

Mutter-/Vater-Kind-Kuren: wirksam, aber nicht nachhaltig genug

BERNARD BRAUN,
ANNA DIETRICH

Dr. Bernard Braun ist Wissenschaftler am SOCIUM Forschungszentrum für soziale Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Anna Dietrich leitet als Gesundheitswissenschaftlerin (M.A. Public Health) Forschungsprojekte bei der hkk Krankenkasse

Mutter-/Vater-Kind-Kuren haben ihr Image als „Urlaub auf Rezept“ längst überwunden, da zunehmend auch wissenschaftliche Untersuchungen einen positiven Effekt dieser Maßnahme auf den gesundheitlichen Zustand von Müttern und Vätern belegen. Dieser zeigt sich in einer deutlich geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie einer verbesserten Beziehung zu den Kindern nach Beendigung der Kur. Mit der Einführung einer Begutachtungsrichtlinie wurde die Bewilligungspraxis zugunsten der Antragsteller zwar deutlich erleichtert. Es bedarf jedoch neuer und innovativer Strukturen und Angebote, um den gesundheitlichen Nutzen für die Eltern auch nachhaltig sicherzustellen.

Sozialrechtliche Grundlagen

Die Mutter-/Vater-Kind-Kur (MVKK) stellt im Sinne der Paragraphen 24 und 41 des SGB V eine gesundheitlich gebotene, stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung für Mütter und Väter dar, welche in spezialisierten Einrichtungen erbracht wird. Die dominante Bezeichnung als „Kur“ löst im öffentlichen Verständnis immer noch oft eine verharmlosende Assoziation zu den Behandlungsanlässen und Behandlungen aus. Obwohl es sich – wie auch unsere Untersuchungen bestätigen – weit überwiegend um ernsthafte, zum Teil schwere gesundheitliche Störungen und rehabilitative Behandlungen handelt, benutzen aber auch wir der Verständlichkeit halber den „Kur“-begriff. Das wesentliche Ziel dieser Maßnahme besteht darin, bei den betroffenen Elternteilen sowie bei Bedarf bei ihren Kindern das Risiko einer Chronifizierung von Gesundheitsbeschwerden und der damit verbundenen Verschlechterung von Lebensqualität sowie langfristig höheren Versorgungskosten entgegenzuwirken. Hierzu wird im Rahmen der Kur

nicht nur auf die Krankheitsauswirkungen, Beanspruchungen und Belastungen eingegangen, sondern auch explizit die Zusammenhänge zwischen mütterlicher bzw. väterlicher Gesundheit und der des Kindes – etwa durch Einsatz interaktiver Therapien – berücksichtigt.

Die Bewilligung der MVKK ist an das Vorliegen verschiedener Faktoren geknüpft. Neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zählen beispielsweise Alleinerziehung, kinderreiche Familie, Partner- oder Eheprobleme, Erziehungsschwierigkeiten und die Pflege von Familienangehörigen als Gründe für eine Kurteilnahme. Kuren unter Beteiligung des Kindes können in Betracht kommen, wenn es behandlungsbedürftig ist oder eine Trennung vom Elternteil während der Kur psychische Störungen verursachen könnte, die Eltern-Kind-Beziehung gezielt verbessert werden soll oder wenn das Kind während der Maßnahme nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann. Eine Mitnahme des Kindes ist im Regelfall bis zum Alter von 12 Jahren möglich, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. Bei behinderten Kindern gibt es

keine Altersgrenzen. Die MVKK dauert üblicherweise drei Wochen. Eine erneute Kur ist nach vier Jahren möglich, in Ausnahmefällen auch früher (Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes 2016).

Der Gesetzgeber hat die MVKK durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt, damit präventive und rehabilitative Angebote die hochbelasteten und gesundheitsgefährdeten Mütter, Väter und Kinder zu einem frühen Zeitpunkt erreichen können. Trotzdem ging die Zahl der Bewilligungen von Mutter-/Vater-Kind-Kuren in den darauffolgenden Jahren weiter zurück. Die Ursache hierfür wurde in der Intransparenz der Bewilligungsverfahren seitens der Krankenkassen gesehen, welche durch die Überarbeitung der GKV-Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ im Februar 2012 beseitigt werden sollte. Hierbei wurde angestrebt, eine einheitliche Rechtsauslegung der Krankenkassen sicherzustellen und die Transparenz der sozialmedizinischen Empfehlungen und Leistungsentscheidungen zu erhöhen. So wurden die für die Bewilligung erforderlichen Gesundheitsbelastungen und beeinflussenden Kontextfaktoren für eine verbesserte Entscheidungsgrundlage präzisiert und Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, welche die sachgerechte Anwendung der Richtlinie seitens der Krankenkassen unterstützen. Mit der Umsetzung dieser Richtlinie ist die Ablehnungsquote ab dem Jahr 2012 deutlich gesunken (Tabelle 1).

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung der

gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) im Juli 2015, wurden die gesetzlichen Krankenkassen schließlich verpflichtet, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Einrichtung für die Kurmaßnahme zu berücksichtigen.

Aktuelle Forschungsbilanz

Anbieter von Mutter-/Vater-Kind-Kuren sind gesetzlich verpflichtet, sich an externen Qualitätsmaßnahmen zu beteiligen und auch ein internes Management zur Qualitätssicherung durchzuführen. Laut Müttergenesungswerk (2016) haben im Jahr 2015 rund 49.000 Mütter und 1.500 Väter eine Kurmaßnahme in Anspruch genommen. Die Datenauswertungen zeigen, dass nach wie vor die Übernahme von Familienverantwortung

Die Datenauswertungen zeigen, dass nach wie vor die Übernahme von Familienverantwortung für Frauen ein hohes Gesundheitsrisiko birgt.

für Frauen ein hohes Gesundheitsrisiko birgt. Der gesellschaftliche Wandel von Familienstrukturen kann Mütter zunehmend belasten. Unsicherheiten im Lebenslauf, eine nach wie vor starke Ungleichheit bei der Arbeitsteilung in der Familienarbeit und Berufstätigkeit stehen im Widerspruch zu einer erwarteten Gleichberechtigung. Bei der Befragung der Teilnehmerinnen von Kurmaßnah-

men wurden ständiger Zeitdruck, hohe berufliche Anforderungen und mangelnde Anerkennung als stärkste Belastungsfaktoren genannt. Der Dauerstress und die daraus entstehenden gesundheitlichen Belastungen führen zu Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen, Angstzuständen und Kopfschmerzen. Im Jahr 2015 litten 84 % aller Mütter an psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. Aber auch zwei Drittel ihrer Kinder waren ebenfalls behandlungsbedürftig. Hier standen insbesondere Atemwegserkrankungen (26 %) und psychische Störungen (23 %), wie Verhaltensauffälligkeiten oder emotionalen Störungen im Vordergrund (Jahresbericht MGW 2015).

Die Wirksamkeit und Notwendigkeit einer zeitnahen Durchführung einer MVKK in Belastungssituationen zeigte auch eine kontrollierte Vergleichsstudie, bei der im Jahr 2012 die Effekte einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Kinder untersucht wurden (Otto 2012). Die Outcome-Variablen orientierten sich an der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Erhoben wurden die Dauer bzw. der Schweregrad von Befindlichkeitsstörungen (z. B. Nervosität), somatischen und psychischen Erkrankungen, psychosoziale Kontextfaktoren (z. B. Alleinerziehung) sowie Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation, bezogen auf die familiäre und berufliche Situation der Mutter. Auch die psychische Gesamtbelastung

Tabelle 1: Leistungen der Krankenkasse – Unterstützung der Politik

Jahr	GKV-Ausgaben (Mio. EUR)	Ablehnungsquote	Anzahl der Mütter in Kurmaßnahmen	Anzahl der Kinder in Kurmaßnahmen	Politische Unterstützung durch gesetzliche Regelungen
2002	rd. 386	32 %	50.000	68.000	Vollfinanzierung durch Krankenkasse
2007	rd. 303	28 %	43.000	63.000	Kurmaßnahmen werden Pflichtleistung der Krankenkassen
2011	rd. 281	35 %	39.000	56.000	Prüfbericht des Bundesrechnungshof, Entschließungsantrag, Ausschüsse Gesundheit und Familie
2012	rd. 324	19 %	44.000	64.000	Neue Begutachtungs-Richtlinie
2015	rd. 389	11 %	49.000	72.000	Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts

Quelle: 1.-4. Quartal 2015; vorläufige Ergebnisse (Müttergenesungswerk); Stand: 08.04.2016

Tabelle 2: Sozioökonomische Merkmale der KurteilnehmerInnen 2015

Geschlechterverteilung Stichprobe	708 Mütter, 25 Väter
Studienteilnehmer	343 Mütter, die 2015 eine MVKK in Anspruch genommen haben.
Durchschnittsalter	38,7
Bildungsniveau	17 % Hauptschule mit/ohne Lehre, 46 % mittlere Reife, 26 % FHS-Reife/Abitur, 16 % FHS-/HS-Abschluss
Familienverhältnisse	79,5 % verheiratet/fester Partner
Berufstätigkeit	74,2 % erwerbstätig
Ökonomische Situation	9 % unter 1.000 €, 21 % 1.000-1.500 €, 16,1 % 1.500-2.000 €, 11,1 % 2.000-2.500 €, 19 % 2.500-3.000 €, 18 % 3.000-4.000 €, 6,5 % über 4.000 €

Quelle: hkk Gesundheitsreport Mutter-/Vater-Kind-Kuren 2017

wurde erfasst. Im Ergebnis konnte aufgezeigt werden, dass eine Kurmaßnahme nicht nur kurzzeitig, sondern auch mittelfristig zu einer klinisch bedeutsamen Reduzierung von Belastungen und Beschwerden führte. Bei den Frauen, die keine Intervention erhielten, verschlechterte sich der Gesundheitszustand über den definierten Zeitraum von 6 Monate (T2) nach Antragstellung (T1) weiter.

Ergebnisse der hkk-Studie zur Inanspruchnahme einer Mutter-/Vater-Kind-Kur

Bereits im Jahr 2011 hat die Krankenkasse hkk Mütter, die 2009 eine Kur in Anspruch genommen haben, befragt (Aspekte der Versorgungsforschung 2011). Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Weiterentwicklungen wurde die inhaltlich identische Befragung im Jahr 2017 wiederholt. Dies bietet die Chance zwei zentrale Fragen zu beantworten: Unterscheiden sich die Studienergebnisse gegenüber der ersten Befragung aus dem Jahr 2009? Und können Unterschiede zwischen den Ergebnissen vor dem Hintergrund gesetzlicher Weiterentwicklungen und regelmäßiger Qualitätsmaßnahmen der Anbieter von Mutter-/Vater-Kind-Kuren interpretiert werden?

Im Jahr 2017 wurden 733 bei der hkk versicherte Väter und Mütter, die 2015 eine MVKK durchgeführt haben, mit einem Fragebogen angeschrieben. Zurückgesandt wurden 343 Fragebögen, was einer Rücklaufquote von 46,8 % entspricht (hkk Gesundheitsreport Mutter-/Vater-Kind-Kuren 2017).

Eine zweite ergänzende und vertiefende Erkenntnisquelle waren 21 qualitative Interviews mit Müttern in den letzten zwei Tagen vor dem Ende einer MVKK

in sechs bundesweiten Einrichtungen für MVKK und eine Mutter-Kur-einrichtung (Mutter-/Vater-Kind-Kur: Erfahrungsberichte – Interviews mit einzelnen Kurteilnehmerinnen 2017). Die Einrichtungen gehörten zwei verschiedenen Trägern an. Davon war die Mehrheit klein bis mittelgroß.

Information und Beratung

Welche Einrichtungen haben die Mütter in erster Linie beraten und wie bewerten die Teilnehmerinnen die Informationen und Beratung, die sie im Vorfeld erhalten haben? Hierbei zeigte sich, dass die Krankenkasse hkk als primär beratende und unterstützende Einrichtung mit 26 % am häufigsten genannt wurde. Die 54 % verteilten sich auf unterschiedliche Beratungsstellen, wie z.B. die Caritas (16 %). Etwa 20 % nannten „keine“ Einrichtung. Auf die Frage nach einer differenzierten Beurteilung der Beratung zur Antragstellung wurden einzelne Gesichtspunkte unterschiedlich bewertet. Als „gut“ oder „sehr gut“ beurteilten 72 % der Befragten die Unterstützung bei der Antragstellung. Auch die Auskünfte über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wurden von 70 % positiv bewertet. Weniger gut wurden Themen wie „Nutzen und Ziele einer Kurmaßnahme“, „Nachsorge“, sowie „Infos zum Tagesablauf“ bewertet. Hier gaben 49 % bzw. 44 % an, nur „schlecht“ bis „ausreichend“ beraten worden zu sein. Gleichwohl ist auch bei anderen Beratungsaspekten Verbesserungsbedarf erkennbar. Etwa 12 % der Befragten bewerten die Wahl der Klinik als „mangelhaft“ oder „schlecht“. Damit verbringt eine hohe Zahl von Teilnehmerinnen die Kur in einer Einrichtung, die für ihre sozialen Umstände und ge-

sundheitlichen Beschwerden ggfs. nicht optimal ist. Es könnte also sein, dass sowohl eine nicht näher bestimmbare Anzahl von Müttern und Vätern mit subjektivem Kurbedarf z.B. wegen Beratungsmängeln keine Kur in Anspruch nimmt oder auch der Erfolg einer Kur durch unzulängliche Vorabinformation und falsche Erwartungen gemindert wird. Dies ist lediglich durch zusätzliche Untersuchungen zu überprüfen.

Hemmnisse bei der Inanspruchnahme

Auf die Frage, was die Befragten als Hürde für die Durchführung einer MVKK empfinden, waren „zusätzliche Kosten“ am bedeutsamsten. Etwa 42 % der Befragten gaben an, dass zusätzliche Kosten für sie eine „teilweise“ bis „sehr große“ Hürden bedeuten. Für weitere 26 % waren diese Kosten eine „niedrige“ Hürde. „Keine“ Hürde stellte dieser Punkt für 32 % der Studienteilnehmerinnen dar.

Als zusätzliche Kosten bei einer MVKK fallen 10 Euro Eigenanteil je Kalendertag für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben an, welche direkt an die Einrichtung zu zahlen sind. An- und Abreise werden als 2 Kalendertage berechnet, d.h. bei einem dreiwöchigen Aufenthalt sind 220 Euro als Eigenanteil zu bezahlen. Aufgrund der Befragung von ausschließlich Teilnehmerinnen nach erfolgter Teilnahme bleibt es leider unbestimmt, ob und wie viele bedürftige Mütter und Väter eine Kur aus finanziellen Gründen letztlich nicht angetreten haben. Der Zusammenhang zwischen der Nennung der finanziellen Hürde und dem Haushaltsnettoeinkommen ist statistisch signifikant ($p=0,001$). Je höher das Einkommen, desto größer ist der Anteil der Befragten, für den die zusätzlichen Kosten keine Hürde sind und umgekehrt nehmen signifikant mehr Befragte mit geringerem Einkommen diese Eigenanteile als eine sehr große Hürde wahr.

Bewilligung und Beweggründe

Für fast drei Viertel der Befragten (72 %) war es die erste MVKK, an der sie teilgenommen haben. Über die Hälfte (51 %) der Frauen führte die Kur mit einem Kind durch, knapp 40 % mit zwei Kindern und 10 % mit drei oder mehr Kindern. Die

Einführung der Begutachtungs-Richtlinie (2012) scheint sich positiv auf die Bewilligungspraxis ausgewirkt zu haben. Der größte Teil der Kuranträge (85 %) wurde direkt mit der Antragstellung bewilligt. Im Jahr 2009 lag der Anteil noch bei 68 Prozent. Dies ist eine Steigerung der direkten Bewilligungsquote um 17 Prozentpunkte. Als Kuranlass wurde am häufigsten „Familiäre Belastungen“ (81 %) genannt. „Eigene Gesundheitsbeschwerden“ lagen mit 79 % an zweiter Stelle. Im Jahr 2009 rangierten „Eigene Gesundheitsbeschwerden“ mit 86 % der Nennungen an erster Stelle, gefolgt von „Familiären Belastungen“ mit 83 %. Eine deutliche Verschiebung zeigt sich bei den „Arbeitsbelastungen“. Diese gaben 2015 gegenüber 2009 deutlich mehr Frauen als Beweggrund an (46 % vs. 36 %). Begründet ist diese Einwicklung

Die Bewertung der Zufriedenheit zeigt deutliche Verbesserungsbedarfe bei den von den Müttern genannten wichtigsten Rahmenbedingungen.

darin, dass sich der Anteil der erwerbstätigen Kurteilnehmerinnen von 60 % im Jahre 2009 auf 71 % im Jahr 2015 erhöht hat (Aspekte der Versorgungsforschung 2011).

Einzelne Kuraspekte: Wichtigkeit und Zufriedenheit

Der Erfolg einer Kur wird nicht zuletzt an der Zufriedenheit des Patienten gemessen. Schon seit langem wird aber von Sozialwissenschaftlern (Aust 1994) darauf hingewiesen, dass die alleinige Frage nach einer Gesamtzufriedenheit mit der Inanspruchnahme eines Angebots oder einer therapeutischen gesundheitsbezogenen Maßnahme die Befragten meistens zu sozial erwünschten oder je nach Distanz zum Anbieter solcher Leistungen opportunistischen positiven Antworten animiert werden und die Fragesteller damit die Zufriedenheit positiv überschätzen. Nicht selten hängt die Häufigkeit der hohen Zufriedenheit z.B. mit einem Krankenhausaufenthalt davon ab, dass die Befragten mit extrem pessimistischen Erwartungen an die therapeutischen Erfolge in stationäre Behandlung gingen und gemessen daran selbst mit geringen Erfolgen extrem zufrieden sind. Wegen dieser und anderer Verzerrungspotenziale einer einzigen Frage nach Zufriedenheit gehören konkrete Nachfragen zu den verschiedensten Details der Behandlung oder Versorgung mittlerweile zum Stand einer differenzierten und realitätsnahen Zufriedenheitsforschung. Insgesamt waren mehr als zwei Drittel der Frauen mit der Kur zufrieden. 38 % der Befragten äußerten

sich „sehr zufrieden“ mit der MVKK, 37 % „zufrieden“ und 16 % „teilweise zufrieden“. Dieses positive Ergebnis der Gesamtzufriedenheit setzt sich aus einzelnen Aspekten der Kurmaßnahme zusammen. Für eine differenzierte Bewertung der Zufriedenheit bedarf es zusätzlich einer Einschätzung, welche Rahmenbedingungen bei einer Kur als wichtig gelten und wie zufrieden die Befragten mit den unterschiedlichen Bedingungen waren.

Im Jahr 2009 waren den Studienteilnehmerinnen die drei Aspekte Therapieplan, Möglichkeiten der Erholung/Rückzug und Kinderbetreuung am wichtigsten. Im Jahr 2015 änderte sich diese Reihenfolge. Die Kinderbetreuung hatte Priorität und erst dann folgten Therapieplan und Möglichkeiten der Erholung/Rückzug. Die Medizinische Betreuung, Unterbringung/Verpflegung und Psychologische Betreuung rangierten sowohl in 2009 als auch in 2015 auf den mittleren Plätzen. Die Lage und Umgebung der Klinik, der Austausch mit anderen Müttern und Freizeitangebote wurden in ihrer Wichtigkeit nachrangig eingestuft.

Die Bewertung hinsichtlich der Zufriedenheit mit den einzelnen Rahmenbedingungen zeigt deutliche Verbesserungsbedarfe in Bezug auf die von den Müttern genannten wichtigsten Rahmenbedingungen. Die größten Diskrepanzen zwischen der „Wichtigkeit“ und „Zufriedenheit“ zeigten sich 2015 hinsichtlich des Therapieplanes (76 % „sehr wichtig“ vs. 36 % „sehr zufrieden“), der Möglichkei-

Tabelle 3: Vergleich der Befragungsergebnisse zur Wichtigkeit und Zufriedenheit der Rahmenbedingungen der Kur, 2009/2015

Jahr	2009		Diskrepanz	2015		Diskrepanz
	%-Anteil von allen	%-Anteil von allen		%-Anteil von allen	%-Anteil von allen	
Studienteilnehmer	„sehr wichtig“ (%)	„sehr zufrieden“ (%)		„sehr wichtig“ (%)	„sehr zufrieden“ (%)	
Therapieplan	80	41	-39	76	36	-40
Möglichkeiten Erholung/Rückzug	75	36	-39	73	37	-36
Kinderbetreuung	74	49	-25	79	45	-34
Medizinische Versorgung	69	36	-33	59	32	-27
Unterbringung/Verpflegung	59	42	-17	54	38	-16
Psychologische Betreuung	55	33	-22	52	34	-18
Lage der Klinik	38	47	9	35	54	19
Umgebung der Klinik	37	45	8	35	53	18
Austausch mit anderen Müttern	31	30	-1	27	34	7
Freizeitangebote	27	15	-12	20	17	-3

Quelle: hkk Gesundheitsreport Mutter-/Vater-Kind-Kuren 2017

ten nach Erholung/Rückzug (73 % „sehr wichtig“ vs. 37 % „sehr zufrieden“) und der Kinderbetreuung (79 % „sehr wichtig“ vs. 45 % „sehr zufrieden“).

Positiv schnitten bei der Bewertung eher Aspekte ab, die in ihrer Wichtigkeit nicht besonders hoch eingestuft wurden. Beispielsweise der Austausch mit anderen Müttern. Nur 27 % der Studienteilnehmerinnen war 2015 der Aspekt „sehr wichtig“, allerdings waren 34 % der Kurteilnehmerinnen damit „sehr zufrieden“. Der Wert des persönlichen Austausches mit „wildfremden“ Müttern wurde annähernd von allen interviewten Müttern betont. Die hilfreichste Erfahrung sei dabei gewesen, zu erleben, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Das Gefühl, individuell als Mutter versagt zu haben, konnte sich dabei relativieren. Dazu eigneten sich die zahlreichen formellen und informellen Gruppen und die damit verbundenen Gedanken- und Erfahrungsaustauschprozesse besonders. Darüber hinaus gaben viele Mütter an, wichtig sei die Erfahrung gewesen, sich mehr und besser bewegen, selber Singen oder künstlerisch aktiv zu sein und dadurch ihr Selbstbewusstsein und ihr Befinden verbessern zu können. Zu diesem sozialen Nutzen kam noch die je nach Klinik halbtägige oder auch noch etwas längere separate Betreuung ihrer Kinder oder individuelle Gespräche mit Psychologen oder Sozialpädagogen hinzu.

Gesundheitliche Effekte

Neben der Zufriedenheit mit der MVKK sind die gesundheitlichen Effekte von zentraler Bedeutung. In der Befragung wurde deshalb nicht nur pauschal nach einer gesundheitlichen Veränderung gefragt, sondern darüber hinaus auch differenziert nach körperlichen Beschwerden und dem Gesundheits- und Sozialverhalten. Für alle Teilaspekte gaben die Befragten leichte bis sehr große Verbesserungen an. Die meisten Befragten gaben positive Veränderungen bei Müdigkeit, Erschöpfung und Burnout (83 %), im Verhältnis zum Kind (73 %) und bei körperlichen Beschwerden und Schmerzen (78 %) an. Dass sich die Lebensgewohnheiten wie Ernährung und Rauchen „nur“ bei 63 % verbessert haben zeigt, dass das Potential der Nach-

haltigkeit und Verhaltensänderung noch besser ausgeschöpft werden kann. Auch bei Merkmalen wie der Anzahl von Arztkontakten, der Menge von Medikamenten oder physikalischen Therapien – ist eine positive Entwicklung ablesbar. Zwischen 34 % und 45 % aller Frauen berichten über eine geringere Inanspruchnahme solcher Gesundheitsleistungen nach der

Ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Kur nutzten nur 11 % der Mütter.

Kur. Differenziert man hier nach der Intensität der Inanspruchnahme zeigt sich bei „High-Usern“ unter den Müttern ein noch stärkerer positiver Nutzen ab. Den größten Nutzen erzielten dabei die Mütter, die vor der Kur häufig Medikamente genommen haben. Hier gaben fast die Hälfte (49 %) der Befragten Verbesserungen an.

Gesundheitszustand vor, unmittelbar danach und mehrere Monate nach der Kur

Selbst wenn retrospektive Angaben zum Gesundheitszustand immer eine gewisse Verzerrung enthalten, gibt eine Zusammenstellung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustände zu drei verschiedenen Zeitpunkten wichtige Auskunft über die dauerhafte Wirkung der MVKK. Während 62 % der Teilnehmerinnen einer MVKK unmittelbar nach der Maßnahme ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis sehr „gut“ bewerten, waren es ein bis zwei Jahre später nur noch 20 %. Trotz dieser deutlichen Verschlechterung sieht die gesundheitliche Lage der Kurteilnehmerinnen zum Befragungszeitpunkt immer noch deutlich besser aus als vor der Kur. Bezogen auf diesen Zeitpunkt bewerteten nur 10 % ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“.

Gesundheitliche Effekte auf (Begleit-)Kinder

Etwa 58 % der (Begleit-)Kinder hatten keinen Therapieplan. Auf diese Weise erhielten weniger als die Hälfte (42 %) neben der regulären Kinderbetreuung

eine Therapie, in der gesundheitliche und psychosoziale Aspekte behandelt wurden. Vor diesem Hintergrund ist nicht zwangsläufig eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei den (Begleit-)Kindern zu erwarten gewesen. Aus Sicht ihrer Mütter war etwa die Hälfte der Kinder nach der Kur selbstständiger (53 %) und seelisch ausgeglichener (50 %). Eine bivariate Analyse der möglichen Zusammenhänge zwischen der Existenz eines Kinder-Therapieplans und den abgefragten Veränderungen zeigte aber lediglich bei der körperlichen Anfälligkeit für Krankheiten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zugunsten von Verbesserungen. Bei allen anderen Veränderungen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern mit oder ohne Therapieplan. Ob die Wirksamkeit eines Therapieplanes für Kinder damit als ausreichend bewertet werden kann, wird in Frage gestellt. Hier besteht weiterer Studienbedarf.

Fehlende Nachsorge

Ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Kur, bei denen Mütter Beratungen, Gesundheitskurse oder auch Gesprächskreise in Anspruch nehmen können, nutzten nur 11 % der Mütter. Weiteren 8 % wurde ein Nachsorgeprogramm zwar angeboten, welches die Frauen jedoch ablehnten. Gleichzeitig erklärt weit mehr als die Hälfte der befragten Frauen (61 %), dass Ihnen ein solches Programm nicht angeboten wurde, sie ein Angebot aber gerne angenommen hätten. Im Jahr 2009 hatten noch 17 % eine Nachsorge in Anspruch genommen und 48 % erklärten, dass ihnen ein solches Programm nicht angeboten wurde, obwohl sie gerne daran teilgenommen hätten. Schon in der ersten Befragung wurde davon ausgegangen, dass hier ein erheblicher Nachbesserungsbedarf in den beratenden Einrichtungen besteht. Obwohl im Untersuchungszeitraum zahlreiche Modelle zur Nachsorge wie z.B. „hkk kur plus“ (Caritas) oder das Modell der „Therapeutischen Kette“ (Müttergenesungswerk) entwickelt und aus Sicht der betreffenden Anbieter auch angewandt wurden, nahm der Anteil der Mütter, bei denen Nachsorgeprogramme ankommen von 17 % im Jahr 2009 auf 11 % im Jahr 2015 sogar ab. Eine Erklärung ist mit den Befragungsdaten nicht

möglich. Eine Hypothese wäre, dass die genannten Angebote für die Nutzerinnen während der Kur mit ihren positiven Effekten nicht für sehr notwendig gehalten werden oder die Angebote wegen der Antizipation der wahrscheinlichen Schwierigkeiten sie im künftigen Alltag zu nutzen nicht sehr offensiv präsentiert werden. Möglicherweise ist es aber auch für die Kureinrichtungen schwer, die verschiedenen lokalen Anbieterstrukturen ihrer Nutzerinnen zu kennen um z.B. mit dem verbreiteten Mangel an Psychotherapieanbietern bzw. den teilweise extrem langen Wartezeiten konstruktiv umgehen zu können.

Selbstbild und Selbsthilfefähigkeit

Auf eine Reihe sehr spezifischer Aspekte der Zeit vor und nach einer MVKK, die es in der gesundheitspolitischen Debatte zu beachten gilt, weisen weitere Ergebnisse der Mütterinterviews hin. Für die Zeit vor einer MVKK als „letzte Rettung“ und mögliche ambulante Alternativen wurde deutlich, dass die Selbsthilfefähigkeit fast aller der mit unterschiedlichen Qualifikationen und Ressourcen ausgestatteten Mütter extrem eingeschränkt war. Selbst Mütter mit vielen „guten“ Bekannten trauten sich nicht, diese um Hilfe oder Unterstützung zu bitten. Verantwortlich ist nach Äußerungen mehrerer Mütter die verbreitete normative Annahme oder Erwartung, jede Frau beherrsche das „Muttersein“ problemlos. Und selbst wenn sie über diese normative Hürde sprangen und fremde Hilfe in Anspruch nehmen wollten, kannte ein Teil der Mütter weder die Angebote von örtlichen Behörden oder Wohlfahrtseinrichtungen – falls überhaupt außerhalb größerer Städte existent –, noch identifizierten sie diese ohne Weiteres als für ihre Situation geeignet, schreckten vor dem „amtlichen“ Charakter mancher Familienberatungsstelle oder dem Aufwand für die Fahrt zurück. Für einige vor allem alleinerziehende und/oder teilzeitbeschäftigte Mütter war der Besuch von Kursen oder anderen ambulanten Angeboten auch aus finanziellen Gründen und wegen fehlender Kinderbetreuung unmöglich.

Problem der Nachhaltigkeit

Wie bereits aus den beiden Befragungen und den wenigen anderen Studien

bekannt, nimmt die positive Wirkung der MVKK bereits innerhalb eines Jahres nach ihrer Beendigung spürbar ab. Mütter, die bereits zum wiederholten Male eine MVKK in Anspruch genommen haben, bestätigten dies. Die Frage, ob dieses Entladen ihres „Akkus“ z.B.

Ändern muss sich auch die gesellschaftliche Wertschätzung und Bewertung der mütterlichen und väterlichen Tätigkeit.

durch eine gezielte Nachsorge verhindert oder verlangsamt werden könnte, wurde differenziert beantwortet: Erstens hoben die meisten Mütter positiv hervor, dass sie in ihren Kliniken mit einer Ausnahme durch eine Reihe von Gesprächen, Ratschlägen und phantasievollen Hilfsmitteln (z.B. schriftliche Selbstvereinbarungen für die „Zeit danach“) gegen Ende der MVKK mit Nachdruck systematisch auf die Zeit danach vorbereitet. Selbst wenn aber in den drei Wochen einer MVKK alles optimal läuft, zeigen die Äußerungen zahlreicher Mütter, dass das was wichtig für die „Zeit danach“ ist wesentlich komplexer ist als die individuelle Vorbereitung auf andere Verhaltensweisen innerhalb der MVKK, es also für die Sicherung eines möglichst lange anhaltenden Erfolgs gleichzeitiger Veränderungen des personalen (z.B. Partnern oder Arbeitgeber) und gesellschaftlichen Umfelds der Mütter bedarf.

Handlungsfelder

Trotz der Vielzahl positiver Effekte einer MVKK auf die Gesundheit der Teilnehmer, besteht an verschiedenen (Schnitt-) Stellen Anpassungs- bzw. Reformbedarf.

- Dass „Arbeitsbelastungen“ 2015 deutlich öfter als im Jahr 2009 als Kuranlass genannt wurden, ist auf den gestiegenen Anteil berufstätiger Mütter zurückzuführen. Dieser Entwicklung hin zu Doppel- oder Mehrfachbelastungen sollten Kureinrichtungen künftig noch stärker Rechnung tragen. Das Bedürfnis nach Erholung und Entlastung (z.B. durch eine qualifizierte Kinderbetreuung

und keine „Massenabfertigung“ in großen Einrichtungen) steht im Vordergrund einer Kurteilnahme. Der Fokus der Behandlung sollte neben der medizinischen Versorgung verstärkt auf psychosoziale Aspekte, Entspannungstechniken oder Techniken der

Bewältigung beeinträchtigender Situationen im (Arbeits-) Alltag ausgerichtet sein. Prophylaktisch sei aus sozial- wie gesundheitspolitischer Sicht vor der theoretisch möglichen Alternative oder Anreizen gewarnt, den Müttern zu raten, länger oder auch dauernd nicht berufstätig zu bleiben. Eine spezielle Studie aus dem Jahr

2007 hatte gezeigt, dass berufstätige Mütter zweijähriger Kinder im Vergleich zu nicht berufstätigen Müttern nicht nur ein geringeres Armutrisiko, sondern auch eine bessere physische und psychische Lebensqualität sowie bessere soziale Beziehungen haben (Richter et al. 2007). Der Mangel an sozialen Beziehungen ist nach einer zuletzt 2015 für die Jahre 1980 bis 2014 abgeschlossenen Metaanalyse ein mit anderen Risikofaktoren vergleichbares Sterblichkeitsrisiko (Holt-Lunstadt et al. 2015).

- Neben der Zuzahlung von 10 Euro pro Kurtag, welche die Mütter einplanen müssen, fallen zusätzliche Kosten durch Freizeitangebote und Snacks für die Kinder in häufig „teuren“ Kurorten an. Obwohl die Mütter 2015 ökonomisch besser gestellt waren als in der Studie im Jahr 2009, gaben immer noch 42 % der Befragten an, diese Kosten stellten eine „teilweise“ bis „sehr große“ Hürde dar. Dies begründet die Annahme, dass viele Frauen schon im Vorfeld den Plan einer Kur aus finanziellen Überlegungen aufgeben (müssen). Da sozial benachteiligte Familien gesundheitlich besonders stark belastet sind, also sogar ein überdurchschnittlicher Bedarf z.B. für eine MVKK besteht bedarf es zu seiner Befriedigung schon bei der Antragstellung qualifizierter Informationen, welche finanziellen Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten es gibt.
- Zusätzlich zu den bei den Müttern ansetzenden Maßnahmen und Hilfen wünschten sich mehrere interviewte Mütter mehr Unterstützung darin,

dass auch ihre Partner die wichtigen Impulse der MVKK-Angebote mitbekommen, mittragen und damit auch am Wirken halten könnten. Die Idee, von der Kasse oder auch noch von der besuchten Klinik nach z.B. einem Jahr als Nutzerin einer MKK angesprochen zu werden, verbunden mit Nachfragen zum „Ladezustand“ und möglichen ambulanten „Auflademöglichkeiten“, wurde von mehreren Müttern für hilfreich gehalten.

- Dass sich aber auch im gesellschaftlichen Bereich etwas ändern muss, unterstrich gut die Hälfte der interviewten Mütter. Der im Artikel 6 des Grundgesetzes verankerte „Anspruch (jeder Mutter) ...auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft“ bliebe oft rein rhetorisch. Warum – so eine der interviewten Mütter – gäbe es z.B. nicht ein Angebot von Mutter/Eltern-Untersuchungen von M/E-1 bis M/E-4, mit denen die Möglichkeit gesundheitlicher und sonstiger Risiken anerkannt würde und sie systematisch untersucht würden sowie

geeignete medizinische und vor allem auch nichtmedizinische Angebote enthält? Aber selbst ein wesentlich größeres Maß an Anerkennung oder Wertschätzung der mütterlichen Tätigkeit verhindert nicht automatisch die für viele Mütter zu treffende Wahl zwischen Pest und Cholera: Sind sie lange ausschließlich Mutter kommen sie häufig nicht mehr in die Tätigkeiten für die sie qualifiziert sind, arbeiten zu einem gewissen Anteil unfreiwillig in Teilzeit, haben nicht nur deutlich geringere Einkommen als Väter und kinderlose Männer, sondern auch weniger als Frauen ohne Kinder und verschlechtern ihre materielle Situation im Rentenalter. Gehen sie nur kurz in Elternzeit werden sie, so jüngst Jutta Allmendinger, die Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB), über das Ergebnis einer Studie ihres Instituts „noch heute als Rabenmütter bezeichnet und gelten als unsympathisch“ und werden auch seltener zu Vorstellungsgesprächen eingeladen. Väter mit Elternzeit

werden dafür eher gelobt oder wegen des mit der Kindererziehung verbundenen Stresses bemitleidet.

- Die Stärkung der Widerstandskraft gegen erschöpfende Lebensverhältnisse durch in der MVKK erworbene und trainierte individuelle Verhaltensweisen und Fähigkeiten der Mütter ist eine notwendige aber keineswegs hinreichende Voraussetzung für das Wohlbefinden von Müttern und damit letztlich auch von ihren Kindern, Partnern und nahestehenden Personen. Hinzutreten müssen Veränderungen des Rollenverständnisses und des Verhaltens von Vätern, die ihrerseits allerdings dabei durch die Anerkennung dieser Aufgaben in ihren Arbeitsverhältnissen unterstützt werden müssen. Und schließlich muss sich die gesellschaftliche Wertschätzung und Bewertung der durchschnittlich mindestens anderthalb Jahrzehnte dauernden mütterlichen aber natürlich auch der väterlichen Tätigkeit ändern oder auch erst explizit erfolgen. ■

Literatur

Aspekte der Versorgungsforschung (2011):

Link: https://www.hkk.de/fileadmin/doc/aktuelles/hkk_versorgungsforschung2011_gesamt.pdf[23.08.17]

Aust B. (1994): Zufriedene Patienten?

Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin. (Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P94-201). Link: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/1994/p94-201.pdf> – zuletzt 8.10. 2016[23.08.17]

hkk Gesundheitsreport (2017): Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Link: https://www.hkk.de/fileadmin/doc/broschueren_flyer/sonstiges/2017-08-11-hkk-Gesundheitsreport_Kuren.pdf[23.08.17]

Holt-Lunstad J., T. B. Smith, M. Baker (2015):

Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. Meta-Analytic Review. In: *Perspectives on Psychological Science*, 10, Issue 2: 227-237

Jahresbericht (2015):

Elly Heuss-Knapp-Stiftung. Müttergenesungswerk. Link: http://www.muettergenesungswerk.de/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=oaRx-QOr4I2GVN7t240FKuoso8ld6_PWx2ukyRbwiO8[23.08.17]

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes

Bund (Hrsg.) (2016): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Link: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/Begutachtungs-Richtlinie_Vorsorge_und_Rehabilitation_Aktualisierungen_Juli_2016.pdf

Mutter-/Vater-Kind-Kur (2017):

Erfahrungsberichte – Interviews mit einzelnen Kurteilnehmerinnen. Link: https://www.hkk.de/fileadmin/doc/broschueren_flyer/sonstiges/2017-08-11-hkk-Interview-Dr-Braun-_MVKKI.pdf[23.08.17]

Müttergenesungswerk (2016):

Link: <https://www.muettergenesungswerk.de/docs/attachments/7187289e-32c8-44cb-81fd-0db2d0041dc5/MGW-Jahrespressekonferenz-Pressemappe-15-Juni-2016.pdf> [23.08.17]

Otto F. (2012): Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder- Eine kontrollierte Vergleichsstudie. In: *Rehabilitation* 2013; 52(02): 86-95.

Richter R., Bergmann R.L., Bergmann K.E., Dudenhausen J.W. (2007): Berufstätigkeit und Lebensqualität von Müttern zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes. In: *Das Gesundheitswesen*, 69: 448-456.