
Endbericht

**Studie zur Untersuchung der Bedarfe von
Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern
(mit und ohne Kinder im Haushalt)
in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen
in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes**

Berlin, 14. Juni 2021

Auftraggeber

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastr. 24
10117 Berlin

Autoren

Jörn Sommer
Bernard Braun
Stefan Meyer

INTERVAL GmbH
Brunnenstraße 181
10119 Berlin
www.interval-berlin.de

Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) GmbH
Wiesbadener Str. 15
28199 Bremen

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
1 Forschungsauftrag	15
2 Studiendesign	17
2.1 Inhaltliche Struktur	17
2.2 Datenbasis und methodisches Vorgehen	17
3 Fachlicher Hintergrund	22
3.1 Eckdaten des Untersuchungsgegenstandes der Mütter-/Vater-/Kind-Kuren	22
3.2 Rechtlicher Rahmen.....	24
3.3 Eckdaten der externen Qualitätssicherung mit dem QS Reha®-Verfahren.....	25
4 Bedarfe der Zielgruppen	29
4.1 Theorie zur Operationalisierung des Vorsorge-/Reha-Bedarfs, Begriffsdefinition	29
4.2 Gesundheit und Belastungen unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten vor der Maßnahme.....	32
4.2.1 Angaben der Befragten im Detail.....	32
4.2.2 Bildung eines Index für Belastungen vor der Maßnahme für die ehemaligen Patientinnen und Patienten.....	34
4.3 Gesundheit und Belastungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen 2019	36
4.3.1 Gesamtindex des Vorsorge-/Reha-Bedarfs in der Bevölkerung (Eltern/Pflegende).....	41
4.3.2 Zeitliche Entwicklung des Vorsorge- und Reha-Bedarfs	43
4.3.3 Vertiefende Vergleich zu Gesundheit und Belastungen verschiedener Gruppen in der Bevölkerung.....	45
5 Zugang	48
5.1 Angaben der Zielgruppen zur Kenntnis und zu Hürden	48
5.2 Beratungsstellen zum Zugang.....	56
5.3 Befragung der Ärztinnen und Ärzte zum Zugang.....	59
5.4 Angaben der Einrichtungen zum Zugang	64
5.5 Ehemalige Patientinnen und Patienten zum Zugang	68
6 Gestaltung und Rahmenbedingungen der Maßnahmen	71
6.1 Rahmenbedingungen der Einrichtungen	71
6.2 Veränderte Bedarfe bei Müttern	72
6.3 Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit den Maßnahmen.....	75
6.4 Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Einrichtungen	79
7 Neue Zielgruppen	82
7.1 Väter	82

7.1.1	Erfahrungen der Väter in den Maßnahmen.....	82
7.1.2	Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe.....	84
7.2	Pflegende Angehörige.....	89
7.2.1	Erfahrungen der pflegenden Angehörigen in den Maßnahmen.....	89
7.2.2	Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe.....	91
7.3	Mütter und Väter von Kindern mit Behinderungen	95
7.3.1	Erfahrungen der Eltern von Kindern mit einer Behinderung	95
7.3.2	Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe.....	96
7.4	Beratungsstellen zu neuen Zielgruppen	99
8	Nachsorgeleistungen – Erhalt und Nutzung	104
8.1	Nachsorge aus Sicht der Einrichtungen.....	104
8.2	Nachsorgeempfehlungen aus Sicht ehemaliger Patientinnen und Patienten	106
8.3	Nutzung von Nachsorgeempfehlungen.....	110
8.4	Gründe der Nichtnutzung von Nachsorgeangeboten	112
8.5	Nachsorge und Entlassungsmanagement für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	114
8.6	Nachsorge-App	115
8.7	Gesundheits- und Belastungssituation sowie Nachsorge im Vergleich Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen	115
9	Wirkungen	118
9.1	Wirkungen aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte	118
9.2	Wirkungen nach Erfahrungen ehemaliger Patientinnen und Patienten	120
9.2.1	Übergreifende Analysen	120
9.2.2	Wirkungen der Maßnahmen im Gruppenvergleich.....	123
9.3	Einflussfaktoren auf die Wirkungen der Maßnahmen	124
10	Auswirkungen der Corona-Pandemie	128
11	Schlussfolgerungen für medizinische Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige.....	131
12	Literaturangaben.....	138
13	Anhang	148
13.1	Anhang 1 Abgleich gesundheitsbezogener Befragungs- und Sekundärdaten.....	148
13.2	Anhang 2 Gesundheit und Belastungen der Bevölkerung im Gruppenvergleich	153
13.3	Anhang 3 Hürden der Inanspruchnahme im Gruppenvergleich	156
13.4	Anhang 4 Vertiefende Angaben zu Einrichtungen und ihrer Wahrnehmung	157
13.5	Anhang 5 Vertiefendes nur Nachsorge.....	160
13.6	Anhang 6 Vertiefende Angaben zu Wirkungen (QS-Reha für Kinder).....	163

13.7 Anhang 7 Hintergrund zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie	164
13.7.1 Ergebnis eigener Befragungen von Einrichtungen und ehemaligen Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des MGW	164
13.7.2 Ausgewählte nationale Studien zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie.	168
13.8 Anhang 8 Rechtlicher Rahmen.....	182
13.9 Anhang 9 Kosten und Vergütung.....	187
13.10 Anhang 10 Danksagung	189

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Stationäre Reha- und Vorsorgefälle für Mütter und Väter in der GKV 2007 bis 2019	22
Abbildung 2 GKV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge für Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen 2008-2020	23
Abbildung 3 Hauptindikationen der Reha-Fälle (§ 41 SGB V) von Müttern und Vätern in der GKV.....	24
Abbildung 4 Gesamtindex Vorsorge-/Reha-Bedarf unter Patientinnen und Patienten.....	35
Abbildung 5 Einschätzung des Gesundheitszustands von Eltern und pflegenden Angehörigen	36
Abbildung 6 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt.....	38
Abbildung 7 Subjektiv wahrgenommener Vorsorge- oder Reha-Bedarf (Selbsteinschätzung und potenzielle Indikation).....	41
Abbildung 8 Gesamtindex Vorsorge-/Reha-Bedarf in Bevölkerung (Eltern/Pflegende)	41
Abbildung 9 Informationsquellen über Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige.....	50
Abbildung 10 Gründe gegen die Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Reha- Maßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige.....	51
Abbildung 11 Anzahl der Maßnahmen in Einrichtungen des MGW nach Geschlecht und Jahren.....	55
Abbildung 12 Beratungsstellen nach Anzahl der Beratungsfälle in den letzten 3 Monaten....	56
Abbildung 13 Anteil der Beratungsstellen nach Zugangsarten.....	57
Abbildung 14 Durchschnittliche Wartezeit auf einen Beratungstermin von Interessierten an einer Kurberatung	57
Abbildung 15 Wartezeit zwischen Beratung und Beginn der Maßnahme nach Zielgruppe....	58
Abbildung 16 Anteil der Beratenen, die im Vorfeld in andere Angebote vermittelt wurden	58
Abbildung 17 Beratungsstellen und Anteil ihrer Beratenen mit einem Nachsorgeangebot	59
Abbildung 18 Informationsquellen über Leistungen in Kliniken des MGW.....	61
Abbildung 19 Grad der Informiertheit über Leistungen in Kliniken des MGW.....	61
Abbildung 20 Veränderungen durch das neue Attestformular 64	62

Abbildung 21	Zugang der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Einrichtungen	64
Abbildung 22	Aspekte, die bei der Auswahl der Klinik entscheidend waren	69
Abbildung 23	Veränderte Bedarfe von Müttern in den vergangenen zehn Jahren	73
Abbildung 24	Reaktion der Einrichtungen auf veränderte Bedarfe der Mütter im Allgemeinen	74
Abbildung 25	Angebotene Behandlungen, Therapien und Aktivitäten während der Maßnahme.....	78
Abbildung 26	Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. stärker) für Väter öffnet?.....	87
Abbildung 27	Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für pflegende Angehörige öffnet?	93
Abbildung 28	Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für Mütter und Väter von Kindern mit einer Behinderung öffnet?	97
Abbildung 29	Angebote zur Nachsorge ihrer Maßnahmen aus Sicht der Einrichtungen.....	104
Abbildung 30	Erhaltene Nachsorgeempfehlungen.....	107
Abbildung 31	Gesundheits-/Krankheitssituation vor Beginn einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme und Häufigkeit gesundheitsbezogener Nachsorgeempfehlungen	108
Abbildung 32	Belastungssituation vor Beginn der Maßnahme und Häufigkeit von belastungsbezogenen Nachsorgeempfehlungen.....	109
Abbildung 33	Bewertung der Nachsorgeangebote im Einzugsgebiet durch Kurberatungsstellen	113
Abbildung 34	Führen die Maßnahmen zu langfristigen Therapieerfolgen?	118
Abbildung 35	Verordnungsschärfe und Verzahnung der Maßnahmen mit Nachsorgeangeboten.....	119
Abbildung 36	Was lernen die Patientinnen und Patienten in den Maßnahmen?	119
Abbildung 37	Lerneffekte der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme.....	121
Abbildung 38	Anzahl belastungsbezogener Nachsorgeempfehlungen während der Maßnahme im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation.....	160
Abbildung 39	Anzahl gesundheitsbezogener Nachsorgeempfehlungen während der Maßnahme im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation.....	161
Abbildung 40	Empfohlene Nachsorgeangebote im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation .	161
Abbildung 41	Inwieweit/wodurch ist Ihre Einrichtung von der Corona-Epidemie betroffen? .	164
Abbildung 42	Wo sehen Sie Ihre Einrichtung durch die Corona-Epidemie gefährdet?	165
Abbildung 43	Welche Möglichkeit hat Ihre Einrichtung, aktuelle Belastungen der Corona- Pandemie später abzufedern?	166
Abbildung 44	Wie stark fühlen Sie sich aktuell durch die Corona-Pandemie betroffen?.....	167
Abbildung 45	Mussten Sie wegen der Schließung von Einrichtungen der Kindertages- betreuung, Schulen, Horts, Pflegediensten, Einrichtungen der Tagespflege etc. zusätzliche Aufgaben für Kinder und/oder Angehörige übernehmen?	167

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Eckdaten zu Eltern-Kind-Maßnahmen für Rehabilitation und Vorsorge 2002-2019.....	23
Tabelle 2	Effektstärken der Wirksamkeit der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen im QS-Reha-Verfahren für Erwachsene.....	27
Tabelle 3	Gesundheitsstörungen vor der Maßnahme	32
Tabelle 4	Erkrankungen vor der Maßnahme.....	33
Tabelle 5	Belastungen und belastende Umstände vor der Maßnahme.....	34
Tabelle 6	Gesundheitsstörungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen	37
Tabelle 7	Erkrankungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen	38
Tabelle 8	Belastungen oder belastende Umstände unter Eltern und pflegenden Angehörigen	39
Tabelle 9	Verteilung der Untersuchungsgruppen insgesamt sowie in der Hauptstichprobe.....	45
Tabelle 10	Vergleich potenzieller Indikationen und Vorsorge- oder Reha-Bedarf in den Untersuchungsgruppen.....	46
Tabelle 11	Erhaltene Maßnahmen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden	48
Tabelle 12	Maßnahmen zur Linderung gesundheitlicher Beschwerden oder Erkrankungen	49
Tabelle 13	Kenntnis über Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige	50
Tabelle 14	Gruppenvergleich zum Haushalts-Nettoeinkommen	53
Tabelle 15	Gruppenvergleich zum höchsten Bildungsabschluss	53
Tabelle 16	Gruppenvergleich zum Migrationshintergrund.....	53
Tabelle 17	Gruppenvergleich zum Geschlecht	54
Tabelle 18	Verordnungen für Leistungen in Einrichtungen des MGW in den letzten 5 Jahren.....	60
Tabelle 19	Verteilung der Patientinnen und Patienten in 2019 nach Art der Kuren	65
Tabelle 20	Verteilung Patientinnen und Patienten in 2019 nach Geschlecht und Reha-Status	65
Tabelle 21	Verteilung der Patientinnen und Patienten 2020 nach Zielgruppe und Geschlecht.....	66
Tabelle 22	Passende und unpassende Attestierung des Vorsorge- / Reha-Bedarfs	67
Tabelle 23	Art der Begleitpersonen im Jahr 2019	67
Tabelle 24	Verteilung der Einrichtung des MGW nach Klinikart	71
Tabelle 25	Strukturdaten der Einrichtungen des MGW (Klinikart, Vorsorge/Reha, Betten)	71
Tabelle 26	Personal der Einrichtungen	72

Tabelle 27	Modernisierungen und Investitionen in zeitlicher Perspektive.....	72
Tabelle 28	Bewertung der Behandlung durch die Patientinnen und Patienten.....	75
Tabelle 29	Bewertung der Einrichtung und des Teams durch die Patientinnen und Patienten	76
Tabelle 30	Ablauf der Behandlung: Kommunikation während der Maßnahme.....	76
Tabelle 31	Individuelle Bedürfnisse, die in der Kur nicht ausreichend berücksichtigt wurden.....	77
Tabelle 32	Welche der folgenden Angebote haben Sie wie intensiv genutzt?	79
Tabelle 33	Merkmale der Patienten (m) in Einrichtungen des MGW.....	82
Tabelle 34	Pflege von familiären Angehörigen unter den Patientinnen und Patienten	90
Tabelle 35	Altersverteilung in den Zielgruppen Kindererziehung und/oder Pflege	90
Tabelle 36	Mütter und Väter von Kindern mit Behinderung in den Einrichtungen des MGW	95
Tabelle 37	Antworten der Kur-Beratungsstellen zu neuen Zielgruppen	99
Tabelle 38	Nutzung von Nachsorgeangeboten alle Befragten und Befragte mit Empfehlung.....	110
Tabelle 39	Entwicklung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten.....	122
Tabelle 40	Entwicklung des Gesundheitszustands der Begleitpersonen.....	123
Tabelle 41	Entwicklung der belastenden Situation der Patientinnen und Patienten	123
Tabelle 42	Wirkungen der Maßnahme im Vergleich genutzter Kur-Beratungsstellen.....	126
Tabelle 43	Forschungsschwerpunkte/ Forschungsthemen und Entwicklungsschwerpunkte/Themen für medizinische Rehabilitation und Vorsorge als GKV-Leistung für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige	137
Tabelle 44	Gesundheitsstudien im Vergleich.....	151
Tabelle 45	Vergleich Gesundheitsstörungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	153
Tabelle 46	Vergleich Beschwerden in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems.....	153
Tabelle 47	Vergleich Erkrankungen mit medizinischer Behandlung in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	154
Tabelle 48	Vergleich elternspezifischer Belastungen in Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	154
Tabelle 49	Vergleich familiärer Belastungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	155
Tabelle 50	Vergleich von Risikofaktoren in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	155
Tabelle 51	Vergleich psychosozialer Belastungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems	155
Tabelle 52	Gründe gegen Inanspruchnahme der Maßnahmen im Gruppenvergleich	156

Tabelle 53	Einrichtungen des MGW in der Grundgesamtheit und Befragungsstichprobe	157
Tabelle 54	Gründe gegen eine (stärkere) Öffnung für Väter im Vergleich der Einrichtungen	157
Tabelle 55	Gründe gegen (stärkere) Öffnung für Pflegende im Vergleich der Einrichtungen	158
Tabelle 56	Gründe gegen eine (stärkere) Öffnung für Eltern von Kindern mit einer Behinderung im Vergleich der Einrichtungen	159
Tabelle 57	Allgemeine Einschätzungen der Patientinnen und Patienten zum Ablauf der Maßnahme sowie zur Ausstattung Einrichtung	160
Tabelle 58	Ablauf der Behandlung: Organisation der Maßnahme	160
Tabelle 59	Effektstärken der Wirksamkeit der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen im QS-Reha-Verfahren für Kinder	163
Tabelle 60	Überblick über den Verlauf der gesetzlichen Regelungen und Richtlinien für Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen 1989-2021 ...	185
Tabelle 61	Liste ausgewählter interviewter Expertinnen und Experten	189

Verzeichnis der Textboxen

Textbox 1	Methodische Unterschiede zur Vorgängerstudie	18
Textbox 2	Methodischer Hintergrund zum QS-Reha®-Verfahren	25
Textbox 3	Bildung des Index für den Vorsorge- oder Reha-Bedarf	31
Textbox 4	Methodische Anmerkung zur Abfrage von Gesundheitsdaten	36
Textbox 5	Methodische Anmerkung zum Referenzwert	42
Textbox 6	Regenbogenfamilien im Kontext der Maßnahmen (Ergebnisse Experteninterview)	75
Textbox 7	Perspektiven von Männer- und Väterorganisationen (Experteninterviews) auf besondere Bedarfe von Vätern	86
Textbox 8	Praxisbeispiel Vorsorgemaßnahme für Pflegende mit dementen Angehörigen	94
Textbox 9	Praxisbeispiel AWO Nachsorgeprogramm	106
Textbox 10	Hinweis zur Interpretation des Zusammenhangs zwischen Qualität und Wirkung	127

Abkürzungsverzeichnis

BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Covid-19	Corona Virus Disease 2019
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – erste Welle
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung)
QS Reha	Reha-Qualitätssicherung
KHK	Koronare Herzkrankheit
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MEHM	Minimum European Module
MGW	Müttergenesungswerk
MP	6- bzw. 12-Monatsprävalenz
MVKM	Mutter-/Vater-/Kind-Maßnahmen
SGB	Sozialgesetzbuch

Zusammenfassung

Als Aufgabe der Familienpolitik fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Bau- und Umbaumaßnahmen sowie familienbezogene Projekte in Einrichtungen des Müttergenesungswerks. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesfamilienministerium eine Studie „zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes“ ausgeschrieben und danach die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) mit der Studie beauftragt. Aufgabe der Studie war es, den Vorsorge- oder Reha-Bedarf für verschiedene Zielgruppen zu ermitteln. Darüber hinaus sollte im Zusammenhang mit den Veränderungen dieser Zielgruppen die Wirksamkeit der Maßnahmen erforscht werden sowie die daraus resultierende Entwicklung der vom MGW anerkannten Kliniken.

Die Studie lief ab August 2019 bis Mai 2021. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Mix verschiedener Erhebungen und Analysen gewählt, der qualitative und quantitative Methoden kombiniert: Eine repräsentative Befragung von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen (n=1.330) und eine der Beratungsstellen (n=346) jeweils vor Beginn der Covid-19-Pandemie, sowie Befragungen der Einrichtungen (n=48), von Ärztinnen und Ärzten (n=139) und von ehemaligen Patientinnen und Patienten (n=671) jeweils während der Pandemie. Die Befragungen waren eingebettet in Sekundärdaten- und Literaturanalysen, Interviews mit Expertinnen und Experten und wurden umfangreich mit einem Begleitgremium aus Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Einrichtungen sowie der Geschäftsstelle des MGW abgestimmt.

Zur Abschätzung des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs unter Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen wurden zunächst Selbstangaben zu Gesundheitsstörungen, Erkrankungen, (eltern- bzw. familienspezifischen) Belastungen und Beschwerden erfragt, zu einem Gesamtindex des Vorsorge und Reha-Bedarfs aggregiert und dann mit Angaben ehemaliger Patientinnen und Patienten zur Situation vor ihrer Maßnahme verglichen. Der Index-Wert, den ein Drittel der Patientinnen und Patienten vor der Kur unterschritten, lieferte den Referenzwert für die Abschätzung des Bedarfes in der Bevölkerung. Dem liegt folgende Überlegung zugrunde: Wenn ein Drittel der Patientinnen und Patienten vor der Kur weniger krank oder belastet waren und trotzdem ein Reha- oder Vorsorgebedarf attestiert wurde, kann davon ausgegangen werden, dass bei höheren Werten irgendeiner anderen Person in der Bevölkerung ein Arzt oder eine Ärztin den Vorsorge- oder Reha-Bedarf nach den §§ 24 und 40 SGB V wahrscheinlich attestieren würde. Bei 23,9 Prozent der befragten Frauen und 13,8 Prozent der Männer kann anhand dieser Abschätzung von einem Vorsorge- oder Reha-Bedarf ausgegangen werden. Unter Personen, die darüber hinaus Angehörige pflegen, kann bei gut einem Drittel ein Vorsorge- oder Reha-Bedarf erwartet werden. Unter Eltern von Kindern mit einer Behinderung gilt dies für drei Viertel der Befragten und für 18,9 Prozent innerhalb der Gruppe aller Mütter, Väter und pflegenden Angehörigen.

Nur ein kleiner Teil der Personen mit einem Vorsorge- oder Reha-Bedarf fragt diese Maßnahmen auch nach. Dies liegt kaum an fehlender Kenntnis, denn das Angebot ist mehrheitlich bekannt (62,5 %). Häufigster Grund dagegen, eine solche Maßnahme in Anspruch zu nehmen, ist die fehlende Bereitschaft, Angehörige zurück bzw. allein lassen zu wollen – oder im Fall von Kindern nicht zu wollen, dass diese etwas in der Schule verpassen, wenn sie in die Maßnahme mitgenommen würden. Aber auch befürchte Nachteile am Arbeitsplatz oder finanzielle Gründe sprechen für knapp jede dritte Person gegen die Inanspruchnahme. Die angeführten Gründe variieren geschlechtsspezifisch. Männer führen neben beruflichen Gründen auch häufiger an, dass ihr Arzt bzw. ihre Ärztin nichts von einer Kur halte und nur ambulante Maßnahmen vorschlage. Die Hürden im Zugang sind auch zwischen sozioökonomischen Gruppen ungleich verteilt. Die Struktur der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen des MGW entspricht weder hinsichtlich des Einkommens noch der Bildung oder des Migrationshintergrunds der Bevölkerungsstruktur. Der Bedarf an Vorsorge- und Reha-Maßnahmen ist in den sozioökonomischen Gruppen ungleich verteilt, die Struktur der Patientinnen und Patienten weicht jedoch auch von der Struktur jener Personen ab, die einen solchen Bedarf aufweisen.

Für die Bewilligung der stationären Heilbehandlung ist eine qualifizierte Begründung für deren medizinische Notwendigkeit erforderlich, wodurch Ärztinnen und Ärzte eine Schlüsselposition für den Zugang zu den Maßnahmen besitzen. Darüber hinaus erfahren sie teils als erstes von den Belastungen, wodurch ihnen die Aufgabe zukommt, eine geeignete Behandlung auszuwählen und ihre Patientinnen und Patienten ggf. auch auf die Angebote der Einrichtungen hinzuweisen. Letzteres ist jedoch eher selten, in der deutlichen Mehrheit der Fälle geht die Initiative von den Patientinnen und Patienten aus.

Wichtige Akteure im Zugang sind neben den Ärztinnen und Ärzten auch Beratungsstellen. Rund die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten gibt an, bei der Vorbereitung oder Antragstellung durch eine Kurberatung unterstützt worden zu sein. 92 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer einer Kurberatungsstelle beurteilen deren Beratung als sehr gut oder gut.

In den vergangenen Jahren haben sich die Bedarfe nach den Maßnahmen qualitativ verändert. Die deutliche Mehrheit der Einrichtungen hat sich daran zumindest teilweise bereits angepasst. Dazu zählen Anpassungen an veränderte Belastungen (z. B. Rollenbilder, Berufstätigkeit, mehr Alleinerziehende), veränderte gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. häufiger schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen) oder veränderte Erwartungen der Mütter (z. B. stärkere Konsumhaltung). Dies spiegelt sich in den überwiegend positiven Bewertungen der Patientinnen und Patienten zu ihren Behandlungen, zur Kommunikation der behandelnden Teams und zur Atmosphäre. Zwei Drittel der Einrichtungen sehen jedoch weiteren Anpassungsbedarf. Eine Modernisierung der Zimmer und Investitionen in die Infrastruktur liegen bei der Hälfte der Einrichtungen weniger als fünf Jahre zurück – bei einem kleinen Teil aber über 30 Jahre.

Die Einrichtungen des MGW gehen tendenziell von einer grundsätzlichen Übertragbarkeit des Angebots auf die Zielgruppe Väter aus. Inhaltliche Anpassungsbedarfe betreffen Details, wie z. B. andere Sport- und Bewegungsangebote und eine Orientierung der Therapiearbeit an der Lebenswelt der Väter und der Vaterrolle in Erziehung und Familie. Größeren Anpassungsbedarf

sehen die Einrichtungen in organisatorischer Hinsicht, insbesondere bei geschlechtsgetrennter Umsetzung der Maßnahmen – die bis Anfang 2021 zu den Qualitätskriterien des MGW gehörte. Dies erfordert nicht nur zusätzliches Personal. Einzelnen Einrichtungen erscheinen aufgrund der Vorgaben des MGW hierfür Neubaumaßnahmen erforderlich, die aufgrund der finanziellen oder baulichen Rahmenbedingungen Ausschlusskriterium für eine Öffnung gegenüber Männern seien. Gegen solche Argumentationen lässt sich einwenden, dass die Alternative zu einem Neubau für getrennte Wohnbereiche und Speiseräume, immer eine geschlechtsspezifische Termin-Organisation sein kann, bei der Väter und Mütter zeitversetzt in den Maßnahmen teilnehmen. Eine Reihe von Einrichtungen hat sich für Väter geöffnet. Die Väter bewerten die Maßnahmen tendenziell noch positiver als Mütter. Da die Wartezeiten für Väter auf den Beginn der Maßnahme nicht wesentlich länger ist als für Mütter, ist zu folgern, dass das Angebot für Väter im Verhältnis zur Nachfrage nicht wesentlich knapper ist.

Da unter der traditionellen Zielgruppe der Mütter immer auch schon Mütter waren, die durch die Pflege Angehöriger doppelt belastet waren, sind pflegende Angehörige nicht in dem Sinne eine neue Zielgruppe für das MGW, wie es Väter und pflegende Männer sind. Auch hier ist die Maßnahme inhaltlich grundsätzlich übertragbar auf die neue Zielgruppe der pflegenden Angehörigen ohne Kinder. Anpassungen der Einrichtungen an pflegende Angehörige beziehen sich teils auf thematische Verschiebungen der therapeutischen Arbeit (z. B. Umgang mit Demenz oder rechtliche Fragen) teils an erforderliche Barrierearmut für die älteren Personen (z. B. Aufzüge und niedrigere Duschwannen). Einem großen Teil der Einrichtungen fehlen Erfahrung und ein Konzept, den besonderen Bedarfen von pflegenden Angehörigen gerecht zu werden. Dies betrifft vor allem die Aufnahme der Angehörigen als Begleitpersonen. Für die pflegebedürftigen Angehörigen lassen sich die Angebote für begleitende Kinder nicht übertragen, sie brauchen eine Neuentwicklung.

Die Frage, wie offen die Einrichtungen des MGW für Eltern von Kindern mit einer Behinderung sind, lässt sich nicht exakt quantifizieren. Grund dafür ist, dass dies zum Teil von der konkreten Behinderung abhängt und über eine Aufnahme einzelfallbezogen entschieden wird. Die Aufnahme geh- und sehbehinderter Kinder bräuchte oftmals bauliche Veränderungen zur Realisierung von Barrierefreiheit in der gesamten Klinik. Die Begleitung der Kinder kann darüber hinaus personalintensiver sein. Mehrere Einrichtungen schließen entsprechende Baumaßnahmen und Personalinvestitionen aus finanziellen Gründen aus. Inklusive Konzepte, bei denen nur wenige Kinder mit Behinderung aufgenommen werden, stellen hier zumindest hinsichtlich der personellen Anforderungen einen Kompromiss dar. Die Eltern von Kindern mit einer Behinderung achten stärker als andere Patientinnen und Patienten auf die fachliche Spezialisierung und Größe der Einrichtung.

Die positiven Effekte einer intensiven Nachsorge sind statistisch signifikant. Empfehlungen der Nachsorge werden jedoch zu häufig nicht umgesetzt. Dies ist nach Einschätzung der Beratungsstellen oftmals auch auf das Fehlen eines bedarfsgerechten lokalen Angebots zurückzuführen. Optimierungspotenzial scheint jedoch auch innerhalb der Einrichtungen zu bestehen, um Patientinnen und Patienten schon während der Maßnahmen an die vorhandenen Angeboten

der Nachsorge heranzuführen. Dass sich in der Studie kein Zusammenhang zwischen Empfehlungen der Nachsorge und vielfältigen individuellen Merkmalen der Patientinnen und Patienten finden ließ (z. B. nicht zu den Belastungen oder zur Gesundheit, und auch nicht zum Status der Rehabilitation bzw. Vorsorge), kann ein Hinweis sein, dass diese Empfehlungen zu wenig auf den individuellen Bedarf zugeschnitten werden.

Die Maßnahmen zeigen kurzfristig deutliche Wirkungen. Der subjektive Gesundheitszustand und die gefühlte Belastung verändern sich im Vergleich zwischen der Situation vor der Maßnahme und unmittelbar danach signifikant. Und diese positiven Entwicklungen sind im statistischen Sinn groß. Ein großer Teil dieser Entwicklung ist jedoch nicht nachhaltig. Dieser Rebound-Effekt durch den Wiedereintritt in den Alltag ist nicht ausschließlich auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Zwischen Personen, die durch die Pandemie zusätzliche Aufgaben übernehmen mussten, und Personen, deren Aufgaben unverändert blieben, unterscheidet sich der Rebound-Effekt nicht signifikant.

In den Maßnahmen lernt die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten, besser mit ihren Problemen und körperlichen Beeinträchtigungen umzugehen oder im Alltag auf die Gesundheit achtzugeben. Wünschbar wäre gerade in Hinblick auf eine größere Nachhaltigkeit, dass sich stärker auch mit den Ursachen der Kontextfaktoren auseinandergesetzt würde, z. B. sich stärker damit auseinanderzusetzen, was jemand als Mutter, Vater oder Pflegender belastet. Die Abschätzung der Wirkungen durch Angaben der ehemaligen Patientinnen und Patienten wird durch Einschätzungen der befragten Ärztinnen und Ärzte validiert.

Die Wirkungen der Maßnahmen unterscheiden sich zwischen den Zielgruppen der Mütter, Väter und Pflegenden nicht signifikant. Je stärker die Befragten vor der Maßnahme gesundheitliche Probleme hatten, desto stärker profitierten sie von der Maßnahme. Positive Zusammenhänge bestehen zwischen den Wirkungen (auf die Gesundheit und Belastungen) und der Intensität, in der in der Maßnahme oder in der Nachsorge verschiedene Angebote genutzt wurden. Auch sind die Wirkungen umso größer, je positiver die Patientinnen und Patienten die Umsetzung der Maßnahme wahrgenommen hatten. Allerdings konnten keine größeren Wirkungen nachgewiesen werden, wenn vorher eine Kurberatung stattgefunden hatte. Überdies unterscheiden sich die langfristigen Wirkungen zwischen den Einrichtungen kaum. Die Unterschiede zwischen ihnen sind so gering, dass sie auch zufällig sein könnten. Zu den Gründen dafür dürfte zählen, dass sie angesichts finanziell ähnlicher Rahmenbedingungen und durch die vereinheitlichenden Qualitätskriterien des MGW weitgehend ähnlich arbeiten – und dass sie auf das lokale Angebot der Nachsorge kaum Einfluss haben.

In der Querschau der Ergebnisse lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen.

1. Wegen des in den letzten Jahren gestiegenen Bedarfs an medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für Mütter, Väter, Kinder und pflegenden Angehörigen, der wahrscheinlich durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie noch weiter zunimmt, sind Ausweitungen der Kapazitäten notwendig. Das derzeitige Leistungsangebot sollte daraufhin überprüft werden, ob es qualitativ den veränderten familiären Kontextfaktoren und den Beeinträchtigungen durch die Pandemie entspricht.

2. Sowohl die Beratung über das bedarfsgerechte Angebot und den Zugang zu ihm vor der Beantragung einer Maßnahme als auch die Beratung über Nachsorgemaßnahmen während der Inanspruchnahme von Maßnahmen und nach deren Beendigung sollten integrale und vergütete Elemente der gesetzlichen Gesamtleistung werden.
3. Insbesondere die Information über die Leistungsrechte der neuen Zielgruppen Väter und pflegende Angehörigen müssen deutlich verbessert werden. Gründe für vorhandene Zugangsbarrieren müssen erforscht werden.
4. Die Transparenz über die unterschiedlich existierenden Vergütungsvereinbarungen sollte vergrößert werden. Die Höhe der Vergütungen von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen sollte sich an ihrer Bedarfsgerechtigkeit orientieren.
5. Nicht nur die finanziellen Rahmenbedingungen erschweren die Öffnung für neue Zielgruppen, sondern manchen Einrichtungen fehlen entsprechende Konzepte. Vor diesem Hintergrund sollte der MGW-interne Transfer bewährter Praxis bei der Öffnung für neue Zielgruppen intensiviert werden.
6. Die Befragung der Beratungsstellen zeigte einen Bedarf an Qualifizierung und Information insbesondere für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen. Teils nehmen sich die Träger dieser Aufgabe bereits an. Es wird empfohlen vorhandene projektförmige Ansätze im Fall einer positiven Evaluation bundesweit zu transferieren.
7. Die Kooperation in multiprofessionellen Teams ist ein zentraler Faktor für die von Patientinnen und Patienten wahrgenommene Behandlungsqualität und deren Wirkung. Die (Weiter-)Entwicklung existierender Modelle sollte u. a. auch für die neuen Zielgruppen gefördert werden.
8. Es wird eine Anpassung des QS Reha®-Verfahrens im Bereich der Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige empfohlen, die den Rahmenbedingungen und Zielstellungen dieser Maßnahmen besser gerecht wird.
9. Die Beratung über Nachsorgeangebote während und nach Maßnahmen sowie ihre Nutzung sind wichtige Elemente zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Leistungen. Um diese verbessern zu können, sollten Nachsorgeberatungen Pflichtleistungen werden und die angebots- und nachfrageseitigen Gründe der unzureichenden Nutzung von Nachsorgeangeboten untersucht werden. Dabei sollten die Erfahrungen von Modellprojekten zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Nachsorge berücksichtigt und deren Modelle evtl. weiterentwickelt werden.
10. Relevante Rahmenbedingungen für die Vorsorge- und Reha-Maßnahmen liegen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des BMFSFJ. Dem BMFSFJ kann zwar empfohlen werden, die Interessen der Mütter, Väter und pflegenden Angehörigen mit Bedarf an Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation in Einrichtungen des MGW weiterhin aktiv zu vertreten. Der Schwerpunkt der vom BMFSFJ zu erbringenden Unterstützung muss jedoch innerhalb seines originären Zuständigkeitsbereichs verbleiben. Die Möglichkeit, Projekte und Bauinvestitionen für die Einrichtungen zu fördern, bietet dem BMFSFJ wesentliche Unterstützungsmöglichkeiten.

11. Zu den langfristigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Zielgruppen sowie die Einrichtungen und ihre Maßnahmen und die daraus resultierenden Anpassungsbedarfe besteht Forschungsbedarf.

1 Forschungsauftrag

Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Gesundheit. Für die Erbringung derartiger gesundheitsbezogener Leistungen arbeiten fünf Wohlfahrtsverbände¹ bzw. ihre Arbeitsgemeinschaft/ihr Fachverband unter dem Dach des Müttergenesungswerks (MGW) zusammen. Ihre derzeit 72 Einrichtungen sind der größte, älteste und mit einheitlichen Konzepten arbeitende Anbieter. 67 von ihnen sind Kliniken für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen bzw. Kuren² für Mütter oder Väter mit ihren Kindern, fünf Kliniken bieten diese Maßnahmen ohne die Begleitung von Kindern an.

Als Aufgabe der Familienpolitik und zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Bau- und Umbaumaßnahmen sowie familienbezogene Projekte in Einrichtungen des MGW. Vor diesem Hintergrund hat das BMFSFJ eine Studie „zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes“ ausgeschrieben und danach die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) mit der Studie beauftragt.

Wie es der Name der Stiftung noch anzeigt, war das Angebot seit der Gründung im Jahr 1950 auf Mütter fokussiert. Gesellschaftliche Veränderungen fanden jedoch ihren Niederschlag in einer Öffnung für neue Zielgruppen, Väter und pflegende Angehörige. Die Zahl der pflegenden Angehörigen steigt bedingt durch die Demografie und durch den Wunsch einer immer größeren Zahl von Menschen, in häuslicher Umgebung gepflegt zu werden. Durch eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen – die immer noch den größten Teil der pflegenden Angehörigen ausmachen – sind sie doppelten Belastungen ausgesetzt. Gegebenenfalls kommen noch Kinder im Haushalt als dritte Belastung hinzu. Die zunehmende Bedeutung der Väter in den MGW folgt den veränderten geschlechtsspezifischen Rollenbildern, auch wenn i. d. R. immer noch Mütter die Hauptlast der Pflege und/oder Erziehung tragen.

Zusätzlich zu den allgemeinen gesetzlichen Grundlagen für das Recht aller in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Personen auf medizinische Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23 und 40 SGB V) bestimmen die §§ 24 und 41 SGB V ausdrücklich das Recht auf Mütter-, Väter- und Mütter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen. Mit dem „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ aus dem Jahr 2012 nahm der Gesetzgeber auch Frauen und Männer, die Angehörige im familiären Umfeld pflegen, als Leistungsberechtigte der stationären

¹ Arbeiterwohlfahrt, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit und Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung

² Der Begriff „Kur“ (bzw. Mütter-Kur oder Mütter-Kind-Kur etc.) ist problematisch, weil er üblicherweise zu stark mit dem Erholungsaspekt der Maßnahmen verbunden ist und wesentliche Funktionen der Maßnahmen dabei aus dem Blickfeld geraten. Da dieser Begriff jedoch etabliert und in der Bevölkerung bekannt ist und er auch vom MGW genutzt wird, wird er selektiv auch im Bericht verwendet, wo dies dem Lesefluss dienlich ist.

Vorsorge- und Reha-Maßnahmen auf. Mit der sogenannten „Zustiftung Sorgearbeit“ hat das MGW im Jahr 2013 dafür die institutionellen Grundlagen geschaffen. Der Anteil von Vätern in den Maßnahmen ist seither kontinuierlich gestiegen, liegt jedoch noch auf einem sehr niedrigen Niveau (rund 4 %).³ Der Anteil pflegender Angehöriger in den Mutter-Kind-Kuren ist unsicher.⁴ Vor diesem Hintergrund ebenso wie aufgrund der zwei politischen Ziele, erstens die Gleichberechtigung der Geschlechter in der Familie zu fördern sowie zweitens die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder von Pflege und Beruf zu unterstützen, wurde im Koalitionsvertrag zur 19. Legislaturperiode explizit die Aufgabe einer weiteren Öffnung der Einrichtungen im MGW für Väter und pflegende Angehörige festgeschrieben.⁵ Die Leistungsbeschreibung der Studie war darauf zugeschnitten, einen Beitrag zu dieser gewünschten Öffnung zu leisten.

Entsprechend der Leistungsbeschreibung sollte zunächst der Bedarf auf der Basis der Belastungsfaktoren differenziert für die verschiedenen Zielgruppen ermittelt werden. Auf die Gruppe von Eltern mit behinderten Kindern war dabei gesondert einzugehen. Aufgabe der Studie war darüber hinaus auch, im Zusammenhang mit den Veränderungen dieser Zielgruppen und ihres Vorsorge- oder Reha-Bedarfs „die Wirksamkeit und den Nutzen von Maßnahmen und Instrumenten zu erforschen sowie die daraus resultierende Entwicklung der vom MGW anerkannten Kliniken hervorzuheben. Erforderliche Modifizierungen der Einrichtungen, basierend auf empirischen Ergebnissen, sollen aufgezeigt sowie Hinweise auf besondere Versorgungsbedarfe gegeben werden.“⁶ Weitere durch die Leistungsbeschreibung vorgegebene Aufgaben richteten sich auf die Untersuchung besondere Erfolgsfaktoren (z. B. die therapeutische Kette oder die Information von Ärztinnen und Ärzten) oder Details im Prozess (z. B. die neuen Attest-Formulare).

Die Studie hatte eine Laufzeit von August 2019 bis Mai 2021 inkl. einer zweimonatigen Verlängerung, um die durch die Covid-19-Pandemie bedingten Verzögerungen bei Erhebungen aufzufangen. Die Pandemie hat die Einrichtungen des MGW in besonderem Maß getroffen, auch wenn sie über die Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung Leistungen zur Kompensation ihrer Ausfälle erhalten können.

Für die Unterstützung der Studie sei den Einrichtungen an dieser Stelle aus diesem Grund noch einmal besonderer Dank ausgesprochen.

³ MGW (2020, S. 5)

⁴ Ein Wert von rund 13 % nach MGW (2020, S. 4) bzw. 11 % in den Mutter-Kind-Kuren sowie 32 % in den selteneren Mütter-Kuren. Nach eigenen Erhebungen in der Studie liegt der Wert bei 20 % (vgl. Kapitel 2.2)

⁵ CDU, CSU, SPD (2018, S. 19)

⁶ BMFSFJ (2019, S. 3)

2 Studiendesign

2.1 Inhaltliche Struktur

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden verschiedene Erhebungen und Analysen kombiniert. Sachverhalte wurden i. d. R. bei jenen Akteuren erhoben, die aus erster Quelle dazu Angaben machen können. Gegebenenfalls ergänzende Fremdeinschätzungen dienten der Validierung. Die Kombination qualitativer und quantitativer Daten sichert, dass aus quantitativ belastbaren Ergebnissen die richtigen und praxisrelevanten Schlussfolgerungen gezogen werden.

1. Eine repräsentative Befragung von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen zwischen Ende 2019 und Anfang 2020 (vor Beginn der Pandemie) hatte zwei zentrale Themen. Erstens wurden Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und Belastungen erhoben, um den Bedarf an Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des MGW abschätzen zu können. Zweitens wurden Daten zum Zugang erfragt, darunter zur Kenntnis der Maßnahmen oder zu den Hürden der Inanspruchnahme.
2. Da Erfahrungen mit den Einrichtungen und der therapeutischen Kette sowie Beschreibungen zur Nachhaltigkeit von Wirkungen nur berichten kann, wer die Angebote schon nutzte, wurden ehemalige Patientinnen und Patienten angeschrieben und gebeten ihre individuelle Situation sowohl vor als auch unmittelbar nach der Maßnahme sowie zum Befragungszeitpunkt zu beschreiben. Wie die Patientinnen und Patienten die Umsetzung der Maßnahmen und den Zugang wahrgenommen hatten, ergänzte die Erhebung.
3. Zu ihren Konzepten und Strategien, sich den neuen Zielgruppen zu öffnen sowie den damit ggf. verbundenen Problemen wurden die Einrichtungen befragt.
4. Eine Erhebung bei Ärztinnen und Ärzten fokussierte auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen ebenso wie auf Fragen zum Zugang.
5. Unter der Annahme, dass eine fachliche Beratung der passgenauen Auswahl ebenso wie einer förderlichen Vor- und Nachbereitung der Maßnahmen dienlich sei, wurden Beratungsstellen einbezogen. Fragen bezogen sich auf Umfang und Themenschwerpunkte der Beratung. Unterschiede zwischen den Zielgruppen wurden untersucht.

Diese fünf Erhebungen waren eingebettet in Sekundärdaten- bzw. Literaturanalysen sowie Interviews mit Expertinnen und Experten. Die Studie wurde durch eine Gruppe aus Vertreterinnen und einem Vertreter der Trägergruppen/Trägerverbände sowie der Geschäftsstelle des MGW begleitet. Erhebungsinstrumente und das organisatorische Vorgehen in verschiedenen Modulen wurden außer mit dem BMFSFJ auch mit dieser Begleitgruppe umfangreich abgestimmt.

2.2 Datenbasis und methodisches Vorgehen

Online-Access-Panel von Zielgruppen

Befragt wurden im Rahmen eines Online-Access-Panels insgesamt 3.799 Personen, davon 3.796 volljährige. Für Personen dieser Brutto-Stichprobe wurden Angaben zum Alter, Geschlecht, zur Zahl der Haushaltsmitglieder über und unter 18 Jahren gestellt sowie zur Frage, ob sie Angehörige pflegen. Die Daten wurden gewichtet, um die in der Grundgesamtheit der

erwachsenen Bevölkerung bekannten Merkmale (Alter, Geschlecht, Haushaltsmitglieder) repräsentativ abzubilden.⁷

Gewichtet wurden die Daten überdies hinsichtlich der Pflege von Angehörigen und hinsichtlich der Eltern mit behinderten Kindern. Von den befragten Personen gaben 16,2 Prozent an, pflegebedürftige Angehörige zu pflegen.⁸ Auch wenn sich hierzu keine Daten aus der offiziellen Bevölkerungsstatistik entnehmen lassen, entspricht dies nicht dem Stand der Fachliteratur (z. B. Geyer 2016, S. 27). Der Unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019, S. 14) geht in seinem Bericht von vier bis fünf Mio. pflegenden Angehörigen aus, nach Daten des Online-Access-Panels wären es rund elf Mio. Entsprechend wurden die Fälle von Befragten, die angaben Angehörige zu pflegen, niedriger gewichtet. Gleiches gilt für Eltern mit behinderten Kindern.⁹ Alle Rechnungen wurden mit den gewichteten Daten durchgeführt.

Personen, die entweder Angehörige pflegten oder in deren Haushalt Kinder unter 18 Jahren lebten, zählten potenziell zur Zielgruppe des MGW.¹⁰ Diese 1.330 Personen wurden im Hauptteil der Erhebung weiter befragt. Angaben, die sich spezifisch auf die Erfahrungen mit Maßnahmen des MGW richteten, wurden nicht ausgewertet, da die Häufigkeitsverteilungen darauf hingen, dass zu viele Befragte nicht hinreichend valide zwischen Maßnahmen in MGW-Einrichtungen und irgendwelchen anderen „Kuren“ unterscheiden konnten.

Textbox 1 Methodische Unterschiede zur Vorgängerstudie

Entsprechend der Leistungsbeschreibung waren Teile der Erhebung an einer Studie des Ifes (Faßmann et al. 2008) angepasst, um Entwicklungen in der Zeit über Vergleiche der damaligen und der vorliegenden Studie zu ermöglichen. Fragen zum Bedarf erfolgten in ähnlicher, jedoch nicht identischer Weise wie in dieser Vorgängerstudie. Vier Abweichungen in der Erhebung sind relevant:

- Die Befragung 2019 wurde über ein Online-Access-Panel umgesetzt, nicht über eine CATI-Befragung, wie im Jahr 2007.
- Nur 2019 wurden pflegende Angehörige in die Stichprobe aufgenommen, die keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt hatten.

⁷ Angaben zur Grundgesamtheit wurden der Bevölkerungsstatistik entnommen (Destatis 2019a). Nicht aus Sekundärdaten ließ sich die Verteilung des Geschlechts „divers“ nach Alter und Haushaltsgröße entnehmen. Hier wurde angenommen, dass sich die wenigen Fälle in der Befragung zu jeweils 50 % aus Frauen und Männern der Grundgesamtheit speisen. Bereits die ungewichtete Stichprobe entsprach der Grundgesamtheit weitgehend, i. d. R. mussten Zellen lediglich mit Faktoren zwischen 0,66 und 1,9 gewichtet werden. Lediglich in besonders seltenen Fällen (z. B. über 75 Jahre alte Frauen in Haushalten mit vier oder mehr Mitgliedern) musste deutlich höher gewichtet werden (z. B. Faktor 16 oder 33). Da diese seltenen Fälle nur in Ausnahmen zur Zielgruppe der MGW zählen und im weiteren Verlauf ausgescreent wurden (d. h., ihnen wurden keine weiteren Vertiefungsfragen gestellt), verzerrt ihre hohe Gewichtung den Kern der Befragung nicht wesentlich.

⁸ Es wurde nicht nach dem Umfang der Pflege gefragt. Damit erfasst die Befragung auch Fälle mit einer sehr geringfügigen Beteiligung an der Pflege. Möglicherweise ist das der Grund für den hohen Anteil pflegender Angehöriger in der Befragung.

⁹ Daten zum Anteil schwerbehinderter Menschen unter 18 Jahren (2 % von insgesamt 7,9 Mio.) wurden dem Statistischen Bundesamt entnommen (Destatis 2020c).

¹⁰ Die Altersgrenze bei den Maßnahmen für nicht-pflegebedürftige Begleitkinder liegt bei zwölf Jahren, allerdings gilt der Rechtsanspruch von Müttern und Vätern auf die Maßnahme (dann ohne Begleitung des Kindes) auch bei älteren Kindern.

- In der Befragung 2007 wurden Haushalte befragt und in den Haushalten dann mit den Personen das Interview geführt, die die Haupterziehungsverantwortung übernahmen, was überwiegend Mütter waren. In der Befragung 2019 wurden Männer und Frauen unabhängig davon befragt, ob sie bei sich die Haupterziehungsverantwortung sahen.
- Der Fragebogen von 2019 umfasste einige zusätzliche Items zur Erhebung von Erkrankungen, Belastungen, Beschwerden und Gesundheitsstörungen, um der 2018 aktualisierten Begutachtungsanleitung der GKV besser gerecht zu werden.

Der wesentliche Unterschied liegt jedoch in der Operationalisierung des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs (vgl. dazu Kapitel 3.1 sowie 3.3.4).

Befragung von Beratungsstellen

Die Befragung der Beratungsstellen erfolgte als Brutto-Voll-Erhebung und online. Der Link zum Online-Fragebogen wurde den Beratungsstellen per E-Mail zugeschickt, die Adressen wurden über die Geschäftsstelle des MGW zugänglich gemacht (n = 960).¹¹ Erhebungszeitraum war Dezember 2019. Der Fragebogen enthielt rund 40 zum Großteil standardisierte Fragen. An der Befragung beteiligten sich 352 Beratungsstellen mit einem (nahezu) vollständig bearbeiteten Fragebogen (Netto-Stichprobe). Das entspricht einem Rücklauf von 36 Prozent.

Befragung von Einrichtungen

Die Befragung der Einrichtung wurde über einen Online-Fragebogen als Brutto-Vollerhebung umgesetzt. Der über die Geschäftsstelle des MGW zur Verfügung gestellte Verteiler umfasste zunächst 73 Einrichtungen, von denen eine während der Laufzeit ausschied.

Im Januar 2020 wurden die Einrichtungen auf die Befragung vorbereitet. Auf Anregung der Begleitgruppe wurde sie gebeten, bis zum Start der Befragung eine Vorabzählung durchzuführen. Demnach sollten zu Patientinnen und Patienten, die zwischen Januar bis Mai 2020 an den Maßnahmen teilnehmen würden, auf Basis der Eingangsuntersuchung zusätzliche nicht routinemäßige Kategorisierungen vorgenommen werden: zur Zielgruppe (Personen in Erziehungs- und/oder Pflegeverantwortung) und zum faktischen Vorsorge- und Reha-Bedarf.¹²

Die eigentliche Online-Befragung startete im Mai 2020. Die ursprüngliche geplante Laufzeit der Befragung wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie bis Ende September 2020 verlängert. An der Befragung beteiligten sich 48 Einrichtungen (Rücklauf von 67 %). Die Struktur der Stichprobe zeigte nur geringfügige Abweichungen gegenüber der Grundgesamtheit (nach Angaben des MGW, Stand September 2020).¹³ Statistische Korrekturen waren deshalb nicht erforderlich.

¹¹ Hierbei handelt es sich um bereinigte Fälle (d. h. ohne unzustellbare, aufgegebene und doppelte gezählte Adressen). Der unbearbeitete Verteiler enthielt rund 1.100 Adressen.

¹² 37 der 48 befragten Einrichtungen führten die Vorabzählung durch und dokumentierten die Informationen für insgesamt 3.709 Patientinnen und Patienten. Aufgrund der Pandemie muss man davon ausgehen, dass der Erhebungszeitraum rund zwei Monate betrug, sodass diese Auszählung rund 40 bis 50 % aller Patientinnen und Patienten in diesem Zeitraum abgebildet haben dürfte, was für eine gute Datenbasis spricht.

¹³ Geprüft wurde der Rücklauf hinsichtlich der folgenden Merkmale: Anteil der Einrichtungen mit Rehabilitationsverträgen, Träger der Einrichtung, Größe der Einrichtungen, regionale Verteilung, Klinikart (Einrichtungen mit Mutter-Kind-, Vater-Kind- und/oder Mütterkuren).

Befragung von Patientinnen und Patienten

Die Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten erfolgte schriftlich (Paper-Pencil). Jede Einrichtung wurden gebeten, unter den Patientinnen und Patienten, die zwischen Oktober 2019 und Februar 2020 eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme absolviert hatten, 30 Personen zunächst nach Schichtungskriterien und dann zufällig auszuwählen. Die Schichtungskriterien waren so angelegt, dass die Fragebögen von den Einrichtungen (je nach ihren Möglichkeiten) an überdurchschnittlich viele männliche Patienten weitergeleitet werden sollten und/o-der an pflegende Angehörige. Ziel war ein quantitativ nennenswerter Rücklauf auch für diese verhältnismäßig kleinen Zielgruppen.

An der Befragung beteiligten sich 671 ehemalige Patientinnen und Patienten. Dies entspricht einem Rücklauf von 31 Prozent ($73 \text{ Einrichtungen} \times 30 \text{ Fragebögen} = 2.190$). Die Fragebögen ordneten sich 55 Einrichtungen zu. Unter der Annahme, dass dies der Anzahl aller Einrichtungen entspricht, die die Fragebögen weitergeleitet haben, liegt der Rücklauf bei 41 Prozent unter den faktisch angeschriebenen Personen ($55 \text{ Einrichtungen} \times 30 \text{ Fragebögen} = 1.650$).

Der Anteil der männlichen Befragten liegt in der Stichprobe bei 6,2 Prozent und somit (wie erwünscht) über dem in der Grundgesamtheit (im Jahr 2019 waren 4,4 Prozent aller Patientinnen und Patienten männlich). Für repräsentative Ergebnisse wurde der Datensatz gewichtet. Das heißt: De facto haben sich 41 Patienten an der Befragung beteiligt. Durch die Gewichtung wurden sie in statistischen Analysen wie „nur“ 30 Männer behandelt.

136 ehemalige Patientinnen und Patienten pflegen pflegebedürftige familiäre Angehörige oder beteiligen sich an deren Pflege. Das entspricht einem Anteil von 20 Prozent an der Stichprobe. Darunter befinden sich vier Männer sowie 35 Personen, bei denen keine Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren im Haushalt leben.¹⁴ Im Abgleich mit der von den Einrichtungen durchgeführten Vorabzählung zeigt sich, dass der Anteil pflegender Angehöriger in der Patienten-Stichprobe (20 %) in etwa dem Wert aus der Vorabzählung der Einrichtungen (18 %) entspricht.

Befragung von Ärztinnen und Ärzten

Für die Befragung wurde eine Zufallsstichprobe von Ärztinnen und Ärzten gezogen, differenziert nach Statistiken des Bundesarztregisters zu Arztgruppen und ihrer Verteilung nach Kassenärztlicher Vereinigung (KBV 2018). Die Stichprobenziehung erfolgte über die 17 regionalen Auskunftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bruttostichprobe lag bei 1.050 (85 % Hausärztinnen und -ärzte und 15 % verteilt auf die übrigen Gruppen).¹⁵

¹⁴ Nur einzelne der pflegenden Angehörigen waren mit einem erwachsenen behinderten Kind oder mit der zu pflegenden Person in der Kur. Aufgrund der nur kleinen Fallzahl waren statistisch getrennte Auswertungen von erwachsenen und minderjährigen behinderten Kindern nicht möglich. Sie wurden als eine Gruppe betrachtet.

¹⁵ Es gab keine zugänglichen Informationen darüber, wie sich die Verordnungen von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen auf ärztliche Fachgruppen verteilen. Grundsätzlich gelten Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner (Hausärztinnen und -ärzte) als die Gruppe, die den größten Anteil an den Verordnungen ausmacht. Die Befragung zielte deshalb v. a. auf diese Berufsgruppe, umfasste aber mit geringeren Fallzahlen in der Brutto-Stichprobe auch weitere Fachrichtungen: Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie und

Der Fragebogen wurde einem Pretest durch medizinisches Fachpersonal unterzogen. Die Befragungseinladungen wurden schriftlich versandt. Die Ärztinnen und Ärzte konnten wählen, ob sie den Fragebogen per Hand ausfüllen oder die Online-Variante des Fragebogens nutzen.

Der Befragung startete im März 2020 und fiel somit zeitlich mit der Covid-19-Pandemie zusammen. Bis Ende Mai 2020 beteiligten sich 139 Ärztinnen und Ärzte der Befragung. Das entspricht einem Rücklauf von 13 Prozent.¹⁶ 90 Prozent von ihnen hatten in den letzten fünf Jahren stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des MGW verordnet.

Interviews mit Expertinnen und Experten

Interviews mit Expertinnen und Experten wurden über die gesamte Laufzeit der Studie geführt. Sie dienten teils zur Vorbereitung von Erhebungen, teilweise zur Kontextualisierung und Vertiefung von Erhebungsergebnissen. Die Erkenntnisse flossen entsprechend in den Bericht ein, ohne in einem gesonderten Kapitel dokumentiert zu werden. Die Interviews verteilten sich über folgende Themenbereiche:

- Praktische Erfahrungen der Anbieter der Maßnahmen im MGW sowie Vergleich von ihren Angeboten mit denen anderer Einrichtungen (auch Thema „Familienkuren“),
- hemmende und fördernde Faktoren für den Erhalt der Leistungen,
- GKV-Leistung, Vertragspolitik,
- Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten auf der Basis der letzten Erhebung im QS-Reha-Verfahren,
- Familienforschung und Geschlechtsspezifik,
- Bedarfe und Anforderung von Vätern, Spezifika der Männer-/Vätergesundheit,
- Bedarfe und Anforderungen pflegender Angehöriger,
- Bedarfe und Anforderungen von Eltern behinderter Kinder, MVKM und Teilhabe sowie
- Regenbogenfamilien.

Zu den Details vergleiche Tabelle 61 im Anhang 10.

Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie (orientiert an KBV 2007). Hierbei handelt es sich um die Fachrichtungen, die (nach Auskunft von Beteiligten) prinzipiell für den Zugang zu Maßnahmen in Einrichtungen des MGW relevant sind. Befragt wurden Beteiligte im Rahmen von Experteninterviews sowie über telefonischen Anfragen bei Mitarbeitenden in Einrichtungen des MGW, bei Krankenkassen-Mitarbeitenden oder bei Ärztinnen und Ärzten.

¹⁶ Davon waren 115 Allgemeinmediziner (Hausärzte) und 24 Ärztinnen und Ärzte aus anderen Fachrichtungen. Gynäkologie war nicht vertreten, sodass alle Befragten prinzipiell alle Geschlechter gleichermaßen versorgen. Rund 80 Prozent der Befragten hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits mehr als fünf Jahre Praxiserfahrung. In der Stichprobe waren 48 % Ärztinnen. Die Standorte Praxen verteilten sich gleichmäßig auf eher ländliche Regionen (32 %), Kleinstädte (30 %) und Großstädte (33 %).

3 Fachlicher Hintergrund

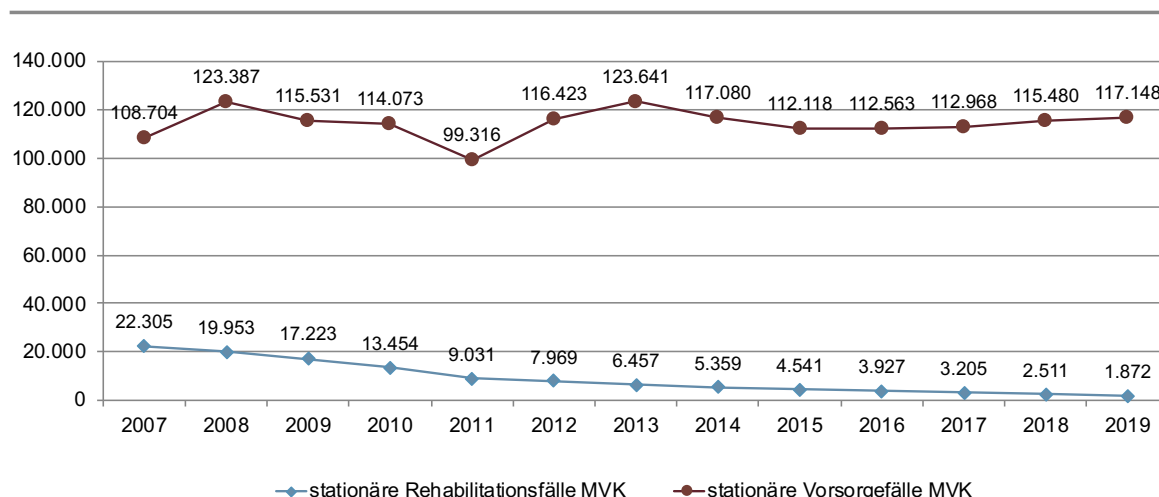
3.1 Eckdaten des Untersuchungsgegenstandes der Mütter-/Vater-/Kind-Kuren

Die Reha- und Vorsorgeleistungen für Mütter, Väter und Kinder werden 2019/20 in insgesamt 132 Einrichtungen erbracht¹⁷ von denen 73 Einrichtungen im MGW waren (bzw. noch 72 sind). Zu beachten ist, dass nachfolgende Ausführungen sich teils auf die Maßnahmen aller Einrichtungen, teils auf die des MGW beziehen.

Vorsorge und Rehabilitation

Die stationären Rehabilitations- und Vorsorgefälle¹⁸ von Müttern und Vätern in der GKV entwickelten sich zwischen 2007 und 2019 unterschiedlich (vgl. Abbildung 1). Die Zahl der Rehabilitations-Patientinnen und Patienten geht stetig zurück. Die Zahl von Vorsorge-Patientinnen und Patienten nimmt dagegen mit einigem zwischenzeitlichem Auf und Ab im selben Zeitraum insgesamt zu.

Abbildung 1 Stationäre Reha- und Vorsorgefälle für Mütter und Väter in der GKV 2007 bis 2019



Quelle: eigene Berechnungen nach KG5-Statistik

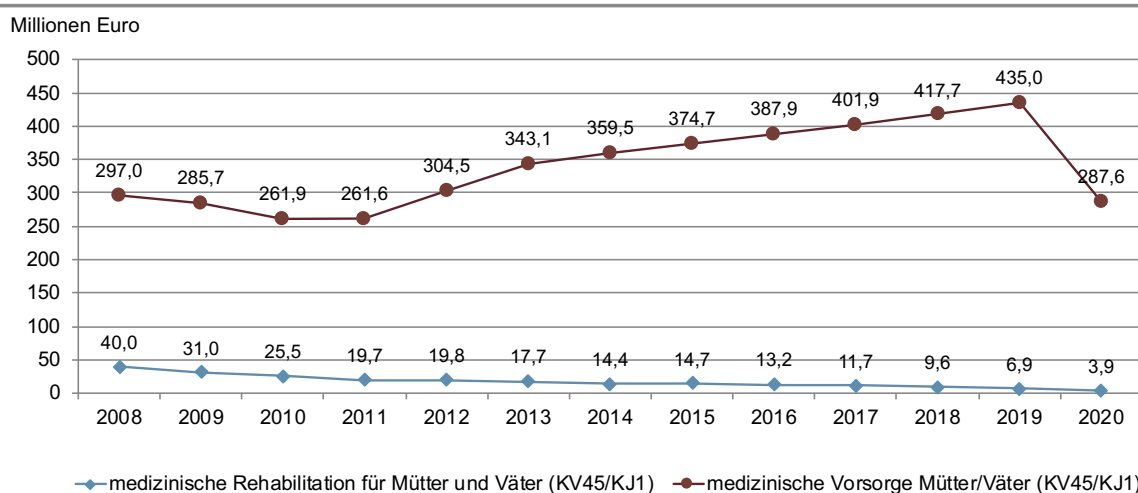
© INTERVAL/BIAG 2021

Die Kosten entwickelten sich nicht in gleicher Weise (vgl. Abbildung 2). Während z. B. zwischen 2009 bis 2019 die Zahl der Vorsorge-Fälle annähernd gleich blieb (plus 1,3 %) stiegen die GKV-Ausgaben für diese Fälle deutlich (plus 52,3 %). Dem Rückgang der Reha-Fälle im gleichen Zeitraum (minus 89,1 %) steht hingegen auch ein Rückgang der Ausgaben in ähnlicher Größenordnung (minus 77,7 %) gegenüber. Ausführungen zu den Tagessätzen sind dem Anhang 10, Kosten und Vergütung zu entnehmen.

¹⁷ Kurklinikverzeichnis (2021)

¹⁸ Der Schluss von Fällen auf Personen ist bei dieser Leistungsarten mit einem i. d. R. mehrjährigen Intervall zulässig. Dass eine Person in einem Jahr mehrfach diese Leistung in Anspruch nimmt, ist unwahrscheinlich.

Abbildung 2 GKV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge für Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen 2008-2020



Quelle: eigene Berechnungen nach KJ1-Statistik

© INTERVAL/BIAG 2021

In der Tabelle 1 sind für den Zeitraum 2002 bis 2019 Eckdaten für die Entwicklung von vier Leistungsindikatoren der Einrichtungen des MGW zusammengestellt. Danach sank die Ablehnungsquote für Maßnahmen in diesen Einrichtungen nach 2011 beträchtlich, bewegt sich seitdem aber bei Müttern auf dem erreichten Niveau. Widersprüche sind auf einem sehr hohen Niveau mit zuletzt sogar noch leicht steigender Tendenz erfolgreich.¹⁹ Die Zahl von Müttern in Maßnahmen nimmt absolut im gesamten Betrachtungszeitraum ab, nahm nach 2011 am kräftigsten zu, und bleibt seitdem auf dem erreichten Niveau. Seitdem Väter im Jahr 2011 das erste Mal in der Statistik auftauchen, steigt ihre Zahl in MGW-Maßnahmen stetig an. Die Entwicklung der Zahl von Kindern in MGW-Einrichtungen entspricht im Großen und Ganzen der der Mütter.

Tabelle 1 Eckdaten zu Eltern-Kind-Maßnahmen für Rehabilitation und Vorsorge 2002-2019

Jahr	Ablehnungsquote der Erstanträge	Anzahl Mütter in MGW-Maßnahmen	Anzahl Väter in MGW-Maßnahmen	Anzahl Kinder in MGW-Maßnahmen
2002	32 %	50.000		68.000
2007	28 %	43.000		63.000
2011	35 %	39.000	900	56.000
2012	19 %	44.000	1.000	64.000
2015	11 %	49.000	1.500	72.000
2018	11 %	48.000	1.600	71.000
2019	11 %(Mütter)/17 %(Väter)	47.000	2.100	70.000

Quelle: MGW (2020)

Die Zahl der Nutzenden ändert sich seit Jahren kaum noch, trotz der Zunahme der Zahl von Müttern und Vätern, der Zunahme alleinerziehender Mütter (seltener Väter) und ihren eher zunehmenden Gesundheitsstörungen und familiären Belastungen. Dafür gibt es mehrere Gründe: Erstens war die bauliche Belegungsgrenze der existierenden Einrichtungen mit rd. 50.000

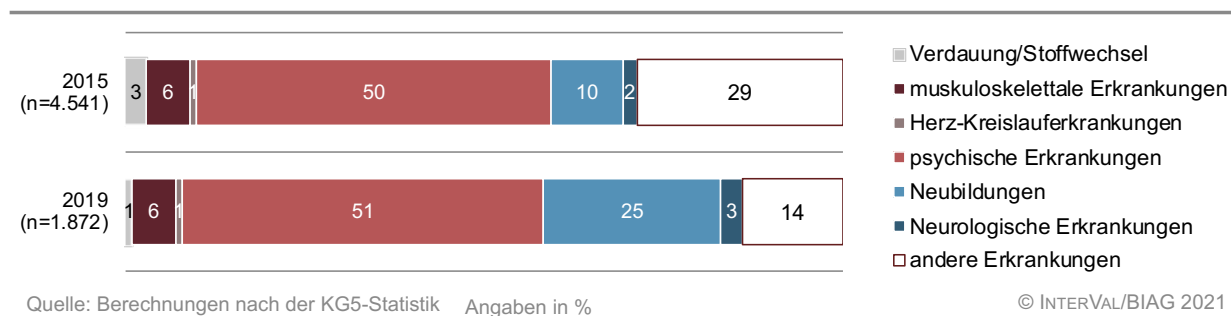
¹⁹ 2019 74 % der Widersprüche erfolgreich; 2018=70 %

Plätzen in den letzten Jahren erreicht. Zweitens schwankte die Zahl der Nutzenden zwischen 2015 und 2019 wegen notwendiger Baumaßnahmen und den teilweise monatelangen Schließungen. Drittens erhöhte sich die Anzahl der belegbaren Plätze durch die Baumaßnahmen nur geringfügig. In der Beratungsstellenbefragung wurde auf eine wachsende Anzahl von Interessentinnen und Interessenten hingewiesen, die das Anliegen einer Antragstellung bereits in der Beratungsphase aufgeben. Zu den qualitativen Gründen hierfür zählt z. B. der Aufwand bis zum Erhalt einer Maßnahme (u. a. Besuch Arzt/Ärztin, Antrag und Gespräch mit der Krankenkasse), Schwierigkeiten bei der Koordination mit Arbeitgeber und Partner oder Partnerin, nicht erfüllbarer Wunsch nach einer Familienkur oder Interessentin /Interessent braucht für ihre gesundheitlichen Probleme mehr als eine Rehabilitation- oder Vorsorgemaßnahme.)

Indikationen

Indikationen können der KG5-Statistik entnommen werden. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass diese Statistik nur Angaben zur Diagnosenstruktur der Rehabilitationsfälle enthält und keine Angaben zu den Diagnosen der Nutzerinnen und Nutzer von Vorsorgeangeboten. Zu vermuten ist, dass bei den letztgenannten Personen die Häufigkeit von Diagnosen anders ist. Der Vergleich der Zusammensetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Indikationen in den Jahren 2015 und 2019 (Abbildung 3) zeigt für beide Jahre die überraschende Präsenz der Personen mit psychischen Erkrankungen von umfassenden Erschöpfungszuständen bis zu Depressionen. Es führt offensichtlich die Abnahme des 2015 hohen Anteils der Fälle mit „anderen Erkrankungen“ zu der erheblichen Zunahme des Anteils von Müttern und Vätern mit Krebserkrankungen im Jahr 2019.²⁰

Abbildung 3 Hauptindikationen der Reha-Fälle (§ 41 SGB V) von Müttern und Vätern in der GKV



3.2 Rechtlicher Rahmen

Der rechtliche Rahmen, die rechtlichen Normen und die für die Umsetzung notwendigen Richtlinien und Instrumente für die Anspruchsberechtigung, die Begutachtung von Anträgen und ihre Bewilligung von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen als GKV-Leistung haben sich über 30 Jahre hinweg entwickelt und werden sich gemäß dem modernen Verständnis von gesetzlich

²⁰ Hier wäre noch zu klären, ob diese Patientinnen und Patienten nicht angesichts der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung in anderen Einrichtungen als denen für Mutter-, Vater- und Mutter-Kind- oder Vater-Kindmaßnahmen besser behandelt werden könnten.

fundierten sozialen Institutionen und Verfahren als lernenden Systemen noch weiterentwickeln. Eine detaillierte Übersicht zum rechtlichen Rahmen findet sich im Anhang 8.

3.3 Eckdaten der externen Qualitätssicherung mit dem QS Reha®-Verfahren

Wenn es um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht von Einrichtungen, Behandelnden und Patientinnen und Patienten und um die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit überwiegend stationären aber auch ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen geht, liefert das gesetzlich verpflichtende QS Reha®-Verfahren zur externen vergleichenden Qualitätssicherung bereits seit dem Jahr 2000 für eine Reihe überwiegend somatischer Indikationen und seit 2015 auch für Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen Daten auf Basis von Einrichtungs-, Behandler- und Patientinnen und Patienten-Befragungen. An den Befragungen in der zuletzt dritten Erhebungsrunde für den Zeitraum 2018-20 beteiligten sich 55.756 Patientinnen und Patienten und 849 Fachabteilungen bzw. Einrichtungen.

Textbox 2 Methodischer Hintergrund zum QS-Reha®-Verfahren

Dieses Verfahren zur Qualitätsmessung von Reha-Maßnahmen ist gesetzlich im § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V verankert, beim Spitzenverband Bund der GKV angesiedelt, seine Erhebungsinstrumente sind weitgehend validiert und durch die Vertragspartner/Stakeholder (darunter auch die Trägerverbände der Einrichtungen des MGW) im „Gemeinsamen Ausschuss“ (nach § 137d SGB V) konsentiert und für das gesamte Verfahren gibt es eine unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V wissenschaftliche Institute.²¹

Die teilnehmenden Einrichtungen/Fachabteilungen erhalten zur und während der Erhebung Unterstützung durch Schulungen für die interne Koordination, Besuche von Visitorinnen und Visitoren²² und schließlich für die jeweilige dreijährige Erhebungsrunde eine umfangreiche Qualitätssynapse in der sie ihre eigenen Werte mit den anonymisierten Werten der anderen Einrichtungen/Referenzeinrichtungen vergleichen können. Einrichtungen, die auffällige, mit einem standardisierten Algorithmus berechnete Qualitätswerte haben, nehmen an einem strukturierten Qualitätsdialog zu den Gründen dieser Auffälligkeit teil.²³

Sämtliche einrichtungsbezogenen Ergebnisse stehen bisher nur den gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihren Verbänden für ihre Beratungstätigkeit von Versicherten zur Verfügung. Eine darüber hinausgehende Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, den Stellen der Kurberatung oder der allgemeinen Öffentlichkeit z. B. nach dem Modell der „Weißen Liste“ „kann“ es geben²⁴, gibt es aber bisher faktisch nicht. Ob sich daran etwas ändert, entscheidet sich, wenn der Entwurf für das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verabschiedet wird.

²¹ Bis Ende 2020 das BQS- und seit Anfang 2021 das AQUA-Institut. Weitere Details zum gesetzlichen Auftrag, zur weiteren Organisation zur Umsetzung des Auftrags in Vereinbarungen, die Liste der Verfahrenspartner und die bisher veröffentlichten Berichte finden sich auf der Website des QS Reha®-Verfahrens (GVK-Spitzenverband 2019)

²² Dies sind im QS Reha®-Verfahren beauftragte Personen, die stichprobenartig in am Verfahren beteiligten Einrichtungen, die von diesen selbst dokumentierten Angaben zur Struktur- und Prozessqualität überprüfen und ggfs. um Korrektur bitten.

²³ Beispielsweise fand 2017 mit 22 % der damals 130 beteiligten Mutter/Vater/Kind-Einrichtungen ein solcher Qualitätsdialog statt.

²⁴ So heißt es im § 9 der Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der stationären Vorsorge, der ambulanten und der stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen (GVK-Spitzenverband 2008) in den Absätzen 2 und 5: „Die Versicherten,

Das QS-Reha®-Verfahren wird regelmäßig (alle drei Jahre) in den teilnehmenden Fachabteilungen wiederholt. Zu einem bestimmten Stichtag wird festgelegt, welche Fachabteilungen eines Indikationsbereiches am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen. Die Qualitätsergebnisse der Fachabteilungen haben eine Gültigkeit von drei Jahre (Näheres findet sich im Methodenhandbuch zum Verfahren: BQS 2019). Für die Messung bzw. Erhebung der Qualität werden Stichproben der Patientinnen und Patienten gezogen. Im Indikationsbereich Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen für Mütter/Väter und Kinder werden für die uns in unserem Projekt besonders interessierende Erhebung der Ergebnisqualität durch Fragebögen für Behandelnde und Patientinnen und Patienten (Bogen zu Beginn und Bogen zur Nachbefragung sechs Wochen nach Beendigung der Maßnahme) in einer maximal 12- bis 14-monatigen Erhebungsphase bis zu 150 Patientinnen und Patienten konsekutiv einbezogen.

Im Berichtszeitraum nahmen im Indikationsbereich Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter und Kinder insgesamt 133 zum MGW gehörende und andere Einrichtungen, 7.217 Patientinnen und Patienten aus dem Bereich Mutter/Vater-Rehabilitation, 5.041 Patientinnen und Patienten aus dem Bereich Mutter/Vater-Vorsorge, 2.953 Patientinnen und Patienten aus dem Bereich Rehabilitation Kinder und 2.034 Patientinnen und Patienten aus dem Bereich Vorsorge Kinder teil.

Die Qualitätsunterdimensionen für die Bereiche Mutter/Vater/Kind-Rehabilitation und -Vorsorge unterscheiden sich insbesondere bei der Ergebnisqualität inhaltlich von den somatischen Indikationsbereichen und den Indikationsbereichen psychische und psychosomatische sowie geriatrische Erkrankungen. So werden eine Reihe der für die Leistungsqualität wichtigen mütter- und väterspezifischen Kontextfaktoren berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit diesem Gutachten sind die Daten zur Ergebnisqualität in Mutter/Vater/Kind-Maßnahmen aus Sicht ihrer Nutzerinnen und Nutzer von Bedeutung, vor allem für die Frage, was die Leistungsangebote in welcher Stärke bewirken.

Antworten auf diese Fragen liefert das QS Reha®-Verfahren durch den Vergleich der Mittelwerte von Antworten auf dieselben qualitätsbezogenen Fragen/Indikatoren zu Beginn der Maßnahme und sechs Wochen nach Beendigung der Maßnahme. Der Vergleich liefert sogenannte Cohens d-Werte²⁵ zur Effektstärke. Statistisch gilt der Effekt bei Werten von 0,2-0,5 als klein, von 0,5-0,8 als mittel und groß bei Werten über 0,8.

In der Tabelle 2 sind für das Berichtsjahr 2019/20 die Effektstärken für Väter- und Mütter in Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen dargestellt. Soweit dazu Angaben veröffentlicht worden sind, unterscheiden sich die Werte im letzten Berichtsjahr nicht von denen in vorherigen Jahren.

ggf. auch ihre behandelnden Ärzte, können die relevanten Qualitätsergebnisse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen anfordern. Die Ergebnisse werden ihnen in verständlicher Form zugänglich gemacht.“ und „Jede Einrichtung kann die Öffentlichkeit über ihre Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung und ihrem internen Qualitätsmanagement informieren.“

²⁵ Cohens d ist ein anerkannter statistischer Indikator für die Stärke der Unterschiede zwischen den Mittelwerten zweier Stichproben, in unserem Falle also der Mittelwerte identischer Gesundheitswerte zu Beginn einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme und sechs Wochen nach ihrer Beendigung.

Tabelle 2 Effektstärken der Wirksamkeit der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen im QS-Reha-Verfahren für Erwachsene

Mutter-/Vater-Maßnahmen	Rehabilitation 2019-2020	Vorsorge 2019-2020
Schwerpunkt Gesundheitsprobleme		
<i>Depressivität</i>	0,87	0,91
<i>Somatische Symptome</i>	0,79	0,80
<i>Zufriedenheit mit der Gesundheit</i>	0,46	0,51
<i>Gefühlte Belastung durch Erkrankung(en) des Kindes/der Kinder</i>	0,26	0,30
<i>Leiden unter Hautproblemen</i>	0,14	0,14
<i>Leiden unter Essstörungen</i>	0,03	0,02
<i>Beschwerden durch allergische Reaktionen</i>	0,21	0,21
Schwerpunkt mütter-/väterspezifische Kontextfaktoren		
<i>Funktionsfähigkeit im Alltag</i>	0,49	0,48
<i>Selbstwert</i>	0,57	0,59
<i>Suche nach sozialer Unterstützung</i>	0,38	0,41
<i>Handlungsorientierte Bewältigung</i>	0,23	0,26
<i>Elternspezifische Belastungsfaktoren</i>	0,48	0,51
<i>Umweltbezogene Belastungsfaktoren</i>	0,38	0,42
<i>Familienbezogene Sorgen</i>	0,37	0,40
<i>Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit</i>	0,55	0,57
<i>Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in der Familien-/Hausarbeit</i>	0,06	0,10
<i>Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt durch den Gesundheitszustand des Kindes/der Kinder</i>	0,20	0,25
Quelle: (Indikator Cohens d-Wert) (BQS 2020: S. 74ff.)		

Die Effektstärke der Mutter/Vater-Rehabilitation und -Vorsorge liegt bei 11 von 17 Indikatoren der Ergebnisqualität mehr oder weniger weit unter 0,5 und ist damit im statistischen Sinn klein oder nicht messbar. Vier Indikatoren haben eine mittlere und zwei eine große Effektstärke. Orientiert man sich unter Bezug auf die an anderer Stelle dargestellten „Umsetzungsempfehlungen“ für Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen an der Unterscheidung von Qualitätsunterdimensionen, die sich eher auf Gesundheitsprobleme beziehen und Unterdimensionen, die eher etwas mit mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren zu tun haben, gibt es große Effekte nur bei zwei der sieben Gesundheitsproblem-Indikatoren. Bei den zehn Kontextfaktoren-Indikatoren erreicht keiner einen großen Effekt und die meisten auch nur kleine Effektstärken. Die Effektstärken derselben Qualitätsunterdimensionen bei Vorsorgemaßnahmen unterscheiden sich praktisch nicht (alle Details in Tabelle 2).²⁶

Da die meisten Werte der Effektstärke auch bei anderen Indikationen kontinuierlich gering oder nur mittelgroß waren und sind, ist entweder an der Wirksamkeit von Rehabilitation zu zweifeln oder daran, ob das QS Reha®-Verfahrens die Stärken für die relevanten Effekte korrekte ermittelt. So wiesen Rehabilitationswissenschaftler bereits 2009 auf folgendes Problem hin: In die Auswertung gingen auch Patientinnen und Patienten ein, „die zu Reha-Beginn auf der

²⁶ Angaben zu den Effektstärken bei Kindern sind dem Anhang (Tabelle 59) zu entnehmen.

jeweiligen Dimension gar nicht belastet sind, sodass auch keine Veränderungen zu erwarten sind“ (Farin et al. 2009: S. 169) und folglich auch nur geringe oder keine Effektstärken gemessen werden können. Ähnliches gilt, wenn es Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen zu Beginn extrem schlecht geht. Bevor es so scheint, dass Rehabilitation keine oder nur sehr kleine Effekte hat, empfehlen sie, Befragte mit solchen Merkmalen bei der Berechnung von Wirkungen nicht zu berücksichtigen. Bezöge man in die Befragungen und Berechnung der Effektstärken nur die belasteten Patientinnen und Patienten ein, würden die Effektstärken „um ca. 50 % höher ausfallen“ (Farin et al. 2009: S. 170).²⁷

Aktuell aber bisher nichtöffentlich wird unter den Begriffen Boden- und Deckeneffekte zumindest über die Existenz des Problems diskutiert. Angehörige des „Gemeinsamen Ausschuss“ wiesen auf inhaltliche Mängel der Fragebögen für Patientinnen und Patienten hin, die u. U. mit für die geringen Effektstärken verantwortlich sein könnten. In einer nicht veröffentlichten „Stichwortsammlung (...) zu allen PatientInnenfragebögen im Mutter/Vater/Kind(MVK)-Bereich“ von Müttergenesungswerk (MGW) und Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) aus dem Jahr 2019 heißt es dazu u. a.: „Fragebögen bilden die Ergebnisqualität der MVK-Leistungen nicht ab, vor allem fehlen Fragen zur Eltern-Kind-Interaktion. Fragebögen sind zu wenig indikationsspezifisch, um Effekte der Maßnahmen abbilden zu können“ und „Fragen/bilden nicht alle relevanten Kontextfaktoren ab.“ (MGW/BDPK 2019).

²⁷ Bis heute führte diese Kritik zu keinen praktischen Änderungen der Berechnungsweise.

4 Bedarfe der Zielgruppen

Die Befragung der ehemaligen Patientinnen und Patienten liefert einen wertvollen Beitrag, um Vorsorge- und Reha-Bedarfe in der Bevölkerung abzuschätzen. Sie liefert einen Referenzwert zu Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die in Kombination mit familiären und elterlichen Belastungen und Beeinträchtigungen für Ärzte und Ärztinnen typischerweise ausreichend sind, den Bedarf der Maßnahmen zu attestieren. Hiernach haben in der Zielgruppe der Maßnahmen, (d. h. unter Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen) 18,9 Prozent wahrscheinlich einen so Vorsorge- und Reha-Bedarf (darin 23,9 % der Frauen und 13,8 % der Männer). Zu den Berechnungen im Detail vgl. insb. die Kapitel 4.1, 4.2.2 und 4.3.1. Der hierfür gebildete Index zur Abschätzung des wahrscheinlichen Vorsorge- und Reha-Bedarfs bewährt sich auch für den Vergleich verschiedener Zielgruppen. Er ist z. B. bei jenen, die Kinder und pflegebedürftige Angehörige zugleich betreuen, verständlicherweise durch die Doppelbelastung besonders hoch.

4.1 Theorie zur Operationalisierung des Vorsorge-/Reha-Bedarfs, Begriffsdefinition

Der Bedarf stationärer Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter muss fallspezifisch durch Ärzte und Ärztinnen festgestellt werden. Keine Abschätzung, die auf Selbstauskünften beruht, darf somit mit einer exakten Bedarfsfeststellung verwechselt werden. Im Rahmen der Studie wurde dennoch eine Operationalisierung über Selbstauskünfte umgesetzt, da sie als Grundlage für Gruppenvergleiche ausreichend erscheint (z. B. für Fragen, wie viel häufiger potenzielle Bedarfe bei pflegenden Angehörigen sind oder wie viel seltener bei Vätern). Ebenso sind sie geeignet, die Wahrnehmung von Erkrankungen, Beschwerden, Belastungen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Maßnahmen des MGW zu analysieren.

Im Rahmen der Studie wurde mit dem Begleitgremium zunächst eine sehr großzügige Eingrenzung des Personenkreises abgestimmt, denen vertiefende Fragen – z. B. zur Kenntnis des MGW – gestellt werden sollten. Die großzügige Operationalisierung zumindest eines potenziellen Vorsorge-Bedarfs war angelehnt an die Begutachtungsanleitung der GKV²⁸ und zählte Personen, die folgende drei Bedingungen in Kombination erfüllen:

1. Es muss mindesten eine Gesundheitsstörung oder Erkrankung vorliegen,
2. es müssen mindestens zwei Belastungen und Beschwerden gegeben sein und
3. es muss mindestens eine eltern- bzw. familienspezifische Belastung gegeben sein oder die Person ist alleinerziehend oder sie hat mehr als ein Kind im Haushalt.

Zu beachten ist, dass solche Merkmale nach Definition der GKV noch keinesfalls einen tatsächlichen Vorsorgebedarf ausreichend definieren. In den Formulierungen der GKV heißt es lediglich, dass solche Merkmale eine Indikation darstellen „**können**“. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist die einzelfallbezogene Gesamtbetrachtung und Attestierung eines kausalen Zusammenhangs zwischen diesen Merkmalen in dem Sinn, dass „die im Antragsverfahren

²⁸ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018): Vgl. dort S. 27 ff. zu den Kriterien der Vorsorge und S. 36 ff. für die Kriterien zur Rehabilitation.

erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/vaterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem **bedingt, unterhält oder verstärkt** und eine Vorsorgeleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mütter-/Väter-Kind-Einrichtung **erfordert**“ (ebenda S. 29, Hervorhebung durch Autoren). Dabei muss beispielsweise zusätzlich auch die „Notwendigkeit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld“ (ebenda S. 27) gegeben sein.²⁹

Eine einzelfallbezogene Feststellung des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs auf der Basis unserer Befragungsdaten (im Sinne einer medizinischen Attestierung nach Aktenlage) war folglich nicht möglich. Allerdings liegen aus der Befragung von ehemaligen Patientinnen und Patienten Daten darüber vor, welche Gesundheitsstörungen, Erkrankungen, (eltern- bzw. familien-spezifischen) Belastungen und Beschwerden in Kombination dafür ausreichten, dass Ärztinnen oder Ärzte ihnen einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf attestierten. Hieraus wurde ein Index gebildet, der als Referenz dafür dient, den wahrscheinlich auch attestierbaren Vorsorge- oder Reha-Bedarf in der Bevölkerung abzuschätzen. Da die Begutachtungsrichtlinie der GKV (siehe dazu ausführlich Anhang 8) eine inhaltliche Verschränkung von gesundheitsbezogenen und familienbezogenen Problemkonstellationen als Voraussetzung für den Vorsorge- oder Reha-Bedarf definiert, wurde der Index im statistischen Sinn als Interaktionsterm definiert. Das heißt, es wurde zunächst ein erster Index für die gesundheitsbezogenen Problemkonstellationen gebildet und ein zweiter Index für die und familienbezogenen Problemkonstellationen. Der Gesamtindex des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs bildet sich aus dem Produkt beider Einzelindizes. Die Textbox 3 führt die in den Index aufgenommenen Sachverhalte auf.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im weiteren Bericht drei verschiedene Operationalisierungen nicht miteinander verwechselt werden dürfen:

1. Der wahrscheinliche „**Vorsorge- oder Reha-Bedarf**“ ist auf Basis vielfältiger aggregierter Angaben³⁰ (vgl. Textbox 3) und im Abgleich mit einem Referenzwert abgeschätzt, welcher sich aus Angaben von ehemaligen Patientinnen und Patienten berechnet (s. o.)
2. Die Personengruppe in der Bevölkerungsbefragung, der vertiefende Fragen gestellt wurden, da sie aufgrund von gesundheitlichen und familiären Problemlagen möglicherweise zur Zielgruppe des MGW zählen, ist deutlich größer. Keineswegs haben alle dieser Befragten einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf im Sinn von Punkt 1. Für diese Gruppe wird der Begriff „Personen mit **potenziellem Vorsorge- oder Reha-Bedarf** verwendet (oder synonym Personen mit potenzieller Indikation).
3. Darüber hinaus beziehen wir uns auch auf Selbsteinschätzungen von Befragten, inwieweit sie für sich einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf sehen. Diese Selbsteinschätzung wird im Bericht „**subjektiv wahrgenommener Vorsorge- oder Reha-Bedarf**“ genannt.

²⁹ Die ambulante Erbringung komplexer Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen.

³⁰ In den Index konnten nur solche Sachverhalte aufgenommen werden, die unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten sowie in der Bevölkerungsbefragung weitgehend in gleicher Weise erhoben wurden. Aufgrund von Datenschutzvorgaben für die Befragung von Patientinnen und Patienten kam es hier zu einer abweichenden Erhebung. Nicht alle erhobenen Daten gingen entsprechend ein.

Textbox 3 Bildung des Index für den Vorsorge- oder Reha-Bedarf

Aufgenommen in den Index für die **gesundheitsbezogenen Problemkonstellationen** wurde:

- Die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands (Werte von 1 bis 5),
- 17 Gesundheitsstörungen (für jede erhöht sich der Index um den Wert von 1), darunter
 - häufige Niedergeschlagenheit,
 - häufige Lustlosigkeit,
 - ständige Müdigkeit,
 - starke Erschöpfung oder das Gefühl, ausgebrannt zu sein,
 - häufige Stimmungsschwankungen,
 - häufige Gereiztheit,
 - häufige Schlafstörungen,
 - häufig Probleme sich zu entspannen,
 - Unter- oder Übergewicht,
 - häufige Unruhe oder häufige Angstgefühle,
 - häufige Konzentrationsstörungen,
 - häufige Vergesslichkeit,
 - häufige Magen-Darm-Probleme,
 - häufige Rücken-/Schulter-/Nackenbeschwerden,
 - häufige Kopfschmerzen,
 - häufig sonstige Schmerzen,
 - häufig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit,
- acht Arten von Erkrankungen, wegen derer man schon mindestens sechs Monate in medizinischer Behandlung ist (Indexerhöhung jeweils um den Wert 1), darin
 - psychische und psychosomatische Erkrankungen,
 - chronische Atemwegserkrankungen,
 - chronische Hauterkrankungen,
 - Essstörungen oder Übergewicht,
 - orthopädische Erkrankungen,
 - Herz-/Kreislauferkrankungen,
 - Tumorerkrankungen,
 - sonstige Erkrankungen und
- neun Arten zusätzlicher Belastungen (Indexerhöhung jeweils um den Wert 1),
 - Bewegungsmangel/Fehlhaltung,
 - ungesunde Ernährung,
 - Rauchen,
 - Probleme mit Alkohol-/Medikamentenkonsum,
 - ständigen Zeitdruck oder besonders belastende, unregelmäßige Arbeitszeiten,
 - Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Schule,
 - eigene oder des Partners Arbeitslosigkeit oder Angst davor,
 - finanzielle Sorgen/Schulden,
 - enge Wohnung.

Aufgenommen in den Index für die **familienbezogenen Problemkonstellationen** wurden:

- Die Zahl der Kinder im Haushalt,
- Kinder mit einer Behinderung (sie erhöhten den Index um den Wert 1) und
- neun Arten familienbezogener Belastungen (Indexerhöhung jeweils um den Wert 1) darunter
 - erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder (inkl. Frühgeborene, Mehrlingsgeburten, Teenagerschwangerschaft),
 - Erziehungsschwierigkeiten,
 - allein erziehend zu sein,
 - schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
 - Trennung von (Ehe-)Partner oder (Ehe-)Partnerin oder Probleme in der Partnerschaft,
 - Versorgung von pflegebedürftigen, behinderten oder chronisch kranken Angehörigen,
 - suchtkranke Familienangehörige,
 - mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch Familie,
 - Tod von Familienangehörigen.

4.2 Gesundheit und Belastungen unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten vor der Maßnahme

4.2.1 Angaben der Befragten im Detail

Die ehemaligen Patientinnen und Patienten beschrieben retrospektiv ihren Gesundheitszustand vor der stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme überwiegend als mangelhaft (51,0 %), zufriedenstellend (24,2 %) oder sogar schlecht (20,4 %). Ein guter oder sehr guter Gesundheitszustand war äußerst selten (2,0 % bzw. 0,2 % – 2,3 % ohne Angabe).

Der Zustand von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, die ggf. mit in der Maßnahme waren, wurde retrospektiv deutlich positiver beschrieben. Mehr als die Hälfte von ihnen hatten damals eine gute (36,3 %) oder sogar sehr gute Gesundheit (14,8 %). Ein schlechter Zustand war selten (1,5 %).³¹ Dies veranschaulicht, warum die gesundheitlichen Entwicklungen der begleitenden Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen i. d. R. nicht zum Indikator des Erfolges der Maßnahme genommen werden können. Wenn doch, dann ist danach zu differenzieren, ob diese Personen die Patientinnen und Patienten aus organisatorischen Gründen begleitete (damit sie nicht zuhause alleine sind und den Patientinnen und Patienten damit die Teilnahme an der Maßnahme möglich erscheint oder z. B. zur Stärkung der Mutter-Kind-Interaktion) oder ob sie einen eigenen Behandlungsbedarf hatten.

Tabelle 3 Gesundheitsstörungen vor der Maßnahme

<i>Litten Sie vor Beginn der Kur an einer der folgenden Gesundheitsstörungen?</i>	<i>Anteil ja in %</i>
<i>Starke Erschöpfung oder das Gefühl, ausgebrannt zu sein</i>	91,8
<i>Häufige Rücken-, Schulter- oder Nackenbeschwerden</i>	83,9
<i>Ständige Müdigkeit</i>	80,9
<i>Häufig Probleme sich zu entspannen</i>	80,5
<i>Häufige Gereiztheit</i>	76,6
<i>Häufige Niedergeschlagenheit</i>	71,7
<i>Häufige Stimmungsschwankungen</i>	64,3
<i>Häufige Schlafstörungen</i>	62,4
<i>Häufige Lustlosigkeit</i>	62,2
<i>Häufige Kopfschmerzen</i>	53,0
<i>Häufige Konzentrationsstörungen</i>	46,3
<i>Häufige Unruhe oder häufige Angstgefühle</i>	46,0
<i>Häufige Vergesslichkeit</i>	43,9
<i>Häufig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit</i>	40,5
<i>Unter- oder Übergewicht</i>	35,1
<i>Häufige Magen-Darm-Probleme</i>	26,4
<i>Häufig sonstige Schmerzen</i>	21,5

Quelle: ehem. Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben

³¹ 20,6 % zufriedenstellend, 9,4 % mangelhaft und 17,4 % ohne Angaben, vor allem, da nicht alle Patientinnen von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen in die Maßnahme begleitet wurden.

Die Patientinnen und Patienten litten vor der Maßnahme fast durchweg an starker Erschöpfung oder dem Gefühl, ausgebrannt zu sein. Ständige Müdigkeit oder häufige Probleme sich zu entspannen waren typische Gesundheitsstörungen. Aber auch häufige Gereiztheit, Niedergeschlagenheit oder Stimmungsschwankungen betrafen zwischen zwei Drittel oder drei Viertel der Patientinnen und Patienten. Diese Störungen wurden insbesondere körperliche Symptome wie Rücken-, Schulter- oder Nackenbeschwerden begleitet, in jedem zweiten Fall auch durch häufige Kopfschmerzen (vgl. Tabelle 3).

Knapp zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (62,7 %) waren vor der Maßnahme wegen mindestens einer Erkrankung schon mindestens ein halbes Jahr in medizinischer Behandlung. Orthopädische Erkrankungen waren darin am häufigsten (knapp ein Drittel aller Patientinnen und Patienten), gefolgt von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, mit denen rund ein Viertel der Patientinnen und Patienten in Behandlung waren (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Erkrankungen vor der Maßnahme

Erkrankungen, wegen derer die Befragten schon mind. sechs Monate vor der Maßnahme in medizinischer Behandlung waren	Anteil ja in %
<i>Orthopädische Erkrankungen</i>	30,4
<i>Psychische und psychosomatischer Erkrankungen</i>	25,8
<i>Chronische Atemwegserkrankungen</i>	10,5
<i>Herz-/Kreislaufkrankungen</i>	8,3
<i>Essstörungen oder Übergewicht</i>	7,1
<i>Chronische Hauterkrankungen</i>	6,9
<i>Tumorerkrankungen</i>	1,5
<i>Sonstige Erkrankungen</i>	15,1
Mindestens eine dieser Erkrankungen	62,7

Quelle: ehem. Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben

Dass nach der Begutachtungsanleitung der GKV Gesundheitsstörungen und Erkrankungen nicht für sich allein schon den Bedarf einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme begründen, sondern erst im spezifischen Zusammenhang mit eltern- und familienspezifischen Belastungen, spiegelt sich in den Angaben der Patientinnen und Patienten zu ihrer Situation vor der Maßnahme (vgl. Tabelle 5).

Die belastenden Umstände variieren von Fall zu Fall und reichen von der Versorgung pflegebedürftiger oder chronisch kranker Angehörige bis hin zu Erziehungsschwierigkeiten oder gesundheitlichen oder verhaltensbedingten Problemen der Kinder. Knapp zwei Drittel von ihnen litten vor der Maßnahme unter einer schweren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wobei Partner- und Eheprobleme oder die Trennung vom Partner oder der Partnerin als belastende Umstände relativ häufig hinzukommen.

Zu diesen eltern- und familienspezifischen Belastungen kommen meist weitere Belastungen hinzu, welche körperliche oder psychischen Gesundheitsstörungen verstärken können, z. B. Probleme am Arbeitsplatz oder Bewegungsmangel.

Tabelle 5 Belastungen und belastende Umstände vor der Maßnahme

<i>Litten Sie vor Beginn der Kur unter einer oder mehreren der folgenden Belastungen oder belastenden Umständen?</i>	<i>Anteil ja in %</i>
Eltern- und familienspezifische Belastungen	
<i>Schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie</i>	61,0
<i>Mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch Familie</i>	45,8
<i>Partner- oder Eheprobleme</i>	42,1
<i>Gesundheitliche oder verhaltensbedingte Probleme der Kinder</i>	33,8
<i>Erziehungsschwierigkeiten</i>	33,7
<i>Tod/Trauer</i>	21,0
<i>Versorgung von pflegebedürftigen oder chronisch kranken Angehörigen</i>	20,7
<i>Trennung vom Partner/in</i>	19,1
<i>Suchtkranke Familienangehörige</i>	9,4
Andere Belastungen	
<i>Ständiger Zeitdruck</i>	82,6
<i>Bewegungsmangel / Fehlhaltung</i>	59,8
<i>Probleme am Arbeitsplatz</i>	33,0
<i>Ungesunde Ernährung</i>	30,5
<i>Finanzielle Sorgen / Schulden</i>	28,8
<i>Angst vor Arbeitslosigkeit (eigene bzw. des Partners/der Partnerin)</i>	17,7
<i>Rauchen</i>	15,9
<i>Enge Wohnung</i>	10,1
<i>Arbeitslosigkeit (eigene bzw. des Partners/der Partnerin)</i>	5,6
<i>Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum</i>	1,7
<i>Quelle: ehem. Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben</i>	

Die große Mehrheit der ehemaligen Patientinnen und Patienten (70,5 %) fühlte sich vor der Maßnahme durch diese Umstände sehr belastet oder zumindest eher belastet (24,3 %). Sich dadurch wenig oder gar nicht belastet zu fühlen, war sehr selten (2,4 bzw. 1,1 %).³²

4.2.2 Bildung eines Index für Belastungen vor der Maßnahme für die ehemaligen Patientinnen und Patienten

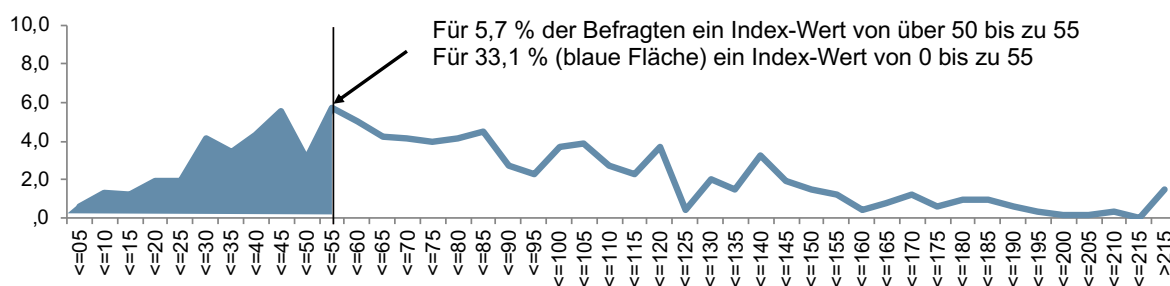
Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, wurden die verschiedenen Belastungen, Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu einem Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs aggregiert (vgl. dort Textbox 3). Die geschah erstens, um Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen der ehemaligen Patientinnen und Patienten zu erleichtern, zweitens, um Vergleichswerte als Referenz für den (wahrscheinlich attestierbaren) Vorsorge- und Reha-Bedarf in der Bevölkerung zu erhalten. Dieser Index ist eine abstrakte Variable, welche die verschiedenen Informationen mit einer Kennziffer zusammenfasst. Es kann auf diesem Abstraktionsniveau nicht eindeutig entschieden werden, ab wann genau ein Vorsorge- und Reha-Bedarf attestiert würde, da dies sowohl vom Einzelfall als auch von den Ärztinnen und Ärzten abhängen

³² 1,8 % ohne Angaben.

dürfte. Es kann jedoch angenommen werden, dass mit einem höheren Wert die Wahrscheinlichkeit steigt, einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf attestiert zu bekommen.

Die Werte des Index gesundheitsbezogener Problemlagen reichen von drei bis 36, die des Index familienbezogener Problemlagen von null³³ bis zwölf. Entsprechend verteilen sich die Werte des Gesamtindex zum Vorsorge- und Reha-Bedarfs unter den Patientinnen und Patienten mit großer Bandbreite von Null bis 396 mit einem Mittelwert von 85 und einem Median von 75 (vgl. Abbildung 4). Ein Drittel der Patientinnen und Patienten hatte Werte des Gesamtindex zum Vorsorge- und Reha-Bedarfs von maximal 55. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass zumindest ab dem Wert von 55 ein Vorsorge- und Reha-Bedarf mit großer Wahrscheinlichkeit attestiert werden kann.

Abbildung 4 Gesamtindex Vorsorge-/Reha-Bedarf unter Patientinnen und Patienten



Quelle: Ehem. Patientinnen/Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Prozent © INTERVAL/BIAG 2021

Wenn es sich um eine Reha-Maßnahme handelte, ist der Gesamtindex geringfügig höher ($\bar{x}$ 90) als bei Vorsorge-Maßnahmen ($\bar{x}$ 83). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Dies liegt auch daran, dass relativ wenig Reha-Fälle unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten waren.

Zwischen ehemaligen Patienten und Patientinnen unterscheidet sich der Gesamtindex praktisch nicht ($m=\bar{x}$ 83 vs. $w=\bar{x}$ 85). Dies heißt nicht, dass Männer in der Grundgesamtheit in gleicher Weise belastet sind (vgl. Kapitel 4.3.2), sondern nur, dass jene Männer, die eine Maßnahme antreten, in gleichem Umfang belastet sind wie Frauen.

Signifikant höher ist der Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten, die (auch) familiäre Angehörige pflegen (Pflege= $\bar{x}$ 95 vs. keine Pflege= $\bar{x}$ 82).

³³ Der Wert von Null für die familienbezogenen Problemlagen stellt einen Einzelfall dar, solche Problemlagen sollten Voraussetzung für die Attestierung eines Maßnahmebedarfs sein. Nicht auszuschließen ist in einem solchen Fall aber auch, dass die Problemlagen bei der Attestierung bestanden, sich bis zum Antritt der Maßnahme aber gelöst hatten.

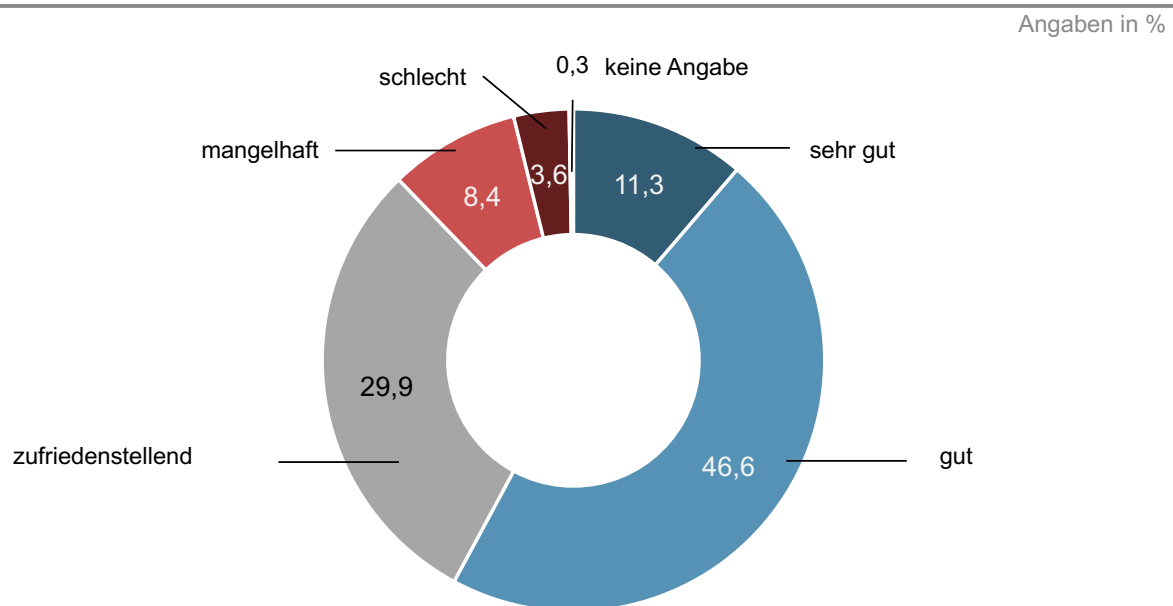
4.3 Gesundheit und Belastungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen 2019

Textbox 4 Methodische Anmerkung zur Abfrage von Gesundheitsdaten

An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich um selbst wahrgenommene subjektive Gesundheit und um selbst berichtete Gesundheitsstörungen und Erkrankungen handelt. Die damit gewonnenen Erkenntnisse über den Gesundheitszustand werden oftmals als per se verzerrt bewertet und gelten als untauglich für praktische Schlussfolgerungen. Ob dies zutrifft, lässt sich mehr oder weniger deutlich durch Vergleiche mit für objektiv³⁴ gehaltenen klinisch oder in einer anderen repräsentativen Bevölkerungsgruppe erhobenen Daten überprüfen. Für die Ausprägung der subjektiven Gesundheit und die Häufigkeit oder Behandlungsprävalenz³⁵ der meisten von uns abgefragten Erkrankungen sind solche Vergleiche möglich. Zusammengefasst bestätigen sie die meisten Ergebnisse unserer Bevölkerungsbefragung 2019. Für die ebenfalls abgefragten Gesundheitsstörungen sind Vergleiche wegen deren starken Abhängigkeit von sich rasch verändernden Situationen schwieriger, plausibilisieren aber zumindest partiell die Angaben in unserer Bevölkerungsbefragung 2019. Vergleiche im Detail die Ausführungen dazu im Anhang 1

Wie in Abbildung 5 dargestellt bewerten insgesamt 57,9 Prozent der im Rahmen der Studie befragten Eltern und Pflegenden ihren Gesundheitszustand mit gut (46,6 %) oder sehr gut (11,3 %), weitere 29,9 Prozent mit zufriedenstellend. Insgesamt zwölf Prozent halten ihn für mangelhaft (8,4 %) oder sogar schlecht (3,6 %).

Abbildung 5 Einschätzung des Gesundheitszustands von Eltern und pflegenden Angehörigen



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende, n=1329, gewichtet

© INTERVAL/BIAG 2021

³⁴ In diesem Zusammenhang sollte allerdings berücksichtigt werden, dass auch die Validität von scheinbar „objektiven“ ärztlichen Diagnosen durch eine Fülle von subjektiven Faktoren in der Person des Arztes oder der in einer Einrichtung gültigen diagnostischen Standards oder genutzten evidenzbasierten Leitlinien beeinflusst werden kann.

³⁵ Erkrankungshäufigkeit, die aufgrund der Behandlung in einer Versorgungs- oder Behandlungseinrichtung festgestellt wird.

Diese mehrheitlich positive Gesamtbewertung muss berücksichtigt werden, wenn im Detail zahlreiche Gesundheitsstörungen, Beschwerden, Erkrankungen und Belastungen genannt werden. Diese Daten sind im Abgleich mit anderen bundesweit repräsentativen Erhebungen plausibel. Die zuletzt 2014/15 in der GEDA-Befragung mit der etwas anderen Skala des international bewährten „Minimum European Module (MEHM)“ erhobene subjektive Gesundheit sieht so aus: 14,8 % bezeichnen sie als sehr gut, 53,4 % als gut, 26,3 % als mittelmäßig, 4,8 % als schlecht und 0,7 % als sehr schlecht.³⁶

Die in unserer Studie Befragten nennen im Schnitt sechs Gesundheitsstörungen. Nur jede/jeder Neunte nennt keine einzige. Am häufigsten werden häufige Rücken-, Schulter- oder Nackenbeschwerden genannt oder häufige Müdigkeit (vgl. Tabelle 6).

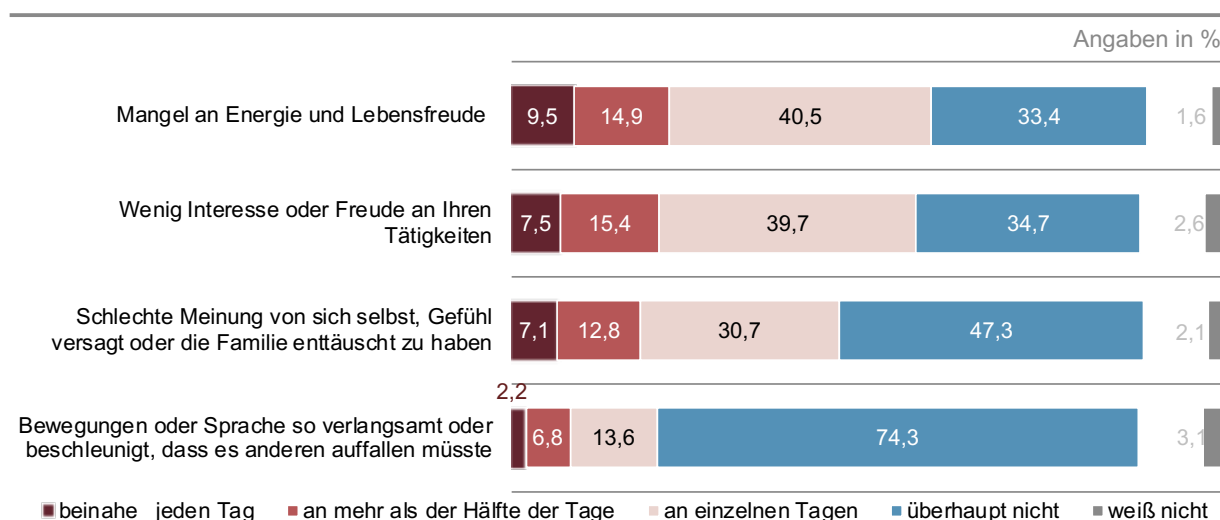
Tabelle 6 Gesundheitsstörungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen

<i>Leiden Sie schon länger an einer der folgenden Gesundheitsstörungen?</i>	<i>Anteil ja in %</i>
<i>häufig Rücken-, Schulter- oder Nackenbeschwerden</i>	57,8
<i>ständig müde</i>	43,8
<i>stark erschöpft oder das Gefühl, ausgebrannt zu sein</i>	40,9
<i>häufig Probleme sich zu entspannen</i>	40,6
<i>häufig lustlos</i>	38,4
<i>Unter- oder Übergewicht</i>	38,4
<i>häufig Schlafstörungen</i>	36,0
<i>häufig gereizt</i>	34,3
<i>häufig niedergeschlagen</i>	30,6
<i>häufig Stimmungsschwankungen</i>	30,5
<i>häufig sonstige Schmerzen</i>	30,4
<i>körperliche Leistungsfähigkeit häufig eingeschränkt</i>	30,4
<i>häufig Kopfschmerzen</i>	28,1
<i>häufig vergesslich</i>	25,2
<i>häufig Konzentrationsstörungen</i>	24,1
<i>häufig Magen-Darm-Probleme</i>	24,0
<i>häufig unruhig oder häufig Angstgefühle</i>	23,6
<i>Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende, n=1329, gewichtet, Mehrfachangaben</i>	

Ein Mangel an Lebensfreude, wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten oder das eine schlechte Meinung von sich oder das Gefühl versagt oder die Familie enttäuscht zu haben, ist für rund ein Viertel bis Fünftel der Befragten häufig (an mehr als der Hälfte der Tage oder bei nahe jeden Tag) (vgl. Abbildung 6).

³⁶ Lampert et al. (2018)

Abbildung 6 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern/Pflegende, n=1329, gewichtet

© INTERVAL/BIAG 2021

Für rund ein Drittel trifft es in den letzten zwei Wochen nicht zu, dass sie einen Mangel an Lebensfreude oder wenig Interesse oder Freuden an ihren Tätigkeiten erlebten. Knapp die Hälfte der Befragten meint, es treffe überhaupt nicht zu, dass sie fühlten, eine schlechte Meinung von sich selbst, versagt oder ihre Familie enttäuscht zu haben. Seltener sind daraus resultierende Beschwerden, die sich z. B. durch Bewegung oder Sprache auch Dritten anzeigen.

Die Befragten nennen im Schnitt ein bis zwei ($\bar{x}$ 1,3) Erkrankungen, wegen derer sie schon längere Zeit in medizinischer Behandlung sind. Ein Drittel der Fälle nennt hier keine einzige. Am häufigsten werden Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule und den Gelenken, Herz-Kreislauf-Erkrankung (wie z. B. Bluthochdruck), Allergien und Hauterkrankungen genannt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7 Erkrankungen unter Eltern und pflegenden Angehörigen

<i>Sind Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen schon längere Zeit in medizinischer Behandlung?</i>	Anteil ja in %
<i>Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule und den Gelenken</i>	23,9
<i>andere Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Bluthochdruck)</i>	21,1
<i>Allergie, Hauterkrankung</i>	18,3
<i>Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Burnout, Ängste)</i>	14,5
<i>Erkrankung der Atemwege (z. B. Asthma, Bronchitis)</i>	11,7
<i>Magen-Darm-Krankheit, Essstörung</i>	10,7
<i>Rheuma</i>	5,5
<i>Krankheit der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse</i>	4,7
<i>Herzinfarkt oder Schlaganfall</i>	3,4
<i>Krebs</i>	3,1
<i>Sonstige Erkrankung</i>	16,5

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende, n=1329, gewichtet, Mehrfachangaben

An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich um selbst berichtete Erkrankungen handelt, deren Häufigkeit deutlich von der Zahl klinisch gesicherter Erkrankungen abweichen kann.³⁷ Die Befragungsdaten für manche klarer abgegrenzte Erkrankung können jedoch mit Sekundärdaten abgeglichen werden und bestehen die Plausibilitätskontrolle. Teils liegen die erfragten Angaben zu Erkrankungen auch unter denen von Sekundärdaten.³⁸

Tabelle 8 Belastungen oder belastende Umstände unter Eltern und pflegenden Angehörigen

Leiden Sie unter ... ?	Anteil ja in %
<i>schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie</i>	19,6
<i>Schwierigkeit, ihre Aufgabe als Mutter/als Vater zu erfüllen</i>	14,4
<i>Erziehungsschwierigkeiten</i>	12,7
<i>Trennung von (Ehe-)Partner oder (Ehe-)Partnerin oder Probleme in der Partnerschaft</i>	10,2
<i>alleinerziehend zu sein</i>	7,0
<i>Beeinträchtigte Beziehung zum Kind</i>	6,7
<i>erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder</i>	5,7
Zumindest eine dieser elternspezifischen Belastungen	37,0
<i>mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch Familie</i>	19,7
<i>Tod von Familienangehörigen</i>	14,6
<i>Versorgung von pflegebedürftigen, behinderten oder chronisch kranken Angehörigen</i>	13,9
<i>keine gleichberechtigte Stellung in der Familie</i>	8,7
<i>suchtkranke Familienangehörige</i>	7,0
Zumindest eine dieser familiären Belastungen	39,7
<i>Bewegungsmangel / Fehlhaltung</i>	29,5
<i>Ungesunde Ernährung</i>	21,3
<i>Rauchen</i>	19,3
<i>Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum</i>	5,8
Zumindest einer dieser Risikofaktoren	47,4
<i>Finanzielle Sorgen / Schulden</i>	30,7
<i>ständigen Zeitdruck oder besonders belastende, unregelmäßige Arbeitszeiten</i>	26,1
<i>Schwierigkeiten ihre Alltagsprobleme zu bewältigen</i>	16,7
<i>Einsamkeit oder soziale Isolation</i>	16,1
<i>Arbeitslosigkeit oder Angst davor (eigene bzw. die des Partners oder der Partnerin)</i>	13,4
<i>Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Schule</i>	13,2
<i>Enge Wohnung</i>	10,2
<i>Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten</i>	3,2
Zumindest eine dieser psychosozialen Belastungen	56,7
Zumindest eine dieser Belastungen und belastenden Umstände gesamt	75,6
<i>Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende, n=1329, gewichtet, Mehrfachangaben</i>	

³⁷ Vergleiche z. B. die Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2021) bzgl. der Arthrosen. "Die Häufigkeit selbst berichteter (...) innerhalb der letzten 12 Monate betrug 2010 (...) bei Frauen etwa 24%, bei Männern etwa 14%" Die "von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose: Hüftgelenke: ca. 4% in der Altersgruppe ab 55, Kniegelenke: ca. 7% in der Altersgruppe ab 55, Hände/nicht spezifiziert: ca. 2% (...)".

³⁸ Während in unserer Studie z. B. 14,5 % psychische Erkrankungen angeben, wegen deren sie schon länger in Behandlung seien, ermittelten Mack et al. (2014), dass 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen seien, und 18,9 % dazu den Kontakt zu Leistungsanbietern aufnehmen.

Knapp jede oder jeder Vierte (24,4 %) ist nach eigenen Angaben frei von allen Belastungen und belastenden Umständen aus den Bereichen der elternspezifischen, familiären und psychosozialen Belastungen oder weiteren Risikofaktoren. Im Durchschnitt werden drei bis vier dieser Belastungen und belastenden Umstände genannt ($\bar{x}$ 3,5). Psychosoziale Belastungen sind häufiger ($\bar{x}$ 1,3). Seltener werden elternspezifische und familiären Belastungen oder weiteren Risikofaktoren angegeben (jeweils $\bar{x}$ 0,6 bis 0,8 Nennungen). Zu den Belastungen im Detail vergleiche Tabelle 8.³⁹

Wie für die ehemaligen Patientinnen und Patienten wurde auch für die Befragung der Väter, Mütter und pflegenden Angehörigen aus den verschiedenen Belastungen, Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen jeweils ein Index zu den familien- und elternspezifischen Problemlagen sowie zu den gesundheitsbezogenen Problemlagen gebildet. Beide Indizes stehen signifikant miteinander im Zusammenhang (Pearson = 0,441). In der Tendenz steigt mit jeder weiteren familiären oder elternspezifischen Belastung die Zahl der Beschwerden oder Erkrankungen und ein bis zwei weitere. Der Zusammenhang ist statistisch signifikant.⁴⁰

Personen, mit zumindest einem potenziellen Vorsorgebedarf (61,7 % der Hauptstichprobe) wurden um eine Angabe gebeten, wie sie ihren Bedarf an einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige selbst einschätzen würden. Die Formulierungen lauteten:

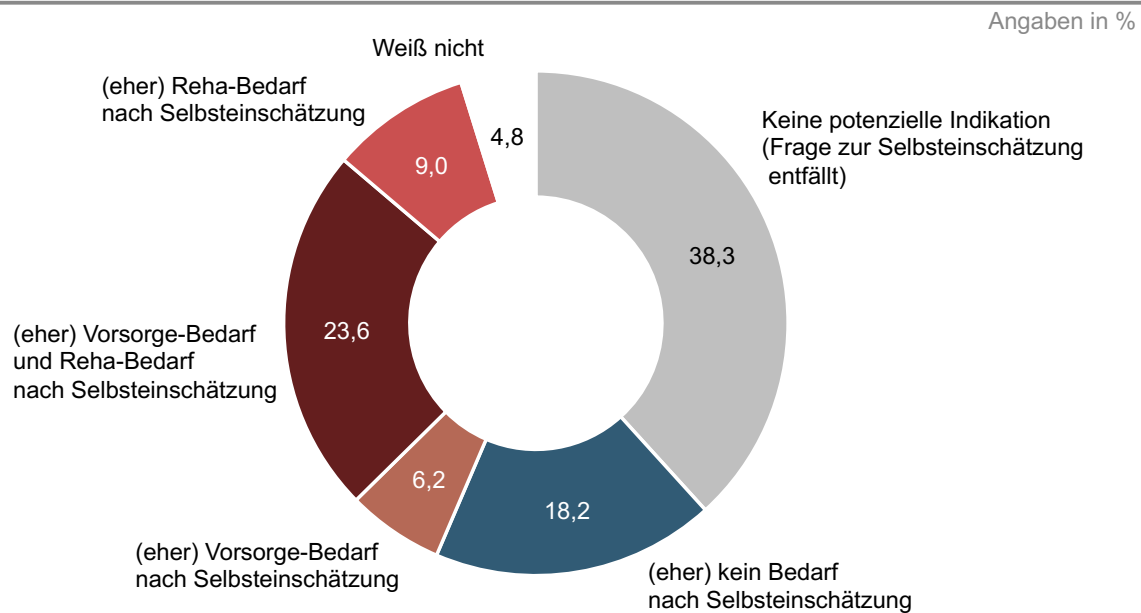
- „Ich benötige eine Kur, um einer möglichen späteren Erkrankung und Beeinträchtigung meiner familiären Aufgaben vorzubeugen. Das heißt, ich nehme schon eine Reihe von Risikofaktoren wahr“ und
- „Ich benötige eine Kur, um meine körperlichen oder psychischen Fähigkeiten wiederherzustellen. Das heißt, sie wurden schon spürbar durch eine Krankheit oder ein anderes Ereignis beeinträchtigt.“

31,9 Prozent sahen keinen oder eher keinen Bedarf, 41,4 Prozent sowohl einen Vorsorge- als auch einen Reha-Bedarf, 10,9 Prozent nur einen Vorsorge- und 15,8 Prozent nur einen Reha-Bedarf. Unter Berücksichtigung, dass die Frage nur jenen Personen gestellt wurde, die zumindest einen potenziellen Vorsorgebedarf hatten, ergibt sich auf die Gruppe aller Väter, Mütter und pflegenden Angehörigen bezogen die in Abbildung 7 dargestellte Verteilung. Für 38,8 Prozent der Väter, Mütter und pflegenden Angehörigen fällt ein Minimum an potenziellen Indikationen mit Selbsteinschätzungen zu einem Vorsorge- oder Reha-Bedarf zusammen.

³⁹ Zu Gruppenunterschieden dieser Belastungen oder belastende Umstände vgl. die Tabellen im Anhang 2

⁴⁰ Der Pearson-Koeffizient beträgt 0,441.

Abbildung 7 Subjektiv wahrgenommener Vorsorge- oder Reha-Bedarf (Selbsteinschätzung und potenzielle Indikation)



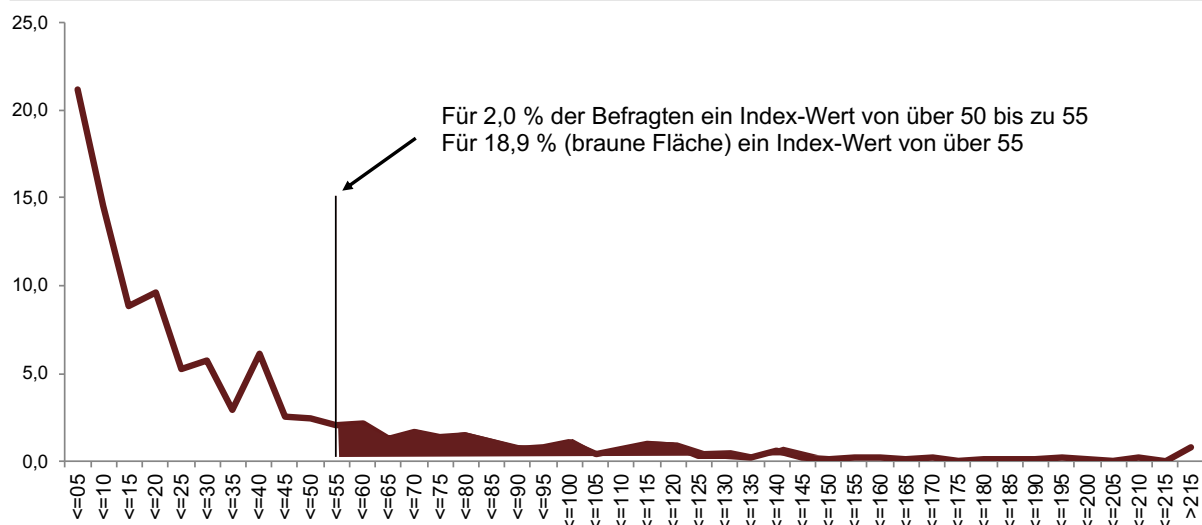
Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern/Pflegende, n=1329, gewichtet

© INTERVAL/BIAG 2021

4.3.1 Gesamtindex des Vorsorge-/Reha-Bedarfs in der Bevölkerung (Eltern/Pflegende)

Wie für die ehemaligen Patientinnen und Patienten wurde auch für die Befragung der Väter, Mütter und pflegenden Angehörigen aus den verschiedenen Belastungen, Gesundheitsstörungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen ein Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs aggregiert (vgl. Kapitel 4.1). Die Verteilung weicht deutlich von der der ehemaligen Patientinnen und Patienten ab (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8 Gesamtindex Vorsorge-/Reha-Bedarf in Bevölkerung (Eltern/Pflegende)



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende, n=1329, gewichtet, Prozent

© INTERVAL/BIAG 2021

Sie ist nicht um einen Mittelwert herum normalverteilt, sondern zeigt im statistischen Sinn eine deutliche „Schiefe“ mit vielen Fällen, die nur geringe Belastungen haben und kontinuierlich fallenden Werten für höhere Belastungen. Die Werte des Index gesundheitsbezogener Problemlagen reichen von 1 bis 37, die familienbezogener Problemlagen von null bis zwölf. Und der Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs hat eine sehr große Bandbreite von null bis 444 mit einem Mittelwert von 34 und einem Median von 18.

Für die Bewertung dieses Index werden die Angaben der ehemaligen Patientinnen und Patienten zur Situation vor ihren Maßnahmen als Referenzwert herangezogen. Ein Drittel der ehemaligen Patientinnen und Patienten hatte hier Index-Werte von bis zu 55 (vgl. Kapitel 4.2.2). Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass ab diesem Wert der Bedarf einer stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahme mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit attestiert würde. 18,9 Prozent der Eltern und pflegenden Angehörigen in der Bevölkerung haben Index-Werte höher als ein Drittel der ehemaligen Patientinnen und Patienten. Sie hätten folglich eine recht große Chance einen solchen Bedarf ebenfalls attestiert zu bekommen. In der Abbildung 8 sind diese Fälle rotbraun hervorgehoben.

Textbox 5 Methodische Anmerkung zum Referenzwert

Es sei darauf hingewiesen, dass es keinen eindeutigen Schnitt geben kann, ab dem eine Kombination von erfragten gesundheits-, familien- oder elternbezogenen Merkmalen (bzw. dessen Entsprechung im Index-Wert) zu einer sicheren Attestierung des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs führt. Die Wahrscheinlichkeit steigt lediglich mit einem höheren Index-Wert. Dass die Grenze oder der Referenzwert in dieser Studie genau bei einem Drittel der Patientinnen und Patienten gewählt wurde, ist nicht zwingend. Man könnte auch den Mittelwert der Patientinnen und Patienten nehmen, welcher bei einem Wert von 85 liegt. 9,8 Prozent der Eltern und pflegenden Angehörigen in der Bevölkerung liegen darüber. Ein alternativer Referenzwert wäre der Median von 75, d. h., dass die Hälfte der Patientinnen und Patienten unter und die andere Hälfte über diesem Wert liegen. 12,5 Prozent der Eltern und pflegenden Angehörigen in der Bevölkerung haben einen höheren Indexwert. D. h., je nachdem ob man Vorsorge- oder Reha-Bedarf relativ sicher oder nur mit hoher Wahrscheinlichkeit aus dem Index-Wert ableiten möchte, würden man entsprechend den Vorsorge- und Reha-Bedarf in der Bevölkerung mit einem unterschiedlich hohen Wert schätzen. Die mit unterschiedlichen Referenzwerten abgeschätzten Werte liegen jedoch nah beieinander, bzw. ihre Größenordnung ist die gleiche.

Anders als unter den ehemaligen Patientinnen und Patienten der Maßnahmen finden sich unter Eltern und pflegenden Angehörigen in der Bevölkerung signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Sowohl die gesundheitsbezogenen ($m \text{ } \emptyset 10 / w \text{ } \emptyset 12$) als auch die familienbezogenen Problemlagen ($m \text{ } \emptyset 2 / w \text{ } \emptyset 3$) weisen bei den befragten Frauen signifikant höhere Werte auf als bei Männern, folglich auch der Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs ($m \text{ } \emptyset 28 / w \text{ } \emptyset 39$). Auch hier lohnt sich der Vergleich mit den ehemaligen Patientinnen und Patienten bzw. dem Referenzwert von 55. Bei 23,9 Prozent der befragten Frauen der Bevölkerung liegt der Index-Wert höher als der Referenzwert von 55. Unter den befragten Männern in der Bevölkerung ist dies nur bei 13,8 Prozent der Fall. Das heißt der Bedarf einer stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahme in einer Einrichtung des MGW ist unter Frauen knapp doppelt so hoch wie unter Männern.

Wenn man den aus der Befragung von Patientinnen und Patienten der Einrichtungen abgeleiteten Referenzwert von 55 (Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs) für die Abschätzung zugrunde legt, haben in Deutschland rund 2,9 Mio. Frauen und rund 1,7 Mio. Männer Bedarf an Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitation in Einrichtungen des MGW oder gleichartigen Einrichtungen.

Hinsichtlich der Beteiligung an der Pflege sind drei Gruppen zu vergleichen: Erstens Personen mit Kindern im Haushalt, die keine Angehörigen pflegen, zweitens pflegende Angehörige, die keine Kinder im Haushalt haben und drittens Personen, die durch Kinder und die Pflege von Angehörigen doppelt belastet sind. Der Index gesundheitsbezogener Problemlagen ist bei Personen mit Kindern im Haushalt, die keine Angehörigen pflegen, signifikant niedriger, bzw. sie sind gesünder. Er hat hier einen Durchschnittswert von zehn, während der Durchschnitt bei den (nur) pflegenden Angehörigen bei 13 und bei den doppelt Belasteten bei 14 liegt. Die eltern- und familienbezogenen Problemlagen sind jedoch bei den (nur) pflegenden Angehörigen signifikant niedriger. Der Index-Wert hat dort einen Durchschnitt von eins, während er bei den Personen mit Kindern im Haushalt, die keine Angehörigen pflegen im Durchschnitt bei drei liegt und unter den doppelt Belasteten bei vier. Der Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs ist entsprechend – und nicht überraschend – unter den doppelt Belasteten deutlich höher als in beiden anderen Gruppen. Er liegt hier im Durchschnitt bei 60, während er bei den (nur) pflegenden Angehörigen bei 24 liegt und bei den nicht pflegenden Personen mit Kindern im Haushalt bei 31. Ein Drittel der doppelt Belasteten (36,2 %) hat einen Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs höher als der Referenzwert von 55 bzw. höher als die Werte von einem Drittel der Patientinnen und Patienten der Maßnahmen.

Eltern von Kindern mit einer Behinderung sind noch erheblich stärker belastet. Für drei Viertel von den Befragten unter ihnen wurde ein Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs über den Referenzwert von 55 berechnet.

4.3.2 Zeitliche Entwicklung des Vorsorge- und Reha-Bedarfs

Die Fragen zur Gesundheit und zu Belastungen von Eltern und Pflegenden waren stark an die Fragen der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2007 angepasst, um mögliche gesellschaftliche Entwicklungen der vergangenen zwölf Jahre abzubilden. Eltern und pflegende Angehörige gaben in unserer Studie Gesundheitsstörungen rund doppelt so häufig oder noch häufiger an wie in der Vorgängerstudie von Faßmann et al. (2008). Während 2019 z. B. 36 Prozent der Befragten häufige Schlafstörungen angaben, waren es bei der Vorgängerstudie vor zwölf Jahren 14,3 Prozent der Frauen und 7,4 Prozent der Männer.⁴¹ Die Zunahme von Schlafstörungen ist auch aus anderen Studien dokumentiert. Nach Daten des DAK-Gesundheitsreports haben sich Schlafstörungen zwischen den Jahren 2010 und 2017 um 66 Prozent erhöht.⁴²

⁴¹ Faßmann et al. (2008, S. 170).

⁴² IGES (2017)

Ebenso lassen sich die Angaben zu häufigen Kopfschmerzen (hier 28,1 %) sowohl mit den viel niedrigeren Daten von Faßmann et al. (2008) (19,5 % bei Frauen und 8,8 % bei Männern)⁴³ vergleichen als auch mit den Ergebnissen einer 2019/20 durchgeführten Befragungsstudie des Robert Koch Instituts (RKI) mit 5.009 Teilnehmerinnen und Teilnehmern⁴⁴, die die Angaben in unserer Bevölkerungsbefragung 2019 plausibel erscheinen lassen. Leichte Veränderungen der Frageformulierung können größere Veränderungen der Antworten bewirken. Grundsätzlich erlaubt der Abgleich mit Sekundärdaten hier also eine Plausibilisierung der Angaben.

Die Anzahl der genannten elternspezifischen, familiären und psychosozialen Belastungen oder weiteren Risikofaktoren lässt sich nicht direkt mit der Vorgängerstudie von Faßmann et al. vergleichen, da zum Teil zusätzliche Sachverhalte abgefragt wurden. Wo Vergleichswerte vorliegen, liegen die elternspezifischen Belastungen im Jahr 2019 in einer ähnlichen Größenordnung wie die der Vorgängerstudie. Familiäre Belastungen werden hingegen in deutlich größerem Umfang als vor zwölf Jahren benannt.⁴⁵ Bei den psychosozialen Belastungen zeigt sich ein gemischtes Bild. Beispielsweise ist die Angst vor Arbeitslosigkeit deutlich gesunken (sie betraf damals jede/jeden Vierten bis Fünften). Auch ständiger Zeitdruck wird heute seltener angegeben (2007 war rund jede/jeder Dritte betroffen). Dafür werden z. B. finanzielle Sorgen/Schulden und enge Wohnungen heute häufiger angegeben.

Der Vergleich der Vorgängerstudie und die vorliegende Studie bestätigen die Erfahrungen der Einrichtungen des MGW, dass in der Tendenz die Belastungen und Gesundheitsstörungen, die zu einem Bedarf stationärer Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen führen können, in den letzten zwölf Jahren gestiegen sind.

Es ist jedoch aus methodischen Gründen nicht möglich, aus dem Vergleich beider Studien die Zunahme des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs exakt zu messen. Dies liegt daran, dass der Ansatz der Vorgängerstudie zur Operationalisierung des Vorsorge- oder Reha-Bedarfs von uns nicht geteilt wird. Faßmann et al. hatte für elf Prozent der Väter und 20 Prozent der Mütter mit Haupterziehungsverantwortung im Jahr 2007 einen grundsätzlichen Bedarf abgeschätzt, was angesichts von 12,6 Mio. Familien rund 2,3 Mio. Müttern und Vätern entsprach. Faßmann et al.

⁴³ Faßmann et al. (2008, S. 176)

⁴⁴ Die Zusammenfassung der Studie weist sowohl auf die Notwendigkeit einer Differenzierung von „Kopfschmerzen“ als auch auf die Schwierigkeiten der Erhebung klinischer Daten hin: „In Deutschland sind Kopfschmerzerkrankungen sowohl unter Frauen als auch unter Männern weit verbreitet und führen meist zu Einschränkungen der Lebensqualität. Die häufigsten Kopfschmerzerkrankungen sind Migräne und Spannungskopfschmerz. Zum Zweck einer validen Schätzung der Prävalenzen wurde zwischen Oktober 2019 und März 2020 eine telefonische Querschnittbefragung unter Erwachsenen in Deutschland (N=5.009) durchgeführt. Anhand der diagnostischen Kriterien der International Classification of Headache Disorders wurden Häufigkeit, Dauer, Eigenschaften und Begleitscheinungen der Kopfschmerzen erfragt. 57,5% der Frauen und 44,4% der Männer in Deutschland berichten, binnen eines Jahres mindestens einmal von Kopfschmerzen betroffen zu sein. 14,8% der Frauen und 6,0% der Männer erfüllen die kompletten Kriterien für Migräne. 10,3% der Frauen und 6,5% der Männer sind von Spannungskopfschmerzen betroffen. (...) Nur eine Minderheit der Betroffenen sucht binnen eines Jahres ärztliche Hilfe.“ (Porst et al. 2020, S. 2)

⁴⁵ Suchtkranke Familienangehörige hatte die Vorgängerstudie nur für 1,5 % der Frauen und 0,8 % der Männer ermittelt. Belastungen durch mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch die Familie hatten vor zwölf Jahren nur 9,4 % der Frauen und 2,3 % der Männer angegeben, Faßmann et al. (2008, S. 185)

hatten den Vorsorge- oder Reha-Bedarf relativ weit dahingehend definiert, dass es ausreichte, wenn als erste Bedingung mindestens drei Gesundheitsstörungen oder mindestens eine Erkrankung vorliegen und als zweite Bedingung mindestens zwei belastende Kontextfaktoren gegeben sind, von denen mindestens eine als eltern- bzw. familien- spezifisch anzusehen war.⁴⁶ Dass zwischen diesen ein kausaler Zusammenhang attestiert werden müsste, wurde nicht berücksichtigt. Wenn man anhand der Daten aus der vorliegenden Studie der Operationalisierung der Vorgängerstudie folgen würde,⁴⁷ hätten 42 Prozent der Väter und 53,1 Prozent der Mütter mit Kindern im Haushalt einen solchen Vorsorge- oder Reha-Bedarf. Diese Größenordnung veranschaulicht das Problem der alten bzw. zu weiten Operationalisierung – es handelt sich hierbei entsprechend der Begutachtungsrichtlinie der GKV lediglich um eine potenzielle Bedarfsindikation.

Dies ist der Grund, warum es in der vorliegenden Studie notwendig erscheint, den Vorsorge- und Reha-Bedarf über den Vergleich mit Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des MGW mit einem Referenzwert zu bestimmen. Eine entsprechende Operationalisierung mit einem Referenzwert für einen Gesamtindex liegt jedoch für das Jahr 2007 nicht vor. Eine Aussage, wie groß im Jahr 2007 der Anteil unter Eltern und pflegenden Angehörigen war, dessen Gesamt-Index den Referenzwert von 55 überstieg, ist unbekannt.

4.3.3 Vertiefende Vergleich zu Gesundheit und Belastungen verschiedener Gruppen in der Bevölkerung

Indikationen eines potenziellen Vorsorge- und Reha-Bedarfs wurden von Personen erhoben, die wahlweise Angehörige pflegten oder Kinder im Haushalt hatten, was (gewichtet) auf 30,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung zutrifft (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9 Verteilung der Untersuchungsgruppen insgesamt sowie in der Hauptstichprobe

	Angehörige pflegend	keine Angehörigen pflegend
Insgesamt n=3796		
mit Kindern im Haushalt	3,6 % (darin m=1,9 w=1,7)	22,2 % (darin m=10,9 w=11,3)
ohne Kinder im Haushalt	4,5 % (darin m=2,4 w=2,1)	69,6 % (darin m=33,6 w=36,0)
Hauptstichprobe n=1330		
mit Kindern im Haushalt	11,8 % (darin m=6,3 w=5,5)	73,2 % (darin m=35,8 w=37,4)
ohne Kinder im Haushalt	14,8 % (darin m=7,8 w=7,0)	--
<i>Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, gewichtet</i>		

Die Tabelle 10 zeigt, dass die potenziellen Indikationen von Vorsorge- und Reha-Bedarfen nach Geschlecht unterschiedlich verteilt sind – und auch in Abhängigkeit davon, ob die Personen mit Kindern zusammenleben, Angehörige pflegen oder beides.

⁴⁶ ebenda S. 147

⁴⁷ Das heißt, auch pflegende Angehörige nicht weiter zu berücksichtigen und als mögliche Indikationen für einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf nur jene Angaben zu analysiert, die auch im Jahr 2007 verwendet wurden.

Tabelle 10 Vergleich potenzieller Indikationen und Vorsorge- oder Reha-Bedarf in den Untersuchungsgruppen

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>n</i>	664	663	973	198	156
Ø Anzahl Gesundheitsstörungen *	5,0	6,5	5,3	6,9	7,2
Ø Anzahl Erkrankungen	1,4	1,3	1,1	2,1	1,8
Ø Anzahl Belastungen insgesamt *	3,1	3,8	3,1	3,9	5,0
Ø Anzahl elternspezifischer Belastungen *	0,7	0,9	0,8	0,5	1,0
Ø Anzahl familienspezifischer Belastungen *	0,5	0,8	0,4	1,1	1,2
Ø Anzahl Risikofaktoren	0,8	0,7	0,7	0,9	1,1
Ø Anzahl psychosoziale Belastungen	1,2	1,4	1,2	1,4	1,7
Ø Anzahl Beschwerden	1,9	2,1	1,9	2,3	2,5
Anteil mit einem wahrscheinlichen Vorsorge- oder Reha-Bedarf (Gesamtindex > 55)	13,8	23,9	17,3	13,0	36,2

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern/Pflegende n=1329, gewichtet, Anteil in Prozent

* signifikante Unterschiede nach Geschlecht im t-Test, Unterschiede nach Pfl egetyp alle signifikant

Vergleiche nach Geschlecht

Die Zahl ihrer Erkrankungen, wegen derer Männer schon längere Zeit in ärztlicher Behandlung sind, und die Zahl der Beschwerden unterscheiden sich nicht signifikant von der von Frauen. Männer sind aber entsprechend typischer Rollenmuster seltener eltern- und familienspezifischen Belastungen ausgesetzt als Frauen. Seltener sind bei ihnen überdies Gesundheitsstörungen, welche signifikant mit der Zahl eltern- und familienspezifischer Belastungen korrelieren.⁴⁸ Sie zeigen somit eine signifikant geringere Gesamtzahl an Belastungen als Frauen.

Der Anteil jener, die nach eigener Einschätzung einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf haben, ist unter Männer seltener als unter Frauen (38,6 % vs. 43,9 %). Dass Männer seltener einen entsprechenden Bedarf für sich sehen, erklärt sich durch die geschlechtsspezifische Verteilung von Belastungen, Erkrankungen und Beschwerden.⁴⁹

Vergleiche danach, ob Angehörige gepflegt werden

Für die in Tabelle 10 dargestellten Vergleiche von Personen, die Kinder im Haushalt haben, die Angehörige pflegen und die durch Kinder und die Pflege Angehöriger doppelt belastet sind, ist zu berücksichtigen, dass sich diese nicht allein durch die externen Belastungsfaktoren unterscheiden, sondern auch durch die Altersstruktur. Personen mit Kindern im Haushalt sind in der Tendenz zehn Jahre jünger. Die doppelt belasteten Personen sind deshalb ebenfalls jünger (im

⁴⁸ Pearson-Koeffizienten zwischen 0,425 und 0,467.

⁴⁹ Eine logistische Regression, die die Bedarfseinschätzung hierdurch erklärt, ist signifikant. Das Geschlecht hat darüber hinaus keinen zusätzlichen signifikanten Einfluss. Ebenso wenig sind die Gesundheitsstörungen darüber hinaus von signifikantem Einfluss. Hier sei nochmal darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsstörungen aber mit den Belastungen signifikant korrelieren.

Median zwischen 36 und 45 Jahren) als die Personen, die „nur“ Angehörige pflegen (im Median zwischen 46 und 55 Jahren). Verschiedene potenzielle Indikationen von Vorsorge- und Reha-Bedarf können aus diesem Grund – gegen die erste Intuition – bei doppelt belasteten Personen geringer sein als bei jenen, die nur Angehörige pflegen, z. B. die Zahl der Erkrankungen.⁵⁰ Trotzdem ist der Vorsorge- oder Reha-Bedarf unter den doppelt belasteten Personen durch die Kombination der verschiedenen Probleme und Belastungen letztlich deutlich größer.

⁵⁰ Differenziert nach Altersgruppen ergeben sich zahlreiche signifikante Gruppenunterschiede, von denen die Mehrheit plausibel in dem Sinne ist, dass bei Doppelbelastung Indikationen häufiger sind, z. B. dass im Alter zwischen 56-65 die Zahl der Gesundheitsstörungen bei einer Doppelbelastung signifikant höher ist.

5 Zugang

5.1 Angaben der Zielgruppen zur Kenntnis und zu Hürden

Personen, die entweder Angehörige pflegen oder in deren Haushalt Kinder unter 18 Jahren leben, zählen potenziell zur Zielgruppe des MGW. 1.330 Personen, auf die mindestens eines dieser Merkmale zutrifft, wurden im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung befragt. Darunter befinden sich (nach statistischer Gewichtung, vgl. Kapitel 2.2) 861 Personen, die zu der Gruppe von Müttern, Vätern und pflegenden Frauen und Männern zählen, die überdurchschnittlich hoch gesundheitlich beansprucht und belastet sind und möglicherweise die Voraussetzungen für eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme erfüllen (potenzieller Bedarf). Diesen 861 Personen der Zielgruppe wurden Vertiefungsfragen zu den folgenden Bereichen gestellt:

- gesundheitliche Vertiefung und medizinische Vorgeschichte, inkl. bisheriger Handlungsorientierungen und Suche nach Unterstützung sowie
- Informiertheit über stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sowie ggf. Hürden der Inanspruchnahme einer solchen.

Die Zielgruppe befindet sich mehrheitlich in überwiegend hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Behandlung (59 %). Überwiegend in fachärztlicher Behandlung sind 22 Prozent, in überwiegend psychotherapeutischer Behandlung acht Prozent.⁵¹

Die im Zuge der gesundheitlichen Beschwerden erhaltenen Maßnahmen verteilen sich auf verschiedene Unterstützungsformate (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Erhaltene Maßnahmen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden

	Anteil ja in %
<i>Medikamente, einschließlich der selbst in der Apotheke gekauften</i>	55,2
<i>Physikalische Therapien (Massagen, Krankengymnastik etc.)</i>	36,9
<i>Psychologische oder psychotherapeutische erhaltene Maßnahmen</i>	21,6
<i>Entspannungstherapie</i>	14,5
<i>Genaue Anleitung und Beratung für eine gesündere Lebensweise (z. B. um meine Ernährung zu ändern oder das Rauchen aufzuhören)</i>	14,4
<i>Bessere Betreuung der Kinder (z. B. Kitaplatz, Ganztageschule)</i>	12,9
<i>Finanzielle Unterstützung</i>	9,9
<i>Besuch einer problemspezifischen Beratungsstelle (z. B. Familiengesundheit, Erziehungs- oder Pflegeberatung)</i>	9,8
<i>Haushaltshilfe</i>	5,4
<i>Besuch einer Selbsthilfegruppe</i>	5,3
<i>Anderes</i>	6,7
Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern/Pflegende mit potenziellem Vorsorge- oder Reha-Bedarf, n=861, gewichtet, Mehrfachangaben	

⁵¹ Für die Verteilung ist es im Großen und Ganzen unerheblich, ob Väter, Mütter oder Pflegende betrachtet werden.

Bereits intensiver darüber nachgedacht oder mit anderen Personen, z. B. Ärztinnen und Ärzten, Freundinnen und Freunden oder Bekannten darüber gesprochen, was zur Linderung dieser gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen getan werden könnte, hat rund jede zweite Person der Zielgruppe. Die zu diesem Zweck am häufigsten in Betracht gezogene Maßnahme ist die Intensivierung einer laufenden ärztlich-medizinischen Behandlung durch Medikamente oder andere ambulante therapeutische Maßnahmen. Der zweithäufigste Schritt ist, eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme zu beantragen – dabei ist zu beachten, dass die Befragten voraussichtlich nicht immer zwischen Maßnahmen in Einrichtungen des MGW und anderen Kuren valide differenzieren konnten (vgl. Tabelle 12).⁵²

Tabelle 12 Maßnahmen zur Linderung gesundheitlicher Beschwerden oder Erkrankungen

	Anteil ja in %
<i>Intensivierung einer laufenden ärztlich-medizinischen Behandlung durch Medikamente oder andere ambulante therapeutische Maßnahmen</i>	27,3
<i>Nutzung von lokalen Beratungsstellen und deren -angebote durch Sie allein</i>	12,3
<i>Nutzung von lokalen Beratungsstellen und deren -angebote zusammen mit (Ehe-)Partnern/Partnerinnen oder anderen Angehörigen</i>	8,3
<i>Familienbildungsangebote (z. B. wie den Elternkurs Starke Eltern Starke Kinder®)</i>	6,9
<i>Nutzung lokaler Selbsthilfeangebote</i>	9,5
<i>Beantragung einer Kur (bzw. einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige)</i>	21,9
Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende mit potenziellem Vorsorge- oder Reha n=861, gewichtet, Mehrfachangaben	

Männer und Frauen, die durch die Kindererziehung und durch die Pflege von Angehörigen doppelt belastet sind, ziehen diesen Schritt noch etwas häufiger in Betracht (28 %). Unter den Personen, die „nur“ Angehörige pflegen, sind es 19 Prozent. Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf neue Zielgruppen des MGW stellt sich die Frage, warum sich diese potenzielle Offenheit nicht stärker in Anträgen auf stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen niederschlägt.

Fehlende Informationen über Maßnahmen in Einrichtungen des MGW sind eine denkbare Hürde für den Zugang der Zielgruppe. Mehr noch als die Frage, ob hierin eine Hürde liegt, war zu klären, welchen Stellenwert eine fehlende Informationslage für den Zugang einnimmt.

Auf die Frage, inwieweit sie über das Angebot von Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige informiert sind, antworten 62,5 Prozent, von diesem Angebot schon einmal gehört zu haben oder gut darüber informiert zu sein (vgl. Tabelle 13).⁵³

⁵² Vergleiche Ausführungen dazu in Kapitel 2.

⁵³ Frauen und Männer haben gleichhäufig Kenntnis von den stationären Leistungen. Unter den Frauen bezeichnen sich allerdings etwas mehr als sehr gut informiert (w17%/m13%), während unter den Männern etwas mehr von diesem Angebot „nur“ gehört haben (w46%/m50%). Personen, die nur durch die Pflege von Angehörigen belastet sind, nicht aber durch Kindererziehung, zeigen in etwa den gleichen Kenntnisstand wie die Zielgruppe insgesamt. Erwähnenswert ist, dass unter den Personen, die neben der Pflege auch in der Kindererziehung Verantwortung tragen, deutlich weniger gar keine Angebotskenntnis haben („nur“ 24 %).

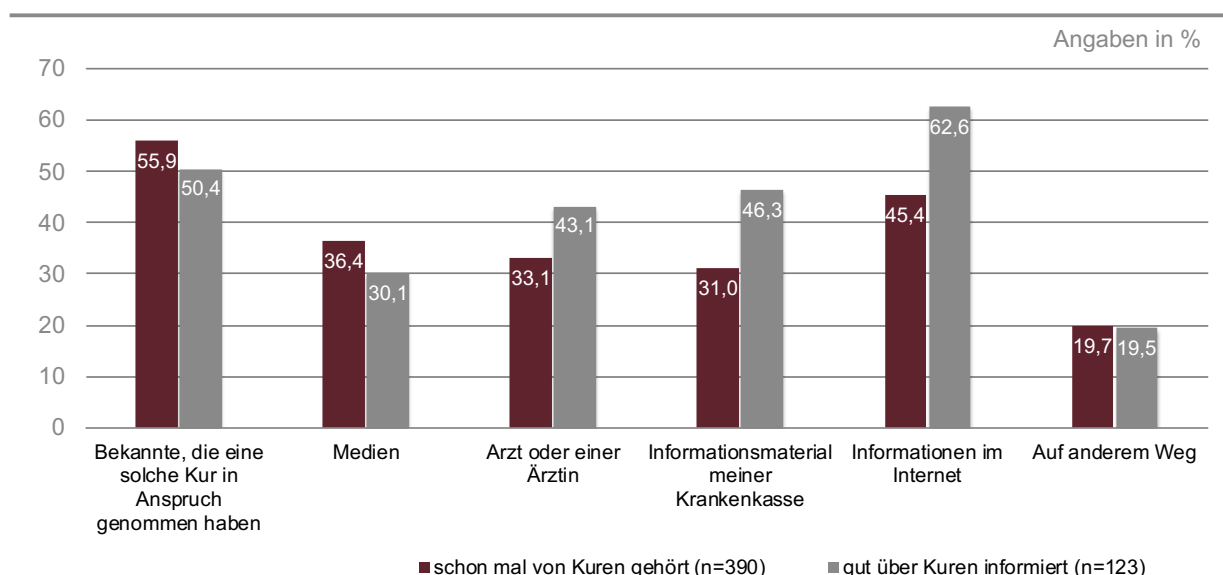
Tabelle 13 Kenntnis über Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige

	Angaben in %
Ich kenne dieses Angebot nicht.	32,7
Ich habe schon mal davon gehört.	47,5
Ich bin gut informiert.	15,0
Weiß nicht.	4,8

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende mit potenzieller Vorsorge oder Reha n=861, gewichtet

Die Befragten haben vor allem durch Bekannte, die eine solche Maßnahme bereits in Anspruch genommen haben, hiervon erfahren sowie durch Informationen im Internet. Letzteres betrifft insbesondere Personen, die von sich angeben, gut informiert zu sein (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9 Informationsquellen über Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige

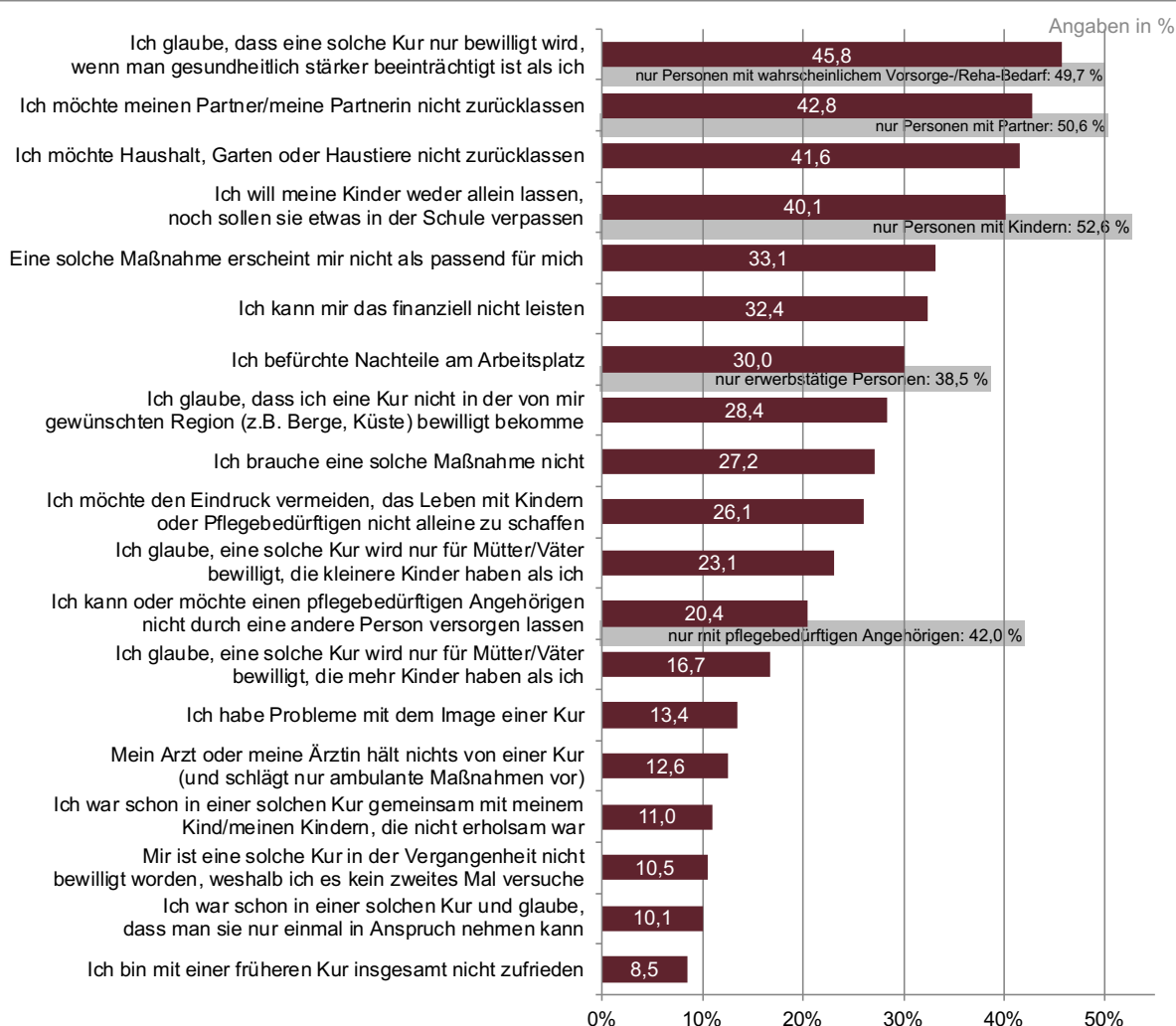


Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende mit potenziellem Kur-Bedarf, gewichtet nur Personen, die über das Angebot informiert sind oder davon gehört haben

© INTERVAL/BIAG 2021

Personen, die zumindest einen potenziellen Vorsorge- oder Reha-Bedarf haben und das Angebot kennen, wurden nach den Hürden für die Inanspruchnahme gefragt. Abbildung 10 fasst die Angaben für alle befragten Personen zusammen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass manche dieser Hürden nur bestimmte Teile der Zielgruppe betreffen oder unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Männer und Frauen) in unterschiedlichem Maß. Die Tabelle 56 im Anhang listet die prozentualen Häufigkeiten der Gründe gegen eine Inanspruchnahme einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung aus diesem Grund auch noch einmal geschlechtsspezifisch sowie differenziert für die Beteiligung an der Pflege von Angehörigen auf.

Abbildung 10 Gründe gegen die Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige



Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Eltern und Pflegende mit potenziellem Kur-Bedarf und mit Kenntnis des Angebots n=513, Mehrfachangaben für trifft zu

© INTERVAL/BIAG 2021

Der insgesamt am häufigsten genannte Grund gegen die Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige ist die Einschätzung, dass solche Maßnahmen nur dann bewilligt werden, wenn gesundheitlich stärkere Beeinträchtigungen vorliegen (45,8 %). Hierbei handelt es sich wahrscheinlich überwiegend um Fehleinschätzungen, denen mit Öffentlichkeitsarbeit entgegengetreten werden kann. Denn selbst unter denjenigen Personen, die wahrscheinlich einen Vorsorge- oder Reha-Bedarf haben, geht jede zweite (49,7 %) davon aus, dass sie nicht krank genug für die Maßnahmen wären.

In der klassischen Zielgruppe der Personen mit Kindern im Haushalt ist der häufigste genannte Grund gegen die Inanspruchnahme, weder die Kinder allein lassen zu wollen, noch die Maßnahme in Begleitung der Kinder anzutreten, damit sie nichts in der Schule verpassen (52,6 %). Dies schließt auch Fälle ein, deren Kinder älter als zwölf Jahre alt sind. Bei Eltern mit jüngeren Kindern dürfte der Anteil voraussichtlich noch höher sein.

Unter Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen dominiert der Grund, nicht zu wollen, dass diese Angehörigen durch andere Personen gepflegt werden oder die Pflegeverantwortung nicht abgeben zu können (42 %). Dies schließt die Möglichkeit ein, ggf. kein entsprechendes Angebot der Kurzzeitpflege zu finden.

In geschlechtsspezifischer Perspektive zeigt sich, dass Männer und Frauen die Gründe einer Nicht-Inanspruchnahme unterschiedlich gewichten. Frauen sehen bzw. antizipieren Hindernisse deutlich häufiger als Männer darin:

- Dass die Leistungen nur dann bewilligt würde, wenn man gesundheitlich stärker beeinträchtigt ist als sie selbst (53,5 % unter Frauen, 41,3 % unter Männern). Diese Einschätzung steht dem Sachverhalt entgegen, dass der Maßnahme-Bedarf unter Frauen faktisch häufiger ist. Auch unter den Personen mit wahrscheinlichem Vorsorge- oder Reha-Bedarf nehmen Frauen (58,5 %) noch häufiger als Männer (46,8 %) an, dass sie nicht ausreichend gesundheitlich belastet für die Maßnahme wären.
- Dass sie ihre Kinder weder allein lassen wollen, noch dass sie etwas in der Schule verpassen sollen. Unter den insgesamt Befragten trifft dies auf 48,2 Prozent der Frauen und 39,0 Prozent der Männer zu. Unter jenen mit Kindern ist der Unterschied noch größer (Frauen 60,8 %, Männer 48,6 %).

Männer begründen die von ihnen ausgemachten Hürden hingegen deutlich häufiger als Frauen damit:

- Dass sie ihre Partnerin nicht zurücklassen wollen (48,2 % Männer, 40,1 % Frauen).
- Dass sie sich eine solche Maßnahme finanziell nicht leisten zu können (48,2 % Männer, 40,1 % Frauen).
- Dass sie Nachteile am Arbeitsplatz befürchten (33,8 % Männer, 26,6 % Frauen).
- Dass ihr Arzt bzw. ihre Ärztin nichts von einer Kur halte und nur ambulante Maßnahmen vorschlage (15,7 % Männer, 6,6 % Frauen). Berücksichtigt man nur die Fälle mit wahrscheinlichem Bedarf, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch größer. Nur acht Prozent dieser Frauen (mit Bedarf) gaben an, ihr Arzt oder ihre Ärztin würde nur ambulante Maßnahmen vorschlagen. Unter Männern (mit Bedarf) lag dieser Anteil bei 25 Prozent.⁵⁴

Die Hürden im Zugang sind auch zwischen sozioökonomischen Gruppen ungleich verteilt. Die Struktur der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen des MGW entspricht weder hinsichtlich des Einkommens noch der Bildung oder des Migrationshintergrunds der Bevölkerungsstruktur. Die Patientinnen und Patienten haben höhere Haushalts-Nettoeinkommen (vgl. Tabelle 14). Sie haben häufiger höhere Bildungsabschlüsse, bzw. die allgemeine Hochschulreife

⁵⁴ Vergleiche hierzu die Angaben befragter Ärztinnen und Ärzte in Kapitel 5.3, nach denen diese über die Leistungen für Väter deutlich weniger informiert sind als über die Leistungen für Mütter.

oder Hochschulabschlüsse (vgl. Tabelle 15). Und ihr Anteil mit Migrationshintergrund ist weniger als halb so hoch (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 14 Gruppenvergleich zum Haushalts-Nettoeinkommen

Haushalts-Nettoeinkommen in Euro	Bevölkerung (n=40.408 T)	Patientinnen, Patienten des MGW (n=635)
<i>unter 500</i>	1,1	0,6
<i>500 bis unter 1000</i>	9,9	3,4
<i>1000 bis unter 2000</i>	30,1	17,9
<i>2000 bis unter 3000</i>	23,5	28,5
<i>3000 bis unter 4000</i>	14,1	26,2
<i>4000 und mehr</i>	21,3	23,4

Quellen: Befragungsdaten, sowie für Bevölkerung: Destatis (2019a, S. 36); (Privathaushalte am Haupt- und Nebenwohnsitz im Jahr 2018 in Deutschland nach ausgewählten Merkmalen und Geschlecht des Haupteinkommensbeziehers) Angaben in Prozent.

Tabelle 15 Gruppenvergleich zum höchsten Bildungsabschluss

Höchster Bildungsabschluss	Bevölkerung (n=68.057 T)	Patientinnen, Patienten des MGW (n=648)
<i>Kein Schul-/Bildungsabschluss</i>	4,4	0,3
<i>Hauptschule/Volksschule</i>	29,7	6,2
<i>Realschule/mittlere Schule</i>	15,7	31,5
<i>Polytechnische Oberschule</i>	5,8	3,0
<i>Fachhochschulreife/Abitur/ allgemeine Hochschulreife</i>	15,5	29,1
<i>Hochschul-/Fachhochschulabschluss</i>	19,2	28,1
<i>Anderer Schul-/Bildungsabschluss</i>	9,7	1,9

Quellen: Befragungsdaten, sowie für Bevölkerung: Destatis (2020b, S. 38 und S. 40); (Gesamtbevölkerung ohne Personen in schulischer Ausbildung und ohne Angabe zur Art des Abschlusses). Angaben in Prozent.

Tabelle 16 Gruppenvergleich zum Migrationshintergrund

Migrationshintergrund	Bevölkerung (n=81.848 T)	Patientinnen, Patienten des MGW (n=648)
<i>Ja</i>	26,0	10,3
<i>Nein</i>	74,0	89,7

Quellen: Befragungsdaten, sowie für Bevölkerung Destatis (2020a, S.36); n: Bevölkerung in Privathaushalten. Angaben in Prozent

Diese soziale Ungleichheit im Zugang zu den Maßnahmen wird noch größer, wenn man berücksichtigt, dass Belastungen, Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Für die Bewertung, dass die Einrichtungen des MGW ein Problem im Zugang zu einkommensschwächeren, weniger gebildeten Personen oder solchen mit Migrationshintergrund haben, kommen die entscheidenden Referenzwerte nicht direkt aus der Bevölkerungsstruktur, sondern aus der Untergruppe jener Personen, die einen Bedarf an Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in den Einrichtungen aufweisen. Aus der Sekundärliteratur ist hierzu bekannt, dass Menschen mit niedrigem Sozialstatus häufiger von chronischen Krankheiten, Beschwerden

oder Behinderungen betroffen sind. „Eine starke Stressbelastung erleben Menschen mit niedrigem Sozialstatus und geringer sozialer Unterstützung in ihrem Umfeld häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung“ (RKI 2015, S. 114).

Zwei Ursachen können für den ungleichen Zugang aus der Sekundärliteratur entnommen werden:

Erstens ist ungleich verteilte Gesundheitskompetenz für den Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen eine der stärksten Hürden. Dies ist die Fähigkeit „gesundheitsrelevante Informationen erschließen, verstehen, beurteilen und konstruktiv zur Entscheidungsfindung bei Gesundheitsfragen nutzen zu können.“ (Schaeffer et al. 2021, S. 1) Bei einem vergleichsweise komplexen, mehrstufigen Zugangsverfahren wie dem zur medizinischen Rehabilitation und Vorsorge wirkt sich geringe Kompetenz besonders stark aus. Und „Gesundheitskompetenz ist sozial ungleich verteilt: Besonders Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, niedrigem Sozialstatus, mit Migrationserfahrung, im höheren Lebensalter und mit chronischer Erkrankung oder langandauernden Gesundheitsproblemen weisen eine durchschnittlich geringere Gesundheitskompetenz auf.“⁵⁵ (Schaeffer et al. 2021: Zusammenfassung)

Zweitens können sich auch ungleiche Einkommensverhältnisse direkt als Zugangshürde auswirken, z. B. dass Personen mit niedrigem Einkommen sich den Rehabilitations- oder Vorsorgeaufenthalt (d. h. die tägliche Zuzahlung von zehn Euro, sonstige Ausgaben während des Aufenthalts oder die Einkommenseinbußen) nicht leisten können oder glauben, ihn sich nicht leisten zu können. Personen mit Migrationshintergrund geben überproportional⁵⁶ an, dass dies eine Grund gegen die Maßnahme sei (mit Migrationshintergrund 42,7 %, ohne Migrationshintergrund 36 %). Der Anteil derer, für die finanzielle Gründe gegen die Inanspruchnahme sprechen, liegt beispielsweise bei einem Haushaltseinkommen von 5.000 Euro und mehr nur bei 16,8 Prozent, bei einem Einkommen zwischen 1.000 und 2.000 Euro jedoch bei 60 Prozent.

Darüber hinaus weicht das Verhältnis von Patientinnen und Patienten im MGW extrem von der Geschlechterverteilung sowohl in der Bevölkerung als auch unter jenen Eltern und pflegenden Angehörigen mit einem wahrscheinlichen Vorsorge- oder Reha-Bedarf ab (Tabelle 17).

Tabelle 17 Gruppenvergleich zum Geschlecht

Geschlecht	Bevölkerung (n=83.019 T)	Eltern/Pflegende mit Vorsorge- oder reha-Bedarf (n=251)	Patientinnen, Patienten des MGW (n=669)
<i>weiblich</i>	50,7	62,9	95,6
<i>männlich</i>	49,3	36,6	4,4
<i>divers</i>	Keine Daten	0,5	0,0

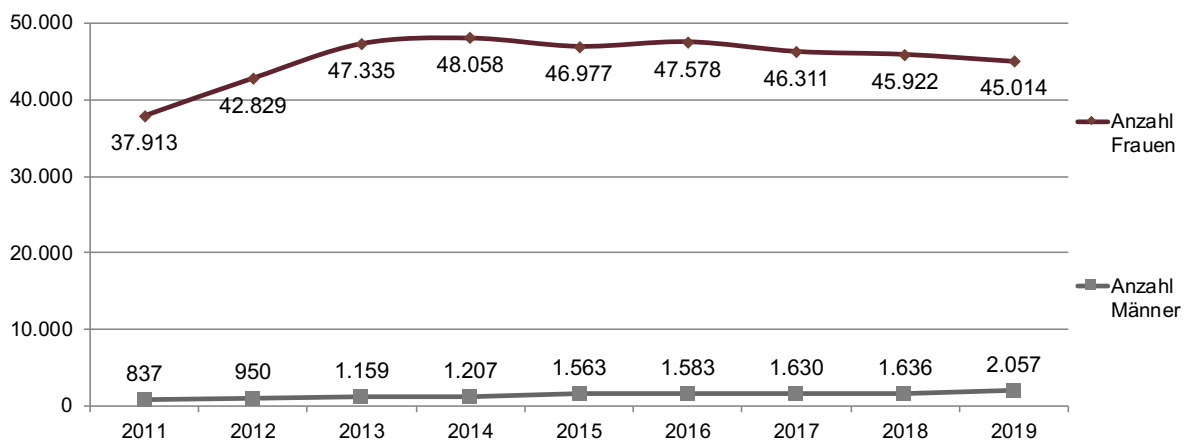
Quellen: Befragungsdaten, sowie für Destatis (2019b), Angaben in Prozent

⁵⁵ Der Autor verweist darüber hinaus an ebendieser Stelle auf die folgende Tendenz: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten sieben Jahren verschlechtert. Mit 58,8 Prozent weist deutlich mehr als Hälfte der Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz auf.“

⁵⁶ Prozentangaben beziehen sich auf die befragten Personen mit potenziellem Vorsorge- oder Rehabedarf.

Ursprünglich ist dies Teil der Konzeption – es handelte sich originär um ein Angebot für Frauen. Zwischen 2011 und 2019 stieg zwar die Zahl der männlichen Patienten (vgl. Abbildung 11), doch auf niedrigem Niveau. Der Bedarf an stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen ist zwar unter Männern nur halb so groß wie unter Frauen. Dieser Unterschied kann jedoch nicht begründen, warum ihr Anteil in Einrichtungen des MGW nur bei 4,4 Prozent liegt.

Abbildung 11 Anzahl der Maßnahmen in Einrichtungen des MGW nach Geschlecht und Jahren



Quelle: Daten des MGW (Stand September 2020), Angaben nach Jahren in absoluten Zahlen

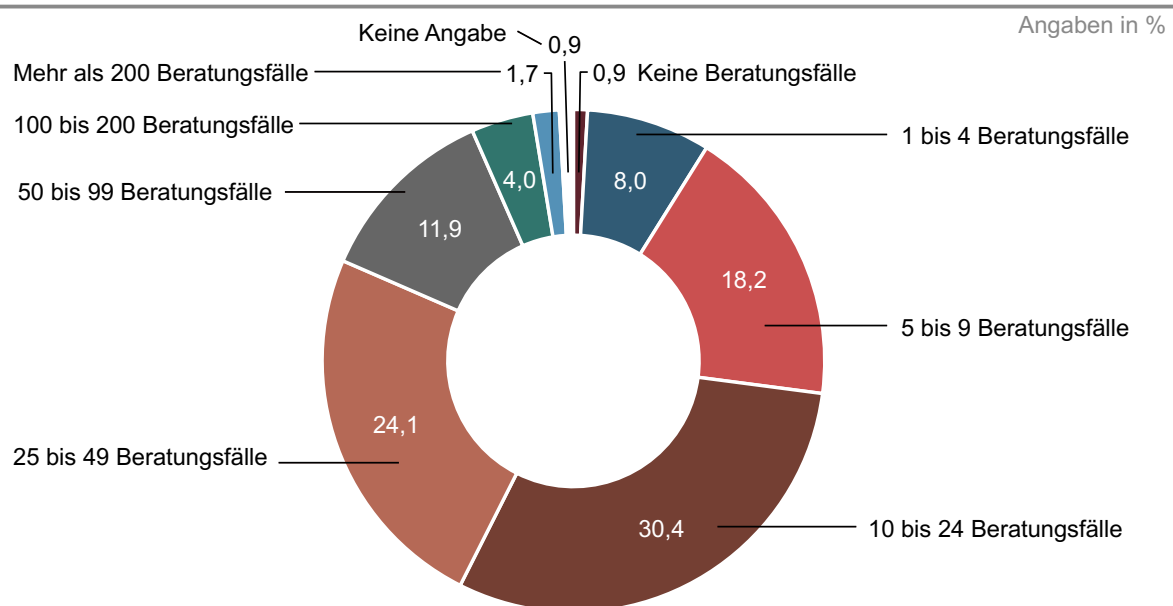
© INTERVAL/BIAG 2021

Einzelne Einrichtungen des MGW bieten ihre Maßnahmen aus konzeptionellen Gründen ausschließlich Frauen an, doch ist dies nicht der Grund für die Genderstruktur der Patientinnen und Patienten. Die Zeit, die Männer auf eine solche Maßnahme warten, unterscheidet sich kaum von der Wartezeit der Frauen (vgl. Kapitel 5.5). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass das Angebot der Maßnahmen im Verhältnis zur Nachfrage geschlechtsspezifisch weitgehend im Gleichgewicht ist. Die entscheidende Frage ist eher, warum Männer, die Bedarf an einer entsprechenden Maßnahme haben, diese so viel seltener nachfragen. Hier sei auf die obigen Ausführungen zu Gründen gegen die Inanspruchnahme einer solchen Maßnahme verwiesen. Geschlechtsspezifisch wurden andere Gründe genannt, z. B. nannten Frauen häufiger, dass sie ihre Kinder weder allein lassen wollten, noch ihre Kinder etwas in der Schule verpassen sollten. Männer nannten z. B. häufiger, dass sie Nachteile am Arbeitsplatz befürchteten und ihre Partnerin nicht alleine lassen wollten. Aber fast alle Befragten (94,4 %) nannten mindestens einen Grund dagegen. Unter jenen, für die wahrscheinlich Bedarf an stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen besteht, ist dies nicht seltener, die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden hier jedoch noch deutlicher. Nur einer unter 92 Männern (mit wahrscheinlichem Bedarf) hatte keinen Einwand gegen eine Maßnahme in Einrichtungen des MGW. Unter den Frauen (mit wahrscheinlichem Bedarf) waren zumindest 3,7 Prozent (bzw. absolut sechs Frauen unter 158), die keine Gründe gegen die Maßnahme nannten. Das heißt die geschlechtsspezifische Verteilung unter den Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des MGW erklärt sich zum Teil aus den unterschiedlichen Bedarfen, zum Teil aber auch aus den Hürden der Inanspruchnahme im Zugang zu den Maßnahmen.

5.2 Beratungsstellen zum Zugang

51 Prozent der ehemaligen Patientinnen und Patienten geben an, bei der Vorbereitung oder Antragstellung für die Maßnahme von einer Kur-Beratungsstelle unterstützt worden zu sein. Wie diese Unterstützung aus Sicht der Beratungsstellen aussieht, wurde durch eine im Dezember 2019 durchgeführte Befragung der Beratungsstellen untersucht. Rund 55 Prozent der Beratungsstellen hatten in den letzten drei Monaten zwischen zehn und 49 Beratungsfälle (8 % weniger als 5 Fälle).

Abbildung 12 Beratungsstellen nach Anzahl der Beratungsfälle in den letzten 3 Monaten



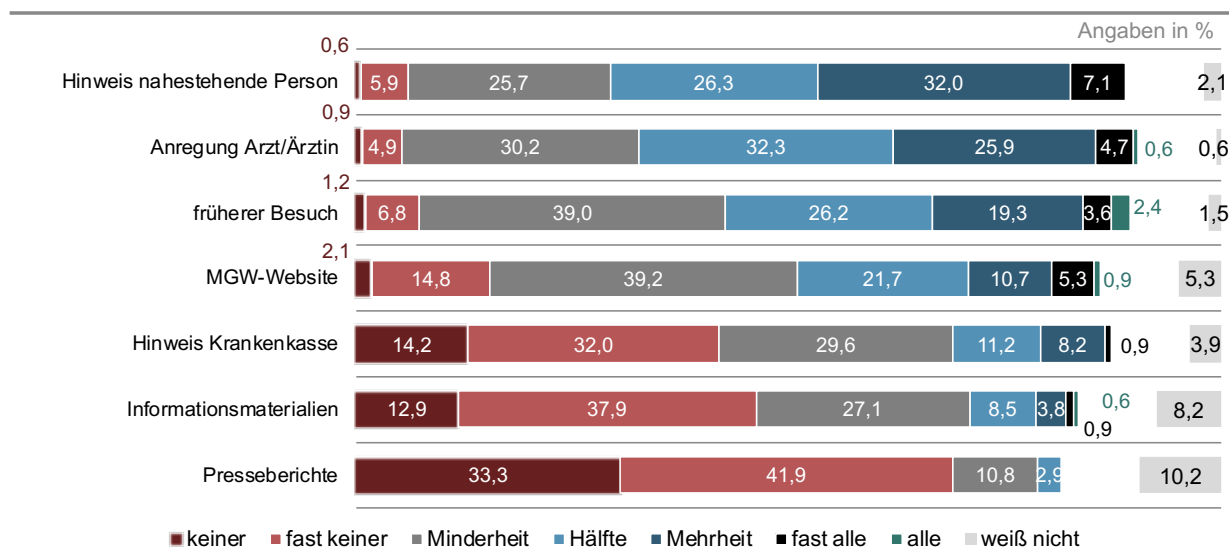
Quelle: Beratungsstellen 2020, n = 352

© INTERVAL/BIAG 2021

In 52 Prozent der Beratungsfälle wurde mehr als eine Beratung durchgeführt. Die Beratung bestand in mehr als der Hälfte der Fälle aus der Beratung in der Beratungsstelle und einer zusätzlichen Beratung per Telefon, online oder per Post. 15 Prozent der Beratungen erfolgten ausschließlich per Telefon, online oder postalisch.

Die aus Sicht der Beratungsstellen wichtigsten Zugangswege zu ihnen (Abbildung 13) sind Hinweise einer nahestehenden Person, Anregungen von Ärztinnen und Ärzten, ein früherer Besuch und mit einem größeren Abstand die Website des MGW. Die geringste Bedeutung haben Presseberichte.

Abbildung 13 Anteil der Beratungsstellen nach Zugangsarten

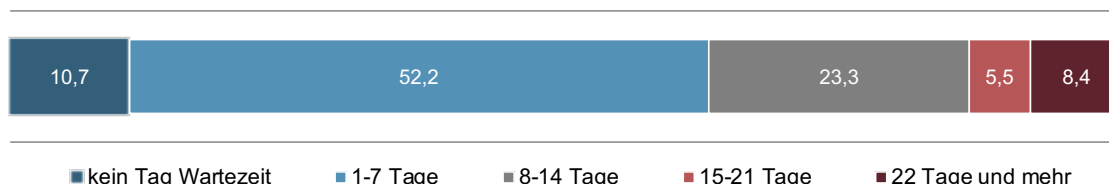


Quelle: Beratungsstellen 2020, n = 352

© INTERVAL/BIAG 2021

In fast zwei Dritteln der Beratungsstellen betrug die Wartezeit auf einen Beratungstermin maximal sieben Tage und in nur acht Prozent mehr als drei Wochen (Abbildung 14). Die durchschnittliche Wartezeit betrug neun Tage.⁵⁷ Wegen zu langer Wartezeiten haben 13 Prozent der Beratungsstellen in den letzten zwölf Monaten an einer Beratung interessierte Personen abgewiesen.

Abbildung 14 Durchschnittliche Wartezeit auf einen Beratungstermin von Interessierten an einer Kurberatung



Quelle: Beratungsstellen 2020, n = 342

© INTERVAL/BIAG 2021

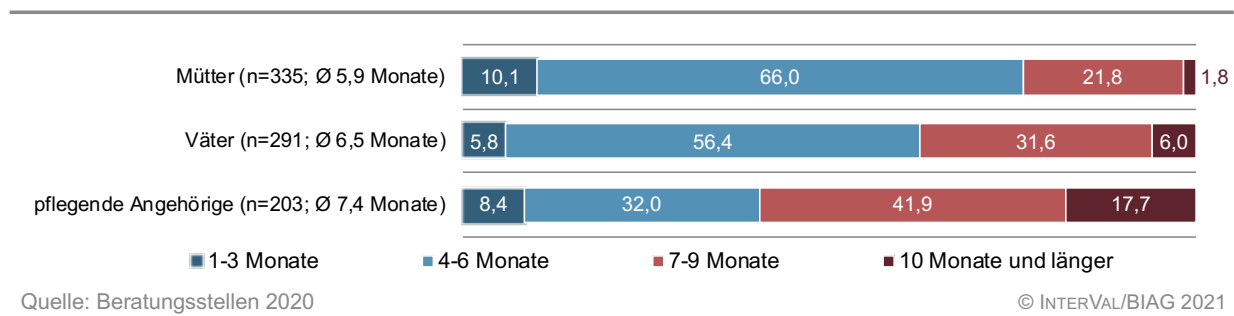
Ein Beratungsgespräch dauerte in 13 Prozent der Beratungsstellen bis zu 30 Minuten, bei der deutlichen Mehrheit (74 %) zwischen einer halben und ganzen Stunde und bei 13 Prozent länger als eine Stunde. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 54 Minuten.⁵⁸

⁵⁷ Die Wartezeit unterscheidet sich nach Trägern bzw. Trägergruppen. Über alle Träger liegt der Median bei 1-7 Tage. Wartezeiten bei der AWO (nur 12 % über 7 Tage) und dem Paritätischen (kein Fall über 7 Tage) sind durchschnittlich kürzer als z. B. beim Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit e. V. (25 % 8-21 Tage, 25 % über 22 Tage). Inwieweit dies auch an unterschiedlichen strukturellen Faktoren (z. B. Lage und Erreichbarkeit) oder Beratungskonzepten liegt, kann mit den erhobenen Daten nicht geklärt werden.

⁵⁸ Die Ausstattung mit Beratungspersonal wirkt sich dabei statistisch signifikant ($p=0,02$) auf die Gesprächsdauer aus. In Beratungsstellen mit einer Ausstattung von maximal einer halben Vollzeitstelle dauern 11,6 % der

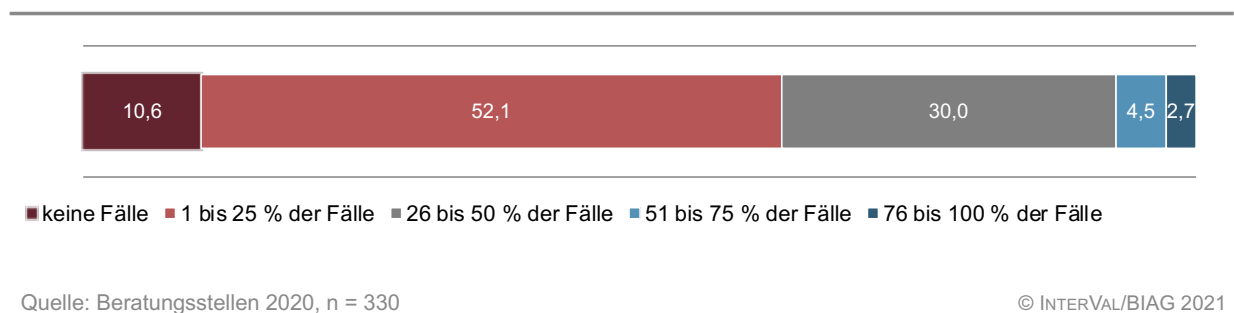
Die Wartezeit auf den Beginn der Maßnahme nach Inanspruchnahme der Beratung (Abbildung 15) beträgt typischerweise knapp ein halbes Jahr, unterscheidet sich aber zwischen den Zielgruppen. Mit 5,9 Monaten ist sie aus Sicht der befragten Beratungsstellen für Mütter am kürzesten und mit 7,4 Monaten für pflegende Angehörige am längsten.⁵⁹ Ein relevanter Teil der pflegenden Angehörigen muss sogar zehn Monate oder länger warten. Der Anteil derjenigen, deren Kurbeginn mit ein bis drei Monaten sehr nah an der Beratung liegt, ist trotz eines im Beratungsgespräch erkannten Unterstützungsbedarfs bei in allen drei Gruppen gering (10,1 % bei Müttern).

Abbildung 15 Wartezeit zwischen Beratung und Beginn der Maßnahme nach Zielgruppe



Wegen der langen Wartezeiten versuchen Beratungsstellen im Vorfeld einer stationären Vor- oder Reha-Maßnahme andere Unterstützungsangebote zu vermitteln. Nur jede neunte Beratungsstelle machen dies nicht, über die Hälfte vermittelten bis zu einem Viertel ihrer Beratenen (Abbildung 16).

Abbildung 16 Anteil der Beratenen, die im Vorfeld in andere Angebote vermittelt wurden



In ihren offenen Anmerkungen geben die Beratungsstellen eine Reihe von Gründen in der Person oder den Umständen an, die dazu beitragen, dass nicht alle Beratungsfälle der letzten drei Monate in die Beantragung einer Maßnahme münden. Dazu zählen sie auch die drohenden langen Wartezeiten oder die erfolgreiche Inanspruchnahme von ihnen vermittelten ambulanten

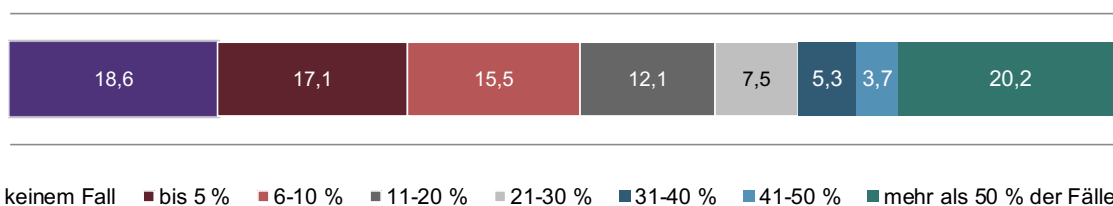
Beratungen länger als eine Stunde, in Beratungsstellen mit mehr als einer ganzen Vollzeitstelle beträgt dieser Anteil 30,4 %.

⁵⁹ Nach Einschätzungen der Beratungsstellen warten Väter nach der Beratung knapp drei Wochen länger als Mütter auf die Maßnahme. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist nach Angaben ehemaliger Patientinnen und Patienten geringer (knapp zwei Wochen), wobei dort allerdings nach der Zeit zwischen ärztlichem Attest und Beginn der Maßnahme gefragt wurde. Ein Grund für abweichenden Ergebnisse kann auch sein, dass nur die Hälfte ehemaliger Patientinnen und Patienten eine Beratungsstelle aufgesucht hatte.

Unterstützungsangebote. Im Schnitt der Angaben von 375 Beratungsstellen mündeten 73,3 Prozent der Beratungsfälle in Anträgen. 10,1 Prozent der Beratungsstellen schätzen diesen Anteil bei ihnen auf 1-33 Prozent und 15 Prozent von ihnen für sich auf 34 bis 66 Prozent.

18,6 Prozent der Beratungsstellen geben an, sie hätten von den beratenen Fällen der letzten drei Monate keinen Fall zur Nachsorge beraten. 61 Prozent von ihnen sagen, dies wäre bei bis zu 50 Prozent der Fall und 20,2 Prozent der Beratungsstellen geben an, dies machten sie bei mehr als 50 Prozent ihrer Fälle (Abbildung 17). Dies bedeutet, dass nur einer Minderheit der Beratenen in der Kurberatung Hinweise auf Nachsorgeangebote gegeben werden.

Abbildung 17 Beratungsstellen und Anteil ihrer Beratenen mit einem Nachsorgeangebot



Quelle: Beratungsstellen 2020, n = 322

© INTERVAL/BIAG 2021

5.3 Befragung der Ärztinnen und Ärzte zum Zugang

Ärztinnen und Ärzte haben im Zugang zu den Kliniken des MGW eine doppelte Funktion. Einerseits erfahren sie im Rahmen ihrer Diagnosen teils als erstes von den Belastungen, wodurch ihnen die Aufgabe zukommt, eine geeignete Behandlung auszuwählen und ihre Patientinnen und Patienten ggf. auch auf die Angebote der Einrichtungen hinzuweisen. Andererseits ist für Bewilligung der stationären Heilbehandlung eine qualifizierte Begründung für deren medizinische Notwendigkeit erforderlich. Ärztinnen und Ärzte müssen somit über die Angebote der Einrichtungen informiert sein (inkl. der Angebote für die neuen Zielgruppen) und sie müssen überzeugt sein, dass diese Angebote für die einzelnen Patientinnen und Patienten hilfreich bzw. wirksam sind.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Studie u. a. untersucht, wie informiert die Ärztinnen und Ärzte sind, welche Informationen ggf. fehlen, oder ob es bei Bewilligungen zu Problemen kommt, z. B. durch unverhältnismäßig häufige Ablehnungen oder unnötigen Aufwand. Dabei war speziell auch nach den Erfahrungen mit dem neuen Attest-Formular zu fragen. Des Weiteren stand im Fokus, wie die Ärztinnen und Ärzte die Maßnahmen in Einrichtungen bewerten. Die Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte in der Nachsorge und die Vernetzung der therapeutischen Kette zählte ebenso zur Untersuchung.

Von den 139 Ärztinnen und Ärzten, die sich an der Befragung beteiligt haben, hat die große Mehrheit in den letzten fünf Jahren stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen in den Einrichtungen des MGW verordnet (rund 90 % der Befragten). Wenn stationäre Leistungen verordnet wurden, dann in allen Fällen für die Zielgruppe Mütter. Etwas mehr als die Hälfte der

Ärztinnen und Ärzte hatte zudem Maßnahmen für die Zielgruppe Väter verordnet, nur 18 Prozent für die Zielgruppe pflegende Angehörige.⁶⁰

Tabelle 18 Verordnungen für Leistungen in Einrichtungen des MGW in den letzten 5 Jahren

	Anteil in %
Verordnungen vorgenommen insgesamt	89,9
Verordnungen vorgenommen für Mütter	89,9
Verordnungen vorgenommen für Väter	53,2
Verordnungen vorgenommen für pflegende Angehörige	18,0
Gar nicht verordnet	7,9
Keine Angabe	2,2
Quelle: Befragung Ärzte 2020, n = 139, Mehrfachangaben	

Die Ärztinnen und Ärzte wurden zudem nach der Anzahl der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gefragt, die sie im vierten Quartal 2019 verordnet hatten. Orientiert am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wurde die Abfrage der Leistungen wie folgt spezifiziert:

- Vorsorge: KV-Ziffer 01614, Muster Vordruck 64
- Rehabilitation: KV-Ziffer 01611 mit Empfehlung zur stationären Rehabilitationsform, Muster Vordruck 61⁶¹

Zwischen der Anzahl an verordneten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und dem Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte besteht kein signifikanter Zusammenhang.

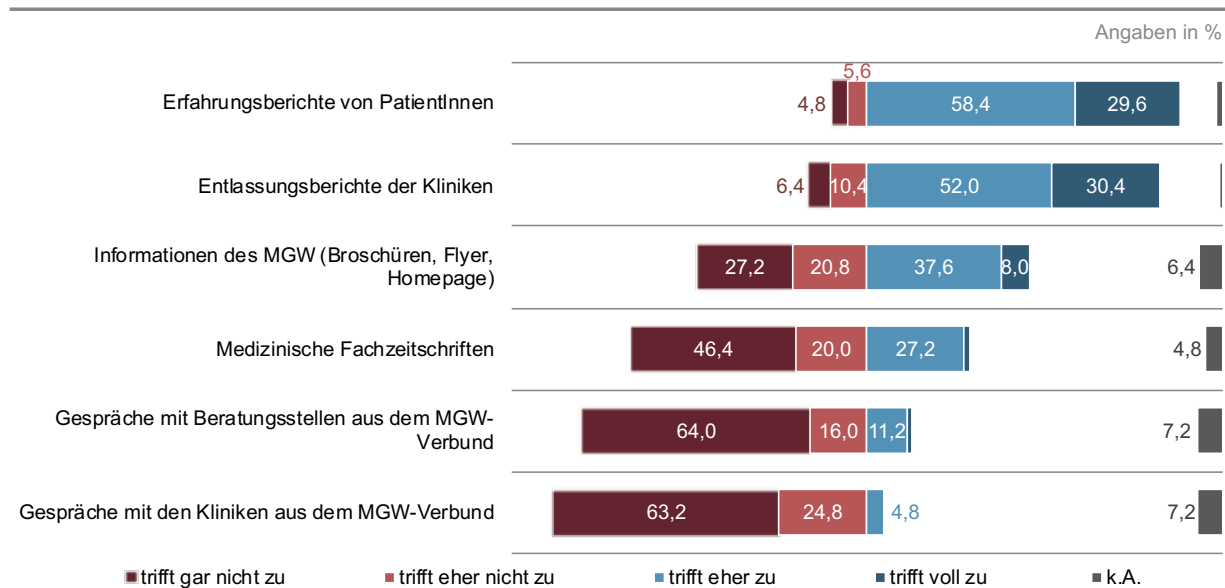
Informationsquellen und Informiertheit über Leistungen in den Einrichtungen des MGW

Die Abbildung 18 zeigt, welche Quellen die Ärztinnen und Ärzte zur Information über die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen des MGW nutzen. Die wichtigsten Quellen sind die Erfahrungsberichte der Patientinnen und Patienten, gefolgt von den Entlassungsberichten der Kliniken. Das heißt, Ärztinnen und Ärzte informieren sich vor allem im Nachhinein und einzelfallbezogen. Textliche Informationen und Materialien, die vom MGW bezogen werden können, sind eine wichtigere Informationsquelle als etwa medizinischen Fachzeitschriften. Von deutlich geringerer Bedeutung sind hingegen die direkten Gespräche mit Beratungsstellen und Einrichtungen aus dem MGW-Verbund.

⁶⁰ Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, die Maßnahmen in Einrichtungen des MGW verordnet hatten, wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: Einerseits in die Gruppe, die nur für die Kernzielgruppe der Mütter verordnet hatte und andererseits in die Gruppe, die für mindestens eine oder beide Zielgruppen Väter und pflegende Angehörige zugewiesen haben. Zwischen diesen beiden Gruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf Arztgruppen, Praxisstandort, Dauer der Praxistätigkeit oder Geschlecht. Das heißt, diese Faktoren erklären nicht, warum ein Arzt bzw. eine Ärztin „nur“ Mütter zuweist oder auch andere Zielgruppen.

⁶¹ Die Zahlen lassen zum einen darauf schließen, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht nur Angaben zu stationären Maßnahmen in Einrichtungen des MGW machten. Zum anderen besteht für Einzelfälle eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Datenqualität, z. B. wenn die Anzahl der Vorsorge- und Reha Verordnungen im vierten Quartal mit jeweils 50 angegeben wird.

Abbildung 18 Informationsquellen über Leistungen in Kliniken des MGW

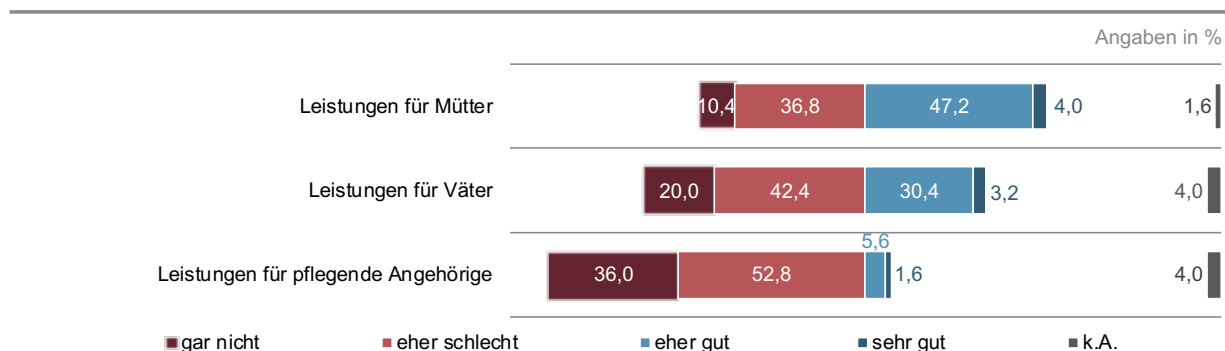


Quelle: Befragung Ärztinnen/Ärzte 2020, Fälle mit Verordnungen, n = 125

© INTERVAL/BIAG 2021

Abbildung 19 zeigt, dass der Informationsbedarf allgemein noch groß ist, insbesondere aber bezogen auf die neuen Zielgruppen. Nur etwa die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte fühlt sich eher gut, und nur sehr selten auch sehr gut über Leistungen für Mütter (bzw. für Mutter-Kind) informiert. Im Hinblick auf die Leistungen für Väter sinkt dieser Anteil deutlich, nur noch rund jede dritte Ärztin bzw. jeder dritte Arzt hält sich hier (eher bis sehr) gut informiert. Gefragt nach den Leistungen für pflegende Angehörige liegt der Anteil nur noch im niedrigen einstelligen Bereich.

Abbildung 19 Grad der Informiertheit über Leistungen in Kliniken des MGW



Quelle: Befragung Ärztinnen/Ärzte 2020, n = 125

© INTERVAL/BIAG 2021

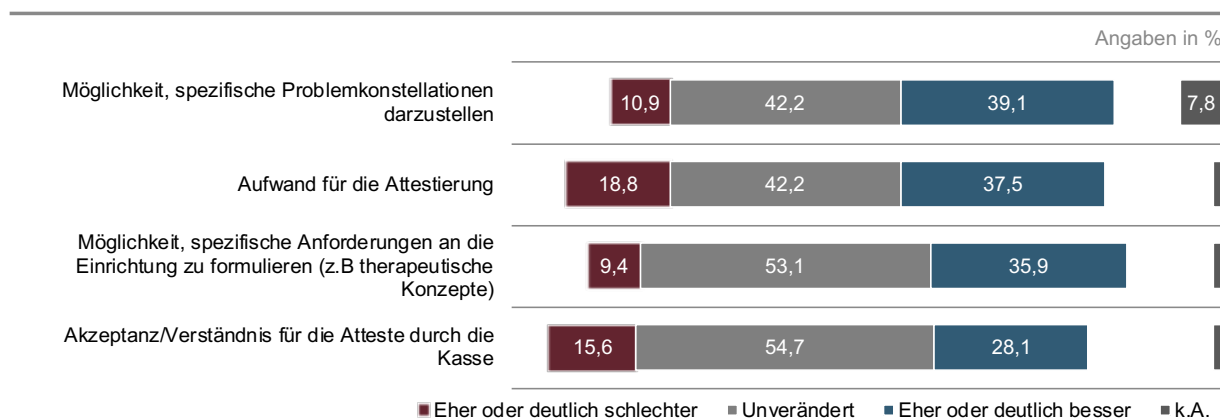
Hausärzte sind besser informiert als andere Arztgruppen. Ob sich ein Arzt bzw. eine Ärztin gut oder schlecht über Leistungen für die Zielgruppen Väter und pflegende Angehörige informiert fühlt, hängt damit zusammen, ob für diese Personen Maßnahmen verordnet wurden.⁶²

⁶² Es ist ein wechselseitiger Zusammenhang anzunehmen. Bei geringerer Informiertheit, werden Maßnahmen seltener verschrieben. Bei selteneren Verschreibungen erfahren Ärztinnen und Ärzte aber auch seltener von den Details der Maßnahmen.

Das neue Attestformular 64

Seit Oktober 2018 verwenden die Ärztinnen und Ärzte das modifizierte Formular 64 zur Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V. Die Ärztinnen und Ärzte, die im vierten Quartal 2019 mindestens eine Vorsorgeleistung verordnet haben und das neue Formular somit eingesetzt haben, sind mehrheitlich der Meinung, dass sich hierdurch keine Veränderungen eingestellt hätten (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20 Veränderungen durch das neue Attestformular 64



Quelle: Befragung Ärztinnen/Ärzte 2020, n = 64

© INTERVAL/BIAG 2021

Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte geht davon aus, dass die Akzeptanz bzw. das Verständnis der Kassen für die Atteste und die Möglichkeit, spezifische Anforderungen an die Einrichtung zu formulieren, unverändert ist. Auch der Aufwand der Attestierung und die Möglichkeit, spezifische Problemkonstellationen darzustellen, ist weitgehend unverändert. Jenen, die Verbesserungen sehen, stehen überdies einige gegenüber, die Verschlechterungen angeben.

Quantitative Daten zur Beschreibung der Zugangswege

Aus der Befragung der Ärztinnen und Ärzten lassen sich folgende Angaben zu den Zugangsweegen entnehmen⁶³:

- Zwischen 60 bis 80 Prozent der Maßnahmen verordneten sie auf Initiative ihrer Patientinnen und Patienten, 20 bis 40 Prozent auf eigene Initiative.
- Rund zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte hatten keinen Patientinnen und Patienten den Wunsch nach Attestierung eines Maßnahme-Bedarfs abgelehnt, wenn diese die Initiative dazu ergriffen hatten. In den anderen Fällen sind abgelehnte Attestierungen eher selten (rund 10 %).
- Die häufigsten Gründe, eine Attestierung abzulehnen, waren die fehlende Bedürftigkeit und dass die ärztliche Weiterbehandlung als ausreichend und zweckmäßig eingestuft wurde. Dass eine stationäre Maßnahme wegen fehlender Vorsorge- oder

⁶³ Prozente beziehen sich auf die Zahl der Verordnungen bzw. Fälle, nicht auf die der Ärztinnen und Ärzte.

Rehabilitationsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten als unpassend angesehen wurde, war im Vergleich dazu selten (10 bis 20 % der Fälle).

- Zehn bis 20 Prozent der Erstanträge wurden nach Angaben der Ärztinnen und Ärzte durch die Kostenträger abgelehnt. Wenn es Ablehnungen gab, rieten sie überwiegend zum Widerspruch.
- Nur etwa die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte attestierte immer einen Reha-Bedarf, wenn sie einen solchen erkannte. Die andere Hälfte gab an, dass es auch Fälle gäbe, in denen sie ihren Patientinnen und Patienten mit Reha-Bedarf nur einen Vorsorgebedarf attestierten, um die Chance auf die Bewilligung der Maßnahme zu erhöhen. Der Anteil solcher „speziellen“ Vorsorge-Attestierungen liegt bezogen auf alle Reha-Fälle nach Angaben der Ärztinnen und Ärzte bei rund zehn Prozent.⁶⁴ Dieser Wert liegt nach Angaben der Einrichtungen höher (vgl. Kapitel 5.4, Tabelle 22). Dies kann daran liegen, dass die Einrichtungen und befragten Ärztinnen und Ärzte mit den Kriterien für den Reha-Bedarf anders umgehen. Möglich ist auch, dass sich der Zustand der Patientinnen und Patienten in dem durchschnittlich einem halben Jahr zwischen der Attestierung und dem Antritt der Maßnahme entsprechend verschlechtert.
- Zehn bis 20 Prozent der Patientinnen und Patienten, denen Ärztinnen und Ärzte einen Bedarf attestierten, verwiesen sie an eine Kur-Beratungsstelle.
- Bei 40 bis 60 Prozent der Fälle mit Attest blieben sie über den Verlauf der Maßnahme und ggf. bis hin zur Nachsorge informiert.

Qualitative Angaben zum Zugang

Die Ärztinnen und Ärzte konnten in der Befragung in eigenen Worten schildern, was bzgl. der Maßnahmen weiterentwickelt oder optimiert werden sollte, um die Effektivität und Nachhaltigkeit zu erhöhen. Der Großteil machte hierzu keine Angaben, die rund 25 inhaltlich nachvollziehbaren (teils aber sehr kurzen) Angaben verteilen sich auf fünf Bereiche:

- Einzelaussagen beziehen sich auf die inhaltliche Umsetzung, z. B. eine größere Passgenauigkeit der Maßnahmen für die Patientinnen und Patienten, mehr Einzelgespräche oder mehr Schwerpunkt-kuren sowie den Wunsch nach „Hausaufgaben für Patienten bereits vor der Maßnahme“.
- In den Bereich der Informationen für Ärztinnen und Ärzte fällt z. B. der Wunsch nach einer Ausgabe von Flyern an Hausärzte zur Weitergabe an Patientinnen und Patienten, aber z. B. auch der Wunsch nach Listen der Einrichtungen mit Informationen, Profilen, Adressen/Homepage etc.
- Einzelangaben beziehen sich auf die Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal. Unter diesen Aspekt fällt etwa der Wunsch, mit den Ärztinnen und Ärzten in den Einrichtungen mehr Rücksprache halten zu können sowie die Kritik, dass Entlassungsberichte teilweise erst spät in der Praxis ankommen.

⁶⁴ Meist liegt der Wert „unter zehn Prozent“, einige wenige gaben jedoch auch „über 80 Prozent“ an.

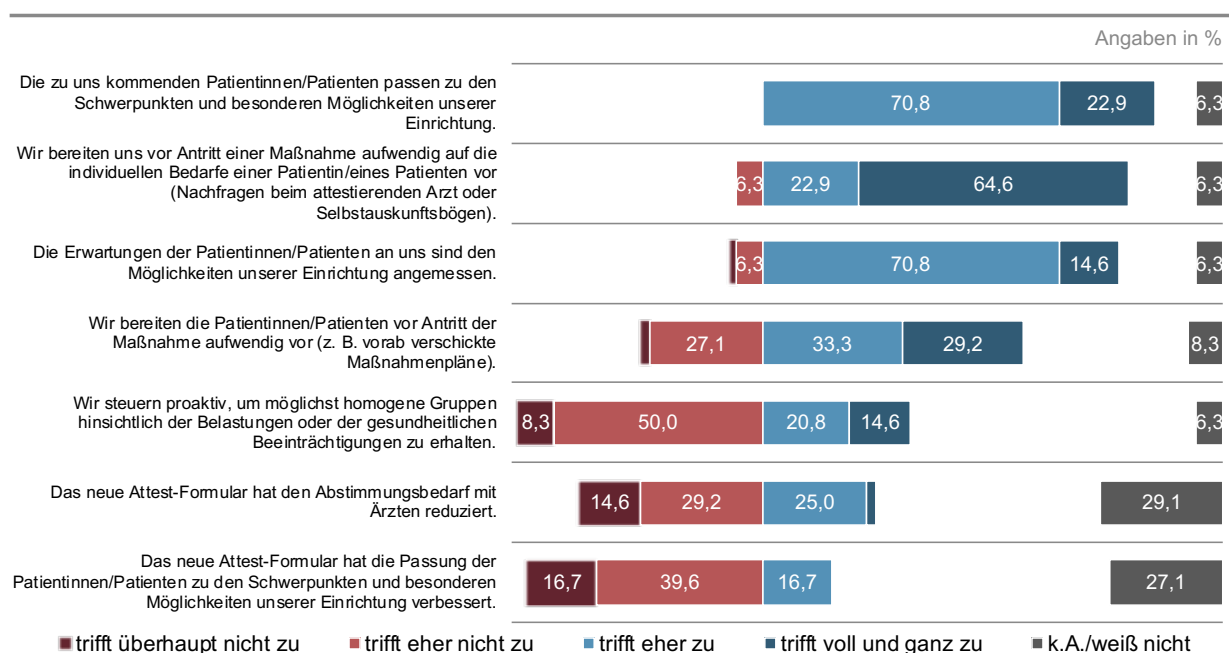
- Geäußert werden Wünsche zu veränderten Rahmenbedingungen, z. B., dass auch Personen mit schulpflichtigen Kindern über zwölf Jahren einen Anspruch haben sollten oder dass der Zugang zu den Maßnahmen den unterschiedlichen Schichten gerecht wird.
- Bzgl. der Interaktion mit den Krankenkassen formulieren Ärztinnen und Ärzte etwa den allgemeinen Wunsch nach einer höheren Akzeptanz für ihre Atteste (Zitat: „zu hohe Entscheidungskompetenz des MDK“). Kritisiert wird aber auch das neue Attestformular (Zitat: „Zu viel Formularumstellung egal in welchem Bereich ist aus hausärztlicher Sicht mit viel mehr Aufwand verbunden“).

5.4 Angaben der Einrichtungen zum Zugang

Für den Zugang von Patientinnen und Patienten zu den Maßnahmen in Einrichtungen des MGW haben sowohl die Beratungsstellen des MGW sowie die Krankenkassen eine große Bedeutung. Nach Auskunft der befragten Einrichtungen kamen von den Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2019 an einer ihrer Maßnahmen teilnahmen, insgesamt 47 Prozent über eine Kur-Beratungsstelle, 42 Prozent direkt über ihre Krankenkasse. Für vier von fünf Einrichtungen sind Beratungsstellen und Krankenkassen die zentralen Akteure im Zugangsprozess, d. h. alle oder fast alle ihrer Patientinnen und Patienten fanden über einen dieser beiden Wege ihren Platz in der Einrichtung. Bei einem Fünftel der Einrichtungen galt dies nur für einen Ausschnitt ihrer Patientinnen und Patienten, d. h., hier waren auch andere Zugangswege maßgeblich.

Die Mehrzahl der Einrichtungen bewertet den Zugang zu den Maßnahmen eher positiv (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21 Zugang der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Einrichtungen



Quelle: Befragung der Einrichtungen, n=48

© INTERVAL/BIAG 2021

So sagen fast alle Einrichtungen, dass ihre Patientinnen Patienten zu ihren Schwerpunkten und besonderen Möglichkeiten passen. 80 Prozent der Einrichtungen hielten die Erwartungen ihrer Patientinnen und Patienten für an ihre Möglichkeiten angemessen. 87 Prozent bereiten sich vor Antritt einer Maßnahme aufwendig auf die individuellen Bedarfe ihrer Patientinnen und Patienten vor. Rund zwei Drittel bereiten durch entsprechende Instrumente ihre Patientinnen und Patienten auf den Antritt der Maßnahme vor. Bei rund einem Drittel ist dies aber nicht der Fall.

Die proaktive Bildung von möglichst homogenen Gruppen nach Belastung oder gesundheitlicher Beeinträchtigung wird nur von ca. jeder dritten Einrichtung praktiziert.

Die Erwartungen, dass das neue Attest-Formular den Zugang zu den Maßnahmen verbessert, sind aus Sicht der meisten Einrichtungen bisher nicht erfüllt worden. Auffällig ist ein relativ hoher Anteil an Einrichtungen, der gar nicht abschätzen kann, ob das neue Formular die Passung der Patientinnen und Patienten zu ihrer Einrichtung verbessern konnte.

Quantitative Informationen zu den Patientinnen und Patienten

Laut Datenreport des MGW waren im Jahr 2019 ca. 49.100 Personen in einer Maßnahme in Einrichtungen des MGW, typischer Weise im Format einer Mutter-Kind-Kur (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Verteilung der Patientinnen und Patienten in 2019 nach Art der Kuren

<i>Verteilung der n=49.100 Fälle</i>	Anteil in %
<i>Frauen in Mütter-Kind-Kuren</i>	87,6
<i>Frauen in Mütter-Kuren</i>	8,1
<i>Männer in Vater-Kind-Kuren</i>	4,3
Quelle: MGW (2020, S. 3)	

Die Kliniken, die im Rahmen der Online-Befragung Angaben zu ihren Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 machten, kommen zusammen auf eine Gesamtpersonenzahl von 25.125 (rund 5 % Männer) und decken somit mehr als die Hälfte aller Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 ab. Differenziert nach der Art ihrer Maßnahme waren 98 Prozent der Personen in einer Vorsorge-Maßnahme und zwei Prozent in einer Reha-Maßnahme.⁶⁵

Tabelle 20 Verteilung Patientinnen und Patienten in 2019 nach Geschlecht und Reha-Status

	nur Frauen	nur Männer	gesamt
<i>Vorsorge-Maßnahme</i>	23.461	1.181	24.642
<i>Reha-Maßnahme</i>	462	21	483
<i>Gesamt</i>	23.923	1.202	25.125
Quelle: Befragung der Einrichtungen 2020, n = 40			

Sonderauszählung zur Struktur nach Zielgruppen und Reha-Status

Die Einrichtungen wurden gebeten im Vorfeld der Befragung eine Sonderzählung durchzuführen. Es sollten zu Patientinnen und Patienten, die zwischen Januar bis Mai 2020 an den

⁶⁵ Laut MGW (2020, S. 8) kamen über 90 % der Patientinnen und Patienten mit einer Bewilligung zur Vorsorge in eine Einrichtung.

Maßnahmen teilnehmen, auf Basis der Eingangsuntersuchung zusätzliche nicht routinemäßige Kategorisierungen zur Zielgruppe (Personen in Erziehungs- und/oder Pflegeverantwortung), und zum faktischen Vorsorge- und Reha-Bedarf der Patientinnen und Patienten vorgenommen werden. 37 der 48 befragten Einrichtungen führten diese Zählung durch. Diese in Tabelle 25 dokumentierten Daten beziehen sich somit auf eine kleinere Zahl der Patientinnen und Patienten, die Daten sind aber valider als bei einer nachträglichen Befragung (ex-post-Befragung).

Die mit Abstand größte Zielgruppe bilden Personen, die durch Kindererziehung belastet sind, aber nicht durch Pflege von Angehörigen. Bei der zweitgrößten Gruppe handelt es sich um Personen, die sowohl in der Pflege von Angehörigen als auch in der Kindererziehung Verantwortung tragen. Unter den männlichen Patienten liegt der Anteil um fast fünf Prozentpunkte höher als bei den Frauen.

Tabelle 21 Verteilung der Patientinnen und Patienten 2020 nach Zielgruppe und Geschlecht

<i>Art der Belastung Jan. bis Mai 2020</i>	gesamt		nur Frauen		nur Männer	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
<i>Nur durch Kinder</i>	2.890	82,1	2.721	82,3	169	79,3
<i>Nur durch Pflege Angehöriger</i>	101	2,9	98	3,0	3	1,4
<i>Doppelbelastung durch Pflege und Kinder</i>	528	15,0	487	14,7	41	19,2
<i>Gesamt</i>	3.519	100,0	3.306	100,0	213	100,0

Quelle: Sonderzählung der Einrichtungen auf Basis der Eingangsuntersuchungen, n=37

Laut Datenreport des MGW (2020, S. 8) zeigen die ärztlichen Eingangsuntersuchungen in den Einrichtungen, dass von allen Patientinnen und Patienten rund 20 Prozent Reha-Fälle nach § 41 SGB V sind obgleich mehr als 90 Prozent nur Vorsorge-Bewilligungen erhalten. Dies deckt sich mit den Daten der Sonderzählung.⁶⁶ Die 37 Einrichtungen, die die Vorabzählung durchführten, bereiteten die Informationen zum faktischen und dem (auf Basis der Eingangsuntersuchung) faktischem Bedarf für insgesamt 3.709 Patientinnen und Patienten auf:

- davon „offiziell“ mit Bewilligung zur Vorsorge: 3.640 Fälle,
- davon „offiziell“ mit Bewilligung zur Reha: 69 Fälle.

Der Sonderzählung zufolge entsprechen 81,5 Prozent aller bewilligten Maßnahmen dem faktischen Bedarf der Patientinnen und Patienten (Vorsorge-Maßnahmen 81,3 %). 18,6 Prozent aller bewilligten Vorsorge-Maßnahmen entsprechen hiernach nicht dem faktischen Bedarf der Patientinnen und Patienten. Bei den Reha-Maßnahmen werden 95,7 Prozent der Bewilligungen als passend eingestuft (vgl. Tabelle 22).⁶⁷

⁶⁶ Der Wert deckt sich nicht mit den Angaben der befragten Ärztinnen und Ärzte, wie häufig sie Reha-Fälle bewusst in Vorsorge-Maßnahmen zuweisen (vgl. hierzu und den möglichen Gründen Kapitel 5.3)

⁶⁷ Die Einrichtungen, die auch Rehabilitationsverträge abgeschlossen haben (17 von den 37 Einrichtungen aus der Vorabzählung), stufen 25 % der Vorsorge-Patientinnen und -Patienten in ihren Einrichtungen als faktische Reha-Fälle. Betrachtet man demgegenüber nur die reinen Vorsorge-Einrichtungen (20 der 37 aus der Vorabzählung), liegt der Anteil unpassender Vorsorgezuweisungen bei 13,7 %. Die Diskrepanz zwischen formeller Zuweisung und faktischem Bedarf ist für Reha-Einrichtungen größer.

Tabelle 22 Passende und unpassende Attestierung des Vorsorge- / Reha-Bedarfs

Kategorisierung auf Basis Eingangsuntersuchung, Jan. bis Mai 2020	absolut	Anteil in %
<i>Personen in einer Vorsorge-Maßnahme...</i>	3.640	100,0
<i>... mit faktisch passender Zuweisung</i>	2.958	81,3
<i>... die faktisch einen Reha-Bedarf hatten</i>	676	18,6
<i>... für die kein oder ein anderer Bedarf bestand</i>	6	0,2
<i>Personen in einer Reha-Maßnahme...</i>	69	100,0
<i>... mit faktischer passender Zuweisung</i>	66	95,7
<i>... für die eine Vorsorge-Maßnahme ausreichte</i>	3	4,3
Quelle: Sonderzählung der Einrichtungen, n=37		

Begleitpersonen in den Maßnahmen

Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Personen zusätzlich zu den Patientinnen und Patienten – im Kontext der Maßnahmen zusätzlich durch sie oder durch Kooperationspartner vor Ort (z. B. Kurzzeitpflege) betreut wurden. Im Durchschnitt kamen 2019 auf eine Patientin bzw. einen Patienten rechnerisch 1,4 Begleitpersonen. Dies sind fast ausschließlich Kinder, darunter ca. 60 Prozent Kinder mit sowie rund 40 Prozent ohne Behandlungsbedarf.⁶⁸ Gepflegte Angehörige machen unter den Begleitpersonen einen Anteil von unter ein Prozent aus, minderjährige Kinder mit einer Behinderung 2,3 Prozent.

Tabelle 23 Art der Begleitpersonen im Jahr 2019

Unter den insgesamt 26.497 Begleitpersonen waren ...	Anteil in %
<i>Kinder ohne Behandlungsbedarf</i>	38,9
<i>Kinder mit Behandlungsbedarf</i>	60,4
<i>Kinder bis zum 18. Lebensjahr mit einer Behinderung *</i>	2,3
<i>Gepflegte Angehörige (inkl. Kinder mit Behinderung ab 18. Lebensjahr)</i>	0,7
Quelle: Befragung der Einrichtungen. Anzahl der antwortenden Einrichtungen n=30 (ohne Einrichtungen, die keine Begleitpersonen vorsehen), Zahl der Patientinnen/Patienten in diesen 30 Einrichtungen im Jahr 2019: 18.195 Personen. *Doppelzählung zu Kindern ohne/mit Behandlungsbedarf	

Die auslastungsbedingte, also nicht durch die Terminwahl der Patientinnen Patienten bedingte Wartezeit, betrug nach Angaben der Einrichtungen 2019 im Durchschnitt 17,8 Wochen. Die Wartezeit reicht von minimal vier bis zu maximal 44 Wochen.⁶⁹ Ob verschiedene Gruppen von Patientinnen und Patienten länger auf einen Platz in einer Maßnahme warten müssen, wurden die Einrichtungen offen gefragt. Ihre zur Beschreibung angeführten Stichworte ordnen sich wie folgt:

⁶⁸ Laut Datenreport nahmen im Jahr 2019 zusätzlich rund 70.000 Kinder an den Maßnahmen teil. Davon wurden zwei Drittel als behandlungsbedürftig gezählt, nur ein Drittel habe aber eine Bewilligung der Krankenkasse als „behandlungsbedürftiges Kind“ erhalten (MGW 2020, S.10).

⁶⁹ In reinen Mütterkliniken lag die Wartezeit sechs Wochen und bei Einrichtungen an der Ost- und Nordsee zwei Wochen über dem Durchschnitt. Auf einen Platz in einer Reha-Einrichtung warteten die Patienten und Patienten im Schnitt eine Woche länger, in einer Vorsorge-Einrichtung eine Woche kürzer als durchschnittlich.

- Mehrere Einrichtungen halten die Anzahl der begleitenden Kinder für ausschlaggebend. Patientinnen und Patienten mit nur einem Kind müssten oft längere Wartezeiten in Kauf nehmen, z. B. weil es weniger Zimmer mit mehr Betten gäbe.
- Längere Wartezeiten gibt es nach Angaben einiger Einrichtungen durch vorhandene Beeinträchtigungen oder Behinderungen der Begleitkinder.
- Weitere Gründe für Wartezeiten liegen in den speziellen Maßnahmen, die aufgrund thematischer Schwerpunkte nicht durchgehend angeboten werden, z. B. zur Trauerbewältigung, Neurodermitis, Zöliakie, für Eltern mit epilepsiekranken Kindern oder für Väter.
- Längere Wartezeiten sind schließlich auch durch den gewünschten Zeitpunkt der Maßnahme bedingt (Stichwort „Ferienkur“).

5.5 Ehemalige Patientinnen und Patienten zum Zugang

Auf die Idee, eine Kur zu beantragen, kamen die 671 befragten ehemaligen Patientinnen und Patienten auf vielfache Weise, doch wie beim Zugang zu vielen anderen Gesundheitsleistungen sind vor allem Hinweise von Bekannten oder Verwandten wichtig (48 %). Der zweitwichtigste Ideengeber waren Ärztinnen und Ärzte. 28 Prozent hatten bereits vorher eine Kur in Anspruch genommen und nur zwei Prozent erhielten einen Hinweis ihrer Krankenkasse. Neben diesen Akteuren spielten mediale Hinweise eine deutlich geringere Rolle. Bei 14 Prozent war die Website des MGW und bei sechs Prozent waren klassische Medien (z. B. Zeitschriften oder sonstige Informationsmaterialien) Ideengeber.⁷⁰

Bei der Vorbereitung oder Antragstellung wurden 53 Prozent der Patientinnen und Patienten durch ihre Ärztin oder ihren Arzt und 51 Prozent durch eine Kur-Beratungsstelle unterstützt. Es folgen mit großem Abstand Unterstützung durch die Krankenkasse (11 %), durch Bekannte oder Verwandte (7 %) und durch sonstige Personen oder Einrichtungen (4 %). Elf Prozent gaben an, von niemandem unterstützt worden zu sein, wobei auch dort das ärztliche Attest notwendig ist.

92 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer einer Kurberatungsstelle beurteilen deren Beratung mit der Note sehr gut oder gut und nur acht Prozent mit befriedigend oder schlechter.

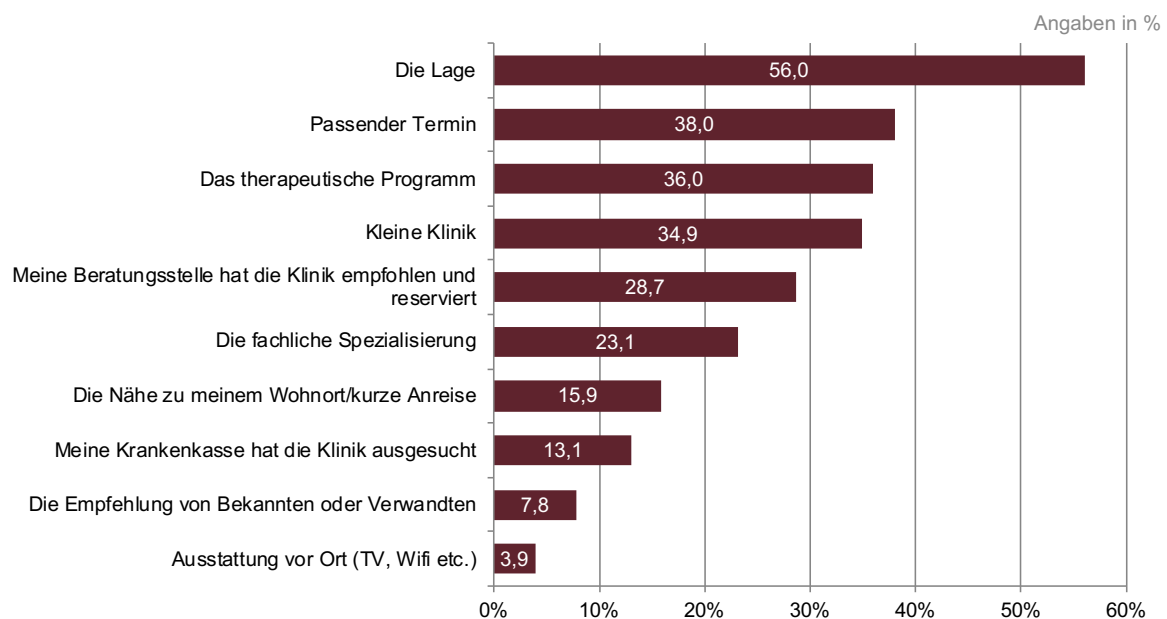
Auf die Frage, ob ihnen „bei der Beratung etwas gefehlt“ habe, antworteten 13,9 Prozent der 342 Nutzerinnen und Nutzer von Kur-Beratungsstellen, es fehlte ihnen etwas bei deren Beratung, 82,9 Prozent fehlte nichts (3,2 % machten hierzu keine Angabe). Auf die Bitte, stichwortartig anzugeben was genau ihnen fehlte, wurden vor allem folgende Aspekte genannt: falsche Auskünfte oder zu geringe Informationen (z. B. zum Verdienstausschlag, Empfehlung falscher Kliniken, geringes Wissen über spezielle Kurhäuser, kein Hinweis auf Mütterkur ohne Kinder, generell zu wenig Beratung zu Kindern in der Kur, zu wenig Väterspezifisches, insgesamt zu wenige und rechtzeitige Beratung und Unterstützung (z. B. schlechte Erreichbarkeit der Beraterin,

⁷⁰ Nicht wenige der Befragten bezogen ihre Idee zur Beantragung aus mehreren Quellen. So gaben 28,2 % der Befragten, die Hinweise von Bekannten/Verwandten erhielten, auch an, Hinweise von Ärztinnen und Ärzten erhalten zu haben und 12,1 % nutzten auch die Website des Müttergenesungswerks.

keine Beratung zum Krankenkassen-Fragebogen, zu wenig Nennung von alternativen Häusern, kein Nachsorgeangebot, fehlende Möglichkeit von Feedback zur Kureinrichtung oder Verhaltensmängel (z. B. fehlende Freundlichkeit, Empathie, Problemlösungstechniken oder Einfühlungsvermögen).

Der für die Auswahl der Kur-Klinik von deutlich mehr als der Hälfte der Befragten genannte Entscheidungsgrund ist deren Lage. Nicht erfragt wurde, wo genau die Präferenzen zur geografischen Lage waren, z. B., ob die See oder die Berge bevorzugt wurden. Deutlich wird aus dieser Angabe jedoch, dass viele Patientinnen und Patienten diesem aus medizinischer Sicht nachrangigen Merkmal höhere Aufmerksamkeit schenken als z. B. der fachlichen Spezialisierung und dem therapeutischen Programm. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten primär nur nach der Lage urteilen können, wenn sie die fachlich-inhaltlichen Merkmale nicht bewerten können (Abbildung 22).

Abbildung 22 Aspekte, die bei der Auswahl der Klinik entscheidend waren



Quelle: ehemalige Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben © INTERVAL/BIAG 2021

Die Bewilligung durch ihre Krankenkasse verlief nicht bei allen ehemaligen Patientinnen und Patienten ohne Schwierigkeiten. Während 86 Prozent „auf Anhieb einen positiven Bescheid“ erhielten, wurde der Antrag bei zwölf Prozent zunächst abgelehnt und erst nach einem Widerspruch bewilligt. Während die Ablehnungsquote plus erfolgreichem Widerspruch bei Müttern und Vätern mit elf Prozent und zehn Prozent ähnlich knapp unterdurchschnittlich ausfällt, erhielten 34 Prozent der pflegenden Personen eine beantragte stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme erst nach einem Widerspruch gegen die Ablehnung.

Laut des Datenreports des MGW⁷¹ wurden 2019 elf Prozent der Anträge von Müttern und 17 Prozent der Anträge von Vätern zunächst abgelehnt.⁷² Angaben zur Ablehnung der Anträge von pflegenden Angehörigen gibt es dort nicht. Sollte sich die weit überdurchschnittliche Ablehnungsquote bei pflegenden Angehörigen in anderen Untersuchungen bestätigen, sollten die maßgeblichen Gründe systematisch gesucht werden.

Die Zeitdauer zwischen dem ärztlichen Attest und dem Beginn der Maßnahme betrug im Mittel 5,6 Monate bzw. es liegt der Median bei sechs Monaten. Letzteres bedeutet, dass bei in der Regel akutem Vorsorge- oder Reha-Bedarf die Hälfte der Befragten weniger als sechs Monate und die andere Hälfte länger als sechs Monate gebraucht hat bis nach einem ärztlichen Attest eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme begonnen hat. Die Spanne der Wartezeit reichte von einem einer Woche bis zu 19 Monaten. Mütter und Väter warten in etwa gleich lange (Männer Ø 5,9, Frauen Ø 5,6). Auch zwischen pflegenden und nicht pflegenden Personen ist die Wartezeit ähnlich (Ø 5,0 vs. Ø 5,5). Trotz einer möglicherweise unterschiedlichen Dringlichkeit zwischen den Antragstellerinnen oder Antragstellern einer Rehabilitation- oder Vorsorgemaßnahme ließ sich kein signifikanter Unterschied bei deren Wartezeiten finden.

Als verantwortlich für ihre Wartezeit gaben die meisten, nämlich 44 Prozent der ehemaligen Patientinnen und Patienten die Wartezeit auf einen freien Platz in der von ihnen gewählten Klinik an. 28 Prozent wollten nicht früher bzw. hatten früher keine Zeit und neun Prozent mussten lange auf die Bewilligung durch ihre Krankenkasse warten.⁷³

Mittelbar wirkt sich u. U. noch die Art der Anreise auf Wartezeiten aus. Ein rollierendes An- und Abreise-System⁷⁴ erhöht die Flexibilität bei der Belegung von Behandlungsplätzen, be- oder verhindert aber die für den Behandlungserfolg wichtige Gruppenbildung mit damit verbundenen Lerneffekten. 14 Prozent der befragten ehemaligen Patientinnen und Patienten gaben an in einer Einrichtung mit rollierendem System gewesen zu sein.

⁷¹ MGW (2020)

⁷² Der Unterschied bei der Häufigkeit der Ablehnung von Vätern-Anträgen in unserer Befragung und nach Angaben des MGW könnte an der geringen Anzahl von 30 befragten Vätern liegen.

⁷³ Die Differenz zu 100 % ergibt sich voraussichtlich durch die Fälle, die ihre Wartezeit nicht als lange bewerten.

⁷⁴ Rollierend meint, dass z. B. jede Woche neue Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Einrichtung kommen können und entsprechend auch jede Woche ein Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abreist, die Bildung miteinander vertrauter Gruppen nicht oder nur eingeschränkt möglich ist.

6 Gestaltung und Rahmenbedingungen der Maßnahmen

6.1 Rahmenbedingungen der Einrichtungen

Die Einrichtungen des MGW sind unterschiedlich auf Zielgruppen spezialisiert. Nach Informationen der „MGW-Kliniksuche“ verteilen sich verschiedene Arten von Maßnahmen wie in Tabelle 24 beschrieben.⁷⁵

Tabelle 24 Verteilung der Einrichtung des MGW nach Klinikart

Klinikart	Anzahl Einrichtungen	davon Reha-Einrichtungen
<i>Mutter-Kind-Kur</i>	66	32
<i>Mütter-Kuren (ohne Kind)</i>	10	7
<i>Pflegende Frauen</i>	2	2
<i>Vater-Kind-Kuren</i>	20	11
<i>Väterkuren (ohne Kind)</i>	1	0

Quelle: Häufigkeiten nach MGW-Kliniksuche, Stand 27.11.2020, Mehrfachnennungen.

Die ursprünglich 73 Einrichtungen kommen zusammen auf 7.194 Betten, davon 58,6 Prozent für Kinder und 41,4 Prozent für Patientinnen und Patienten.

Tabelle 25 Strukturdaten der Einrichtungen des MGW (Klinikart, Vorsorge/Reha, Betten)

Klinikart		Einrichtungen		Betten Patienten		Betten Kinder	
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
<i>Mutter-Kind-Kur</i>	gesamt	47	64,4	1830	61,4	2850	67,7
	davon nur Vorsorge	26	35,6	796	26,7	1217	28,9
	davon auch Reha	21	28,8	1034	34,7	1633	38,8
<i>Mütter-Kuren</i>	gesamt	5	6,9	265	8,9		
	davon nur Vorsorge	1	1,4	47	1,6		
	davon auch Reha	4	5,5	218	7,3		
<i>Mutter-Kind- und Vater-Kind-Kuren</i>	gesamt	21	28,8	886	29,7	1363	32,3
	davon nur Vorsorge	11	15,1	454	15,2	675	16,0
	davon auch Reha	10	13,7	432	14,5	688	16,3
<i>Gesamt</i>	gesamt	73	100	2.981	100	4.213	100,0

Quelle: Strukturdaten der Einrichtungen (Sonderanfertigung für die Evaluation), September 2020.

Die personelle Grundausstattung variiert aufgrund der Größen der Einrichtungen.⁷⁶ Die Personalressourcen insgesamt verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Bereiche:

⁷⁵ Bei der MGW-Kliniksuche können bis zu 31 Klinikspezialisierungen ausgewählt werden (von A wie „Alleinerziehende Mütter“ bis V wie „Väter mit behinderten/erwachsenen behinderten Kindern“).

⁷⁶ Die größte Einrichtung hat knapp über 80 Betten für Patientinnen und Patienten, die kleinste „nur“ 10.

Tabelle 26 Personal der Einrichtungen

Personalkategorien	Anteil an den 1.734 Personen	Anteil an 1.146,0 Vollzeitäquivalenten
Ärztlicher / psychotherapeutischer Dienst	6,8	5,3
Pflegerischer Dienst	15,2	13,0
Psychologischer/ psychosozialer Dienst	8,2	8,7
Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie, Psychomotorik	10,0	8,7
Pädagogische Angebote NUR für Kinder	23,6	27,3
Sonstige Personalkapazitäten	36,2	37,0

Quelle: Befragung der Einrichtungen, Angaben für 34 Einrichtungen in Prozent
Erfragt wurden Angestellte und Honorarkräfte

Die Auslastung der Einrichtungen lag 2019 (vor Beginn der Covid-19-Pandemie) bei 96 Prozent und je nach Einrichtung zwischen 79 und 106 Prozent.⁷⁷

Die Einrichtungen bewerten sich (in den erfragten Bereichen Landschaft, Gebäude/Ausstattung, fachliche Struktur, religiöse Angebote, sonstiges) unterschiedlich attraktiv. Einrichtungen für Mütter-Kuren schätzen sich attraktiver ein als andere Klinikarten, große Einrichtungen stufen ihre Attraktivität höher ein als kleine Einrichtungen (jeweils signifikante Unterschiede).⁷⁸

Die meisten Einrichtungen geben als Zeitpunkt der letzten größeren Modernisierung der Zimmer und der Investition in die sonstige Infrastruktur die Zeitspanne zwischen den Jahren 2015 und 2019 an, teils liegen Modernisierungen deutlich länger zurück (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27 Modernisierungen und Investitionen in zeitlicher Perspektive

Wann erfolgte die letzte größere ...	80-90er Jahre	00er Jahre	2010- 2014	2015- 2019	2020	keine Angabe
... Modernisierung der Patientinnen- und Patientenzimmer?	12,5	10,4	16,7	45,8	6,3	8,3
... Investition in die sonstige Infrastruktur?	4,2	6,3	12,5	52,1	14,6	10,4

Quelle: Befragung der Einrichtungen, Angaben in Prozent, n = 48

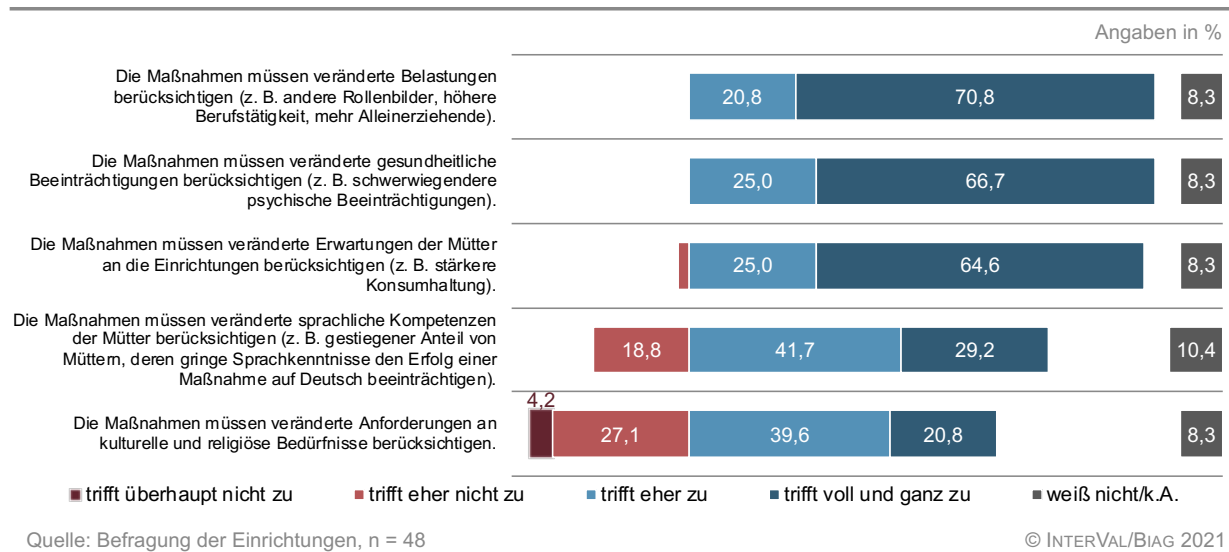
6.2 Veränderte Bedarfe bei Müttern

Wie beschrieben, hat sich die Inzidenz der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen in den letzten Jahren erhöht. Zusätzlich sieht der Großteil der Einrichtungen im Verlauf der letzten zehn Jahren auch Verschiebungen in den familien- und elternspezifischen Belastungen (vgl. Abbildung 23).

⁷⁷ Falls die Einrichtung nicht ganzjährig geöffnet war, wurden die Belegtage in Relation zur theoretischen ganzjährigen Öffnung berechnet.

⁷⁸ Für jede Klinik wurde ein Summen-Index gebildet über die drei Bereiche Landschaft, Gebäude/Ausstattung und Fachlichkeit. Religion und Anderes blieben bei der Index-Bildung außen vor, da diese Merkmale nicht für alle Einrichtungen zutrafen.

Abbildung 23 Veränderte Bedarfe von Müttern in den vergangenen zehn Jahren



Veränderten Bedarfe schilderten die Einrichtungen in eigenen Worten. Ihre Angaben lassen sich wie folgt gruppieren:

- Defizite im Erziehungsverhalten oder negativ wirkende Verhaltensweisen (z. B. starker Medienkonsum) sind gestiegen. Es gibt weniger von den eigenen Eltern gelernte Erziehungskompetenz und weniger Einbindung von Müttern in ein unterstützendes Beziehungsnetz (z. B. eigene Eltern).
- Mütter unterschätzen oftmals, dass es (teils lange) Wartezeiten in den Einrichtungen gibt und sie kommen mit höheren Erwartungen.
- Die Maßnahmen werden häufiger von Müttern mit einem und häufiger mit Kleinkindern/jüngeren Kindern in Anspruch genommen und die Kinder selbst werden immer bedürftiger (Co-Morbidität der Kinder).
- Ausprägung der Beschwerden und Belastungen im psychischen und psychosozialen Bereich sind erhöht, da der Zugang zu ambulanten Hilfsmaßnahmen u. a. durch lange Wartezeiten erschwert oder ganz blockiert wird.
- Das Durchhaltevermögen der Frauen bei Problemen während der Maßnahme sei gesunken, die Bereitschaft zum schnellen Abbruch der Maßnahmen gestiegen.
- Die Akzeptanz verschiedener sexueller Orientierungen sei anders, deren Inzidenz gestiegen (vgl. Textbox am Ende dieses Kapitel zum Thema Regenbogenfamilien).

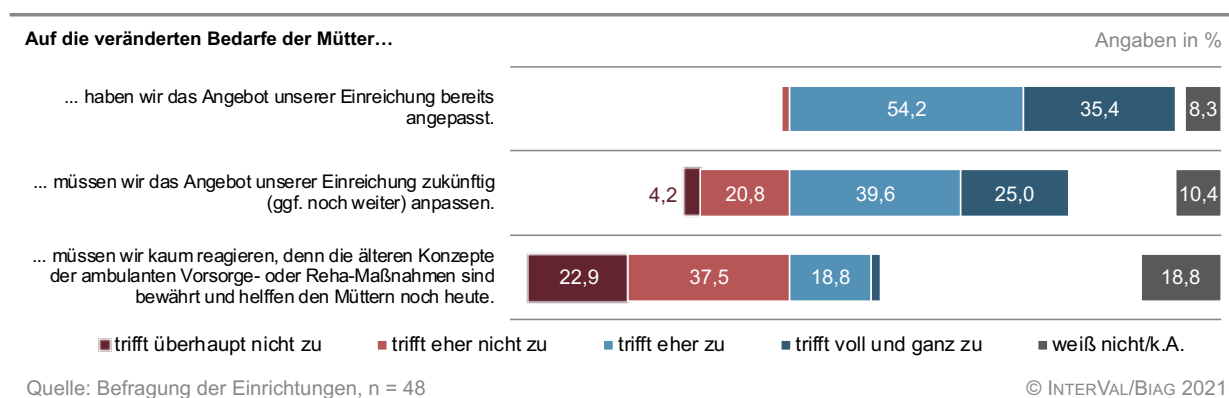
Zum anderen beobachten die Einrichtungen Veränderungen im Antragsverhalten. Die folgenden sinngemäße Zitate illustrieren dies:

- Der Anteil im Vorfeld der Maßnahme nicht transparent kommunizierter gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist gestiegen.
- Die Anträge werden eher sehr spät gestellt, trotz hoher psychischer Belastungen der Frauen und oft erst dann, wenn der Gesundheitszustand bereits stark angegriffen ist.

- Viele Patientinnen befinden sich einerseits bereits vor der Maßnahme in psychotherapeutischer Behandlung und erwarten, dass die ambulante Behandlung in der Einrichtung fortgesetzt wird. Von den einweisenden Ärztinnen und Ärzten würden die Maßnahmen andererseits häufig als Lösung gesehen, prekäre häusliche Situationen zu entlasten.
- Die Bewilligung von Vorsorge-Maßnahmen erfolgt immer häufiger bei faktischem Reha-Bedarf (vgl. Kapitel 5.4).

Abbildung 24 zeigt, dass praktisch alle Einrichtungen sich bereits auf die veränderten Bedarfe der Mütter zumindest teilweise eingestellt haben.

Abbildung 24 Reaktion der Einrichtungen auf veränderte Bedarfe der Mütter im Allgemeinen



Die hierfür unternommenen baulichen, personellen oder konzeptuellen Anpassungen skizzieren die Einrichtungen wie folgt:

- Die konzeptuellen Anpassungen umfassen zum einen indikationsspezifische Therapiepakete (z. B. „stärkere Hinwendung zu der Problemstellung Mediennutzung“) und zum anderen zielgruppenspezifische Behandlungskonzepte (z. B. speziell für Alleinerziehende). Wie diese Anpassungen im Detail aussehen, geht aus den Ausführungen meist nicht hervor.
- Bezüglich baulicher Anpassungen verweisen die Einrichtungen einerseits darauf, dass die Patientinnen und Patienten „mehr Komfortausstattung“ erwarten und Bedarf nach Sanierung bestehe, „um der Nachfrage nach Ambiente mit Wellnesscharakter nachzukommen“. Gleichzeitig thematisieren sie hier auch Grenzen ihre Anpassungsfähigkeit (Zitat „Die Erwartung nach Wellness werden und können wir nicht erfüllen“).
- Hinsichtlich personeller Anpassungen nennen Einrichtungen v. a. Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Erweiterung des medizinischen und therapeutischen Personals (durch Neueinstellungen oder durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen). Gründe hier sind z. B. ein gesteigerter Bedarf unter den Patientinnen und Patienten nach Einzelgesprächen oder Veränderungen in den Erkrankungen.

Der hohe Anteil an Einrichtungen, die auf die veränderten Bedarfe reagiert haben, bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass unter den Einrichtungen weitere Anpassungen als unzureichend gelten. Zwei Drittel der Einrichtung wollen ihre Angebote zukünftig noch weiter anpassen, ohne die für erforderlich gehaltenen Schritte jetzt schon skizzieren zu können.

Textbox 6 Regenbogenfamilien im Kontext der Maßnahmen (Ergebnisse Experteninterview)

Regenbogenfamilien definieren sich dadurch, dass mindestens eine Person in Erziehungsverantwortung vom hetero-normativen Modell abweicht. Hierunter fallen also nicht nur gleichgeschlechtliche, sondern auch gemischtorientierte Partnerschaften mit Kindern oder homosexuelle Alleinerziehende.

Die Datenlage zur Anzahl und zur Entwicklung von Regenbogenfamilien ist ausbaufähig. Es ist aber mit einer Zunahme an Regenbogenfamilien zu rechnen, wozu gesellschaftliche Veränderungen sowie ehe-, abstammungs-, adoptions- und sorgerechtliche Rechtsverfahren beitragen.

Unter den Einrichtungen des MGW gibt es zwei Häuser, die sich dem Schwerpunkt Regenbogenfamilie widmen. Im Vergleich zeigen sich zwischen den Einrichtungen sowohl Gemeinsamkeiten (z. B. im Hinblick auf die zielgruppenspezifischen Familienthemen) als auch Unterschiede (z. B. ob externe Akteure in die Umsetzung der Maßnahme einbezogen werden). Drittens kommen an den Einrichtungen unterschiedliche Umsetzungsformate zum Einsatz. Schwerpunktmaßnahmen können sich exklusiv an die Zielgruppe richten, parallel oder überschneidend zu anderen Maßnahmen stattfinden oder in der Zusammensetzung grundsätzlich gemischt sein.

Die Studie findet keine Hinweise darauf, dass Regenbogenfamilien vor überdurchschnittlichen Engpässen bei der Einrichtungswahl stehen. Viel eher stehen Angehörige von Regenbogenfamilien genauso vor akzeptablen Abwägungsprozesse wie heterosexuelle Väter und Mütter. Die Zusammensetzung der Maßnahmen ist für ihren Erfolg nicht ausschlaggebend, relevant ist aber die transparente Kommunikation im Vorfeld, wie das Format umgesetzt wird. Die regenbogenspezifischen Vorträge und Gesprächsgruppen werden in der Peer Group als inhaltlich passend bewertet, sollten für die Patientinnen und Patienten aber möglichst fakultativ freiwillig sein. Für die Umsetzung der Schwerpunktmaßnahme ist es nicht zwingend erforderlich, externe Akteure der Peer Group einzubeziehen, wichtig sind v.a. geschulte und sensibilisierte Mitarbeitende in den Einrichtungen.

6.3 Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit den Maßnahmen

Die Befragung Patientinnen und Patienten, die Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des MGW in Anspruch genommen hatten, zielte vor allem darauf, die Wirksamkeit der Maßnahmen in Relation zu den zielgruppenspezifischen und individuellen Bedarfslagen, der inhaltlichen Gestaltung der Angebote und deren Einbettung in der therapeutischen Kette zu untersuchen. Deshalb wurden in der Befragung auch die Erfahrungen mit den Angeboten und der therapeutischen Kette erhoben. Abgebildet wird, welche Angebote in Anspruch genommen wurden, wie sie gestaltet waren und inwieweit sich dies im Befinden widerspiegelt. Die Behandlung als solche wird von der großen Mehrheit überaus positiv dargestellt. Zwischen 88 bis 93 Prozent der Patientinnen und Patienten finden, dass verschiedene positive Aussagen eher oder voll und ganz auf ihre Behandlung zutreffen (vgl. Tabelle 28)

Tabelle 28 Bewertung der Behandlung durch die Patientinnen und Patienten

<i>Trifft ...</i>	<i>... gar nicht zu</i>	<i>... eher nicht zu</i>	<i>... eher zu</i>	<i>... voll zu</i>	<i>k.A./weiß nicht</i>
<i>Die Organisation der Behandlungen war insgesamt gut.</i>	0,8	5,0	33,8	58,4	2,1
<i>Die Qualität der Behandlung war gut.</i>	0,9	2,8	31,3	61,6	3,3
<i>Ich habe die Behandlung erhalten, die mir weitergeholfen hat.</i>	2,7	6,2	31,5	57,1	2,5
<i>Mit der Unterstützung, die ich erhalten habe, bin ich zufrieden.</i>	3,6	6,2	36,7	50,2	3,3
<i>Mit der Art der Behandlung, die ich erhalten habe, bin ich zufrieden.</i>	3,3	6,0	34,9	53,2	2,7

Quelle: Befragung ehem. Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

Die Angaben der Patientinnen und Patienten wie sie das Behandlungsteam erlebt haben, zeugen von großer Zufriedenheit. Auffällig ist allerdings, dass nur drei von vier Personen angeben, wieder in ihre Einrichtung zu gehen, wenn sie Hilfe bräuchten (vgl. Tabelle 29).⁷⁹

Tabelle 29 Bewertung der Einrichtung und des Teams durch die Patientinnen und Patienten

Trifft ...	... gar nicht zu	... eher nicht zu	... eher zu	... voll zu	k.A./weiß nicht
<i>Die Atmosphäre in der Einrichtung war insgesamt gut</i>	0,6	3,5	30,4	63,3	2,2
<i>Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zogen an einem Strang</i>	1,2	3,9	27,3	62,3	5,3
<i>Die Mitarbeiter waren sehr motiviert</i>	0,9	3,0	26,9	64,6	4,6
<i>Die Klinik würde ich Personen empfehlen, die ähnliche Hilfe benötigen</i>	4,4	6,6	16,4	68,2	4,4
<i>Ich würde wieder in die Einrichtung gehen, wenn ich Hilfe bräuchte</i>	7,7	9,9	12,3	64,5	5,5
<i>Ich habe mich in der Klinik willkommen gefühlt</i>	1,8	2,7	19,2	72,0	4,2

Quelle: Befragung ehem. Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

Bei der Frage wie die Patientinnen und Patienten die Kommunikation im Detail wahrnahmen, sticht der Zustimmungswert zum respektvollen Umgang heraus. Für 85 Prozent trifft dies voll und ganz zu (vgl. Tabelle 30). Gleichzeitig ist dies einer der beiden Punkte, der vielen Patientinnen und Patienten persönlich besonders wichtig war.

Tabelle 30 Ablauf der Behandlung: Kommunikation während der Maßnahme

Trifft ...	... gar nicht zu	... eher nicht zu	... eher zu	... voll zu	k.A./weiß nicht
<i>Ich wurde nach meinen Behandlungswünschen gefragt</i>	1,5	8,7	31,3	55,6	2,8
<i>Ich konnte mit dem Behandlungsteam besprechen, welche Behandlung für mich die beste ist</i>	2,1	11,2	31,0	53,2	2,5
<i>Mit mir wurde besprochen, wie meine Behandlung/Maßnahmen ablaufen</i>	2,4	12,8	35,0	47,4	2,4
<i>Wir haben gemeinsam Ziele festgelegt</i>	3,6	13,1	31,6	49,5	2,3
<i>Die Gespräche mit mir wurden ungestört geführt</i>	0,8	2,8	13,6	80,5	2,3
<i>Für die Gespräche mit mir gab es genügend Zeit</i>	1,7	10,5	28,1	57,8	1,8
<i>Ich wurde ermutigt, Fragen zu stellen</i>	3,5	9,3	35,6	49,6	2,0
<i>Meine Vorschläge wurden ernstgenommen</i>	2,1	8,0	33,6	52,3	4,1
<i>Ich wurde respektvoll behandelt</i>	0,8	1,4	10,6	85,0	2,3
<i>Ich wurde während der Kur in Entscheidungen zur Behandlung einbezogen</i>	4,4	16,1	34,1	41,6	3,8
<i>An mir und meiner Situation bestand Interesse</i>	2,6	9,5	32,2	53,0	2,7

Quelle: Befragung ehem. Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

⁷⁹ Die durchweg positiven Bewertungen spiegeln sich auch in weiteren Angaben der Patientinnen und Patienten zum Ablauf der Maßnahme sowie zur Ausstattung in den Einrichtungen (vgl. Tabellen 57 und 58 im Anhang 4).

Wichtig war den Patientinnen und Patienten nach ihren Behandlungswünschen gefragt zu werden. 55 Prozent sehen diese Erwartung voll und ganz erfüllt, 31 Prozent stimmen dem eher zu. Vergleichsweise niedrig („nur“ 75 %) fällt die Zustimmung dahingehend aus, ob die Patientinnen und Patienten während der Kur in Entscheidungen zur Behandlung einbezogen wurden.⁸⁰

Die durchweg positiven Einschätzungen der Patientinnen und Patienten schließen aber nicht die Möglichkeit aus, dass es individuelle Bedürfnisse gab, die aus ihrer Sicht in der Kur nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Dies trifft auf fast jede vierte Person zu. Aus Datenschutzgründen musste darauf verzichtet werden genau zu erheben, um welche Bedürfnisse es sich hierbei gehandelt hat.⁸¹ Eine nach Geschlecht sowie der Verantwortungsübernahme in Erziehung und/oder Pflege zeigt aber zumindest, dass unerfüllte Bedürfnisse weniger bei Männern bestehen und auch bei pflegenden Angehörigen seltener sind (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31 Individuelle Bedürfnisse, die in der Kur nicht ausreichend berücksichtigt wurden

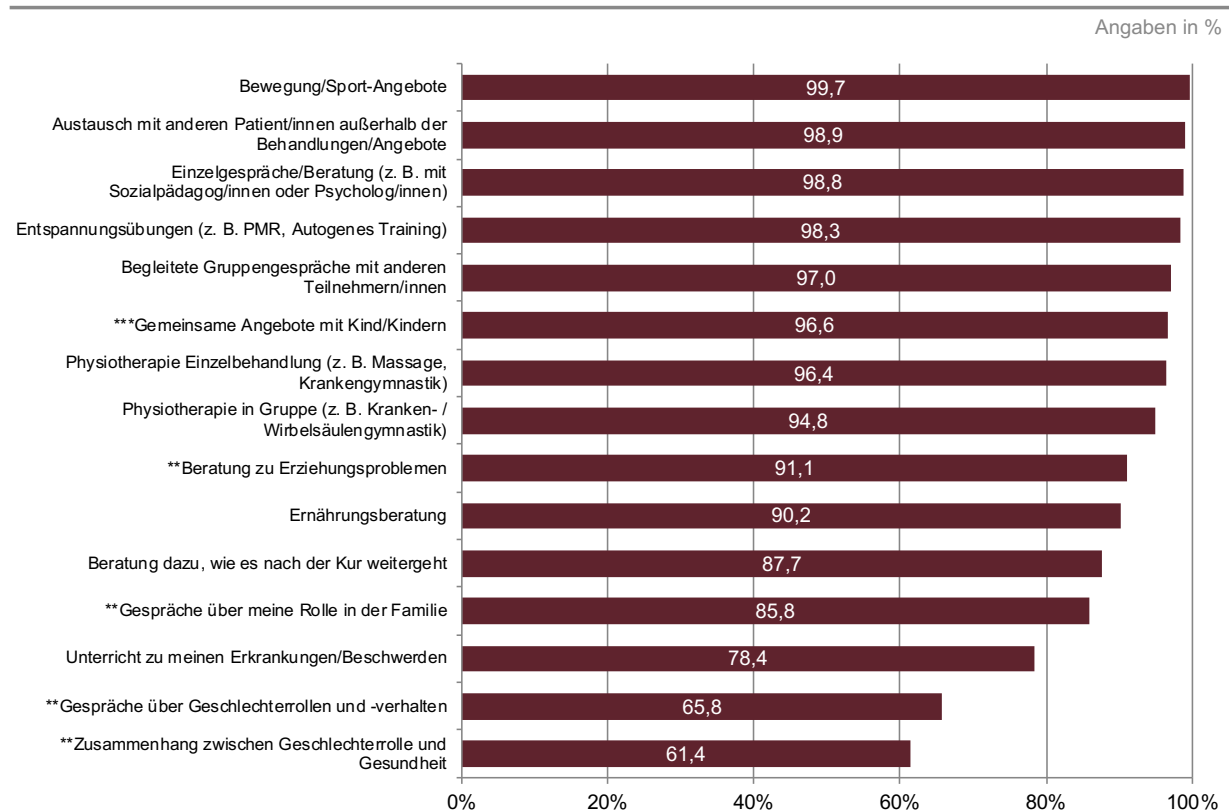
	Geschlecht		Belastet durch...		
	männlich	weiblich	„nur“ Kinder- erziehung	„nur“ Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>n</i>	30	639	526	35	102
<i>Bedürfnisse wurden ausreichend berücksichtigt</i>	65,9	47,1	46,2	64,7	50,5
<i>Bedürfnisse wurden nicht ausreichend berücksichtigt</i>	12,2	22,3	23,4	5,9	20,0
<i>Ich hatte keine besonderen Bedürfnisse</i>	19,5	26,9	26,8	23,5	27,3
Quelle: Befragung ehem. Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent					

Die Auskunft der Patientinnen und Patienten über die Behandlungen, Therapien und Aktivitäten zeigen, dass manche Komponenten fast in allen Maßnahmen angeboten werden. Diese reichen von Bewegungs- und Sportangeboten bis hin zu physiotherapeutischen Einzelbehandlungen (vgl. Abbildung 25).

⁸⁰ Betrachtet man hier nur Patientinnen und Patienten, denen es besonders wichtig war, einbezogen zu werden, liegt der Wert bei rund 80 %.

⁸¹ Erwähnt werden konnten in der Fragestellung nur beispielhaft eine besondere Betreuung der Kinder, die Themenschwerpunkte in den Therapieangeboten oder eine vegetarische Ernährung.

Abbildung 25 Angebotene Behandlungen, Therapien und Aktivitäten während der Maßnahme



Quelle: Befragung der Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben

nur Patient/innen in Erziehungsverantwortung n=627 ; *nur Patient/innen mit Kinderbegleitung n=594

© INTERVAL/BIAG 2021

Beratungen dazu, wie es nach der Kur weitergeht, erhielten etwas weniger als 90 Prozent (für Details vgl. Kapitel 8 zur Nachsorge). Seltener wurden den Patientinnen und Patienten, die mit einem oder mehreren Kindern teilnehmen, Gesprächsangebote über ihre Rolle in der Familie, über Geschlechterrollen und -verhalten im Allgemeinen sowie über den Zusammenhang dieser Geschlechterrollen mit gesundheitlichen Belangen.

Ebenso wie Angebote im Bereich Bewegung/Sport in praktisch jeder Maßnahme vorhanden waren, haben praktisch alle Patientinnen und Patienten diese Angebote auch (mehr oder weniger intensiv) genutzt. Sofern die Behandlungen, Therapien und Angebote (nach Erinnerung der Patientinnen und Patienten) angeboten wurden, haben über 90 Prozent diese im Bereich Sport und Bewegung wahrgenommen. Verhältnismäßig wenig umfangreich war die Nutzung von Gesprächsangeboten zum Thema Geschlechterrollen (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32 Welche der folgenden Angebote haben Sie wie intensiv genutzt?

	n*	gar nicht	eher wenig	eher viel	sehr viel
<i>Bewegung/Sport-Angebote</i>	648	0,5	8,5	26,5	64,6
<i>Austausch mit anderen Patient/innen außerhalb der Behandlungen/Angebote</i>	648	3,1	18,9	28,5	49,6
<i>Physiotherapie Einzelbehandlung (z. B. Krankengymnastik)</i>	629	3,7	22,3	34,3	39,7
<i>Entspannungsübungen (z. B. PMR, Autogenes Training)</i>	643	5,1	18,3	40,7	35,9
<i>Physiotherapie in Gruppe (z. B. Kranken- / Wirbelsäulengymnastik)</i>	617	8,2	19,5	37,5	34,8
<i>Gemeinsame Angebote mit Kind/Kindern</i>	562	5,6	28,1	31,6	34,7
<i>Begleitete Gruppengespräche mit anderen Teilnehmern/innen</i>	631	6,7	29,4	39,2	24,7
<i>Einzelgespräche/Beratung (z. B. mit Sozialpädagogen/innen oder Psychologen/innen)</i>	638	7,4	34,6	33,4	24,6
<i>Unterricht zu meinen Erkrankungen/Beschwerden</i>	488	24,1	37,9	24,3	13,6
<i>Gespräche über meine Rolle in der Familie</i>	560	22,2	36	28,9	12,9
<i>Beratung zu Erziehungsproblemen</i>	583	29,2	31,2	27,5	12,1
<i>Beratung dazu, wie es nach der Kur weitergeht</i>	562	10,5	44,8	33	11,8
<i>Erährungsberatung</i>	588	43,5	30,5	16,1	9,9
<i>Gespräche über Geschlechterrollen und -verhalten</i>	414	50,6	31,3	11,8	6,3
<i>Zusammenhang zwischen Geschlechterrolle und Gesundheit</i>	386	54,2	30,9	9,7	5,2

Quelle: Befragung ehem. Patientinnen und Patienten 2020, gewichtet, Angaben in Prozent

*nur Patient/innen, nach deren Auskunft es das Angebot gab und mit gültigen Angaben

Bei allen abgefragten Angeboten zeigt sich der signifikante Zusammenhang, dass je intensiver ein Angebot während der Kur genutzt wurde, desto hilfreicher schien es aus Sicht der Patientinnen und Patienten.⁸² Des Weiteren zeigen sich signifikante (aber statistisch meist schwache) Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Patientinnen und Patienten einerseits und der Nutzung verschiedener Angebote während der Kur sowie der Nachsorge andererseits (vgl. auch Kapitel 9.3).

6.4 Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Einrichtungen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert einerseits (Um-) Baumaßnahmen in Einrichtungen des MGW mit jährlich rund sechs Mio. Euro.⁸³ Ziel ist, den Patientinnen und Patienten ein gutes Umfeld für die stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen zu bieten. So zählen Umbauten der Kinderbereiche, Kernsanierungen, Bäderumbauten oder Arbeiten für Barrierefreiheit zu den Maßnahmen – aber auch Neubauten sind möglich. Das BMFSFJ fördert Baumaßnahmen abhängig von den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln, aber in jedem Fall unter 50 Prozent (in den letzten Jahren i. d. R. mit bis zu 45 %). Die

⁸² Die Frage nach der Richtung des Zusammenhangs, ob also besonders viel Nutzung einen besonders hohen Hilfeffekt nach sich zieht oder ob besonders hilfreiche Angebote von den Patientinnen und Patienten und/oder dem Behandlungsteam besonders intensiv eingesetzt werden, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht eindeutig beantworten.

⁸³ Es handelt sich überwiegend um überjährige größere Vorhaben

Baumaßnahmen, die dem BMFSFJ zur Förderung vorgelegt werden, haben einen Abstimmungsprozess zwischen den Trägern und Trägergruppen im MGW bereits hinter sich. Andererseits fördert das BMFSFJ Projekte zur Stärkung familienbezogener Maßnahmen mit rund 25.000 bis 30.000 Euro jährlich. Dies sind insbesondere Informationsmaßnahmen des MGW und Schulungen für Beratungsstellen- und Klinikpersonal.

Die Einrichtungen wurden offen gefragt, welche Unterstützung durch das BMFSFJ es ihnen erleichtern würde, die Leistungsziele besser zu erreichen. Die Angaben der Einrichtungen sind leider oftmals wenig ausführlich (was sicher auch an den Belastungen während der Pandemie liegt, in die die Befragung fiel), sodass sie nicht immer vertiefend interpretiert werden können:

- Im Hinblick auf die Bauförderung halten mehrere Einrichtungen ein vereinfachtes Antragsverfahren, die höhere Bezuschussung (verringerte Eigenanteile) für zielführend.
- Teils wird eine über die Bauförderung i. e. S. breiter aufgestellte Förderpraxis gewünscht, z. B. durch Fördermittel zur strategischen Entscheidungsfindung für Aus-/Umbau-/Modernisierungsprojekte (im Sinne einer vorbereitenden Analyse) oder für Konzeptentwicklungen und Gutachten⁸⁴ z. B. in den Themen der Qualitätsanforderung, der Hygiene, des Brandschutzes, der Arbeitssicherheit und Qualitätsmanagements.
- Mehrere Einrichtungen nannten in der Befragung den Wunsch für thematische Schwerpunktprojekte, z. B. in den Bereichen Menschen mit Behinderung oder anderen spezifischen Fach- und Gesundheitsthemen. Diese Wünsche betrafen teils Bau- und Umbaumaßnahmen, teil die Förderung der Personalentwicklung.

Die Ausführungen der Einrichtungen adressieren darüber hinaus leider nicht immer das BMFSFJ in seinem originären Zuständigkeitsbereich. Ein zentraler Wunsch nach Unterstützung betrifft höhere Tagessätze. In ihrer Argumentation für eine höhere Vergütung verweisen die Einrichtungen u. a. auf höhere Anforderungen der Kostenträger (z. B. zur Personalstruktur), gestiegene Erwartungen der Patientinnen und Patienten, aber auch größere und umfangreiche Erkrankungs- und Belastungsprofile (gerade im psychischen Bereich und sowohl unter den Patientinnen und Patienten als den Begleitpersonen/-kinder). Dies erfordere veränderte Fachkräfteschlüssel. Als Vergleichsmaßstab ziehen einzelne Einrichtungen Tagessätze anderer Rehabilitationskliniken heran, die teilweise um 20 bis 30 Euro höher seien – allerdings fehlt aufgrund der dezentralen Verhandlungen zwischen Kassen und Einrichtungen bzw. Trägern eine transparente Übersicht über die Sätze. Sie sind nicht veröffentlicht. Wünsche nach einer weiteren Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts haben ebenfalls finanzielle Hintergründe (damit Patientinnen und Patienten die Maßnahme in der geeignetsten Einrichtung wählen können, auch wenn sie teurer wäre als die in einer von der Kasse gewünschten Einrichtung). Gleiches gilt für den Wunsch, dass Abbrüche und Unterbrechungen von Maßnahmen weniger stark auf Kosten der Einrichtungen gehen.

⁸⁴ Die Ausführungen sind so zu interpretieren, dass sie unabhängig von konkreten Baumaßnahmen gemeint sind.

Hinsichtlich der Unterscheidung von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gehen die Wünsche verschiedener Einrichtungen in unterschiedliche Richtungen. Teils wird aus der Perspektive der Vorsorge-Maßnahmen argumentiert, dass der Anteil faktischer Patientinnen und Patienten mit Reha-Bedarf darin gestiegen sei und mit Blick auf die höheren Sätze in Reha-Maßnahmen dies auch finanziell anerkannt werden müsste. Aus der Perspektive einzelner Reha-Maßnahmen wird argumentiert, dass der Aufwand bei bestimmten Erkrankungen und Belastungen besonders groß sei und (auch in Abgrenzung zu den niedrigen Kosten der Vorsorge-Maßnahmen) anerkannt werden müsse.

Ein dritter Bereich, in dem sich die Einrichtungen eine hilfreiche Unterstützung vorstellen, sind veränderte gesetzliche Regelungen (z. B. zum Nachsorgebedarf mit entsprechender Finanzierung) und anderen Rahmenbedingungen (z. B. ein einheitliches Qualitätsmanagement der Krankenkassen und Rentenversicherungen, finanzielle Unterstützung sozial schwacher Familien).

Viertens werden unter den befragten Einrichtungen mittel- bis langfristigen Strategien angeführt, die für Arbeit der Einrichtungen als hilfreich angesehen werden. Hierunter fällt etwa die Erwartung, dass die Verfügbarkeit qualifizierter Fachkräfte im Gesundheitswesen weiter politisch gefördert wird (z. B. durch Förderung von Ausbildungen in therapeutischen Berufen oder in der Kinderbetreuung). Genannt wird aber auch die Bearbeitung gesamtgesellschaftlicher Themen, die für die Einrichtungen des MGW von besonderer Relevanz sind, etwa eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

7 Neue Zielgruppen

7.1 Väter

Seit 2002 werden Väter- und Vater-Kind-Maßnahmen im SGB V berücksichtigt und mit der „Zustiftung Sorgearbeit“ hat das MGW die Grundlagen für stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Väter geschaffen. Bereits seit Ende der 1990er Jahre nehmen einige Einrichtungen Väter mit ihren Kindern in stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen auf, die Zahl der Einrichtungen mit einem solchen Angebot und die Zahl der Väter in diesen Maßnahmen steigt. Vor dem Hintergrund, dass eine weitere Öffnung politisch gewünscht ist (vgl. Kapitel 1) wurden die Besonderheiten der Zielgruppe sowohl aus der Perspektive der ehemaligen Patienten als auch aus der Perspektive der Einrichtungen untersucht.

7.1.1 Erfahrungen der Väter in den Maßnahmen

Tabelle 33 Merkmale der Patienten (m) in Einrichtungen des MGW

Merkmal	Stichprobe Befragung	Väterprofil MGW*
Alter in Jahren		
18 bis 29	4,9	77 % zwischen 36 bis 55 Jahre alt
30 bis 39	19,5	
40 bis 49	53,7	
50 bis 59	22,0	
Partnerschaft		
verheiratet oder verpartnert	82,9	73
alleinerziehend	12,2	22
Anzahl der Kinder, die mit dem Vater in der Kur waren		
ein Kind	56,1	37 % nehmen mit zwei Kindern teil
zwei Kinder	29,3	
mehr als zwei Kinder	14,7	
Berufstätigkeit		
erwerbstätig	92,2	95
arbeitet Vollzeit	85,4	78
arbeitet Teilzeit	12,2	13
Monatliches Netto-Haushaltsnettoeinkommen in Euro		
unter 1.000	0	14 % mit mtl. Netto-Haus- haltseinkommen von unter 2.000 Euro
1.000 bis unter 2.000	9,8	
2.000 bis unter 3.000	22,0	
3.000 bis unter 4.000	24,4	
4.000 und mehr	41,5	
Weitere Merkmale (ja, zutreffend)		
akademische Ausbildung	36,6	42
Migrationshintergrund	7,3	17
Pflege eines Angehörigen oder Beteiligung an deren Pflege	9,8	

Quelle: Befragung der Patientinnen und Patienten, nur Männer n=30; gewichtet, Angaben in %

* Väterprofil aus MGW (2020, S. 5).

Die im Rahmen der Studie befragten Väter sind im Hinblick auf ihre soziodemografischen und ökonomischen Merkmale ein guter Querschnitt der Männer, die an Maßnahmen in Einrichtungen des MGW teilnehmen (vgl. Tabelle 33). Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass absolut nur 30 Männer befragt wurden. In der Befragung der Patientinnen und Patienten lag der Stichprobenanteil der Männer bei 6,2 Prozent.⁸⁵ Auch dies trägt dazu bei, dass einzelne geschlechtsspezifische Unterschiede nicht signifikant sind.

Vergleicht man die Patienten der Stichprobe hinsichtlich ihrer Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand vor der Kur) sowie ihrer familien- und elternspezifischen Belastungen mit den Patientinnen ergeben sich kaum signifikanten Unterschiede.⁸⁶ In den Punkten Motivation zur Maßnahme, Klinikauswahl und Antragstellung weichen die Väter ebenfalls nicht nennenswert bzw. nur in Einzelaspekten von den Angaben der Mütter ab:

- Bekannte, Verwandte, Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen sowie schriftliche Informationsmaterialien (Zeitungen, Zeitschriften, Internetseite des MGW) spielen unter Männern, für die Idee eine Kur zu beantragen, die gleiche Rolle wie unter Müttern. Müttern hatten allerdings häufiger schon vorher eine Kur (weiblich 29 %, männlich 5 %).
- Männer werden bei der Antragstellung etwas häufiger von Beratungsstellen unterstützt als Frauen (weiblich 51 %, männlich 59 %), demgegenüber nehmen Ärztinnen und Ärzten unter den Frauen eine wichtigere Rolle ein (weiblich 54 %, männlich 42 %).
- Bei der Wahl ihrer Einrichtung spielen Beratungsstellen bei den Männern ebenfalls eine zentralere Rolle (weiblich 28 %, männlich 39 %). Ein passender Kurtermin ist für sie ein wichtigerer Aspekt (weiblich 37 %, männlich 46 %), dass es sich um eine kleine Klinik handelt, ist für Männer hingegen weniger wichtig (weiblich 36 %, männlich 15 %).
- Männer in der Stichprobe (nicht in der Grundgesamtheit) erhielten annähernd gleich häufig wie Frauen auf Anhieb einen positiven Bescheid ihrer Krankenkasse (weiblich 86 %, männlich 88 %).
- In beiden Gruppen verging zwischen ärztlichem Attest und Kurbeginn annähernd gleich viel Zeit (weiblich 5,6 Monate, männlich 5,9 Monate).

Die befragten Väter geben nur etwas seltener als Mütter an, dass sie **keine** individuellen Bedürfnisse an ihre Maßnahme gehabt hätten (weiblich 27 %/ männlich 20 %). Deutlich auseinander liegen die Befragten aber im Hinblick darauf, ob diese Bedürfnisse in der Einrichtung ausreichend berücksichtigt wurden (weiblich 47 %/ männlich 66 %) oder nicht (weiblich 22 %/

⁸⁵ Er lag in der Befragung somit leicht über dem Anteil in der Grundgesamtheit (im Jahr 2019 waren 4,4 % aller Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des MGW männlich). Für repräsentative Ergebnisse wurde der Befragungsdatensatz gewichtet. Das heißt: De facto haben sich 41 Patienten an der Befragung beteiligt. Durch die Gewichtung wurden sie in statistischen Analysen wie „nur“ 30 Männer behandelt

⁸⁶ Kleinere Unterschiede zeigen sich nur im Detail. Ständige Müdigkeit trifft etwa auf 85 % der Patientinnen, aber auf nur 61 % der Patienten zu. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in Bezug auf andere Beeinträchtigungen (Probleme sich zu entspannen w85%/m65%; Rückenschultermackenschmerzen w87%/m59%). Herzkreislauf-Probleme sind unter den Patienten wiederum verbreiteter als unter den Patientinnen (m20%/w8%). In der männlichen Bevölkerung zeigen sich hingegen signifikant niedrigerer Werte. Über dem Referenzwert (vgl. Kapitel 3.1) von 55 liegen nur 13,8 % der Männer, aber 23,9 % der Frauen.

männlich 12 %). Aus Datenschutzgründen musste darauf verzichtet werden zu erheben, um welche Bedürfnisse es sich hierbei gehandelt hat (vgl. Kapitel 6.3).

Die befragten Väter zeigen sich auch mit der Kommunikation in der Kur, der Organisation des Kuralltags sowie der Einrichtung an sich und der Ausstattung zufriedener als die Mütter. Die Kuren waren aus ihrer Sicht eher besser organisiert, sprich sie haben schriftliche Therapie- und Behandlungspläne bekommen, wurden bei der Freizeitgestaltung besser unterstützt, fanden die Behandlungen/Maßnahmen gleichmäßiger verteilt. Männer stufen sowohl die Qualität der Klinik (Atmosphäre, Engagement des Klinikpersonals, Weiterempfehlung etc.) als auch das Rahmenprogramm (Einrichtung der Zimmer, Organisation der Mahlzeiten) signifikant besser ein als die Mütter.

Die Einrichtungen, auf die sich die Angaben der Väter beziehen, hatten auch Mütter unter den Patienten. Dass vor diesem Hintergrund die Angaben der Väter positiver sind, kann drei Gründe haben. Erstens ist es möglich, dass Einrichtungen, die (auch) Väter aufnahmen, insgesamt positiver bewertet werden (auch von den Müttern in diesen Einrichtungen). Zweitens finden innerhalb einer Einrichtung Maßnahmen von Vätern und Müttern getrennt statt, sodass auch hier Qualitätsunterschiede möglich sind. Drittens ist nicht auszuschließen, dass Väter geringere Erwartungen an die Maßnahmen haben und sie bei gleicher Umsetzung positiver bewerten.

Die Wirkungen der Maßnahmen unterscheiden sich nicht nach Geschlecht (vgl. Kapitel 9).

7.1.2 Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe

Hinsichtlich der Frage, ob Väter an bzw. in stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen besondere Bedarfe haben, gehen die Antworten in unterschiedliche Richtungen. Das Spektrum reicht von „ja, haben sie“ über „ja, könnten sie haben, aber unsere Einrichtung hat sich damit noch nicht beschäftigt“ über „nein, sie haben keine anderen Bedarfe“ bis hin zu „Denke, dass sich die Bedarfe ähneln, Einzel- und Gruppentherapie, Sportangebote, Freizeitaktivitäten, Interaktionsangebote.“

Auch wenn mehrere geschlechtsspezifische Bedarfe genannt werden, gehen die Einrichtungen des MGW tendenziell von einer grundsätzlichen Übertragbarkeit des inhaltlichen Angebots auf die Zielgruppe Väter aus. Besondere Bedarfe von Vätern und inhaltliche Anpassungsbedarfe nennen die Einrichtungen hinsichtlich verschiedener Punkte:

- Väter wünschen mehr oder andere Sport- und Bewegungsangebote auch vor dem Hintergrund einer größeren Zweckmäßigkeit für den medizinisch-therapeutischen Ansatz (Stressbearbeitung und Ressourcenaktivierung) und die Erweiterung des Kreativangebots auf handwerkliche Tätigkeiten.
- Männer hätten im Detail andere Bedarfe im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich (Zitat: „Therapien müssen sich an der Lebenswelt der Väter orientieren“). Der Wunsch nach Verbesserung und Förderung der Paarkommunikation, der auch für Mütter gilt, muss ggf. auf andere Settings und Ressourcen eingehen. Die Reflexion der Rolle

in Erziehung und Familie muss bei Vätern von einem anderen Rollenbild ausgehen als bei Müttern.

- Ein Teil der Männer bevorzugt gleichgeschlechtliche Therapeuten.

Größeren Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf sehen die Einrichtungen v. a. in organisatorischer oder technischer Hinsicht, insbesondere bei geschlechtsgetrennter Umsetzung der Maßnahmen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die geschlechtsgetrennte Umsetzung nur bis zum Ende der Studie durch die Qualitätskriterien des MGW vorgegeben war. Zeitgleich mit der Erstellung des Endberichts wurden überarbeitete Qualitätskriterien des MGW verkündet (noch unveröffentlicht), die lediglich vorsehen, dass innerhalb der Maßnahme wöchentlich auch einzelne Angebote geschlechtshomogen erbracht werden – und ansonsten ein Konzept für die gendersensible Umsetzung vorliegt. Bislang lag den stationären Maßnahmen für Väter in Einrichtungen des MGW ein väterspezifisches und gendersensibles Konzept zugrunde (MGW-Prüfsiegel „Väter“). Für die Zielgruppe der Väter unterscheidet das MGW konzeptionell zwischen zwei Varianten der Vater-Kind-Kuren:⁸⁷

- reine Vater-Kind-Kuren, bei der sich ausschließlich Väter und ihre Kinder in der Klinik befinden sowie
- parallele Vater-Kind-Kuren, bei der zugleich Mütter mit ihren Kindern in der Klinik sind, die Väter aber ihre eigene Therapiegruppe haben.

Unter den 48 Einrichtungen, die an der Befragung teilnahmen, weisen 16 eine „Offenheit“ für die Zielgruppe der Väter auf. Das ist jede dritte Einrichtung in der Stichprobe. „Offenheit“ bedeutet, dass die Einrichtung das Prüfsiegel trägt oder im Jahr 2019 auch Männer an den Maßnahmen teilnahmen.⁸⁸ Auf der anderen Seite stehen die Einrichtungen, die diese Bedingungen nicht erfüllen, aber durchaus (erste) Anzeichen für eine Öffnung gegenüber der Zielgruppe Väter aufweisen können (z. B. wenn ein Maßnahmenkonzept für Väter entwickelt wurde, aber (noch) nicht umgesetzt wird).

Die 16 Einrichtungen, die sich für die Zielgruppe Väter geöffnet haben, wurden gefragt, in welcher Weise sie sich auf die Bedarfe von Vätern eingestellt haben. Ihre offenen Angaben lassen sich zu vier Punkten verdichten (wobei nur manche der Einrichtungen Ausführungen zu allen Aspekten machen):

- Erstens weisen sie auf ihre Konzeptarbeit hin, die entlang der Kriterien des MGW entwickelt wurde. Vereinzelt wird auch angeführt, dass zusammen mit Vätern eine Bedarfs-ermittlung stattgefunden habe.
- Zweitens und daraus resultierend bieten die Einrichtungen väterspezifische Angebote an (z. B. geschlechtshomogene Therapien, psychosoziale Gruppentermine oder

⁸⁷ Seit Ende 2020 gibt es auch eine Einrichtung, die im Bereich Vorsorge Väterkuren als Format anbietet.

⁸⁸ Die Befragung der Einrichtungen zeigt, dass Maßnahmen für Väter in aller Regel, aber nicht ausschließlich in Einrichtungen durchgeführt werden, die das Prüfsiegel tragen. Dadurch kann es passieren, dass eine Einrichtung, die Maßnahmen für Väter durchführt, in der MGW-Kliniksuche nicht unter den Einrichtungen für „Vater-Kind-Kuren“ gelistet wird.

Sportangebote). Ungeachtet von etwaigen inhaltlichen Unterschieden skizzieren die Einrichtungen die Einführung dieser Angebote als Verdopplung ihrer Angebotspalette (d. h. eine für Mütter und eine für Väter).

- Diese Angebote mündeten drittens in einen erhöhten Personalbestand (insbesondere mehr Therapiepersonal) sowie in einen erhöhten Planungsaufwand, zum einen bzgl. der jährlichen Therapieplanung und zum anderen individuell für die Patientinnen und Patienten.
- Viertens haben die Einrichtungen bauliche Anpassungen vorgenommen und begründen diese mit den Kriterien des MGW (Beispielzitat: „gemäß Vorgaben des MGW getrennte Wohnbereiche und Speiseräume“). Zum anderen wurden bestimmte Bereiche ausgebaut, z. B. die Sport- und Trainingsräume.

Textbox 7 Perspektiven von Männer- und Väterorganisationen (Experteninterviews) auf besondere Bedarfe von Vätern

Besondere Bedarfe von Vätern im Kontext stationärer Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des MGW resultieren aus verschiedenen Sachverhalten:

- Der Umgang mit Erkrankungen, Beschwerden sowie eltern- und familien-spezifischen Belastungen ist geschlechtsspezifisch, teils auch die Erkrankungen selbst.
- Hürden der Inanspruchnahme dieser Leistung sind geschlechtsspezifisch.
- Die Wünsche (oder Bedarfe) an die strukturelle, organisatorische und inhaltliche Gestaltung der Maßnahmen sind geschlechtsspezifisch.

Tendenziell nehmen Männer Belastungen im Vergleich zu Frauen später wahr, nehmen ihre Grenzen/Problemlagen später an und gehen später oder gar nicht zum Arzt oder zur Ärztin. Im Umkehrschluss ist eine veränderte Selbstwahrnehmung, die Infragestellung von Männlichkeitsnormen wünschenswert. Das Gesundheitssystem (Ärztinnen und Ärzte aber auch Verfahren) sollte diese Verhaltensmuster noch stärker berücksichtigen. Im Interview wurde vorgeschlagen den Kurtest auf der Webseite des MGW männerspezifisch zu gestalten, z. B. qualitativ (im Sinne anderer Kriterien) oder quantitativ (im Sinne einer geringeren Zahl an Störungen, die einen Kur-Bedarf begründen) oder konzeptionell (im Sinne, dass Schwäche/Problemen weniger im Vordergrund stehen).

Die geringe Inanspruchnahme durch Väter speist sich an erster Stelle aus sozioökonomischen Realitäten, v. a., dass Mütter sich in Partnerschaften stärker um die Kindererziehung kümmern und Väter den Großteil zum Haushaltseinkommen beitragen. Partnerinnen und Partner glauben (zu) oft, sich den „Luxus“ einer stationären Maßnahme für den Mann nicht leisten zu können. Zudem trage die Rolle des männlichen Haupternährers dazu bei, dass sowohl die Ursache gesundheitlicher Beeinträchtigungen als auch deren Behandlung eng mit der beruflichen Funktionsfähigkeit verknüpft ist. Maßnahmen der beruflichen Vorsorge und Rehabilitation gelten deshalb eher als das Mittel der Wahl. Eine Hürde sei außerdem (das tatsächliche oder das vom Arbeitnehmer antizipierte) Verhalten des Arbeitgebers.

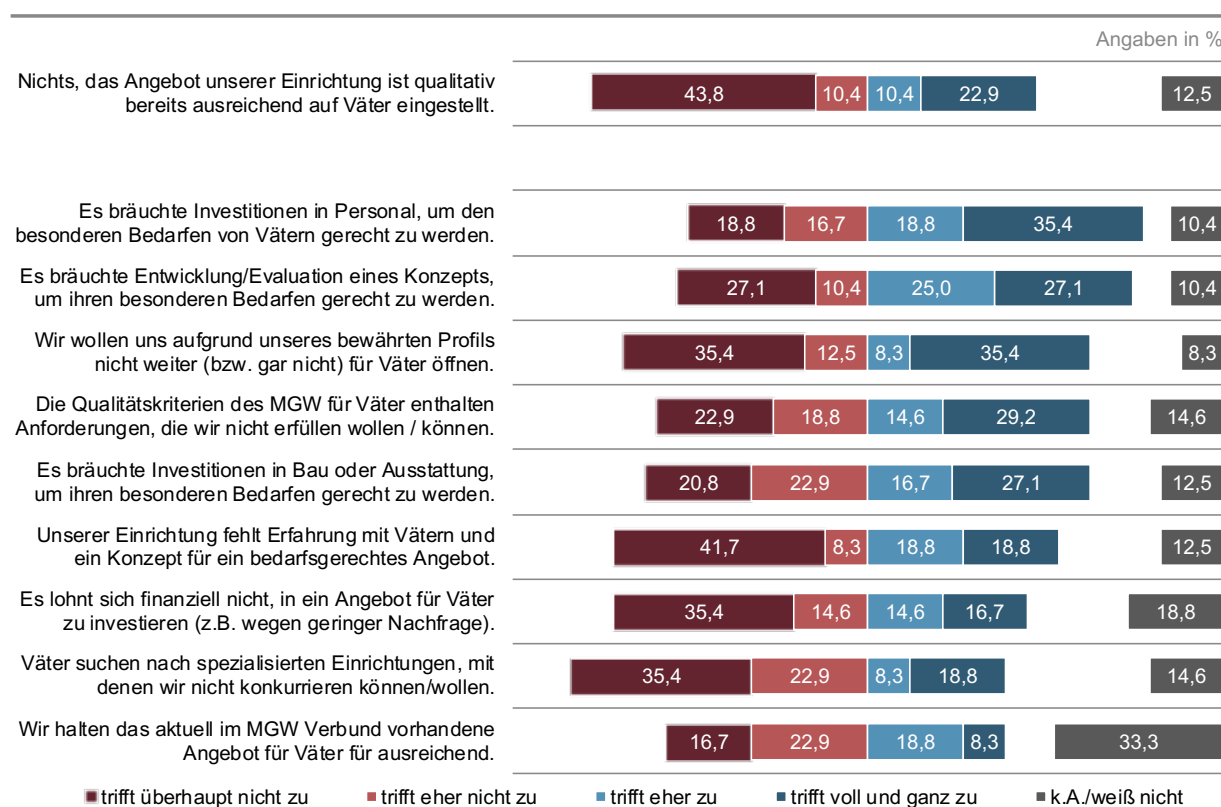
Das Ziel, Väter stärker zur Inanspruchnahme zu bewegen, benötigt eine Transformation. Die Verknüpfung von Müttern, Gesundheit und Kur ist im MGW durch die Namensgebung selbstevident. Bei Vätern ist dies nur ansatzweise der Fall (trotz erfreulicher Ansätze, etwa Männer-/Vätergesundheit in der Gesundheitsberichterstattung oder den Jahresreports des MGW explizit einzubinden). Die Strategie, Krankenkassen oder Ärztinnen und Ärzte gezielt durch Informationskampagnen hierfür einzubinden, ist relativ weit gediehen, kann die strukturellen Hürden aber nur partiell umgehen. Denkbar wäre, die Väter aktiver als Zielgruppe zu adressieren mit der Botschaft einer verbesserten Vater-Kind-Bindung und -Interaktion und gleichzeitig Selbstfürsorglichkeit einzuüben.

Dies begründet auch einen zentralen inhaltlichen Bedarf von Vätern während der Maßnahmen. Hilfreich für die Leistungsgestaltung scheint ein eher (aber nicht ausschließlicher) sportiver und handwerklicher Ansatz, eher eine „Aktivitätskultur“ denn eine „Sprechkultur“. Für die Einrichtungen sind diese klassischen Prinzipien der Familienbildung nicht neu. Lohnenswert wäre auch, die Machbarkeit sowie Vor- und Nachteile gemischter Settings für einzelne Maßnahmen auszuloten (unter Beibehaltung des geschlechtsspezifischen Fokus).

Alle Einrichtungen wurden nach den Gründen und Ursachen gefragt, die gegen eine oder gegen eine noch stärkere Öffnung für die Zielgruppe der Väter sprechen, d. h. dagegen, den Anteil der Männer zu erhöhen oder das Angebot qualitativ weiter auf sie zuzuschneiden. Im Fokus standen dabei sowohl Faktoren, die eine (stärkere) Öffnung ver- oder behindern, als auch ermöglichende Faktoren, die es für diese Entwicklung bräuchte.

Die Hauptgründe gegen eine Öffnung liegen v. a. in den antizipierten Personalinvestitionen und darin, ein Konzept zu entwickeln, dass den besonderen Bedarfen der Väter entspricht. Eine vergleichsweise weniger gewichtige Rolle spielen Überlegungen im Hinblick auf eine etwaige Konkurrenz mit anderen Einrichtungen, eine Sättigung der Angebotsstrukturen für Väter im MGW-Verbund sowie finanzielle Überlegungen, z. B. hinsichtlich der Nachfrage nach solchen Maßnahmen (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26 Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. stärker) für Väter öffnet?



Quelle: Befragung der Einrichtungen 2020, n = 48

© INTERVAL/BIAG 2021

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich manche Einrichtungen bereits für Väter geöffnet haben und die Gründe unterschiedliches Gewicht haben, je nachdem, ob es gegen die anfängliche grundsätzliche Öffnung geht, oder darum, sich noch weiter zu öffnen. Differenziert man, ob Maßnahmen für männliche Personen bereits durchgeführt werden, weichen die Zustimmungswerte für die erfragten Gründe signifikant voneinander ab (vgl. Tabelle 54 im Anhang 4).

- Unter den Einrichtungen, die bereits Vater-Kind-Maßnahmen durchführten, werden nur wenige Faktoren genannt, die gegen eine weitere Öffnung sprechen. Der einzige Grund, der häufiger genannt wird, betrifft weiterer Personalinvestitionen. Der Aussage „Es

bräuchte Investitionen in Personal (z. B. mehr oder anderes Personal oder Fortbildungen), um den besonderen Bedarfen von Vätern gerecht zu werden)“ stimmen 12,5 Prozent voll und 25,0 Prozent eher zu. Investitionen in Bau und Ausstattung nehmen demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle ein.

- Die Einrichtungen, die noch keine Maßnahmen für männliche Personen anbieten, sehen an erster Stelle ihr bewährtes Profil als Haupthinderungsgrund an (53,1 % voll und 12,5 % eher zustimmend).⁸⁹ Danach folgenden auch Investitionsbedarfe in Personal (46,9 % voll und 15,6 % eher zutreffend). Die Aussagen „Es bräuchte Investitionen in Bau oder Ausstattung, um den besonderen Bedarfen von Vätern gerecht zu werden.“ und „Die Qualitätskriterien des MGW enthalten im Hinblick auf die Zielgruppe der Väter Anforderungen, die wir nicht erfüllen wollen oder können.“ erhalten hier vergleichsweise ähnlich hohe Zustimmungswerte (rund ein Drittel voll und ein Fünftel eher zustimmend).

Die Einrichtungen, die Investitionsbedarfe oder konzeptionelle Faktoren als Engpass einer (weitergehenden) Öffnung sehen, wurden gebeten, den prognostizierten Investitionsbedarf bzw. die inhaltlichen und organisatorischen Anpassungen in eigenen Worten zu beschreiben. In den Einrichtungen, die bisher noch keine Maßnahmen mit Vätern umsetzten, dominieren personelle und bauliche Erwägungen. Beispielzitate hierzu lauten:

- „Mehr Personalbedarf durch Angebotserweiterung.“
- „Anpassung der Angebote speziell im psychosozialen Bereich (Einzelgespräche, Therapiegruppen etc.), Angebote müssten speziell auf die Bedürfnisse von Vätern konzipiert werden, ggf. müsste neues Personal eingestellt und Bestandspersonal neu geschult werden.“
- „In Teilen müssten Therapeuten desselben Geschlechts eingestellt werden.“

Hinsichtlich der Bauinvestitionen antizipieren die Einrichtungen, die (noch) keine Väter aufnehmen, v. a. den Bedarf nach Neubaumaßnahmen, was gleichzeitig oft als Ausschlusskriterium einer Öffnung angeführt wird. Zur Veranschaulichung dienen ausgewählte Zitate:

- „Anpassung von Räumlichkeiten, geschlechtsspezifische Trennung bei sanitären Anlagen und Umkleiden im klinischen Alltag.“
- „Wir können keine räumliche Trennung von Mann und Frau vornehmen. Wir benötigen einen kompletten Neubau mit Therapie, Verpflegung, Unterkunft etc.“
- „Zuerst bräuchten wir bauliche Veränderungen und Erweiterungen, um Väter getrennt von Müttern versorgen und therapieren zu können. Für die notwendigen Baumaßnahmen gibt es keine Baugenehmigungen.“
- „Mit den Tagessätzen sind solche Investitionen nicht finanzierbar und der BMFSJ-Zuschuss von 45 % reicht nicht aus.“

⁸⁹ Darunter fallen etwa vereins-/satzungsmäßige Festlegungen auf die Zielgruppe der Mütter, aber auch Klinikspezialisierungen (z. B. auf die Mutter-Kind-Interaktion oder Frauen mit Gewalterfahrung).

- „Es bräuchte konkrete Zusagen, bauliche Erst-Investitionen ausreichend mitzufinanzieren.“
- „Wir werden weiterhin nur Mütter und Kinder auf Grund der baulichen Gegebenheiten vor Ort aufnehmen.“
- „Strikte Trennung der Mütter und Väter während des Kurdurchgangs wirkt kontraproduktiv und überholt.“

Unter den Einrichtungen, die schon Angebote für Väter umsetzten, steht v. a. ein größerer und ausdifferenzierter Personalkörper, aber auch die quantitative Ausweitung der Strukturen und Angebote als Hauptherausforderung im Mittelpunkt (Beispielzitate: „mehr Räumlichkeiten, um die geforderte getrennte Unterbringung zu gewährleisten“, „größeres Sportangebot, um auf die Bedürfnisse der Väter besser einzugehen“ oder „mehr Geräte und Räume für körperliche Fitness schaffen, Innen wie Outdoor“).

Die weitere Öffnung des MGW für Väter stößt somit zum einen auf ein Selbstverständnis nicht weniger Einrichtungen, wonach das bewährte Profil nicht verändert werden sollte. Zum anderen sehen sich die Einrichtungen auch mit Herausforderungen konfrontiert, zu deren praktischer Bewältigung sie oft keine Lösung sehen. Auch wenn sich mit den baulichen Rahmenbedingungen einzelner Einrichtungen nicht im Detail beschäftigt werden konnte, lassen sich zumindest einzelne Argumentationen der Einrichtungen hinterfragen. Die bisherigen Regeln des MGW erforderten keine getrennten Wohnbereiche und Speiseräume, wenn Väter- und Mütter zeitversetzt in Maßnahmen teilnehmen. Erforderlich war also nicht zwingend ein Neubau, sondern lediglich eine entsprechend geschlechtsspezifische Termin-Organisation. Mit den neuen Qualitätskriterien des MGW, die bei Vorliegen eines gendersensiblen Konzepts auch gemeinsame Maßnahmen von Vätern und Frauen erlauben, entfallen zukünftig einige der genannten baulichen Anforderungen sowieso.

7.2 Pflegende Angehörige

Seit 2012 haben pflegende Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Pflegende Frauen und pflegende Männer können eine Kur für Pflegende nach §§ 23 oder 40 SGB V beantragen. Wie im Fall der Väter hat das MGW 2013 mit der „Zustiftung Sorgearbeit“ die Grundlage dafür geschaffen, dass Personen dieser Zielgruppe Maßnahmen angeboten werden können. Wie für die neue Zielgruppe der Väter wurde die Öffnung der Einrichtungen für pflegende Angehörige sowohl aus der Perspektive der ehemaligen Patientinnen und (wenigen) Patienten sowie aus der der Einrichtungen untersucht.

7.2.1 Erfahrungen der pflegenden Angehörigen in den Maßnahmen

136 ehemalige Patientinnen und Patienten pflegen pflegebedürftige familiäre Angehörige oder beteiligen sich an deren Pflege. Das entspricht einem Anteil von 20,3 Prozent an der Stichprobe. Darunter befinden sich 35 Personen, bei denen keine Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren im

Haushalt leben (Stichprobenanteil von 5,2 %). Verantwortung sowohl in der familiären Pflege als auch in der Kindererziehung tragen 15,1 Prozent (vgl. Tabelle 34).⁹⁰

Tabelle 34 Pflege von familiären Angehörigen unter den Patientinnen und Patienten

Zielgruppe ...	Häufigkeit	Anteil in %
... NUR Kindererziehung	526	78,3
... Kindererziehung UND Pflege	102	15,1
... NUR Pflege	35	5,2
Zielgruppe unklar	9	1,4

Quelle: Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten 2020, n=671; Abweichung durch Gewichtung.

Der Gesamtindex des Vorsorge- und Reha-Bedarfs (vgl. zur dahinterstehenden Operationalisierung Kapitel 4.1) ist bei den doppelt belasteten Personen am höchsten (im Schnitt liegt der Wert 108), bei den Personen, die nur im Bereich Kindererziehung Verantwortung etwas niedriger (Gesamtindex von 82). Bei Personen, die an einer Maßnahme ausschließlich aufgrund ihrer Pflege von Angehörigen teilnahmen, liegt der Gesamtindex im Schnitt bei 55. Allerdings ist zu beachten, dass sich die drei Gruppen in ihrer Altersverteilung stark unterscheiden. Personen, die Verantwortung in der Kindererziehung tragen und keine Angehörigen pflegen, sind im Schnitt deutlich jünger als „nur“ Pflegenden. Patientinnen und Patienten, die durch Pflege von Angehörigen belastet sind, aber nicht durch Kindererziehung, sind hingegen deutlich älter.

Tabelle 35 Altersverteilung in den Zielgruppen Kindererziehung und/oder Pflege

Alter	NUR Kindererziehung	Kindererziehung UND Pflege	NUR Pflege
18-29 Jahre	3,9	1,0	0,0
30-39 Jahre	52,1	35,1	0,0
40-49 Jahre	38,4	48,2	14,7
50-59 Jahre	5,5	14,7	50,0
60-69 Jahre	0,2	1,0	29,4
70 Jahre und älter	0,0	0,0	5,9
n	513	102	35

Quelle: Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten 2020, gewichtet, gültige Prozente

Das ist der Grund dafür, warum die doppelt Belasteten vor der Kur partiell weniger Erkrankungen haben als die Zielgruppe der nur Pflegenden. Sie haben dennoch mehr eltern- und familienspezifische Belastungen, wodurch ihr Vorsorge- und Reha-Bedarf letztlich doch wie zu erwarten größer ist. Auch die Art der Erkrankungen und Beschwerden variiert zwischen den Zielgruppen. Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, orthopädische Erkrankungen sowie psychische und psychosomatische Erkrankungen, Schlafstörungen treten unter den „nur“ Pflegenden deutlich häufiger auf. Personen mit Kindern sind wiederum deutlich häufiger gereizt.

⁹⁰ Nur einzelne der pflegenden Angehörigen waren mit einem erwachsenen behinderten Kind oder mit der zu pflegenden Person in der Kur. Aufgrund der nur kleinen Fallzahl waren statistisch getrennte Auswertungen von erwachsenen behinderten Kindern und minderjährigen behinderten Kindern nicht möglich. Sie wurden als eine Gruppe betrachtet.

In den Punkten Motivation zur Maßnahme, Klinikauswahl und Antragstellung treten an einzelnen Stellen größere Unterschiede zwischen den Zielgruppen auf:

- Bei der Frage, wie die Patienten auf die Idee kamen, eine Kur zu beantragen, waren die Ärztinnen und Ärzte für die Gruppe der „nur“ Pflegenden von geringerer Bedeutung, die Absolvierung einer vorherigen Kur hingegen von größerer Bedeutung als in beiden anderen Gruppen. Beratungsstellen sowie Ärztinnen und Ärzte spielten für zwei Drittel der „nur“ Pflegenden eine entscheidende Rolle bei der Vorbereitung oder der Antragstellung für die Kur. In den beiden anderen Gruppen trifft dies jeweils nur auf rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten zu.
- Bei der Wahl der Einrichtung war die Empfehlung einer ggf. genutzten Beratungsstellen in allen Zielgruppen in etwa gleich wichtig. Unter den „nur“ Pflegenden war ein passender Termin kaum entscheidend (nur bei 10 % gegenüber 40 % in den beiden anderen Gruppen), von erkennbar größerer Bedeutung waren für sie wiederum Empfehlungen von Bekannten oder Verwandten, das therapeutische Programm sowie die fachliche Spezialisierung der Einrichtung.
- Kuranträge von „nur“ pflegenden Angehörigen wurden nach Angaben der befragten ehemaligen Patientinnen und Patienten deutlich seltener von den Krankenkassen auf Anhieb genehmigt (62 %) als es für die beiden anderen Gruppen der Fall war (87-88 %).
- Zwischen ärztlichem Attest und Beginn der Maßnahme lag für „nur“ Pflegende rund ein Monat mehr Zeit als bei Personen mit Verantwortung in der Kindererziehung.

Die „nur“ Pflegenden geben nur etwas seltener als die beiden anderen Zielgruppen an, keine individuellen Bedürfnisse an ihre Maßnahme gehabt zu haben, auf die die Einrichtung positiv oder negativ reagiert hätte. Deutlich auseinander liegen die Befragten aber im Hinblick darauf, ob diese Bedürfnisse in der Einrichtung ausreichend berücksichtigt wurden („nur“ Pflegende 65 %⁹¹). Unter den Personen mit Verantwortung in der Kindererziehung liegen die Werte deutlich darunter.⁹²

Die Zielgruppe der „nur“ pflegenden Angehörigen bewertet die Qualität der Behandlung und die Einrichtung darüber hinaus signifikant besser als Personen mit Verantwortung in der Kindererziehung. Wie bei den Vätern gilt auch hier, dass verschiedene Gründe dafür ausschlaggebend sein können, dass sich die Bewertungen unterscheiden, obgleich sie zum Teil in gleichen Einrichtungen kommen (siehe Ausführungen dazu in Kapitel 7.1.1)

7.2.2 Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe

Ähnlich wie bei der Zielgruppe Väter gilt für Einrichtungen des MGW, die pflegenden Angehörigen unter ihren Patientinnen und Patienten haben, dass diese nach besonderen

⁹¹ Dem Wert von 65 % ausreichend berücksichtigten individuellen Bedürfnissen stehen nur 6 % nicht berücksichtigte gegenüber. Die Differenz zu 100 % ergibt sich durch Fälle, die keine besonderen Bedürfnisse hatten.

⁹² Aus Datenschutzgründen wurde darauf verzichtet mit offenen Fragen zu erheben, um welche Bedürfnisse es sich hierbei gehandelt hat.

Qualitätskriterien arbeiten müssen. Einrichtungen, die Maßnahmen für pflegende Frauen oder für pflegende Männer anbieten, führen das Siegel „Geprüftes Konzept Pflegende“.

Ende 2020 listete die MGW-Kliniksuche zwölf Einrichtungen mit der Klinikspezialisierung „Mütter/Frauen mit pflegebedürftigen Angehörigen“ auf, darunter zwei Einrichtungen, die auch unter der Klinikart „Pflegende Frauen“ geführt werden. In der Stichprobe der befragten Einrichtungen befinden sich allerdings mehr Einrichtungen (n=16), die nach eigenen Angaben Personen zu ihren Patientinnen und Patienten zählten, die durch die Pflege von Angehörigen belastet sind, nicht aber durch Kindererziehung.⁹³ Die Ursache dieser Abweichung ist unbekannt.

In welcher Weise sich diese Einrichtungen auf die Zielgruppe pflegende Angehörige eingestellt haben, führen ein paar wenige von ihnen in eigenen Worten aus.

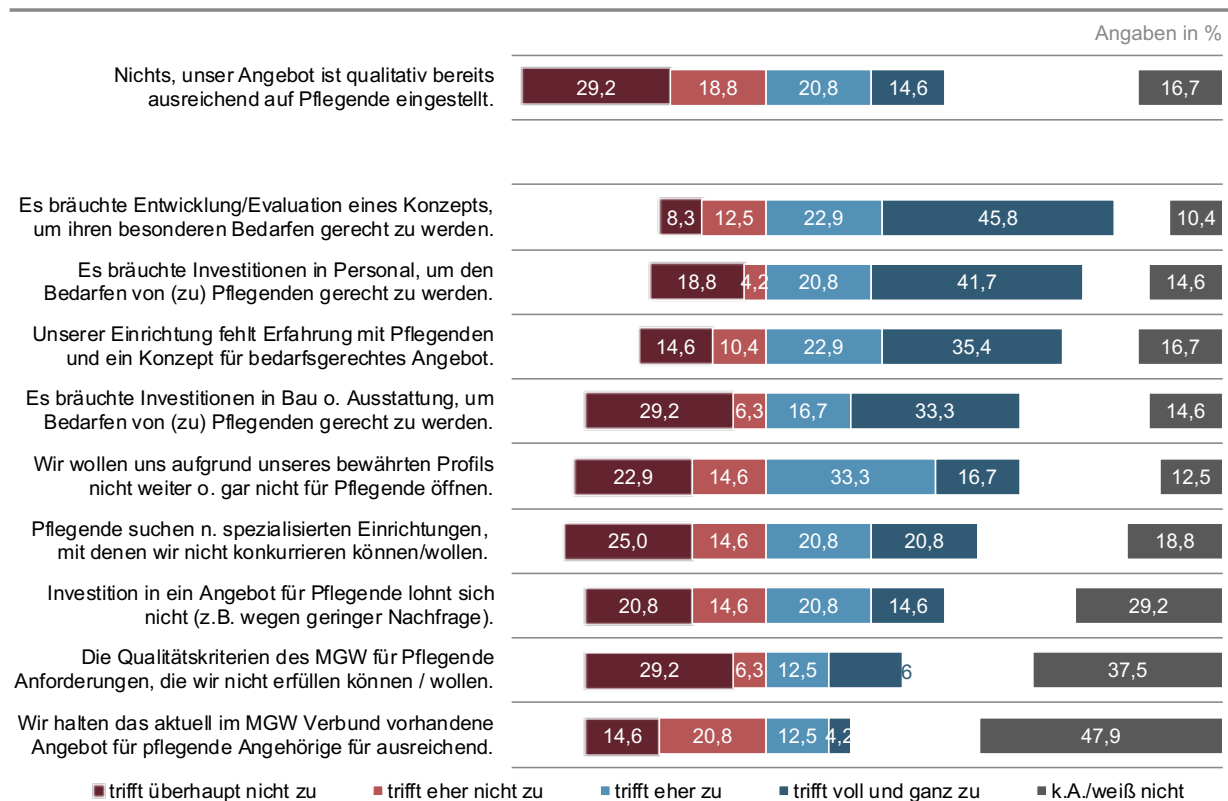
- Beispielzitate für bauliche Anpassungen:
 - „Für den Bereich pflegende Angehörige einen eigenen Bereich mit Apartments und den dazu gehörigen Funktionsräumen geschaffen. Dieses Bauprojekt beläuft sich auf [mehrere, d. Verf.] Millionen.“
 - „Beim Umbau wurde darauf geachtet, die Barrieren zu verringern. So wurden z. B. sehr niedrige Duschwannen und ein Aufzug zum Gruppenraum eingebaut, da die Pflegenden häufig älter sind.“
- Beispielzitate für konzeptuelle Anpassungen (inkl. der Angebotsstruktur):
 - „Erweiterung der Gesprächsangebote (Einzel und Gruppe).“
 - „Wir haben spezielle Gesprächsgruppen für die Themen der pflegenden Angehörigen entwickelt und bilden die Mitarbeiterinnen des psychosozialen Teams für die Angehörigenarbeit fort.“
 - „Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse im Rahmen eines Projektes für pflegende Angehörige.“
- Beispielzitat für personelle Anpassungen:
 - „In den Schwerpunktkuren für pflegende Angehörige organisieren wir zusätzlich Referentinnen zu Themen wie Demenz oder rechtliche Unterstützung.“

Über alle 48 Einrichtungen hinweg sind die fehlende Erfahrung mit der Zielgruppe und das Fehlen eines bedarfsgerechten Konzepts die größten Hindernisse für eine (stärkere) Öffnung für pflegende Angehörige. Komplementär dazu bräuchte es aus Sicht von fast 70 Prozent der Einrichtungen die Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Konzepts (vgl. Abbildung 27). Investitionsbedarfe und bewährte Einrichtungsprofile sprechen ebenfalls aus Sicht der Mehrheit gegen eine (weitergehende) Öffnung. Verglichen mit der Zielgruppe der Väter

⁹³ Diese Einrichtungen gelten im Folgenden als Gruppe derjenigen, die sich erkennbar für die Zielgruppe pflegende Angehörige geöffnet haben. Unter diesen sind auch jene Einrichtungen, die im Jahr 2019 gepflegte Angehörige (inkl. Kinder mit einer Behinderung ab dem 18. Lebensjahr) unter den Begleitpersonen hatten. Es ist möglich, dass sich unter den übrigen Einrichtungen weitere befinden, die in diesem Sinne als offen gegenüber der Zielgruppe gelten könnten. Nur enthielten die Befragungsdaten in diesen Fällen keine empirischen Hinweise hierauf.

spielt die Angebotskonkurrenz von Maßnahmen für pflegende Angehörige eine größere Rolle in den Überlegungen der Einrichtungen (41 % trifft eher oder voll zu, bei den Vätern 27 %).

Abbildung 27 Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für pflegende Angehörige öffnet?



Quelle: Befragung der Einrichtungen 2020, n = 48

© INTERVAL/BIAG 2021

Differenziert man danach, ob die Einrichtungen bereits pflegende Angehörige in Maßnahmen aufgenommen haben oder nicht, weichen die Antworten kaum signifikant voneinander ab. Ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen betrifft den Aspekt finanzieller Überlegungen. Der Aussage „Es lohnt sich für uns finanziell nicht, in ein für Pflegende bedarfsgerechtes Angebot zu investieren“ stimmen vier von zehn Einrichtungen, die pflegende Angehörige aufnehmen, zu. In der anderen Gruppe ist es nur jede Vierte. Unter den Einrichtungen, die noch keine pflegenden Angehörigen aufnehmen, liegt das mit Abstand größte Hindernis in der Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Konzepts. In der anderen Gruppe liegt der Wert „nur“ bei 50 Prozent (vgl. Tabelle 55 im Anhang 4).

Anders als die Zielgruppe der Väter, die nach den bislang geltenden Qualitätskriterien in Maßnahmen getrennt von Müttern teilnehmen mussten, könnten Mütter, die Angehörige pflegten, gemeinsam mit der traditionellen Zielgruppe teilnehmen. Dies spiegelt sich in den Angaben der Einrichtungen zu ihren Ansätzen für eine stärkere Öffnung für Pflegende. Sie beziehen sich weniger auf die grundsätzlichen Fragen und stärker auf die konkreten Ansätze zur stärkeren Öffnung, z. B. auf die Arrangements für die Pflegebedürftigen bestehen, auf die Frage

Schwerpunkt-Kuren für pflegende Angehörige anzubieten oder sie „nur“ als eine Teilgruppe im Rahmen einer Mütterkur zu integrieren. In offenen Angaben auf die Frage nach der Öffnung interpretieren die Einrichtungen „Öffnung“ in erster Linie als „Öffnung für die zu pflegenden Angehörigen“. Von daher ist es stimmig, dass die Items „Wir wollen uns aufgrund unseres bewährten Profils nicht weiter (bzw. gar nicht) für pflegende Angehörige öffnen“ sowie „Unserer Einrichtung fehlt Erfahrung mit Pflegenden“ auch von Einrichtungen als relevante Hindernisse gesehen werden, die bereits Maßnahmen mit Pflegenden (nicht aber in Begleitung der Gepflegten) umsetzen.

Textbox 8 Praxisbeispiel Vorsorgemaßnahme für Pflegende mit dementen Angehörigen

In der zum Zeitpunkt des Projektes (2017) einzigen Einrichtung, die auf die Aufnahme von Pflegenden zusammen mit ihren demenzerkrankten Angehörigen spezialisiert war (Landhaus Fernblick der AWO-Tochtergesellschaft AW Kur und Erholung in Winterberg), wurde in einer wissenschaftlichen Studie mittels dreier Befragungswellen zu Beginn, am Ende und zwei Monate nach der Vorsorgemaßnahme zur Förderung von Ressourcen zum Erhalt der häuslichen Pflegefähigkeit von 131 Pflegenden deren gesundheitlicher und belastungsbezogener Zustand bzw. deren Pflegefähigkeit untersucht. Während der Maßnahme wurden die pflegenden Angehörigen deutlich entlastet, ohne dass dies zu einem Kontaktabriss zum Pflegebedürftigen führte. Somatische Beschwerden wurden reduziert und die psychische Belastung zwar stabilisiert, ohne dass sich das Ausmaß der Depressivität verändert hat. Die Pflegenden nahmen nach der Vorsorgemaßnahme ambulante Unterstützung stärker in Anspruch. (alle Angaben aus Otto/de Wall 2019). Trotz der nachgewiesenen Machbarkeit und nach Angaben des Trägers auch der angemessenen Vergütung ist die Replikation dieses Modells durch weitere Einrichtungen und Träger nach Angaben von Experten bisher gering. Ausgenommen davon ist das bereits gestartete Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) mit drei Einzelvorhaben, das mit wissenschaftlicher Begleitung durch die FH Bielefeld erneut von AW Kur und Erholung und dem Caritasverband Paderborn getragen und von der „Stiftung Wohlfahrtspflege NRW“ gefördert wird.

Insbesondere die zur Aufnahme pflegebedürftiger Angehöriger notwendigen Investitionen in Bau und Ausstattung werden als immense Hürden wahrgenommen. Das gilt insbesondere für die Einrichtungen, die pflegende Angehörige noch nicht zu ihren Patientinnen und Patienten zählen.⁹⁴ Demgegenüber schildern Einrichtungen die Anpassungsstrategien, wenn sie „Öffnung“ als Aufnahme einer (größeren) Zahl an pflegenden Angehörigen interpretieren, als überschaubar und leistbar.

Die Aufnahme oder Betreuung der zu pflegenden Angehörigen ist offenbar die größere Hürde, sie muss jedoch nicht am Anfang der Öffnung für die neue Zielgruppe stehen. Eine fachliche Öffnung des Angebots für pflegende Angehörige mit Anpassungen an deren besonderen Therapie- und Beratungsbedarfe ist die kleinere Hürde und kann für Einrichtungen, die noch keine Erfahrung mit der Zielgruppe gesammelt haben, im Prozess der Öffnung am Anfang liegen.

⁹⁴ Die diesbezüglich angeführten Schlagworte lauten z. B. Anschaffung von Pflegebetten, Einbau von Aufzügen/Lifts, Aufbau einer eigenen Kurzzeitpflege, Lagerräume für Pflegeutensilien, behindertengerechte Ausstattung, Herstellung von Barrierefreiheit bis hin zum Neubau der gesamten Einrichtung, Einstellung qualifizierter Pflegekräfte unter der Bedingung einer erheblichen Aufstockung der KV-Sätze.

7.3 Mütter und Väter von Kindern mit Behinderungen

7.3.1 Erfahrungen der Eltern von Kindern mit einer Behinderung

Unter den befragten Personen waren 42 Patientinnen sowie ein Patient, die an ihrer Maßnahme zusammen mit einem behinderten Kind teilnahmen. Die Rahmenbedingungen der Teilnahme stellen sich in dieser Gruppe folgendermaßen dar:

- 17 der Eltern (das entspricht 40 %) wurden von einem Kind begleitet, 60 Prozent nahmen mit mehreren Kindern teil.
- Rund 70 Prozent waren in Begleitung eines Kindes/mit Kindern mit Behandlungsbedarf bzw. mit eigenem Attest in der Maßnahme (30 % in Begleitung von Kindern ohne eigenen Behandlungsbedarf)

Nach Zielgruppen und dem Alter der Kinder mit Behinderung verteilen sich die 43 Personen wie folgt (vgl. Tabelle 36).⁹⁵

Tabelle 36 Mütter und Väter von Kindern mit Behinderung in den Einrichtungen des MGW

<i>Zielgruppe...</i>	Patient/innen mit Kind mit Behinderung in der Kur	davon Kind volljährig
<i>... NUR Kindererziehung</i>	14	0
<i>... Kindererziehung UND Pflege</i>	22	1
<i>... NUR Pflege</i>	7	7

Quelle: Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten 2020, mit behindertem Kind; gewichtet

91 Prozent der Eltern haben eine Vorsorgemaßnahme absolviert, sieben Prozent wussten nicht mehr, ob es sich um eine Vorsorge- und Reha-Maßnahme handelte, oder machten hierzu keine Angabe.

Ihre Gesundheit (bemessen an der Summe ihrer Erkrankungen und Beschwerden) ist geringfügig schlechter als im Durchschnitt unter allen Patientinnen und Patienten und sie stehen vor mehr familien- und elternspezifischen Problemlagen. Der Gesamtindex ihres Vorsorge- und Reha-Bedarfs ist deutlich größer (durchschnittlich 122 gegenüber 83 in der Gesamtheit der Patientinnen und Patienten). Die Eltern von Kindern mit Behinderung haben signifikant häufiger Probleme sich zu entspannen, Unruhe oder Angstgefühle, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeiten oder Herz-/Kreislauferkrankungen (64 % vs. 43 %). Dafür haben sie z. B. seltener Partner- oder Eheprobleme.

In den Punkten Motivation zur Maßnahme, Klinikauswahl und Antragstellung treten an einzelnen Stellen größere Unterschiede zwischen Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung:

- Bei der Frage, wie sie auf die Idee kamen, eine Kur zu beantragen, war eine bereits früher in Anspruch genommene Kur der häufigste Grund. Mehr als die Hälfte von ihnen (51 %) hatte bereits an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung

⁹⁵ Aufgrund der nur kleinen Fallzahl sind statistisch getrennte Auswertungen von erwachsenen behinderten Kindern und minderjährigen behinderten Kindern nicht möglich. Sie werde als eine Gruppe betrachtet.

teilgenommen. Unter den übrigen Patientinnen und Patienten trifft dies auf nur 24 Prozent zu. Etwas wichtiger war für Eltern von Kindern mit Behinderung auch der Hinweis von einer Ärztin oder einem Arzt, eine Kur zu beantragen (42 % gegenüber 36 % unter den übrigen Befragten).

- Bei der Vorbereitung oder Antragstellung für die Maßnahme wurden sie deutlich seltener von einer Kur-Beratungsstelle unterstützt (trifft zu auf 35 % der Eltern gegenüber 51 % unter den übrigen Befragten). Beratungsstellen spielten deutlich seltener eine Rolle für die Wahl der Klinik. Wichtiger war den Eltern von Kindern mit Behinderung die fachliche Spezialisierung der Einrichtung (37 % gegenüber 24 % unter den übrigen Befragten) sowie, dass es sich um eine kleine Einrichtung handelt (45 % gegenüber 34 %).
- Die Kuranträge der Mütter und Väter von Kindern mit Behinderung wurden in etwa genauso häufig abgelehnt und erst auf Widerspruch hin bewilligt (12 % gegenüber 11 % unter den übrigen Befragten). Zwischen ärztlichem Attest und Beginn der Maßnahme vergingen im Durchschnitt 5,5 Monate (unter den übrigen Befragten waren es 5,3).

Patientinnen und Patienten von Kindern mit Behinderung geben deutlich häufiger an, individuelle bzw. besondere Bedürfnisse an die Maßnahme gehabt zu haben (trifft zu auf rund 80 % der Personen, unter den übrigen Personen mit Kinderbegleitung sind es 70 %). Das führt dazu, dass die Eltern von Kindern mit Behinderung häufiger als Eltern von Kindern ohne Behinderung sowohl der Ansicht sind, dass ihre Bedürfnisse in den Maßnahmen berücksichtigt wurden (51 % gegenüber 46 % unter den übrigen Eltern) als auch nicht ausreichend berücksichtigt (28 % gegenüber 23 %).⁹⁶

Mütter und Väter von Kindern mit Behinderung bewerteten die Maßnahme hinsichtlich der Qualität der Behandlung, Bewertung des Klinikteams und Kommunikation mit diesem, organisatorische und infrastrukturelle Bewertung der Einrichtung nicht signifikant anders als die anderen Befragten.

7.3.2 Anpassungen der Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarfe

Anders als bei den Zielgruppen Väter und pflegende Angehörige führt das MGW kein gesondertes Qualitätssiegel speziell für Maßnahmen, die sich an Väter und Mütter von Kindern mit einer Behinderung richten. Die MGW-Kliniksuche listete Ende 2020 gleichwohl sechs Einrichtungen mit der Klinikspezialisierung „Mütter mit behinderten/erwachsenen behinderten Kindern“, darunter auch drei Einrichtungen mit dem Schwerpunkt „Väter mit behinderten/erwachsenen behinderten Kindern“.

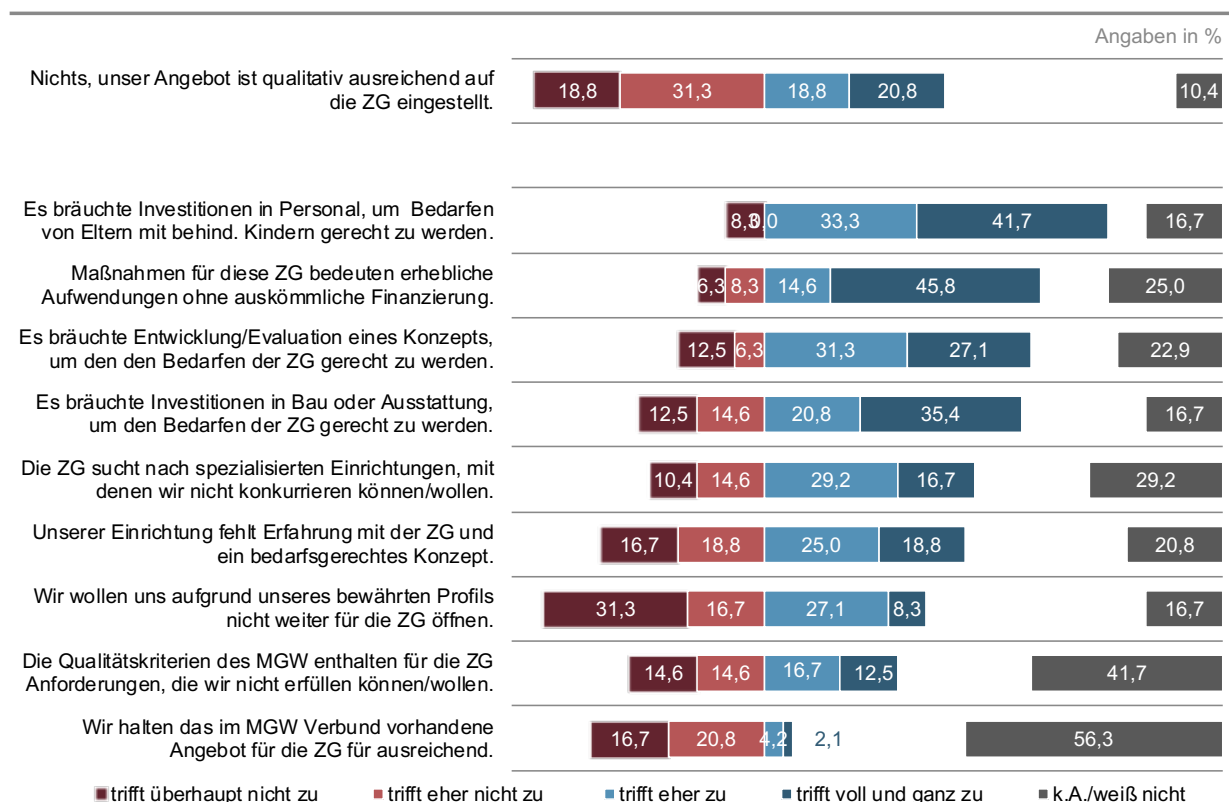
Unter den 48 befragten Einrichtungen der Stichprobe befinden sich zehn, die für das Jahr 2019 Kinder mit einer Behinderung bis zum 18. Lebensjahr unter den Begleitpersonen ausweisen.⁹⁷

⁹⁶ Aus Datenschutzgründen wurde darauf verzichtet mit offenen Fragen zu erheben, um welche Bedürfnisse es sich hierbei handelt hat.

⁹⁷ Diese Einrichtungen gelten im Folgenden als Gruppe derjenigen, die sich erkennbar für die Zielgruppe Väter und Mütter von Kindern mit einer Behinderung geöffnet haben. Es ist möglich, dass sich unter den übrigen

Über alle 48 Einrichtungen hinweg liegt der Hauptgrund gegen eine (weitergehende) Öffnung in den prognostizierten Investitionen in das Personal, um den Bedarfen der Zielgruppe gerecht zu werden. Drei von vier Einrichtungen sehen in diesem Punkt (eher oder voll und ganz) einen gegen die Öffnung sprechenden Grund. Für 55 bis 60 Prozent der Einrichtungen sind die erheblichen Aufwendungen bei fehlender finanzieller Auskömmlichkeit, die Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Konzepts sowie infrastrukturelle Investitionen die ausschlaggebenden Gründe (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28 Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für Mütter und Väter von Kindern mit einer Behinderung öffnet?



Quelle: Befragung der Kliniken, n = 48

© INTERVAL/BIAG 2021

Differenziert man die Angaben danach, ob minderjährige Kinder mit einer Behinderung zu den Begleitpersonen zählen oder nicht, weichen die Antworten nur darin signifikant voneinander ab, ob das eigene Angebot bereits für qualitativ ausreichend gehalten wird. Zu den Details vergleiche Tabelle 56 im Anhang 4) Es zeigen sich zwischen den beiden Gruppen dennoch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. So verbinden die Einrichtungen, die bereits praktische Erfahrungen mit behinderten Kindern als Begleitpersonen haben, Maßnahmen für die Zielgruppe v. a. damit, dass diese mit erheblichen zusätzlichen Aufwendungen einhergehen, die nicht auskömmlich finanziert werden. 70 Prozent stimmen dieser Aussage eher oder voll und ganz zu. Im gleichen Maße gewichtig sind die für eine weitere Öffnung erforderlichen Investitionen in

Einrichtungen weitere befinden, die in diesem Sinne als offen gegenüber der Zielgruppe gelten könnten. Nur enthielten die Befragungsdaten in diesen Fällen keine empirischen Hinweise hierauf.

Personal sowie Bau und Ausstattung. Infrastrukturelle und insbesondere personelle Investitionsbedarfe sind auch für die Einrichtungen, die im Jahr 2019 keine Kinder mit einer Behinderung zu den Begleitpersonen zählten, Haupthinderungsgründe. Zudem verbinden sie die Öffnung für die Zielgruppe „Eltern mit behinderten Kindern“ ebenfalls mit einer fehlenden finanziellen Auskömmlichkeit. Sie sehen sich aber deutlich häufiger in Konkurrenz zu bereits spezialisierten Einrichtungen.

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Schwerpunktsetzung, welche Faktoren gegen eine (ggf. stärkere) Öffnung sprechen, deuten darauf hin, dass die Frage, was eine (ggf. noch stärkere) „Öffnung“ für Eltern von Kindern mit einer Behinderung bedeuten würde, zum Teil stark von der individuellen Ausgangslage einer Einrichtung abhängt. Hiervon zeugen auch die offenen Angaben der Einrichtungen darüber, welche Schritte aus ihrer Sicht für eine (ggf. noch stärkere) Öffnung zu unternehmen wären (Weiterentwicklungsbedarfe).

So bezeichnen sich einzelne Einrichtungen als „offen“ in dem Sinne, dass die Mütter von Kindern mit einer Behinderung für die Maßnahmendauer alleine anreisen und die Kinder zuhause versorgt werden. Eine weitergehende Öffnung hieße von diesem Prinzip abzuweichen, was sich aber nicht mit dem Profil der Einrichtung vereinbaren lasse (betrifft Einrichtungen, die nur reine Mütter-Kuren anbieten). Andere Einrichtungen nehmen Kinder mit Behinderung nach medizinischer Einzelfallprüfung auf. Eine Öffnung käme einer Abkehr von dieser Vorgehensweise gleich (Zitat: „Die Aufnahme ist in unserer Klinik unproblematisch bei leichten körperlichen Einschränkungen, wenn auch zu Hause eine lebenspraktische Selbstständigkeit oder der Besuch von Regeleinrichtungen gegeben ist. Bei mittleren oder schweren Einschränkungen bzw. einem das alterstypische Maß übersteigenden Pflege- oder Unterstützungsbedarf muss die Aufnahmemöglichkeit individuell abgeklärt werden“).

Relevant sind in anderen Einrichtungen auch quantitative Aufnahmegrenzen, die v. a. durch personelle und bauliche Investitionen verschoben werden könnten: (Beispielzitat: „Es besteht eine große Nachfrage, die wir nicht erfüllen können. Wir arbeiten inklusiv. Somit können von 30 Eltern nur 2 mit einem Kind mit Behinderung teilnehmen. Räumliche und personelle Gegebenheit sind damit ausgeschöpft.“)

In anderen Einrichtungen wird Öffnung wiederum damit verbunden, die bislang für eine Aufnahme infrage kommenden Arten einer Behinderung auf weitere auszuweiten. Daraus folgen wiederum unterschiedliche Anpassungsstrategien, die von den Einrichtungen als erforderlich angesehen werden. Auch hierfür zur Veranschaulichung Beispielzitate:

- „Sollten geh- und sehbehinderte Kinder mit aufgenommen werden, müsste außer der baulichen Veränderungen, Personal rekrutiert werden, das die Versorgung der beeinträchtigten Kinder übernimmt, während die Angehörigen Therapien wahrnehmen. Eine erhebliche Aufstockung der Vergütung durch die KV wäre Grundvoraussetzung.“
- „Bauliche Maßnahmen (Umbau und/oder Neubau), um Barrierefreiheit in der gesamten Klinik herzustellen. Mit den Tagessätzen sind solche Investitionen nicht finanzierbar und der BMFSFJ-Zuschuss von 45 % reicht nicht aus.“

- „Mütter /Väter von Kindern mit Behinderungen, die ein herausforderndes Verhalten haben, können nicht betreut werden. Die Einzelbetreuung wird nicht finanziert und ist somit für die Klinik nicht leistbar.“

Eine stärkere Öffnung der Einrichtungen des MGW für die Zielgruppe „Eltern von Kindern mit einer Behinderung“ kann vor diesem Hintergrund heißen, ihren Anteil unter den Patientinnen und Patienten oder den Begleitkindern zu erhöhen oder auch sich zunehmend auch den schwereren Fällen anzunehmen, die eine aufwändigere Betreuung erfordern. Ob Schwerpunktgruppen den besonderen Bedarfen der Eltern stärker gerecht werden oder eine Aufnahme in gemischten Gruppen stärker der Inklusion dient, kann im Rahmen der Studie nicht entschieden werden. Hier besteht Forschungsbedarf und später ggf. auch die Möglichkeit Qualitätskriterien der Inklusion für das MGW zu formulieren.

7.4 Beratungsstellen zu neuen Zielgruppen

Generell zeigt sich, dass die große Mehrheit der Beratungsstellen Unterschiede zwischen Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen in Bezug auf Beratungsanlässe, Beratungsfragen, Beratungsstrategien, Beratungsverläufe oder Angebote verneint.

Tabelle 37 Antworten der Kur-Beratungsstellen zu neuen Zielgruppen

	Anteil nein in %
<i>Unterscheiden sich Ihre Beratungsstrategien oder Konzepte für Mütter, Väter und pflegende Angehörige?</i>	77,6
<i>Unterscheiden sich die typischen Gründe, aus denen Väter oder pflegende Angehörige von einer Kur-Beantragung Abstand nehmen, von denen der Mütter?</i>	82,3
<i>Kommen Väter oder Pflegende Angehörige im Vergleich zu Müttern mit anderen Fragen, Themen oder Wünschen?</i>	70,9
<i>Unterscheiden sich die Gründe, aus denen Väter oder pflegende Angehörigen Ihre Beratungsstelle aufsuchen, von denen der Mütter?</i>	78,2
<i>Unterscheiden sich die Gründe, aus denen Mütter, Väter oder pflegende Angehörige von einer Nutzung der Angebote NACH der Kur absehen?</i>	89,0
<i>Unterscheiden sich die Angebote, die es für Mütter, Väter oder pflegende Angehörige für die Zeit nach der Kur gibt?</i>	78,0

Quelle: Onlinebefragung Beratungsstellen 2019, n=352

Welche der bis zu 30 Prozent der Beratungsstellen dennoch Unterschiede bei welchen Aspekten sehen, woran dies liegen könnte und worin diese Unterschiede bestehen, soll in zwei Schritten näher beleuchtet werden.

Der Anteil der Beratungsstellen, die bejahen, dass sie Unterschiede bei den Beratungsstrategien/Konzepten für die drei Zielgruppen machen, Unterschiede bei den Fragen, Themen und Wünschen und den Gründen für das Abstandnehmen von einer Kurberatung sehen, steigt signifikant mit der Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche.

Beratungsstellen, die Fachberatung und Qualifizierung zu stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen erhalten haben, verfügen signifikant häufiger über zielgruppenspezifische Beratungsstrategien und Konzepte und machen unterschiedliche Angebote für die Zeit nach der Kur.

Dieselben Beratungsstellen bejahen auch signifikant häufiger, dass sich die Fragen, Themen oder Wünsche von Vätern und pflegenden Angehörigen von denen der Mütter unterscheiden. Schließlich setzen die von der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e. V. (KAG) getragenen Beratungsstellen signifikant häufiger zielgruppenspezifische Beratungsstrategien und Konzepte ein und verfügen ebenfalls signifikant häufiger über unterschiedliche Angebote für die Zeit nach der Kur. Für Unterschiede beim Nachsorgeangebot trifft dies auch für den Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit e. V. (EVA) zu. Die AWO bietet nicht nur in ihren Beratungsstellen, sondern auch in ihrem seit 2007/08 existierenden Nachsorgeprogramm ebenfalls Unterstützung für den Übergang von der stationären Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme für Mütter, Väter und pflegende Angehörige in das Alltagsleben an.

In den offenen Bemerkungen zu jedem der sechs Aspekte weist eine Reihe der Beratungsstellen auf eine Fülle spezieller Unterschiede hin.

Inwiefern unterscheiden sich die Gründe von Vätern oder pflegenden Angehörigen, aus denen sie im oder nach dem Beratungsgespräch von der Kur Abstand nehmen?

Auf dieser Frage machen die Beratungsstellen insgesamt 57 Anmerkungen. Über die Hälfte der Anmerkungen weist auf die Bedeutung spezifischer Charakteristika der pflegenden Angehörigen hin, wie z. B. das meist höhere Alter mit spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der 24/7/365-Dauerbelastung, der im Falle der Pflege von Eltern besonderen moralischen Belastung oder die häufig alleinige Verantwortung. Die zweithäufigsten Unterschiede beziehen sich vor allem auf die väterspezifische Vereinbarkeit von Vollerwerbstätigkeit und mehrwöchiger Kur. Zu den rechtlichen Gründen zählt u. a. auch inwieweit Väter die rechtlich notwendige Voraussetzung der Erziehungsverantwortung erfüllen.

Worin unterscheiden sich die Gründe der Väter oder pflegenden Angehörigen eine Beratungsstelle aufzusuchen von denen der Mütter?

Auf die Frage antworten 73 Beratungsstellen mit 44 unterscheidbaren Anmerkungen.

- Speziell pflegende Angehörige haben wesentlich mehr und andere Gründe und Anliegen eine Beratungsstelle aufzusuchen als die meisten Mütter und Väter. Oftmals ginge es ihnen auch nicht nur um die Beratung über eine Vorsorge- oder Reha-Maßnahme oder die Antragstellung, sondern um die Klärung zahlreicher anderer Fragen, die mit Pflege, Pflegebedürftigen und den dafür gesellschaftlich vorhandenen Ressourcen und Angeboten zu tun haben. Hier spielt offensichtlich die Unbekanntheit oder Unübersichtlichkeit der rechtlichen Regelungen und Hilfen eine Rolle. Viele möglichen Hilfen konfliktieren untereinander. So weist eine Befragte darauf hin, dass man einen „Kurzzeitpflegeplatz ... nur, wenn überhaupt, kurzfristig planen (kann) und das nutzt für eine Kur überhaupt nichts. Und den Pflegebedürftigen mitnehmen, funktioniert auch kaum. Ansonsten versuche ich pflegende Angehörige auch im häuslichen Umfeld mit Entlastungsmöglichkeiten zu beraten“. Letzteres überfordert dann wieder die Beratungsstelle.
- Wichtig der folgende Hinweis, dass sich auch in der Maßnahme die Therapien für pflegende Angehörige von denen für Mütter oder Väter unterscheiden müssen: „Pflegende

Angehörige möchten einfach nur mal ‚raus‘. Sie möchten auch reden, sind gegenüber psychologischer Beratung (die auch als solche bezeichnet wird) eher skeptisch.“ Bei Angeboten in Kliniken ist daher zu beachten, dass es sich bei pflegenden Angehörigen überwiegend um oft extrem kompetente und langjährig engagierte Personen handelt.

- Bei Vätern sind es am häufigsten ihre besonderen Rollenverständnisse und ihre Probleme als alleinerziehender Vater. Einige Beratungsstellen erwähnen auch das spezielle Interesse von Vätern an einer Familienkur. Die am zweit- bis vierthäufigsten den Vätern zugeschriebenen Gründe, nämlich ihre Belastung und Erschöpfung, sind zwar keine väterspezifischen Gründe, werden aber von vielen Beratungsstellen als besonders hoch oder dringlich wahrgenommen.

Inwiefern unterscheiden sich die Gründe, aus denen Mütter, Väter oder pflegende Angehörige von einer Nutzung der Nachsorgeangebote absehen?

Hierauf antworten nur 32 Beratungsstellen und machen insgesamt 25 unterscheidbare Anmerkungen. Mehr als die Hälfte der antwortenden Beratungsstellen weisen darauf hin, dass insbesondere Väter nach der Kur wieder „voll gefordert“ würden und im Übrigen „so etwas“ auch nicht brauchen. Bei pflegenden Angehörigen verhindern die sofort wieder voll einsetzende und meist alleinige Verantwortung für die Pflegeperson die Inanspruchnahme von Nachsorge nach Beendigung einer Kur. Übereinstimmend weisen die Beratungsstellen auf das generell geringe Nachsorgeangebot für Väter und pflegende Angehörige hin. Für das fehlende flächendeckende Angebot ist aber derzeit auch die geringe Anzahl von Vätern und pflegenden Angehörigen mit einer beendeten Kur und die möglicherweise daraus von den befragten Beratungsstellen abgeleiteten Prognose einer dauerhaft geringen Nachfrage verantwortlich.

Worin unterscheiden sich Väter oder pflegende Angehörige in ihren Fragen, Themen oder Wünschen von Müttern?

Die Frage beantworten 96 Beratungsstellen. Die in der Beratung zentrale Frage der pflegenden Angehörigen ist die Unterbringung der pflegebedürftigen Person zu Hause oder in der Einrichtung. Hinzu kommt der Wunsch über die zahlreichen pflegebezogenen Leistungen informiert zu werden. Väter äußern oft den Wunsch nach einer nicht weiter spezifizierten Familienkur und richten den Fokus ihrer Erwartungen auf Berufsprobleme und die Möglichkeiten, diese während der Kur zu lösen. Eine Beratungsstelle fasst die Unterschiede so zusammen: „Mütter und pflegende Angehörige wünschen sich, dass sie die Energiereserven aufladen können, innerlich zur Ruhe kommen, endlich wieder schlafen können und stabil für die Bewältigung des Alltags zu sein. Väter wünschen sich eher Anregungen zur Bewältigung der Krise (z. B. mit der Partnerin, mit dem Arbeitgeber, mit den Kindern) und Impulse zur Umstrukturierung der Lebenssituation, eine Verbesserung der Alltagsprobleme und eine Verbesserung der Vater-Kind-Beziehung.“

Wo Väter und pflegende Angehörige sich von Müttern und sich gleichzeitig auch voneinander unterscheiden, zeigen die folgenden Anmerkungen mehrerer Beratungsstellen:

- „Väter möchten i. d. R. mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen (quantitativ). Mütter möchten dagegen eher die Beziehung zum Kind verbessern (qualitativ).“
- „Väter möchten gezielt an ihren medizinischen und psychosozialen Defiziten arbeiten. Pflegende Angehörige brauchen höhere körperliche Entlastungen und psychologische Gespräche in diesen Themen.“
- „Väter: kann Sport ausgeübt werden, gibt es gemischte Kuren, Erziehungsfragen; pflegende Angehörige: wohin mit dem zu Pflegenden, Fragen zur Finanzierung, Kurhaus sollte nicht so weit von Zuhause entfernt sein.“
- „Väter sind oft durch besondere Schicksalsschläge belastet (Tod der Partnerin, bes. schwere Trennungen), praktisch nie ‚Pflegend‘. Pflegende Angehörige sind oft durch die "Summe der Anforderungen" zermürbt.“
- „Pflegenden und Väter geht es um das Gesamtpaket, welches die Kur mit sich bringt. Sie beschäftigen sich weniger mit den Details. Sie sind oft anspruchsloser in der Auswahl.“
- „Väter fragen i. d. R. weniger“.

Einige Beratungsstellen sehen schließlich nicht nur Unterschiede zwischen, sondern auch innerhalb der Zielgruppen: „Bei jüngeren Müttern stehen neben der gesundheitlichen Hilfe durch die Kur die erlebnisgeprägten Themen und aktiven Unternehmungen im Vordergrund. Sie wollen alleine oder mit ihren Kindern auch noch ‚was erleben‘.“

Worin unterscheiden sich die Beratungsstrategien oder Konzepte?

Auf die Frage antworten 76 Beratungsstellen. Generell halten die Beratungsstellen die Beratung pflegender Angehörigen für komplexer als die Beratung von Müttern und Vätern. Dies liegt vor allem daran, dass die Frage nach dem Verbleib des zu Pflegenden viel Raum einnimmt. Einen großen spezifischen Raum nimmt auch die Bestärkung der pflegenden Angehörigen ein, „Verantwortung für die Zeit der Kurmaßnahme abzugeben, um dann gestärkter wieder die Pflege fortzusetzen“ und dies auch im Alltag zu versuchen. Da Kurberatung für pflegende Angehörige meist auch Pflegeberatung einschließt oder einschließen muss, dauert sie deutlich länger als die Beratung von Vätern und Müttern.

Eine Beratungsstelle fasst die Unterschiede ihrer Beratung für Väter und Mütter so zusammen: „Mehr zuhören bei den Müttern/mehr erklären bei den Vätern.“

Und: „Väter reden mehr über Beziehungsproblematiken betreffend zu ihren Kindern. Ihnen fällt es schwerer mit ihren Kindern über Schwierigkeiten zu reden bzw. auf sie richtig eingehen zu können. Ein ordentlicher Haushalt ist ihnen eher unwichtig. Mütter haben vielschichtige Probleme betreffend Haushalt, Kinder, Beziehungen, soziale Kontakte und mehr. Sie haben ein schlechtes Gewissen, nicht dem zu entsprechen, was von ihnen erwartet wird.“

Da Väter meist voll erwerbstätig sind und Mütter nicht oder weniger, muss mit Vätern häufiger über „Probleme mit ihrem Arbeitgeber und den daraus resultierenden passenden Zeitraum für eine Maßnahme“ geredet werden.

Für die Schwerpunktsetzung der Beratung ist auch folgende Beobachtung leitend: „Väter und pflegende Angehörige werden intensiver auf die Kurbeantragung/Ausfüllen der ärztlichen Verordnung durch den Arzt vorbereitet, da diese "Gruppen" m. E. von den Krankenkassen genauer geprüft werden. Bisweilen stellt sich ein Gefühl ein, dass die Krankenkassen unterstellen, dass der Vater tagsüber außer Haus ist und arbeitet und sich eher wenig um die Kinderbetreuung kümmert. Väter und pflegende Angehörige stehen unter größerem Druck nachzuweisen, dass sie belastet sind.“

Die aus ihrer Sicht notwendige Art der Beratung umschreibt eine Beratungsstelle folgendermaßen: „Ich versuche immer auf die individuelle Lebenssituation zu schauen und auf diese einzugehen. Da gibt es keine Strategien. Ich gucke auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und gehe darauf ein.“

Was insbesondere bei der Beratung von Vätern speziell berücksichtigt werden muss, fassen drei ausführliche Anmerkungen zusammen:

- „In der Regel berichten Väter wenig über ihre Gefühle. Es geht mehr um sachliche Dinge. Ihre Probleme müssen in der Beratung herausgearbeitet werden. Vätern fällt es schwerer an ihre Emotionen und Probleme zu gehen und darüber zu sprechen.“
- „Väter tun sich teilweise schwerer ihre Beschwerden zu erkennen, zu benennen und zu formulieren. Insbesondere bei Überlastung und Überforderung. Hier versuche ich mit gezielterem Nachfragen nach bestimmten Beschwerden die Väter zum Nachdenken anzuregen.“
- „Bei Vätern gestaltet sich die Antragstellung anders. Atteste bzw. Selbstauskunft müssen ausführlicher dargestellt werden, da bei vielen Krankenkassen immer noch die Meinung vertreten wird, dass der Vater berufstätig ist und eher wenig Zeit in der Familienarbeit leistet.“

Inwiefern unterscheiden sich Angebote nach der Kur für Mütter, Väter, pflegende Angehörigen?

Die Frage beantworten 63 Beratungsstellen. Die Mehrheit der antwortenden Beratungsstellen weist darauf hin, dass es für Väter wegen der zu geringen Anzahl von Vätern mit Nachsorgebedarf fast durchweg kein oder nur sehr wenige spezifische Nachsorgeangebote gibt, und daher auch nichts Konkretes zum Angebotsunterschied gesagt werden kann. Wenn es Angebote gibt, sind es fast immer keine Gruppenangebote, sondern das Angebot von Einzelgesprächen. Das Problem fehlender spezifischer Angebote trifft auch auf pflegende Angehörige zu. Die wenigen expliziten Hinweise auf unterschiedliche Angebote werden nicht konkretisiert.

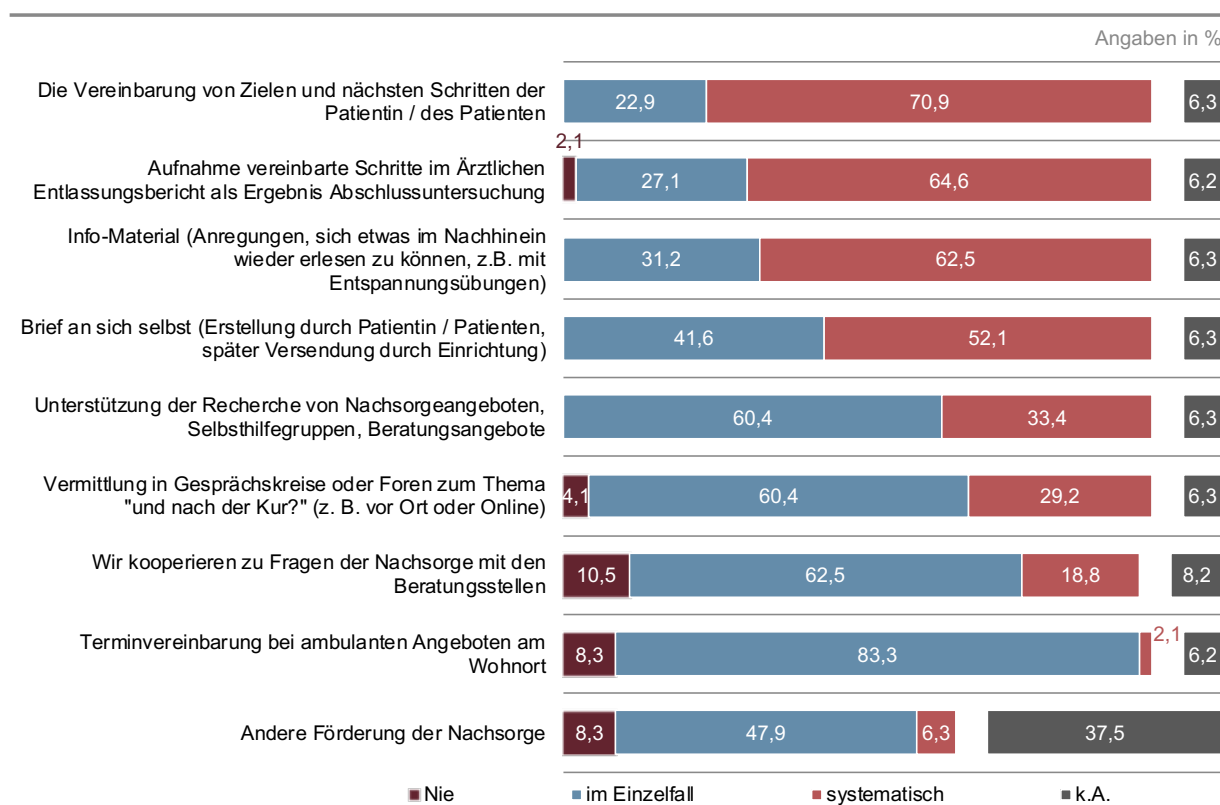
8 Nachsorgeleistungen – Erhalt und Nutzung

Für den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit⁹⁸ einer gesundheitsbezogenen Leistung, die zeitlich befristet ist und erst nach einem Regelintervall von vier Jahren erneut in Anspruch genommen werden kann, sind die inhaltliche wie zeitliche Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit von zentraler Bedeutung. Dazu dienen in der Behandlungszeit erhaltene Empfehlungen für Nachsorgeleistungen, die im Bedarfsfall erinnert werden können und barrierefrei wie rechtzeitig zugänglich sind. Ohne sie ist die therapeutische Kette unvollständig.

8.1 Nachsorge aus Sicht der Einrichtungen

Die Einrichtungen konnten auf neun Fragen zu ihrem Angebot zur Nachsorge antworten, ob dies „nie“, „im Einzelfall“ oder „systematisch (für) alle Patientinnen und Patienten“ geschähe.

Abbildung 29 Angebote zur Nachsorge ihrer Maßnahmen aus Sicht der Einrichtungen



Quelle: Befragung Einrichtungen 2020, n=48

© INTERVAL/BIAG 2021

Nur bei fünf der abgefragten Nachsorgeangeboten geben bis maximal 10,5 Prozent der Einrichtungen an, sie würden sie nie anbieten. Bei vier weiteren Angeboten (Vereinbarung von Zielen, Aufnahme von Schritten in Entlassungsbericht, Infomaterial, Brief an sich selbst) sagen

⁹⁸ Dem liegt folgendes Verständnis von Wirtschaftlichkeit zugrunde. Wirtschaftlich ist „nicht die billigste zweier notwendiger Leistungen, sondern diejenige mit der besten Kosten-Nutzenrelation (...) der Nutzen bestimmt sich nach dem Behandlungsziel unter Einbeziehung der Nachhaltigkeit des Heilerfolgs, der Lebensqualität des Versicherten sowie der in anderen Leistungsbereichen und Sozialversicherungszweigen vermiedenen bzw. bewirkten Kosten.“ (Becker und Kingreen 2018, S. 132 zum § 12 SGB V)

mehr als die Hälfte der Einrichtungen ihr Angebot erfolge „systematisch“. Fünf weitere Nachsorgeangebote (Vermittlung in Gesprächskreise, Unterstützung bei der Recherche nach Nachsorgeangeboten, Terminvereinbarungen am Wohnort, Kooperation mit Beratungsstellen, andere Förderung der Nachsorge) erhielten die Patientinnen und Patienten in rund zwei Drittel oder mehr der Einrichtungen „im Einzelfall“.

Die Antwortmöglichkeit „systematisch alle Patientinnen und Patienten“ bedeutet, dass es sich um regelhaft erbrachte Angebote handelt und es für Entscheidungen von Angeboten „im Einzelfall“ inhaltlicher Kriterien bedarf. Für die Bewertung des Ob, der Art und des Umfangs von Nachsorgeangeboten kann dies im Wesentlichen nur der Gesundheits- und Belastungszustand vor und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch noch zu Beginn der stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme sein. Selbst wenn sich beide Zustände auch bereits in den ersten Tagen der Maßnahme verbessern, muss der Zustand vor der Maßnahme als Indikator dafür dienen, was unter den Alltagsbedingungen der Patientinnen und Patienten möglich war und möglicherweise denselben Patientinnen und Patienten erneut droht. Dies auf Dauer zu verhindern oder den Zeitpunkt erneut schlechter werdenden Gesundheit und steigender Belastung so weit wie möglich hinauszuschieben, ist ein wichtiges Ziel der therapeutischen Hilfen und Impulse während der Maßnahme und der präventiven Ausstattung mit Nachsorgeempfehlungen aller Art für die höchstmögliche Abwehr und Bewältigung der beeinträchtigenden Einflüsse der wahrscheinlich zunächst nicht veränderten Alltagsbedingungen.

Die Bedeutung von Angeboten, die sich auf die Zeit nach Beendigung einer Reha- oder Vorsorgemaßnahme beziehen, ergibt sich aus dem sehr schlechten vorstationären Gesundheits- und Belastungszustands⁹⁹ fast aller ehemaligen Patientinnen und Patienten. Da sich durch die Maßnahmen direkt nichts oder nur sehr wenig an den familiären oder sonstigen Ursachen der Bedürftigkeit ändert, helfen gegen eine rasche erneute Verschlechterung des Gesundheits- und Belastungszustands nach erfolgreicher Beendigung einer Maßnahme u. E. nur präventiv angelegte Angebote, die im Bedarfsfall die Wirkung der beeinträchtigenden Bedingungen be- oder verhindern. Und da die Wirklichkeit nach der Maßnahme nicht verlässlich antizipiert werden kann, sollte es diese Angebote u. E. in möglichst allen Einrichtungen systematisch und nicht nur in Einzelfällen für alle Patientinnen und Patienten geben. Vor diesem Hintergrund ist zwar im Sinne der Nachsorge positiv zu bewerten, dass mehr als 50 Prozent bis maximal 75 Prozent der Einrichtungen sagen, vier dieser Angebote systematisch anzubieten. Trotzdem erhalten die Patientinnen und Patienten in einem Viertel bis fast der Hälfte der Einrichtungen selbst diese vier Angebote nicht systematisch, sondern lediglich im Einzelfall und damit möglicherweise nicht. Noch deutlicher gilt dies für die fünf Angebote, die nur in deutlich weniger als 50 Prozent der Einrichtungen systematisch erbracht werden.

⁹⁹ Vgl. Kapitel 3.2: Rund 73 % bezeichneten in Kenntnis eines Katalogs von 17 Gesundheitsstörungen ihren Gesundheitszustand vor Beginn der Maßnahme als schlecht oder mangelhaft und litten damals an durchschnittlich 9,8 von 17 Gesundheitsstörungen. 96 % fühlten sich in Kenntnis von 15 familiären und sozialen Belastungen vor Beginn der Maßnahme eher (25 %) oder sehr belastet (72 %) und litten unter durchschnittlich 4,6 der insgesamt 15 familiären Belastungen.

Textbox 9 Praxisbeispiel AWO Nachsorgeprogramm

Bis 2020 wurden insgesamt 15.834 Fälle im Nachsorgeprogramm betreut. Aktuell nehmen 14 AWO-Kliniken am Nachsorgeprogramm teil. Die Kurteilnehmerinnen und -teilnehmer werden in Form von mehreren strukturierten telefonischen Beratungen in einem Zeitraum von vier bis sechs Monaten nach der Vorsorge- und Reha-Maßnahme durch Fachkräfte (je nach Thema) begleitet. Das Programm wird überwiegend durch die Einrichtungen finanziert, was bereits zum Ausstieg einiger Einrichtungen führte. Eine Evaluationsstudie zwischen 2011 und 2013 mit 733 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus sechs von der AWO getragenen Kliniken und fünf Befragungswellen in zehn Monaten zeigte, dass die Nutzerinnen und Nutzer des Programms „bei der Umsetzung ihrer Gesundheitsziele im Alltag unterstützt“ wurden, aber auch, dass der „subjektive Bedarf an fachlicher Unterstützung bei der Zielumsetzung nach der Maßnahme unter den Befragten zurzeit nicht ausreichend gedeckt scheint.“ Dies heißt konkret, dass „fast 60 Prozent derer, die sich fachliche Unterstützung (...) wünschen (...) keinen Zugang zur Nachsorge (weder zum AWO-Nachsorgeprogramm noch zu einem anderen Nachsorgeangebot z. B. der Kurberatungsstellen)“ haben. (Mozygemba 2014, S. 61)

8.2 Nachsorgeempfehlungen aus Sicht ehemaliger Patientinnen und Patienten

Wenn es um subjektive Wahrnehmungen von Leistungen etc. geht, die auf das Verhalten, die Fähig- und Fertigkeiten oder die Einstellungen ihrer Empfängerinnen oder Empfänger gerichtet sind, und z. B. ihre Gesundheit verbessern helfen sollen, bestimmt deren Wahrnehmung das Urteil, ob sie erbracht wurden oder nicht und ihre Bewertung. Leistungen, die weder kognitiv noch verhaltensbeeinflussend bei denjenigen „ankommen“ deren Einstellungen oder Verhalten beeinflusst werden soll, sind „nicht erbracht“ und damit meistens unwirksam. Dies gilt auch für den nicht seltenen Fall, dass Leistungserbringer angeben, diese Leistungen erbracht zu haben.

Der Erhalt und die Anzahl von Empfehlungen für den Alltag nach der Reha- oder Vorsorgemaßnahme sind nicht per se gut. Personen, deren Gesundheits- und Belastungszustand vor und zu Beginn einer Maßnahme schlecht ist, müssen aber während der Maßnahme Empfehlungen etc. erhalten, wie sie sich nach der Rückkehr in ihren kaum veränderten familiären und sozialen Alltag vor einer erneut möglichen Verschlechterung ihres Zustands möglichst lang schützen können. Dies gelingt nicht, wenn die Patientinnen und Patienten nicht vorausschauend erfahren, was dabei hilfreich ist und von wem sie dabei unterstützt werden können.

Erhalt von Nachsorgeempfehlungen

Die Patientinnen und Patienten konnten angeben, welche von 21 auf ihre nachstationäre Gesundheits- oder Belastungssituation bezogenen Leistungen ihnen während ihrer Maßnahme empfohlen bzw. mitgegeben wurden (Abbildung 30).

- Nur bei fünf der 21 Nachsorgeleistungen sagen mehr als 50 Prozent der Befragten, sie wären ihnen empfohlen worden bzw. sie hätten sie erhalten. Zwei der Empfehlungen beziehen sich auf das Gesundheitsverhalten und zwei weitere sind Instrumente zur Selbstverpflichtung der Patientinnen und Patienten.
- Zwischen 26 und 50 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass ihnen drei weitere nachsorgerelevante Leistungen während der Kur empfohlen wurden. Darunter sind sowohl eine weitere auf das Gesundheitsverhalten bezogene Leistung als auch eine therapeutische Empfehlung.

- 13 weitere Nachsorgeleistungen wurden lediglich noch zwischen 17 und 0,3 Prozent aller Patientinnen und Patienten empfohlen bzw. für sie oder mit ihnen organisiert. Neben den zwei gesundheitsbezogenen Empfehlungen, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen und sich z. B. in der Apotheke nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel zu besorgen, handelt es sich der Mehrheit der Leistungen um Empfehlungen oder Hinweise auf institutionelle und auf familiäre Kontextfaktoren bezogene Beratungs- und Unterstützungsressourcen.
- Etwas mehr als 50 Prozent der Patientinnen und Patienten erhielten für 16 der 21 nachsorgebezogenen und -relevanten Leistungen in ihrer Erinnerung keine Empfehlung. Für über 80 Prozent traf dies für 13 von 21 dieser Art von Leistungen zu.

Abbildung 30 Erhaltene Nachsorgeempfehlungen



Quelle: ehemalige Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Mehrfachangaben © INTERVAL/BIAG 2021

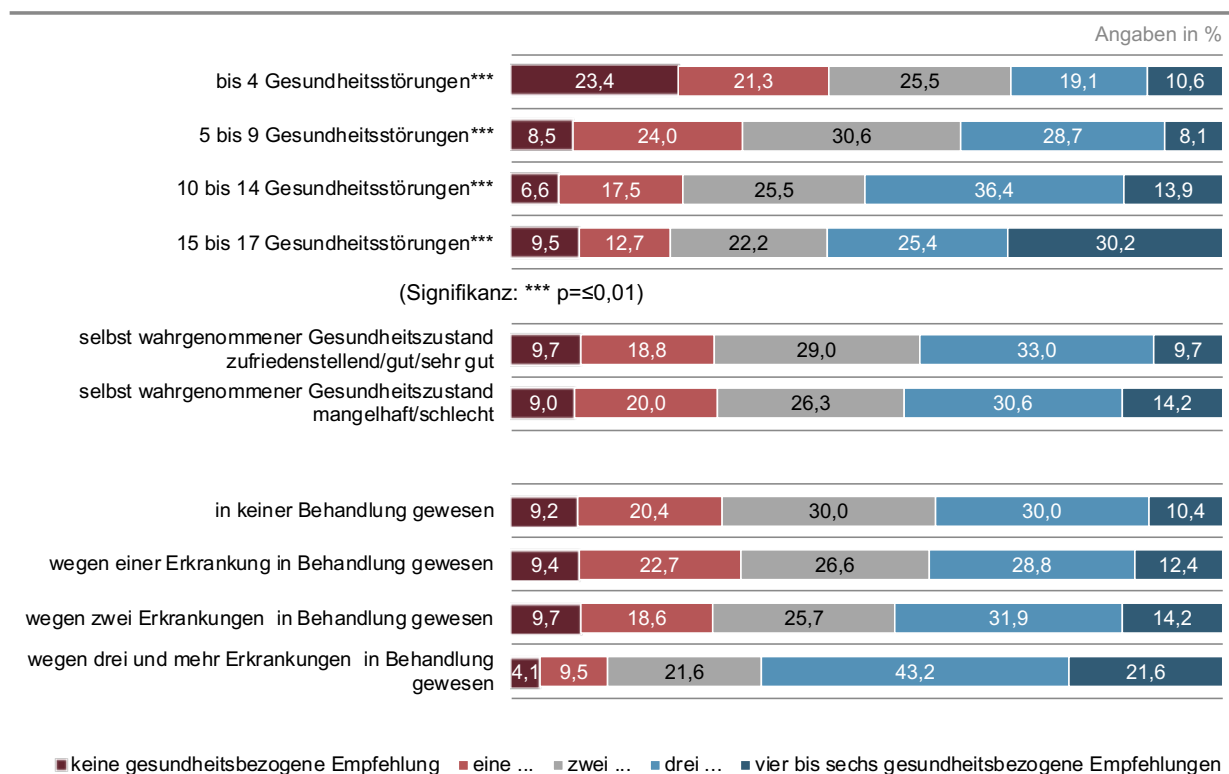
Je mehr es sich bei den abgefragten Nachsorgeempfehlungen um Empfehlungen handelt, die beim Umgang mit oder der Bewältigung von mütter- oder väterspezifischen Kontextfaktoren

oder -verhältnissen eine unterstützende Rolle spielen könnten (z. B. Organisation von Kinderbetreuung, Besuch eines Vor-Ort-Gesprächskreises zur Nachsorge), desto geringer ist der Anteil der ehemaligen Patientinnen und Patienten, die sie erhalten haben.

Zusammenhang von Nachsorgeempfehlungen und der Ausgangssituation

Unter der Annahme, dass die gesundheitliche Situation vor der bzw. zu Beginn der Kur eine wichtige Grundlage dafür ist welche und wie viele der Empfehlungen zur Nachsorge angeboten werden müssen, zeigt die Abbildung 31 für zwei Indikatoren des Gesundheitszustandes, dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und der Anzahl der vor Beginn der Reha- oder Vorsorgemaßnahme behandelten Erkrankungen, keinen statistisch signifikanten Unterschied der Anzahl der erhaltenen gesundheitsbezogenen Nachsorgeempfehlungen.

Abbildung 31 Gesundheits-/Krankheitssituation vor Beginn einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme und Häufigkeit gesundheitsbezogener Nachsorgeempfehlungen



Quelle: ehemalige Patientinnen und Patienten der Maßnahmen, n=671, gewichtet

© INTERVAL/BIAG 2021

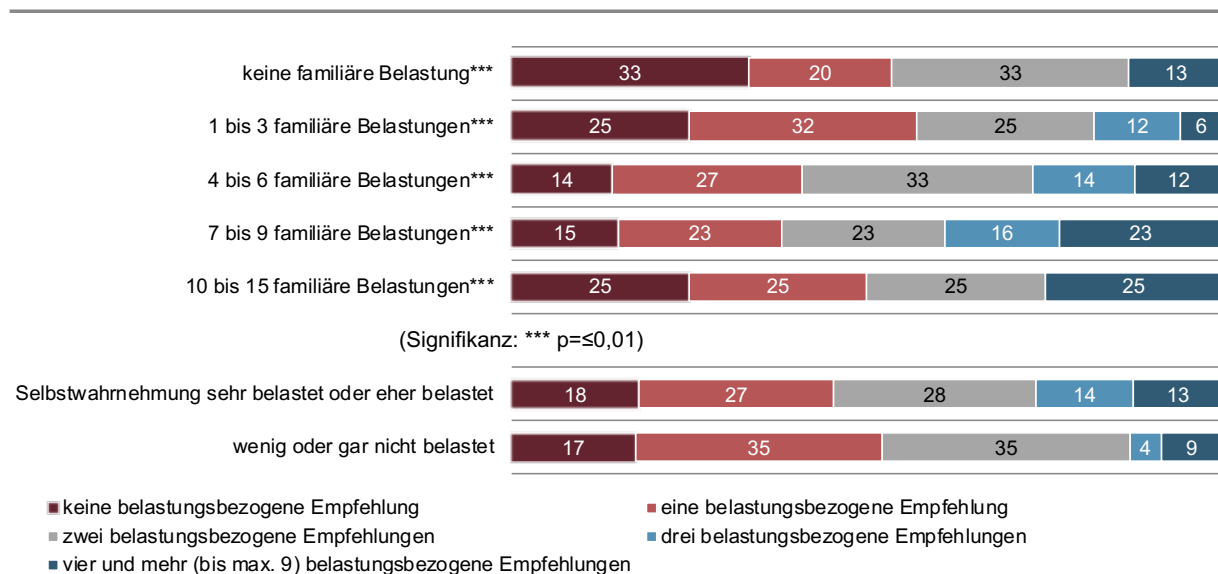
Etwas eingeschränkt werden muss dies, wenn es um die Anzahl von Empfehlungen bei einer unterschiedlichen Anzahl vor der Kur behandelter Erkrankungen geht. Patientinnen und Patienten mit drei und mehr vorbehandelten Erkrankungen bekommen etwas, aber nicht signifikant mehr gesundheitsbezogene Nachsorgeempfehlungen als Befragte mit weniger behandelten Erkrankungen. Trotzdem erhalten aber auch 13 Prozent dieser Patientinnen und Patienten keine oder nur eine gesundheitsbezogene Empfehlung.

Zwischen der Anzahl von 17 Gesundheitsstörungen, an denen die Patientinnen und Patienten vor der Maßnahme litten, und der Anzahl von erhaltenen Nachsorgeempfehlungen gibt es

dagegen einen hochsignifikanten Zusammenhang. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die vier bis maximal sechs gesundheitsbezogene Nachsorgeempfehlungen erhielten, stieg nahezu linear mit der Anzahl der Gesundheitsstörungen.¹⁰⁰

Ob es signifikante Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von familiär und sozial belastenden Umständen vor der Kur und der Anzahl belastungsbezogener Empfehlungen während der Maßnahmen gab, wird in Abbildung 32 aus zwei unterschiedlichen Perspektiven dargestellt.

Abbildung 32 Belastungssituation vor Beginn der Maßnahme und Häufigkeit von belastungsbezogenen Nachsorgeempfehlungen



© INTERVAL/BIAG 2021

Die Anzahl der belastungsbezogenen Empfehlungen für die Situation nach der Maßnahme unterscheidet sich je nach gefühlter Belastung vor der Maßnahme nicht signifikant. Auch hier fällt auf, dass von den sehr oder eher belasteten Personen 18 Prozent gar keine und weitere 27 Prozent nur eine belastungsbezogene Nachsorgeempfehlung erhalten haben. Bei der Differenzierung der Patientinnen und Patienten nach der Anzahl der von ihnen als erlitten angegebenen familiären oder sozialen Belastungen zeigen sich aber hoch signifikante ($p=0,000$) Unterschiede bei der Anzahl erhaltener belastungsbezogener Empfehlungen zur Nachsorge. So steigt der Anteil der Patientinnen und Patienten, die vier und mehr dieser Empfehlungen erhielten, fast linear mit der Anzahl der erlittenen Belastungen von 13 auf 25 Prozent und sinkt der Anteil derjenigen, die keine solche Empfehlung erhielten von 33 auf 25 Prozent.¹⁰¹

¹⁰⁰ Trotzdem ist auffällig, dass 23 % der Patientinnen und Patienten mit bis zu vier Gesundheitsstörungen keine einzige der sechs gesundheitsbezogenen Empfehlungen erhalten haben. Auffällig ist auch, dass 23 % der Patientinnen und Patienten mit 15 bis 17 Gesundheitsstörungen höchstens eine gesundheitsbezogene Nachsorgeempfehlung erhielten.

¹⁰¹ Aber auch hier fällt auf, dass 25 % der Patientinnen und Patienten mit der höchsten Anzahl von familiären Belastungen keine oder 50 % der Angehörigen dieser Gruppe höchstens eine spezifische Nachsorgeempfehlung erhalten haben bzw. sich daran erinnern. Umgekehrt sagen 13 % der Befragten mit keiner familiären Belastung, sie hätten vier und bis zu neun belastungsbezogenen Empfehlungen erhalten.

Festzuhalten ist, dass es keinen durchgängig, d. h. bei allen möglichen Indikatoren statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesundheits- und Belastungssituation und dem Erhalt von gesundheits- und/oder belastungsbezogenen Nachsorgeempfehlungen gibt. Der Zusammenhang wird signifikant, wenn man für die Charakterisierung der Gesundheits- und Belastungssituation eher quantitative Indikatoren (Anzahl der Belastungen oder Gesundheitsstörungen) nutzt. Trotzdem gibt es auch aus dieser Perspektive eine quantitativ bedeutende Menge von Patientinnen und Patienten, die trotz deutlichem Bedarf für gesundheits- und belastungsbezogene Nachsorgeempfehlungen diese nicht oder nur in geringem Umfang erhält.

8.3 Nutzung von Nachsorgeempfehlungen

In der Tabelle 38 wird von den Patientinnen und Patienten für 17 gesundheits- und belastungsbezogene Nachsorgeangeboten dargestellt, ob sie sie zum Befragungszeitpunkt, also mehrere Monate nach Beendigung der Maßnahme nutzen oder vorhaben, sie zu nutzen.

Tabelle 38 Nutzung von Nachsorgeangeboten alle Befragten und Befragte mit Empfehlung

	Nutzung alle Befragten		Nutzung nach Empfehlung	
	Nutze ich	Habe ich vor	Nutze ich	Habe ich vor
Mehr Sport machen	47	19	59	26
Vereinbarung persönliche Ziele und Schritte	39	12	63	18
mich gesünder ernähren	34	9	64	17
regelmäßig Entspannungsübungen machen	34	19	42	24
einen Brief an mich selbst schreiben.	26	3	44	5
eine Gesprächstherapie bei einer Psychotherapeutin/Psychotherapeut machen	17	12	44	34
die Betreuung meiner Kinder anders organisieren	11	4	50	18
eine Beratungsstelle besuchen	5	5	32	34
in der Apotheke bestimmte nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel besorgen	5	1	61	7
Vor-Ort-Gesprächskreis/ Vortrag zum Thema "und nach der Kur?" oder andere Nachsorgeangebote einer Kurberatungsstelle besuchen	4	2	27	14
mich darüber informieren, ob ich zusätzliche Leistungen wie Wohngeld, Kinderzuschlag beantragen kann	3	2	45	20
mit der Kurberatungsstelle wegen möglicher Nachsorgeangebote nochmals Kontakt aufnehmen	3	3	23	26
an Familienbildungsangeboten (z. B. wie den Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®) teilnehmen	2	2	17	32
eine Selbsthilfegruppe besuchen	2	2	25	8
zu einem offenen Treff ehemaliger Nutzer/innen von Kurmaßnahmen gehen	2	2	28	39
ein Nachsorgeangebot durch die Klinik (z. B. Wochenende) wahrnehmen	1	4	12	44
eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragen	1	1	25	8

Quelle: Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten der Maßnahmen 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

Die Tabelle bezieht in der ersten Spalte die Prozente auf die Gesamtheit aller Befragten. Der Anteil der Nutzinnen und Nutzer unter allen Befragten beträgt maximal 47 Prozent, wenn es darum geht mehr Sport zu machen und minimal ein Prozent bei der Beantragung einer Haushaltshilfe bei der Krankenkasse. Einige der auf das Gesundheitsverhalten bezogenen Nachsorgeangebote (Essen, Entspannung) werden von rund einem Drittel aller Befragten genutzt. Zehn der 17 Angebote werden von weniger als zehn Prozent aller Befragten genutzt. Maximal 19 Prozent aller Befragten haben vor, noch Sport- und Entspannungs-Angebote zu nutzen.

Bei ausschließlicher Betrachtung des Nutzungsverhaltens von Befragten, die für diese Angebote im Rahmen ihrer stationären Behandlung Empfehlungen erhalten haben, zeigt sich Folgendes: Die Anteile der Nutzerinnen und Nutzer sind durchweg deutlich größer und reichen von maximal 64 Prozent bei gesunder Ernährung bis minimal zwölf Prozent, wenn es um die Nutzung eines Nachsorgeangebots der Klinik geht. Auch wenn Empfehlungen und Hinweise die Nutzungshäufigkeit erhöhen, gibt es nicht wenige ehemaligen Patientinnen und Patienten, die trotz Empfehlung die Angebote nicht nutzen. Dies machen maximal 58 Prozent, wenn es um die Beantragung von Haushaltshilfe bei der Krankenkasse, 42 Prozent, wenn es um den Besuch eines Vor-Ort-Gesprächskreises zur Nachsorge oder einer Selbsthilfegruppe geht. Am stärksten werden Empfehlungen, mehr Sport zu machen und sich gesünder zu ernähren umgesetzt.

Zusammenhänge zur Nutzung der Nachsorgeangebote

Auch bei der Nutzung oder Nichtnutzung stellt sich die Frage, ob zum Befragungszeitpunkt ein Bedarf für die Nachsorgeleistungen besteht. Sie lässt sich mit den Daten der Befragung von ehemaligen Patientinnen und Patienten aus zwei Blickwinkeln beantworten.

1. Beim Vergleich der Anzahl von genutzten belastungsbezogenen Nachsorgeangeboten mit dem selbst wahrgenommenen Belastungszustand zum „jetzigen Zeitpunkt“, also Monate nach Beendigung der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Personen.¹⁰² Die Nutzung erfolgt offenbar unabhängig von der individuellen Bedarfssituation auf einem insgesamt niedrigen Niveau und befriedigt daher nicht die hohen Erwartungen an die therapeutische Kette.

¹⁰² In absoluten Zahlen: Von den 323 ehemaligen Patientinnen und Patienten, die sich wenig oder gar nicht belastet fühlen, nutzen 116 (36 %) kein einziges belastungsbezogenes Nachsorgeangebot. Bei den 348 sich belastet fühlenden Patientinnen und Patienten ist der Anteil der Nichtnutzer und Nichtnutzerinnen mit 39 % (n=123) sogar höher. Und auch der Anteil der gering oder hoch belasteten Befragten, die drei und mehr belastungsbezogene Nachsorgeangebote nutzen, unterscheidet sich kaum. Von den 348 ehemaligen Patientinnen und Patienten, die sich wenige Monate nach Beendigung der Maßnahme bereits wieder mit familiären oder sozialen Problemen eher oder sehr belastet fühlen, nutzen 37 einen Vor-Ort-Gesprächskreis oder ein anderes vorrangig belastungsbezogenes Nachsorgeangebot einer Kurberatungsstelle bzw. haben 13 dies vor, insgesamt sind dies 10,6 % der aktuell Belasteten. Von diesen nutzen sechs ein Familienbildungsangebot und wollen zusätzliche elf es noch nutzen, insgesamt also 4,9 %. Nur noch vier Prozent der aktuell Belasteten nutzen oder haben vor, einen offenen Treff ehemaliger Nutzer/-innen von Kurmaßnahmen zu nutzen.

2. Untersucht man, wie viele Patientinnen und Patienten, die ihren Gesundheitszustand mehrere Monate nach Beendigung der Kur als gut oder schlecht wahrnehmen, gesundheitsbezogene Nachsorgeangebote nutzen, lassen sich keine signifikanten Unterschiede der Nutzungsintensität finden.¹⁰³

Es müssen zusätzliche Untersuchungen herausfinden, wie stark für diese niedrigen Nutzungs-raten fehlende oder defizitäre Angebote während der Maßnahmen, im lokalen Umfeld der ehemaligen Patientinnen und Patienten oder Einstellungen und Lebensumstände von möglichen Nutzerinnen und Nutzern verantwortlich sind. Untersucht werden müsste, welche Faktoren dieses scheinbar von der Bedürftigkeit abgekoppelten Nutzungsverhalten erklären und ob es im weiteren Verlauf zu unerwünschten gesundheitlichen Entwicklungen führt.

8.4 Gründe der Nichtnutzung von Nachsorgeangeboten

Zu den Gründen des beträchtlichen Anteils von Nichtnutzerinnen und Nichtnutzern der Nachsorgeleistungen liefern die Befragung der Beratungsstellen und der ehemaligen Patientinnen und Patienten eine Reihe von Hinweisen.

Angaben der Beratungsstellen

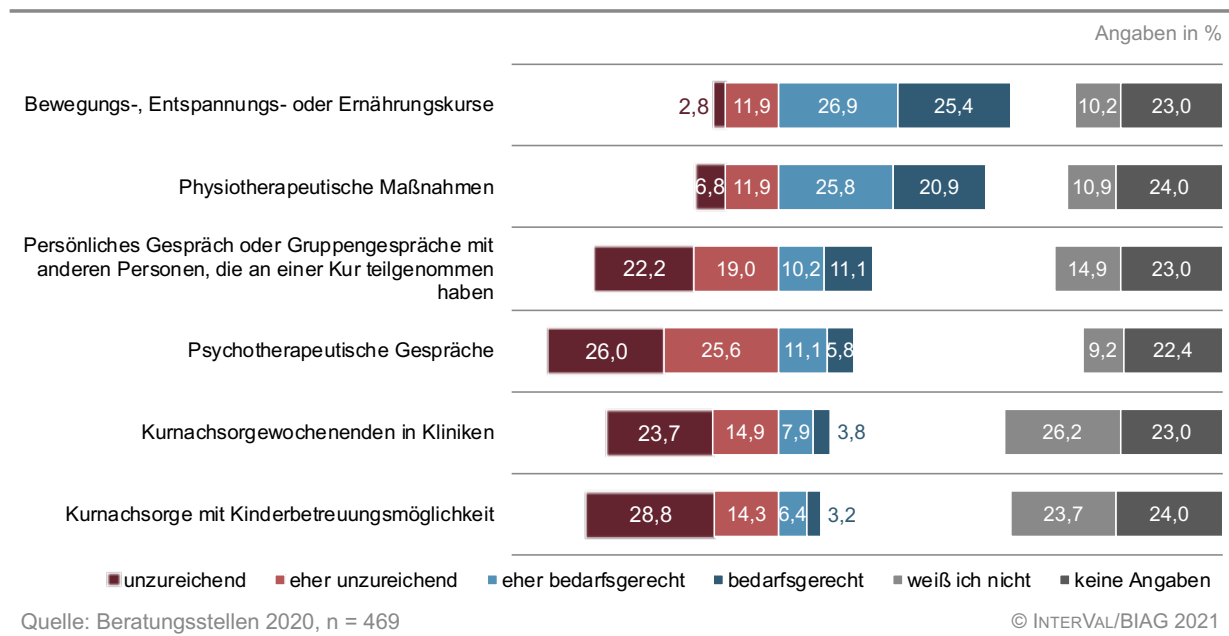
Eine aus Sicht der Beratungsstellen (und Interviewpartnerinnen und Partner) wichtige Barriere der Inanspruchnahme ist die Quantität und Qualität des örtlichen oder regionalen Angebots von Nachsorgeangeboten (Abbildung 33). Nur das Angebot von Bewegungs-, Entspannungs- oder Ernährungskursen sowie von physiotherapeutischen Maßnahmen von 52 Prozent und 47 Prozent der darüber Auskunft erteilenden Beratungsstellen wird als mehr oder weniger bedarfsge-recht bewertet. Das Angebot vier anderer Arten von Nachsorgeleistungen bewerten nur noch neun Prozent (Kurnachsorge mit Kinderbetreuungsmöglichkeit) bis 21 Prozent (mögliche Ge-spräche mit anderen Kurteilnehmerinnen und -teilnehmern) der Beratungsstellen als bedarfs-gerecht und 43 Prozent bzw. 41 Prozent als eher oder voll unzureichend. Auffällig ist dabei der Anteil der Beratungsstellen, die zur örtlichen Angebotssituation keine Angaben machen oder mit „weiß nicht“ antworten. Den explizit als wichtig für die Beratung und ein Angebot von Nach-sorge für ehemalige Patientinnen und Patienten erachteten und ja auch in den Maßnahmen

¹⁰³ Auffällig ist aber, dass sogar der Anteil der Befragten, die keines der insgesamt fünf abgefragten gesundheits-bezogenen Angebote nutzen, bei den Befragten mit schlechtem oder mangelhaftem Gesundheitszustand acht Prozentpunkte über dem für insgesamt gesunde Befragte liegt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass von 123 Befragten mit schlechtem oder mangelhaftem Gesundheitszustand 44 keines der gesundheitsbezogenen Nachsorgeangebote nutzen.

Wenn es um die Nutzung von gesundheitsbezogenen Nachsorgeempfehlungen und -leistungen geht, ergibt sich ein zwiespältiges Bild. Geht man von 123 ehemaligen Patientinnen und Patienten aus, die ihren Gesund-heitszustand wenige Monate nach Ende der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme als schlecht oder man-gelhaft bezeichnen, machen deutlich mehr, nämlich 269 aller Befragten (plus 116, die das vorhaben) mehr Sport, 172 ernähren sich gesünder (plus 45, die das vorhaben) und 208 machen regelmäßig Entspannungsü-bungen (plus 122, die das vorhaben), also klassische Angebote zum Gesundheitsverhalten. (Zur Erinnerung: Sport zu machen wurde 453, eine gesündere Ernährung 271 und regelmäßige Entspannungsübungen 499 der ehemaligen Patientinnen und Patienten empfohlen.) Völlig anders sieht es z. B. beim Besuch einer Selbsthilfe-gruppe aus, was aktuell sieben und künftig möglicherweise noch neun weitere ehemalige Patientinnen und Patienten, also rund 13 % der gesundheitlich eingeschränkten ehemaligen Patientinnen und Patienten machen.

empfohlenen Beratungsstellen fehlt also zum Teil selber das Wissen über lokale Nachsorgeanbieter.

Abbildung 33 Bewertung der Nachsorgeangebote im Einzugsgebiet durch Kurberatungsstellen



Die 30 Beratungsstellen, die offene Anmerkungen zu sonstigen Gründen für die Nichtnutzung von Nachsorgeangeboten machen, geben 40 unterscheidbare Gründe an. Diese lassen sich in drei Gruppen sortieren:

- Von zwei Drittel der Stellen wird ein Bündel von Nachfragefaktoren genannt (z. B. „zu großer Aufwand, kein Leidensdruck, große Alltagsbelastung, Alltagsstress/-trott“).
- Rund ein Drittel nennen eher Angebots-/Anbieterfaktoren unterschiedlichster Art (z. B. keine freien Plätze, Kosten, Erreichbarkeit/Logistik im ländlichen Bereich, Zeitpunkt Angebot zu nah an Kur).
- Und etwas mehr als ein Fünftel aller Beratungsstellen erwähnt noch die fehlende Kinderbetreuung bei Anbietern von Nachsorgeangeboten.

Angaben der ehemaligen Patientinnen und Patienten

Auf die allgemein gehaltene Frage nach den wichtigsten Gründen für die Nichtnutzung, wurden von über einem Fünftel der ehemaligen Patientinnen und Patienten die Schließung von Einrichtungen wegen der Corona-Pandemie, die ihnen fehlende Zeit (21,7 %) und ebenfalls die fehlenden Betreuungsmöglichkeiten in der Zeit der Inanspruchnahme eines Nachsorgeangebots (14,1 %) genannt. Weniger als fünf Prozent war die Nutzung unangenehm, zu teuer oder die

Einrichtung trat zu amtlich auf.¹⁰⁴ elf Prozent der Befragten gaben an, sie wüssten von solchen Angeboten nichts.

8.5 Nachsorge und Entlassungsmanagement für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Im § 40 Abs. 2 Satz 4 des SGB V wird der Anspruch der GKV-Versicherten auf Entlassmanagement gegenüber seiner Krankenkasse nach dem § 39 Abs. 1a auf die Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation ausgedehnt. In den Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V werden dieser Anspruch und die sich daraus ergebenden speziellen Entlassaktivitäten folgendermaßen konkretisiert: „Bestandteil der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist auch ein Entlassmanagement nach § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V i. V. m. § 39 Absatz 1a SGB V ... Hierzu zählt u. a. die Vermittlung von geeigneten Angeboten zur Nachsorge (z. B. Rehabilitationssport, Kontakt zu Selbsthilfegruppen).“ Entlassmanagement könnte dazu beitragen, ehemalige Patientinnen und Patienten über die Existenz und das oft unübersichtliche Unterstützungspotenzial der sich oft nicht ausreichend spezifisch präsentierenden lokalen und regionalen Anbieter zu informieren.

Auf die allgemein gehaltene Frage, ob es ein Angebot dazu gab, wie es nach der Kur weitergeht, antworteten von den 93 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in unserer Stichprobe ehemaliger Patientinnen und Patienten nur acht, dies habe es nicht gegeben. Von den 85 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die angaben, dieses Beratungsangebot habe es gegeben, sagen dann allerdings 51,4 Prozent, sie hätten es „gar nicht“ oder „eher wenig“ genutzt. 41,4 Prozent haben es „eher“ oder „sehr viel“ genutzt und 7,2 Prozent machten dazu keine Angabe. Nur acht von den 35 Befragten, die das Beratungsangebot genutzt haben, d. h. rund 23 Prozent, geben an, es wäre eine besondere Hilfe gewesen. Von den 85 Personen, die das Angebot überhaupt wahrgenommen haben, waren es also schlussendlich für 9,3 Prozent subjektiv hilfreich. Woran dies liegt und wie die Wirksamkeit möglicherweise erhöht werden kann, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Bei 15 für das Entlassmanagement relevanten Nachsorgeangeboten ergibt sich folgendes Bild (vgl. detaillierte Angaben im Anhang 5, Abbildung 40):

- Mit Ausnahme des Entlassungsberichts und des Erhalts von Infomaterial für Partner und Partnerinnen erhalten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diese Angebote mehr und oft auch signifikant mehr als die Vorsorge-Patientinnen und Patienten.
- Zwölf der Entlassmanagement-Angebote erhielten weniger als die Hälfte und zum überwiegenden Teil nur noch weniger als zehn Prozent beider Gruppen. Die ausdrücklich in

¹⁰⁴ Warum zwölf der 17 Angebote, für die es Nutzungsangaben gibt, bis zum Befragungszeitpunkt von mehreren Monaten nach Beendigung der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme nur von weniger als 50 %, und zwar von maximal 44 % und minimal 12,1 % der ehemaligen Patientinnen und Patienten genutzt werden, denen diese empfohlen wurde, ist nicht im Einzelnen erfragt worden.

Versorgungsverträgen erwähnte Empfehlung, im Bedarfsfall eine Selbsthilfe zu besuchen, erhielten lediglich rund fünf Prozent beider Gruppen.

- Auffällig sind aber außerdem die wiederum mit einer Ausnahme sehr geringen absoluten Unterschiede beim Erhalt der Nachsorgeangebote.¹⁰⁵

8.6 Nachsorge-App

Auf die Frage, ob sie eine Nachsorge-App mit Informationen zur Nachsorgeangeboten oder Gesundheitstipps nutzen würden, wenn es sie gäbe, antwortet nur eine Minderheit von 17 Prozent der ehemaligen Patientinnen und Patienten, sie würden dies uneingeschränkt tun. Zusammen mit den Befragten, die eine derartige App „eher“ nutzen würden, gehört knapp die Hälfte der ehemaligen Patientinnen und Patienten zum potenziellen Nutzerkreis. Fast ein Drittel würde aber eine Nachsorge-App in keinem Fall oder eher nicht nutzen. Der relativ hohe Anteil von Befragten, die mit „weiß nicht“ antworten, zeigt auch, dass für die künftige Nutzungswirklichkeit und damit den Nutzen einer derartigen App eine verbesserte Information über ihre Inhalte (mit-) bestimmend ist.

Befragte ohne Nutzungsabsicht sind signifikant eher weiblich, gesünder und Vorsorge-Patientinnen oder -patienten. Keine signifikanten Unterschiede bei der Nutzungsabsicht gab es, wenn nach Belastungszustand zum Befragungszeitpunkt oder dem Bildungsabschluss unterschieden wurde.

8.7 Gesundheits- und Belastungssituation sowie Nachsorge im Vergleich Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen

Im § 107 Abs. 2 des SGB V wird bei der stationären Behandlung von Patienten, also auch bei stationären Angeboten für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörigen, normativ zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen unterschieden.

Vorsorge dient dazu „eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.“ Rehabilitation dient dagegen dazu „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit

¹⁰⁵ Hier stellt sich die Frage ob nicht zu wenige der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Nachsorgeempfehlungen als Bestandteil des Entlassungsmanagements erhalten haben, dies für zu viele Vorsorge-Patientinnen und Patienten geschehen ist oder nicht zu wenige Angehörige beider Gruppen angesichts ihres schlechten Gesundheits- und Belastungszustands vor der Kur derartige Leistungen erhalten haben. Die Ausnahme ist die auf den ersten Blick bedarfsorientierte Empfehlung, eine psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen oder zu beginnen die 41,9 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und 28,3 % der Vorsorge-Patientinnen und -Patienten gegeben wurde. Bei einem zweiten Blick fällt aber auf, dass wider Erwarten auch unter den Vorsorge-Patientinnen und Patienten ein hoher Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung, also der von manifesten Erkrankungen besteht.

abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation).“

Folgt man dieser Definition, müssen die Behandlungsleistungen für beide Gruppen qualitativ unterschiedlich und unterschiedlich vergütet werden. Dies ergibt sich allein aus dem nach Art und Intensität unterschiedlichen Bedarf an krankheitsbezogenen Leistungen. Der Anteil der auf die Kontextfaktoren bezogenen Leistungen ist aber in beiden Leistungspaketen identisch.

Der nach den Definitionen des SGB V zu erwartende Unterschied des Gesundheitszustands von Reha- oder Vorsorge-Patientinnen und Patienten findet sich bei einer vergleichenden Analyse des selbst wahrgenommenen Gesundheitszustandes vor Beginn der Maßnahmen signifikant wieder.¹⁰⁶ 29 Prozent der Vorsorge- aber nur 16 Prozent der Reha-Patientinnen und Patienten nehmen ihren Gesundheitszustand als sehr gut/gut oder zufriedenstellend wahr.

Dieses den normativen Unterschieden entsprechende Grundmuster findet sich aber bei weiteren Vergleichen beider Patientengruppen nicht mehr wieder. Bei der Anzahl von Gesundheitsstörungen unterscheidet sich z. B. der Anteil von 54 Prozent der Vorsorge-Patientinnen und Patienten mit zehn und mehr Gesundheitsstörungen nicht signifikant von dem gleichbetroffenen Anteil von 58 Prozent unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Und auch wenn die Häufigkeit der Erkrankungen verglichen wird, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Reha- und Vorsorge-Patientinnen und Patienten. Und beim Belastungszustand und die Anzahl der belastenden Umstände vor Maßnahmenbeginn gibt es auch keine signifikanten Unterschiede.

Was bedeuten aber die geringen und nicht signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen bzw. die geringe Trennschärfe bei den Bedarfen für die bedarfsgerechte Versorgung beider Gruppen?

Die für dieses Projekt durchgeführte Sonderauswertung der Einrichtungen über die Art der ihnen zugewiesenen Personen kam zu dem Ergebnis, dass rund 20 Prozent der als vorsorgebedürftig zugewiesenen Personen¹⁰⁷ tatsächlich rehabedürftig waren. Dies bedeutet, dass ihnen ohne Korrektur Unter- oder Fehlversorgung drohen würde.¹⁰⁸ Darüber, welche praktischen Folgen diese nicht geringfügige Korrektur hat, gibt es keine systematischen

¹⁰⁶ Von den 671 befragten ehemaligen Vorsorge- und Rehabilitations-Patientinnen und Patienten waren 515 (76,7 %) zur Vorsorge und 93 (13,8 %) zur Rehabilitation in stationärer Behandlung. 23 (3,4 %) wussten dies nicht mehr und 41 (6,1 %) machten keine Angaben. Vergleicht man diese Verteilung mit der bei allen stationären Vorsorge- und Reha-Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 waren 98,4 % von ihnen in Vorsorge- und 1,6 % in Rehabilitations-Behandlung für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige. Schon rein numerisch scheint es so, dass die bundesweite Statistik der Maßnahmenteilen den Anteil der falsch zugewiesenen Personen nicht oder nur geringfügig berücksichtigt.

¹⁰⁷ Das MGW (2020) schätzt diesen Anteil ähnlich hoch.

¹⁰⁸ Zur Erklärung des hohen und womöglich noch wesentlich höheren Anteils von Reha-Bedürftigen unter den als vorsorgebedürftig zugewiesenen Personen gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Ärztinnen und Ärzte könnten dazu möglicherweise dadurch beitragen, dass sie unabhängig von der Bedürftigkeit davon ausgehen, ihre Patientinnen und Patienten erhielten eher einen Einrichtungsplatz für Vorsorge als einen für Rehabilitation oder dass sie meinen, die Angebote beider Maßnahmen seien weitgehend identisch.

Erkenntnisse. Eine wichtige Bedingung für ein qualitativ und aufwandsmäßig unterschiedliches Behandlungsangebot für Reha- oder Vorsorge-Patientinnen und -Patienten, nämlich die Vergütung, unterscheidet sich zumindest laut den uns bekannten Vergütungsverträgen nicht. Ob dies bedeutet, dass die Behandlung von Reha-Patientinnen und Patienten zu gering und die von Vorsorge-Patientinnen und Patienten zu hoch vergütet wird, konnte trotz einiger Bemühungen nicht geklärt werden.¹⁰⁹ Interviews mit Expertinnen und Experten bestätigen, dass es eine in der Höhe einheitliche Vergütung für beide Maßnahmen gibt und sie damit, abgesehen von der Höhe, auch im Rahmen eines Systems der Mischkalkulation auch zurechtkämen.¹¹⁰

Unklar ist trotz einiger Nachfragen, wie damit in den Einrichtungen weiter umgegangen wird, ob also solche mit falschem Bedarf zugewiesene Patientinnen und Patienten stillschweigend wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden behandelt werden oder nicht und was dies finanziell bedeutet. Unterstellt, dass sich der Behandlungsaufwand und damit auch der in Preisen ausgedrückte Aufwand zwischen Reha- und Vorsorge-Patientinnen und Patienten qualitativ und auch quantitativ unterscheidet, stellt sich die Frage, warum es in den wenigen Vergütungsvereinbarungen, die uns bekannt sind, keinen Unterschied der Vergütung für beide Leistungen gibt.

Das bisherige verwirrende Bild geringer und auch nicht signifikanten Unterschiede der, folgt man den normativen Charakterisierungen, eigentlich unterschiedlichen Gesundheits- und Belastungssituation von Reha- und Vorsorge-Patientinnen und Patienten setzt sich inhaltlich schlüssig, aber versorgungsepidemiologisch oder -politisch kritisch bei der Analyse des Erhalts von gesundheits- und belastungsbezogenen Nachsorgeempfehlungen fort. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die mehr als drei belastungsbezogene und mehr als zwei gesundheitsbezogene Nachsorgeempfehlungen erhielten, ist bei den Reha-Patientinnen und Patienten mit 33,7 Prozent und 50,5 Prozent zwar absolut jeweils größer als bei denen in Vorsorgemaßnahmen mit 23,9 Prozent und 43,1 Prozent. Die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Betrachtet man nur wie viele Angehörige beider Patientengruppen überhaupt keine der beiden Nachsorgeempfehlungsarten erhalten, gibt es keinen Unterschied. (weitere Einzelheiten in den Abbildungen 38 und 39 im Anhang 5).

¹⁰⁹ Ein Versuch, durch die Befragung eines GKV-Verbandes einen qualitativen wie quantitativen Gesamtüberblick über die derzeitige bundesweite Versorgungssituation und die Vergütungsvereinbarungen für die Maßnahmen zu erhalten, scheiterte u. a. wegen Datenschutzbedenken.

¹¹⁰ Was sich an den Vergütungsvereinbarungen und an der Intransparenz über sie durch die Regelungen des „Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG“ für einen bundesweiten Rahmen für die regionalen Versorgungs- und Vergütungsverträge samt der Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition und Qualitätsstandards (IPReG 2020), die auf regionaler Ebene vertraglich konkretisiert werden sollen, ändern wird, bleibt abzuwarten, ist aber wahrscheinlich nicht rasch zu erwarten.

9 Wirkungen

9.1 Wirkungen aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte

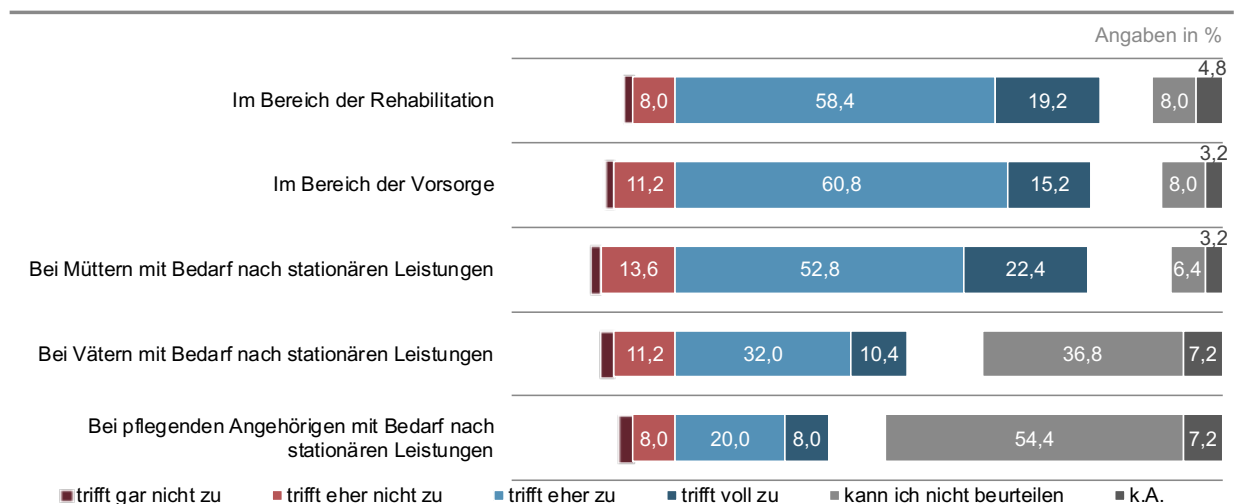
Die Analyse, wie die befragten Ärztinnen und Ärzte die Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Kliniken des MGW bewerten, gliedert sich in zwei Bereiche:

- Bereich A: Fragen zum langfristigen Therapieerfolg der Maßnahmen, differenziert nach der Maßnahmeform (Vorsorge oder Rehabilitation) sowie nach Zielgruppe (Mütter, Väter, pflegende Angehörige)
- Bereich B: Fragen, die sich an die Items des QS-Reha-Patientenbogens zur Nachbefragung anlehnen.

Langfristiger Therapieerfolg von Maßnahmen

Die Abbildung 34 gibt einen Überblick darüber, wie die befragten Ärzte und Ärztinnen den Therapieerfolg von Maßnahmen nach verschiedenen Bereichen und Zielgruppen einstufen.

Abbildung 34 Führen die Maßnahmen zu langfristigen Therapieerfolgen?



Quelle: Befragung Ärztinnen/Ärzte 2020, n = 125

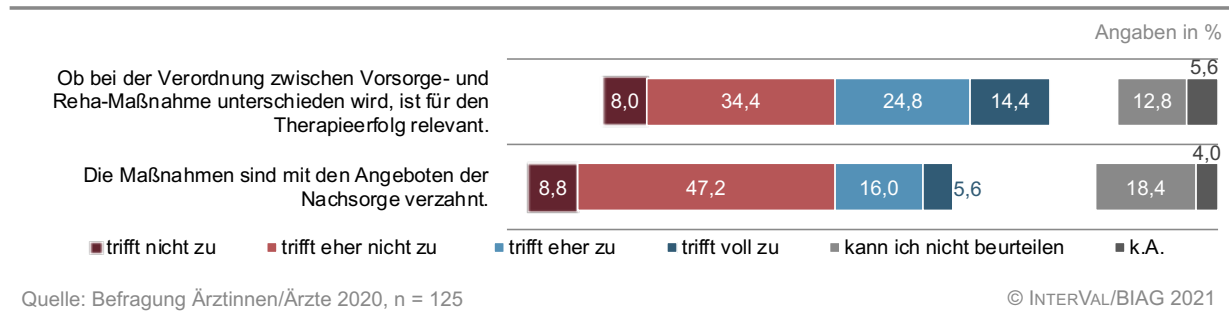
© INTERVAL/BIAG 2021

Deren Einschätzung hängt signifikant mit ihrem Informationsgrad zusammen. Je besser sich Ärztinnen und Ärzte über die Leistungen in Kliniken des MGW informiert fühlen, desto höher bewerten sie auch den Therapieerfolg der Maßnahmen.¹¹¹ Darüber hinaus bewerten Hausärzte und Hausärztinnen den Therapieerfolg (bei Müttern) signifikant höher als andere Fachgruppen.

¹¹¹ Im Rahmen der statistischen Analyse wurde ein Mittelwertsindex über die fünf Items gebildet. Der signifikante Zusammenhang zwischen Informiertheit und Bewertung ergibt sich auch dann, wenn man die Angaben zum Therapieerfolg im Bereich der Vorsorge und der Rehabilitation sowie bei Müttern und Vätern mit Bedarf nach stationären Leistungen getrennt betrachtet.

Die Mehrheit der Befragten hält es dabei für den Therapieerfolg für nicht relevant, ob bei der Verordnung zwischen Vorsorge- oder Rehabilitation differenziert wird. Zudem seien die Angebote eher nicht mit den Angeboten der Nachsorge verzahnt.

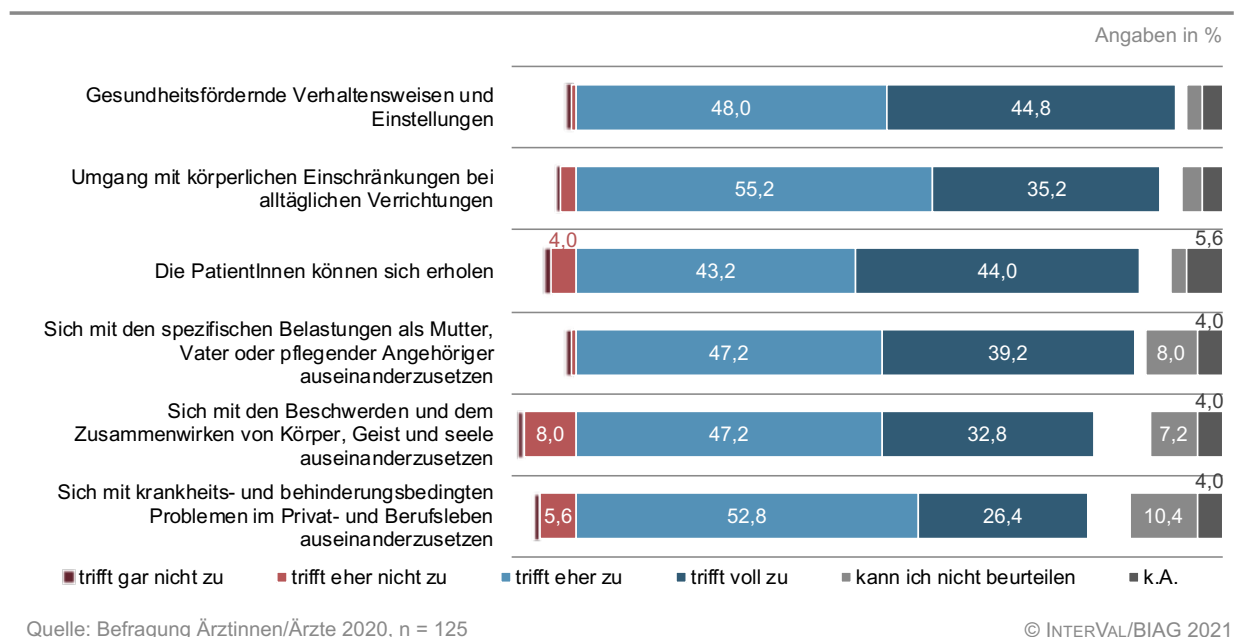
Abbildung 35 Verordnungsschärfe und Verzahnung der Maßnahmen mit Nachsorgeangeboten



Einschätzungen zu Lerneffekten in den Maßnahmen

Der Fragebogen für Ärztinnen und Ärzte enthielt sechs Items zu Effekten der Maßnahmen bezogen auf die Gesundheit und Kontextfaktoren. Ärztinnen und Ärzte bewerten die gesundheitsbezogenen Lern- und Erholungseffekte der Maßnahmen durchweg positiv (vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36 Was lernen die Patientinnen und Patienten in den Maßnahmen?



Ärztinnen stufen den Therapieerfolg der Maßnahmen dabei leicht positiver ein als ihre männlichen Kollegen, der Zusammenhang ist jedoch nicht signifikant. Wie bereits im Hinblick auf die Wertungen der Therapieerfolge nach Bereichen und Zielgruppen, besteht auch in Bezug auf die gesundheitlichen Effekte ein signifikanter Zusammenhang zum Grad der Informiertheit.

Qualitative Angaben zu den Inhalten und Wirkungen der Maßnahmen

Mehrere Ärztinnen und Ärzte schilderten Möglichkeiten zu Weiterentwicklung oder Optimierung zur Erhöhung der Maßnahmeneffektivität und -nachhaltigkeit in eigenen Worten. Dabei bezogen sie sich zum einen auf die Maßnahmeninhalte, aber auch auf den Bereich der Nachsorge. Die von ihnen formulierten Wünsche lauteten:

- Ausbau der Erziehungsberatung sowie Eltern-Kind-Entspannungstrainings, Ernährungsberatungen/Kochkurse und Bewegungstrainings intensivieren.
- Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken verstärken.
- Nachsorgeangebote ausbauen, mehr Information der Patienten und Patientinnen über Hilfeadresse (z. B. Flyer).

Mehrfach stand auch die psychologische Komponente der Maßnahmeninhalte im Mittelpunkt:

- Intensivierung / Verbesserung der psychologischen Beratung.
- Psychologische Begleitung, praxisnahe Hilfe zur Selbsthilfe und Teilhabe.
- Klare Behandlungskonzepte psychisch / psychosomatisch / somatisch bereits als Information für die Verordnung im Sinne einer klaren Konzeptvorbereitung durch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte.

Einzelne Ärztinnen und Ärzte äußerten sich jedoch auch dezidiert kritisch in Hinblick auf die nach ihrer Ansicht (stärker) zu erzielenden Wirkungen der Maßnahmen oder das Aufwand-Nutzen-Verhältnis:

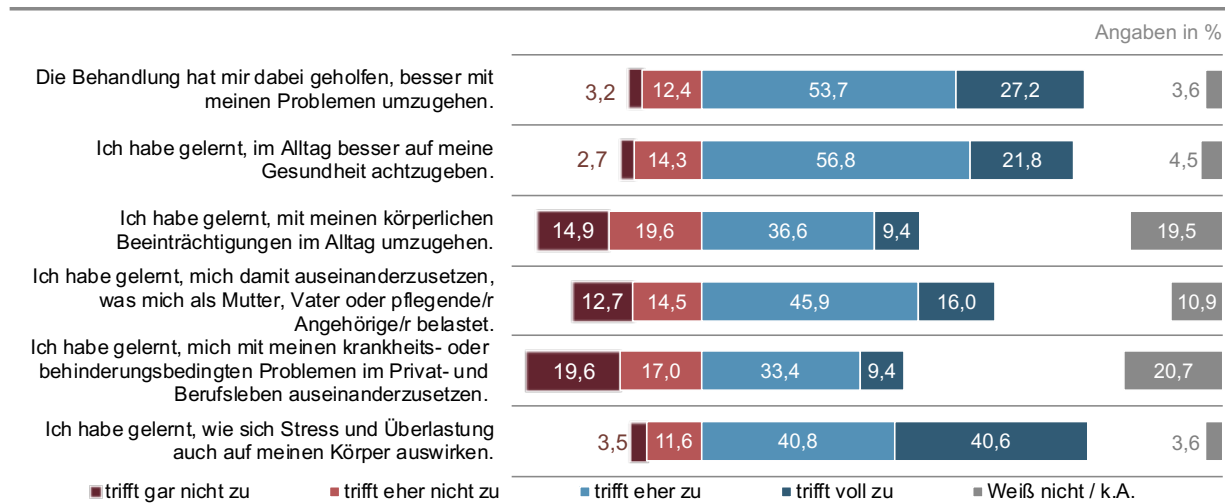
- „Erlernen von gesundheitsfördernden Einstellungen etc. forcieren mit dem Ziel eine Endlosspirale am Kurverlangen zu minimieren.“
- „Es ist aus meiner Sicht nicht erkennbar, ob die Rehaklinik dem individuellen Bedarf Rechnung tragen, das heißt, besondere Profile im Einzelfall berücksichtigen kann.“
- „Der hohe finanzielle Aufwand der stationären Leistungen rechtfertigt nicht den Nutzen, Es sind eher ambulante Angebote vor Ort wichtig.“
- „Die Qualität zwischen den einzelnen Einrichtungen sowie die Angebote an die Patienten schwanken leider sehr.“
- „Mutter-Kind-Kur = mehr Erholung als Medizin, Reha durchaus sinnvoll wenn nötig.“

9.2 Wirkungen nach Erfahrungen ehemaliger Patientinnen und Patienten

9.2.1 Übergreifende Analysen

91 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie in der Maßnahme Kraft tanken konnten (6,3 eher nicht, 2,8 ohne Angabe). Keine andere Wirkung wurde so stark bejaht. Allerdings darf die Wirkung der Maßnahme nicht wie bei einem Urlaub auf den Erholungseffekt beschränkt sein, wenn sie nachhaltig sein soll. Entscheidender sind deshalb die relevanten Lerneffekte in den Maßnahmen. Die deutliche Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten bestätigt solche Effekte (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37 Lerneffekte der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme



Quelle: Ehemalige Patientinnen und Patienten 2020, n = 671, gewichtet

© INTERVAL/BIAG 2021

Fünf von sechs geben an, sie hätten gelernt, wie sich Stress und Überlastungen auf ihren Körper auswirken, im Alltag besser auf ihre Gesundheit acht zu geben, und die Behandlung habe ihnen geholfen, besser mit ihren Problemen umzugehen. Weniger stark sind die Lerneffekte hinsichtlich der Aufgabe, sich vor dem Hintergrund körperlicher Beeinträchtigungen mit den sozialen Ursachen der Probleme auseinanderzusetzen, z. B. im Beruf oder in der Familie. Mit den körperlichen Beeinträchtigungen im Alltag umzugehen, sich mit den Belastungen als Mutter/Vater/Pflegende oder im Beruf auseinanderzusetzen, hat jeweils nur rund die Hälfte der Befragten bestätigt. Auch wenn sich nur im Einzelfall bewerten lässt, welchen Stellenwert diese Ursachen für die Gesundheit haben, könnte das ein Hinweis darauf sein, wo die Nachhaltigkeit der Maßnahmen noch optimiert werden kann. Die Gefahr besteht, dass die Nachhaltigkeit nur gering ist, wenn sich nicht schon in der Maßnahme damit auseinandergesetzt wird, was die Ursachen der elterlichen, familiären oder beruflichen Belastungen sind und wie diesen entgegengetreten werden kann.

Entsprechend ist gut die Hälfte der Befragten mit der erhaltenen Unterstützung und der Art der Behandlung voll und ganz zufrieden, zuzüglich eines guten Drittels, die eher zufrieden sind (rund 10 % unzufrieden, 3 % ohne Angaben).

Die Angaben der Befragten zu ihrem Gesundheitszustand vor der Maßnahme und unmittelbar nach der Maßnahme zeigen einen großen Effekt (vgl. Tabelle 39). Die Hälfte von ihnen bewertete ihn vor der Maßnahme als mangelhaft zzgl. eines Fünftels, welches ihn als schlecht bewertete. Unmittelbar nach der Maßnahme war der Gesundheitszustand bei der Hälfte von ihnen gut zzgl. eines Fünftels, welches ihn als sehr gut bezeichnete.¹¹²

¹¹² Das statistische Maß für die Größe des Effekts Cohens d beträgt im Zeitfenster vor der Maßnahme bis unmittelbar nach der Maßnahme 2,18, was als „großer Effekt“ gilt. Auch wenn der nachhaltige Effekt bis zum Zeitpunkt der Befragung deutlich geringer ist, Cohens d immer noch 1,39, was immer noch als großer Effekt gilt.

Tabelle 39 Entwicklung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten

<i>Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu den genannten Zeitpunkten beschreiben?</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>zufriedenstellend</i>	<i>mangelhaft</i>	<i>schlecht</i>	<i>k.A.</i>
<i>Vor der Kur</i>	0,2	2,0	24,2	51,0	20,4	2,3
<i>Unmittelbar nach Beendigung der Kur</i>	22,5	48,4	22,1	3,1	2,5	1,4
<i>Zum jetzigen Zeitpunkt</i>	6,0	34,9	37,8	14,0	4,4	2,9

Quelle: Ehemalige Patientinnen und Patienten 2020, n=671, Angaben in Prozent

Die kurzfristigen Wirkungen bis unmittelbar nach der Kur sind deutlich größer als die nachhaltigen Wirkungen bis zum Zeitpunkt der Befragung – gut ein halbes Jahr danach.¹¹³ Hier liegt entsprechend das zentrale Potenzial zur Optimierung der Maßnahmen, d. h. die Nachhaltigkeit der Effekte zu steigern. Zwar ist der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung immer noch deutlich besser als vor der Maßnahme – jeweils gut ein Drittel der Befragten bewertete ihn als gut oder zufriedenstellend – aber auch deutlich schlechter als unmittelbar nach der Kur.

Methodisch muss eingeräumt werden, dass in das Zeitfenster zwischen Ende der Maßnahme und dem Befragungszeitpunkt die Covid-19-Pandemie fällt. Die erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands wird also wahrscheinlich nicht allein durch die Rückkehr in die bisherigen alltäglichen Verhältnisse begründet sein. Zum Teil kann es sich auch um alltägliche Verhältnisse handeln, die aufgrund der Pandemie problematischer sind als vor der Maßnahme. Allerdings sollte nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Rebound-Effekt ausschließlich auf die Pandemie zurückzuführen ist. Erstens wird er auch in der Fachliteratur aus der Zeit vor der Pandemie genannt. Zweitens zeigt sich kein durchweg stärkerer Rebound bei jenen Patientinnen und Patientinnen, die von der Pandemie stärker gefordert waren.¹¹⁴

Für Kinder (und im Einzelfall pflegebedürftige Angehörige), die mit in der Maßnahme waren, sind ebenfalls positive Entwicklungen zu verzeichnen.¹¹⁵ Allerdings sei darauf hingewiesen, dass der Gesundheitszustand dieser auch schon vor der Maßnahme oft gut oder sehr gut war. Die Begleitung durch diese Personen hatte organisatorische Gründe, deren gesundheitliche Verbesserung war oft nicht Ziel der Maßnahmen (vgl. Tabelle 40)

¹¹³ Die Kuren begannen im Median im Dezember 2019, die Fragebögen gingen im Median Anfang August ein, wobei die Angaben voraussichtlich einige Tage oder Wochen vorher gemacht wurden, bis sie zur Post gingen.

¹¹⁴ Hier müssen die objektive und die subjektive Belastung der Patientinnen und Patienten unterschieden werden. Jene, die sich von der Pandemie stärker belastet fühlten, hatten auch einen stärkeren Rebound-Effekt – allerdings ist das nahezu tautologisch. Stellt man aber zwei Gruppen gegenüber, deren eine Gruppe durch die Pandemie zusätzliche Aufgaben übernehmen musste (z. B. durch Kinderbetreuung geschlossener Kitas oder Schulen) und deren andere Gruppe angab „an meinen Aufgaben hat sich eigentlich nichts geändert ...“ dann haben wir keinen signifikant anderen Rebound.

¹¹⁵ Cohens d für unmittelbaren Wirkungen beträgt: 0,64 und für nachhaltige Wirkungen 0,52 (mittlere Effekte).

Tabelle 40 Entwicklung des Gesundheitszustands der Begleitpersonen

<i>Wenn mit Kindern / pflegebedürftigen Angehörigen in der Kur: Wie würden Sie dessen/deren Gesundheitszustand beschreiben?</i>	sehr gut	gut	zufriedenstellend	mangelhaft	schlecht	k.A.
<i>Vor der Kur</i>	14,8	36,3	20,6	9,4	1,5	17,4
<i>Unmittelbar nach Beendigung der Kur</i>	30,9	41,2	8,0	1,7	0,9	17,3
<i>Zum jetzigen Zeitpunkt</i>	22,3	48,2	8,8	2,9	0,2	17,6

Quelle: Ehemalige Patientinnen und Patienten 2020, n=671, Angaben in Prozent

Die Entwicklung des Belastungsgefühls ist der Entwicklung des Gesundheitszustands sehr ähnlich (vgl. Tabelle 41). Vor der Maßnahme fühlten sich knapp drei Viertel der Befragten (70,5 %) durch die familiäre, elterliche, berufliche oder darüber hinausgehende Situation sehr belastet, zzgl. eines weiteren Viertels, welches „eher belastet“ angab. Unmittelbar nach der Maßnahme fühlten sich rund zwei Drittel von ihnen wenig oder gar nicht mehr belastet. Aber auch hier waren nicht alle Effekte nachhaltig. Bis zum Befragungszeitpunkt hat sich der Anteil jener, die sich wieder sehr oder eher belastet fühlen, fast wieder verdoppelt (von 27,6 auf 51,9 %).¹¹⁶

Tabelle 41 Entwicklung der belastenden Situation der Patientinnen und Patienten

<i>Wie stark fühlten Sie sich durch die genannten Situationen insgesamt belastet?</i>	sehr belastet	eher belastet	wenig belastet	gar nicht belastet	k.A.
<i>Vor der Kur</i>	70,5	24,3	2,4	1,1	1,8
<i>Unmittelbar nach Beendigung der Kur</i>	5,6	22,0	61,2	8,5	2,6
<i>Zum jetzigen Zeitpunkt</i>	14,8	37,1	40,3	4,8	3,0

Quelle: Ehemalige Patientinnen und Patienten 2020, n=671, Angaben in Prozent

9.2.2 Wirkungen der Maßnahmen im Gruppenvergleich

Die Maßnahmen sind für Männer und Frauen in gleicher Weise wirksam, die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind nicht signifikant. Ebenso wenig zeigen sich signifikante Unterschiede bei den Wirkungen zwischen den drei Gruppen von Patientinnen und Patienten, die nur durch Kinder im Haushalt belastet sind, die nur Angehörige pflegen und den doppelt belasteten Patientinnen und Patienten. Auch das Ausmaß der familienspezifischen- oder elternspezifischen Belastungen vor der Kur hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Wirkungen.

Für diese Analyse wurden folgende Wirkungen differenziert: Die kurzfristigen oder nachhaltigen Entwicklungen der Gesundheit und der Belastungen, die Lerneffekte aus der Maßnahme (vgl. die verschiedenen Lerneffekte in Kapitel 9.2.1, die zu einem Lernindex zusammengefasst wurden) sowie die Angabe, die Kur hätte dazu beigetragen, Kraft zu tanken.

Unterschiede in den Wirkungen sind jedoch hinsichtlich der ursprünglichen gesundheitlichen Situation zu verzeichnen. Grob lässt es sich so formulieren, dass die Kränkeren etwas stärker

¹¹⁶ Cohens d für unmittelbaren Wirkungen beträgt: 2,22 und für nachhaltige Wirkungen 1,48 (großer Effekt).

von der Maßnahme profitierten: Je stärker die Befragten vor der Maßnahme gesundheitliche Probleme hatten, umso stärker waren (a) die kurzfristigen Verbesserungen der Gesundheit,¹¹⁷ (b) umso stärker waren auch die langfristigen Verbesserungen der Gesundheit, der Zusammenhang war dort aber schwächer¹¹⁸ und (c) umso stärker nahm auch das Belastungsgefühl ab,¹¹⁹ zumindest kurzfristig – zu den langfristigen zeigte sich kein Zusammenhang. Diejenigen, die vor der Maßnahme mehr gesundheitliche Probleme hatten, gaben allerdings seltener an, dass sie in der Maßnahme hatten Kraft tanken können.¹²⁰

9.3 Einflussfaktoren auf die Wirkungen der Maßnahmen

Einfluss des konkreten Angebots und seiner Nutzung auf die Wirkungen

Wirkungen entfalten die Maßnahmen nicht (oder wahrscheinlich nicht überwiegend) durch „die Auszeit vom Alltag“, sondern durch die verschiedenen Angebote, welche die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Maßnahme in Anspruch nahmen. Je mehr oder je stärker sie diese Angebote in der Maßnahme nutzten,¹²¹ umso stärker sind verschiedene Wirkungen. Die Intensität der Nutzung steht in signifikantem Zusammenhang mit dem, was die Patientinnen und Patienten dort nach eigenen Angaben lernten,¹²² wie sich die Gesundheit kurzfristig und auch langfristig entwickelte¹²³ und auch, wie das Belastungsgefühl kurzfristig und auch langfristig abnahm.¹²⁴

Auch für die verschiedenen Angebote der Nachsorge lassen sich entsprechend Effekte aufzeigen. Die langfristige Entwicklung der Gesundheit und die Abnahme des Belastungsgefühls stehen in signifikantem Zusammenhang damit, wie Angebote der Nachsorge genutzt wurden.¹²⁵ Zusammenhänge lassen sich auch zwischen der individuellen Nutzung bestimmter Nachsorgeangebote und den erwünschten Entwicklungen aufzeigen, insb. zu den langfristigen Gesundheitseffekten, die z. B. positiver waren, wenn die Patientinnen und Patienten:

- eine Gesprächstherapie bei einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten begannen oder fortsetzten (Pearson = 0,312),
- die in der Maßnahme getroffenen Vereinbarungen von persönlichen Zielen und nächsten Schritten nutzten (Pearson = 0,332) oder einen in der Maßnahme geschriebenen

¹¹⁷ Pearson für den aggregierten Belastungsindex zur Gesundheit = 0,236 (p=0,000)

¹¹⁸ Pearson 0,082 (p=0,037)

¹¹⁹ Pearson 0,127 (p=0,001)

¹²⁰ Pearson -0,081 (p=0,038)

¹²¹ Als Indikator hierfür wurden die Angaben zur Nutzung der vielfältigen einzelnen Angebote zu einem Summenindex zusammengefasst.

¹²² Pearson=0,381 (p=0,000)

¹²³ kurzfristig: Pearson=0,241 (p=0,000), langfristig: Pearson=0,105 (p=0,008)

¹²⁴ kurzfristig: Pearson=0,194 (p=0,000), langfristig: Pearson=0,169 (p=0,000)

¹²⁵ Zusammenhang der Gesundheit zum Summenindex: Pearson=0,213 (p=0,000). Zusammenhang zum Belastungsgefühl: Pearson=0,138 (p=0,000)

Brief an sich selbst beachteten, der ihnen nach einiger Zeit von der Klinik zugeschickt wurde (Pearson = 0,217) oder

- wenn sie eine Selbsthilfegruppe besuchten (Pearson=0,757), oder
- sie die Betreuung ihrer Kinder nun anders organisierten (Pearson = 0,385).

Der positive Effekt der Nachsorge ist damit statistisch bestätigt. Allerdings unterscheiden sich die langfristigen Wirkungen zwischen den Einrichtungen kaum. Die Unterschiede zwischen ihnen sind so gering, dass sie auch zufällig sein könnten (sie sind statistisch nicht signifikant).¹²⁶

Dies kann zwei verschiedene Ursachen haben:

- Möglicherweise unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen kaum, wie intensiv sie ihre Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach der Maßnahme vorbereiten und an Angebote der Nachsorge heranführen.¹²⁷
- Oder der entscheidende Einfluss auf die Nachsorge liegt in den lokalen Strukturen, z. B. im Vorhandensein passfähiger Angebote, nicht in der Hinführung auf diese Nachsorgeangebote während der Maßnahme. Auf das lokale Angebot haben die Einrichtungen keinen Einfluss.

Während sich die gesundheitlichen Entwicklungen und die Abnahme der Belastungen zwischen den Einrichtungen kaum unterscheiden, gibt es bei der Frage, wie viel die Patientinnen und Patienten in der Maßnahme lernten, zumindest geringfügige Unterschiede zwischen den Einrichtungen.¹²⁸ Allerdings konnte anhand der statistischen Daten nicht befriedigend erklärt werden, was die Einrichtungen anders machten, damit an ihnen mehr gelernt werden konnte.¹²⁹

¹²⁶ Als statistischer Indikator hierfür kann der ICC gelten, der im Ergebnis einer Mehrebenenanalyse ausdrückt, wie viel der Varianz auf der Ebene des Einzelfalls liegt und wie viel der Varianz durch Unterschiede zwischen den Einrichtungen erklärt wird. Der ICC zur langfristigen Entwicklung der Gesundheit beträgt nur 4,1 Prozent, der Einfluss der Klinik im Mehrebenenmodell ist nicht signifikant. Der ICC zur langfristigen Abnahme des Belastungsgefühls beträgt nur 1,5 Prozent. Das heißt, die Wirkungen streuen zwar zwischen den Patientinnen und Patienten individuell stark, aber die durchschnittliche Wirkung in jeder Einrichtung ist weitgehend identisch.

¹²⁷ Es wurde zwar in der Befragung erhoben, ob die Einrichtungen hier eher einzelfallbezogen oder eher systematisch vorgehen, vielleicht ist das aber ein unzureichender Indikator. Entscheidend ist vielleicht eher, viel viele Stunden oder Tage dies im Rahmen der Maßnahme einnimmt.

¹²⁸ Auch hier sind die individuellen Unterschiede der Patientinnen und Patienten von größerer Relevanz. Aber zumindest werden knapp acht Prozent des Lernerfolgs davon determiniert, welche Einrichtung die Maßnahme umsetzte.

¹²⁹ Anhand der Angaben der Einrichtungen über sich selber wurde untersucht, inwieweit eine größere Wirkung der Kur (gemessen an den Angaben der Patientinnen und Patienten, was sie gelernt hatten) durch Merkmale der Einrichtung determiniert sind. Hierbei hat sich nur ein einziger signifikanter Zusammenhang gezeigt: Umso stärker die Einrichtung angeben „Wir steuern proaktiv, um möglichst homogene Gruppen hinsichtlich der Belastungen oder der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erhalten.“ umso mehr hatten die Patientinnen und Patienten etwas gelernt. Dieser Zusammenhang ist jedoch eher schwach und in der Interaktion mit weiteren Angaben der Patientinnen und Patienten wenig stabil. Dies heißt, es ist möglich, dass hier andere Faktoren für die unterschiedlich großen Wirkungen ursächlich sind. Umgesetzt wurde eine Mehrebenen-Analyse mit Random Intercept-Modell mit Prädiktoren auf beiden Ebenen. Wenn zusätzlich zu dieser Angabe der Einrichtung weitere Merkmale der Patientinnen und Patienten in die Regression eingehen, verliert der Zusammenhang seine Signifikanz.

Einfluss einer vorangehenden Kurberatung auf die Wirkungen

Geprüft wurde, ob sich für Patientinnen und Patienten, die von einer Beratungsstelle beraten wurden, größere Wirkungen der Maßnahme feststellen ließen oder für Patientinnen und Patienten, die die Beratung besser bewerteten. Dies ist nicht der Fall, die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. (vgl. Tabelle 42)

Tabelle 42 Wirkungen der Maßnahme im Vergleich genutzter Kur-Beratungsstellen

	Kur-Beratungs- stelle (sehr) positiv bewertet	Kur-Beratungs- stelle weniger positiv bewertet	keine Kur- Beratungs- stelle genutzt
Durchschnittliche Lernerfolge (Mittelwert mehrerer Indikatoren vgl. Abbildung 37, zwischen 1=trifft nicht zu und 4=trifft voll zu)	2,9 n=341	2,8 n=101	2,8 n=217
Entwicklung des subjektiven Gesundheits- empfinden von vor bis nach der Maßnahme (max. Verbesserung=4, Verschlechterung -4)	1,8 n=340	1,6 n=99	1,7 n=214
Entwicklung des subjektiven Gesundheits- empfinden von vor der Maßnahme bis zum Befragungszeitpunkt	1,2 n=335	1,2 n=98	1,1 n=211
Entwicklung des subjektiven Belastungs- empfindens von vor bis nach der Maßnahme (max. Verbesserung=3, Verschlechterung -3)	1,5 n=335	1,3 n=100	1,4 n=217
Entwicklung des subjektiven Belastungs- empfindens von vor der Maßnahme bis zum Befragungszeitpunkt	1,1 n=331	1,0 n=100	1,0 n=216
Quelle: Ehemalige Patientinnen und Patienten 2020, n=671, Angaben in Prozent Keiner der Gruppenunterschiede ist statistisch signifikant			

Einfluss der Umsetzungsqualität auf die Wirkungen

Starke bis mittelstarke Zusammenhänge bestehen zwischen den unterschiedlichen Wirkungen der Maßnahmen und der Umsetzung der Maßnahme in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten. Die Zusammenhänge sind im Detail so zahlreich, dass nur ausgewählte zur Veranschaulichung dargestellt werden sollen: Umso positiver von den Patientinnen und Patienten die Kommunikation in der Maßnahme bewertet wurde (z. B. dass Zeit für Gespräche vorhanden war, gemeinsam Ziele festgelegt und der Behandlungsablauf abgesprochen wurde, ermutigt wurde Fragen zu stellen, ... vgl. zu den einzelnen Indikatoren Kapitel 6.3), umso mehr gaben sie an, etwas in der Maßnahme gelernt zu haben (vgl. Abbildung 37).¹³⁰

Umso positiver die Kurorganisation bewertet wurde (z. B. dass es eine feste Ansprechperson gab, sie einen Therapieplan erhielten, Angehörige z. B. durch ein Familienwochenende oder spezifische Infomaterialien einbezogen wurden) umso mehr gaben die Patientinnen und

¹³⁰ Pearson=0,405 (p = 0,000)

Patienten in der Maßnahme an Kraft getankt zu haben.¹³¹ Umso positiver das Klinik-Team bewertet wurde (z. B. dass eine gute Atmosphäre herrschte, Mitarbeitende an einem Strang zu ziehen schienen, Mitarbeitende motiviert wirkten, und man sich in der Klinik willkommen fühlte ...), umso positiver waren die kurzfristigen gesundheitlichen Entwicklungen.¹³² Und umso positiver die Rahmenqualität bewertet wurde (z. B. gute Organisation der Mahlzeiten, schön und praktisch eingerichtete Räume, Spielmöglichkeiten für Kinder, Rücksicht der Patientinnen und Patienten aufeinander), umso stärker gingen die Belastungen kurzfristig zurück.¹³³

Textbox 10 Hinweis zur Interpretation des Zusammenhangs zwischen Qualität und Wirkung

Die Interpretation dieser Zusammenhänge scheint auf den ersten Blick klar. 1. Je besser eine Maßnahme in ihren vielfältigen Qualitätsaspekten umgesetzt wird, umso stärker sind ihre Wirkungen und 2. die Patientinnen und Patienten erkennen diese Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen und berichten sie valide in der Befragung. Diese direkte Interpretation sollte aber zumindest relativiert werden, sie ist unsicher. Wenn dies allein der zentrale Zusammenhang wäre, sollte man erwarten, dass es einzelne Einrichtungen gibt, die deutlich schlechter bewertet würde und die auch insgesamt deutlich geringere Wirkungen hätte. Es ist aber so, dass diese Unterschiede zwischen den Einrichtungen sehr gering sind. Vielmehr finden sich in allen Einrichtungen relativ gleichmäßig verteilt ein Teil von Patientinnen und Patienten, die die Maßnahme und ihre Qualitätsaspekte positiv bewerten (und die positive Wirkungen bei sich berichten) und ein Teil bei dem dies eher negativ bewertet wird. Dies lässt zwei Interpretationen zu, wenn ein Zusammenhang zwischen den Angaben der Patientinnen und Patienten zur Qualität der Einrichtung und ihren Wirkungen besteht.

- Interpretation 1: Die Qualität einer Maßnahme ist in Relation zu den konkreten individuellen Merkmalen und Bedarfen einer Patientin oder eines Patienten tatsächlich unterschiedlich gut. Entscheidend ist weniger das einheitliche für den Durchschnitt aller Patientinnen und Patienten gleich gute Angebot, sondern seine Passung zum individuellen Fall. Entsprechend wird die gleiche Maßnahme oder gleiche Einrichtung von unterschiedlichen Patientinnen und Patienten unterschiedlich bewertet.
- Interpretation 2: Die Angaben der Patientinnen und Patienten zur Qualität der Einrichtung oder der Maßnahmen sind nicht vollständig valide. Denkbar ist, dass Patientinnen und Patienten, denen die Maßnahme aufgrund individuell zufälliger Einflussfaktoren sehr geholfen hat, die Qualität der Maßnahme in all ihren Aspekten retrospektiv positiver bewerten. Dies würde dann erklären, warum die gleiche Maßnahme oder Einrichtung von unterschiedlichen Patientinnen und Patienten unterschiedlich bewertet wird. Der Kausalzusammenhang zwischen den Angaben zur Qualität und zur Wirkung hätte eine andere Richtung.

Beide Interpretationen schließen sich nicht aus, sie können nebeneinander einen Teil des Sachverhalts erklären. Im Fazit bedeutet dies, dass die Effekte der Qualitätsmerkmale auf die angestrebten Wirkungen der Maßnahmen geringer wären als es nach der Befragung von ehemaligen Patientinnen und Patienten erscheint. Um wie viel der Zusammenhang geringer wäre, lässt sich nicht abschätzen.

¹³¹ Pearson=0,314 (p = 0,000)

¹³² Pearson=0,439 (p = 0,000)

¹³³ Pearson=0,218 (p = 0,000)

10 Auswirkungen der Corona-Pandemie

Die Befragung der Einrichtungen, der ehemaligen Patientinnen und Patienten, die Gespräche mit den meisten der Expertinnen und Experten sowie die Feedbackrunden mit einer Projekt-Begleitgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungsträger fanden überwiegend während der ersten Welle aber auch noch im weiteren Verlauf der Covid-19-Pandemie statt.

Ein Großteil der Angaben in diesen Befragungen und der in den Gesprächen gemachten Anmerkungen ist dadurch mehr oder weniger von den Wirkungen der Pandemie und den mit ihr und den gesundheitspolitischen Gegenmaßnahmen gemachten Erfahrungen geprägt. Welcher Art diese Aus- und Einwirkungen waren und sind, wie stark und wie nachhaltig sie sind, lässt sich mit den erhobenen Daten allerdings nicht feststellen.

Um doch noch eine Vorstellung davon gewinnen und vermitteln zu können, was diese Pandemie heute und auch in der nahen bis weiteren Zukunft für die gesamte Bevölkerung aber auch für die Bedarfe die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer von Reha- und Vorsorgeleistungen bedeutet, stellen wir im Anhang dieses Berichts die Antworten von Einrichtungen und ehemaliger Patientinnen sowie Patienten auf wenige Fragen zur Wahrnehmung der Pandemie während der ersten Welle) vor und geben einen Überblick über eine Reihe von nationalen Studien zu den Pandemieauswirkungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen von der ersten bis zur aktuell dritten Welle (siehe Anhang 7, Kapitel 13.7.2). Auch die differenzierten Ergebnisse der Sekundärliteratur werden nachfolgend nur eingeordnet. Ihre ausführlichere Darstellung findet sich ebenfalls im Anhang (siehe dort Kapitel 13.7.2).

Zur Lage der Forschung über Auswirkungen der Pandemie und ihre Dilemmata

Eine abschließende und ausreichend differenzierte Quantifizierung und Bewertung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und mentale Lage der Bevölkerung und auf die Lage und Perspektiven der Institutionen in Deutschland lässt sich zum derzeitigen Zeitpunkt nicht verlässlich vornehmen. Für alles, was in einer wachsenden Anzahl von Studien festgestellt wird, gilt, dass die erkannten Effekte nur aktuelle Zustände in einem mit Sicherheit noch länger andauernden Prozess sind und die Auswirkungen eher unterschätzen, falls bei Anhalten der Pandemie noch weitere meist unerwünschte Effekte hinzukommen. Dies hängt vor allem mit einigen virologischen und infektionsepidemiologischen Besonderheiten der Covid-19-Pandemie zusammen, über deren Auswirkungen es mangels vorheriger Erfahrungen keine gesicherten Erkenntnisse gibt.

Deshalb sind auch wir nur in der Lage sehr exemplarisch, ohne den Anspruch auf uneingeschränkte Aktualität oder hohe prognostische Qualität und mit jeder Menge weiterer Limitationen Hinweise auf aus der Sicht unserer Beschäftigung mit der Situation von Müttern, Vätern, Kindern und pflegenden Angehörigen in familiären Strukturen wichtige Hinweise auf gelaufene oder laufende Studien zu geben, ohne jedes Mal die Qualität und Bedeutung der Studienergebnisse abschließend bewerten zu können.

Ausblick/Schlussfolgerungen in Hinblick auf Maßnahmen im Kontext der Pandemie

Nach allem was über die Charakteristika des Sars CoV-2-Virus (z. B. ganzjährige Infektiosität¹³⁴) und seiner Mutanten, über Covid-19 und über seine bisherigen und auch nach Beendigung der akuten Pandemie-Phase drohenden (Stichwort Post-Covid) gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen bisher bekannt ist,¹³⁵ wird es kein „Zurück zur alten Normalität“ geben. Und bei näherer Betrachtung einiger der bisher bekannten sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Auswirkungen der Pandemie ist eine vollkommene Rückkehr auch nicht wünschenswert.

Dies liegt vor allem daran, dass es sich bei den im Anhang 7 zu diesem Bericht ausführlicher dargestellten Auswirkungen um eine Mischung von unerwünschten und erwünschten, kurz- und mittelfristig enorm belastenden und kurzfristig bis mittel- und langfristig möglicherweise entlastenden Faktoren, Bedingungen und Verhaltensweisen handelt. So sieht z. B. die Soziologin Franziska Krüger (Krüger 2021) nach ihrer Analyse eines Teils der hier vorgestellten Studien nicht nur eine Tendenz zu einer von der Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB), Jutta Allmendinger, prognostizierten „entsetzlichen Retraditionalisierung“ der innerfamiliären Frauen/Mütter-Rolle, sondern auch gegenläufige Tendenzen einer Modernisierung der innerfamiliären Praxis durch eine stärkere Beteiligung von Männern/Vätern an der Sorgearbeit.

Einig sind sich allerdings sämtliche Studien darin, dass alle entdeckten Risiken und Chancen der Covid-19-Pandemie keineswegs „uns alle“ betreffen, sondern mehr oder weniger stark sozial ungleich verteilt sind. Es sind neue Ungleichheiten entstanden und viele bisherigen Ungleichheiten eher noch vertieft als vermindert worden.

Wie viele und welche dieser Pandemiefolgen auch nach der offiziellen Beendigung der Pandemie weiterwirken und welche weiteren Folgen noch dazukommen lässt sich aktuell nicht sagen. Sicher erscheint aber, dass die Möglichkeit derart tiefgreifender Beeinträchtigungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit und die Palette monatelanger Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens nicht einfach vergessen wird und die Art der Erwartungen, Lebensplanungen und Handlungen der Menschen auch noch lange bestimmen wird.

Sicher ist auch, dass sich die Pandemieerfahrungen in besonderer Weise auf die akute und wahrscheinlich auch die künftige Gesundheit und die Krankheitsanfälligkeit aller Mitglieder von Familien und Partnerschaften auswirken.

Darum, ob und wie stark der Bedarf an Rehabilitation und Vorsorge für Mütter/Frauen, Väter/Männer, Kinder und pflegende Angehörige quantitativ zunehmen und sich qualitativ verändern wird, wie sich also bisherige Beeinträchtigungen intensivieren und welche neuen

¹³⁴ Die Hoffnung, dass dieses Coronavirus wie die jedes Jahr etwas mutierten Influenzaviren im Frühjahr verschwindet und man es höchstens mit einem saisonalen Erkrankungsgeschehen und dagegen angebotenen Impfungen zu tun hätte, ist nach den bisherigen Erfahrungen unberechtigt.

¹³⁵ Dies gilt z. B. für die Wirkstärke der Impfungen (z. B. Grad der Infektiosität von geimpften Personen), die Dauer der Immunität nach Infektion und Impfungen oder die Notwendigkeit einer regelmäßigen Auffrischung des Impfschutzes.

Herausforderungen z. B. durch die ungleich verteilten Pandemiefolgen¹³⁶ entstehen, sollten sich die traditionellen Anbieter dieser Leistungen so schnell wie möglich kümmern. Einerseits könnte dies in den Ausbau vorhandener Kapazitäten münden und andererseits über einen Vergleich der erwartbaren inhaltlichen Anforderungen mit den bisherigen Versorgungskonzepten zu einer Entwicklung bedarfsgerechterer neuer Konzepte führen. Die hier vorgestellten und die noch zu erwartenden Studien bieten für die Arbeit einer dafür notwendigen „Arbeitsgruppe Pandemiefolgen und künftige Rehabilitation/Vorsorge“ aus Praktikerinnen und Praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern eine gute Grundlage. Wie in einigen der vorgestellten Studien angemerkt, sollten bei der Entwicklung neuer Konzepte besonders auch die wahrscheinlich größten Problemgruppen wie z. B. die Kinder, Jugendliche oder alleinerziehenden Mütter und Väter aktiv beteiligt werden.

Im Hinblick auf ähnlich beanspruchende gesundheitliche und soziale Krisen vom Typ der aktuellen Pandemie sollten schließlich auch neben allen möglichen monetären Verbesserungen über eine Revision von stillschweigenden Annahmen für die Funktionalität bislang herrschender sozialer Arrangements und über spezifische präventive Veränderungen nachgedacht werden. Dazu gehören so unterschiedliche Veränderungen wie die der Geschlechterrollen, der innerfamiliären Arbeitsteilung, der Sozialform Familie (z. B. Abkehr von der Verbetrieblung der Familie bzw. der noch durch die Home Office-Arbeit besonders geförderten Entgrenzung von Arbeit und Freizeit oder von Kindern als „Projekten“, die erfolgreich gemanagt werden müssen)¹³⁷, Intensivierung der Diskussion über und Einstiege in ein Optionszeitenmodell (vgl. dazu u. a. Jurczyk/Mückenberger 2020) oder die faktische soziale, statusmäßige und wirtschaftliche Stärkung der als „systemrelevant“ kommunizierten gesundheits-/erkrankungsbezogenen Berufstätigen.

¹³⁶ Hintergrundwissen und Handlungshinweise enthält z. B. der 221 Seiten umfassende Report „Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England“ (Marmot et al. 2020). Auch wenn er sich im Empirieteil überwiegend auf die zahlreichen ungleichen Auswirkungen der Pandemie in England konzentriert, liefern die Ausführungen der unter Leitung des renommierten britischen Sozialepidemiologen Michael Marmot stehenden Wissenschaftler*innengruppe zu den Ansatzpunkten zum Abbau der entstandenen sozialen Ungleichheiten auch Hinweise für die weitere Debatte und Entwicklung in Deutschland.

¹³⁷ Siehe hierzu den Überblick in Jurczyk (2020).

11 Schlussfolgerungen für medizinische Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige

Aus den Ergebnissen der fünf im Projekt durchgeführten Befragungen einer repräsentativen Stichprobe von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen, aller Kurberatungsstellen, aller Einrichtungen des Müttergenesungswerks, einer zeitlich begrenzten Stichprobe ehemaliger Rehabilitations- und Vorsorge-Patientinnen und -Patienten und einer Stichprobe von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, den mit verschiedenen Expertinnen und Experten geführten Interviews, den Veränderungen der Aufteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit zwischen Müttern und Vätern und vor dem Hintergrund des aktuellen Wissens über die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige, lassen sich eine Reihe von Schlussfolgerungen ziehen und Empfehlungen ableiten.

Die Konstruktion, dass „eigentlich“ für familienbezogene politische Aktivitäten das BMFSFJ die politische Verantwortung trägt, für die Gestaltung der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge als Leistung der GKV aber einerseits das Bundesministerium für Gesundheit und GKV-Institutionen und andererseits für die Förderung von Baumaßnahmen in den Einrichtungen des Müttergenesungswerks wieder das BMFSFJ zuständig sind, wirkt sich auch auf die Adressierung von Schlussfolgerungen aus. Wenn es sich um Schlussfolgerungen handelt, die praktische Eingriffe in die Organisation, Finanzierung und Gestaltung beinhalten, ist das BMFSFJ mit Ausnahme der Bauförderung in MGW-Einrichtungen nicht der Adressat, der sie durchführen kann. Trotzdem ist aber das BMFSFJ immer dann, wenn es sich um familienbezogene und -politische Schlussfolgerungen handelt, der wichtigste Stakeholder, der Maßnahmen anderer gestaltungsberechtigter Akteure inhaltlich initiieren und inhaltlich wie organisatorisch (z. B. durch gemeinsame Workshops) mit vorbereiten und begleiten kann.

Spannweite von Schlussfolgerungen aus diesem Projekt

Schlussfolgerungen für die zeitlich limitierten medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeangebote für Mütter, Väter, Kinder und pflegenden Angehörigen mit mehrjährigen Bewilligungsintervallen dürfen sich nicht nur alleine auf die organisatorischen, finanziellen und inhaltlichen Aspekte der meist dreiwöchigen stationären Maßnahmen beziehen. Im Sinne eines weiter gefassten Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsverständnisses¹³⁸ müssen auch die für eine bedarfsgerechte, wirksame und effiziente Behandlung notwendigen vorstationären und die für die Nachhaltigkeit der Maßnahmen notwendigen nachstationären Nachsorgeleistungen systematisch beachtet werden. Darauf weist auch das Konzept der „therapeutischen Kette“ hin.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Bedarf

Durch die seit Jahren zunehmende Beteiligung von Frauen/Müttern am Erwerbsleben und ihre nicht im gleichen Umfang abnehmende Beteiligung an der familialen Sorgearbeit und durch die bei unverminderter Erwerbsarbeit leicht zunehmende Beteiligung der Männer/Väter an der

¹³⁸ Vgl. Fußnote 101 in Kapitel 8.1

Sorgearbeit, nahmen und nehmen wie u. a. die Bevölkerungsbefragung im Rahmen dieses Projekts zeigt, die Belastungen im familialen Kontext für Mütter, Väter aber auch Kinder zu, wodurch u. a. der quantitative wie qualitative Bedarf an spezifischen Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen wuchs und wächst. Zusätzlich zu dieser generellen Zunahme des Bedarfs und der Nachfrage kommt noch in absehbarer Zeit der durch die Pandemie bedingte Bedarf.

- Da die Einrichtungen ihre Kapazitäten bereits jetzt – sieht man vom Zeitraum der ersten Pandemiewelle mit den gesundheitspolitisch verordneten Schließungen ab – permanent voll auslasten, die Wartezeiten auf einen Platz teilweise sehr lang sind und dies möglicherweise zu einer zusätzlichen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Wartenden führt, Nachfragerinnen und Nachfrager „zur Not“ in nicht optimal bedarfsgerechte Einrichtungen gehen, sollten die Träger der bisher existierenden Einrichtungen ihre Kapazitäten baldmöglichst erweitern.
- Gleichzeitig sollte das derzeitige Leistungsangebot dahingehend überprüft werden, ob es qualitativ den veränderten familiären Kontextfaktoren und den Beeinträchtigungen durch die Pandemie entspricht.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Zugang

Wenn es um Schlussfolgerungen für den Zugang zu den Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen geht, muss zwischen zwei Zugangswegen unterschieden werden: dem Zugang von etwas mehr als der Hälfte aller Patientinnen und Patienten über spezielle Kurberatungsstellen und dem Zugang von etwas weniger als der Hälfte über eine Vielzahl von Wegen und Institutionen. Die von ihren Nutzerinnen und Nutzern äußerst positiv bewerteten Kurberatungsstellen sehen ihren Beitrag zum Zugang zu einer dem Bedarf entsprechenden Behandlung durch zwei Tendenzen gefährdet: ihre Anzahl sinkt wegen mangelnder Finanzierung stetig und insbesondere die Beratung von Vätern und pflegenden Angehörigen erfordert zusätzliche Qualifikationen und Kenntnisse der Beratungsstellen-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie eine Aufstockung des Personals.

- Diese für die Gesamtbehandlung notwendigen Bedingungen können am besten dadurch geschaffen werden, dass die vor- aber auch nachstationäre Beratung zu integralen und auch entsprechend vergüteten Bestandteilen der Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahme werden.
- Kurzfristig sollte das Anforderungsprofil und der Expertinnen- und Expertenstandard für diese Maßnahmen um ein spezielles pädagogisch-psychologisches Modul erweitert werden, das die mit der Pandemie verbundenen Erfahrungen mit der Gefährdung der vorherigen Normalität sowie die damit verbundenen Ängste aktiv thematisiert. Es sollte Hinweise für den Umgang mit und zur Bewältigung der Pandemieauswirkungen auf die familiären Kontextbedingungen beinhalten.
- Für die Arbeit der anderen Lotsen für den möglichst guten Zugang zu den stationären Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen wie z. B. für Ärztinnen und Ärzte, sollten vor allem für die neuen Zielgruppen Väter und pflegende Angehörige aussagekräftige spezifische Informationen erstellt werden. Diese sollten sowohl Informationen über die

Existenz von Angeboten für diese Zielgruppen als auch Hinweise auf den sich möglicherweise hinter zunächst unspezifischen Symptomen verbergenden Bedarf für rehabilitative oder vorsorgende Leistungen enthalten.

- Diese Informationen sollten auch mehr als bisher und in geeigneter Art und Weise in allen Medien verbreitet werden. Trotz einer besseren Informationslage über die Leistungen für Mütter sollte es z. B. auch noch mehr Informationen über das Angebot reiner Mütter-Kuren geben.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Finanzierung

Eine der häufigsten Antworten auf die in dieser Studie Akteuren in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen gestellte Frage, wodurch sie ihre Leistungsziele noch besser erreichen könnten, bezog sich auf die insgesamt zu geringe Höhe der Vergütung. Viele Einrichtungen konkretisierten dies noch und wiesen z. B. auf die als nicht ausreichend nach Bedarfen und Aufwänden differenzierte Vergütung für Rehabilitation- oder Vorsorgeleistungen und die bei Einzelverträgen zwischen einer Einrichtung und einzelnen gesetzlichen Krankenkassen wegen deren Zuweisungstätigkeit faktische Verhandlungsschwäche des Leistungserbringers hin. Die Darstellungen der Einrichtungen zu ihrer Vertragssituation werden von Expertinnen und Experten im Großen und Ganzen bestätigt.

Obwohl es sich um bundesgesetzliche Leistungen und Anspruchsberechtigungen handelt, fördert die reale Vertragssituation die oftmals noch regional unterschiedlich starke Unterfinanzierung einzelner Einrichtungen. Dies könnte eine nicht bedarfsgerechte Unterversorgung eines Teils der Patientinnen und Patienten und eine mit identischen Vergütungen von Vorsorge- und Rehabilitations-Angeboten einhergehende Unter- oder auch Fehlversorgung der aufwändigeren Patientinnen und Patienten zur Folge haben.

Zu dieser Versorgungswirklichkeit passt, dass kaum Transparenz über den Status quo der Art von Verträgen nach Bundesländern, die Höhe der Vergütungen nach Leistungsarten und vor allem über den für die Befriedigung der unterschiedlichen Bedarfe notwendigen personellen und sachlichen Aufwand besteht.

Sollten die relevanten Akteure zu der Auffassung kommen, dass hier im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung Handlungsbedarf besteht, könnte man u. a. folgende Aspekte berücksichtigen:

- Herstellung von Transparenz über die Art und die wesentlichen Inhalte von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge,
- Entwicklung von Kriterien zur Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit der aktuellen Verträge und Vereinbarungen,
- Ermittlung und ggf. Vereinbarung von Basisvergütungen, die sich am Behandlungsbedarf und -aufwand ausrichten. Sofern es spezielle Bedarfe und Aufwände gibt, könnten darüber Zuschläge zur Basisvergütung vereinbart werden.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Durchführung der Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen

- Nicht wenige Einrichtungen geben als Grund für ihre Zurückhaltung bei der Öffnung für neue Zielgruppen die fehlende Finanzierung aber auch das Fehlen entsprechender Konzepte an. Vor diesem Hintergrund sollte der MGW-interne Transfer inhaltlich wie finanziell bewährter Praxis bei der Öffnung für neue Zielgruppen intensiviert werden.
- Dieser Transfer könnte auch im Rahmen eines zu entwickelnden standardisierten Online-Dokumentationssystems für „models of good practice“ für weitere Faktoren und Komponenten des MGW-Angebots erfolgen.
- Das einzige flächendeckende gesetzlich verpflichtende Verfahren zur externen vergleichenden Qualitätssicherung, das QS Reha-Verfahren liefert seit 2015 nur überwiegend kleine bis mittlere oder sogar fehlende Effektstärken. Dieser Indikator für den Wirkungsgrad der Maßnahmen vergleicht von Patientinnen und Patienten angegebene gesundheitsbezogene Werte zu Beginn der Maßnahme mit den Werten 6 Wochen nach deren Ende. Sie sind nicht nur geringer als erwartet, sondern verändern sich auch von 2015 bis 2020 kaum. Ob und wie dies mit methodischen (z. B. Nichtberücksichtigung von statistischen Boden- und Deckeneffekten¹³⁹, Ursachen der verhältnismäßig hohen Drop-Out-Raten) und inhaltlichen (z. B. zu unspezifische, d.h. die Teilhabeziele des SGB IX oder die familienspezifischen Kontextfaktoren nicht ausreichend berücksichtigende Fragebögen) Schwachstellen des Verfahrens zusammenhängt, sollte unter Beteiligung von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen evaluiert und ggfls. geändert werden. Speziell die im „Gemeinsamen Ausschuss“ des Verfahrens mitwirkenden Träger der MGW-Einrichtungen sollten allein schon deshalb daran interessiert sein, weil dann, wenn der Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) und die dort enthaltene Transparenzpflicht für einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse des QS Reha®-Verfahrens als Gesetz verabschiedet wird, die Belegung der Einrichtungen von diesen Ergebnissen abhängig sein könnte.
- Die Befragung der ehemaligen Patientinnen und Patienten zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang, dass die Vorsorge- oder Rehabilitations-Maßnahmen höhere Wirkungen hatten, umso stärker die multiprofessionellen Mitarbeitenden in der Einrichtung – in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten – aufeinander abgestimmt agierten. Dass eine stärkere Kooperation der interprofessionellen Teams möglicherweise zur Optimierung der praktischen Umsetzung der Maßnahmen beiträgt, wurde auch in einzelnen Interviews bestätigt. Die Daten sind nicht hinreichend, um abzuleiten, mit genau welchen Formaten der Arbeitsorganisation die patientenorientierte Versorgung mit Teamarbeit im Arbeitsalltag oder im gemeinsamen Lernen gestärkt

¹³⁹ Dies meint, dass man Personen, denen es zu Beginn einer Maßnahme z. B. bei bestimmten körperlichen Funktionen sehr gut oder besonders schlecht geht, zwar fragen kann wie es ihnen nach Beendigung der Maßnahme geht, aber in der Regel nur misst, dass sich nichts verändert hat, es also keine messbare Wirkung der Maßnahme gibt. Um Fehlschlüsse dieser Art zu vermeiden, müssen diese Personen aus der Berechnung der Effektstärke für diese Funktionen ausgeschlossen werden.

werden könnte. Aus dem u. a. in anderen ähnlich komplexen und multiprofessionellen Versorgungsbereichen stattfindenden Fachdiskurs abgeleitete Ansätze (z. B. gemeinsame Fallbesprechungen, Teambesprechungen) sollten jedoch auch den Trägern der Einrichtungen vertraut sein. Es wird den Einrichtungen empfohlen, diese Ansätze ggfs. für die Besonderheiten ihrer Zielgruppen weiterzuentwickeln und/oder noch stärker zu verfolgen.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Nachsorge

- Im Sinne des eingangs dargestellten umfassenden Verständnisses der hier untersuchten Leistungen sollte die Information über Nachsorgeangebote zu einem systematischen Pflichtteil der stationären Maßnahmen werden. Dies würde implizieren, dass ein gesetzlicher Anspruch auf Beratung über Nachsorgeangebote und deren Inanspruchnahme als Leistungen zum Erhalt der Nachhaltigkeit der Gesamtleistung eingeführt wird.
- Die positiven Effekte von Nachsorge hängen nicht nur von Informationen über entsprechende Angebote ab, sondern auch von deren Nutzung durch ehemalige Patientinnen und Patienten. Angesichts der Ergebnisse der Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten sollten die nachfrage- und angebotsseitigen Gründe für deren geringe Nutzung durch diese Personengruppe grundlegend untersucht werden.
- Im Rahmen einer solchen Untersuchung sollte auch ein systematisches Review von Studien zur Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten für einzelne Krankheiten und bestimmte Bevölkerungsgruppen durchgeführt werden.

Schlussfolgerungsschwerpunkt Forschungsfragen

- Oft konstatieren Akteure, die unterschiedlichste Modellprojekte durchführten und sie auch in ihren Routinebetrieb übernommen haben, die fehlende oder geringe Übernahme des Modells durch andere Akteure. Dies trifft in dem hier im Mittelpunkt stehenden Versorgungsbereich z. B. auch für das bei der AW Kur und Erholung-Einrichtung in Winterberg durch das NRW-Arbeits- und Sozialministerium geförderte und mit wissenschaftlicher Begleitung erfolgreich entwickelte Angebot für Pflegende mit dementen Angehörigen zu. Obwohl dies bei dieser Art von Projekten oft der Fall ist, wurden die Gründe für einen mangelnden oder fehlenden Transfer bisher nicht oder nur oberflächlich untersucht. Wir empfehlen deshalb mit dem Fokus auf das genannte und einige weitere inhaltlich ähnliche Projekte eine gründliche Untersuchung der die Diffusion von Innovationen hemmenden und fördernden Faktoren.
- Wenn pflegenden Angehörigen auch künftig mehr als anderen Zielgruppen eine Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme abgelehnt wird, müssen die Gründe genauer untersucht werden. Gründe könnten sowohl im Bewilligungsverfahren und seinen Akteuren (z. B. fehlende Zeit für den höheren Beratungsaufwand, fehlende spezielle Qualifikation) als auch im normativen und administrativen Bereich der Leistungen für

Pflegende und Pflegebedürftige (z. B. Unübersichtlichkeit bzw. Unkenntnis des Angebots¹⁴⁰, mangelnde Verknüpfung des Pflege- mit dem Rehabilitationssystems¹⁴¹) liegen.

- Ob die für das Recht auf Teilhabe und selbstbestimmtes Leben von rehabilitationsbedürftigen Personen wichtige Inklusion besser in homogenen oder heterogenen Gruppen stattfinden kann, sollte nicht oder nicht allein von organisatorischen Bedingungen abhängig entschieden, sondern erforscht werden. Aus den Forschungsergebnissen könnten dann auch evidenzbasiert Qualitätskriterien der Inklusion abgeleitet werden.

¹⁴⁰ In einer 2017 durchgeführten Befragung von 770 pflegenden Angehörigen waren die meisten inhaltlich wichtigen Leistungen des ersten und zweiten Pflegestärkungsgesetzes rund 50 % bis 80 % der Befragten nicht bekannt. Und auch die Beratungsangebote, deren Nutzung evtl. diese Unkenntnis beseitigen könnten, waren großen Teilen der pflegenden Angehörigen unbekannt (hkk 2017). Dass diese Kenntnislücken verschwunden sind, ist unwahrscheinlich.

¹⁴¹ So beklagen Expertinnen und Experten (z. B. Sichtung-Busch o.J.) ein vom „Gesetzgeber geschaffene(s) Regelungschaos hinsichtlich unterschiedlicher Schwellenwerte bezgl. Betriebsgrößen, unterschiedlicher Antragsfristen, unterschiedlicher Freistellungs- bzw. Teilzeitvorschriften“, was trotz einiger Verbesserungen z. B. weiterhin für das Nebeneinander unterschiedlicher Berechtigungskriterien im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz gilt (Bury 2017, Heitmann-Möller et al. 2020).

Tabelle 43 **Forschungsschwerpunkte/ Forschungsthemen und Entwicklungsschwerpunkte/Themen für medizinische Rehabilitation und Vorsorge als GKV-Leistung für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige**

	Forschungsschwerpunkte / Themen	Entwicklungsschwerpunkte / Themen im Detail	ggf. Förderung durch BMFSFJ möglich
<i>Zugang</i>	Bedarfsgerechtigkeit der derzeitigen Leistungsangebote Gründe für unterschiedliche Ablehnungsquoten der Zielgruppen (insbesondere für pflegende Angehörige) Evidenz basierte Qualitätskriterien für Inklusion	Aufbau zusätzlicher Einrichtungskapazitäten	X
		Bessere Informationen z. B. für Ärzte über Angebote für neue Zielgruppen	X
		Gesetzlicher Anspruch auf vergütete vorstationäre Beratung	
		Infomaterialien über Beratungsmöglichkeiten	X
<i>Ablauf</i>	Review über Forschung zu Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung	Entwicklung spezifischer Patienten-Fragebögen zur Messung der Ergebnisqualität durch Patienten	
		Aufbau eines Dokumentations- und Transfersystems für „models of good practice“ (z. B. Konzepte für neue Zielgruppen) beim MGW	X
		Bestimmung der Leistungspakete für Rehabilitation und Vorsorge und der dafür notwendigen Ressourcen und Vergütung	
		Entwicklung eines speziellen Behandlungsmoduls zur Bewältigung der spezifischen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	
		Handlungshilfen für die interprofessionelle Zusammenarbeit	X
<i>Nachsorge</i>	Erforschung der angebots- und nachfrageseitigen Ursachen von Defiziten bei der Nutzung von Nachsorgeangeboten Vergleichende Untersuchung der gesundheitlichen und sonstigen Entwicklung von Nutzern und Nichtnutzern von Nachsorgeangeboten	Stärkung der Nachsorgeangebote, die nachweislich die langfristigen Gesundheitseffekte der Maßnahmen fördern (z. B. psychologische Gesprächstherapie, Vereinbarung persönlicher Ziele, Besuch einer Selbsthilfegruppe, andere Organisation der Kinderbetreuung)	
		Gesetzlicher Anspruch auf nachstationäre Beratung und Finanzierung der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten durch die GKV	
		Übertragung von bewährten Ansätzen zur Stärkung der Nachsorge aus anderen Maßnahme-Kontexten (vgl. drei Beispiele im Anhang 5)	
<i>Gesamtprozess</i>	Untersuchung der längerfristigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den Bedarf und die Nachfrage nach Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für Mütter, Väter, Kinder und pflegende Angehörige		

12 Literaturangaben

- AK Gender (o. D.) Lesetipps zum Thema Gender & Corona. Hrg.: Univ. Würzburg. URL: https://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06100000/AK_Gender/2020-10-22_AK_Gender_Corona_Lektu__reliste.pdf [Stand 20.05.2021].
- Abel Th. (2020). Gesundheitskompetenz und die Corona-Krise. S. 315-323. In: Gamba F., M. Nardone, T. Ricciardi, S. Cattacin (Hrsg.) (2020). COVID-19-Eine sozialwissenschaftliche Perspektive. Zürich/Genf. URL: https://www.seismoverlag.ch/site/assets/files/16196/oa_9783037777480.pdf [Stand 20.05.2021]
- Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.) (2018). SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. (6. neu bearbeitete Auflage). München.
- Bergmann KC, Heinrich J, Niemann H. (2016). Current status of allergy prevalence in Germany. Positionpaper of the Environmental Medicine Commission of the Robert Koch Institute. Allergo J Int;25: S. 6 –10. URL: (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Stellungnahmen_Berichte/Downloads/allergien_deutsch.pdf?__blob=publicationFile) [Stand 20.05.2021]
- BMFSFJ (2019): Leistungsbeschreibung zum Vergabeverfahren Studie zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes.
- BMFSFJ (Hrg.) (2020) Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen. Erfahrungen und Bedarfe Ergebnisse einer repräsentativen Elternbefragung im April und Mai 2020. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163136/fdc725b0379db830cf93e0ff2c5e51b5/familien-in-der-corona-zeit-allensbach-data.pdf> [Stand 20.05.2021]
- Blom A et al. (o. D) Mannheimer Corona-Studie. Hrg.: Univ. Mannheim URL: <https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/> [Stand 20.05.2021]
- BQS (2019). Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge. Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens. Version 4. Hamburg. URL: (https://qs-reha.de/media/dokumente/methodik/2019_09_19_Methodenhandbuch_QS_Reha.pdf) [Stand 20.05.2021]
- BQS (2020). Datenauswertung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nach § 299 Abs. 3 SGB V und verbundene Unterstützungsleistungen Jahresbericht des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit. Berichtszeitraum:1. April 2019 bis 30. April 2020. Hamburg URL: (https://www.qs-reha.de/media/dokumente/jahresberichte/2020_06_26_QS-Reha_Jahresbericht_2020_final.pdf) [Stand 20.05.2021]
- Braun B. (2017): Mutter-/Vater-Kind-Kuren. URL: https://www.hkk.de/-/media/files/website/information/gesundheitsreport/2011-2018/2017_gesundheitsreport_muttervaterkindkuren.ashx [Stand 05.03.2021]
- Bretschneider J., R. Kuhnert, U. Hapke (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(3): S. 81ff. URL: (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Depressive_Symptomatik.pdf?__blob=publicationFile) [Stand 20.05.2021]

- Bujard M., I. Laß, S. Diabaté, H. Sulak, N. F. Schneider (2020). Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. URL: (https://www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?__blob=publicationFile&v=7) [Stand 20.05.2021]
- Bundesgesetzblatt (2020): Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020. URL: [https://www.bgbl.de/xa-ver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*\[@attr_id=%27bgbl120s2220.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2220.pdf%27%5D__1615834258545](https://www.bgbl.de/xa-ver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%27bgbl120s2220.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2220.pdf%27%5D__1615834258545) [Stand 20.05.2021]
- Bünning M., L. Hipp (2020). Mütter trifft es besonders hart. Ungleiche Auswirkungen von Covid-19 auf das Arbeits- und Familienleben. WZB-Mitteilungen Nr. 170: S. 21-23. URL: (<https://bibliothek.wzb.eu/artikel/2020/f-23521.pdf>) [Stand 20.05.2021].
- Bünning M, Hipp L und Munnes S (o. D.) Corona Alltag. Hrg.: WZB URL: <https://wzb.eu/de/forschung/dynamiken-sozialer-ungleichheiten/arbeit-und-fuersorge/corona-alltag> [Stand 20.05.2021].
- Bury C. (2017). Stellungnahme zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und den gesetzlichen Rahmenbedingungen im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz. Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Busch M.A., R. Kuhnert (2017). 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring ·2017 2(1): S. 70 ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage5.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Busch M.A., R. Kuhnert (2017a). 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring ·2017 2(1): S. 64ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage4.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Busch M.S., A. Schienkiewitz, E. Nowossadeck ·A. Gößwald (2013). Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt·56: S. 656–660. URL: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1483/25wmgiFNsWBCw.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Stand 20.05.2021]
- CDU / CSU / SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode. URL: https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1 [Stand 01.03.2021].
- Christakis N. (2020). Apollo's Arrow – The profound and enduring impact of Coronavirus on the way we live. New York/Boston/London.
- Damerow St. et al. (2020). Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: Journal of Health Monitoring 5(4): S. 3ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_04_2020_Gesundheitliche_Lage_COVID-19_GEDA.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2019a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 3. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads->

Haushalte/haushalte-familien-2010300187004.pdf;jsessionid=C0874A8A23972E5A4B702CEE53EC0E24.internet712?__blob=publicationFile [Stand 23.02.2021].

Destatis (2019b): Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. Datenstand: 5.08.2010. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2018.html> [Stand: 01.03.2021].

Destatis (2020a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 01.03.2021].

Destatis (2020b): Bildungsstand der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildungsstand-bevoelkerung-5210002197004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 1.3.2021].

Destatis (2020c): Pressemitteilung Nr. 230 vom 24. Juni 2020. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html [Stand 05.03.2021].

Destatis, WZB, BiB (2021) 14 Auswirkungen der Coronapandemie. Auszug aus dem Datenreport 2021. URL: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-14.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2021): Rheuma in Zahlen Stand 02/2021 URL: <https://dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Daten-und-Fakten/Rheuma-in-Zahlen.html>. [Stand 05.03.2021].

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2020). Basisdaten Psychische Erkrankungen. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf [Stand 20.05.2021]

DIW (o. D.) FamilienMonitor_Corona. URL: https://www.diw.de/de/diw_01.c.809410.de/familienmonitor_corona.html Siegel N A und Wagner G G (2021) Corona-COMPASS. Hrg.: Intratest dimap. URL: <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/coronacompass/coronacompass/> [Stand 20.05.2021]

Eggert S et al. (2020). Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise * Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Berlin. URL: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf> [Stand 20.05.2021]

Emmler H., Kohlrausch B. (2021). HOMEOFFICE: POTENZIALE UND NUTZUNG. Aktuelle Zahlen aus der HBS-Erwerbspersonenbefragung, Welle 1 bis 4. Policy Brief 52 – 3/2021.

Farin E., Jäckel W.H., Schalaster V. (2009). Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung. In: Gesundheitswesen 71: S. 163-174.

Faßmann, H. et al. (2008): Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW). Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ. URL: https://www.ifes.fau.de/files/2017/07/FASS-MANN_2008_IfeS-Materialienband_1-2008.pdf [Stand 23.02.2021]

- FES (O. D.) Blog: Corona & Care. URL: <https://www.fes.de/themenportal-gender-jugend/gender/blog-corona-care> [Stand 20.05.2021]
- Fuchs H. (2008). Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. St. Augustin.
- Fuchs J., Prütz F. (2017). J Prävalenz von Gelenkschmerzen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(3): S. 66 ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03_2017_Gesundheitliche_Lage_2.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Fuchs J., Kuhnert R., Scheidt-Nave Chr. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(3). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Arthrose.pdf?__blob=publicationFile
- Fuchs J., Rabenberg M., Scheidt-Nave Chr. (2013). Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt 56: 678–686. URL: <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/1500/24ZsqC2a9dzqQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Stand 20.05.2021]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). URL: https://www.muettergenesungswerk.de/fileadmin/Downloads/Formulare_Atteste/Rehabilitations-Richtlinie_2020.pdf [Stand 20.05.2021]
- Geyer, J. (2016): Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten, in: Eggert, S., Naumann, D., Teubner, C. (Hrsg.): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege – Themenreport, Berlin: 24-43. URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf [Stand 23.02.2021].
- GKV / MDS (2012) Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V URL: https://www.muettergenesungswerk.de/fileadmin/Downloads/Gesetzliche_Grundlagen/Umsetzungsempfehlungen-2012.pdf
- GKV-Spitzenverband (2008) Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. URL: https://www.qs-reha.de/media/dokumente/gesetze_und_richtlinien/qs-vereinbarung_137d_sgb_v.pdf [Stand 18.05.2021]
- GKV-Spitzenverband (2019) Das QS-Reha®-Verfahren. URL: https://www.qs-reha.de/das_qs_reha_verfahren/das_qs_reha_verfahren.jsp [Stand 18.05.2021]
- Gößwald A., A. Schienkiewitz, E. Nowossadeck, M.A. Busch (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) in: Bundesgesundheitsblatt 56: S. 650–655 URL: <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/1490/28vWvI57DzAA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Stand 18.05.2021]
- Hanewinkel R., J. Hansen, C. Neumann, FL. Petersen (Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung Nord) (2021). Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. Erhebung Schuljahr 20/21.

- Ergebnisbericht 2020/2021. DAK-Präventionsradar. URL: https://www.praeventionsradar.de/downloads/Ergebnisbericht_SJ2021.pdf (Stand: 25.5.2021)
- Hapke U., C. Cohrdes, J. Nübel (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. In: Journal of Health Monitoring 4(4): S. 62ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_04_2019_Depressive_Symptomatik_DE_EU.pdf?__blob=publicationFile Stand 18.05.2021]
- Heitmann-Möller A., Hasseier M., Ruppert S. (2020). „Müssen Sie jedes Mal einen Urlaubstag opfern?“ - Einblicke in die Care- Arbeit von Berufstätigen mit pflegerischer Verantwortung in der Perspektive einer kritischen Pflegewissenschaft. In: Sozialer Fortschritt, 69: 307-323.
- hkk (2017). Befragung von pflegenden Angehörigen von Versicherten. Bremen (unveröffentlichtes Manuskript).
- Hoebel J. et al. (2021) Seroepidemiologische Studie zur bundesweiten Verbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland: Studienprotokoll von CORONA-MONITORING bundesweit (RKI-SOEP-Studie) - In RKI und DESTATIS (Hrg.) Journal of Health Monitoring 6 (S1). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S1_2021_Studienprotokoll_RKI_SOEP.pdf?__blob=publicationFile
- Holstiege J. et al.. (2020). Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschlandweite Kennzahlen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01. Berlin 2020. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/107/VA_20-01_Bericht_Hypertonie_2020-03-03_1.pdf [Stand 20.05.2021]
- Holstiege J et al. (2020a). Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands – Zeitliche Trends und regionale Variationen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/04. Berlin 2020. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_Bericht_20-04_Ischaem-Herzerkrankung_2020-08-12.pdf [Stand 20.05.2021]
- Hövermann A. (2020). Corona-Zweifel, Unzufriedenheit und Verschwörungsmythen. Erkenntnisse aus zwei Wellen der HBS-Erwerbspersonenbefragung 2020 zu Einstellungen zur Pandemie und den politischen Schutzmaßnahmen. WSI Policy Brief Nr. 48 – 10/2020.
- Hövermann A. (2021). Belastungswahrnehmung in der Corona-Pandemie, Erkenntnisse aus vier Wellen der HBS-Erwerbspersonenbefragung 2020/21, WSI Policy Brief Nr. 50, März 2021. URL: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007967 [Stand 20.05.2021]
- Huebener M. et al. (2020) Wohlbefinden von Familien in Zeiten von Corona: Eltern mit jungen Kindern am stärksten beeinträchtigt. In: DIW Wochenbericht 30/31 / 2020, S. 527-537. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.794108.de/20-30-1.pdf [Stand 20.05.2021]
- Huebener M et al. (2021). Kein „Entweder-oder“: Eltern sorgen sich im Lockdown um Bildung und Gesundheit ihrer Kinder in: DIW aktuell 59. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.810996.de/diw_aktuell_59.pdf [Stand 20.05.2021]
- Huebner M (2021a) FamilienMonitor_Corona (1): Jedes zweite Elternteil macht sich große Sorgen um Bildung und Zukunft der Kinder. Hrg.: DIW. URL: https://www.diw.de/de/diw_01.c.809639.de/nachrichten/familienmonitor_corona__1__

jedes_zweite_elternteil_macht_sich_grosse_sorgen_um_bildung_und_zukunft_der_kinder.html
[Stand 20.05.2021].

Huebner M (2021b) FamilienMonitor_Corona (6): Schulschließungen verlieren unter Eltern weiter an Zustimmung. Hrg.: DIW. URL: https://www.diw.de/de/diw_01.c.815422.de/nachrichten/familienmonitor_corona_6___%20schulschliessun-gen_verlieren_unter_eltern_weiter_an_zustimmung.html [Stand 20.05.2021].

IAB (2021) Aktuelle Daten und Indikatoren. Ergebnisse aus Welle 10 der Studie „Betriebe in der COVID-19-Krise. URL: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/ADul_BeCovid_W10.xlsx [Stand 20.05.2021]

IAB (o. D.) Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Deutschland. URL: <https://infosys.iab.de/infoplattform/thema.asp?sortLit=2> [Stand 20.05.2021]

IGES (2017) DAK-Gesundheitsreport 2017 für Hessen. URL: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-hessen-2017-2148192.pdf> [Stand: 24.02.2021].

IPReG (2020). Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz)
URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27817773%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1 [Stand 20.05.2021]

Institut für Demoskopie Allensbach (2020). Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe. Ergebnisse einer repräsentativen Elternbefragung im April und Mai 2020. Befragung im Auftrag des BMFSFJ. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163136/fdc725b0379db830cf93e0ff2c5e51b5/familien-in-der-corona-zeit-allensbach-data.pdf> [Stand 20.05.2021]

Jurczyk K. (Hrsg.) (2020). Doing und Undoing Family. Konzeptionelle und empirische Entwicklungen. Weinheim.

Jurczyk K., U. Mückenberger (Hrsg.) (2020). Selbstbestimmte Optionszeiten im Erwerbsverlauf. Forschungsprojekt im Rahmen des „Fördernetzwerks Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung (FIS)“. München. URL: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2019/Optionszeiten_Abschlussbericht_DJIBroschuere_Fin.pdf [Stand 20.05.2021]

KBV (2007): Verzeichnis medizinischer Fachgebiete und Schwerpunktkompetenzen. URL: <https://www.kbv.de/html/2040.php> [Stand: 24.02.2021].

KBV (2018): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet. insgesamt. Stand 2018. Tabelle 4: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Personen). URL: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content6889> [Stand: 24.02.2021].

Kohlrausch B., Zucco A., Hövermann A. (2020). Verteilungsbericht 2020: Die Einkommensungleichheit wird durch die Corona-Krise noch weiterverstärkt, WSI Report, No. 62. URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/226658/1/1740401816.pdf> [Stand 20.05.2021]

Krüger F. (2021). Die Krise des Sozialen - Die Corona-Pandemie und ihre Folgen. Vortrag in der „BürgerUniversität Coesfeld“/Fern-Uni Hagen am 14.04.2021. URL: https://www.fernuni-hagen.de/videostreaming/ksw/soz_ing/2102a.shtml [Stand 20.05.2021]

- Kühne S. et al. (2020). The need for household panel surveys in times of crisis: The case of SOEP-CoV. In: Survey Research Methods. Vol. 14, No. 2: S. 195-203. URL: <https://ojs.ub.uni-konstanz.de/srm/article/view/7748/6898> [Stand 20.05.2021]
- Kurklinikverzeichnis (2021) Rehakliniken, Kurkliniken und Mutter/Vater-Kind-Kuren. URL: <https://www.kurklinikverzeichnis.de> [Stand 20.05.2021]
- Lampert et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring · 2018 3(2) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-068. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Fact-Sheets/JoHM_02_2018_Subjektive_Gesundheit_Erwachsene.pdf?__blob=publicationFile
- Landeszentrum Gesundheit NRW (2015) NRW-Gesundheitssurvey 2015. URL: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/risiken/subj_gesundheit/index.html [Stand 05.03.2021].
- Langmeyer A. et al. (2020): Kind sein in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. URL: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/news/2020/DJI_Kindsein_Corona_Ergebnisbericht_2020.pdf [Stand 20.05.2021]
- LifBi (o. D.) 10 Jahre Neps. Nationales Bildungspanel. <https://www.neps-data.de/> [Stand 20.05.2021]
- LifBi (o. D.a) NEPS-Bibliografie. https://www.neps-data.de/Datenzentrum/Publikationen#year_2021%20komplett%20erh%C3%A4ltlich [Stand 20.05.2021]
- Mack S., Jacobi F., Gerschler, A. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research 23:289–303. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.1438> [Stand 20.05.2021]
- Marmot M. et al. (2020). Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. London: Institute of Health Equity URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review-full-report.pdf> und Executive summary URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review-executive-summary.pdf> [Stand 20.05.2021]
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018) Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2018-07-02_Begutachtungsanleitung_Vorsorge-Reha_korrigiert.pdf [Stand 23.02.2021].
- MDPI (o. D.) Education Sciences. URL: <https://www.mdpi.com/journal/education> [Stand 20.05.2021]
- MGW (2020): Datenreport 2020. URL: https://www.muettergenesungswerk.de/fileadmin/user_upload/MGW_Datenreport_2020.pdf [Stand 25.02.2021].
- MGW/BDPK (2019). Stichwortsammlung MGW/BDPK zu allen PatientInnenfragebögen (QS Reha®-Verfahren) im MVK-Bereich. Unveröffentlichtes Manuskript
- Mozygemba K. (2014). Nachsorge als Bestandteil der therapeutischen Kette im Rahmen von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen nach § 24 und § 41 SGB V. in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 93: S. 50-64.

- Möhring K. et al. (2020). Die Mannheimer Corona-Studie: Schwerpunktbericht zu Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung. Mannheim. (https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/2020-04-05_Schwerpunktbericht_Erwerbstaetigkeit_und_Kinderbetreuung.pdf).
- Möhring K. et al. (2021). The COVID-19 pandemic and subjective well-being: longitudinal evidence on satisfaction with work and family. In: European Societies Volume 23, 2021 - Issue sup1: European Societies in the Time of the Coronavirus Crisis: S. 601-617. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14616696.2020.1833066?needAccess=true> [Stand 20.05.2021]
- Neuhauser H., Kuhnert R., Born S. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring ·2017 2(1): S. 57ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage3.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- o.V. (2012). Umsetzungsempfehlungen „Anträge auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB. URL: https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mvk/_jcr_content/par/download/file.res/umsetzungsempfehlungen_20120207.pdf [Stand 28.03.2021]
- Otto F., S. de Wall (2019). Stationäre Vorsorge für Pflegende demenziell erkrankter Angehöriger. In: Teitschrift für Allgemeinmedizin 95 (11): D. 462-467.
- Peters A. et al. (2020). COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit. Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. In: Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 861-7. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216950/COVID-19-Pandemie-veraendert-die-subjektive-Gesundheit> [Stand 20.05.2021]
- Porst M et al. (2020) Migräne und Spannungskopfschmerz in Deutschland. Prävalenz und Erkrankungsschwere im Rahmen der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. Journal of Health Monitoring 5(S6): 2–26.
- Pusch T., Seifert H. (2021). KURZARBEIT – MEHR ALS EINE BESCHÄFTIGUNGSBRÜCKE. WSI Policy Brief Nr. 53 – 03/2021.
- Ravens-Sieberer U. et al. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. Bundesgesundheitsblatt online. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-021-03291-3.pdf> [Stand 20.05.2021]
- Ravens-Sieberer U. et al. (2020). Kurzmitteilung: Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. In: Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 828–9. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=216647> [Stand 20.05.2021]
- RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und destatis. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile [Stand 05.03.2021].
- RKI (Hrsg) (2010). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Faktenblatt chronische Bronchitis: S. 102 ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Chronische_Bronchitis.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]

- Robert Koch-Institut (2019). Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19, Berlin.
- Schaeffer, D. et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenz-forschung (IZGK), Universität Bielefeld. URL: <https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/HLS-GER-2.pdf> [Stand 20.05.2021]
- Schmitz R., Kuhnert R., Thamm M. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(1): S. 77ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_Lage6.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Sichting-Busch B. (o.J). Auszeit für die Pflege. Präsentation Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Siegel N A und Wagner G G (2021) Corona-COMPASS. Hrg.: Intratest dimap. URL: <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/coronacompass/coronacompass/> [Stand 20.05.2021]
- Sloterdijk P. (2021). Der Staat streift seine Samthandschuhe ab. Ausgewählte Gespräche. Frankfurt.
- Statistisches Bundesamt (2021). Pressemitteilung Nr. 143 vom 24. März 2021. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_143_623.html [Stand 20.05.2021]
- Steffen A. et al. (2019). Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/05. Berlin. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf [Stand 20.05.2021]
- Steffen A. et al. (2017). Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/08. Berlin. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/85/VA-85-RheumatoideArthritis-Bericht_v6.pdf [Stand 20.05.2021]
- Steppuhn H., Kuhnert R., Scheidt-Nave Chr. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(3): S. 36ff. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_03_2017_Gesundheitliche_Lage_2.pdf?__blob=publicationFile [Stand 20.05.2021]
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. URL: https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster_Bericht_des_unabhaengigen_Beirats_2019.pdf [Stand 23.02.2021].
- Univ. Bielefeld und DIW (o. D.) SOEP-CoV Berichte. URL: <https://soep-cov.de/> [Stand 20.05.2021]
- Univ. Erfurt (o. D.) Cosmo – COVID-19 Snapshot Monitoring. URL: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/> [Stand 20.05.2021]
- Univ. Osnabrück (o. D.) Arbeitswelt-Monitor. Arbeiten in der Zeit der Corona-Krise. URL: <https://www.arbeit-corona.uni-osnabrueck.de/> [Stand 20.05.2021]
- WZB (2021) Projekte der Forschungsgruppe. URL: <https://wzb.eu/de/forschung/dynamiken-sozialer-ungleichheiten/arbeit-und-fuersorge/projekte> [Stand 20.05.2021]

WSI (o. D.) Startseite. Hrg.: Hans Böckler Stiftung. URL: <https://www.wsi.de/de/index.htm> [Stand 20.05.2021]

Zierer K. (2021). Ein Jahr zum Vergessen. In: Süddeutsche Zeitung vom 16.3.2021: S. 30.

Zierer K. (2021a). Effects of Pandemic-Related School Closures on Pupils' Performance and Learning: A Rapid Review". In: Education Sciences Educ. 2021, 11(6), 252. URL.: <https://www.mdpi.com/2227-7102/11/6/252> [Stand: 25.5.2021]

Zimolong A., Claßen, A. (2019). Was kostet die Vorsorge-/Rehabilitationsleistung in Mutter-/Vater-Kind Einrichtungen? Kostenberechnung auf Basis struktureller Anforderungen und Expertenstandards. Gutachten der activa GmbH im Auftrag des Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. Köln.

Zinn S., M. Kreyenfeld, M. Bayer (2020). Kinderbetreuung in Corona-Zeiten: Mütter tragen die Hauptlast, aber Väter holen auf. DIW aktuell Nr. 51.

Zucco A., Y. Lott (2021). STAND DER GLEICHSTELLUNG. Ein Jahr mit Corona. WSI-Report Nr. 64.

13 Anhang

13.1 Anhang 1 Abgleich gesundheitsbezogener Befragungs- und Sekundärdaten

Standardisierte mündliche oder schriftliche Befragungen von Laien über ihren Erkrankungszustand stehen vor mehreren Herausforderungen. Die Wahrnehmung und Klassifikation physischer oder psychischer Zustände, Symptome, Befindlichkeiten als Erkrankung hängt auch von vorherigen Erfahrungen der Befragten, vom Erkrankungsgeschehen in seinem Umfeld, von öffentlichen oder medialen Darstellungen von und Debatten über bestimmte Erkrankungen ab.

Je mehr z. B. von einer Epidemie der Demenz gesprochen wird, desto mehr ältere Menschen, die auch im jüngeren Alter schon etwas vergessen haben, geben jetzt in Erkrankungsbefragungen an vergesslich zu sein.

Bei bestimmten Erkrankungen wie z. B. psychischen Erkrankungen spielte und spielt auch der kulturelle Umgang mit einer Erkrankung eine Rolle. So wurden psychische Erkrankungen lange als schweres Stigma empfunden und dementsprechend wesentlich seltener von Ärztinnen und Ärzten offen als solche diagnostiziert und symptomatische Personen vermieden, sich als psychisch krank zu bezeichnen. Deshalb ist auch eine Erklärung der ansteigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen in Diagnose- wie Befragungsstudien, dass diese Erkrankungen seit einiger Zeit als weniger stigmatisierend wahrgenommen werden.

Je differenzierter und fachlicher in Anlehnung an den ICD-Katalog Laien nach der Existenz von Erkrankungen gefragt werden, desto größer ist das Problem subjektiver Verzerrungen. Dies kann sowohl bedeuten, dass Symptome fälschlicherweise einer bestimmten Erkrankung zugeordnet werden oder mangels des Verständnisses was eine abgefragte Erkrankung ist, fälschlicherweise nicht als Erkrankung angegeben werden, es also zu Unter- wie Übererfassung von Morbidität kommt.

Um zumindest einen Teil dieser Fehlwahrnehmungen und -angaben in Befragungen zu verhindern oder abzumildern, wurde in unserer Bevölkerungsbefragung nach Erkrankungen gefragt, die „schon längere Zeit“ durch eine Ärztin, einen Arzt oder Personen aus Heilberufen behandelt werden. Anders ausgedrückt wird also eine Art von **Behandlungsprävalenz** erhoben. Dass damit nicht sämtliche Validitätsprobleme bei Befragungen gelöst werden, zeigen zwei Beispielen: Erstens haben Studien über Diabetes mellitus Typ 2-Erkrankungen gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit Patientinnen und Patienten die korrekte, aber oft als stigmatisierend bewertete Bezeichnung vermeiden und stattdessen von unspezifischen vegetativen oder „(prä)metabolischer Symptomatik“ sprechen. Zweitens benutzen auch Ärztinnen und Ärzte in ihrer alltäglichen Kommunikation mit Patienten nicht selten zu pauschale Bezeichnungen, die dann zu Verzerrungen in Befragungen führen. Die Bezeichnung „Ängste“ kann dann sowohl die schwere psychische Erkrankung der Agoraphobie als auch die vollkommen gesunde Angst vor kritischen Situationen meinen und die in anderen Befragungen als Erkrankungsbezeichnung auftauchende Grippe meint nur selten die Virusgrippe.

Zur Validierung der durch eine Befragung erhobenen Daten zur Prävalenz von Erkrankungen bieten sich in Deutschland zwei verschiedene methodisch hochwertige Krankheitsdatenerhebungen an: Erstens wurden und werden vom „Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland“, kurz ZI, für ausgewählte Erkrankungen und einige Jahre so genannte Versorgungsatlanten erstellt. In ihnen wird auf Basis der in der ambulanten Versorgung für den Zweck der Abrechnung vergebenen und dokumentierten ärztlichen ICD-Diagnosen die so genannte **Diagnoseprävalenz**¹⁴² berechnet. Zu den Vorteilen dieser und generell aller Auswertungen von Routinedaten gehört ihre kontinuierliche Verfügbarkeit und der forschungsökonomisch günstige geringe Erhebungsaufwand. Der größte Nachteil ist, dass die Daten nicht für epidemiologische Auswertungen, sondern für die Abrechnung von Leistungen produziert werden und dadurch Verzerrungen möglich sind. Zweitens werden vom Robert Koch-Institut (RKI) seit Ende der 1990er-Jahre und intensiver seit Ende der Nuller Jahre auf der Basis standardisierter schriftlicher Befragungen von über 20.000 bzw. über 8.000 erwachsenen Personen die GEDA¹⁴³-Studien und die DEGS¹⁴⁴-Studie zur Gesundheit von Erwachsenen durchgeführt. Die Teilnehmer*innen der DEGS1-Studie wurden zusätzlich umfangreich ärztlich untersucht und interviewt.

Auf mögliche Vergleiche mit den Gesundheits-/Erkrankungsergebnissen weiterer Studien wie der NAKO Gesundheitsstudie (NAKO)¹⁴⁵ oder Auswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP)¹⁴⁶ wird wegen noch fehlender Ergebnisse und wegen schwer zu vergleichenden Merkmalen verzichtet.

Da es für das Jahr 2019 keine Daten aus den von uns zum Vergleich herangezogenen Studien gibt, stellt sich die Frage, ob Vergleiche zwischen verschiedenen Erhebungsjahren hilfreich sind. Auch wenn sich natürlich die Prävalenz von Erkrankungen zwischen einzelnen Jahren unterscheidet und dies auch in der folgenden Übersicht mehrfach deutlich wird, sind die Veränderungen aber bei den meisten Erkrankungen nicht so gravierend, dass Vergleiche des jeweiligen Niveaus für den Zweck der Plausibilisierung sinnlos wären.

¹⁴² Im Unterschied zur Behandlungsprävalenz, wo der Kontakt im Mittelpunkt steht und Befragte der Überzeugung sind, sie würden wegen einer bestimmten Erkrankung behandelt, liegen bei der Diagnoseprävalenz garantiert Diagnosen vor.

¹⁴³ GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell; umfassende und sehr differenzierte Befragung; letzte durchgeführte Welle 2019 (noch nicht bzw. nur teilweise ausgewertet); zuletzt komplett ausgewertete Welle 2014/15

¹⁴⁴ DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bestehend aus Befragung/persönlichen Interviews, ärztlicher Untersuchung und zum Teil auch spezielle Tests und ärztliche Interviews; bisher nur GEDS1 2008-2011; GEDS1 stellt teilweise wegen der Teilnahme von Teilnehmer*innen des Bundesgesundheits surveys 1998 eine Längsschnittanalyse dar; in Planung und in der Durchführung ist seit 2020 DEGS2

¹⁴⁵ Die NAKO Gesundheitsstudie (kurz: NAKO) ist auf die Dauer von 20 bis 30 Jahren angelegt und untersucht mit umfassenden ärztlichen Untersuchungen und Befragungen die Entwicklung des Gesundheitszustandes von 200.000 Personen im Alter von 20 bis 69 Jahren. (<https://nako.de/allgemeines/was-ist-die-nako-gesundheitsstudie/>)

¹⁴⁶ Das SOEP ist eine der größten und am längsten laufenden multidisziplinären Panelstudien weltweit, für die derzeit jährlich etwa 30.000 Menschen in knapp 15.000 Haushalten. Einer seiner Schwerpunkte ist in unregelmäßigen Abständen und mit unterschiedlichen inhaltlichen Themen auch Gesundheit und Erkrankungen. (https://www.diw.de/de/diw_01.c.617804.de/soep/forschung_soep_subjektives_wohlbefinden_persoenelichkeit_gesundheit.html)

Der folgende Vergleich zeigt zweierlei: Erstens wird die in unserer Bevölkerungsbefragung 2019 erhobene Behandlungsprävalenz für die meisten Erkrankungen durch die Ergebnisse oft mehrerer Studien mehr oder weniger bestätigt. Dort wo dies nicht der Fall ist, könnte dafür die mehrmalige Zusammenfassung einzelner Erkrankungen zu einer Erkrankungsgruppe oder die beispielhafte Nennung einzelner Erkrankungen verantwortlich sein, die die Beantwortung erschwert. Zweitens gibt es Unterschiede der Behandlungsprävalenz von Erkrankungen zwischen unserer und anderen Studien. Die Unterschiede sind aber oft gering oder nicht so groß, dass einer der beiden Werte völlig fragwürdig und für weitere Analysen unbrauchbar ist.

Tabelle 44 **Gesundheitsstudien im Vergleich**

<i>Bevölkerungsbefragung 2019</i>	ZI-Versorgungsatlas	GEDA/DEGS
<i>Erkrankungen in der Bevölkerungsbefragung 2019: „Sind Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen schon längere Zeit in medizinischer Behandlung? (z. B. bei Arzt/Ärztin, Heilpraktiker/-in, Psychotherapie, Physiotherapie, Osteopathie ...)“</i>	Häufigkeit in %	12-Monats- oder Lebenszeitprävalenz ¹⁴⁷ in GEDA/DEGS-Studien Erhoben: verschiedene Jahre; darunter auch einmal erste Ergebnisse der GEDA-Studie der Jahre 2019/20
Verschleißerkrankungen Wirbelsäule und Gelenke	23,9	Arthrose: 20,2 % DEGS1 2008-11 (Fuchs et al. 2013) Arthrose: 12MP 17,9 % GEDA 2014/15 (Fuchs J. et al. 2017) Osteoporose: 6,5 % DEGS1 2008-11 (Fuchs J. et al. 2013) Gelenkschmerzen akut: 29,3 % Frauen, 24,4 % Männer DEGS1 2008-11 (Fuchs J., F. Prütz 2017) Gelenkschmerzen: 12MP 57,9 % Frauen, 52,2 % Männer DEGS 2008-11 (Fuchs J., F. Prütz 2017)
Herzinfarkt oder Schlaganfall	3,4	Schlaganfall: L郑 2,9 % DEGS1 2008-11 (Busch M.A. et al. 2013) Schlaganfall: 12MP 1,6 % GEDA 2014/15 (Busch M.A., R. Kuhnert 2017) Herzinfarkt: L郑 4,7 % DEGS1 2008-11 (Gößwald A. et al. 2013)
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Bluthochdruck)	21,1	KHK: L郑 9,3 % 2008-11 DEGS1 (Gößwald A. et al. 2013) KHK: 12MP 4,8 % GEDA 2014/15 (Busch M.A., R. Kuhnert 2017a) Bluthochdruck: 12MP 31,8 % GEDA 2014/15 (Neuhauser H. et al. 2017)
Allergie, Hauterkrankung	18,3	Allergien: L郑 zwischen 14,8 % Heuschnupfen und 2,8 % Insektengiftallergien DEGS1 2008-11 (Bergmann et al. 2016) alle Allergien außer Asthma: 28,1 % GEDA 2014/15 (Schmitz et al. 2017)
Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Burnout, Ängste)	14,5	Psychische Erkrankungen: 12MP 27,8 % DEGS1 2008-11 (DGPPN 2020) Darunter unipolare Depression 8,2 % Depressive Symptomatik: 6,6 % GEDA 2020 (Damerow St. et al. 2020) Depression: 9,2/10,1 % (Bretschneider et al. 2017) GEDA/EHIS (European Health Interview Survey; 2014/15 in GEDA integriert) 2014/15 (Hapke U. et al. 2019)

¹⁴⁷ Erkrankungshäufigkeit, die mit geeigneten Methoden das Auftreten von Erkrankungen innerhalb der 12 Monate vor dem Erhebungszeitpunkt einer Erkrankung oder in der gesamten Lebenszeit vor diesem Erhebungszeitpunkt angibt. Je nach Krankheit gibt es auch 5- oder 10-Jahres-Prävalenzen.

Bevölkerungsbefragung 2019	ZI-Versorgungsatlantien	GEDA/DEGS
Erkrankung der Atemwege (z. B. Asthma, Bronchitis)	11,7	Asthma: 12MP 6,2 % GEDA 2014/15 (Steppuhn H. et al. 2017) Chronische Bronchitis: 12MP 4,6 % oder LZP 9 % GEDA 2009 (RKI 2010)
Magen-Darm-Krankheit, Essstörung	10,7	
Rheuma	5,5	Rheumatoide Arthritis: 1,08 % 2015 (Steffen A. et al. 2017)
Krankheit der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	4,7	
Krebs	3,1	Krebs insgesamt: 5-Jahres-Prävalenz 2,1 %, LZP geschätzt ¹⁴⁸ 5 %
Sonstige Erkrankung	16,5	

148

Da es in Deutschland keine entsprechend weit in die Vergangenheit zurückreichende Registerdaten gibt, erfolgt eine Schätzung auf der Basis dänischer Registerdaten

152

13.2 Anhang 2 Gesundheit und Belastungen der Bevölkerung im Gruppenvergleich

Tabelle 45 Vergleich Gesundheitsstörungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>häufig Rücken-, Schulter- oder Nackenbeschwerden</i>	51.8	63.6	53.9	68.1	68.4
<i>Unter- oder Übergewicht</i>	41.0	35.8	36.0	48.4	40.7
<i>ständig müde</i>	36.2	51.6	42.2	47.8	49.5
<i>häufig Probleme sich zu entspannen</i>	34.7	46.8	37.4	44.7	56.2
<i>häufig lustlos</i>	34.6	42.2	35.0	50.9	43.6
<i>stark erschöpft oder das Gefühl, ausgebrannt zu sein</i>	33.9	47.8	38.6	44.6	50.4
<i>häufig Schlafstörungen</i>	31.3	40.5	30.8	50.7	49.3
<i>häufig gereizt</i>	27.8	40.8	33.1	33.3	43.3
<i>körperliche Leistungsfähigkeit häufig eingeschränkt</i>	26.8	34.2	26.3	46.4	36.3
<i>häufig niedergeschlagen</i>	26.5	34.7	27.8	40.5	35.3
<i>häufig sonstige Schmerzen</i>	24.8	35.9	27.5	42.0	33.4
<i>häufig Konzentrationsstörungen</i>	24.2	24.0	21.4	29.1	34.3
<i>häufig Stimmungsschwankungen</i>	23.8	37.2	27.9	35.4	40.5
<i>häufig vergesslich</i>	22.0	28.5	23.5	26.7	34.2
<i>häufig Kopfschmerzen</i>	20.8	35.4	25.6	27.3	44.6
<i>häufig Magen-Darm-Probleme</i>	20.0	28.1	22.1	27.4	31.9
<i>häufig unruhig oder häufig Angstgefühle</i>	19.7	27.3	21.1	27.7	33.1

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil ja in %

Tabelle 46 Vergleich Beschwerden in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten</i>	20.7	25.0	20.2	26.2	35.1
<i>Mangel an Energie und Lebensfreude</i>	20.5	28.3	21.2	29.7	37.8
<i>Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl versagt oder die Familie enttäuscht zu haben</i>	17.8	21.9	18.2	17.1	33.6
<i>Bewegungen oder Sprache so verlangsamt oder beschleunigt, dass es auch anderen auffallen müsste</i>	11.5	6.4	6.5	9.5	23.0

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil mindestens an mehr als der Hälfte der Tage in Prozent

Tabelle 47 Vergleich Erkrankungen mit medizinischer Behandlung in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Bluthochdruck)	23.5	18.9	16.8	39.5	25.4
Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule und den Gelenken	23.3	24.6	18.8	44.8	29.4
Allergie, Hauterkrankung	19.1	17.5	15.3	29.1	23.3
Sonstige Erkrankung	15.1	18.0	16.1	22.5	12.2
Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Burnout, Ängste)	12.7	16.4	12.4	18.1	23.2
Erkrankung der Atemwege (z. B. Asthma, Bronchitis)	12.3	11.2	9.3	16.7	20.4
Magen-Darm-Krankheit, Essstörung	10.3	11.0	8.3	11.7	24.1
Krankheit der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	5.8	3.6	4.2	4.8	7.5
Herzinfarkt oder Schlaganfall	5.4	1.4	2.4	6.6	6.0
Rheuma	5.4	5.7	3.3	14.9	7.9
Krebs	2.2	4.1	2.3	5.5	5.5

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil Ja in Prozent

Tabelle 48 Vergleich elternspezifischer Belastungen in Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie	16.0	23.1	20.0	12.3	25.9
Schwierigkeit, ihre Aufgabe als Mutter/als Vater zu erfüllen	12.7	16.2	15.7	6.7	16.2
Erziehungsschwierigkeiten	10.6	14.9	14.6	4.1	12.1
Trennung von (Ehe-)Partner oder (Ehe-)Partnerin oder Probleme in der Partnerschaft	8.8	11.7	9.9	11.4	11.0
Beeinträchtigte Beziehung zum Kind	7.7	5.7	6.1	9.0	7.9
allein erziehend zu sein	4.6	9.4	7.5	4.0	7.8
erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder (auch Frühgeborene, Mehrlingsgeburten, Teenagerschwangerschaften)	4.6	6.8	3.2	6.8	19.5

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil Ja in Prozent

Tabelle 49 Vergleich familiärer Belastungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>mangelnde Unterstützung und Anerkennung durch Familie</i>	14.4	24.9	19.2	17.3	25.5
<i>Tod von Familienangehörigen</i>	13.0	16.0	10.0	28.1	25.4
<i>Versorgung von pflegebedürftigen, behinderten oder chronisch kranken Angehörigen</i>	11.5	16.4	1.1	52.0	45.8
<i>keine gleichberechtigte Stellung in Familie</i>	5.7	11.6	8.0	7.9	13.9
<i>suchtkranke Familienangehörige</i>	5.3	8.8	6.3	8.4	9.8

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil Ja in Prozent

Tabelle 50 Vergleich von Risikofaktoren in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>Bewegungsmangel / Fehlhaltung</i>	26.9	32.1	26.1	38.4	38.9
<i>Ungesunde Ernährung</i>	23.6	18.9	20.5	18.5	29.3
<i>Rauchen</i>	19.5	19.2	17.6	20.9	28.3
<i>Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum</i>	7.5	4.0	4.4	9.9	9.1

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil Ja in Prozent

Tabelle 51 Vergleich psychosozialer Belastungen in den Untersuchungsgruppen nach Einzelitems

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
<i>Finanzielle Sorgen / Schulden</i>	29.7	31.8	31.1	27.6	32.7
<i>ständigen Zeitdruck oder besonders belastende, unregelmäßige Arbeitszeiten</i>	22.1	30.1	25.6	23.9	32.1
<i>Schwierigkeiten ihre Alltagsprobleme zu bewältigen</i>	14.8	18.6	14.5	20.9	25.2
<i>Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Schule</i>	13.1	13.4	11.6	16.2	19.9
<i>Einsamkeit oder soziale Isolation</i>	12.5	19.6	13.3	26.4	20.4
<i>Arbeitslosigkeit oder Angst davor (eigene bzw. die des Partners oder der Partnerin)</i>	12.3	14.5	12.7	10.9	20.8
<i>Enge Wohnung</i>	9.3	11.2	9.6	10.0	14.5
<i>Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten</i>	3.6	2.9	2.7	3.2	6.3

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2019, Hauptstichprobe n=1329, gewichtet, Anteil Ja in Prozent

13.3 Anhang 3 Hürden der Inanspruchnahme im Gruppenvergleich

Tabelle 52 Gründe gegen Inanspruchnahme der Maßnahmen im Gruppenvergleich

	Geschlecht		Pflege		
	männlich	weiblich	(nur) mit Kindern	(nur) Angehörige pflegend	doppelt belastet
Ich möchte meinen Partner oder meine Partnerin nicht zurücklassen	48,2	40,1	44,1	42,0	43,8
Ich möchte Haushalt, Garten oder Haustiere nicht zurücklassen	42,1	41,3	40,2	41,4	48,7
Ich glaube, dass eine solche Kur nur bewilligt wird, wenn man gesundheitlich stärker beeinträchtigt ist als ich	41,3	53,5	49,3	48,6	41,9
Ich kann mir das finanziell nicht leisten	40,1	34,0	37,6	34,6	35,4
Ich will meine Kinder weder allein lassen, noch sollen sie etwas in der Schule verpassen	39,0	48,2	52,8	4,4	49,4
Ich befürchte Nachteile am Arbeitsplatz	33,8	26,6	30,5	24,8	32,1
Eine solche Maßnahme erscheint mir nicht als passend für mich	33,4	31,6	32,1	35,0	30,9
Ich möchte den Eindruck vermeiden, das Leben mit Kindern oder Pflegebedürftigen nicht alleine zu schaffen	32,8	28,0	29,9	27,3	34,1
Ich glaube, dass ich eine Kur nicht in der von mir gewünschten Region (z. B. Berge, Küste) bewilligt bekomme	30,8	24,5	26,9	27,9	28,4
Ich brauche eine solche Maßnahme nicht	25,7	28,1	28,7	22,4	24,9
Ich glaube, eine solche Kur wird nur für Mütter oder Väter bewilligt, die kleinere Kinder haben als ich	23,8	27,8	25,6	29,8	23,3
Ich glaube, eine solche Kur wird nur für Mütter oder Väter bewilligt, die mehr Kinder haben als ich	21,0	17,1	15,7	25,6	25,4
Ich kann oder möchte einen pflegebedürftigen Angehörigen nicht durch eine andere Person versorgen lassen	18,3	20,2	8,6	43,2	40,6
Mein Arzt oder meine Ärztin hält nichts von einer Kur (und schlägt nur ambulante Maßnahmen vor)	15,7	6,6	9,4	13,2	13,4
Ich habe Probleme mit dem Image einer Kur	14,7	12,5	13,7	12,7	13,7
Andere Gründe sprechen dagegen	14,1	15,4	15,5	15,7	11,2
Mir ist eine solche Kur in der Vergangenheit nicht bewilligt worden, weshalb ich es kein zweites Mal versuche	10,6	10,2	6,6	17,5	19,0
Ich bin mit einer früheren Kur insgesamt nicht zufrieden	9,6	7,7	6,7	11,2	13,9
Ich war schon in einer solchen Kur und glaube, dass man sie nur einmal in Anspruch nehmen kann	9,5	6,7	5,9	11,3	13,3
Ich war schon in einer solchen Kur gemeinsam mit meinem Kind/meinen Kindern, die nicht erholbar war	8,4	9,0	8,5	5,7	12,9

Quelle: Online-Befragung Eltern und Pflegende 2019, mit potenziellem Vorsorge- oder Reha-Bedarf, n=861, gewichtet, Mehrfachangaben, Angaben in Prozent

13.4 Anhang 4 Vertiefende Angaben zu Einrichtungen und ihrer Wahrnehmung

Tabelle 53 Einrichtungen des MGW in der Grundgesamtheit und Befragungsstichprobe

<i>Klinkart</i>		Kliniken		Betten Patientin- nen/Patienten		Kinderbetten	
		% GG	% Stich	% GG	% Stich	% GG	% Stich
<i>MuKi</i>	gesamt	64,4	62,5	61,4	59,7	67,7	65,3
	dav. nur Vorsorge	35,6	37,5	26,7	36,6	28,9	40,4
	davon auch Reha	28,8	25,0	34,7	23,1	38,8	24,9
<i>Mütter</i>	gesamt	6,9	6,3	8,9	8,6	0,0	0,0
	dav. nur Vorsorge	1,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
	davon auch Reha	5,5	6,3	7,3	8,6	0,0	0,0
<i>MuKi/Vaki</i>	gesamt	28,8	31,3	29,7	31,7	32,3	34,7
	dav. nur Vorsorge	15,1	14,6	15,2	12,3	16,0	12,6
	davon auch Reha	13,7	16,7	14,5	19,4	16,3	22,1
<i>n</i>		73	48	2.981	1.936	4.213	2.751

Quelle für Grundgesamtheit: Strukturdaten der Einrichtungen (Sonderanfertigung für die Evaluation), September 2020. Quelle für Stichprobe: Befragung der Einrichtungen, Angaben in Prozent

Tabelle 54 Gründe gegen eine (stärkere) Öffnung für Väter im Vergleich der Einrichtungen

Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. stärker) für Zielgruppe (ZG) der Väter öffnet?	bereits erfahren	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	k.A./weiß nicht
**Nichts, unser Angebot ist qualitativ bereits ausreichend auf Väter eingestellt.	ja	0,0	0,0	31,3	62,5	6,3
	nein	65,6	15,6	0,0	3,1	15,6
**Wir wollen uns aufgrund unseres bewährten Profils nicht weiter (bzw. gar nicht) für Väter öffnen.	ja	81,3	12,5	0,0	0	6,3
	nein	12,5	12,5	12,5	53,1	0,9,4
**Es bräuhete Investitionen in Bau oder Ausstattung, um den besonderen Bedarfen von Vätern gerecht zu werden.	ja	25,0	56,3	6,3	6,3	6,3
	nein	18,8	6,3	21,9	37,5	15,6
Es bräuhete Investitionen in Personal (z. B. mehr oder anderes Personal oder Fortbildungen), um den besonderen Bedarfen von Vätern gerecht zu werden.	ja	18,8	37,5	25,0	12,5	6,3
	nein	18,8	6,3	15,6	46,9	12,5
**Väter suchen für ihre Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen, mit denen wir nicht konkurrieren können und wollen.	ja	62,5	25,0	0,0	6,3	6,3
	nein	21,9	21,9	12,5	25,0	18,8
**Es lohnt sich für uns finanziell nicht, in ein für Väter bedarfsgerechtes Angebot zu investieren (z. B. weil ihre Nachfrage nach Maßnahmen so gering ist).	ja	68,8	18,8	0,0	6,3	6,3
	nein	18,8	12,5	21,9	21,9	25,0
Das aktuell im MGW Verbund vorhandene Angebot für Väter ist ausreichend.	ja	12,5	31,3	12,5	0,0	43,8
	nein	18,8	18,8	21,9	12,5	28,1
**Unserer Einrichtung fehlt Erfahrung mit Vätern und ein Konzept eines für sie bedarfsgerechten Angebots.	ja	68,8	18,8	6,3	0,0	6,3
	nein	28,1	3,1	25,0	28,1	15,6
**Es bräuhete die Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes, um den (vermutlich) besonderen Bedarfen von Vätern gerecht zu werden.	ja	50,0	0,0	37,5	6,3	6,3
	nein	15,6	15,6	18,8	37,5	12,5
Die Qualitätskriterien des MGW enthalten im Hinblick auf ZG Anforderungen, die wir nicht erfüllen wollen oder können.	ja	37,5	25,0	6,3	18,8	12,5
	nein	15,6	15,6	18,8	34,4	15,6

Quelle: Befragung der Einrichtungen, alle Angaben in Prozent bezogen auf ja= 16 Einrichtungen, die für die Zielgruppe Väter schon Maßnahmen umsetzten und „nein“ = 32 Einrichtungen, die noch keine solchen umsetzten.

**signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen ($p < 0.050$).

Tabelle 55 Gründe gegen (stärkere) Öffnung für Pflegende im Vergleich der Einrichtungen

Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für pflegende Angehörige öffnet?	bereits erfahren	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	k.A./ weiß nicht
<i>Nichts, unser Angebot ist qualitativ bereits ausreichend auf Pflegende eingestellt.</i>	ja	31,3	6,3	25,0	25,0	12,5
	nein	28,1	25,0	18,8	9,4	18,8
<i>Wir wollen uns aufgrund unseres bewährten Profils nicht weiter (bzw. gar nicht) für Pflegende öffnen.</i>	ja	25,0	25,0	25,0	18,8	6,3
	nein	21,9	9,4	37,5	15,6	15,6
<i>Es bräuchte Investitionen in Bau oder Ausstattung, um den besonderen Bedarfen von Pflegenden gerecht zu werden.</i>	ja	37,5	12,5	25,0	18,8	6,3
	nein	25,0	3,1	12,5	40,6	18,8
<i>Es bräuchte Investitionen in Personal (z. B. mehr oder anderes Personal oder Fortbildungen), um den Bedarfen von Pflegenden gerecht zu werden.</i>	ja	18,8	12,5	37,5	25,0	6,3
	nein	18,8	0,0	12,5	50,0	18,8
<i>Pflegende suchen für ihre Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen, mit denen wir nicht konkurrieren können/wollen.</i>	ja	31,3	18,8	31,3	12,5	6,3
	nein	21,9	12,5	15,6	25,0	25,0
<i>Es lohnt sich für uns finanziell nicht, in ein für Pflegende bedarfsgerechtes Angebot zu investieren (z. B. weil Nachfrage nach Maßnahmen so gering ist).</i>	ja	31,3	18,8	18,8	6,3	25,0
	nein	15,6	12,5	21,9	18,8	31,3
<i>Wir halten das aktuell im MGW Verbund vorhandene Angebot für pflegende Angehörige für ausreichend.</i>	ja	18,8	25,0	12,5	0,0	43,8
	nein	12,5	18,8	12,5	6,3	50,0
<i>Unserer Einrichtung fehlt Erfahrung mit Pflegenden und ein Konzept eines für sie bedarfsgerechten Angebots.</i>	ja	31,3	12,5	18,8	31,3	6,3
	nein	6,3	9,4	25,0	37,5	21,9
<i>**Es bräuchte die Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes, um den (vermutlich) besonderen Bedarfen von Pflegenden gerecht zu werden.</i>	ja	18,8	25,0	18,8	31,3	6,3
	nein	3,1	6,3	25,0	53,1	12,5
<i>Die Qualitätskriterien des MGW enthalten im Hinblick auf die Zielgruppe der Pflegenden Anforderungen, die wir nicht erfüllen wollen oder können.</i>	ja	37,5	6,3	6,3	12,5	37,5
	nein	25,0	6,3	15,6	15,6	37,5

Quelle: Befragung der Einrichtungen, alle Angaben in Prozent, bezogen auf ja= 15 Einrichtungen, die bereits Maßnahmen für die Zielgruppe Pflegende umsetzten oder nein = 37 Einrichtungen, auf die dies nicht zutrifft.

**signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen ($p < 0.050$).

Tabelle 56 Gründe gegen eine (stärkere) Öffnung für Eltern von Kindern mit einer Behinderung im Vergleich der Einrichtungen

Was spricht dagegen, dass sich Ihre Einrichtung (ggf. noch stärker) für Mütter und Väter von Kindern mit einer Behinderung öffnet?	bereits erfahren	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	k.A./ weiß nicht
<i>**Nichts, unser Angebot ist qualitativ bereits ausreichend auf die ZG eingestellt.</i>	ja	0,0	30,0	20,0	50,0	0,0
	nein	23,7	31,6	18,4	13,2	13,2
<i>Wir wollen uns aufgrund unseres bewährten Profils nicht weiter (bzw. gar nicht) für die ZG öffnen.</i>	ja	50,0	20,0	20,0	0,0	10,0
	nein	26,3	15,8	28,9	10,5	18,4
<i>Es bräuchte Investitionen in Bau oder Ausstattung, um den besonderen Bedarfen der ZG gerecht zu werden.</i>	ja	20,0	10,0	20,0	40,0	10,0
	nein	10,5	15,8	21,1	34,2	18,4
<i>Es bräuchte Investitionen in Personal (z. B. mehr/anderes Personal oder Fortbildungen), um den Bedarfen der ZG gerecht zu werden.</i>	ja	10,0	0,0	30,0	40,0	20,0
	nein	7,9	0,0	34,2	42,1	15,8
<i>ZG sucht für ihre Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen, mit denen wir nicht konkurrieren können/wollen.</i>	ja	20,0	30,0	10,0	10,0	30,0
	nein	7,9	10,5	34,2	18,4	28,9
<i>Maßnahmen für die ZG gehen mit erheblichen Aufwendungen einher, die nicht auskömmlich finanziert werden.</i>	ja	0,0	10,0	20,0	50,0	20,0
	nein	7,9	7,9	13,2	44,7	26,3
<i>Wir halten das aktuell im MGW Verbund vorhandene Angebot für die ZG für ausreichend.</i>	ja	30,0	10,0	0,0	0,0	60,0
	nein	13,2	23,7	5,3	2,6	55,3
<i>Unserer Einrichtung fehlt Erfahrung mit der ZG und ein Konzept eines für sie bedarfsgerechten Angebots.</i>	ja	30,0	20,0	20,0	10,0	20,0
	nein	13,2	18,4	26,3	21,1	21,1
<i>Es bräuchte die Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes, um den (vermutlich) besonderen Bedarfen der ZG gerecht zu werden.</i>	ja	10,0	10,0	20,0	30,0	30,0
	nein	13,2	5,3	34,2	26,3	21,1
<i>Die Qualitätskriterien des MGW enthalten im Hinblick auf die ZG Anforderungen, die wir nicht erfüllen wollen/können.</i>	ja	10,0	10,0	20,0	10,0	50,0
	nein	15,8	15,8	15,8	13,2	39,5

Quelle: Befragung der Einrichtungen, alle Angaben in Prozent, bezogen auf ja = 10 Einrichtungen, die Maßnahmen mit behinderten Begleitkindern (mit oder ohne Behandlungsbedarf) bereits umsetzten, oder nein = 38 Einrichtungen, auf die dies nicht zutrifft.

****signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen (p<0.050).**

Tabelle 57 Allgemeine Einschätzungen der Patientinnen und Patienten zum Ablauf der Maßnahme sowie zur Ausstattung Einrichtung

Trifft ...	... gar nicht zu	... eher nicht zu	... eher zu	... voll zu	k.A./weiß nicht
Die Organisation der Mahlzeiten war gut und das Essen fand in angenehmer Atmosphäre statt.	2,1	10,7	31,4	52,3	3,4
Die Gemeinschaftsräume (z. B. Teeküche, Fernsehraum, Aufenthaltsraum, Bibliothek) waren schön und praktisch eingerichtet.	2,4	12,4	44,4	38,0	2,7
Mein Zimmer/Appartement war schön und praktisch eingerichtet.	1,8	9,8	36,2	49,9	2,3
Es gab ausreichend Spielmöglichkeiten für die Kinder außerhalb der Betreuungszeiten (z. B. Spielplatz, frei zugängliches Spielzimmer).	6,7	11,5	30,2	42,8	8,8
Die Patientinnen und Patienten haben aufeinander Rücksicht genommen, Ruhezeiten wurden weitgehend eingehalten.	3,4	9,3	37,6	47,6	2,1
Ich habe schnell guten Kontakt zu anderen Teilnehmenden gefunden.	0,6	5,1	27,5	64,0	2,8

Quelle: Befragung der Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

Tabelle 58 Ablauf der Behandlung: Organisation der Maßnahme

Trifft ...	... gar nicht zu	... eher nicht zu	... eher zu	... voll zu	k.A./weiß nicht
Ich erhielt einen schriftlichen Plan über Therapien und Behandlungen.	0,3	0,8	6,6	90,1	2,3
Ich hatte eine feste Ansprechperson, an die ich mich wenden konnte.	4,1	16,8	29,8	46,7	2,6
Ich wurde bei der Freizeitgestaltung außerhalb der Behandlungszeiten unterstützt (z. B. Infos über Angebote vor Ort, Wochenendausflüge).	2,3	11,2	30,9	53,7	2,0
Angehörige wurden bereits während der Kur in die Behandlung einbezogen (z. B. durch Familienwochenenden oder spezifische Infomaterialien)	47,4	21,6	13,0	9,2	8,7
Die Behandlungen/Maßnahmen waren gleichmäßig über den Zeitraum der Kur verteilt.	2,3	10,1	34,5	51,3	1,8

Quelle: Befragung der Patientinnen und Patienten 2020, n=671, gewichtet, Angaben in Prozent

13.5 Anhang 5 Vertiefendes nur Nachsorge

Abbildung 38 Anzahl belastungsbezogener Nachsorgeempfehlungen während der Maßnahme im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation

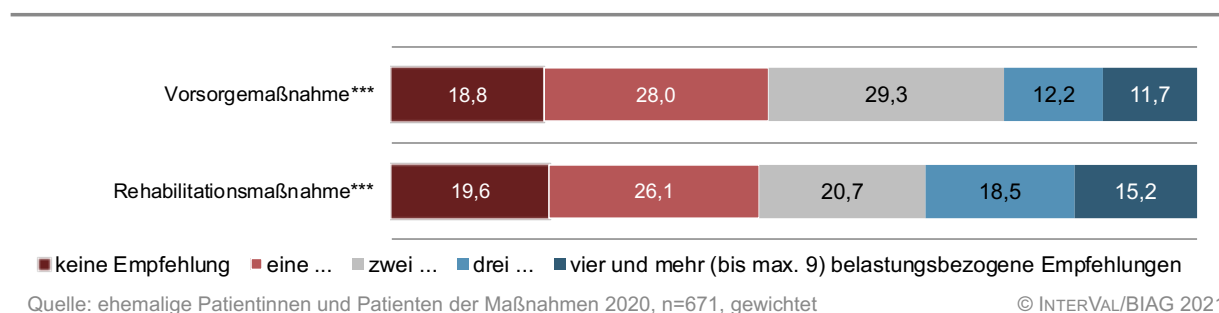


Abbildung 39 Anzahl gesundheitsbezogener Nachsorgeempfehlungen während der Maßnahme im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation

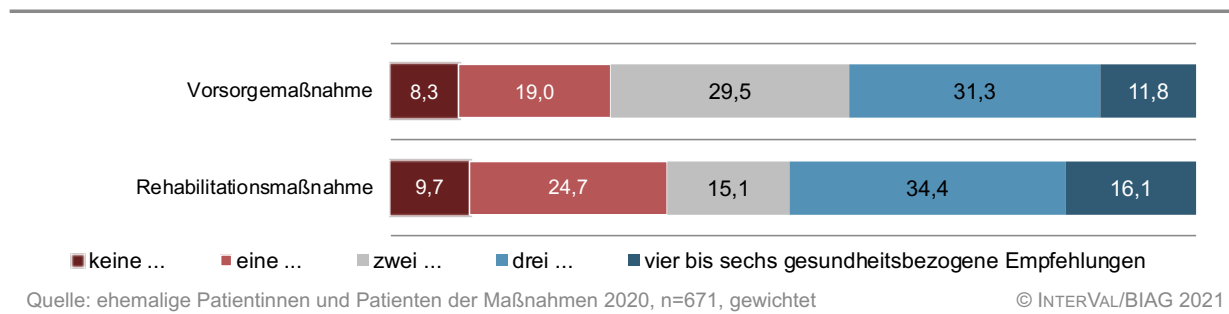
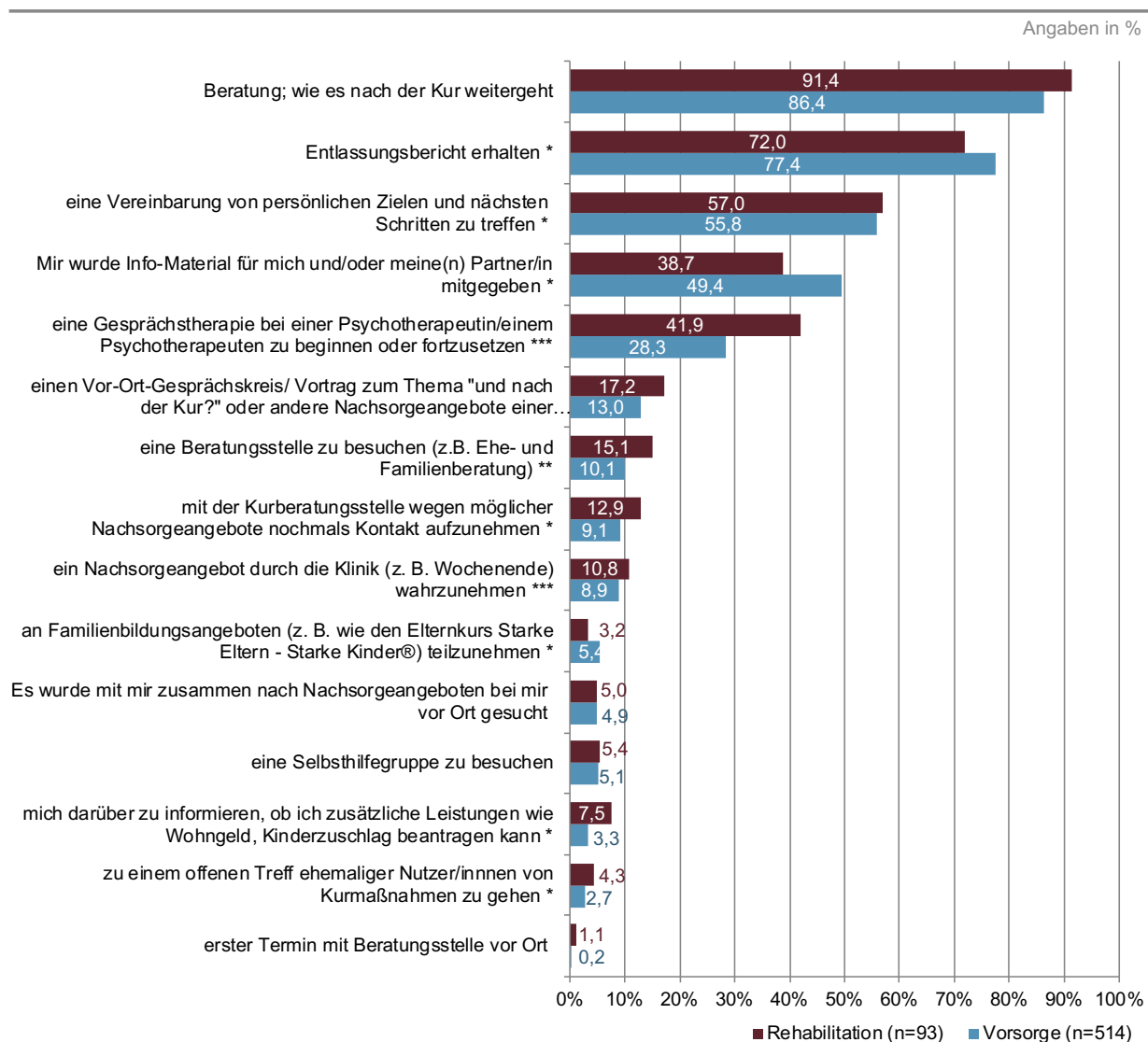


Abbildung 40 Empfohlene Nachsorgeangebote im Vergleich Vorsorge und Rehabilitation



Bereits bei der Sichtung erster Studien zeigt sich, dass die Annahme, Personen mit Nachsorgebedarf würden ohne Unterstützung bedarfsgerechte Angebote finden und nutzen oder vorhandene Nachsorgeangebote oder -anbieter würden sich ebenfalls ohne spezielle Anreize

potenziellen Nutzerinnen und Nutzern bedarfsbezogen präsentieren und sie in den Mittelpunkt ihrer koordinierten Aktivitäten stellen, falsch ist. Diese Studien oder Modellversuche, die oft daran etwas zu verändern suchen, bestätigen dies und könnten auch für Entwicklungen in dem in diesem Projekt untersuchten Versorgungsbereich hilfreich sein.

- Der Ausgangspunkt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten „NAVICARE-Verbundprojekt für patientenorientierte Versorgungsforschung an der Charité Berlin“ ist die unübersichtliche Fülle und mangels geeigneter Informationen unbekannter oder schwer zugänglicher Angebote für die altersassoziierten Erkrankungen Schlaganfall und Lungenkrebs in einer Großstadt. Die Lösung ist ein Patienten-Navigations-Modell mit einem NAVICARE- Versorgungsatlas für diese Erkrankungsarten und eine Reihe weiterer Interventionen.¹⁴⁹
- Das Modellprojekt „Bremer Initiative zur Stärkung frühkindlicher Entwicklung (BRISE)“¹⁵⁰ setzt an der Tatsache an, dass es für die Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern und damit auch für die Gesundheit und Belastungen von Müttern und Vätern zwar eine Reihe von Anbietern und Angeboten gibt, dies aber wegen ihrer Vielzahl häufig nicht als hilfreich erkennbar ist und sie nicht systematisch aufeinander abgestimmt sind bzw. tendenziell nebeneinanderher laufen¹⁵¹. Ziele des Projekts sind leicht zugängliche Informationen zu Angeboten „aus einer Hand“, die Bündelung der diversen Angebote und die Bildung von Anlaufstellen, die den Kontakt zu den Leistungen des Programms vermitteln. Das vom BMBF, der Jacobs Foundation und dem Land Bremen geförderte Projekt läuft vorerst bis 2024. Dann werden auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation durch die Universität Bremen vorliegen. Die Grundidee des Projekts kann aber bereits jetzt in Gemeinden mit vergleichbaren Strukturen auf ihre Übertragbarkeit für bedarfsgerechte und leichter zugängliche Nachsorgeangebote geprüft werden.
- Wie Erfahrungen mit der bundesweit in zahlreichen Kliniken eingesetzte Applikation „Caspar“¹⁵² für die Inanspruchnahme von Reha-Nachsorge im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung zeigen, kann auch eine Applikation bei der Kenntnis über Nachsorgeangebote und deren Nutzung hilfreich sein. Da ein Teil der Nutzerinnen und Nutzer von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen im Bereich der GKV jünger und damit auch digitale Kommunikationsinstrumente zu nutzen gewohnt ist, sollte die Möglichkeit einer kompletten oder teilweisen Replikation geprüft werden.

¹⁴⁹ Näheres unter <https://navicare.berlin/de/ressourcen-fuer-patienten/>

¹⁵⁰ Näheres unter www.brise-bremen.de

¹⁵¹ So sind im Bundesland Bremen drei senatorische Ressorts, nämlich die für Gesundheit, Bildung und Soziales, für diese Angebote zuständig.

¹⁵² „Caspar ist eine online Rehabilitationsplattform. Mit Hilfe der Software können medizinische Einrichtungen mit ihren Patientinnen und Patienten Therapiemaßnahmen - Übungen, Seminare, Schulungen und Vorträge - online durchführen. Unabhängig von Zeit und Ort. Mit unseren innovativen Therapiekonzepten stellen Sie sicher, dass Ihre Patientinnen und Patienten zu jeder Zeit in höchster Qualität vor, während und nach dem Klinikaufenthalt nachhaltig betreut werden. Das Ziel ist es, den Therapieerfolg langfristig zu sichern. Die Wirksamkeit der Tele-Reha-Nachsorge wurde durch eine DRV-Studie evaluiert: 97 % der Patientinnen und Patienten bewerteten Caspar Health positiv.“ Näheres unter (GOREHA GmbH, 2020) <https://www.caspar-health.com/>

13.6 Anhang 6 Vertiefende Angaben zu Wirkungen (QS-Reha für Kinder)

Tabelle 59 Effektstärken der Wirksamkeit der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen im QS-Reha-Verfahren für Kinder

<i>Kinder in den Mutter-/Vater-Maßnahmen</i>	<i>Bis 11 Jahre Rehabilitation 2019-20</i>	<i>Bis 11 Jahre Vorsorge 2019-20</i>	<i>Ab 12 Jahre Rehabilitation 2019-20</i>	<i>Ab 12 Jahre Vorsorge 2019-20</i>
<i>Körperliches Wohlbefinden</i>	0,46	0,47	0,10	0,23
<i>Seelisches Wohlbefinden</i>	0,51	0,50	0,08	-0,04
<i>Selbstwert</i>	0,37	0,36	0,20	-0,01
<i>Verhaltensauffälligkeiten</i>	0,49	0,49	0,17	0,14
<i>Prosoziales Verhalten</i>	0,17	0,23	0,08	0,01
<i>Quelle: (BQS 2020: S. 78ff.) (Indikator Cohens d-Wert)</i>				

Für die Effektstärken der Kinder zeigt sich in der Tabelle 59: Weder für Reha- noch Vorsorgemaßnahmen noch für unter und über zwölf Jahre alten Kinder gibt es bei einer der fünf gemessenen Qualitätsunterdimensionen eine große Effektstärke, sondern bei den unter Zwölfjährigen überwiegend mittlere und bei den über Zwölfjährigen nur kleine bzw. keine Effektstärken. Wo es für die Qualitätsunterdimensionen veröffentlichte Werte aus dem Jahr 2015-17 gibt, waren die Effektstärken ähnlich klein, überwiegend mittelgroß und nur selten groß.

13.7 Anhang 7 Hintergrund zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

13.7.1 Ergebnis eigener Befragungen von Einrichtungen und ehemaligen Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des MGW

Auswirkungen aus Sicht der Einrichtungen

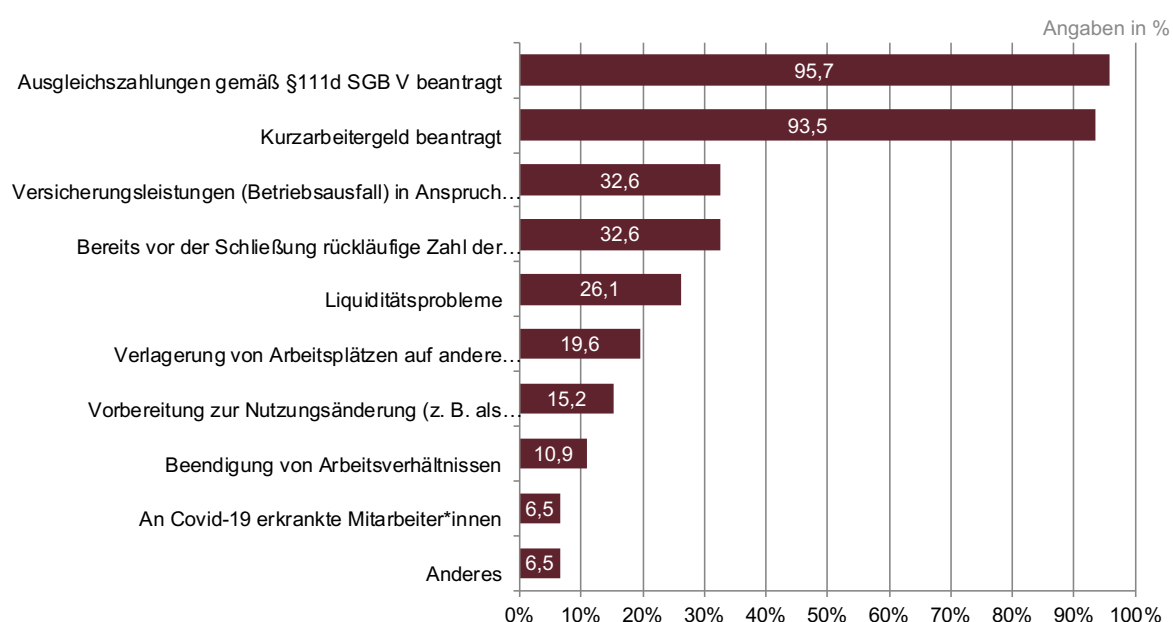
Auch für unsere Befragungen von Einrichtungen des MGW und ehemaligen Patientinnen und Patienten dieser Einrichtungen zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie gilt, dass sie im speziellen Zeitraum nach dem Höhepunkt der ersten Welle und des ersten Lockdowns durchgeführt wurden und die Ergebnisse daher möglicherweise nicht verallgemeinert oder linear fortgeschrieben werden können.

Von den befragten Einrichtungen war der Betrieb bis zum 20. März 2020 bereits in etwas über 50 % unterbrochen. Am 10. April 2020 war er dann bei 100 Prozent (n=45) unterbrochen.

Wiederum etwas mehr als 50 Prozent der Einrichtungen wollten ihren unterbrochenen Betrieb voraussichtlich wieder bis zum 16. Juni 2020 aufnehmen. Eine der 46 hierüber Auskunft gebenden Einrichtungen gab aber auch den 2. Dezember 2020 als voraussichtlichen Termin für den Weiterbetrieb an.

Fast alle der 45 befragten Einrichtungen sind oder fühlten sich am meisten durch die Beantragung von Kurzarbeitergeld und der Ausgleichszahlungen gemäß § 111d SGB V betroffen. Rund ein Drittel der Einrichtungen sah sich aber auch bereits vor der Schließung durch rückläufige Zahl der Patientinnen und Patienten und die notwendige Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wegen Betriebsausfall betroffen. Am kleinsten war der Anteil der Einrichtungen in denen es an Covid-19 erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gab.

Abbildung 41 Inwieweit/wodurch ist Ihre Einrichtung von der Corona-Epidemie betroffen?



Quelle: Befragung Einrichtungen 2020, n=42, Mehrfachangaben

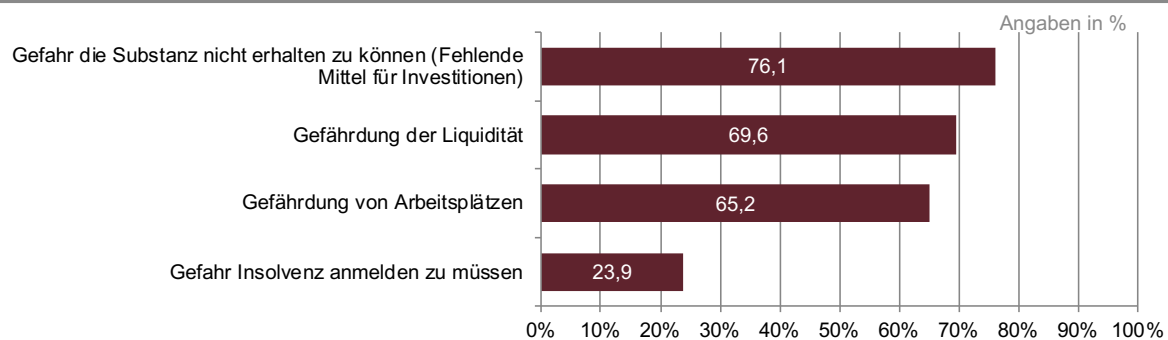
© INTERVAL/BIAG 2021

In offenen Anmerkungen gaben einige Einrichtungen noch an, wodurch sie sich zusätzlich betroffen sahen. Genannt wurden folgende Bedingungen:

- „Durch Hygienekonzept mit örtlichem Gesundheitsamt und landesspezifische Regelungen abgestimmt kann unsere Klinik nur zu max. 50-70 % belegt werden (je nach aktuellem Pandemiegeschehen). eine wirtschaftliche Unternehmensführung kann mit den aktuellen Tagessätzen selbst bei 100% Auslastung nicht gewährleistet werden. Personal kann durch teilweise sehr viel aufwändigeren Patientenbetreuung kaum entsprechend reduziert werden. Ab Oktober 2020 werden daher deutliche Liquiditätsengpässe entstehen.“
- „Investitionen können wegen Umsatzeinbrüchen nicht getätigt werden. Zusätzliche Investitionen aufgrund von vorgeschriebenen Infektionsschutzmaßnahmen. Weniger Patienten. Rückläufige Antragszahlen.“
- „Nach Wiedereröffnung Absagen aus Angst vor Erkrankung oder Bedenken, weg von zu Hause eventuell in Quarantäne zu müssen.“

Rund drei Viertel der Einrichtungen sahen sich durch die Pandemie langfristig u. a. wegen der fehlenden Mittel für Investitionen gefährdet. Noch rund zwei Drittel sahen sich durch schwindende Liquidität und die u. a. dadurch gefährdeten Arbeitsplätze gefährdet. Trotzdem befürchteten „nur“ ein knappes Viertel der Einrichtungen, Insolvenz anmelden zu müssen.

Abbildung 42 Wo sehen Sie Ihre Einrichtung durch die Corona-Epidemie gefährdet?

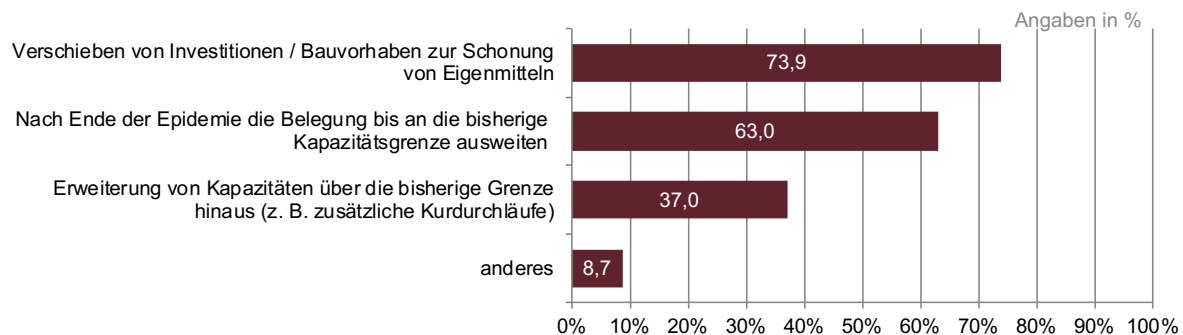


Quelle: Befragung Einrichtungen 2020, n=42, Mehrfachangaben

© INTERVAL/BIAG 2021

Insgesamt sahen zwischen knapp zwei Drittel und drei Viertel der Einrichtungen aber Möglichkeiten die Folgen der aktuellen Belastungen durch die künftige Vollausslastung ihrer Kapazitäten und durch das Verschieben von Investitionen abfedern zu können. Die akuten Belastungen durch eine künftige Erweiterung der Kapazitäten abfedern zu können, betrachtete aber nur etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen als möglich.

Abbildung 43 Welche Möglichkeit hat Ihre Einrichtung, aktuelle Belastungen der Corona-Pandemie später abzufedern?



Quelle: Befragung Einrichtungen 2020, n=42, Mehrfachangaben

© INTERVAL/BIAG 2021

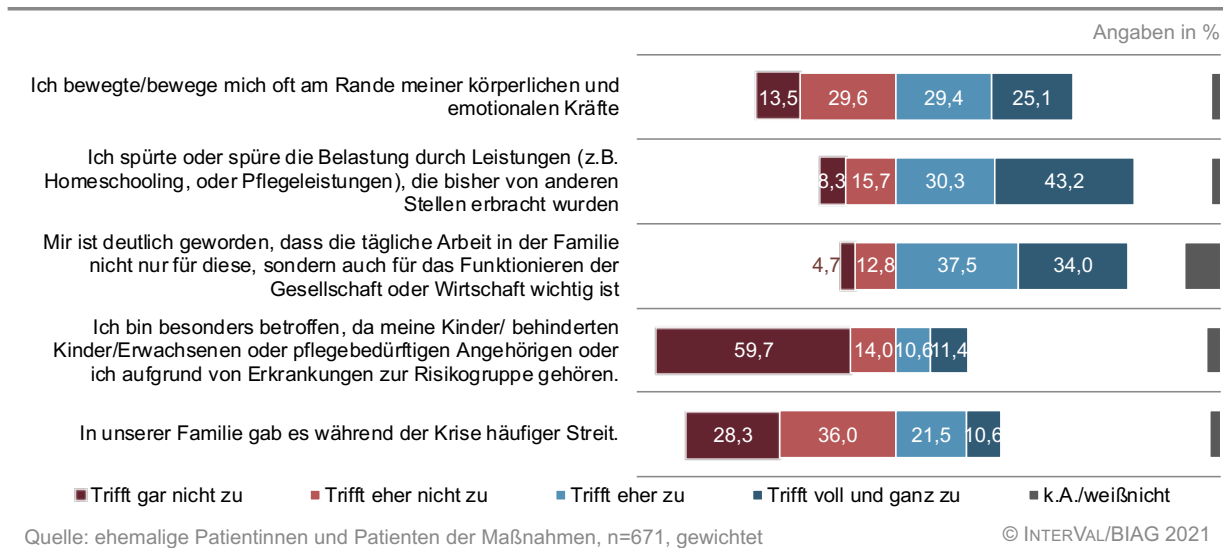
Als weitere Abfederungsmöglichkeiten gaben unter der Voraussetzung des Schutzschirms und des Kurzarbeitergelds einige Einrichtungen den möglichen Lastenausgleich in Einrichtungen mit mehreren Häusern, den schonenden Ressourceneinsatz, die Nichtbesetzung von offenen Stellen und das Aussetzen von Fremddienstleistungen. Eine Einrichtung war sich aber sicher, die Verluste nicht aufholen zu können.

Auswirkungen aus Sicht der ehemaligen Rehabilitations- und Vorsorge-Patientinnen und Patienten

Von den 671 befragten ehemaligen Rehabilitations- und Vorsorge-Patientinnen und Patienten fühlten sich aktuell 73 Prozent durch Homeschooling, Kinderbetreuung und weitere Care-Arbeiten, die bisher von anderen außerhäuslichen Stellen erbracht wurden, stark betroffen (Antwortmöglichkeiten trifft eher oder voll und ganz zu). 54 Prozent hielten es auch für eher oder voll und ganz zutreffend, sich am Rande ihrer körperlichen und emotionalen Kräfte zu bewegen – und dies nur wenige Monate nach Beendigung einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme. Am kleinsten waren mit 32 Prozent und 22 Prozent die Anteile der Befragten, die sich durch häufigen Streit in der Familie oder durch Angehörige von Risikogruppen in ihrem Haushalt betroffen fühlten.

Dass 72 Prozent der Befragten deutlich geworden ist, dass die tägliche Arbeit in der Familie nicht nur für diese, sondern auch die Gesellschaft wichtig ist, hat zwei Seiten. Einerseits ist diese mit akuten Belastungen verbundene Einsicht eher belastend. Andererseits könnte es spätestens nach Ende der akuten Pandemie zu einer wertschätzenden Haltung gegenüber der häuslichen Care-Arbeit führen und zu konkreten entlastenden Maßnahmen der Sozial- und Familienpolitik führen.

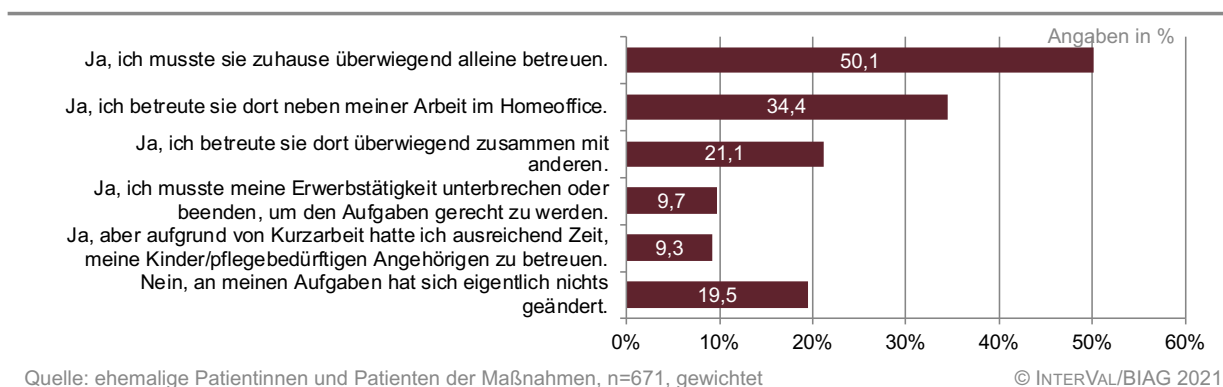
Abbildung 44 Wie stark fühlen Sie sich aktuell durch die Corona-Pandemie betroffen?



Auf die Frage, ob sie wegen der Schließung verschiedener Einrichtungen (u. a. Kitas, Schulen, Einrichtungen der Tagespflege) Aufgaben welcher Art übernehmen mussten, sagten knapp 20 Prozent, es habe sich bei ihren Aufgaben nichts geändert, rund 50 Prozent mussten aber Personen, die die genannten Einrichtungen nicht mehr besuchen konnten, zuhause überwiegend alleine betreuen und etwas mehr als ein Drittel machten dies neben ihrer Arbeit im Homeoffice. Immerhin rund ein Fünftel der Befragten betreuten z. B. ihre Kinder zusammen mit anderen. Nur für etwas weniger als zehn Prozent erleichterte Kurzarbeit die häusliche Care-Arbeit. Ebenfalls knapp zehn Prozent mussten aber dafür auch ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen oder beenden.

Interessant ist, dass es weder nach Geschlecht noch nach anderen Merkmalen signifikante Unterschiede bei den Antworten zur Betroffenheit durch und der Bewältigung der pandemischen Situation gab.

Abbildung 45 Mussten Sie wegen der Schließung von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, Schulen, Horts, Pflegediensten, Einrichtungen der Tagespflege etc. zusätzliche Aufgaben für Kinder und/oder Angehörige übernehmen?



13.7.2 Ausgewählte nationale Studien zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Schwerpunkt Gesundheitliche Auswirkungen

Die auch im weiteren Verlauf der Pandemie und nach dem Ende ihrer akut-kritischen Phase¹⁵³ wichtigste deutsche Quelle zur Identifikation von gesundheitlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie ist die „NAKO (früher Nationale Kohorte) Gesundheitsstudie“. In dieser seit 2014 für 20 Jahre angelegten Studie aus Befragungen und medizinischen Untersuchungen sind in einer ersten Untersuchungswelle vor der Pandemie der Gesundheitszustand und zahlreiche weitere bio-psychosoziale Merkmale von 205.219 zufällig und bevölkerungsrepräsentativ einbezogenen Personen zwischen 20 und 74 Jahren erhoben worden.

Im Mai 2020 wurde bei diesen Personen eine spezielle Covid-19-Befragung mit denselben Fragen durchgeführt, die bereits vor der Pandemie gestellt worden waren. Damit ist die NAKO Gesundheitsstudie die „einzige deutschland-weite Kohortenstudie, in der aktuelle Daten zur Gesundheit in der Bevölkerung in Deutschland unmittelbar vor und zu Beginn der Pandemie vorliegen“, so Prof. Dr. Annette Peters, NAKO Vorstandsvorsitzende und Direktorin des Instituts für Epidemiologie am Helmholtz Zentrum München.

An der Covid-19-Befragung beteiligten sich 113.928 Männer und Frauen, die bei der Basisuntersuchung ein bis fünf Jahre zuvor im Alter zwischen 20 und 74 Jahren gewesen waren (53 %). Die Befragung umfasste Angaben zum SARS-CoV-2-Teststatus, zu COVID-19-assoziierten Symptomen und zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand.

Die wichtigsten Ergebnisse lauten: Ein selbstangegebener SARS-CoV-2-Test lag bei 4,6 Prozent der Probanden vor und 344 Teilnehmende (0,3 %) berichteten ein positives Testergebnis. Depressions- und angstassoziierte Symptome nahmen im Vergleich zur Basisuntersuchung vor Beginn der Pandemie nur bei Teilnehmenden unter 60 Jahren zu, insbesondere bei jungen Frauen. Moderat bis schwer ausgeprägte depressive Symptome erhöhten sich von 6,4 auf 8,8 Prozent. Der wahrgenommene Stress stieg in allen Altersgruppen bei beiden Geschlechtern und ebenfalls vor allem bei jungen Menschen an. Bei den SARS-CoV-2-getesteten Teilnehmenden verschlechterten sich die Skalenwerte für psychische und selbsteingeschätzte Gesundheit im Vergleich zu den Nichtgetesteten. Allerdings verbesserte sich die selbsteingeschätzte Gesundheit auch bei 32 Prozent der Teilnehmenden (alle Angaben nach Peters et al. 2020).

¹⁵³ Das Ende der offiziell durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgerufenen Pandemie bedeutet mit Sicherheit nicht das Verschwinden des Sars CoV-2-Virus und damit das Verschwinden von Covid-19. Es ist angesichts der ungleichen Verteilung von Impfstoffen zwischen Industrie- und Entwicklungsländern und den dadurch erheblich verschobenen Zeitpunkten der Immunisierung durch Impfen sogar wahrscheinlich, dass regionale oder sogar ganze Erdteile umfassende Covid-19-Epidemien noch lange existieren und auch durch dort entstehende Mutanten ein potenzielles Risiko für andere Regionen und Erdteile droht. Zu bedenken ist auch, dass in der Vergangenheit mit dem Pockenvirus nur ein einziges epidemisches oder pandemisches Virus völlig verschwand. Und selbst dieses Virus existiert für den Fall eines nicht auszuschließenden erneuten Ausbruchs und dem dann vorhandenen Bedarf an Viren zur Produktion von Impfstoffen noch in wenigen Hochsicherheitslabors.

Auch bei dieser Studie ist gesichert, dass weitere vergleichbare Befragungen den weiteren Verlauf der Pandemie begleiten werden. Durch den Vergleich von Werten nach dem Ende der Pandemie mit denen vor der Pandemie können dann die Pandemieauswirkungen auf den gesamten Gesundheitszustand ermittelt werden.

Die „Corona-Monitoring“ oder „RKI-SOEP-Studie“ ist nach ihrem im Februar 2021 veröffentlichten Studienprotokoll zunächst und vorrangig eine „seroepidemiologische“ Studie, welche durch entsprechende Tests in einer repräsentativen Stichprobe von über 30.000 Personen den vollständigen Anteil der Bevölkerung bestimmen soll, der bisher mit Sars-CoV-2 infiziert worden ist. Da viele der Infektionen symptomlos verlaufen, ist derzeit von einer Untererfassung des Infektionsgeschehens auszugehen.

Hinzu kommt aber, und deshalb wird diese Studie auch hier vorgestellt, dass sie „durch die Verknüpfung mit bereits vorhandenen SOEP-Daten (...) das Potenzial (hat), auch soziale und gesundheitsbezogene Unterschiede im Infektionsstatus zu untersuchen. So kann die Studie zu einem verbesserten Verständnis des Ausmaßes der Epidemie in Deutschland wie auch zur Identifikation von Zielgruppen für den Infektionsschutz beitragen.“ (Hoebel et al. 2021, S. 2)

Einen Überblick zur Methodik und zu den künftig zu erwartenden Ergebnissen liefert das im Februar 2021 veröffentlichte Studienprotokoll (Hoebel et al. 2021)

Schwerpunkt Auswirkungen auf Familie/Eltern

Die seit 12.3. 2020 (noch unter dem Namen „Corona-Trend“) und verstärkt seit dem 22.9. 2020 laufende „Corona-COMPASS (Corona-Online-Meinungs-Panel-Survey-Spezial)-Befragung“¹⁵⁴ von Infratest Dimap „misst die Wahrnehmung von Einschränkungen in der Pandemie und schließlich die Auswirkungen auf politische Überzeugungen und Einstellungen allgemein“. Auf der Basis der COMPASS-Daten erstellt das „Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) seinen „FamilienMonitor_Corona“. Er „ermöglicht (...) es, das Wohlbefinden differenziert für Mütter und Väter, für Familien mit jüngeren und älteren Kindern und nach dem Bildungsabschluss der Eltern zu betrachten.“ Dies geschieht nahezu in Echtzeit.

Neben zahlreichen Veröffentlichungen im Jahr 2020 (z. B. DIW-Wochenbericht 30/31/2020: Wohlbefinden von Familien in Zeiten von Corona: Eltern mit jungen Kindern am stärksten beeinträchtigt – Huebner et al. 2020) und 2021 (z. B. Kein „Entweder-oder“: Eltern sorgen sich im Lockdown um Bildung und Gesundheit ihrer Kinder - Huebner et al. 2021) sind zwischen dem 1.2.2021 (Thema: Jedes zweite Elternteil macht sich große Sorgen um Bildung und Zukunft der Kinder¹⁵⁵) und dem 6.4.2021 (Thema: Schulschließungen verlieren unter Eltern weiter an Zustimmung¹⁵⁶) schon 6 familienbezogene Berichte erschienen.

¹⁵⁴ Siegel N A und Wagner G G (2021)

¹⁵⁵ Huebner M (2021a)

¹⁵⁶ Huebner M (2021b)

Über die besonderen Bedingungen von Eltern liefert die Studie „Eltern während der Corona-Krise“ des „Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung BiB“) Informationen. Sie nutzt darunter in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt Daten aus Sonderauswertungen des aktuellen Mikrozensus aus dem Jahr 2018 und zum Vergleich Daten der Teilnehmer*innen der Mannheimer Coronastudie bzw. des German Internet Panels (GIP). Die erste Veröffentlichung fasst ihre Ergebnisse mit der Überschrift „Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen“ zusammen (Bujard et al. 2020).

Da das GIP ständig Daten erhebt, wird es in Kürze auch weitere Daten zum Verlauf der Auswirkungen der Pandemie auf die Eltern geben.

Als eine seit 1984 und damit als älteste in Deutschland jährlich durchgeführte Panel-Studie erhebt das „Sozio-oekonomische Panel (SOEP)“ auf Individual- und Haushaltsebene soziodemografische Charakteristika (Haushaltszusammensetzung, Wohnort, Alter und Geschlecht der Haushaltsmitglieder, Einkommen etc.), Informationen zum Erwerbsstatus (Arbeitszeit, Branche, Erwerbseinkommen, Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb etc.) sowie Daten zu Gesundheit, Sorgen oder Lebenszufriedenheit. Seit April 2020 befasst sich die zusätzliche, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte SOEP-CoV-Studie¹⁵⁷ mit den sozio-ökonomischen Faktoren und Folgen der Verbreitung des Coronavirus in Deutschland und dabei u.a. auch mit der Lebenssituation von Familien.

Für SOEP-CoV wurde im April 2020 eine Stichprobe aus dem SOEP-Panel von mehr als 12.000 Personen aus rund 6.700 Haushalten telefonisch interviewt. Und: „Eine zweite Befragung wird stattfinden, wenn die Infektionsrate deutlich rückläufig ist“, also wahrscheinlich im Laufe des Jahres 2021. Da SOEP-CoV im Rahmen des SOEP stattfindet, sind auch hier Vergleiche mit der Zeit vor der Pandemie möglich und ermöglichen am genauesten die Art und das Ausmaß von gesundheitlichen und sozialen Veränderungen durch die Pandemie.

Über einen Link (<https://soep-cov.de/Berichte/>) erhält man Zugang zu den zum jeweiligen Zeitpunkt mit den SOEP-CoV-Daten erstellten und veröffentlichten Studienberichten.

Was dort an Erkenntnissen zu erwarten ist, zeigt exemplarisch ein Blick in eine Studie zur Kinderbetreuung unter Pandemiebedingungen. Dort heißt es u.a.: „Während des Lockdowns im April und Mai 2020 haben die Mütter mehr Zeit für die Kinderbetreuung aufgewendet als die Väter. Während sie ihre Kinder im Alter von bis zu elf Jahren werktags durchschnittlich 9,6 Stunden lang betreut haben, taten die Väter dies 5,3 Stunden lang. 2019 brachten Mütter durchschnittlich 6,7 Stunden und Väter 2,8 Stunden für die Kinderbetreuung auf. Somit ist coronabedingt die durchschnittliche Betreuungszeit bei den Müttern um 2,9 Stunden und bei den Vätern um 2,5 Stunden gestiegen. Das zeigen Auswertungen der ersten vier Teilstichproben der SOEP-CoV-Studie sowie Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)² aus dem Jahr 2019. Allerdings hat die Kinderbetreuungszeit der Väter während des Lockdowns im Vergleich zum Vorjahr überproportional stark zugenommen. Sie verbrachten im Mittel 89 Prozent mehr

¹⁵⁷ Siehe ausführlich zu dieser Studie Kühne et al. (2020) und zu Studiendetails <https://soep-cov.de/>

Zeit mit Kinderbetreuung als im Vorjahr. Bei den Müttern waren es im Mittel 43 Prozent. Dies kann als eine positive Entwicklung im Sinne einer stärkeren Einbindung der Männer in die Kinderbetreuung gesehen werden.“ (Zinn et al. 2020: S. 1)

Weitere im Laufe des Jahres 2020 veröffentlichte Studienergebnisse liegen z. B. zu den Themen „SchülerInnen in Corona-Zeiten: Teils deutliche Unterschiede im Zugang zu Lernmaterial nach Schultypen und -trägern“, „Subjektive Belastung der Eltern durch Schulschließungen zu Zeiten des Corona-bedingten Lockdowns“ oder „Erwerbstätige sind vor dem Covid-19-Virus nicht alle gleich“ vor.

Die im Auftrag des BMFSFJ vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführte repräsentative Befragungsstudie „Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe. Ergebnisse einer repräsentativen Elternbefragung im April und Mai 2020“¹⁵⁸ liefert zwar lediglich Antworten über die Situation zum Ende des ersten Lockdowns, diese sind aber sehr differenziert.

Die wichtigsten Antworten der 1.493 befragten Eltern mit Kindern unter 15 Jahren lauten:

- 59 Prozent gaben an, ganz gut durch die Krise gekommen zu sein. Dieser Anteil schwankte aber zwischen 66 Prozent bei Eltern mit hohem und 49 Prozent bei Eltern mit niedrigen sozioökonomischen Status.
- Das Verhalten der Arbeitgeberinnen und -geber bezeichneten 54 Prozent der Befragten als zuvorkommend.
- Die Aufteilung der Betreuung der Kinder hat sich für 59 Prozent der Eltern nicht verändert, bei 21 Prozent ist sie ungleicher geworden aber bei 20 Prozent wurde sie auch partnerschaftlicher.
- Danach gefragt welche Art von Unterstützung sie sich wünschen, nennen 31 Prozent der Eltern finanzielle Unterstützung (Alleinerziehende 39 %) und deutlich mehr von ihnen die schnelle Wiedereröffnung von Kitas, Schulen und Freizeiteinrichtungen.

Auswirkungen auf Frauen/Mütter

Um mehr darüber zu erfahren, „welche konkreten Auswirkungen die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auf die Arbeitssituation und das Familienleben der Menschen in Deutschland hat“ organisierte das Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) eine Onlinepanel-Befragung zum „Corona-Alltag“¹⁵⁹. 2020 wurden in drei Wellen 14.754 (23. März bis 10. Mai 2020); 7.574 (20. April bis 14. Juni 2020) und 6.397 (August 2020) Personen befragt.

Auf der Basis dieser Daten sind bisher (letzter Zugriff auf die Übersicht am 7.4. 2021) folgende Projekte abgeschlossen (WZB 2021): „Zwischen Liebe und Wirtschaftlichkeit - Entstehung, Organisation und Folgen professioneller Fürsorgearbeit“, „Changing Societies - Neue Evaluations-

¹⁵⁸ BMFSFJ (Hrg.) (2020)

¹⁵⁹ Alles weitere über <https://wzb.eu/de/forschung/dynamiken-sozialer-ungleichheiten/arbeit-und-fuersorge/corona-alltag>

und Beurteilungsrahmen zentraler gesellschaftlicher Veränderungen“ und „Betriebliche Gelingensbedingungen einer partnerschaftlichen Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit“.

Die noch laufenden Projekte beschäftigen sich mit den folgenden Themen: „Die Auswirkungen von COVID-19 auf die wirtschaftliche und soziale Situation von Frauen in Berlin“, „Who cares? Bezahlte und unbezahlte Fürsorgearbeit“, „Fifty-Fifty? Betriebliche und politische Rahmenbedingungen egalitärer Erwerbsarbeits- und Familienzeiten“ und „Wer kümmert sich um Oma? Eine empirische Erprobung des Respondent-Driven Sampling am Beispiel der häuslichen Pflege“. Ein Promotionskolleg beschäftigt sich mit dem Thema „Gute Arbeit: Ansätze zur Gestaltung der Arbeitswelt von morgen“.

Eine unter dem Schlagwort „entsetzliche Retraditionalisierung“ (WZB-Präsidentin J. Allmendinger) bekannt gewordene und intensiv diskutierte Pandemiefolge ist die Geschlechterungleichheit. Die dazu vorliegenden Ergebnisse aus den drei bisherigen Befragungen fasst ein WZB-Bericht so zusammen: „Die Analysen deuten eher auf eine Zunahme als auf eine Verringerung der Geschlechterungleichheit während der Pandemie hin, von der insbesondere Eltern betroffen waren. Viele der beobachteten Ungleichheiten schwächten sich gegen Ende des Lockdowns wieder ab. Welche Folgen die Pandemie jedoch langfristig für Geschlechterungleichheiten in bezahlter und unbezahlter Arbeit haben wird, wird sich erst in einigen Jahren zeigen und hängt vom weiteren Verlauf der Pandemie sowie den sozialpolitischen Weichenstellungen ab, die jetzt getroffen werden. Trotz aller Fortschritte in den Bereichen Gleichstellung und Vereinbarung von Familie und Beruf zeigte sich zu Beginn der Pandemie, wie stark tradierte Geschlechterrollen in unserer Gesellschaft verinnerlicht sind. Ohne Zögern wurde die Verantwortung für Kinderbetreuung und Hausunterricht den Familien überlassen. Einem solchen Vorgehen liegt die Logik des Hausfrauenmodells zugrunde, das an der Lebensrealität des mittlerweile dominanten Modells von Zwei-Verdienerpaaren vorbei und zulasten von Eltern, insbesondere von Müttern ging. Unbezahlte Arbeit ist nach wie vor unsichtbar und wenig anerkannt.“ (Büning/Hipp 2020, S. 23)

Schwerpunkt Auswirkungen auf Kinder

Die von Wissenschaftler*innen des „Deutschen Jugendinstituts (DJI)“ durchgeführte Studie „Kindsein in Zeiten von Corona“ ist zwar keine Längsschnittstudie, aber dafür eine methodisch wichtige Kombination aus quantitativen Befragungen und qualitativen Interviews mit Betroffenen.

Für die Studie wurden von Ende April bis Ende Mai 2020 12.628 Eltern mit Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren befragt, „um herauszufinden, wie Kinder die Corona-Krise erleben und bewältigen.“ Dem folgten von Ende Mai bis Anfang Juni mündliche Interviews mit 21 Eltern und ihren Kindern.

Zu den wichtigsten Erkenntnissen zählen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler: „Mehr Zeit in den Familien und Großeltern helfen bei der Betreuung der Kinder, nur wenige Kinder in der Notbetreuung und nur seltener Kontakt zu Fach- und Lehrkräfte; Herausforderung Homeschooling, Anstieg der Nutzung digitaler Medien, mehr Konflikte und Chaos im

Familienklima und wichtig für das Wohlbefinden der Kinder: auf die Familie kommt es an; aber auch der Kontakt zu Kindergarten und Schule hilft.“

Um Anti-Pandemiemaßnahmen besser bewältigen zu können und evtl. auch andere Maßnahmen entwickeln zu können, plädieren die Studienautor*innen für eine spezielle Beteiligung von Kindern und Jugendlichen.

Nachdem sich zeigte, „dass es viele Familien und Kinder gibt, die relativ gut zurechtkommen“, kommen die Studienautor*innen zu dem für ihre aber auch viele andere Studien wichtigen methodischen Schluss, es ließe sich „nicht ausschließen, dass eher die Familien, die die Krise relativ gut bewältigen konnten an dieser Befragung teilgenommen haben, so dass wir die Probleme vieler Eltern und Kinder unterschätzen.“ (Langmeyer et al. 2020)

Ein sehr differenziertes Bild über die Pandemiefolgen für die Betreuung von Kindern, darunter insbesondere von schulpflichtigen vierzehnjährigen und jüngeren Kindern, liefert die größte längsschnittliche Bildungsumfrage Deutschlands, das „Nationale Bildungspanel (NEPS)“¹⁶⁰ des Leibniz-Instituts für Bildungsverläufe. Dazu wurden zwischen dem 15. Mai und dem 22. Juni 2020, also einem Zeitraum in dem Schulen und Kindertagesstätten weitgehend geschlossen waren, Zusatzbefragungen zu den üblichen Befragungen gestellt.

Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf Zusatzbefragungen der Startkohorten (SC) zwei, fünf und sechs des Nationalen Bildungspanels (NEPS) zur Corona-Krise. Die Zusatzbefragungen wurden zwischen dem 15. Mai und 22. Juni 2020 durchgeführt, also in einem Zeitraum, in dem der Besuch von Schulen und Kindertagesstätten weiterhin kaum oder nur sehr eingeschränkt möglich war.

Die bisher 5 veröffentlichten Berichten¹⁶¹ liefern Informationen zu den Themen Lernen im Lockdown: Welche Voraussetzungen helfen Schülerinnen und Schülern? Die Bedeutsamkeit der Lesekompetenz, des Interesses an Lerninhalten und der Anstrengungsbereitschaft für die Bewältigung des Lernens zuhause, Zufriedenheit in unruhigen Zeiten: Welche Rolle die Kommunikation zwischen Eltern und Schulen während der Schulschließungen gespielt hat: Einschätzungen von Eltern zur Unterstützung durch die Schule und zum Lernerfolg ihrer Kinder während des Lockdowns, Welche Rolle spielen Bildungsunterschiede?, Corona-bedingte Schulschließungen – ... und nun funktioniert alles digital? Wie Eltern mit Kindern in der 8. Klasse die Zeit der Schulschließungen in Deutschland erlebt haben und Kinderbetreuung in der Corona-Krise: Wer betreut, wenn Schulen und Kitas schließen? Wie der berufliche Alltag von erwerbstätigen Eltern die Kinderbetreuung während des Lockdowns beeinflusst hat.

Neben der auch bereits aus anderen Studien bekannten Haupteckdaten, dass Kinderbetreuung zu Hause unter Pandemiebedingungen meist allein Frauen-/Müttersache war (Anteil allein betreuende Mütter maximal 33 % und allein betreuende Väter maximal 9 %), gab es zwei unerwartete Ergebnisse: Fast ein Drittel der Schulkinder unter 14 Jahren mussten überwiegend

¹⁶⁰ LifBi (o.D.)

¹⁶¹ alle über den Link https://www.neps-data.de/Datenzentrum/Publikationen#year_2021 komplett erhältlich

selbst auf sich aufpassen und knapp ein Drittel der befragten Eltern konnten ihre Kinder nicht im Homeschooling unterstützen.

Da weitere NEPS-Befragungswellen geplant sind und wahrscheinlich auch weitere Zusatzbefragungen, lassen sich Veränderungen im Kinderbetreuungsalltag unter sich ebenfalls verändernden Pandemiebedingungen mit Hilfe der NEPS-Daten erkennen. Der „wissenschaftlichen Gemeinschaft“ stellt das NEPS seine Daten auch „für empirische Analysen in Form von Scientific-Use-Files zur Verfügung“.

Die Studie „Corona und Psyche (Copsy)“ „ist die erste deutschlandweite repräsentative Studie, welche die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie untersucht. Die Ergebnisse werden mit denen der repräsentativen longitudinalen BELLA-Studie aus der Zeit vor der Pandemie verglichen“ (Selbstdarstellung).

Während der Pandemie wurden vom 26.05. bis zum 10.06.2020 1.586 Eltern mit 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen befragt. 1.040 der 11- bis 17-Jährigen machten auch Selbstangaben. Eingeladen waren zur Teilnahme an der Studie anfänglich 3.597 Familien, von denen rund 56 % aber nicht teilnahmen. Trotz eines Gewichtungsfaktors, der die soziodemographische Struktur der Studiengruppe an die der Bevölkerung angleicht, bleibt die Frage, woran der hohe Anteil der Nichtteilnehmer liegt und ob dies evtl. bestimmte Eltern- oder Familientypen und deren Erfahrungen mit der Pandemie ausschließt.

Die Ergebnisse lauten: „71 % der Kinder und Jugendlichen und 75 % der Eltern fühlten sich durch die erste Welle der Pandemie belastet. Im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie gaben die Kinder und Jugendlichen eine geminderte Lebensqualität an, der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten hat sich in etwa verdoppelt und ihr Gesundheitsverhalten hat sich verschlechtert. Sozial benachteiligte Kinder erlebten die Belastungen durch die Pandemie besonders stark. Zwei Drittel der Eltern wünschten sich Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind.“

Im Präventionsradar 2021 der Krankenkasse DAK-Gesundheit ergab die Befragung von bundesweit 14.287 Schülern in 90 Schulen und 897 der Klassen fünf bis zehn, dass ihre Lebenszufriedenheit unter den Bedingungen der Pandemie um rund 20 Prozent im Vergleich zu der Situation vor der Corona-Krise gesunken ist. Die emotionalen Probleme nahmen vor allem bei Mädchen, stark zu. 23 Prozent gaben aktuell Symptome depressiver Störungen wie Traurigkeit, geringes Selbstwertgefühl, Interessensverlust und sozialen Rückzug an. Im Vorjahr waren es lediglich 18 Prozent (Hanewinkel et al. 2021).

Einen gründlichen, auf sieben methodisch hochwertige Studien aus den USA, Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland gestützten Überblick über die Auswirkungen von Schulschließungen auf die Lernleistungen und damit auch auf die längerfristige Lebensqualität, bietet der noch nicht veröffentlichte aber nach der abschließenden Begutachtung durch

Reviewer frei erhältliche¹⁶² „Rapid Review“ „Effects of Pandemic-Related School Closures on Pupils’ Performance and Learning: A Rapid Review“ (Zierer 2021a) des Schulpädagogen Klaus Zierer von der Universität Augsburg. Die wesentlichen Ergebnisse dieses Reviews und einer Meta-Analyse der Lernleistungen von über 600.000 Lernenden in den Niederlanden, den USA und der Schweiz liegen auch als Gastbeitrag des Wissenschaftlers in der Süddeutschen Zeitung (Zierer 2021) vor. Danach führten die durchschnittlich achtwöchigen Schulschließungen im Frühjahr 2020 bei Lernenden in der Primarstufe zu einem Rückgang der Lernleistungen in den Fächern Mathematik und Muttersprache, der dem Verlust eines halben Schuljahrs entspricht. Der Verlust ist also größer als die Dauer der Schließung selbst. Während sich Alter, Geschlecht und Leistungsstand nicht auf die Lernrückstände auswirkten, „sind ethnische Minderheiten sowie einkommensschwache Familien“ am meisten betroffen: „Die Corona-Pandemie wird dadurch im Bildungsbereich zu einem Treiber von Bildungsungerechtigkeit.“ (Zierer 2021)

Die vorhandene erhebliche Heterogenität bei Art und Umfang der Lernleistungsverluste nach einzelner Schule und einzelner Lehrer (vgl. dazu Zierer 2021a) zeigt aber, dass solche Verluste unter vergleichbaren Schließungsbedingungen vermeidbar sein können. Daraus folgt aber gerade im Hinblick auf weitere mögliche Schulschließungen aber auch normalem Unterricht für Schüler*innen mit ungleichen sozialen Bedingungen: „An essential next step would therefore be to investigate which school organizational, pedagogical and didactic concepts are helpful in order to minimize the loss of learning time due to school closures.“ (Zierer 2021a)

Schwerpunkt Auswirkungen auf pflegende Angehörige

Die auf den Antworten aus einer Mitte 2020 einmalig durchgeführten Befragung (n=1.000 pflegende Angehörige zwischen 40 und 85 Jahren) basierende Studie „Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise“ enthält eine Reihe von Hinweisen auf die pandemiebedingten gesundheitlichen und sozialen Folgen für die im familialen Umfeld pflegenden Angehörigen und die von ihnen gepflegten 4,5 bis 5 Millionen Personen.

Die drei am meisten geäußerten besonderen Herausforderungen in der häuslichen Pflegesituation unter Pandemiebedingungen waren die „Mehrbelastungen durch wegfallende Dienstleistungen und Hilfsstrukturen im Wohnumfeld (40 Prozent, trifft „voll und ganz“ oder „eher“ zu), Pflegebedürftiger ist in aktueller Pflegesituation überfordert (31 Prozent, trifft „voll und ganz“ oder „eher“ zu) und Pfleger ist in aktueller Pflegesituation überfordert (24 Prozent, trifft „voll und ganz“ oder „eher“ zu).“ (Eggert et al. 2020: S. 21) Zusätzlich zu wegfallenden professionellen Unterstützungseinrichtungen, nimmt auch noch die Hilfe durch Nachbarn ab und suchen pflegende Angehörigen wegen des Risikos Infektionen von außen in den Haushalt des Pflegebedürftigen einzubringen doch noch existierende und arbeitende Einrichtungen nicht mehr oder weniger auf. Alle Belastungen treten bei der Pflege eines Demenzkranken überdurchschnittlich auf.

¹⁶² Der Aufsatz erscheint in der Open-Access-Fachzeitschrift „Education Sciences“ des Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI) und ist demnächst komplett über den Link <https://www.mdpi.com/journal/education> zugänglich und erhältlich.

Schwerpunkt Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation von Familien bzw. Müttern, Vätern und Kindern

Dass die durch ihr Einkommen gemessene wirtschaftliche Situation der Erwerbsbevölkerung bereits vor der Pandemie durch Ungleichheit geprägt war und die Pandemie diese nur noch verstärkt, zeigt der „Verteilungsbericht 2020“ des „Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans Böckler Stiftung auf der Basis von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) für die Zeit vor der Pandemie und der ersten beiden WSI Erwerbspersonenbefragungen im ersten Pandemiejahr.

Die Situation wird so zusammengefasst: „In Deutschland waren die Einkommen bereits vor der Corona-Krise ungleich verteilt. Dieser Verteilungsbericht zeigt, dass während der Krise insbesondere die unteren Einkommensgruppen Einbußen erlitten haben. Damit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Einkommensungleichheit durch die Krise weiter zunehmen könnte.“ (Kohlrausch et al. 2020)

Die Erwerbspersonenbefragung der Hans Böckler Stiftung¹⁶³ ist eine regelmäßig in längeren Zeitabständen durchgeführte computergestützte Interview-Befragung von über 16-jährigen Erwerbstätigen und Arbeitssuchenden. Seit Beginn der Corona-Pandemie liegen Daten aus vier Befragungen derselben Personen vor: Vom 3. bis 14. April 2020 mit 7.677 Befragten und vom 18. bis 29. Juni 2020 mit 6.309 oder 82 Prozent der Befragten der ersten Welle. 6.102 Angehörige der Ausgangsgruppe nahmen vom 5. bis 23. November 2020 an der dritten und 6.235 vom 26. Januar bis zum 8. Februar 2021 an der vierten Befragungswelle teil.

Zu den Auswirkungen des gesamten bisherigen Verlaufs der Pandemie zählen die Studienautorinnen und -autoren fünf Hauptbefunde:

- „Die Belastung der Erwerbspersonen ist Ende Januar 2021 auf einem sehr hohen Niveau. Dies gilt für die Gesamtsituation, aber auch für die Arbeits- und familiäre Situation, die zwischen 28 und 40 % der Befragten zuletzt als „stark“ oder „äußerst“ belastend wahrgenommen haben.“
- „Während sich die Belastung in der Arbeits- und finanziellen Situation seit Sommer 2020 nicht sonderlich verschlechtert hat, lassen sich für die familiäre und die Gesamtsituation in den letzten Erhebungen wieder deutlich höhere Belastungswerte ausmachen. Diese erreichen ungefähr das Niveau des 1. Lockdowns im April 2020.“
- „Als eine besonders stark belastete Gruppe erweisen sich Eltern. Hier äußert knapp jede:r Zweite sehr hohe Belastungen der familiären und der Gesamtsituation und damit noch mehr als während des 1. Lockdowns im April 2020. (...)“ Die höchste Belastung wird von alleinerziehenden Eltern berichtet – einer Gruppe, die ohnehin bereits hochgradig benachteiligt ist.“
- „Unterschiede in der Belastungswahrnehmung lassen sich auch zwischen Männern und Frauen aufzeigen. Diese sind vor allem bezogen auf die familiäre Situation und die

¹⁶³ Übersicht über Veröffentlichungen: <https://www.wsi.de/de/index.htm>

Gesamtsituation ersichtlich. Mütter zeigen in diesen Bereichen die höchsten Werte, da hier mehr als jede Zweite starke oder äußerste Belastung berichtet.“

- „Bedeutende Unterschiede in der Belastungswahrnehmung liegen zudem für das Haushaltseinkommen vor. In allen Bereichen ist die Belastung bei Befragten mit niedrigeren Einkommen höher als bei Befragten mit höheren Einkommen. Ärmere Haushalte leiden also nicht nur finanziell, sondern auch emotional stärker unter der Krise als Haushalte mit höheren Einkommen. Besonders groß ist die Differenz bei der Belastung der finanziellen Situation. Eltern mit geringen Einkommen äußern dabei die allerhöchste Belastung – vor allem in der familiären und der Gesamtsituation.“ (siehe dazu ausführlich Hövermann 2021)

Drei weitere Auswertungen der Befragungsergebnisse beschäftigen sich mit den Einstellungen der Befragten zur Pandemie und zu den Schutzmaßnahmen (Hövermann 2020), mit speziellen Auswirkungen der während der gesamten bisherigen Pandemie sehr hohen Arbeitszeitverkürzung durch Kurzarbeit (Pusch/Seifert 2021), mit den Effekten der Arbeit im Home-Office (Emmeller/Kohlrausch 2021) und dem Stand der Gleichstellung unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung des Gender Pay Gap, Gender Time Gap und Gender Care Gap (Zucco/ Lott 2021). Dass es dabei sogar zu positiven sozialen Effekten auf die familiäre Situation kommen kann, zeigt sich darin, dass rund 30 Prozent der Väter in Kurzarbeit den Hauptanteil der Kinderbetreuung übernahmen – was eine Vervierfachung des vorpandemischen Anteils bedeutet.

Eine für sämtliche Analysen mit den Daten der vier Befragungswellen aber auch für viele andere Befragungen während der Pandemie wichtige Limitation ist das Fehlen von inhaltlich und methodisch uneingeschränkt vergleichbaren Daten über die untersuchten sozialen Verhältnisse von vor Beginn der Pandemie. Wenn sich während der Pandemie Veränderungen zeigen, lässt sich nicht eindeutig klären, ob es sich vor allem um die Fortsetzung von Entwicklungen vor Beginn der Pandemie oder vor allem um Veränderungen durch die Pandemie handelt.

Der „Arbeitswelt-Monitor“¹⁶⁴ der Universität Osnabrück und des Netzwerks der Kooperationsstellen Hochschulen – Gewerkschaften in Niedersachsen und Bremen. hat sich in bisher zwei abgeschlossenen Befragungswellen (April/Mai 2020 mit 11.083 Befragten; Dezember 2020 mit 3.998 Befragten) und in einer bis zum 30.4. 2021 laufenden dritten Welle mit dem „Arbeiten in der Corona-Krise“ befasst und liefert längsschnittlich differenzierte Daten. Der Monitor fragt u.a. nach Arbeitsbelastungen, Coronaaktivitäten im Betrieb der Befragten, der Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber, dem Verhältnis von Erwerbsarbeit und Kinderbetreuung und auch nach den Vorstellungen für die Zeit „nach Corona“.

Der Schwerpunkt der bisher zehn Wellen der vom „Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)“ durchgeführten Betriebsbefragungs-Studie "Betriebe in der Covid-19-Krise“¹⁶⁵ liegt auf den Pandemieauswirkungen auf die Betriebe. Sie erhebt regelmäßig Daten, unter

¹⁶⁴ Univ. Osnabrück (o. D.)

¹⁶⁵ Die Ergebnisse der bisherigen 10 Wellen sind in einer Excel-Tabelle zusammengestellt: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/ADuL_BeCovid_W10.xlsx (IAB 2021)

anderem zur Höhe der Liquiditätsreserven der Betriebe, dem Ausmaß an Entlassungen von Beschäftigten oder der Nutzung von Kurzarbeit.

Auswirkungen auf die psychische Lage in der Bevölkerung und politische Einstellungen zur Pandemie-Politik

Die „Covid-19 Snapshot Monitoring (COSMO)“-Studie¹⁶⁶ ist eine Langzeitstudie, die mit regelmäßigen zwei-wöchentlichen Erhebungen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische und kommunikative Lage der Bevölkerung untersucht. Die Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt der Universität Erfurt, des Robert Koch Instituts, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, des Leibniz-Instituts für Psychologie, des Science Media Center, des Bernhard Nocht Instituts für Tropenmedizin und des Yale Institute for Global Health.

Befragt werden per Online-Umfrage deutschlandweit rund 1.000 nach Alter, Geschlecht und Bundesland repräsentative Personen wie sie „subjektiv die Risiken des COVID-19-Virus wahrnehmen, welche Gegenmaßnahmen bekannt sind, welche davon bereits angewandt oder abgelehnt werden. Ziel dieses Projektes ist es, einen wiederholten Einblick in die ‚psychologische Lage‘ der Bevölkerung zu erhalten. Dies soll es erleichtern, Kommunikationsmaßnahmen und die Berichterstattung so auszurichten, um der Bevölkerung korrektes, hilfreiches Wissen anzubieten und Falschinformationen und Aktionismus vorzubeugen.“ (Selbstdarstellung von COSMO)

Fester Bestandteil der Ergebnisdarstellungen ist eine knappe Übersicht zum jeweiligen Kontext (z. B. ob zum Befragungszeitpunkt die Ergebnisse einer Ministerpräsidentenrunde veröffentlicht wurden), der möglicherweise Einfluss auf das Antwortverhalten der Befragten haben könnte.

Die Ergebnisse der letzten Welle vor der Erstellung dieses Berichts, der Welle 39 vom 23./24. März 2021 mit 1.014 Befragten fassen die COSMO-Autorinnen und -Autoren so zusammen: „Die überwiegende Mehrheit hält sich weitgehend an die Maßnahmen – jedoch werden im privaten Bereich Ausnahmen gemacht und kaum Infektionsrisiken vermutet. Auch am Arbeitsplatz finden viele Kontakte statt. Das Vertrauen in die Regierung sinkt weiter (aktuell 30 % der Befragten), die Lockerungen haben die Pandemiemüdigkeit nicht gesenkt und derzeit spalten sich die Befragten in zwei etwa gleichgroße Lager, die die Maßnahmen entweder zu locker oder zu streng finden. Die Akzeptanz der Maßnahmen zu erreichen kann derzeit also kaum ein politisches Ziel sein, sondern vorrangig die akute Deeskalation des Infektionsgeschehens sowie die Entwicklung einer Strategie, die den Bürgern Perspektive und Selbstwirksamkeit in der Pandemiebekämpfung gibt. Die Bereitschaft für Screening-Schnelltests ist hoch (aber 44 % wissen eher nicht, wo sie sich testen lassen können) und könnte stärker zur Pandemiebekämpfung und zur Unterstützung von sicheren Sozialkontakten genutzt werden.“

Aus den aktuellen und früheren Befunden leiten die Studienverantwortlichen auch generelle Empfehlungen zur Gesundheits- und Krisenkommunikation ab: „Wichtige Inhalte sollten handlungsorientiert kommuniziert werden.“ Die wichtigsten Elemente, Instrumente und

¹⁶⁶ Univ. Erfurt (o. D.)

Vorgehensweisen sind die Kommunikation von Bedeutungen (z. B. von regelmäßigen Tests), verhaltensrelevanten Alltagstipps, wissenschaftlicher Begründungen der langfristigen Strategien und kurzfristigen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen. Wichtig sei es außerdem Aufmerksamkeit dafür zu schaffen, dass wir bei nahestehenden Personen Ausnahmen im Schutzverhalten machen und Erklärungen zu präsentieren (z. B. zur Effektivität von Impfstoffen).

Die Kommunikationsexpertinnen und -experten der COSMO-Studie schlagen für eine Optimierung der Pandemie-Kommunikation u.a. vor: „In diese Kommunikation könnten Ärzte/innen und Wissenschaftler/innen einbezogen werden, da sie gleichbleibend hohes Vertrauen genießen. Regierungskommunikation alleine erreicht durch den Vertrauensverlust mittlerweile keine ausreichend große Gruppe mehr, andere Akteure sollten dringend mit einbezogen werden. Auch partizipative Ansätze sollten stärker verfolgt werden, 40% der Befragten würden sich gerne beteiligen. Bei jeder Kommunikationsstrategie sollte die Allgemeinverständlichkeit, Alltags- und Handlungsrelevanz der Inhalte im Vordergrund stehen. Zu diesem Zweck sollte die Kommunikationsstrategie auf aktuellen Erkenntnissen der Gesundheits- und Risikokommunikation und der kognitiven Verhaltenswissenschaften beruhen.“

Auch die „Mannheimer Corona-Studie (MCS)“ ermöglicht Vergleiche zwischen der Zeit vor Beginn der Covid-19-Pandemie und während ihres Verlaufs in mehreren Monaten des Jahres 2020. Die Datenbasis dieser Studie ist das German Internet Panel (GIP), eine langfristige Studie an der Universität Mannheim und wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Unabhängig von der Pandemie untersucht das GIP bereits seit 2012 „individuelle Einstellungen und Präferenzen, die in politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsprozessen relevant sind“ und befragte dazu regelmäßig in ganz Deutschland über 4.000 Personen. Als die Pandemie begann entwickelte sich ein neuer Befragungsschwerpunkt, in dem in den 16 Wochen zwischen dem 20. März und dem 10. Juli 2020 jede Woche ca. 3.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des German Internet Panels (GIP) dazu befragt wurden, „wie sich ihr Leben seit der Corona-Krise verändert hat. Dabei haben wir sowohl sozial-/wirtschaftliche Aspekte (z. B. Kinderbetreuung, Arbeitssituationen und verfügbares Einkommen) als auch den Einfluss politischer Maßnahmen auf soziale Interaktionen, Ängste, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie untersucht. Die Studienteilnehmer*innen wurden gleichmäßig über die Wochentage verteilt, sodass wir tägliche Einblicke in die Entwicklungen der Bevölkerung erhalten haben.“ (Selbstdarstellung der Studie: <https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/>). Dies entspricht durchschnittlich 495 Befragte pro Tag.

Mit den erhobenen Daten sind sowohl Vorher-Mittendrin-Analysen als auch Analysen über Veränderungen während der ersten Welle der Pandemie (z. B. durch die Schutzmaßnahmen und den Lockdown) möglich. Da das GIP weiterbesteht ist zu erwarten, dass auch weitere pandemiebezogene Daten erhoben, ausgewertet und die Ergebnisse publiziert werden.

Zu ihrer eigenen methodischen Qualität und Repräsentativität und der anderer Studien merken die Verantwortlichen der MCS folgendes an: „Die deutschland-weite Zufallsstichprobe des GIP, u. a. aus den Registern der Einwohnermeldeämter, und unser zweistufiges Gewichtungungsverfahren erlauben der Mannheimer Corona-Studie, Rückschlüsse auf die allgemeine Bevölkerung

in Deutschland zu schließen. Anders als viele kurzfristig anberaumte Studien, die auf kommerzielle online Befragtenpools vertrauen, ist die Repräsentativität der Mannheimer Corona-Studie daher entsprechend statistisch unterbaut.“ (Blom et al o. D.)

Welche Einblicke in die Auswirkungen der Pandemie das GIP und die Mannheimer Coronastudie schon aktuell ermöglichen, zeigen exemplarisch zwei Analysen.

Mit den zwischen dem 20. März und 2. April 2020 erhobenen Daten wurden die Auswirkungen auf eine Reihe von Rahmenbedingungen der Kinderbetreuung untersucht (Möhring et al. 2020). Die wichtigsten Ergebnisse waren: „Über die Hälfte der Beschäftigten in Deutschland arbeitet vor Ort an der bisherigen Arbeitsstätte. Ein gutes Viertel arbeitet in Home-Office, darunter deutlich mehr Personen mit hohem Bildungsabschluss und gutem Verdienst. Kurzarbeit und Jobverlust betrifft insbesondere Menschen mit geringem Einkommen und Berufe im Gastgewerbe und im Bereich Kunst und Kultur. Fast 93 Prozent aller Eltern betreuen ihre Kinder nun selbst zu Hause. Die Betreuung durch Großeltern hat sich von 8,3 Prozent vor der Corona-Krise auf 1,4 Prozent reduziert. Im Haushalt übernimmt in der Hälfte der Fälle die Frau alleine die Kinderbetreuung.“ (ebd.: S. 2)

Diese Ergebnisse des Vergleichs der GIP-Daten vom September 2019 und vom April 2020 fassten die Autorinnen und Autoren so zusammen: „Our results show a general decrease in family satisfaction. We also find an overall decline in work satisfaction which is most pronounced for mothers and those without children who have to switch to short-time work. In contrast, fathers' well-being is less affected negatively and their family satisfaction even increased after changing to short-time work. We conclude that while the lockdown circumstances generally have a negative effect on the satisfaction with work and family of individuals in Germany, effects differ between childless persons, mothers, and fathers with the latter being least negatively affected.“ (Möhring et al. 2021)

Weitere Veröffentlichungen der MCS sind per Link auf der Studien-Website (<https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/>) aufgelistet und zum Teil auch komplett erhältlich.

Fundgruben

Das Kapitel 14 des vom Statistischen Bundesamt, dem Wissenschaftszentrum Berlin und dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung herausgegebenen „Datenreport 2021“ beschäftigt sich auf 40 Seiten differenziert mit den verschiedenen „Auswirkungen der Coronapandemie“¹⁶⁷. Die Übersicht zu den epidemiologischen und sozioökonomischen Indikatoren nach Bevölkerungsgruppen zeigt z. B. die enorme Ungleichheit der Verminderung des Haushaltseinkommens im ersten Halbjahr 2020 gegenüber 2019. Bei ungelerten Arbeiterinnen und Arbeitern betrug die Verminderung 39,4 Prozent, bei Facharbeiterinnen und -arbeitern 46,2 Prozent und bei qualifizierten Angestellten „nur“ 33,2 Prozent. Die Verminderung betrug in Singlehaushalten 24,8 Prozent und in Familienhaushalten 35,6 Prozent - wobei es zwischen den

¹⁶⁷ Destatis, WZB, BiB (2021)

unterschiedlichen Familientypen je nach Anzahl der Kinder ebenfalls Unterschiede zum Nachteil der Mehrkinderfamilien gab.

„Lesetipps zum Thema Gender & Corona“ (https://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06100000/AK_Gender/2020-10-22_AK_Gender_Corona_Lektu__reliste.pdf) 4 Seiten des AK Gender, Institut für Politikwissenschaft und Soziologie, Wittelsbacherplatz 1, 97074 Würzburg <https://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/arbeitskreise/arbeitskreis-gender/>

Die Friedrich-Ebert-Stiftung will mit ihrem Blog „Corona & Care“ einen Raum anbieten, um die gegenwärtige Corona-Situation bezüglich ihrer Auswirkungen auf bezahlte und unbezahlte Sorgearbeiter und -arbeiterinnen zu beleuchten. Dabei werden sowohl akute Nöte und Bedarfe als auch strukturelle Probleme und Konsequenzen benannt und diskutiert. Wir wollen Solidarität unter den Sorgearbeitenden ermöglichen und Entscheidungsträgerinnen und -träger Anregungen für kurz- und langfristige Steuerungsmaßnahmen bieten. (FES o. D.)

Die vom „Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)“ der Bundesagentur für Arbeit eingerichtete und gepflegte Informationsplattform zum Thema „Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Wirtschaft und Arbeitsmarkt in Deutschland“ liefert ständig aktualisierte und überwiegend mit Links versehene Hinweise auf eine inhaltlich breite Palette deutscher und internationaler Beiträge zum Thema. Zum Beispiel finden sich zu den sozialen Folgen der Pandemie 60 Verweise (Stand: 14.4.2021). (IAB o. D.)

13.8 Anhang 8 Rechtlicher Rahmen

Die in den §§ 24 und 41 SGB V geregelten Ansprüche auf medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter haben das Ziel auf zwar unterschiedliche gesundheitliche Zustände und Belastungen einzuwirken, die aber gemeinsam „aus der familiären Sorge für Kinder entstehen können“ (Becker/Kingreen 2018, S. 230). Der Unterschied besteht darin, dass die den Anspruch auf Rehabilitation begründenden gesundheitlichen Störungen bereits Krankheitswert haben, also funktionelle Einschränkungen beinhalten müssen, Vorsorge nach § 23 Abs. 1 SGB V aber „nur“ eine „Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde“ beseitigen, „einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes“ entgegenwirken, „Krankheiten (...) verhüten oder sowohl deren „Verschlimmerung“ (...) wie „Pflegebedürftigkeit (...) vermeiden“ soll.

Wie alle sieben Rehabilitationsträger muss auch die Gesetzliche Krankenversicherung, die von ihr erbrachten Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen als Leistungen nach dem SGB IX als dem Sozialgesetzbuch für Rehabilitation und Teilhabe erbringen (vgl. zur Gültigkeit des SGB IX im Bereich von Trägern mit „eigenem“ Gesetzbuch den § 7 SGB IX; näheres u.a. bei Fuchs 2008, S. 27; Becker/Kingreen 2018¹⁶⁸ und die dort zitierte Literatur).

Dies heißt für die GKV, dass Rehabilitation nicht nur eine etwas andere Form der Krankenversorgung sein darf und Qualitätssicherung nur deren Qualität überprüfen, sichern und verbessern muss, sondern es dabei auch und zumindest gleichrangig um die Realisierung der zentralen Rehabilitationsziele im SGB IX gehen muss.¹⁶⁹ Dort heißt es vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses der „International Classification of Disability, Functioning and Health (ICF)“ u. a.: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ (§ 1 SGB IX)

Zu beachten ist dabei, dass für den damit notwendigen interdisziplinären und mehrdimensionalen Behandlungsansatz „das einfache Nebeneinander unterschiedlicher Therapieformen (...) nicht aus(reicht).“ (o. V. 2012, S. 8)

Medizinische Rehabilitation als GKV-Leistung muss auch präventiv orientiert sein, d.h. das Ziel „der Vermeidung von Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 3

¹⁶⁸ „Das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – gilt für die Krankenkassen als Rehabilitationsträger, soweit im SGB V nichts explizit Abweichendes bestimmt ist.“ Becker/Kingreen 2018, S. 28 – Kommentar zum § 2a SGB V). Und: „Für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation gilt das SGB IX“ (Becker/Kingreen 2018, S. 518 – Kommentar zum § 40 SGB V)

¹⁶⁹ Unmissverständlich heißt dies nach Meinung der Kommentatoren: „Erbringt die KK Leistungen der medizinischen Rehabilitation, hat sie alle Ziele nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX wie Selbstbestimmung und volle und gleichberechtigte Teilhabe zu beachten. Die ‚möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion‘ (BSGE 98, 277) ist entsprechend weit zu verstehen. ... Das auf Gesundheit gerichtete Ziel der Krankenversicherung besteht bei Rehabilitation auch in den Voraussetzungen gesellschaftlicher Teilhabe. Es folgt dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF.“ (Becker/Kingreen 2018, S. 519 - Kommentar zum § 40 SGB V)

Abs. 2 SGB IX) verfolgen. „Sie kann an der gesundheitlichen Störung und an ihrer Wechselwirkung mit ihren inneren und äußeren Kontextfaktoren ansetzen.“ (Becker/Kingreen 2018, S. 519 – Kommentar zum § 40 SGB V)

In den §§ 4 und 42 des SGB IX wird medizinische Rehabilitation als Teilhabeleistung konkretisiert. Dies bedeutet „die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“ (§ 4 Abs. 1 SGB IX)

Die Mehrdimensionalität für die teilhabeorientierte medizinische Rehabilitation wird auch durch die nicht abschließende Aufzählung von „medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen“ im § 42 Abs. 3 SGB IX deutlich: „Solche Leistungen sind insbesondere 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, 2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, 3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen, 4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, 6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie 7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

Was zur Erreichung dieser Ziele in den dafür auf der Basis von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V arbeitenden Einrichtungen des MGW oder gleichartiger Einrichtungen angeboten werden muss, was also die als „Komplexleistung“ (Becker/Kingreen 2018, S. 232) charakterisierte Leistung beinhalten muss, ist in der „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbands und des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS - nach § 282 SGB V“¹⁷⁰ aus dem Jahr 2018 und in den „Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS“¹⁷¹ für Anträge nach den §§ 24 und 41 SGB V aus dem Jahr 2012 konkretisiert.

Danach müssen bei der sozialmedizinischen Bewertung von Anträgen und bei der Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen folgende Faktoren und Bedingungen berücksichtigt, Ziele verfolgt und schließlich auch als Maßstab zur Bewertung von Leistungen z. B. im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung dienen:

- Indikationsspezifische Beeinflussung und auch Beeinflussbarkeit des den Anspruch berechtigenden „Gesundheitsproblems“, das „nicht nur (aus) Krankheiten und Verletzungen, sondern auch Gesundheitsstörungen“ bestehen kann (Umsetzungsempfehlungen 2012: S. 8).

¹⁷⁰ MDS (2018)

¹⁷¹ GKV/MDS (2012)

- Die Leistungen nach den §§ 24 oder 41 SGB V müssen eine „zielgruppenspezifische Form“ (ebd. S. 7) haben, d.h. „im Sinne einer ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Herangehensweise“ interdisziplinär sein und einen „mehrdimensionalen Behandlungsansatz“ systematisch¹⁷² anbieten.
- Dabei sind „neben den allgemeinen die mütter- bzw. väterspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) von besonderer Bedeutung“ und sind sogar das „Charakteristikum“ der Leistungen (ebd.: S. 7).
- Zu den allgemeinen Kontextfaktoren gehören u.a. Partner-/Eheprobleme, Tod des Partners, chronische Gesundheitsprobleme/Suchtproblematik von Angehörigen, ständiger Zeitdruck, soziale Isolation oder beengte Wohnverhältnisse (ebd.: 10). „Jeder einzelne dieser (...) Kontextfaktoren kann im Sinne der Wechselwirkungen des bio-psycho-sozialen Modells mitverantwortlich für das Auftreten oder die Verschlimmerung der Gesundheitsstörung sein“ (ebd.) und daher Gegenstand von Vorsorge oder Rehabilitation sein.
- Zu den „negativ wirkenden mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren“ gehören u.a. Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen, mangelnde Grundkompetenzen als Mutter oder Vater, Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung, fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle oder nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie.“ (ebd.: S. 11)
- Hinzu kommen auch noch die „klassischen Risikofaktoren wie übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie Adipositas“ (ebd.), die in Vorsorge und Rehabilitation zu berücksichtigen sind.
- Selbst wenn innerhalb der dreiwöchigen Klinikaufenthalte notwendige Ziele bei den mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren wie z. B. eine Veränderung der innerfamiliären Arbeitsteilung bei der Care-Arbeit oder bei den Risikofaktoren z. B. die Nikotinabstinenz nicht vollständig erreichbar sein werden, müssen und können in dieser Zeit zumindest „Impulse für eine Lebensstiländerung“ gesetzt werden.

Damit wird anerkannt, dass Mütter, Väter und pflegende Angehörige drohende oder manifeste Erkrankungen oder gesundheitlichen Störungen haben können, die nicht oder nur nachgeordnet biologisch, sondern psychosozial verursacht sind. Aus dieser Ätiologie folgt, dass medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sich nicht oder jedenfalls nicht vorrangig mit klassischen Krankheitserregern oder somatischen Funktionsstörungen beschäftigen darf, sondern mit allen geeigneten Mitteln und Methoden des Umgangs mit und der Veränderung von Kontextfaktoren im Familienverbund und sozialen Netzwerken.

Der rechtliche Rahmen und die rechtlichen Normen sowie die für die Umsetzung notwendigen Richtlinien und Instrumente haben sich über 30 Jahre hinweg entwickelt (zum Überblick siehe Tabelle 4) und werden sich gemäß dem modernen Verständnis von gesetzlich fundierten sozialen Institutionen und Verfahren als lernenden Systemen auch noch weiterentwickeln. Dass dazu auch fundamentale Elemente gehören, zeigt das sich im März 2021 noch im

¹⁷² „Das einfache Nebeneinander unterschiedlicher Therapieformen reicht dafür nicht aus.“ (ebd.: 7)

Entwurfsstadium befindliche Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG). Mit ihm könnte z. B. die seit rund 20 Jahren beklagte Intransparenz für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte über die Leistungsqualität von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen endlich überwunden werden. Und auch die neuen Vorschriften des IPreG zur Vergütung dürften die Abläufe und das „Klima“ im Bereich der GKV-Rehabilitations und -Vorsorgeleistungen erheblich verändern.

Tabelle 60 Überblick über den Verlauf der gesetzlichen Regelungen und Richtlinien für Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen 1989-2021

Jahr	Gesetzliche Regelungen und Richtlinien für Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen
1989	§§ 24 und 41 SGB V: Mutter/Vater/Kind-Maßnahmen (MVKM) Ermessensleistung der GKV
2001	SGB IX geltend für sämtliche Rehabilitation aller Rehaträger also auch für den Bereich der GKV §§ 1 und 4 SGB IX: Reha-Ziel Teilhabe und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft
2002	Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter: MVKM-Leistungen nur in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: §§ 24, 41 SGB V: Medizinische Rehabilitation und Vorsorge für Mütter/Väter und Kinder wird zur Pflichtleistung der GKV
2007	Nichtgeltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ im § 40 SGB V für Mutter-/Vater-Kindmaßnahmen (§ 33 SGB I)
2012	Umsetzungsempfehlungen für MDK und GKV-Kassen ¹⁷³
2012	Begutachtungs-Richtlinie für Rehabilitation und Vorsorge
2012	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung: Anspruchsberechtigung für Leistungen nach Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 40 SGB V für Frauen und Männer, die Angehörige im familiären Umfeld pflegen
2015	Gesetz zur Stärkung der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG): §§ 24 und 41 SGB V: Wunsch- und Wahlrecht (§ 40 Abs. 3 SGB V):
2015	Einbindung der Vorsorge- und Rehabilitation-Einrichtungen für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in das QS Reha®-Verfahren nach §135a i. V. m. §137d Abs. 1 und 2 SGB V
2018	Einführung eines bundeseinheitlichen verbindlichen ärztlichen Attestformulars zur Begründung der Rehabilitations- und Vorsorgebedürftigkeit
2018	Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation ¹⁷⁴ ersetzt die „Begutachtungs-Richtlinie“
2020	überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie ¹⁷⁵ in Kraft getreten. Diese gilt auch für Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen und Väter- und Vater-Kind-Maßnahmen nach § 41 SGB V sowie für Reha-Maßnahmen für pflegende Frauen und Männer (§ 40 SGB V).
2020	Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) ¹⁷⁶ „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen nicht angewendet. Dadurch können Vergütungen bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen, angepasst werden.“

¹⁷³ GKV / MDS (2012)

¹⁷⁴ MDS (2018)

¹⁷⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss (2019)

¹⁷⁶ Bundesgesetzblatt (2020)

„Um mehr Transparenz zu erreichen, wird geregelt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.“

2020/21 Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GWWG)

In § 137d Absatz 1 SGB V werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; er kann auch Empfehlungen

Aussprechen“.

„Mit den Ergänzungen in § 137d Abs. 1 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) berechtigt und verpflichtet, einrichtungsbezogene Daten aus dem Qualitätssicherungsverfahren Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha-Verfahren) zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung der Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll Versicherten ermöglichen, verschiedene Rehabilitationseinrichtungen zu vergleichen und so ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver auszuüben. Die Veröffentlichung soll daneben insbesondere auch Angehörigen sowie Ärztinnen und Ärzten eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglichen.“

13.9 Anhang 9 Kosten und Vergütung

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) (Zimolong/Claßen 2019) berechnet für eine hypothetische Einrichtung mit 250 Betten in 100 Appartements, davon 100 Betten für Erwachsene und 150 Betten für Kinder und orientiert an den zwischen den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen, dem MGW und dem BDPK vereinbarten bundeseinheitlichen Anforderungsprofilen für Mutter-/Vater-Kindmaßnahmen und dem daraus abgeleiteten Expertenstandard für das Jahr 2018 einen „leistungsgerechten“ und einheitlichen bzw. gemischten Tagessatz für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen von 105,69 Euro. Die tatsächliche Vergütung weicht nach Ansicht der Autorinnen aber stark von diesem Tagessatz ab und liege „bei etwa zwei Dritteln“ (Zimolong/Claßen 2019: S. 14) der modellhaften Summe, d. h. bei rund 70 Euro. Dies deute „auf eine chronische Unterfinanzierung der Branche hin“ (ebd.). Weder in diesem Gutachten noch in anderen Veröffentlichungen werden aber die Folgen dieser Unterfinanzierung für die Struktur- (z. B. Personalausstattung, bauliche Ausstattung) und Prozessqualität (z. B. Art und Umfang der Leistungspalette) der Leistungen und damit auch möglicherweise für die Ergebnisqualität der Maßnahmen (z. B. Nachhaltigkeit) genauer untersucht.

Dass die tatsächliche Höhe der Tagessätze deutlich unter dem auch bisher nicht öffentlich sachlich widersprochenen Expertenstandard-Tagessatz liegt, bestätigen auch andere Quellen. Als erstes ergibt die Berechnung der Fallkosten für Mütter-/Väter-Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Jahr 2019 nach einer Division durch die durchschnittliche Leistungsdauer von 21 Tagen Tagessätze pro Fall von 176,80 Euro und 175,50 Euro (auf der Grundlage der in Abbildung 1 und 2 dokumentierten Daten). Unter der Annahme, dass Mütter und Väter die Maßnahmen in den meisten Fällen mit mindestens einem Kind in Anspruch nehmen¹⁷⁷, ergibt dann die Division durch zwei Tagessätze pro Person in Höhe von 88,40 Euro (Vorsorge) und 87,75 Euro (Rehabilitation).

Dass diese Tagessätze trotz der zu berücksichtigenden Einschränkungen oder Unschärfen näherungsweise der Vergütungswirklichkeit entsprechen, zeigt der Blick auf die für 2021/22 vereinbarten Vergütungssätze für Versorgungseinrichtungen eines Flächenbundesland¹⁷⁸. Diese Tagessätze bewegen sich nur minimal zwischen einem Tagessatz von 83,69 Euro für das begleitende Kind in einer Mutter-/Kind-Vorsorge- oder Rehamaßnahme, demselben Tagessatz für Vorsorgemaßnahmen für Eltern mit diversen Indikationen und 85,45 Euro pro Tag für eine Mutter-/Vater-Rehamaßnahme mit psychosomatischer Indikation.

¹⁷⁷ Die amtliche Statistik enthält keine Daten über die Anzahl der Fälle von Mutter-/Vater-Maßnahmen mit oder ohne Begleitpersonen im Kindesalter. Da es aber eine Reihe von Einrichtungen gibt, die z. B. nur Mütter aufnehmen, können sich die hier berechneten Tagessätze zwar durch veränderte Anteile von Kinder-Begleitpersonen graduell von den tatsächlichen Tagessätzen unterscheiden, geben aber qualitativ die Wirklichkeit wieder.

¹⁷⁸ Der Versuch von einem in jedem Bundesland tätigen GKV-Vertragspartner einen bundesweiten Überblick über die Vergütungsverhältnisse zu erhalten, schlug aus Datenschutz- und Wettbewerbsgründen fehl bzw. war zu undifferenziert und unkonkret. Es ist aber davon auszugehen, dass die bundesweite Vergütungswirklichkeit nicht völlig anders aussieht, sondern sich höchstens graduell unterscheidet.

Ein Blick auf die zeitlichen Veränderungen von Vergütungsindikatoren zwischen 2011 und 2019, liefert folgendes Bild. Während die Ausgaben für medizinische Vorsorge für Mütter und Väter um 66,3 % zunahmen, sanken die für medizinische Rehabilitation für dieselbe Zielgruppe um 80,2 %. Die Rehabilitations-Fallzahlen gingen im selben Zeitraum um 79,3 % und die Vorsorge-Fallzahlen stiegen um rund 17,9 %. Der im Jahr 2011 deutliche Tagessatzunterschied der beiden Maßnahmen existiert 2019 praktisch nicht mehr. 2011 betrug der Tagessatz pro Vorsorgefall nach der bereits erläuterten Berechnungsmethode 125 Euro (62,50 Euro pro Person) und stieg um 41,4 % auf 176,80 Euro im Jahr 2019 – im Falle von zwei Personen pro Fall also auf 88,40 Euro pro Person. Der 2011 noch niedrigere Tagessatz pro Rehabilitationsfall von 103,87 Euro (51,83 Euro pro Person) stieg um 69 % auf 175,50 Euro /87,75 Euro pro Person) im Jahr 2019. Die Vergütung der nach Art und Umfang unterschiedlichen Rehabilitation- und Vorsorgeleistungen unterscheidet sich also aktuell praktisch nicht mehr. Ob dies daran liegt, dass viele Vorsorgepatientinnen und -patienten eigentlich rehabedürftig sind und tendenziell auch teilweise notwendige medizinische Leistungen erhalten (müssen) oder dass rehabedürftige Personen zwar in den letzten neun Jahren mehr oder jedenfalls kostspieligere Leistungen erhalten haben aber immer noch mit krankheitsbezogenen Leistungen unterversorgt werden, lässt sich mit den öffentlich zugänglichen Daten nicht klären. Folgt man den Berechnungen des Activa-Gutachtens liegen aber die Tagessätze für beide Personengruppen weiterhin deutlich unter dem nach dem Expertenstandard notwendigen Betrag und müssen daher zu Unter- oder Fehlversorgung führen.

13.10 Anhang 10 Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Personen, die diese Studie mit Ihren Erfahrungsberichten und Angaben, organisatorischen Zuarbeiten und inhaltlichen Anmerkungen möglich und gehaltvoll gemacht haben. Mit Rat und Tat zur Seite standen uns an erster Stelle das Team der Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk, die Vertreterinnen und Vertreter der Träger/Trägergruppen in der Begleitgruppe der Studie und die Teams in Einrichtungen des MGW. Besonderer Dank gilt natürlich auch den zahlreichen Müttern, Vätern, pflegenden Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeitenden in den Kurberatungsstellen, die sich an unseren Befragungen beteiligt haben, zum großen Teil unter Pandemiebedingungen. Bedanken möchten wir uns auch bei allen Expertinnen und Experten, die uns im Rahmen der Studie für diverse Interviews zur Verfügung standen.

Tabelle 61 Lister ausgewählter interviewter Expertinnen und Experten

Name	Organisation
<i>Frau Margot Jäger</i>	Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V. Bundesgeschäftsstelle Geschäftsführerin
<i>Herr Karsten Kassner</i>	Bundesforum Männer. Interessenverband für Jungen, Männer & Väter e. V. Fachreferent
<i>Herr Kai Pakleppa</i>	Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. Abteilung Konzepte und Recht Referatsleiter
<i>Herr Eberhard Schäfer</i>	Väterzentrum e. V. Berlin Leitung des Väterzentrums
<i>Frau Anne Schilling</i>	Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk Geschäftsführerin
<i>Herr Dr. Dag Schölper</i>	Bundesforum Männer. Interessenverband für Jungen, Männer & Väter e. V. Geschäftsführer
<i>Frau Carola Bury</i>	Referentin für Gesundheitspolitik der Arbeitnehmerkammer Bremen mit den Schwerpunkten Frauengesundheit und Pflege
<i>Herr Prof. Dr. Harry Fuchs</i>	Professor an der Hochschule Düsseldorf mit dem Schwerpunkt Rehabilitationsrecht u.a. im SGB IX
<i>Herr Andreas Frank</i>	AW Kur und Erholung - Kurklinikträger; Tochtergesellschaft der AWO Westliches Westfalen Geschäftsführer
<i>Frau Prof. Dr. Barbara Thiessen</i>	Professorin für Gender Studies und soziale Arbeit an der Hochschule Landau
<i>Frau Johanna Barbosa</i>	Projektreferentin im Projekt Kurberatung für pflegende Angehörige in der AW Kur und Erholung Dortmund
<i>Frau Katrin Thiem</i>	Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. Abteilung Gesundheits- und Altenhilfe, Projektleitung Kurberatung für pflegende Angehörige
<i>Anonym</i>	Mehrere (ehemalige) Anbieter von Kurmaßnahmen und leitende Beschäftigte in Einrichtungen
<i>Anonym</i>	Leitung einer Einrichtung für Regenbogenfamilien
<i>Anonym</i>	Mehrere Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung