



Bündnis Kinder- und Jugendreha (BKJR)

[www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de)

## Jahrestagung der Kinder- und Jugendreha 2017, 01.-02.11.17, Berlin

### Arbeitsgruppe 4 – Familienorientierte Rehabilitation

Moderation und Zusammenfassung: Heidrun Koop, Dr. Johannes Oepen

*Teilnehmer: Verbände, MDK, MDS, SMD DRVen, Klinik-Trägerverwaltung /Ärzte – (u.a. „allgemeine Kinderreha“, „klassische FOR“, Neuropädiatrie, Psychosomatik (inkl. Sucht), private Vermittlung für Reha – und familiär Betroffene)*

#### **Stichworte aus der Vorstellungsrunde zur Familienorientierung**

Familiensystem, Eltern-Kind-Interaktionstherapie, Integration in die Familie, Wirkfaktor Beziehungen – Familie, Tragfähige Perspektive für die Familie am Reha-Ende, Altersgerechte Ausgestaltung, Milieu-Reha

Machbarkeit, Schnittstellenproblematik (Kostenträger, Alter, Arbeitsplatz des Vaters), Erwartung der Eltern vs. Erwartungen des Kindes, Finanzierung

Indikationen/ Indikationserweiterung z.B. psych. Behinderung, Räumliche Erweiterung

Klarheit, Begriff (Vorschlag Reha mit Familieneinbezug und FOR), Bekanntheit, Infos

#### **AG „Familienorientierung, was bieten wir schon?“**

##### **Vorab-Organisation:**

- Finanzierung: (1) Spenden spielen in FOR-Kliniken wichtige Rolle, da Pflegesätze nicht reichen und (2) Kliniken zaubern familienorientierte Elternbetreuung aus „mageren“ Begleitperson-Sätzen
- Kampf bis FOR-Konzepte bewilligt und kontinuierlicher Einsatz für Erhalt der FOR-Finanzierung
- im Vorfeld eruieren, ob Familienmitglied eigenen Rehabedarf hat
- Ziele im Vorfeld klären (min. 2h/Familien-Fall: in Rehakliniken - evtl. besser Casemanager/ Vermittler: für Reha-Servicestellen bisher nicht leistbar - durch „neutrale Vermittlung“ ersetzt?)

##### **Ablauf:**

- Eltern sind in schwerer Zeit beim Kind
- Familiensituation zu Rehabeginn oft am Eskalationslevel
- Familien stärken → nach der Reha „in ein neues Leben starten“
- Wichtig: räumliche Infrastruktur, Schulbetreuung auch für Geschwister
- teilweise Begleitung, Abwechselnd begleiten
- Bedarfe aller Familienmitglieder individuell bedienen
- Belastung der Eltern / Familie hängt nicht zwangsläufig mit dem Schweregrad der Erkrankung des Kindes zusammen
- unterschiedliche Aufträge (z.B. Onkologie vs. Familienkonflikte)
- (Psycholog.) Personal für Elternbetreuung
- Entwicklung während der Reha kann räumliche Änderungen erfordern: Zimmerwechsel kann nötig werden und entsprechende Kapazitäten müssen bereitgehalten werden



## Problemstellen in der Rehapraxis

- „Familienorientierung“ zu alltagsbegrifflich („inflationär für familienfreundlich“) abgenutzt. Alternative Namen: familienorientiert, Interaktionstherapie
- Begleiteltern bei psychosomat. Reha haben oft noch nicht „Reha-Begleitelternfähigkeit“
- Stufung sinnvoll? Familienorientierung von Stufen 1 (Adipositas) bis 4 (FOR) ähnlich MBOR
- Indikations-Erweiterung nötig: PTBS durch Krieg/ Gewalt in der Familie
- Schnittstelle Neuropädiatrie: Früh-Reha dort, dann in schweren Fällen FOR

## AG „Bedarfe“: klientenzentriert formulieren. „mehr Familie in der Reha-Arbeit“ – DRV und GKV

Vermeidung von „Zweigleisigkeit“ und 2-Klassen-Reha ist einer der grundsätzlichen Bedarfe  
Mitsendung erwachsene Bezugspersonen / Geschwister, soweit für Rehaerfolg erforderlich

### Bedarfe von Eltern (Bezugspersonen) bzgl. Reha

- Elterngruppe - mit eigenständigem Wert des Ziels „Entspannung“ (ggf. Kreativ-Tätigkeit, körperliche Aktivität wie „Wandern“, „Sport-Gruppe“, „Basteln“ u.ä.)  
(5h/ Woche „KTL-Aktivität“ - Zuordnung über Ziel: Erprobung einer Minderung von Spannung, Erproben im Erleben und Anbahnung von Dialog zu subjektiv relevanten Aspekten der eigenen Situation mit dem kranken Kind) ->  
Erhöhung der Gruppen-Zeiten für die Kinder
- Fachliche Aktivität zum eigenen Betroffensein (ist NICHT Therapie für eigene Krankheit)
- eigene Kompetenzen / Ressourcen identifizieren und (weiter-)entwickeln
- Familieninteraktion
- Familienbelastung - inkl. z.B. „Passung“: Appartement mit und ohne Kind s.u.
- Gesamtgruppe als relevanter Aspekt (bewährt: geschlossene Gruppen – WENN offene Gruppen mitplanen von Modifikationen wie z.B. „Reha-Pate“ als Rolle der bereits aufgenommenen Eltern – wenn diese dazu fähig sind)
- Eigenes Rehaverfahren der Bezugspersonen bei eigenem Rehabedarf (in Koordination mit Kinder-Jugendreha und zusätzlicher Zeit über dem Reha-Plan für zwei Einzelrehas  
(Fallkonferenz Eltern-Team UND Kinderteam – themenzentriert ~10Min pro Teilnehmer )
- Sozialberatung (2 Stunden/ Reha-Familie)
- Nachberatung nach der Reha min 2h / Reha-Familie – Casemanagement

### Bedarfe von Kindern/ Jugendliche (Rehabilitand) bzgl. Reha

- „Begleitperson anwesend“ ist oft schon eigenständiges Interesse : Appartement, oder „Hotel“: bisher ungeregt Einzelfallpraxis (Abwägen „Bedarf/ Wunsch – Passung zu Kindeswohl aus fachlich -ärztlicher Sicht muss ggf. geklärt werden)
- Schulung bzgl. Erkrankung (bisher implizit)
- Eltern-Anleitung im Umgang mit Krankheit (fachlich z.B. Behandlung/ Hilfsmittel, aber auch psych. inkl. Integration in den Alltag) „Co-therapeut“? – „sicher als Eltern“
- Nicht nur „Kümmern“: Gesundheit i.S. Teilhabe /Autonomie des Kindes fördern = besonders relevantes Reha-Ziel
- Erziehungsberatung / Coaching – mit Empfehlung für die nachstationäre Zeit
- Angehörigen-Gespräche – ~ 30min/Woche („Familientherapeutisches“ Gespräch) auch für nicht aufgenommene Bezugspersonen
- Elterntraining – z.B. Triple P ®, Marte Meo ® (Einführung),  
ggf. klinikeigenes Konzept reha-adaptiert fachlich fundiert z.B. in Anlehnung an XX

---

#### Mitglieder im Bündnis als Vertreter der Gesellschaft und Verbände der Kinder- und Jugendreha

Baumann, Alwin (Wangen), Behr, Eckart (Bad Sulza), Dr. Berghem, Stefan (Borkum), Dr. Hoch, Bernhard (Augsburg)  
Koop, Heidrun (Freiburg), Lawall, Christof (Berlin), Dr. Oepen, Johannes (Bad Kreuznach),  
Dr. Steffens, Tomas (Berlin), Walch, Antonia (Berlin), Dr. Waldeck, Edith (Bruchweiler)

## Bündnis Kinder- und Jugendreha



### Bedarfe von Geschwistern (Bezugspersonen) bzgl. Reha

- Mitaufnahme klientenzentriert planen z.B. „3stufig“: „rooming in“ mit der Familie inkl. Pat./ „über den Gang“, oder (bisher v.a. Selbstzahler) Eltern in Pension o.ä.
- damit erforderlich „eigene Begleitpersonen-Betreuung“ (Entwicklungs-entsprechend)
- eigener Schulunterricht - ggf. über Klinik-Lehrkräfte / Schule vor Ort
- fachliche Unterstützung für das eigene Betroffensein als Familienmitglied (gemäß erkennbarer Vulnerabilität als Folge/ aber auch Modulationsfaktor sowie ggf. Anerkennung / Rückmeldung für resilienten Umgang mit Erkrankung des Patienten)
- bei eigenem Rehabedarf (inkl. definierter ICD-Kriterien einer Diagnose): koordinierte Rehabehandlung in gleichem Haus / bei Indikation ggf. in anderem Haus