Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.

BDPK Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

KINDER-REHA

caritas

DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Rehabilitation Prävention

Juni 2013

Veranstaltungsverlauf

10:00 Uhr Begrüßung und Einführung in die Tagung
Ministerin a.D. Dr. Monika Stolz MdL, Vorsitzende des BVRKJ

10:30 Uhr Grußwort
Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin

10:45 Uhr Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- u. Jugendrehabilitation
Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund, Berlin

11:15 Uhr Antragstellung und Durchführung der Kinder und Jugendrehabilitation
Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, DRV Bund, Berlin

11:45 Uhr Kaffeepause

12:15 Uhr Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen
Dr. Bernhard Hoch, Medizinischer Direktor der Kath. Jugendfürsorge, Augsburg

12:45 Uhr Mittagspause

13:30 Uhr Die soziale Lebenswirklichkeit von Jugendlichen
Inga Borchard, Sinus Akademie, Berlin

14:30 Uhr Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation
Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach

15:00 Uhr Schlusswort
Thomas Bublitz, BDPK, Berlin

Moderation: **Alwin Baumann,** Vorstandsmitglied des BVRKJ

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung und Einführung in die Tagung 1

Ministerin a.D. Dr. Monika Stolz MdL, BVRKJ

Grußwort 2

Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin

Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- u. Jugendrehabilitation.....3

Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund, Berlin

Antragstellung und Durchführung der Kinder und Jugendrehabilitation.....4

Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, DRV Bund, Berlin

Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen 5

Dr. Bernhard Hoch, Medizinischer Direktor der Kath. Jugendfürsorge, Augsburg

Die soziale Lebenswirklichkeit von Jugendlichen.....6

Inga Borchard, Sinus Akademie, Berlin

Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation 7

Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach

Schlusswort 8

Thomas Bublitz, BDPK, Berlin

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Begrüßung und Einführung in die Tagung

Ministerin a.D. Dr. Monika Stolz MdL, Vorsitzende des BVRKJ

Begrüßung und Einführung Frau Dr. Stolz

Als Vorsitzende des Bundesverbandes Katholischer Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche und damit einem der veranstaltenden Verbände begrüße ich Sie herzlich zur heutigen Fachtagung. Ich danke Ihnen für Ihr Engagement und Ihre Bereitschaft, in einen Austausch zu kommen mit allen Beteiligten zu Fragen zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Schon in einer gewissen Tradition - gibt es die Bereitschaft mehrerer Verbände in Fragen der Kinderrehabilitation zusammenzuarbeiten. Es ist schön, an einem Strang zu ziehen! Begrüßen darf ich Sie auch im Namen unserer Kooperationspartner der heutigen Tagung:

- Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern u. Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken, BDPK
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, DEGEMED

Eine Offenheit und große Bereitschaft zum Gespräch schätzen wir auch auf Seiten der Leistungsträger. Man sieht es heute aber auch bei vielen anderen Gelegenheiten.

Besonders willkommen heißen darf ich Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke vom BMAS. Außerdem freuen wir uns, hochrangige Experten aus Praxis, Wissenschaft, Politik und Kostenträgerseite gewonnen zu haben und ich begrüße herzlich:

- Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund, Berlin
- Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, DRV Bund, Berlin
- Dr. Bernhard Hoch, Medizinischer Direktor der Kath. Jugendfürsorge, Augsburg
- Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach
- Inga Borchard von der Sinus Akademie, Berlin wird noch zu uns stoßen

Wichtig für die Diskussion ist es, auch folgende weitere Personen hier zu haben, die Entscheidungen vorantreiben können und ich begrüße herzlich:

- Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der DRV Westfalen
- Nicola Wenderoth, Dezernatsleiterin für die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen und Betreuung der Reha-Ausbildungsstätten, DRV Bund, Berlin

- Irmgard Backes in Vertretung von Gerd Kukla, Referatsleiter vom GKV Spitzenverband
- Dr. Ingrid Pottins, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der DRV Bund

Es ist heute ein Wiedersehen aus mehreren Zusammenhängen: Einer ist sicher die letzte Veranstaltung im ähnlichen Format. Viele von Ihnen waren am 17.11.2011 in Berlin, als sich Vertreter aus Rehabilitationskliniken, Rehabilitationsträger sowie Wissenschaftsvertreter austauschten zur Frage: „Was brauchen chronisch kranke Kinder“. Anlass für dieses Thema war der Bewilligungsrückgang seit 2009/ 2010. Wir haben befürchtet, dass durch Bedrohung der Existenz von Fachkliniken das System der Kinderrehabilitation irreparabel Schaden nimmt. Daraus resultierte das Bedürfnis, zu diskutieren und zu einem Einvernehmen zu kommen, welche Bedeutung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Zukunft zukommen soll.

Vor diesem Hintergrund war es ermutigend, vom BMAS und Leistungsträgern Wertschätzung für die Konzeption und Praxis der Kinder- und Jugendrehabilitation als einen wichtigen Beitrag zu deren Gesundheit und Teilhabe zu vernehmen. Es war und ist uns wichtig, dass die Bedeutung dieses Zweigs der medizinischen Rehabilitation für die Herausforderung der komplexen Gesundheitsprobleme von Kindern gesehen und geschätzt wird. Und wir sind dankbar für das Einvernehmen, vor allem mit BMAS aber auch DRV, die Kinder-Reha im demographischen und volkswirtschaftlichen Zusammenhang sehen - über ihren Beitrag darin Erwerbsfähigkeit zu entwickeln.

Und die Praxis zeigte bereits verschiedene Projekte des BMAS und der DRV, die anstreben, die Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation zu verbessern. Vieles ist angestoßen und einiges läuft bereits besser, wir hören dazu sicher einiges von den Vertretern der DRV Bund. Gleichwohl bestehen immer noch Spannungen: man kennt den Bedarf, Nutzen und Kompetenz einerseits. Die Umsetzung ist aber von zahlreichen Problemen begleitet. Und dieses Spannungsfeld bedroht weiterhin die Existenz der Kliniken und damit das Kompetenzsystem der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Neben dieser generellen Überlegung, geht es auch um die kontinuierliche Anpassung der Kinder-Reha an die Bedingungen der Zeit.

Beim letzten, dem 13. Kinder- und Jugendbericht mit dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung" lag der Schwerpunkt auf dem gesundheitlichen Aspekt. Zum aktuellen 14. Bericht titelt das Jugendinstitut „Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Wie sich das Aufwachsen in Deutschland verändert – und wie Politik und Praxis darauf reagieren". Die Bundesregierung beauftragt ja alle vier Jahre eine Expertenkommission, die ein aktuelles Lagebild über die Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu zeichnen. Ziel ist das gelingende Aufwachsen junger Menschen, es geht um „fai-

re Chancen“, und „angemessene Förderung in jeder Lebensphase". Diese Herangehensweise greifen wir mit der Tagung auf - natürlich mit gesundheitlichem Fokus. Es geht darum, wie sich das Aufwachsen verändert und wie das Reha-Angebot darauf reagieren sollte.

Vor allem die DRV als ein maßgeblicher Reha-Träger für junge Menschen hat seit über 100 Jahren Erfahrung in der Rehabilitation, ihr Rehabilitationsbegriff ist durch den Verweis auf die spätere Erwerbsfähigkeit weit gefasst. Sie hat enorme Anstrengungen zur Qualitätssicherung auch in der Kinder- und Jugendreha unternommen. Und wir schätzen diese Kompetenz hoch ein und freuen uns auf die Vorträge von Frau Dr. Weinbrenner und Herrn Dr. Jäger.

Die Hauptindikationen der Kinder- und Jugendrehabilitation (ca. 70% der Reha Maßnahmen) liegen seit Jahren in den drei Indikationen Atemwege, psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie Adipositas und Stoffwechselerkrankungen.

Heute wollen wir da noch genauer hinschauen. Das Krankheitsspektrum der Kinder und Jugendlichen, die in Reha-Einrichtungen auftauchen verändert sich seit einigen Jahren. Es ist durch einen Anstieg an psychosomatischen aber vor allem psychiatrischen Erkrankungen gekennzeichnet. Dr. Hoch wird uns in seinem Vortrag aus der Praxis dazu berichten.

Als Ärztin aber auch als Vorsitzende eines Caritas-Fachverbandes sehe ich mich in einer besonderen Verpflichtung auf die Korrelation von Armut und Gesundheitsprobleme bei Kindern hinzuweisen. Der aktuelle 4. Armuts- und Reichtumsbericht und der 116. Deutsche Ärztetag im letzten Monat in Hannover befassen sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut. Die Zahl der von Armut betroffenen Menschen ist in Deutschland speziell innerhalb der letzten zehn Jahre erheblich gestiegen. Besonders häufig von relativer Armut betroffen sind u.a. alleinerziehende Personen, kinderreiche Familien und damit sprechen wir von Kinderarmut. Konkret erleben wir abhängig von sozialen Status einen höhere Anzahl von:

- Lernbehinderungen, Sprachbehinderungen, Verhaltensauffälligkeiten
- organisch bedingte, geistig-körperlich-sinnesspezifische Behinderung
- der Ausprägungsgrad der Defizite und Schädigungen ist höher
- Verlust sozialer Beziehungen in und außerhalb von Familien

Aber auch der Einfluss veränderten sozialen, familiären und gesellschaftlichen Bedingungen von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen auf das Krankheitsmanagement hat Einfluss auf die Durchführung der Maßnahmen. Inga Borchart wird uns anhand der Erkenntnisse der Sinusstudie zu den Lebenswelten das heutige gesellschaftliche Umfeld von Jugendlichen in ihrem Vortrag aufzeigen und Anregungen geben, wie darauf eingegangen werden kann. Nur wenn sich die Rehabilitationsangebote auf diese Lebensrealitäten einstellen, helfen sie, dass erkrankte Kinder und

Jugendliche an einer möglichst normalen schulischen und sozialen Entwicklung teilhaben und später die Erwerbsfähigkeit erreichen können. Dazu hören wir von Frau Alsfeld Erfahrungen aus dem Alltag asthmakranker Kinder und Jugendlicher.

Sie alle wissen aus Ihrer Praxis, dass sich bei den jungen Rehabilitanden oftmals vielfältige körperliche, psychische und soziale Störungen bzw. Problemlagen mit massiver Auswirkung auf deren Entwicklung und später das Erreichen der Erwerbsfähigkeit bündeln. Die dauerhafte Teilhabeeinschränkung droht. Sie stimmen mir sicher zu, dass verhindert werden muss, dass ein durchaus erheblicher Teil junger Menschen auch aus gesundheitlichen Gründen gar nicht berufstätig wird. Neben dem Recht der jungen Menschen auf die Förderung ihrer Entwicklung und gerechte Chancen auf soziale Teilhabe ist sie auch aus volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Handlungserfordernissen notwendig.

Auf die sich ändernde Herausforderung stellen sich Kliniken und Leistungsträger bereits ein. Lassen Sie uns in den Austausch darüber kommen, wie sich Leistungsträger und Reha-Kliniken auf ändernde soziale, familiäre und gesellschaftliche Lebensbedingungen von Kinder- und Jugendlichen einstellen, aber auch, was noch nötig ist.

Welche Krankheitsbilder stehen aktuell im Vordergrund? Welche sozialen Lebenswirklichkeiten beeinflussen das Krankheitsmanagement vor, während und nach der Reha? Vor welchen Herausforderungen stehen Leistungsträger und Reha-Kliniken und wie stellen sich die Verantwortlichen darauf ein?

Diese Fachtagung bietet eine gute Gelegenheit dafür,

- dass die Leistungsverantwortlichen aus ihrer Verantwortung heraus skizzieren können, welchen Stellenwert Kinder-Reha einnimmt und wie sie sich deren Weiterentwicklung vorstellen,
- dass Erfahrungen und Bedarfe der Kinderrehabilitation aus der Praxis heraus betrachtet werden können und
- dass durch unseren Diskurs Wege aufgezeigt werden können, wie ändernde soziale, familiäre und gesellschaftliche Lebensbedingungen von Kinder- und Jugendlichen in der Kinderrehabilitation aufgegriffen werden können.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und uns ein gutes Gelingen in einem angenehmen Miteinander!

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Grußwort

Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin

Grußwort von Frau Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke

Wie wir wissen, sind die Antrags- und Belegungszahlen der stationären Kinderreha in der Gesetzlichen Rentenversicherung in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Eigentlich wäre das Anlass zu Erleichterung und Freude. Das wäre es, wenn der Rückgang damit zusammen hinge, dass es weniger kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland gibt.

Leider ist das nicht der Fall. Im Gegenteil: Untersuchungen wie die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts kommen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheit unserer Kinder nicht besser, sondern schlechter wird. Besonders chronische Krankheiten sind häufiger als früher. In den Hauptindikationen für eine Reha haben wir einen spürbaren Zuwachs: beim Asthma bronchiale, bei den psychischen und Verhaltensstörungen und bei der Adipositas.

Der Anteil der übergewichtigen Kinder hat sich seit den 1980er und 1990er Jahren um 50 Prozent erhöht. Diese Entwicklung müssen wir ernst nehmen. Und wir müssen uns fragen: Was können wir tun, um diese Entwicklung zu stoppen? Und was können wir tun, um jedem einzelnen Kind zu helfen? Das muss uns schon aus sozialer, aus menschlicher Verantwortung heraus beschäftigen. Was können wir tun, damit diese Kinder ihre Krankheit überwinden oder lernen, damit umzugehen? Damit sie notfalls mit der Krankheit möglichst gut und unabhängig leben können? Unser Ziel muss es sein, allen Kindern einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen. Ihre Lebensperspektive darf nicht schon auf der Startbahn ins Trudeln geraten. Jedenfalls nicht, wenn es in unserer Macht steht, etwas dagegen zu tun. Deswegen freue ich mich, dass ich hier bin. Ich freue mich, dass Sie diese Fachtagung veranstalten.

Die Krankheitsbilder nehmen zu, der Anteil betroffener Kinder nimmt zu. Deswegen ist das Thema Rehabilitation so wichtig. Und es gewinnt an Bedeutung. Wir brauchen gute Reha-Angebote, damit alle Kinder eine echte Zukunftsperspektive haben. Bei den meisten Indikationen stehen die Chancen gut, durch frühzeitige Intervention die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Kinder – und später Erwachsenen – zu sichern.
Dabei hat sich die stationäre Kinderrehabilitation in den letzten Jahren vielfach bewährt. Ein Beispiel dafür ist das Asthma bronchiale. Aber auch bei anderen Indikationen leistet stationäre Reha viel. Gerade komplexe Krankheitszusammenhänge lassen sich oft erst mit einer Reha gründlich analysieren, um dann einen Therapieplan für die Folgemonate zu entwickeln.

Im Hinblick auf die abnehmenden Belegungszahlen – bei gleichzeitiger Zunahme chronischer Krankheiten – müssen wir uns aber fragen: Wie erreichen wir die Kinder und Jugendlichen, die eine Reha benötigen? Vielen Eltern – gerade Eltern aus sozial schwachen Verhältnissen – ist der Wert einer medizinischen Rehabilitation nicht bewusst. Welche Voraussetzungen müssen wir schaffen, damit ihre Kinder eine Therapie durchführen? Welche Therapie ist wirkungsvoll? Welche auch nachhaltig? Das kann in jedem Einzelfall anders aussehen. Deswegen müssen wir immer genau hinschauen und individuell entscheiden: Was ist der richtige Weg für *dieses* Kind und seine Familie? Nehmen wir etwa die adipösen Kinder. Ihr Anteil ist dramatisch angestiegen. Jedes achte Kind ist bereits bei der Einschulung zu dick, etwa sechs Prozent sind krankhaft fettleibig: adipös. Bei den Jugendlichen sind es mit über acht Prozent noch mehr. Insofern begrüße ich es sehr, dass die Deutsche Rentenversicherung Adipositas in den Indikationskatalog der Kinderheilbehandlungsrichtlinien aufgenommen hat. Damit ist jetzt eine Behandlung von Kindern möglich, die „nur“ an Adipositas leiden. Das ist die Voraussetzung, um frühzeitig einzugreifen bevor weitere Folgeschäden entstehen.

Ich halte das für eine überaus sinnvolle Erweiterung des Katalogs und eine sehr weise Entscheidung der Rentenversicherung. Die überflüssigen Pfunde schränken ein Kind nicht

nur körperlich ein und belasten es seelisch. Sie haben – wie wir alle wissen – fatale Spätfolgen wie Diabetes, Nierenschäden, Herz-Kreislauf-Krankheiten. Häufig wächst sich das Übergewicht nämlich nicht aus. Über ein Drittel der übergewichtigen Kinder bleibt auch später zu dick. Und rund 85 Prozent der adipösen Jugendlichen werden adipöse Erwachsene. Umso wichtiger ist es, frühzeitig einzugreifen. Gerade bei Zivilisationskrankheiten wie Adipositas ist es nicht einfach, eine wirkungsvolle Therapie zu entwickeln.

Die Diagnose und Analyse der Ursachen ist im Grunde noch das leichteste: neben einer genetischen Veranlagung sind es vor allem zu wenig Sport und Bewegung im Alltag, stattdessen übertriebener Medienkonsum kombiniert mit zu vielen Kalorien durch Kohlehydrate und Fastfood. Konkret: Der 14jährige sitzt nachmittags mit dem Marsriegel vor dem Computer anstatt mit dem Fahrrad zum Fußball zu fahren. Adipositas ist eine Krankheit, die in der Lebensführung begründet ist. Deswegen ist es kein Zufall, dass das höchste Risiko diejenigen Kinder haben, deren Eltern schon übergewichtig sind. Wo keine gesunde Essenskultur gepflegt wird, macht sich das häufig in der ganzen Familie bemerkbar: Fertiggerichte und Snacks zwischendurch statt regelmäßiger, frisch zubereiteten Mahlzeiten. Schokoriegel statt Apfel. Kein Spaß an Bewegung, frischer Luft und Sport.

Auch da orientieren sich die Kinder an den Eltern. Und so passt es ins Bild, dass die soziale und familiäre Situation wichtige Risikofaktoren sind. Kinder aus sozial schwachen Familien und Kinder, die nach der Schule sich selbst überlassen sind, neigen stärker zu Adipositas. Das alles müssen wir bei unseren Bemühungen um Therapie berücksichtigen. Deswegen ist es auch so schwer, etwas dagegen zu tun. Wenn wir aber etwas tun – und das wollen und müssen wir im Interesse der Kinder – müssen wir es wirkungsvoll machen. Sonst ist der ganze Aufwand umsonst. Das bedeutet, sich genau zu fragen: Welche Therapie bringt etwas? Eher eine stationäre, um ein Kind für eine Weile aus seinem Umfeld zu lösen? Oder eine ambulante, um es innerhalb seines Umfeldes zu behandeln? Inwieweit muss die Familie einbezogen werden? Das ist mühsam. Und es geht über das hinaus, was eine ortsgebundene Klinik leisten kann.

Wir brauchen also zusätzliche Strukturen, die das Angebot stationärer Behandlungen ergänzen. Und beides muss ineinander greifen. Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation hängt vor allem auch davon ab, wie es danach weitergeht, welche Leistungen sich anschließen. Wir brauchen also gut konzipierte Nachsorgeprogramme. Stationäre und ambulante Reha sollten kombiniert und aufeinander abgestimmt werden. Wir brauchen daher neben den guten stationären Angeboten eine Schnittstelle zur ambulanten Reha. Und das wichtigste ist, dass es einen Reha-Plan aus einer Hand gibt. Der darf sich nicht daran orientieren, wer welche Kosten übernimmt. Er muss sich allein daran orientieren, wie er am besten zum Erfolg führen kann. Hier ist Wille und Zusammenarbeit gefordert.

Ich weiß, dass die Schnittstellenproblematik bisher nicht gelöst ist. Sie ist nicht auf politischer Ebene gelöst. Sie ist nicht zwischen den Trägern gelöst. Und sie ist nicht zwischen Kranken- und Rentenversicherung gelöst. Das kann so nicht bleiben. Deswegen spreche ich es hier ganz bewusst an. Ich wünsche mir, dass über diese schwierigen Punkte geredet wird. Nur so haben wir eine Chance, dass wir vorankommen und gemeinsam eine Lösung finden. Es gibt verschiedene Gründe, über ambulante Behandlungsstrategien nachzudenken.

- Der erste ist die Einbeziehung des Lebensumfeldes und der Familie, wo es um Krankheiten geht, die in der Lebensführung und der sozialen Umgebung wurzeln.

- Ein weiterer ist die Schule für schulpflichtige Kinder und Jugendliche. Die stationären Reha-Angebote werden genau deshalb außerhalb der Schulferien viel weniger in Anspruch genommen. Auch wenn die stationären Einrichtungen einen guten Überbrückungsunterricht anbieten: Eltern werden immer Hemmungen haben, ihre

Kinder für mehrere Wochen aus der Schule zu nehmen. Es sei denn, eine stationäre Behandlung ist medizinisch unbedingt erforderlich.

- Ein dritter Grund ist die zunehmende Erwerbstätigkeit beider Eltern.
  Es ist oft nicht möglich, dass sie mehrere Wochen Urlaub nehmen, um ihre Kinder zu begleiten.

Wir müssen diese Faktoren einbeziehen und uns am Bedarf der Patienten orientieren. Dort, wo dies möglich und sinnvoll ist, sollten wir daher ambulante Reha-Strukturen entwickeln und in die Behandlungspläne entsprechend ergänzen und gestalten. In anderen Fällen wird die stationäre Reha alternativlos oder der Schlüssel zum Erfolg bleiben. In jedem Fall brauchen wir jedoch eine bedarfsgerechte, am Patienten orientierte Haltung. Deswegen finde ich eine starre Altersgrenze für die Begleitung von Kindern nicht richtig. Auch hier gilt, dass es eine individuelle Entscheidung geben muss. Es gibt Fälle, in denen jüngere Kinder ohne Eltern auskommen. Es gibt aber auch Fälle, in denen die Begleitung eines Elternteils bei einem Jugendlichen sinnvoll und notwendig ist. Dann sollte das möglich sein.

Der Bedarf an Rehabilitations-Programmen für Kinder und Jugendliche ist hoch. Daran haben die sinkende Geburtenrate und eine gute ambulante Versorgung nichts geändert. Unser Ziel muss sein, dass wir alle Kinder und Jugendliche erreichen, die eine Reha brauchen. Und dass ihre Bedürfnisse und der langfristige Behandlungserfolg im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen. Danach müssen wir die Strukturen ausrichten. Und das muss uns bei der Therapie jedes einzelnen Patienten leiten.

Die stationäre Kinderrehabilitation hat sich diese Aufgabe zu eigen gemacht und leistet enorm viel dafür. Die hervorragende Ausstattung, das gebündelte Know-How, die Qualität und das Engagement der Reha-Fachkliniken sind von unschätzbarem Wert. Gemeinsam müssen wir versuchen, ihre Leistungen mit ambulanten Strukturen zu vernetzen und zu ergänzen, um jedes Kind optimal und nachhaltig zu unterstützen. Die Weichen, die wir für diese Kinder stellen, prägen sie ein Leben lang. Sie entscheiden über ihre Gesundheit und damit über ihre persönliche und berufliche Zukunft, über ihre gesellschaftliche Teilhabe. Gute Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist daher eine Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft. Daher möchte ich Ihnen allen für Ihr Engagement danken und Sie darin ermuntern.

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- u. Jugendrehabilitation

Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund, Berlin

Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

- Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH
  Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation
  Leitende Ärztin Deutsche Rentenversicherung Bund

- Engagement für chronisch kranke Kindern und Jugendliche
  Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 13. Juni 2013 in Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Kinder- und Jugendrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

- → ist ein integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
- → 3,4 % aller medizinischen Rehabilitationen der RV entfielen im Jahr 2012 auf Kinder- und Jugendrehabilitation
- → hierfür wurden rund 175,1 Mio. Euro ausgegeben (2012)

Kinder- und Jugendrehabilitation

- → ist ausgerichtet auf das chronisch kranke Kind und den chronisch kranken Jugendlichen
- → geht von den persönlichen Voraussetzungen und dem individuellen Gesundheitsproblem aus
- → zielt auf Sicherung und Wiederherstellung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit Blick auf die spätere Erwerbsfähigkeit
- → ist kein punktuelles Ereignis, sondern auf langfristigen Erfolg ausgerichtet
- → bezieht wichtige Kontextfaktoren ein

Bildquelle: www.physio-artern.de/kind10.jpg

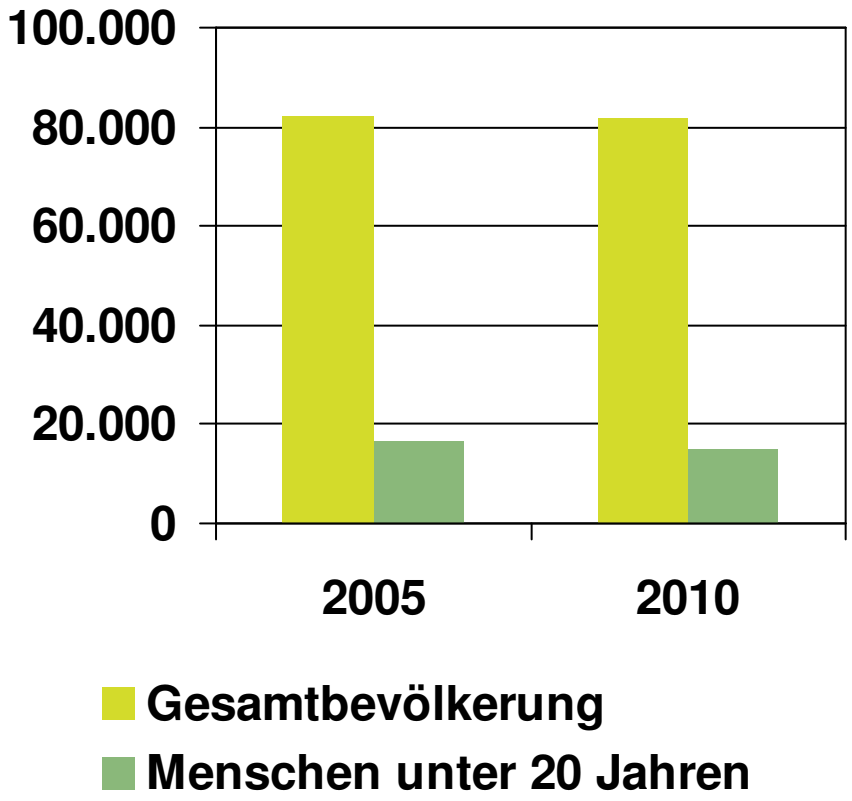
Kinder- und Jugendrehabilitation

- Gut 15 Mio. Menschen unter 20 Jahren leben in Deutschland, das entspricht 18,4 % der Gesamtbevölkerung.

  Quelle:Statista.de 2011

- Die meisten Kinder sind gesund!
- Die meisten Kinder fühlen sich gesund!

→ Rehabilitation ist keine Leistung für gesunde Kinder



Deutsche Rentenversicherung Bund

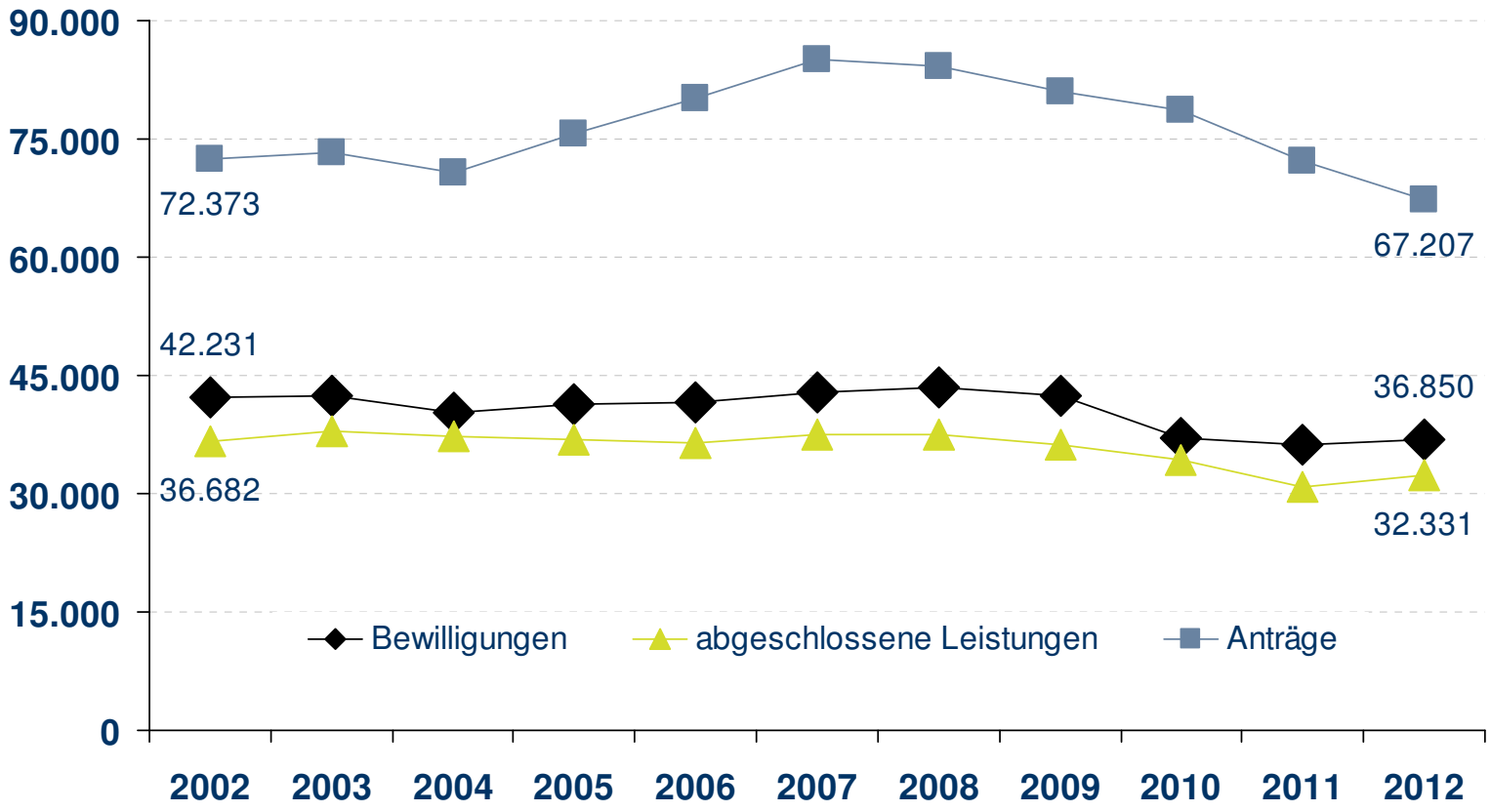
Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung

- → erfolgt in qualifizierten, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen
- → wird auf der Grundlage komplexer, indikationsbezogener Rehabilitationskonzepte durchgeführt
- → unterliegt der Reha-Qualitätssicherung
- → hat frühzeitig auf Evidenzbasierung gesetzt.

Stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung nach § 31 Abs.1 Satz 1 Nr.4 SGB VI

- **-und nur diese-**
- wird gleichrangig mit der GKV erbracht.
  Das führt im Alltag immer wieder zu Problemen der Zuständigkeit.
- ist Thema von Arbeitsgruppen

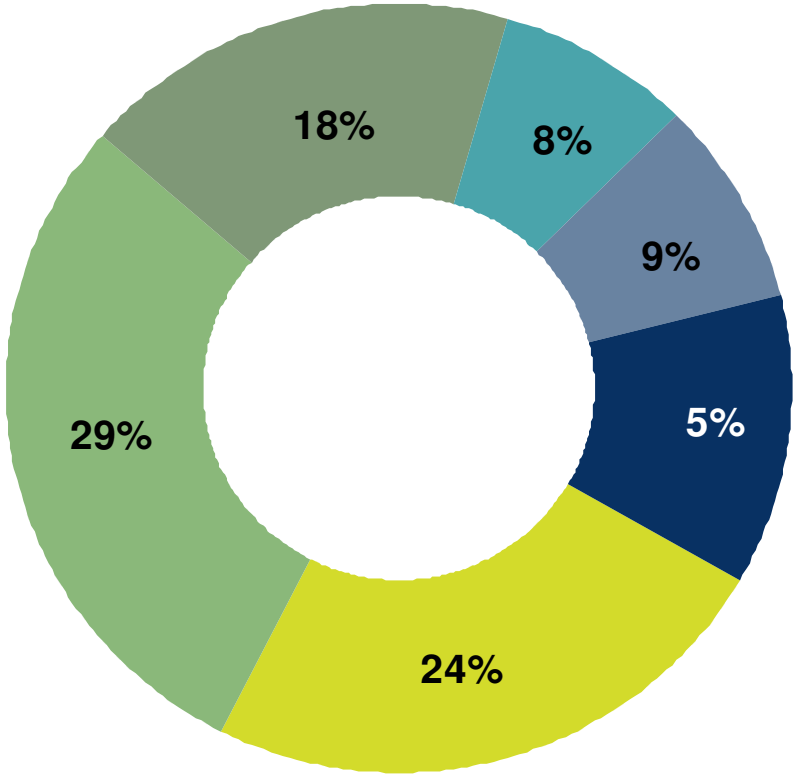
Kinder- und Jugendrehabilitation
Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2002-2012



Deutsche Rentenversicherung Bund

Quelle: ISRV Tab. 2.00; 12.0; 80.00

Kinder- und Jugendrehabilitation Krankheitsspektrum 2012



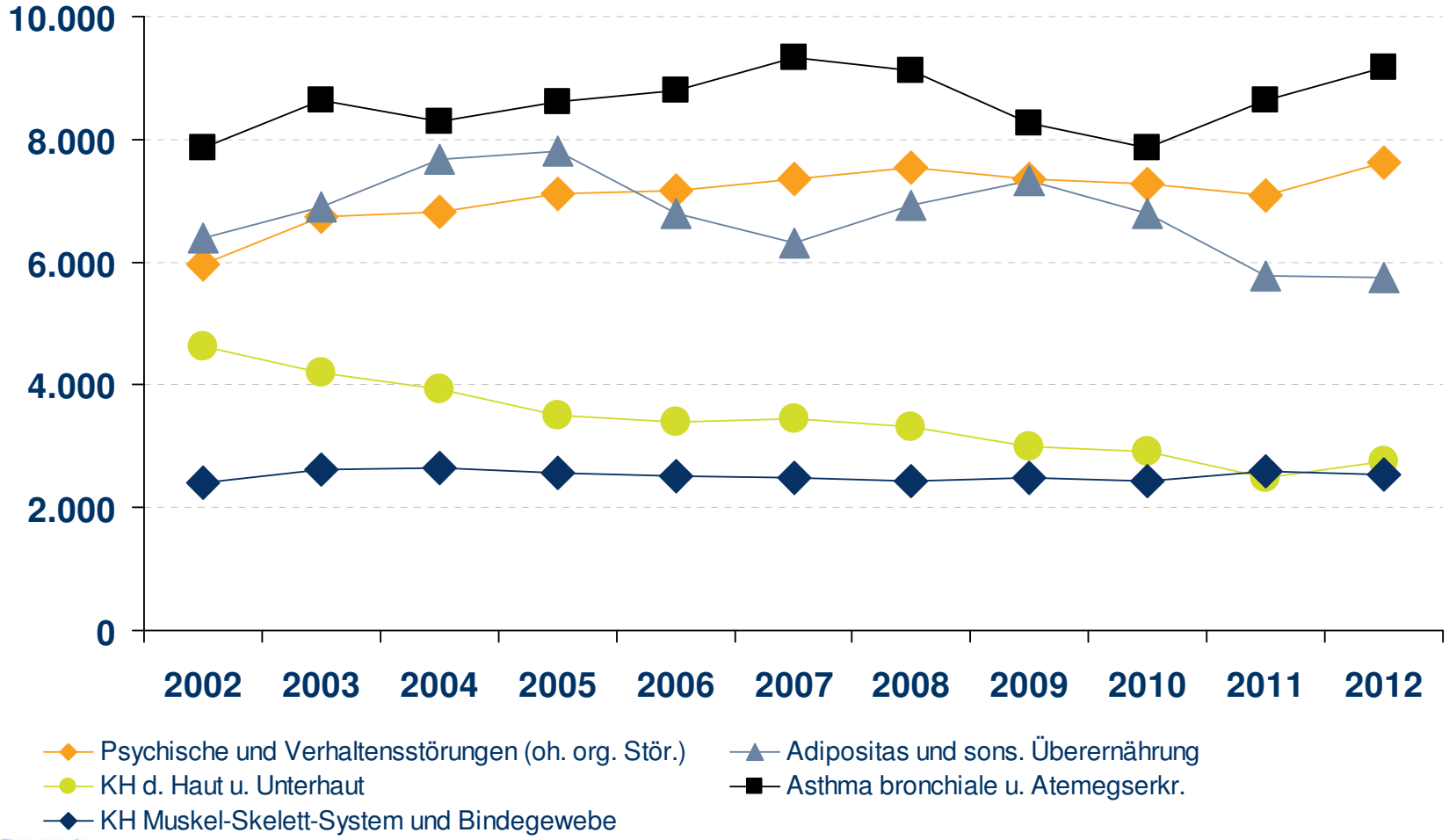
- Psychische und Verhaltensstörungen
- Asthma bronchiale und andere Atemwegserkrankungen
- Adipositas
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Krankheiten der Haut und Unterhaut
- sonstige Krankheiten

Quelle: Reha-Antragsstatistik, Bewilligungen, Tab.: 73.0

Deutsche Rentenversicherung Bund

n = 32.331

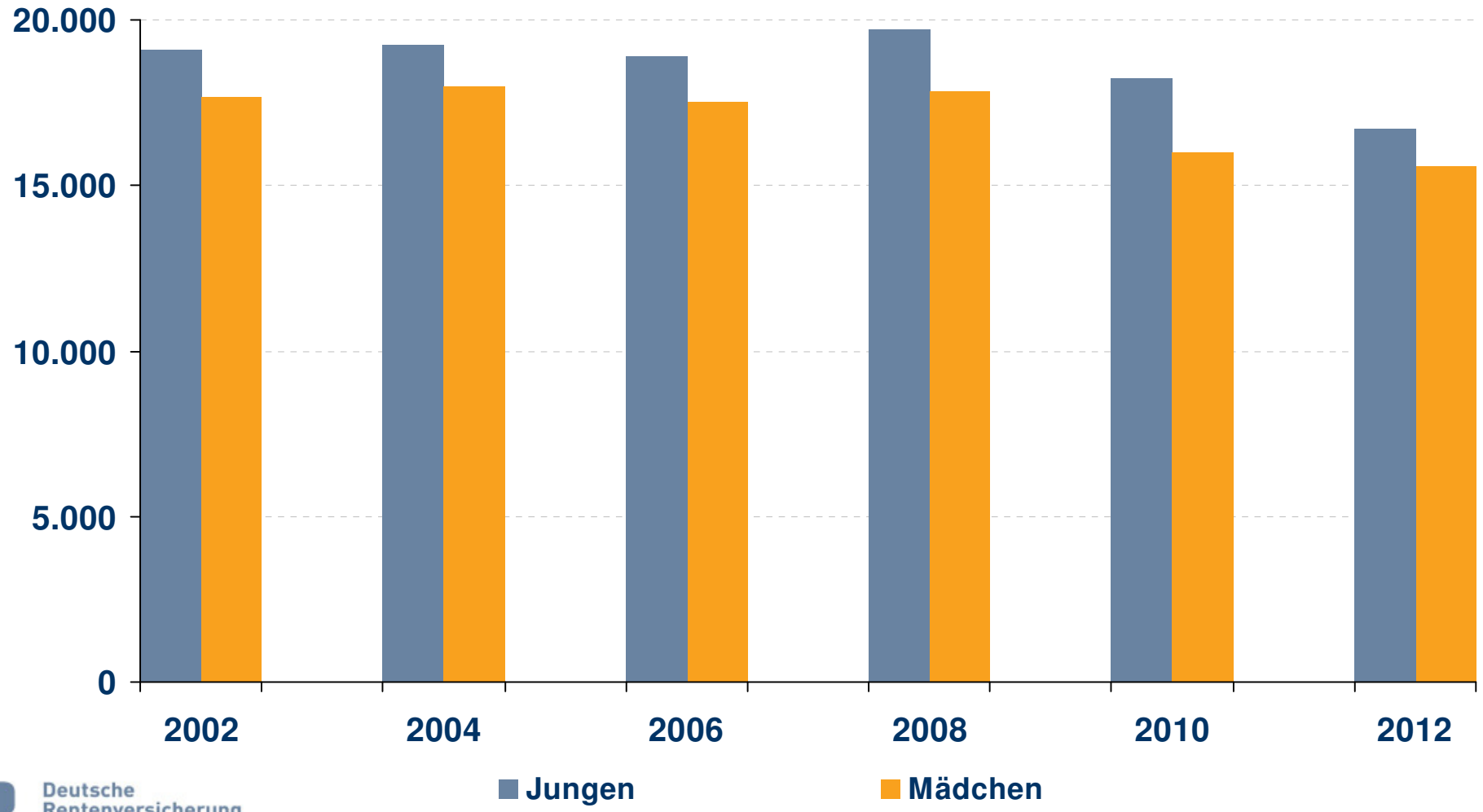
Kinder- und Jugendrehabilitation
Hauptindikationen von 2002 - 2012



Deutsche Rentenversicherung Bund

Quelle: Reha-Antragsstatistik, Bewilligungen, Tab.: 73.0

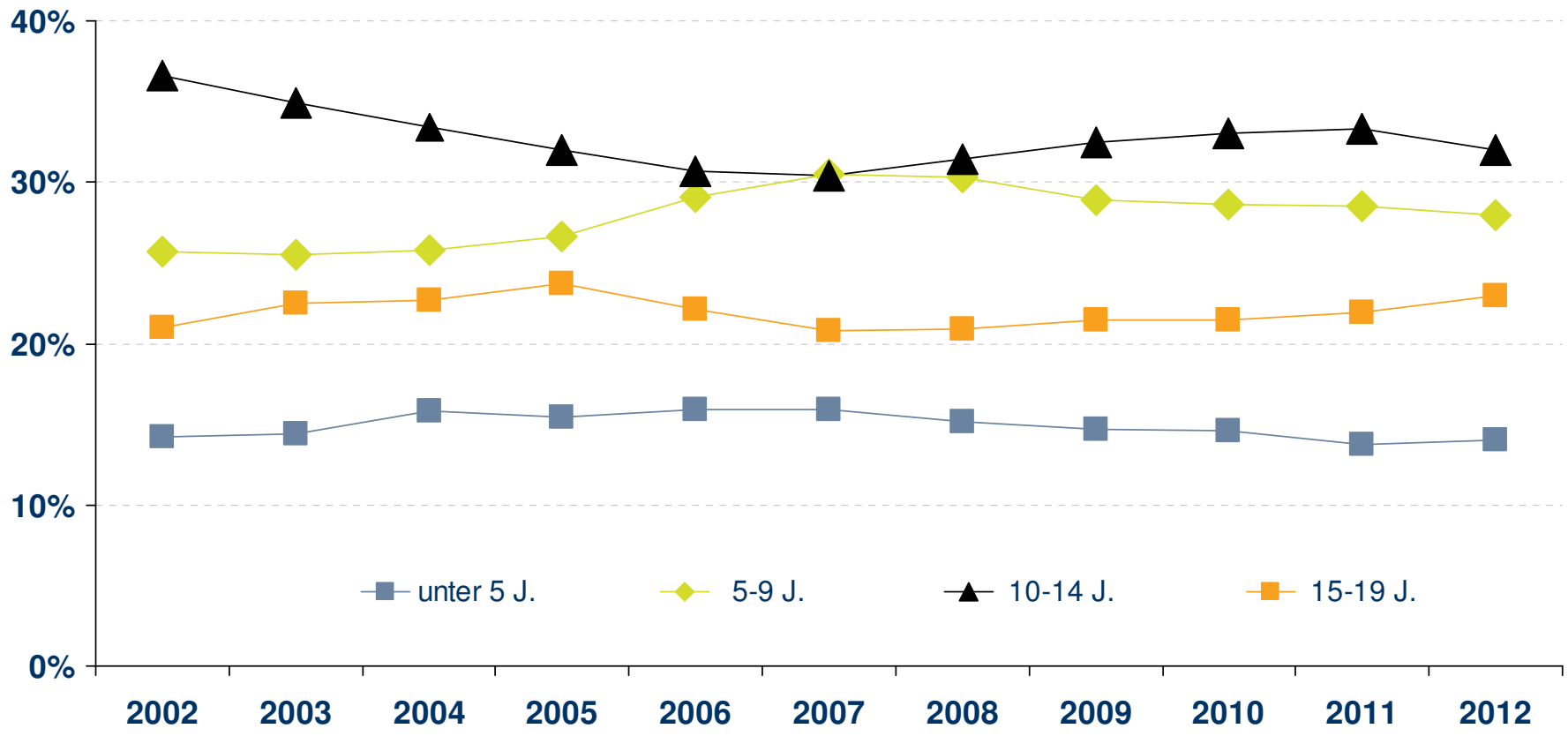
Kinder- und Jugendrehabilitation
abgeschlossene Leistungen 2002 bis 2012 nach Geschlecht



Deutsche Rentenversicherung Bund

Quelle: ISRV Tab. 80.00 abgeschlossene

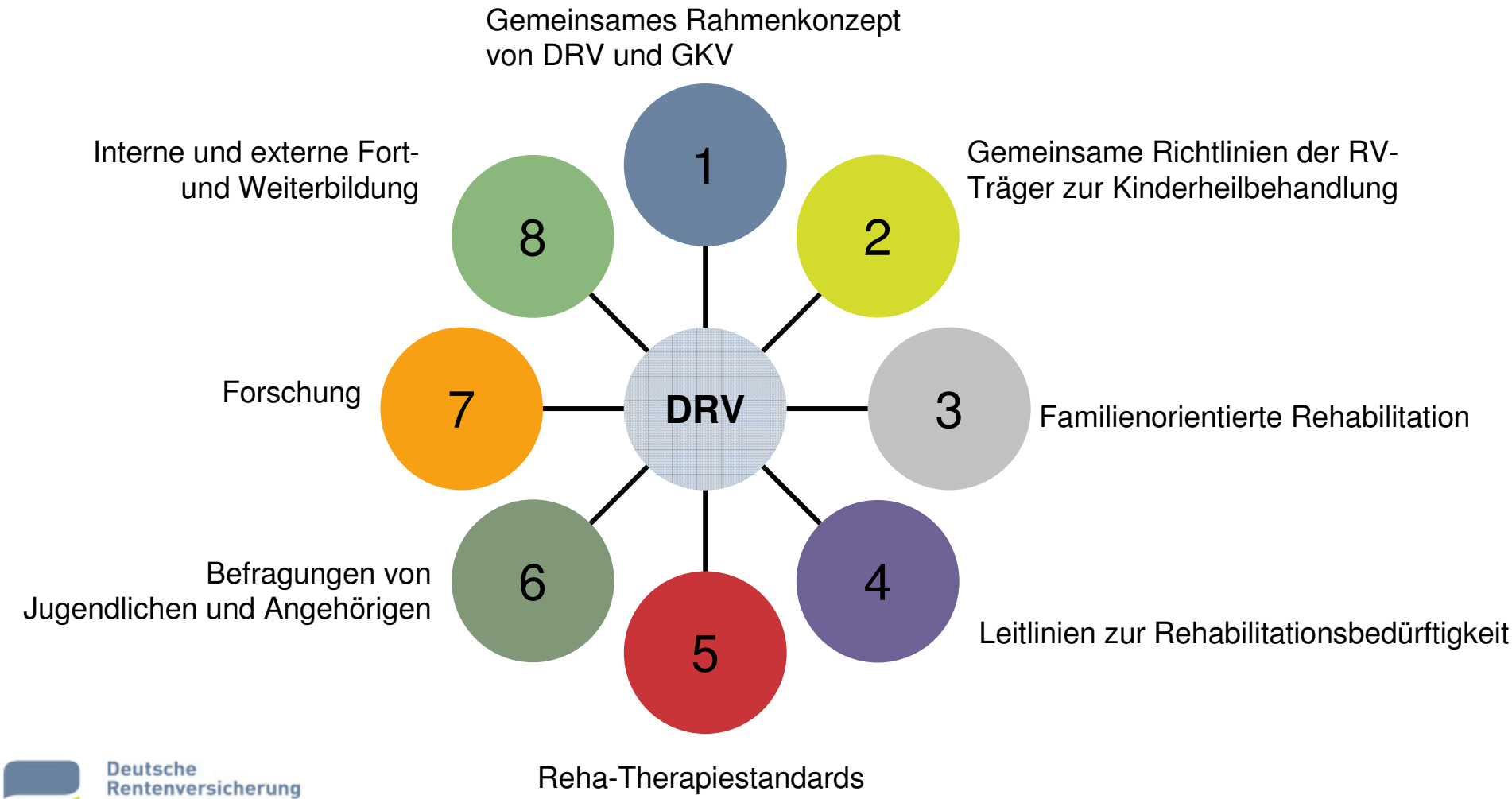
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation Altersgruppen



Quelle: Reha-Antragsstatistik, Bewilligungen, Tab.: 73.0

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation



Deutsche Rentenversicherung Bund

Das Rahmenkonzept von DRV und GKV

- enthält die gemeinsamen Grundsätze für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

- Für **stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen** besteht Gleichrangigkeit zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungen. (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, Satz 2 SGB VI und § 40 Abs. 2 SGB V)

- Für **stationäre Vorsorgeleistungen** sind nur die Krankenkassen zuständig. (§ 23 Abs. 4 SGB V)

Gemeinsame Richtlinien der RV-Träger für Kinderheilbehandlungen

→ Kinderrehabilitationsrichtlinien wurden überarbeitet

- Anpassungen bezüglich gesetzlicher Änderungen zu den Zugangsvoraussetzungen
- Indikationen um die Krankheit Adipositas (BMI oberhalb der 97. Perzentile) erweitert

→ Die geänderte Richtlinie wird in Kürze in Kraft treten

Familienorientierte Rehabilitation (FOR)

- einmalige Leistung für schwerst chronisch kranke Kinder und deren Eltern / Erziehungsberechtigten und ggf. Geschwister nach Stellung der Diagnose
- Beschränkung auf bestimmte Indikationen
- Betreuung auch der Familienangehörigen
- gleichrangige Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung
- Wiederholung möglich bei Rezidiv (Onkologie) oder bei neu hinzukommender Erkrankung

Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen

Die Leitlinie sorgt für

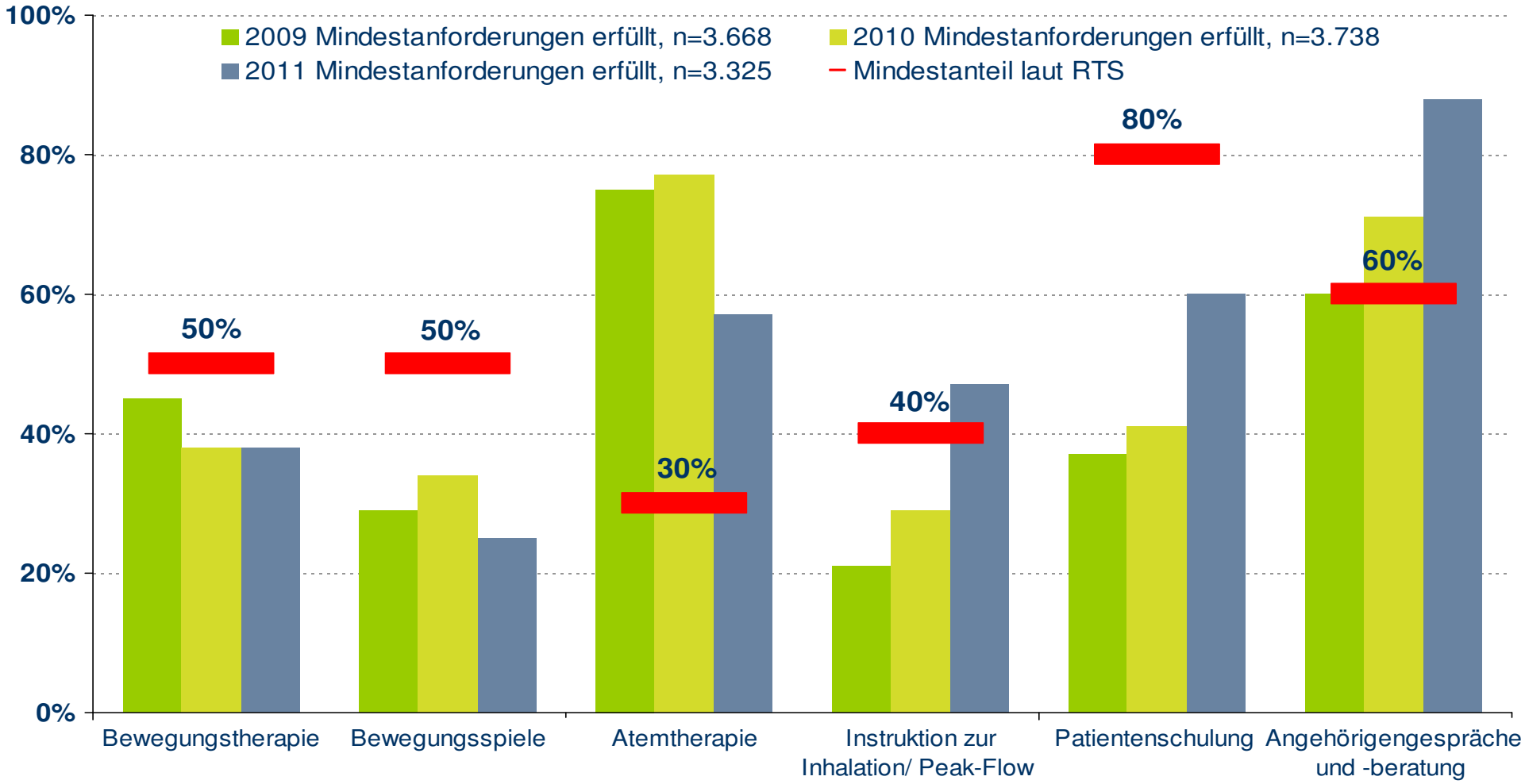
- → Klarheit
- → Transparenz
- → Nachvollziehbarkeit
- → Vereinheitlichung zwischen den Trägern

Reha-Therapiestandards

- → dienen der Verbesserung des Reha-Prozesses und des Reha-Erfolges
- → sorgen für den Erhalt des individuellen Zuschnitts der Rehabilitation
- → veranlassen die empirische Prüfung und Rückmeldung, inwieweit die Vorgaben eingehalten werden
- → berücksichtigen das bio-psycho-soziale Modell und die multiprofessionelle Ausrichtung

Kinder- und Jugendrehabilitation

RTS Asthma bronchiale (bis 7 Jahre) – Erfüllung der Mindestanforderungen in ETM 2009, 2010, 2011

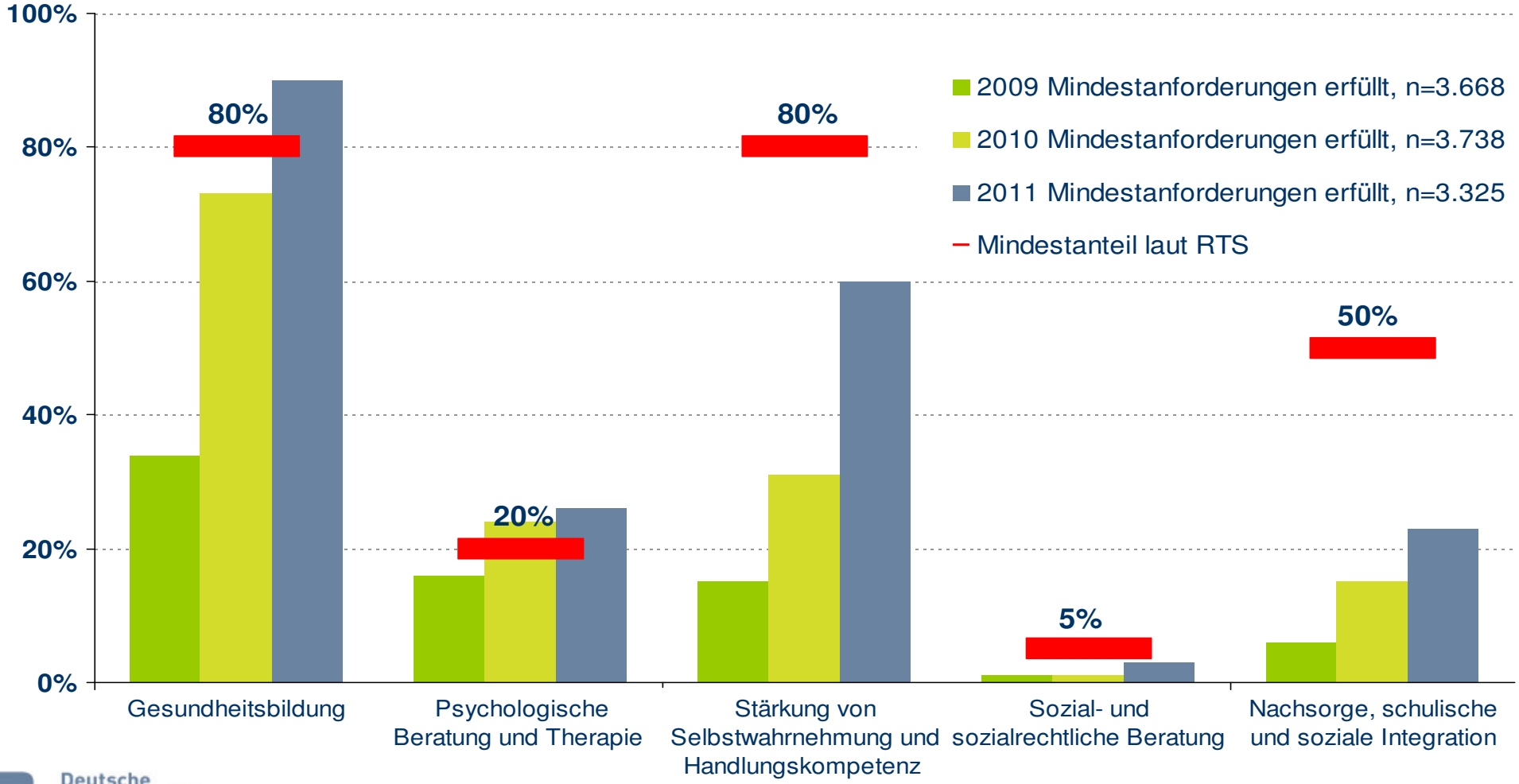


Deutsche Rentenversicherung Bund

Quelle: 2011 LL13
Auswertung vom 14.05.2013

Kinder- und Jugendlichen Rehabilitation

RTS Asthma bronchiale (bis 7 Jahre) – Erfüllung der Mindestanforderungen in den ETM 2009, 2010, 2011



Deutsche Rentenversicherung Bund

Quelle: 2011 LL13
Auswertung vom 14.05.2013

Befragungen von Jugendlichen und Angehörigen

→ Entwicklung und Einführung eines Instrumentariums für die Routinebefragung

- zur Zufriedenheit,
- zur erlebten Veränderung durch Reha,
- zur Lebensqualität und
- zum Gesundheitsverhalten.

Bei < 12-Jährigen werden die Eltern befragt.

Forschung zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

→ Die DRV unterstützt Forschungsprojekte zur Kinder- und Jugendrehabilitation.

Angebote der internen und externen Fort- und Weiterbildung

- Regelmäßige sozialmedizinische Fortbildungsveranstaltungen zum Thema chronisch kranke Kinder und Jugendliche
- Interne Fortbildungen für die Mitarbeiter/Innen des Sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung zu relevanten Themen aus allen Fachbereichen, dazu gehört auch die Kinder- und Jugendrehabilitation
- Jährliches Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium mit dem festen Bestandteil Kinder- und Jugendrehabilitation

Deutsche Rentenversicherung Bund

Fortbildung Sozialmedizin
Fachtagung 2012:
Chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Bildquelle:www.ho-chi-minh-stadt.diplo.de/Vertretung/hochiminh/de/04/seite__deutsche__schule.html

Susanne.Weinbrenner@drv-bund.de

Für die Unterstützung bei der Erstellung des Vortrages danke ich

Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Silke Brüggemann und Dr. Beatrice Schwöbel

Deutsche Rentenversicherung Bund

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Antragstellung und Durchführung der Kinder und Jugendrehabilitation

Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, DRV Bund, Berlin

Antragstellung und Durchführung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13. Juni 2013 in Berlin

Dr. Ralph Jäger
DRV Bund
Dez. 8023

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

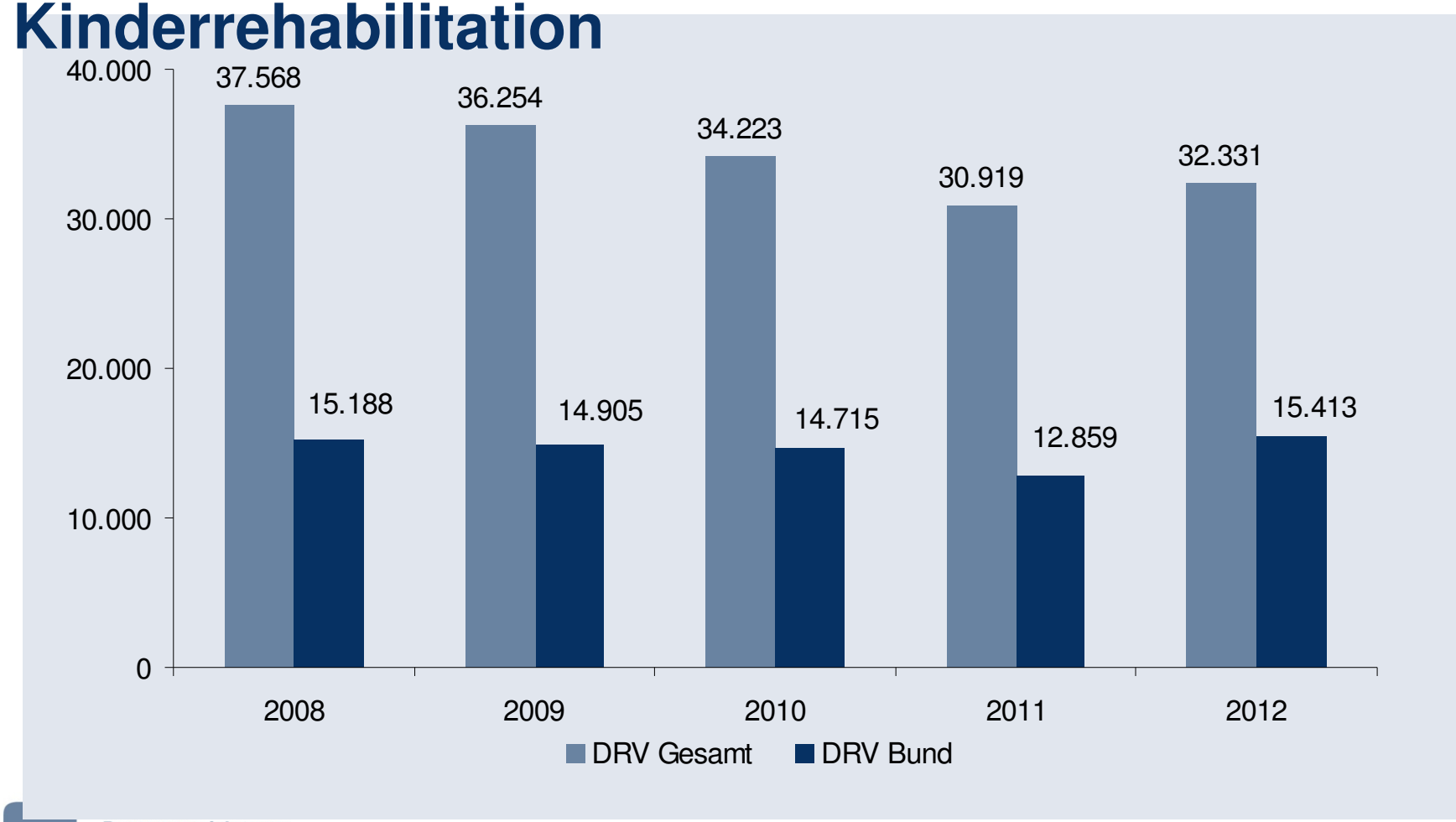
Die gute Nachricht

- 1995 : rd. 24.000 Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche
- 2005 : rd. 37.000

Aber

- 2010 : rd. 34.000
- 2012 : rd. 32.000

Deutsche Rentenversicherung Bund Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation



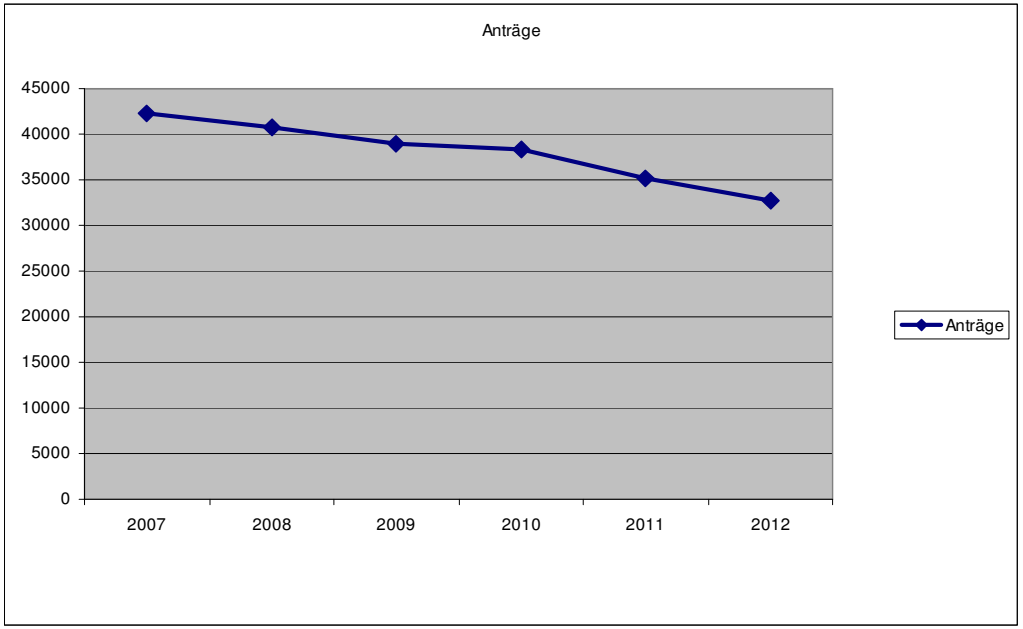
Rentenversicherung Bund

Quelle: ISRV Rehaleistungen Tab.: 001.00 M RV

Anträge zur medizinischen Rehabilitation (DRV Bund)

Das Problem

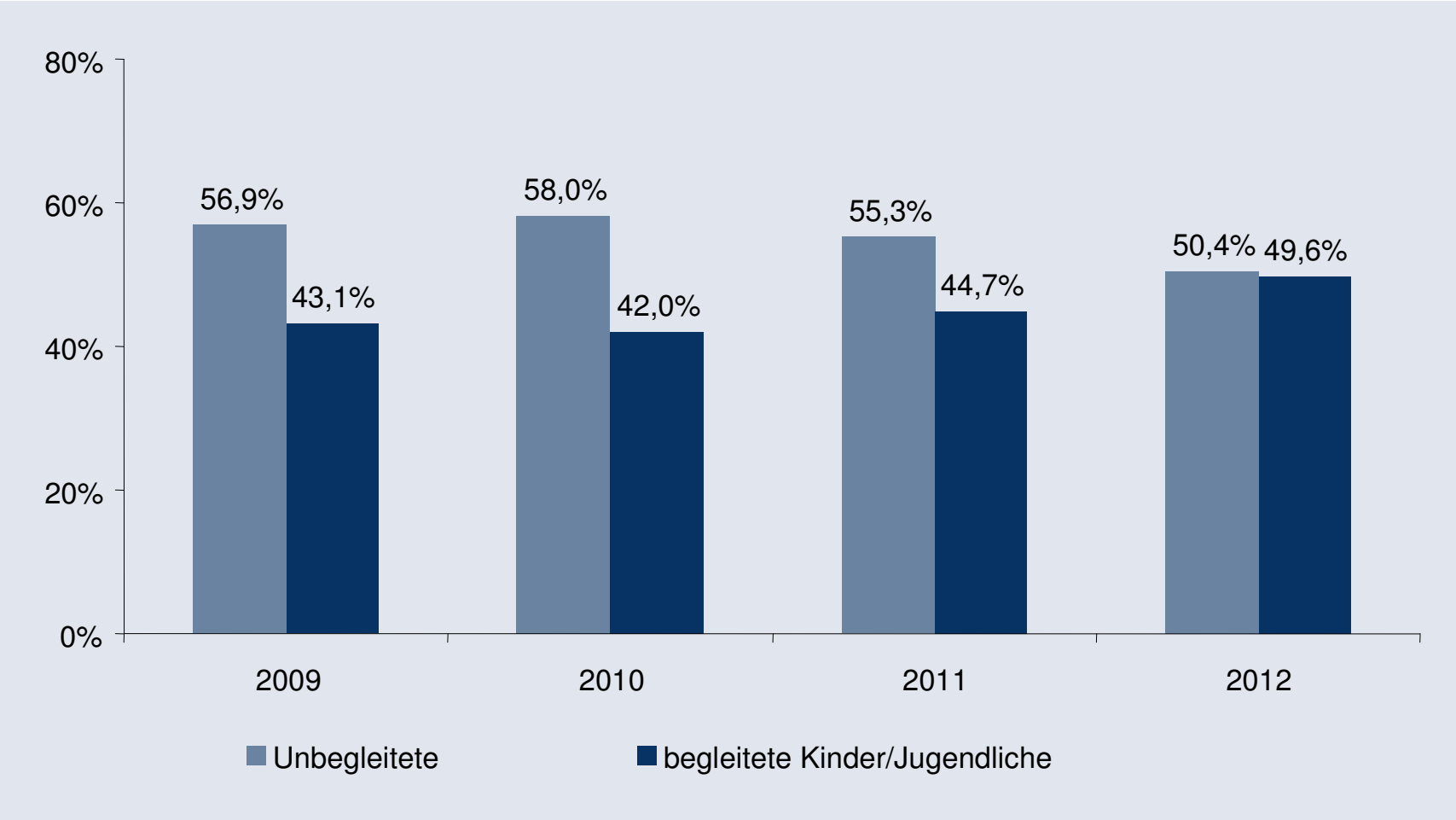
- 2007 : 42.312
- 2008 : 40.810
- 2010 : 38.329
- 2011 : 35.197
- 2012 : 32.728



Tendenz …

Deutsche Rentenversicherung Bund

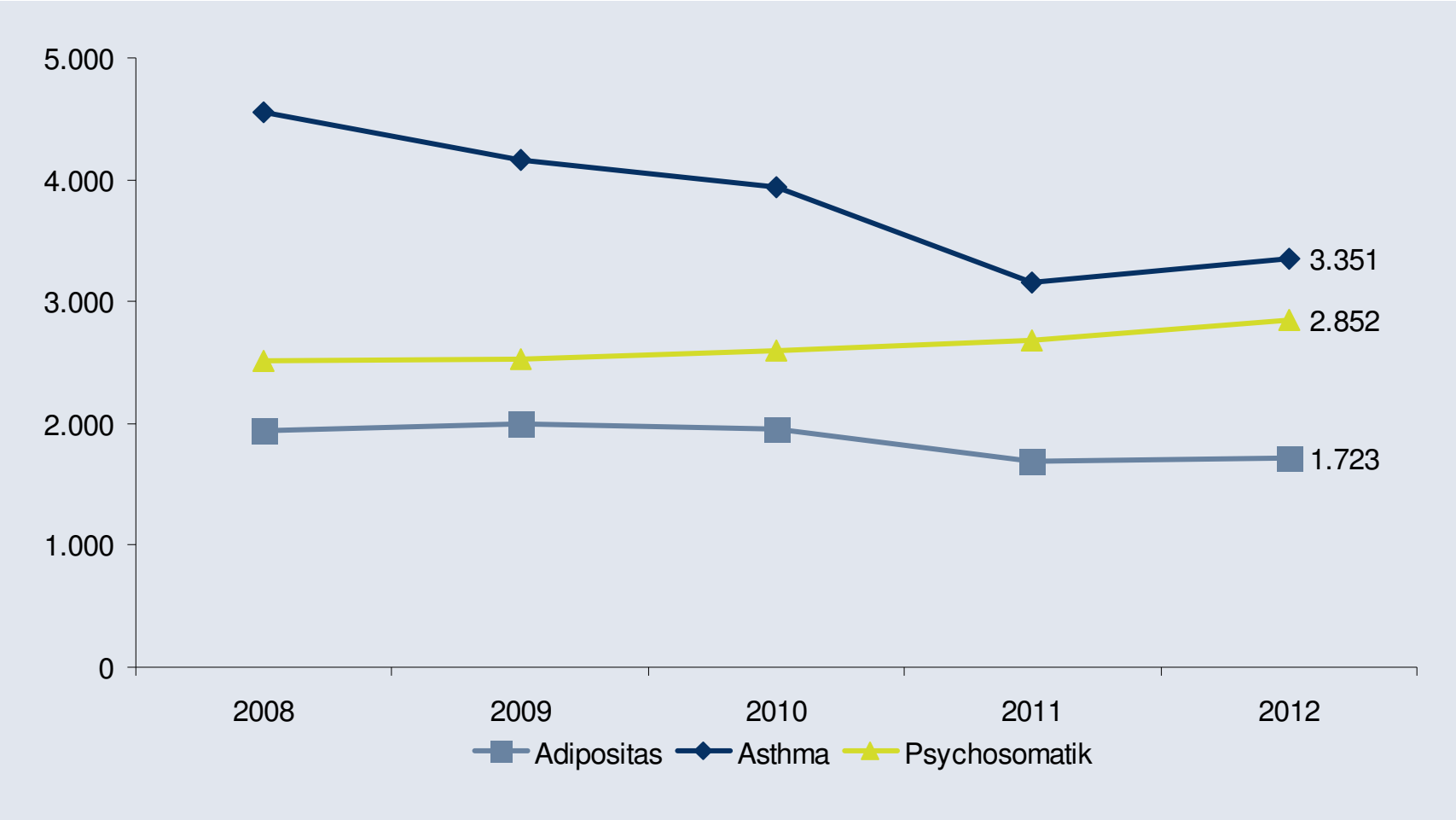
Deutsche Rentenversicherung Bund
Kinderrehabilitation Bewilligungen



Rentenversicherung Bund

Quelle: RAD LMRB (Stand:15.05.2013)

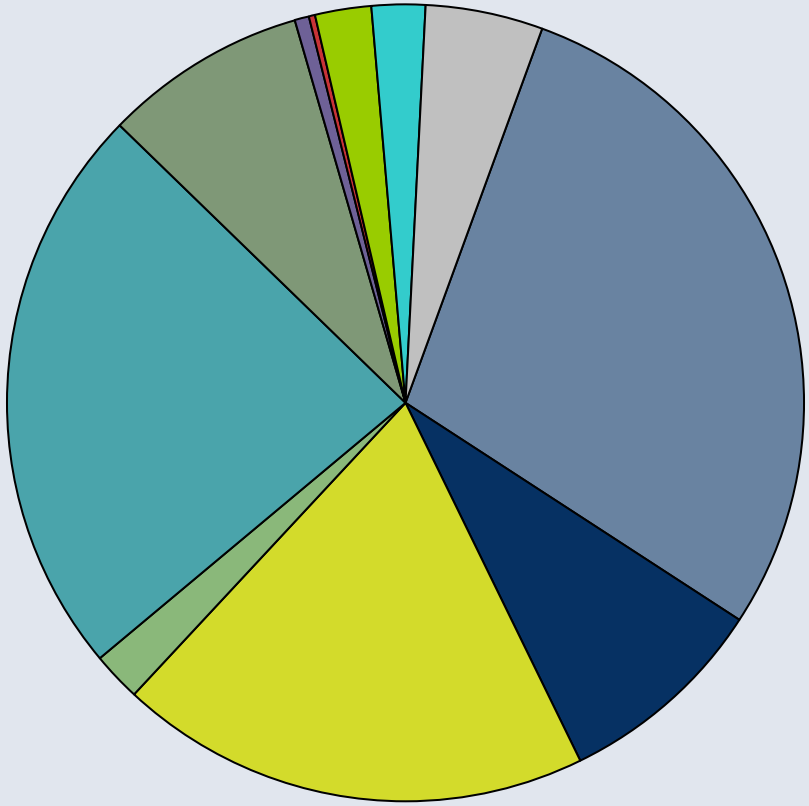
Deutsche Rentenversicherung Bund
Entwicklung der Kinderrehabilitation



Rentenversicherung Bund

Quelle: RAD Entlassungsberichte 1. Entlassungsdiagnose, Stand 15.05.2013

Deutsche Rentenversicherung Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation 2011



- Atemwegserkrankungen * (8.649)
- orthopädische Erkrankungen ** (2.600)
- Adipositas und sonstige Überernährungen (5.787)
- Diabetes mellitus (593)
- Psych. und Verhaltensstörungen (7.089)
- Krankheiten der Haut und Unterhaut (2.497)
- Krankheiten des Verdauungssystems (190)
- Krankheiten der Niere und des Harnsystems (32)
- Krankheiten des Nervensystems (710)
- Bösartige Neubildungen (620)
- sonstige Krankheiten (1.456)

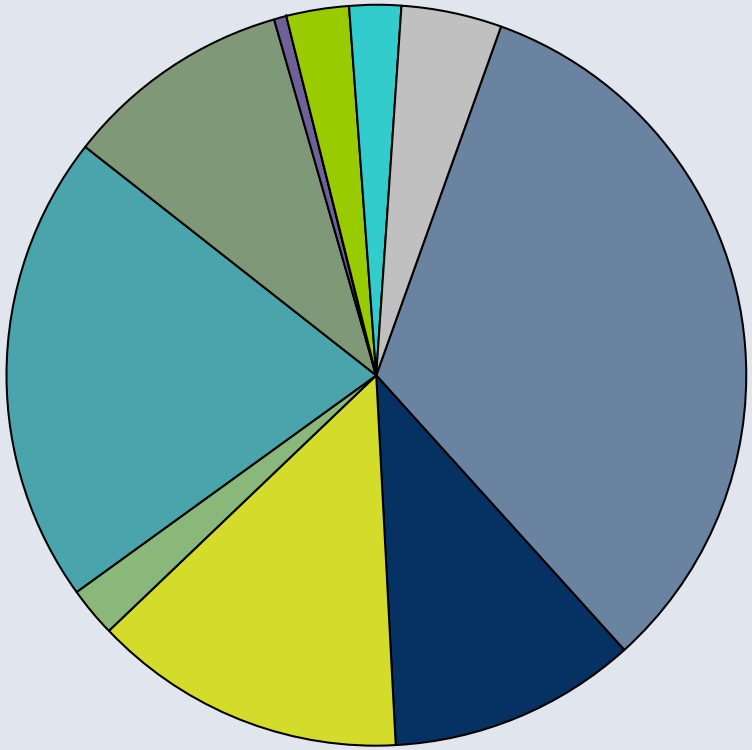
* **Dazu gehören:**
- **chronische Bronchitis**
- **Asthma bronchiale**
- **sonstige Krankheiten der oberen Atemwege**
- **Krankheiten des Atmungssystems**

** **Dazu gehören :**
- **Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens**
- **Entzündliche Polyarthropathien**
- **Sonstige Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems u. d. Bindegewebes**

Rentenversicherung Bund

Quelle: ISRV Tab. 080.00 M

Deutsche Rentenversicherung Bund Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation 2011



- Atemwegserkrankungen * (4.103)
- orthopädische Erkrankungen ** (1.361)
- Adipositas und sonstige Überernährungen (1.687)
- Diabetes mellitus (269)
- Psych. und Verhaltensstörungen (2.590)
- Krankheiten der Haut und Unterhaut (1.226)
- Krankheiten des Verdauungssystems (80)
- Krankheiten der Niere und des Harnsystems (9)
- Krankheiten des Nervensystems (332)
- Bösartige Neubildungen (288)
- sonstige Krankheiten (555)

* **Dazu gehören:**
- **chronische Bronchitis**
- **Asthma bronchiale**
- **sonstige Krankheiten der oberen Atemwege**
- **Krankheiten des Atmungssystems**

** **Dazu gehören :**
- **Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens**
- **Entzündliche Polyarthropathien**
- **Sonstige Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems u. d. Bindegewebes**

Rentenversicherung Bund

Quelle: ISRV Tab. 080.00 M 70

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Anträge vereinheitlicht
- Befundberichte vereinheitlicht
- Flyer entworfen
- Indikationen erweitert
- Reha-Dauer flexibler gestaltet
- Rahmen für Bewilligung von Begleitpersonen erweitert

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Das Problem

⇨ Kinderarzt/Hausarzt kennt seinen Patienten,
auch die Selbsthilfegruppen

⇨ wir sehen nur die Anträge / Befunde

Deutsche Rentenversicherung Bund

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung? [x] ja [ ] nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche: unauffällig bis auf Zustände mit Anspannung;

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft u.a.) plötzliches Muskelzittern bei Erregung; heftige Abwehr z.B. bei Blutentnahme

d) Soziale Integrationsfähigkeit: altersgemäß normal

16 Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation)

	Schwere 1	2	3	4	5
Koordinationsstörung mit motorischer Unruhe				X	
Erregungszittern				X	

17 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)
→ Ärztliche [illegible]

18 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)
Ergotherapie

19 Besuch von
- Kindergarten [x]
- Realschule [ ]
- Gesamtschule [ ]
- Grundschule [ ]
- Gymnasium [ ]
- sonstige Einrichtung: _____
- Hauptschule [ ]
- Klassenstufe _____

Liegt sonderpädagogischer Förderbedarf vor? [x] nein [ ] ja, folgender _____

20 Sind besondere Maßnahmen für die und vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung/Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich - u.a.)
Begleitung eines Elternteils, Erlernen von Entspannungstechniken;

21 Ist das Kind rehabilitationsfähig? [ ] nein [x] ja [ ] allein in altersentsprechender Gruppe [x] mit Begleitperson
Bei Kindern über 15 Jahre: Ist eine Begleitperson für die Anreise und Abreise erforderlich? [ ] nein [ ] ja

Name und Anschrift der Ärzte/Heilpsychologen oder Arztstempel	Telefonnummer	Datum und Unterschrift
Dr. [illegible] Kinderärzte Lüneburgerstraße 18 21697 Stade Tel. 04141/[illegible]75 74		26.04.11 [signature]

6-622-2 PDF
Stand: 10.2009

11 Klinischer Befund

Größe: 65 cm Gewicht: 62,50 kg RR: _____ mm Hg

8. 3. 11

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

☒ ja ☐ nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

B.

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)

B.

d) Soziale Integrationsfähigkeit:

/.

12 Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

Unruhe, Bauchschmerzen,

13 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

Blutentnahme, stat. Aufenthalt

14 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

15 Besuch von

- Kindergarten ☐
- Grundschule ☐
- Hauptschule ☐
- Realschule ☐
- Gymnasium ☐
- Klassenstufe
- Gesamtschule ☐
- sonstige Einrichtung:

16 Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

Aus psychologischen Gründen ist die Mitaufnahme des Bruders erforderlich.

17 Ist das Kind

- rehabilitationsfähig? ☐ nein ☒ ja

9 Teilnahme an DMP?

[x] nein [ ] ja, welche? _____

Integrierte Versorgung?

[x] nein [ ] ja

10 Familiäre Krankheitsdisposition: (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislauferkrankungen, u. a.)

11 Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes:

keine

Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

z.Z. beschwerdefrei

[ ] [illegible] Befund [illegible] 112 cm Gewicht: 19,9 kg RR: 110/55 mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

[x] ja [ ] nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)

keine

d) Soziale Integrationsfähigkeit:

gegeben

13 Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

Z.n. Flush im zeitlichen Zusammenhand mit dem Verzehr von Grießbrei mit Milch, Tierallergie – Katze, Hund

14 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

siehe Kopie

15 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

siehe Kopie

16 Besuch von - Kindergarten [x] - Grundschule [ ] - Hauptschule [ ] - Realschule [ ]

- Gymnasium [ ] - Klassenstufe _____ - Gesamtschule [ ]

- sonstige Einrichtung:

17 Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

keine

18 Ist das Kind rehabilitationsfähig? [ ] nein [x] ja

Ist das Kind reisefähig? [ ] alleine [ ] in der Gruppe [ ] Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

19.09.2011

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel, Datum

G2401 - Bl. 1 Rs.
74. Aufl. - 06/07 - 100 000 - A - 1

03 - 23 - 015

Gemeinschaftspraxis
Dipl.-Med. [illegible]
Dipl.-Med. [illegible]
Fachärzte für Kinderheilkunde
[illegible]
Tel. [illegible]

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum des Kindes

8.	Klinischer Befund	Größe	Gewicht	Puls	RR
		181 cm	72 kg	80	110,60 mm Hg

bis auf Halsschmerzen und gerötetem Rachen und li. konvexe Skoliose unauffälliger Ganzkörperstatus

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung? nein ☐ ja ☒ Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche unauffällig.

c) Besonderheiten des Kindes (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.) entfällt.

d) Soziale Integrationsfähigkeit Hauptschüler 8. Klasse guter Notendurchschnitt 2,6.

9. Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

Morbus Meulengracht

10. Art und Umfang der bisherigen Diagnostik und ärztlichen Behandlung (Unterlagen bitte in Kopie beifügen)

internistische Behandlung z.Zt keine Medikation

11. Besuch von

Kindergarten ☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☒
Realschule ☐ Gymnasium ☐ Klassenstufe _____
Gesamtschule ☐ Sonderschule ☐ Sonstige Einrichtung:

12. Sind besondere Maßnahmen vor der Rehabilitation erforderlich?
(z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung)

nein

13. Ist das Kind

	nein	ja		
rehabilitationsfähig	☐	☒	Reise-Einzelbegleitung	☐
reisefähig allein	☐	☒	in der Gruppe	☐

Ist eine Begleitung während der gesamten Rehabilitation erforderlich? nein ☐ ja ☒

Begründung:

soziale Anbindung / Begleitung Mutter förderlich

☒ nein ☐ ja, welche?

Integrierte Versorgung?

☒ nein ☐ ja

10 Familiäre Krankheitsdisposition: (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislauferkrankungen, u. a.)

Ø

11 Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes: Ø

Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand) keine

12 Klinischer Befund Größe: 1,54 cm Gewicht: 43 kg RR: / mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

☒ ja ☐ nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche: normal

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.) Ø

d) Soziale Integrationsfähigkeit: normal

13 Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

Inhaltsmöglichkeit

14 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

Ø

15 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

Ø

16 Besuch von - Kindergarten ☒ - Grundschule ☒ - Hauptschule ☐ - Realschule ☒

- Gymnasium ☐ - Klassenstufe 6 - Gesamtschule ☐

- sonstige Einrichtung:

17 Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

Ø

18 Ist das Kind rehabilitationsfähig? ☐ nein ☒ ja

Ist das Kind reisefähig? ☐ alleine ☐ in der Gruppe ☒ Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

07.10.11

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Datum

G2401 - Bl. 1 Rs.
75. Aufl. - 10/08 - 30 000 - A - 2

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation) G612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst maschinell) ausfüllen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname) - aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Geburtsdatum
Kind / Jugendliche / Jugendlicher (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Postleitzahl	Straße, Hausnummer, Wohnort
Telefonnummer der / des **Sorgeberechtigten**	

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnosenschlüssel anzugeben!

1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	**Diagnosenschlüssel ICD-10-GM**
1.	
2.	
3.	

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)

5 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

6 Teilnahme an DMP?

☐ nein ☐ ja, welche?

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

8 Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?

Deutsche Rentenversicherun
Bund

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Allergie, Asthma)

10 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

11 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft)

12 Untersuchungsbefund

Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg Größe: cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

☐ Atemwege ☐ Haut ☐ Herz / Kreislauf

☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem und Psyche

von der Norm **abweichende Befunde:**

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, welche Abweichungen?

13 Besteht ausreichende Rehabilitationsfähigkeit?

☐ nein ☐ ja

14 Das Kind ist bei mir in Behandlung

☐ **laufend / häufig** seit: _____ ☐ **gelegentlich**, zuletzt am: _____

15 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / **Therapeuten**

16 Besuch von

☐ Kindergarten ☐ Regelschule _____ (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)

☐ Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

☐ nein ☐ ja, Schwerpunkt Lernen ☐ ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung

17 Bemerkungen

18 Ärztin / Arzt

Name, Vorname

Telefonnummer

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Seite 2 von 2

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung

Informationen für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

G611

Hinweis: Aus Gründen der vereinfachten Datenerfassung und besseren Lesbarkeit bitten wir nach Möglichkeit den Befundbericht sowie die Honorarabrechnung maschinell auszufüllen. Der Befundbericht sowie die Honorarabrechnung stehen als **ausfüllbare Formulare** unter folgender Internetadresse zur Verfügung: www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-befundberichte

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,

zum Antrag auf Kinderrehabilitation für das von Ihnen behandelte Kind bitten wir Sie um einen ärztlichen Befundbericht. Dieser ist wesentliche Grundlage für die Entscheidung über den Antrag.

Allgemeine Informationen

Die Rentenversicherung führt für chronisch kranke Kinder auch jugendliche stationäre Rehabilitationen durch, wenn hierdurch voraussichtlich die Leistungsfähigkeit in Schule und Ausbildung wiederhergestellt beziehungsweise verbessert und damit die spätere Erwerbsfähigkeit gesichert werden kann.

Kinderrehabilitation wird nicht bewilligt bei akuten Krankheiten, Infektionskrankheiten oder vorübergehenden Episoden (zum Beispiel Infektanfälligkeit, rezidivierende Bronchitiden).

Befundbericht

Wir bitten Sie, die Fragen im anliegenden Befundbericht vollständig zu beantworten und gut lesbar auszufüllen. Aus den Befunden und Diagnosen sollen die Beeinträchtigungen der Gesundheit und Leistungsfähigkeit ersichtlich werden.

Relevante Facharztbefunde oder Krankenhausberichte bitten wir in Kopie beizufügen.

Begleitperson

Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr können grundsätzlich während der Rehabilitation begleitet werden.

Bei Kindern nach dem vollendeten 8. Lebensjahr besteht ebenfalls die Möglichkeit der Begleitung, soweit dies medizinisch notwendig ist, insbesondere

- bei Kindern mit den Indikationen Diabetes mellitus und Skoliose bis zum vollendeten 10. Lebensjahr, wenn es sich um die erste Rehabilitation handelt,
- regelhaft bei Kindern mit Mukoviszidose, onkologischen und kardiologischen Erkrankungen,
- wenn das Kind selbst sich nicht artikulieren kann (Vermittlerrolle der Begleitperson),
- wenn bei behinderten Kindern die unterstützende Hilfe der Begleitperson zur Erreichung des Rehabilitationserfolges erforderlich ist.

Mangelnde Gruppenfähigkeit des Kindes ist keine Indikation für die Bewilligung einer Begleitperson.

Ergänzende Anmerkung

Wir weisen darauf hin, dass in allen Rehabilitationseinrichtungen Schulunterricht angeboten wird.

Honorar

Für den vollständigen ärztlichen Befundbericht vergüten wir 27,20 Euro (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien). Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht (G600). Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Kinderrehabilitation (zum Beispiel für ärztliche Untersuchungen) können nicht erstattet werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

G0611 DRV
V001 - PGBEFUND 1/2013 - E-Stand: 24.01.2013

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Wichtig

- ⇨ Diagnosen mit ICD-10
- ⇨ Funktionsstörung/-defizite beschreiben
- ⇨ kurze, aber wichtige Angaben
- ⇨ dem ÄBB liegt ein Informationsblatt bei

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer
- Indikationen
- Nachsorge

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

⇨ Reha muss nicht in den Ferien stattfinden!

In allen Einrichtungen wird Schulunterricht angeboten!

- kleine Gruppen
- enger Kontakt zur Heimatschule

⇨ Es gelten die Schulferienzeiten des Bundeslandes

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- ⇨ Bis zum vollendeten 8. Lebensjahr wird grundsätzlich eine Begleitperson bewilligt.
- ⇨ Danach nur in besonderen Fällen.
- ⇨ Den Eltern sollten keine falschen Hoffnungen gemacht werden, ansonsten erfolgt häufig die Stornierung!

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- ⇨ Rehabilitationen mit Begleitpersonen sind konzeptionell auf 4 Wochen zugeschnitten

- ⇨ Für Alleinreisende gibt die federführende RV als Träger Richtwerte vor (für alle Versicherten in der Klinik)
- ⇨ Die tatsächliche Dauer richtet sich nach Art und Schwere der Funktionsstörungen
- ⇨ Die Reha-Klinik legt somit die Dauer fest

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer
- Indikationen

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Überarbeitung der Kinder-Rehabilitationsrichtlinien
- alt: Übergewicht in Verbindung mit Folgeerkrankungen
- neu: Adipositas
- Differenzierung durch BMI-Perzentile

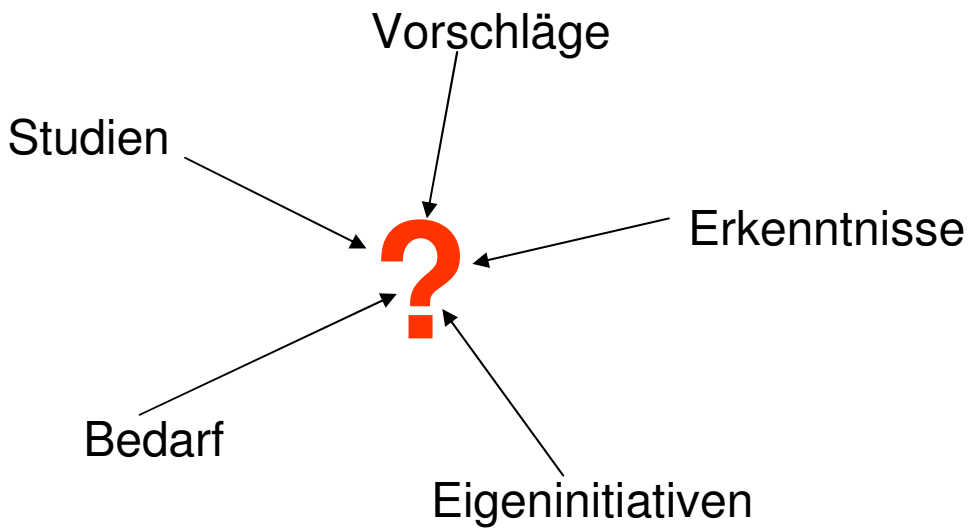
Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer
- Indikationen
- Nachsorge

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung



Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Handlungsbedarf !

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Vielen Dank!

Dr. Ralph Jäger
DRV Bund
Dez. 8023

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen

Dr. Bernhard Hoch, Medizinischer Direktor der Kath. Jugendfürsorge, Augsburg

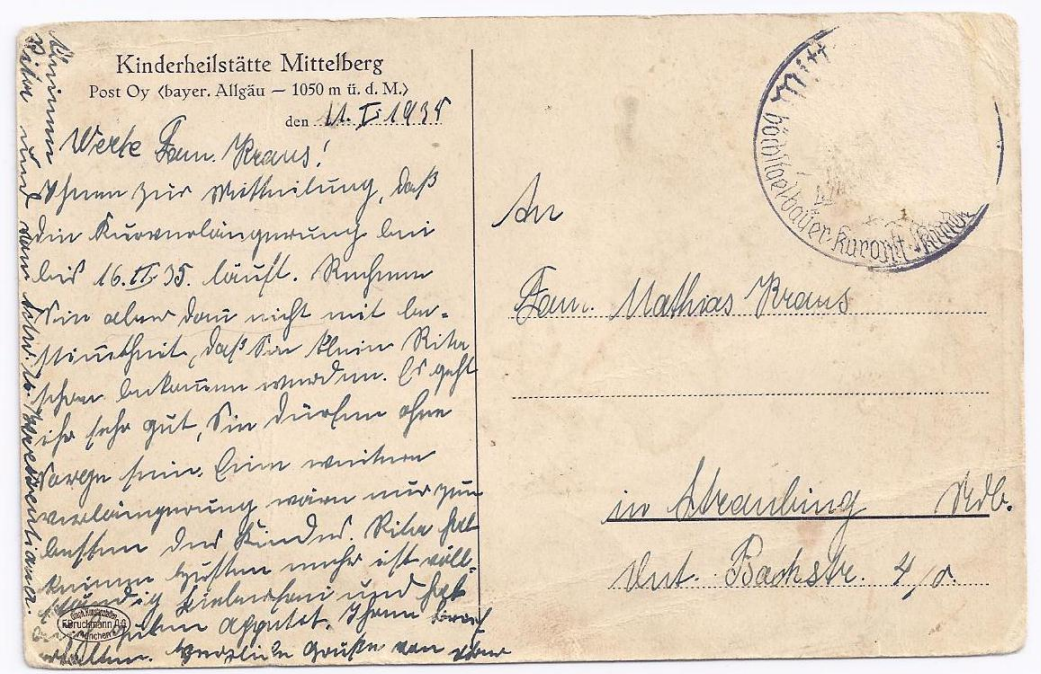
Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen

Dr. Bernhard Hoch,
Medizinischer Direktor der
Kath. Jugendfürsorge, Augsburg

Fachtagung
zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Berlin 13.06.2013

1. Erkrankungen „früher“ und deren „Kuration“

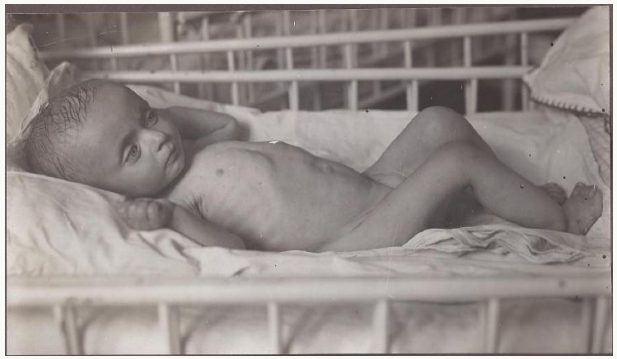
Erkrankungen einst und Maßnahmen


Kinderheilstätte Mittelberg
Post Oy (bayer. Allgäu — 1050 m ü. d. M.)
den 11. I. 1935

Werte Fam. Kraus!
Ihnen zur Mitteilung, daß die Kurverlängerung bei bis 16. II. 35. läuft. Rechnen Sie aber dann nicht mit Bestimmtheit, daß Sie kleine Rita schon bekommen werden. Es geht ihr sehr gut, Sie dürfen ohne Sorge sein. Eine weitere Verlängerung wäre nur zum Besten des Kindes. Rita hat keinen Husten mehr ist vollständig fieberfrei und hat [illegible] Appetit. Ihren Brief erhalten. Herzliche Grüße von Ihrer

An
Fam. Mathias Kraus
in Straubing Ndb.
Ant. Bachstr. 4/a

Mitt. Hochfloetbayer Kuranst. Kinder



„Organbezogene“ Kurmaßnahmen
bspw. bei:

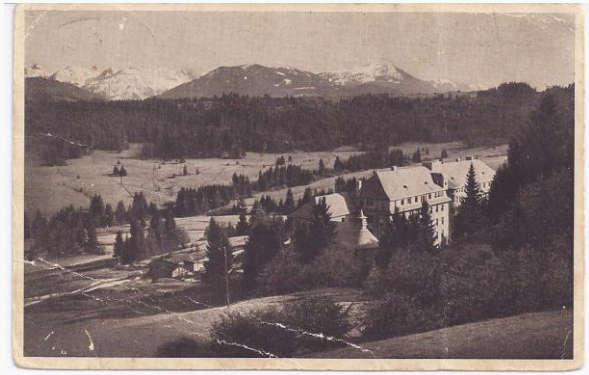
- Rachitis
- Mangelernährung
- Tbc

„Entfernt“ von der Familie ins Kurheim

Liegehalle

Heilbäder

Eigene Versorgung:
Hühnerfarm
Metzgerei
Gärtnerei



Barmherzige Schwestern
-Pflege-

„Aufpäppelndes“
Essen

Klimatherapie

Blick in die Geschichte

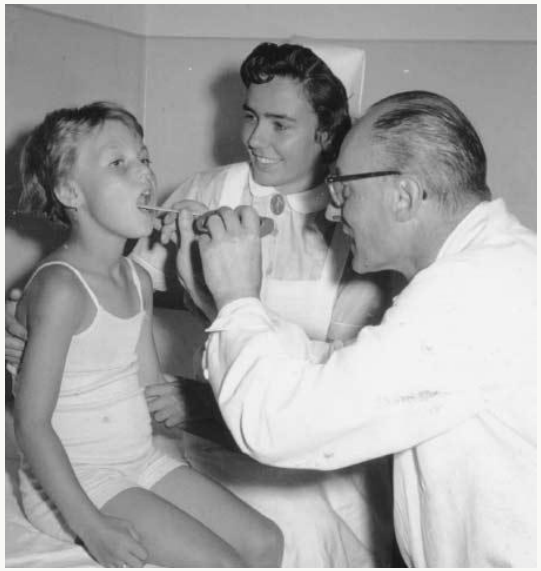
- Vorletzte Jahrhundertwende: **Kinderfürsorge**
- Zusammenhang zwischen Armut und Volksgesundheit
- **Kinderlandverschickung** im 3. Reich
- 50er und 60er Jahre:
  - enge Verbindung der Wirtschafts- und Sozialpolitik

„Erkrankungen“ und Struktur 60er Jahre

„neue“ Erkrankungen:

- Entwicklungsstörungen
- Pubertätskrisen
- Vegetative Dystonien

→ Durchführung kurmäßiger Anwendungen, dosierter Reiz- und Übungstherapien



Ärztliche Leitung

Schwester für Kranken- und Kinderpflege

Heimleitung
- Jugendleiter
- Kindergärtner

Wirtschafts-personal

Sport- und Turnlehrer

Krankengymnast/ Masseur

→Medizinische „Wiederherstellung“

2. Erkrankungen „Neuzeit“ und deren „Kuratio-Rehabilitation“

Entwicklungen der Medizin 80er/90er Jahren

- Bessere ambulant akutmedizinische Versorgung
- Chronifizierung der Erkrankungen gewinnt an Bedeutung
- Psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen werden zunehmend besser diagnostiziert (erste KJPP entstehen)

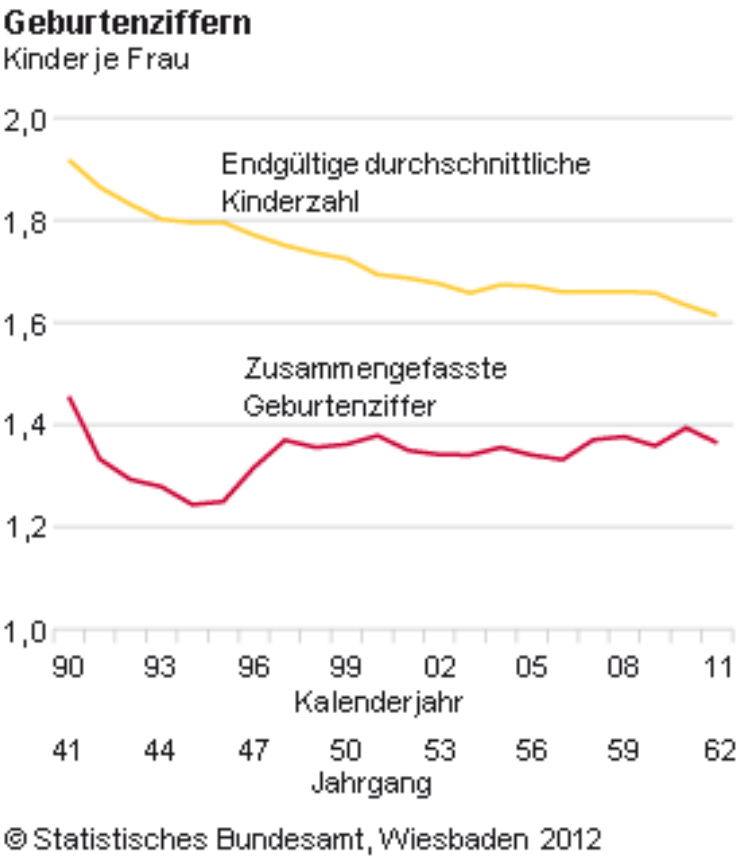
→ Enger Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Gesundheit wird bewusst

→ „zeittypische“ Krankheiten gewinnen an Bedeutung (Zivilisationskrankheiten)

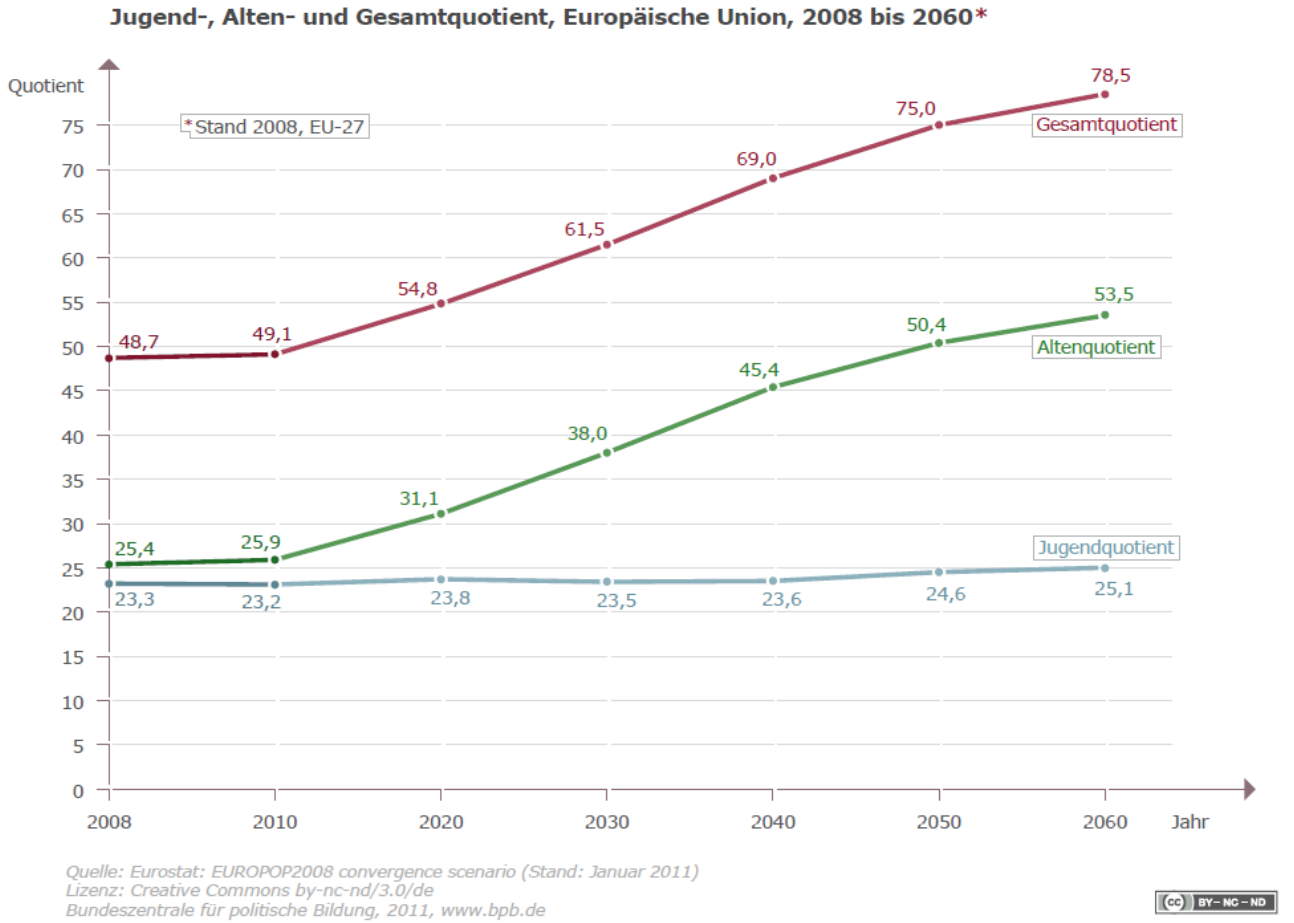
3. Erkrankungen „Neuzeit“ und die Gesellschaft

Gesellschaftliche Entwicklung: Status Quo und Prognose

- ✓ Rückgang der Geburten
- ✓ Gestiegene Lebenserwartung
- ✓ Längere Lebensarbeitszeit
- ✓ Steigender Altersquotient
- ✓ Stärkere Verschiebung von kurativen zu rehabilitativen Leistungen
- ✓ Zunehmende Multimorbidität



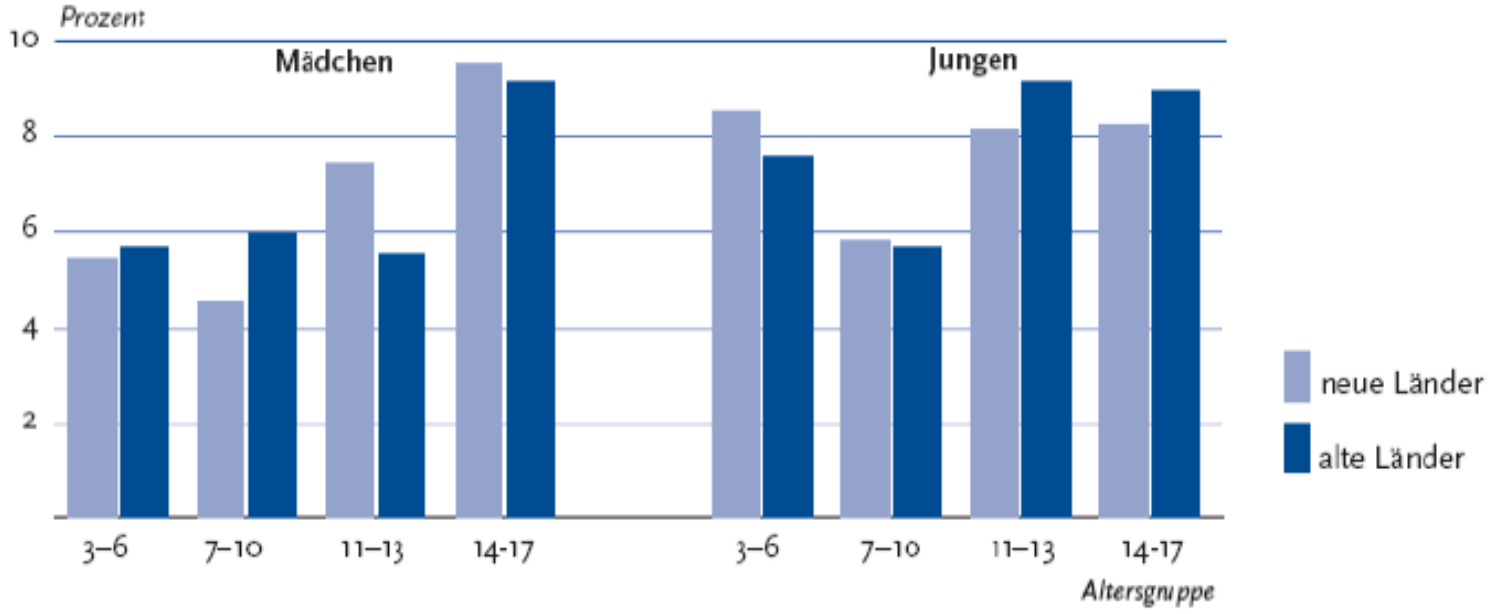
Altersstruktur der Gesellschaft



Allgemeiner Gesundheitszustand

- spezifische Wohlstandssymptome wie Überernährung, Bewegungsmangel, fehlende „Abhärtung“, falsche Lebensführung + ausgeprägte körperliche Schädigungen

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mittelmäßigem, schlechtem oder sehr schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand
Datenbasis: KiGGS 2003-2006

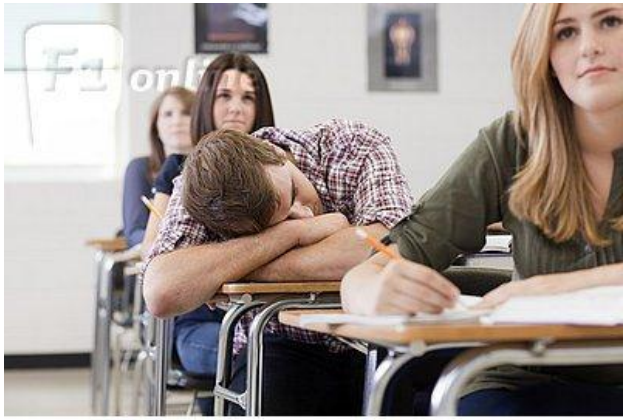


Chronische Erkrankungen

- chronische Erkrankungen nehmen an Häufigkeit und Schwere zu
- bei 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen kommen gesundheitliche und soziale Probleme zusammen

	0-6 Jahre	7-10 Jahre	11-17 Jahre
Heuschnupfen	3,2%	10,5%	16,8%
Neurodermitis	11,5%	15,1%	13,6%
Asthma	1,9%	4,7%	7%
Allergisches Kontaktekzem	4,4%	10,3%	14,3%
∑ allergische Erkrankungen	21%	40,6%	51,7%
Übergewicht	9,1% (3-6 Jahre)	Ohne Angabe	17,7%
Adipositas	2,9% (3-6 Jahre)	6,4%	8%
Psychische Auffälligkeiten ADHS	1,5%	5,3%	6,2%
∑ chronische Erkrankungen	34,5%	52,3%	83,6%

Quelle: RKI, KIGGS Studie 2008

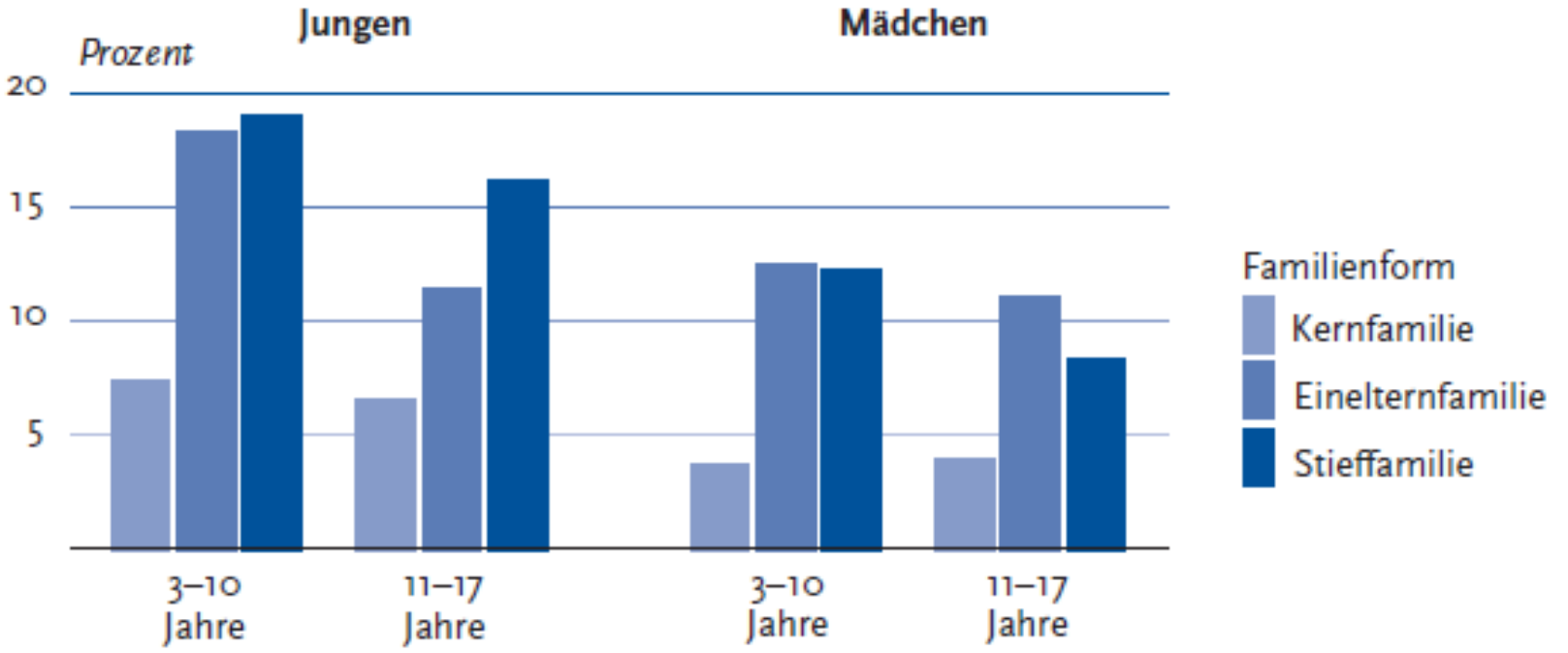


© www.f1online.de Bildnr./image no: 3609429

Psychische Erkrankungen

- Verhaltensstörungen gleichwertig zu körperlichen Störungen

Abbildung 2.2.1
Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten[1] bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



Psychosoziale „Erkrankungen“ durch:

- Neue, geänderte Konflikt- und Belastungssituationen
- Desolate familiäre Situation
- Mangelnde Erziehungskompetenz
- Mangelnde kognitive Fähigkeiten
  von Eltern und/oder Kind
- Zunehmender Leistungsdruck
- Soziale „Borderliner“

Medienkonsum

- steigt stetig
- nimmt Großteil des Tages (Rideout et al., 2010)
- 98% - 100% der 9-16 Jährigen nutzen Medien (Beentjes et al., 2001)

Zusammenhang zwischen exzessiven Medienkonsum und …

- Aufmerksamkeitsproblemen (Christakis et al., 2004)
- Hyperaktivität (Gupta et al., 1994)
- Lernschwierigkeiten (Rideout et al., 2007; Sharif et al., 2006)
- Gestörtes Sozialverhalten (Johnson et al. 2002; Singer et al., 1998)
- Somatische Störungen (Robinson, 2001; Tazawa et al., 2001; Toyran et al., 2002)
- Schlafprobleme (Owens et al., 1999; Christakis et al., 2004; van den Bulck, 2004)

Sportliche Aktivität bei 11-17 Jährigen

Tabelle 6.2.4.1
Häufigkeit körperlich-sportlicher Aktivität bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Altersgruppe	Fast täglich	3- bis 5-mal pro Woche	1- bis 2-mal pro Woche	Seltener	Nie
11–13 Jahre					
Jungen	**34,0%**	**36,7%**	**23,1%**	3,0%	**3,2%**
Mädchen	**23,8%**	**30,7%**	**33,0%**	4,2%	**8,4%**
Gesamt	29,0%	33,7%	27,9%	3,6%	5,7%
14–17 Jahre					
Jungen	**24,4%**	**36,4%**	**26,6%**	**4,3%**	**8,3%**
Mädchen	**13,1%**	**23,6%**	**36,0%**	**9,2%**	**18,1%**
Gesamt	18,9%	30,1%	31,2%	6,7%	13,1%
11–17 Jahre					
Jungen	**28,2%**	**36,5%**	**25,2%**	**3,8%**	**6,3%**
Mädchen	**17,3%**	**26,4%**	**34,9%**	**7,2%**	**14,2%**
Gesamt	22,9%	31,6%	29,9%	5,4%	10,2%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt).
Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Zwischenfazit zum „Wandel der Erkrankungen“

- von organbezogen zu körpersystembezogen
- von akut zu chronisch
- von chronisch zu morbide
- von multimorbide zu multifaktoriell-morbid
- von lifestyle disease zu lifestyle morbidity and mortality

→ von „einfach“ zu „hochkomplex“

→ ein „Abbild unserer Gesellschaft“ ?

4. Erkrankungen „Neuzeit“ und die Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation

- Behandlungsansatz, der krankheitsbezogene physische (somatische), psychische und soziale Belastungsfaktoren berücksichtigt (ICF, bio-psychosoziales Modell)

- Multiprofessionelle Teams notwendig

→ **qualifizierte**, **spezialisierte** Rehabilitationseinrichtungen

→ **Medizinische Wiederherstellung und gesellschaftliche Eingliederung (unter einer nicht mehr nur organbezogenen Sicht (siehe früher))**

Anforderungen „Struktur“ Personal

- Dipl. Sozialpädagogen
- Exam. und Kinderkrankenpfleger
- Physio-therapeuten
- „Spezialisten“: Diabetologen, Pneumologen, Neuropädiater u.a.
- Dipl. Sport- und Gymnastiklehrer
- Chefarzt/ Fachärzte
- Dipl. Psychologen
- Adipositas-/ Neurodermitis-/ Asthmatrainer
- Ergotherapeuten
- Diätassistenten
- Assistenzärzte
- Logotherapeuten
- Lehrkräfte

- Service Personal
- Hauswirtschaft
- Küche
- Verwaltung

Anforderungen „Struktur“ Diagnostik, Therapie, u.a.

- Indikationsspezif. Klinikkonzept
- Pflegerische und ärztliche 24h Präsenz
- Ganztägige therapeutische Leistungen
- Tgl. Gesundheits-training
- Gerätegestützte Trainingstherapie
- Vorträge für BGP
- Tgl. Sprechstunde Ärzte
- Mind. 10 Wochenstunden Deutsch, Mathe und weiteres Fach
- Wöchentliche FA-Visite
- Standardtherapie-plan

- Räume für Fachtherapien: Ergo, Physio, Sport,
- Psycholog. Testverfahren
- Spiel- und Sportplatz
- Lungenfunktion, Labor, EKG
- barrierefreie Zimmer mit Notrufanlage
- Behinderten-gerechte Zimmer + Nasszelle
- Überwachungszim-mer für Notfälle
- Aufenthaltsräume
- Schulungsräume
- Bewegungsbad
- u.a.

Nur noch einmal zur Erinnerung . . .

Liegehalle

Heilbäder

Eigene Versorgung:
Hühnerfarm
Metzgerei
Gärtnerei

„Aufpäppeln des“ Essen

Klima-therapie

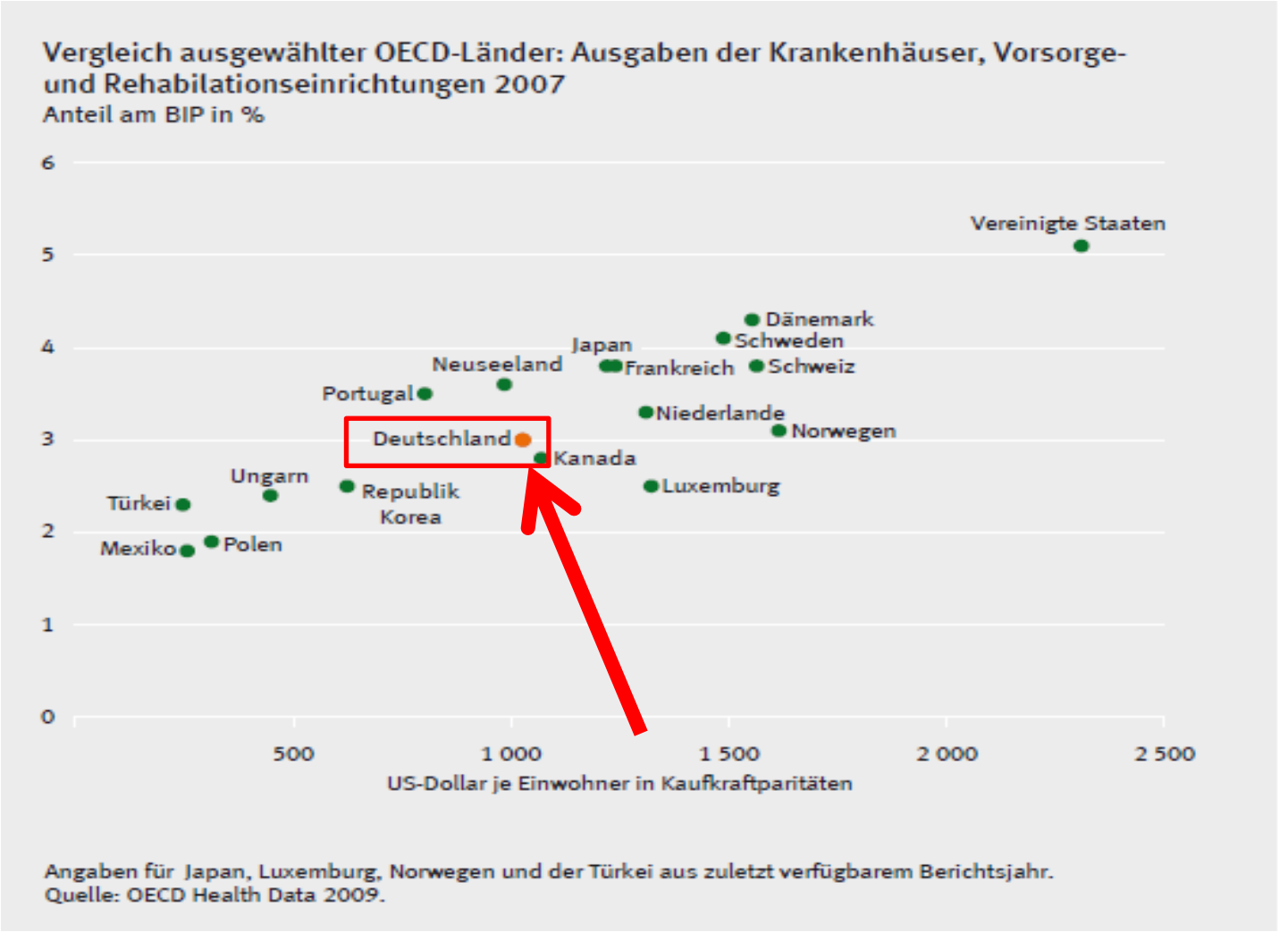
Barmherzige Schwestern
-Pflege-

5. Erkrankungen „Neuzeit“ und die Rehabilitation („für die Gesellschaft“)

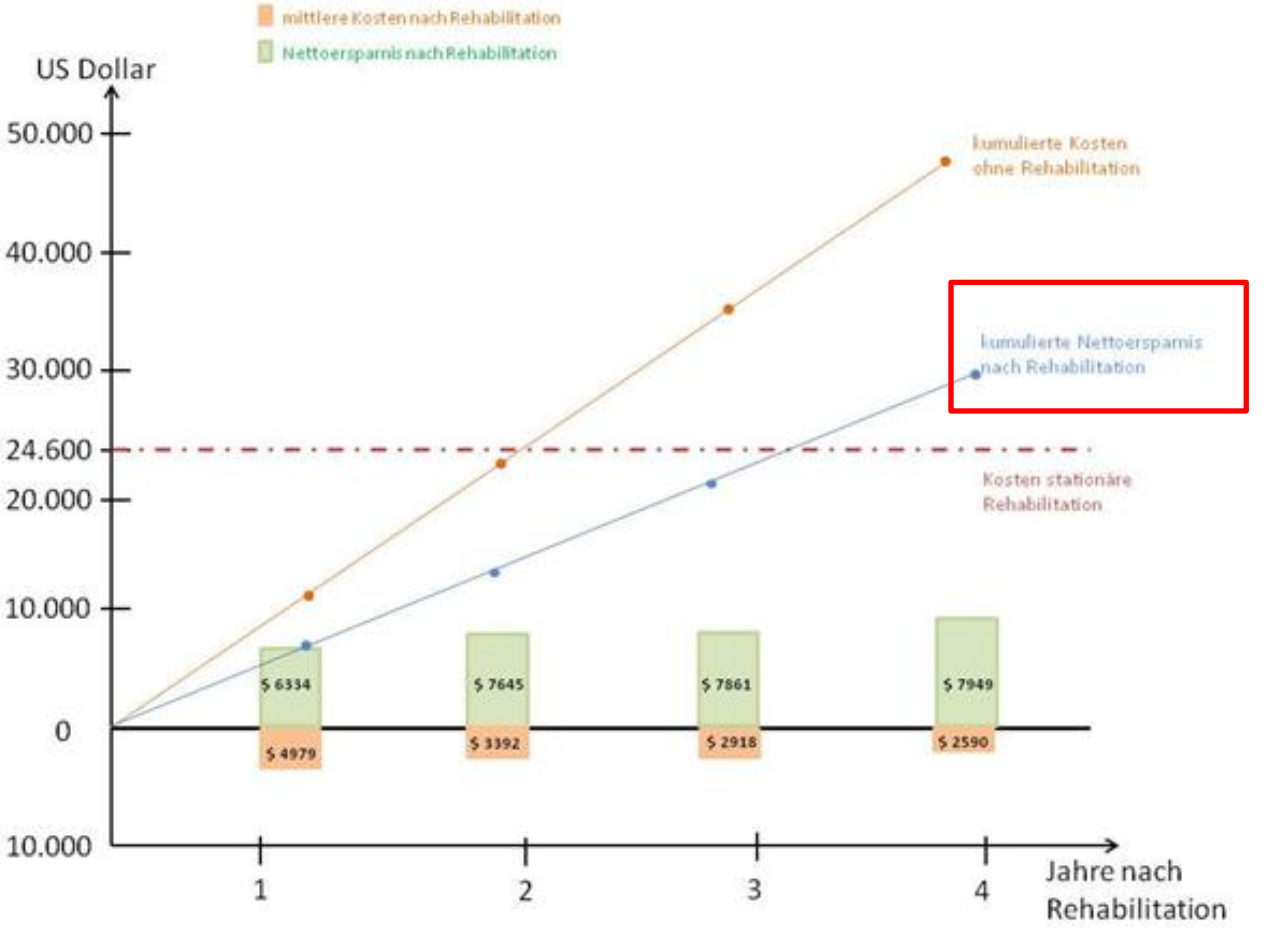
Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
§ 70 SGB V

- Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine **bedarfsgerechte** und **gleichmäßige**, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
- Die Versorgung der Versicherten muss **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der **fachlich gebotenen Qualität** sowie **wirtschaftlich** erbracht werden.

Makroökonomische Betrachtung: Kosten

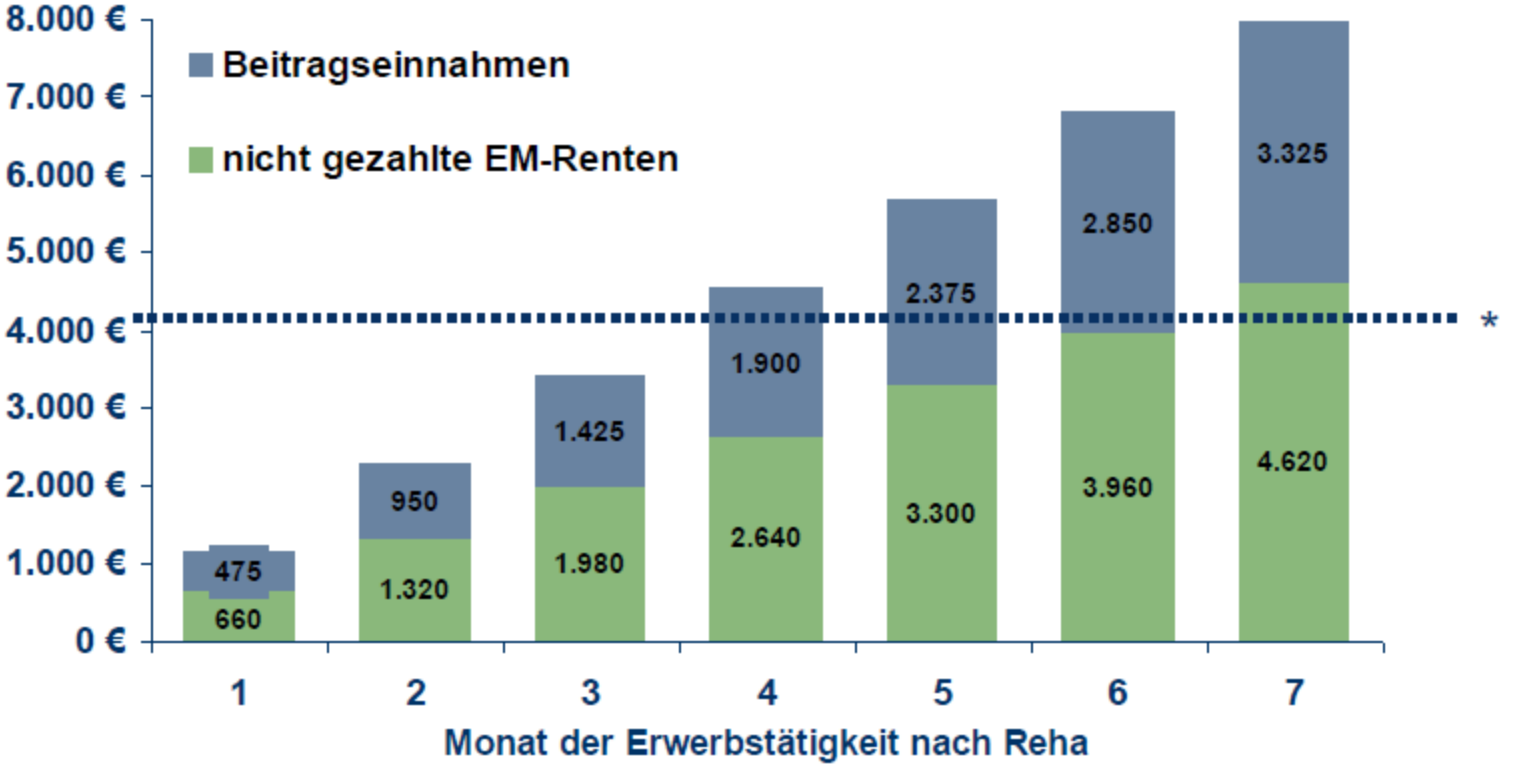


Makroökonomische Betrachtung: Nutzen



Amortisation und Nettoersparnisse der pneumologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Quelle: Weinstein et al. 1996, S. 269.

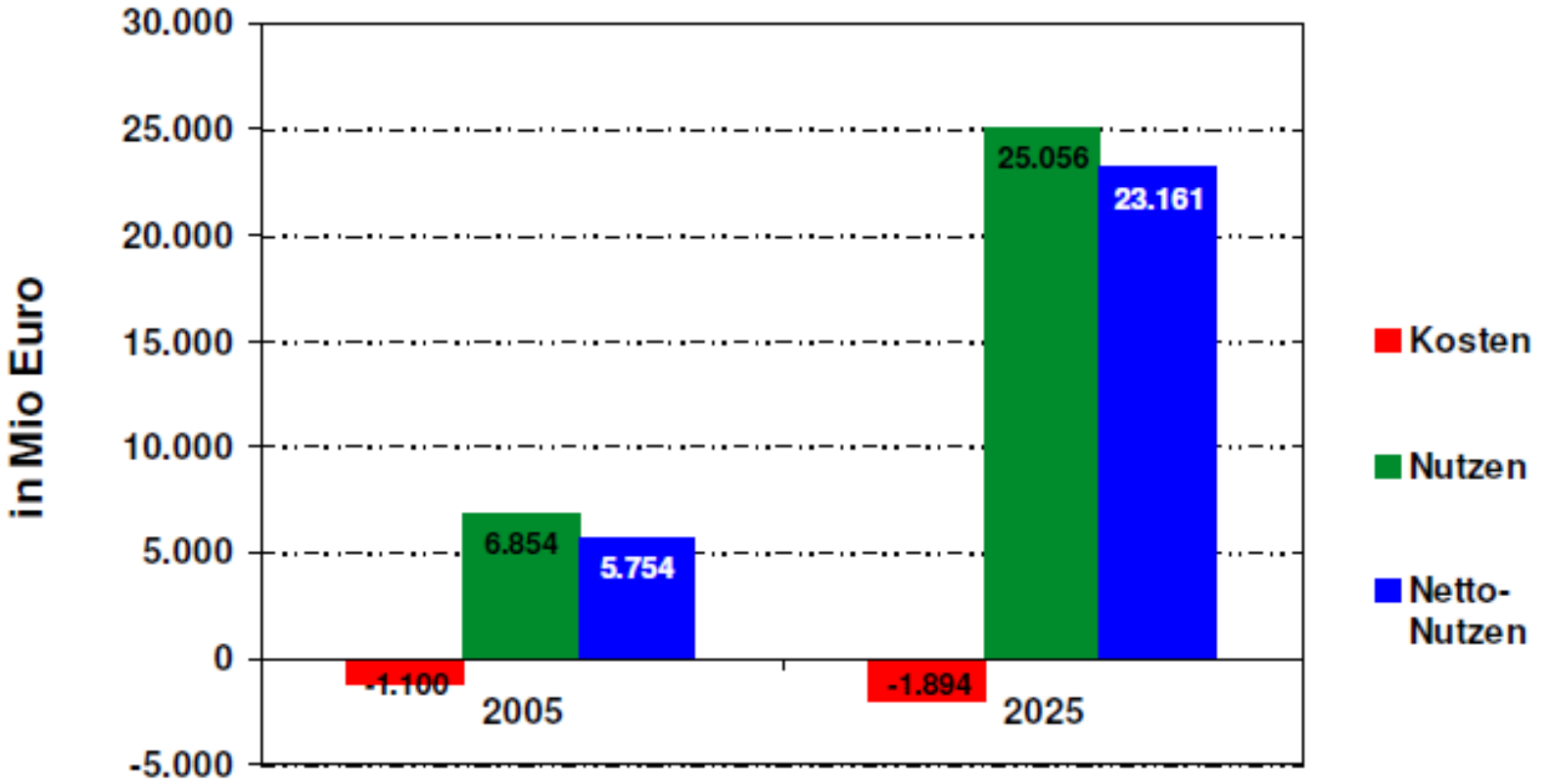
Amortisationsmodell medizinische Rehabilitation



* durchschn. Kosten einer Leistung zur med. Rehabilitation 2010, inkl. Übergangsgeld, zugeordneter Sozialversicherungsbeiträge und sonstiger ergänzender Leistungen (Reisekosten, Haushaltshilfe)

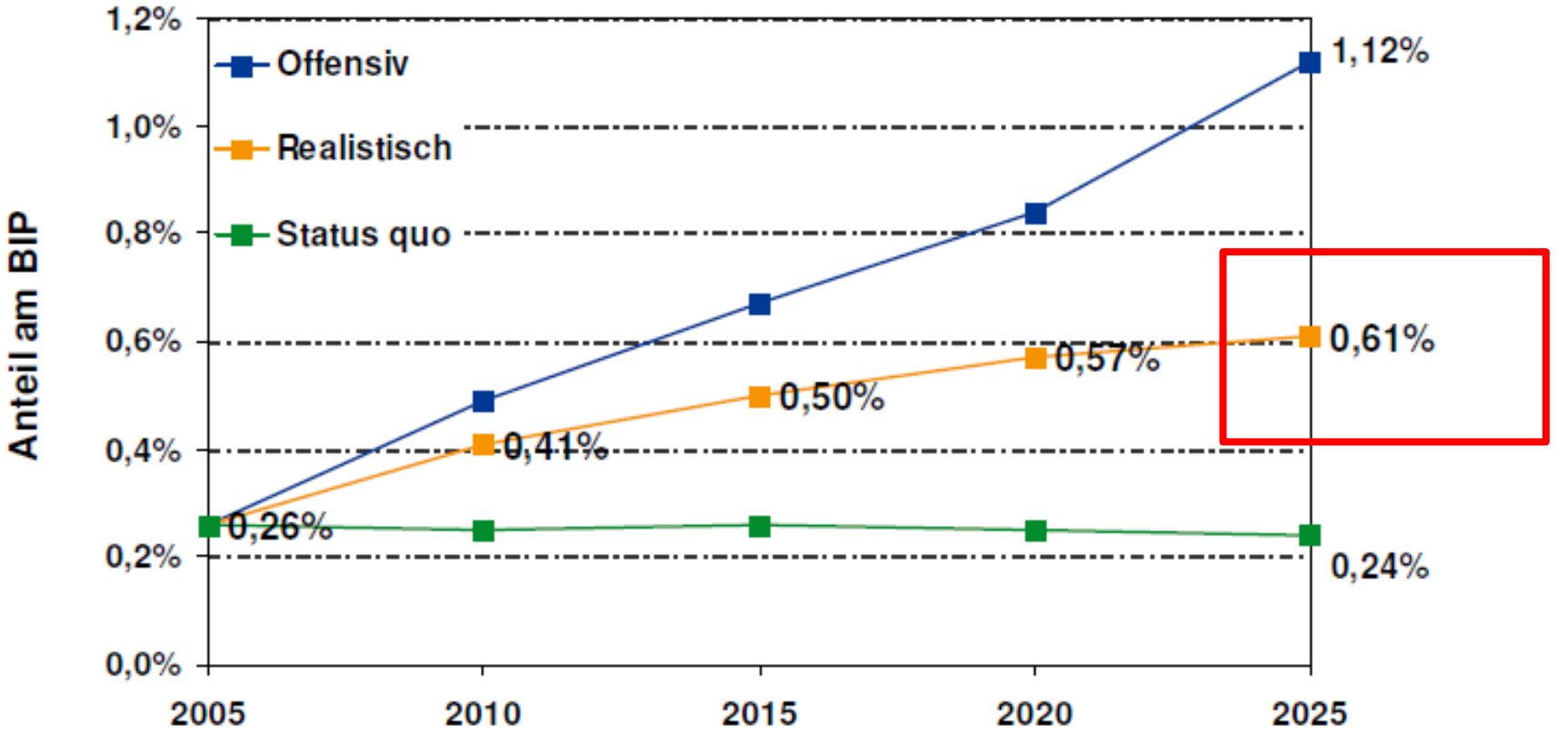
Quelle: Rehabedarfsentwicklung und finanzielle Restriktionen;
A. Reimann, März 2012

Reha-bedingte volkswirtschaftliche Rendite



Quelle: Prognos Studie 2009

Anteil des Netto-Nutzens der Reha am BIP



Quelle: Prognos Studie 2009

Aber !

Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationskliniken

- Rehaeinrichtungen mit hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Betriebsführung muss es möglich sein kostendeckend zu arbeiten und nötige Investitionen zu tätigen:

- **Realität:** Rehaeinrichtungen stoßen an Grenzen der Belastbarkeit bei gleichzeitigem Wettbewerb um qualifiziertes Personal

Anforderungen an eine zukunftsfähige Rehabilitation mit volkswirtschaftlichem Nutzen – Auszug -

- Transparenz (bei Finanzierung der Leistungserbringung)
  - Zahlen, Daten, Fakten (GKV)
  - Marketing gewünscht, Anträge trotzdem abgelehnt
  - Bewilligungsquoten zwischen 35% und 80%

- Adäquate Kalkulation der Betriebs- und Investitionskosten als Basis für Vergütungssätze (Vergütungssätze „dürften“ sich zumindest an den „durchschnittlichen“ Kostensteigerungen orientieren)

- Sektorenübergreifende Vernetzung ist „praktisch“ nicht möglich
- Rehabilitationsforschung dringend notwendig

- usw. .....

Es gibt viel zu tun !

AKTION KINDERRE

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Die soziale Lebenswirklichkeit von Jugendlichen

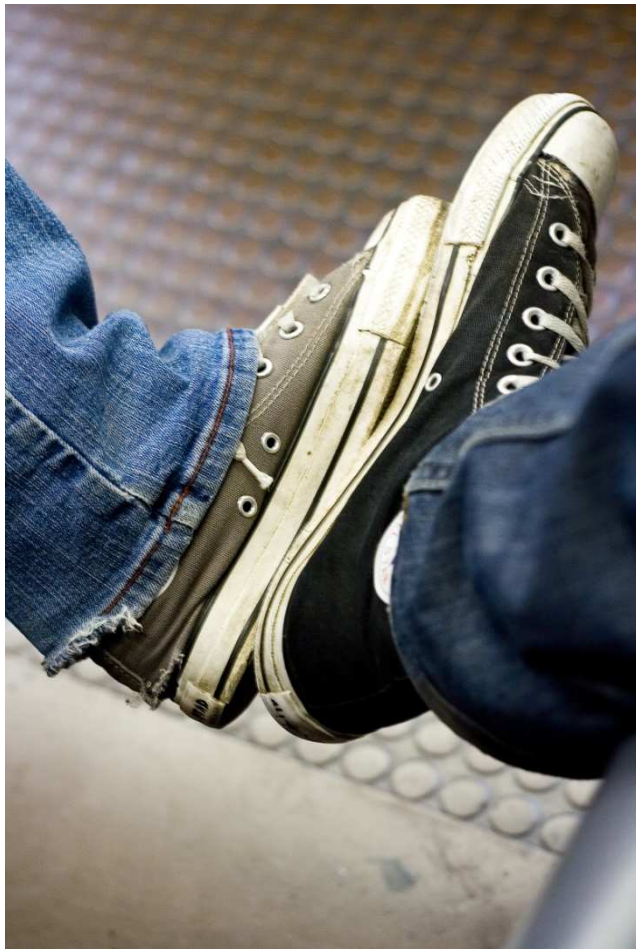
Inga Borchard, Sinus Akademie, Berlin

sinus

Wie ticken Jugendliche?

Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland

Eine SINUS-Studie im Auftrag von Deutsche Kinder- und Jugendstiftung, Bund der Deutschen Katholischen Jugend, Bundeszentrale für politische Bildung, Bischöfliches Hilfswerk Misereor, Bischöfliche Medienstiftung der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Südwestrundfunk.



Ansprechpartner für Forschung:
Dr. Marc Calmbach, Tel. 030-20613098-11,
E-Mail: marc.calmbach@sinus-institut.de

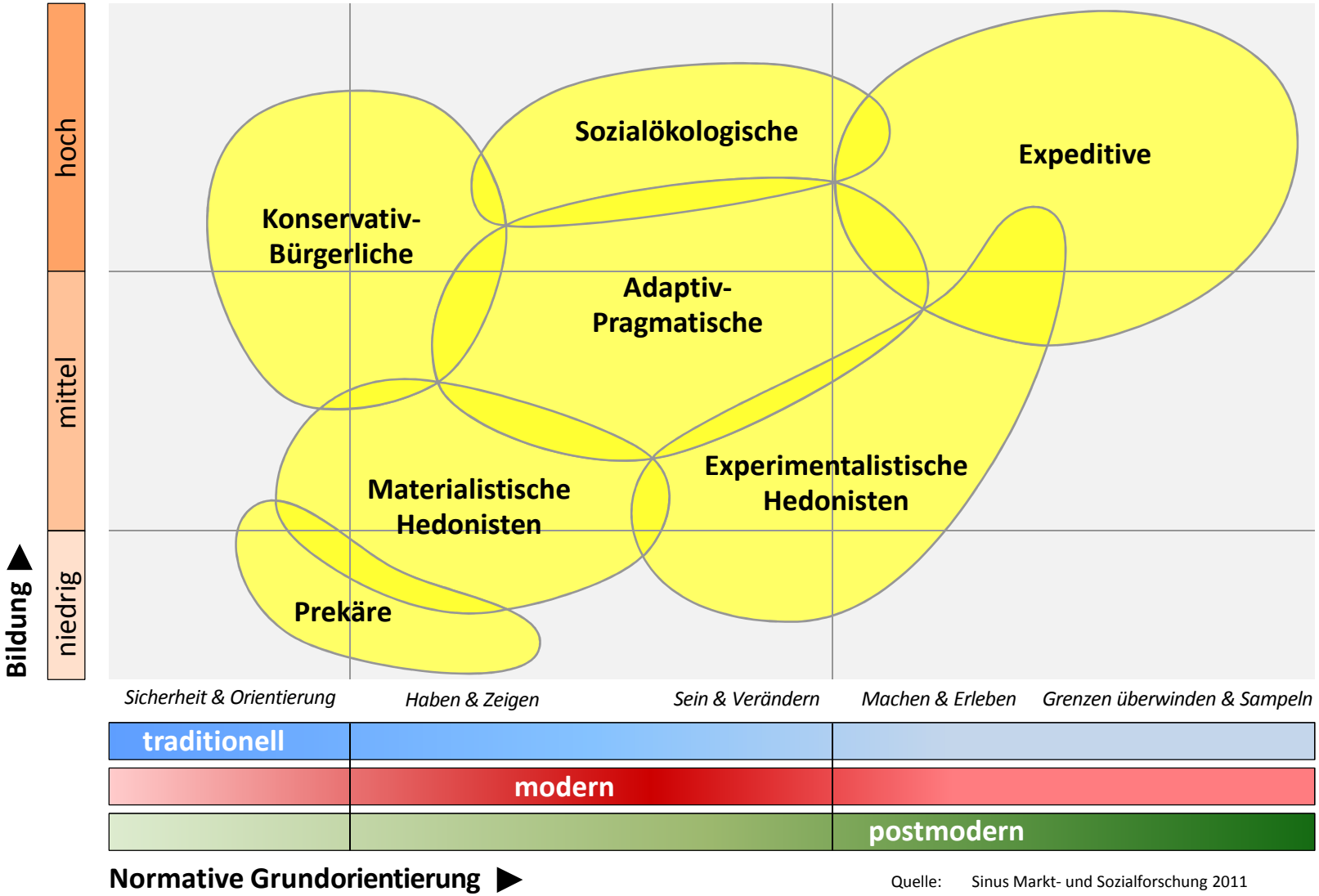
Ansprechpartner für Vorträge und Workshops:
Peter Martin Thomas, Tel. 030 20613098-20,
E-Mail: petermartin.thomas@sinus-akademie.de

sinus HEIDELBERG BERLIN ZÜRICH
Partner von INTEGRAL Wien

sinus

SINUS-Lebensweltenmodell u18

Lebenswelten der 14- bis 17-Jährigen in Deutschland

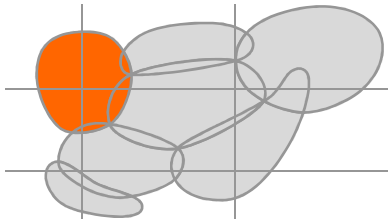


Quelle: Sinus Markt- und Sozialforschung 2011

sinus

Konservativ-Bürgerliche …

Die familien- und heimatorientierten Bodenständigen mit Traditionsbewusstsein und Verantwortungsethik



- haben den Wunsch an der **bewährten gesellschaftlichen Ordnung** festzuhalten;
- betonen eher **Selbstdisziplinierung** als Selbstentfaltung;
- haben eine **geringe Lifestyle-Affinität** und Konsumneigung und kein Interesse, sich über Äußerlichkeiten zu profilieren;
- bezeichnen sich selbst als **unauffällig, sozial, häuslich, heimatnah**, gesellig und ruhig; sie empfinden sich als für das eigene Alter bereits sehr **erwachsen und vernünftig;**
- **stellen die Erwachsenenwelt nicht in Frage**, sondern versuchen, möglichst schnell einen sicheren und anerkannten Platz darin zu finden;
- wünschen sich eine plan- und berechenbare **„Normalbiografie“** (Schule, Ausbildung, Beruf, Ehe, Kinder) und erachten **Ehe und Familie als Grundpfeiler der Gesellschaft**.

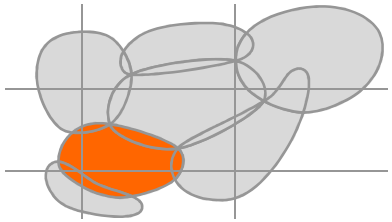
Bild: flickr_tammar

Bild: flickr_superzelle

sinus

Materialistische Hedonisten …

Die freizeitorientierte Unterschicht mit ausgeprägten markenbewussten Konsumwünschen



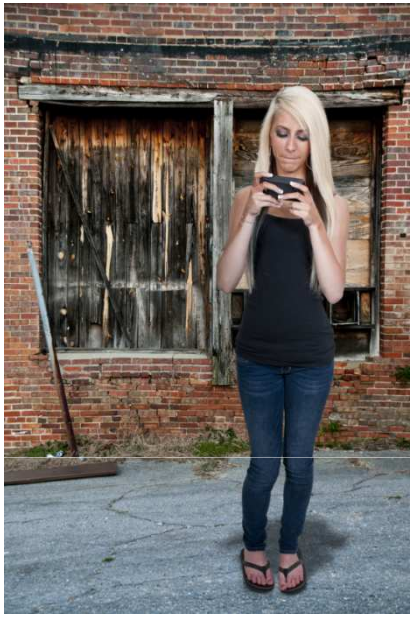


Bild: Rob Byron/ shutterstockimages

- sind sehr **konsum- und markenorientiert** : Kleidung, Schuhe und Modeschmuck sind ihnen äußerst wichtig, weil sie Anerkennung in ihren Peer-Kontexten garantieren;
- halten Harmonie, Zusammenhalt, Treue, Hilfsbereitschaft, Ehrlichkeit und Anstand für wichtige Werte;
- **lehnen Kontroll- und Autoritätswerte ab**;
- möchten **Spaß und ein „gechilltes Leben“** haben; Shoppen, Party und Urlaub gelten als die coolsten Sachen der Welt;
- lehnen einerseits Vandalismus, Aggressivität, illegale Drogen, sinnloses Saufen u. Ä. ab, verteidigen andererseits ihr Recht auf **exzessives Feiern** als Teil eines freiheitlichen Lebensstils;
- stehen **der Hochkultur sehr distanziert gegenüber**; sie haben damit in ihrem Alltag in der Regel kaum Berührungspunkte; sie orientieren sich klar am **Mainstream**.

Bild: Monkey Business Images/ shutterstockimages

sinus

Prekäre …

Die um Orientierung und Teilhabe bemühten Jugendlichen mit schwierigen Startvoraussetzungen und Durchbeißermentalität

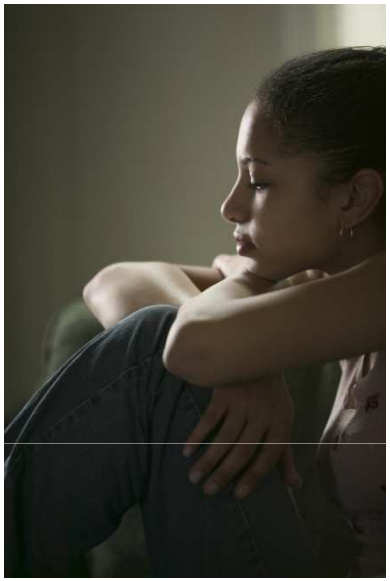


Bild: photodisc/Thinkstock

- haben von allen Jugendlichen **die schwierigsten Startvoraussetzungen** (meist bildungsfernes Elternhaus, häufig Erwerbslosigkeit der Eltern, Familieneinkommen an oder unterhalb der Armutsgrenze etc.);
- **schämen sich** oft für die soziale Stellung ihrer Familie;
- sind bemüht, die **eigene Situation zu verbessern**, sich nicht (weiter) zurückzuziehen und entmutigen zu lassen;
- haben eine eher **geringe Affinität zum Lifestyle-Markt**;
- äußern deutlich den Wunsch nach **Zugehörigkeit und Anerkennung** und danach **„auch mal etwas richtig gut zu schaffen“**, nehmen aber wahr, dass das nur schwer gelingt;
- finden die Gesellschaft unfair und ungerecht;
- nehmen **geringe Aufstiegsperspektiven** wahr, was bei einigen in dem Gefühl resultiert, dass sich Leistung nicht lohnt.

Bild: flickr_fsj

sinus

Sozialökologische …

Die nachhaltigkeits- und gemeinwohlorientierten Jugendlichen mit sozialkritischer Grundhaltung und Offenheit für alternative Lebensentwürfe

- betonen **Demokratie, Gerechtigkeit, Umweltschutz und Nachhaltigkeit** als zentrale Pfeiler ihres Wertegerüst;
- sind sehr **altruistisch motiviert und am Gemeinwohl orientiert**;
- möchten andere von ihren normativen Ansichten überzeugen (**„Sendungsbewusstsein**“);
- haben einen hohen normativen Anspruch an den eigenen Freundeskreis; **suchen Freunde mit „Niveau und Tiefe“**;
- distanzieren sich von materialistischen Werten; halten **Verzicht** nicht für einen Zwang, sondern für **ein Gebot; kritisieren die Überflussgesellschaft**;
- sind sehr aufgeschlossen gegenüber **anderen Kulturen** und lehnen Rassismus ab; sind **fortschrittsskeptisch**;
- haben ausgesprochen vielfältige Freizeitinteressen; sind **kulturell sehr interessiert (auch Hochkultur)** und finden dabei v. a. Kunst und Kultur mit einer **sozialkritischen Message spannend**.

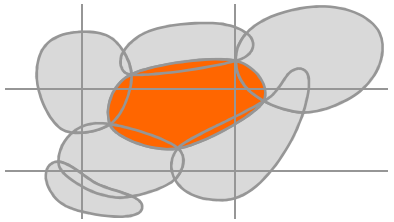
Bild: flickr_guentherhh

Bild: flickr_flossyflotsam

sinus

Adaptiv-Pragmatische …

Der leistungs- und familienorientierte moderne Mainstream mit hoher Anpassungsbereitschaft

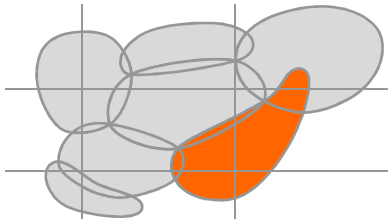


- sind sehr anpassungs- und kompromissbereit, orientieren sich am Machbaren und versuchen, ihren **Platz in der Mitte der Gesellschaft zu finden;**
- sehen sich als **verantwortungsbewusste Bürgerinnen und Bürger**, die dem Staat später nicht auf der Tasche liegen wollen; grenzen sich deutlich von Menschen mit einer geringen Leistungsbereitschaft ab;
- möchten **im Leben viel erreichen**, sich **Ziele setzen** und diese **konsequent, fleißig und selbständig** verfolgen; es ist ihnen wichtig, **vorausschauende und sinnvolle Entscheidungen** zu treffen;
- streben nach einer **bürgerlichen „Normalbiografie“;**
- streben nach **Wohlstand**, jedoch nicht nach übertriebenem Luxus; **haben ein** ausgeprägtes Konsuminteresse, jedoch mit „rationaler Regulation“;
- verbinden mit Kultur in erster Linie **Unterhaltungs-, Erlebnis- und Entspannungsansprüche**; orientieren sich am **populären Mainstream.**

Bild: Goodluz/shutterstockimages

Bild: Martin Novak/shutterstockimages

sinus



Experimentalistische Hedonisten …

Die spaß- und szeneorientierten Nonkonformisten mit Fokus auf Leben im Hier und Jetzt

- möchten das **Leben in vollen Zügen zu genießen**; hegen den Wunsch nach ungehinderter **Selbstentfaltung;** möchten **das eigene Ding machen und Grenzen austesten**;
- legen großen Wert auf **kreative Gestaltungsmöglichkeiten** und sind oft phantasievoll, originell und provokant;
- **finden Routinen langweilig** und haben die geringste Affinität zu typisch bürgerlichen Werten**; möchten mit ihrer Werthaltung (bewusst) anecken**;
- möchten **„aus der Masse hervorstechen“**, distanzieren sich vom Mainstream, lieben das **Subkulturelle und** „Undergroundige“ und haben daher eine große Affinität zu **Jugendszenen**;
- lieben die (urbane) **Club-, Konzert- und Festivalkultur;**
- distanzieren sich von der klassischen Hochkultur;
- bemühen sich, immer mehr **Freiräume** von den Eltern zu „erkämpfen“, um Freizeit unabhängig gestalten zu können.

Bild: CREATISTA/shutterstockimages

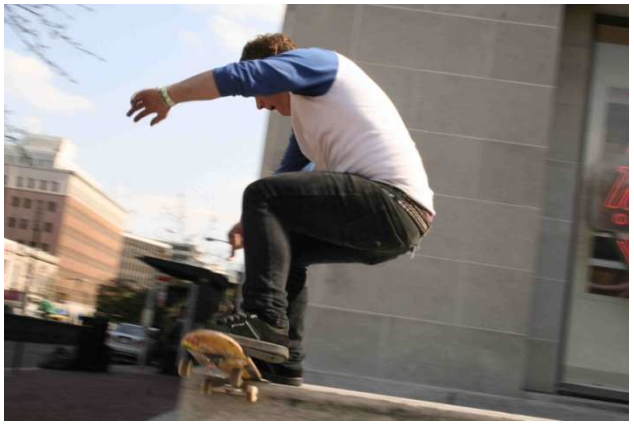


Bild: flickr_perspective

sinus

Expeditive …

Die erfolgs- und lifestyle-orientierten Networker auf der Suche nach neuen Grenzen und unkonventionellen Erfahrungen

Bild: istockphoto/Thinkstock

- streben nach einer Balance zwischen **Selbstverwirklichung**, Selbständigkeit sowie Hedonismus und **Pflicht- und Leistungswerten,** Zielstrebigkeit und Fleiß;
- sind **flexibel, mobil, pragmatisch**; möchten den eigenen **Erfahrungshorizont ständig erweitern**;
- haben eine **geringe Kontroll- und Autoritätsorientierung**;
- möchten **nicht an-, sondern weiterkommen**; halten ein erwachsenes Leben ohne Aufbrüche (noch) für unvorstellbar;
- sehen sich selbst **als urbane, kosmopolitische „Hipster“**; bezeichnen sich als interessant, einzigartig, eloquent und stilsicher; möchten sich von der **„grauen Masse abheben“**
- haben ein ausgeprägtes **Marken- und** Trendbewusstsein; sind auf der Suche nach **vielfältigen Erfahrungsräumen**, z. B. modernes Theater, Kunst und Malerei; es zieht sie in den öffentlichen Raum und die **angesagten Locations**, dorthin, wo die Musik spielt, wo die Leute spannend und anders sind.

Bild: istockphoto/Thinkstock

sinus

Vertiefungsthemen der Studie

- Medien
- Schule und Lernen
- Berufliche Orientierung
- Gesellschaft und Politik
- Glaube, Religion und Kirche
- Engagement

sinus

Das Buch zur Studie

Marc Calmbach u.a. (2012)

Wie ticken Jugendliche?

Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland

39,90 €

Klappenbroschiert: 368 Seiten

Verlag: Verlag Haus Altenberg

ISBN 978-3-7761-0278-9

Die Studie wurde von folgenden Institutionen in Auftrag gegeben: Deutsche Kinder- und Jugendstiftung, Bund der Deutschen Katholischen Jugend, Bundeszentrale für politische Bildung/bpb, Bischöfliches Hilfswerkt Misereor, Bischöfliche Medienstiftung der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Südwestrundfunk

sinus HEIDELBERG BERLIN ZÜRICH
Partner von INTEGRAL Wien

sinus akademie

Das Beratungs- und Weiterbildungs-angebot des SINUS-Instituts.

Qualifizierung Beratung Innovation

- **Vorträge und Präsentationen**
- **Workshops**
- **Beratung und Organisationsentwicklung**
- **Weiterbildungen**

Die SINUS-Akademie bietet maßgeschneiderte Lösungen für Kundinnen und Kunden, die die Erkenntnisse der SINUS Markt- und Sozialforschung für die Weiterentwicklung ihrer Organisation nutzen wollen. Alle unsere Veranstaltungen finden als Inhouse-Veranstaltungen statt.

www.sinus-akademie.de

sinus

HEIDELBERG
BERLIN
ZÜRICH

Partner von INTEGRAL Wien

Forschung und Strategische Planung

- **Tiefeninterviews, narrative Interviews, Fokusgruppen, standardisierte Befragungen**
- **Anwendung der Sinus-Forschungen im Zusammenhang mit Zielgruppen, Trends und Märkten.**

Unternehmen und Non-Profit Organisationen arbeiten mit den Forschungs- und Beratungstools von Sinus weil sie helfen, den soziokulturellen Wandel, die Struktur der Gesellschaft und die Psychologie der Bürgerinnen und Bürger besser zu verstehen. Wir erforschen Wertewandel, Lebenswelten, Alltagsästhetik, soziokulturelle Strömungen, Trends und Zukunftsszenarien.

www.sinus-institut.de

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

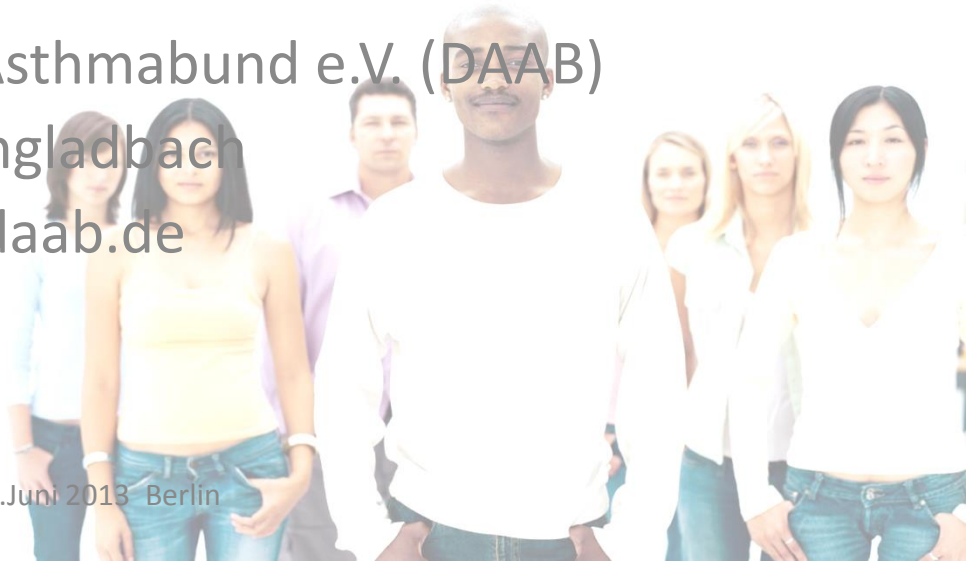
Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation

Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund

Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder-und Jugendrehabilitation

Deutscher Allergie-u. Asthmabund e.V. (DAAB)
Mönchengladbach
www.daab.de



Fakten zum Deutschen Allergie.-und Asthmabund e.V.

- **Bundesgeschäftsstelle Mönchengladbach**

- **Wissenschaftliche Beratung**
- **Gesundheitspolitik**
- **Projekte und Kampagnen**
- **Netzwerke**
- **Öffentlichkeitsarbeit**
- **Publikationen**
- **Betreuung der 120 Ansprechpartner in Deutschland**

Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation

Fragebogenaktion im März und April 2013

Rücklauf 57 Bögen

Wussten Sie, dass es die Möglichkeit einer stat. Reha gibt ?

Information durch wen ?

Wurde schon eine Reha durchgeführt ?

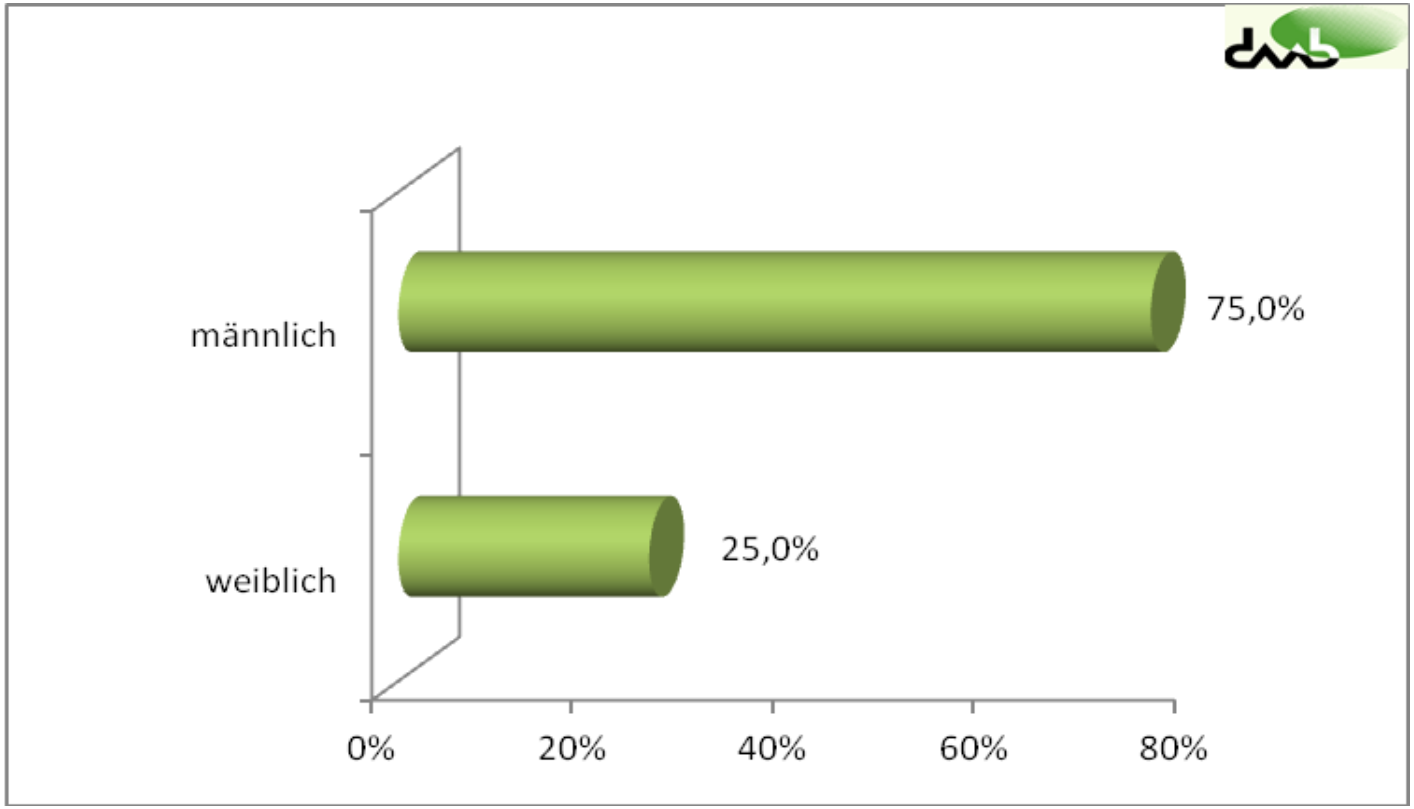
Mit welchem Erfolg ?

Wenn nein warum noch nicht ?

Anzahl und Alter der Kinder-und Jugendlichen

2-5 Jahre	17
6-9 Jahre	21
11-17 Jahre	19

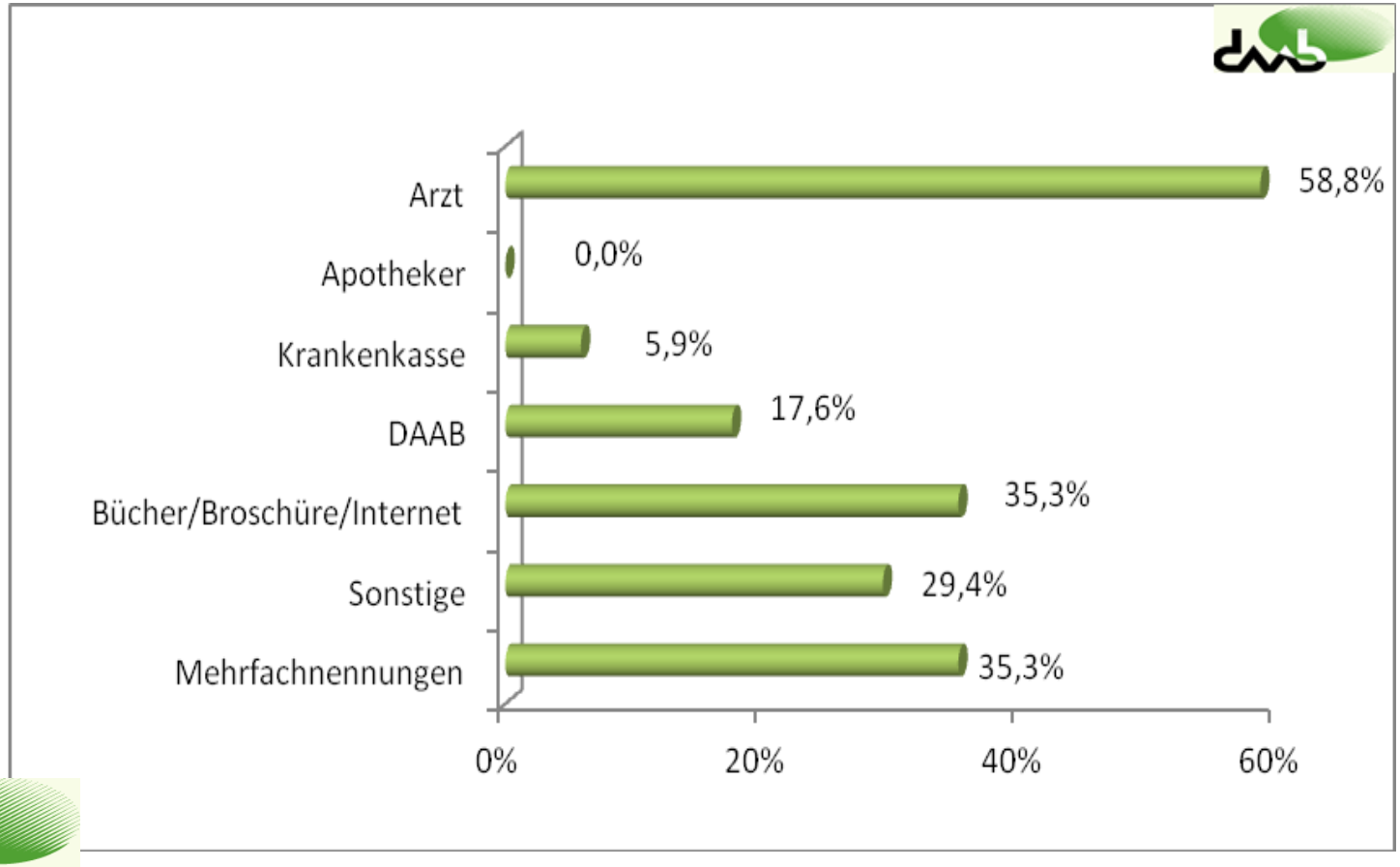
Geschlecht



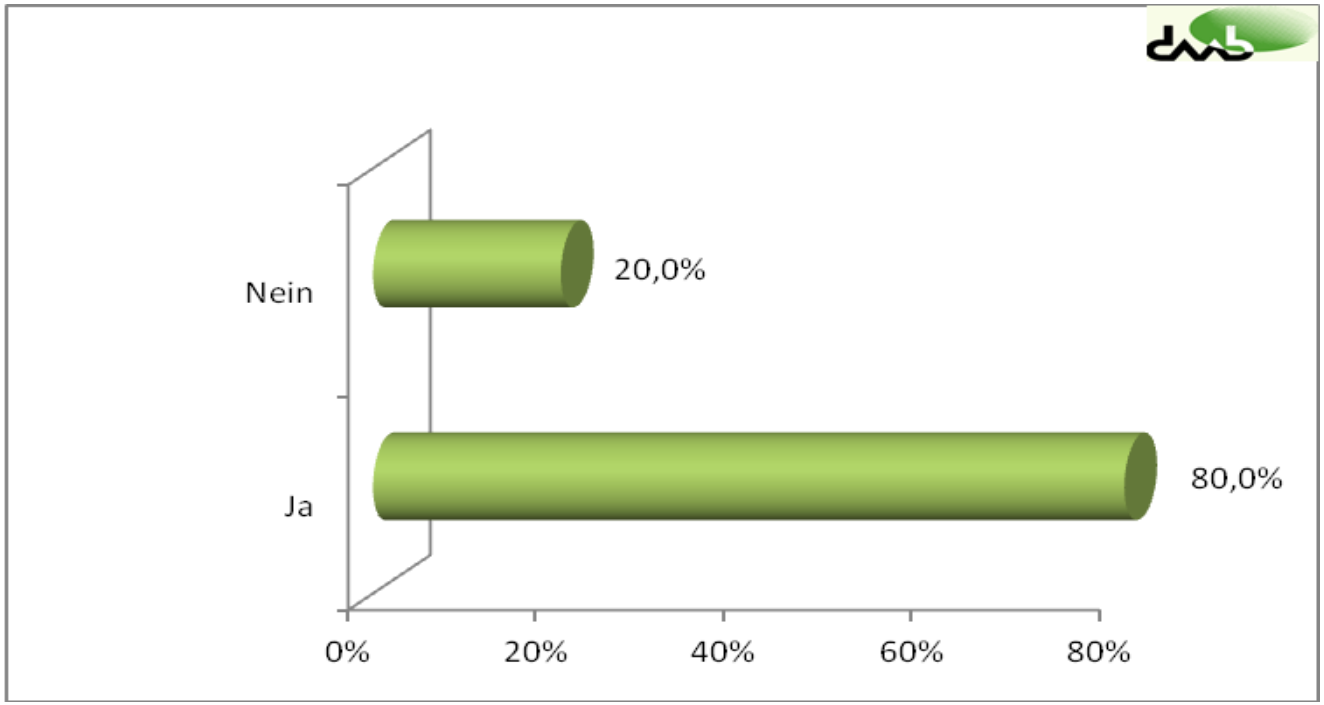
Wussten Sie, dass es die Möglichkeit einer stat. Reha gibt ? Wenn ja, wer hat Sie darüber informiert ?

85 % mit ja- 15 % mit nein geantwortet

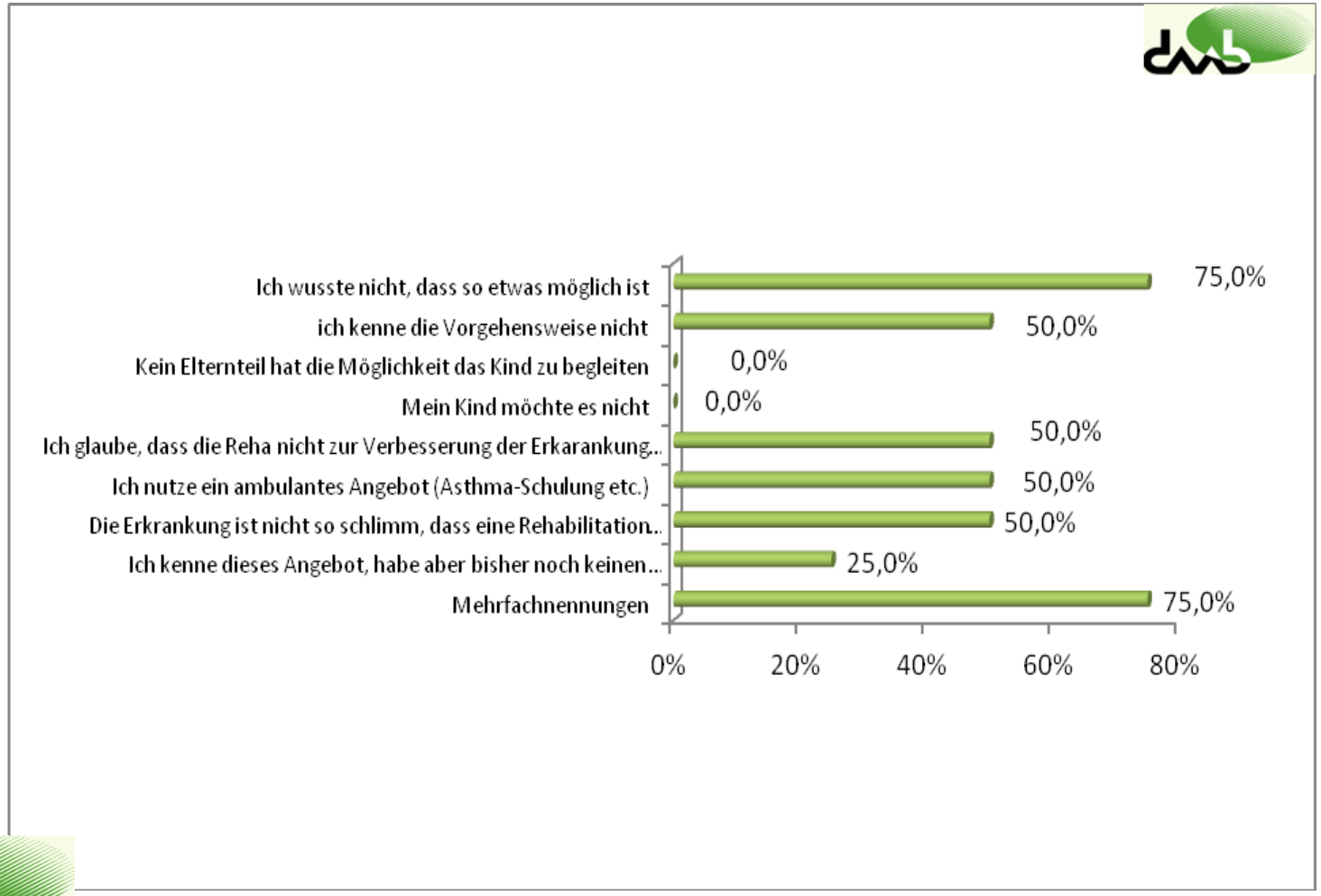
Der prozentuale Anteil wurde aus der Frage 1 ja ermittelt



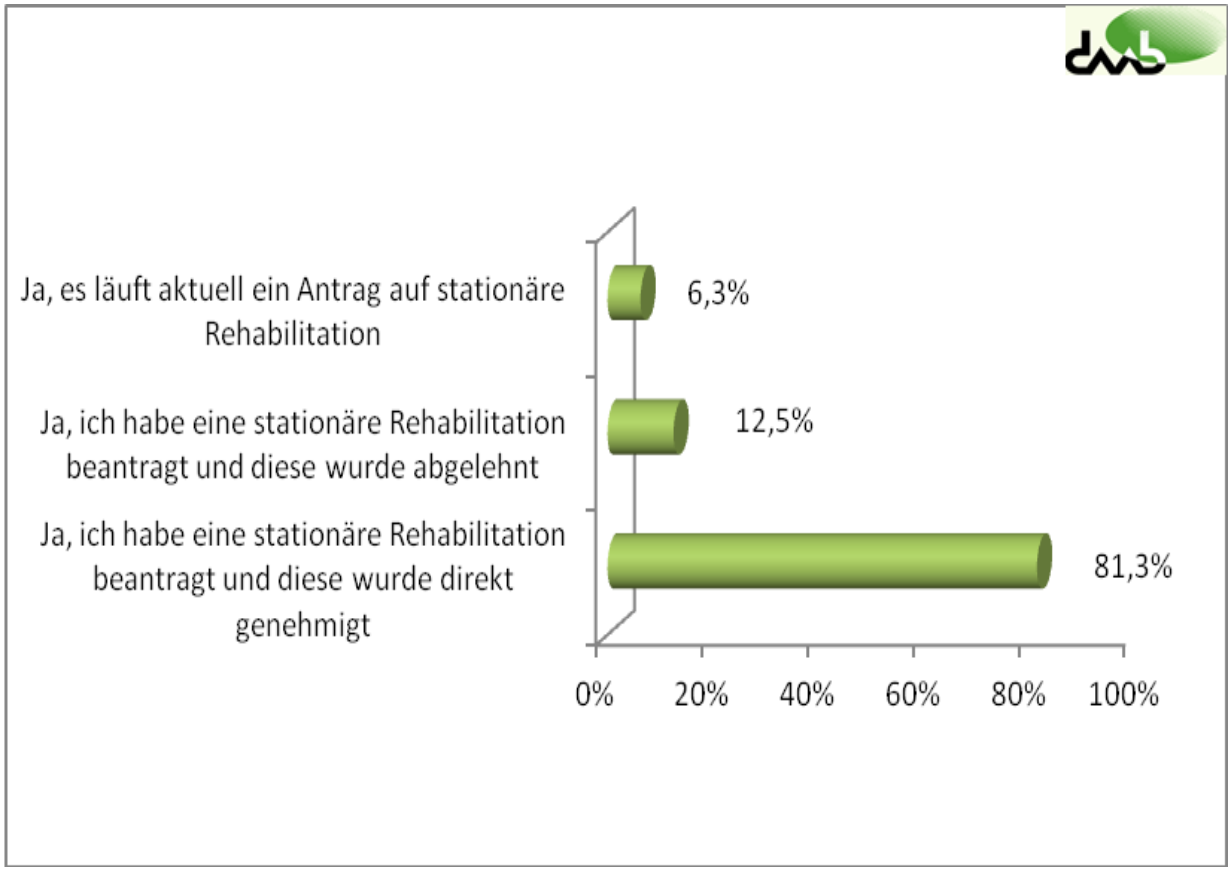
2.Haben Sie schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme für Ihr Kind beantragt?



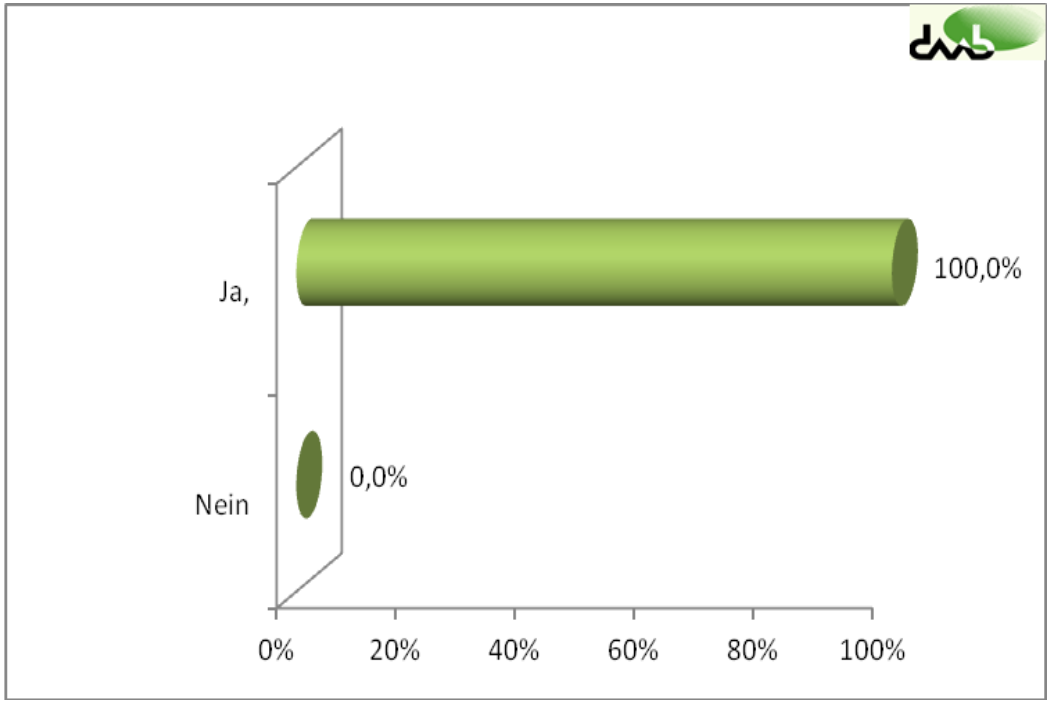
2 a. Warum haben Sie bisher noch keinen Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gestellt ?



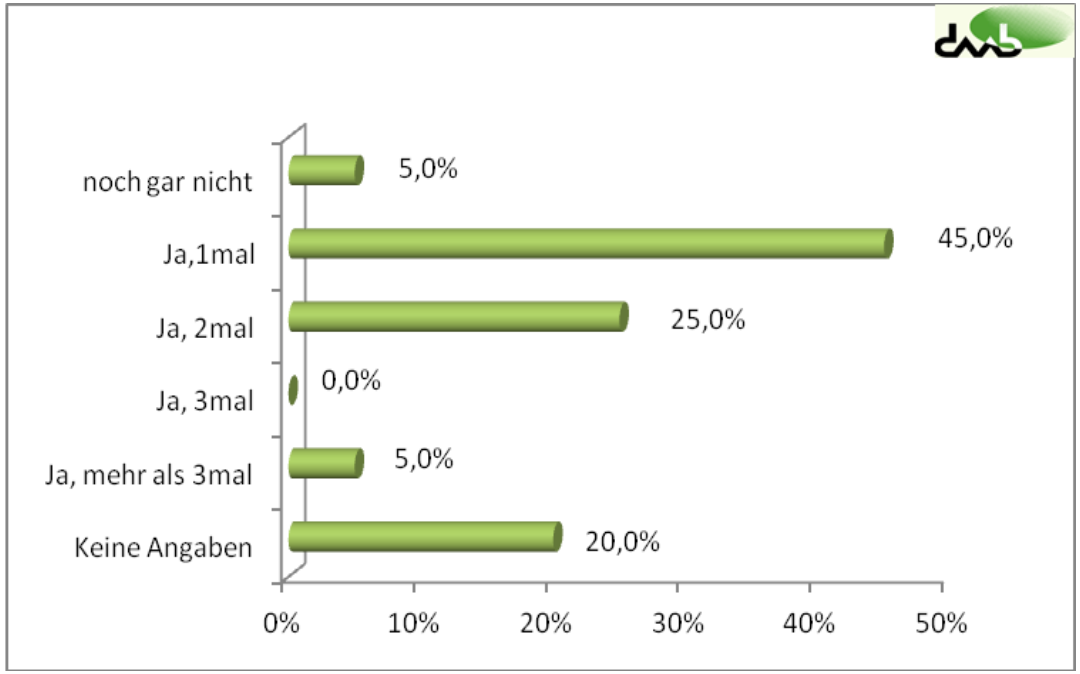
3 b. Wie ist der Stand der Beantragung



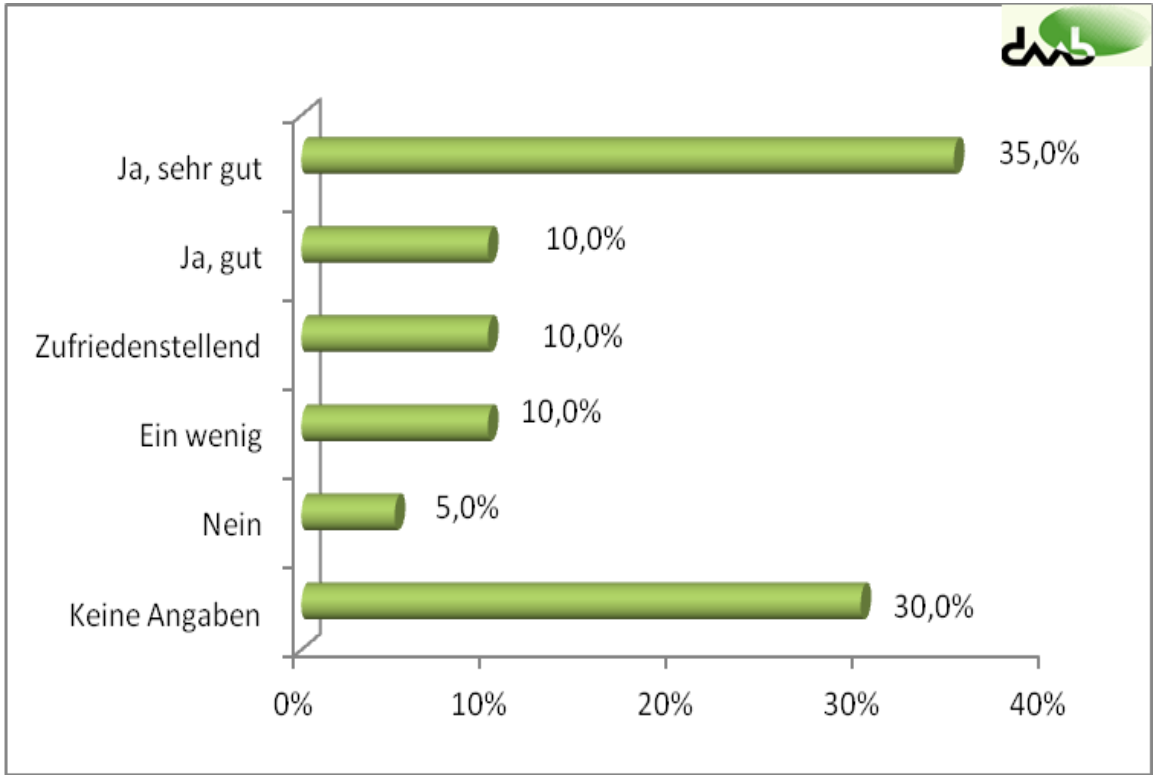
Haben Sie Einspruch eingelegt (Bezug auf Frage 2 „Ja ich habe eine stat. Reha beantragt und diese wurde abgelehnt“ Einspruch2 mal Anzahl 4



3 c wie oft war Ihr Kind schon in einer Rehabilitationsmassnahme?



3 e Hat Ihrem Kind die Rehabilitation im Umgang mit der Erkrankung im Alltag Geholfen ?



Was kann eine Selbsthilfeorganisation leisten ?

Wunschvorstellung :

Eltern – Kind – Selbsthilfegruppen

Vorstellungen von Reha Kliniken in der AllergieKonkret

Beratungsgespräche (Hotline)

Aktive Netzwerke

Informationen im Beratungsmobil (AllergieMobil)

Service für Ärzte

(kostenlose Zusendung von Informationsmaterial)

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 13.06.2013 in Berlin

Schlusswort

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK

Schlusswort/Zusammenfassung von Herrn Thomas Bublitz:

Herr Bublitz fokussierte in seiner Zusammenfassung auf die Diskussionspunkte, die sich aus den Vorträgen ergaben.

- ***Bedarfsgerechter Zugang***

  Im Zentrum steht der bedarfsgerechte Zugang: Der Antrag ist ein bürokratischer Prozess. Es gibt eine Diskrepanz zwischen Ärzten und Rehaträgern im Informationsfluss, eine sozialmedizinische Übersetzung ist notwendig. Informationen über Flyer und Internet sind nicht adressatengerecht, es muss vielmehr über neue Kommunikationswege nachgedacht werden.

- ***Angebotsstruktur***

  Auch die Angebotsstruktur muss verändert werden. Zukünftig sollten ambulante Strukturen geschaffen werden. Die Kinder können über Einrichtungen wie Schulen oder über Ärzte erreicht werden. Auch das Thema Begleitpersonen und Altersgrenze muss nochmals neu überdacht werden.

- ***Bekanntheitsgrad des schulischen Angebotes während der Reha***

  Die schulischen Angebote während der Reha müssen bekannt gemacht werden, damit Eltern wissen, dass Kinder nichts in der Schule versäumen. Die Eltern müssen besser einbezogen werden und die Kinder selbständig; auch auf unterschiedliche Charaktere der Kinder eingehen. Das widerspricht starren Konzepten, was wiederum seinen Preis hat. Auch bei der Nachsorge sind Angebote schwierig, da Strukturen nicht vorhanden sind.

- ***Wirtschaftliche Situation von Reha-Kliniken***

  Was die wirtschaftliche Situation in den Reha-Kliniken angeht: Das Hilfspaket für Krankenhäuser ist nicht für die Rehakliniken, obwohl sie die gleichen Kostenstrukturen haben. Vergütungssätze müssen angemessen und leistungsorientiert sein.
  Eine Frühzeitige Intervention ist sinnvoll.

- ***Öffentliche Wahrnehmung von Reha***

  Dass Reha wirkt und es ohne Reha nicht geht, muss besser in der Öffentlichkeit dargestellt werden.

Herausgeber:

Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e. V. (BVRKJ)
Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Telefon: 0761 / 200 352
Telefax: 0761 / 200 609
E-Mail: kinderreha@caritas.de
Internet: www.kinder-reha.de