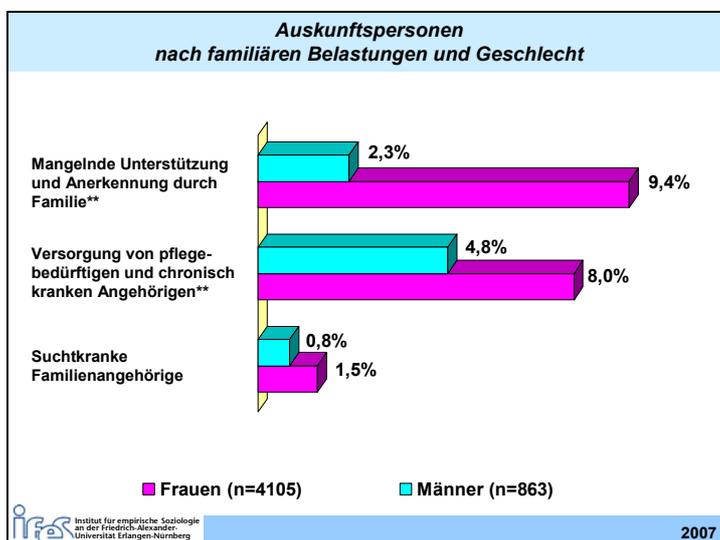


Abbildung 140 ** p < 0,01

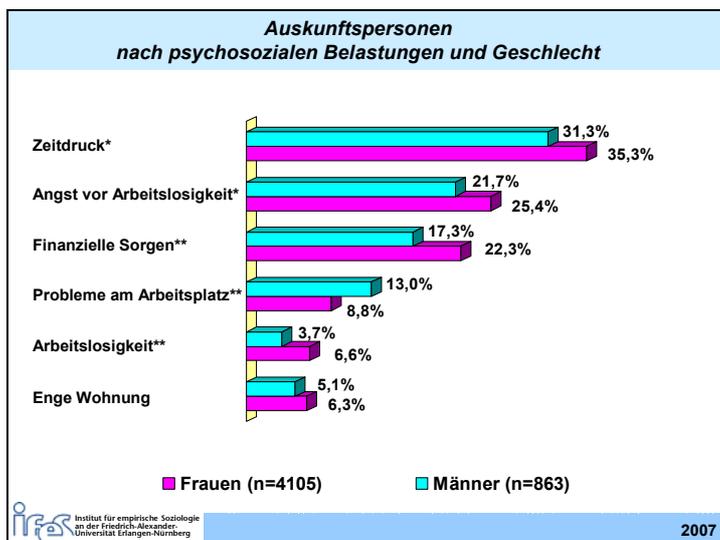


Abbildung 141 ** p < 0,01; * p < 0,05

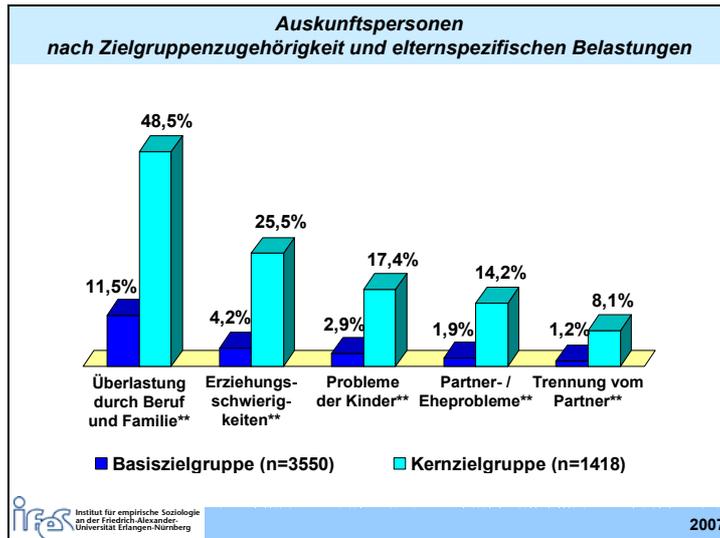


Abbildung 142 ** p < 0,01

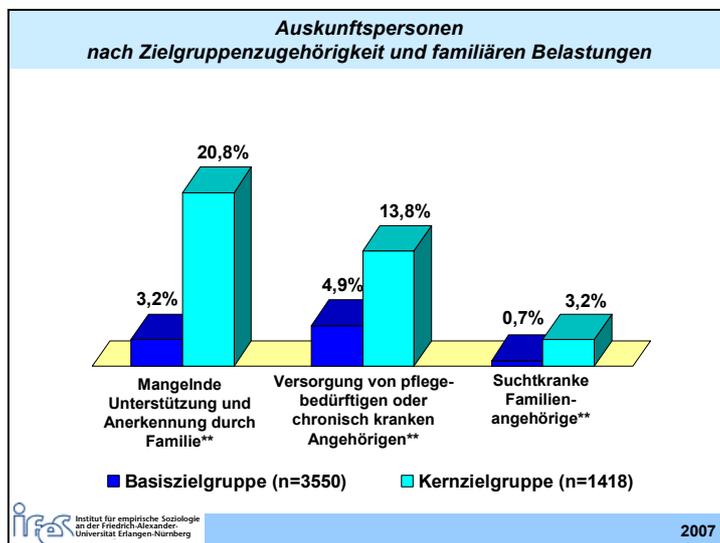


Abbildung 143 ** p < 0,01

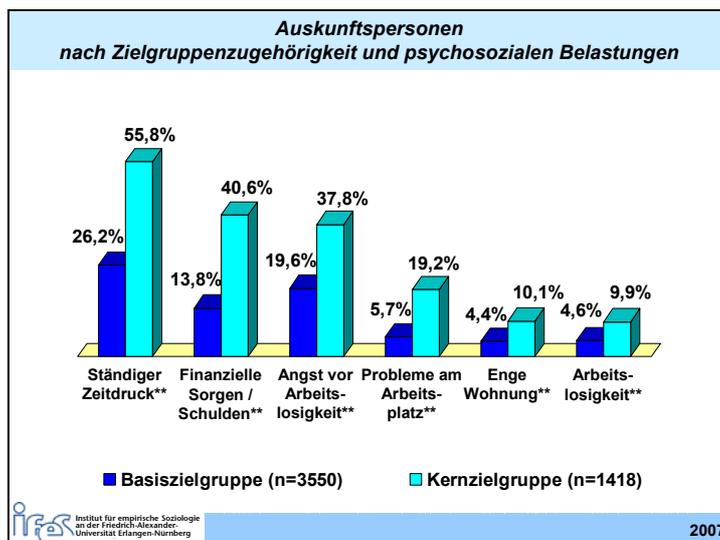


Abbildung 144 ** p < 0,01

Fast durchgängig fühlten sich (meist signifikant) deutlich mehr Frauen als Männer elternspezifisch, familiär oder psychosozial belastet. Jeweils etwa ein Drittel der Männer und Frauen fühlte sich durch Zeitdruck, ein Viertel der Frauen gegenüber einem Fünftel der Männer durch eigene bzw. Arbeitslosigkeit der/des Partnerin/-ers sowie ein gutes Fünftel der Frauen gegenüber einem Sechstel der Männer durch Überbelastung durch Beruf und Familie sowie wegen finanzieller Sorgen bzw. Schulden bedrückt. Demgegenüber tritt die Bedeutung anderer elternspezifischer und familiärer Belastungen sichtbar zurück. Von größerer Bedeutung sind Belastungen wegen Erziehungsschwierigkeiten, mangelnder Unterstützung und Anerkennung durch die Familie, Versorgung pflegebedürftiger oder chronisch kranker Angehöriger sowie gesundheitlicher oder verhaltensbedingter Probleme der Kinder. Lediglich durch Probleme am Arbeitsplatz fühlten sich mehr Männer als Frauen belastet.

Die *Abbildungen 142 bis 144* zeigen die unterschiedlichen Belastungen von Basis- und Zielgruppenzugehörigen. Durchgängig empfanden sich die behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen signifikant häufiger als alle Übrigen belastet. So fühlte sich etwa die Hälfte der Behandlungsbedürftigen ständigem Zeitdruck ausgesetzt sowie durch Familie und Beruf überlastet. Rund zwei Fünftel waren aufgrund finanzieller Sorgen bzw. Schulden oder wegen Angst vor Arbeitslosigkeit bedrückt.

Nach Häufigkeit der Nennungen geordnet entspricht die Rangfolge der Belastungen jener, die bei geschlechtsspezifischer Betrachtung sichtbar wurde. Lediglich die finanziellen Sorgen bzw. Schulden werden von den Kernzielgruppenangehörigen häufiger belastend empfunden als die Angst vor Arbeitslosigkeit, während dies bei geschlechtsspezifischer Betrachtung umgekehrt der Fall war.

6.4.3.2.2 Risikofaktoren der Basis- und Kernzielgruppenangehörigen

Wendet man sich nunmehr den Risikofaktoren zu, zu denen sich die Auskunftspersonen bekannten, so zeigen sich die in den *Abbildungen 145 und 146* enthaltenen Ergebnisse. Da es sich dabei um „heikle“ Themen (insbesondere was den Alkoholabusus anbelangt) handelt, ist allerdings zu vermuten, dass die quantitative Bedeutung der von diesen Risiken Betroffenen wesentlich größer sein dürfte. Insofern erscheint fraglich, ob sich gesundheitsschädliche Verhaltensweisen – wohl abgesehen von der Frage nach dem Rauchen, die im allgemeinen als weniger peinlich aufgefasst wird – im Rahmen eines Telefoninterviews adäquat thematisieren lassen.

Aus *Abbildung 145* ergibt sich, dass dem Rauchen die größte Bedeutung bei beiden Geschlechtern zukommt, wobei Männer signifikant häufiger von diesem Risikofaktor betroffen waren: Berichtete rund ein Viertel von ihnen über Tabakgenuss, so war dies lediglich bei einem guten Fünftel der Frauen der Fall. Allerdings gaben Frauen hochsignifikant häufiger Bewegungsmangel bzw. Fehlhaltungen zu Protokoll. Lediglich ein Zehntel der Befragten meinte, sie ernährten sich ungesund, und weniger als zwei Prozent bekannten sich zu problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum: Hier überwogen die Frauen, wobei anzunehmen ist, dass bei ihnen die Medikamenteneinnahme im Vordergrund stand.

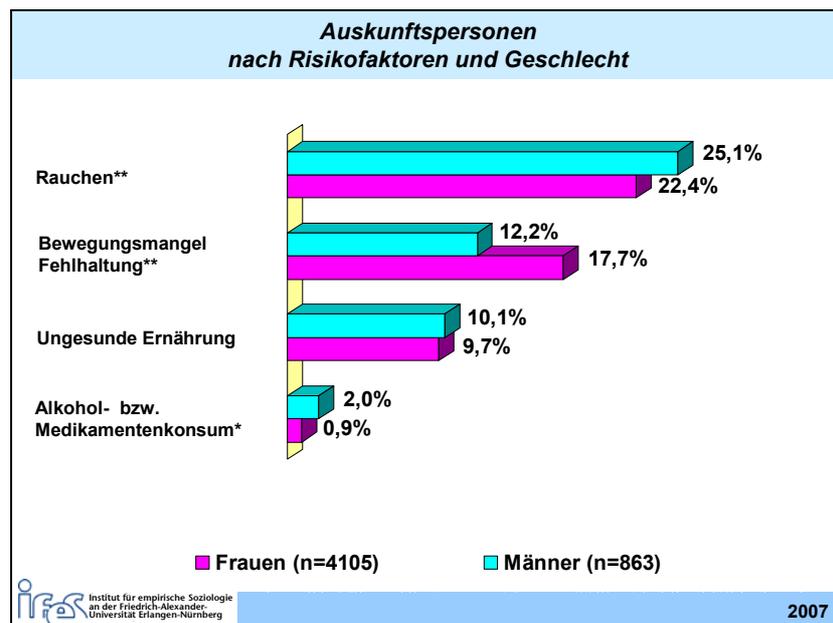


Abbildung 145 (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

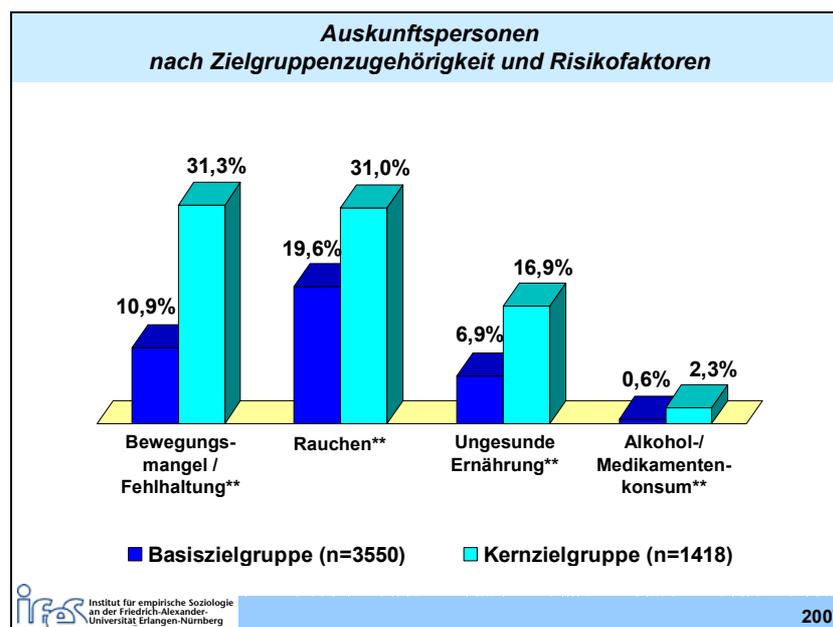


Abbildung 146 (** $p < 0,01$)

Bei zielgruppenspezifischer Betrachtung der Angaben zu den Risikofaktoren sind deutliche, durchgängig hochsignifikante Unterschiede zwischen Basis- und Kernzielgruppe erkennbar (siehe *Abbildung 146*). Etwa ein Drittel der behandlungsbedürftigen Personen berichtete, sie bewegten sich zu wenig bzw. nahmen Fehlhaltungen ein oder rauchten, während unter den Basiszielgruppenangehörigen lediglich ein Fünftel rauchte und ein Zehntel Bewegungsmangel bzw. Fehlhaltungen zugab. Die Behandlungsbedürftigen meinten auch hochsignifikant häufiger, dass ihre Ernährung ungesund und ihr Alkohol- und Medikamentenkonsum problematisch sei.

6.4.3.2.3 Zusammentreffen von Belastungen und Risikofaktoren

Aus *Abbildung 147* geht hervor, dass Frauen signifikant ($p = .000$) häufiger als Männer angaben, unter einer einzigen, oder aber vier und mehr Belastungen zu leiden; demgegenüber waren die männlichen Auskunftspersonen häufiger keiner oder nur zwei Belastungen ausgesetzt.

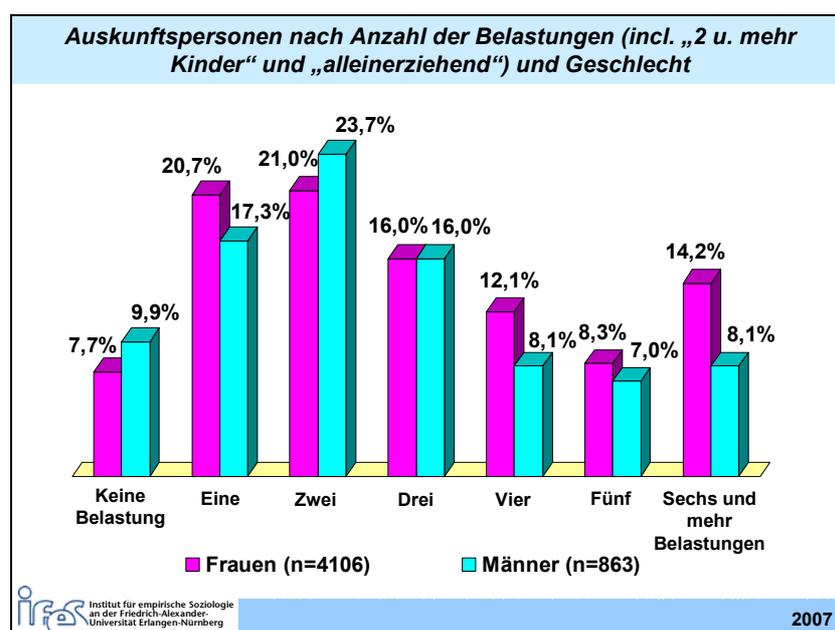


Abbildung 147 Cramer's $V = .102$, $p = .000$

Betrachtet man ausschließlich die Angaben zu den eltern- bzw. familienspezifischen Belastungen (*Abbildungen 148* und *149*) so verschärfen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede weiter signifikant ($p = .000$): Männer sind nur dort in der Überzahl, wo von keinen derartigen Belastungen berichtet wurde.

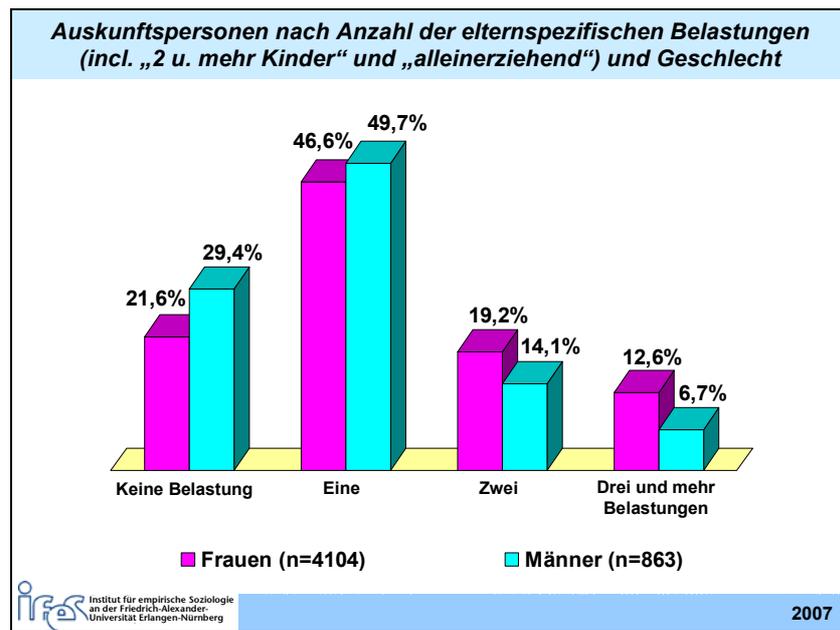


Abbildung 148 Cramer's V = .102, p = .000

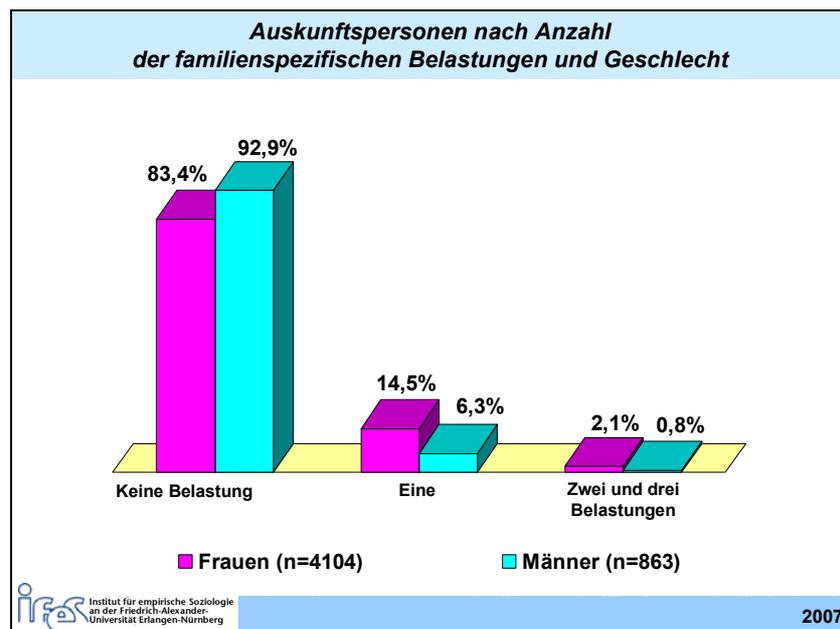


Abbildung 149

Auch Basis- und Kernzielgruppe unterschieden sich ($p = .000$) signifikant hinsichtlich der Belastungshäufigkeit. Die *Abbildungen 150 bis 152* zeigen deutlich, dass die als behandlungsbedürftig eingestuft Personen wesentlich häufiger multiplen Belastungen ausgesetzt waren als die Basiszielgruppenangehörigen.

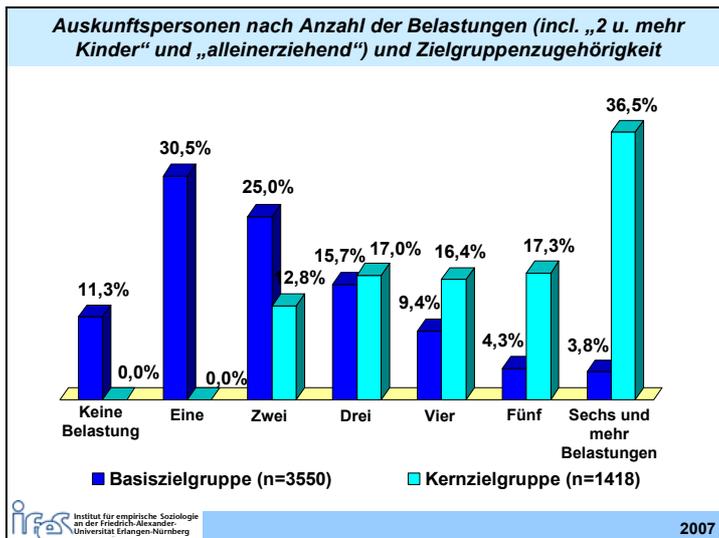


Abbildung 150 Cramer's V = .593, p = .000

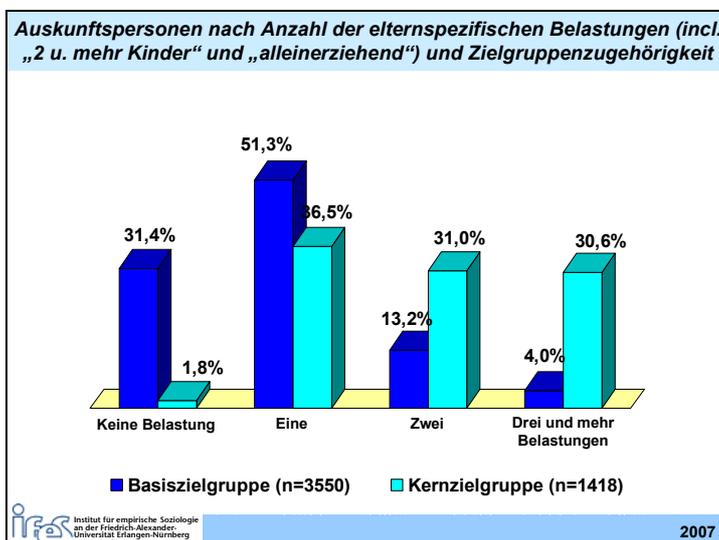


Abbildung 151 Cramer's V = .497, p = .000

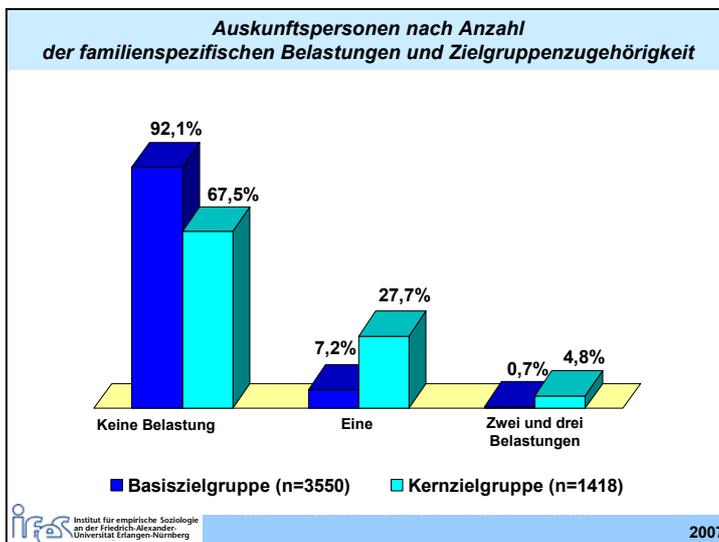


Abbildung 152

Interessant ist auch, dass sich die Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden signifikant ($p = .000$) häufiger als multipel belastet erwiesen als die Befragten mit funktionellen Erkrankungen (siehe *Abbildung 153*):

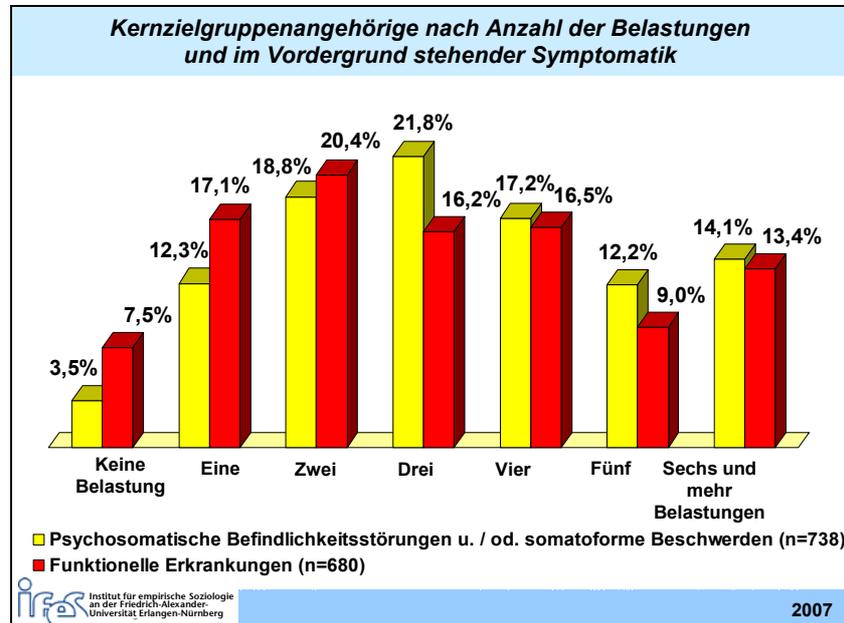


Abbildung 153

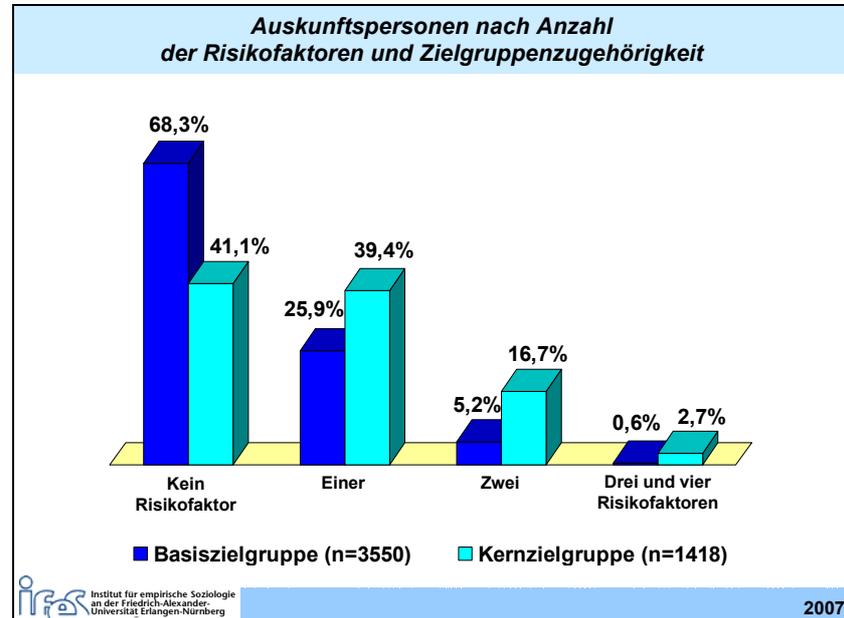


Abbildung 154

Wie aus *Abbildung 154* hervorgeht, unterschieden sich Basis- und Kernzielgruppenangehörige signifikant ($p = .000$) hinsichtlich der Zahl der von ihnen angegebenen Risikofaktoren: Demnach wiesen die behandlungsbedürftig eingeschätzten nicht nur häufiger als die übrigen Personen eine, sondern auch zwei und mehr Risikofaktoren auf. Signifikante geschlechts-

spezifische Unterschiede fanden sich hier jedoch ebenso wenig wie solche zwischen den Befragten mit psychosomatischen Störungen und funktionellen Erkrankungen.

Der Versuch, über Interkorrelationen zwischen Belastungen bzw. Risikofaktoren interessante Zusammenhänge herauszufinden, die über ein „thematisches Sortieren“ hinausgehen würden, verlief weniger befriedigend: Es fanden sich zwar inhaltlich plausible, signifikante Beziehungen zwischen etlichen Variablen. Die betreffenden Korrelationen erwiesen sich aber lediglich sehr schwach oder schwach ausgeprägt.²⁴⁹ Ergebnisse von *Collatz und Kolleginnen* (2000) konnten nur in Grenzen reproduziert werden.²⁵⁰

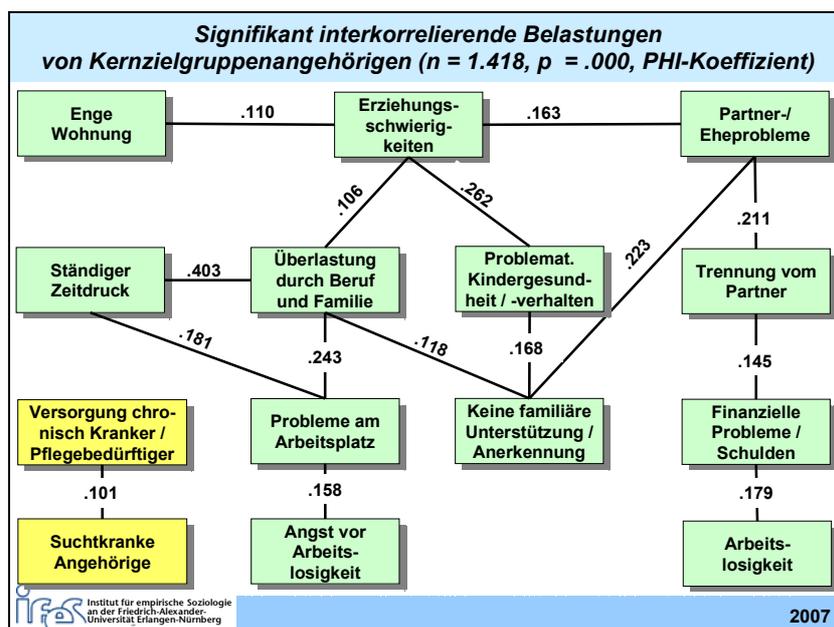


Abbildung 155

Wie *Abbildung 155* zeigt, ergeben sich die stärksten Beziehungen zwischen „Überlastung durch Beruf und Familie“ einerseits und den ebenfalls untereinander korrelierenden Variablen „Ständiger Zeitdruck“ und „Probleme am Arbeitsplatz“ andererseits, letztere wiederum mit „Angst vor Arbeitslosigkeit“ zusammenhängend. „Überlastung durch Beruf und Familie“ hängt aber auch „mit fehlender familiärer Unterstützung und Anerkennung“ und „Erziehungsschwierigkeiten“ zusammen. Auch letztere sind mit vier Variablen verbunden, nämlich mit „Belastungen durch gesundheitliche oder verhaltensbedingte Probleme der Kinder“ und „Partner- / Eheproblemen“ sowie „enge Wohnung“. Die „Partner- / Eheprobleme“ korrelieren

²⁴⁹ Dargestellt werden nur Beziehungen von Variablen, zwischen denen zumindest ein geringer Zusammenhang aufgrund einer statistisch zweiseitig signifikanten ($p = .000$) Korrelation von $\text{PHI} > .100$ errechnet werden konnte.

²⁵⁰ Siehe dazu: *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 2000: 104ff

zudem mit „mangelnder familiärer Unterstützung und Anerkennung“ sowie mit „Trennung vom Partner“. Die Variable „Finanzielle Probleme / Schulden“ hängt einerseits mit „Arbeitslosigkeit“, andererseits mit „Trennung vom Partner“ zusammen. Die „Belastungen wegen der Versorgung pflegebedürftiger oder chronisch kranker Angehöriger“ gehen einher mit den „Belastungen durch suchtkranke Familienangehörige“, sind aber ansonsten mit keinen weiteren Variablen assoziiert. Auch Risikofaktoren finden sich in dem Variablengeflecht nicht. Von diesen korrelieren lediglich „Bewegungsmangel / Fehlhaltung“ und „Ungesunde Ernährung“ signifikant ($PHI = .157$).

Abbildung 156 enthält eine Übersicht über die geschlechtsspezifische Verteilung von Belastungskombinationen, wobei Zweier- bzw. Dreierkombinationen, die in einer Dreier- oder Viererkombination enthalten sind, nicht berücksichtigt wurden. Plausibel ist die große Bedeutung der Konstellation „Ständiger Zeitdruck“, „Überlastung durch Beruf und Familie“ sowie „Probleme am Arbeitsplatz“: Dies war bei fast einem Fünftel der behandlungsbedürftig eingeschätzten Frauen gegeben. Auch das Zusammentreffen von „Problemen am Arbeitsplatz“ und „Angst vor Arbeitslosigkeit“ ist nicht nur einsichtig, sondern auch quantitativ bedeutsam, traf dies doch immerhin bei einem Sechstel der weiblichen Kernzielgruppenangehörigen zu. Im Übrigen finden sich die betreffenden Merkmalskombinationen signifikant seltener bei den behandlungsbedürftigen Männern.

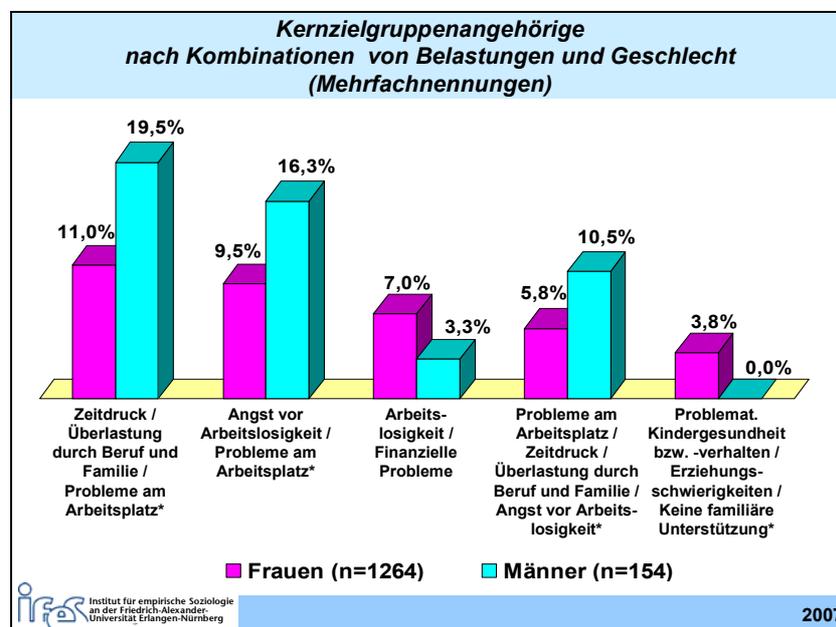


Abbildung 156 * $p < 0,05$)

Eine über die Analyse von Interkorrelationen hinausgehende multivariate Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Belastungen und Risikofaktoren in Form einer Clusteranalyse erbrachte keine befriedigenden Lösungen.

6.4.3.2.4 Aktuelle Bewertung von Belastungen durch Basis- und Kernzielgruppenangehörige

Danach befragt, wovon sie sich zum Befragungszeitpunkt am meisten belastet fühlten, machten die Auskunftspersonen die in den *Abbildungen 157 bis 160* enthaltenen Angaben. Demnach wurde ständiger Zeitdruck am häufigsten als am gravierendsten empfunden (siehe *Abbildung 160*). Es folgen mit der eigenen Gesundheitsstörung / Krankheit / Behinderung zusammenhängende Probleme (*Abbildung 157*) sowie finanzielle Sorgen / Schulden und Angst vor Arbeitslosigkeit (*Abbildung 160*) sowie Überlastung durch Beruf und Familie (*Abbildung 158*). Alle übrigen Belastungen scheinen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung ist erkennbar, dass auch hier Frauen weit häufiger (allerdings nicht durchgehend signifikant) über Belastungen berichteten als Männer.

Betrachtet man die als am stärksten empfundenen Belastungen zielgruppenspezifisch (siehe *Abbildungen 161 bis 164*), so zeigt sich auch hier wiederum, dass die behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen (oftmals signifikant) häufiger entsprechende Angaben machten als Basiszielgruppenangehörige. An der Rangreihe der gravierendsten Belastungen ändert sich wenig: Im Vordergrund steht bei den Behandlungsbedürftigen die krankheits- bzw. behinderungsbedingte Belastung (*Abbildung 161*), es folgen ständiger Zeitdruck, finanzielle Sorgen (*Abbildung 164*), Überlastung durch Beruf und Familie (*Abbildung 162*) und Angst vor Arbeitslosigkeit (*Abbildung 164*).

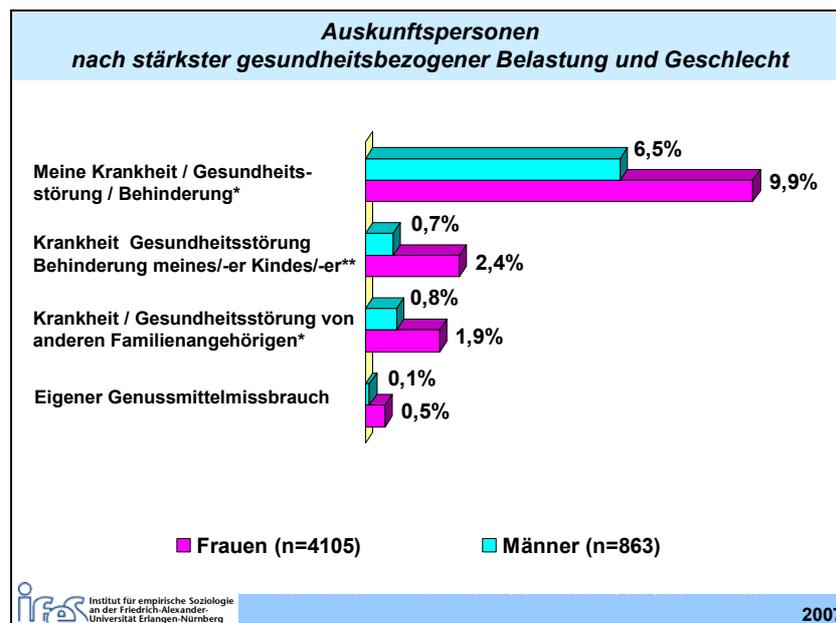


Abbildung 157 ** p < 0,01; * p < 0,05

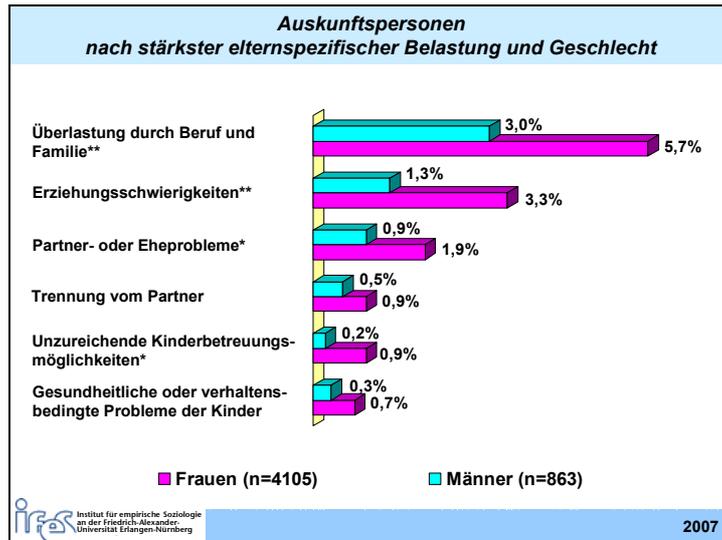


Abbildung 158 ** p < 0,01; * p < 0,05

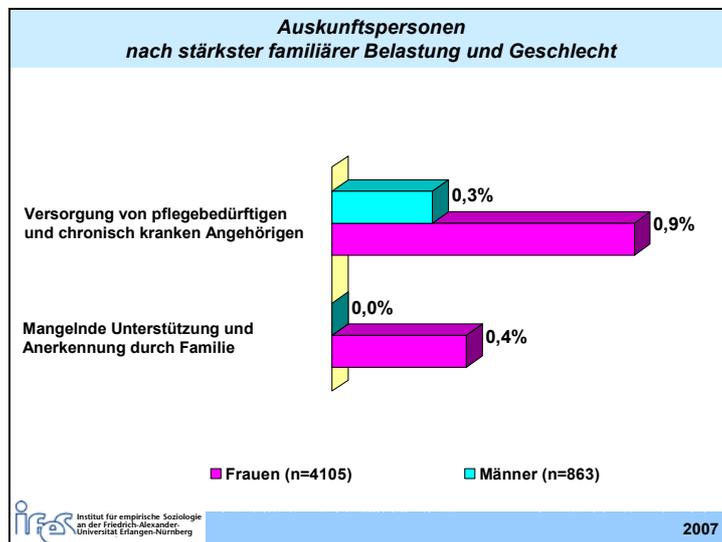


Abbildung 159

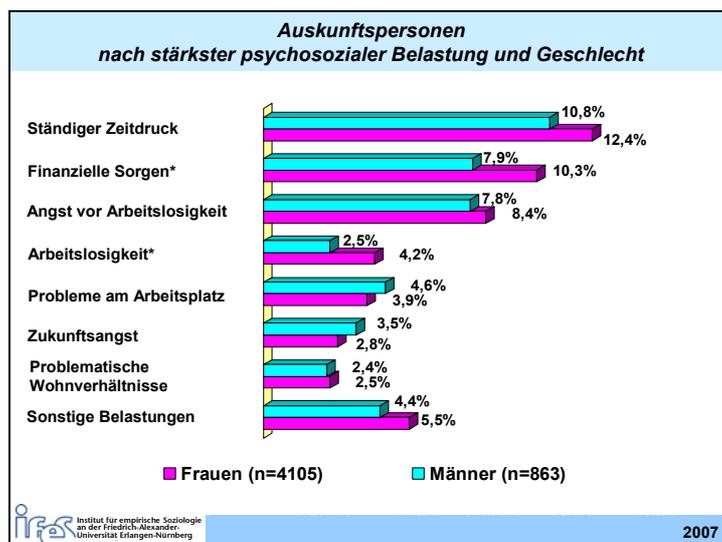


Abbildung 160 * p < 0,05

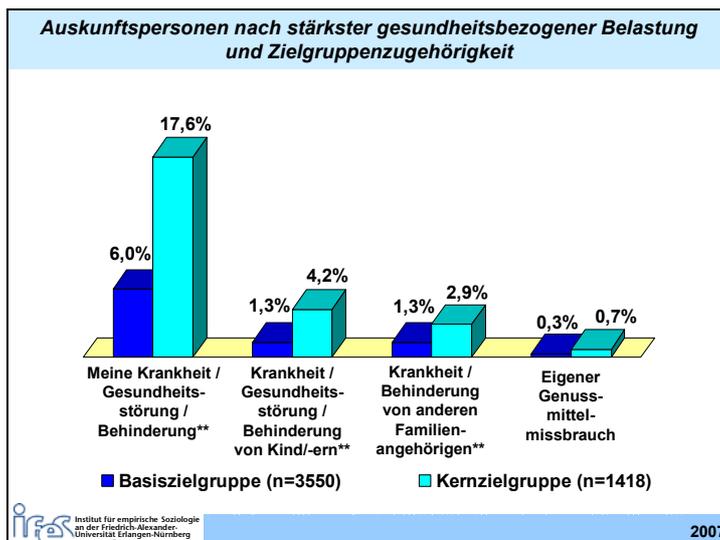


Abbildung 161 ** p < 0,01

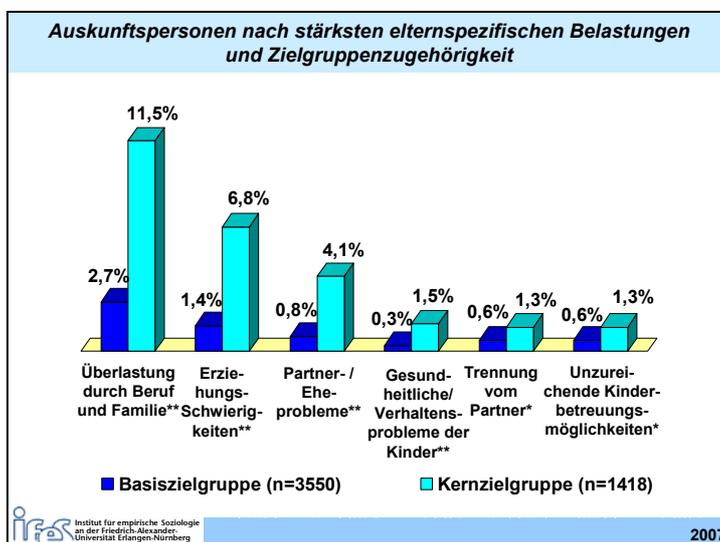


Abbildung 162 ** p < 0,01; * p < 0,05

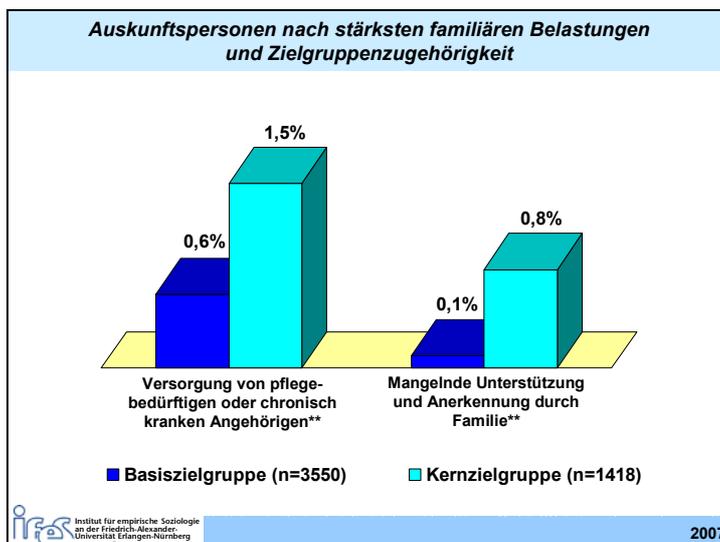


Abbildung 163 ** p < 0,01

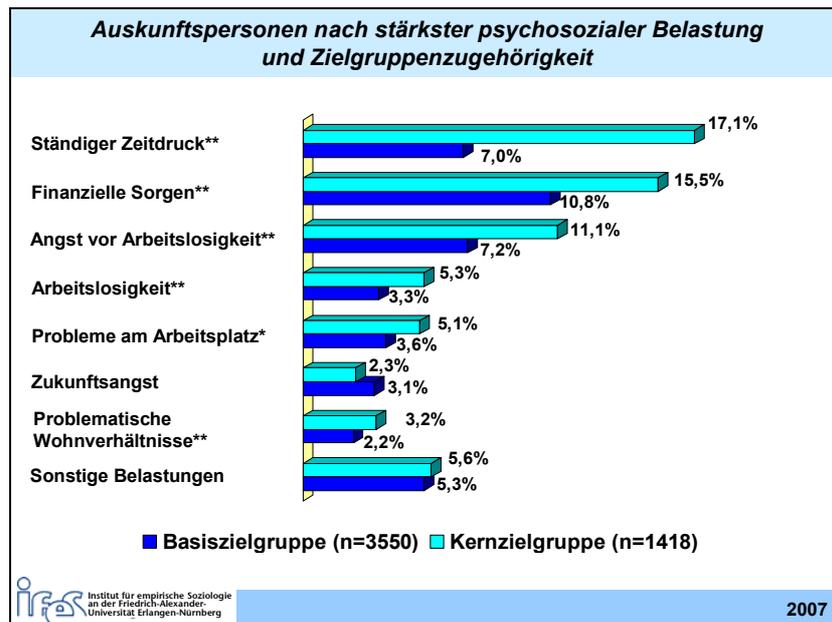


Abbildung 164 ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Die *Abbildungen 165* und *166* lassen wiederum erkennen, dass Frauen und betreuungsbedürftige Kernzielgruppenangehörige signifikant ($p = .000$) häufiger zwei und mehr Belastungen als besonders gravierend empfanden. Demgegenüber ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit psychosomatischen Störungen und jenen mit funktionellen Erkrankungen (ohne *Abbildung*).

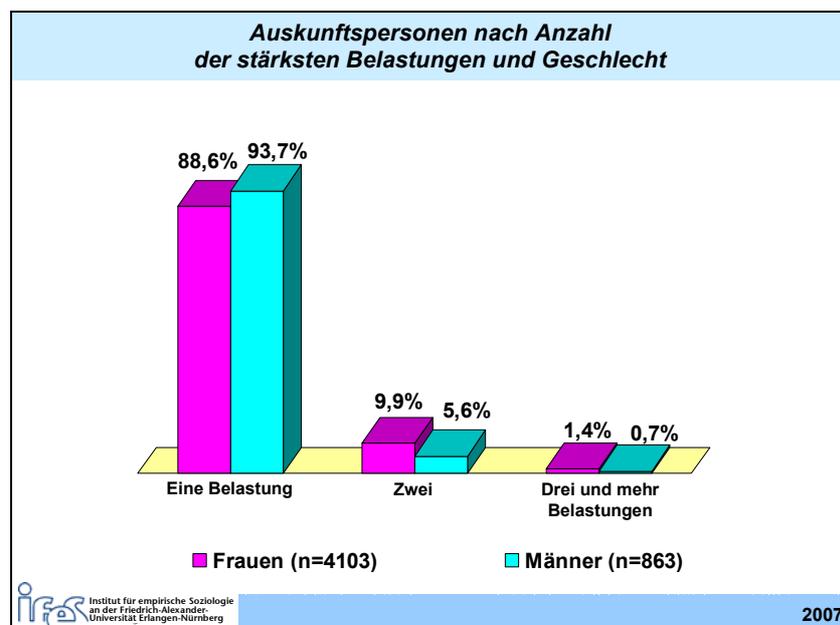


Abbildung 165

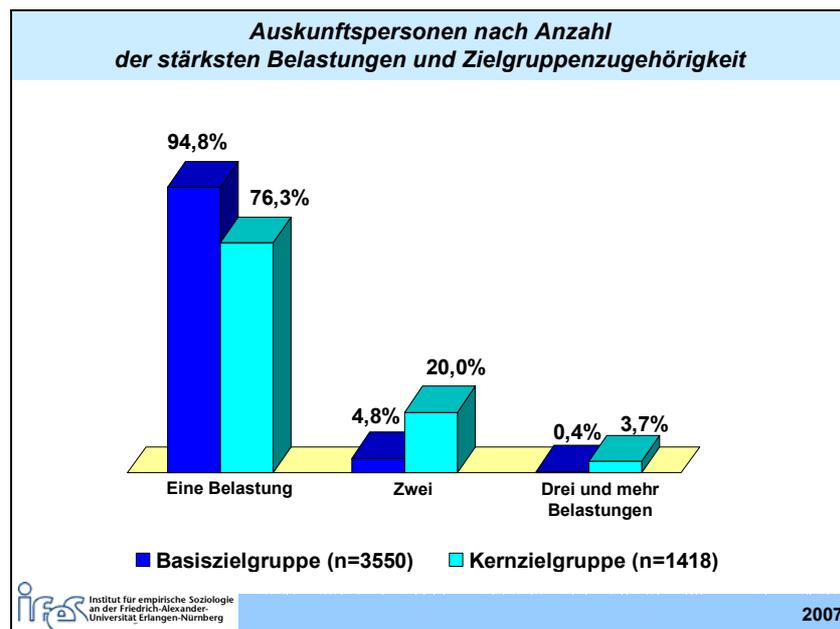


Abbildung 166

6.4.4 Gesundheitliche und psychosoziale Probleme von Kindern der Kernzielgruppenangehörigen

13,5 % der Frauen und 11 % der Männer berichteten, ein oder mehrere Kind/-er zu haben, die seit längerer Zeit krank waren; jeweils knapp vier Prozent der männlichen und weiblichen Zielgruppenangehörigen hatten ein oder mehrere behindertes/-e Kind/-er (Abbildung 167).

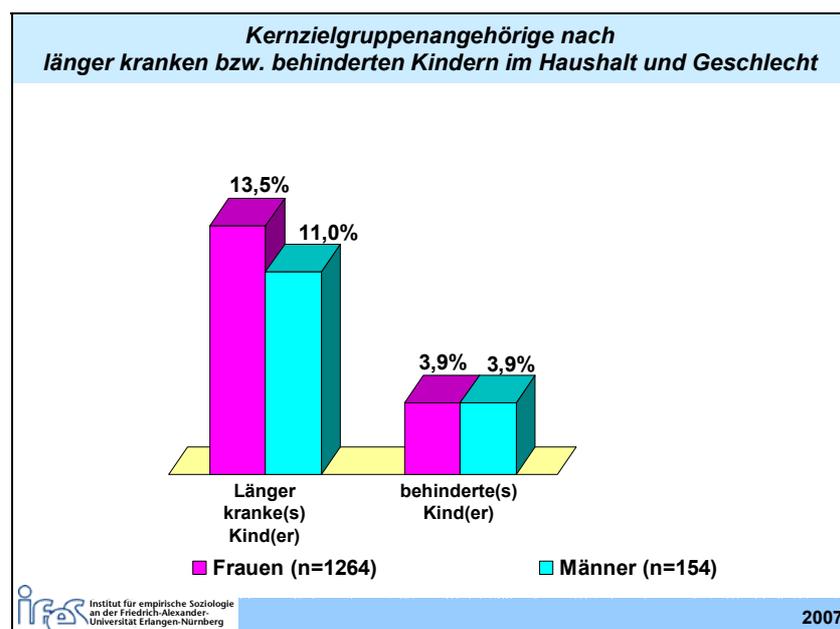


Abbildung 167

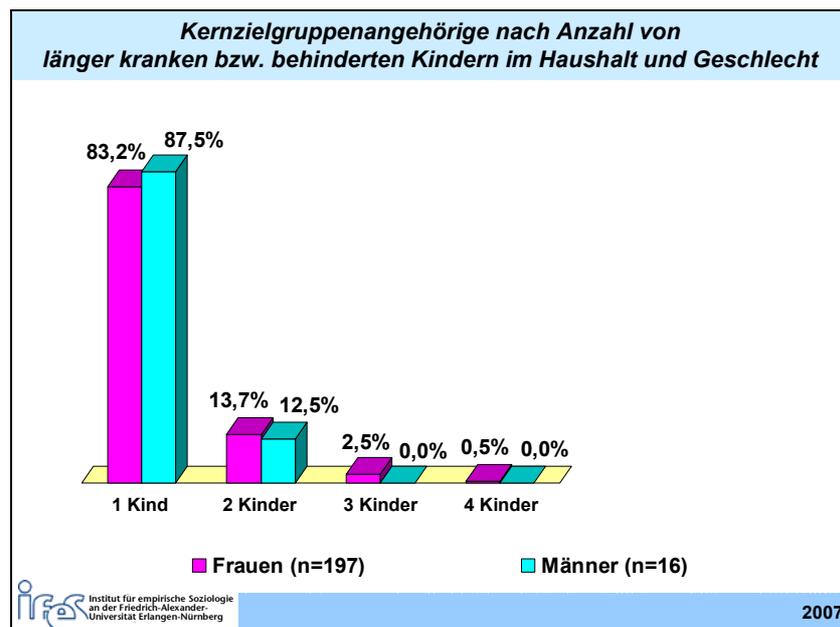


Abbildung 168

Aus *Abbildung 168* geht hervor, dass bis zu vier kranke und / oder behinderte Kinder in den betroffenen Haushalten lebten. Allerdings handelte es sich in vier Fünfteln der Fälle lediglich um ein, in einem Achtel der Fälle um zwei solcher Kinder.

Im Rahmen der Telefonumfrage erschien es nicht zumutbar, die Befragten zu bitten, für jedes ihrer Kinder detailliert über behandlungsbedürftige Krankheiten und psychosoziale Probleme Auskunft zu geben. Insofern ist nicht genau feststellbar, wie groß der Kreis der betroffenen Kinder genau ist. Gleichwohl können die nachfolgenden Informationen einen ersten Eindruck über möglichen Interventionsbedarf vermitteln. Danach befragt, um welche Erkrankungen es sich bei den länger andauernden Krankheiten ihrer Kinder handle, berichteten 67,9 % der betreffenden Elternteile, dass diese unter chronischen Krankheiten litten. Darüber hinaus gaben 61,7 % von ihnen an, bei den Krankheiten handle es sich um Allergien bzw. Atemwegserkrankungen. Demnach ist davon auszugehen, dass beinahe zwei Drittel der Kinder, die bereits seit längerer Zeit krank waren, in diesem Bereich Behandlungsbedarf hatten.

Wendet man sich nunmehr den psychosozialen Problemen zu, von denen ihre Kinder nach Ansicht der Kernzielgruppenangehörigen betroffen waren, so zeigen sich die in *Abbildung 169* enthaltenen Ergebnisse. Am häufigsten wurde über Sprach- und Konzentrationsschwierigkeiten der Kinder geklagt: Ein Fünftel der Elternteile berichtete darüber. Es folgen Probleme in der Schule und psychische Probleme (z.B. Hyperaktivität). Recht häufig sind auch

Schlafstörungen, Beziehungsprobleme des Kindes zu Eltern(-teilen) und Kontaktschwierigkeiten.



Abbildung 169

Etwa ein Drittel der Kernzielgruppenangehörigen gab an, dass ihr(e) Kind(er) von einem oder zwei psychosozialen Problemen betroffen sei. Ein Fünftel dieser als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personengruppe meinte sogar, ihr(e) Kind(er) litte(n) an drei bis acht solcher Störungen (siehe *Abbildung 170*).

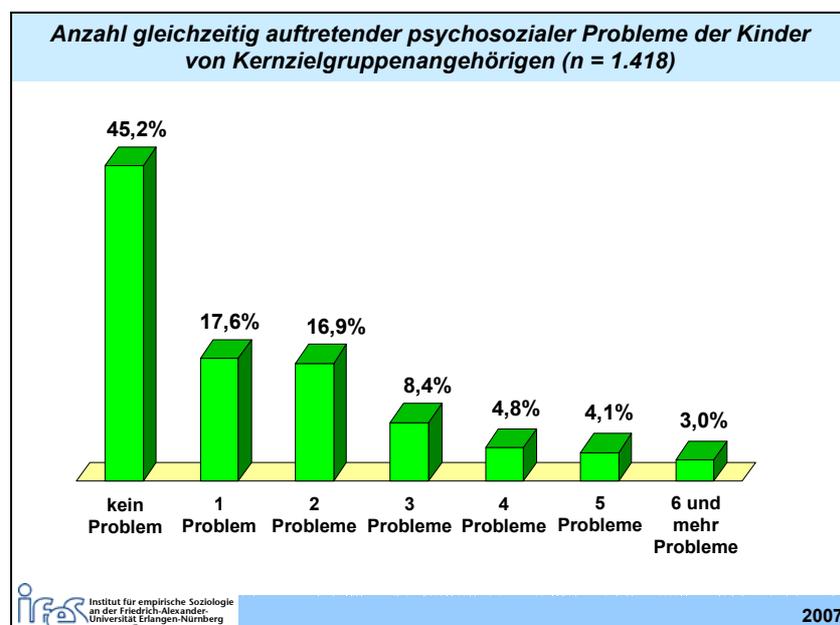


Abbildung 170

Mit *Abbildung 171* wird versucht, trotz der Schwächen des Datenmaterials²⁵¹ zumindest einen Eindruck davon zu bekommen, welche psychosozialen Probleme von Kindern miteinander zusammenhängen. Die Interkorrelation der Variablen erbrachte zumindest einige signifikante Beziehungen,²⁵² die auch inhaltlich als plausibel angesehen werden können. Im Mittelpunkt stehen die psychischen Probleme, die am stärksten mit den Sprach- und Konzentrationsstörungen und den Schulproblemen, darüber hinaus mit Kontaktschwierigkeiten, einem problematischen Verhältnis zu den Geschwistern und Schlafstörungen zusammenhängen. Die Schulprobleme stehen nicht nur mit Sprach- bzw. Konzentrationsstörungen und psychischen Problemen, sondern auch mit problematischen Beziehungen zu Geschwistern und Eltern(-teilen) in einem signifikanten Zusammenhang. Schließlich sind die Zusammenhänge zwischen den Kontaktschwierigkeiten, den psychischen Problemen, den Sprach- bzw. Konzentrationsstörungen und der problematischen Vater-/Mutter-Kind-Beziehung besonders ausgeprägt.

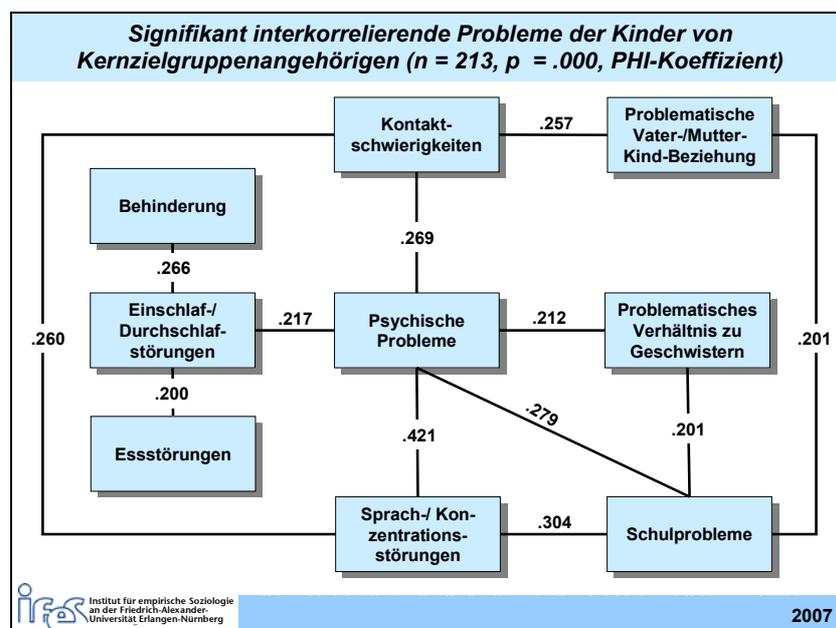


Abbildung 171

Eine Auszählung der Häufigkeit von Merkmalskombinationen verlief allerdings wenig befriedigend: Mit 3,1% war die Kombination „Essstörungen / Schlafstörungen“ am häufigsten, alle übrigen betrafen jeweils keine 2 % der Kernzielgruppenangehörigen.

²⁵¹ Wie erwähnt ist nicht bekannt, auf wie viele Kinder die Angaben zu den psychosozialen Problemen genau zutrafen.

²⁵² Berücksichtigt wurden nur Beziehungen von Variablen, zwischen denen zumindest ein geringer Zusammenhang aufgrund einer statistisch zweiseitig signifikanten ($p = .000$) Korrelation von $\text{PHI} > .200$ errechnet werden konnte.

6.4.5 Zusammenhänge von Symptomkomplexen bei Kernzielgruppenangehörigen

Abschließend wurde versucht, auf aggregiertem Niveau Zusammenhänge zwischen den oben bereits im Einzelnen untersuchten Bereichen („Symptomkomplexe“) der

- psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen,
- somatoformen Beschwerden,
- funktionellen Erkrankungen,
- elternspezifischen und familiären Belastungen,
- sonstigen Belastungen,
- Risikofaktoren und
- gesundheitlichen bzw. psychosozialen Problemen der Kinder

bei den Kernzielgruppenangehörigen zu überprüfen. Auch hier orientierten wir uns an der Studie von *Collatz und Kolleginnen* (2000)²⁵³: Unter der Annahme, dass mehr Nennungen auf eine gravierendere Situation hinweisen, wurden für jeden der genannten Symptomkomplexe Summenscores (Aufaddieren von Nennungen pro Person) errechnet und diese zueinander in Beziehung gesetzt.

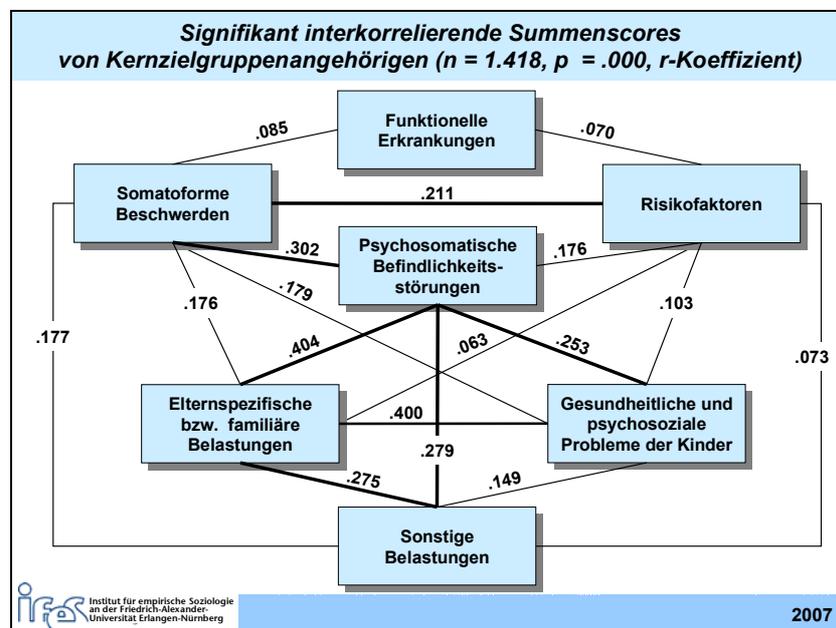


Abbildung 172

²⁵³ Siehe: *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 2000: 109ff

Das Ergebnis dieser Arbeiten, das wiederum nur in Teilen mit den unter anderen Prämissen erarbeiteten Befunden der Forschungsgruppe um *Collatz* übereinstimmt, wird in *Abbildung 172* graphisch dargestellt.²⁵⁴ Demnach lassen sich beinahe zwischen allen Symptomkomplexen signifikante Beziehungen nachweisen. Sie sind jedoch meist nur sehr schwach ($r < .200$) ausgeprägt. Die stärksten und inhaltlich plausiblen Zusammenhänge sind zwischen den „Psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen“, den „Elternspezifischen bzw. familiären Belastungen“, den „Sonstigen Belastungen“ und den „Gesundheitlichen bzw. psychosozialen Problemen der Kinder“ erkennbar. Stärkere Beziehungen ergeben sich auch zwischen den „Psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen“ und den „Somatoformen Beschwerden“, die ihrerseits wiederum mit den „Risikofaktoren“ assoziiert sind.

Ähnlich wie bereits von *Collatz und Mitarbeiterinnen* (2000) festgestellt, stehen die „Funktionellen Erkrankungen“ praktisch ohne engeren Zusammenhang für sich.²⁵⁵ Es muss offen bleiben, ob dies als Bestätigung der dort geäußerten Erklärung gelten kann, „dass die Frauen bei einer ‚klar festgestellten Krankheit‘ den Befindlichkeitsstörungen weniger Gewicht beimessen (und sie deshalb oft nicht nennen), d.h. das Kranksein überdeckt andere psychosomatische Symptome.“²⁵⁶

Eine Untersuchung der quantitativen Bedeutsamkeit von signifikant ($p = .000$; $r > .200$) korrelierenden Symptomkomplex-Kombinationen verlief enttäuschend: Bedeutsam erwies sich lediglich die plausible Kombination „Risikofaktoren“ und „Somatoforme Beschwerden“: Sie konnte bei 14,6 % aller Kernzielgruppenangehörigen festgestellt werden.

6.4.6 Beurteilung von Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten bei Gesundheitsstörungen und Belastungen durch Kernzielgruppenangehörige

Im Rahmen der Erhebung wurden die Kernzielgruppenangehörigen auch danach befragt, was ihnen im Hinblick auf die geschilderten Gesundheitsstörungen und Belastungen helfen könnte, besser damit umzugehen. Die *Abbildungen 173* und *174* zeigen, welche Angebote von den Befragten bereits wahrgenommen wurden, um mit ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Situation besser zurecht zu kommen.

²⁵⁴ Dargestellt werden alle Beziehungen von Variablen, zwischen denen ein Zusammenhang aufgrund einer statistisch zweiseitig signifikanten ($p = .000$) Korrelation (Korrelationskoeffizient r nach *Pearson*) errechnet werden konnte.

²⁵⁵ Vgl. *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 2000: 110

²⁵⁶ *Collatz / Fischer / Thies-Zajonc* 2000: 110. Zu beachten ist allerdings, dass *unsere* Ergebnisse auf der Grundlage von Aussagen von Frauen *und* (relativ wenigen) Männern beruhen.

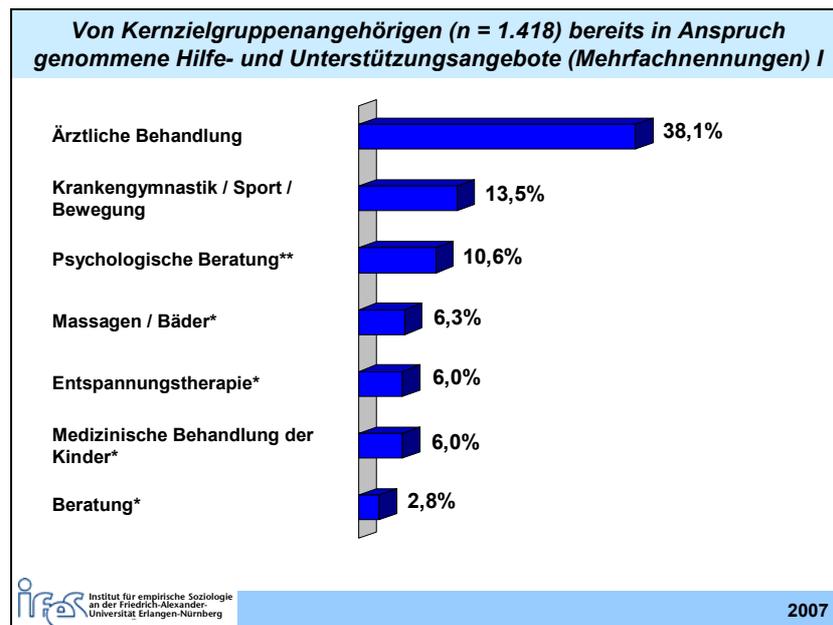


Abbildung 173 (geschlechtsspezifische Unterschiede signifikant, ** p < 0,01; *p < 0,05, siehe Text)

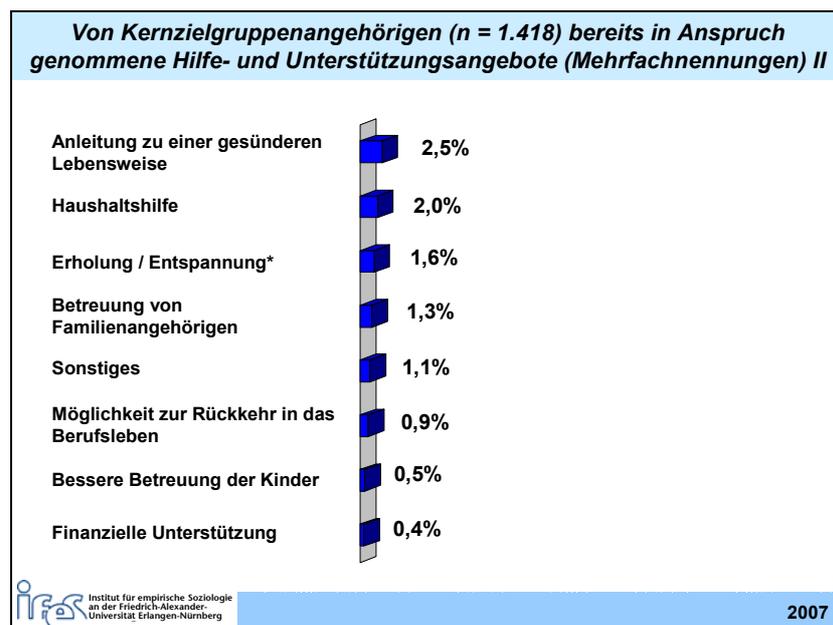


Abbildung 174 (geschlechtsspezifische Unterschiede signifikant, ** p < 0,01; *p < 0,05, siehe Text)

Erwartungsgemäß gaben viele, und zwar fast zwei Fünftel der behandlungsbedürftig eingeschätzten an, bereits in ärztlicher Behandlung zu sein, wobei sich Männer und Frauen lediglich marginal unterschieden. An zweiter Stelle folgen Krankengymnastik / Sport / Bewegung, die schon von mehr als 13 % beider Geschlechter praktiziert wurden, gefolgt von psychologischer Beratung bzw. Psychotherapie, der sich bereits ein Zehntel der Kernzielgruppenange-

hörigen unterzog. Hier sind Frauen signifikant häufiger vertreten. Jeweils rund 6 % der Behandlungsbedürftigen (Frauen signifikant häufiger als Männer) nahmen Massagen oder Bäder in Anspruch oder ließen sich entspannungstherapeutisch behandeln. Alle übrigen enumerierten Angebote wurden von weniger als 2 % dieser Befragten genutzt.

Betrachtet man nunmehr, von welchen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten sich die Kernzielgruppenangehörigen im Hinblick auf ihre gesundheitliche und psychosoziale Belastungssituation etwas versprechen würden, so ergeben sich die in den *Abbildungen 175* und *176* dargestellten Ergebnisse. Dabei ist zu beachten, dass sich die betreffenden Ansichten nicht auf ein bestimmtes ambulantes oder stationäres Behandlungssetting beziehen, da dies an dieser Stelle nicht thematisiert wurde.



Abbildung 175 (signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Abbildung nicht dargestellt, aber ausgewiesen: * $p < 0,05$)

In großem Abstand zu allen anderen der enumerierten Angebote gaben weit über vier Fünftel Befragten an, ihnen wäre am besten mit Erholung und Entspannung gedient, drei Viertel meinten, dass ihnen Massagen und Bäder helfen könnten (Frauen signifikant häufiger). Jeweils rund zwei Drittel glaubten, für sie sei Entspannungstherapie wie Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung (Frauen signifikant häufiger) und / oder Krankengymnastik / Sport / Bewegung nützlich. Jeweils zwei Fünftel gaben an, ihnen sei mit finanzieller Unterstützung bzw. mit einer Anleitung zu einer gesünderen Lebensweise geholfen, ein Drittel meinte, dass eine Haushaltshilfe, ein weiteres knappes Drittel, dass bessere Kinderbetreuung dienlich wäre. Während jeweils ein Viertel (Frauen signifikant häufiger) für psychologische Beratung bzw. Psychotherapie und / oder für Beratung (z.B. Ehe-, Erziehungs-,

Konflikt-, Schuldnerberatung) schlechthin plädierte, sprachen sich weniger als 20 % für eine medizinische oder psychologische Behandlung ihrer Kinder (Frauen signifikant häufiger), für Hinweise auf Möglichkeiten zur Rückkehr ins Berufsleben, die Betreuung von Familienangehörigen oder Sonstiges aus.



Abbildung 176 (signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Abbildung nicht dargestellt, aber ausgewiesen: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

Interessant ist, dass therapeutische Angebote, wie Ärztliche Behandlung ($p = .000$), Psychologische Beratung ($p = .000$), Massagen / Bäder ($p = .000$), Krankengymnastik / Sport / Bewegung ($p = .000$), Entspannungstherapie ($p = .000$), aber auch Erholung / Entspannung ($p = .004$) sowie edukative Maßnahmen wie Anleitung zu gesünderer Lebensweise ($p = .050$), und beratende Angebote, wie Ehe-, Erziehungs-, Konflikt-, Schuldnerberatung ($p = .015$), signifikant häufiger von Personen mit funktionellen Erkrankungen als hilfreich angesehen bzw. sogar bereits in Anspruch genommen werden als von Befragten mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden (siehe dazu die *Abbildungen 177 bis 180*). Demgegenüber sind zwischen der Variablen „im Vordergrund stehende Symptomatik“ und eher auf soziale, logistische und materielle Unterstützung ausgerichtete Angebote keine signifikanten Beziehungen festzustellen.

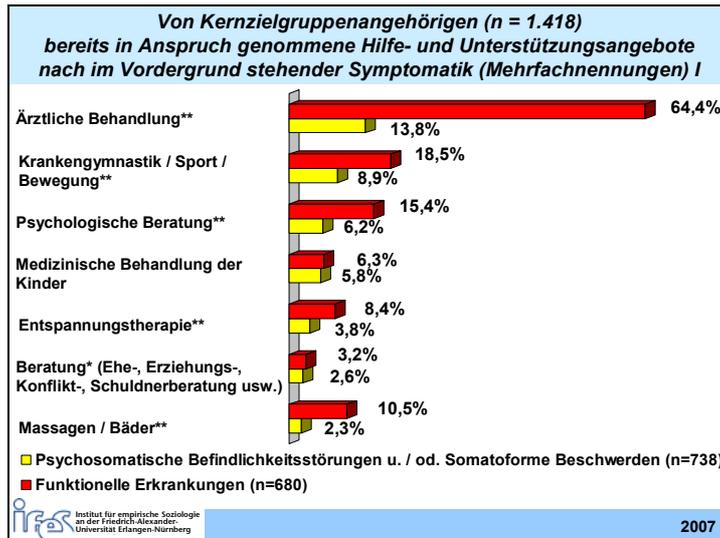


Abbildung 177 ** p < 0,01; *p < 0,05

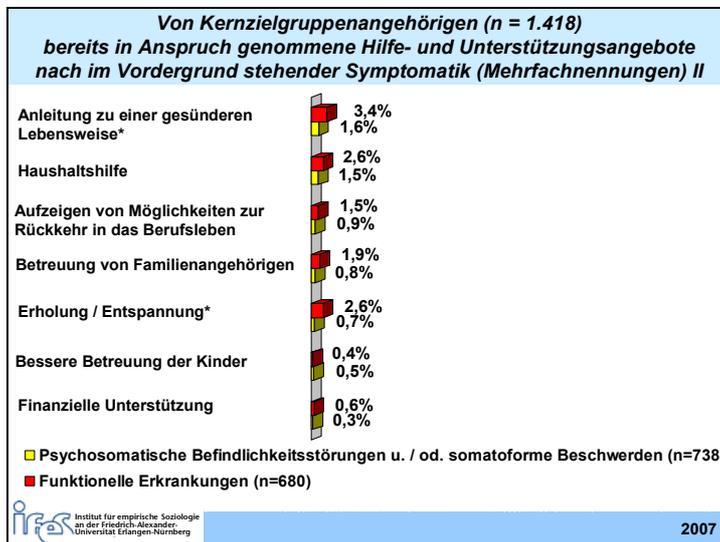


Abbildung 178 *p < 0,05

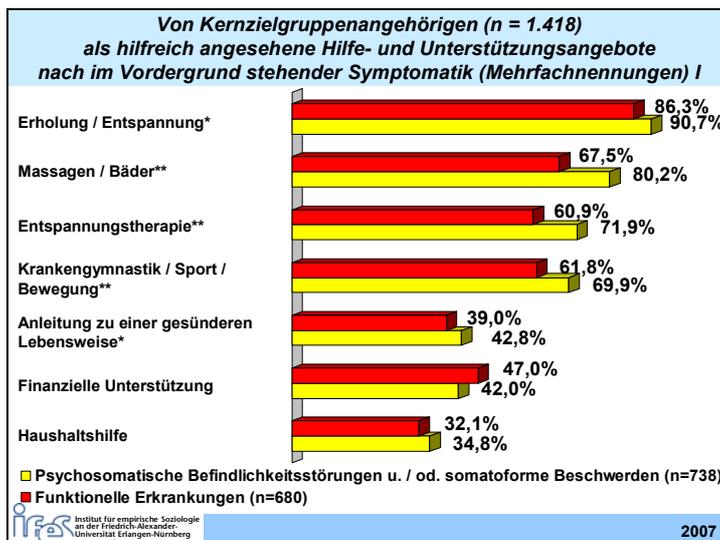


Abbildung 179 ** p < 0,01; *p < 0,05

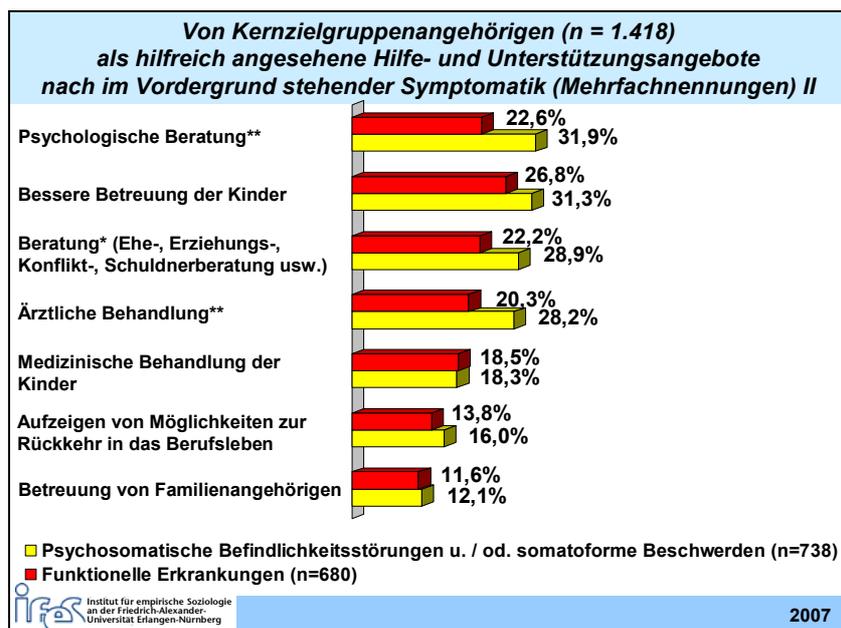


Abbildung 180 ** p < 0,01; *p < 0,05

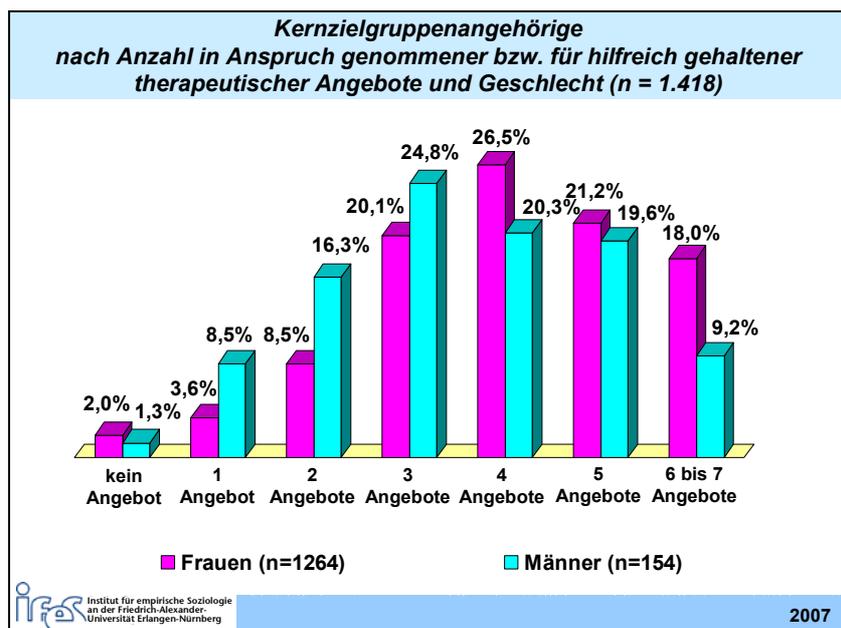


Abbildung 181

Betrachtet man nunmehr, inwieweit bei den Kernzielgruppenangehörigen komplexer Interventionsbedarf vorliegt, indem geprüft wird, ob diese Personen mehrere der enumerierten professionellen Therapieangebote²⁵⁷ bereits in Anspruch nahmen bzw. für hilfreich hielten,

²⁵⁷ Es handelt sich hier um „Ärztliche Behandlung“, „Psychologische Beratung bzw. Psychotherapie“, Massagen, Bäder“, „Krankengymnastik, Sport, Bewegung“, „Entspannungstherapie“, „Medizinische bzw. psychologische Behandlung meiner Kinder“ und „Anleitung zu einer gesünderen Lebensweise“.

so ergibt sich Folgendes (siehe *Abbildung 181*). Rund 90 % der Befragten meinten, zwei und mehr medizinische oder psychologische Behandlungsangebote zu benötigen, knapp 50 % glaubten, drei bis vier Angebote zu brauchen und knapp zwei Fünftel gaben an, sogar fünf bis sieben solcher Therapien seien erforderlich. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind signifikant ($p = .000$): Demnach benötigten Frauen deutlich häufiger als Männer vier und mehr dieser Angebote. Bei den meisten der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen ist demnach tatsächlich komplexer Behandlungsbedarf gegeben.

Von Interesse erscheint auch hier, ob sich als Personen mit psychosomatischen Störungen eingeschätzte Befragte von jenen mit funktionellen Erkrankungen unterscheiden. Darüber gibt *Abbildung 182* Auskunft. Erkennbar ist, dass Personen mit psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformen Beschwerden ihrer Ansicht nach signifikant häufiger keine bzw. ein bis vier medizinische oder psychotherapeutische Leistungen benötigten als die Befragten mit funktionellen Erkrankungen. Diese wiederum gaben deutlich öfter an, fünf und mehr Angebote wahrnehmen zu müssen.

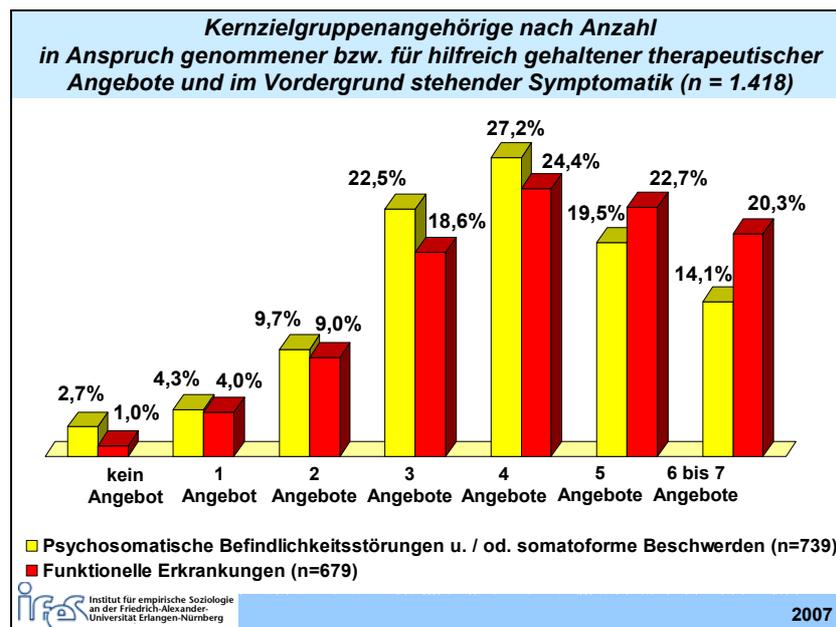


Abbildung 182

Entsprechend wurde auch untersucht, inwieweit die Kernzielgruppenangehörigen angaben, eines oder mehrere der nicht-medizinischen Beratungs- und Unterstützungsangebote²⁵⁸ bereits wahrzunehmen oder für zweckdienlich zu halten (siehe *Abbildung 183*).

²⁵⁸ Hier wurden folgende Angebote berücksichtigt: „Beratung“, Aufzeigen von Möglichkeiten zur Rückkehr in das Berufsleben“, Bessere Betreuung der Kinder“, Haushaltshilfe“, „Betreuung von Familienangehörigen“, Finanzielle Unterstützung“, „Sonstiges“

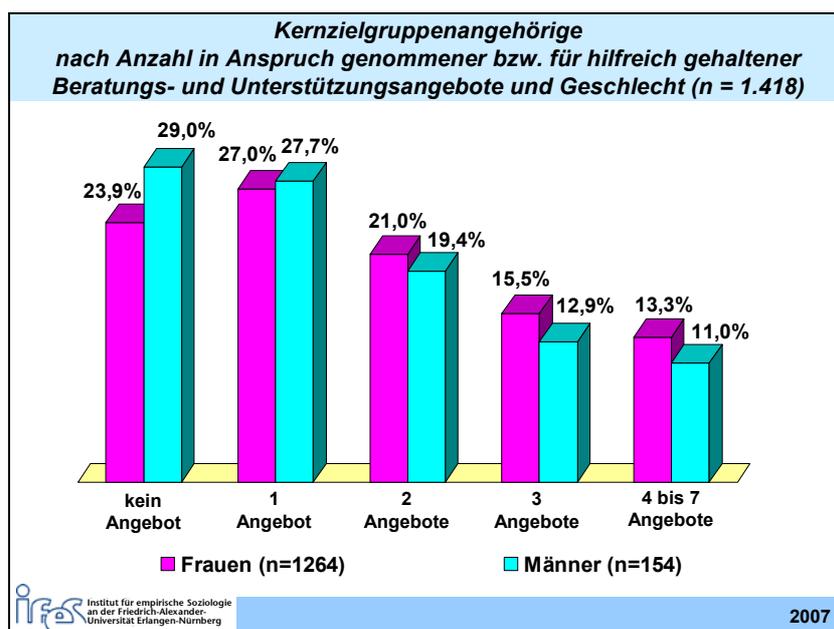


Abbildung 183

Allerdings zeigt sich, dass lediglich etwa 50 % der Befragten mehr als eine dieser Leistungen benötigten, wobei auch hier Frauen größeren Bedarf signalisierten als Männer. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind allerdings ebenso wenig signifikant wie diejenigen zwischen Personen mit psychosomatischen Störungen und funktionellen Erkrankungen.

6.4.7 Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Bild der Befragten

Im Rahmen der Repräsentativumfrage spielten, bezogen auf die Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen²⁵⁹, auch Fragen zum Kenntnisstand, zu Einstellungen und Erfahrungen, zur Teilnahmebereitschaft und zu Teilnahmehindernissen sowie zum Antragsverfahren eine bedeutende Rolle. Über die Ergebnisse wird im Folgenden berichtet.²⁶⁰

²⁵⁹ In Absprache mit dem Projektbeirat wurde im Rahmen der Befragung von „Müttergenesungskuren“ gesprochen, da davon ausgegangen wurde, dass dieser Begriff in der Öffentlichkeit verbreiteter ist als die Fachterminologie. Im Übrigen wurde den Befragten im Zuge des Eröffnungsgesprächs kurz erläutert, was im Einzelnen unter solchen Maßnahmen zu verstehen ist.

²⁶⁰ Vergleiche mit Ergebnissen einer qualitative(n) Analyse der Einstellungen und Meinungsbilder zu Müttergenesungskuren aus Sicht von potentiellen Zielpersonen aus dem Jahre 1999 (siehe: *Info-Team* 1999) sind leider nur in begrenztem Maße möglich, da seinerzeit 120 nicht repräsentativ ausgewählte Mütter befragt wurden.

6.4.7.1 Informationsstand

Wie *Abbildung 184* zeigt, hatten mehr als vier Fünftel der weiblichen und über die Hälfte der männlichen Auskunftspersonen schon einmal von Mütter- bzw. Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren gehört.

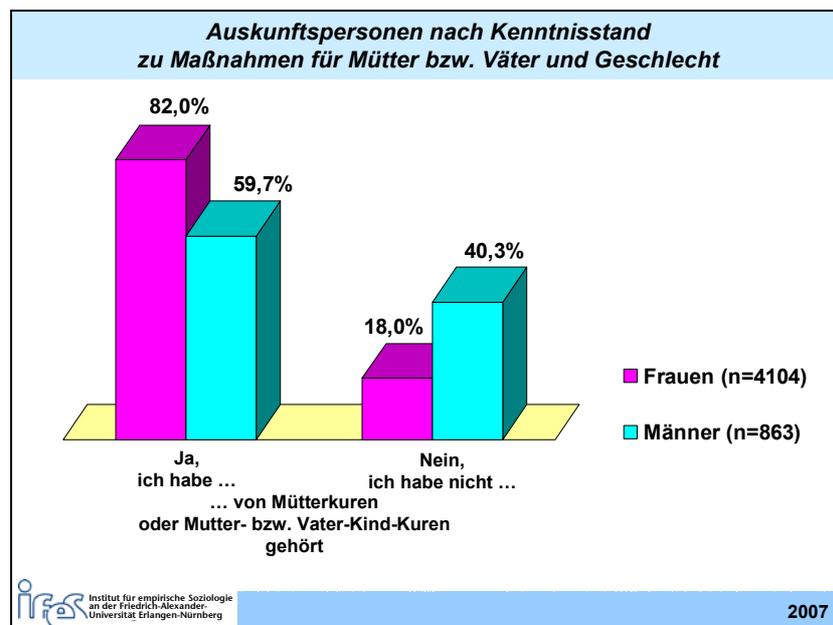


Abbildung 184

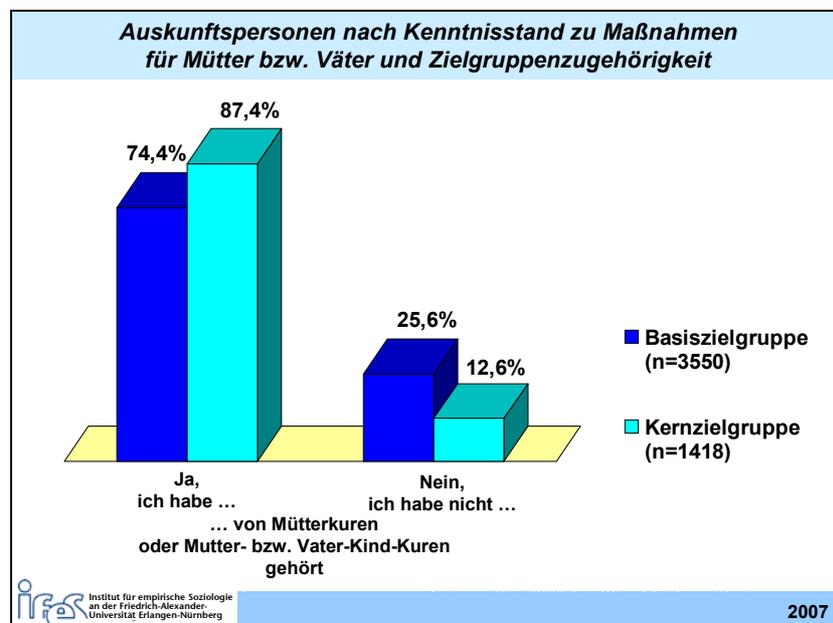


Abbildung 185

Der geschlechtsspezifisch signifikante Unterschied ($p = .000$) hängt sicherlich u.a. damit zusammen, dass die betreffenden Maßnahmen erst seit dem Jahre 2002 auch für Männer mit Kindern geöffnet wurden. Dass als behandlungsbedürftig eingeschätzte Personen signifikant ($p = .000$) besser über diese Maßnahmen informiert sind (siehe *Abbildung 185*), erscheint insofern nicht erstaunlich, als sich solche Personen sicherlich mehr über Therapiemöglichkeiten informieren bzw. solche Angebote häufiger wahrnehmen als nicht Behandlungsbedürftige.

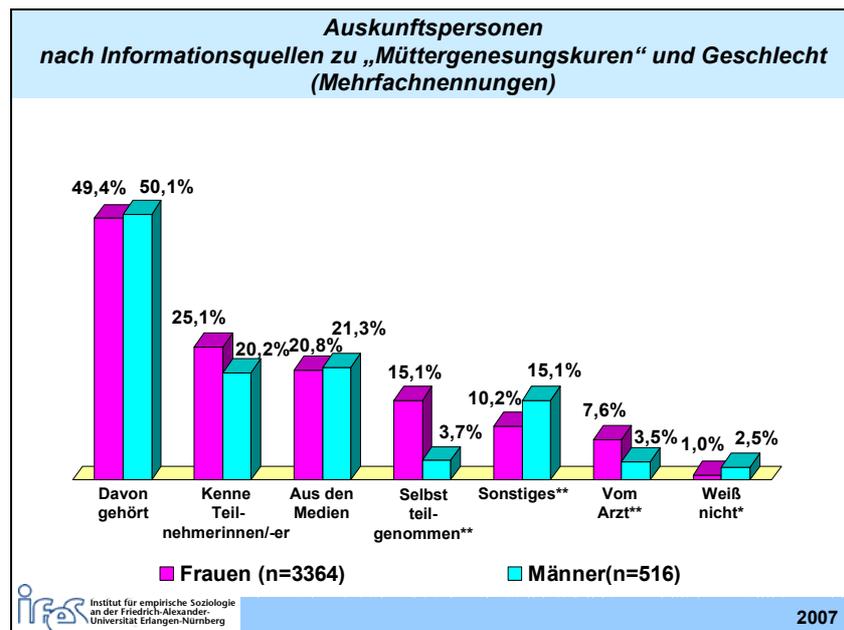


Abbildung 186 (** $p < 0,01$)

Danach befragt, woher sie „Müttergenesungskuren“ kennen würden, gaben die Auskunftspersonen die in *Abbildung 186* enthaltenen Antworten. Demnach meinten die meisten der Befragten, sie hätten „davon gehört“ bzw. würden die Maßnahmen „dem Namen nach“ kennen, ohne Spezifisches damit verbinden zu können. Etwa ein knappes Viertel meinte, sie hätten von ehemaligen Teilnehmerinnen/-ern davon erfahren, ein Fünftel gab an, über die Medien informiert worden zu sein. 15 % der Frauen gegenüber knapp vier Prozent der Männer hatten selbst bereits einmal an einer solchen Maßnahme teilgenommen. Erstaunlich wenige Personen, nämlich 7,6 % der Frauen und 3,5 % der Männer – es handelte sich dabei im Wesentlichen um die ehemaligen Teilnehmerinnen/-er –, hatten die betreffenden Informationen vom Arzt erhalten.

6.4.7.2 Einstellung zur Müttergenesung und ihre Determinanten

Von besonderem Interesse war natürlich, was die Befragten von dem Angebot an Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen halten würden. Aus *Abbildung 187* geht hervor, dass sich rund 15 % der Auskunftspersonen dazu nicht äußern konnten. Sieht man von diesen ab, so waren knapp 45 % der Meinung, sie fänden diese Maßnahmen sehr gut, 37,5 % fanden sie gut, knapp 2 % fanden sie nicht so gut, und weniger als ein Prozent fand sie schlecht.

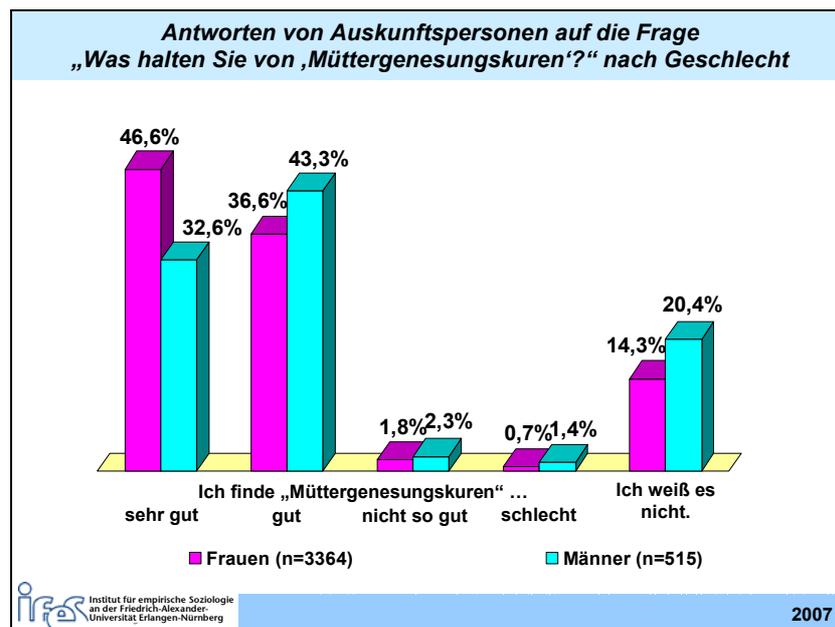


Abbildung 187

Frauen sprachen sich signifikant häufiger positiv aus als Männer, möglicherweise auch deshalb, weil sie über eigene Erfahrungen bzw. Informationen von Bekannten verfügten oder die Besonderheiten eines frauenspezifischen Angebotes besonders würdigen wollten. Allerdings erbrachte ein Abgleich, dass Personen, die frühere Teilnehmerinnen/-er an solchen Maßnahmen kannten, nicht signifikant anders urteilten als solche, bei denen dies nicht der Fall war. Demgegenüber beurteilten Befragte, die bereits selbst einen stationären Aufenthalt in einer entsprechenden Einrichtung hinter sich hatten, signifikant besser, als die Übrigen (siehe *Abbildung 188*). Personen, die über keine persönlichen Erfahrungen verfügten, gaben deutlich häufiger als die ehemaligen Teilnehmerinnen/-er an, sie könnten kein eigenes Urteil abgeben und waren öfter der Meinung, sie fänden diese Maßnahmen schlecht. Personen, die in einer MGW-Einrichtung gewesen waren, fanden die Maßnahme etwas häufiger sehr gut oder gut als Personen, die eine andere Einrichtung besucht hatten. Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant.

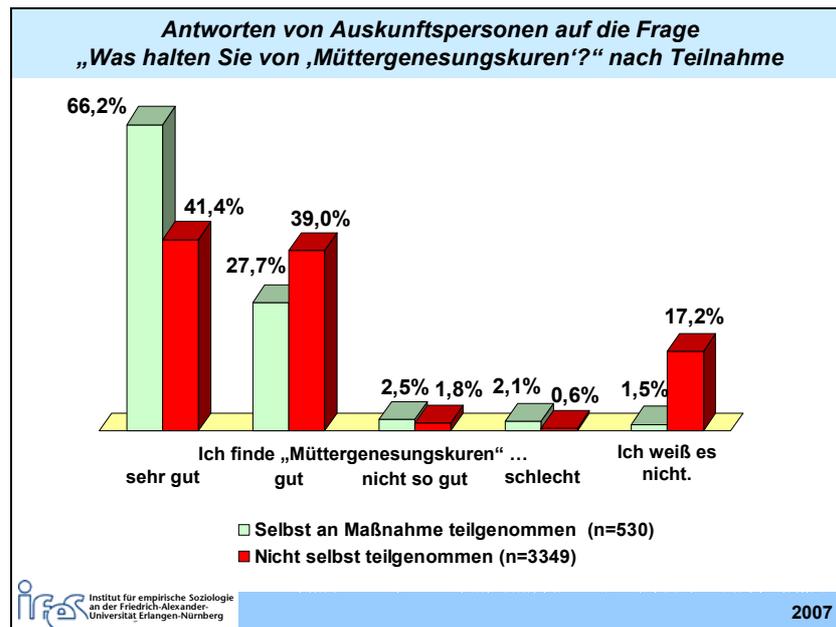


Abbildung 188

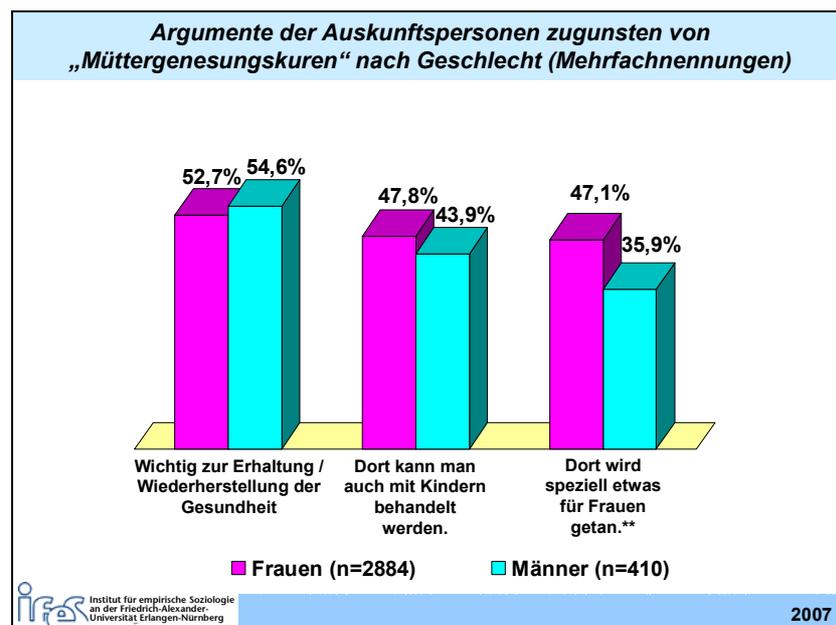


Abbildung 189 ** p < 0,01

Betrachtet man die Begründungen für die positiven bzw. negativen Einschätzungen, so finden sich die in der *Abbildung 189* enumerierten Argumente. Positiv hervorgehoben wurde von mehr als der Hälfte der Befragten, dass solche Maßnahmen wichtig zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit seien. Knapp 50 % meinten, von Vorteil sei, dass man dort gemeinsam mit den Kindern behandelt werden könnte. Schließlich wurde von ebenfalls fast der Hälfte der Frauen und einem Drittel der Männer angemerkt, die Vorzüge bestünden

darin, dass dort speziell etwas für Frauen geleistet würde. 5,2 % der Befragten hoben darüber hinaus positiv hervor, dass man sich dort gut erholen könne und knapp ein Prozent berichtete über gute eigene Erfahrungen. Vereinzelt wurde angemerkt, man verbessere die Beziehung zum bzw. den Umgang mit dem eigenen Kind (18 Fälle), und man könnte sich dort gut mit anderen Müttern austauschen (neun Fälle).

Demgegenüber wurde nur wenig Negatives im Hinblick auf das besondere Angebot vorgebracht. Lediglich 1,1 % berichteten über eigene schlechte Erfahrungen mit einer Kur, 0,7 % äußerten, es handle sich um eine überflüssige Maßnahme auf Kosten der Versichertengemeinschaft, 0,5 % waren der Ansicht, dass man auf eine Kur verzichten könne, wenn man seinen Urlaub vernünftig verbringe und 0,4 % der Auskunftspersonen meinten, die Kur diene eher der Erholung und Entspannung als einer gezielten medizinischen Behandlung. Nur vereinzelt (vier Fälle) wurde geäußert, man befürchte die Ansteckung durch Kinderkrankheiten.

6.4.7.3 Persönliche Erfahrungen mit Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

306 Frauen und 11 Männer, das sind 24,2 % der weiblichen und 7,1 % der männlichen Kernzielgruppenangehörigen, verfügten über persönliche Erfahrungen mit Maßnahmen für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. 63,6 % dieser Befragten waren in einer Klinik des *Müttergenesungswerkes* bzw. eines Wohlfahrtsverbandes und 9,1 % in einer anderen Einrichtung behandelt worden, während 27,3 % nicht mehr wussten, wer Träger des betreffenden Hauses gewesen war.

Danach befragt, wie der Behandlungserfolg seinerzeit gewesen sei, kamen die ehemaligen Teilnehmerinnen/-er, wie aus *Abbildung 190* ersichtlich ist, zu einem überwiegend positiven Urteil. Zwei Drittel dieses Personenkreises gaben an, es sei ihnen nach dem stationären Aufenthalt lange Zeit erheblich besser gegangen. Ein Viertel war der Ansicht, sie hätten sich damals zwar gut erholt, dieser Erfolg habe jedoch nur kurz angehalten. Lediglich 10 %, und zwar ausnahmslos Frauen, meinten, die Behandlung habe nichts gebracht, und knapp drei Prozent (8 Frauen, 1 Mann) berichteten, die Behandlung abgebrochen zu haben. Die Unterschiede zwischen den Angaben von Männern und Frauen sind nicht signifikant.

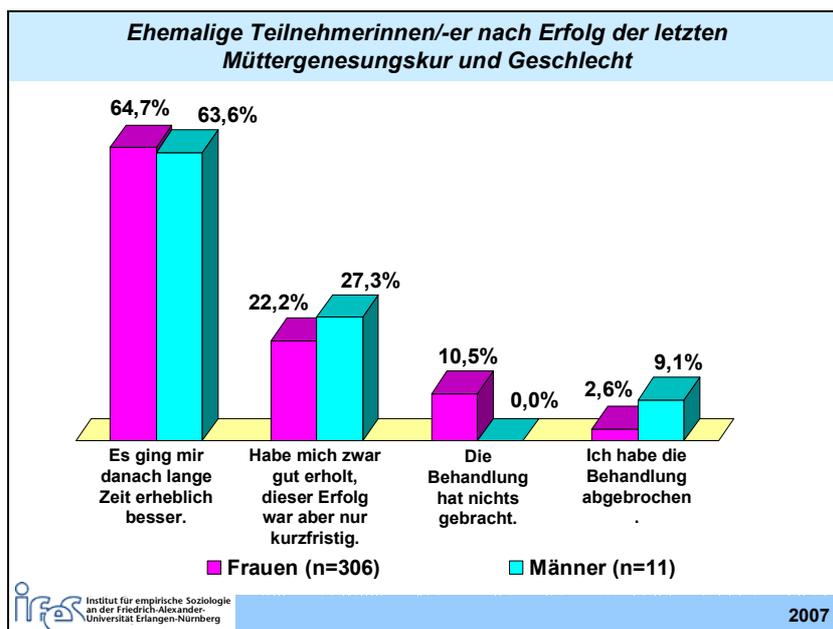


Abbildung 190

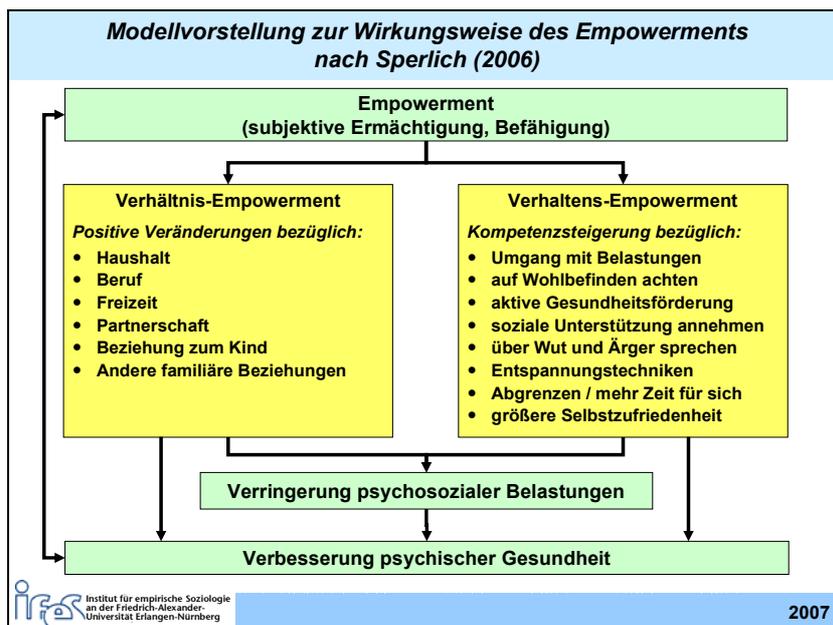


Abbildung 191

Ein bedeutsames Ziel der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter ist es unter anderem, das Selbsthilfepotential und die Eigenverantwortung der Patientinnen für ihre Gesundheit unter Berücksichtigung der sozialen Kontextsituation dauerhaft zu stärken und zu fördern, um so eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen. Demnach geht es hier im Sinne der Modellvorstellungen von *Sperlich* (2006) um Ver-

hältnis- und Verhaltens-Empowerment der Maßnahmeteilnehmerinnen/-er (siehe *Abbildung 191*)²⁶¹:

Vor diesem Hintergrund wurden die ehemaligen Teilnehmerinnen/-er dazu aufgefordert, zu einigen vorgegebenen Aussagen Stellung zu nehmen. Diese bezogen sich, angelehnt an das Konzept von *Sperlich* (2006), auf möglicherweise durch die Maßnahme bewirkte Lernfortschritte und Verhaltensänderungen, die häufig Gegenstand der therapeutischen Bemühungen während eines stationären Aufenthaltes von Müttern und Vätern sind. Aus den *Abbildungen 192* und *193* ergibt sich, wie hoch die Zustimmungquote zur jeweiligen Aussage war. Da sich die Unterschiede der Ansichten von Männern und Frauen durchwegs als nicht signifikant erwiesen, wird auf eine geschlechtsspezifische Darstellung verzichtet.

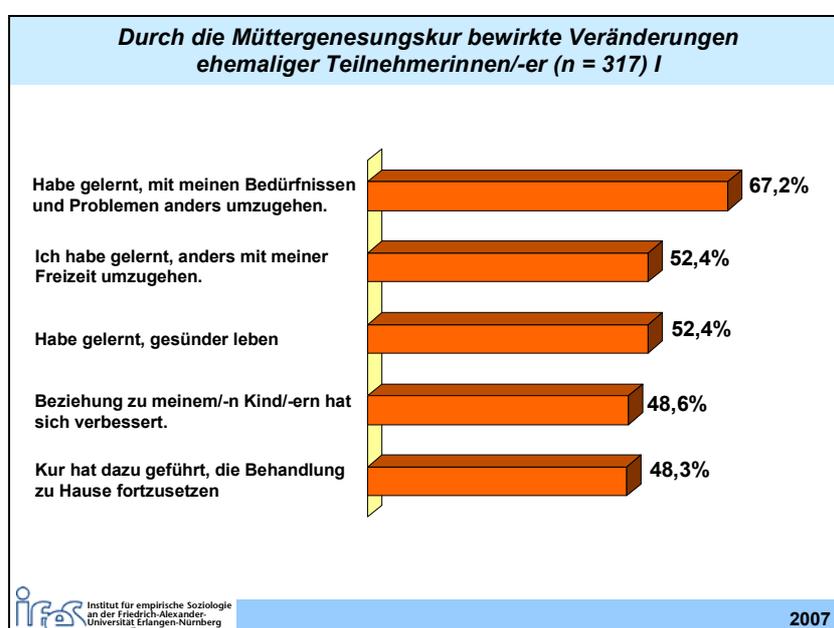


Abbildung 192

Fast drei Viertel der Teilnehmerinnen/-er waren der Überzeugung, sie hätten seinerzeit gelernt, mit den eigenen Bedürfnissen und Problemen besser umzugehen. Gut die Hälfte dieser Befragten war der Ansicht, sie hätten sich dort angeeignet ihre Freizeit adäquater zu gestalten und gesünder zu leben. Eine knappe Hälfte berichtete, sie haben die Behandlung anschließend auch zu Hause fortgesetzt. Ebenso viele Personen waren der Auffassung, die Beziehung zum eigenen Kind bzw. zu den Kindern habe sich verbessert. Allerdings gab nur ein knappes Drittel der Teilnehmerinnen/-er an, sie könnten nunmehr mit den Anforderungen im Haushalt besser umgehen. Weniger als ein Viertel war der Auffassung, der stationären Aufenthalt habe dazu beigetragen, mit Beziehungsproblemen in der Partnerschaft anders

²⁶¹ Vgl. *Sperlich* 2006: 148ff

umzugehen, und lediglich ein Sechstel hatte nach eigener Einschätzung gelernt, mit beruflichen Problemen besser umzugehen. Nur 10 % waren der Ansicht, im Grunde sei alles beim alten geblieben.

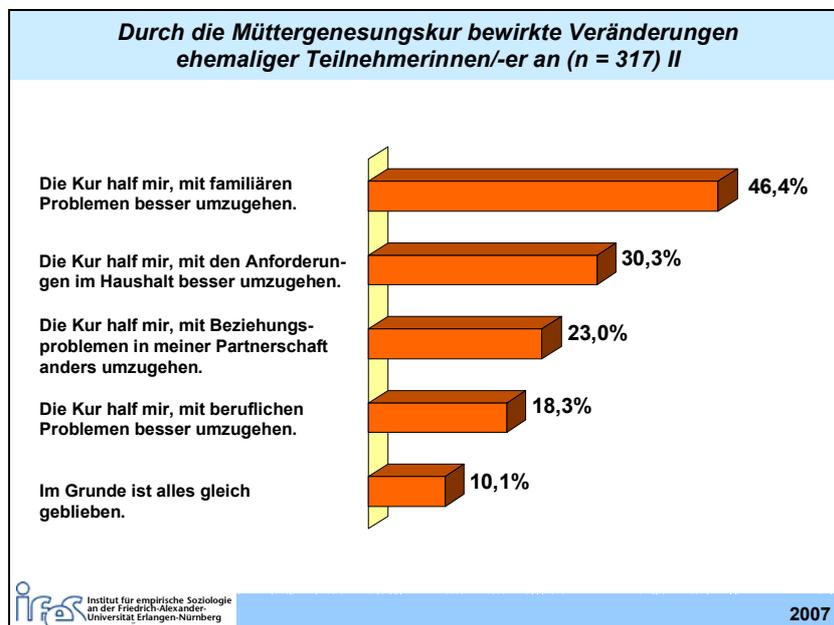


Abbildung 193

Diesen Ergebnissen²⁶² zufolge scheint die besondere Stärke von Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen vor allem im Bereich des Verhaltens-Empowerments, also einer persönlichen Kompetenzsteigerung der Teilnehmerinnen/-er im Hinblick auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen, zu liegen, wohingegen Verhältnis-Empowerment, also positive Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen und Beziehungen, zwar ebenfalls, jedoch in ungleich geringerem Maße bewirkt werden. Diese Ergebnisse entsprechen in etwa den Befunden von *Sperlich* (2006) sechs Monate nach Maßnahmeende.²⁶³

Vor diesem Hintergrund wurden die ehemaligen Teilnehmerinnen/-er danach befragt, ob sie auch jemandem aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis dazu raten würden, an einer solchen Maßnahme teilzunehmen. Das Ergebnis findet sich in *Abbildung 194*:

²⁶² Diese Ergebnisse sollten jedoch mit der angemessenen Vorsicht bewertet werden, beruhen sie doch auf wenigen Items, die im Rahmen der CATI-Umfrage lediglich dichotom („trifft zu“, „trifft nicht zu“) abgefragt wurden, ohne dass kontrolliert werden konnte, wie lange der stationäre Aufenthalt im Einzelnen zurück lag. Demgegenüber benutzte *Sperlich* (2006: 149f) im Rahmen schriftlicher Nachbefragungen, die sechs und zwölf Monate nach Maßnahmeende erfolgten, eine fünfstufige Bewertungsskala.

²⁶³ *Sperlich* (2006: 154ff) ermittelte allerdings, dass der positive Einfluss des Verhaltens-Empowerments auf die psychische Gesundheit 12 Monate nach Maßnahmeende abnahm, während die Bedeutung des Verhältnis-Empowerments erheblich zunahm.

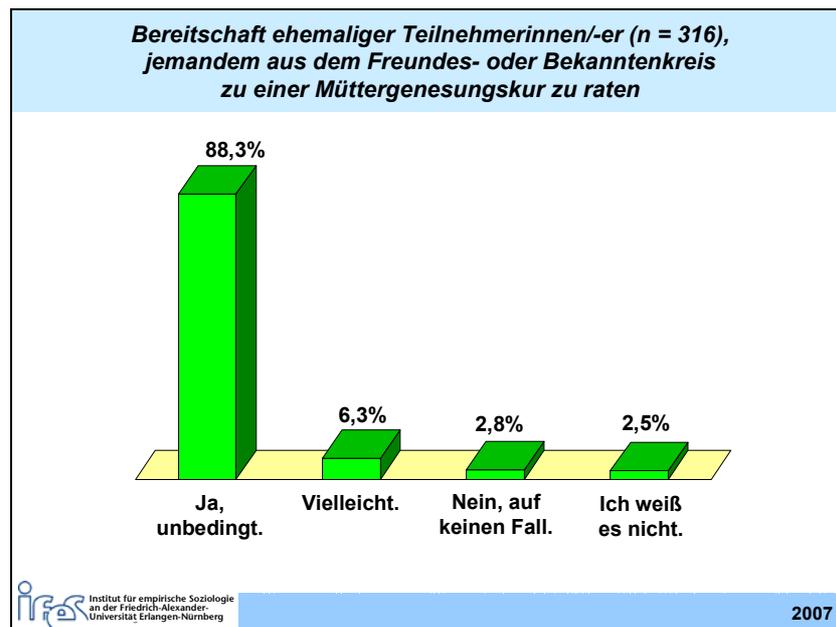


Abbildung 194

Demnach würden fast 90 % dieser Befragten (die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind nicht signifikant) einen stationären Aufenthalt in einer Müttergenesungseinrichtung auch anderen Personen uneingeschränkt und 6,3 % unter Umständen empfehlen. Weniger als drei Prozent würden dies nicht tun. Dieses Ergebnis kann als ein überaus positives Plädoyer jener Mütter und Väter angesehen werden, die über persönliche Erfahrungen mit einer solchen Maßnahme verfügen.

6.4.8 Teilnahmebereitschaft, Teilnahmehindernisse und Antragsverfahren

Von besonderem Interesse war natürlich, in Erfahrung zu bringen,

- wie groß der an Müttergenesungsmaßnahmen interessierte Personenkreis ist,
- wie die betreffenden Männer und Frauen vor dem Hintergrund bestehender Hindernisse die Chance einschätzen, eine solche Leistung in Anspruch nehmen zu können,
- welche Wege sie einschlagen würden, um eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten und
- was sie im Falle einer Ablehnung tun würden.

6.4.8.1 Die Teilnahmebereitschaft und ihre Determinanten

Wie *Abbildung 195* zeigt, meinten drei Viertel der Befragten, sie könnten sich durchaus vorstellen, an einer Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen teilzunehmen, 13 % waren dazu bedingt bereit bzw. wussten es (noch) nicht, und 12 % lehnten eine Teilnahme ab. Zwischen der Basiszielgruppe und der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Kernzielgruppe gibt es hinsichtlich dieser Antworten keinen signifikanten Unterschied.

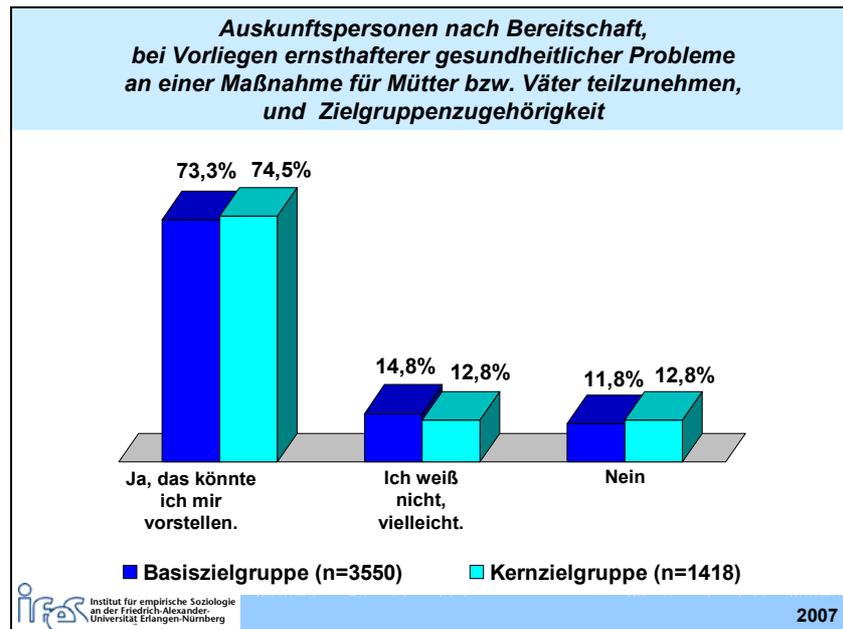


Abbildung 195

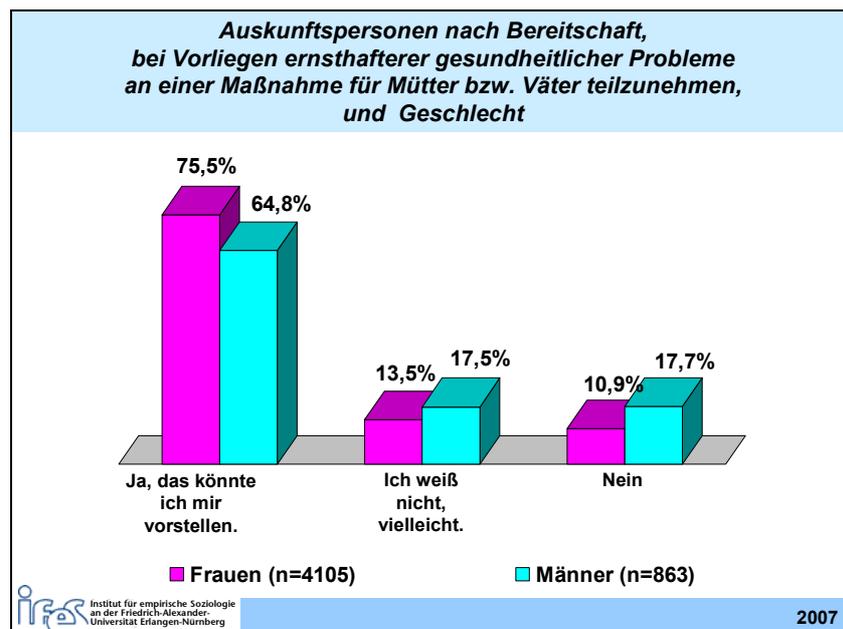


Abbildung 196

Demgegenüber unterscheiden sich die Äußerungen zwischen den Geschlechtern signifikant ($p = .000$; siehe *Abbildung 196*): Während sich rund drei Viertel der Frauen eine Teilnahme uneingeschränkt vorstellen konnten, war dies nur bei zwei Dritteln der Männer der Fall. Umgekehrt finden sich bei den Männern deutlich mehr Unentschlossene und Personen, die eine Teilnahme ablehnten.

In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, dass es 67,2 % der an Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen potentiell Interessierten für erforderlich hielten, im Falle eines solchen stationären Aufenthaltes eines oder mehrere Kinder mitzunehmen. Dabei sahen Frauen signifikant ($p = .000$) häufiger als Männer diese Notwendigkeit (siehe *Abbildung 197*).

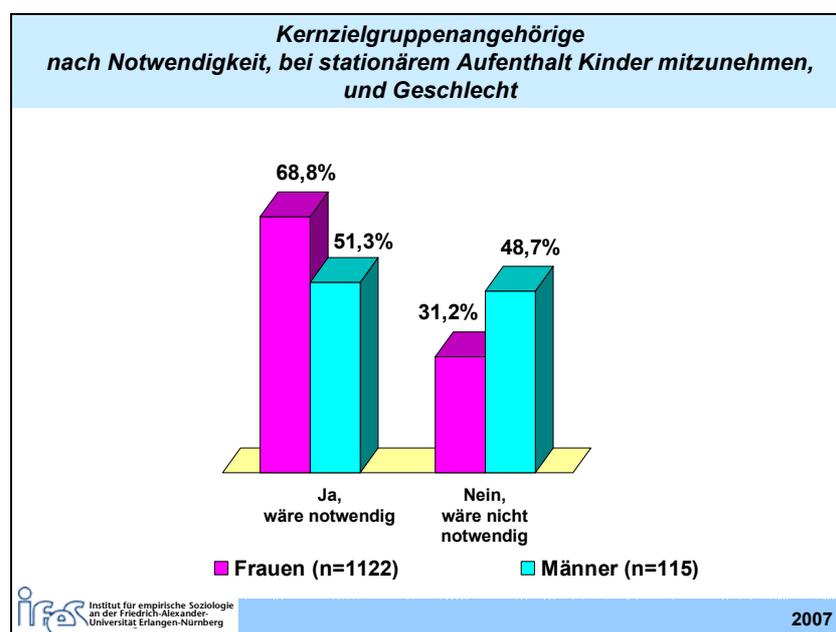


Abbildung 197

Die Notwendigkeit, ein Kind bzw. mehrere Kinder bei einem stationären Aufenthalt mitzunehmen, wurde von zwei Dritteln derer, die dieser Auffassung waren, damit begründet, dass niemand zur Verfügung stünde, die Kinderbetreuung während dieser Zeit sicherzustellen (siehe *Abbildung 198*). Frauen waren signifikant ($p = .042$) häufiger als Männer dieser Ansicht. Argumente, dass Kinder die Trennung nicht verkraften, häufig krank seien oder ohnehin schon unter der Abwesenheit der bzw. des Befragten leiden würden, traten dem gegenüber deutlich zurück.

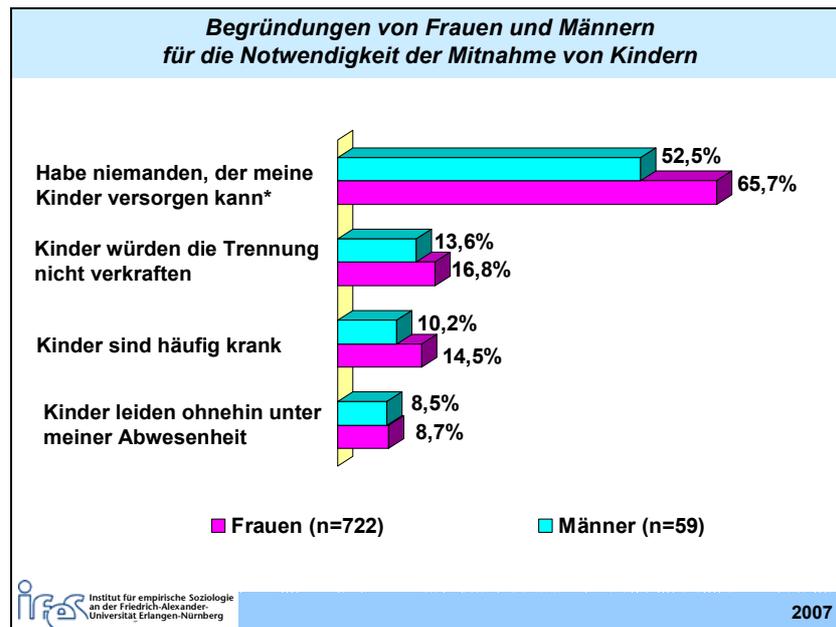


Abbildung 198 (*p < 0,05)

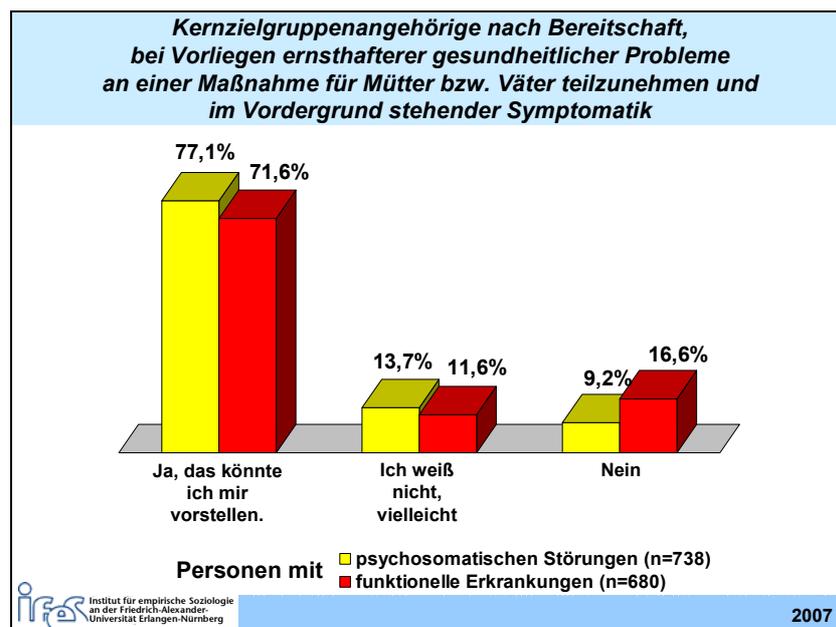


Abbildung 199

Aus *Abbildung 199* ergibt sich, dass Personen mit psychosomatischen Störungen einer Teilnahme an Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen signifikant ($p = .000$) aufgeschlossener gegenüber stehen als solche mit funktionellen Erkrankungen. Möglicherweise halten letztere eine Müttergenesungsmaßnahme in ihrem Fall für nicht leidensgemäß, oder sie sind (noch) so krank, dass sie sich eine stationäre Heilbehandlung (noch) nicht zumuten wollen. Denkbar ist aber auch, dass sie keine ausreichenden Kenntnisse über die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben.

Wie die *Abbildungen 200 bis 205* zeigen²⁶⁴, nimmt die Bereitschaft zur Teilnahme an Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen mit der Anzahl der psychosomatischen Störungen ($p = .000$), der somatoformen Beschwerden (n.s.), der Risikofaktoren (n.s.), der Belastungen generell ($p = .000$), der am stärksten empfundenen Belastungen ($p = .000$) und der gesundheitlichen bzw. psychosozialen Probleme der Kinder ($p = .000$) zu. Offensichtlich ist hier der Leidensdruck die wesentliche Determinante.

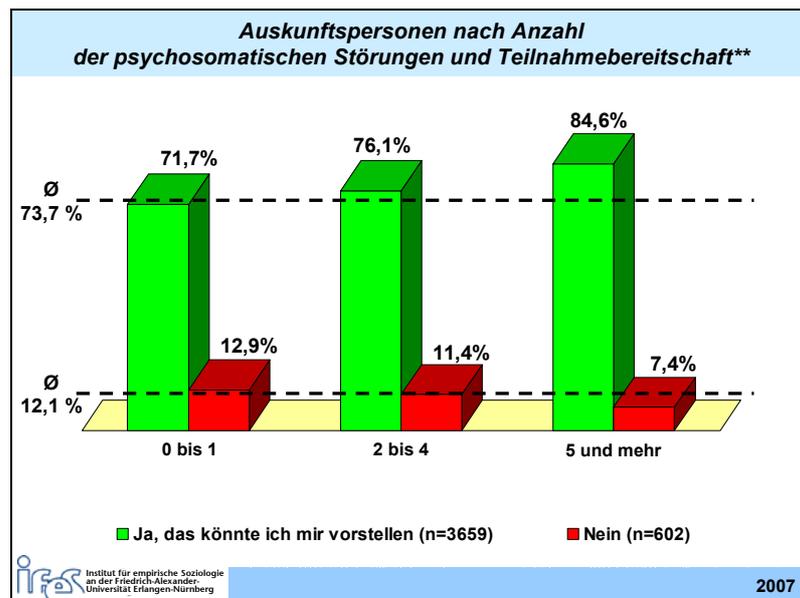


Abbildung 200 ** $p < 0,01$

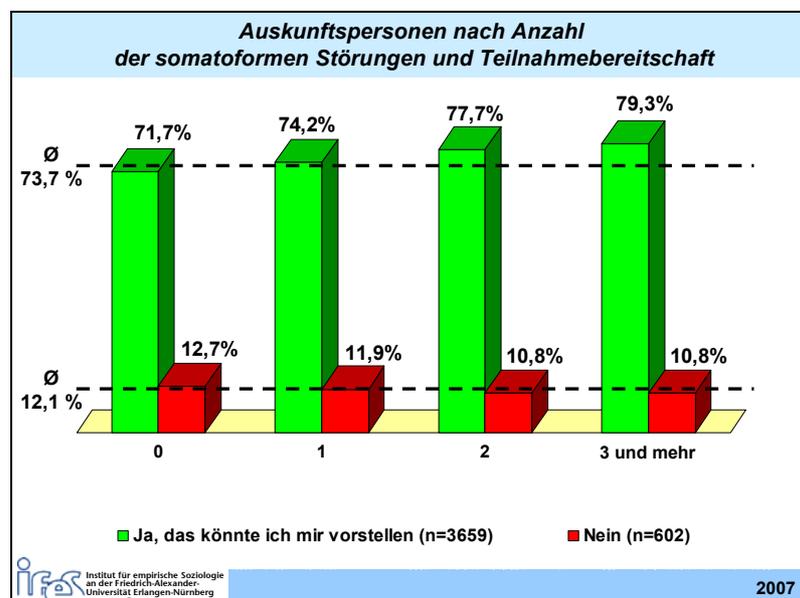


Abbildung 201

²⁶⁴ Der Übersichtlichkeit halber wurde auf die Darstellung der Kategorie „Vielleicht“ bzw. „Ich weiß es nicht.“ jeweils verzichtet.

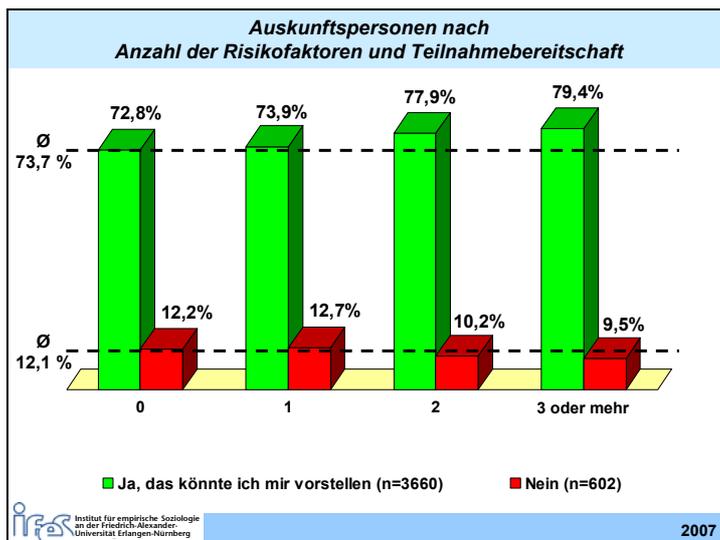


Abbildung 202

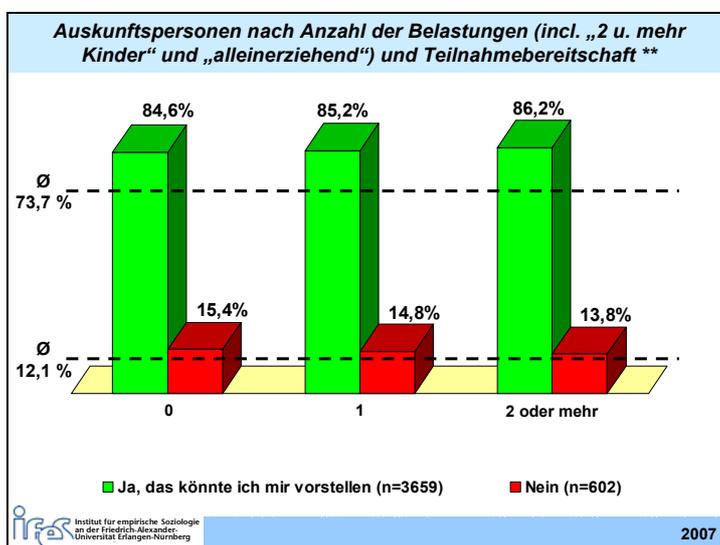


Abbildung 203 ** p < 0,01

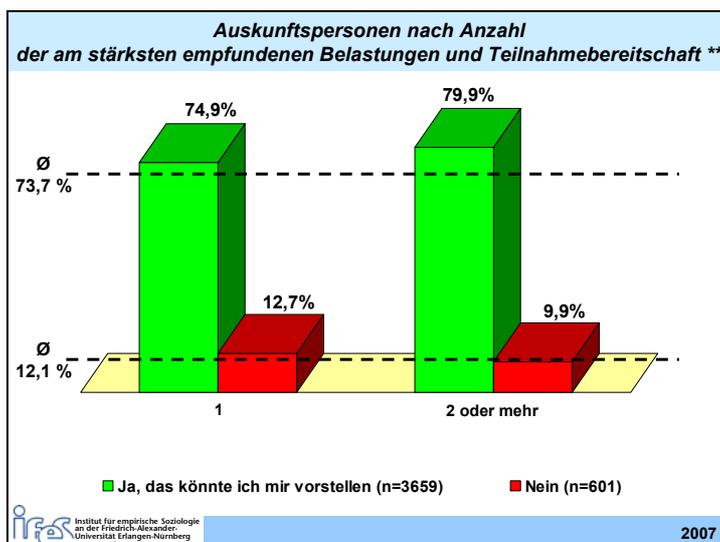


Abbildung 204 ** p < 0,01

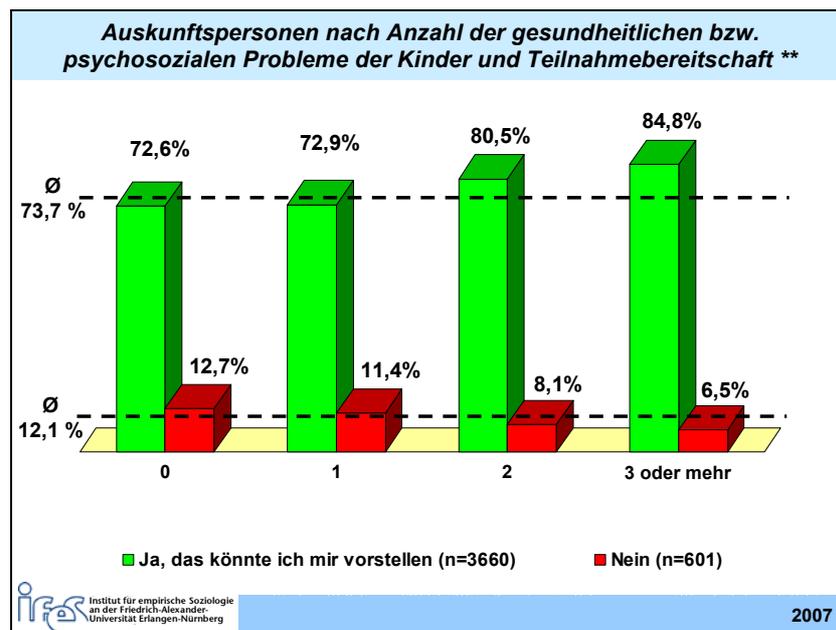


Abbildung 205 ** $p < 0,01$

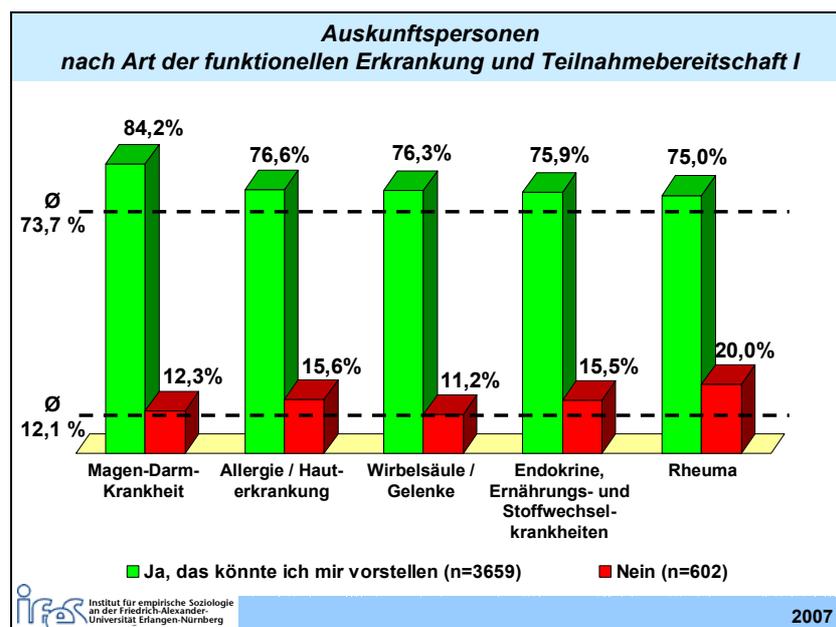


Abbildung 206

Die Abbildungen 206 und 207 enthalten Informationen zum Zusammenhang zwischen bestimmten funktionellen Erkrankungen und der Teilnahmebereitschaft. Am größten ist diese bei den an Magen-Darm-Leiden Erkrankten, am geringsten bei den an Atemwegserkrankungen, an Krebs und an Herz-Kreislauf-Krankheiten Leidenden. Allerdings beträgt bei diesen Personen der Anteil der Mütter und Väter, die sich die Teilnahme an einer MGW-Maßnahme vorstellen können, immerhin noch knapp 70 %. Möglicherweise würden die den Müttergene-

sungsmaßnahmen gegenüber eher skeptisch Eingestellten, die sich vor allem bei den Rheumatikern, den Nervenkranken und den an Atemwegsleiden Erkrankten finden, es bevorzugen, in einer Spezialeinrichtung Hilfe zu suchen. Vielleicht wissen sie aber auch gar nicht, was ihnen eine Müttergenesungsmaßnahme an Behandlungsmöglichkeiten bietet.

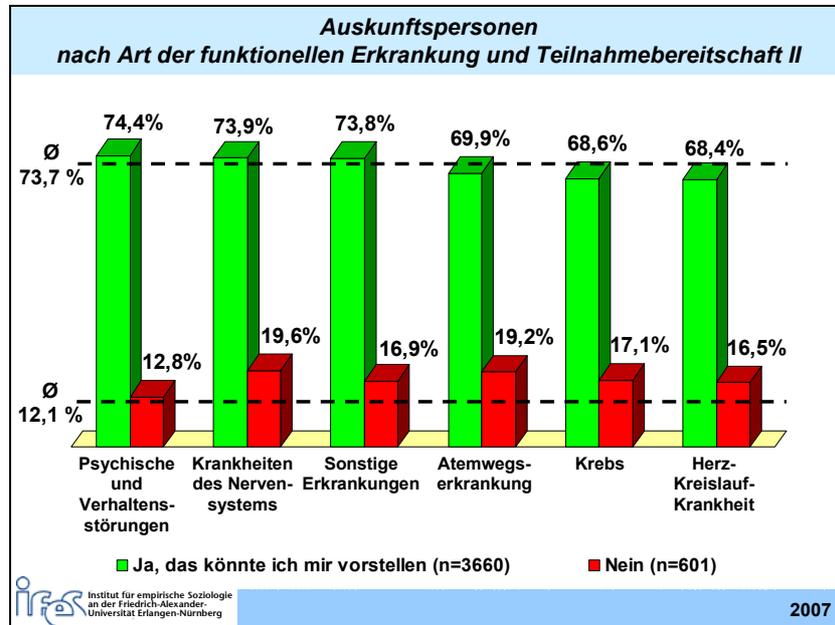


Abbildung 207

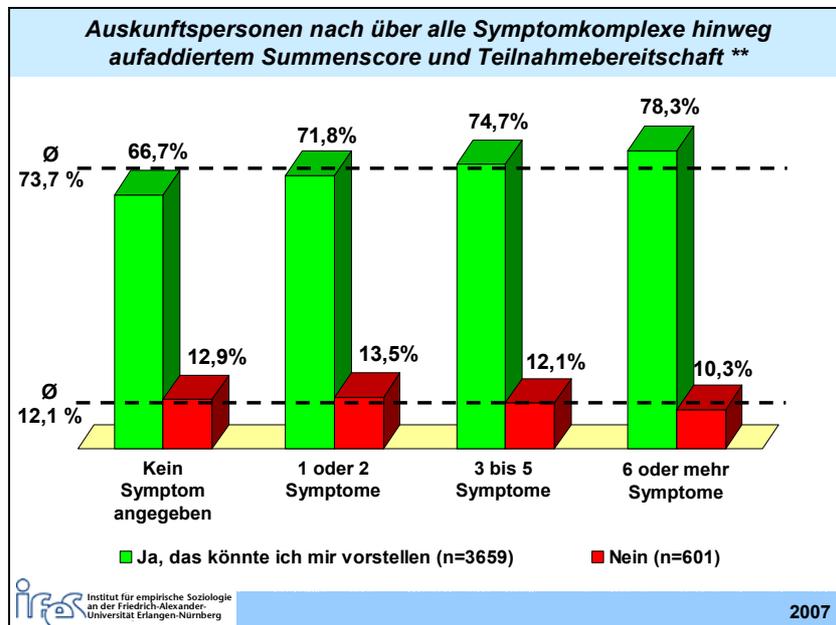


Abbildung 208 ** p < 0,01

In *Abbildung 208* werden die in sämtlichen Symptomkomplexen notierten und aufaddierten Nennungen (Summenscores) zu psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, somatoformen Beschwerden, funktionellen Erkrankungen, elternspezifischen und familiären Belastun-

gen, sonstigen Belastungen, Risikofaktoren sowie gesundheitlichen bzw. psychosozialen Problemen der Kinder in Bezug zur Teilnahmebereitschaft gestellt. Auch hier zeigt sich wiederum in hochsignifikanter Weise, dass die Bereitschaft, eine Müttergenesungsmaßnahme in Anspruch zu nehmen mit der Zahl der Symptome wächst.

Wendet man sich nun soziodemographischen Variablen zu, um ihren Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft zu untersuchen, so ergibt sich folgendes: Wie *Abbildung 209* verdeutlicht, ist die Bereitschaft, sich einer Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu unterziehen, altersabhängig. Während sich die 25- bis 39-jährigen überdurchschnittlich häufig vorstellen konnten, an einer solchen Maßnahme teilzunehmen, war dies bei den jüngsten sowie den Altersgruppen ab 40 Jahren anders: Insbesondere bei den 50- bis 59-jährigen finden sich besonders viele Personen, die eine Teilnahme rundweg ablehnten.

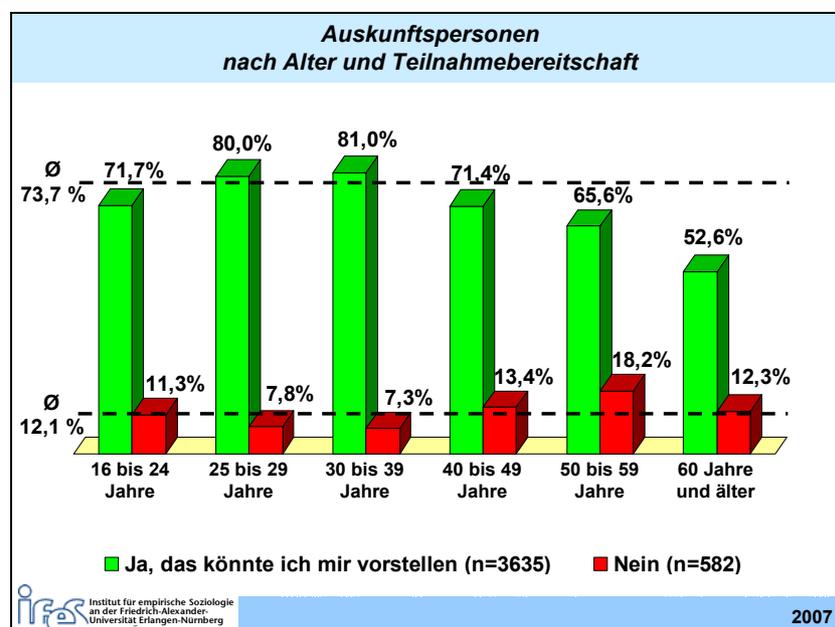


Abbildung 209

Die Familienform hat offensichtlich keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft: Verheiratete bzw. in Partnerschaft Lebende standen einer stationären Heilbehandlung ebenso häufig positiv bzw. negativ gegenüber wie Alleinerziehende. Demgegenüber variieren Zustimmung bzw. Ablehnung mit der Kinderzahl: Nach *Abbildung 210* beurteilen vor allem kinderreiche Personen eine Teilnahme skeptisch. Beachtet man, dass gerade diese besonders häufig Belastungen, die sich aufgrund des großen Haushalts ergeben, ausgesetzt sind, so muss dieses Ergebnis als besonders bedauerlich beurteilt werden.

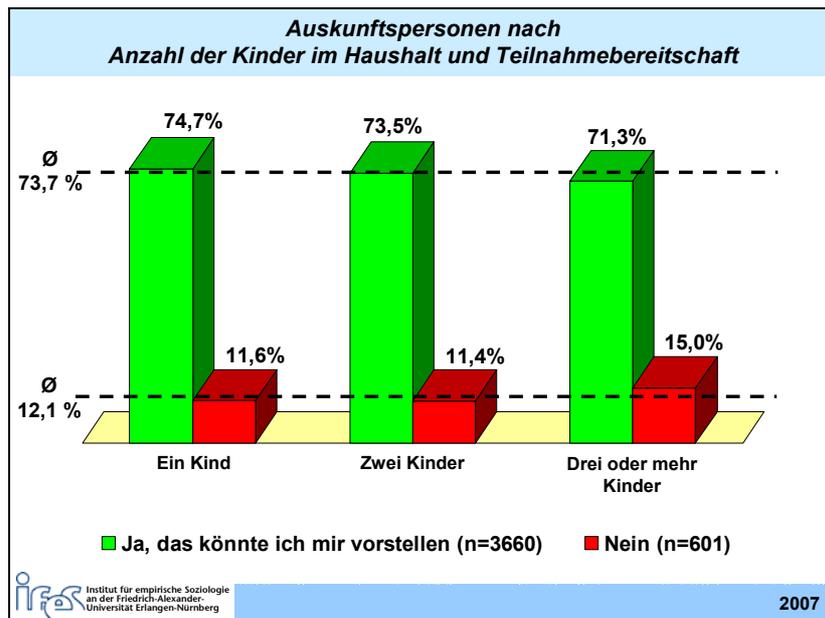


Abbildung 210

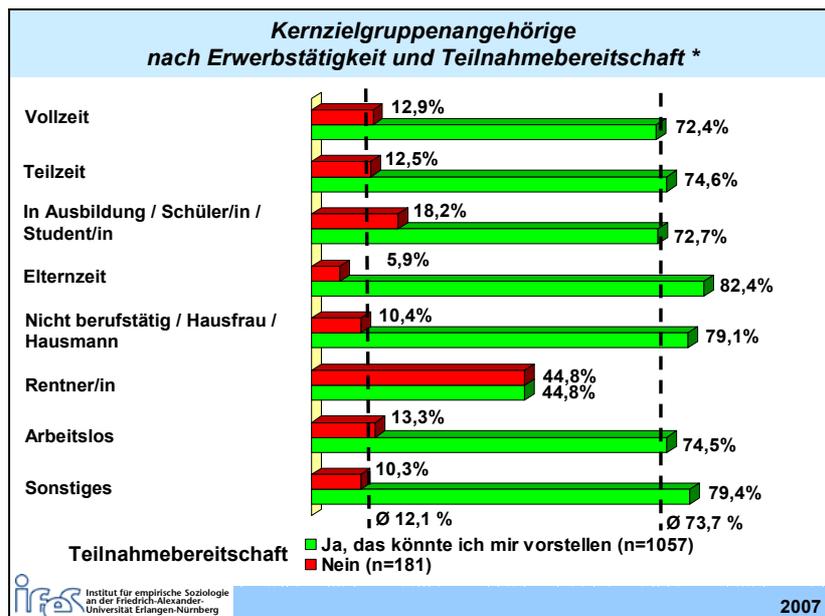


Abbildung 211 (*p < 0,05)

Anzunehmen ist, dass die Tatsache, erwerbstätig zu sein oder nicht, von Einfluss darauf ist, sich zu einer stationären Behandlung zu entschließen. Allerdings zeigt *Abbildung 211*, dass zwar Personen, die eine Elternzeit nehmen, und solche, die nicht berufstätig waren bzw. als Hausfrau/-mann wirkten, einer solchen Maßnahme gegenüber besonders aufgeschlossen sind; die Teilnahmebereitschaft der Vollzeit- und Teilzeittätigen entspricht jedoch in etwa dem Durchschnitt. Befragte, die sich in Ausbildung befanden, waren relativ häufig abgeneigt,

einen längerfristigen Klinikaufenthalt zu absolvieren und damit das Risiko einzugehen, den Anschluss zu verlieren. Am seltensten waren Renterinnen/-er zur Teilnahme bereit, meinten sie doch im Rahmen offener Anmerkungen während der Interviews, bei ihnen „lohne es sich nicht mehr.“

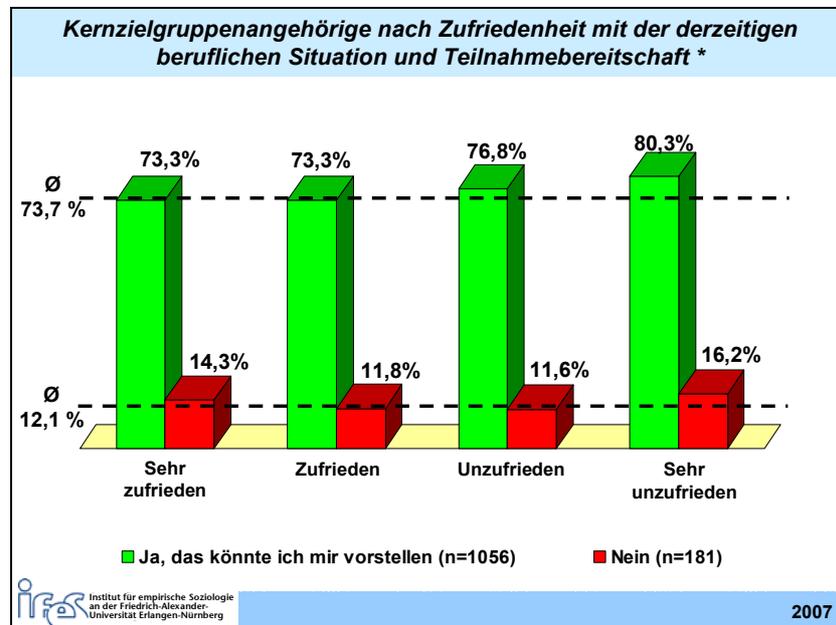


Abbildung 212 (*p < 0,05)

Abbildung 212 lässt schließlich erkennen, dass auch die Berufszufriedenheit von Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft ist. Je unzufriedener eine Person war, desto eher war sie einer Müttergenesungsmaßnahme gegenüber aufgeschlossen. Unter den sehr Unzufriedenen befanden sich die meisten Personen, die zu einer Heilbehandlung bereit waren, erstaunlicherweise aber auch am häufigsten Befragte, die eine solche Maßnahme ablehnten. Möglicherweise ist dies auf die besonderen prekären Bedingungen an ihrem Arbeitsplatz zurückzuführen: So mögen sie die einen so stark belasten, dass die Betroffenen arbeitsmüde und krank werden und daher gerne von einer Heilbehandlung Gebrauch machen würden. Bei anderen können die Arbeitsbedingungen (insbesondere im Hinblick auf Arbeitsplatzsicherheit, Vorgesetzte und Kollegen) so schlecht sein, dass sie nicht wagen, sich um eine Maßnahme zu bemühen. Demgegenüber sind die Bedingungen der mit der Berufssituation Zufriedenen so gut, dass sie kaum Nachteile befürchten, wenn sie eine Müttergenesungsmaßnahme beantragen würden.

6.4.8.2 Einschätzung von Chancen zur Teilnahme an Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sowie Teilnahmehindernisse

Es ist zu vermuten, dass die Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter auch davon abhängt, wie man die Chancen einschätzt, im Antragsverfahren erfolgreich zu sein und aus der Behandlung Nutzen zu ziehen. Zudem können einer Teilnahme objektive Hindernisse entgegenstehen.

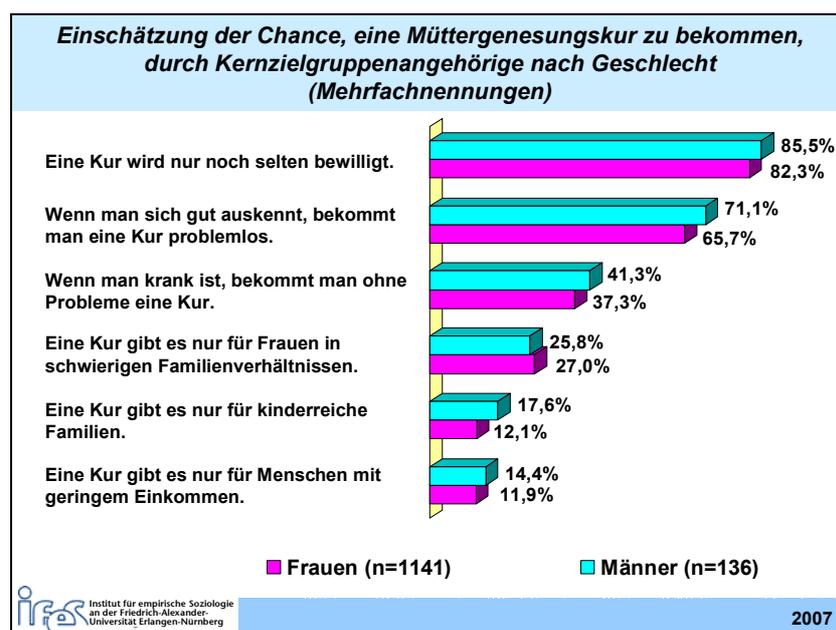


Abbildung 213

Mehr als vier Fünftel der Kernzielgruppenangehörigen waren der Auffassung, dass solche Maßnahmen nur noch selten bewilligt würden (siehe *Abbildung 213*). Allerdings meinten zwei Drittel, dass man solche Leistungen mit entsprechendem *know how* problemlos bekommen könnte. Interessant ist, dass Personen ohne Schulabschluss tendenziell pessimistischer waren, da von ihnen lediglich 55 % diese Ansicht vertraten.

Demgegenüber waren nur zwei Fünftel der Befragten überzeugt, dass man die Maßnahmen dann ohne Schwierigkeiten bekommen würde, wenn man wirklich krank sei. Dieses Ergebnis muss zu denken geben, zeugt es doch von wenig Vertrauen in das gemeinnützig und auf Gerechtigkeit angelegte Sozialversicherungssystem, wenn bei vielen Menschen der Eindruck entsteht, dass wer clever ist eher zu Leistungen kommt als derjenige, der sie wegen Krankheit tatsächlich benötigt. Relativ wenige der Befragten stimmten den falschen Aussagen zu, die betreffenden Maßnahmen richteten sich ausschließlich an Frauen aus schwierigen Fami-

lienverhältnissen (26,8 %), an Frauen aus kinderreichen Familien (12,7 %) oder an Menschen mit geringem Einkommen (12,2 %). Gleichwohl ist hier erheblicher Informationsbedarf erkennbar. Obwohl die Männer vielfach skeptischer antworteten als die Frauen, sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht signifikant.

Was die Gründe anbelangt, die potentielle Adressatinnen/-en davon abhalten, sich um Mütter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu bemühen, so sind diese den *Abbildungen 214* und *206* zu entnehmen.

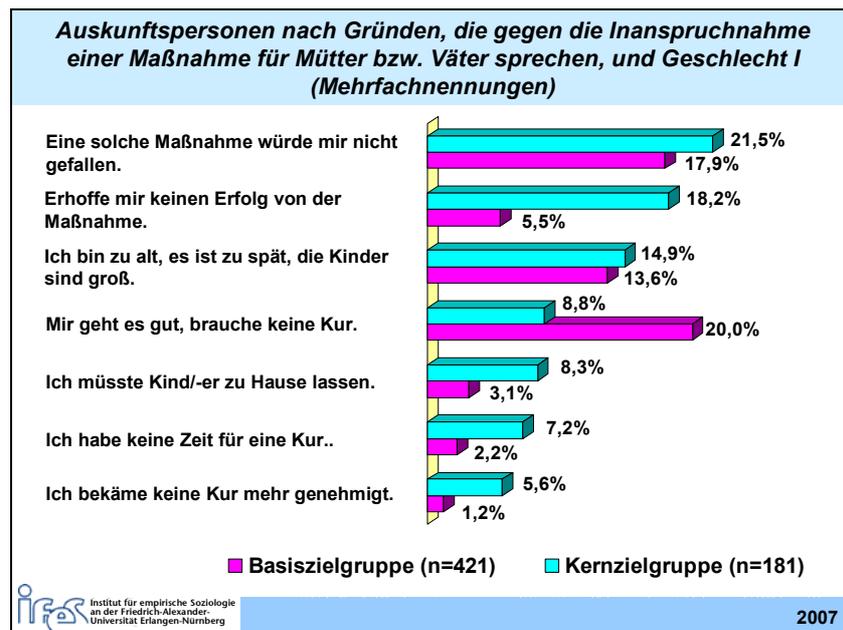


Abbildung 214

Die Auffassung, eine solche Maßnahme würde ihnen nicht gefallen, wurde am häufigsten vorgetragen: immerhin ein Fünftel der Befragten äußerte sich entsprechend. Ein Sechstel der Kernzielgruppenangehörigen meinte, sie versprächen sich keinen Erfolg davon, Knapp unter 15 % meinten, sie seien zu alt, es sei zu spät dafür, die Kinder seien nun groß. Auch das Argument – plausiblerweise besonders häufig von Basiszielgruppenangehörigen vorgetragen – man befinde sich wohl und benötige daher keine Heilbehandlung war relativ häufig zu hören. Weitere Gründe waren, dass man Kinder zu Hause lassen müsse, keine Zeit hätte oder befürchte, sowieso keine Maßnahme bewilligt zu bekommen. Alle anderen Gründe, wie sie aus *Abbildung 215* ersichtlich sind, spielten eher eine marginale Rolle. An letzter Stelle rangiert das von lediglich 1 % der eine Maßnahme ablehnenden Personen vorgetragene Argument, man sei mit einer früheren Müttergenesungskur unzufrieden gewesen.

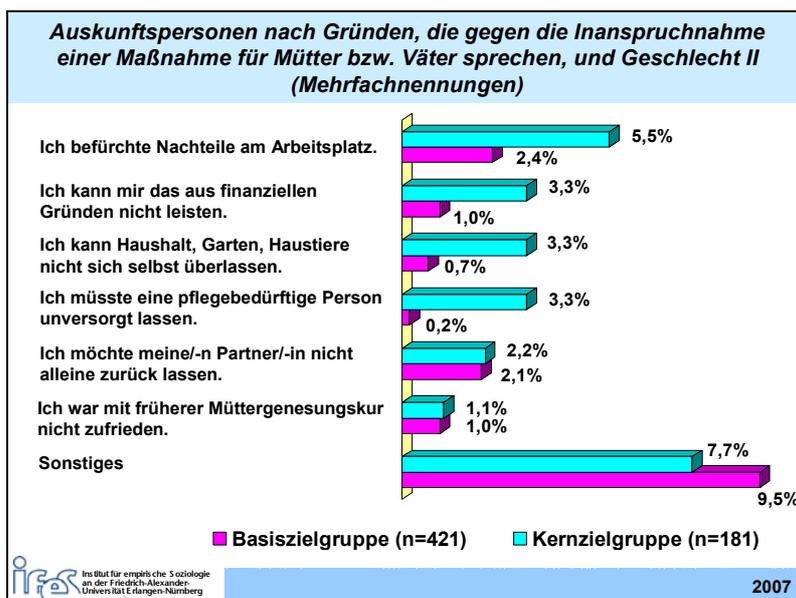


Abbildung 215

6.4.8.3 Beantragung und Verhalten bei Antragsablehnung

Abbildung 216 enthält Informationen darüber, was die Kernzielgruppenangehörigen tun würden, um eine Müttergenesungskur zu bekommen, wobei die Unterschiede zwischen den von Frauen und Männern geäußerten Ansichten - abgesehen von der Kategorie „Ich weiß es nicht.“ - nicht signifikant sind.

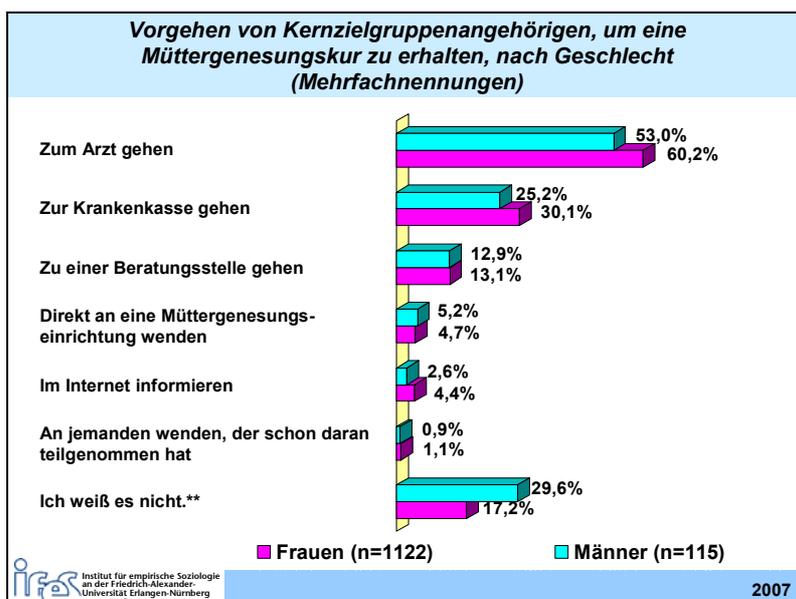


Abbildung 216 ** p < 0,01

Gut die Hälfte der Befragten würde sich mit ihrem Wunsch, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter bzw. Väter teilzunehmen, an einen Arzt wenden. Ein Fünftel würde sich aus dem gleichem Grund an die Krankenkasse wenden, und etwas über ein Zehntel würde eine Beratungsstelle aufsuchen. Das Internet als Informationsquelle spielt ebenso eine untergeordnete Rolle wie die Möglichkeit, sich direkt an eine Müttergenesungseinrichtung oder jemanden zu wenden, der bereits an einer Maßnahme teilgenommen hat. Immerhin hatte ein Fünftel der Befragten keine Vorstellung davon, was sie tun könnten, um entsprechende Leistungen zu bekommen.

Diesen Ergebnissen zufolge spielt der Arzt als verordnende und informierende Instanz eine herausragende Rolle. Um dem gerecht zu werden, ist es daher erforderlich, ihn dazu durch einschlägige Informationen in Stand zu setzen. Dass dies bisher nicht immer in ausreichendem Umfang der Fall ist, erbrachten u.a. auch unsere Erhebungen in den Müttergenesungseinrichtungen und die Expertengespräche.

Auch die Krankenkasse ist offensichtlich eine wichtige Stelle, an die sich die Versicherten mit ihrem die Müttergenesung betreffenden Anliegen wenden. Steht man dort den Leistungen aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen oder Zweifeln an der Maßnahmeneffektivität kritisch gegenüber, so liegt es nahe, dass dies den Zugangsprozess negativ beeinflusst. Auch dazu haben wir bereits Informationen aus den Gesprächen mit Teilnehmerinnen mitgeteilt, die diese Annahme zu stützen.

Die Beratungsstellen stellen dem Müttergenesungskonzept („Therapeutische Kette“) entsprechend wichtige Akteure im Maßnahmevorfeld und im Bereich der Nachsorge dar. Wenn lediglich ein Zehntel der Befragten diese Stellen als potentielle Ansprechpartner nennt, so scheint weithin Unkenntnis im Hinblick auf Aufgaben und Möglichkeiten dieser Einrichtungen bei der Leistungsbeantragung zu bestehen: Was man nicht kennt, kann man auch nicht nutzen.

Bedenklich erscheint schließlich, dass ein relativ großer Teil der Befragten keine Vorstellung davon hat, was zu tun wäre, um Müttergenesungsleistungen zu bekommen. Hier ist sicherlich noch mehr Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um diesen Defiziten entgegenzutreten.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage interessant, was die Befragten tun würden, wenn ihr Vorsorge- bzw. Rehabilitationsantrag abgelehnt würde. Eine Übersicht über deren Antworten, die sich geschlechtsspezifisch nicht signifikant unterscheiden, findet sich in *Abbildung 217*.

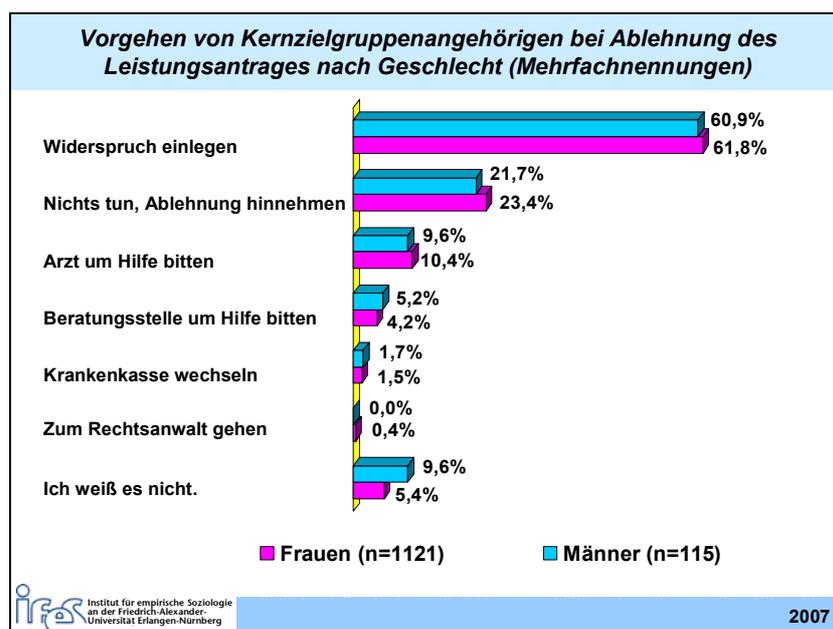


Abbildung 217

Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten gab an, bei Ablehnung des Antrages auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter Widerspruch einzulegen. Dem steht immerhin ein gutes Fünftel gegenüber, das die Ablehnung einfach hinnehmen würde. Etwa 10 % der abschlägig Beschiedenen würden den eigenen Arzt um Hilfe bitten, weniger als 5 % eine Beratungsstelle aufsuchen. Demgegenüber spielen Personen quantitativ kaum eine Rolle, die deshalb die Krankenkasse wechseln oder zum Rechtsanwalt gehen würden. Knapp 6 % wüssten nicht, was sie dann tun könnten.

Diese Ergebnisse zeugen von einem gewissen Selbstbewusstsein eines Großteils der Befragten, die sich gegen einen als ungerechtfertigt angesehenen Bescheid wehren würden, ohne einen Beistand in Anspruch zu nehmen. Andererseits scheint ein Viertel der Befragten einer Antragsablehnung eher hilflos gegenüber zu stehen.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Verhalten bei einem ablehnenden Bescheid und dem Bildungsniveau der Befragten ergab im Hinblick auf zwei Variablen signifikante Unterschiede: So gaben mit 47,4% signifikant ($p = .046$) überdurchschnittlich viele Personen ohne Schulabschluss an, einen negativen Bescheid einfach hinzunehmen. Entsprechend war die Quote der Personen mit diesem Bildungsniveau, die Widerspruch einlegen würden, mit 31,6 % signifikant ($p = .006$) unterdurchschnittlich, während Personen mit anderen Abschlüssen nur unwesentlich vom Durchschnitt abweichende Quoten aufwiesen. Hier wird erkennbar, dass gerade weniger gebildete Menschen Hilfe benötigen, um ihren (gerechtfertigten) Ansprüchen Geltung zu verschaffen.

7 Versuch einer Abschätzung des potentiellen Adressatenkreises von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter

Im Folgenden soll versucht werden, auf der Grundlage der über die empirischen Erhebungen gewonnenen Informationen eine Abschätzung des potentiellen Kreises, an den sich Maßnahmen für Mütter und Väter richten, vorzunehmen.

Ausgegangen wird davon, dass es im Jahre 2005 12.576.000 Familien gab²⁶⁵, wobei angenommen wird, dass in diesen Familien jeweils eine Person überwiegend für die Kinder-versorgung und -erziehung verantwortlich war. Unseren Erhebungen zufolge handelte es sich dabei zu 83 % um Frauen und zu 17 % um Männer. Während 20 % der weiblichen Auskunftspersonen als behandlungsbedürftig angesehen wurden, war dies im Hinblick auf die Männer lediglich bei 11 % der Fall. Daraus ergibt sich, dass von **fast 2,1 Millionen behandlungsbedürftigen Frauen** und **einer knappen Viertelmillion behandlungsbedürftigen Männern** ausgegangen werden kann, die als Adressatinnen/-en von Mütter- bzw. Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen in Frage kommen, so weit auf Grund von Art und Schwere der Erkrankung kein anderes (stationäres) Behandlungssetting erforderlich sein sollte.

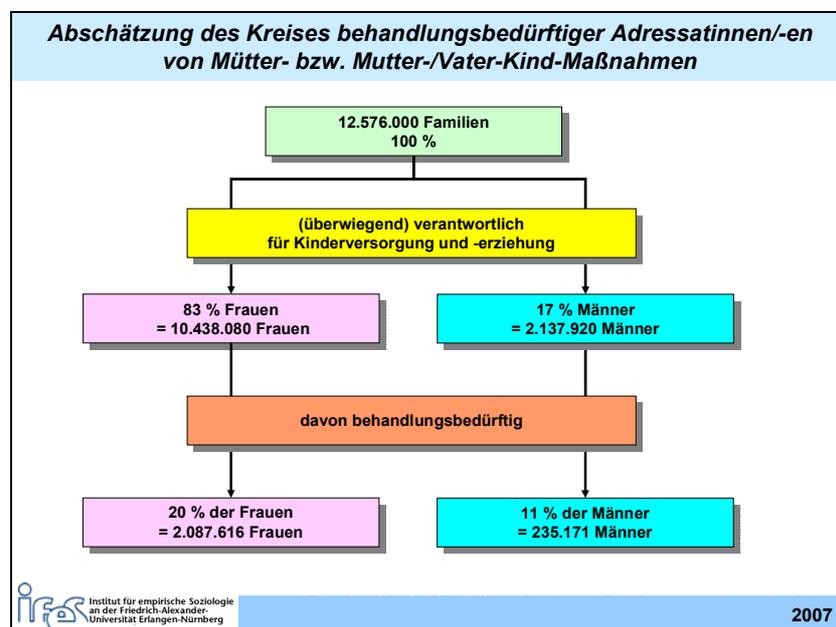


Abbildung 218

Um den möglichen Bedarf an Einrichtungen und Plätzen für Teilnehmerinnen/-ern an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen abschätzen zu können erscheint es jedoch sinnvoll,

²⁶⁵ Statistisches Bundesamt 2006b: Tabelle 31

nicht nur gesundheitliche Situation und Behandlungsbedarf der potentiellen Adressatinnen/-en in die Berechnungen einzubeziehen, sondern auch die prinzipielle Teilnahmebereitschaft und die bisherige Inanspruchnahme solcher Leistungen sowie die Tatsache zu berücksichtigen, ob ggf. Kinder in die Klinik mitgenommen werden müssten oder nicht. Die betreffenden Kalkulationen finden sich in den *Abbildungen 219 bis 224*.

Auf die Frage, ob sie sich eine Teilnahme an einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme vorstellen könnten, hatten dies 11,3 % der Frauen und 25,1 % der Männer kategorisch abgelehnt. Demnach wären 88,7 % der Mütter und 74,9 % der Männer zumindest bedingt („ja“ bzw. „vielleicht, ich weiß nicht“) zu einer Teilnahme bereit. Nur die letztgenannte Gruppe wird bei den nachfolgenden Berechnungen berücksichtigt.

Da Personen – von Ausnahmen abgesehen – maximal alle vier Jahre eine stationäre Heilbehandlung bewilligt bekommen, wurde auch der Quote der Personen Rechnung getragen, die schon einmal an einer stationären Heilbehandlung teilgenommen hatten. Dabei wurde unterstellt, dass diese Teilnahme innerhalb der letzten vier Jahre erfolgte und daher derzeit kein erneuter Anspruch auf Maßnahmebewilligung gegeben sei.²⁶⁶ Diese Quoten variieren subgruppenspezifisch und bewegen sich zwischen 1 % und 28 %. Der potentielle Adressatinnen/-enkreis von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen wurde schließlich über den Anteil jener Personen ermittelt, die sich ohne Einschränkung zu einer Maßnahmeteilnahme bereit erklärt hatten.

Sieht man einmal von den restriktiven Bedingungen ab, die erforderlich waren, um im Rahmen der Untersuchung als „behandlungsbedürftig“ eingeschätzt zu werden, so wurde auch hier eine *sehr konservative Schätzung* vorgenommen. Zudem konnten bei unseren Erhebungen jene Mütter nicht berücksichtigt werden, deren Kinder nicht mehr im elterlichen Haushalt leben, die jedoch gleichwohl Anspruch auf eine Mütter-Maßnahme haben können. Diese Frauen werden gemeinsam mit anderen, die ihr Kind nicht mitnehmen können oder wollen, im Rahmen von reinen Mütter-Maßnahmen versorgt, die etwa 10 % aller Maßnahmen für Mütter und Väter ausmachen. Obwohl diese Gruppe nicht sehr umfangreich ist, könnte sie in quantitativer Hinsicht dann an Relevanz gewinnen, wenn die Pflege von Familienangehörigen auch dann zur Inanspruchnahme von Müttergenesungsmaßnahmen berechtigen würde, wenn die betreffenden Personen niemals Mutter bzw. Vater waren.

²⁶⁶ Diese Annahme entspricht insofern nicht der Realität, als viele Personen, die über eine Maßnahmeteilnahme berichteten, bereits Anspruch auf eine erneute Teilnahme haben, weil der erforderliche Vier-Jahres-Zeitraum abgelaufen ist. Sie kommen daher *zusätzlich* als Maßnahmeadressatinnen/-en in Frage. Leider sind in unserem Datenmaterial dazu keine Informationen (z.B. Ende der letzten Maßnahme) vorhanden.

Nach den Berechnungen, die aufgrund der erläuterten Prämissen durchgeführt wurden, wäre insgesamt gesehen bei den Frauen mindestens mit einem potentiellen Adressatinnenkreis von 1.136.431 Müttern zu rechnen, das sind 10,9 % aller Frauen in Kinderversorgungs- und -erziehungsverantwortung bzw. 54,4 % der als behandlungsbedürftig angesehenen Mütter (siehe *Abbildung 219*). Die Gruppe der Männer ist wesentlich kleiner und umfasst insgesamt lediglich 127.283 Väter, das entspricht 6,0 % aller hauptsächlich für die Versorgung und Erziehung der Kinder zuständigen Männer bzw. 54,1 % der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Väter (siehe *Abbildung 220*).

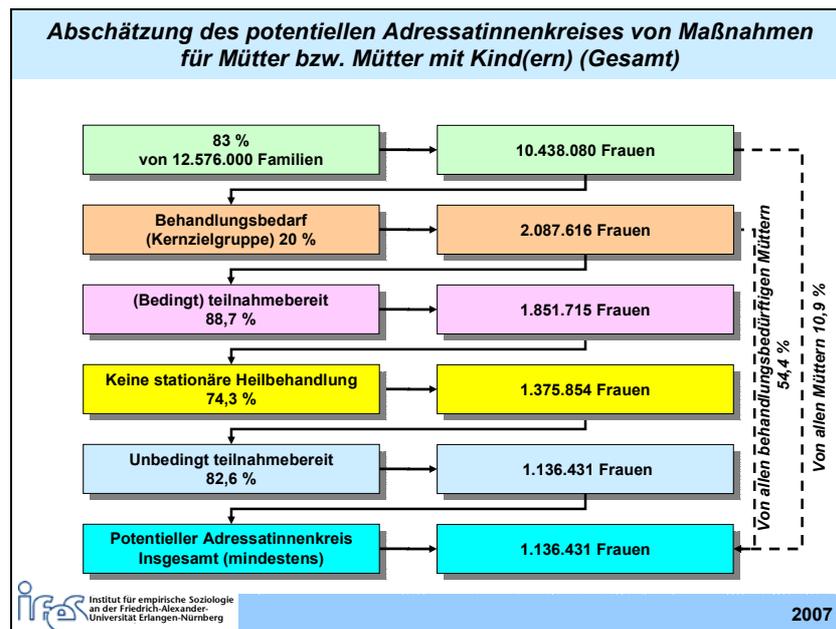


Abbildung 219

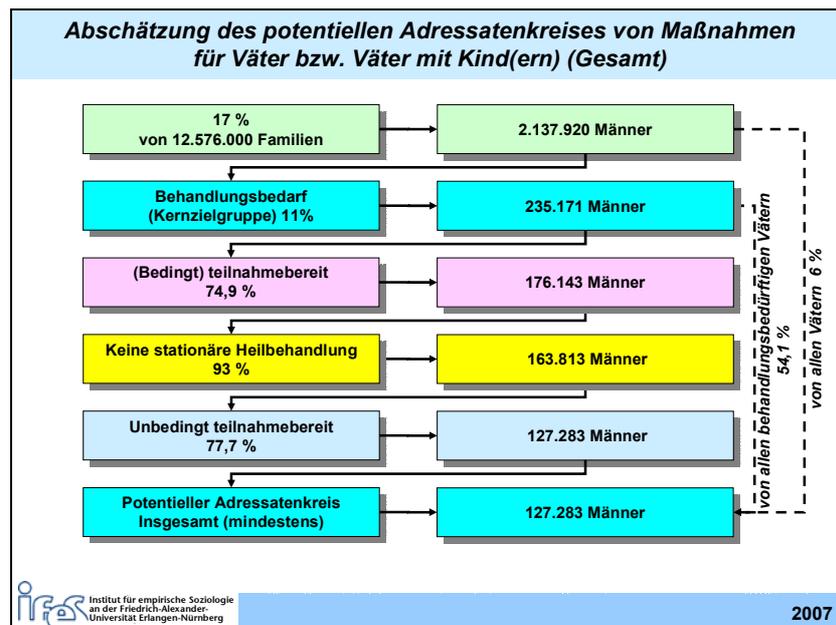


Abbildung 220

Erwartungsgemäß sind die meisten der potentiellen Maßnahmeteilnehmerinnen/-er solche, die ein oder mehrere Kind/-er mitnehmen müssten, um den stationären Aufenthalt überhaupt ermöglichen zu können: Dies wäre bei zwei Dritteln der Frauen (793.137 Personen) und bei über der Hälfte der Männer (66.636 Personen) der Fall (siehe *Abbildungen 221 und 222*).

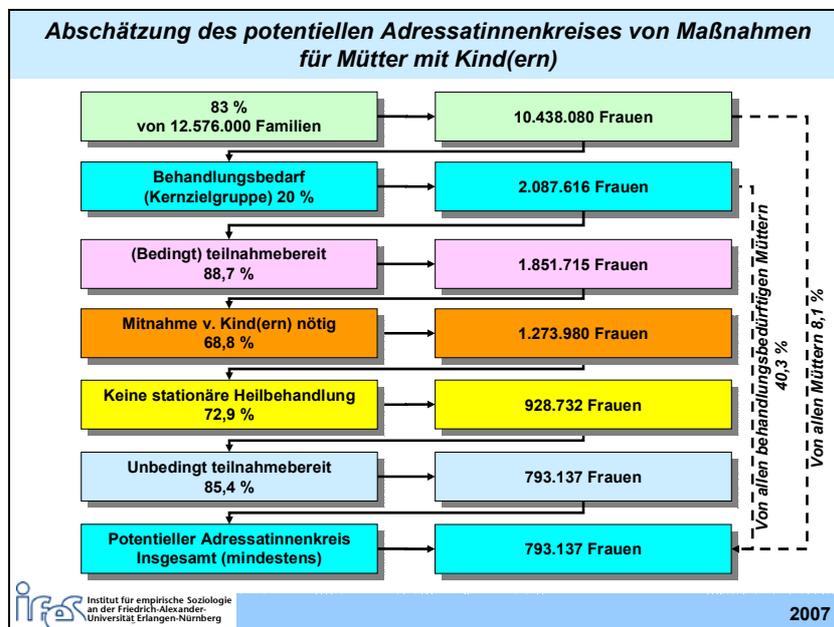


Abbildung 221

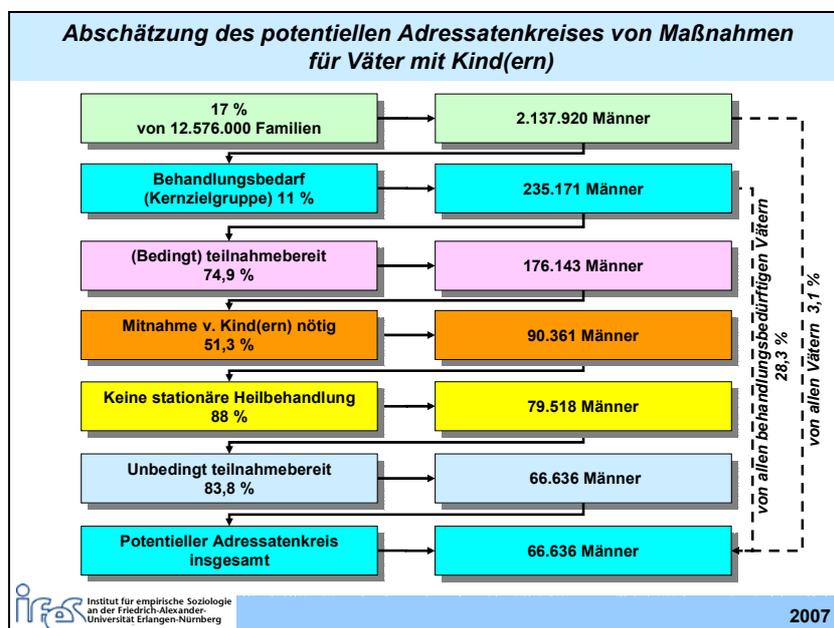


Abbildung 222

Wendet man sich angesichts des in den letzten Jahrzehnten zu beobachtenden Rückgangs der reinen Maßnahmen für Mütter den Personen zu, die angaben, einen stationären Aufenthalt ggf. auch ohne Kinder absolvieren zu können (das waren 31,2 % der Mütter und 48,7 %

der Väter), so ergeben sich die in den *Abbildungen 223* und *244* dargestellten Ergebnisse: Demnach wäre im Hinblick auf reine Müttermaßnahmen mit einem Potential von mindestens 342.977 Frauen zu rechnen. Gäbe es entsprechende Konzepte auch für Väter, dann belief sich das Teilnehmerpotential auf 60.567 Personen.

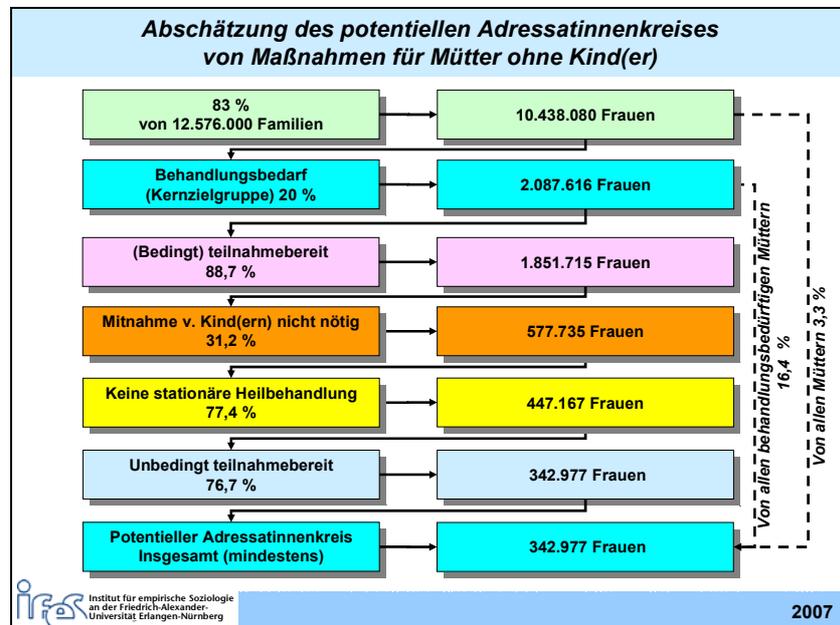


Abbildung 223

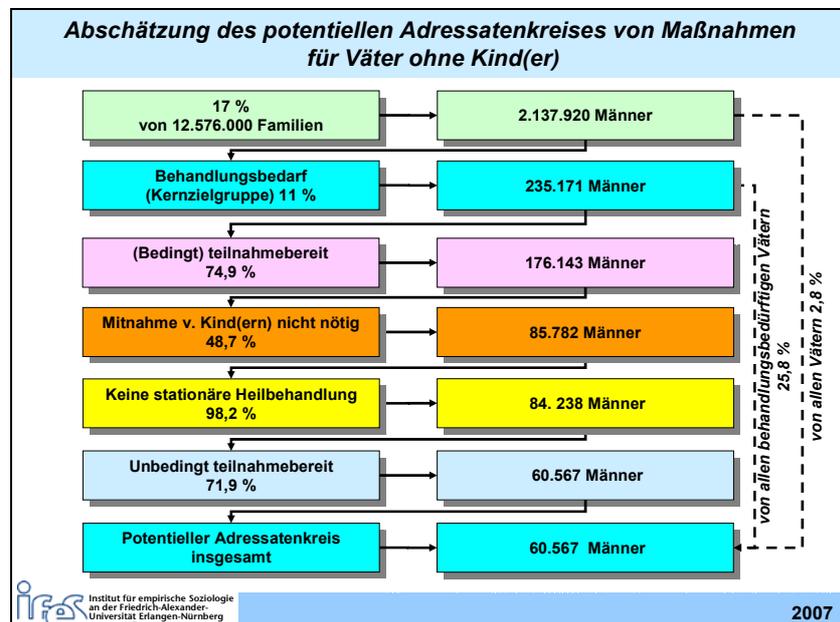


Abbildung 224

Vergleicht man die anhand der erläuterten einschränkenden Bedingungen ermittelte Zahl der potentiellen Adressatinnen/-en von Maßnahmen für Mütter und Väter (insgesamt 1.263.714 Personen) mit der Zahl der im Jahre 2005 für diesen Personenkreis durchgeführten Maß-

nahmen (Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt: 118.792 Fälle²⁶⁷), so ist zu erkennen, dass – aus welchen Gründen auch immer – bisher nicht einmal ein Zehntel (9,4 %) der möglichen Klientinnen/-en von den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erreicht wird. Sieht man von den restriktiven Voraussetzungen ab und legt den Berechnungen die Zahl *aller* Behandlungsbedürftigen (siehe *Abbildung 218*) zugrunde, so zeigt sich, dass bisher sogar lediglich 5,1 % dieses Personenkreises in den Genuss von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen kommen. Diese Diskrepanzen sind dermaßen eklatant, dass man von einem erheblichen Maß an Unterversorgung²⁶⁸ im Bereich der Müttergenesungsmaßnahmen sprechen kann.

In unsere Berechnung floss auch die geschlechtsspezifische Teilnahmebereitschaftsquote ein. Es ist zu vermuten, dass diese durch verschiedene Maßnahmen (Information der Versicherten sowie der *Gatekeeper* in ärztlichen Praxen, Kliniken, Beratungsstellen usw.) wesentlich beeinflussbar ist. Trifft dies zu, dann wäre die Zahl potentieller Inanspruchnehmerinnen/-er zu gegebener Zeit weiter nach oben zu korrigieren.

Was die Zahl der Kinder anbelangt, die potentiell Teilnehmer/-innen an Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahmen sein können, so lässt sich diese aufgrund der Umfrageergebnisse nur schwer abschätzen, da individualisierte Informationen zu den Kindern der Befragten nicht erhoben werden konnten. So wissen wir lediglich, dass

- die 1.418 als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen im Durchschnitt 1,92 Kinder, insgesamt 2.728 Kinder hatten,
- von diesen Kindern
 - 6,3 % Kleinkinder im Alter bis unter drei Jahren,
 - 50,3 % im Alter von 3 bis 12 Jahren,
 - 9,3 % im Alter von 13 bis 14 Jahren waren,
- 67,2 % der teilnahmebereiten Kernzielgruppenangehörigen angaben, im Falle einer stationären Heilbehandlung ein oder mehrere Kind(er) mitnehmen zu müssen.

²⁶⁷ Dabei ist bislang unklar, ob es sich bei diesen „Fällen“ um Einzelpersonen, also Mütter, Väter und Kinder, handelt oder ob als „Fall“ ganze Maßnahmen gelten, in die ggf. auch Kinder einbezogen sind, ohne dass diese gesondert gezählt werden. Es ist nicht auszuschließen, dass die Erstellung der betreffenden Statistik von den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich gehandhabt wird.

²⁶⁸ Unter Unterversorgung versteht man „die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also i.e.S. ‚wirtschaftlich‘, zur Verfügung stehen“. (*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 2001: 19)

Im Rahmen unserer Studie zeigte sich, dass nach Angaben der Kernzielgruppenangehörigen weniger als 10 % der Kinder chronisch krank oder behindert waren. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit neueren Untersuchungen überein, die belegen, dass etwa 1,2 % aller Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren (schwer-)behindert sind²⁶⁹, von den unter 18-Jährigen mindestens 15 % bis 20 % an einer chronischen Krankheit²⁷⁰ und / oder Verhaltensstörung²⁷¹ leiden und 16 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren speziellen medizinischen Versorgungsbedarf aufweisen.²⁷² Deshalb soll bei den folgenden (vorsichtigen) Berechnungen von einem Anteil von 16 %²⁷³ behinderter und chronisch kranker Kinder ausgegangen werden, obwohl aus den Müttergenesungseinrichtungen berichtet wird, dass sogar über 60 % aller aufgenommenen Kinder (unabhängig davon, ob chronisch krank bzw. behindert oder nicht) mit eigenen Indikationen gezielt behandelt werden (müssen).²⁷⁴

Aus *Abbildung 225* geht nunmehr eine auf die oben erläuterten Prämissen gestützte, vorsichtige Schätzung der potentiell im Rahmen der Versorgung mit Maßnahmen für Mütter und Väter zu berücksichtigenden Kinder hervor. Versucht man, den geschätzten Umfang des Kreises der zu Maßnahmen für Mütter und Väter mitzunehmenden Kinder zur derzeitigen Inanspruchnahmepraxis in Bezug zu setzen, so stößt man auf Schwierigkeiten, da bundesweite Zahlen zu den in die betreffenden Einrichtungen mitgenommenen Kindern nicht vorliegen. Den Angaben des *Müttergenesungswerkes* zufolge wurden im Jahr 2005 34.000 Mütter mit 46.000 Kindern in eigene Einrichtungen aufgenommen.²⁷⁵ Geht man davon aus, dass in

²⁶⁹ Vgl. Pfaff et al. 2006: 1268

²⁷⁰ Den neuesten Ergebnissen des *Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)* zufolge liegt die Prävalenz von chronischen somatischen Krankheiten, wie *Heuschnupfen* bei 4,9 % der 3- bis 6-Jährigen, bei 10,5 % der 7- bis 10-Jährigen, bei 14,3 % der 11- bis 13-Jährigen und bei 18,4 % der 14- bis 17-Jährigen, *Neurodermitis* bei 8,7 % der 0- bis 2-Jährigen, bei 13,3 % der 3- bis 6-Jährigen, bei 15,1 % der 7- bis 10-Jährigen, bei 14,8 % der 11- bis 13-Jährigen und bei 12,9 % der 14- bis 17-Jährigen, *Asthma* bei 2,7 % der 3- bis 6-Jährigen, bei 4,7 % der 7- bis 10-Jährigen, bei 7 % der 11- bis 13-Jährigen und bei 12,9 % der 14- bis 17-Jährigen, *Obstruktive Bronchitis* bei 12,3 % der 0-2-Jährigen, 16,3 % der 3- bis 6-Jährigen, 7 % der 7- bis 10-Jährigen, 12,2 % der 11- bis 13-Jährigen und bei 11,2 % der 14- bis 17-Jährigen (vgl. Kamtsiuris et al. 2007: 694; siehe auch: Schlaud / Atzpodien / Thierfelder 2007), von *Essstörungen* bei den 11- bis 13-Jährigen bei 20,6 % und bei den 14- bis 17-Jährigen bei 22,7 % (vgl. Hölling / Schlack 2007: 796), sind 9,1 % der 3- bis 6-Jährigen, 15,4 % der 7- bis 10-Jährigen, 18,6 % der 11- bis 13-Jährigen und bei 17,1 % der 14- bis 17-Jährigen *übergewichtig oder adipös* (vgl. Kurth / Schaffrath Rosario 2007: 738).

²⁷¹ Im Rahmen des *KiGGS* wurden im Hinblick auf *Verhaltensstörungen* von den 3- bis 6-Jährigen 8 % als grenzwertig und 5,3 % als auffällig, von den 7- bis 10-Jährigen 8,4 % als grenzwertig und 9 % als auffällig, von den 11- bis 13-Jährigen 8,1 % als grenzwertig und 8,5 % als auffällig und von den 14- bis 17-Jährigen 6,1 % als grenzwertig und 6,3 % als auffällig eingeschätzt (vgl. Hölling et al. 2007: 786).

²⁷² Nach den Ergebnissen des *KiGGS* betrug die Prävalenz von *Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf* (die auf der Grundlage eines speziellen Elternfragebogens ermittelt wurde) 5,7 % bei den 0- bis 2-Jährigen, 14,4 % bei den 3- bis 6-Jährigen, 21,7 % bei den 7- bis 10-Jährigen, 19,5 % bei den 11- bis 13-Jährigen und 15,5 % bei den 14- bis 17-Jährigen (vgl. Scheidt-Nave et al. 2007: 751f).

²⁷³ Da unsere Alterskategorien nicht mit denen des *KiGGS* übereinstimmen und auch nicht entsprechen recodiert werden können, ist es nicht möglich, altersspezifisch genauere Multiplikatoren vorzugeben.

²⁷⁴ Vgl. Arnold-Kerri / Sperlich / Collatz 2006: 14

²⁷⁵ Vgl. Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2006: ohne Seitenangabe

den 62 (z.T. recht großen) privatwirtschaftlichen bzw. krankenkasseneigenen Einrichtungen mehr als noch einmal so viele Kinder behandelt wurden, so wären seinerzeit insgesamt rund 100.000, d.h. weniger als 10 % der von uns ermittelten Kinder einbezogen worden. Vor dem Hintergrund dieser überaus großen Differenz zwischen potentiell und bisher erreichtem Adressatinnen/-en-Kreis dürften selbst bei strengster Auswahl so viele Personen übrig bleiben, dass auch im Hinblick auf diesen Kreis von Unterversorgung geredet werden kann.

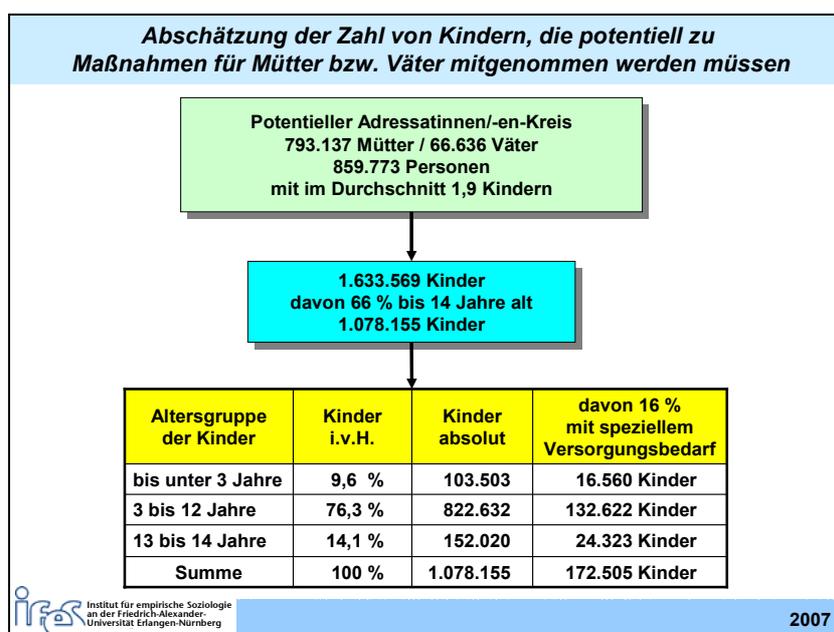


Abbildung 225

Da die Altersgruppe der 20- bis unter 65-Jährigen, die hauptsächlich in Müttergenesungseinrichtungen zu finden ist, bis zum Jahre 2020 im Wesentlichen stabil bleiben wird, scheinen diese Veränderungen für Angebot und Nachfrage nach Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf den ersten Blick keine Relevanz zu haben. Innerhalb dieser Altersgruppe werden in den nächsten Jahren jedoch deutliche Veränderungen stattfinden: So verschiebt sich die Altersstruktur innerhalb der Altersgruppe der 20- bis unter 65-Jährigen erheblich. Während im Jahr 2005 knapp 20 % dieser Menschen zur jüngeren Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren, 50 % zur mittleren der 30- bis 49-Jährigen, und 30 % zur älteren von 50 bis 64 Jahren gehörten, wird die mittlere Altersgruppe im Jahre 2020 nur noch 42 % und die ältere etwa 40 % ausmachen.²⁷⁶ Da sich Morbiditätsstrukturen mit dem Altersgang wandeln, ist mit höherem Alter ein häufigerer und qualitativ anders gearteter Behandlungsbedarf zu erwarten. Insofern wird innerhalb der Altersgruppe der 20- bis unter 65-Jährigen in dieser Hinsicht mit Veränderungen zu rechnen sein, denen die Behandlungseinrichtungen entsprechen müssen.

²⁷⁶ Vgl. Eisenmenger / Pötzsch / Sommer 2006: 41f

Was die Kinder anbelangt, so wird die Zahl der unter 6-Jährigen von 2005 bis zum Jahre 2010 sukzessive von 4,3 auf 2,9 Millionen fallen und dann bis zum Jahre 2022 relativ stabil bleiben. Die schulpflichtigen Kinder von 6 bis unter 10 Jahren werden von 3,2 Millionen bis 2017 um etwa 600.000 zurückgehen und bis 2028 auf diesem Niveau von 2,6 Millionen verharren. Die im Jahre 2005 5,1 Millionen starke Gruppe der 10- bis unter 16-Jährigen wird bis 2020 besonders stark zurückgehen und dann bei rund 4 Millionen stagnieren. Insgesamt gesehen wird die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in den nächsten 15 Jahren zwar kleiner werden, jedoch immer noch rund 75 % des derzeitigen Umfangs beinhalten.²⁷⁷ Inwieweit dies Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben kann, wird abhängig sein von der künftigen Entwicklung von Krankheiten im behandlungspflichtigen Stadium, wie Allergien, Verhaltens- und psychischen Auffälligkeiten, Essstörungen usw., die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben.

Wie in *Abschnitt 6.1* bereits ausführlicher erläutert, ist anzunehmen, dass heute mehr als eine Million Pflegebedürftige allein von Angehörigen – rund 80 % sind Frauen – gepflegt werden, von denen ein Drittel sogar mehrere Personen unterstützt. Diese Tätigkeit geht mit schwerwiegenden Belastungen einher, die mit dem Schweregrad und der Ursache (z.B. körperliche bzw. psychische Einschränkungen, Demenz) der Pflegebedürftigkeit, aber auch dem Alter der Pflegeperson variieren. Belegt ist, dass drei Viertel der pflegenden Frauen an mindestens einer Krankheit leiden, wobei Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden besonders ausgeprägt sind. Auch wenn dem im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht im Einzelnen nachgegangen werden konnte, ist zu vermuten, dass mindestens ein Drittel aller Pflegepersonen (das wären etwa 330.000 Personen, davon 264.000 Frauen) jenen Indikationskriterien entsprechen dürfte, die zur Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme berechtigen. Auch wenn sich ein Teil dieser Personen mit jenen überschneidet, die oben als Maßnahmeadressatinnen/-en identifiziert wurden, dürften viele der pflegenden Frauen und Männer zusätzlich zur potentiellen Zielgruppe von Maßnahmen nach §§ 24 bzw. 41 SGB V gezählt werden können.

²⁷⁷ Vgl. Eisenmenger / Pöttsch / Sommer 2006: 38f

8 Resümee und Handlungsempfehlungen

8.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

8.1.1 Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Im Rahmen der Bestandsaufnahme des Angebotes an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des *Müttergenesungswerkes* wurde das Forschungsfeld zunächst durch Literaturanalysen in allen seinen Facetten ausgeleuchtet und damit die Grundlage für problemadäquate empirische Erhebungen bei *MGW*-Einrichtungsleitungen und Maßnahmeteilnehmerinnen sowie bei für die stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation von Müttern bzw. Vätern und Kindern relevanten Experten geschaffen.

Die Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgestaltung des vorhandenen Angebotes an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen in *MGW*-Einrichtungen basiert auf folgenden empirischen Erhebungen:

- Qualitative Interviews mit Einrichtungsleitungen in zehn *MGW*-Einrichtungen sowie eine schriftliche Befragung aller *MGW*-Kliniken. Gegenstand der Befragung waren Einrichtungskonzepte, Organisationsstruktur, die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen sowie deren Ursachen und Handlungsstrategien zur Verbesserung;
- Einzelgespräche und Gruppendiskussionen mit Maßnahmeteilnehmerinnen/-ern in zehn *MGW*-Einrichtungen;
- Expertengespräche mit Vertreterinnen von *Krankenkassen*, des *Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung*, der Ärzteschaft und Fachleuten aus anderen Bereichen. In diesen Gesprächen standen Stärken und Schwächen sowie die Steuerung des Zugangs und der Bedarf an Müttergenesungsmaßnahmen im Mittelpunkt.

Als wichtigstes Ergebnis dieses Untersuchungsteils kann festgestellt werden, dass die Arbeit der Müttergenesungseinrichtungen in den letzten Jahren im Wesentlichen geprägt war von einem massiven Rückgang der Teilnehmerinnenzahlen. Dies führte zu einer erheblichen Unterauslastung der Kliniken und zu großen wirtschaftlichen Problemen – 80 % der Einrichtungen konnten im Geschäftsjahr 2005 *nicht* kostendeckend arbeiten. So weit die Defizite nicht (länger) durch Drittmittel der Trägerorganisationen aufgefangen werden konnten, waren die Häuser zur Schließung gezwungen. Dies führte zu einem erheblichen Schrumpfungsprozess (- 20 %) im Bereich der Müttergenesung: Von 110 Einrichtungen im Jahr 2000 waren im Jahr 2007 noch 87 in Betrieb.

Über die Ursachen dieser wirtschaftlichen Schwierigkeiten gehen die Meinungen auseinander:

- So gehen die *Krankenkassen* davon aus, dass die unzureichende Auslastung der Vor- sorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die sich daraus für sie ergebenden betriebswirtschaftlichen Probleme auf einen *fehlenden Bedarf* an entsprechenden Leistungen zurückzuführen ist. Sie schätzen die vorhandenen Kapazitäten im Verhältnis zur Gruppe jener Personen als zu hoch ein, die nach den geltenden Begutachtungsbestimmungen für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen in Frage kommen und bereit sind, solche Leistungen unter den gegebenen konjunkturellen Bedingungen und angesichts von Zuzahlungsregelungen und Konkurrenzangeboten in Anspruch zu nehmen.
- Demgegenüber machen die Vertreterinnen der *MGW-Trägerorganisationen* und *MGW-Einrichtungen* den Kostenträgern aufgrund einer restriktiven Belegungspraxis eine sachlich *nicht gerechtfertigte Rationierung* der Leistungen für Mütter und Väter nach § 24 bzw. § 41 SGB V zum Vorwurf. Verschärft wird die Situation durch die asymmetrische Verteilung der Verhandlungsmacht, die es den Krankenkassen ermöglicht, trotz hoher Ansprüche an die Leistungsqualität niedrige Tagessätze durchzusetzen.

Für beide Positionen fehlten allerdings bisher belastbare Belege. Auf der einen Seite war nicht bekannt, wie groß die Gruppe der potentiell für Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen in Frage kommenden Personen tatsächlich ist, da epidemiologisches Datenmaterial dazu nicht vorhanden war. Auf der anderen Seite fehlen über kritische Äußerungen von Einzelpersonen, aber auch des *Bundesministeriums für Gesundheit* hinaus Daten, die den an die Kassen gerichteten Vorwurf zweifelsfrei belegen, sie unterliefen den Auftrag des Gesetzgebers vorsätzlich und systematisch, um Geld zu sparen.

Gegenüber diesen grundlegenden wirtschaftlichen Problemen und ihren (möglichen) Ursachen treten andere Themen im Bereich der Müttergenesung eher in den Hintergrund. So besteht grundsätzlich Einigkeit dahingehend, dass die betriebswirtschaftlichen Schwierigkeiten *nicht* auf Defizite des Managements auf Einrichtungsebene zurückzuführen sind: auch von den Kostenträgern wurde solche Kritik nicht geäußert. Zentrales Problem ist vielmehr die unzureichende, erheblichen saisonalen Schwankungen ausgesetzte Belegungssituation, die nur von größeren Einrichtungen aufgrund höherer Personaleffizienz teilweise aufgefangen werden kann. Dabei spielen Standortgegebenheiten eine wichtige Rolle: Häuser im Gebirge oder an der See sind besser ausgelastet als solche im Binnenland.

Die *MGW*-Kliniken versuchen vor allem, ihre wirtschaftliche Lage durch Rationalisierungsanstrengungen zu verbessern. Dabei kommen vor allem Maßnahmen im Personalbereich (Arbeit mit Honorar- / Saisonkräften, Jahresarbeitszeitmodelle, Personalreduzierung, Kürzung von Löhnen / Gehältern, Ausdehnung der Wochenarbeitszeit) zum Einsatz.

Auch durch Kooperation mit anderen Einrichtungen versuchen gut vier Fünftel der Kliniken, sich Platzvorteile zu verschaffen. Diese Zusammenarbeit erstreckt sich überwiegend auf den Bereich der eigenen Trägerorganisation oder der Müttergenesung im weiteren Sinne; nur wenige kooperieren mit Dritten. Dabei versuchen etwa zwei Drittel der Einrichtungen, Kostenvorteile durch gemeinsame Nutzung von Infrastruktur, zentrale Mitarbeiterfortbildung oder Einkaufsgemeinschaften zu erwirtschaften. Allerdings stehen konzeptionelle und Fragen des Marketings im Mittelpunkt solcher Beziehungen. Gerade der Öffentlichkeitsarbeit wird besondere Bedeutung zugeschrieben, wobei sich die Aktivitäten vor allem auf die Kostenträger, die *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen, ehemalige Patientinnen und behandelnde Ärztinnen/-e hin orientieren. Zudem versucht man, durch neue Angebote für spezielle (auch selbst zahlende) Zielgruppen eine bessere Auslastung zu erreichen. Obwohl diese Leistungen in der Regel den Vorgaben des § 20 SGB V entsprechen und auch von Krankenkassen bezuschusst werden, stoßen solche Bemühungen nicht auf uneingeschränkte Zustimmung von Kostenträgern, die befürchten, dass dies zu einer Aufweichung des Konzepts der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter beitragen könnte.

Die *MGW*-Einrichtungen unternehmen große Anstrengungen, eine hohe Qualität des Leistungsangebotes durch internes Qualitätsmanagement sicherzustellen und dies durch freiwillige externe Qualitätsmessungen zu belegen. Trotz der Bemühungen, den aktuellen Stand der Leistungen von Müttergenesungseinrichtungen in der Öffentlichkeit zutreffend darzustellen, haftet der Müttergenesung – bei einzelnen Kostenträgern – noch immer ein Image an, das eher den Anfängen der Müttergenesung und der klassischen Erholungskur entspricht, als dem einer gezielten stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistung. Daran ändert offensichtlich auch die Tatsache nichts, dass die Adressatinnen (vom *MDK*) den geltenden *Begutachtungsrichtlinien* gemäß ausgewählt werden, die Angebote der *MGW*-Einrichtungen den vorgeschriebenen *Anforderungsprofilen* entsprechen und die Kliniken über Versorgungsverträge verfügen. Das eher traditionell geprägte Image kommt auch darin zum Ausdruck, dass viele Patientinnen entsprechende Erwartungen mit einem Aufenthalt in einer *MGW*-Klinik verbinden.

Vor diesem Hintergrund wurde die Zukunft der Müttergenesung von vielen der befragten Einrichtungsleitungen und außenstehenden Fachleute skeptisch betrachtet. Zwar wurde die

inzwischen verbesserte Anspruchsgrundlage begrüßt, nach der die Leistungen nach § 24 und § 41 SGB V nunmehr zu Pflichtleistungen geworden sind. Gleichwohl wurden diese Veränderungen nur bedingt als Möglichkeit angesehen, die Situation im *MGW*-Bereich grundlegend zum Positiven zu wenden. Dazu wäre es erforderlich, die Einrichtungen auch durch eine adäquate Finanzierung (leistungsgemäße Tagessätze) in die Lage zu versetzen, dauerhaft eine hohe Behandlungsqualität aufrecht zu erhalten und zu verbessern.

Allerdings scheint allein die öffentlich geführte Diskussion um die neuen Regelungen des *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* ein positives Klima für die Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in der Gesellschaft geschaffen zu haben, so dass im Quartal vor Inkrafttreten dieser Rechtsnormen ein fast 17-prozentiger Ausgabenanstieg für diese Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Vorjahreszeitraum festzustellen war. Zudem sind die Einrichtungen derzeit bis in den Oktober 2007 hinein voll belegt. Insofern bleibt die weitere Entwicklung in diesem Bereich abzuwarten.

Bundesweit steht eine große Zahl von *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen zur Verfügung, die mit den Hürden beim Zugang zu den medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter vertraut sind und die betreffenden Personen bei der Antragstellung und ggf. auch beim Widerspruch gegen eine Antragsablehnung unterstützen. In der Vergangenheit wurde etwa ein Drittel der Anträge zunächst einmal abgelehnt. Begründet wurde dies zumeist damit, medizinische Gründe oder belastende Kontextfaktoren seien nicht ausreichend dargelegt worden. Kam es zu Widersprüchen, so waren diese in gut 60 % der Fälle erfolgreich, weil fehlende Unterlagen nachgereicht oder Unklarheiten ausgeräumt werden konnten. Dass eine größere Zahl von Patientinnen schon im Vorfeld der Antragstellung scheiterte, weil sie von den Krankenkassen bereits auf der Sachbearbeiter/-innen-Ebene wegen (vermeintlich) fehlender Ansprüche abgewiesen wurden, kann aufgrund von Berichten von Maßnahmeteilnehmerinnen nur gemutmaßt werden, ohne dass dazu quantitative Angaben möglich sind. Aktuell wird immer noch über problematische Bewilligungsverfahren einiger Krankenkassen bzw. in bestimmten Regionen – auch entgegen der neuen gesetzlichen Bestimmungen – berichtet. Die Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragung legen nahe, dass soziale Kompetenz, Hartnäckigkeit und geschicktes strategisches Verhalten der Versicherten besonders wichtig sind, wenn sie bei ihrer Nachfrage nach den Leistungen erfolgreich sein wollen. Das bedeutet aber, dass Personen aus bildungsfernen Schichten sowie diejenigen schlechtere Zugangschancen haben, die aufgrund eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes nicht über die erforderliche Energie und das nötige Durchsetzungsvermögen verfügen, um eine Teilnahme zu erkämpfen.

8.1.2 Ergebnisse der Repräsentativumfrage

Anliegen der Untersuchung war es, Informationen zu Umfang und Struktur jenes Personenkreises zu gewinnen, der potentiell für Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen in Frage kommt. Von Interesse war dabei auch, inwieweit die betreffenden Personen über solche Angebote und den Zugang zu den betreffenden Leistungen informiert sind, und ob sie bereit sind, solche Leistungen selbst in Anspruch zu nehmen.

Dazu wurde eine repräsentative telefonische Umfrage (CATI) in Familien (entsprechend der Definition des Mikrozensus 2005) durchgeführt, wobei jene Personen angesprochen wurden, die sich hauptsächlich für die Kinderversorgung und -erziehung zuständig erklärten (sog. Basiszielgruppe). Anhand eines Kurzfragebogens, der Kriterien und Algorithmen zur Indikationsstellung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter berücksichtigte, wurde versucht, jenen Personenkreis herauszufinden, der mit hoher Wahrscheinlichkeit als Zielgruppe dieser Maßnahmen gelten kann. Diese Personen wurden der sog. Kernzielgruppe zugeordnet, der weitere Fragen zum Thema „Müttergenesung“ gestellt wurden.

Im Rahmen der Befragung wurden 48.978 Personen kontaktiert, von denen 7.057 als zur Basiszielgruppe zugehörig identifiziert wurden. Von ihnen waren 3.617 zu einem Kurzinterview bereit, in dessen Rahmen dann 1.405 Befragte (19,9 % der Basiszielgruppe) als „behandlungsbedürftig“ und damit als potentielle Zielgruppe von Leistungen für Mütter und Väter anhand von Kriterien ausfindig gemacht wurden, die den Algorithmen zur Indikationsstellung von Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen der *Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation* vom Oktober 2005 Rechnung trugen. Nach Bereinigung und Gewichtung des Datensatzes anhand von Mikrozensusdaten zu Familienform und Kinderzahl standen schließlich Informationen von 4.968 Personen zur Verfügung, von denen 3.550 Basiszielgruppenangehörige auf Grundlage des Kurzinterviews als „nicht behandlungsbedürftig“ und 1.418 Kernzielgruppenangehörige als „behandlungsbedürftig“ eingeschätzt worden waren. Insgesamt gesehen wurden alle Analysen getrennt nach Geschlecht (83 % Frauen vs. 17 % Männer) und Zielgruppenzugehörigkeit (28,5 % Kernzielgruppenangehörige vs. 71,5 % Basiszielgruppenangehörige) durchgeführt.

Das Durchschnittsalter der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen lag bei 40 Jahren (Frauen) bzw. 43 Jahren (Männer) und war damit deutlich höher als das der bisher an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen teilnehmenden Erwachsenen.

Interessant ist, dass von den Behandlungsbedürftigen deutlich mehr vollzeittätig und wesentlich weniger nicht erwerbstätig waren, als dies bei Maßnahmeteilnehmerinnen der Fall war, über die in der Literatur berichtet wurde. Die berufstätigen Kernzielgruppenangehörigen erklärten deutlich öfter als die nicht Erwerbstätigen bzw. Hausfrauen/-männer, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer beruflichen Situation zu sein; am unzufriedensten waren plausiblerweise die Arbeitslosen. Als besonders zufrieden erwiesen sich Personen, die sich gerade in Elternzeit befanden.

Gut zwei Drittel der Behandlungsbedürftigen (gegenüber mehr als vier Fünfteln der Basiszielgruppenangehörigen) lebten als Eheleute oder in Partnerschaft zusammen, alle übrigen waren alleinerziehend. Im Durchschnitt hatten die Kernzielgruppenangehörigen signifikant mehr Kinder als die Basiszielgruppenangehörigen (1,92 vs. 1,76 Kinder).

Hinsichtlich der psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen ergaben sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen litten häufiger darunter als Männer, Kernzielgruppenangehörige wesentlich häufiger als die übrigen Befragten. Entsprechendes gilt auch, wenn die Anzahl mehrerer gleichzeitig vorhandener Störungen betrachtet wird, über die berichtet wurde. Zwischen einzelnen Störungen waren zwar einige signifikante, plausible Zusammenhänge nachweisbar, Muster, die eine typologische Einordnung von Personen ermöglicht hätten, waren jedoch nicht auszumachen.

Auch im Hinblick auf Vorliegen und Anzahl somatoformer Beschwerden waren deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie Kern- und Basiszielgruppe erkennbar. Demgegenüber fanden sich im Hinblick auf Art und Anzahl funktioneller Erkrankungen zwar kaum geschlechtsspezifische Besonderheiten; die als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen ließen sich aber signifikant von den Basiszielgruppenangehörigen abgrenzen, da sie deutlich häufiger angaben, seit längerer Zeit wegen solcher Erkrankungen in ärztlicher Behandlung zu sein. Wenig überraschend war, dass dabei am häufigsten über Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie über Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems berichtet wurde.

Behandlungsbedürftig und nicht behandlungsbedürftig eingeschätzte Personen unterschieden sich deutlich im Hinblick auf Art und Umfang elternspezifischer, familiärer und psychosozialer Belastungen, wobei wesentlich mehr Frauen über derartige Belastungen berichteten als Männer. Im Zentrum standen dabei ständiger Zeitdruck, Überlastung durch Beruf und Familie, finanzielle Sorgen / Schulden, Angst vor Arbeitslosigkeit, Erziehungsschwierigkeiten sowie mangelnde Anerkennung und Unterstützung durch die Familie.

Was die Risikofaktoren anbelangt, so berichteten Kernzielgruppenangehörige besonders häufig über Bewegungsmangel bzw. Fehlhaltungen sowie Rauchen.

Bei Frauen traten signifikant häufiger als bei Männern mehrere Belastungen und Risikofaktoren gleichzeitig auf. Darüber hinaus zeigten sich Personen mit psychosomatischen Störungen häufiger als multipel belastet als solche mit funktionellen Erkrankungen. Zwischen einzelnen Belastungen zeigten sich eine Reihe plausibler, signifikanter Zusammenhänge; bedeutsame Muster waren jedoch nicht zu identifizieren.

Aus den Angaben der befragten Personen war zu schließen, dass unter 10 % ihrer Kinder chronisch krank oder behindert waren. Darüber hinaus wurde berichtet, dass viele der Kinder Sprach- und Konzentrationsstörungen aufwiesen sowie unter Problemen in der Schule, psychischen Problemen, Schlafstörungen, schwierigen Beziehungen zu Eltern(-teilen) oder Kontaktschwierigkeiten litten. Ein Drittel der Kinder war von einem oder zwei, ein weiteres Fünftel von drei und mehr solcher psychosozialen Probleme betroffen. Auch hier konnten plausible, signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen oder mehreren dieser Probleme nachgewiesen werden.

Eine Analyse der Zusammenhänge von Symptomkomplexen anhand von Summenscores erbrachte ebenfalls plausible Resultate. Demnach sind besonders starke Beziehungen zwischen psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen der Eltern(-teile), elternspezifischen bzw. familiären Belastungen sowie gesundheitlichen und psychosozialen Problemen der Kinder einerseits sowie zwischen psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, somatoformen Beschwerden und Risikofaktoren andererseits erkennbar.

Was Hilfe- und Unterstützungsangebote anbelangt, die bisher bereits in Anspruch genommen wurden, so handelt es sich bei einem Drittel der Kernzielgruppenangehörigen um ärztliche Behandlung, in großem Abstand gefolgt von Krankengymnastik / Sport / Bewegung sowie psychologischer Beratung. Danach befragt, was sie in ihrer aktuellen gesundheitlichen und Belastungssituation für besonders hilfreich hielten, sprachen sich mehr als vier Fünftel der Behandlungsbedürftigen für Erholung / Entspannung, drei Viertel für Bäder / Massagen und zwei Drittel für Entspannungstherapie bzw. Krankengymnastik / Sport / Bewegung aus. Soziale, logistische und materielle Unterstützung spielen erst in deutlichem Abstand eine Rolle. Plausiblerweise wurden therapeutische Angebote vor allem von Personen bereits in Anspruch genommen, die an funktionellen Erkrankungen litten. Eine Analyse der Anzahl bereits in Anspruch genommener bzw. für hilfreich gehaltener medizinischer oder psychologischer Angebote erbrachte, dass rund 90 % der Befragten meinten, zwei und mehr solcher Maßnahmen zu benötigen, knapp 50 % glaubten, drei bis fünf Angebote zu brauchen, und

knapp zwei Fünftel gaben an, sogar fünf bis sieben Therapien seien erforderlich. Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass bei den meisten der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Personen tatsächlich komplexer Behandlungsbedarf vorliegt. Es zeigte sich auch, dass funktionell Erkrankte einen höheren Behandlungsbedarf aufwiesen als Personen mit psychosomatischen Störungen, wobei Frauen mehr Leistungen benötigten als Männer.

Vier Fünftel aller befragten Frauen und drei Fünftel der Männer hatten schon einmal von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (meist aus unbestimmten Quellen) gehört, wobei Behandlungsbedürftige besser als die restlichen Personen informiert waren. Im Übrigen waren ehemalige Teilnehmerinnen/-er oder Medien die wichtigsten Informanten.

Rund vier Fünftel beider Geschlechter äußerten sich positiv über die Müttergenesungskuren („finde ich (sehr) gut“), Frauen gaben ein besseres Urteil als Männer ab; ehemalige Teilnehmerinnen/-er fanden die Maßnahmen besonders häufig gut oder sehr gut, zumal zwei Drittel von ihnen aussagten, ihnen sei es im Anschluss daran lange Zeit erheblich besser gegangen. Dabei wurde deutlich, dass es vor allem Aspekte des Verhaltens-Empowerments waren, also einer persönlichen Kompetenzsteigerung der Teilnehmerinnen/-er im Hinblick auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen, die als nachhaltig wirksam empfunden wurden, wohingegen Verhältnis-Empowerment, also positive Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen und Beziehungen, zwar ebenfalls, jedoch in ungleich geringerem Maße wahrgenommen wurde. Vor diesem Hintergrund erstaunt kaum, dass fast 90 % der ehemaligen Teilnehmerinnen/-er äußerten, sie würden Müttergenesungsmaßnahmen unbedingt weiterempfehlen.

Drei Viertel der Befragten – unabhängig, ob behandlungsbedürftig oder nicht – konnten sich im Falle des Auftretens gesundheitlicher Probleme durchaus vorstellen, an einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme teilzunehmen. Frauen waren häufiger als Männer, Personen mit psychosomatischen Störungen häufiger als funktionell Erkrankte dieser Auffassung. Allerdings hielten es zwei Drittel der potentiell an den Maßnahmen Interessierten für erforderlich, ein oder mehrere Kind(er) mitzunehmen, wobei am häufigsten als Grund angegeben wurde, man habe niemanden, der sich während des stationären Aufenthalts um die Kinder kümmern könnte.

Erwartungsgemäß ist die Bereitschaft zur Teilnahme an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen abhängig von der Anzahl der psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, der somatoformen Beschwerden, der Belastungen, der Risikofaktoren sowie der gesundheitlichen und psychosozialen Probleme der Kinder. Je mehr solcher Symptomkomplexe bedeut-

sam waren, desto höher erwies sich die Teilnahmebereitschaft. Personen, die an Atemwegserkrankungen, Krebs oder Herz-Kreislauf-Krankheiten litten, gaben relativ häufig an, sich eine Teilnahme nicht vorstellen zu können. Möglicherweise erhofften sie sich mehr Hilfe in ihrem Krankheitsbild entsprechenden speziellen Einrichtungen.

Vor allem sehr junge, unter 25-jährige und ältere, über 40-jährige Befragte zeigten sich überdurchschnittlich häufig skeptisch gegenüber einem stationären Aufenthalt. Bedenklich erscheint, dass gerade Personen mit drei und mehr Kindern unterdurchschnittlich oft bereit waren, an einer Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme teilzunehmen. Besonders positiv eingestellt waren in dieser Hinsicht Personen in Elternzeit sowie nicht Berufstätige / Hausfrauen / -männer, sehr skeptisch dagegen Rentnerinnen/-er. Je unzufriedener sich Personen im Hinblick auf ihre Berufssituation geäußert hatten, desto eher konnten sie sich eine Teilnahme vorstellen.

Der Zugang zu den Maßnahmen wurde von vier Fünfteln der Befragten als schwierig angesehen, weil Kuren nur noch selten bewilligt würden. Allerdings glaubten mehr als zwei Drittel, dass man mit dem notwendigen *know how* problemlos an eine Kur käme. Personen, die sich gegen eine Teilnahme ausgesprochen hatten, begründeten dies zumeist damit, dass ihnen die Maßnahme nicht gefallen würde, sie sich keinen Erfolg versprächen, sie zu alt dafür seien oder sich gesund fühlten. Lediglich 1 % dieser Befragten war mit einer früheren Maßnahme nicht zufrieden gewesen.

Mehr als die Hälfte der Befragten würde ihren Arzt konsultieren, wenn sie eine Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme ins Auge fassen würden, ein gutes Viertel würde deshalb zur Krankenkasse gehen, lediglich 13 % würden sich an eine Beratungsstelle wenden. Angesichts der Bedeutung, die diesen Stellen im Rahmen der Müttergenesung („Therapeutische Kette“) zugeschrieben wird, haben sie im Bewusstsein der Adressatinnen/-en allem Anschein nach eher einen geringen Stellenwert. Bedenklich ist, dass fast ein Fünftel der Befragten überhaupt keine Vorstellung hat, was zu tun wäre, wenn es um eine Müttergenesungskur ginge.

Bei Ablehnung eines Leistungsantrages würden fast zwei Drittel der Befragten Widerspruch einlegen, ein Zehntel würde sich an den Arzt wenden. Lediglich ein Fünftel würde in diesem Fall nichts tun und den abschlägigen Bescheid einfach hinnehmen, wobei dies vor allem von weniger gebildeten Personen geäußert wurde. Hier wird erkennbar, dass gerade Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau Hilfe benötigen, um ihren Ansprüchen Geltung zu verschaffen.

8.1.3 Abschätzung des Adressatinnen/-enkreises von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

Auf der Grundlage der erarbeiteten Ergebnisse wurde versucht, den **Kreis potentieller Teilnehmerinnen/-er an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen geschlechtsspezifisch abzuschätzen**. Berücksichtigt man **ausschließlich** den **grundsätzlichen Behandlungsbedarf, den 20 % der Mütter und 11 % der Väter** aufwiesen, so **umfasst der Adressatinnen/-en-Kreis** bundesweit hochgerechnet auf alle rund 12,6 Millionen Familien **rund 2,1 Millionen Frauen und rund 235 Tausend Männer**.

Berücksichtigt man darüber hinaus **weitere Parameter** wie

- die bedingte **Teilnahmebereitschaft** (88,7 % der Mütter, 74,9 % der Väter);
- die Tatsache, bei Leistungsanspruchnahme **Kinder mitnehmen zu müssen** (68,8 % der Mütter, 51,3 % der Väter) oder nicht (31,2 % der Mütter, 48,7 % der Väter);
- die Tatsache, noch **an keiner stationären Heilbehandlung teilgenommen** zu haben (74,3 % der Müttern und 93 % der Väter);
- die **unbedingte Teilnahmebereitschaft** (82,6 % der Mütter, 77,7 % der Väter),

so schränkt sich der potentielle Adressatinnen/-en-Kreis der Mütter- bzw. Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen auf insgesamt ca. **1,1 Millionen Frauen** und **rund 128.000 Männer** ein. Gliedert man nach Personen, die ihre **Kinder zur stationären Heilbehandlung mitnehmen müssen**, und solche, bei denen dies nicht erforderlich ist, so umfasst der Kreis der Adressatinnen/-en von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen **fast 800 Tsd. Frauen** und **fast 66 Tsd. Männer**. Dem gegenüber ist für die **an reinen Müttermaßnahmen Interessierten** mit rund **350 Tsd. Frauen** und zu **reinen Maßnahmen für Väter** (wenn es sie denn gäbe) bereiten Personen in der Größenordnung von **rund 61 Tsd. Männern** zu rechnen.

Unsere **Abschätzung** ist insofern als **konservativ** anzusehen, als

- bei der Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit das Vorliegen mehrerer Kriterien unabdingbar war, obwohl in der medizinischen Begutachtungspraxis im Einzelfall bereits ein Kriterium als so schwer ausgeprägt beurteilt werden kann, dass daraus Therapiebedarf abgeleitet wird;
- Personen, die im Rahmen der Interviews als mit Aufgaben zur Kinderversorgung bzw. -erziehung betraut identifiziert wurden, jedoch nicht zur weiteren Fragenbeantwortung

bereit waren, grundsätzlich als nicht behandlungsbedürftig angesehen wurden, was sicher untertrieben ist;

- in die Berechnungen nicht einging, dass auch jene Personen, die bereits an stationären Heilbehandlungen teilgenommen hatten, durchaus – zumindest in absehbarer Zeit – Anspruch auf Teilnahme haben können;
- Adressatinnen von reinen Mütter-Maßnahmen, deren Kinder nicht mehr im elterlichen Haushalt leben, im Rahmen der Interviews nicht berücksichtigt werden konnten.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist festzustellen, dass **bisher weniger als ein Zehntel der möglichen Teilnehmerinnen/-er von Mütter- bzw. Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen erreicht wird. Diese Diskrepanz ist so groß, dass man von Unterversorgung im Bereich der Müttergenesungsmaßnahmen sprechen kann.**

Auch im Hinblick auf die **potentiell bei Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zu berücksichtigenden Kinder** wurde eine Abschätzung vorgenommen. In die Berechnung ging ein, dass potentielle Teilnehmer/-innen im Mittel 1,9 Kinder hatten und 67 % angaben, ihr(e) Kind(er) im Falle einer stationären Heilbehandlung mitnehmen zu müssen. Dabei wurde unseren vorsichtigen Berechnungen zugrunde gelegt, dass dem aktuellen *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)* zufolge 16 % der Kinder speziellen Versorgungsbedarf aufweisen. Vor dem Hintergrund dieser Annahmen wurde **ein Personenkreis von knapp 1,1 Millionen Kindern** ermittelt, die als mögliche Teilnehmer/-innen an Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Frage kommen. Ein Zehntel davon sind Kleinkinder. **Gut 170 Tsd. der Kinder und Jugendlichen weisen aufgrund chronischer Krankheiten oder Behinderungen speziellen medizinischen Versorgungsbedarf auf.**

Geht man davon aus, dass in den Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen bisher pro Jahr schätzungsweise lediglich bis zu 100.000 Kinder (genaue Zahlen liegen nicht vor) mit aufgenommen werden, ist **auch hier erkennbar, dass von Unterversorgung in diesem Bereich gesprochen werden kann.**

Die zu erwartenden demografischen Veränderungen der nächsten Jahre werden im Hinblick auf den Kreis der 20- bis unter 65-Jährigen quantitativ kaum, jedoch vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung durchaus qualitative Veränderungen nach sich ziehen. So ist mit sich wandelnden Morbiditätsstrukturen zu rechnen, die einen häufigeren und qualitativ anders gearteten Behandlungsbedarf erwarten lassen. Dem werden die Behandlungseinrichtungen entsprechen müssen. Was die Gruppe der Kinder anbelangt, so wird diese in den kommenden Jahren zwar um etwa ein Viertel zurückgehen. Inwieweit dies Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen haben kann, wird abhängig sein

von der künftigen Entwicklung von Krankheiten im behandlungspflichtigen Stadium, wie Allergien, Verhaltens- und psychischen Auffälligkeiten, Essstörungen usw., die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben.

Auch wenn die besondere Situation von pflegebedürftigen Angehörigen im Rahmen unserer Studie nicht eingehender untersucht werden konnte, ist mit einer Zunahme vor allem von Frauen zu rechnen, die durch die Pfl egetätigkeit in besonderem Maße belastet und aufgerieben werden. Es ist anzunehmen, dass es sich hier um eine große Personengruppe handelt, die ebenfalls für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der §§ 24 bzw. 41 SGB V in Frage kommt.

8.2 Handlungsempfehlungen

Unseren Untersuchungsergebnissen zufolge lässt sich selbst bei konservativer Bestimmung des potentiellen Teilnehmerinnen/-er-Kreises ein deutliches Maß an Unterversorgung im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen konstatieren. Dabei ist die betreffende Klientel über funktionellen Erkrankungen, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen und somatoforme Beschwerden hinaus gekennzeichnet von eltern- und familienzuspezifischen sowie anderen psychosozialen Belastungen. Da in unserer Gesellschaft fast ausschließlich Frauen für die Kinderversorgung und -erziehung zuständig sind, handelt es sich dabei zu fast neun Zehnteln um Mütter, deren Gesundheitsprobleme insbesondere aufgrund von Überbelastung in Familie und Beruf sowie ständigem Zeitdruck häufiger im Bereich psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen und / oder somatoformer Beschwerden zu finden sind. Dagegen überwiegen bei Männern funktionelle Krankheiten, die allerdings ebenfalls zumeist mit den genannten psychogenen Störungen und Beschwerden einhergehen. Mit durchschnittlich 1,92 Kindern haben die potentiellen Adressatinnen/-en tendenziell mehr Kinder als nicht Behandlungsbedürftige.

Welche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen sind vor diesem Hintergrund im Hinblick auf die in *Abschnitt 3* enumerierten Fragestellungen aus der vorliegenden Untersuchung zu ziehen?

8.2.1 Wirtschaftliche Führung und Kooperation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die vorliegende Untersuchung hat keine Hinweise auf Defizite im Hinblick auf die wirtschaftliche Führung der *MGW*-Einrichtungen erkennen lassen. Entsprechende Kritik wurde auch nicht von Seiten der Kostenträger geäußert. Wie in *Abschnitt 2.2.4* eingehend dargestellt, sind die wirtschaftlichen Probleme der Kliniken in erster Linie von den Parametern „Auslastung“ und „Tagessatz“ abhängig. Gerade auf diese Variablen haben sie relativ wenig Einfluss, da diese fast ausschließlich von den Kostenträgern beeinflusst werden. Aufgrund der jüngsten Veränderungen im Bereich der normativen Rahmenbedingungen durch das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* ist anzunehmen, dass sich die Auslastungsquote der Einrichtungen dauerhaft erhöht. Entsprechende Entwicklungen scheinen sich derzeit bereits abzuzeichnen. Gleichwohl sind die **Krankenkassen** weiterhin aufgerufen, ihre Kostensatzpolitik zu überdenken: Werden qualitativ hochwertige Leistungen gewünscht, dann muss man im wohlverstandenen Interesse *aller* Beteiligten auch bereit sein, adäquat dafür zu bezahlen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass – wie es nicht zuletzt in den „Anforderungsprofilen“ festgeschrieben ist – den psycho-sozialen, edukativen und interaktiven Angeboten im Rahmen der Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen besondere Bedeutung beigemessen wird. Mit der Bereitstellung des dazu erforderlichen Fachpersonals ist im Vergleich zu sonstigen stationären Heilbehandlungen ein erheblicher finanzieller Mehraufwand verbunden.²⁷⁸ Aus diesen Gründen ist deshalb auf Leistungsentgelte zu dringen, die eine echte Vollfinanzierung der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen auf Dauer sicherstellen. Gefordert ist hier ggf. auch das **Bundesministerium für Gesundheit**, auf dem Verordnungswege auf angemessene Leistungsentgelte hinzuwirken.

Vor dem Hintergrund der asymmetrischen Marktmachtstrukturen im Bereich von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie der Tatsache, dass die Einrichtungen direkt (und nicht über ihren Spitzenverband) mit den Kostenträgern über Tagessätze verhandeln müssen und keinen Anspruch auf Belegung haben, erscheint überlegenswert, eine *Schiedsstelle* zu schaffen, die im Falle strittiger Fragen von den Vertragspartnern angerufen

²⁷⁸ Gesundheitsökonomische Berechnungen auf der Grundlage empirischer Bewertungssätze ergaben, dass die Kosten in Rehabilitationskliniken fachabteilungsspezifisch erheblich variieren: Demnach waren die Tagespflegesätze bundesdurchschnittlich im Jahre 2003 in den Fachabteilungen „Psyche“ mit 150 € pro Pflage tag am höchsten, während sie z.B. in den Fachabteilungen „Harnorgane“ und „Sucht“ jeweils lediglich 96 €, in der Fachabteilung „Bewegungsorgane“ 103 € und der Fachabteilung „Herz/Kreislauf“ 110 € betragen (vgl. *Krauth et al.* 2005: 744).

werden könnte. Hier ist ggf. der **Gesetzgeber** in Zusammenarbeit mit den **Krankenkassen** sowie den für die **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zuständigen Spitzenverbänden** gefordert, entsprechende Rechtsgrundlagen zu schaffen.

8.2.2 Verbesserungen von Infrastruktur und Kooperation im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter

Die Klientel von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen rekrutiert sich immer noch zu großen Teilen aus sozial schwachen, tendenziell kinderreichen Familien. Diese Frauen und Männer sowie ihre Kinder sind gerade im Kontext der Familie einer Reihe von schwerwiegenden Belastungen ausgesetzt, die dazu führen, dass die Betroffenen in erheblichem Ausmaß unter psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, somatoformen Beschwerden, funktionellen Erkrankungen und Risikofaktoren zu leiden haben. Berücksichtigt man, dass die „Familie die wichtigste Erziehungsinstanz ist und Eltern die wichtigste Ressource für die kindliche Entwicklung darstellen“²⁷⁹ und dass von ihnen häufig auch erwartet wird, Unterstützungs- und Pflegeleistungen für ältere Angehörige zu erbringen, so wird deutlich, dass sie den mit diesen Aufgaben zusammenhängenden Anforderungen und Belastungen nur gewachsen sein können, wenn sie dem auch gesundheitlich entsprechen. Hier ist die **Familienpolitik** gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die geeignet sind, Eltern in Stand zu setzen, diese Herausforderungen zu bewältigen. Dazu gehört auch die *Bereitstellung entsprechender Infrastrukturen* in Form von speziell für die Bedürfnisse von Müttern und Vätern *geeigneten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint die weitere Förderung dieser Einrichtungen in Form von Bauzuschüssen durch das **BMFSFJ** weiterhin gerechtfertigt.

Angesichts der Tatsache, dass sich Eltern schulpflichtiger Kinder besonders zurückhalten, eine Müttergenesungsmaßnahme außerhalb der Ferienzeit in Anspruch zu nehmen, kommt Möglichkeiten einer adäquaten Beschulung von Schülerinnen/-ern, die in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden (müssen), besondere Bedeutung zu. Angesichts der restriktiven Finanzierung der Maßnahmen durch die Krankenkassen ist es nicht allen Kliniken möglich, einen qualifizierten Unterricht der jungen Teilnehmerinnen/-er sicherzustellen. Wünschenswert wäre es, wenn es gelänge, in Kooperation mit der **Kultusminis-**

²⁷⁹ Bundesregierung 2006a: XXXVII

terkonferenz sowie den **regionalen Schulbehörden** Wege zur *Finanzierung* von für *MGW*-Einrichtungen *freigestelltes Lehrpersonal* zu finden.

Der Kooperation der Einrichtungen untereinander, im Trägerverbund, im Bereich des *Müttergenesungswerkes* sowie innerhalb der jeweiligen Regionen, in denen die Einrichtungen arbeiten, wird hohe Bedeutung zugeschrieben. Die Chancen solcher Zusammenarbeit werden daher in den letzten Jahren bereits weithin ebenso genutzt werden, wie die Möglichkeiten, die Rationalisierungsmaßnahmen bieten. Insofern können in dieser Hinsicht kaum Handlungsempfehlungen formuliert werden, die über das hinausgehen, was heute schon praktiziert wird.

Großer Stellenwert kommt der Arbeit der *Beratungs- und Vermittlungsstellen* zu, erfüllen sie doch wichtige Aufgaben nicht nur im Hinblick auf die Beratung und Unterstützung von potentiellen Maßnahmeteilnehmerinnen/-en, sondern insbesondere auch bei der Auswahl und kostenträgerübergreifenden Steuerung von Interessentinnen/-en in für sie und ihre Kinder geeignete therapeutische Settings.²⁸⁰ Durch eine geeignete Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt werden den Teilnehmerinnen/-ern klarere Vorstellungen insbesondere im Hinblick auf die intendierten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele vermittelt, was letztlich zu einer erheblichen Reduktion von Abbrüchen beiträgt. Zudem übernehmen die Stellen wichtige Aufgaben im Bereich der Nachsorge. Alles dies wird durchaus von vielen Krankenkassen positiv gewürdigt. Allerdings musste vor dem Hintergrund der immer knapper werdenden Ressourcen bereits eine größere Anzahl dieser Einrichtungen schließen. Trotz dieser Ausdünnung wird die Aufrechterhaltung eines flächendeckenden Netzes von Beratungs- und Vermittlungsstellen grundsätzlich weiterhin unterstützt, da die Wohlfahrtsverbände dies aufgrund ihres Selbstverständnisses für erforderlich halten. Gleichwohl ist aufgrund

- der Chancen, die die Beratungsleistungen der Stellen im Hinblick auf die bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung von Müttern, Vätern und Kindern mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 24 bzw. 41 SGB V bieten,
- der Unterstützung, die gerade Ratsuchende mit Bildungs- und Sprachbarrieren im Rahmen des hochkomplizierten Antrags- und ggf. auch Widerspruchsverfahrens erfahren und ohne die sie wohl kaum die bürokratischen Hürden bewältigen und den Weg in die Maßnahmen finden würden;

²⁸⁰ Demgemäß kommt es bei weniger als 50 % der Anfragen überhaupt zur Stellung eines Antrages auf Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (Mitteilung der Trägerorganisationen des *Müttergenesungswerkes* am 29.08.2007).

- der Kostenersparnisse, die mit einer adäquaten Allokation von Versicherten einhergehen sowie
- des Nutzens, der mit Nachsorgeleistungen zur nachhaltigen Sicherung des Behandlungserfolges verbunden ist,

dafür zu plädieren, die MGW-Beratungs- und Vermittlungsstellen auf eine *solidere Finanzierungsbasis* als bisher zu stellen. Es bietet sich an, eine solche Förderung an die Erfüllung definierter Qualitätsstandards zu knüpfen und nach geeigneten (Misch-)Finanzierungsmöglichkeiten, z.B. durch **Kostenträger, Bund, Länder, Gebietskörperschaften**, zu suchen.

Nach Auskunft von Expertinnen aus dem Bereich der Müttergenesung sind *vernetzte Strukturen* erforderlich, um den selbst gesetzten Aufgaben entsprechen und den eigenen Anspruch einlösen zu können. Aus diesem Grunde arbeiten *MGW*, seine Trägerorganisationen, die Vermittlungs- und Beratungsstellen sowie die *MGW*-Einrichtungen bereits jetzt vielfach auf regionaler und überregionaler Ebene im Rahmen von Fachgesellschaften, mit Familien- und Selbsthilfeorganisationen, familienunterstützenden Diensten (Sozial-, Erziehungsberatung) sowie Institutionen zur frühkindlichen Förderung und Erziehung (z.B. „Frühe Hilfen“) zusammen.

Diese *Zusammenarbeit ist weiter auszubauen und zu intensivieren*: Wenn sich gezeigt hat, dass gerade der Anteil bildungsferner Gruppen an den Maßnahmeteilnehmerinnen/-ern tendenziell rückläufig ist, so gilt es, durch verstärkte Vernetzungen mit anderen lokalen Beratungsstellen, Sozialdiensten, Kindertagesstätten und Schulen Zugang zu diesem sozial schwachen Personenkreis zu bekommen und ihn bedarfsgerechten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zuzuführen. Dies muss Aufgabe jener Organisationen sein, die als **Träger der Vermittlungs- und Beratungsstellen** firmieren.

8.2.3 Weiterentwicklung des für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter relevanten Leistungsrechts

Frauen, aber auch Männern sind heute in wesentlichem Ausmaß in die Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Angehöriger eingespannt und unterliegen damit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen. Dies führt nicht selten zu Gesundheitsstörungen mit ähnlichen Krankheitsausprägungen, wie sie bei der Klientel der medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter bzw. Väter zu finden sind, und zu einem gleich gelagerten Bedarf an Behandlungskonzepten. Da mit diesem subsidiären Engagement der Pflegepersonen

erhebliche Kosteneinsparungen in den Haushalten der Sozialkassen und der Öffentlichen Hand verbunden sind, gilt es, diese Personen so lange wie möglich dazu zu befähigen, ihre schwere Arbeit zu bewältigen. Hier bietet es sich an, das Potential der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter auch auf den Kreis der pflegenden Angehörigen auszudehnen. Allerdings fehlt derzeit eine entsprechende Anspruchsgrundlage. Hier ist der **Gesetzgeber** gefordert, nach Möglichkeiten zu suchen, *Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für häusliche Pflegepersonen im Kranken- und Pflegeversicherungsrecht zu verankern*.

Wie aus den *MGW*-Beratungs- und Vermittlungsstellen berichtet wird, kommt es weiterhin vor, dass berufstätige Personen, die eine Leistung nach § 41 SGB V beantragen, unbegründet von Krankenkassen an den Rentenversicherungsträger verwiesen werden, obwohl die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB V nicht vorliegen. Die Folge ist ein Hin- und Herschieben der Versicherten, von denen viele schließlich resignieren und auf die betreffenden Leistungen verzichten. Auch wenn entsprechenden Vorschlägen im Rahmen des *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* nicht Rechnung getragen wurde, ist weiter dafür zu plädieren, § 41 Abs. 2 SGB V durch Einfügen der Bestimmung „§ 40 Abs. 4 SGB V gilt nicht“ zu ändern und damit den *Verweis an Sozialversicherungsträger zu verhindern*, die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter gar nicht vorsehen. Auch hier sollte der **Gesetzgeber** tätig werden.

Aufgrund der Reformpolitik der letzten Jahre und den damit einhergehenden Leistungskürzungen werden Frauen (und Männer) zunehmend davon abgehalten, Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen in Anspruch zu nehmen. So wurde die seit dem 01.01.2005 erforderliche *private Zuzahlung* von 10 Euro pro Tag bei einer Müttergenesungsmaßnahme bereits im 7. Familienbericht gerade im Hinblick auf sozial schwache Familienhaushalte als kontraproduktive Entscheidung moniert, die dringend *rückgängig* gemacht werden sollte.²⁸¹ Entsprechendes gilt für die Tatsache, dass der Leistungsbezug von Müttern und Vätern, die *Arbeitslosengeld II* beziehen, im Falle einer stationären Heilbehandlung *gekürzt* wird. Auch hier ist der **Gesetzgeber** aufgerufen, die betreffenden Anspruchsgrundlagen zugunsten sozial schwacher Familien zu verändern.

Zu prüfen ist schließlich auch, inwieweit **bürokratische Hürden abgebaut** werden können, die einer **Verordnung von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen** in der ärztlichen Praxis entgegenstehen und geradezu abschreckend wirken. Dazu gehört neben der von be-

²⁸¹ Vgl. *Deutscher Bundestag* 2006c: 173

handelnden Ärzten an sich schon als überaus aufwendig angesehenen Prozedur (Stichwort „Antrag auf Antrag“ mittels Formular Nr. 60, das allerdings keine Möglichkeit zur Verordnung von Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen vorsieht) bei der Verordnung von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auch der nach § 11 der geltenden *Rehabilitations-Richtlinien* erforderliche Erwerb der Fähigkeit über solche Leistungen beraten und diese verordnen zu dürfen.²⁸² Hier sind **Ärzeschaft, Rehabilitationsträger** und **Gesetzgeber** aufgefordert, im wohlverstandenen Interesse aller Beteiligten nach Wegen zu suchen, die den Zugang zu den Leistungen für gesundheitlich angeschlagene und behinderte Menschen erleichtern und nicht erschweren.

8.2.4 Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

8.2.4.1 Maßnahmeadressatinnen/-en-orientierte Informationsvermittlung

Die Inanspruchnahme therapeutischer Angebote hängt nicht zuletzt von der Teilnahmebereitschaft der Adressatinnen/-en ab. Wenn sich im Interview, wie wir gesehen haben, zwischen 52 % und 78 % der als behandlungsbedürftig angesehenen Personen grundsätzlich zu einer stationären Behandlung bereit erklärten, so heißt das nicht, dass die Betroffenen dies auch in die Tat umsetzen und einen entsprechenden Antrag stellen. Abgesehen davon, dass dem objektive Gründe entgegenstehen können, die in einer gegebenen konkreten Situation Teilnahmewünsche vereiteln können, ist zu vermuten, dass neben einem manifesten Leidensdruck Anstöße von außen wesentlich sind, um die betreffenden Personen zu veranlassen, sich aktiv um eine Maßnahme zu bemühen.

Dazu sind zum einen *ausführliche, überzeugende, zielgruppenadäquate Informationen* über Ziele, Inhalte, Modalitäten, Kosten, Antragsverfahren, Unterstützungsmöglichkeiten bei Beantragung und Inanspruchnahme usw. solcher Maßnahmen sowie die Erfolgsaussichten einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter erforderlich, die breit gestreut werden und die potentiellen Adressatinnen/-en auch tatsächlich erreichen.

Hier sind weitere Anstrengungen des **Müttergenesungswerkes** und der **Wohlfahrtsverbände** erforderlich, wobei sicherlich hilfreich ist, wenn diese Organisationen dabei wie schon in der Vergangenheit durch das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** sowie das **Bundesministerium für Gesundheit** unterstützt werden. Darüber hinaus

²⁸² Siehe dazu: *Hibbeler 2006; ohne Verfasser 2006*

sind auch die **behandelnden Ärzte** sowie die **Kostenträger** gefordert, im Bedarfsfall entsprechende Informationen an ihre Patienten bzw. Versicherten weiterzugeben und diese beim Zugang zu den Maßnahmen zu unterstützen.

8.2.4.2 Gatekeeper- und multiplikatorenorientierte Öffentlichkeitsarbeit

Qualifizierte Öffentlichkeitsarbeit sollte sich nicht nur an die potentiellen Teilnehmerinnen/-er, sondern insbesondere auch an wichtige *Gatekeeper* und Multiplikatoren richten, die von wesentlichem Einfluss sind, wenn es darum geht, Personen von der Inanspruchnahme einer Mutter-Vater-Kind-Maßnahme zu überzeugen.

- Zu nennen sind hier zunächst die behandelnden **Ärzte**, die **Fachärzte** und die **Klinikärzte**: Ohne qualifizierte Begründung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung ist eine Bewilligung nicht möglich. Ärzte werden eine bestimmte Therapie aber nur dann empfehlen und verordnen, wenn sie von *Therapiekonzepten und -erfolgen* überzeugt und über die Voraussetzungen einer Inanspruchnahme eingehend informiert sind. Allem Anschein nach ist dies jedoch nicht überall der Fall. Dies erscheint nicht verwunderlich, zeigt doch ein Blick in die berufsständische Fachpresse, dass die Müttergenesungsmaßnahmen, aus medizinischem Blickwinkel beleuchtet, noch zu wenig präsent sind. Zu empfehlen sind daher *qualifizierte, an sämtliche Organe der ärztlichen Standespresse gerichtete Fachinformationen*, die über Adressatinnen/-en-Kreis, Indikationen, Qualität des Leistungsangebotes und Maßnahmeerfolge Auskunft geben. Demnach gilt es wissenschaftlich fundierte, inhaltlich überzeugende und fachärztlich ausgerichtete Originalia (z.B. über klinische Evaluationen von Maßnahmen und therapeutische Aktivitäten im Maßnahmeverlauf, Kontrollgruppendesigns usw.) zu verfassen, da nur solche eine Chance haben, in der Fachpresse publiziert und von den Ärzten als relevante Informationen registriert zu werden.
- Zu nennen sind weiter die **Krankenkassen**, die als Kostenträger wichtige Akteure im Bereich der Müttergenesung darstellen. Wie bei den Ärzten gilt es hier ebenfalls, innerhalb der eigenen Organisationsstrukturen (pflichtgemäß entsprechend §§ 12 bis 15 SGB I) für eine adäquate Information der Versicherten im Hinblick auf Anliegen und Chancen der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, die Anspruchsvoraussetzungen und den Zugang zu den betreffenden Leistungen zu sorgen. Darüber hinaus ist es erforderlich, aufgrund der weiterhin bestehenden kritischen Sicht ver-

schiedener Akteure im Krankenkassenbereich auf diese Maßnahmen **durch qualifizierte Informationen weitere Überzeugungsarbeit zu leisten**. Dies wird weithin bereits vor allem von seiten des *Müttergenesungswerkes*, seiner Trägerverbände und der Müttergenesungseinrichtungen getan und sollte durch **weitere qualifizierte Nachweise der Effektivität und vor allem auch der Effizienz der Maßnahmen** ergänzt werden.

- So weit es die Mitnahme von Schulkindern betrifft, wird es erforderlich sein, auch die **Schulen (Schulverwaltung, Schulleitungen, Lehrerinnen/-er)** zum einen grundsätzlich davon zu überzeugen, dass ein stationärer Aufenthalt für die Gesundheit von Mutter, Vater und Kind sowie die familiären Beziehungen wichtig ist, zumal dann, wenn auch das Kind Behandlungsbedarf aufweist. Auf Schulseite steht man vor allem dann einem stationären Aufenthalt kritisch gegenüber, wenn dieser während des Schuljahres stattfinden soll: Angesichts eines immer größeren Leistungsdrucks im schulischen Bereich, vor allem auch dann, wenn Übergänge in andere Stufen anstehen, kann dies nicht verwundern. Insofern muss hier glaubwürdig vermittelt werden, dass die Maßnahme zum gegebenen Zeitpunkt notwendig und inhaltlich für Mutter/Vater und Kind sinnvoll ist. Dazu gehört auch, mittels Informationen über das Einrichtungskonzept davon zu überzeugen, dass im Rahmen der Maßnahme Anstrengungen unternommen werden, das Kind schulisch „auf dem Laufenden“ zu halten, damit keine Rückstände eintreten. Zudem muss einleuchtend vermittelt werden, dass die betroffenen Kinder, die vielfach auch in der Schule durch Konzentrations- und Verhaltensstörungen, Versagen und sonstige psychosoziale Probleme auffallen, im Rahmen der Maßnahme behandelt und günstig beeinflusst werden können und somit positive Veränderungen auch in der Schule zu erwarten sind. Nur dann ist zu erwarten, dass die Schule „mitzieht“.

Sicherlich ist die *Vermittlung entsprechender Informationen* in erster Linie Aufgabe der **Protagonisten und Anbieter von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistungen**. Gleichwohl können öffentliche Institutionen, wie das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**, das **Bundesministerium für Gesundheit**, das **Bundesministerium für Bildung und Forschung** oder die **Sozialversicherungsträger**, nicht nur durch Subventionierung von Informationsmaterial und eigene Publikationen, sondern auch durch *Bereitstellung von Forschungsmitteln zum Nachweis der Maßnahmeeffektivität und –effizienz* dazu beitragen, überzeugende Informationen zum Thema zu erarbeiten.

8.2.5 Imagepflege und Sprachgebrauch im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter

Im Rahmen der Gespräche mit Teilnehmerinnen wurde den Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen zwar grundsätzlich ein gutes Renommee zugeschrieben. Gleichwohl wurde verschiedentlich, insbesondere im Expertinnen/-en-Kreis auf das als „angestaubt“ angesehene Signet „Müttergenesung“ hingewiesen. Dies stimmt mit den Ergebnissen einer Studie aus dem Jahre 1999 im Bereich der *Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG)* überein, nach der 20 % der Befragten und hier insbesondere die jüngste Altersgruppe das Image für nicht ganz so gut hielten.²⁸³ Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, sich mit der *Begrifflichkeit* „Müttergenesung“ (z.B. im Rahmen einer Umfrage) *selbstkritisch auseinander zu setzen* und ggf. *nach neuen Lösungen zu suchen*.

Vor dem Hintergrund der Veränderungen, die sich im Hinblick auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nun schon seit vielen Jahren ergeben haben, sollte man sich schließlich auch im Bereich der Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen *definitiv vom Kurbegriff verabschieden*, wie dies zumindest im übrigen Bereich der Rehabilitation grundsätzlich schon der Fall ist. In *Abschnitt 2.2.1* ist ausführlich dargelegt worden, dass diesem Terminus Konnotationen zugeschrieben werden, die weniger auf ein anspruchsvolles therapeutisches, aktivierendes und gesundheitsförderndes Konzept abstellen, sondern eher im Bereich von Erholung, Wellness und passiver Inanspruchnahme vor allem ortsgebundener Heilmittel liegen. Fachleute plädieren daher nachdrücklich dafür, diese inadäquaten Assoziationen bei potentiellen Teilnehmerinnen/-er, aber auch bei Ärzten und Kostenträgern zu verhindern, da sie das Inanspruchnahmeverhalten, die Verordnungs- und Genehmigungspraxis sowie den Maßnahmeerfolg erheblich beeinträchtigen können. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird allen Beteiligten – und dies betrifft das **Müttergenesungswerk**, seine **Trägerverbände** und deren **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen** ebenso wie die **mit den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter befassten Ministerien (BMFSFJ, BMG)** sowie verschiedene **Kostenträger** – dringend empfohlen, den eigenen Sprachgebrauch zu bereinigen.

²⁸³ Vgl. *Info-Team* 1999: 2

Literatur

- Adler, C.; Wilz, G.; Gunzelmann, T. 1996:** „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: *Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 2: 125-131
- Adler, R.H.; Herrmann, J.M.; Köhle, K.; Schonecke, O.W.; Uexküll, Th. V.; Wesiack, W. 1996:** Psychosomatische Medizin. 5. neubearb. u. erw. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg
- Akkent, M.; Franger, G.; Gütepe, N. 1984:** Mütterkur für türkische Frauen. In: Geiger, A. (Hrsg.): *Krankheit in der Fremde*. Berlin: Express Edition: 122-126
- Almberg, B.; Grafström, M.; Winblad, B. 1997:** Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing* 26: 683-691
- Andersen, H.H.; Schwarze, J. 2003:** Bedarfsprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. *Blaue Reihe* 2003-05, Berlin: Berliner Zentrum Public Health
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006:** Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korr. Aufl. vom 15. Juni 2006. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband. URL: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/unternehmen/politik-und-positionen/66196.pdf> (Stand: 04.08.2007)
- Arbeitsgemeinschaft Europäische Radonheilbäder 2003:** Betreff: Begriff Kur. Schreiben vom 16.09.2003. (13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ausschussdrucksache 0274 (03) vom 17.09.03, 15. Wahlperiode. URL: http://www.bundestag.de/ausschuesse/archiv15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/Arge_Europ__Radonh_pdf (Stand: 22.11.2006)
- Arnhold-Kerri, S. 2005:** Das mütterspezifische Leitsyndrom als Rahmenindikation. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 119-129
- Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J. 2001:** Neue Ansätze zur Qualitätssicherung von Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. In: *Worringen / Zwingmann* 2001: 167-192
- Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J. 2002a:** Methodische Grundlagen der Effektivitätsforschung. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri* 2002: 127-132
- Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J. 2002b:** Zur Effektivität von Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – Therapieeffekte bezüglich psychischer Belastungen und Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Teilhabe durch Rehabilitation*, DRV-Schriften, Band 33: 115-117
- Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J.; Sperlich, S. 2003:** Belastungsprofile und Effekte von Kindern in Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem*, Tagungsband, Frankfurt am Main: 544-545
- Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J. 2006:** Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 165-171
- Arnhold-Kerri, S.; Sperlich, S.; Collatz, J. 2003:** Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. In: *Rehabilitation* 42: 290-299
- Arnhold-Kerri, S.; Sperlich, St.; Collatz, J. 2006.:** Datenreport für das Deutsches Müttergenesungswerk über Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen 2006. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover
- Arnhold-Kerri, S.; Sperlich, S.; Collatz, J.; Geyer, S.; Fischer, G. 2002a:** Therapieeffekte in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – Veränderungen der Mutter-Kind-Aktion. In: *Gesundheitswesen* 54: A41
- Arnhold-Kerri, S.; Sperlich, S.; Sieger, U.; Collatz, J. 2002b:** Zur Effektqualität. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri* 2002: 144-151
- Aronson, E.; Pines, A.M.; Kafry, D. 1983:** Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta
- Barre, F. 2005a:** Erreichte Standards externer Qualitätssicherung und internen Qualitätsmanagements in Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 51-60
- Barre, F. 2005b:** Strukturqualitäten und ihre Bewertung. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 207-216
- Barre, F. 2006:** Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 172-177

- Barre, F.; Collatz, J. 2006:** Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien*. DRV-Schriften, Band 64: 361-362
- Barre, F.; Schaub, K.; Collatz, J. 2002:** Zur Strukturqualität. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri 2002*: 133-138
- Barre, F.; Sperlich, St.; Collatz, J. 2004:** Gesundheit von Müttern in der flexiblen Gesellschaft – Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder. In: *Wollmann-Wohlleben et al. 2004*: 227-233
- Barre, F.; Sperlich, St.; Collatz, J. 2005:** Einführung der ICF-Klassifikation in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – erste empirische Ergebnisse. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven* -, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 49: 78-80
- Baumeister, C.; Martens, R.; Vetterlein, K. 2004:** Stationäre Rehabilitation von Eltern und Kindern unter einem Dach – Erfahrungen nach zwei Jahren Zusammenarbeit zwischen einer Rehabilitationsklinik für Kinder und einer psychosomatischen Fachklinik. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*: 54
- Bengel, J.; Koch, U. (Hrsg.) 2000:** Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin: Springer
- Bettge, S.; Ravens-Sieberer, U. 2001:** Die subjektive Gesundheit von Kindern. In: *Frühe Kindheit – Zeitschrift der Liga für das Kind* 4, Heft 3: 24-26. URL: http://www.liga-kind.de/pages/301ravens_sieberer.htm (Stand: 16.11.2006)
- Biener, K. 1986:** Streß bei Hausfrauen. In: *Münchner Medizinische Wochenschrift* 128, Nr. 7: 99-102
- Biener, K. 1988:** Streß: Epidemiologie und Prävention. Bern: Huber
- Binder, G. 1974:** Sonderkuren für Mütter mit behinderten Kindern. In: *Das behinderte Kind* 11, Heft 2: 70-73
- BIK 2001:** BIK-Regionen: Ballungsräume, Stadtregionen, Mittel-/Unterzentrenggebiete. Methodenbeschreibung zur Aktualisierung 2000. Stand: Oktober 2001. Hamburg: BIK Aschpurvis + Behrens GmbH
- Bitzer, E.M.; Dörning, H.; Beckmann, U.; Somhammer, B.; Zander, J.; Klosterhuis, H. 2006:** Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung - Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). In: *RV aktuell* 2006; 53 (9/10): 398-496.
- Blau, H.-J. 1997:** Die integrativen Mutter-Kind-Kuren. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 7: 133-137
- Blohmke, M.; Ferber Chr. v.; Kisker, K.P.; Schaefer, H. 1979:** Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden. Stuttgart: Enke
- Boeger, A.; Pickartz, A. 2001:** Bewältigungsstrategien bei pflegenden Angehörigen. In: *Report Psychologie* 26, Heft 4: 234-239
- Böhrk, G. 1993:** Was Frauen krank macht – andere Wege zur Gesundheit. In: *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein*: 6-9
- Bonnemann-Böhner, A. 2002:** Die Zukunft der Müttergenesung. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri 2002*: 29-35
- Bonnemann-Böhner, A. 2005:** Gesundheit von Müttern und Kindern. URL: <http://www.frauenforschung.fh-kiel.de/Vortraege/VortragMuettergesundheit.htm> (Stand: 20.03.2006)
- Borchers, A.; Miera, St. 1993:** Zwischen Enkelbetreuung und Altenpflege: Die mittlere Generation im Spiegel der Netzwerkforschung. *Reihe Stiftung DER PRIVATE HAUSHALT*, Band 19, Frankfurt: Campus
- Borges, P.; Hofmann, O.; Zimolong, A. 2006:** Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Düsseldorf: GEBERA - Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH
- Brähler, E.; Felder, H.; Schumacher, J. 2003:** Wenn der Körper zur Last wird: Zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Epoche auf körperliche Beschwerden. In: *Psychosozial* 26, Heft 4, Nr. 94: 105-120. URL: http://www.uni-leipzig.de/~medpsy/pdf/gbb_alter_geschlecht.pdf (Stand: 22.03. 2006)
- Breloer, G. 1990:** Zur Notwendigkeit professioneller Angehörigenarbeit bei häuslicher Pflege alter Menschen. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 15: 239-247
- Breyer, F.; Zweifel, P. 1992:** Gesundheitsökonomie. Berlin: Springer
- Bruckenberg, E.; Klein, H. 1997:** Medizinische Rehabilitation – Chaos oder Neuordnung. *Krankenhausumschau*, Sonderheft. URL: <http://www.bruckenberg.de/doc/reha/chaos.htm> (Stand: 22.11.2006)
- Bruder, J. 1998:** Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen. In: *Kruse* 1998: 275-295
- Brühan, W.; Notz, G.; Schüler, K.; Wiegmann, B. 1999:** Familienpolitisches Diskussionspapier des Fachausschusses Jugend, Frauen, Familie und Senioren. Bonn: AWO Bundesverband. URL: http://www.awo.org/pub/fam_pol/familie/fampoldisk/fampoldisk/caarticle_file_download/elem0/DiskuP-Familien22.pdf (Stand: 20.03. 2006)

- Brunner, A. 1996:** Über den Wandel im Umgang mit Armut, Krankheit und Abweichung. Wien: Univ. Dissertation
- Bublitz, T. 2005:** Umsetzungen des Gesetzes zur Verbesserung der Prävention und Rehabilitation für Mütter und Väter durch die Krankenkassen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri 2005*: 61-69
- Buchinger, K. 1984:** Gruppentherapeutische Methoden. In: Schmidt, L. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. 2. Aufl., Stuttgart: Enke: 624-648
- Buchner, W. 2002:** Gesundheitsreform und Kurwesen – eine ökonomische Analyse am Beispiel der niederbayerischen Heilbäder. Univ.-Diss. Regensburg. München: Heinrich Utz Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2005:** Rehabilitation und Teilhabe: Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2006:** ICF-Praxisleitfaden Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main: BAR
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit 2006:** Schreiben an die Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Geschäftszeichen III-360/ 053#0196, vom 19.06.2006. (14) Ausschuss für Gesundheit, 16. Wahlperiode, Ausschussdrucksache 0065(3), Eingang am 20.06.2006
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001:** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Band 209, Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002:** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn: BMFSFJ
- Bundesministerium für Gesundheit 2006:** Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit. In: *Deutscher Bundestag 2006*: 3-4
- Bundesministerium für Gesundheit 2007:** Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45 1. Quartal 2007. Stand: 30.05.2007. URL: http://www.bmg.bund.de/cn_040/nn_601100/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/KV-45-1-Quartal,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KV-45-1-Quartal.pdf (Stand: 02.08.2007)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung / Müttergenesungswerk 2005:** Informationen zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter. Bonn
- Bundesregierung 2006:** Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). URL: http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/gesetzentwurf_wettbewerbsstaerkungsgesetz.pdf?param=reform2006 (Stand 21.11.2006)
- Bundesregierung 2006a:** Stellungnahme der Bundesregierung. In: *Deutscher Bundestag 2006c*: XXIII-XXXV
- Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. 2006:** Stellungnahme des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. zur Entwicklung der Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V: URL: http://www.bdpk.de/pdf/263.pdf?title=Stellungnahme_BDPK_Mutter-Kind (Stand: 21.11.2006)
- Bundesverwaltungsamt 2005:** Informationen Ihrer Beihilfestelle Mutter-Kind-Kuren. URL: http://www.Dienstleistungszentrum.de/cn_046/nn_343440/SharedDocs/Informationsschriften/Beihilfe/mutter_kind_kur,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/mutter_kind_kur (Stand: 15.11.2006)
- Burger, St. 1996:** Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation: Rehabilitation zwischen sozialpolitischem Anspruch und arbeitsmarktpolitischen Interessen. *Trierer Schriften zu Sozialpolitik und Sozialverwaltung*, Band 14, Campus Forschung, Band 739, Frankfurt am Main: Campus
- Burisch, M. 2005:** Das Burnout-Syndrom. 3., überarb. Aufl., Berlin: Springer
- Busch, B. 1992:** Muss der Patient immer im Mittelpunkt stehen? In: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, Heft 10: 669-672
- Clade, H. 2000:** Rehabilitation: Plädoyer für eine einheitliche Kodifizierung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97, Heft 51-52: A3466-A3467
- Clade, H. 2005:** Medizinische Rehabilitation: Konjunkturbedingte Rückgänge. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102, Heft 10: A-636-A637
- Clauß, A. 2003:** Veränderungen im weiblichen Selbstkonzept im Verlauf einer Mutter-Kind-Maßnahme. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag
- Clauß, A. 2004:** Der Einstieg in den Ausstieg ... In: *Sozialmagazin* 29, Heft 7-8: 80-84
- Collatz, J. 2002:** Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen – Thesen für Politik und Gesundheitsverwaltung. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri 2002*: 44-62

- Collatz, J. 2004a:** Die Mutterschaftskonstellation in der neuen Moderne – Belastungen und Krankheiten der Mütter und Möglichkeiten der Bewältigung. In: *Müttergesundheit*. Dokumentation zur 4. Landeskongress für Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern 10. November 2004: 17-32 URL: <http://www.mv-regierung.de/fg/unistatisch/36/375/d/dokumuettergesund2004.pdf> (Stand: 20.03.2006)
- Collatz, J. 2004b:** Mütter und ihre Kinder brauchen familienorientierte Gesundheitsversorgung. In: *Hebammeninfo*, Heft 1: 43-44
- Collatz, J. 2005a:** Risiken von Müttern und Kindern in einer flexiblen Gesellschaft, Versorgungsprobleme und salutogenetische Möglichkeiten. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 32-49
- Collatz, J. 2005b:** Nachgehende Analyse zu Entwicklungen 2002 - 2005 – notwendige Korrekturen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 246-268
- Collatz, J.; Arnhold-Kerri, S.; Thies-Zajonc, S. 2000:** Qualitätssicherung in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Individualität und Reha-Prozess*, DRV-Schriften, Band 20: 460-462
- Collatz, J.; Barre, F.; Arnhold-Kerri, S. (Hrsg.) 2005:** Prävention und Rehabilitation für Mutter und Kind: Bedarf – Gesetze – Umsetzungen. III. Wissenschaftliches Symposium. Berlin: Wissenschaftsverlag
- Collatz, J.; Barre, F.; Sperlich, S. 2006:** 10 Jahre familienmedizinische Forschung und Qualitätsentwicklung. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 113-117
- Collatz, J.; Borchert, H.; Brandt, A.; Titze, I. 1996:** Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern. - Der Beitrag der Mütterkuren zur Frauengesundheit – Medizinische Hochschule Hannover, 1993. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Band 126, 3. unveränd. Auflage 2000, Stuttgart: Kohlhammer
- 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. *Gesundheitsforum für Mütter und Kinder*, Band 1, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Collatz, J.; Sperlich, S.; Arnhold-Kerri, S. (Hrsg.) 2002:** Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? – II. Wissenschaftliches Symposium. *Gesundheitsforum für Mütter und Kinder*, Band 2, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Collatz, J.; Titze, I. 1990:** Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern. In: *Müttergesundheitswerk Landesausschuss Schleswig-Holstein*: 22-28
- Daiminger, Chr. 1996:** Burnout – ein besonderes Risiko für Frauen? In: Gesundheitsakademie Bremen, Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): *Neue Provokationen zur Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse: 163-180
- Dalichau, G.; Grüner, B. (Bearb.) 2006:** SGB V – Krankenversicherung: Kommentar und Rechtssammlung. Band I bis III, Starnberg: R.S. Schulz
- Dauth, S. 1986:** Mehr als ausspannen: Kur für krebskranke Kinder und erschöpfte Mütter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 83, Heft 36: 2345-2347
- Deck, R.; Kohlmann, Th. 2002:** Rheumatische Krankheiten bei Männern und Frauen. In: *Hurrelmann / Kolip* 2002: 322-341
- Deetjen, W. 2006:** Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V. Präsentation für das Fachseminar Vorsorge und Rehabilitation, 12.-15. September 2006 in Sarstedt. Oberursel: MDK in Hessen
- Deetjen, W. 2007:** Hoher Bedarf bei Müttern chronisch kranker Kinder. In: *Kinder-Spezial*, Nr. 28: 15
- Delius, L. 1976:** Das Kurwesen. In: *Blohmke et al.* 1976, Band III: 651-676
- Deutscher Bundestag 2001:** Zukunft des Gesundheitswesens. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Host Seehofer, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter und Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 14/3887-. *14. Wahlperiode, Drucksache 14/5700* vom 28.03.2001. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/14/057/1405700.pdf> (Stand: 21.11.2006)
- Deutscher Bundestag 2002:** Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/9035 - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter. *14. Wahlperiode, Drucksache 14/9563* vom 26.06.2002. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/14/095/1409563.pdf> (Stand: 14.11.2006)
- Deutscher Bundestag 2006a:** Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen. *16. Wahlperiode, Drucksache 16/1150* vom 30.03.2006. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/16/011/1601150.pdf> (Stand: 25.07.2007)

- Deutscher Bundestag 2006b:** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CSU / CDU und SPD. BT-Drucksache 16/3100. URL: <http://dip.Bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf> (Stand: 25.07.2007)
- Deutscher Bundestag 2006c:** Unterrichtung durch die Bundesregierung: Siebter Familienbericht: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit - Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 16/1360 vom 26.04.2006. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/16/013/1601360.pdf> (Stand: 09.08.2007)
- DIMDI - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) 2004:** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Final Draft. Köln: DIMDI URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf (Stand: 31.03.2006)
- Dinger-Broda, A. 2001:** Gesundheitsversorgung und Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Frauen. In: *Franke / Kämmerer 2001: 717-735*
- Dokter, A. 1996:** Zielgruppen und Effektivität von Müttergenesungskuren. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Heft 12: 588-594
- Dokter, A. 1998:** Müttergenesungskuren 1997: Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen. Stein: MGW
- Dokter, A. 2000:** Müttergenesungskuren 1999: Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen. Stein: MGW
- Dokter, A. 2004:** Müttergenesung / Mutter-Kind-Kuren. In: *Das Online-Familienhandbuch*. URL: http://www.Familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_89.html (Stand: 16.11.2006)
- Dunkelberg, S.; van den Bussche, H. 2004:** Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. In: *Rehabilitation 43: 33-41*
- Eisenkeil, S. 2001:** Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. In: *Bayerisches Ärzteblatt*, Heft 8: 392-392
- Eisenmenger, M.; Pöttsch, O.; Sommer, B. 2006:** 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2000:** Jahresbericht 1999. Berlin: MGW
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2005:** Jahresbericht 2004. Berlin: MGW
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 1998:** Müttergenesungswerk Jahrbuch 1998/ 1999 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Berlin: MGW
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2007:** Müttergenesungswerk Jahrbuch 2007/ 2008 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Berlin: MGW
- Elly-Heuss-Knapp-Stiftung / Müttergenesungswerk 2006:** Jahresbericht 2005. Berlin: MGW
- Engel, E.M.; Meixner, K.; Glattacker, M.; Gerdes, N.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2002:** Externe Qualitätsmessung in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen – Die Vorbereitung auf eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme und ihr Zusammenhang mit der Ergebnisqualität. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Teilhabe durch Rehabilitation*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 33: 204-205
- Engel, E.M.; Meixner, K.; Glattacker, M.; Gerdes, N.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2003:** Prozessqualität in Mutter-Kind-Einrichtungen: Ergebnisse des Peer-Reviews. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 40: 154-156
- Engelbert, A. 1999:** Familie und gesundheitsbezogene Dienstleistungen. In: *Public-Health-Forschungsverbände: 268-271*
- Enzmann, D.; Kleiber, D. 1989:** Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger
- Ernst, A. 1993:** Schlucken und Schweigen – Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. In: *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein: 13-24*
- Esch, T. 2002:** Gesund im Stress: Der Wandel des Stresskonzepts und seine Bedeutung für Prävention, Gesundheit und Lebensstil. In: *Gesundheitswesen 64: 73-81*
- Faller, H.; Vogel, H.; Bosch, B. 2000:** Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. In: *Rehabilitation 39: 205-214*
- Faßmann, H. 1996:** Burnout bei pflegenden Angehörigen: Isoliert, erschöpft und ausgebrannt. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 79: 43-45
- Faßmann, H.; Grillenberger, R. 1996:** Burnout bei Pflegepersonen von Schwerpflegebedürftigen. In: *Report Psychologie 21: 788-798*

- Faßmann, H.; Masopust, G. 1979:** Effektivität und Effizienz von stationären Heilverfahren in der Beurteilung von ärztlichen und nichtärztlichen Experten der Rehabilitation. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie*, Band 3, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie
- Faust, V. o.J.:** Chronische Müdigkeit. In: *Psychiatrie heute: Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. URL: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_muedigkeit.pdf (Stand: 15.11.2006)
- Ferber, Chr. v. 1976:** Medizin und Sozialkur. In: *Ferber / Ferber 1976*: 187-195
- Ferber, Chr.; Ferber, L. 1976:** Der kranke Mensch in der Gesellschaft. *rowohlts deutsche enzyklopädie*, Band 380. Reinbek: Rowohlt
- Ferber, L. v. 1976:** Arzt-Patient-Beziehung. In: *Ferber / Ferber 1976*: 107-137
- Ferber, L. v. 1976:** Kur und Rehabilitation. In: *Blohmke et al. 1976*, Band III: 676-699
- Flöter, S.; Donath, C.; Piontek, D.; Gradl, S.; Metz, K.; Kröger, C.; Bühringer, G. 2007:** Anteil von Raucherinnen, Stadien der Veränderungsbereitschaft und Inanspruchnahme von Tabakentwöhnung in der Mutter-Kind-Rehabilitation. In: *Gesundheitswesen 69*: 311-318
- Frank, M. 1999:** Die Mutter-Kind-Kur. Chance zur differenzierten und spezifischen Einleitung notwendiger psychologischer Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. In: *Gesundheitswesen 61*: 601-606
- Franke, A.; Kämmerer, A. (Hrsg.) 2001:** Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe
- Franz, M. 2005:** Bedarfslagen von Alleinerziehenden und ihren Kindern. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri 2005*: 130-141
- Freitag, E. 1990:** Die Mütter-Kur – ein „alternativer Urlaub“. In: *der landkreis*, Heft 8-9: 387-388
- Fricke, J.; Fuchs, T.; Weiss, R.; Mundt, Chr.; Reck, C. 2005:** Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Störungen im internationalen Vergleich. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Online-Publikation, 8 Seiten
- Fuchs, J. 1998:** Häusliche Pflege: Zwischen Liebe und Überdruß. In: *Deutsches Ärzteblatt 95*, Heft 51-52: 3280-3282
- Gaab, J.; Ehlert, U. 2005:** Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom. Göttingen: Hogrefe
- Gabler, S.; Hoffmeyer-Zlotnik, J.; Krebs, D. (Hrsg.) 1994a:** Gewichtung in der Umfragepraxis. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Gabler, S.; Hoffmeyer-Zlotnik, J.; Krebs, D. 1994b:** „Einleitung.“ In: *Gabler / Hoffmeyer-Zlotnik / Krebs 1994a*: 1-6
- Gemeinsamer Bundesausschuss 2004:** Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004. Stand: 24. März 2005 URL: http://www.mds-ev.org/download/RL_Reha_2004.pdf (Stand: 24.11.2006)
- Gerdes, N. 1993:** Bewirken Reha-Maßnahmen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit? Eine Fall-Kontroll-Studie. *Thieme Copythek*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Gerdes, N.; Weis, J. 2000:** Zur Theorie der Rehabilitation. In: *Bengel / Koch 2000*: 41-68
- Geßner, A. 2001:** Zur Bedeutung von Macht in Beratungsprozessen. Sind mikropolitische Ansätze praxistauglich? In: Degele, N.; Münch, T.; Pongratz, H.J.; Saam, N.J. (Hrsg.), *Soziologische Beratungsforschung: Perspektiven für Theorie und Praxis der Organisationsberatung*. Opladen: Leske + Budrich: 39-54
- Glattacker, M.; Meixner, K.; Gerdes, N.; Jäckel, W.H.; Bengel, J.; Herwig, J.; Gerstkamp, P.; Kleinfeld, A. 2001a:** Qualitätsmanagement für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I*, Nr. 8: 301-304
- Glattacker, M.; Meixner, K.; Gerdes, N.; Bengel, J.; Herwig, J.; Jäckel, W.H. 2001b:** Externes Qualitätsmanagement für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 26: 52-54
- Glattacker, M.; Meixner, K.; Engel, E.M.; Gerdes, N.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2002:** Externes Qualitätsmanagement für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Zusammenhang von Ergebnisqualität und Patientinnenzufriedenheit. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Teilhabe durch Rehabilitation*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 33: 208-210
- Glattacker, M.; Meixner, K.; Engel, E.M.; Gerdes, N.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2003:** Externe Qualitätsmessung in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Prädiktoren der Ergebnisqualität. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 40: 164-165
- Goebel, B. 1990:** Das Modellprojekt des DPWW, Landesverband Niedersachsen: „Begleitende psychosoziale und medizinische Hilfen für Frauen und Mütter in der Müttergenesung“. In: *Müttergenesungswerk Landesausschuss Schleswig-Holstein*: 12-21

- Görres, S. 1993:** Familienpflege und Angehörigenkarriere: Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26: 378-385
- Gött, H. 1988:** Strukturelle Veränderungen der Kinderkur – Mutter-Kind-Kur und Anschlussheilbehandlung. In: *Hellbrügge* 1988: 82-88
- Gorn, W. 2001:** Das Profil der Evangelischen Frauenarbeit am Beispiel der Evangelischen Müttergenesung. In: *Informationen und Materialien aus dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*, 01/01: 59-61
- Grohs-von Reichenbach, S. 2004:** Wenn der Akku aufgeladen werden muss: Eine Mutter-Kind-Kur kann entscheidend dazu beitragen. *Das Online-Familienhandbuch*. URL: http://www.Familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_1013.html (Stand: 20.03.2006)
- Gräbel, E. 1994a:** Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 119: 501-506
- Gräbel, E. 1994b:** Pflegende Angehörige – potentielle Patienten von morgen. In: *Allgemeinarzt*, Heft 10: 799-800
- Gräbel, E. 1998a:** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 57-62
- Gräbel, E. 1998b:** Pflegende Angehörige: Hilfe auch durch Ärzte. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95, Heft 39: 1863-1864
- Greiner, W. 1998:** Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. In: Schöffski, O.; Glaser, P.; Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (Hrsg.) 1998: *Gesundheitsökonomische Evaluationen: Grundlagen und Standortbestimmung*. Berlin: Springer: 55-68
- Grond, E. 1996:** Familiärer Pflegestress beeinträchtigt die Kommunikation: Der Kraftakt, nicht stumm zu werden. In: *FORUM SOZIOLOGIE*, Nr. 82: 48-51
- Grünheid, E. 2004:** Einflüsse der Einkommenslage auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten. *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, Heft 102f, Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- Güther, B., Milenovic-Rüchardt, I., Picot, S., Riedmüller, B., Schneekloth, U., Willert, M. 2004:** Die Lebenssituation alleinstehender Frauen in Deutschland. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/lebenssituation-alleinstehender-frauen.property=pdf.pdf> (Stand: 21.03.2006)
- Gutenbrunner, C.; Linden, M.; Gerdes, N.; Ehlebracht-König, I.; Grosch, E. 2005:** Die Bedeutung des chronischen Erschöpfungssyndroms in der Rehabilitationsmedizin – Stand und Perspektiven. In: *Rehabilitation* 44: 176-185
- Hampel, P.; Desman, C.; Petermann, P.; Roos, T.; Siekmann, K. 2006:** Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 45: 52-59
- Härle, M. 2006:** Der lange Weg zum Burn-out. WDR Fernsehen vom 07.08.2006. URL: <http://stat.wdr.de/cgi-bin/wdr/RD/www.wdr.de/tv/service/gesundheit/download/2006/0807pdf.pdf> (Stand: 16.11.2006): 1-3
- Halsig, N. 1998:** Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: *Kruse* 1998: 211-231
- Hampel, P.; Desman, C.; Petermann, F.; Roos, T.; Siekmann, K. 2006:** Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 45: 52-59
- Hartmann, O.; Müller, R.; Ulrich, W.; Oschwald, A. 2005:** Rahmenkonzept zur stationären Vorsorge und Rehabilitation von Frauen in Familienverantwortung. Berlin/Freiburg: EAG/KAG
- Hasenbein, U.; Wallesch, C.-W. 2003:** Entscheidungen in der Rehabilitationssachbearbeitung einer Krankenkasse. In: *Rehabilitation* 42: 354-362
- Hedtke-Becker, A. 1990:** Die Pflegenden pflegen. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Hedtke-Becker, A.; Schmidtke, C. 1985:** Frauen pflegen ihre Mütter. *Dissertationen Diplomarbeiten Dokumentationen* 5, Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
- Heim, E.; Meyer, P.C. 1998:** Soziologische Aspekte des Krankseins. In: Buddeberg, C.; Willi, J.; *Psychosoziale Medizin*. Berlin: Springer: 385-418
- Heine, W. 2002:** Zukunft der Rehabilitation. Vortrag am 5. Mai 2002 anlässlich der 3. Weiterbildungswoche der Ärztekammer Westfalen-Lippe. URL: http://www.degemed.de/pdf/Vortrag_Vlotho.pdf (Stand: 22.11.2006)
- Heinle, C.; Wernet, H. 2004:** Konzept und Erfahrungen einer Abteilung für Frauenspezifische Psychosomatik an einer Fachklinik. In: *Wollmann-Wohlleben et al.* 2004: 233-234
- Hefferich, C.; Hendel-Kramer, A.; Klindworth, H. 2003:** Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 14, Berlin: Robert-Koch-Institut
- Hellbrügge, Th. (Hrsg.) 1988:** Kinderkuren und Kinderheilverfahren. *Fortschritte der Sozialpädiatrie*, Band 12, Lübeck: Hansisches Verlagskontor

- Herweck, R.; Voigt, R. 1993:** Ganzheitliche Versorgung – ein Zukunftsmodell. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 62: 8-14
- Herwig, J. 2005:** Häufigkeit, Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Einrichtungen. In: *Collatz / Barre / Arnold-Kerri 2005*: 152-164
- Herwig, J.; Bengel, J. 2003:** Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 40: 566-567
- Herwig, J.; Bengel, J. 2004:** Health Care for Women with Children in Germany – Preventive and Rehabilitative Measures for Mother and Child. In: *Health Care for Women International* 25: 636-646
- Herwig, J.; Bengel, J. 2005:** Review: Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53: 1-15
- Herwig, J.; Meixner, K.; Jäckel, W.H.; Bengel, J. 2001:** Behandlung im Doppelpack: Mutter-Kind-Maßnahmen als Teil der rehabilitativen Versorgung. In: *psychomed* 13, Heft 4: 209-215
- Herwig, J.; Wirtz, M.; Bengel, J. 2004:** Depression, Partnership, Social Support, and Parenting: Interaction of Maternal Factors with Behavioral Problems of the Child. In: *Journal of Affective Disorders* 80: 199-208
- Hibbeler, B. 2006:** Rehabilitations-Richtlinie: Ziel bislang verfehlt. *Deutsches Ärzteblatt* 103, Ausgabe 9 vom 03.03.2006, Seite A-512, URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=50405> (Stand: 24.11.2006)
- Hinze, L.; Tomaszewski, K.; Merfert, A.; Maschewsky-Schneider, U.; Babitsch, B.; Bammann, K.; Jahn, I. 1999:** Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Public-Health-Forschungsverbände* 1999: 62-69
- Hirsch, R.D. 2005:** Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern. In: Kerner, H.J.; Marks, E. (Hrsg.): *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag*. Hannover URL: http://www.praeventionstag.de/content/10_praev/doku/hirsch/hirsch.pdf (Stand: 28.03.2006)
- Hoefert, H.-W.; Hentrich, S. 2002:** Zum Ganzheitlichkeitsanspruch in Pflege und Rehabilitation. In: *psychomed* 14, Heft 2: 106-112
- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. 2007:** Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50: 784-793
- Hölling, H.; Schlack, R. 2007:** Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50: 794-799
- Höpflinger, F. 1999:** Generationenfrage - Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen. Lausanne: Réalités Sociales. URL: <http://mypage.Bluewin.ch/hoepfl/fh/top/Generationenfrage.pdf> (Stand: 28.03.2006)
- Hofmann, B. 2000:** Gute Mütter – starke Frauen: Geschichte und Arbeitsweise des Bayerischen Mütterdienstes. *Diakoniewissenschaft*, Band 1, Stuttgart: Kohlhammer
- Hons, J. 2001:** Drei- oder vier Wochen? Mütter mit Kindern fühlen sich nach längerem Aufenthalt fitter. In: *Ärztezeitung* vom 23.04.2001. URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/04/23/074a0203.asp> (Stand: 16.11.2006)
- Hornstein, Chr.; De Marco, A.; Schwarz, M. 2004:** Stationäre Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen. In: *Wollmann-Wohlleben et al. 2004*: 307-309
- Hüppe, A.; Glaser-Möller, N.; Raspe, H. 2006:** Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. In: *Gesundheitswesen* 68: 347-356
- Hüppe, A.; Raspe, H. 2003:** Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht. In: *Rehabilitation* 42: 143-154
- Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.) 2002:** Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: Hans Huber
- Info-Team 1999:** Qualitative Analyse der Einstellungen und Meinungsbilder zu Müttergenesungskuren aus Sicht von Ärzten und potentiellen Zielpersonen, sowie Auslotung der strategischen Möglichkeiten zur Steigerung der Attraktivität derartiger Kuren resp. Erhöhung des kompetitiven Potentials der Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung als Anbieter. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht. Düsseldorf info-Team
- Iltjeshorst, G. 1987:** Kurmaßnahmen für krebserkrankte Kinder mit Familienangehörigen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), *Rehabilitation - Herausforderung für alle*. Bundeskongress für Rehabilitation 1987, Tagungsbericht. Frankfurt a.M.: BAR: 311-313
- Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg 2006:** Projektinformation: Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren für Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Würzburg

- Jahn, I. 2002:** Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: *Hurrelmann / Kolip* 2002: 142-156
- Jentzsch, N. 2004:** Die Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige. Befunde zur Bedeutung der Familie für die Gesellschaft aus „ökonomischer“ Perspektive. Diss: Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt URL: <http://deposit.ddb.de/ep/dissonline/frontpool/973224665.htm> (Stand: 21.11.2006)
- John, K. 2005:** Umsetzungen des Gesetzes aus Sicht der Beratungs- und Vermittlungsstellen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 70-81
- Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M.C. 2001a:** „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. In: *Psychiatrische Praxis* 28: 133-138
- Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M.C. 2001b:** Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: *Psychiatrische Praxis* 28: 105-114
- Jungbauer-Gans, M. 2006:** Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen. In: *Wendt / Wolf* 2006: 86-108
- Jungbauer, J.; Mory, C.; Angermeyer, M.C. 2002:** Zum Unterstützungsbedarf von Partnern schizophrener Patienten. In: *Psychotherapeut* 47: 375-380
- Kamtsiuris, P.; Atzpodien, K.; Ellert, U.; Schlack, R.; Schlaud, M. 2007:** Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 686-700
- Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung 1984:** Die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung. In: Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung e.V. (Hrsg.) *Mütterkuren heute – Gesundheit, Ermutigung, Lebensorientierung*. Freiburg: KAG: 30-33
- Keil, F. o.J.:** „Reif für die Insel“ Reportage über die erste Vater-Kind-Kur 2001 auf Norderney. URL: <http://www.vaeter-nrw.de/?contr=article&categoryID=98&articleID=60> (Stand: 12.11.2006)
- Kell, F. 2001:** Wenn der Vater mit dem Sohn gemeinsam zur Kur geht. In: *Ärztezeitung* vom 23.05.2001. URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/23/095a1901.asp> (Stand: 12.11.2006)
- Kersting, A. 2003:** Ambulante Gruppenpsychotherapie von Müttern mit psychosomatischen Erkrankungen. In: *Psychotherapeut* 48, Heft 6: 431-441
- Kersting, A.; Arolt, V. 2000:** Psychosomatische Störungen bei Müttern. In: *Psychotherapeut* 45, Vol. 1: 10-17
- Kersting, A.; Lamprecht, F. 1999:** Ein rehabilitatives Behandlungskonzept für psychosomatisch erkrankte Mütter mit Kindern im Vorschulalter. In: *Public-Health-Forschungsverbände* 1999: 349-351
- Kersting, A.; Welke, C.; Malewski, F.; Lamprecht, F. 2000a:** Ein ambulantes Behandlungsprogramm für psychosomatisch erkrankte Mütter mit Kindern im Vorschulalter. In: *Niedersächsisches Ärzteblatt*, Heft 3 URL: http://www.haevelag.de/archiv/n0300_5.htm (Stand: 20.03.2006)
- Kersting, A.; Welke, C.; Malewski, F.; Lamprecht, F. 2000b:** Ein ambulantes Rehabilitationskonzept für Mütter mit psychosomatischen Erkrankungen. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 52: 4-9
- Kilian, H. 2001:** Mutter-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie: Konzeption und erste Erfahrungen. In: *Krankenhauspsychiatrie* 12: 2-6
- Kitze, K.; von Cramon, D.Y.; Wilz, G. 2002:** Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. In: *Rehabilitation* 41: 401-406
- Kliche, S. 2004:** Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsanalyse im Bereich Rehabilitation. *Arbeitsberichte zum Management im Gesundheitswesen*, Arbeitsbericht 6. Köln: Universität zu Köln. URL: http://www.econbiz.de/archiv/k/uk/sgesundheit/effizienz_wirtschaftlichkeit_reha.pdf (Stand: 12.11.2006)
- Klinik Feldberg o.J.:** Rehabilitation und Prävention für Väter und Kinder. Feldberg-Altglashütten: Klinik Feldberg. URL: <http://www.kur.org/fileadmin/downloads/pdf/Fachkonzepte/vaterkind.pdf> (Stand: 12.11. 2006)
- Klosterhuis, H. 2000:** Analysemöglichkeiten mit Routinedaten der Sozialversicherung. In: *Bengel / Koch* 2000: 451-466
- Klosterhuis, H.; Naumann, B. 2002:** Die Rolle der Angehörigen in der Rehabilitation. In: *Die Angestelltenversicherung*, Heft 4: 157-160
- Kobelt, A.; Grosch, E.; Ehlebracht-König, I.; Schwarze, M.; Wasmus, A.; Krähling, M.; Gutenbrunner, Ch. 2005:** Die Bedeutung der Erschöpfung für die Rehabilitation. In: *Prävention und Rehabilitation* 17, Nr. 4: 144-153
- Kobelt, A.; Grosch, E.; Ehlebracht-König, I.; Schwarze, M.; Wasmus, A.; Krähling, M.; Gutenbrunner, Ch. 2006:** Die Bedeutung der Erschöpfung für die Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien*. DRV-Schriften, Band 64: 483-485
- Köther, S. 2003:** Generationenübergreifende Gesundheitsförderung für Mütter und Kinder. In: *impulse* 40: 6

- Kohler, H. 2002:** Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz: Entwicklung, Struktur und Bestimmungsfaktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten. *IAB-Werkstattbericht*, Ausgabe Nr. 1, Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit
- Konsortium Bildungsberichterstattung im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung 2006:** "Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration". Bielefeld: Bertelsmann URL: <http://www.bildungsbericht.de/> (Stand: 24.11.2006)
- Krauth, C.; Hessel, F.; Hansmeier, T.; Wasem, J.; Seitz, R.; Schweikert, B. 2005:** Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation – ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG). In: *Gesundheitswesen* 67: 736-746
- Krems, B. 2004:** Effektivität, Effizienz. Beitrag im Online-Verwaltungslexikon olev.de, Version 2.0. URL: <http://www.olev.de/e/effekt.htm> (Stand: 12.11.2006)
- Kriz, J.; Lisch, R. 1988:** Methoden-Lexikon für Mediziner, Psychologen, Soziologen. München: Psychologie Verlags Union
- Kruse, A. 1984:** Der Schlaganfallpatient und seine Familie. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 17: 359-366
- Kruse, A. 1987:** Familiäre Hilfeleistungen – eine kritische Analyse des Begriffs der „Pflegebedürftigkeit“. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 17: 283-291
- Kruse, A. 1994:** Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen – Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27: 42-51
- Kruse, A. 1995:** Pflegende Angehörige – erlebte Anforderungen und Belastungen in der Rehabilitation, Pflege und Sterbebegleitung sowie Möglichkeiten der institutionellen Unterstützung. In: Schütz, R.-M. (Hrsg.): *Praktische Geriatrie* 15, Lübeck: 133-150
- Kruse, A. (Hrsg.) 1998:** Psychosoziale Gerontologie. Band II: Intervention. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 16, Göttingen: Hogrefe
- Kütemeyer, M.; Schultz-Venrath, U. 1996:** Lumbagolschalgie-Syndrome. In: *Adler et al.* 1996: 881-894
- Kuno, E. 1995:** Spannungsfelder: Die häuslich-familiäre Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. In: *Häusliche Pflege*, Heft 11: 853-858
- Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. 2007:** Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50: 736-743
- Lademann, J.; Kolip, P. 2005:** Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Lampert, T.; Saß, A.-Chr.; Häfelinger, M.; Ziese, T. 2005:** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin: Robert-Koch-Institut
- Landesgesundheitsamt Brandenburg im Landesamt für Soziales und Versorgung 2003:** Zwei Geschlechter – zwei Gesundheit? *Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung* Nr. 2, Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
- Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.) 2004:** Pflegende Angehörige – Was sie leisten, was sie brauchen. Münster
- Lange, C.; Saß, A.-C. 2006:** Risikolagen und Gesundheitssituation bei allein erziehenden Frauen. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 121-126
- Leistner, K. 2005:** Indikationsstellung und Allokation in der Rehabilitation – Entwicklungsstand und Perspektiven. In: *Collatz / Barre / Arnold-Kerri* 2005: 185-197
- Lenz, A.; Lenz, S. 2004:** Mutter-Kind-Behandlung – ein geschlechtssensibler Behandlungsansatz. In: *Krankenhauspsychiatrie* 15: 70-76
- Lösche, H.-J. (Betreuer) o.J.:** Ganzheitlichkeit, Ganzheit, ganzheitlich. In: *Learn:line NRW-Pädagogische Fachbegriffe in der beruflichen Bildung*. URL: <http://www.learn-line.nrw.de/angebote/paedagogischefb/lexikon/ganzheitlichkeit.html> (Stand: 14.11.2006)
- Manzke, H. 1988:** Praktische Erfahrungen mit stationären Mutter-Kind-Kuren. In: *Sozialpädiatrie* 10: 906-908
- Maslach, C.; Jackson, S. E. 1985:** The role of sex and family variables in burnout. In: *Sex Roles* 12, Nr. 7/8: 837-851
- Mattmüller, U.; Vogel, G. 1995:** Die Profis sind gefordert: Burnout bei pflegenden Personen in Privathaushalten. In: *Häusliche Pflege*, Heft 10: 739-742
- Meixner, K. 2004:** Externe Qualitätsmessung in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. Diss. Freiburg i. Br. URL: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=972110291&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filena_me=972110_291.pdf (Stand: 20.03.2006)

- Meixner, K. 2005:** Externe Qualitätsbestimmung in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri 2005*: 199-206
- Meixner, K.; Farin, E.; Jäckel, W.H. 2004:** Indikatoren für ein positives Ergebnis im Klinikvergleich am Beispiel von Mutter-Kind-Einrichtungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 59: 130-132
- Meixner, K.; Gerdas, N.; Jäckel, W.H. 2000:** Rehabilitationsergebnisse bei Frauen in Mutter-Kind-/Müttereinrichtungen: Eine Pilotstudie. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Individualität und Reha-Prozess*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 20: 458-460
- Meixner, K.; Glattacker, M.; Farin, E.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2005:** Beurteilung externer Qualitätssicherung in Mutter-Kind-Einrichtungen aus der Sicht der Projektteilnehmer. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 59: 130-132
- Meixner, K.; Glattacker, M.; Gerdas, N.; Herwig, J.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2001:** Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. In: *Rehabilitation 30*: 280-288
- Meixner, K.; Glattacker, M.; Engel, E.M.; Gerdas, N.; Bengel, J.; Jäckel, W.H. 2003:** Frauen in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Eingangsbelastungen, Therapieziele, Patientinnenzufriedenheit und Behandlungseffekte. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 51*: 319-332
- Merbach, M.; Brähler, E.; Klaiberg, A. 2005:** Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. DAG SHG (Hrsg.), *selbsthilfegruppen-jahrbuch 2005*, Gießen: 102-109
- Meyer, M. 2004:** Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. EUROFAMCARE: National Background Report for Germany. Bremen: Institut für angewandte Pflegeforschung
- Mielck, A. 2005:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber
- Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) 1993:** Was Frauen krank macht – andere Wege zur Gesundheit. Kiel
- Missel, P.; Braukmann, W. (Hrsg.) 1996:** Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- Mühlum, A.; Gödecker-Geenen, N. 2003:** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*, Band 1, UTB 2473, München: Ernst Reinhardt
- Müller-Rückert, G. 2003:** Am Leben lernen – Bildungsarbeit (nicht nur) mit Müttern am Beispiel einer kirchlich-diakonischen Frauenorganisation. In: *Dialogische Erziehung 7*, Heft 1: 7-23. URL: http://www.freire.de/zeit_schrif/dir_6/file.html (Stand: 16.11.2006)
- Müttergenesungswerk o.J.:** Frauenspezifischer Ansatz in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Mütter mit Kindern. o.O. URL: <http://www.muettergenesungswerk.de/mddload.htm?id=2134> (Stand: 12.11.2006)
- Müttergenesungswerk 1999:** Müttergenesungskuren 1998: Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen. Stein: Deutsches Müttergenesungswerk
- Müttergenesungswerk 2000:** Müttergenesungskuren 1999: Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen. Stein: Deutsches Müttergenesungswerk
- Müttergenesungswerk 2001:** Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Konzept der *Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk*, zur Qualitätssicherung und -entwicklung in den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Mütter mit Kindern. Stein: MGW. URL: http://www.muettergenesungswerk.de/mddload.htm%3Fid%3D2130+MGW-Konzept+Qualit%C3%A4tssicherung&hl=de&gl=de&ct=cInk&cd=1&lr=lang_de|lang_en|lang_fr (Stand: 25.11.2006)
- Müttergenesungswerk 2004:** Hürden für Mütter im Antrags- und Bewilligungsverfahren bei stationären Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V. *Pressemitteilung* vom 26. April 2004. URL: <http://www.muettergenesungswerk.de/mgwDtl.htm?cid=421&id=1152> (Stand: 31.03.2006)
- Müttergenesungswerk 2006a:** Pressemappe 2006. Berlin: MGW URL: <http://www.muettergenesungswerk.de/mddload.htm?id=2937> (Stand: 14.11.2006)
- Müttergenesungswerk 2006b:** „Therapeutische Kette“ – ein einzigartiges Merkmal des Müttergenesungswerkes. In: *Müttergenesungswerk 2006a*
- Müttergenesungswerk 2006c:** Müttergenesung 2005 – Datenreport. In: *Müttergenesungswerk 2006a*

- Müttergenesungswerk 2006d:** Stellungnahme der Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk zum Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 24 Abs. 4 und 41, Abs. 4 SGB V zur Entwicklung der Mutter-/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsleistung, §§ 24 und 41 SGB V, seit der Gesetzesänderung 2002. URL: http://www.muettergenesungswerk.de/mddlo_ad.htm?id=2983 (Stand: 21.11.2006)
- Müttergenesungswerk 2007:** Pressemappe 2007. Berlin: MGW. URL: <http://www.muettergenesungswerk.de/cms/Docs/Attachements/613a9ee4-b1f0-4354-93cb-8eb1253309bc/Pressemappe%20007.pdf> (Stand: 05.05.2007)
- Müttergenesungswerk o.J.:** Die erfolgreiche Geschichte des Müttergenesungswerks. URL: <http://www.Muettergenesungswerk.de/mgwDtl.htm?cid=192&id=1193> (Stand: 21.11.2006)
- Müttergenesungswerk Landesausschuss Schleswig-Holstein (Hrsg.) 1990:** Frauen – das kranke Geschlecht? 2. Fachforum Müttergenesungswerk, Kiel: Deutsches Müttergenesungswerk
- Müttergenesungswerk / Spitzenverbände der Krankenkassen 1990:** Gemeinsame Rahmenempfehlungen des Müttergenesungswerks und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.10.1990 (Auszug) o.O.
- Nagel, J. 2006:** Frauen in Deutschland 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Nationale Armutskonferenz in der Bundesrepublik Deutschland 2001:** Sozialpolitische Bilanz: Armut von Kindern und Jugendlichen, April 2001. Stuttgart: Nationale Armutskonferenz URL: http://www.Nationale-armutskonferenz.de/publications/sozpol_bilanz_01.pdf (Stand: 22.11.2006)
- Neubauer, G.; Richter, K. H.; Lentes, R.; Reiland, M.; Ruder, H. 2006:** Sequenzielle Rehabilitation – eine nachhaltige Behandlungskonzeption für chronische Erkrankungen. In: *Die Ersatzkasse*, Heft 12: 482-485
- Neubourg, St. 2005:** Gesundheitlich belastete Mütter = kranke Kinder? In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 142-151
- Neubourg, St. 2006:** Wie sicher fühlen sich Mütter in der Erziehung ihrer Kinder? Zum Stand und zu Veränderungen erlebter elterlicher Kompetenz während einer mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 159-164
- Neuhauser, H.; Ellert, U.; Ziese, T. 2005:** Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. In: *Gesundheitswesen* 67: 685-693
- Niemeyer, Ch. 2001:** Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation bei krebserkrankten Kindern. URL: http://www.kinderkrebsinfo.de/e2260/e13266/e13270/PositionspapierderGPOH_2006-6-08_ger.pdf (Stand: 22.11.2006)
- Nolting, H.-D.; Niemann, D.; Schiffhorst, G. 2001:** Frauen – Beruf – Familie: Doppelbelastung ein Mythos? *DAK-Gesundheitsreport*. Hamburg: DAK
- Nübling, R.; Kieser, J.; Puttendörfer, J.; Schmidt, J. 1998:** Mutter-Kind-Behandlungen in einer psychosomatischen Klinik. Gründe für Inanspruchnahme, Zufriedenheit und kurzfristige Behandlungsergebnisse. In: *Prävention und Rehabilitation* 19: 20-31
- Ohne Verfasser o.J.a:** Datenreport des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder für das Deutsches Müttergenesungswerk über Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen 2002. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover
- Ohne Verfasser o.J.b:** Therapie in der Mutter-Kind-Reha: Wege aus der Burn-Out-Krise. Borkum: Mutter-Kind-Klinik
- Ohne Verfasser o.J.c:** Neue Wege in der Therapie somatoformer Störungen. Buckow: Waldfrieden Mutter-Kind-Klinik
- Ohne Verfasser o.J.d:** Kinder mit emotionalen Störungen in der Mutter-Kind-Reha. Feldberg: Schwabenland Mutter-Kind-Klinik
- Ohne Verfasser o.J.e:** Rehabilitation und Prävention für Väter und Kinder. Feldberg-Altglashütten: Klinik Feldberg
- Ohne Verfasser 1993:** Frauensache: Die Rolle der Frau in der Häuslichen Pflege. In: *Häusliche Pflege*, Heft 10: 621-625
- Ohne Verfasser 2001a:** Spezielle Therapie bei Vater-Kind-Kur. In: *Ärztliche Praxis Pädiatrie*, Ausgabe 2: 6. URL: http://www.aerztlichepraxis.de/rw_4_Archiv_HoleArtikel_363802_Artikel.htm (Stand: 12.11.2006)
- Ohne Verfasser 2001b:** „Mit Vätern ist vieles völlig anders.“ In: *Ärztezeitung* vom 23.05.2001. URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/23/095a1902.asp> (Stand: 12.11.2006)
- Ohne Verfasser 2002:** Kein großes Interesse an Vater-Kind-Kur. In: *Ärztezeitung* vom 11.02.2002. URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/02/11/026a0803.asp> (Stand: 12.11.2006)
- Ohne Verfasser 2002a:** Bundesweit erste Vater-Kind-Kuren sind angelaufen. In: *Ärztezeitung* vom 29.01.2002. URL: <http://www.treffpunktaltern.de/article.php?sid=39> (Stand: 25.11.2006)

- Ohne Verfasser 2006:** Reha-Fortbildung: Boykott zeigt Wirkung. In: *Ärztezeitung* vom 15.03.2006. URL: http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_management_reha_1142413708.htm (Stand: 24.11.2006)
- Otto, F.; Arnhold-Kerri, S. 2007:** Erfolgsgeheimnis von Reha- und Vorsorgemaßnahmen: Neuer Blickwinkel für die eigene Lebenssituation. In: *Kinder-Spezial*, Nr. 28: 13-14
- Perrez, M.; Reicherts, M. 1992:** Stress, Coping, and Health: A Situation-Behavior Approach – Theory, Methods, Applications. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers
- Pfaff, H. und Mitarbeiterinnen 2006:** Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005. In: *Wirtschaft und Gesellschaft*, Heft 12: 1267-1277
- Probst, H.; Kuhl, J. 2006:** Weniger Ganzheitlichkeit ist mehr. URL: <http://www.psychol.uni-giessen.de/dl/showfile/probst/3436/> (Stand: 14.11.2006)
- Prüter, I. 1984:** Ärztliche Begründungen für Kuren von Kindern und Jugendlichen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46: 378-381
- Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. (Hrsg.) 1999:** Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung, Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie, Bern: Huber
- Pütz, D. o.J.:** Mütter, Kinder, Väter – Familien in der Deister Weser Klinik. URL: http://www.mediclin.de/download/MED_Familienmedizin.pdf (Stand: 22.11.2006)
- Rainer, M.; Jungwirth, S.; Krüger-Rainer, Chr.; Croy, A.; Gatterer, G.; Haushofer, M. 2002:** Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. In: *Psychiatrische Praxis* 29: 142-147
- Reck, C.; Fuchs, Th.; Fricke, J.; Möhler, E. 2006:** Integrative stationäre Psychotherapie für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder. In: *Kindheit* 7, Heft 1: 53-60
- Redaktionsbüro GESUNDHEIT; Schilling, A. 2007:** Mütter und Väter sind in ihrem Rechtsanspruch gestärkt. Interview. URL: <http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/irb/index.html> (Stand: 03.08. 2007)
- Reischies, A. 2006:** Mutter-Kind-Kuren. WDR-Fernsehen vom 07.08.2006. URL: <http://stat.wdr.de/cgi-bin/wdr/RD/www.wdr.de/tv/service/gesundheit/download/2006/0807pdf.pdf> (Stand: 16.11. 2006): 6-8
- Reitz, D. 2004:** Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitation in der Wahrnehmung von Medizinstudenten – Eine empirische Studie. Dissertation Universität Würzburg. URL: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?ldn=973199229> (Stand: 20.11.2006)
- Reppel, K. 2000:** Marketing wird durch Erfolg erst schön. In: *Heilbad und Kurort* 52, Nr. 6. URL: http://www.rappel.de/aktuelles/2005/01/marketing_wird_durch_erfolg_erst_schn.html (Stand: 24.11. 2006)
- Resch, M. 2002:** Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: *Hurrelmann / Kolip* 2001: 403-418
- Richter, R. o.J.:** Gesundheit für Vater und Kind. URL: <http://www.vaeter-nrw.de/?contr=article&categoryID=98&articleID=138> (Stand: 12.11.2006)
- Rösch, G. 1994:** „Kriterien der Gewichtung einer nationalen Bevölkerungsstichprobe.“ In: *Gabler / Hoffmeyer-Zlotnik / Krebs* 1994a: 7-26.
- Rösing, I. 2003:** Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg: Asanger
- Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt 2006:** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin URL: http://www.rki.de/cln_048/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlD/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf (Stand: 07.08.2007)
- Rothe, G.; Wiedenbeck, M. 1987:** „Stichprobengewichtung: Ist Repräsentativität machbar?“ *ZUMA Nachrichten* 21: 43-57
- Rothenburg, S.; Cranz, B.; Hartmann, H.-P.; Petermann, F. 2005:** Stationäre Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie: Relevante Merkmale von Mutter und Kind. In: *Psychiatrische Praxis* 32: 23-30
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001:** Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Bundestags-Drucksache* 14/6871 vom 31.08.2001. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf> (Stand: 21.11.2006)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005:** Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. *Bundestags-Drucksache* 15/5670 vom 09.06.2005. URL: <http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm> (Stand: 20.11.2006)
- Samsel, W. 1999:** Chronische Erkrankungen im Kindesalter und Kind-Mutter-Kuren an der Nordsee. In: *Kinder- und Jugendarzt* 30, Nr. 10: 358-972
- Samsel, W. 2001:** Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 77: 392-397

- Samuelsson, A.-M.; Grafström, M.; Samuelsson, S.M.; Annerstedt, L.; Elmståhl, S. 2001:** Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. Analyses of strain, feelings and coping strategies. In: *Scandinavian Journal of Caring Science* 15: 25-33
- Sandholzer, H. 2002:** Mutter-Kind-Kur aus allgemeinmedizinischer Perspektive – Einführung. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri* 2002: 34-43
- Schäfer, H.; Herrmann, J.M.; Stiels, W.; Hartenthaler, D.; Herdt, J. 2000:** Rückgang von Belastungen bei den Eltern während einer stationären Familienrehabilitation. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 49: 49-65
- Schaeffer, D. 2001:** Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. In: *psychomed* 13, Heft 4: 242-249
- Schaub, K.; Collatz, J. 2000:** Effektivität von Mutter-Kind-Einrichtungen: Erste Analysen des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 10: 376-378. URL: <http://www.forschungsverbund-mhh.de/PDFDateien/publ2.pdf> (Stand: 20.03.2006)
- Scheidt-Nave, C.; Ellert, U.; Thyen, U.; Schlaud, M. 2007:** Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 750-756
- Schlaud, M.; Atzpodien, K.; Thierfelder, W. 2007:** Allergische Erkrankungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 701-710
- Schliehe, F. 2006:** Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft. In: *Rehabilitation* 45: 258-271
- Schmid, B. 2002:** Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter. In: *Hurrelmann / Kolip* 2002: 191-205
- Schmid, R.; Spießl, H.; Vukovich, A.; Cording, C. 2003:** Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 71: 118-128
- Schmidt, U. 2006:** Verbesserungen bei Vorsorge und Rehabilitation für Mütter – Bundestag berät über die aktuellen Entwicklungen. Pressemitteilung vom 25.01.2006. URL: http://www.bmg.bund.de/clin_040/nn_599776/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-BMG-1-2006/pm-25-1-06,param=.html__nnn=true (Stand: 25.07.2007)
- Schmidt-Brücken, H. 2005:** Diskussionsbeitrag. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 227-232
- Schmölcke, Chr. 1993:** Ganzheitliches Kurkonzept beim Müttergenesungswerk. In: *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein* 1993: 63-69
- Schneider, N.F.; Krüger, D.; Lasch, V.; Limmer, R.; Matthias-Bleck, H. 2001:** Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Band 199, Stuttgart: Kohlhammer
- Schöffthaler, E. 2000a:** Die First Lady und die Doktorin. In: *Mütter*, Ausgabe 2000: 8-13
- Schöffthaler, E. 2000b:** Playboy-Paradies für Mütter? In: *Mütter*, Ausgabe 2000: 14-16
- Schönig, W. 2000:** Modellrechnung: Erfolge nachweisen. In: *Socialmanagement*, Heft 6: 7-9
- Schönig, W. 2002:** Anspruchsgruppen und Erfolgsnachweis bei Mutter-Kind-Kurkliniken. Ein Anwendungsbeispiel der zeitraumbezogenen Nutzwelle. In: *Gesundheitswesen* 64: 39-45
- Schönig, W. 2005:** Was bringt Soziale Arbeit? Kosten-Nutzen-Analysen in der Sozialwirtschaft. In: *Blätter zur Wohlfahrtspflege*, Heft 6: 215-218
- Schonecke, O.W.; Herrmann, J.M. 1996:** Psychophysiologie. In: *Adler et al.* 1996: 161-197
- Schubert, I.; Horch, K. 2004:** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Schultze, E.-G 1991:** Mutter-Kind-Kur und Kind-Mutter-Kur. In: *der kinderarzt* 22, Nr. 11: 1820-1826
- Schumacher-Köhl, M. 1958:** Die Familie als Ausgang und Ziel der Mütterferien. In: *Caritas - Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft* 59, Heft 5/6: 101-104
- Schuntermann, M.F. 2005:** Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Landsberg / Lech: ecomed MEDIZIN
- Schuster, P. 1994:** Entflammt, gestresst und ausgebrannt: Wenn Belastungen in der Pflege zur emotionalen Erschöpfung führen. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 70: 46-49
- Schuster, P., Mies, J. 1995:** Burnout-Prävention: Dem Streß die Stirn bieten. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 74: 52-54
- Schwarzer, R. 1987:** Stress, Angst und Hilflosigkeit: die Bedeutung von Kognitionen und Emotionen bei der Regulation von Belastungssituationen. 2. erw. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Seger, W. 2005:** Möglichkeiten und Formen von Selbstauskünften für die Indikationsstellung in der Rehabilitation. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 185-197

- Shepherd, C.; Chaudhuri, A. 2002:** ME / CFS / PVFS: Die Darstellung der zentralen klinischen Fragen. Berlin Fatigatio URL: http://sacfs.asn.au/download/australischer_leitfaden_deutsch.pdf (Stand: 20.03. 2006)
- Siegrist, J. 1995:** Medizinische Soziologie. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg
- Siegrist, K.; Rödel, A.; Hessel, A.; Brähler, E. 2006:** Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Arbeitsunfähigkeit und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden: Eine empirische Studie aus der Perspektive der Geschlechterforschung. In: *Gesundheitswesen* 68: 526-534
- Sieverding, M. 1995:** Die Gesundheit von Müttern - Ein Forschungsüberblick. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1995, Heft 1: 6-16
- Sieverding, M. 2000:** Die Gesundheit von Müttern - Ein Forschungsüberblick. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 32, Heft4: 577-591
- Sieverding, M. 2004:** Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! In: *psychomed* 16, Heft 1: 25-30
- Soeder, U.; Neumer, S.; Becker, E.; Margraf, J. 1999:** Psychische Störungen und Behandlungsbedarf junger Frauen. In: *Public-Health-Forschungsverbände* 1999: 70-75
- Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005:** Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Oktober 2005. Hrsg. v. Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen MDS. URL: http://www.mds-ev.org/download/RL_VorsorgeReha_2005.pdf (Stand: 12.11. 2006)
- Sperlich, S. 2005:** Externe Evaluation der Prozessqualität – Methoden des Forschungsverbundes und erreichte Standards in den Mitgliedseinrichtungen. In: *Collatz / Barre / Arnhold-Kerri* 2005: 217-225
- Sperlich, St. 2006:** Lässt sich die nachhaltige Verbesserung des psychischen Befindens von Müttern nach einer mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme durch Empowerment erklären? In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 148-158
- Sperlich, St.; Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J.; Geyer, S.; Fischer, G. 2002:** Stationäre Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder - ein Gesundheitsangebot zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit? In: *Das Gesundheitswesen* 64: A41
- Sperlich, S.; Barre, F.; Collatz, J. 2005:** Lassen sich die Folgen krankheitswertiger mütterlicher Erschöpfungszustände in der ICF beschreiben? In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 59: 95-97
- Sperlich, S.; Arnhold-Kerri, S.; Collatz, J. 2004:** Qualitätsmanagement in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – Prozessentwicklungen und ihre erste Evaluation. In: *Prävention und Rehabilitation* 16, Heft 2: 39-48
- Sperlich, S.; Collatz, J. 2002:** Zur Prozessqualität. In: *Collatz / Sperlich / Arnhold-Kerri* 2002: 139-143
- Sperlich, St.; Collatz, J. o.J.:** Datenreport für das Deutsches Müttergenesungswerk über Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen 2003. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover
- Sperlich, St.; Collatz, J. 2006:** Ein-Elternschaft – eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 127-137
- Sperlich, St.; Collatz, J. 2006a:** Die Bedeutung von Aktivitätsstörungen in der Eltern-Kind-Beziehung für den Reha-Eingangstatus und Rehabilitationserfolg – eine Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 2006: *15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien*. DRV-Schriften, Band 64: 182-183
- Sperlich, S.; Collatz, J.; Arnhold-Kerri, S. 2002:** Verzahnung von internem und externem Qualitätsmanagement und externer Qualitätssicherung – die Qualitätsstrategie des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 6: 429-434
- Sperlich, S.; Collatz, J.; Arnhold-Kerri, S. 2003:** Externe Evaluation der Prozessqualität – eine Alternative zum Peer-Review-Verfahren in Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen? In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem*, Tagungsband, DRV-Schriften, Band 40: 183-184
- Spitzenverbände der Krankenkassen 2006:** Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen. In: *Deutscher Bundestag* 2006: 5-11
- Spitzenverbände der Krankenkassen; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Ely-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW); Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) 2003a:** Anforderungsprofil für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V erbringen vom 01.08.2003. URL: http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Vorsorge_und_Rehabilitation/stationaere_vorsorge/index.htm (Stand: 12.1.2006)

- Spitzenverbände der Krankenkassen; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW); Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) 2003b:** Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V erbringen vom 01.08.2003. URL: http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Vorsorge_und_Rehabilitation/stationaere_reha/index.htm (Stand: 12.11.2006)
- 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
- Spitzenverbände der Krankenkassen; Müttergenesungswerk (MGW); Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) 2004:** Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V. URL: http://www.vdak.de/vertragspartner/Vorsorge_und_Rehabilitation/bericht_spik/Bericht_2005_Anlage3.pdf (Stand: 25.11.2006)
- Spitzenverbände der Krankenkassen / Spitzenorganisationen der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen 2004:** Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137 d Abs. 1 und 1 a SGB V. URL: <http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf> (Stand: 24.11.2006)
- Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinische Rehabilitation 2006:** Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinische Rehabilitation zum Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) BT-Drucks. 16/3100 vom 24.10.2006 für die Anhörung des Sauschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 6. November 2006. URL: http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerung/029-034/still_eingel/Spitzenverb_LeistungserbrReha.pdf (Stand: 22.11.2006)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 1998:** Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Statistisches Bundesamt 2004a:** Fast jedes siebte Kind wächst bei Alleinerziehenden auf. Pressemitteilung vom 12. Mai 2004. URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p2160024.htm> (Stand: 11.10.2005)
- Statistisches Bundesamt 2004b:** Leben und arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt 2005:** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2004. Fachserie 1 / Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt 2005a:** Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder. URL: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab2.php> (Stand: 11.10.2005)
- Statistisches Bundesamt 2006a:** Leben in Deutschland: Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt 2006b:** Leben in Deutschland, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Tabellenanhang zur Pressebroschüre. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2006c:** Datenreport 2006: Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. *Schriftenreihe*, Band 544, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Stöcker, D. 2007:** Neue Hoffnung für Familien: Mutter-/Vater-Kind-Kuren jetzt Pflichtleistungen der Krankenkassen. In: *Kinder-Spezial*, Nr. 28: 11-12
- Strittmatter, R.; Bengel, J.; Brombacher, C.; Landerer, U. 1997:** Die Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren. In: *Die Rehabilitation* 36: 176-184
- Sullivan, R. 1979:** Parents speak: The burn-out syndrome. In: *Journal of Autism and Development* 9: 111-126
- Swenson, T.S. 2000:** Chronic Fatigue Syndrome. In: *Journal of Rehabilitation* 66, No. 1. URL: http://www.Findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_1_66/ai_61424234 (Stand: 16.11.2006)
- Thies-Zajonc, S.; Collatz, J. 2000:** Mütter spezifische Indikationen für Rehabilitationsmaßnahmen. In: *Gesundheitswesen* 2000: A61-A62
- Toepfer, St. 2006:** Gesundheit: Kuren gegen Angst vor dem Alltag. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 11.05.2006 URL: <http://www.muettergenesungswerk.de/mddload.htm?id=2912> (Stand: 20.11.2006)
- Troscheit-Gajewski, K. 1986:** Hochgelobt und alleingelassen: Ist Pflege von Angehörigen Frauensache? In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 36: 5-8
- Urban, P. 2004:** Mehr als 50 Prozent aller Anträge auf Mutter/Vater/Kind-Kuren und Kuren für Kinder und Jugendliche werden abgelehnt. URL: <http://www.kinderkuren.net/aktuell.php?id=39> (Stand: 20.03.2006)
- VdAK / AEV 2007a:** Einrichtungen mit Bestandsschutz oder Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Stand: 09. März 2007)
- VdAK / AEV 2007b:** Mutter/Vater-Kind Ausgaben und Fallzahlen GKV-Gesamt. (Stand: 15.03.2007)

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2000:** Stellungnahme zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im jeweiligen Versorgungsbereich. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/befragung/id-nummern/295.pdf> (Stand: 22.11.2006)
- Vogel-Kirklies, J. 2006:** Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mutter und Kind – aktuelle sozialmedizinische Stellungnahme aus Sicht des MDK. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 19, Heft 72: 118-120
- Volle Kanne, A. o.J.:** Vater-Kind-Kur. URL: <http://www.hausfrauenseite.de/kinder/vaterkindkur.html> (Stand: 12.11.2006)
- Vonderheid-Guth, B. o.J.:** Migräne – frauenspezifische Behandlungsansätze im Rahmen von Mutter-Kind-Kuren. URL: <http://www.awokuren.de/Resources/migrane%202.pdf> (Stand: 22.11.2006)
- Von der Heyde, Chr. 1994:** Einwohnermeldeamt versus Random Route. In: *Gabler / Hoffmeyer-Zlotnik / Krebs* 1994a: 141-151
- Von der Leyen, U. 2007:** „Kinder brauchen gesunde Eltern.“ Pressemitteilung vom 30.03.2007. URL: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=96924.html> (Stand: 25.07.2007)
- Wagner, K. 2002:** Der Verlauf dementieller Erkrankungen: „Heim versus Home“. Diss. Univ. Bielefeld. URL: <http://bison.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/190/index.html> (Stand: 29.03.2006)
- Waldeyer-Jeebe, R. 2005:** Aktuelle Entwicklungen in der Vorsorge und Rehabilitation sowie ihre Auswirkungen für Mutter-Kind-Maßnahmen. In: *Collatz / Barre / Arnholt-Kerri* 2005: 166-173
- Wasilewski, R.; Steger, R.; Passenberger, J. 1987:** Zugang zu Kuren: Einflussfaktoren auf Verordnung und Inanspruchnahme von stationären Heilbehandlungen. *Forschungsbericht Gesundheitsforschung* 146, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
- Weidenhammer, W.; Wessel, A.; Hutter, A.; Melchart, D.; Schröder, A. 2006:** Das chronische Erschöpfungssyndrom in der naturheilkundlichen Rehabilitation – Prädiktoren des Behandlungsergebnisses. In: *Rehabilitation* 45: 299-308
- Wendt, K.; Wolf, Chr. Hrsg. 2006:** Soziologie der Gesundheit. *Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie und Soziologie*, Sonderheft 46, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Wettig, J. 2006:** Eltern-Kind-Beziehung: Kindheit bestimmt das Leben. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, Heft 36: 2298-2301
- Widder, B.; Frisch, S.A.L. 2005:** Chronische Schmerzsymptome. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2005: 293-310
- Widmer, K.; Bodenmann, G. 2000:** Alltagsstress, Coping und Befindlichkeit: Paare im Geschlechtervergleich. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 9, Nr. 1: 17-26
- Wikipedia 2006:** Chronisches Erschöpfungssyndrom. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Chronisches_Ersch%C3%B6pfungssyndrom (Stand: 20.03.2006)
- Wirth, A. 1990:** Im Blickpunkt der Kritik – die stationäre Rehabilitation. In: *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 52: 191-195
- Wirth, A. 1995:** Kur oder Rehabilitation? Plädoyer für eine Neustrukturierung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 92, Heft 9: B-421-B435
- Wittmund, B.; Nause, B.; Angermeyer, M.C. 2005:** Alltagsbelastungen von Partnern psychisch Kranker – Ansätze für eine nutzerorientierte Angehörigenarbeit. In: *Psychiatrische Praxis* 32: 233-238
- Wolf, Chr. 2006:** Psychosozialer Stress und Gesundheit: Belastungen durch Erwerbsarbeit, Hausarbeit und soziale Beziehungen. In: *Wendt / Wolf* 2006: 158-176
- Wollasch, A. 2005:** Ein Blick zurück – die Gründung 1930. In: *KAG Müttergenesung, 75 Jahre stark für Frauen und Familien 1930 – 2005*. Dokumentation Festveranstaltung Bonn 02. Dezember 2005 Haus der Geschichte. Ohne Ort: ohne Seitenangabe
- Wollmann-Wohlleben, V. 2005:** Müdigkeit und Erschöpfung im Präklimakterium. Referat auf dem m 40. Kongress der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 25.-30.01.2005 in Stuttgart. URL: <http://www.aerzte-kammer-bw.de/25/15medizin05/B19/4.pdf> (Stand: 16.11.2006)
- Wollmann-Wohlleben, V.; Knieling, J.; Nagel-Brotzler, A.; Neises, M. (Hrsg.) 2004:** Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. *Reihe "edition psychosozial"*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Worringen, U.; Zwingmann, Chr. (Hrsg.) 2001:** Rehabilitation weiblich – männlich: Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim: Juventa
- Ziener, A. 1991:** Kritische Einschätzung der Mutter-Kind-Kur im Rahmen des Müttergenesungswerkes. In: *Deutscher Caritasbrief* 35, Heft 11: 8-12

**Bisher erschienene Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

- Heft 1/1998 Faßmann, H.: Das Abbrecherproblem – die Probleme der Abbrecher. Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken (17 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1998 Funk, W.: Determinants of Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Results from the „Nuremberg Pupils Survey 1994: Violence in Schools“ (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/1998 Faßmann, H.: Ein Instrument zur Früherkennung und Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen in Berufsbildungswerken – Anliegen, Struktur, Handhabung und Erprobungsergebnisse (20 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/1998 Funk, W.: Violence in German Schools: Perceptions and Reality, Safety policies (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/1998 Faßmann, H.: Abbrecherproblematik und Prävention von Ausbildungsabbrüchen (18 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/1999 Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R.: Konzept der BAR–Modellinitiative „*REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)*“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1999 Reith, M.: Das 3i-Programm der Siemens AG: Instrument des Kulturwandels und Keimzelle für ein leistungsfähiges Ideenmanagement (vergriffen)
- Heft 3/1999 Oertel, M.: Zentrale Ergebnisse einer Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen auf der Grundlage des "Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen - Bedarf, Aufgaben, Finanzierung" (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/2000 Faßmann, H.: REGINE und Mobilis im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2000 Funk, W.: Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Its Determinants and Future Perspectives of Research and Prevention (21 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2000 Funk W.: Violence in German Schools: The Current Situation (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/2000 Faßmann, H.: Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation (26 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/2000 Funk, W.: Gewalt in der Schule. Determinanten und Perspektiven zukünftiger Forschung (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)
- Heft 6/2000 Faßmann, H.; Steger, R.: REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen (7 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 7/2000 Funk, W.: Sicherheitsempfinden in Nürnberg. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse einer Bürgerbefragung im Jahr 1999 im Einzugsgebiet der Polizeiinspektion Nürnberg-West (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)

- Heft 8/2000 Funk, W.: Der Einfluß unterschiedlicher Sozialkontexte auf die Gewalt an Schulen. Ergebnisse der Nürnberger Schüler Studie 1994 (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/2001 Funk, W.: Violence in German schools. Its determinants and its prevention in the scope of community crime prevention schemes (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2001 Faßmann, H.: Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. (31 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2001 Stamm, M.: Evaluation von Verkehrsräumen durch ein Semantisches Differential. (163 Seiten, Schutzgebühr € 17,--)
- Heft 1/2002 Faßmann, H.: Probleme der Umsetzung des Postulats „*So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!*“ am Beispiel erster Ergebnisse des Modellprojekts „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (35 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2002 Funk, W.; Wiedemann, A.: Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr. Eine kritische Sichtung der Maßnahmenlandschaft (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2002 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (161 Seiten, Schutzgebühr 19,-- €)
- Heft 4/2002 Funk, W.: Schulklima in Hessen – Deutsche Teilstudie zu einer international vergleichenden Untersuchung im Auftrag des Observatoriums für Gewalt an Schulen, Universität Bordeaux. Endbericht. (126 Seiten, Schutzgebühr € 15,--)
- Heft 1/2003 Funk, W.: Die Potentiale kommunal vernetzter Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder. Überarbeiteter Vortrag auf dem Symposium „Vernetzte Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder im Erftkreis“, am Dienstag 10.12.2002, Rathaus Brühl. (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)
- Heft 2/2003 Faßmann, H.: Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. (26 Seiten, Schutzgebühr 7,-- €)
- Heft 3/2003 Funk, W.: School Climate and Violence in Schools – Results from the German Part of the European Survey on School Life. (20 Seiten, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 4/2003 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.: Qualitätsstandards für den Lernort „*Betriebliche Berufsausbildung und reha-spezifische Förderung durch einen Bildungsträger*“ - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (75 Seiten; Schutzgebühr 16,--€)
- Heft 5/2003 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (131 Seiten; Schutzgebühr 21,-- €)
- Heft 6/2003 Steger, R.: Netzwerkentwicklung im professionellen Bereich dargestellt am Modellprojekt *REGINE* und dem Beraternetzwerk *zetTeam* (56 Seiten; Schutzgebühr 14,-- €)

- Heft 1/2004 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.; Zimmermann, R.: „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (362 Seiten; Schutzgebühr 44,-- €)
- Heft 2/2004 Funk, W. Verkehrssicherheit von Babys und Kleinkindern – oder: Wie nehmen eigentlich unsere Jüngsten am Straßenverkehr teil? (18 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 3/2004 Brader, D.; Faßmann, H.; Steger, R.; Wübbecke, Chr.: Qualitätsstandards für ein *"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)"* - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (107 Seiten; Schutzgebühr: 19,-- €)
- Heft 1/2005 Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Steger, R.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (294 Seiten; print on demand, Schutzgebühr 44,-- €)
- Heft 2/2005 Faßmann, H.: Wohnortnahe betriebliche Ausbildung – Modelle und ihre praktische Umsetzung. (29 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 8,-- €)
- Heft 1/2006 Funk, W.: In Schule, um Schule und um Schule herum. Impulse für eine kommunal vernetzte schulische Verkehrserziehung. (46 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 10,-- €)
- Heft 2/2006 Funk, W.: Schulweg- / Schulmobilitätspläne – Wie machen es unsere europäischen Nachbarn? (20 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 1/2007 Faßmann, H.: Rehabilitationsforschung im *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* (37 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 10,-- €)
- Heft 2/2007 Funk, W.: Verkehrssicherheitsforschung im *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* (22 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 3/2007 Faßmann, H.: Evaluation von nachhaltigen Erfolgen bei wohnortnaher betrieblicher Erstausbildung und reha-spezifischer Förderung durch einen Bildungsträger. Sicherung von Ergebnissen des BAR-Modellprojekts „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (61 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 15,-- €)
- Heft 1/2008 „Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW).“ Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ. (285 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 49,-- €)