



Carola Bury

Frauengesundheit – hohe Hürden für arme Frauen

Am Beispiel von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (Mutter-Kind-Kuren)

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter gehören zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch V (SGB V). Mit Aufnahme der Maßnahmen 2007 als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollte frauen-, familien- und gesundheitspolitisch ein Zeichen gesetzt werden. Denn Mehrfachbelastungen durch Familie, Partnerschaft, Beruf oder soziale Rahmenbedingungen können krank machen.

Der Armutsbericht der Bremer Arbeitnehmerkammer verwies bereits 2004 darauf, dass nach Angaben kassenunabhängiger Vermittlungsstellen mehr als 40% der Anträge auf Mutter-Kind-Kuren in Bremen, aber auch bundesweit, abgelehnt wurden. Davon waren auch insbesondere Frauen mit niedrigen Einkommen oder Transferzahlungen betroffen.

Seit Jahresbeginn 2008 müssen Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (ALG II) bei einem stationären Aufenthalt zudem die Kürzung ihrer monatlichen Regelleistung um 38 % hinnehmen. Diese Verordnung, wonach die Vollverpflegung als Einkommen zu berücksichtigen ist, führt dazu, dass armen Frauen der Zugang zu rehabilitativen und präventiven Maßnahmen verstellt ist.

Frauen leben weitaus häufiger an oder unter der Armutsgrenze und dies in nahezu allen Lebensphasen. Armut und Überlastung können krank machen. Hier ist es wichtig, auch armen Frauen den Zugang zu medizinischen Maßnahmen nicht zu versperren.

Anhand von zwei Bereichen soll im Folgenden dargestellt werden, wie die gesundheits- und familienpolitische Absicht des Gesetzes durch andere sozialpolitische Maßnahmen konterkariert werden:

- Durch die Wechselwirkungen verschiedener Gesetzgebungen bzw. Verordnungen (SGB II und SGB V), die faktisch zum Ausschluss von Frauen führen, die die Kosten nicht mehr aufbringen können, aber auch
- durch die rigide Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und die faktischen Ungleichheiten in Bezug auf Bundesländer und Krankenkassen.

Mutter-Kind-Maßnahmen stehen seit einigen Jahren auch Vätern in Erziehungsverantwortung offen. Da jedoch noch immer mit übergroßer Mehrheit Kindererziehung Frauensache ist, wird hier von Mutter-Kind-Kuren gesprochen.

Gliederung:

1. Armut hat ein Geschlecht
2. Frauen und Gesundheit
 - a) Belastungen-Symptome-Krankheiten
 - b) Lebenslage: Alleinerziehende Frauen
 - c) Medizinische Wirkung durch lebensweltlichen Ansatz
3. Erschwerter Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen für arme Frauen
 - a) gesetzliche Zuzahlungen bei Mutter-Kind-Kuren
 - b) Kürzung des ALG II-Regelsatzes für arme Frauen während einer Kur
4. Frauengesundheit – Sparpotenzial für die Krankenkassen?
 - a) Müttergenesung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung
 - b) Ablehnungen von Mutter-Kind-Maßnahmen durch den MDK
 - c) Ablehnungen von Mutter-Kind-Maßnahmen nach Krankenkassen und Bundesländern
5. Ausblick: Gesundheitsmodernisierungsgesetz - Neue Hürden für Mutter-Kind-Kuren?

1. Armut hat ein Geschlecht

Frauen sind in besonderem Maße armutsgefährdet. Denn sie sind durchschnittlich schlechter ausgebildet als Männer und verdienen in der gewerblichen Wirtschaft durchschnittlich 20-30 Prozent weniger. Sie arbeiten häufiger Teilzeit und in Niedriglohnbranchen. Überdurchschnittlich viele Frauen können trotz Erwerbstätigkeit kein ausreichendes Einkommen erzielen. Viele dieser Frauen haben Betreuungspflichten als Mütter oder in der Pflege von Angehörigen und leisten Arbeiten, die nicht entlohnt werden. Zudem verfügen Frauen infolge ihrer Erwerbsbiografien über schlechtere Leistungen aus den Sozialversicherungen. Bundesweit waren 2007 nahezu 12 Mio Frauen als sozialversicherungspflichtige Beschäftigte gemeldet. 3,3 Mio Frauen gingen einer geringfügigen Beschäftigung nach.

Nach einer Untersuchung der Bundesregierung waren im Jahr 2005 16 Prozent der Frauen arm – aber nur 11 Prozent der Männer. So stellen bei den Mitgliedern der Arbeitskammer Bremen Frauen die übergroße Mehrheit bei den prekären Arbeitsverhältnissen. Nahezu 70 Prozent der Beschäftigten bei den Minijobs sind weiblich. Auch im Niedriglohnbereich stellen sie bundesweit prozentual die übergroße Mehrzahl.

Für die finanzielle Situation von verheirateten Frauen ist oft weniger das eigene Einkommen als das ihres Partners ausschlaggebend. Dass die im Durchschnitt viel geringeren Einkommen von Frauen dennoch nicht unbedeutend sind, ist daran zu erkennen, dass Familien vor allem dann in prekären Einkommensverhältnissen leben, wenn Mütter nur geringfügig beschäftigt oder nicht erwerbstätig sind. Fraueneinkommen helfen Zwei-Eltern-Familien also vielfach, Armut zu vermeiden.

Im Dezember 2008 lebten 5 Mio Menschen im Rechtskreis des SGB II, davon 1,9 Mio Kinder, das ist etwa jedes sechste Kind in Deutschland. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit erhielten im September 2008 bundesweit 1.359.000 erwerbstätige Hilfebedürftige, die Brutto-Einkommen aus Erwerbstätigkeit beziehen, ergänzende Leistungen der Grundsicherung nach SGB II. Davon hatten etwa 718.000 ein Einkommen unter 400 Euro, 251.400 ein Einkommen zwischen 400 und 800 Euro, etwa 390.000 der erwerbsfähigen Leistungsbezieher hatten ein Einkommen über 800 Euro monatlich. Die Statistik ist nicht nach Geschlechtern ausgewiesen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich mehrheitlich um Frauen handelt. Die Armutsrisiken von Frauen im Lebensverlauf finden sich in allen Altersstufen und Gruppen und sind abhängig von Bildungsverläufen, Erwerbsbiografien, dem Familienstand, der Anzahl von Kindern und den allgemeinen familiären Bedingungen. Frauen in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen können also von Armut betroffen sein: Alleinerziehende oder in Paarhaushalten lebende Frauen, Frauen in Patchworkfamilien, Migrantinnen, alte Frauen. Armutsrisiken sind besonders häufig verbunden mit Erziehungs- und Familienarbeit und Veränderungen des Familienstandes (Heirat, Scheidung, Tod des Partners). Damit einher gehen können auch weitere Problemlagen, wie ungünstige Wohnverhältnisse oder psychische Belastungen durch Kinder.

In einigen Frauen-Beschäftigungsbereichen gelten Mini-Jobs und Niedriglöhne bereits als „weibliche Normalarbeitsverhältnisse“ (Bsp. Verkauf, Friseurwesen, Reinigung). Diese Arbeitsverhältnisse bieten häufig nur geringe Schutzrechte (keine AöV, KV, PV). Oft werden den Frauen – entgegen der Gesetzeslage – sogar gesetzlich geregelte betriebliche Leistungen verwehrt, wie Urlaubsgeld, Krankengeld oder Urlaubsansprüche. Aus den staatlich gewollten – steuerrechtlich privilegierten Mini-Jobs – sind prekäre Arbeitsverhältnisse für Frauen entstanden, die damit auch keinen eigenen Zugang zu Krankenversicherung, Pflege- und Rentenversicherung enthalten. So bleibt das klassische Bild der Zuverdienerehefrau auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts zementiert, sie geraten in Abhängigkeitsverhältnisse vom Partner oder von Transferleistungen.

2. Frauen und Gesundheit

Dabei ist offenkundig, dass die Frage nach der Gesundheit bei vielen Frauen virulent ist. Denn wie auch immer die sehr unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern aussehen, ob alleinerziehend oder Familienmutter ohne und mit – geregelter oder prekärer - Erwerbsarbeit. Ihnen allen gemeinsam ist: Sie sind Familien und Gesundheitsmanagerinnen mit immer neuen Anforderungen. Dabei wird die eigene Gesundheit und Gesunderhaltung häufig zurückgestellt.

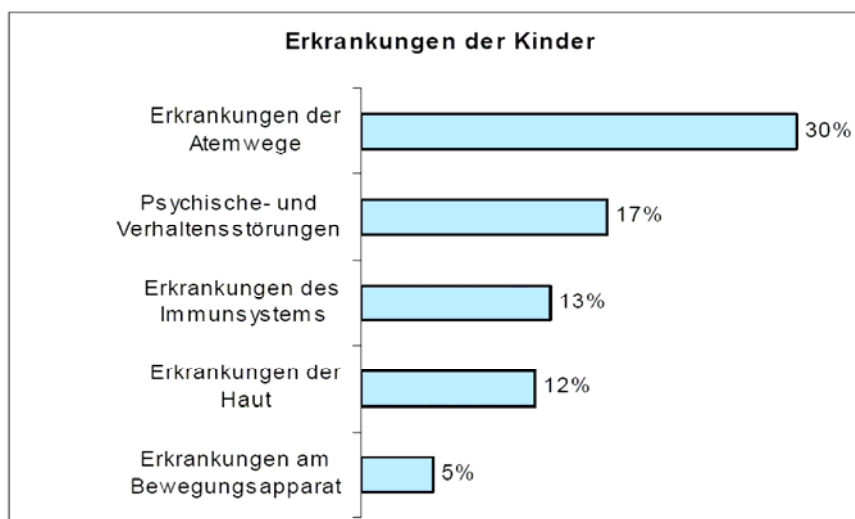
Mutter-Kind-Kuren (mit Kindern) und Mütterkuren (ohne Kinder) sind nach dem Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung von 2001 die einzigen frauenspezifischen Maßnahmen. Sie gehören zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch V. Neben den allgemeinen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§§23, 40 SGB V) hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für Mütter/Väter vorgesehen, um sowohl bei Vorsorge- (§24 SGB V) wie auch bei Rehabilitationsmaßnahmen

(§41 SGB V) besonderen Belangen von Frauen mit Kindern, bzw. Männern, die in der Familie für Kindererziehung zuständig sind, Rechnung zu tragen

a) Belastungen – Symptome - Krankheiten

Mütterspezifische Belastungen sind sowohl in Bezug auf das Krankheitsspektrum als auch die Problemlagen im Gesundheits- und Sozialbereich vielschichtig. Nach einer Befragung des Müttergenesungswerkes Deutschland (MGW) werden als „stark“ beziehungsweise „sehr stark“ belastend die Bereiche Familieneinsatz (59%), Haushalt (39%) und finanzielle Situation (37%) genannt. Erst an vierter Stelle stehen Belastungen „durch Kinder“ (33%). Und das, obwohl immer mehr Kinder (>20%) von chronischen Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und –störungen betroffen sind, aus denen sich auch Belastungen für Mütter ergeben können. So sind nach Angaben des MGW in den Maßnahmen inzwischen 20-30% der Kinder vom MDK als behandlungsbedürftig eingestuft und bewilligt, während die anderen als „gesunde Begleitkinder“ geführt werden.

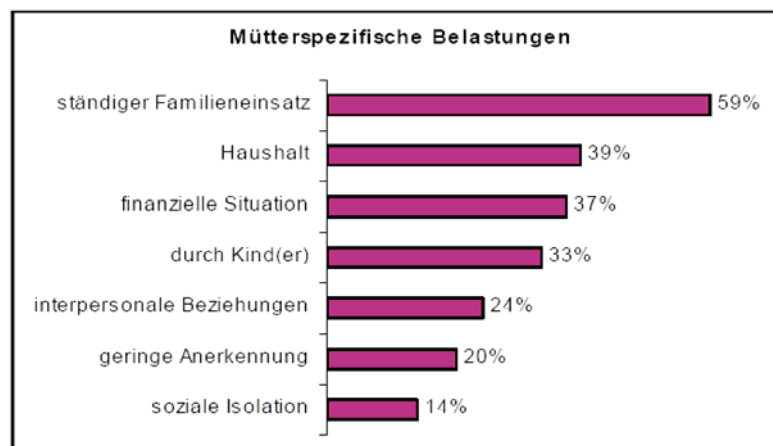
Gesundheitliche Belastungen bei erwerbstätigen Müttern sind vor allem auf fehlende Zeit, unflexible Arbeitszeiten, fehlende Entlastungen und fehlende Zeit, sich der eigenen Gesundheit zu widmen, zurückzuführen. Bei nicht erwerbstätigen Müttern stehen persönliche und berufliche Anerkennung und ökonomische Problemlagen im Vordergrund. Diese Frauen definieren u.U. ihre Erfolge über die Entwicklung und den Gesundheitszustand ihrer Kinder.



Kopfschmerzen, Schlafstörungen, starkes Unter- oder Übergewicht, häufige Infekte, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Angst und Nervosität sind häufige Symptome im komplexen Krankheitsgeschehen.

Innerhalb der Familie sehen sich Frauen ständigen Anforderungen ausgesetzt, die nicht selten zur Überforderung führen. Vielen Müttern fehlt es an Entspannungs- und Regenerationsmöglichkeiten. Die Belastungen können Mütter nachweislich krank machen. Der Stress kann zu schweren Erschöpfungszuständen führen. Hinzu kommen gesundheitliche Störungen sowie psychosomatische und psychische Erkrankungen. Dies geht meist einher mit Beeinträchtigungen und Einschränkungen des sozialen Lebens und der familiären Rolle.

Bei den Beschwerden und Erkrankungen stehen an vorderster Stelle Krankheiten des Bewegungsapparates (85%) und psychosomatische Erkrankungen (68%). Darauf folgen mit Abstand Erkrankungen der Atemwege (38%), der Haut (33%), Herz-Kreislauf-Probleme (28%), gynäkologische (23%) sowie Bauch- und Stoffwechselbeschwerden (18%), wobei im Durchschnitt die Patientinnen drei Beschwerden/Erkrankungen angeben. Dass insbesondere bei den unspezifischen Beschwerden/Erkrankungen der Frauen nach einer Vorsorge- oder RehaMaßnahme eine messbare nachhaltige Verbesserung eintritt, zeigen die Untersuchungen von Collatz et al, die in den letzten Jahren im Forschungsverband Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover oder von der Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin der Universität Freiburg erforscht und wissenschaftlich abgesichert wurden. Auf diese Fragen kann hier allerdings nicht eingegangen werden.



Diese Belastungen wurden als „stark“ bzw. „sehr stark“ belastend eingestuft. Daraus ergibt sich eine Vielzahl somatischer und psychischer Beschwerden, die zu Erkrankungen führen.

b) Lebenslage: Alleinerziehende Frauen

In einer besonderen Situation leben alleinerziehende Mütter. Dabei handelt es sich hier um eine sehr heterogene Gruppe. Der Anteil der sogenannten Ein-Eltern-Familien ist in den letzten Jahren kontinuierlich und stark angestiegen. Zu den besonderen Belastungen gehören dabei: fehlende berufliche oder finanzielle Perspektiven, Probleme bei geringen, zeitlich eingeschränkten und teuren Betreuungsmöglichkeiten in nahezu allen Altersstufen (unter 3-Jährige, Ganztags-Kita-Plätze, Ganztagsschul- oder Hortangebot). Zudem tragen diese Frauen oft zu viele Aufgaben in der Familie bei häufig fehlender Anerkennung.

Die Gruppe der Alleinerziehenden ist besonders hohem ökonomischem Druck ausgesetzt und hat mit durchschnittlich 35 Prozent die höchsten Anteile bei den Armutsrisiken: Hier wird deutlich, dass in Paarhaushalten das Armutsrisiko meist durch das Einkommen des Vaters aufgefangen werden kann. Zuständigkeit für Kinder und Mutter-Sein lässt das Armutsrisiko ansteigen, insbesondere dann, wenn mehrere Armutsrisiken kumulieren (Niedriges Erwerbseinkommen, Kinder im Haushalt, Alleinerziehende, Erwerbsunterbrechungen wegen Kindern oder wegen Arbeitslosigkeit).

Alleinerziehende Mütter leiden häufiger unter Allgemeinbeschwerden und Schmerzen und sind in ihrer psychischen Befindlichkeit sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eher beeinträchtigt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H.14). Entsprechend ihrer jeweiligen Lebenssituation sind Alleinerziehende unterschiedlich stark durch psychosoziale und gesundheitliche Risiken belastet und verfügen über ein unterschiedliches Maß an Ressourcen. Im Bundesgesundheitsurvey von 1998 gaben Alleinerziehende ein signifikant größeres Beschwerden-Spektrum an als verheiratete Mütter (12,0 versus 10,6 Beschwerdearten). Vor allem leiden sie häufiger unter Schwächegefühl, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Alleinerziehende Frauen sind zudem durch die Stärke der einzelnen Beschwerden signifikant stärker beeinträchtigt als verheiratete Mütter.

So verwundert es nicht, dass Alleinerziehende in Mutter-Kind-Maßnahmen anteilig stark vertreten sind. In den Maßnahmen des MGW sind 32% der Mütter alleinerziehend, 13% leben in Partnerschaft und 55% sind verheiratet.

Alleinerziehende Frauen mit mehreren Kindern und einem geringen Einkommen wurden in der Studie des BMFSFJ zur Wirkung der mütterspezifischen Maßnahmen von 1996 als besonders belastete Gruppe benannt, bei der die Mutter-Kind-Kuren nachhaltige Wirkung zeigten.

c) Medizinische Wirkung durch lebensweltlichen Ansatz

Dass die Maßnahmen die Frauen erreichen, die besonders belastet sind, zeigen die wissenschaftlichen und statistischen Ergebnisse. Nach Angaben des MGW sind in ihren Maßnahmen 57% der Frauen erwerbstätig. Davon arbeiten etwa ein Fünftel in Vollzeit, ein Drittel in Teilzeit, 13% sind geringfügig Beschäftigte, 43% sind offiziell nicht erwerbstätig. Jede dritte Frau in einer Kurmaßnahme ist alleinerziehend.

Der Bundes-Frauengesundheitsbericht von 2001 hat auf die hohe Bedeutung der Lebenslagen für die gesundheitliche Verfassung von Frauen hingewiesen. „Aus der Wechselwirkungen zwischen (schwierigen) Lebenslagen, Krankheiten und Einschränkungen mitsamt den sozialen Folgen wie Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung ergibt sich auch, dass der Bedarf an Unterstützung nicht auf die Frage einer medizinischen Behandlung reduziert werden kann“.

In den Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie in der Struktur der Gesundheitsversorgung wird nur selten nach geschlechtsspezifischen oder lebensphasenorientierten Bedarfen von Frauen und Männern differenziert. Dies betrifft sowohl spezifische Angebote, Bedarfe und Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung, als auch den geschlechtssensiblen Umgang in den Bewilligungsverfahren und in ärztlichen Fortbildungen oder die Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen und sozialen Kontextfaktoren.

Die Kuren sollen langfristig helfen, die gesundheitliche und psychosoziale Situation der Kurteilnehmerinnen zu stärken und durch ein verbessertes Gesundheitsverhalten helfen, schwierige Lebenssituationen besser zu bewältigen. Besonders für Alleinerziehende und sozial benachteiligte Mütter erscheinen daher Mutter-Kind-Kuren als eine besonders geeignete Möglichkeit, gesundheitliche Fragen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme anzugehen, weil sie ein indikationsspezifisches Behandlungskonzept mit einem ganzheitlichen,

lebensweltorientierten, ressourcenstärkenden Angebot verbinden. Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit werden ebenso berücksichtigt wie psychosoziale Problemsituationen. Ziel ist neben der Krankheitstherapie die dauerhafte Stärkung und Förderung des Selbsthilfepotenzials und der Eigenverantwortung.

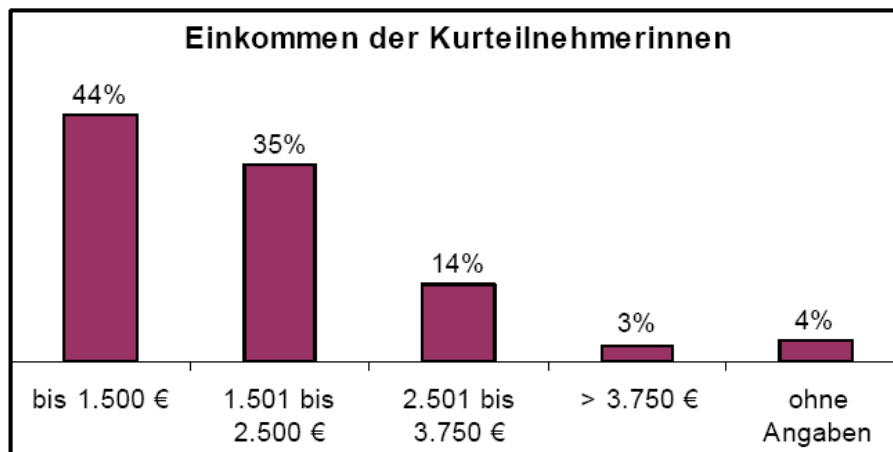
3. Erschwerter Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen für arme Frauen

Armut hat ein spezifisches Frauengesicht, das geprägt ist von den strukturellen Gegebenheiten auf dem Arbeitsmarkt, in den sozialen Sicherungssystemen und in der familiären Situation.

Armutsbetroffene Frauen bilden eine wachsende Bevölkerungsgruppe mit besonderen Gesundheitsbedürfnissen und Gesundheitsproblemen. Dabei können sich strukturelle Bedingungen und Faktoren mit biografischen Lagen verstärken. Spielräume werden so weiter eingeschränkt oder es kann zu Unterversorgung führen, beispielsweise beim Wohnen oder bei Ernährung. Gesundheitsförderung kommt zu kurz, Arztbesuche und notwendige Therapien und Medikamente werden aufgeschoben.

Ökonomische Problemlagen von Frauen, insbesondere in den Zeiten ihrer aktiven Erziehungsphase werden deutlich in den Erhebungen des MGW zu den haushaltsbezogenen Nettoeinkommen der Kurteilnehmerinnen.

Danach hatten 2007 44 Prozent ein haushaltsbezogenes Nettoeinkommen von unter 1.500 Euro – bedingt durch Teilzeit, Niedriglöhne oder Transferzahlungen von Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosengeld III. Ein Bezug auf die Familiengröße ist allerdings nicht möglich, ebenso keine Differenzierung der Einkommenslagen unter 1.500 Euro.



Müttergenesungswerk (Hrsg. 2007): Datenreport.

a) gesetzliche Zuzahlungen bei Mutter-Kind-Kuren

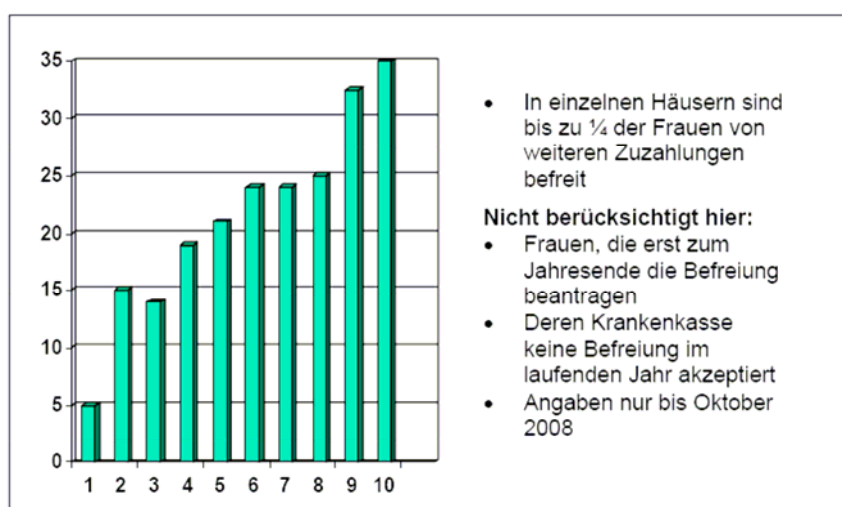
Indiz für die prekären finanziellen Familiensituationen kann daher die Zuzahlungsbefreiung sein. Nach den gesetzlichen Regelungen fällt für eine 3-wöchige Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eine Zuzahlung von 220 Euro an. Für arme oder armutsnahe

Familien eine hohe Hürde. Für Familien, Bedarfsgemeinschaften und Ein-Eltern-Familien, die unter den Bedingungen des SGB II leben, ist die jährliche Zuzahlung für die gesamte Familie bei 83 Euro festgesetzt (entspricht 2% des Bruttoeinkommens, sofern keine Härtefallregelung greift). Daher gingen in der Vergangenheit viele Beratungsstellen und Krankenkassen dazu über, den Pauschalbetrag bei einer entsprechend hohen Zuzahlungsforderung bereits im Zusammenhang mit der beantragten Maßnahme im Laufe des Jahres einzuziehen. Dies ermöglichte ein gemeinsames Rundschreiben der GKV zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003: „Wird die Belastungsgrenze vor Ablauf des Kalenderjahres erreicht, so hat die Krankenkasse für den Rest des Jahres eine Befreiung auszusprechen. Eine Befreiung auf Grund einer Vorauszahlung des Versicherten in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze ohne den Nachweis tatsächlich entstandener Zuzahlungen ist im Einzelfall möglich, insbesondere wenn innerhalb kurzer Zeiträume die Belastungsgrenze erreicht würde.“ Erst nach Jahresablauf würden mögliche Einkommensveränderungen dann geprüft. Diese Regelung kann insbesondere bei Krankenhausaufenthalten oder stationären Kurmaßnahmen helfen, unnötige finanzielle Hürden zu vermeiden. Denn die vorgegebenen Zuzahlungen für eine Mutter-Kind-Kur in Höhe von 220 Euro stellen im Armutshaushalt eine hohe Hürde dar, da sie der Familienkasse bei Antritt einer Kur entzogen werden. Armen Frauen und Familien nützt die Aussicht nichts, zum Jahresende eine Rückzahlung zu erhalten.

Nach einer Stichprobe der Katholischen Arbeitsgemeinschaft in zehn Mutter-Kind-Kliniken waren in 7 von 10 Kliniken zwischen 15 – 25% der Frauen zum Zeitpunkt der Kur (1-10/2008) befreit. In zwei Kliniken war jede dritte Frau bereits bei Kurantritt ohne weitere Zuzahlungsverpflichtung im Jahr. Betrachtet man die Zahlen auf regionaler Ebene der Vermittlungsstellen, so verwundert es nicht, dass in einigen Städten und Regionen mehr als 4 von 10 Frauen in vermittelten Kuren von Zuzahlung befreit sind.

Frauen in Mutter-Kind-Kuren, die von Zuzahlungen befreit sind

Stichproben in 10 Mutter-Kind-Kliniken 1-10/2008



Alle Angaben: Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e. V.

Beratungsstellen berichten, dass eine entsprechende Befreiung von den Kassen in der Regel nur auf Antrag und Nachfrage durchgeführt wird. Es ist daher davon auszugehen, dass für Maßnahmen, die direkt bei den Krankenkassen beantragt werden, keine zeitnahe finanzielle Zuzahlungsreduzierung gewährt wird, da es nicht immer entsprechende Beratung gibt. Hier wäre eine „kundenfreundlichere und lebensnähere“ Handhabung durch die Kassen wünschenswert.

b) Kürzung des ALG II-Regelsatzes für arme Frauen während einer Kur

Zum 1. Januar 2008 stellte die Bundesregierung mit der neu gefassten ALG II-Verordnung (ALG-II-V) die Verrechnung von Verpflegung während einer stationären Maßnahme erstmals auf eine gesetzliche Grundlage. Ausgangspunkt dieser Norm war die Rechtsauffassung, das SGB II ermögliche eine individuelle Bedarfsermittlung z.B. durch Verrechnung von Verpflegungskosten. Danach war nach Auffassung der ARGE n/ Jobcenter auch die Vollverpflegung in einer Mutter-Kind-Kur als Einkommen zu werten und vom Regelsatz abzuziehen. Die Absurdität wird besonders deutlich, wenn von Seiten des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) für die Teilnahme an einer Maßnahme eine Zuzahlung als Eigenanteil gefordert wird – zugleich droht über das SGB II (Grundsicherung/Arbeitslosengeld) aber auch eine Kürzung des Regelsatzes. Damit werden Frauen im SGB II oder mit ergänzendem Arbeitslosengeld (bei Niedriglohneinkommen) weitestgehend von medizinischen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen ausgeschlossen.

Konkret bedeutete dies, dass vom Regelsatz, der 38% für Ernährung/Getränke beinhaltet, die Anteile für eine 3-wöchige Kur abgezogen wurden. Von einigen ARGE n/ Jobcenter wurden daher zum Beispiel bei einer Alleinerziehenden 96 Euro, bzw. 58 Euro für ein Kind (0-14) gekürzt.

Berichte von Beraterinnen im MGW bezeugen, dass vielfach Frauen schon nach Androhung von Reduzierungen den Kurantrag zurückziehen wollten.

Besonders deutlich wird dies, wenn man sich die Sachlage im Detail ansieht.

Regelsätze		Person pro Monat	./.38% Ernährungspauschale, 3 Wochen
für Kinder	0-14	211,- Euro	./. 58 Euro
	14-17	281,- Euro	
Für Erwachsenen/Haushalt	1. Person/Alleinerziehend	351,- Euro	./. 96 Euro
Für Partner/in	In Bedarfsgemeinschaft	316 Euro	./. 84 Euro

Jede weitere Ausführung hierzu dürfte überflüssig sein.

Auch wenn die Beratungsstellen der im MGW zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbände in Einzelfällen mit Widersprüchen gegen die Bescheide der Arbeitsagenturen angehen konnten, so blieb dennoch eine erhebliche Verunsicherung bei vielen Frauen. Beraterinnen berichten, dass sie zum Teil auch dazu übergingen, die Maßnahmen von Frauen unter rein

terminlichen Gründen zu planen. So fiel der von den Agenturen angesetzte Eigenanteil dann unter die sogenannte – durch Landesgerichte bestätigte – Bagatellgrenze der BMAS-Verordnung, wenn die Kur so terminiert wurde, dass sie in 2 Monate und damit in jedem Berechnungsmonat unter die Bagatellgrenze fiel.

Frauen, die hingegen ihre Kurmaßnahme nicht über eine Beratungsstelle beantragt, sondern direkt bei den Krankenkassen eingereicht hatten, hatten keine entsprechende Hilfestellung. So verwundert es nicht, dass auch im Rahmen des Runden Tisches Müttergenesung in Bremen Kassenvertreter von zum Teil bis zu 6 (!) Prozent bewilligter Maßnahmen berichteten, in denen die Frauen diese nicht angetreten hätten. Zusätzliche Kosten, aber auch prekäre Arbeitsverhältnisse und Angst vor Arbeitsplatzverlust wurden von Seiten der Beraterinnen und Berater hierfür angeführt. Es liegt daher nahe, dass mit Sicherheit eine Gruppe von Frauen unter der Angst „mir wird von Wenig noch was abgezogen“ von einem Antrag oder Maßnahmeantritt Abstand genommen haben.

Dabei ignorierte diese ALG II-Verordnung jegliche Lebenswirklichkeit. Beraterinnen aus dem Bistum Aachen haben an zusätzlichen Kosten für Frauen in Zusammenhang mit einer Kur aufgeführt:

Zur gesetzliche Zuzahlung für Erwachsene bei einer 3-wöchigen Maßnahme kommen Kostenbeiträge in der Klinik wie Waschautomat, Kostenumlagen für verschiedene Bastelmaterialien, Eigenanteile für Ausflüge, Eintritte, Busfahrten, Fahrtkosten vor Ort, Getränke, Kosten für Telefon, Internet in Höhe von bis zu 200 Euro. Kurbedingte Anschaffungen (z.B. Koffer, Kleidung, Sportkleidung, Schuhe, Badeanzug usw.) sind mit mindestens 150 Euro anzusetzen. Bei mehreren Kindern entsprechend höher. Die Gepäckaufgabe variiert nach Kofferzahl und Zielort (Insel) zwischen 60 Euro bis maximal 100 Euro. Dabei sind pro Koffer/je Fahrt 15,60 Euro anzusetzen (Stand 2008). Der Eigenanteil Fahrtkosten (bei Vorsorge) beträgt 10 Euro pro Fahrt, ebenso wird bei Vorsorgemaßnahmen nicht die Platzreservierung erstattet.

4. Frauengesundheit – Sparpotenzial für die Krankenkassen?

Die Idee der Müttergenesung ist inzwischen über 100 Jahre alt. Seit über 50 Jahren ist die bundesweit organisierte Müttergenesung als Zusammenschluss von verschiedenen Wohlfahrtsorganisationen im MGW zusammengefasst. Dieses geht zurück auf die Initiative von Elly Heuss-Knapp, der Frau des ersten Bundespräsidenten. Im Nachkriegsdeutschland wurden mit Hilfe von Sammlungen die „Mutti-Ferien“ unter dem Dach der Wohlfahrtsverbände organisiert. 1962 wurde die Müttergenesung im Bundessozialhilfegesetz verankert, 1974 in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen. Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurde festgelegt, dass die Krankenkassen Vorsorge- und Rehabilitationskuren voll finanzieren oder bezuschussen können.

a) Müttergenesung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB)

Das MGW – inzwischen Dach- und Lobbyorganisation – unter dessen Leitung die Konzeption eines modernen Gesundheitsangebotes mit lebensweltlichen Ansatz im Rahmen einer stationären klinischen Maßnahme entwickelt wurde hat in den vergangenen Jahrzehnten die Entwicklung im Rahmen des SGB V vorangetrieben und durchgesetzt. Kern ist, neben den medizinischen Kernangeboten ein an der Indikation ansetzendes präventiv oder rehabilitativ ausgerichtetes Gesundheitsangebot, das psychosoziale, psychische und somatische medizinische Behandlungskonzepte kombiniert mit frauenspezifischen, ganzheitlichen, Seele und Lebenswelt umfassenden Ansätzen.

Ergänzt wird die durch die sogenannte Therapeutische Kette des MGW, die vor der Maßnahme ein Beratungsgespräch durchführt, um Maßnahmen abzustimmen.

Nach der Maßnahme wird vor Ort eine Nachbereitung angeboten. In diesem Rahmen können neben der Übertragbarkeit auf den Lebensalltag auch Sozial- und Rechtsberatungen, die im Rahmen der Wohlfahrtseinrichtungen bestehen, einbezogen werden.

Mutter-Kind-Maßnahmen im Rahmen der GKV nach dem SGB V sollten sicherstellen, dass insbesondere für Frauen mit kleinen Kindern ein Zugang zur stationären und ganzheitlichen orientierten gesundheitlichen Versorgung möglich wird. Dies betrifft sowohl Frauen in der Familienarbeit als auch erwerbstätige Frauen mit Kindern.

Im Rahmen der GKV sind die Mutter-Kind-Maßnahmen seit 1989 nach §24 (Vorsorge) und §41 (Rehabilitation) des SGB V tatsächlich eine Besonderheit, da sie Leistungen für eine bestimmte Zielgruppe definieren und sie formal gegen die §23 SGB V und §40 SGB V abgrenzen.

Sowohl in den Gesundheitsreformen 2002, 2005 und 2007 haben die jeweiligen Gesundheitsministerien versucht, die Müttergenesung als Teil eines frauenspezifischen, ressourcenstärkenden Therapieansatzes und als familienpolitische Maßnahme zu stärken.

Mit der Neufassung der gesetzlichen Regelungen 2002 hat die Bundesregierung die Vollfinanzierung bei gesetzlich geregelter Eigenbeteiligung beschlossen. Es war erklärtes familienpolitisches Ziel, durch die Ausweitung der Maßnahmen auf Väter und eine einheitliche Finanzierungsregelung sicherzustellen, dass auch Frauen und Männer mit kleineren Kindern an einer effektiven stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen können. Zuvor waren Finanzierungsfragen in die Satzungshoheit der Kassen gestellt worden. Dies führte dazu, dass einzelne Kassen Zuschüsse festgesetzt hatten, die weit unter den Kliniktagessätzen lagen und viele Frauen durch hohe Eigenanteile ausgeschlossen wurden.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das ab dem 1.7.2007 in Kraft trat hat die Bundesregierung diesen Ansatz weiter gestärkt und Änderungen bei Mutter-Kind-Kuren vorgenommen, die erklärtermaßen weitere finanzielle Belastungen für die Kassen in Kauf nahmen.

So wurde die Anspruchsnorm verändert. Die „medizinische Vorsorge für Mütter und Väter“ (§24 SGB V) und „medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter“ (§41 SGB V) sind nunmehr Pflichtleistungen. Dies bewirkt u.a. dass die damit verbundene Leistungen in den Risikostrukturausgleich aufgenommen werden.

b) Ablehnungen von Mutter-Kind-Maßnahmen durch den MDK

Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Kuren waren bis zum Juni 2007 Ermessensleistungen der Krankenkassen. Die von Versicherten und Ärzten beantragten Maßnahmen mussten dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Prüfung vorgelegt werden. Obwohl mit der Begutachtungs-Richtlinie des MDS/ Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. bundesweit bereits 2005 eine einheitliche Richtlinie bestand, ist die Prüfpraxis bis heute keineswegs einheitlich. Die Zahlen der Bewilligungen und Ablehnungen weisen starke regionale Unterschiede auf. Auch bei den Widersprüchen und der Rate erfolgreicher Widersprüche können keineswegs objektive Gründe für die unterschiedlichen Entscheidungen angeführt werden. Hier darf durchaus von mangelnder Kompetenz der medizinischen Prüfer, von Willkür und von persönlichen Motiven geleiteten Entscheidungen ausgegangen werden. Zudem werfen die Ergebnisse erhebliche Fragen in Bezug auf eine bundesweite interne Qualitätsüberprüfung und –sicherung auf. Denn obwohl sozialrechtlich längst geregelt und gesetzlich bestätigt war, dass Mutter-Kind-Kuren nach §24 und §41 nur stationär erfolgen und daher ein Antrag nicht unter dem Hinweis der Wirtschaftlichkeitsprüfung abgelehnt werden konnte, geschah dies in erheblichem Ausmaß.

Statistische Auswertung Ablehnungen/ Widersprüche 2007 für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §24 und §41 SGB V

Jahresvergleich

Ablehn./Widerspr.	2005	2006	2007
Ablehnungen	36% v. Anträgen	34% v. Anträgen	28% v. Anträgen
Widersprüche	65% v. Ablehn.	66% v. Ablehn.	69% v. Ablehn.
davon erfolgr. Widerspr.	45% v. Widerspr.	51% v. Widerspr.	51% v. Widerspr.

Müttergenesungswerk (Hrsg. 2007): Datenreport.

So wurden beispielsweise 45% der abgelehnten Anträge mit dem Hinweis begründet, dass noch nicht alle ambulanten Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft worden seien. Dabei war mit dem GKV-WSG ausdrücklich klargestellt worden, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Bereich der Mutter-Kind-Kuren nicht gilt. In 15% der Ablehnungen wurde begründet, dass die Rentenversicherung zuständig sei. Dabei gibt es im Rahmen der Rentenversicherung keine Kuren, die eine Unterbringung von Kindern ermöglichen und die Kriterien für eine Rehabilitation in diesem Rahmen ist sehr eng gesetzt. Ungefähr ein Drittel der Ablehnungen wurde nicht oder mit weiteren Hinweisen begründet, die Frauen hätten ausreichende Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung, wenn die Kinder betreut würden oder die Familie könnte ja Urlaub in einer Jugendherberge machen. In einem Fall war einer Mutter mit 9 Kindern auf Anfrage mitgeteilt worden, es seien keine mütterspezifischen Belastungen erkennbar. Eine erbärmliche Bilanz für den jeweiligen MDK, die zugleich ein Schlaglicht auf die mangelhafte Qualitätssicherung der Begutachtung wirft.

c) Ablehnungen nach Krankenkassen und Bundesländern

Doch auch die vom MGW gesammelten statistischen Erhebungen zu den Ablehnungsquoten in den verschiedenen Bundesländern, den Widersprüchen und den erfolgreichen Widersprüchen werfen Fragen auf, zumal die Ablehnungen in den Bundesländern prozentual sehr unterschiedlich sind.

Statistische Auswertung Ablehnungen/ Widersprüche 2007 für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §24 und §41 SGB V

nach Bundesländern	Ablehnungen von Anträgen	Widersprüche von Ablehnungen	erfolgr. Widerspr. v. Widersprüchen
Baden-Württemberg	36%	58%	57%
Bayern	32%	62%	47%
Berlin	20%	70%	63%
Brandenburg	37%	42%	39%
Bremen	27%	87%	68%
Hamburg	32%	74%	33%
Hessen	30%	86%	55%
Mecklenburg-Vorpom.	25%	75%	51%
Niedersachsen	29%	72%	51%
Nordrhein-Westfalen	19%	72%	54%
Rheinland-Pfalz	29%	66%	49%
Saarland	36%	84%	52%
Sachsen	37%	78%	33%
Sachsen-Anhalt	25%	62%	48%
Schleswig-Holstein	37%	70%	45%
Thüringen	30%	65%	45%

Müttergenesungswerk (Hrsg. 2007): Datenreport.

Hinzu kommt eine sehr unterschiedliche Handhabung bei einzelnen Krankenkassen. Aus der Beratungspraxis ist bekannt, dass einzelne Kassen einen internen Gesprächsleitfaden haben, der Anfragen von Frauen zurückweisen soll, ehe dann den Frauen Antragsformulare zugeschickt werden.

Im Rahmen eines Runden Tisches Müttergenesung bei der Landesfrauenbeauftragten in Bremen wurde u.a. Selbstauskunftsbögen diskutiert, die von einigen Kassen als weitere Grundlage für die Begutachtung eingesetzt worden waren. Einige Selbstauskunftsbögen enthielten sehr weitgehende Fragestellungen auch zu Sozialdaten und Sozialverhalten von Familienangehörigen, wie Sucht, Gewalt, Abwesenheiten und vorhandenen sozialen Netzwerken. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat 2006 einige dieser Selbstauskunftsbögen geprüft und festgestellt, dass lediglich der MDK berechtigt sei im Rahmen seiner Prüfung Sozialdaten zu erheben und zu speichern. Bundesweit wurden die Kassen auf die widerrechtlichen Einsatz hingewiesen und mussten das Verfahren ändern.

5. Ausblick:

Gesundheitsmodernisierungsgesetz - Neue Hürden für Mutter-Kind-Kuren?

Nach den gesetzlichen Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes haben grundsätzlich alle Frauen und Männer in Familienverantwortung Anspruch auf eine medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach §§24 und 41 SGB V, wenn diese medizinisch indiziert ist und die Ärztin oder der Arzt die medizinische Notwendigkeit dieser Maßnahme attestiert hat. Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind indiziert, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen, oder diese bereits bestehen.

Die Überprüfung der Anträge zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt jetzt nicht mehr grundsätzlich, sondern nur noch stichprobenartig. Es obliegt den Krankenkassen, ein Verfahren zur Auswahl der Stichprobe festzulegen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind auch verpflichtet worden, eine Statistik über die Anträge und deren Erledigung zu führen.

Die Praxis und Meinung der Kassen, wie aktuell die Prüfung nach der neuen Regelung erfolgen soll, scheint noch sehr unterschiedlich zu sein und muss weiter beobachtet werden. Nach ersten Berichten von Frauen scheinen einige Kassen wieder Selbstauskunftsbögen einzusetzen oder die Frauen zum „Gespräch“ einzuladen, um eine eigenständige Prüfung durchzuführen.

Noch liegen keine Ergebnisse vor. Doch erste Berichte geben Anlass zur Sorge. So haben sich im 1. Halbjahr 2008 Anträge und Bewilligungen zwar leicht zum Positiven verändert. Statt 28% wurden „nur noch“ 25% der Anträge abgelehnt. Doch bestimmte Ablehnungsgründe wie „ambulant vor stationär“ wurden unverändert von den Krankenkassen „herangezogen“, obwohl der Gesetzgeber in der Begründung der Gesetzesänderung erneut eine Klarstellung vorgenommen hatte.

Für die neue „Prüfung durch die Kasse“ kann sich das Problem stellen, dass die soziale Belastung der Frau sich nicht oder „nicht ausreichend“ über das Attest abbildet. Für die Frau ein Dilemma: ist sie in einer sozial sehr belastenden Situation und macht sie hierüber keine eigenen weiteren Angaben, wird ihr Antrag möglicherweise abgelehnt. Im Gegensatz zu anderen Prüfverfahren muss Frau „Stress und Mehrfachbelastung“ umfassend offenlegen und mit ihren persönlichen Daten zur Lebenslage und der persönlichen Gesamtsituation den Nachweis für die Kurbedürftigkeit führen. Dabei gilt auch hier die Vorgabe des Datenschutzes, dass diese Daten auf Kassenebene nicht oder nur sehr begrenzt erhoben werden dürfen.

Und auch die Beobachtung in den Beratungsstellen, dass in jüngster Zeit das Fehlen von sozialer Benachteiligung als Ablehnungsgrund durch die Kassen und den MDK herangezogen wird, zeigt, wie schwierig frauenspezifische Belastungen in diesem Raster zu fassen sind.

Insgesamt bleibt zu hoffen, dass durch die neue Statistikverpflichtung der Kassen diese Problematik transparenter wird und die Vorgaben des Datenschutzes in den neuen Verfahren ausreichend berücksichtigt werden.

Aktueller Nachtrag:

Auf die kleine Anfrage der Grünen zur weiteren Anrechnung der Krankenhausverpflegung auf das Arbeitslosengeld II antwortete die Bundesregierung in einer Vorab-Fassung vom 28.10.2008:

„...Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird diese Regelungen in Kürze unter Beachtung der Hinweise des Bundessozialgerichts anpassen.

Danach dürfen Einnahmen in Geldeswert, die auch mit der Regelleistung abgegolten sind, trotz der Pauschalierung der Regelleistung maximal mit dem Wert angesetzt werden, der ihrem Teil der Regelleistung entspricht. Andere Einnahmen in Geldeswert sind – wie bisher – mit dem üblichen Endpreis am Abgabeort anzusetzen; bei der Berechnung des Wertes ist aber sicherzustellen, dass der Sachbezug mit einem Wert angesetzt wird, der tatsächlich für den Lebensunterhalt nutzbar gemacht werden kann. Nicht ausgeschlossen ist es nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts, auch bereitgestellte Verpflegung nach der gesetzlichen Regelung des §11 Abs. 1 Satz 1 SGB II als Einkommen zu berücksichtigen. Auf Grund der Regelung des §2 Abs. 5 Satz 2 Alg II-V, die eine monatliche Bagatellgrenze vorsieht, kommt es aber bereits heute nur noch in Einzelfällen zu einer Berücksichtigung von Einkommen mit Geldeswert aus bereitgestellter Krankenhausverpflegung. Es ist daher beabsichtigt, die Nichtberücksichtigung solchen Einkommens zu regeln.“

Deutscher Bundestag, Drs. 16/10714, 28.10.2008

Mit Wirkung zum 1. Januar 2009 hob das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Kürzungen von ALG II und Hartz IV während eines stationären Aufenthaltes auf. Vollverpflegung darf auch während einer Mutter-Kind-Kur nicht länger als Einkommen angerechnet und die monatlichen Regelleistungen dürfen nicht gekürzt werden.

Danksagung

Für die Unterstützung bei der Recherche bedanke ich mich insbesondere bei Frau Jäger von der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, Frau Dallmüller und Frau Klapper von der Caritas Osnabrück und Bremen und Frau Knobloch und Frau Kügler vom Deutschen Arbeitskreis für Familienhilfe, Bremen

Auf Einladung der Bremer Landesfrauenbeauftragten Ulrike Hauffe besteht seit Juni 2004 auf Landesebene ein "Runder Tisch Mutter-Kind-Kuren" der inzwischen bundesweit Vorbildcharakter hat. Vertreterinnen und Vertreter von Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas Bremen, Caritas Bremerhaven, Ev.-lutherischer Kirchenkreis Bremerhaven und Deutscher Arbeitskreis für Familienhilfe), von Krankenkassen (AOK Bremen/Bremerhaven, Handelskrankenkasse/hkk, Landesvertretung des VdAK, der Betriebskranken- und Innungskrankenkassen), des Medizinischen Dienstes der

Krankenkassen, der Ärzte- und der Arbeitnehmerkammer haben sich das Ziel gesetzt, Kommunikation und Zusammenarbeit aller am Verfahren Beteiligten zu verbessern, Probleme bei der Genehmigungspraxis aufzuspüren und Reibungsverluste abzubauen.

Carola Bury

Arbeitnehmerkammer Bremen

Kontakt:

Referentin für Gesundheitspolitik

Bürgerstr. 1

28195 Bremen

Fax: (0421) 36 30 19 95

Tel.: (0421) 36 30 19 90

E-Mail: bury@arbeitnehmerkammer.de

www.arbeitnehmerkammer.de/gesundheitspolitik

Literatur / Quellen:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bundes-Frauengesundheitsbericht: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1996) Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern: Der Beitrag von Mütterkuren zur Frauengesundheit. Kohlhammer Stuttgart Berlin Köln.

Bury, Carola, Beschäftigung am Existenzminimum. Armut und prekäre Beschäftigung im Land Bremen. in: Gesundheit Berlin (Hrsg. 2007): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

Bury, Carola, Gesundheit-Krankheit-Armut. Wenn die Gesundheit auf der Strecke bleibt. in: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg. 2004) Armutsbericht.

Erkrankungen und Indikationen, in: Deutscher Arbeitskreis für Familienhilfe e.V. (2008), www.ak-familienhilfe.de

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Hrsg. 2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, H.14, April 2003

MDS/ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Begutachtungs-Richtlinie. Vorsorge und Rehabilitation, Oktober 2005.

MGW, Müttergenesung in Zahlen. Alle Zahlen erhoben durch den Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Minder an der Medizinischen Hochschule Hannover, Stand 2006.

Müttergenesungswerk (Hrsg. 2007): Datenreport. www.muettergenesungswerk.de.
(Alle Zahlen erhoben durch den Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover, Stand 2006)

Statistische Auswertung Ablehnungen/ Widersprüche 2007 für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nach §24 und §41 SGB V, in: Müttergenesungswerk (Hrsg. 2007): Datenreport. www.muettergenesungswerk.de.

[Zurück zur Übersicht](#)