

Was hilft chronisch kranken Kindern?

Dokumentation der Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 17.11.2011 in Berlin

Inhalt

Begrüßung und Einführung:

Dr. Monika Stolz, Vorsitzende des Bundesverbands Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche , Freiburg

Begrüßung und Einführung:

Maria Loheide, Sozialpolitischer Vorstand des Diakonischen Werks der EKD, Berlin

Grußwort:

Dr. Ralf Brauksiepe, Parlamentarischen Staatssekretär im BMAS, Berlin

Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation anhand der Diagnosestatistik der DRV:

Dr. Christiane Korsukéwitz, DRV Bund, Berlin

Aufgaben der Kinderrehabilitation in der Versorgungskette aus der Sicht der GKV:

Gerd Kukla, GKV-Spitzenverband, Berlin

Welche Kinder brauchen Rehabilitation ? Frühzeitige Bedarfserkennung und Unterversorgung:

Dr. Wolfram Hartmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin

Erwartungen an die stationäre Rehabilitation für chronisch kranke Kinder und Jugendliche:

Dr. Frank Friedrichs, Kinderarztpraxis Laurensberg, Aachen

Klassifizierung von reharelevanten Diagnosen und Beeinträchtigungen anhand des multiaxialen Schemas (MAS):

PD Dr. Michael, Kölch, Universität Ulm

Teilhabeeinschränkungen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher dargestellt mit der ICF:

Prof. Dr. Judith Hollenweger, Pädagogische Hochschule Zürich

Schlussworte:

Heidrun Koop, Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche , Freiburg

Tagungsbericht: Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD

„Was brauchen chronisch kranke Kinder“ – Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 17.11.2011 in Berlin

Begrüßung und Einführung durch Frau Dr. Monika Stolz, Bundesverband der katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendlichen

Als Vertreterin einer der beiden Hauptveranstalter begrüße ich Sie herzlich zur heutigen Fachveranstaltung. Es geht um Fragen zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Besonders willkommen heißen darf ich Staatssekretär Dr. Ralf Brauksiepe vom BMAS. Außerdem freuen wir uns, hochrangigen Experten aus Praxis, Wissenschaft, Politik und Kostenträgerseite gewonnen zu haben und ich begrüße herzlich:

Dr. Christiane Korsukéwitz, von DRV Bund, Berlin

Gerd Kukla, GKV Spitzenverband, Berlin

Dr. Wolfram Hartmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin

Dr. Frank Friedrichs, Kinderarzt aus Aachen

PD Dr. Michael Kölch von der Universität Ulm

Prof. Dr. Judith Hollenweger von der Päd. Hochschule Zürich

Frau Edeline Eusterholz vom vdek

Bettina Cleavenger vom BMAS

Seit gestern bin ich Vorsitzende des Bundesverbandes der katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendlichen. Als Ärztin und durch meine politische Arbeit, zuletzt als Sozialministerin in Baden-Württemberg, bin ich seit längeren beschäftigt mit dem Rehabilitationsbereich aber auch Kinder- und Jugendthemen. Ich komme aus einem Bundesland, in der es einige spezialisierte Reha-Kliniken für Kinder gibt, und dass auch schon neue eigenwillige Wege probiert hat, zum Beispiel in der Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei der Versorgung suchtkranker Kinder und Jugendlicher.

Die Hauptindikationen der Kinder- und Jugendrehabilitation (ca. 70% der Reha Maßnahmen) liegen in den drei Indikationen Atemwege, psychische Erkrankungen u.

Verhaltensauffälligkeiten sowie Adipositas und Stoffwechselerkrankungen. Sie alle wissen, 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.

Die (erwarteten) Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung laufen darauf hinaus, dass die unter 21 -Jährigen immer mehr zu einem sehr „knappen Gut“ für die Gesellschaft und ihre Gemeinwesen werden. Die volkswirtschaftlichen Problemstellungen erwachsen daraus, dass der Anteil des Bevölkerungssegments der 21- bis unter 65-Jährigen – also jener Altersgruppe, die in dieser Lebensphase überwiegend berufstätig ist, darüber auch Steuern und Sozialabgaben zahlt und damit das gesellschaftliche Ganze „am Laufen“ hält – im Zuge des demografischen Wandels kontinuierlich rückläufig sind.

Tatsache ist aber auch, dass bislang ein durchaus erheblicher Teil der Menschen in dieser Altersgruppe aus verschiedenen Gründen gar nicht berufstätig ist. Insofern liegt ein bedeutsamer Ansatzpunkt zur Bewältigung dieser Herausforderungen in einer Erhöhung der Erwerbsbeteiligung. Konsequenz daraus wäre, die Unterstützung und Förderung dieser jungen Menschen zu intensivieren. Neben dem Rechts der jungen Menschen auf die Förderung ihrer Entwicklung und gerechte Chancen auf soziale Teilhabe ist sie auch aus volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Handlungserfordernissen notwendig.

Spezifische Rehabilitationsangebote sind in diesen Fällen wichtige Bausteine in der Versorgung. Diese Maßnahmen sind in mehrerer Hinsicht volkswirtschaftlich sinnvoll, denn die Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sichern nicht nur ihre Lebenschancen, sondern können auch den (vorzeitigen) Bezug von Sozialleistungen (vgl. § 4 SGB IX) vermeiden und zur Teilhabe am Erwerbsleben befähigen. Versäumnisse in frühen Jahren, in den der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt wird, erhöhen Krankheitsrisiken, das Risiko sozialen Ausschlusses (auch aus dem Erwerbsleben) und erzeugen erhebliche Kosten im Erwachsenenalter.

Die maßgeblichen Reha-Träger für junge Menschen sind die Rentenversicherungen (nach § 31 SGB VI) mit einem Großteil der Maßnahmen und die Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach (§ 40 SGB V).

Der Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht seit einigen Jahren einem harten Wettbewerb, der sich stark auf Einsparungen bei der Reha von Kindern und Jugendlichen auswirkt.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat seit über 100 Jahren Erfahrung in der und unternahm enorme Anstrengungen zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendrehabilitation. Ihr Rehabilitationsbegriff ist durch den Verweis auf die spätere Erwerbsfähigkeit weit gefasst. Hier gibt es seit Mitte 2010 massive Antrags- und

Zuweisungseinbrüche bei der Trägerschaft der Rentenversicherung; die Quote der genehmigten Anträge ist so gering wie noch nie ist, nämlich für 2010 unter 50%. Über die Ursachen besteht kein Konsens, es wird darauf verwiesen, dass auch die Zahl der Anträge zurückgeht. Vieles spricht jedoch dafür, dass sich Leistungsausweitungen und die bisher fehlende Anpassung des Reha-Budgets (die Mittel für die Leistungen zur Teilhabe nach § 220 SGB VI) an den Bedarf auf Kosten der Kinderrehabilitation auswirken. Die mit dem Wachstums- und Beschäftigungsfördergesetz 1997 eingeführten Regelungen führten zu der Begrenzung der Mittel. Obwohl durch die sich verändernde demographische Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung eine Veränderung des Berechnungsmodus des Reha-Budgets nötig wäre.

Es besteht die Gefahr, dass das System der Kinderrehabilitation irreparabel Schaden nimmt, da der Bewilligungsrückgang die Existenz der ca. 70 Fachkliniken-Kliniken reduziert! In gewissem Sinn handelt es sich um eine „wilde“ Marktbereinigung, denn es gibt keine gesundheitspolitische Verständigung darüber, wie viel Kinderrehabilitation nötig und die Gesellschaft bereit zu finanzieren ist.

Die schwierige aktuelle Lage gibt Anlass zu fragen, welche Bedeutung der Rehabilitation für Kinder und Jugendlichen in Zukunft zukommen soll. Fachverbände und -gesellschaften, Einrichtungsträger und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege befürchten, dass medizinische Kompetenzzentren zerstört werden.

Auch dass Sie in so großer Zahl erschienen sind (und wir an einen größeren Tagungsort umziehen mussten) zeigt die Dringlichkeit des Themas.

„Was brauchen chronisch kranke Kinder“ – Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 17.11.2011 in Berlin

Begrüßung und Einführung durch Frau Maria Loheide, Diakonisches Werk der EKD

Sehr geehrter Herr Staatssekretär, sehr geehrte Frau Dr. Stolz, sehr geehrte Damen und Herren,

als neues Vorstandsmitglied für den Bereich Sozialpolitik beim Diakonischen Werk der EKD darf ich Sie ebenfalls ganz herzlich zu diesem Fachtag begrüßen.

Es ist ein gutes Zeichen, dass auch die diesjährige Tagung zur Kinder- und Jugendrehabilitation von den beiden **konfessionellen Bundesverbänden** gemeinsam und in enger Zusammenarbeit mit der **Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention** sowie der **Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen** auf die Beine gestellt werden konnte.

Frau Dr. Stolz hat bereits die aktuelle Problemlage in der Kinder- und Jugendrehabilitation skizziert und auf deren Bedeutung hingewiesen. Daran lässt sich gut erkennen, in welchem Spannungsfeld die heutige Fachtagung steht: im Spannungsfeld von einerseits kurzfristigen, andererseits jedoch mittel- und langfristigen Überlegungen, die wir gemeinsam zur Kinder- und Jugendrehabilitation anstellen sollten.

Kurzfristig steht die kritische Belegungssituation im Vordergrund. In diesem Zusammenhang möchte ich uns auch noch einmal die Vorgeschichte der heutigen Veranstaltung in Erinnerung rufen. Dazu gehören

- die gemeinsam formulierten Problemanzeigen mehrerer Verbände beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Lage der Kinder- und Jugendreha,
- das vom BMAS im März veranstaltete Fachgespräch,
- die Erörterung der Kinder- und Jugendrehabilitation im Rahmen des Parlamentarischen Frühstücks, zu dem der Trägerkreis des Deutschen Rehatags im Oktober eingeladen hatte,
- die Beratungen, die auf Wunsch der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege im Arbeitskreis Rehabilitation und Teilhabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Frankfurt im Oktober stattgefunden haben.

Die Kooperation der Verbände hat sich sehr bewährt. Aus meiner Sicht sollten wir diese Zusammenarbeit in Form eines gemeinsamen Arbeitskreises verstetigen und damit auch nach außen hin deutlich machen, dass wir an den Fragen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gemeinsam arbeiten.

Über die aktuellen Problembeschreibungen hinaus ist es meines Erachtens notwendig, dass wir noch einmal neu und gemeinsam überlegen, wie sich die Kinderrehabilitation weiterentwickeln soll. Die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und das Diakonische Werk der EKD haben hierzu, wie Sie wissen, erste Überlegungen zur

Diskussion gestellt. Einige der Fragen betreffen speziell die Kinder- und Jugendreha, andere berühren das gesamte System der medizinischen Rehabilitation, auch ihre sozialrechtlichen Grundlagen, wie sie im SGB IX und den anderen Sozialgesetzbüchern formuliert sind. Ich möchte nur vier eng miteinander verbundene Aspekte herausgreifen, an denen die Verbände, die Leistungserbringer, die Rehabilitationsträger und die Politik weiterarbeiten sollten:

1. Wir sollten genau beschreiben, welche Aufgabe die stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – auch im Unterschied zu den anderen kurativen, präventiven und ambulanten Angeboten im Gesundheitssystem - hat. Damit ist auch die Frage verbunden, für welche Indikationen und Teilhabeeinschränkungen und für welche Patientengruppen die Kinderreha die geeignete Versorgungsform ist.
2. Wir sollten genauer darauf schauen, welche Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen bestehen. Hier geht es insbesondere um die frühzeitige Bedarfserkennung und das Antragsverfahren – und damit u. a. um den Kenntnis- und Informationsstand derjenigen, die Rehabilitationsmaßnahmen einleiten können.
3. Drittens sollten wir überlegen, wie die Kinderrehabilitation besser in Versorgungsketten, wie bspw. in die Netzwerke für Kindergesundheit, eingebettet werden kann.
4. Viertens sollten wir einen Blick auf die sozialrechtlichen Grundlagen werfen. Zehn Jahre nach Verabschiedung des SGB IX ist es an der Zeit, systematisch Bilanz zu ziehen. Wir müssen u. a. fragen, ob es gelungen ist, durch Kooperation, Koordination und Konvergenz, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, nicht nur ein gemeinsames Recht, sondern auch eine einheitliche trägerübergreifende Praxis der Rehabilitation zu verwirklichen. Diese Überprüfung muss gerade auch im Hinblick auf die Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention in Deutschland geschehen.
- 5.

Auf der heutigen Veranstaltung soll nun für beides, für die aktuellen, aber auch für die über den Tag hinaus weisenden Themen, Raum sein.

Diese Fachtagung bietet eine gute Gelegenheit dafür,

- dass die Rehabilitationsträger aus ihrer Verantwortung heraus skizzieren können, welchen Stellenwert Kinderrehabilitation einnimmt und wie sie sich deren Weiterentwicklung vorstellen,
- dass Erwartungen und Erfahrungen mit der Kinderrehabilitation aus der klinischen Praxis heraus betrachtet werden können, und
- dass auch die Wissenschaft darstellen und Wege aufzeigen kann, wie Indikationen und Teilhabeeinschränkungen in der Kinderrehabilitation aufgegriffen werden können.

Darüber hinaus werden wir im Laufe des Tages die Möglichkeit haben, gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Reha-Träger und des BMAS aktuelle Fragen näher zu beleuchten und zu diskutieren. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und uns ein gutes Gelingen!

(Gesperrt bis zum Beginn - Es gilt das gesprochene Wort!)

Grußwort von Dr. Ralf Brauksiepe
Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin
für Arbeit und Soziales

**Perspektiven der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen aus der Sicht des
BMAS**

Anlässlich der Fachtagung „Kinder-Rehabilitation“ des Bundesverbandes Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e. V. (BVRKJ) der Caritas am 17. November 2011 in Berlin

(Redezeit: 15 Minuten)

Sehr geehrte Frau Dr. Stolz,
sehr geehrte Frau Loheide,
sehr geehrter Herr Scherer,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

gern bin ich heute zu Ihrer Fachtagung zur Kinder-Rehabilitation gekommen. Denn das Wohlergehen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein wichtiges Anliegen. Deshalb hat mich Frau Bundesministerin Dr. Ursula von der Leyen auch gebeten, an ihrer Stelle dieses Grußwort zu halten, da sie selbst verhindert ist. Ich darf Ihnen die herzlichen Grüße der Ministerin übermitteln. Sie wünscht der Tagung einen guten Verlauf.

Eine stabile Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eine gute und wesentliche Basis, damit diese später einen Beruf ausüben und damit ein selbstständiges Leben führen können. Krankheiten, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, können die Entwicklung eines Kindes erheblich negativ beeinflussen. Eine frühzeitige Rehabilitationsleistung kann in diesen Fällen nicht nur die aktuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen, sondern auch helfen, die spätere berufliche Erwerbstätigkeit zu sichern. Erforderliche Rehabilitationsleistungen bei Kindern und auch Jugendlichen sind also eine Investition in die Zukunft dieser Menschen, aber auch der Gesellschaft insgesamt. Diese Investitionen sichern den Kindern und Jugendlichen Lebenschancen, können den (vorzeitigen) Bezug von Sozialleistungen vermeiden und zu qualifizierter Teilhabe am Arbeitsleben führen. Dadurch werden auch Krankheitsrisiken und -kosten im Erwachsenenalter vermieden.

Caritas und Diakonie

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich freue mich, dass mit dem Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche als Fachverband des Deutschen Caritasverbandes und dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche die Wohlfahrtsverbände beider großen christlichen Kirchen gemeinsam eine Fachtagung zur Kinder-Rehabilitation veranstalten. Das zeigt, dass beiden Verbänden die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ein wichtiges Anliegen ist. Für dieses Engagement möchte ich Ihnen an dieser Stelle ganz herzlich danken. Danken möchte ich ebenso allen anderen Fachverbänden und Kinderreha-Einrichtungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen und Rentenversicherung, die den betroffenen Kindern und Ju-

gendlichen die erforderliche Rehabilitation ermöglichen. Ihre Arbeit wird auch in Zukunft erforderlich sein.

Demografie

Meine sehr geehrten Damen und Herren, der internationale Wettbewerb, ein immer rasanter fortschreitender technologischer Wandel in einer wissens- und informationsbasierten Ökonomie sowie der demografische Wandel führen zu einem steigenden Bedarf an Fachkräften. Dem wird zukünftig ein kleineres Angebot gegenüber stehen. Daher reicht es nach meiner festen Überzeugung allein nicht aus, die Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben für besonders Betroffene wie Frauen, Alleinerziehende und Ältere, genauso wie Menschen mit Migrationshintergrund und Geringqualifizierte zu verbessern. Wir müssen daneben alle Möglichkeiten nutzen, damit unsere Kinder und Jugendlichen in die Lage versetzt werden, zukünftig - möglichst ohne Einschränkungen - am Erwerbsleben teilzunehmen. Nur so können wir den mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen begegnen. Hierzu ist nicht nur eine gute Schul- und Berufsbildung für alle Kinder und Jugendlichen erforderlich. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass sie physisch und psychisch gesund sind, wenn sie in das Berufsleben eintreten.

Gesundheit von Kindern

Meine sehr geehrten Damen und Herren, das ist leider nicht bei allen Kindern und Jugendlichen der Fall. Es ist zu beobachten, dass die chronischen Erkrankungen wie Adipositas und insbesondere psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen an Häufigkeit und Schwere zu nehmen. Gleichzeitig sind immer häufiger Kinder und Jugendliche mit Mehrfacherkrankungen zu beobachten. Kinder aus sozial belasteten Familien oder mit Migrationshintergrund sind deutlicher gefährdet und betroffen als andere. Die hier aufgezeigte Veränderung des Krankheitsspektrums erfordert einen Behandlungsansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die krankheitsbezogenen physischen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren berücksichtigt. Das ist eine umfassende Aufgabe, an der viele Akteure beteiligt sind. Und deshalb ist sie auch schwer zu lösen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat sich zum Ziel gesetzt, die Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation zu verbessern, wo es erforderlich und möglich ist.

Leistungen zur Teilhabe

In den Rehabilitationseinrichtungen werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt, deren persönliche Entwicklung und berufliche und soziale Teilhabe aktuell und in der Perspektive ihres weiteren Lebens erheblich gefährdet ist. Zuständiger Reha-Träger für die stationäre Kinderrehabilitation sind sowohl die Kranken- als auch die Rentenversicherung. Die stationären medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bieten in Ergänzung zu medizinischen Leistungen ein therapeutisches, persönlichkeitsstützendes Milieu und schließen gesundheitsfördernde Leistungen mit ein. Sie sollen helfen, soziale Fähigkeiten und ein gestärktes Selbstwertgefühl zu erwerben sowie Konfliktlösungsmuster einzuüben.

Netzwerke

Damit der erzielte Erfolg auch langfristig bestehen bleibt, muss die stationäre Kinderrehabilitation in Netzwerke der Kindergesundheit eingebettet werden. Wie sinnvoll solche Netzwerke sind, zeigt der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2009 auf. Es handelt sich um eine Aufgabe der Praxis, die entsprechenden Netzwerke herzustellen. Für den Bereich der stationären Kinderrehabilitation wäre es ein Erfolg, wenn diese nahtlos mit einer eventuell erforderlichen ambulanten Weiterbehandlung der Kinder verzahnt wäre. Das setzt eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten voraus, z. B. den Ärzten der Reha-Einrichtung, den niedergelassenen Ärzten, den Trägern der Rentenversicherung und den Krankenkassen.

Belegungsrückgang Fachtagung im BMAS

Sehr geehrte Damen und Herren, eben habe ich ausgeführt, dass trotz des Rückgangs der Kinderanzahl der Bedarf an Kinderrehabilitation unverändert hoch gebliebenen ist. Trotzdem ist im Jahr 2010 ein starker Rückgang bei der Belegung der Kinderkliniken erfolgt.

Um die Ursachen zu erforschen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im März 2011 alle an der Kinder- und Jugendrehabilitation Beteiligten - also die Deutsche Rentenversicherung Bund, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesministerium für Gesundheit sowie Leistungserbringer und Fachverbände - zu einer Fachtagung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen eingeladen. Die Beteiligten hatten die Gelegenheit, von ihnen wahrgenommene Probleme darzustellen. Die Inhalte der Fachtagung wurden in einem umfangreichen Dossier festgehalten. Dieses ist ein guter Wegweiser für das weitere Vorgehen.

Verbesserung der Informationen

Sehr geehrte Damen und Herren, die Ergebnisse der Fachtagung hat das Bundesarbeitsministerium zum Anlass genommen, diese in einem kleinen Kreis mit den beteiligten Reha-Trägern – nämlich der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen - sowie dem Bundesgesundheitsministerium am 5. Mai 2011 zu erörtern. Dabei haben sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund verständigt, gemeinsam die Informationen für Betroffene und Leistungserbringer im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation verständlicher zu gestalten. Es soll zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung abgestimmte Informationen über die Abläufe im Rahmen der Einleitung / Beantragung einer Kinder- und Jugendrehabilitation sowie über die damit im Zusammenhang stehenden grundlegenden Fragestellungen geben. Das sind nach Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund folgende Themen:

1. Was ist Kinderreha?
2. Wer braucht Kinderreha?
3. Wie erfolgt der Zugang zur Kinderreha?

4. Wo wird Kinderreha erbracht?
5. Wie geht es weiter nach der Bewilligung?
6. Welchen Inhalt und Umfang hat Kinderreha?
7. Welche Kosten werden übernommen?
8. Was kommt nach der Kinderreha?

Die dazu erstellten Informationen sollen sich nicht nur an die Betroffenen und ihre Eltern, sondern auch an die behandelnden Ärzte richten. Wir wissen, dass bei Vereinbarungen zwischen großen Trägern wie der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung jeweils verschiedene Gremien zu beteiligen sind und deshalb der Abschluss einer Vereinbarung eine gewisse Zeit dauert. Ich möchte aber die Gelegenheit nutzen, alle Beteiligten im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern zu bitten, die geplanten Informationen baldmöglichst zu erarbeiten.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat mitgeteilt, dass sie, wie angekündigt, bestehende Hemmnisse im Zugang zur Kinderreha durch eine Überarbeitung des Antrags auf Kinderreha beseitigt. Zusätzlich werden auch Bescheidtexte im Zusammenhang mit der Kinderreha im Hinblick auf ihren Informationsgehalt überprüft.

Arbeitslosengeld II

Sehr geehrte Damen und Herren, ein weiteres Problem, von dem auf der Fachtagung im Bundesministerium für Arbeit und Soziales berichtet wurde, ist folgendes:

Eltern, die Arbeitslosengeld II beziehen, stellen für ihre rehabilitationsbedürftigen Kinder oder Jugendlichen oftmals keinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, da sie befürchten, dass die Leistungen, die sie im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende für ihre nichterwerbsfähigen Kinder beziehen, dann gekürzt würden. Diese Befürchtung ist unbegründet. Eltern, die mit ihren Kindern in einer sog. Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten für diese auch dann die Leistungen aus der Grundsicherung, wenn die Kinder in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für voraussichtlich weniger als sechs Monate untergebracht sind. Sowohl die Träger der Rentenversicherung als auch die gesetzlichen Krankenkassen bewilligen stationäre Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche regelmäßig für einen Zeitraum von weniger als sechs Monaten. Die Leistungen für Kinder aus dem Arbeitslosengeld II werden dann während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter gezahlt.

Den Teilnehmern der Fachtagung haben wir diese Information bereits übersandt mit weiteren ausführlichen Informationen. Diese Informationen finden Sie auch mit ergänzenden Hinweisen sowohl auf der Internetseite des Bundesarbeitsministeriums als auch auf dem Internetportal „einfach-teilhabe“, das sich insbesondere an Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen wendet.

Reha-Deckel

Meine sehr geehrten Damen und Herren, das Bundesarbeitsministerium hatte angekündigt, im Herbst diesen Jahres eine Folgeveranstaltung zur Kinder- und Jugendrehabilitation durchzuführen. Dazu ist es aus folgendem Grund noch nicht gekommen:

Wie Ihnen sicherlich bekannt ist, steht den Trägern der Deutschen Rentenversicherung für die Leistungen zur Teilhabe ein begrenztes Budget - das sog. Reha- Budget - zur Verfügung. Das Reha-Budget wird entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und

-gehälter je Arbeitnehmer jährlich festgesetzt. In den zurückliegenden Jahren hat die Rentenversicherung große Anstrengungen unternommen, um - trotz des Anstiegs der Antragszahlen - mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die erforderlichen Teilhabeleistungen für ihre Versicherten zu erbringen. Dieses Budget wurde nun im Jahr 2010 voll ausgeschöpft. Für das Jahr 2011 ist die Lage ebenfalls sehr angespannt.

Vorschlag DRV Bund

Vor diesem Hintergrund hat der Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund Dr. Herbert Rische der Bundesministerin Dr. Ursula von der Leyen einen Vorschlag zur Anpassung des Reha- Budgets übermittelt. Dieser Vorschlag ist zwischen den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern der Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung abgestimmt. Er berücksichtigt den zu erwartenden steigenden Mehrbedarf an Rehabilitationsleistungen aufgrund der Demografie und der Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre. Der Vorschlag der Rentenversicherung stellt einen möglichen temporären Mehrbedarf an Rehabilitationsleistungen für die kommenden Jahre, in denen die sog. Baby-Boomer in das reha-intensive Alter (45 - 65/7 Jahre) kommen, in nachvollziehbarer Weise dar. Dieser Vorschlag wird daher in die Überlegungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales einbezogen und gemeinsam im Regierungsdialog Rente erörtert. Sollte es zu einer Erhöhung des Reha-Budgets kommen, käme dies mittelbar auch der Kinder- und Jugendrehabilitation zugute. Da die Bundesregierung aus Gründen der Generationengerechtigkeit die gesetzlich fixierten Beitragssatzobergrenzen für den Rentenversicherungsbeitrag durch eine Erhöhung des Reha-Budgets nicht gefährden darf, müssen die Gespräche im Rahmen des Regierungsdialogs Rente abgewartet werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, erst wenn die Budgetfrage entschieden ist, können wir im Ministerium entscheiden, wie wir bei der Kinder- und Jugendrehabilitation weiter vorgehen und wie die in der Fachtagung im März 2011 aufgezeigten Probleme weiter angegangen werden können. Wir werden dann zu der angekündigten Folgetagung einladen und die bis dahin erzielten Ergebnisse vorstellen.

Zugleich werden wir wieder die Fragen der Praxis erörtern und nach Lösungen suchen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, damit bin ich zum Ende meines Grußwortes gekommen. Ich wünsche Ihrer Tagung einen guten Verlauf und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation – ein Blick auf die Daten der Deutschen Rentenversicherung

- Dr. Christiane Korsukéwitz
Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
- Was hilft chronisch kranken Kindern?
Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 17. November 2011 in Berlin

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung



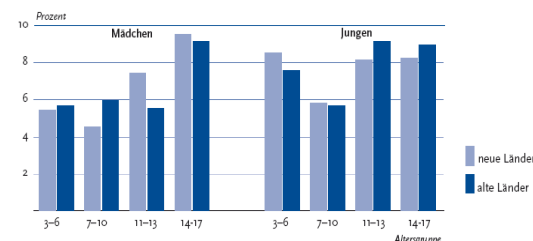
- ist ein kleiner integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
- 3,4 % aller medizinischen Rehabilitationen der RV entfielen auf Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (2010)
- hierfür wurden rund 177,3 Mio. Euro ausgegeben (2010)

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

→ ist keine Leistung für gesunde Kinder

- Die meisten Kinder sind gesund!
- Die meisten Kinder fühlen sich gesund!
- Ca. 15 Mio. Menschen unter 20 Jahren leben in Deutschland (18,8 % der Gesamtbevölkerung, 2009)

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



Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

→ ist keine Vorsorgeleistung z.B. bei

- Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen
- Häufung gesundheitlicher Risikofaktoren ohne Folgekrankheiten
- psychosozialen Problemen



Bildquelle: www.elternwissen.com/fileadmin/content/impfen-bei-Kindern.jpg

→ ist keine Mutter-/Vater-Kind Leistung

- Indikation für Vater oder Mutter
- Berücksichtigung psychosozialer Problemsituationen von Familien (z.B. Erziehungsprobleme)



Bildquelle: www.mz-web.de/ks/images/mdsBild/12373702379701.jpg

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- ist ausgerichtet auf das chronisch kranke Kind / den Jugendlichen
- geht von den persönlichen Voraussetzungen und dem individuellen Gesundheitsproblem aus
- zielt auf Teilhabesicherung: Eingliederung in das Erwerbsleben
- ist kein punktuellere Ereignis, sondern auf langfristigen Erfolg ausgerichtet
- bezieht wichtige Kontextfaktoren ein



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

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- ist erfolgreich
- erfolgt in qualifizierten, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen
- auf Grundlage komplexer, indikationsbezogener Rehabilitationskonzepte
- unterliegt der Reha-Qualitätssicherung
- hat frühzeitig auf Evidenzbasierung gesetzt

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

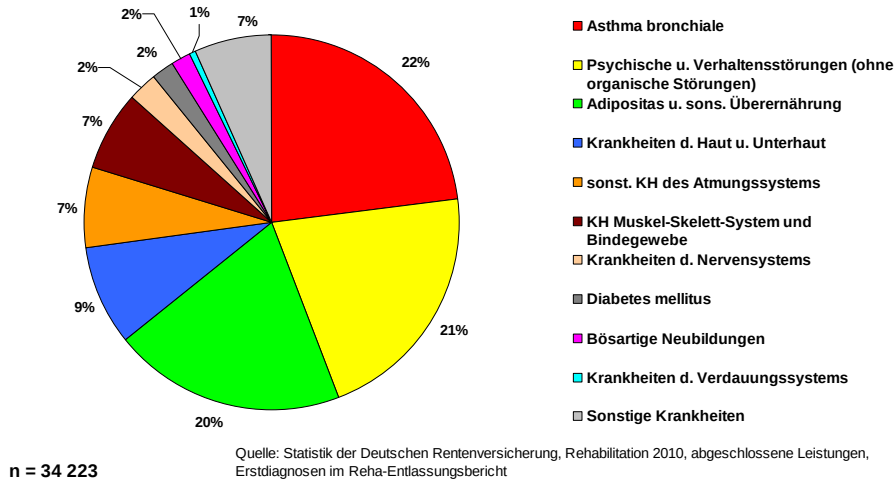
- **- und nur diese -
wird gleichrangig mit der GKV erbracht**
- gleichrangige Zuständigkeit seit 1989 mit In-Kraft-Treten des SGB V
- gemeinsame Projekte
 - Strukturqualität
 - Ergebnisqualität
- Es besteht noch Entwicklungsbedarf bei der Nachsorge

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst



Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Krankheitsspektrum 2010



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

9

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst

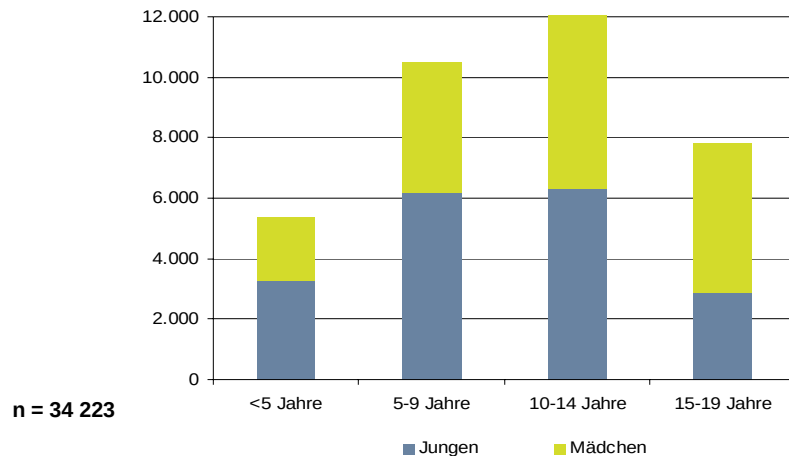


Bildquelle: s.ndimg.de/image_gallery/new_netdoktor/78/id_73548_110678.png

Deutsche
Rentenversicherung
Bund

10

Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV 2010



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

11

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst

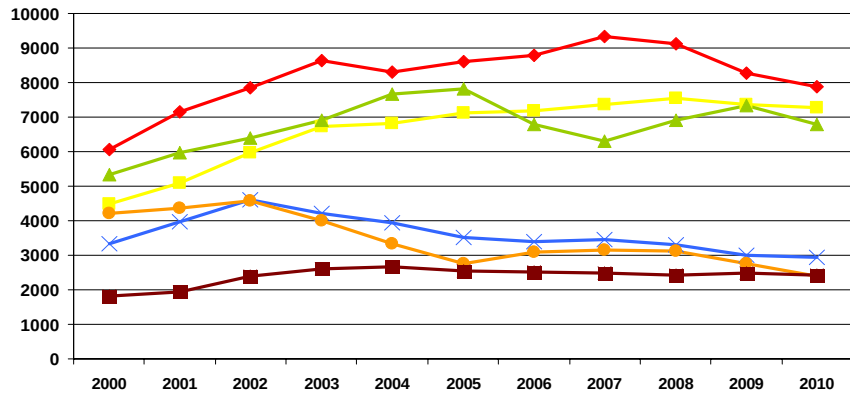


Bildquelle: bilder.augsburger-allgemeine.de/img/7637381-1295076510000/themenTopTeaser_crop_Psychisch-krankte-Eltern-Kinder-berfordert.jpg

Deutsche
Rentenversicherung
Bund

12

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Hauptindikationen von 2000 - 2010



—●— Asthma bronchiale
 —■— Psychische u. Verhaltensstörungen (ohne organische Störungen)
 —▲— Adipositas u. sons. Überernährung
 —×— Krankheiten d. Haut u. Unterhaut
 —○— sonst. KH des Atmungssystems
 —■— KH Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

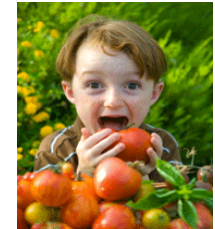
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation, abgeschlossene Leistungen

Deutsche Rentenversicherung
Bund

13

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst

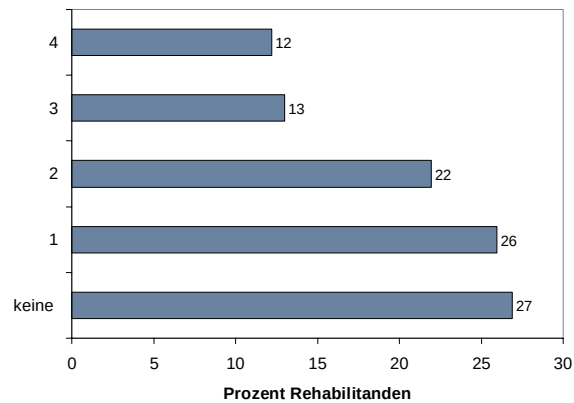


Bildquelle: blog.adipositas-stiftung.com/2009/05/26/adipositaspraevention-bei-grundschulkindern-erfolgreich/

Deutsche Rentenversicherung
Bund

14

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Anzahl der Begleitdiagnosen 2010



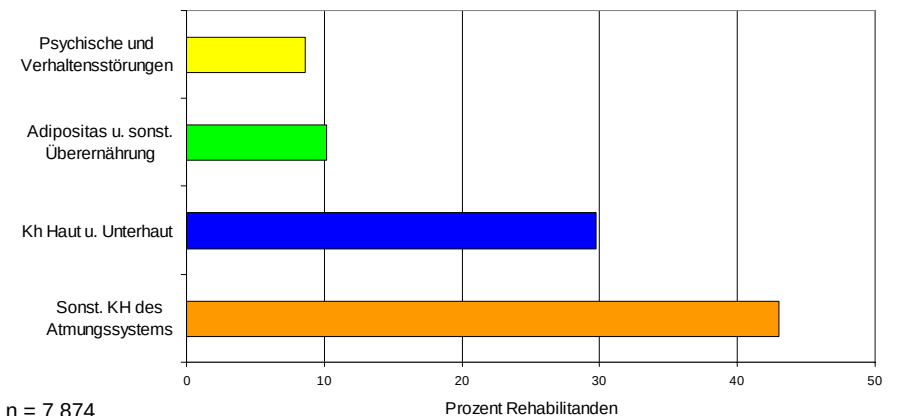
n = 34 223

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung

15

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV häufigste dokumentierte Begleitdiagnosen 2010 bei Asthma bronchiale



n = 7 874

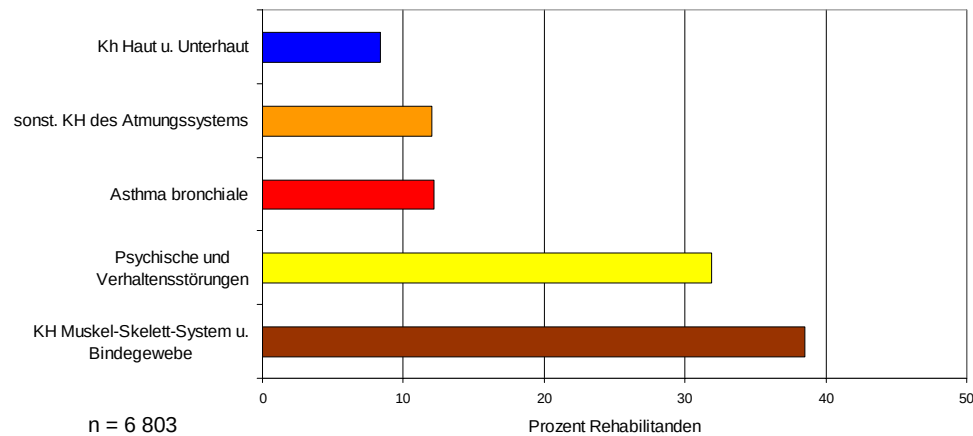
Deutsche Rentenversicherung
Bund

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

16

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

häufigste dokumentierte Begleitdiagnosen 2010 bei Adipositas und sonst. Überernährung

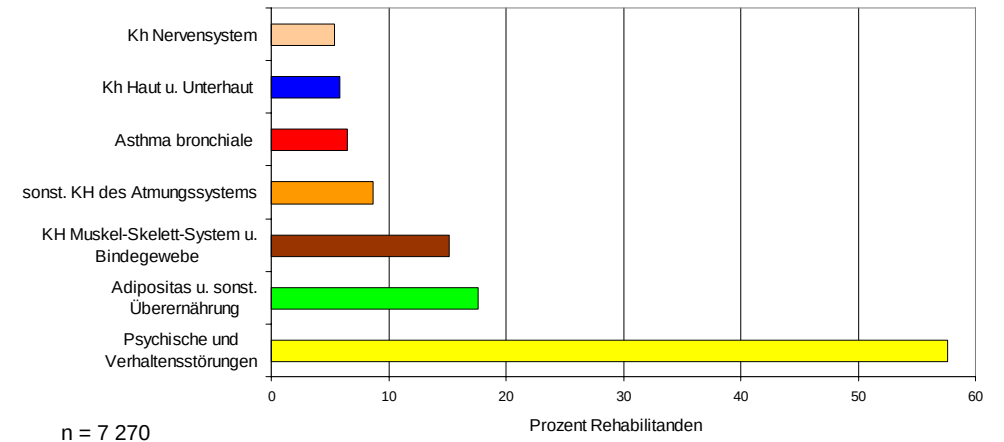


Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

17

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

häufigste dokumentierte Begleitdiagnosen 2010 bei psychischen und Verhaltensstörungen

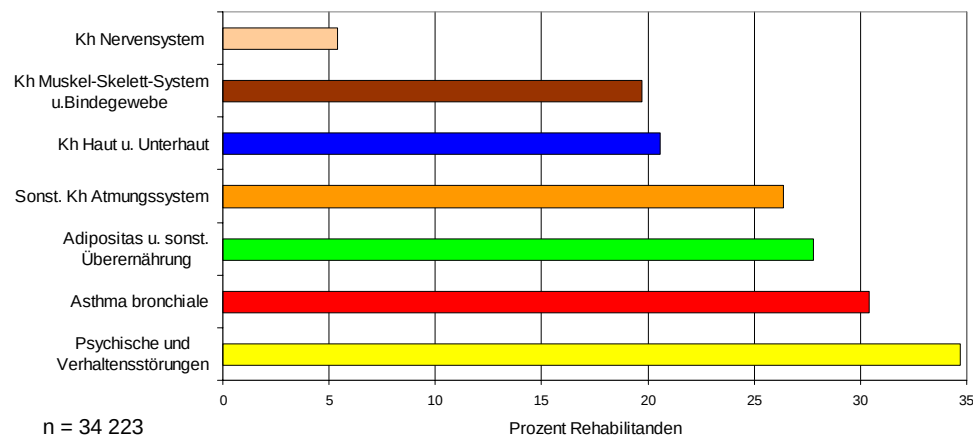


Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

18

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

häufigste dokumentierte Diagnosen (Erst- und Begleitdiagnosen) 2010



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

19

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

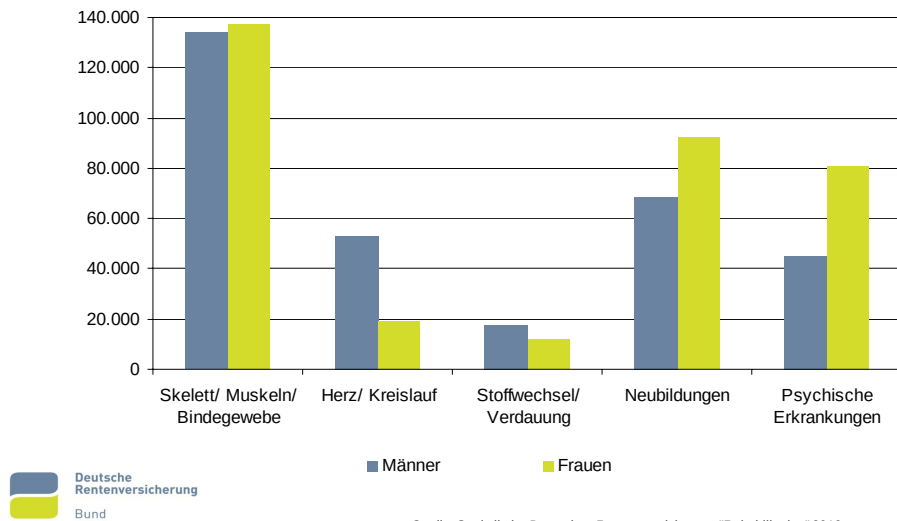
- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst



Bildquelle: www.medical-tribune.at/mm/mm016/alte_frau_arzt_130.jpg

20

Erwachsenenrehabilitation: Krankheitsspektrum stationäre medizinische Rehabilitation 2010



21

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV

- zielt auf bestimmte Diagnosegruppen
- zielt auf bestimmte Altersgruppen
- weist Geschlechtsspezifika auf
- vollzieht den Wandel der Morbidität nach
- tendiert zur Multimorbidität
- gibt einen Ausblick auf die Probleme der Zukunft
- und ist eine Investition in die Zukunft
- wird von gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen beeinflusst

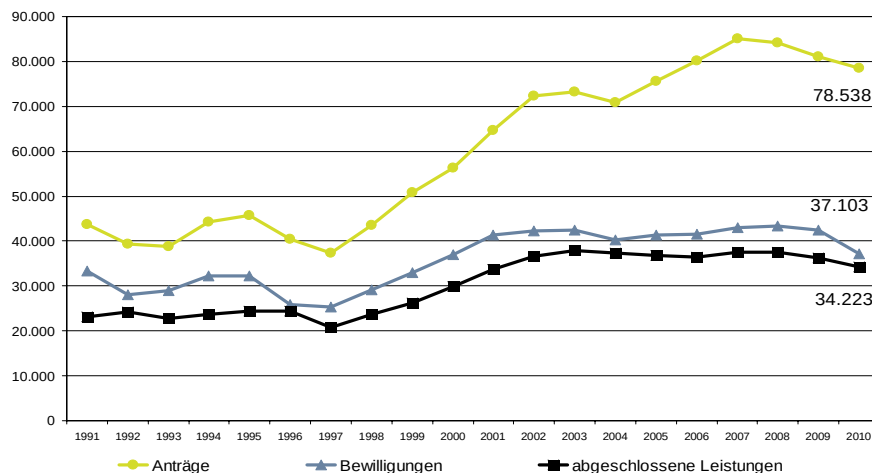


Bildquelle: www.bundestag.de/blickpunkte/bilderinhalt/1001_speziell/500px/hc_a_1713.jpg

Deutsche Rentenversicherung
Bund

22

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991-2010



Deutsche Rentenversicherung
Bund

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation

23

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Inanspruchnahme

- demografische Entwicklung
 - Rückgang der unter 20-Jährigen
- verbesserte und erweiterte ambulante Versorgung
 - DMP Asthma, Medikamente
- fehlende Transparenz und Übersicht zu Anträgen und Leistungen für Kinder und Jugendliche insgesamt



Bildquelle: www.wissenschaft.de/wissenschaft/news/301920.html

Deutsche Rentenversicherung
Bund

24

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der RV Unter- und Fehlversorgung vermeiden

- verbesserte Informationen für Betroffene und Eltern
- verbesserte Information für die Fachpersonen
- Überarbeitung der Formulare
- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit
- Vernetzung mit ambulanten Strukturen und Angeboten

Ziel: bedarfsgerechte Versorgung



Bildquelle: www.scheidungsclub.at/Pages/de/Ratgeber/Archiv/TOP-Tipps/Kinderbetreuung.aspx

25

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



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

Dank an Frau Dr. Schlanstedt-Jahn, Frau Dr. Brüggemann
und Frau Dr. Ostholt-Corsten für die Vorbereitung dieses Vortrages

26

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

“Aufgaben der Kinderrehabilitation in der Versorgungskette aus Sicht der GKV“

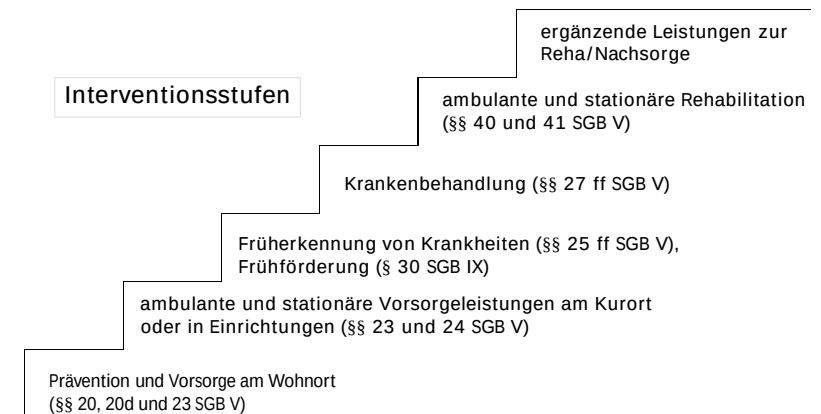
Berlin, 17.11.2011

Gerd Kukla

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Gerd Kukla, Berlin, 17.11.2011

1

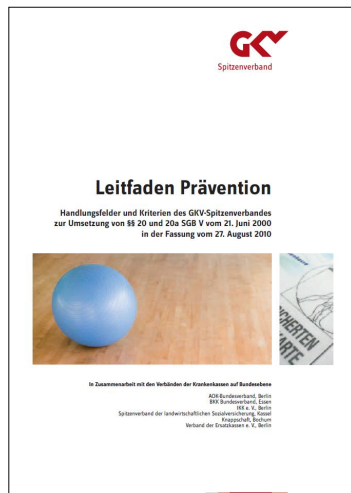
Das gestufte System von Prävention, Vorsorge, Früherkennung, Krankenbehandlung und Rehabilitation in der GKV



Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Gerd Kukla, Berlin, 17.11.2011

2

Grundlage: GKV-Leitfaden Prävention



Rechtsgrundlage § 20 SGB V

Der Leitfaden beschreibt:

- ➔ Zugangswege
- ➔ Handlungsfelder
- ➔ Qualitätskriterien (Struktur/Planung/Prozess/Ergebnis)
- ➔ Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

www.gkv-spitzenverband.de

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Gerd Kukla, Berlin, 17.11.2011

3

GKV-Leitfaden Prävention - Zugangswege und Handlungsfelder -

- ➔ **Setting - Ansatz:**
 - Lebensumfeld (Schule, Kindergarten, Stadtteil, Betrieb)
 - Integration von **Verhaltens- und Verhältnisprävention**
 - **multifaktorielle Ausrichtung** (handlungsfelderübergreifend)
- ➔ **Individueller Ansatz:**

Schwerpunkt individuelles Verhalten in den **Handlungsfeldern**

 - Bewegungsgewohnheiten
 - Ernährung
 - Stressmanagement
 - Suchtmittelkonsum

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Gerd Kukla, Berlin, 17.11.2011

4

Prävention und Gesundheitsförderung: Zielgruppe Kinder



- ➔ Kinder werden mit primärpräventiven und gesundheitsfördernden Angeboten in Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen unter Einbeziehung der Familie erreicht
- ➔ Kinder ab 6 Jahren werden zusätzlich auch mit zielgruppenspezifischen Kursangeboten (z.B. Bewegungskurse) erreicht

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele



- ➔ Die Krankenkassen haben sich in 2007 ohne gesetzliche Verpflichtung lebensweltbezogene quantifizierte Präventions- und Gesundheitsförderungsziele gesetzt
- ➔ Präventionsbericht 2010 liefert differenzierte Ergebnisse der Evaluation nach zwei Jahren
- ➔ Die Ziele sind mit neuen quantifizierten Vorgaben bis 2012 fortgeschrieben

Präventionsziele (Krankheitsverhütung)



Oberziel Prävention „Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems“ (Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und junge Familien)	
Zielgruppen	Teilziele
Kinder*und ihre Eltern	1. Besondere Zielgruppenorientierung von Aufklärungs- und Beratungsangeboten der Krankenkassen auf junge Familien und Alleinerziehende zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und elterlichem Rauchverzicht (nicht quantifiziert)**
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder in Kindertagesstätten um 10% pro Jahr
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen um 5% pro Jahr

Quelle: Leitfaden Prävention (2010)

Gesundheitsförderungsziele (Salutogenese)



Oberziel Gesundheitsförderung „Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen“	
Zielgruppen	Teilziele
Kinder*und ihre Eltern	1. Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene (nicht quantifiziert)
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Anzahl an Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit (intern oder einrichtungsübergreifend), an denen mindestens die GKV, der KiTa-Träger und Elternvertreter beteiligt sind, um 10% pro Jahr
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Anzahl an Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Eltern und Schüler/innen (ab Sekundarstufe II) vertreten sind, um 5% pro Jahr

Quelle: Leitfaden Prävention (2010)

Erreichungsgrad der Ziele

Prävention (direkt erreichte Kinder gerundet)			
	Basisjahr 2007	Jahr 2009	Veränderung in %
KiTa – Kinder , multifaktorielle, verhaltens- und verhältnisbezogene Intervention	156.000	333.000	114 %
Schulkinder , multifaktorielle, verhaltens- und verhältnisbezogene Intervention	485.000	817.000	68 %

Quelle: Präventionsbericht 2010

Erreichungsgrad der Ziele

Gesundheitsförderung Steuerungskreise mit mind. GKV-, Einrichtungsträger- und Elternvertretung			
	Basisjahr 2007	Jahr 2009	Veränderung in %
KiTa s mit umfassend besetztem Steuerungskreis	150	700	335 %
Schulen mit umfassend besetztem Steuerungskreis	500	680	35 %

Quelle: Präventionsbericht 2010

Ausgewählte Ergebnisse zum Setting-Ansatz

Art der Bildungseinrichtung	Settings mit Präventionsaktivitäten (gerundet)	relativer Anteil an allen Einrichtungen in Deutschland
KiTa	7.800	31 %
Allgemeinbildende Schulen	9.000	29 %
... davon Förderschulen	480	15 %
... davon Hauptschulen	1.100	25 %
... davon Realschulen	1.400	53 %
... davon Gymnasien	1.300	42 %

Quelle: Präventionsbericht 2010

Ausgewählte Ergebnisse zum Setting-Ansatz

Inhaltliche Ausrichtung (Mehrfachnennungen möglich)	
Bewegung	67%
Ernährung	52%
Stressbewältigung	38%
Umgang miteinander	29%
Suchtmittelkonsum	17%
Gesunde Umwelt	15%
Verkehrssicherheit	2%
Sexualpädagogik	1%

Quelle: Präventionsbericht 2010

Kinder als Zielgruppe von Präventionskursen

Altersgruppe	Kursteilnehmer	Bewegung	Ernährung	Stressbewältigung	Suchtmittelkonsum
Unter 15 Jahre	70.000	70%	11%	20%	0,1%
15 bis 19 Jahre	44.000	75%	10%	15%	0,7%

Quelle: Präventionsbericht 2010

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen

Vorsorgeindikation

- **Vorsorgebedürftigkeit** (beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen liegen vor, gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen ist gefährdet)
- **Vorsorgefähigkeit** (motiviert, belastbar, bereit für Veränderung)
- **Vorsorgeziele und Vorsorgeprognose** (realistische Zielsetzung und Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung)

Fazit

- Kinder werden vorrangig mit ganzheitlich angelegten Gesundheitsförderungsprojekten in ihren jeweiligen Lebenswelten erreicht
- hoher Durchdringungsgrad der Bildungseinrichtungen
- Partizipation der Beteiligten (Eltern, Lehr- /Betreuungskräfte)
- Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen
- GKV als Kooperationspartner der primär für die Lebenswelt verantwortlichen Akteure

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen

Ambulante Vorsorge am Kurort für Kinder/Jugendliche

- regelhaft nur in Begleitung erwachsener Bezugspersonen
- Krankenkasse leistet satzungsgemäßen Zuschuss zu den übrigen Kosten von bis zu 13 EUR täglich
- Zuschuss bei chronisch kranken Kleinkindern bis zu 21 EUR täglich
- Anspruch grds. alle 3 Jahre

Stationäre Vorsorge für Kinder/Jugendliche

- primärpräventive Zielsetzung, z.B. bei
 - verhaltensabhängige gesundheitliche Risikofaktoren wie Übergewicht oder Adipositas ohne Folgekrankheiten
 - psychosoziale Probleme, die ein Erkrankungsrisiko darstellen und zu denen ein Zugang nur unter stationären Bedingungen möglich ist
- sekundärpräventive Zielsetzung, z.B. bei
 - Verhaltensabweichungen mit nachweisbaren entwicklungsgefährdenden Defiziten, erfolglose Therapieversuche
 - Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen
- für Kinder bis 14. Lebensjahr in der Regel Maßnahmen im Umfang von 4 bis 6 Wochen, Anspruch grds. alle vier Jahre

§ 26 SGB V:

„Versicherte Kinder haben **bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres** Anspruch auf Untersuchungen sowie **nach Vollendung des 10. Lebensjahres** auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.“

Konkretisierung gemäß § 92 SGB V durch Richtlinien des G-BA:

- Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur **Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)**
- Richtlinien zur **Jugendgesundheitsuntersuchung**

Kinder-Richtlinien: Erweitertes Neugeborenen- Screening

- Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen (z. B. Hypothyreose, Phenylketonurie)
- Laboruntersuchung 2.- 3. Lebenstag (wenige Blutropfen aus der Vene oder Ferse)
- Untersuchung der Blutproben erfolgt in spezifischen Screeninglabors. Die Proben werden unverzüglich mit speziellen, sehr empfindlichen Untersuchungsmethoden untersucht.
- Durch meist einfache Frühbehandlung (Spezialdiät oder Hormongabe) können schwerwiegende Folgen verhindert werden.

Kinder-Richtlinien: Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte

- Früherkennung einer Hüftgelenksdysplasie und -luxation
- Durch eine Therapie von klinisch noch unauffälligen Dysplasiebefunden vor der 6. Lebenswoche soll das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation verhindert werden.
- Sonographie wird in der 4. – 5. Lebenswoche meist im Zusammenhang mit der U3 durchgeführt.
- In der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sind Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung dieser Früherkennungsmaßnahme festgelegt.

Kinder-Richtlinien: Neugeborenen-Hörscreening



- Früherkennung von angeborenen Hörstörungen (Prävalenz von angeborenen beidseitigen kindlichen Hörstörungen in Deutschland circa 1,2/1.000 Neugeborene).
- Das Neugeborenen-Hörscreening wird mittels eines objektiven Testverfahrens (TEOAE oder AABR) wenige Tage nach der Geburt durchgeführt.
- Ziel des Screenings ist es, dass eine erforderliche Therapie bis zum 6. Lebensmonat begonnen wird:
 - Möglicherweise irreversible Reifungsdefizite des zentralen Hörsystems sollen vermieden werden.
 - Ein ausreichendes Hörvermögen gilt als Voraussetzung für einen natürlichen Spracherwerb. Ein Hörverlust von ≥ 35 - 40 Dezibel wird als kritischer Wert betrachtet.

Kinder-Richtlinien: U1 – U9



- Von der Geburt bis zum Alter von 5 Jahren erfolgen 10 Früherkennungsuntersuchungen.
- 2008 wurde eine zusätzliche Untersuchung zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat (U7a) eingeführt.
- Ziel der ausführlichen Anamnese und klinischen Untersuchung ist insbesondere die Früherkennung von
 - angeborenen Fehlbildungen
 - somatischen Erkrankungen
 - Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten
- hohe Akzeptanz in der Bevölkerung; Teilnahmeraten bis U7 über 90 %, U9 schlechtester Wert mit 86,4 % lt. KiGGS-Studie

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung



Früherkennungsuntersuchung im Alter von 12 – 14 Jahren insbesondere mit folgenden Zielen:

- Fehlentwicklungen in der Pubertät sollen durch eine Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren verhindert werden.
- Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) sollen frühzeitig erkannt werden. Die Jugendlichen sollen frühzeitig über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung aufgeklärt werden.
- Jugendliche sollen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hingewiesen werden.

Früherkennung und Frühförderung

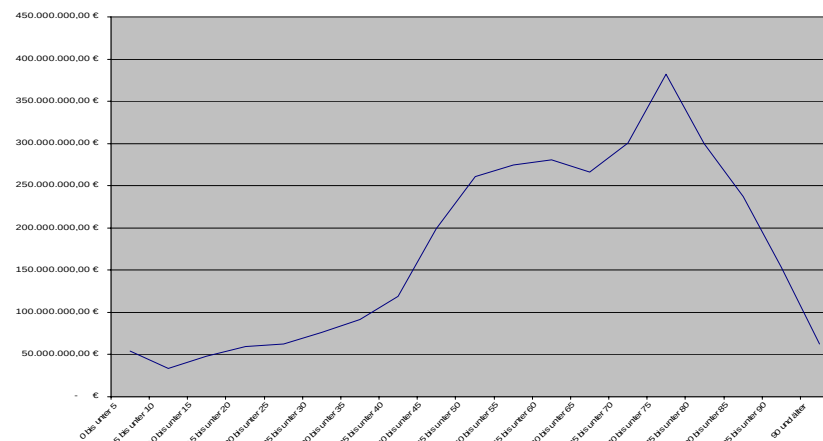


- Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 30 i.V.m. § 56 SGB IX) in Interdisziplinären Frühförderstellen
- Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§ 43a SGB V) in Sozialpädiatrischen Zentren
- Ziele: frühzeitige Bedarfserkennung und Behandlungsplanung
- Kostenvolumen GKV 2010 rund 245 Mio. EUR

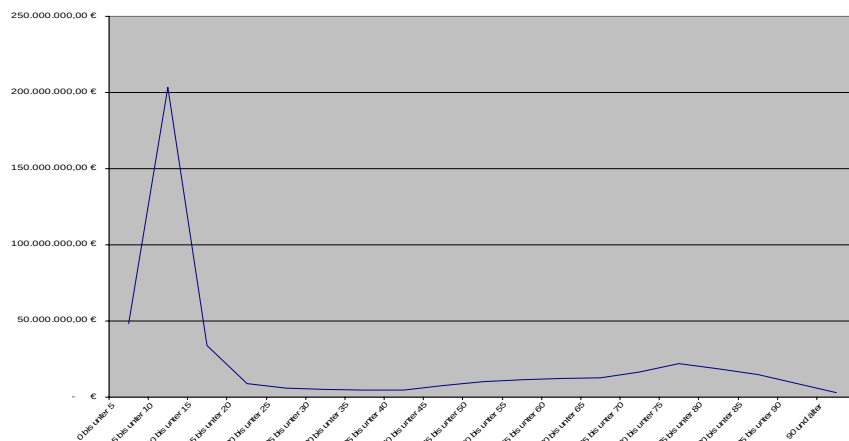
Beispiel Heilmittelversorgung

- ➔ Heilmittelkatalog der G-BA-Richtlinie
 - physikalische Therapie
 - Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
 - Ergotherapie
 - Podologie
- ➔ Ausgaben für Heilmittel insgesamt 2010 über 4,4 Mrd. EUR
- ➔ davon rund 700 Mio. für unter 14-Jährige

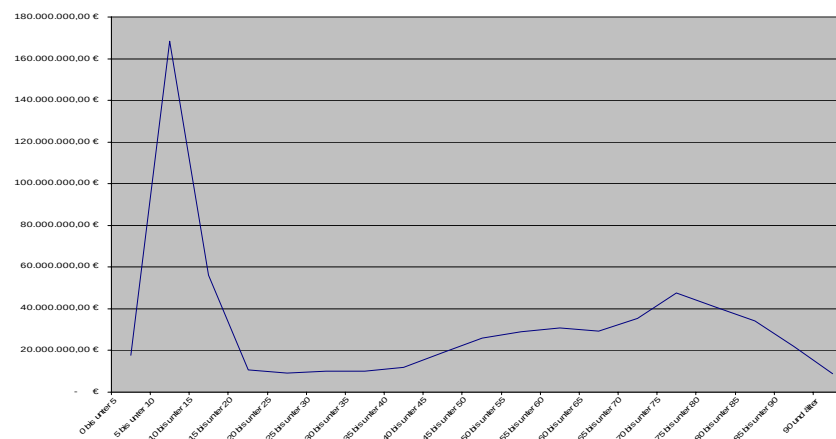
Heilmittelausgaben Physiotherapie nach Altersgruppen
GKV HIS Heilmittelinformationssystem 1. - 4. Quartal 2010



Heilmittelausgaben Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie nach Altersgruppen
GKV HIS Heilmittelinformationssystem 1. - 4. Quartal 2010



Heilmittelausgaben Ergotherapie nach Altersgruppen
GKV HIS Heilmittelinformationssystem 1. - 4. Quartal 2010



Krankenbehandlung für Kinder und Jugendliche



Beispiel **strukturierte Behandlungsprogramme**

- Programme insgesamt
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Koronare Herzkrankheit
 - Brustkrebs
 - Asthma bronchiale
 - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Diabetes mellitus Typ I und Asthma bronchiale (ab 5 Jahre) speziell auch für Kinder
- regionale Erhebungen zur Beteiligung von Kindern/Jugendlichen:
 - Asthma: rund 20 %
 - Diabetes: rund 6 %

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche



Reha-Indikation

- Reha-Bedürftigkeit
- Reha-Fähigkeit
- Reha-Ziele und -Prognose
- Indikationsstellung unter Berücksichtigung entwicklungs-spezifischer Besonderheiten und der Kontextfaktoren
- spezielle Angebote der „Familienorientierten Reha“
 - für schwerst chronisch kranke Kinder
 - Krankheit beeinträchtigt Alltag der Familie erheblich

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche



- GKV-Antragsstatistik weist Anträge auf Kinder- und Jugend-Reha nicht gesondert aus
- GKV-Finanzstatistik erfasst Ausgaben für Kinder- und Jugend-Reha nur bis zum 14. Lebensjahr gesondert; ab dem 15. Lebensjahr fließen die Ausgaben in die allgemeinen Reha-Ausgaben ein (Relevanz Sucht, Neurologie)
Ausgaben 2010 für Kinder und Jugendliche:

(- stat. Vorsorge	10,7 Mio. EUR)
- stat. Anschluss-Reha	9,9 Mio. EUR
- stat. Reha (ohne AR)	26,9 Mio. EUR
- Verhältnis ambulant/stationär ca. 15/85

ergänzende Leistungen zur Reha/Nachsorge



§ 43 SGB V:

- Reha-Sport und Funktionstraining
- Patientenschulungsmaßnahmen
- sozialmedizinische Nachsorge
 - für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach Krankenhausbehandlung oder Reha
 - Koordination verordneter Leistungen, Anleitung, Motivation

Aufgabe der Kinder-Reha in der Versorgungskette



- ➔ Aufgabe der Kinder-Reha in der Versorgungskette lässt sich nur unter Berücksichtigung der Entwicklung des Gesamtversorgungsangebotes bestimmen
- ➔ die Weiterentwicklung von
 - Prävention (als gesamtgesellschaftliche Aufgabe),
 - Vorsorge und Früherkennung sowie
 - der sektorenübergreifenden kurativen Versorgungbestimmt unmittelbar den Versorgungsauftrag der Kinder-Reha
- ➔ Kinder-Reha muss sich diesen Veränderungen stellen und ihre Angebote anpassen

Aufgabe der Kinder-Reha in der Versorgungskette



Herausforderungen für die Akteure

- ➔ Verzahnung der Angebote
- ➔ rechtzeitige und richtige Weichenstellung
- ➔ Sicherstellung, dass Kinder-Reha auch angetreten wird
- ➔ Organisation zielgerichteter Nachsorge



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Gerd Kukla
Abteilung Gesundheit
GKV-Spitzenverband
Gerd.Kukla@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Welche Kinder brauchen Rehabilitation?

Frühzeitige Bedarfserkennung und
Unterversorgung

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Alle Erkrankungen, die bereits
relevante und möglicherweise
negative Auswirkungen auf die Schul-,
Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit
von Kindern oder Jugendlichen haben,
gelten als Indikation für die
Beantragung stationärer
Rehabilitationsleistungen

Seiten-
zahl

Gemäß der UN-
Kinderrechtskonvention hat jedes
Kind ein Grundrecht auf bestmögliche
gesundheitliche Versorgung.

In hoch entwickelten Industrienationen
müssen auch entsprechend höhere Maßstäbe
angewendet werden, als in unterentwickelten
Ländern

Seiten-
zahl

Jede chronische Erkrankung,
insbesondere bei Komorbiditäten
und zusätzlichen Risikofaktoren
aus den unterschiedlichen
Lebensbereichen kann prinzipiell
eine Indikation für eine
Rehabilitationsmaßnahme sein.

Seiten-
zahl

Krankheiten der Atmungsorgane

- Asthma bronchiale
- Mukoviszidose
- Bronchiektasen
- Zilienfunktionsstörungen
- Rezidiv. obstr. Bronchitis
- Andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege
- u.a.

Krankheiten der Haut

- Atopische Dermatitis
- Psoriasis
- Ichthyosis congenita
- Chronische Urticaria
- Mastocytose
- u.a.

Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

- Adipositas
- Mukoviszidose
- Zöliakie
- Diabetes mellitus
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Kurzdarmsyndrom
- u.a.

Psychische und Verhaltensstörungen

- Essstörungen
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Emotionale Störungen
- Anpassungsstörungen
- Schulphobie
- u.a.

Neubildungen

- Bösartige Geschwulsterkrankungen
- Bösartige Systemerkrankungen
- Gutartige Neubildungen und in-situ-Neubildungen
- Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens
- u.a.

Krankheiten des Nervensystems

- Muskeldystrophien
- Infantile Cerebralparese
- Epilepsie
- u.a.

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

- Chronische rheumatische Herzerkrankungen
- Sonstige Formen von Herzerkrankungen
- Angeborene Fehlbildungen
- Erworbene Herzerkrankungen
- u.a.

Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes

- Entzündliche Polyarthropathien (JIA und andere)
- Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- u.a.

Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode

- Ehemalige Frühgeborene mit Entwicklungsrückständen
- u.a.

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomopathien

- Spina bifida
- M. Down
- Dysmelien
- u.a.

Unfallfolgen

Seit Jahren zeigt es sich in der Praxis, dass aufgrund der Lebensumstände eines Teils der Kinder und Jugendlichen mit oben aufgeführten Erkrankungen das ambulante Setting nicht ausreichend ist

Was sind solche Gründe?

Psychosoziale Gründe:

- Desolate familiäre Situation
- Häufige Therapiewechsel und „Doktorhopping“
- Mangelnde Erziehungskompetenz
- Mangelnde kognitive Fähigkeiten von Eltern und/oder Kind
- Soziale „Borderliner“
- Zusätzliche Schulprobleme
- u.a.

Armut in den Familien,
Bildungsferne, inkomplette Familien
erlauben es oft nicht, alle sonst
möglichen ambulanten Maßnahmen
Erfolg versprechend anzuwenden

Was sind solche Gründe?

Logistische Gründe:

- Keine erreichbare oder finanzierte ambulante Schulung
- Probleme mit der Infrastruktur am Wohnort
- Ambulante Maßnahmen nicht mit Schule oder Beruf zu vereinbaren
- Ortswechsel
- Scheitern anderer Maßnahmen
- u.a.

Es ist nicht hinnehmbar, dass die
Diskrepanz zwischen beantragten,
bewilligten und angetretenen Reha-
Maßnahmen kontinuierlich zunimmt.

Besonders bei sozial schwachen
Familien werden so Lebenschancen
von Kindern weiter gemindert.

Es kann nicht sein, dass einer
Familie, die Unterstützung nach
Hartz IV erhält, bei einer stationären
Rehabilitationsmaßnahme für ihr
Kind von 4 bis 6 Wochen der
Ernährungszuschuss gestrichen
wird, auch wenn dies
verwaltungstechnisch korrekt ist.

In der Praxis sieht das dann so aus, dass eine Familie mit 2 Kindern bei einer Leistung von 1.800 € monatlich dann 120 bis 130 € weniger erhält – dann schickt die Familie das Kind einfach nicht zur Reha-Maßnahme.

Viele dieser Familien haben auch nicht die Mittel, die Kinder mit der notwendigen Kleidung für eine Reha-Maßnahme auszustatten.

Ebenso fällt es Eltern aus bildungsfernen Schichten schwer, sich gegen eine abgelehnte Reha-Maßnahme zu wehren, sie resignieren dann oft.

Diese Probleme führen zu einer ganz erheblichen sozialpädiatrischen Mehrbelastung in den Praxen. Diese Leistungen sind im EBM nicht abgebildet und mit den Gebühren für einen Reha-Antrag nach den Mustern 60 und 61 (29,92 €) auch nicht annähernd abgegolten.

Da diese Leistung zudem im Regelleistungsvolumen (RLV) der Praxen versenkt ist und nicht einzeln vergütet wird, die RLV aber mit der normalen kurativen Tätigkeit bereits erschöpft sind, erhält eine Praxis, die sich intensiv für Reha-Maßnahmen ihrer chronisch-kranken Patienten einsetzt, für diese oft zeitaufwändige Mehrbelastung keinerlei Vergütung

Nach den Mitteilungen unserer Mitglieder verweigern die Kostenträger auch zunehmend die **Mitaufnahme einer Bezugsperson**, die aus unserer Sicht für Kinder bis zum Ende des Grundschulalters, in Einzelfällen auch darüber hinaus, unverzichtbar ist, um weitere Schäden, insbesondere der Psyche des Kindes, zu vermeiden.

Für den BVKJ fordere ich, dass die Verordnung der notwendigen Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche vereinfacht wird, Verordnungshindernisse wie Nachweis einer besonderen Qualifikation zum Ausfüllen der Vordruck 60 und 61 abgebaut werden und nicht fachfremde Sachbearbeiter eine vom Pädiater als medizinisch notwendig erachtete Reha-Maßnahme mit einem Federstrich ablehnen können.

Ebenso muss sichergestellt sein, dass nur von der DRV qualifizierte Reha-Einrichtungen solche Maßnahmen bei Kindern durchführen dürfen, die Einrichtungen der Krankenkassen erfüllen die notwendigen Qualitätsrichtlinien in aller Regel nicht.

Der Verschiebebahnhof zwischen DRV und GKV sollte beendet werden.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.



Frank Friedrichs, Aachen

Erwartungen an die Stationäre Rehabilitation

Asthma bronchiale



„Kinder neigen zu Krampfanfällen und Asthma, die als göttliche Heimsuchungen betrachtet werden, und die Krankheit selbst als heilig.“

Hippokrates (460 – 370 AD)



Kinders Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik Band 1



- Das Asthma ist eine psychosomatische Krankheit.
- Frigidität und Potenzstörungen sind häufig.
- Als charakterliche Störungen sind Süchte, Verwahrlosung und **Homosexualität** zu erwähnen (25 Literaturzitate!!!)
- Die Atemstörung korreliert mit einer Krampfneigung, die als **laryngo-respiratorische Variante eines genitalen Vaginismus** anzusehen ist.
- Als zentraler Konflikt gilt eine **exzessive nicht gelöste Mutterbindung**, ein Konflikt zwischen dem Drang, sich an die Mutter anzuklammern und dem Bedürfnis, sich von ihr zu trennen...

Erschienen im Jahr 1979

Asthma bronchiale

NVL Asthma

Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch eine bronchiale Hyperreagibilität und eine variable Atemwegsobstruktion.

Asthma, was ist das?

„Anhand der Vorgaben (Leitlinien) kann der Arzt den meisten Asthma-patienten das Leben erheblich erleichtern...

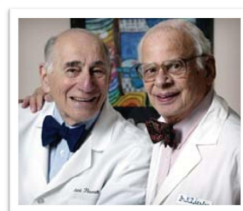
auch wenn er nicht genau sagen kann, was Asthma eigentlich für eine Krankheit ist.“



FAZ vom 1.10.2008

Sol Permutt

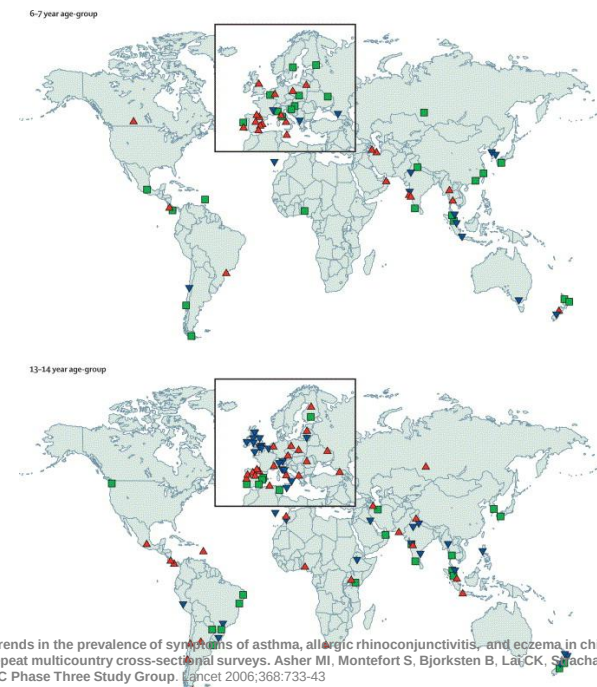
„Asthma ist wie die Liebe. Wir alle wissen was es ist, aber würden wir der Definition eines anderen trauen?“



Sol Permutt und Ken Zierler



**Asthma:
Immer
noch
Zunahme
in
Deutsch-
land!
10 - 15 %
aller
Kinder
und
Jugend-
lichen**



Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, Williams H; ISAAC Phase Three Study Group. Lancet 2006;368:733-43

Fatal and near-fatal asthma in children: a two-year nationwide survey in Germany



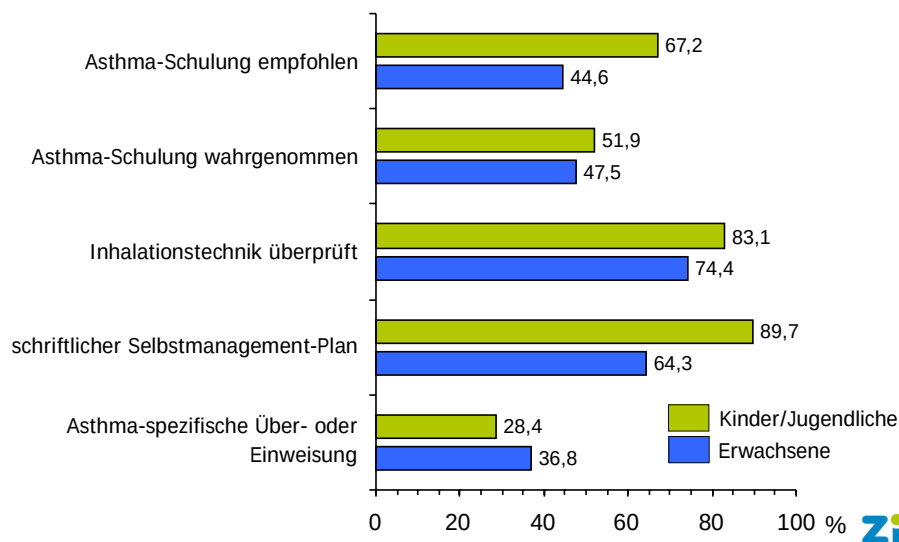
Weniger Todesfälle (2007: 1 / 2008: 0) und
weniger „near fatal asthma“ (5 / 15)

Weniger Patienten mit ausschließlicher SABA-
Dauertherapie!

Höhere Zahl von Patienten mit regulärer ICS-
Therapie!

A nationwide survey in Germany on fatal asthma and near-fatal asthma in children: different
entities? Schmitz T, von Kries R, Wjst M, Schuster A. Eur Respir J. 2000 Nov;16(5):845-9.

Schulungen und weitere Interventionen



Psycho-Soziale Aspekte des Asthmas bei Kindern und Jugendlichen



- **Psychosoziale Beeinträchtigungen durch krankheitsbedingte Behinderungen im privaten und beruflichen Bereich sind bei Asthmapatienten häufig.**
- Bei Kindern und Jugendlichen betrifft dies insbesondere die Auswirkungen auf die körperliche und seelische Entwicklung und den psychosozialen Rahmen (familiäres und soziales Umfeld). Das familiäre und auch soziale Umfeld kann entscheidend die Akzeptanz der Diagnose und der notwendigen therapeutischen Maßnahmen beeinflussen.
- **Besonders bei den multifaktoriellen schweren Verlaufsformen des Asthmas spielt oft eine psychische Komponente eine Rolle.**
- **Das psychosoziale Umfeld der Patienten – bei Kindern und Jugendlichen insbesondere das familiäre Umfeld – sollte in die Beurteilung einbezogen und die Betreuung entsprechend ergänzt werden.**

ÄRZTE ZEITUNG.DE

Home Politik & Gesellschaft Medizin Praxis & Wirtschaft Panorama Ko
Arzneimittelpolitik Berufspolitik Gesundheitspolitik international Pflege Krankenkassen Medizinethik Sterbebeglei

Sie befinden sich hier: Home » Politik & Gesellschaft » Krankenkassen

Ärzte Zeitung, 02.05.2011

Kommentieren (0) ★★★★★



Starker Rückgang bei Rehamaßnahmen für Kinder

WÜRZBURG (chb). In Deutschland werden immer weniger stationäre Rehamaßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bewilligt. Darüber zeigt sich die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) besorgt.

Nach Angaben der Gesellschaft ist die Zahl der von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bewilligten Rehamaßnahmen zwischen 2006 und 2010 um 13,3 Prozent zurückgegangen. Seien 2006 noch 36.443 Anträge bewilligt worden, waren es vier Jahre später nur noch 31.600. Die Zahl der Anträge sei dagegen im gleichen Zeitraum nur um zwei Prozent gesunken. Diese Zahlen seien besonders alarmierend, weil die Rentenversicherung "als Vorreiter der Kinderreha gilt", so die DGSPJ.

Die Sozialpädiater fordern nun Gesundheitspolitiker auf, sich dafür einzusetzen, dass künftig Rentenversicherungen, Krankenkassen oder Beihilfeträger wieder mehr Rehamaßnahmen für Kinder bewilligen. Schließlich könne eine frühzeitige und qualifizierte Reha bei Kindern die Folgekosten für eine Behandlung von Erwachsenen deutlich senken.

Der Weg in die Reha

- **Zuständigkeitswirrwarr**
 - Kuren – Reha?
 - Kasse – Rentenversicherung?
- **DRV**
 - Zunahme der ablehnenden Bescheide!
 - Begutachtung durch fachfremde DRV-Gutachter!
 - Unkenntnis des Krankheitsbildes Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter sowie der Kinder- und Jugendmedizin

Der Weg in die Reha

„Nach § 31 Abs. 1. SGB VI werden Kinderrehabilitationen bewilligt, wenn zu erwarten ist, dass hierdurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“

„Nach unseren Feststellungen liegen diese Voraussetzungen nicht vor.

Für die vorliegenden Gesundheitsstörungen

- Asthma bronchiale
- Hauterkrankung
- Übergewicht
- Multiple Allergopathien, Z.n. Neuroborreliose

ist die geeignete Maßnahme

- eine ambulante Maßnahme zur Gewichtsreduktion
- eine Fortsetzung der ambulanten fachärztlichen Behandlung an deren/dessen Wohnort“

Bescheid vom 23.08.2011

Der Weg in die Reha

Erwartungen:

- Begutachtung durch pädiatrische, qualifizierte Gutachter der DRV!
- Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation des Antragstellers (fachärztliche pädiatr. Versorgung!)
 - Pädiatrische Subdisziplinen (Kinderpneumologe, Kindergastroenterologe, Neuropädiater, u.a.)
- Fundierte Begründung einer Ablehnung!
 - Auf einen individuellen Antrag mit Brief- und Befundkopien darf kein automatisiertes Ablehnungsschreiben mit Floskeln folgen!

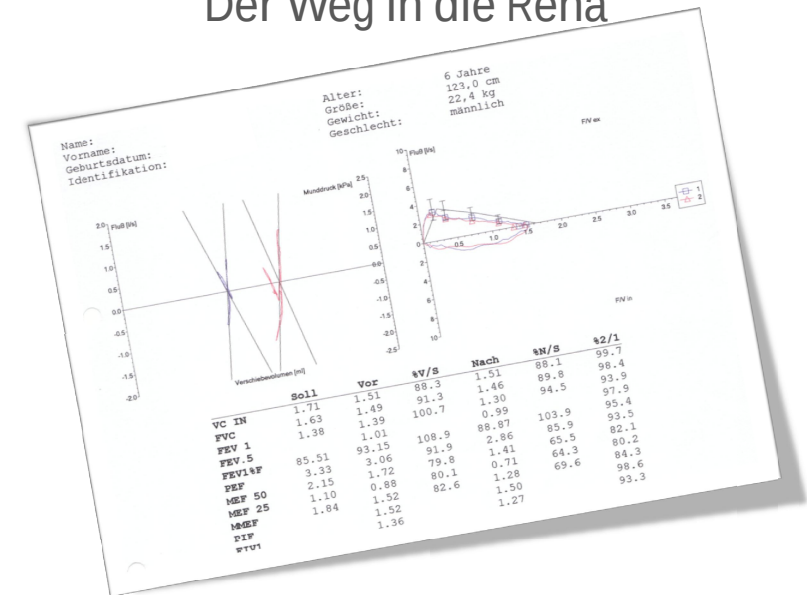
Der Weg in die Reha

- **Zuständigkeitswirrwarr**
 - Kuren – Reha?
 - Kasse – Rentenversicherung?
- **DRV**
 - Zunahme der ablehnenden Bescheide!
 - Begutachtung durch fachfremde DRV-Gutachter!
 - Unkenntnis des Krankheitsbildes Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter sowie der Kinder- und Jugendmedizin
 - Sehr lange Bearbeitungszeiten bei Widersprüchen!
 - Ablehnung der Mitaufnahme von Vater oder Mutter als Begleitperson bei Grundschulkindern!

Der Weg in die Reha

• Beispielfall

- Doppelter Aortenbogen
 - Bronchusfehlbildungen (Bronchus intermedius rechts)
 - Tracheomalazie
 - Rezidivierende Krankenhausaufenthalte wegen Pneumonien
 - Chronische Bronchitis
 - Gastroösophagealer Reflux
 - Hypothyreose
 - Pollen-, Tierhaar- und Hausstaubmilbenallergie
 - Intermittierend asthmatische Beschwerden
 - Allergische Rhinitis
- 1. Rehamaßnahme im Jahr 2008



Der Weg in die Reha

- Erneuter Reha-Antrag am 01.02.2010
 - Alter 6 ¾ Jahre
 - Mitaufnahme der berufstätigen Mutter (leidet unter Multiples Sklerose) beantragt
- Ablehnender Bescheid im April 2010
 - Vier-Jahres-Frist
- Weiterhin gehäufte Atemwegsinfekte mit Bronchitis/Pneumonie/Asthmabeschwerden
 - 18.12.2010 – 25.12.2010 stationär wg. Pneumonie
 - 31.01.2011 – 02.02.2011 stationär wg. fieberhafter Bronchitis

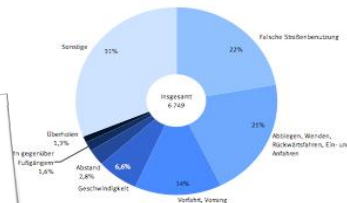
Der Weg in die Reha

- 05.02.2011 Hausärztlicher Kinder- und Jugendarzt schlägt einen erneuten Antrag auf stationäre Reha vor.
- 17.02.2011 Erneute Reha-Antrag (Mirko ist 7 ¾ Jahre alt) an die DRV (Begleitung der Mutter).
- 01.04.2011 Positiver Bescheid für Mirko; aber Ablehnung der Mitaufnahme der Mutter.
- 06.04.2011 Bescheinigung zur Begründung des Widerspruchs – nachrichtlich an Frau Ministerin Dr. Ursula von der Leyen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales



Zum Radfahren zu jung,
aber alleine in die Reha?

Fehlverhalten der Radfahrer
im Alter von 6 bis unter 15 Jahren im Straßenverkehr 2010



Die Beantragung der Reha

Name: ##NACHNAME, ##VORNAME (geb. ##GEBDAT) Datum der letzten Befunderhebung:

9. Untersuchungsbefund: Ohne pathologischen Befund sind folgende Organen/ Systeme: ☐ Aussehen ☐ Herz / Kreislauf ☐ Lungenorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem u. Peripherie

Von der Norm abweichende Befunde: (auswählen) klinisch-demonstrativ / klinisch-diagnostischer Befunde

Größe: cm Gewicht: kg HR: mmHg Puls:

10. Soziale Integration / Gruppenfähigkeit:

11. Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung):

12. Familiäre Krankheitsdisposition (z.B. Allergie, Asthma):

13. Besuch von: ☐ Kindergarten ☐ Regelschule (bzw. Schulform angeben): ☐ Förderschule Schwerpunkt Lernen ☐ Förderschule Schwerpunkt Geistige Entwicklung

14. Besteht Rehabilitation / Rehabilitation?

15. Das Kind hat bei mir: ☐ ja, ohne Begleitperson ☐ ja, nur mit Begleitperson ☐ nein ☐ laufend / häufig in Behandlung seit: ☐ gelegentlich in Behandlung, zuletzt am: ☐ psychisch / psychisch

16. Mitbehandelnder Arzt (mit Fachrichtung) / Psychotherapeut: ##UNZ21, ##UNZ22, ##UNZ23, ##UNZ24, ##UNZ25

17. Arzt / Arzt: Name: Kinderarztpraxis Jägersberg, Kathausstr. 10, 52072 Aachen Anschrift: (Tel: 0241-170.096/97)

Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z.B. Voranmeldung, Begleitperson, Dauerbegleitung für die Rehabilitation - geben mindestens Begründung anfalls)

##TAGDAT Datum: Dr. F. Friedrich Dr. C. Pfannenstiel Dr. S. Heurdt Dr. B. Heurdt

- Änderung des Befundberichts der DRV! Es fehlt die
 - Möglichkeit, die Notwendigkeit der Mitnahme eines Elternteils zu begründen.
 - Möglichkeit eine geeignete Klinik zu wählen (§ 9 SGB IX).

Die Betreuung in der Reha und danach

Erwartungen:

- Evidenzbasierte, qualitätskontrollierte und kompetente ärztliche und Team-Betreuung.
- Berücksichtigung der Umsetzbarkeit von ärztlichen Empfehlungen zu Hause:
 - Me-too-Listen, Generikaquoten, Wirtschaftlichkeitsgebot
 - Heilmittelbudgets und Richtgrößen
 - Hilfsmittelreglementierungen

Was können wir selber tun?

- Unterscheiden zwischen Mutter-Kind-Kuren und qualifizierter stationärer Reha-Maßnahme mit verhaltenstherapeutischen Schulungskonzepten!
- Qualifizierte und begründete Anträge stellen.
- Keine Wunschverordnungen von „Kuren“

Aber das wichtigste ist...

Kommunikation!





Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Vivantes
Netzwerk für Gesundheit

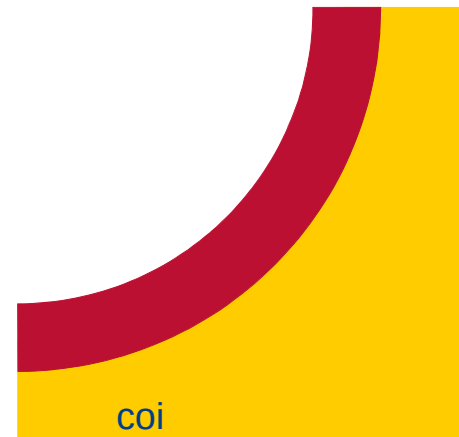
Kliniken für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Klassifizierung von reharelevanten Diagnosen und Beeinträchtigungen anhand des multiaxialen Schemas (MAS)

Fachtag Kinderrehabilitation Berlin 17.11.2011



PD Dr. Michael Kölch



Vivantes

Forschungsförderung:

BMBF
BMFFSJ
Schweizer Bundesamt für Justiz
Eli Lilly International Foundation
Boehringer Ingelheim
Europäische Akademie

Mitarbeit in klinischen Studien

Eli Lilly
Astra Zeneca
Janssen-Cilag
Lundbeck

Reisebeihilfen/Vortragshonorare:

Janssen-Cilag
Universität Rostock
DGKJPP
UCB
diverse gemeinnützige Organisationen
Keine Aktien, keine Beteiligungen an
Pharmafirmen



Was sind Störungen
Logik der Klassifikation
Störung und Funktionseinschränkung



Psychische Störungen bei Minderjährigen

Generell können (fast) alle Störungen, die aus dem
Erwachsenenbereich bekannt sind auch bei Kindern und Jugendlichen
auftreten

Zusätzlich ein breites Spektrum spezifischer Störungen im Kindes- und
Jugendalter:

Zwangsstörungen

Mutismus

Essstörungen

Emotionale Störung
mit Trennungsangst

ADHD

Störung des
Sozialverhaltens

Autismus

Enuresis

Komorbidität: somatische Störungen und psychische Störungen zeigen
eine hohe Komorbidität: Asthma, Epilepsie, Adipositas





Psychische Störungen Charakteristika

Typische Eigenschaften von psychischen Störungen sind,

- dass sie sehr eingeschränkt willentlich zu steuern sind
- sie länger dauern
- sie Leiden verursachen
- sie das Leben beeinträchtigen (Familie, Schule, Ausbildung)
- ein Teil der Störungen sind qualitative Veränderungen im psychischen Erleben, ein Teil davon entwicklungsphysiologische Normvarianten

Integrale Erklärungsfigur für psychische Störungen und ihre Behandlung im Kindes- und Jugendalter:

- biopsychosoziale Modell (Herpertz-Dahlmann et al., 2007).



Klassifikationssysteme

WHO: ICD-10 – International Classification of Diseases and related health problems

APA: DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders



ICD-10: F-Diagnosen

- F0. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1. psychische und Verhaltensstörungen durch psycho-trope Substanzen
- F2. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3. affektive Störungen
- F4. neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6. Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
- F9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

In der ICD-10 ist die klassifizierbare Diagnose mit einem entsprechenden Schwellenwert versehen und die kategoriale Feststellung einer Diagnose impliziert den Krankheitsbegriff.

Es handelt sich dabei nicht um dimensionale Feststellungen z. B. von Ängstlichkeit, Traurigkeit oder Ähnlichem.



Krankheitsbegriff

Mittlerweile ist der Störungs- und Krankheitsbegriff, der z.B. in der Kinder- und Jugendhilfe angewandt wird, per definitionem derselbe, der im jeweils gültigen Klassifikationssystem der WHO, d.h. derzeit ICD-10, angewendet wird.

Inkonsequent: in der letzten Novelle des SGB VIII Frage, ob die Störung Krankheitswert hat

Sinnvoll wäre es zum Beispiel im Rahmen der Hilfeplanung nach SGB VIII Ärzte und psychologische Psychotherapeuten nicht

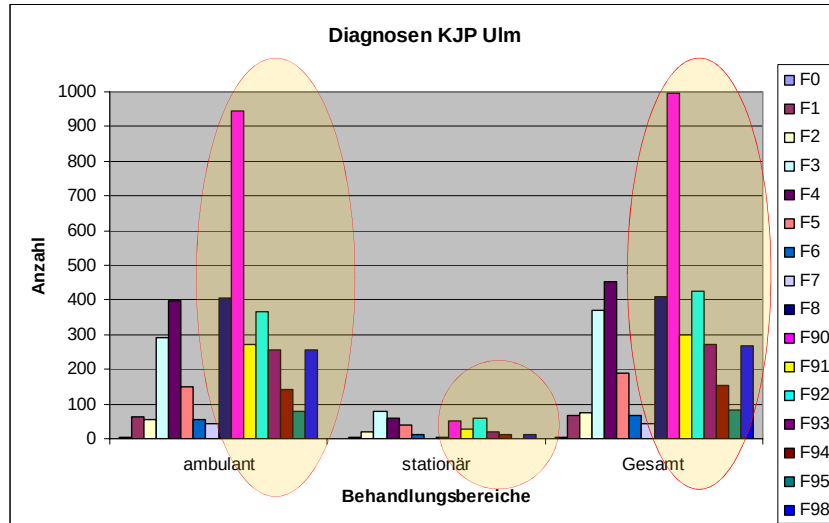
den „Krankheitswert einer Krankheit“ festzustellen zu lassen,

sondern diese prüfen zu lassen, welche Gesundheitsauswirkung diese Krankheit hat und inwiefern seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Therapie angeboten werden kann bzw. ob eine Therapie Erfolg versprechen kann.





Verteilung Diagnosen Kinder- und Jugendpsychiatrie



Ulm KJP 2007



Störungen

Psychiatrische Störungen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das Funktionsniveau

Gemeinsam ist aber allen: Einschränkungen in den sozialen Funktionen und das Absolvieren von Entwicklungsschritten ist erschwert!

Beispiel: schizophrene Psychose

Beispiel ADHD

Beispiel Asthma und Angststörungen



Das Beispiel Autismus: Klassifikation fordert Beeinträchtigung in drei Kernbereichen

Soziale Interaktion

Kommunikation

Verhaltensstereotypen

1 qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch einer Vielzahl nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen,
- Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
- Mangel an spontanen Bestrebungen, Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z. B. durch einen Mangel, Objekte des Interesses herzuzeigen, herzubringen oder darauf hinzuweisen),
- Mangel an sozialer oder emotionaler Gegenseitigkeit;



2 qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:

- verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung gesprochener Sprache (ohne den Versuch, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren),
- bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen,
- stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache,
- Fehlen entwicklungsgemäßer variierten, spontaner Rollenspiele oder sozialer Imitationsspiele;





3 beschränkte repetitive und stereotype Verhaltens-, Interessens- und Aktivitätsmuster in mindestens einem der folgenden Bereiche:

- umfassende eingehende Beschäftigung innerhalb eines oder mehrerer stereotyper und begrenzter Interessenmuster, wobei entweder Schwerpunkt oder Intensität der Beschäftigung abnorm sind,
- auffällig unflexibles Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
- stereotype und repetitive motorische Manierismen (z. B. Verdrehen, Verbiegen der oder Flattern mit den Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers),
- beharrliche eingehende Beschäftigung mit Teilen von Objekten.



B. Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden Bereiche mit Beginn vor dem dritten Lebensjahr:

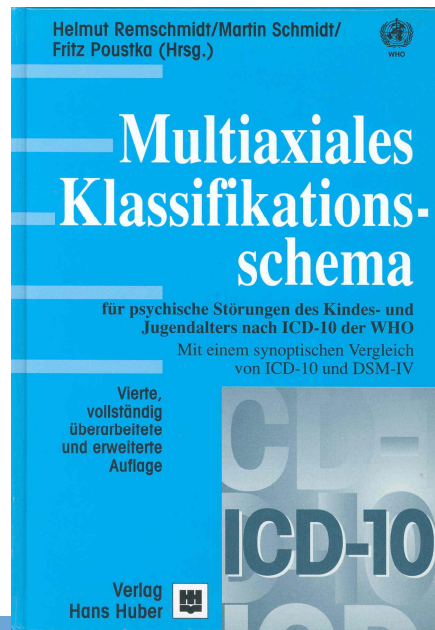
soziale Interaktion,
Sprache als soziales Kommunikationsmittel oder
symbolisches oder Fantasiespiel.

Daraus folgt:

In der Diagnose sind oft bereits typische
Beeinträchtigungsmuster enthalten



Das MAS



Multiaxiale Diagnostik (MAS seit 1977)

- Achse 1 psychiatrische Diagnose nach ICD 10
- Achse 2 Entwicklungsstörungen
- Achse 3 Intelligenz
- Achse 4 körperliche Grund- und/oder Begleiterkrankungen
- Achse 5 psychosoziale Belastungen
- Achse 6 Zurechtkommen im Alltag: TEILHABE!!!





Beeinträchtigung der Teilhabe (Abs.1 Nr.2).

- Teilhabe bedeutet die aktive und selbst bestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens (VG Sigmaringen unter Vereins auf Stähler/Wimmer, NZS 2002, 570).

- zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche je nach Alter und Entwicklungsstand erst graduell zur Selbstbestimmung fähig sind, die Hinführung zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung vielmehr Teil des Erziehungsauftrags ist (§ 1 Abs.1).

Die Teilhabebeeinträchtigung (Integrationsrisiko) kann sich auf alle Lebensbereiche erstrecken.

Ein zentraler Lebensbereich für Kinder und Jugendliche ist neben der **Familie** und dem **sozialen Umfeld** die **Schule**.



Global Assessment of Functioning



Achse 6: Stufen der Ausprägung

- 0 herausragende / gute soziale Funktionen: Herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinander setzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
- 1 Mäßige soziale Funktion: Insgesamt mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen (das Funktionsniveau kann – aber muss nicht – in ein oder zwei anderen Bereichen hervorragend sein).
- 2 Leichte soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektive soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie).
- 3 Mäßige soziale Beeinträchtigung: Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen.



- 4 Ernsthafte soziale Beeinträchtigung: ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich).
- 5 Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 Funktionsunfähig in den meisten Bereichen: Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
- 7 Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
- 8 Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.
- 9 Nicht zutreffend / nicht einschätzbar.





Vorteile und Nachteile der Einschätzung nach Achse-VI

Vorteil

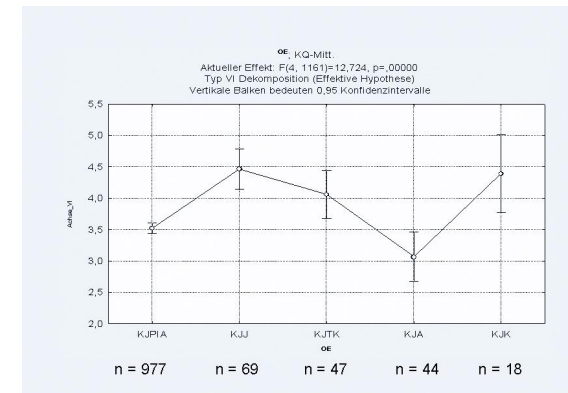
besitzt gute Trenneigenschaften zwischen Belasteten und Nichtbelasteten Minderjährigen

Nachteil

wenig differenziert, in welchen Bereichen eine Einschränkung und Beeinträchtigung besteht, bzw. in welcher Form sich die Beeinträchtigung zeigt.



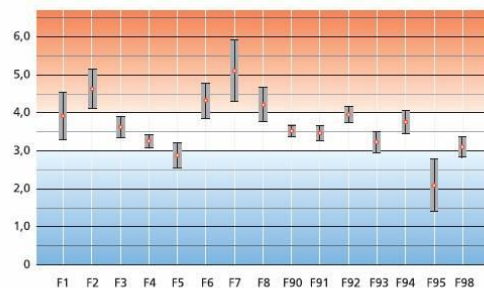
Achse VI: Funktionsniveau in einer Klinikstichprobe



Fazit:
allein die Behandlungsart bildet die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung ab!



Achse VI: Klinikstichprobe und Bezug zu Diagnosen



Skala der psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit

- 6 Funktionsunfähigkeit in den meisten Bereichen
- 5 ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung
- 4 ernsthafte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 1 mäßige soziale Funktion
- 0 gute soziale Funktion

Diagnosen

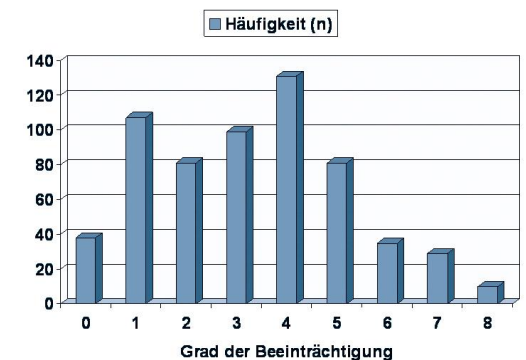
- F0 organische psychische Störungen
- F1 psych. Störungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 affektive Störungen
- F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 psychosomatische Störungen
- F6 Persönlichkeitsstörungen
- F7 geistige Behinderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F90 hyperkinetische Störungen
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 andere psych. Störungen des Kindes- und Jugendalters
- Z Ausschluss einer psychiatrischen Diagnose

Fazit:
Es gibt Diagnosen, denen eine schwerere Funktionsbeeinträchtigung immanent ist

Inanspruchnahme gesamt (N = 1324) KJP Ulm



Andere Populationen: Heimkinder (Ulmer Heimkinderstudie, Schmid 2006)



Wichtige Ergebnisse

1. Achse-VI MAS: gute Differenzierung zwischen Kindern mit und ohne psychische Störung.

MW = 3,25 SD = 1,9

2. belastete Kinder, die im Alltag nicht zurecht kommen waren gleichzeitig diejenigen, die auch eine psychische Störung aufwiesen.



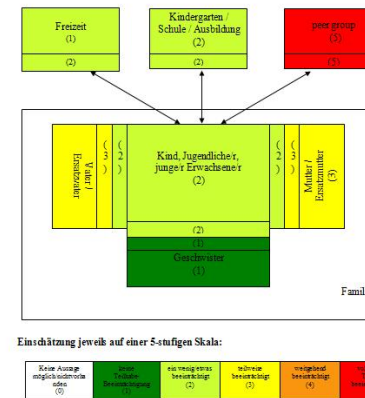


Differenzierte Beschreibung der aus der Störung folgenden Teilhabebeeinträchtigung notwendig

- Spezifische störungsspezifische Auswirkungen
- Umfeldbedingte Auswirkungen
- Individuell-spezifische Auswirkungen
- Aspekte der
 - Pervasivität
 - Intensität
 - Chronizität
- Beschreibung dieser Einschränkungen und Ressourcen für Reha-, Jugendhilfe- und Therapieplanung essentiell



2. Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe in der Schule und Gesellschaft, welche sich aus der beschriebenen Problematik ergibt - Förderungsbedarf.



5



Schlussfolgerungen

- Diagnosen haben bereits eine gewisse Spezifität hinsichtlich der Schwere und Art von Funktionseinschränkungen
- Das MAS ist nicht allein eine Beschreibung von Defiziten, sondern eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen, alltagspraktischen und sozialen Situation
- Die Achse VI ist eine einfache, aber valide Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigung
- Essentielle Bereiche der Teilhabe, wie Schule, Peer-group, Freizeit, Familien und Sozialraum müssen differenziert hinsichtlich individueller Gegebenheiten und Wünsche betrachtet werden



Vivantes
Netzwerk für Gesundheit

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

PD Dr. Michael Kölich

michael.koelch@vivantes.de
michael.koelch@uniklinik-ulm.de



Teilhabebeeinträchtigungen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher dargestellt mit der ICF

Prof. Dr. Judith Hollenweger
Pädagogische Hochschule Zürich und ICF Research Branch

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von
Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

Was ist Partizipation und wie kann man sie messen?

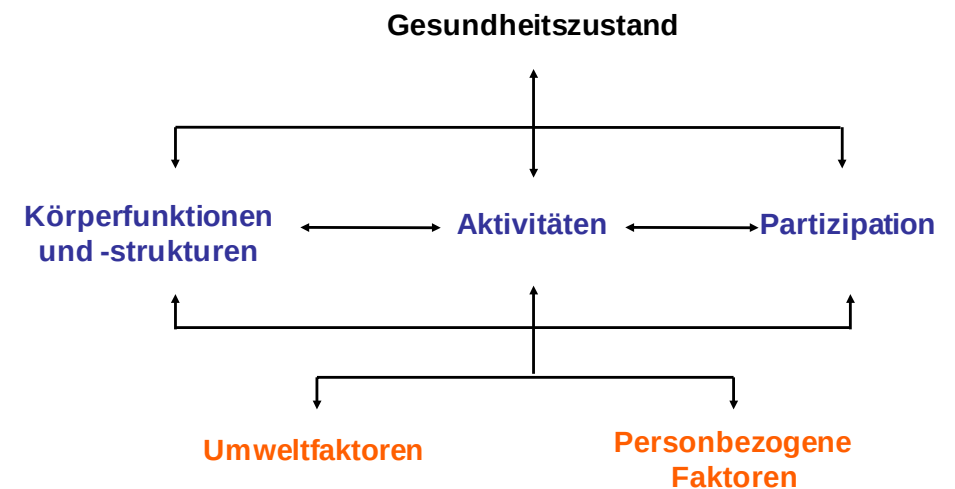
Überblick zum Referat

Was ist Partizipation und wie kann man sie messen?

ICF-CY als Informationssystem in komplexen Situationen

ICF-CY als Grundlage für praktikable Wissenstools

ICF-Modell



«Partizipation» respektive «Teilhabe» in der ICF

Gemäss WHO: «Einbezogensein in Lebenssituationen» oder «gelebte Erfahrung von Menschen in ihrem üblichen Kontext»

Was ist eine «Lebenssituation»? Was ist der «übliche Kontext»?

- Durchführung von Aufgaben oder Handlungen in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt
- Einbezogensein in klar definierbare Lebenssituationen mit einer typischen Gruppierung oder Serie von durchzuführenden Aufgaben oder Handlungen
- Einbezogensein in bedeutende Lebensbereiche, bestehend aus verschiedenen Lebenssituationen mit komplexen Sequenzen oder Gruppierungen von durchzuführenden Aufgaben oder Handlungen

Entsprechende Assessment-Instrumente:

Durchführung von Aufgaben oder Handlungen

- ASK (Activity Scale for Kids, 5 bis 15 Jahre)
- PEDI (Paediatric Evaluation of Disability Inventory, 6 Monate bis 7.5 Jahre)
- VABS (Vineland Adaptive Behaviour Scales, Geburt bis 18 Jahre)
- Wee-FIM (Functional Independence Measure for Children, 3 bis 8 Jahre)

Einbezogensein in Lebenssituationen

- CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment, 6 bis 21 Jahre)
- CASP (Child and Adolescent Scale of Participation, 4 Monate bis 21 Jahre).
- LIFE-H (Life Habits Questionnaire, Version für 0 bis 4 Jahre und für 5 bis 13 Jahre).

Einbezogensein in bedeutende Lebensbereiche

- Keine standardisierten Instrumente verfügbar

«Partizipation» oder «Teilhabe» in Lebensbereichen

Involviert sein ...

- Verhaltensmässig (positives Benehmen, Lösen von Aufgaben, Partizipation an schulischen Aktivitäten)
- Emotional (affektive Reaktionen wie Interesse, Freude; Identifikation mit Lehrperson und Mitschüler/innen)
- Kognitiv (Selbstregulierung, Flexibilität beim Problemlösen, Coping Strategien)

... «in typische Routinen in typischen Settings...»

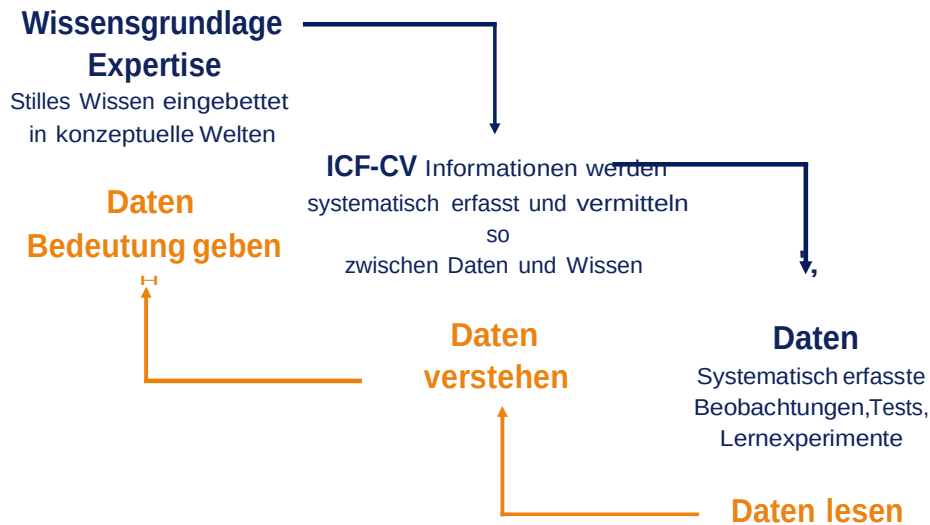
... «die ausgerichtet sind auf persönlich oder sozial bedeutsame Ziele.»

Coster, W., Khetani, M. (2008)

McConachie, H., Colver, A.F., Forsyth, R.J., Jarvis, S.N., Parkinson, K.N. (2006)

ICF-CY als Informationssystem in komplexen Situationen

Die ICF-CY als Informationssystem verstehen



Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

03.04.2012

9

«Mapping» = Vergleich verschiedener konzeptueller Welten im gleichem Gebiet

- ICF hilft, unterschiedliche Verständnisse und Konzepte zu erschliessen → definieren gemeinsamer Eckwerte zum Vergleich verschiedener Landkarten
- Wo treffen sich die konzeptuellen Welten «Entwicklung» und «Gesundheit»?

«Cross-walk» = Beziehungen herstellen zwischen unterschiedlichen Sprachen

- ICF hilft, verschiedene Sprachen erschliessen → Stein von Rosette
- Was hat ein Schädel-Hirn-Trauma mit Problemlösekompetenzen zu tun?

«Linking» = Daten und Informationen verbinden

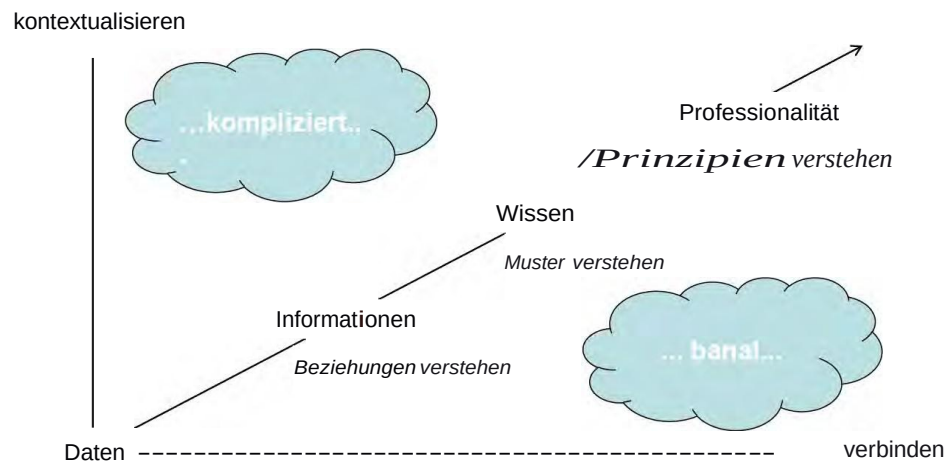
- ICF hilft, unterschiedliche Daten in ein Informationssystem zu integrieren
- Was hat der Wee-FIM mit dem IQ und der Partizipation in der Schule zu tun?

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

03.04.2012

10

Anforderungen an Ihre Professionalität



Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

03.04.2012

11

ICF-CY als Grundlage für praktikable Wissenstools

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

03.04.2012

12

Wissen einbringen – diskutieren – integrieren – anwenden

Gemeinsam Beschreiben: Abbilden und Erfassen des Wissens

- Lernen, was Ihr Team alles weiss
- Das Wissen identifizieren, zugänglich machen, sammeln, erfassen und vergleichen

Gemeinsam Wissen generieren: Wissen bilden und abtragen

- Neues Wissen entstehen lassen durch die Kombination des Wissens aller
- Erstellen und Entfernen von Wissen durch die gegenseitige Prüfung mit dem Ziel, gemeinsames Wissen zu entwickeln

Gemeinsam Wissen nutzen: Wissen integrieren und in Handlungen überführen

- Wissen zu Funktionsfähigkeit transformieren in handlungsorientiertes Wissen
- Eigenes Wissen für andere verfügbar machen durch Kooperation

Landry, Amara, Pablos-Mendes, Shademani, Gold, 2006. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. Bulletin of World Health Organisation.

Wissen einbringen

Ein System entwickeln, das es erlaubt, Informationen und Daten aus unterschiedlichen Quellen abzubilden (gemeinsames Referenzsystem)

- Beobachtungen
- Befunde aus Tests
- Selbstauskunft des Kindes
- Interviews und Befragungen

Auswahl und Darstellungsform sind vom spezifischen Kontext der Anwendung abhängig.

Wissen einbringen – gemeinsames Beschreiben

Beispiel 1: ICF-CY Checklisten

- Entwickelt für die Feldversuche während der Entwicklung der ICF-CY
- Für Screening geeignet (als Checkliste oder Fragebogen verwendbar)
- Auswahl altersgruppenspezifisch

ICF-Checkliste verfügbar unter

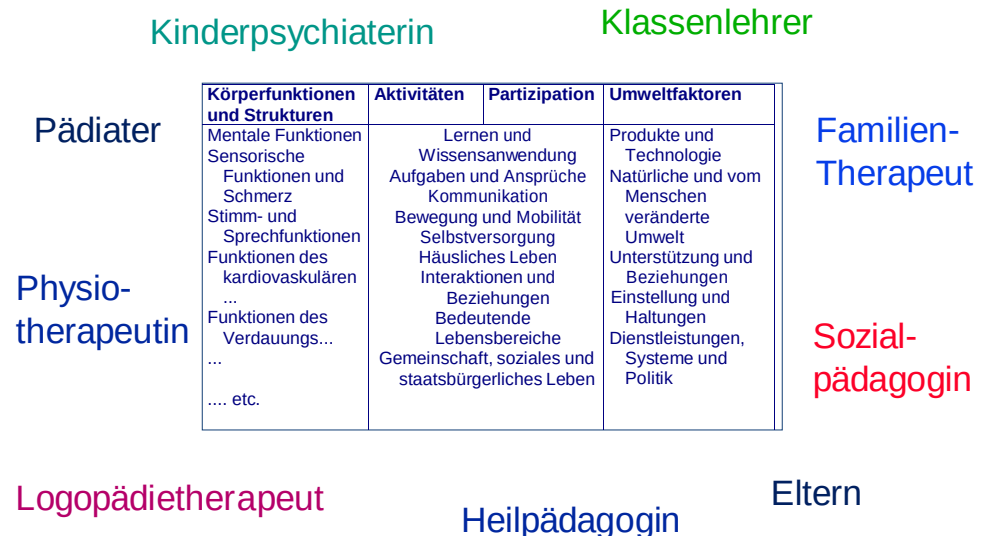
<http://www.who.int/classifications/icf/icfaptraining/en/index.html>

Beispiel 2: Schulische Standortgespräche (Kanton Zürich)

- Entwickelt für die Erfassung verschiedener Problemperspektiven
- Formulare für Frühbereich, Kindergarten, Grundschule und Sekundarstufe 1
- [Vorbereitungsformular zum Einbringen der spezifischen Problemwahrnehmung](#)

Elektronisch verfügbar unter <http://www.vsa.zh.ch> > Schulbetrieb und Unterricht > Sonderpädagogisches > Schulisches Standortgespräch

Wissen diskutieren



Wissen diskutieren: Beispiel SSG

[illegible]

03.04.2012

17

Wissen nutzen – Handeln planen

Ziel: Wissen integrieren und in Handlungen überführen

Wechsel von der Sicht der Problemlage aus der Perspektive des Kindes hin zu einer Sicht auf der Problemlage aus der Perspektive ihres Berufsauftrages.

Muss eingebettet sein in Ihre spezifische Art der Zusammenarbeit, der Formulierung von Lernzielen, Ihrem Entwicklungsverständnis und auch in den Kontext der Institution als Rahmen für Ihren Handlungsspielraum.

Beispiel aus der Schweiz:

Standardisiertes Abklärungsverfahren (vgl. <http://www.szh.ch/sav-pes/>) erfüllt den spezifischen Zweck der Bedarfsabklärung im schulischen Kontext.

- Basisabklärung (relevante Informationen zum Ist-Zustand) und
- Bedarfsabklärung (relevante Informationen zum Soll-Zustand)

19

Wissen integrieren

Schwerpunktthemen

Aufgrund der Besprechung der verschiedenen Einschätzungen auf den Vorbereitungsformularen werden an diesem Standortgespräch die folgenden Schwerpunktthemen besprochen:

- Alle Beteiligten gehen von ihren konkreten Beobachtungen aus und bringen diese ins Gespräch ein.
- Die Orientierung an Ressourcen und Stärken ist oft hilfreicher als das Auflisten von Schwächen.
- Förderziele, die während der Besprechung ersichtlich werden, werden fortlaufend auf die nächste Seite übertragen.

Schwerpunktthema:

Schüler/Schülerin

Umfeld, Klasse, Lehrperson, Familie ...

Modell der ICF:

Körperfunktionen?

Aktivitäten

Partizipation

Umweltfaktoren

Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Berlin 17. November 2011

03.04.2012

18

Weiterführende Links

<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser> (Browserversion der ICF und ICF-CY in englischer Sprache, erlaubt die Suche nach Codes über Stichworte)

<http://apps.who.int/classifications/apps/icf/icfinstrumentmap/> (Verbindet Testverfahren mit der ICF; Grundlagen für das Mapping von Konzepten in Testverfahren zu den Konzepten in der ICF)

<http://www.icfillustration.com/> (ICF illustration library, enthält Zeichnungen, welche den Inhalt jedes Codes illustrieren)

<http://cirrie.buffalo.edu/icf/crosswalk/> (Verbindet Studien zu Assessment und Evaluation mit spezifischen ICF Codes)

<https://extranet.who.int/icfrevision> (elektronische Plattform für die Überarbeitung der ICF; kostenlose Anmeldung erforderlich)

03.04.2012

20

19

03.04.2012

20

Schlussworte durch Frau Heidrun Koop, Bundesverband der katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendlichen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Fach-Tagung mit dem Titel „Was hilft chronisch kranken Kindern?“ endet. Wir haben Kinder und Jugendliche in den Blick genommen, die von chronischer Krankheit und Einschränkungen ihrer Teilhabe betroffen oder bedroht sind. Unser Anliegen bei der Konzeption der Tagung war es, zusammen mit weitgehend allen Beteiligten die aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitations-Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, zu beraten.

Im Einladungsflyer hatten wir Fragen aufgeworfen, zu denen uns Experten aus Politik, Kostenträgerseite, Wissenschaft und Praxis antworteten als Basis für den Austausch mit ihnen, den Experten vor Ort. Er ging um folgende Fragen:

1) Wie viele und welche kranken Kinder und Jugendliche profitieren zur Zeit/generell von der stationären medizinischen Rehabilitation?

Es erfolgen Statements und Zahlen aus Sicht des Bundesarbeitsministeriums, der Rentenversicherungsträger und des Spitzenverbandes Bund der GKV dazu und zu den Erwartungen an die Rehabilitation: wurden uns aktuelle Erfahrungen aus der Praxis von Kinder- und Jugendärzten mitgeteilt.

2) Darüber hinaus ging es darum, welche Darstellungsmöglichkeiten für Einschränkungen und Zielbenennung nutzbar sind.

Von Vertretern der Wissenschaft erfuhren wir wie reharelevante Diagnosen und Beeinträchtigungen anhand des multiaxialen Klassifikationsschemas abgebildet werden können, und Teilhabe-Einschränkungen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher anhand der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eingestuft werden können.

3) Aufbauend darauf konnten wir bei der Podiumsdiskussion die aktuellen Probleme und Perspektiven der Kinder-Rehabilitation mit allen Beteiligten diskutieren.

Für ein endgültiges Resümee hinsichtlich unser zentralen Frage „Welche Bedeutung soll der Behandlungsart Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Zukunft zukommen und „wie viel Kinderrehabilitation wird benötigt und wie viel Geld sollte das Gesundheits- und Sozialsystem zu welcher Qualität vorhalten“ ist es noch zu früh.

Deutlich wurde:

- **Einvernehmen hinsichtlich Bedarf und der Nutzen:** Untersuchungen des Robert Koch-Instituts zeigen, dass bei 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen gesundheitliche und soziale Probleme zusammenkommen und deren Teilhabechancen bedrohen. Diese Probleme verhindern einen weitgehend normale schulische und soziale Entwicklung, die später zum Erreichen der Erwerbsfähigkeit führen sollte. Spezifische Rehabilitation unterstützt, Lebenschancen offen zu halten und ermöglicht damit Teilhabe am Erwerbsleben.
- **Einvernehmen hinsichtlich Kompetenz:** Dies betrifft den Bestand an Infrastruktur und Standard an Qualität und Diagnostik, der dank der enormen Anstrengungen zur Qualitätssicherung vorhanden ist, erhalten und ausgebaut werden soll.
- **Spannungsfeld:** Trotz breiten Einvernehmens über den Sinn bestimmen - oder beschränken sogar - verschiedene Probleme die tatsächliche Umsetzungspraxis. Budgetierung, die sich nicht am Bedarf orientiert, geringe Bewilligung und auch komplizierte Verfahren erschweren die Umsetzung. Gleichwohl gibt die politische Diskussion um die Aufhebung der Deckelung des Reha-Budgets Grund zur Hoffnung.

Im Namen aller Veranstalter möchte ich mich herzlich bei allen Mitwirkenden bedanken. Für die Grußworte und Einführung, die facettenreichen Vorträge der Referenten und die Statements und Diskussionsbeteiligung bei der Podiumsdiskussion. Danke auch nicht zuletzt den Moderatoren, die viel damit zu tun hatten, den berechtigten Bedarf nach Vertiefung und intensiven Austausch immer wieder zu bündeln.

Wie geht es weiter?

- 1) Es wird eine Dokumentation in gedruckter oder elektronischer Form erfolgen, die wir Ihnen zeitnah zur Verfügung stellen.
- 2) Von Seiten der DRV Bund wurde bestätigt, dass die Bewilligungen von Kinderrehabilitation-Maßnahmen 2010 stärker zurück gegangen sind als die Anträge und die DRV Bund berate, mit welchen Maßnahmen sie reagiere.
- 3) Aber auch die unterschiedlichen Dachgesellschaften und Gremien für den Bereich der Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen werden sich zukünftig stärker vernetzen und abstimmen. Einen ersten gemeinsamen Termin gibt es im Dezember. Beteiligt /Eingeladen sind: AG Kinder-Reha, BDPK, kathol. Kinder-Reha-Verband BVRKJ, Diakonie, DGpRP (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention), FA DGSPJ, Fachausschuss Ökonomie

Ich wünsche Ihnen nun eine gute Heimfahrt bzw. noch gute Beratungen bei der anschließenden 13. Leitlinienkonferenz der Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention

Tagungsbericht: „Was brauchen chronisch kranke Kinder“ – Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 17.11.2011 in Berlin

Am 17.11.2011 fand in Berlin eine Fachveranstaltung zur Kinder- und Jugendrehabilitation mit dem Titel „Was hilft chronisch kranken Kindern?“ statt, an ihr nahmen der Vertreter aus Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche, der Rehabilitationsträger sowie andere Interessierte teil.

Veranstaltende Verbände waren das Diakonische Werk der EKD, der Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention sowie die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Damit stand die Tagung in einer guten Tradition der Kooperation, die in den letzten Jahren immer wieder zu Tagungen zur Lage der Kinderrehabilitation geführt hat.

Die Befürchtung, dass das System der Kinderrehabilitation durch aktuelle Entwicklungen irreparabel Schaden nimmt – denn der Bewilligungsrückgang bedroht die Existenz von Fachkliniken – wirft die Frage auf, welche Bedeutung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Zukunft zukommen soll. Rehabilitationsangebote können einen Beitrag für die Gesundheit chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher leisten und helfen, dass sie an einer möglichst selbstbestimmten schulischen und sozialen Entwicklung teilhaben und später die Erwerbsfähigkeit erreichen können.

Frau Dr. Monika Stolz, neue Vorsitzende des Bundesverbands der Katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche eröffnete die Veranstaltung. Sie stellte die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in einen demographischen und volkswirtschaftlichen Zusammenhang, trägt die Rehabilitation doch dazu bei, Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln. Angesichts der veränderten demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung sprach sich Frau Dr. Stolz für eine Veränderung des Reha-Budgets aus. Die aktuellen Probleme der Kinderrehabilitation dürften nicht dazu führen, dass die Kliniken als Kompetenzzentren zerstört werden.

Frau Maria Loheide, Vorstandsmitglied für den Bereich Sozialpolitik beim Diakonischen Werk der EKD, stellte in ihrer Begrüßung die Tagung in den Zusammenhang eines gemeinsamen Engagements (gemeinsame Problemanzeige von Verbänden, Fachgespräch beim BMAS, Thematisierung beim Parlamentarischen Frühstück des Deutschen Reha-Tags und Beratungen in der BAR) und begrüßte ausdrücklich die Bereitschaft mehrerer Verbände, auch in Zukunft in Fragen der Kinderrehabilitation zusammenzuarbeiten. Sie sprach sich dafür aus, den Blick über die Kinder- und Jugendrehabilitation hinaus zu richten. Fachlich und politisch müsse die Frage beantwortet werden, in welche Richtung sich das System der medizinischen Rehabilitation angesichts erheblicher Zugangs- und Kooperationshürden, der problematischen Umsetzung des SGB IX, und der Aufgabe der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, entwickeln soll.

Die Grüße von Bundesministerin Frau Dr. von der Leyen überbrachte der Parlamentarische Staatssekretär bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales (BMAS), Dr. Ralf Brauksiepe. Er drückte die Wertschätzung des BMAS für Konzeption und Praxis der Kinder- und Jugendrehabilitation als einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen aus und betonte die Bedeutung dieses Zweigs der medizinischen

Rehabilitation angesichts der komplexen Gesundheitsprobleme von Kindern, des demographischen Wandels und des Anliegens, die Beschäftigungsfähigkeit bis zum Erreichen des erhöhten Renteneintrittsalters zu erhalten. Wo nötig möchte das BMAS die Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation verbessern. Dr. Brauksiepe ging auch auf das Fachgespräch im März 2011 im BMAS ein, das anlässlich des Belegungsrückgangs stattgefunden hat. Die Ergebnisse dieses Fachgesprächs wurden am 05.05.2011 im Kreis der beteiligten Reha-Träger im BMAS zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit erörtert. Dabei haben sich der GKV-Spitzenverband und die DRV Bund darauf verständigt, eine gemeinsame Information zur Kinder- und Jugendrehabilitation zu gestalten, der Staatssekretär bittet darum, diese Information baldmöglichst zu erarbeiten. Ferner kündigte er an, dass die DRV Bund Zugangshemmnisse durch eine Überarbeitung des Antrags beseitigen möchte, schließlich sollen die Bescheidtexte überarbeitet werden. Nach Klärung der Frage, ob und wie das Reha Budget erhöht wird, wird zu einer Folgetagung des Fachgesprächs des BMAS eingeladen werden.

Frau Dr. Korsukéwitz stellte in ihrem Beitrag umfassend die Kinder- und Jugendrehabilitation in der Verantwortung der Rentenversicherung dar und verband dies mit einem deutlichen Bekenntnis zu diesem Leistungsbereich, der (im Jahr 2010) 3,4 % aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ausmachte. Den Rückgang bei der Inanspruchnahme führte sie auf die demographische Entwicklung und eine verbesserte und erweiterte ambulante Versorgung zurück. Die Transparenz und Übersicht zu Anträgen und Leistungen sei problematisch. Um Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden sind, so Frau Dr. Korsukéwitz, eine verbesserte Information zur Kinderreha, die Überarbeitung des Formularwesens, der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit und eine bessere Vernetzung der Kliniken mit ambulanten Strukturen und Angeboten notwendig.

Gerd Kukla, GKV-Spitzenverband, der in Vertretung von Frau Dr. Kücking teilnahm, fügte in seinen Ausführungen die „Aufgaben der Kinderrehabilitation in der Versorgungskette aus der Sicht der GKV“ aus. Leitend war für ihn die Idee eines gestuften Systems von Prävention, Vorsorge, Früherkennung, Krankenbehandlung und Rehabilitation in der GKV. In der systematischen Übersicht über die Leistungen der Krankenversicherung für die Kindergesundheit lassen sich für Herrn Kukla für Aufgaben der Kinderrehabilitation nur als Element des Gesamtsystems bestimmen und damit immer im Zusammenhang von Prävention und kurativer Versorgung. Als Herausforderungen für die Akteure nannte Herr Kukla u. a. die Verzahnung der Angebote und eine gute Nachsorge.

Dr. Wolfram Hartmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, führte aus, welche Kinder Rehabilitation brauchen, fragte nach Problemen einer frühzeitigen Bedarfserkennung und ob Unterversorgung besteht. Er begründete in seinem Referat, dass für eine Reihe von Indikationen und Teilhabeeinschränkungen das ambulante Setting nicht ausreicht. Es seien vor allem „psychosoziale“ Gründe, wie schwierige Familiensituationen, häufiger Therapiewechsel, „Bildungsferne“ etc. die körperliche, psychische und soziale Probleme bündeln. Auch mögliche ambulante Maßnahmen würden vor diesem Hintergrund dann nicht umgesetzt. Dr. Hartmann sprach sich entschieden dafür aus, dass Bezugspersonen bis zum Ende des Grundschulalters die Kinder in den Kliniken begleiten, Zugangshürden abgebaut werden (wie der Nachweis einer besonderen Qualifikation zur „Verordnung“ im GKV-Bereich), keine Anträge zwischen GKV und GRV verschoben werden und Reha-Anträge nicht fachfremd abgelehnt werden.

Auch der Beitrag von Dr. Frank Friedrichs, Kinderarzt aus Aachen, der Erwartungen an die stationäre Rehabilitation aus Sicht eines niedergelassenen pädiatrischen Pneumologen formulierte, machte praktische Probleme der Kinderrehabilitation deutlich. Er betonte zum einen die psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung für die Lebenspraxis der Kinder und ihrer Familien. Anhand von Fallbeispielen demonstrierte Dr. Friedrichs Probleme beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen.

Der Block am Nachmittag wurde durch den Vortrag von Frau Prof. Dr. Hollenweger, Pädagogische Hochschule Zürich, eingeleitet, die die Darstellung von Teilhabebeeinträchtigungen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit der ICF zum Thema hatte. In den Mittelpunkt ihrer Ausführungen stellte sie die ICF als ein praktikables Wissenstool im Sinne des Einbringens, Diskutierens, Integrierens und Anwendens von Wissen. Damit plädierte sie dafür, die ICF über die Funktion eines konzeptionellen Rahmens für die Rehabilitation hinaus als Praxisinstrument einer teilhabeorientierten Rehabilitation zu nutzen.

Den zweiten Beitrag zur medizinischen Diagnostik und zum Teilhabebedarf hielt PD Dr. Michael Kölch, Universitätsklinikum Ulm, zur Klassifizierung von reharelevanten Diagnosen und Beeinträchtigungen anhand des multiaxialen Schemas (MAS). Er arbeitete heraus, dass und in welcher Weise mittels des MAS Teilhabebeeinträchtigungen und eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen, alltagspraktischen und sozialen Situation möglich ist.

In der abschließenden Podiumsdiskussion zu aktuellen Problemen und Perspektiven der Kinderrehabilitation mit Frau Cleavenger (BMAS), Frau Eusterholz (vdek), Dr. Hartmann (BVJK) und Frau Dr. Korsukéwitz (DRV Bund) standen die Fragen im Mittelpunkt, die die Kinderreha-Szene bewegen: Natürlich ist hier das Thema Reha-Budget zu nennen. Aber darüber hinaus sind es die Zugangshürden (u. a. Formularwesen), Fragen der Vernetzung (auch der Nachsorge), die Frage, ob alle Gruppen von Kindern die gleichen Chancen haben, eine Rehaleistung zu erhalten – zu denken ist an Kinder mit Migrationshintergrund – und Fragen der Kooperation der Reha-Träger. Als problematisch wurden Statistiken im Bereich der Krankenversicherung bewertet. Das Bekenntnis des BMAS zur Kinderrehabilitation wurde positiv aufgenommen, wie auch der Wille der Rehabilitationsträger mit den Leistungserbringern, den Fach- und Wohlfahrtsverbänden im Gespräch zu bleiben.

Frau Heidrun Koop, Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, machte in ihrem Schlusswort auf die auf der Tagung deutlich gewordenen Spannungen zwischen dem Einvernehmen bei der Einschätzung von Bedarf, Nutzen und Kompetenz einerseits und den zahlreichen Problemen der Umsetzungspraxis andererseits aufmerksam.

Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD

Veranstaltende Verbände

Arbeitsgemeinschaft Kinder-und Jugendrehabilitation e.V

Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention

Diakonisches Werk der EKD e.V.

Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.

Staffenbergstraße 76

70184 Stuttgart

Verantwortlich:

Andreas Wagner

Zentrum Kommunikation

Postfach 10 11 42

70010 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-454

Telefax: +49 711 21 59-566

redaktion@diakonie.de

www.diakonie.de

Kontakt

Dr. Tomas Steffens

Diakonisches Werk der EKD

Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe

Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege

Reichensteiner Weg 24

14195 Berlin

Telefon: +49 30 830 01-361

steffens@diakonie.de

Juni 2012