

Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen - Thesen für Politik und Gesundheitsverwaltung

Dr. rer. biol. hum. Jürgen Collatz, Akad. Oberrat, Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren,

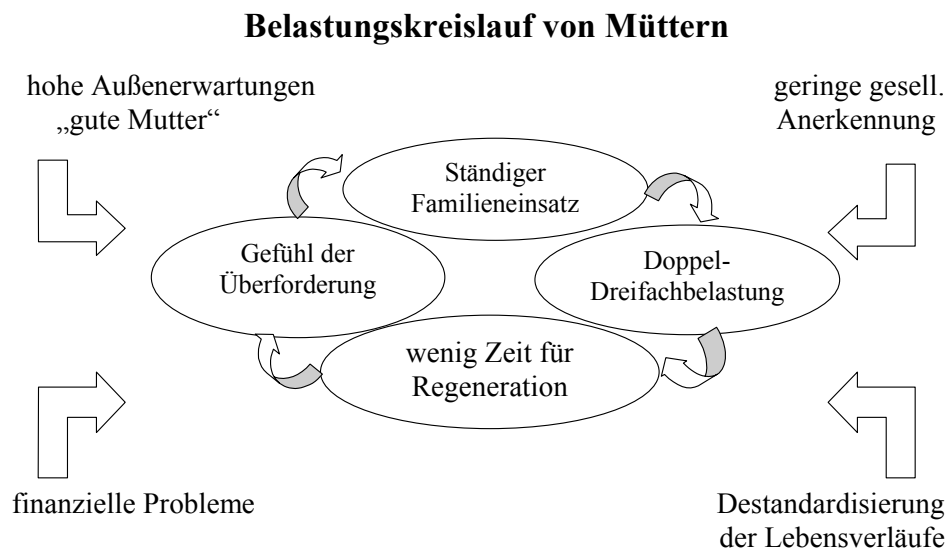
als wissenschaftlicher Leiter des *Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder* der Medizinischen Hochschule Hannover möchte ich Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen präsentieren. In dem Vortrag werde ich auf die folgenden Punkte eingehen:

1. Das Leitsyndrom – Zur Indikationsqualität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen
2. Fünf Jahre Qualitätssicherung: Das Qualitätsmanagement des Forschungsverbundes
3. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit und Effektivität der Mutter-Kind-Maßnahmen
4. Resümee und abzuleitende Forderungen

1: Das Leitsyndrom - zur Indikationsqualität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen

Mütter und ihre Kinder sind in unserer Gesellschaft zahlreichen Belastungen ausgesetzt. Diese führen immer häufiger zu Erkrankungen (Strittmacher, 1997; Sieverding, 1995; Nübling, 1998). Insbesondere sind überproportional häufig Alleinerziehende und Mütter mit drei und mehr Kindern betroffen (Collatz et al. 1993, Franz et al. 2000). Hintergrund und Auslöser von Gesundheitsstörungen sind vielschichtige belastende Lebenssituationen, die häufig in einen Belastungskreislauf münden. In diesem Belastungskreislauf verstärkt sich wechselseitig das subjektive Empfinden ständiger Verausgabung und mangelhafter Regenerationsmöglichkeit. Insbesondere bei längerer Persistenz führt diese Belastungskonstellation zum Gefühl der Überforderung und des ‚Ausgebranntseins‘ (Burisch 1989, Freudenberger, H. & North, G. 1992). Soziale Rahmenbedingungen, wie hohe Erwartungen an Mutterschaft und Erziehung bei gleichzeitiger geringer Anerkennung von Mutterschaft, die Auflösung von Wertorientierungen sowie prekäre soziale Lebenslagen flankieren diesen Prozess des Burn-Outs (Sieverding 1995).

Abb. 1: Belastungskreislauf von Müttern



Mit dem „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ (Collatz et al. 1998) wird die komplexe mütterspezifische Krankheitssituation auf der empirischen Basis von annähernd 30.000 Müttern herausgearbeitet und beschrieben. Das Leitsyndrom stellt den Behandlungsschwerpunkt der Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen dar. Das Leitsyndrom – ein Symptomkomplex - zeichnet sich im Kern durch schwere Erschöpfungszustände aus, die bis zu den höchsten Stufen des Burn-Out reichen. Ständige Überforderungen und Belastungen können zu chronischen Erschöpfungszuständen bei Müttern führen. Die Erschöpfungszustände werden begleitet durch psychosomatische Befindlichkeitsstörungen. Bereits die Befindlichkeitsstörungen können je nach Anzahl und Ausprägungsgrad einen erheblichen Krankheitswert besitzen. Viele Mütter leiden an Multimorbidität, wobei sich die Erkrankungen aufgrund des jungen Alters der Frauen oft noch im frühem Befundstadium befinden. Die Erkrankungen der Mütter müssen multiaxial betrachtet werden. Überlastungs- und Gratifikationskrisen führen zu Überlastungszuständen sowie somatischen und psychischen Erkrankungen. Die Aktivitäten und die Teilnahme der Mütter am gesellschaftlichen Leben werden eingeschränkt (Beispiel: zunehmende Erschöpfung und Versagen bei der Bewältigung häuslicher Aktivitäten und der Kindererziehung, Einschränkung der Teilnahmen an Arbeit und Ausbildung). Diese Einschränkungen betreffen vor allem die Kinder und das familiäre Netzwerk. Störungen der Mutter-Kind-Interaktion wiederum führen zu Belastungen der kindlichen Entwicklung und Gesundheit. In den Publikationen zum „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ (Collatz et al. 1998) wurde darauf hingewiesen, dass die bestehenden Klassifikationssysteme und Versorgungsangebote dieser

familienmedizinischen Aufgabe nicht gerecht werden und Verbesserungen notwendig sind.

Abb. 2: Das Leitsyndrom der Mütter – und Mutter-Kind-Maßnahmen

Das Leitsyndrom der Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen

Kernsyndrom:

- schwere Überlastungszustände
- multiple psychosomatische Befindlichkeitsstörungen
- Burn-Out-Syndrom

Multimorbidität (weitgehend im frühen Befundstadium)

- Schädigungen: somatische u. psychische Erkrankungen und Beschwerden

Multiaxialität

multiple psychische und soziale Belastungen führen zu

- Überlastungen und Gratifikationskrisen
- Einschränkungen der Aktivitäten
- Einschränkungen der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

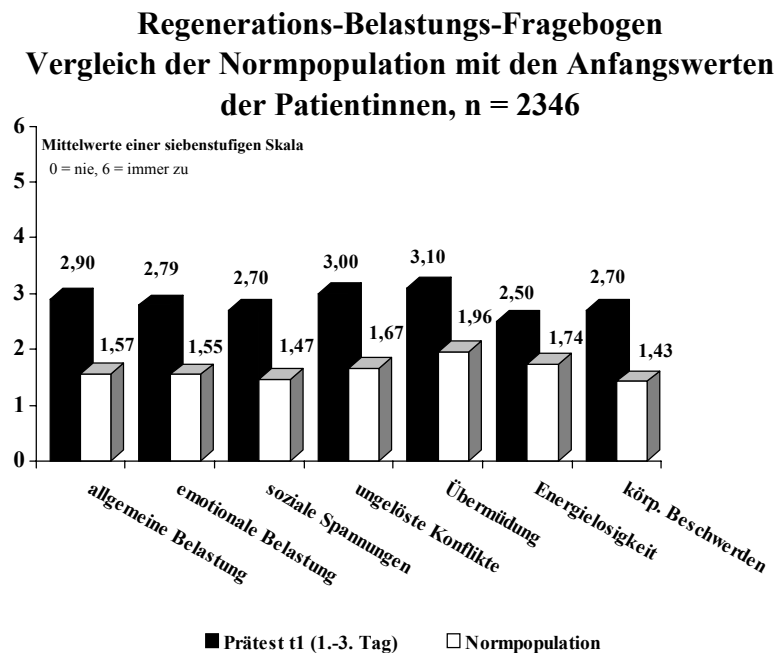
Störungen

- der Mutter-Kind-Interaktion
- des Familiensystems und sozialen Netzwerks
- der kindlichen Entwicklung und Gesundheit

3

Die Bedeutung des Leitsyndroms mütterlicher Erschöpfung wurde durch aktuelle Daten des Forschungsverbundes empirisch bestätigt. Auch die mit anderen Methoden und Instrumenten arbeitenden WissenschaftlerInnen des Hochrhein-Institutes (Meixner et al. 2001) kommen zu gleichlautenden Ergebnissen. Die Analysen belegen, dass Patientinnen in Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen an schweren Überlastungszuständen leiden. Sie zeigen in zahlreichen Belastungsbereichen anhand validierter Tests mit Eichstrichproben vor den Maßnahmen deutlich höhere Werte als die Normpopulation. Die höchsten Belastungen – gemessen am Erholungs-Belastungsfragebogen (EBF24A7, Kallus 1995) zeigen sich hinsichtlich Übermüdung und ungelösten Konflikten. Betrachtet man die Differenz zwischen Patientinnenstichprobe und Normpopulation, zeigt sich insbesondere bezüglich der allgemeinen Belastung eine höhere Einschätzung. Hier wirkt sich die Kumulation zahlreicher Belastungsbereiche aus. Ebenfalls ist die Belastung der Patientinnen durch soziale Spannungen im Vergleich zur Normpopulation stark erhöht, dicht gefolgt durch Belastungen aufgrund körperlicher Beschwerden.

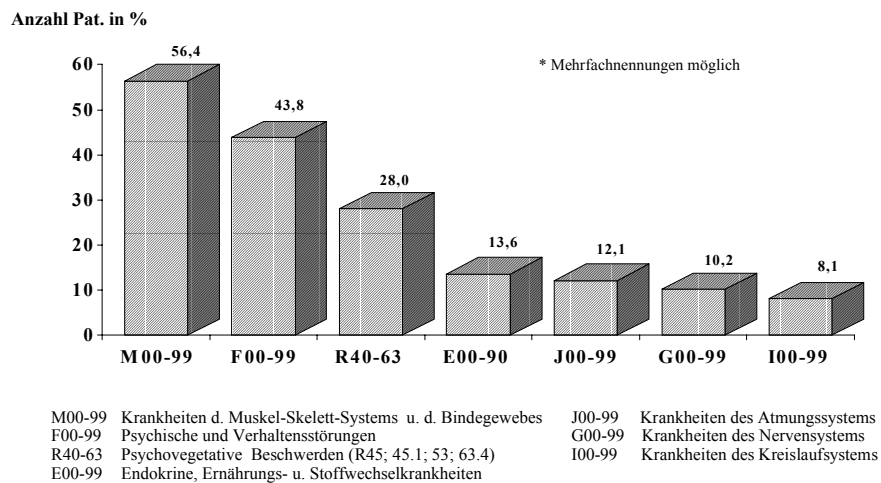
Abb. 3: Ergebnisse des Regenerations-Belastungs-Fragebogens (EBF24A7)



Bei fast allen Patientinnen treten neben Überlastungsstörungen somatische und somatoforme Erkrankungen auf. Über 90% der Patientinnen leiden unter mehreren Erkrankungen (Multimorbidität), im Durchschnitt erhält eine Patientin drei bis vier Diagnosen. Die Patientinnen der Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen leiden vor allem an Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (bei der Hälfte der Patientinnen), psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (bei 43,8%) und psychovegetativen Störungen (bei knapp jeder dritten Patientin). Des weiteren treten Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Nervensystems und Krankheiten des Kreislaufsystems auf. Bei der Verwendung von ICD-10 Klassifikationen muss auf den primärmedizinischen Hintergrund dieser Diagnostik verweisen werden. Das Leitsyndrom mütterspezifischer Erschöpfung bildet den Schwerpunktindikationsrahmen (oder Hauptdiagnoserahmen) dieser Erkrankungen und ihrer therapeutischen Maßnahmen.

Abb. 4: Die häufigsten Diagnosen der Patientinnen-Mütter

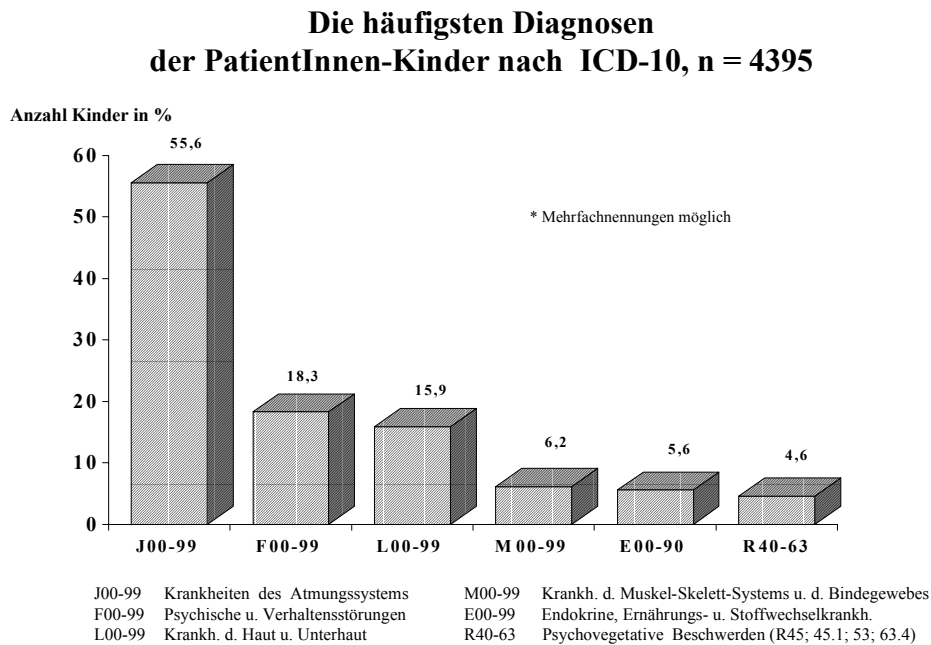
Die häufigsten Diagnosen der Patientinnen-Mütter nach ICD-10



5

Die maßnahmeveranlassenden ÄrztInnen stufen die mitkurenden Kinder zu 78,7% als behandlungsbedürftig ein. Nach Anamnese und Befundung der ÄrztInnen der Einrichtungen sind sogar 84,8% aller Kinder behandlungsbedürftig. Bei den PatientInnen-Kindern werden am häufigsten Atemwegserkrankungen diagnostiziert, gefolgt von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen.

Abb. 5: Die häufigsten Diagnosen der PatientInnen-Kinder



Die Daten verdeutlichen, dass durch die Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder eine sozial vulnerabel und gesundheitsgefährdete Gruppe erreicht wird. Mütter benötigen zur Gesundung eine umfassende stationäre Behandlung (case management für körperliche Entwicklung, medizinische Versorgung, psychische Befindlichkeit und soziotherapeutische Hilfen), da ihr Alltag nicht die strukturellen Notwendigkeiten für eine komplexe ambulante Versorgung aufweist. Am komplexen Arbeitsplatz Familie kann sich zumeist keine erfolgreiche Rehabilitation vollziehen. Soll die Erziehungs- und Reproduktionstätigkeit, die Mütter leisten, in unserer Gesellschaft gesichert werden, müssen Mutter-Kind-Einrichtungen gefördert und besser vernetzt werden. Sie stellen das adäquate familienmedizinische Angebot in unserem Gesundheitswesen dar.

2. Fünf Jahre Qualitätssicherung: Das Qualitätsmanagement des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder

Der Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder betreibt seit 1996 Grundlagenforschung und Qualitätssicherung in Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen. Er ist an der Medizinischen Hochschule Hannover angesiedelt. Zur Zeit besteht der Forschungsverbund aus 4 Mütter- und 33 Mutter-Kind-Einrichtungen aller Wohlfahrtsverbände und freien Trägern. Viele Einrichtungen sind durch Poster vertreten, die im Foyer aushängen. Zielsetzung des Forschungsverbundes ist die Unterstützung des

internen Qualitätsmanagements in den Einrichtungen und die Evaluation der externen Qualitätssicherung. Grundlage bildet eine umfassende Grundlagenforschung zu Erkrankungen von Müttern und ihren Behandlungsmöglichkeiten.

Abb. 6: Das Qualitätssicherungshaus des Forschungsverbundes



8

Das Qualitätssicherungskonzept des Forschungsverbundes zeichnet sich durch seine zweiseitige Orientierung von gleichzeitiger interner und externer Qualitätssicherung aus. Eine tragende Säule der externen Qualitätssicherung ist die Strukturdatenerhebung, die der Evaluation der *Strukturqualität* der Einrichtungen dient. Darüber hinaus erfolgt im Rahmen der externen Qualitätssicherung die Durchführung von regelmäßigen Monitorings, die den gesamten Maßnahmenverlauf umfassen. Diese Datenerhebung erlaubt die Evaluation der Prozessqualität sowie der sich am Ende der Maßnahme abzeichnenden Ergebnisqualität. Schließlich erfolgt im Rahmen der externen Evaluation zudem eine katamnestiche Erhebung, d.h. eine Langzeiterhebung des Maßnahmenerfolgs sechs und zwölf Monate nach der Maßnahme. Die katamnestiche Erhebung erlaubt Aussagen darüber zu treffen, wie nachhaltig die Behandlungserfolge sind (s. Kap.9).

Während die externe Qualitätssicherung mit den Monitoring- und Langzeiteffekterhebungen eine umfassende Evaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität leistet, bezieht sich die interne Qualitätssicherung auf die Qualitätsarbeit und -entwicklung innerhalb der Einrichtung. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung wurden in den Einrichtungen interne Qualitätszirkel etabliert, in denen MitarbeiterInnen aus allen Arbeitsberei-

chen vertreten sind. Unterstützt wird diese Arbeit durch ein Qualitätshandbuch, welches im Forschungsverbund entwickelt wurde und eine systematische und kontinuierliche Qualitätsarbeit ermöglicht.

Zwischen der internen und der externen Qualitätssicherung erfolgt ein intensiver Austausch. Einen ganz entscheidenden Stellenwert haben in diesem Zusammenhang die sogenannten ExpertInnen-sitzungen. Hierbei handelt es sich um externe Qualitätszirkel, zu denen in regelmäßigen Abständen alle Qualitätsbeauftragte einer Forschungswelle zusammenkommen und unter der Leitung des Forschungsteams, gesteuert durch ein offenes Curriculum, qualitätsrelevante Themen erarbeitet und wieder zurück in die internen Qualitätszirkel getragen werden. Unterstützt wird der Austausch von interner und externer Qualitätsarbeit zudem durch die Erstellung von hausspezifischen Ergebnisberichten und durch Hausbesuche in die Einrichtungen (s. Kap.9).

Diese beiden zentralen Fundamente der internen und externen Qualitätssicherung mit den beschriebenen tragenden Säulen ermöglichen unter dem ‚Dach‘ der Kontinuität eine hohe Qualität der Qualitätssicherung, die durch einen Wissenschaftlichen Beirat, dem über 20 Universitätsinstitutionen angehören, gesichert wird (s. Kap.9).

Die im Forschungsverbund arbeitenden Einrichtungen können inzwischen einen hohen Standard in der Qualitätssicherung nachweisen, wenn man die augenblicklichen Anforderungen der Reha-Wissenschaften zum Maßstab nimmt (Dellbrück, Haupt 1998, Gerdes, Weidemann, Jäckel 2000). So ist die Dokumentation der Anamneseerhebungen, Diagnosestellungen und schwerpunktzentrierten indikationsspezifischen Therapieplanung standardisiert worden. Angebote werden nach den differenzierten KTL-Maßstäben dokumentiert (KTL, 2000). Grundsätzlich werden die Mütter und Kinder schwerpunktindikationszentriert betreut. Das heißt, alle Mütter und behandlungsbedürftigen Kinder erhalten mindestens eine Schwerpunktindikation.

Der Steuerung der Reha-Maßnahme erfolgt standardisiert durch anamnestische Vorbefragung, Eingangsuntersuchungen und Gespräche auch im psychosozialen und pädagogischen Bereich, durch Mitbefragungen und Untersuchungen sowie Abschlussuntersuchungen und Beratungen für ggf. erforderliche Weiterbehandlungen.

Die Erfolg des Qualitätsmanagement-Programms des Forschungsverbundes kann als hoch angesehen werden, da es bottom up entwickelt und langfristig implementiert wurde sowie eine Verzahnung von interner und externer Qualitätssicherung nach evidenzmedizinischen Ansätzen beinhaltet.

3. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit und Effektivität der Mutter-Kind-Maßnahmen

Im folgenden werde ich einige Ergebnisse der externen Qualitätssicherung präsentieren. Als Datengrundlage dienen dabei drei Volldokumentationen von Maßnahmen aus ca. 30 Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen. Die Fallzahl beläuft sich zur Zeit auf 3.130 Patientinnen-Mütter und 4.395 PatientInnen-Kinder. Die Daten wurden in drei Maßnahmen des letzten Jahres (2000) erhoben. Um jahreszeitlich bedingte Schwankungen auszuglei-

chen, wurde die Datenerhebung über das ganze Jahr verteilt. Im Anschluss an zwei dokumentierte Maßnahmen werden Langzeitmessungen durchgeführt. Die Patientinnen werden ein halbes Jahr nach der Maßnahme angeschrieben. Die Rücklaufquote beträgt fast 70%. Demnächst werden auch Daten nach einem Jahr nach der Maßnahme vorliegen.

Da aus ethischen Gründen keine Kontrollgruppe gewonnen werden konnte, dient das sogenannte Prä-Prä-Post Design als Quasi Kontrollgruppe. Nähere Informationen hierzu und zu den statistischen Auswertungsverfahren können Sie dem Poster zur methodischen Grundlage entnehmen, dass im Foyer ausgehängt ist (s. Kap. 9).

Die Erhebungsinstrumente erfassen die unterschiedlichen Aspekte mütterlicher Krankheiten und sind modellgeleitet ausgewählt worden. Sie haben sich empirisch bewährt (s. Kap. 9).

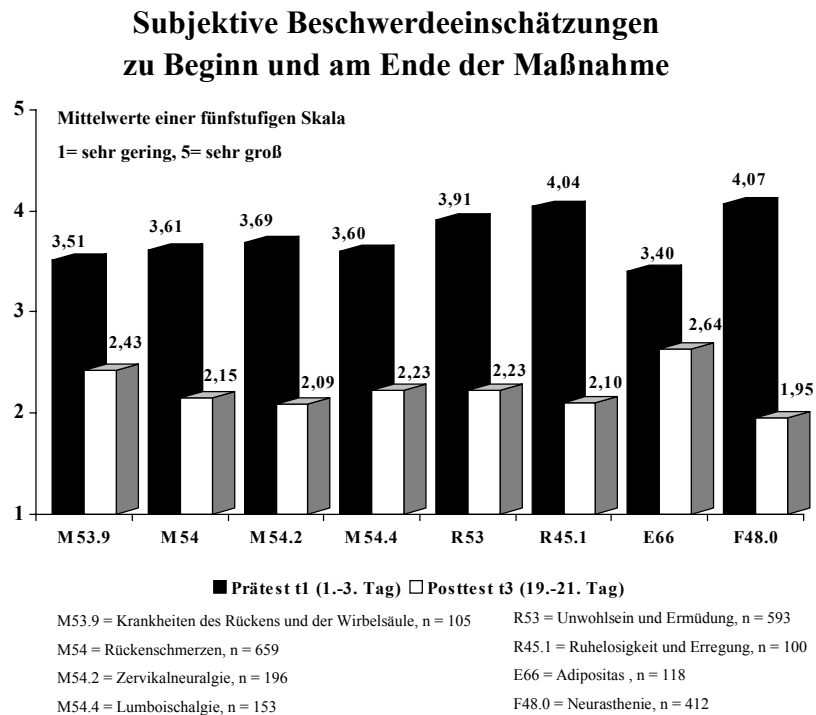
3.1 Somatische und psychische Erkrankungen und Beschwerden

Wie im Rahmen des Leitsyndroms anfangs ausgeführt, führen bei den Patientinnen psychosoziale Belastungen zu somatischen und psychischen Erkrankungen. Die therapeutischen Angebote der Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen sind indikationsspezifisch und umfassen die Behandlung somatischer Symptome sowie die sozialtherapeutische und psychologische Begleitung. Insbesondere die Ganzheitlichkeit der Konzeption und des therapeutischen case managements wirkt effizient.

Zentrale Bedeutung in der Behandlung haben die sogenannten Schwerpunktindikationen. Sie stellen die primär behandelten Indikationen dar. Sie werden mit der Patientinnen gemeinsam als primäres Rehabilitationsziel vereinbart und compliance (im Sinne von Motivation und therapeutischer Sinngebung und Mitarbeit der Patientin realisiert). Im folgenden wird die subjektive Beschwerdeeinschätzung bezüglich dieser Schwerpunktindikationen dargestellt.

Wie aus Abb. 7 ersichtlich, geben die Patientinnen einen großen Rückgang (Signifikanz: $p < .001$) der subjektiven Beschwerden bezüglich der Erkrankungen an. Dabei wird deutlich, dass die anfänglichen Beschwerden durch die Neurasthenie am stärksten sind (Mittelwert von 4,07), eng gefolgt durch die Indikation Ruhelosigkeit und Erregung (4,04), diese trifft allerdings auf nicht so viele Patientinnen zu. Die subjektive Beschwerdereduktion ist auch für die Patientinnen mit der Schwerpunktindikation Neurasthenie am stärksten. Die Effektstärken sind nach Maßstäben der Rehawissenschaften sehr groß. Im Durchschnitt liegt die Effektstärke für alle Schwerpunktindikationen somatischer und psychischer Erkrankungen bei 1,76.

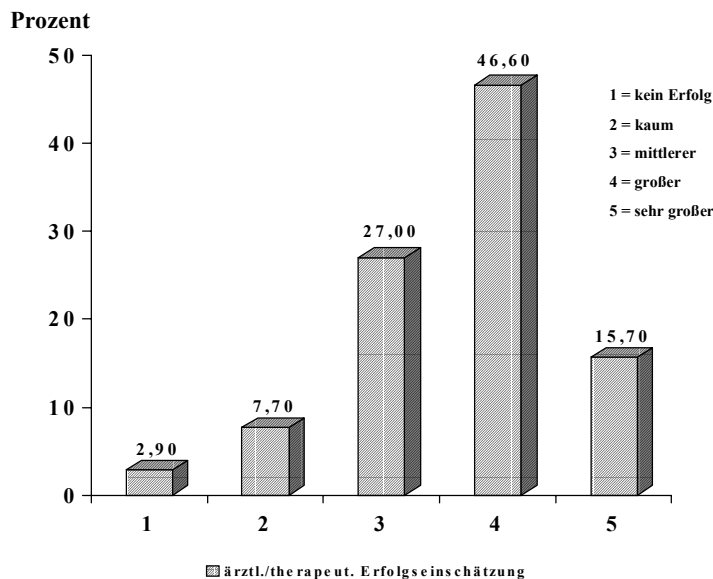
Abb. 7: Subjektive Beschwerdeeinschätzung zu Beginn und am Ende der Maßnahme



Parallel zu den Patientinnen schätzen auch die ÄrztInnen den Erfolg der Behandlung der Primärindikationen ein (Abb.8). Die ÄrztInnen und TherapeutInnen schätzen auf einer fünfstufigen Skala den Behandlungserfolg für die jeweilige Schwerpunktindikation ein. Für alle somatischen und psychischen Erkrankungen geben die ÄrztInnen in 46,6% der Fälle einen großen Erfolg an, in 15,7% sogar einen sehr großen Erfolg. Kein Erfolg wird lediglich in 2,9% der Fälle gesehen und ein mittlerer Erfolg liegt in 27% der Fälle vor. Die Erfolgseinschätzungen liegen im Durchschnitt bei 3,64 (mittlerer bis großer Erfolg). Dabei variieren die einzelnen Schwerpunktbehandlungen gering. Die Spannweite geht von 3,25 (Adipositas) bis 4,00 (Neurasthenie).

Abb. 8: Behandlungserfolg der somatischen und psychischen Erkrankungen laut ÄrztInnen/ TherapeutInnen

Behandlungserfolg der somatischen und psychischen Erkrankungen laut ÄrztInnen / TherapeutInnen, n = 4983



11

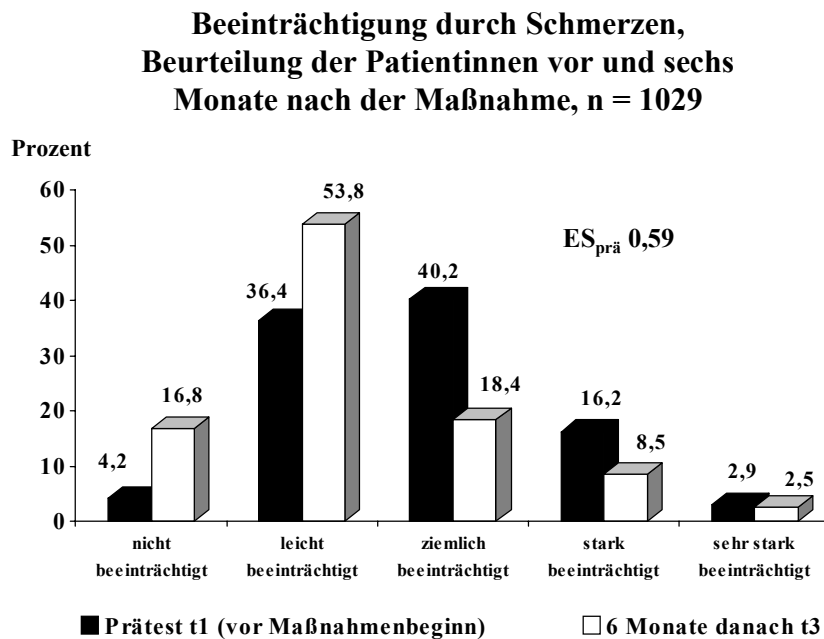
Die Ergebnisse des Forschungsverbundes machen deutlich, dass die Erfolge der Maßnahme nicht nur kurzfristig sind, sondern auch ein halbes Jahr nach der Maßnahme nachzuweisen sind*. So geben über 50% der Patientinnen eine deutliche Verbesserung bezüglich der behandelten psychischen sowie somatischen Schwerpunktindikationen auch noch ein halbes Jahr nach der Maßnahme an.

Am Beispiel der Schmerzbeeinträchtigung und anhand von gesundheitsökonomischen Parametern sollen diese mittelfristigen Effekte ausführlich dargestellt werden.

In der Abb. 9 dargestellt sind die Patientinnen, die zu Beginn der Maßnahme Schmerzen bestätigt haben. Die Schmerzbeeinträchtigung bei diesen Patientinnen ist sechs Monate nach der Maßnahme deutlich geringer als vor der Maßnahme. Mit einer Effektstärke von 0,59 kann ein mittlerer Effekt noch ein halbes Jahr nach der Maßnahme nachgewiesen werden. Im Vergleich zu anderen Effektivitätsstudien aus dem rehabilitationswissenschaftlichen Bereich ist dies ein guter Effekt. So halbiert sich die Anzahl der Patientinnen, die starke Beeinträchtigungen durch Schmerzen von 16,2% auf 8,5% angeben und die Anzahl der Patientinnen, die keine Schmerzen mehr verspüren steigt 4,2% auf 16,8%.

*Inzwischen liegen Langzeiteffektergebnisse bis zu 12 Monaten vor, die die hohe Effektivität der Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen unterstreichen.

Abb. 9: Schmerzbeeinträchtigung vor und sechs Monate nach der Maßnahme



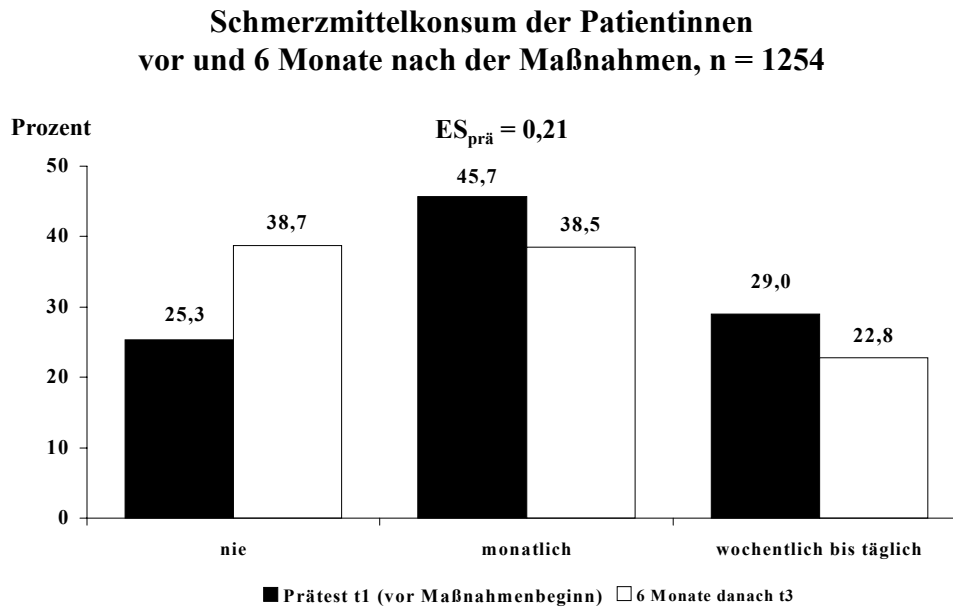
12

Die Ergebnisse des Forschungsverbundes belegen ebenfalls in eindrucksvoller Weise, in wie weit die Belastungszustände der Patientinnen reduziert werden können und Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Interaktion verbessert werden. Hierzu sind Poster im Foyer ausgestellt, die die einzelnen Forschungsergebnisse darstellen (s. Kap.9)

3.2 Ergebnisqualität: gesundheitsökonomische Parameter

Unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten ist die Reduktion des Medikamentenkonsums für Schmerz- Schlaf- und Beruhigungsmittel eine wichtige Erfolgsgröße. Die Abb. 10 stellt den Medikamentenkonsum für die Zeitpunkte sechs Monate vor und sechs Monate nach der Maßnahme gegenüber. Ersichtlich wird, dass nach der Maßnahme deutlich mehr Patientinnen überhaupt keine Schmerzmittel mehr einnehmen. Entsprechend reduziert sich der Anteil des monatlichen bis täglichen Konsums. Ähnliche Effekte zeigen sich auch bezüglich der Einnahme von Schlafmitteln.

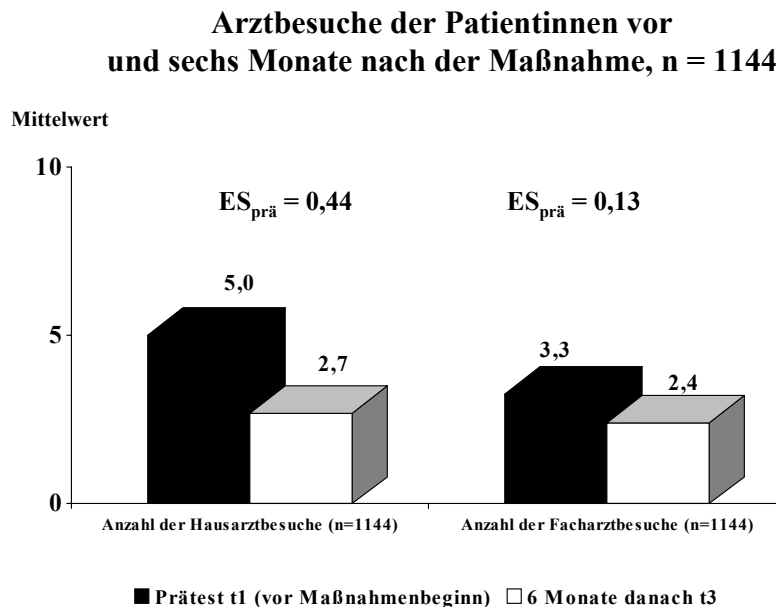
Abb. 10: Schlafmittelkonsum vor und sechs Monate nach der Maßnahme



13

Wie aus der Abb. 11 hervorgeht, reduziert sich auch die Anzahl der Hausarztbesuche nach der Mutter-Kind-Maßnahme. Wurde vor der Maßnahme im Durchschnitt 5 mal der Hausarzt in sechs Monaten konsultiert, so wird er nach der Maßnahme nur noch 2 – 3 mal aufgesucht. Die Facharztbesuche reduzieren sich ebenfalls, wenn auch moderater. Zu beachten ist weiterhin, dass die Mütter nach der Maßnahme die Arztbesuche indikationszentrierter und präventionsbewusster ansetzen.

Abb. 11: Arztbesuche vor und sechs Monate nach der Maßnahme

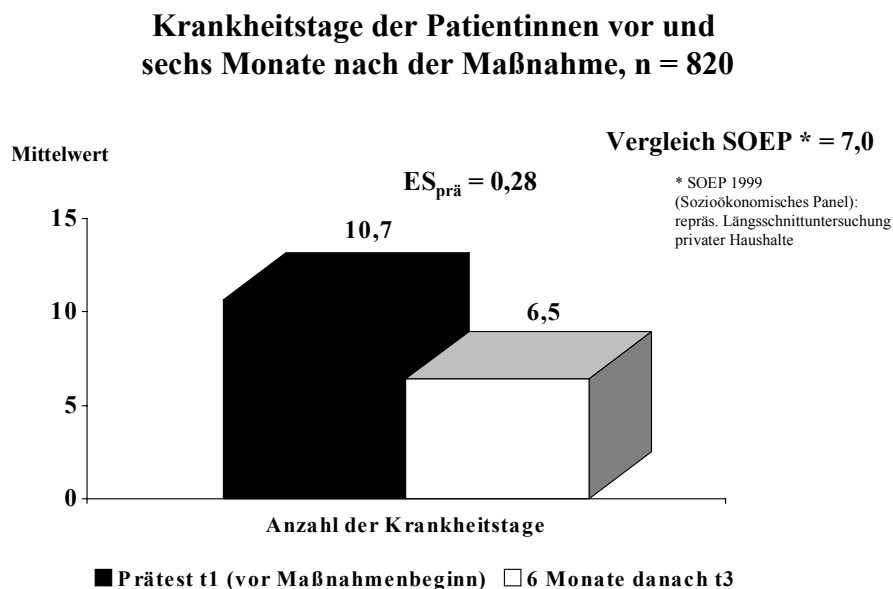


14

Ein zentraler volkswirtschaftlicher Gesundheitsindikator ist die Anzahl an Krankheitstagen. Da nicht berufstätige Mütter keine Krankschreibung erhalten, wurde auf die direkte Befragung der Patientinnen zurückgegriffen und dabei auch Ausfalltage der Familienarbeit berücksichtigt. Vor der Maßnahme gaben die Patientinnen an, im Durchschnitt 10 bis 11 Tage im letzten halben Jahr krank gewesen zu sein. Dies ist deutlich mehr als bei einer Vergleichsgruppe von Frauen der selben Altersstruktur (Daten des SOEPs, bezogen auf Berufsausfälle). Die Krankheitstage reduzieren sich in den sechs Monaten nach der Maßnahme auf durchschnittlich 6 bis 7 Tage.

Der volkswirtschaftliche und volksgesundheitliche Nutzen liegt insgesamt in der Eindämmung und frühen Rehabilitation von vielschichtigen Chronifizierungsprozessen psychosomatischer Erkrankungen (Potreck-Rose, Koch 1994). Abschließend möchte ich noch kurz auf die Behandlungseffekte bei den PatientInnen-Kindern eingehen.

Abb. 12: Anzahl der Krankheitstage (Ausfalltage in Beruf und Familie) vor und sechs Monate nach der Maßnahme



15

3.3 Ergebnisqualität PatientInnen-Kinder: Behandlung somatischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten

Bei den PatientInnen-Kindern werden die Effekte differenziert nach der Behandlung somatischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die häufigsten Behandlungen beziehen sich auf Hauterkrankungen, Asthma bronchiale, biomechanische Funktionsstörungen und Infektanfälligkeit. Verhaltensauffälligkeiten beruhen zum größten Teil auf emotionalen Störungen des Kindesalters, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten und Störungen der Mutter-Kind-Interaktion. Die Erfolgseinschätzungen der ÄrztInnen und TherapeutInnen ist durchgängig überdurchschnittlich (größer als 3)

Abb. 13: Behandlungserfolge der PatientInnen-Kinder

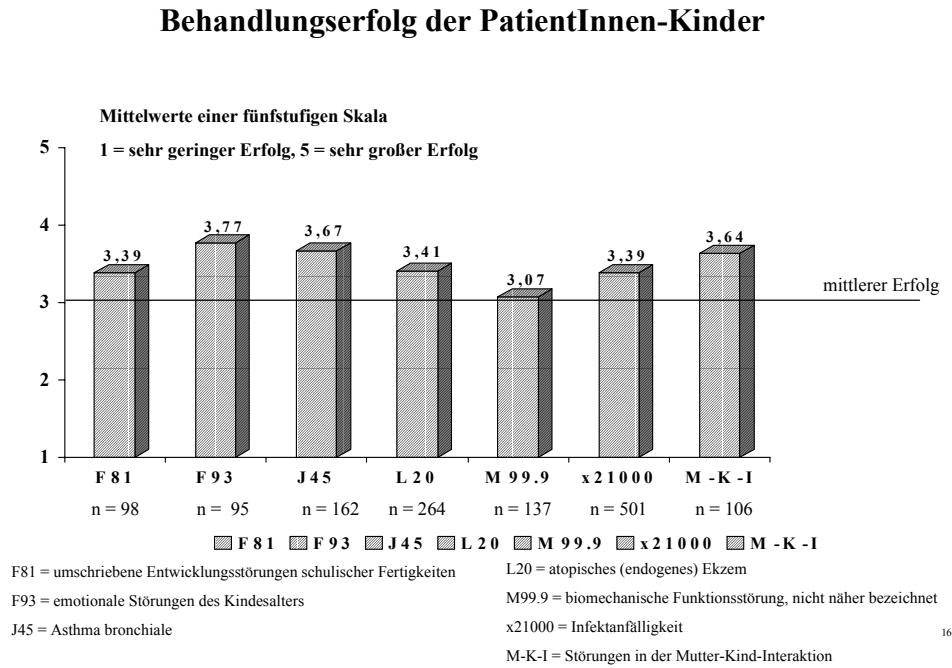
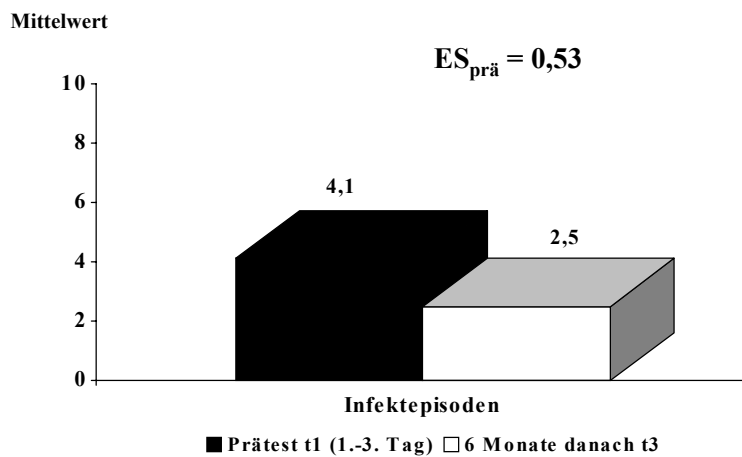


Abb. 14: Infekzepisoden vor und sechs Monate nach der Maßnahme

Mittelwerte der Infekzepisoden der PatientInnen-Kinder vor und 6 Monate nach der Maßnahme, n = 617



Sechs Monate nach der Mutter-Kind-Maßnahme reduziert sich die Häufigkeit von Infekten bei den Kindern erheblich von durchschnittlich 4,1 auf 2,5 Infektepisoden im letzten halben Jahr. Der allgemeine Gesundheitszustand wird damit erheblich verbessert.

4. Resümee und abzuleitende Forderungen

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse zur Effektivität und Qualitätssicherung von Müttern und Mutter-Kind-Einrichtungen wie folgt resümieren:

- Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen zeichnen sich durch eine hohe Indikationsqualität aus, d.h sie erreichen ihre Zielgruppe
- Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen erfüllen die Anforderungen einer kontinuierlichen externen Evaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Die Einrichtungen des Forschungsverbundes sichern ihre Qualität durch kontinuierliche interne Qualitätsarbeit und externe Qualitätsvergleiche
- Die Forschungsergebnisse verweisen auf eine hohe und nachhaltige Effektivität der stationären Maßnahme

Aus den Ergebnissen lassen sich die folgenden Forderungen an Politik und Krankenkassen ableiten.

1. Gesetzliche Verankerung als Pflichtleistung der Krankenkassen und Vollfinanzierung der Maßnahme

Die Forschungsergebnisse zeigen eine hohe und nachhaltige Effektivität der präventiven und rehabilitativen Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen. Der volksgesundheitliche und volkswirtschaftliche Nutzen ist evident.

⇒ Daher fordern wir die Beibehaltung der §§ 24 und 41 SGB V und eine Sicherung durch die gesetzliche Verankerung als Pflichtleistung der Krankenkassen.

Der Passus des SGB V §§ 24 und 41, Abs. 1. Satz 2 „..... oder ein Zuschuss gezahlt wird“ ist ersatzlos zu streichen.

2. Sicherung der Indikationsqualität durch Anerkennung des mütterspezifischen Leitsyndroms

Das mütterliche Erschöpfungs- Leitsyndrom und die damit verknüpfte Multimorbidität im frühen Stadium sowie die Auswirkungen auf die Entwicklungs- und Gesundheitssituation der Kinder haben einen hohen Krankheitswert, der einen interdisziplinären Behandlungsansatz außerhalb des ‚Arbeitsplatzes Familie‘ erfordert. Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen bieten mit ihrer frauenspezifischen und ganzheitlichen Konzeption eine passgenaue Behandlungsform des mütterspezifischen Leitsyndroms.

⇒ Wir fordern daher die Anerkennung des Leitsyndroms durch Krankenkassen, MedizinerInnen und MDK's als mütterspezifisches Beschwerdebild, das eine stationäre Reha-Maßnahme erfordert

3. Abbau bürokratischer Hindernisse in der Bewilligung

Analysen zur Indikationsqualität belegen, dass die Zielgruppen von psychosozial hoch belasteten und behandlungsbedürftigen Müttern in den Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen erreicht werden. Dies trifft insbesondere für Mütter aus prekären sozialen Lagen zu. Darin unterscheiden sie sich von anderen Angeboten im Gesundheitswesen.

⇒ Um diese hochwirksame salutogenetische Maßnahme zu erhalten, fordern wir die Vermeidung bürokratischer Hindernisse von Seiten der Krankenkassen und der MDKs. Um Patientinnenmitbestimmung auch für Mütter umzusetzen, müssen die Antrags-, Ablehnungs- und Widerspruchverfahren transparent gemacht werden und Schlussfolgerungen im Sinne einer effektiven Versorgung der Mütter und Kinder gezogen werden.

⇒ Bessere Vernetzung, eine qualitativ ausreichende Vorbereitung und Nachbereitung und höhere Sensibilität der Krankenkassen gegenüber Belastungen und Lebensumständen der Mütter, könnten die vielen terminmäßig zu knappen Bewilligungen oder Nachbewilligungen und den damit verbundenen Stress für die Mütter, aber auch die Einrichtungen verhindern und einen kundenfreundlicheren Umgang mit Müttern ermöglichen. Der Forschungsverbund kann Instrumente, die eine bessere Verzahnung ermöglichen bereitstellen, die in einer Modellphase implementiert und evaluiert werden könnten. Die Finanzierung ist gefragt.

4. Anerkennung der externen und internen Qualitätssicherung – Berücksichtigung im Rahmen von Kostenverhandlungen

In fünf Jahren wurde von den beteiligten Einrichtungen in einer Selbstverpflichtung nach dem bottom up-Konzept ein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept entwickelt, das sowohl eine externe Qualitätsevaluation als auch kontinuierliche interne Qualitätsarbeit beinhaltet. Die Struktur-, Prozess- und Effektivitäten, die erreicht wurden, weisen ein hohes Niveau auf.

⇒ Wir fordern daher die Krankenkassen auf, die Qualitätssicherung in den Leistungsverhandlungen zu berücksichtigen. Nur durch die auch finanzielle Anerkennung können die erreichten Qualitäten gesichert und weiterentwickelt werden.

Literatur:

Burisch, M. (1989). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.

Collatz, J, Borchert, H, Brandt, A, Titze, I (1994), Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und

Mütter mit Kindern. Der Beitrag von Mütterkuren zur Frauengesundheit – Medizinische Hochschule Hannover 1993, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Stuttgart: Kohlhammer (1993) S, 185 - 189

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

Dellbrück, H., Haupt, E., (Hrsg. H. Dellbrück und E. Haupt. 1998): Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär; 2. Aufl.- München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1998 ISBN 3-541 – 16032 - 2

Franz, M., Lensche, H., König, L., Weinfurtnner, K., Alleinerziehend – Alleingelassen, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, gefördert vom BMBF (Förderkennzeichen 01EG/9802/2) innerhalb des Forschungsverbundes Public-Health-NRW, 2000

Freudenberger, H. & North, G. (1992). Burn-out bei Frauen - Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt a.M.: Fischer.

Gerdes, N., Weidmann, H. Jäckel, W. H. (Hrsg.) : Die Protos-Studie, Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz, Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e. V., Department für Epidemiologie und Sozialmedizin, Darmstadt: Steinkopff, 2000, ISBN 3-7985-1217-5

Kallus, K.W. (1995). Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF). Handanweisung. Frankfurt a.M.: Swets & Zeitlinger.

KTL-Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (2000), Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin-Mariendorf

Nübling, R./ Kieser, J./ Puttendörfer, J und Schmitdt, J.: Mutter-Kind-Behandlungen in einer psychosomatischen Klinik. Präv.-Rehab., Jahrgang 10, Nr. 1/1998, S. 20-31.

Potreck-Rose, F., Koch, U. (1994): Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten, Stuttgart, New-York, Schattauer

Sieverding, M.: Die Gesundheit von Müttern - Ein Forschungsüberblick. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4 (1),-- 6-16, 1995.

Strittmatter; R., Bengel, J., Brombacher, C. und Lander, U.: Die Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren. Rehabilitation 36 (1997) 176 - 184