

Forschungsreport 2011

**Stationäre Vorsorge und Rehabilitation
für Mütter/Väter und Kinder**

Forschungsverbund Familiengesundheit

MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER

Forschungsreport 2011

Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder

**Ergebnisse aus Evaluationsstudien des Forschungsverbundes
Familiengesundheit**

Mai 2011

Kontakt:

Friederike Otto (Wiss. Leiterin)

Forschungsverbund Familiengesundheit

Medizinische Hochschule Hannover

Medizinische Soziologie OE 5420

Carl-Neuberg-Str. 1

30655 Hannover

www.mh-hannover.de/forschungsverbund-mutter-kind.html

E-mail: otto.friederike@mh-hannover.de

Tel.: 0511 532 6428

Fax: 0511 532 6429

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung für eilige Leser	4
1. Einleitung	6
2. Ergebnisse zur sozialen und gesundheitlichen Lage von vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen Müttern	7
3. Wie verändert sich die gesundheitliche Lage von vorsorge- und reha-bedürftigen Müttern innerhalb von 6 Monaten mit und ohne Kurteilname?	13
4. Welche Behandlungserfolge sind nachgewiesen und was lässt sich über die Nachhaltigkeit der Effekte sagen?	18
5. Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken	24
6. Wie ist die gesundheitliche Situation der Kinder?	26
7. Zusammenhänge zwischen der mütterlichen und kindlichen Gesundheit und der Lebensqualität der Kinder	26
8. Was hat sich im Laufe der letzten 10 Jahre verändert?	27
9. Welches sind die gesetzlichen Grundlagen für die Bewilligung einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme?	28
10. Wie viele Mütter und Väter sind vorsorge- und reha-bedürftig?	29
11. Diskussion der Ergebnisse, weiterer Forschungsbedarf	30
12. Quellennachweise	32

Zusammenfassung für eilige Leser

- Der Forschungsverbund Familiengesundheit ist ein Zusammenschluss aus derzeit 24 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken und einem wissenschaftlichen Team an der Medizinischen Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie.
- Der Forschungsverbund führt seit etwa 10 Jahren praxisbezogene Forschungsprojekte zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter/Väter und Kinder durch.
- Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen sind von zahlreichen Befindlichkeitsstörungen (z.B. Gereiztheit, ständige Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit), gesundheitlichen Beschwerden (v.a. Burnout-Syndrom, Rückenschmerzen, Angst und Depression) und psychosozialen Belastungen (z.B. Alleinerziehen, finanzielle Sorgen, Partnerschaftsprobleme, Erziehungsprobleme, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Pflege eines Angehörigen) betroffen.
- Die gesundheitliche Situation von Müttern, die eine bewilligte Mutter-Kind-Maßnahme 6 Monaten nach der Erstbefragung noch nicht angetreten hatten, verschlechterte sich deutlich, während Mütter, die zwischenzeitlich eine Maßnahme in Anspruch genommen hatten, hochsignifikante Verbesserungen ihrer Beschwerden aufwiesen.
- Im Verlauf der Mutter-Kind-Maßnahme werden die somatischen und psychischen Belastungen klinisch bedeutsam reduziert. Nach der Maßnahme steigen die Belastungen zwar wieder an, aber nach 6 bzw. 12 Monaten sind noch mittlere Effekte nachweisbar. Die durchschnittlichen körperlichen Belastungen liegen dann im Bereich der Referenzstichproben der eingesetzten validierten Testinstrumente. Die psychische Belastung geht zurück, bleibt aber überdurchschnittlich hoch.
- Die wahrgenommene Erziehungskompetenz der Mütter steigt nicht nur im Verlauf der Mutter-Kind-Maßnahme, sondern auch im Halbjahr danach ist ein Anstieg gegenüber dem Ende der Maßnahme nachweisbar.
- Arztbesuche und Krankheitstage der Mütter sowie Infektepisoden der Kinder treten in den ersten beiden Halbjahren nach der Maßnahme seltener auf als im Halbjahr davor.
- Bei der Behandlung von Rückenschmerzen in den Mutter-Kind-Maßnahmen wurden kurzfristig sehr große Effekte erzielt. Sechs Monate nach der Maßnahme gaben nur noch 22% der Mütter an, unter Schmerzen ohne weitere Spezifikation zu leiden. Vor der Kur waren über 60% von Rückenschmerzen betroffen.

- Die Behandlung von Übergewicht und Adipositas führte während der Maßnahme für die meisten Mütter zu einer moderaten Gewichtsreduktion. Die Langzeitergebnisse deuten auf eine Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens hin, die wiederum nicht alle Mütter umsetzen konnten.
- Mehr als 80% der Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen sind behandlungsbedürftig.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen Problemen der Mütter und Verhaltensauffälligkeiten sowie der Lebensqualität der Kinder. Die gleichzeitige Behandlung in der Mutter-Kind-Maßnahme zeigt geringe aber signifikante Wechselwirkungen.
- In der Zeit von 2000 bis 2009 hat sich das soziodemografische Profil der Mütter verändert. Das Durchschnittsalter ist von 35 auf 38 Jahre gestiegen, der Anteil der Mütter mit Sek I- und Sek II-Abschluss ist von 65 auf 81% gestiegen. Der Anteil der erwerbstätigen Mütter ist von 49 auf 73% gestiegen.
- Es besteht weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf aktuelle Daten zu Belastungen, Beschwerden und Langzeiteffekten bei Müttern und Kindern, zur gesundheitlichen Situation der Väter in Vater-Kind-Maßnahmen, zur indikationsspezifischen Effektmessung, in Bezug auf die Unterscheidung zwischen Vorsorge und Rehabilitation, zum zielgruppenspezifischen Bedarf (z.B. Mütter mit Migrationshintergrund) und in Bezug auf die Effizienz von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

1. Einleitung

Der **Forschungsverbund Familiengesundheit** ist ein Zusammenschluss von Mutter-/Vater-Kind-Kliniken und einem wissenschaftlichen Team innerhalb der Medizinischen Soziologie (Leitung Prof. Dr. Siegfried Geyer) der Medizinischen Hochschule Hannover. Der Forschungsverbund untersteht der wissenschaftlichen Leitung von Frau Dipl. Päd. Friederike Otto.

Zurzeit gehören dem Forschungsverbund 24 Mutter-Kind- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kliniken an. Träger der Einrichtungen sind die Mitgliedsorganisationen des Müttergenesungswerkes¹ und freie Träger. Etwa die Hälfte der Kliniken bietet Vorsorgemaßnahmen nach §24 SGB V (Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge) an, die andere Hälfte bietet außerdem stationäre Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder. Vier Kliniken führen auch Reha-Maßnahmen nach §40 SGB V durch.

Ziel des Forschungsverbundes ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durch anwendungsbezogene Forschung, Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung. Bisherige Forschungsprojekte bezogen sich auf

- die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen,
- den Nachweis von Behandlungseffekten bei Müttern und Kindern,
- die Untersuchung der Langzeiteffekte der Mutter-Kind-Maßnahmen,
- die Untersuchung der Wechselbeziehung zwischen Mütter- und Kindergesundheit,
- die Bedeutung der Müttergesundheit für die kindliche Lebensqualität,
- die Arbeit der MGW-Beratungs- und Vermittlungsstellen,
- die unterschiedlichen gesundheitlichen Veränderungen bei Müttern mit und ohne Kurteilnahme,
- die Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken,
- die Patientenzufriedenheit im Einrichtungsvergleich.

Nachfolgend werden Forschungsergebnisse aus den Studien des Forschungsverbundes Familiengesundheit² zu verschiedenen Fragestellungen der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen vorgestellt und durch Ergebnisse anderer Forschungseinrichtungen und Hinweise auf die gesetzlichen Grundlagen ergänzt.

¹ Arbeiterwohlfahrt AWO, Ev. Fachverband für Frauengesundheit e.V. EVA, Deutsches Rotes Kreuz DRK, Der Paritätische Wohlfahrtsverband DPWV, Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung KAG

² Bis Anf. 2010: Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder

2. Ergebnisse zur sozialen und gesundheitlichen Lage von vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen Müttern

Ergebnisse der Beratungsstellenstudie des Forschungsverbundes 2005/6 [1, 2]

In den Jahren 2005/2006 hat das Forschungsteam in Zusammenarbeit mit 63 Beratungs- und Vermittlungsstellen von Caritasverbänden und Diakonischen Werken³ in den Bundesländern Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen sowie je einer Beratungsstelle in Thüringen und Rheinland-Pfalz eine Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt, Inhalte und den Umfang der Beratungsarbeit im Kontext der gesundheitlichen und sozialen Lage der Mütter darzustellen und das Antrags- und Bewilligungsverfahren anhand einer definierten Stichprobe zu verfolgen.

Die Untersuchung erfolgte durch schriftliche Befragung der teilnehmenden Mütter zu Beginn des Beratungsprozesses. Sechs Monate danach wurden die Mütter schriftlich nachbefragt, unabhängig davon, ob eine Maßnahme beantragt, bewilligt, bereits durchgeführt oder endgültig abgelehnt wurde.

Die Kriterien zur Erfassung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Mütter wurden der *Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation*⁴ entnommen und knüpften an die Ergebnisse früherer Forschungsprojekte zur Müttergenesung an [3]. Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation wurden entsprechend der neuen *Rehabilitationsrichtlinie* [4] nach ICF⁵ verschlüsselt.

An der Erstbefragung nahmen n=995 Mütter teil. Aus der Nachbefragung der Mütter nach sechs Monaten waren 578 Fragebögen auswertbar, was einer Rücklaufquote von 58,1% entspricht. Nachfolgend werden Ergebnisse der Beratungsstellenstudie vorgestellt.

Ergebnisse zur sozialen Lage der Mütter

Das Durchschnittsalter der Mütter, die eine Beratungsstelle aufsuchten betrug 36,9 Jahre (SD 7,6 Jahre, Range 18-88). Die Mütter lebten mit durchschnittlich 2 Kindern (SD 1, Range 0-7) unter 18 Jahren im Haushalt. Im Vergleich dazu hatten Mütter in der Allgemeinbevölkerung 1,7 Kinder⁶. 67,5% der Frauen waren verheiratet, in der Allgemeinbevölkerung waren es 77,6%. D.h. alleinerziehende Mütter waren überrepräsentiert. Mütter mit geringer Schulbildung aber auch Frauen mit Abitur oder Fachhochschulreife nahmen die Beratungsstellen etwas seltener in Anspruch. Fast 83% der

³ Diakonisches Werk Kurhessen-Waldeck, Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V., Caritasverband Oldenburg e.V., Caritasverband für die Diözese Hildesheim e.V., Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung im Erzbistum Köln, Frauenarbeit der ev.-luth. Landeskirche Sachsens

⁴ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen 2001. Die neue Begutachtungsrichtlinie erschien im Oktober 2005, also nach Fragebogenentwicklung und Beginn der Studie

⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO 2001

⁶ Mikrozensus 2004

Mütter hatten eine Lehre oder Fachschulausbildung abgeschlossen. Mütter ohne Berufsabschluss und Mütter mit abgeschlossenem Studium waren unterrepräsentiert. 53% der Mütter waren erwerbstätig, überwiegend in Teilzeit. Auffällig war, dass 96% der erwerbstätigen Mütter eine abgeschlossene Ausbildung hatten, aber 26% einer un- oder angelernten Beschäftigung nachgingen.

Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage der Mütter

Welches sind die häufigsten Befindlichkeitsstörungen?

Ausgangspunkt für die Beantragung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme sind häufig Befindlichkeitsstörungen, die in der Summe die Leistungsfähigkeit der Mutter erheblich einschränken und unbehandelt in chronische Krankheitsprozesse führen können. Es wurden 10 mögliche Befindlichkeitsstörungen mit den Antwortmöglichkeiten *nein/ seit Wochen/ seit Monaten/ seit Jahren* abgefragt. Tabelle 1 zeigt, wie viele der Mütter überhaupt unter einer Beschwerde litten (z.B. unter Gereiztheit 83,1%) und bei wie vielen Frauen die Beschwerden chronisch waren, also seit mehr als sechs Monaten bestanden (z.B. ständige Müdigkeit 62,1%). Die häufigsten Befindlichkeitsstörungen waren Gereiztheit, ständige Müdigkeit, Stimmungsschwankungen und Niedergeschlagenheit. Im Durchschnitt gaben die Mütter fünf chronische Befindlichkeitsstörungen an.

Tab. 1 Befindlichkeitsstörungen der Mütter

Gesamt-N=995	Alle betroffenen Frauen		Frauen mit Beschwerden seit Monaten oder Jahren	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gereiztheit	827	83,1	625	62,8
Ständige Müdigkeit	792	79,6	618	62,1
Stimmungsschwankungen	770	77,4	608	61,1
Niedergeschlagenheit	768	77,2	576	57,9
Lustlosigkeit	728	73,2	527	53,0
Kopfschmerzen	603	60,6	460	46,2
Unruhe und Angst	588	59,1	460	46,2
Konzentrationsstörungen	556	55,9	421	42,3
Vergesslichkeit	531	53,4	393	39,5
Essprobleme	393	39,5	320	32,2

52% der Mütter gaben mittlere bis sehr starke Beeinträchtigungen durch Schlafstörungen an. 11% gaben an, mindestens einmal pro Woche Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu nehmen.

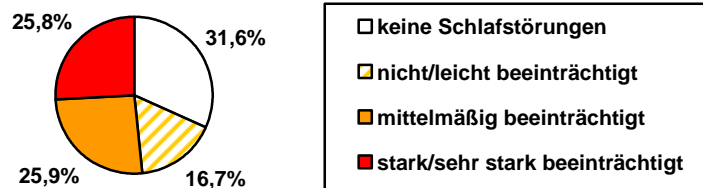


Abb. 1 Beeinträchtigungen durch Schlafstörungen

55% der Mütter waren durch Schmerzen mittel bis sehr stark beeinträchtigt. 29% gaben an, mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel zu nehmen.



Abb. 2 Beeinträchtigungen durch Schmerzen

Wie viele Mütter sind von Risikofaktoren betroffen?

37% der Mütter waren mäßig bis sehr stark von Bewegungsmangel betroffen, 27% bezeichneten ihre Ernährungsweise als ungesund. 26% waren mäßig bis sehr stark von Übergewicht betroffen und 18% waren Raucherinnen.

Welches sind die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

Die Frage nach bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bezog sich auf einzelne Organsysteme sowie auf psychische Störungen, Erschöpfung und Behinderung. Als Antwortkategorien waren angegeben *keine Beschwerden/ leicht/ mittel/ stark/ sehr stark*. In Tabelle 2 sind die Erkrankungsbereiche in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit aufgeführt. In den ersten Spalten ist jeweils angegeben, wie viele der Frauen überhaupt Beschwerden in den einzelnen Bereichen hatten. In den letzten Spalten ist der Anteil der Frauen aufgeführt, die ihre Beschwerden als *mittel, stark* oder *sehr stark* bezeichneten. Die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit mindestens mittlerer Stärke betrafen Burnout/

Erschöpfung und Bewegungsapparat/ Rückenschmerzen mit über 60% sowie Haut, Migräne und psychische Erkrankungen mit über 30%. Im Durchschnitt gaben die Mütter 3,9 gesundheitliche Beeinträchtigungen mit mittleren bis sehr starken Beschwerden an.

Tab. 2 Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erschöpfung, Behinderung der Mütter

	Alle betroffenen Frauen		Frauen mit mittel bis sehr starken Beschwerden	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gesamt-N=995				
Burnout/Erschöpfung	771	77,1	673	67,6
Bewegungsapparat	709	71,3	613	61,6
Haut und Haare	494	49,6	342	34,4
Migräne	444	44,6	326	32,8
Atemwegserkrankung	430	43,2	296	29,7
Herz-Kreislauf	427	42,9	249	25,0
Psychische Erkrankung	407	40,9	308	31,0
Allergie	379	38,1	259	26,0
Verdauungsapparat	336	33,8	207	20,8
Beschwerden ohne erkennbare Ursache	286	28,7	236	23,7
Gyn. Beschwerden	257	25,8	174	17,5
Niere, Blase	185	18,6	115	11,6
Andere Erkrankungen	104	10,5	97	9,7
Körperliche Behinderung	38	3,8	28	2,8

Welches sind relevante psychosoziale Belastungen?

Bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Mütter nach dem ICF-Modell sind psychosoziale Belastungen als Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Sie bilden die gesundheitsrelevanten Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person ab. Die Einschätzung erfolgte durch die Mütter auf einer fünfstufigen Skala von *es belastet mich gar nicht* bis *es belastet mich sehr stark*. Außerdem konnte die Kategorie *es betrifft mich nicht* gewählt werden. In Tabelle 3 ist in den ersten Spalten jeweils angegeben, wie viele der Frauen überhaupt von einem Belastungsfaktor betroffen waren. In den letzten Spalten ist der Anteil der Frauen aufgeführt, die ihre Belastungen als *mittel*, *stark* oder *sehr stark* bezeichneten. Am häufigsten waren die Frauen von Zeitdruck und dem ständigen Dasein für die Familie betroffen (über 70% mittel bis sehr stark belastet), gefolgt von Erziehungsproblemen, finanziellen Sorgen und Partnerschaftskonflikten (jeweils über 40%). Im Durchschnitt gaben die Mütter 5,6 mittlere bis sehr starke belastende Kontextfaktoren an.

Tab. 3 Psychosoziale Belastungen

	Alle betroffenen Frauen		Frauen mit mittlerer bis sehr starker Belastung	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gesamt-N=995				
Zeitdruck	872	87,6	732	73,5
Dasein für die Familie	861	86,5	726	72,9
Erziehungsprobleme	672	67,5	458	46,0
Finanzielle Sorgen	656	65,9	452	45,5
Partnerschaftsprobleme	608	61,1	425	42,8
Mangelnde Anerkennung	585	58,8	376	37,8
Vereinbarkeit Familie und Beruf	469	47,1	336	32,8
Alleinerziehen	399	40,1	328	33,1
Soziale Isolation	340	34,2	251	25,2
Entwicklungsverzögertes Kind	332	33,4	250	25,0
Verlust eines nahe stehenden Menschen	299	30,1	250	25,1
Arbeitslosigkeit	295	29,6	233	23,3
Pflegebedürftigkeit	267	26,8	225	22,5
Problematische Wohnsituation	228	22,9	151	15,1
Behindertes/ chronisch krankes Kind	210	21,1	160	16,0
Probleme am Arbeitsplatz	202	20,3	132	13,2
Gewalterfahrung	108	10,9	80	8,0

Bei wie vielen Müttern liegen Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe vor?

Wenn bei einer Patientin *nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation* vorliegen, besteht Rehabilitationsbedarf [4]. Die Fragen zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, orientiert an der Lebenssituation der Mütter, wurden der ICF entnommen und entsprechend von *0=keine Beeinträchtigung, 1=leichte Beeinträchtigung, 2=mäßige Beeinträchtigung, 3=erhebliche Beeinträchtigung, 4=vollkommene Beeinträchtigung* skaliert.

In Tabelle 4 ist in den ersten Spalten dargestellt, wie viele Frauen insgesamt Beeinträchtigungen erlebten. In den letzten Spalten ist der Anteil der Frauen mit *mäßigen bis vollkommenen* Beeinträchtigungen angegeben.

Mehr als 70% der Frauen erlebten aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme Beeinträchtigungen im *Umgang mit Stress*. 65-66% hatten Probleme, die *täglichen Aufgaben zu bewältigen*, die *Beziehung zum Partner zu pflegen* und auf die *eigene Gesundheit zu achten*. Fast 61% gaben an, im *Umgang mit ihren Kindern* beeinträchtigt zu sein. Der Grad der Beeinträchtigung wird im Bereich *Partnerschaft* am stärksten erlebt, gefolgt von der

Sorge um die *eigene Gesundheit*. Von den *mäßigen* bis *vollkommenen* Beeinträchtigungen sind am häufigsten die *Beziehung zum Partner* (47,6%) und der *Umgang mit Stress* (44,1%) betroffen.

Tab. 4 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation

	Alle betroffenen Frauen		Frauen mit mäßig bis vollkommen beeinträchtigt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gesamt-N=995				
Mit Stress umgehen	730	73,4	439	44,1
Die täglichen Aufgaben erfüllen	659	66,2	376	37,8
Beziehungen zum Partner pflegen	652	65,5	474	47,6
Auf die eigene Gesundheit achten	642	64,5	377	37,9
Auf die Kinder eingehen	605	60,8	334	33,6

Anschließend wurde für jede einzelne Frau errechnet, in wie vielen Lebensbereichen *mäßige* bis *vollkommene* Beeinträchtigungen vorlagen. Daraus ergeben sich Anhaltspunkte für den Rehabilitationsbedarf. 35,2% wiesen Beeinträchtigungen in zwei oder drei Bereichen auf. 25,3% hatten Beeinträchtigungen in vier oder allen fünf Bereichen (Abbildung 3).

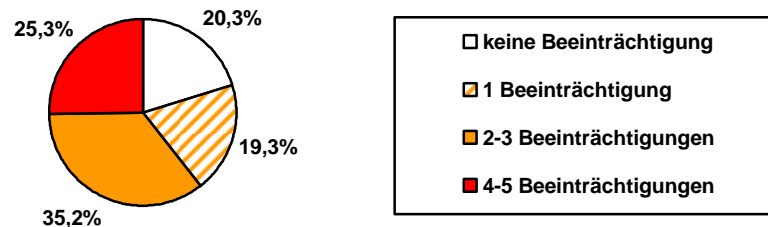


Abb. 3 Anzahl der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation

Insgesamt hat die Studie gezeigt, dass die Mütter, die eine MGW-Beratungsstelle aufsuchten, um sich über eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu informieren, fast ausnahmslos erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufwiesen. Wendet man die Kriterien des IFES-Instituts [5] an, das eine Studie zum Bedarf an Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Auftrag des BM FSFJ durchgeführt hat, dann waren 92% der Mütter, die eine Beratungsstelle aufsuchten, vorsorge- bzw. rehabilitationsbedürftig. D.h. sie wiesen mindestens drei Gesundheitsstörungen *oder* eine Krankheit *und* mindestens zwei belastende Kontextfaktoren auf, wobei *ein* Faktor eltern- bzw. familienspezifisch sein sollte.

Bei weiteren 6,5% der Mütter lagen zwar Gesundheitsstörungen aber keine familiären Probleme vor. Zwischen Vorsorge- und Reha-Bedarf wurde in der IFES-Studie nicht unterschieden. Bei 60% der Mütter in den Beratungsstellen bestanden mindestens zwei Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von mindestens mäßigem Schweregrad.

Methodisch ist anzumerken, dass es sich bei allen Angaben in der Beratungsstellenstudie um Selbstaussagen der Mütter handelt, die anhand von Beschwerdelisten erfasst wurden. Für die Bewilligung einer stationären Maßnahme sind ärztliche Atteste erforderlich, die die medizinische Notwendigkeit belegen. Selbstaussagen der Antragsteller sind allerdings zu berücksichtigen.

3. Wie verändert sich die gesundheitliche Lage von vorsorge- und rehabedürftigen Mütter innerhalb von 6 Monaten mit und ohne Kurteilnahme?

Ergebnisse der Beratungsstellenstudie des Forschungsverbundes 2005/6

Die Effektivität stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter bzw. Mütter und Kinder wurde mehrfach durch Befragung vor und nach einer Kur nachgewiesen. Wie sich die gesundheitliche Lage von Müttern mittelfristig verändert, die bei bestehendem Bedarf keine stationäre Maßnahme in Anspruch nehmen, war jedoch nicht bekannt.

Mit den Daten der Beratungsstellenstudie konnte geprüft werden, wie sich die gesundheitlichen Beschwerden und die psychosozialen Belastungen innerhalb von sechs Monaten bei Frauen verändern, die eine bewilligte Mutter-Kind-Maßnahme noch nicht angetreten haben. Die Vergleichsgruppe bilden Mütter, die im gleichen Zeitraum eine Mutter-Kind-Maßnahme absolviert haben.

Die Mütter wurden bei ihrem ersten Besuch in einer MGW-Beratungsstelle (T1) und sechs Monate danach (T2) mittels Fragebogen befragt. 428 Mütter hatten eine Kurbewilligung erhalten. Davon hatten 353 Mütter (82,5%) eine Mutter-Kind-Maßnahme absolviert (Interventionsgruppe). 75 Mütter (17,5%) hatten die bewilligte Maßnahme noch nicht angetreten (Wartegruppe).

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Antragstellung bestanden keine Unterschiede zwischen den Teilstichproben hinsichtlich soziodemografischer Daten, gesundheitlicher Beschwerden und psychosozialer Belastungen. Nach sechs Monaten hatten die Gesundheitsprobleme (Abbildung 4) in der Wartegruppe in allen Items (bis auf Atemwegsbeschwerden) zugenommen (z.B. Burnout von 69,4 auf 72,6%). Der Anstieg war hinsichtlich Migräne, Beschwerden der Haut und des Bewegungsapparats signifikant ($p < 0,05$). Im Vergleich dazu

ging der Anteil der Mütter mit mittleren bis sehr starken Beschwerden in der Interventionsgruppe in allen Krankheitsbereichen hochsignifikant zurück (z.B. Burnout von 72,6 auf 20,5%). Dargestellt sind die sechs häufigsten Beschwerdebereiche.

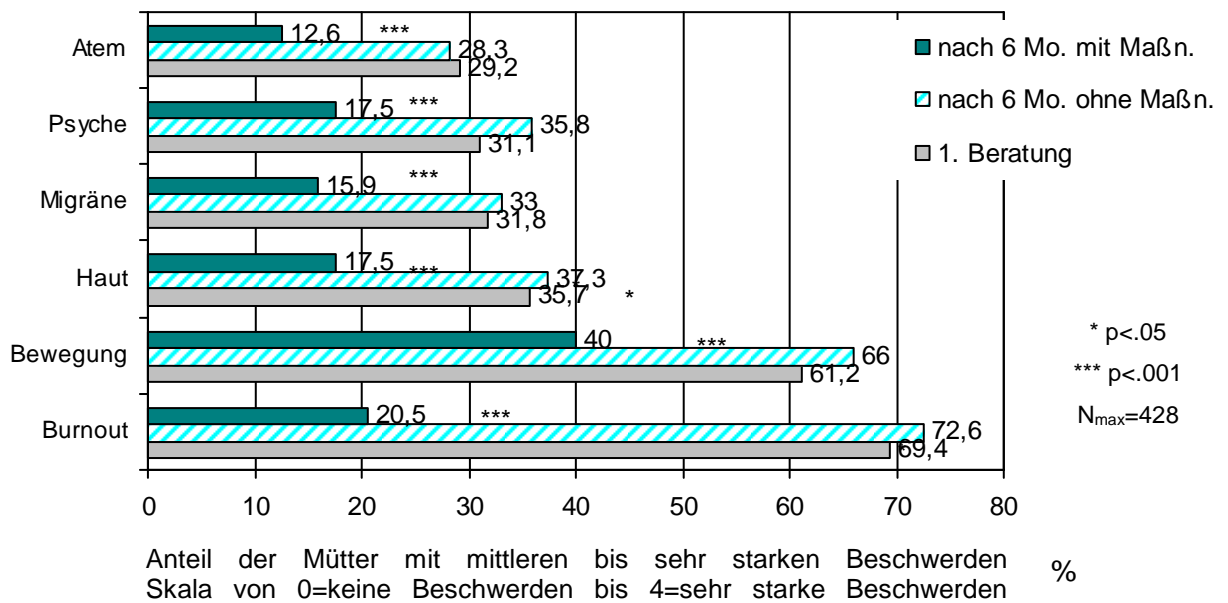


Abb. 4 Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden der Mütter

Die Befindlichkeitsstörungen (Abbildung 5) stiegen in der Wartegruppe in vier Dimensionen an (z.B. Gereiztheit von 83,6 auf 89,6%), während der Anteil der mittel- bis hochbelasteten Frauen in der Kurgruppe jeweils signifikant zurückging (z.B. ständige Müdigkeit von 80,6 auf 45,2%).

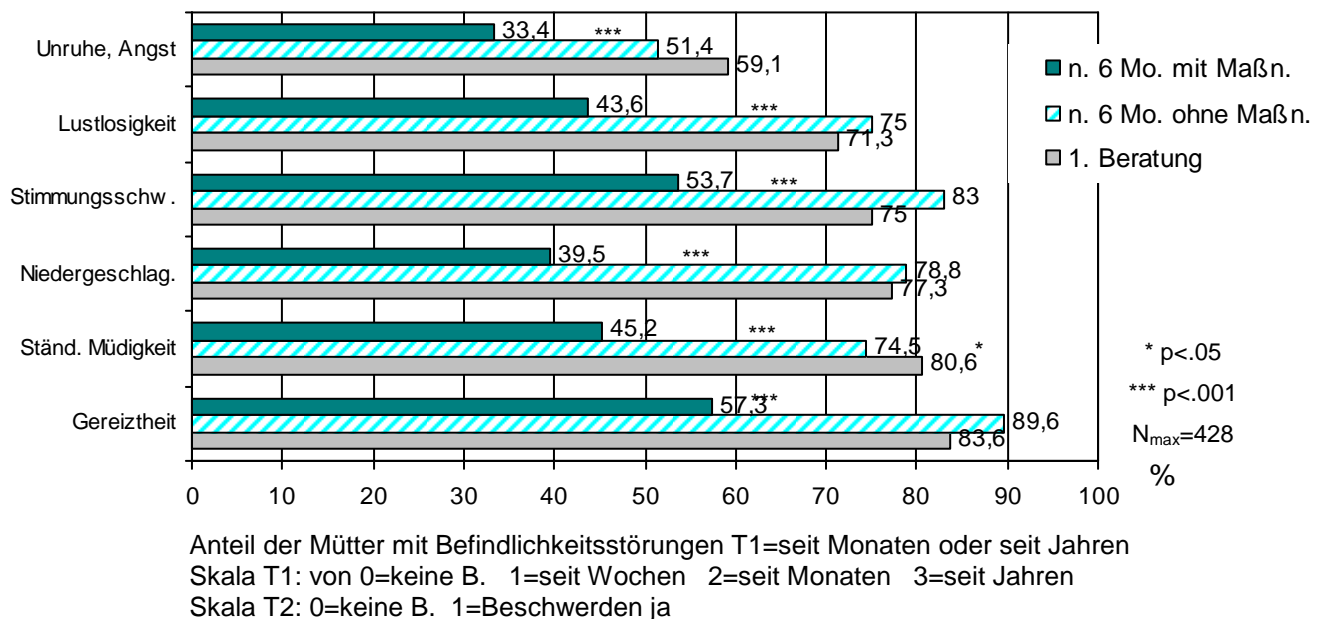


Abb. 5 Die häufigsten Befindlichkeitsstörungen der Mütter

Auch der Anteil der Mütter, die unter psychosozialen Belastungen (Abbildung 6) litten, stieg in der Wartegruppe an (z.B. Erziehungsprobleme von 46,3 auf 50,7%). Im Vergleich dazu ging der Anteil der mittel bis sehr stark belasteten Mütter in der Interventionsgruppe in allen Dimensionen signifikant zurück (z.B. Erziehungsprobleme auf 34,8%).

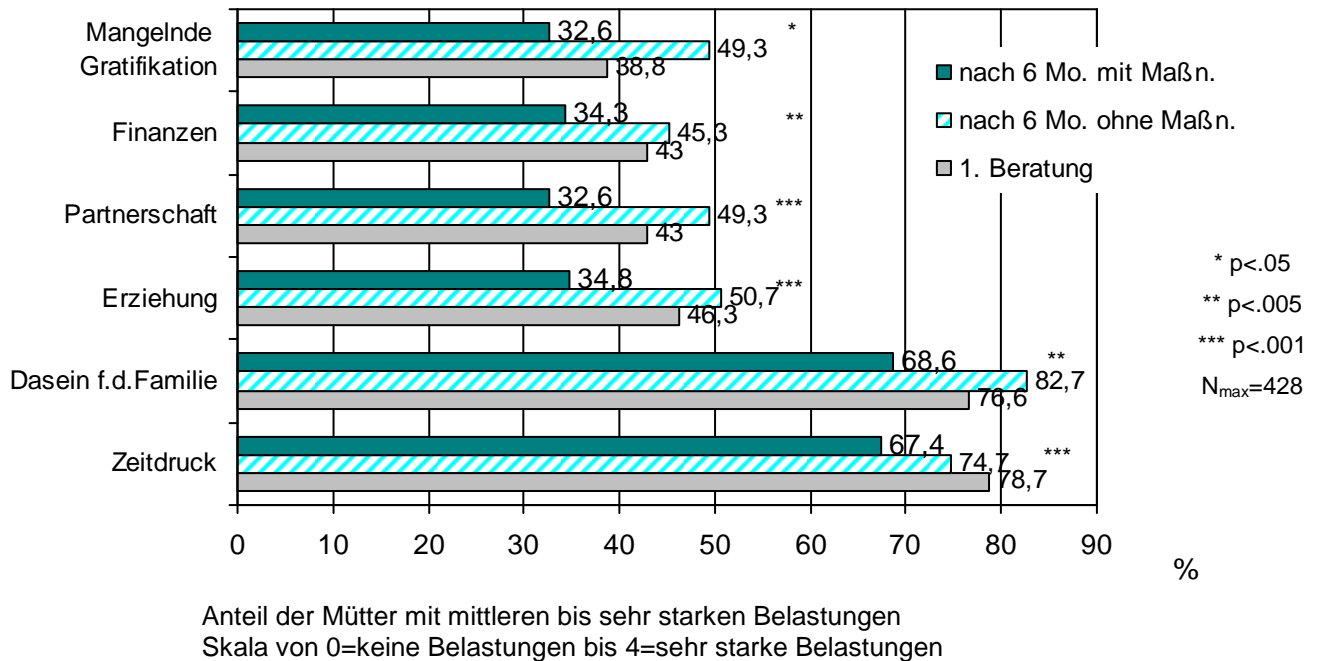


Abb. 6 Die häufigsten psychosozialen Belastungen

Während die Summen der mittleren bis sehr starken gesundheitlichen Beschwerden, Befindlichkeitsstörungen und psychosozialen Belastungen von T1 zu T2 bei den Kurfrauen signifikant zurückgingen, stiegen sie bei den Müttern der Wartegruppe signifikant an (Abbildung 7). Über die Berechnung der Effektstärken ($ES_{prä}$, standardisiert an der Standardabweichung zu T1) wird geprüft, ob die Veränderungen als klinisch bedeutsam anzusehen sind. Die Effektstärken betragen in der Interventionsgruppe 0,96 (gesundheitliche Beschwerden), 0,98 (Befindlichkeitsstörungen) und 0,40 (psychosoziale Belastungen). In der Wartegruppe ergaben sich Effektstärken von -0,14 (gesundheitliche Beschwerden) und -0,17 (Befindlichkeitsstörungen und psychosoziale Belastungen). Werte bis 0,5 gelten als kleine Effekte, bis 0,8 als mittlere Effekte. Werte über 0,8 sind als große Effekte anzusehen [6]. Die Effekte bei den Müttern der Interventionsgruppe sind demnach als klinisch bedeutsam anzusehen. In der Wartegruppe handelt es sich um sehr kleine negative Effekte.

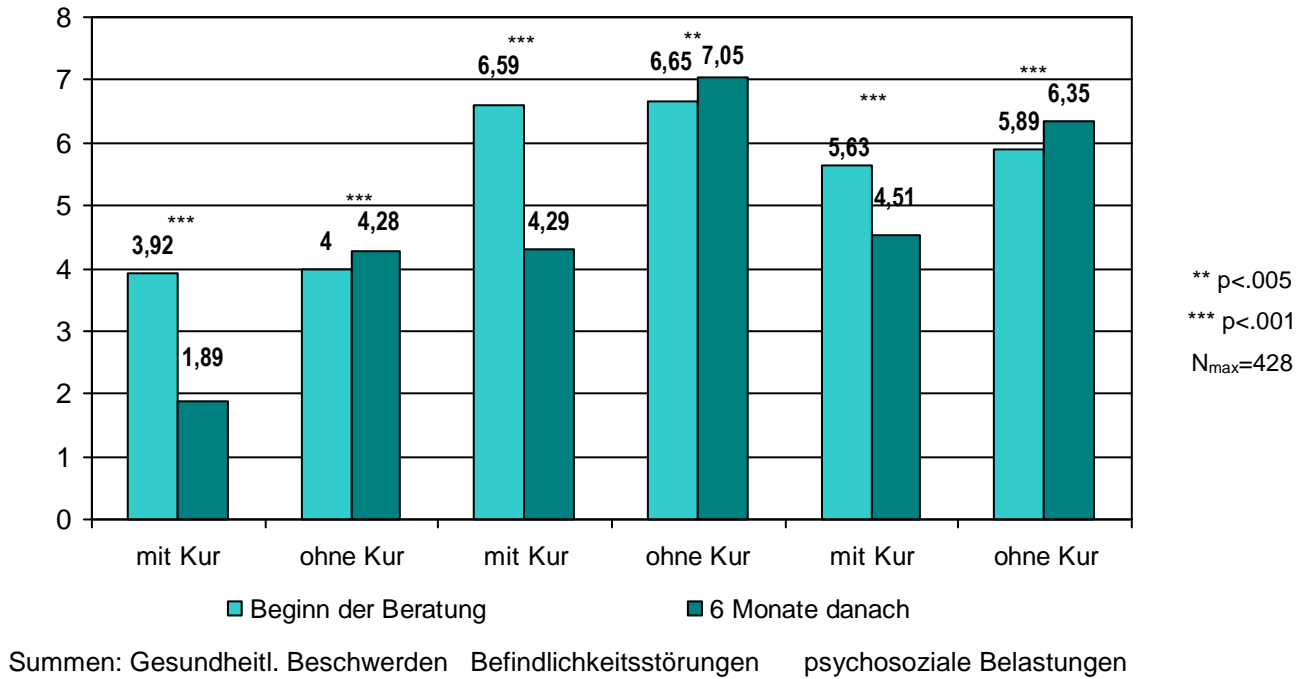


Abb. 7 Summen der Beschwerden, Befindlichkeitsstörungen und Belastungen

Mütter beider Teilstichproben gaben an, in der Zwischenzeit Veränderungen ihrer Lebenssituation angestrebt zu haben (Abbildung 8). Diese betrafen am häufigsten die Beziehung zum Kind (62,5% in der Wartegruppe und 69,3% in der Interventionsgruppe). Signifikant war der Unterschied in Bezug auf die Gestaltung der Freizeit.

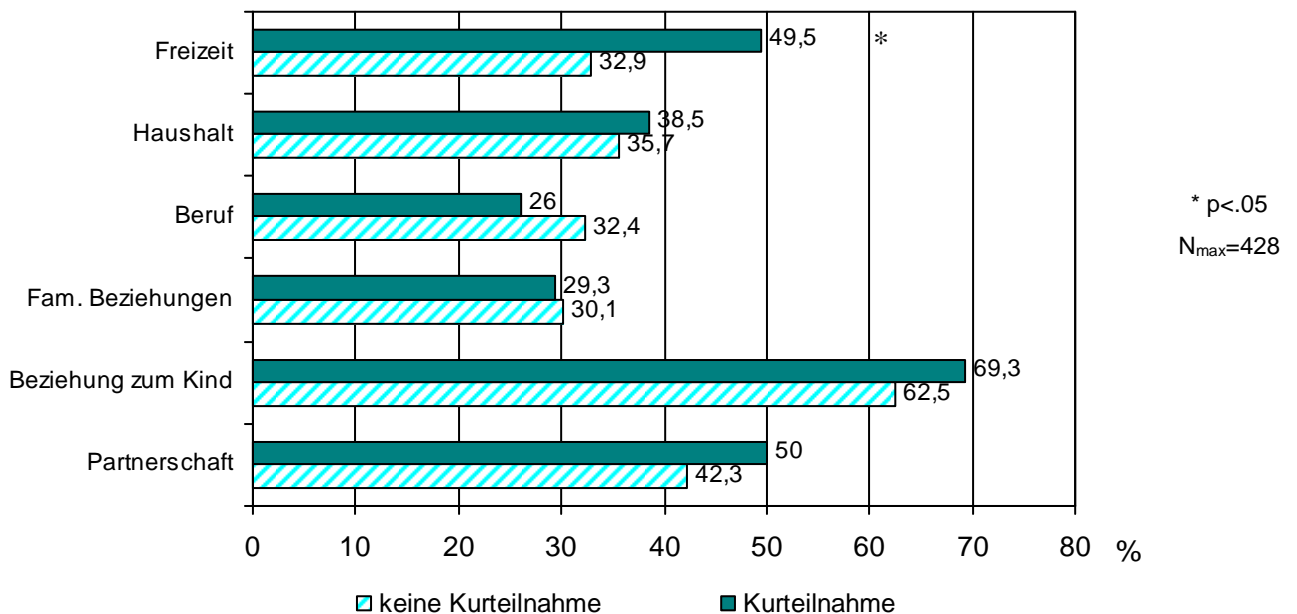


Abb. 8 „Haben Sie Veränderungen vorgenommen?“

Der Erfolg aller Veränderungsbemühungen wird jedoch in den Teilstichproben deutlich unterschiedlich bewertet (Abbildung 9). In allen Bereichen schätzen die Mütter der Interventionsgruppe die Veränderungen signifikant erfolgreicher ein als die Mütter der Wartegruppe.

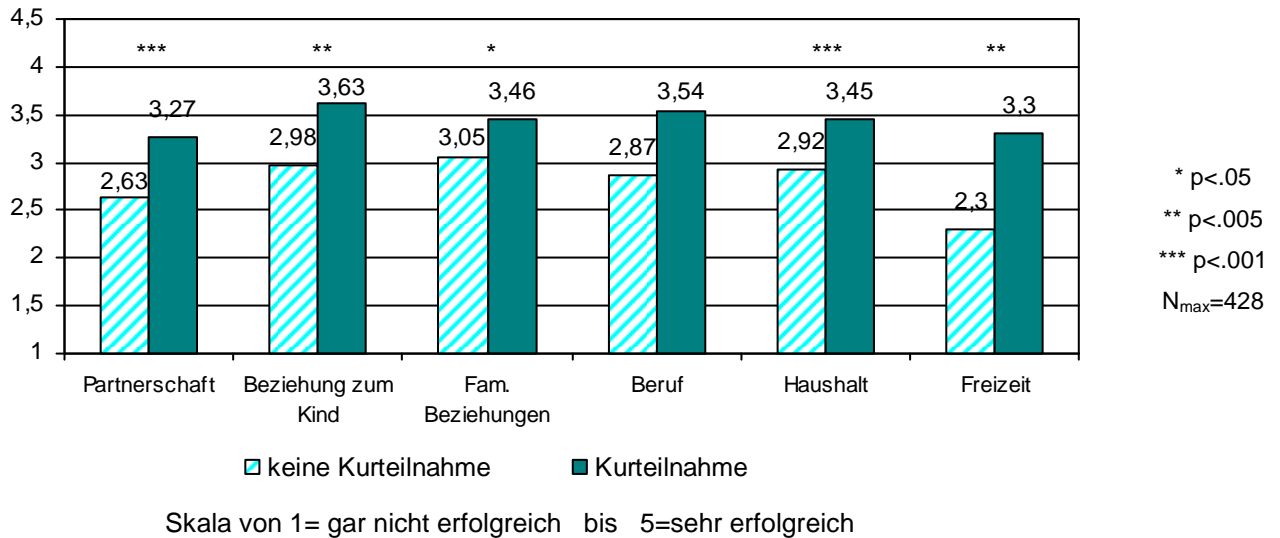


Abb. 9 „Wie erfolgreich waren Sie dabei?“

Mit Empowerment (engl. Ermächtigung) bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie eines Menschen zu erhöhen. Ein Ziel von Mutter-Kind-Maßnahmen ist es, den Müttern Empowermentstrategien zu vermitteln, die ihnen helfen, auf ihre Gesundheit zu achten und ihren Alltag besser zu bewältigen. Mütter, die an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilgenommen hatten, konnten Maßnahmen zur Stressreduktion und Gesundheitsförderung (Empowerment) wesentlich besser umsetzen als Mütter, die noch keine stationäre Maßnahme erhalten hatten (Abbildung 10).

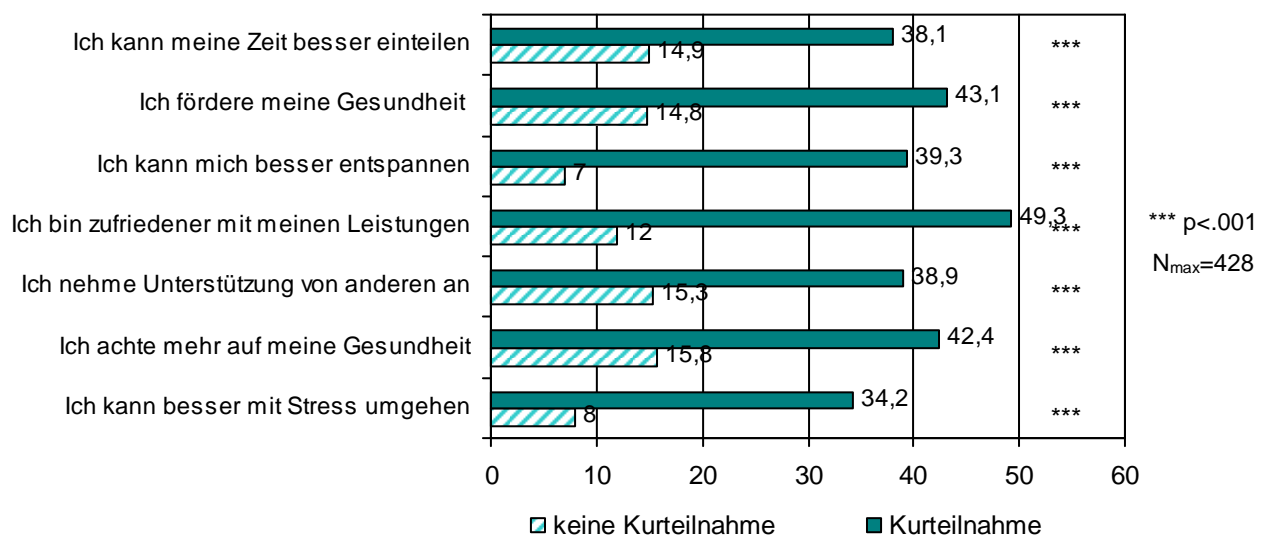


Abb. 10 Empowerment

Die Ergebnisse der Studie legen den Schluss nahe, dass das Ausbleiben einer stationären Intervention bei bestehendem Bedarf bei der Mehrzahl der Frauen zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Beschwerden und der psychosozialen Belastungen führt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Beschwerden nicht nur vorübergehender Natur sind und trotz eigener Bemühungen der Mütter sich in der Mehrzahl der Fälle nicht spontan bessern. Gleichzeitig kann man schließen, dass die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und die Befähigung zur Veränderung der Lebenssituation (Empowerment) der behandelten Mütter auf die stationäre Maßnahme zurück zu führen ist.

Zur Methodik der Studie ist anzumerken, dass die Umstände, die zum (verzögerten) Antritt der Maßnahme geführt haben, im Einzelfall nicht bekannt sind. Befragungen der Beraterinnen ergaben allerdings, dass häufig familiäre oder berufliche Gründe (Vertretung im Haushalt, Kinderbetreuung, Arbeitsplatz) eine Rolle spielten, oder es wurde eine Schwerpunktcur zu einem festgelegten Termin angestrebt. Ein Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen der Mütter (Alter, Familienstand, Bildung, Beruf) bestand nicht.

4. Welche Behandlungserfolge sind nachgewiesen und was lässt sich über die Nachhaltigkeit der Effekte sagen?

Ergebnisse der Monitoringstudie des Forschungsverbundes 2000-2003 [3, 7]

In den Jahren 2000-2003 und 2005 wurden im Forschungsverbund Vollerhebungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung in 39 Mütter- und Mutter-Kind-Kliniken durchgeführt. Insgesamt waren fünf Erhebungszeitpunkte vorgesehen: sechs Wochen vor der Maßnahme, zu Beginn und am Ende der Maßnahme sowie sechs und 12 Monate danach, wobei die Vorabbefragung und die Einjahreskatamnese nicht in allen Kurgängen vorgesehen war.

Die Therapie-leitenden Schwerpunktindikationen wurden vom therapeutischen Team auf Grundlage der Einweisungsdiagnosen und in Absprache mit den Patientinnen (Shared Decision Making) festgelegt. Zu Beginn und am Ende der Maßnahme erfolgten indikationsbezogene Beschwerdeeinschätzungen der Mütter und Erfolgseinschätzungen durch das therapeutische Team.

Zwischen dem Zeitpunkt vor der Maßnahme und dem Maßnahmebeginn zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den somatischen und psychischen Belastungen der Mütter, was darauf schließen lässt, dass die anschließend erzielten Effekte auf die Maßnahme selbst zurückzuführen waren [3]. Nachfolgend werden kurz-, mittel- und langfristige Veränderungen dargestellt.

Behandlung der Schwerpunktindikationen (kurzfristige Effekte)

In Tabelle 5 sind die häufigsten Schwerpunktindikationen von N=5971 Müttern aus den Jahren 2000-2003 nach den Oberkategorien der ICD-10⁷ dargestellt. In der Mehrzahl der Fälle wurden zwei bis drei Schwerpunktindikationen behandelt, was die hohen Behandlungszahlen erklärt. Anzumerken ist, dass Erschöpfung/Burnout in den Kliniken unterschiedlich verschlüsselt wurde (F48, R53, Z73). Insgesamt waren etwa 80% der Mütter von einem Erschöpfungssyndrom betroffen. Die zweithäufigste Indikation waren unspezifische Rückenschmerzen.

In der letzten Spalte der Tabelle 5 ist der durchschnittliche Behandlungserfolg aus Sicht der behandelnden Ärzte und Therapeuten dargestellt. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 1=*kein Erfolg* bis 5=*sehr großer Erfolg*. Durchschnittlich wurde der Erfolg mit 3,7 eingeschätzt, was einem großen Erfolg entspricht.

Tab. 5 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation

Indikationsbereich nach ICD-10		Häufigkeit N _{ges} = 5971	Prozent	Erfolgseinschätzung des Arztes M (SD) (1=kein Erfolg bis 5=sehr großer Erfolg)
F00-F99	v.a. Angst, Depression, und Anpassungsstörung	2229	39,2	3,76 (0,93)
Z65-Z73	v.a. Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	2239	39,8	3,70 (0,90)
R00-R99	v.a. Unwohlsein, Ermüdung, Burnout	1359	24,1	3,69 (0,86)
M00-M99	v.a. Rückenschmerzen	3940	66,0	3,71 (0,93)
J00-J99	v.a. Asthma bronchiale	578	10,3	3,67 (0,84)
E00-E99	v.a. Übergewicht, Adipositas	690	12,1	3,57 (0,89)

M=Mittelwert SD=Standardabweichung

In Abbildung 11 ist dargestellt, wie die Mütter die Belastungen zu Beginn und am Ende der Maßnahme bezüglich der häufigsten Schwerpunktindikationen einschätzten. In allen Indikationsbereichen konnten die Beschwerden hochsignifikant mit großen Effektstärken reduziert werden.

⁷ International Classification of Diseases , WHO

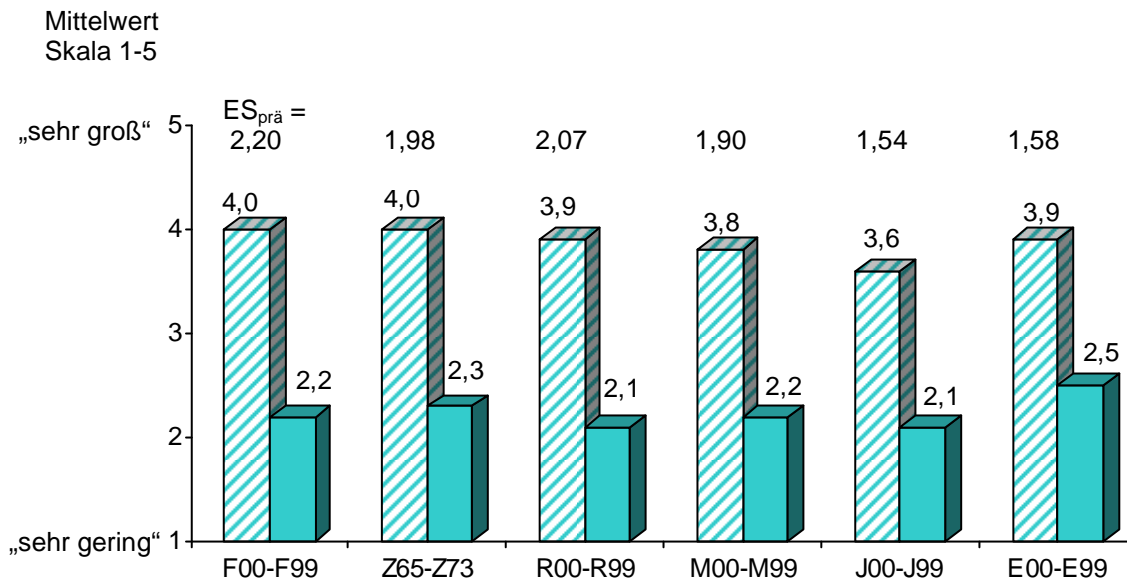


Abb. 11 Beschwerdeeeinschätzung der Mütter bzgl. Schwerpunktindikationen

Erschöpfung, somatische Beschwerden und psychische Gesamtbelastung – Kurz-, mittel- und langfristige Effekte

In den Monitoringstudien des Forschungsverbundes wurden standardisierte Testinstrumente eingesetzt, um die zentralen Belastungsbereiche abzubilden und den Vergleich mit Referenzstichproben der Gesamtbevölkerung zu ermöglichen. Die allgemeine Belastung und die körperlichen Beschwerden wurden mit dem Erholungs-Belastungs-Fragebogen EBF24-A/B7 ermittelt (Kallus, 1995). Die psychische Gesamtbelastung wurde mit der Kurzform der Symptom-Checklist SCL-K-9 (Brähler & Klaghofer, 2001) erfasst, wobei der GSI-Wert (Global Severity Index) die psychische Gesamtbelastung abbildet. Die Erziehungskompetenz wurde mit dem Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern FKE-K (Hahlweg et al., 1999) gemessen. Alle Fragebögen wurden zu Beginn und am Ende der Maßnahme sowie nach sechs und 12 Monaten eingesetzt.

Wie die Abbildungen 12 bis 15 zeigen, lagen die Belastungen der Patientinnen zu Beginn der Mutter-Kind-Maßnahme in allen Skalen deutlich über den Mittelwerten der jeweiligen Referenzstichproben. Zum Ende der Maßnahme zeigten sich hochsignifikante Verbesserungen in der erwarteten Richtung, die überwiegend klinisch bedeutsam waren (Effektstärken >0,8). Nach sechs Monaten nahmen die Belastungen wieder zu, es blieben aber mittlere Effektstärken (>0,5) erhalten.

Während die allgemeine Belastung und die körperlichen Beschwerden nach einem Jahr etwa im Bereich der Referenzgruppen lagen, blieben die Werte der psychischen Symptombelastung deutlich über dem Mittelwert der Referenzstichprobe. In Bezug auf die Erziehungskompetenz stiegen die Effekte nach sechs Monaten noch einmal an.

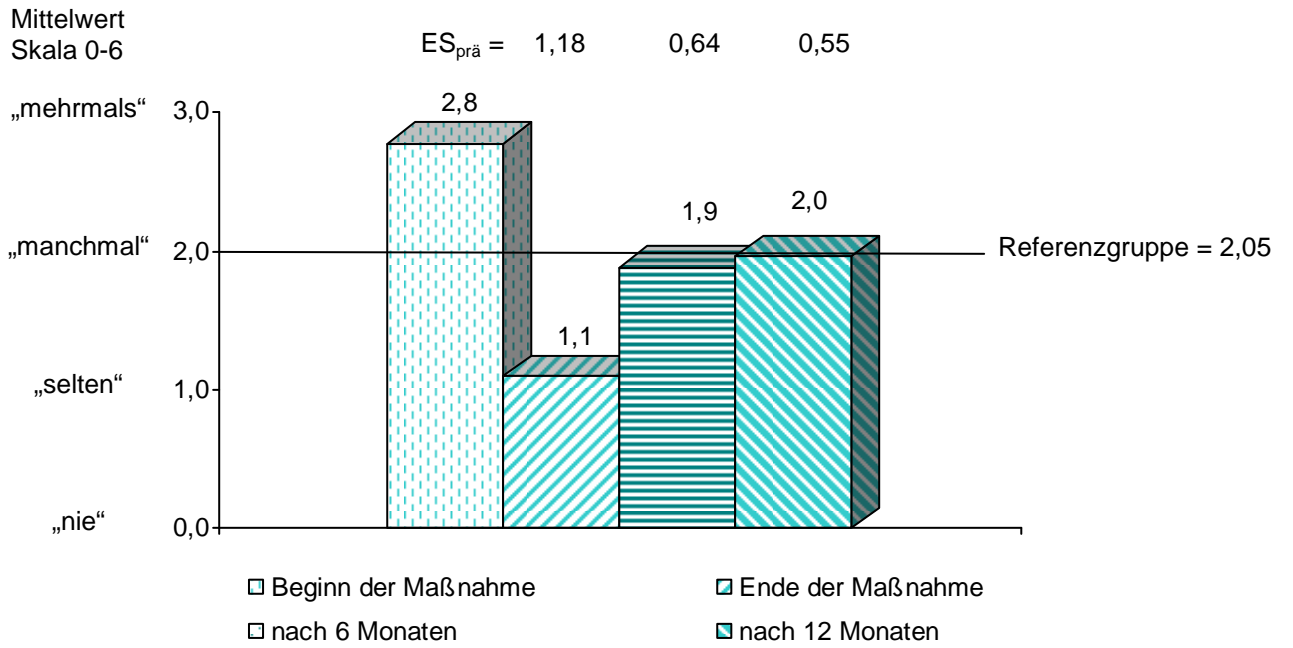


Abb. 12 Allgemeine Belastung (EBF-24 A/B7)

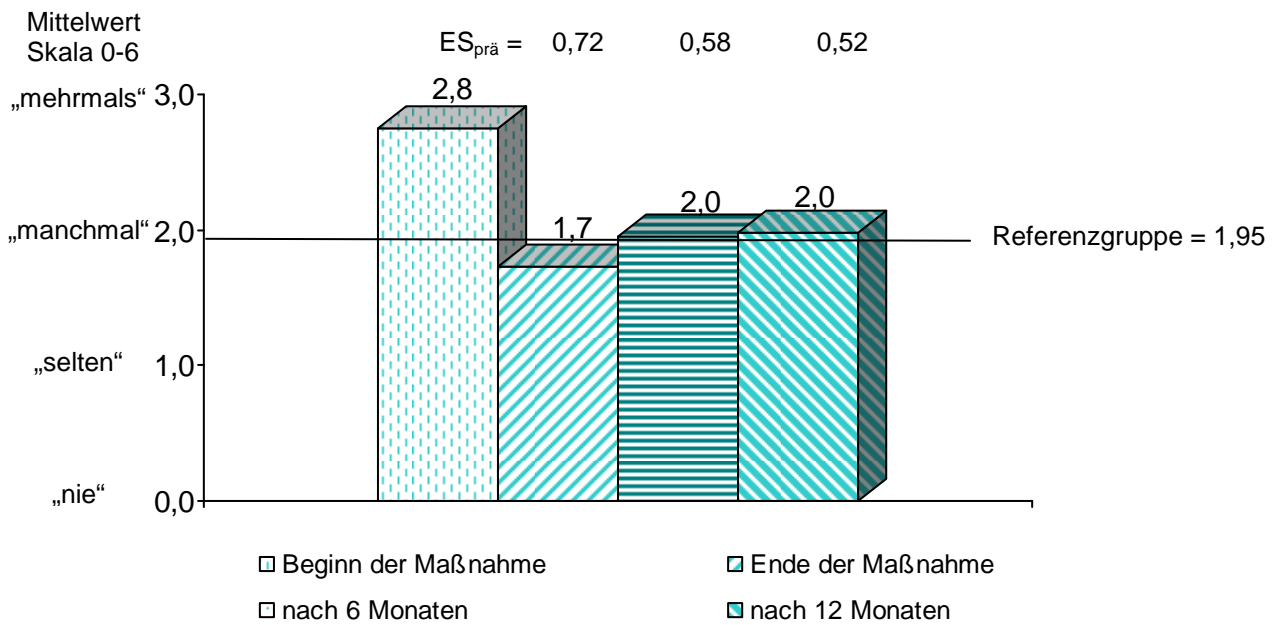


Abb. 13 Körperliche Beschwerden (EBF-24 A/B7)

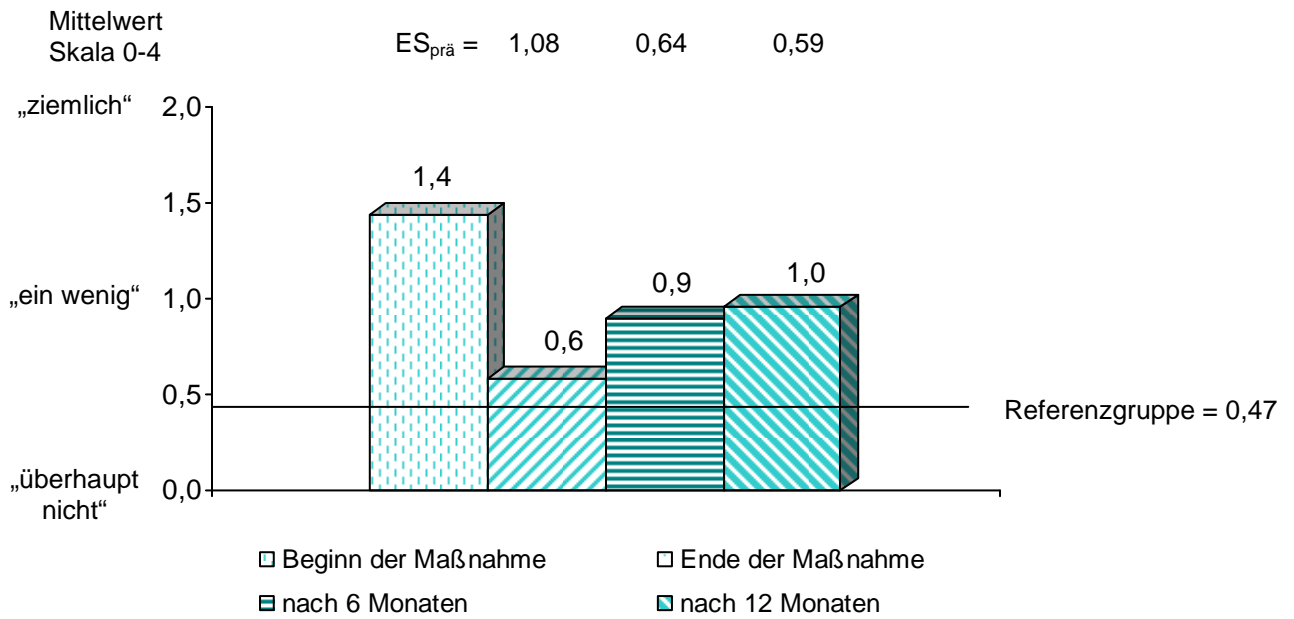


Abb. 14 Psychische Symptombelastung (GSI SCL-k-9)

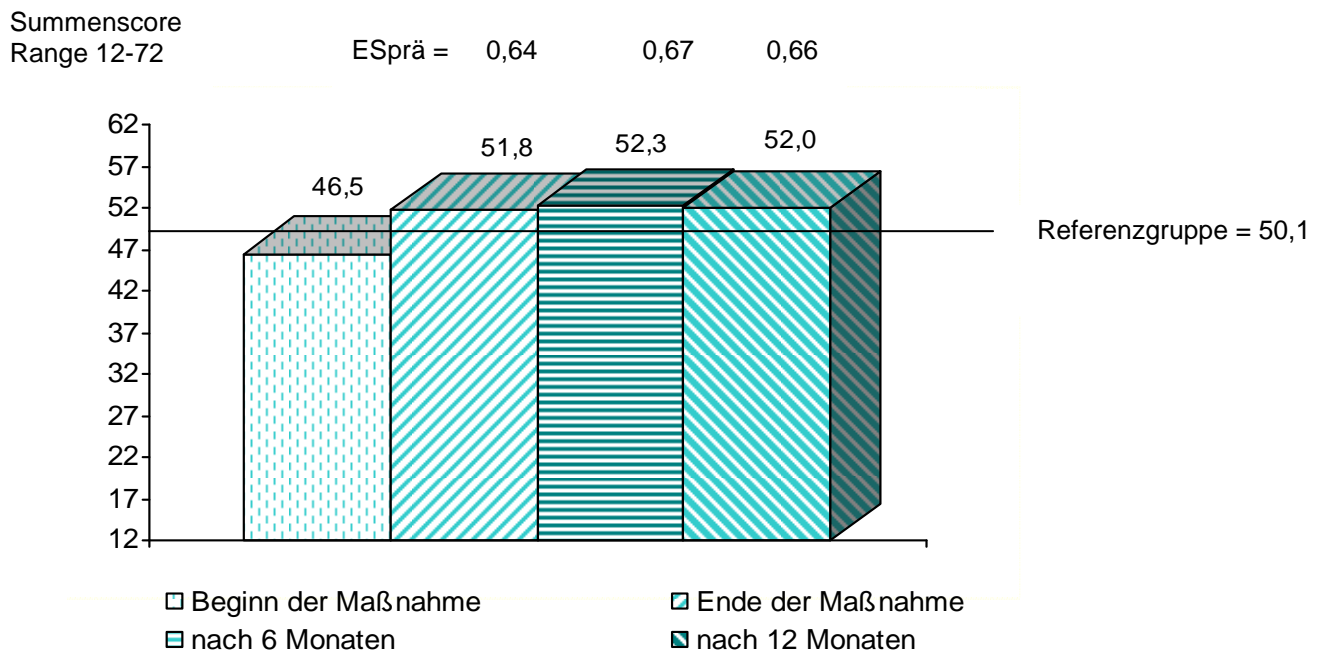


Abb. 15 Erziehungskompetenz (FKE-K)

Ausgewählte Effekte nach einem Jahr

Ergebnisse der Monitoringstudie, eigene Berechnungen

Nachfolgend werden Daten zu Beginn der Maßnahme (T1), nach 6 Monaten (T3) und nach 12 Monaten (T4) aufgeführt, die für die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen relevant sein können. Sie betreffen Arztbesuche und Krankheitstage der Mütter sowie Infektepisoden der Kinder. Die Infektanfälligkeit ist eine der häufigsten Indikationen der behandlungsbedürftigen Kinder in Mutter-Kind-Maßnahmen. Alle Ergebnisse sind hochsignifikant ($p < .000$). Es werden kleine Effektstärken bei den Müttern und mittlere Effektstärken bei den Kindern erzielt (Tabelle 6).

Tab. 6 Arztbesuche und Krankheitstage der Mütter, Infektepisoden der Kinder

	N t1-t3 / t1-t4	Mt1 (S)	Mt3 (S)	Mt4 (S)	ES _{prä} t1-t3	ES _{prä} t1-t4
Arztbesuche Mütter	1721 / 1385	11,1 (10,1)	7,8 (9,1)	8,1 (8,9)	0,32	0,30
Krankheitstage	1988 / 1759	9,0 (15,2)	5,9 (12,9)	6,1 (12,8)	0,20	0,18
Infekte Kinder	1514 / 970	3,44 (2,62)	2,20 (2,17)	1,97 (1,89)	0,47	0,57

Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen

Ergebnisse aus der Monitoringstudie 2000-2003 [7]

Von insgesamt 6109 Müttern der Gesamtstichprobe aus 39 Kliniken gaben 64,5% vor der stationären Maßnahme Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates an. 49,5% bezeichneten die Beschwerden als groß oder sehr groß. 2841 Mütter wurden mit der Schwerpunktindikation *unspezifische Rückenschmerzen* (M53-M54 ICD-10) behandelt. Zu Beginn stuften die Patientinnen die Beschwerden auf einer Skala von 1=*sehr gering* bis 5=*sehr groß* mit durchschnittlich 3,79 (SD 0,84) ein. Am Ende der Kur betrug die Belastung 2,20 (SD 0,91). Die Effektstärke ist mit 1,87 als sehr großer Effekt zu bewerten. In der Nachbefragung gaben nur mehr 22,7% der Mütter an, unter Schmerzen (ohne Spezifikation) zu leiden. Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel benötigten, ging von 28,6 auf 18,4% zurück.

5. Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken

Ergebnisse der Adipositasstudie 2008/9 [8, 9]

Übergewicht und Adipositas stellen in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen einen bedeutenden Behandlungsschwerpunkt dar. Von Mai bis November 2008 wurden Mütter und Kinder mit Übergewicht und Adipositas in 17 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken zu Beginn und am Ende der Maßnahme befragt. Im Jahr 2009 erfolgten die Nachbefragungen nach sechs und 12 Monaten⁸.

Zu Beginn der Maßnahme waren 44% der Mütter präadipös (BMI 25-29,9 kg/m²), 31% hatten moderates Übergewicht (BMI 30-34,9 kg/m²), 19% schweres Übergewicht (BMI 35-39,9 kg/m²) und 6% morbide Adipositas (BMI>40 kg/m²). Während die Gewichtsreduktion in der dreiwöchigen Maßnahme mit durchschnittlich 1,9 kg (Mütter mit Schwerpunktbehandlung Adipositas) bzw. 0,8 kg (Mütter mit Adipositas als Nebenindikation) moderat ausfiel und für 14% der Patientinnen sogar eine Gewichtszunahme zu verzeichnen war, zeigten sich große Therapieeffekte bezüglich somatischer und psychischer Komorbidität (Beschwerdenliste, v. Zerssen, 1976; HADS-D, Herrmann-Lingen et al., 2005).

232 Frauen (42%) beteiligten sich an der Nachbefragung nach einem Jahr (T4). Wie Abbildung 16 zeigt, hat sich insgesamt eine Verschiebung in Richtung Reduktion ergeben. 6,8% der Mütter hatten nach einem Jahr Normalgewicht erreicht. Nur der Anteil der Frauen mit pathologischem Übergewicht (Adipositas III⁹) veränderte sich nicht.

Um zu ermitteln, wie sich das Gesundheitsverhalten der Mütter im Laufe des Jahres nach der Maßnahme verändert, wurde u.a. der Fragebogen zum salutogenen Essverhalten (FEV-Salut) aus dem interdisziplinären Testsystem AD-EVA (Ardelt-Gattinger et al., 2010) eingesetzt. Insgesamt zeigte sich in fast allen Skalen eine signifikante Veränderung in der gewünschten Richtung, d.h. die Motivation für Sport und Bewegung war gestiegen, die mittlere Kontrolle im Sinne eines unverkrampften Umgangs mit Nahrungsmitteln gelang besser und Empfehlungen konnten besser umgesetzt werden. Lediglich die Genussfähigkeit hatte sich nicht nennenswert verändert (Abbildung 17).

Unabhängig vom Gewicht schätzten 56% der Frauen ihre Gesundheit nach einem Jahr besser ein als vor der Maßnahme. 92,3% bewerteten die Kur insgesamt als erfolgreich, 7,7% teils/teils. Keine Mutter bewertete sie als erfolglos.

⁸ Die Adipositasstudie wurde von der Deutschen BKK und der Taunus BKK gefördert.

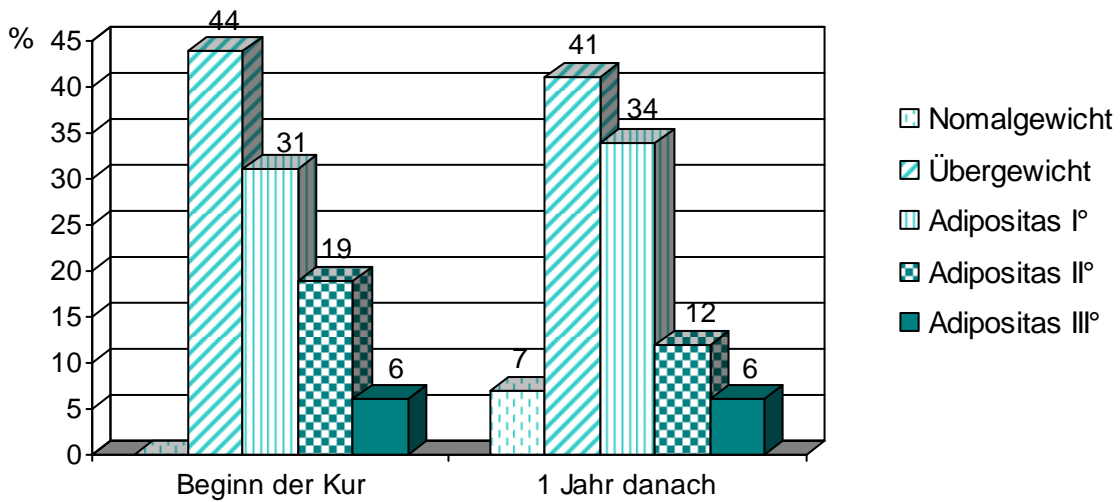


Abb. 16 Gewichtsveränderung nach 1 Jahr

N=232
p<.001

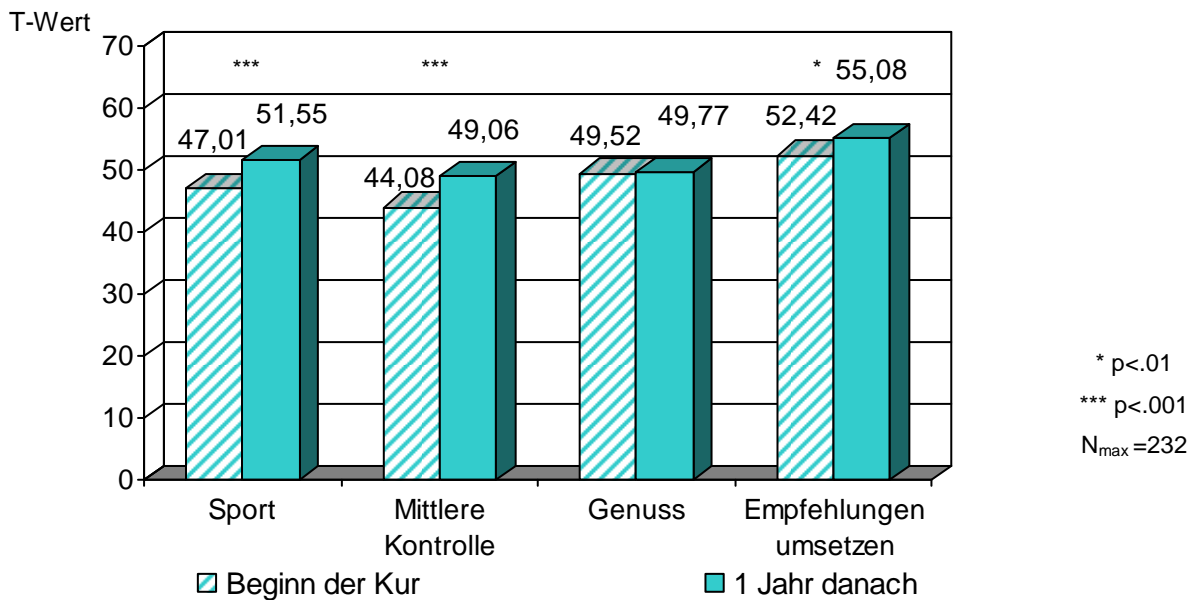


Abb. 17 Veränderung des salutogenen Essverhaltens nach 1 Jahr (FEV-Salut)

Zielgruppe der Behandlung waren Mütter mit Übergewicht und Adipositas I° und II°. Mütter mit Adipositas III° benötigen eine länger dauernde rehabilitative Behandlung, sollten aber von der Studie nicht ausgeschlossen werden. Weitere Analysen sind erforderlich, um zu prüfen, welche Faktoren zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion bzw. Stabilisierung geführt haben (Motivation, Bewegungs- und Ernährungsverhalten).

6. Wie ist die gesundheitliche Situation der Kinder?

Ergebnisse der Monitoringstudie des Forschungsverbundes 2000-2003 [3]

Die einweisenden ÄrztInnen stufen 76,5% der mitreisenden Kinder als behandlungsbedürftig ein. Nach der Aufnahmeuntersuchung in der Klinik wurden 83,4% als behandlungsbedürftig bezeichnet. Davon erhielten 63,4% eine Schwerpunktbehandlung über das therapeutische Standardprogramm hinaus. Die Kinder litten vor allem unter Erkrankungen der Atemwege, der Haut sowie unter psychischen und Verhaltensstörungen. In der Maßnahme wurden kleine bis mittlere Effekte erzielt. In der Nachbefragung zeigte sich, dass die Zahl der Infekte im Halbjahr vor der Maßnahme mit 3,44 (SD 2,62) deutlich höher lag als ein Jahr danach mit 1,97 (SD 1,89). Der Unterschied ist hochsignifikant und klinisch bedeutsam (Tabelle 6).

7. Zusammenhänge zwischen der mütterlichen und kindlichen Gesundheit und der Lebensqualität der Kinder

Ergebnisse der Monitoringstudie des Forschungsverbundes 2000-2005 [10]

Nicht erst die manifeste psychische Erkrankung eines Elternteils stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes dar, sondern auch vorklinische Symptome wie erhöhte Stressbelastungen und mangelndes Kompetenzgefühl von Eltern beeinträchtigen die Gesundheit der Kinder. Es wurde untersucht, inwiefern zum einen die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern durch Überlastungen ihrer Mütter beeinflusst wird und zum anderen Wechselwirkungen zwischen diesbezüglichen Therapieeffekten von Müttern und Kindern bestehen.

Es wurden Daten bei N = 716 Kindern in Mutter-Kind-Einrichtungen im Zeitraum von 2000 bis 2005 erhoben. Neben dem Kid-KINDL (Ravens-Sieberer, 2000), der die Lebensqualität der Kinder als Selbsteinschätzung erfasst, wurden bei den Müttern die psychische Symptombelastung (SCL-k-9; Klaghofer et al., 2001), die Stressverarbeitungsstrategien (SVF; Janke et al., 1997) und das Kompetenzgefühl bezüglich der Erziehungstätigkeit (FKE-K; Hahlweg et al., 1999) erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass über den bekannten Zusammenhang mütterlicher Depression und kindlicher Verhaltensauffälligkeiten auch die kindliche gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Belastungen der Mütter in Zusammenhang steht.

Die Therapieeffekte bei zeitgleicher Behandlung von Müttern und Kindern zeigen geringe aber signifikante Wechselwirkungen. Bei Jungen ist es vor allem eine Verbesserung der psychischen Symptomatik der Mütter, bei Mädchen die negative Stressverarbeitung ihrer Mütter, die mit hohen Veränderungen der Lebensqualität verbunden sind. Die Veränderung der mütterlichen Erziehungskompetenz zeigt hingegen keinen Zusammenhang mit der kurzfristigen Veränderung der Lebensqualität der Kinder.

8. Was hat sich im Laufe der letzten 10 Jahre verändert?

Studien des Forschungsverbundes

Der Vergleich der soziodemografischen Daten aus den Studien des Forschungsverbundes von 2000 bis 2009 zeigt, dass das Durchschnittsalter der Mütter kontinuierlich angestiegen ist (Abbildung 18), was damit zu erklären ist, dass auch das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des 1. Kindes gestiegen ist. Auch das formale Bildungsniveau hat sich verändert (Abbildung 19). Der Anteil der Mütter mit Abitur hat zugenommen, was ebenfalls in der Gesamtbevölkerung zu beobachten ist.

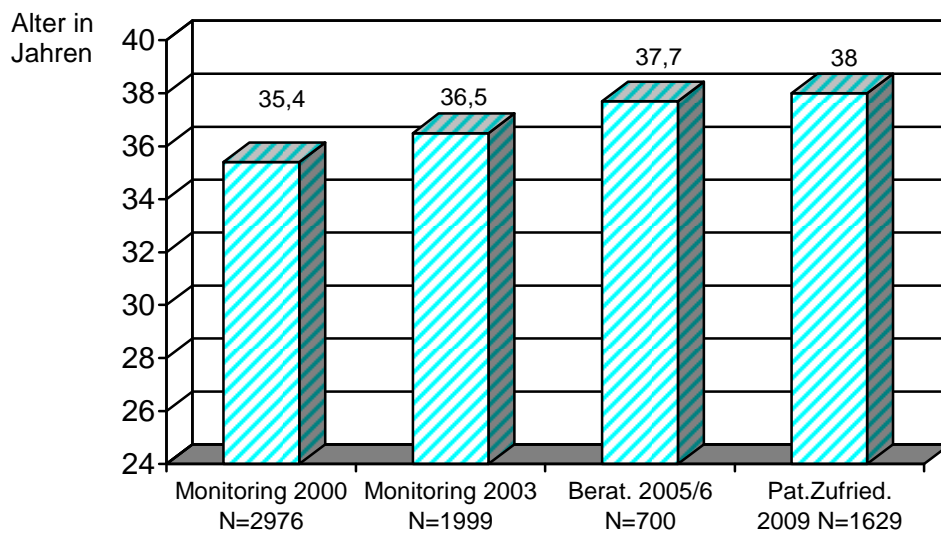


Abb. 18 Alter der Mütter

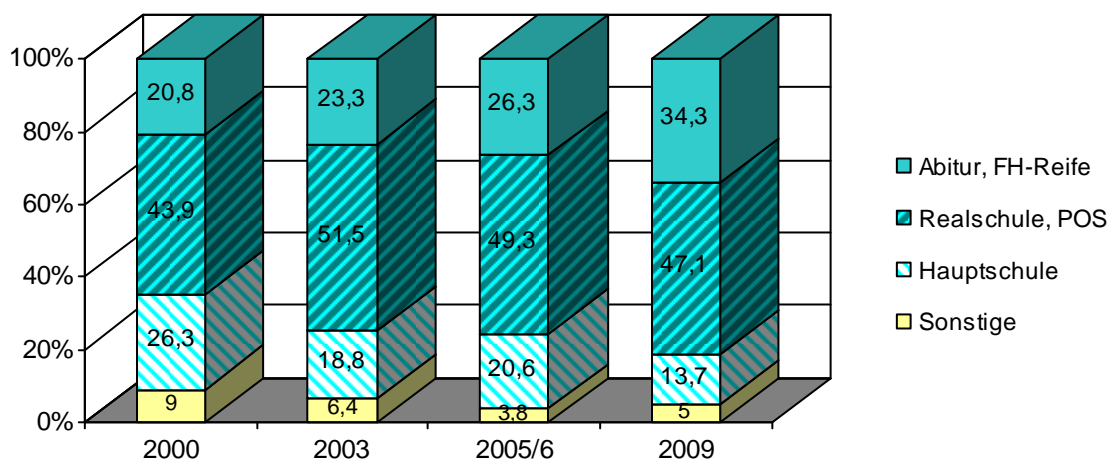


Abb. 19 Schulabschlüsse der Mütter

Am auffälligsten ist der Anstieg des Anteils erwerbstätiger Mütter in Mutter-Kind-Einrichtungen (Abbildung 20). Von 2000 bis 2009 stieg der Anteil von 49 auf 73%. Diese Mütter sind durch Haushalt, Kindererziehung und Beruf mehrfach belastet.

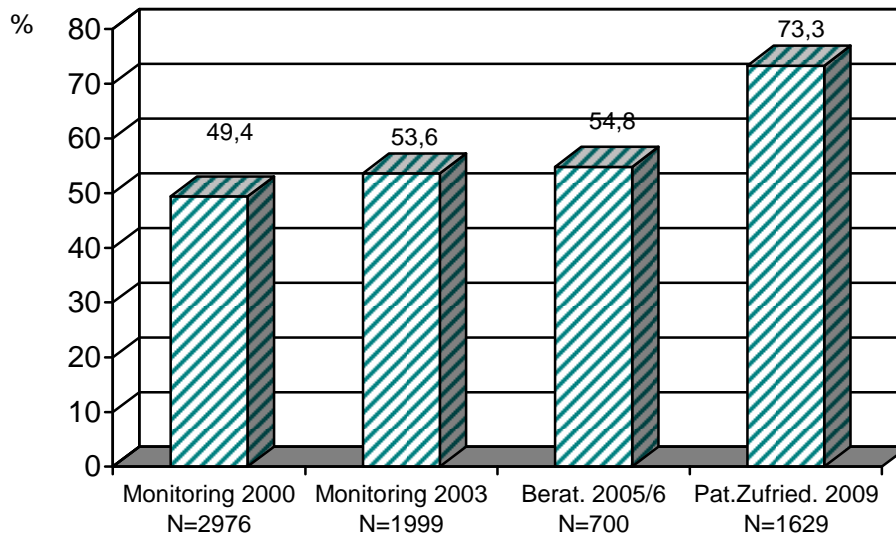


Abb. 20 Erwerbstätigkeit der Mütter

9. Welches sind die gesetzlichen Grundlagen für die Bewilligung einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme?

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter bzw. Mütter, Väter und ihre Kinder nach §24 SGB V und Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter bzw. Mütter, Väter und ihre Kinder nach § 41 SGB V. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der in §40 für die allgemeine Rehabilitation gilt, ist für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen explizit ausgeschlossen (vergl. SGB V, §§ 24, 41 [11]).

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“ vom 26.07.2002 hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen bis auf den gesetzlichen Eigenanteil (zzt. 10 € pro Tag) von den Krankenkassen bezahlt werden [12].

Im „GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz“ vom 01.04.2007 wurde festgelegt, dass Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen Pflichtleistungen der Krankenkassen sind. Die Begutachtung der Anträge durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen soll nicht mehr wie bisher in jedem Fall sondern nur noch in Stichproben erfolgen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Statistiken über die Anträge und ihre Bearbeitung zu führen [13].

Wie wird der Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf von Müttern/Vätern ermittelt?

Der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarf der Mütter und Väter ergibt sich aus der Begutachtungsrichtlinie vom 28.10.2005 [14]. Zu berücksichtigen sind entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell

- Gesundheitsstörungen wie z.B. schwere Erschöpfung, depressive Verstimmung, Unruhe und Angst, unspezifische muskuloskeletale Beschwerden,
- Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, Rauchen,
- Belastende Kontextfaktoren wie z.B. alleinerziehend, kinderreich, mangelnde Anerkennung, Pflege eines Angehörigen, Partnerschaftsprobleme, Zeitdruck,
- Schädigungen z.B. des Antriebs, der Emotion (Reha-Bedarf)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe wie z.B. allgemeine Aufgaben und Anforderungen, interpersonelle Beziehungen (Reha-Bedarf).

10. Wie viele Mütter und Väter sind vorsorge- und reha-bedürftig?

Quelle: Repräsentative Studie des IFES-Instituts 2008 [5]

Nach den Kriterien des IFES-Instituts, das im Auftrag des BM FSFJ eine Studie zum Bedarf an Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durchgeführt hat, waren 20% aller Mütter und 11% aller Väter in Erziehungsverantwortung vorsorge- bzw. reha-bedürftig. D.h. sie hatten mindestens eine Erkrankung oder drei Gesundheitsstörungen (wie z.B. ständige Müdigkeit, Gereiztheit oder Schlafstörungen). Außerdem mussten mindestens zwei belastende Kontextfaktoren (z.B. finanzielle Sorgen oder Arbeitsplatzprobleme) vorliegen, von denen mindestens einer familienspezifisch war (z.B. alleinerziehend oder Vereinbarkeit von Familie und Beruf).

Bei konservativer Schätzung waren 1,1 Mio. Mütter und 128.000 Väter bedürftig, anspruchsberechtigt und motiviert, an einer Maßnahme teilzunehmen.

2009 wurden 132.000 stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durchgeführt.

11. Diskussion der Ergebnisse, weiterer Forschungsbedarf

Die Forschungsergebnisse der vergangenen 10 Jahre haben gezeigt, dass Mütter in Familienverantwortung, die eine Mutter-Kind-Maßnahme beantragen, von zahlreichen Befindlichkeitsstörungen sowie somatischen und psychischen Beschwerden betroffen sind. Belastende Kontextfaktoren aus dem sozialen und beruflichen Umfeld oder aus der familiären Situation tragen zu Erschöpfung und Burnout-Prozessen bei.

Durch die gesundheitlichen Einschränkungen der Mütter können die Gesundheit und Lebensqualität der Kinder beeinträchtigt sein. Andererseits können häufige bzw. chronische Erkrankungen oder die Entwicklungsstörung eines Kindes zur Schädigung der mütterlichen Gesundheit beitragen.

Ein Ausbleiben der stationären Behandlung bei bestehendem Bedarf führt bei der Mehrzahl der Mütter zu einer Verstärkung der Beschwerden und Belastungen.

Stationäre Maßnahmen für Mütter/Väter und ihre Kinder bieten eine zielgruppenspezifische indikationsbezogene Behandlung außerhalb des häuslichen Umfelds. Durch die Entlastung von Haushalts- und Familienpflichten ist eine umfassende ganzheitliche Behandlung möglich. Wie die Ergebnisse zeigen, gelingt es den Müttern in der Folgezeit besser, auf ihre Gesundheit zu achten, Empfehlungen umzusetzen und Veränderungen ihrer Lebenssituation in Angriff zu nehmen. Die Erziehungskompetenz steigt in der Zeit nach der Maßnahme weiter an, was darauf schließen lässt, dass erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten im häuslichen Umfeld umgesetzt werden konnten. Auch die Kinder profitieren von der Behandlung, wie der Rückgang der Infektepisoden und die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion zeigen.

Die vorliegenden Daten unterliegen verschiedenen Limitierungen. Bei den Schweregradeinschätzungen der Befindlichkeitsstörungen, Krankheitssymptome und belastenden Kontextfaktoren handelt es sich um subjektive Aussagen der Mütter. Atteste von niedergelassenen Ärzten vor und nach der stationären Maßnahme konnten nicht in die Studien einbezogen werden. Allerdings wurden Untersuchungsbefunde und Erfolgseinschätzungen der Klinikärzte erfasst.

Die Langzeitergebnisse aus Vollerhebungen (Monitorings) stammen aus den Jahren 2000-2003, die mittelfristigen Monitoring-Ergebnisse (nach 6 Monaten) aus den Jahren 2005/6. Zu dieser Zeit wurde noch keine Unterscheidung zwischen Vorsorge und Rehabilitation vorgenommen. Indikationsspezifische Behandlungskonzepte befanden sich teilweise noch in der Erprobung. Eine indikationsspezifische Diagnostik und Effektmessung setzte sich erst allmählich durch.

Über das soziodemografische Profil, die Beschwerden und den Behandlungsbedarf von Vätern in Vater-Kind-Maßnahmen liegen bisher keine wissenschaftlichen Ergebnisse vor.

Die Effektivität von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen ist mehrfach nachgewiesen worden, über die Effizienz gibt es bisher nur Berechnungen aus dem Bereich Rentenversicherung. Danach hat sich eine stationäre Reha-Maßnahme rentiert, wenn der Rentenbeginn um vier Monate hinausgeschoben werden kann [15]. Da die Erwerbsfähigkeit der Antrag stellenden Mütter/Väter in aller Regel nicht gefährdet ist, können diese Berechnungen nicht auf den Mutter-/Vater-Kind-Bereich übertragen werden.

Der weitere Forschungsbedarf bezieht sich auf

- die Veränderung der soziodemografischen Merkmale in Verbindung mit der Veränderung des Patientenprofils,
- Belastungen und Ressourcen von Vätern in Erziehungsverantwortung,
- die Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die der Gesetzgeber festgelegt hat,
- die indikationsspezifische Effektmessung,
- Untersuchungen zum Bedarf spezieller Zielgruppen (z.B. Mütter mit Migrationshintergrund),
- aktuelle Langzeitergebnisse für die Hauptindikationen der Mütter/Väter,
- die Effizienz der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

Entsprechende Studien sind derzeit im Forschungsverbund Familiengesundheit in Vorbereitung.

12. Quellennachweise

- [1] Otto F (2009). Die Arbeit der MGW-Beratungsstellen – Inhalt und Umfang der Beratungstätigkeit und Bedarfslagen der Mütter. Auswertung im Auftrag der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk e.V.
- [2] Otto F (2010). Wie verändert sich die gesundheitliche Lage von vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen Müttern einer Wartegruppe innerhalb von sechs Monaten? DRV-Schriften Band 88: 566-568
- [3] Arnhold-Kerri S, Sperlich S, Collatz J (2003). Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. Die Rehabilitation 42: 290-299
- [4] http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Begutachtungs-Richtlinie_Vorsorge_Reha_2011-01-31_Endversion_15651.pdf, Zugriff am 28.04.2011
- [5] Faßmann H, Grüninger M, Schneider AH, Steger R (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
- [6] Cohen J (1988). Statistical power analysis for the behaviour sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- [7] Barre F* (2006). Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72: 172-177
- [8] Otto F (2009). Schwerpunktbehandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken – Kurzfristige Therapieeffekte bei Müttern. DRV Schriften Bd. 83: 403-404
- [9] Otto F (2010). Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Jubiläumskongresses Essstörungen, 19. Wissenschaftliche Tagung, Alpbach, Tirol
- [10] Arnhold-Kerri S, Otto F (2009). Integrative Behandlung von Müttern und Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. DRV-Schriften Band 83: 491-492
- [11] http://www.gesetze-im-internet.de/sqb_5/_24.html und http://www.gesetze-im-internet.de/sqb_5/_40.html, Zugriff am 28.04.2011
- [12] <http://www.sidiblume.de/info-rom/bgbl/2002s2874.htm>, Zugriff am 28.04.2011
- [13] http://www.vdek.com/versicherte/Leistungen/gkv-wsg-leistungen/gr_gkv_wsg_leistung.pdf Zugriff am 28.04.2011
- [14] Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation
- [15] Deutsche Rentenversicherung Bund und Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2009). Forschung in der Rehabilitation. Berlin

* Publikationen von F. Otto bis 2006 unter F. Barre