

Über 100 Jahre CKR

Rückblick – Einblick – Ausblick

Caritas-Bundesverband
Kinder- und Jugendreha e.V.

www.kinder-reha.de



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Tuberkulose war Ende des 1. Weltkrieges eine weit verbreitete, gefährliche Krankheit. Geschätzt jedes vierte Kind unter 15 Jahren war in Deutschland 1920 daran erkrankt. Obendrein war mit der Spanischen Grippe eine weltweite Pandemie noch am Abklingen. Vor diesem Hintergrund gründete eine Gruppe Engagierter am 12. November 1920 beim Caritas-Zentralrat und Caritastag in Paderborn einen Verband, der sich der Kindererholungs- und Heilfürsorge verschrieb. Wiederum eine weltweite Pandemie ließ uns 2020 die Erinnerungsfeier zur Verbandsgründung verschieben. Verspätet dürfen wir also auf nun über 100 Jahre Wirkungszeit zurückblicken. Im „Reichsverband katholischer Anstalten der Kindergesundheitsfürsorge“ sollten die Betreiber organisiert werden. Ging es in den 1920er-Jahren darum, zahlreiche katholische Erholungsstätten einzurichten – 1925 waren es 120 Mitgliedseinrichtungen –, so weitete sich der Blick zügig. Neben der Gesundheitsfürsorge wurden bereits 1925 ganzheitlicher auch „seelenkundliche und gemüts-pflegende Probleme“ innerhalb der Heime und Heilstätten behandelt. Konzeptionelle Grundlinien wurden erarbeitet und die Schulung der Mitarbeitenden systematisiert und professionalisiert. Bis 1936 fanden regelmäßig Verbandstagungen statt. Doch in den Jahren danach übernahm die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt die Vormachtstellung in der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. „Zwischen 1936 und 1947 war der Verband zum Schweigen verurteilt“, lässt sich in einer Ansprache zum 40. Verbandsjubiläum über die NS-Zeit nachlesen (s.a. S. 4/5).

Schon im November 1945 nimmt der erste Caritas-Zentralrat nach Kriegsende die Kindergesundheitsfürsorge wieder in den Blick. 1947 wurde der seit 1941 verwaiste Vorstand des Fachverbandes wieder besetzt, der ab 1950 „Verband katholischer Einrichtungen der Jugendberufshilfe- und Heilfürsorge“ heißt. Die Grundlinien wurden überarbeitet und politisch nach einer auskömmlichen Finanzierung der Heime gesucht. In den 1960er-Jahren wurden mit dem Jugendwohlfahrtsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz die Kinder mehr in den Blick genommen. Doch die Refinanzierung von gesundheitlichen Maßnahmen blieb prekär, so dass viele Heime unwirtschaftlich wurden. Aufgrund gewandelter gesellschaftlicher und pädagogischer Anforderungen wurde auch zunehmend auf ambulante Hilfen für Kinder und Jugendliche verlagert.

Über all die Jahrzehnte Verbandsarbeit war und bleibt die Refinanzierung ein Knackpunkt: ob und wieviel die Kostenträger in die Rehabilitation junger Menschen stecken. Mit dem Flexirentengesetz von 2017 wurde auch für die Kinder- und Jugendreha die Türe zu einer stärkeren Familienorientierung aufgestoßen. Kinder dürfen nun regelhaft bis zum 12. Lebensjahr von einer Erziehungsperson begleitet werden, bei Bedarf auch darüber hinaus. Zurzeit werden Begleitpersonen-Konzepte erprobt und damit der wichtige Baustein für die Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden weiter entwickelt. Deren Wohlergehen wird auch für die Zukunft die höchste Priorität unserer verbandlichen Arbeit sein, versichert Ihnen

Ihr

Joachim Unterländer
Vorsitzender des CRK



Kindsein ist eine Lebensphase, in der kleine Kratzer unversehens tiefe Spuren hinterlassen. Wenn die beste Freundin wegzieht. Wenn sich die Eltern trennen. Wenn nach einem Sportunfall das Training monatelang nicht möglich ist. Auch gesellschaftliche Spannungen übertragen sich auf die Seelen der Kinder. Corona hat gezeigt: Es waren Kinder und Jugendliche, die unter dem Lockdown besonders gelitten haben.

Die tätige Sorge um belastete oder chronisch kranke Kinder und Jugendliche gehört zur DNA des Deutschen Caritasverbandes. Gemeinsam mit seinen Fachverbänden der Jugend- und Gesundheitshilfe arbeitet er Hand in Hand, um ihre Teilhabechancen zu sichern. Der „Reichsverband katholischer Anstalten der Kindergesundheitsfürsorge“ ist seit über 100 Jahren dabei.

Damals konnte – bald nach dem Ersten Weltkrieg – die rehabilitative Versorgung von Kindern und Jugendlichen besser abgesichert werden. Ein Anlass, dankbar zu sein für die Leistung derer, die im Caritasverband damit wichtige Weichen gestellt haben.

Neue Herausforderungen machen neue Anstrengungen nötig. Aktuell sind es exzessiver Medienkonsum und Internetnutzungsstörungen, die gemeinsam mit Essstörungen und psychischen Erkrankungen die Arbeit der Kinder- und Jugendreha prägen. Mit der Rentenversicherung verbindet uns die Überzeugung, dass frühe Reha-Maßnahmen sich in diesen Problemlagen langfristig doppelt auszahlen.

Ihre

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin Deutscher Caritasverband



Seit nunmehr über 100 Jahren setzen Sie sich für Kinder und Jugendliche mit psychischen und physischen Belastungen ein. Sie geben ihnen eine Stimme und vertreten ihre Interessen gegenüber Politik und Öffentlichkeit. Betroffene und ihre Angehörigen finden bei Ihnen ein offenes Ohr und umfangreiche fachliche Unterstützung. Den runden Geburtstag nehmen wir zum Anlass, Ihnen und allen Mitstreitenden sehr herzlich zu gratulieren und uns für Ihr großartiges Engagement zu bedanken.

Kinder sind unsere Zukunft. Sie sollen gesund aufwachsen und sich frei entfalten können. Dabei wissen wir: Nicht immer gelingt das. Denn es gibt zahlreiche Krankheiten, die sich negativ auf ihren Lebensweg auswirken und sie auch im späteren Erwerbsleben einschränken können. Als Rentenversicherung werben wir unter dem Motto „Reha heißt das Zauberwort“ für unsere Leistungen, um erkrankten Kindern und Jugendlichen dabei zu helfen, gesund zu werden und wieder voll am Leben teilhaben zu können. Ihren Verband wissen wir dabei als verlässlichen Partner an unserer Seite.

Lassen sie uns diesen Weg weiter beschreiten und das gute Angebot an Reha-Leistungen gemeinsam weiterentwickeln, um jungen Menschen Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Ihre

Brigitte Gross
Direktorin, Deutsche Rentenversicherung Bund



Ein Streifzug durch die Geschichte des Verbandes

Einige Dutzend kirchliche Erholungsheime für Kinder und Jugendliche existierten zum Ende des Ersten Weltkrieges. Doch erst mit der Gründung des „Reichsverbandes katholischer Kinderheilstätten und Kindererholungsheime Deutschlands“ beim Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes (DCV) am 12. November 1920 in Paderborn fanden sich die katholischen Heime auch organisatorisch zusammen. Ziel war der

„Zusammenschluss aller auf dem Boden freier Liebestätigkeit wirkenden geschlossenen und halboffenen karitativen Einrichtungen der Jugenderholungs- und -heilfürsorge Deutschlands zur Förderung ihrer ideellen und wirtschaftlichen Interessen“.

Die Geschäftsführung lag anfangs beim DCV im Bereich Krankenfürsorge, ab 1924 im Referat Kinderfürsorge. In den ersten Jahren gründeten sich weitere katholische Heime, so dass ihre Anzahl 1925 bei 120 lag.

Heime werden klassifiziert

Schon 1924 war auf der Verbandstagung in Bad Lippspringe die Klassifizierung der Heime in Erholungs-, Genesungs- und Heilstätten eingeleitet worden. Eine Richtlinie sollte 1925 gemeinsame Standards zu den „Grundfragen der Kindererholungs- und Heilfürsorge“ in den Heimen etablieren. Der verbandliche Rat zu kleineren Gruppen, gesunder Ernährung und Professionalisierung blieb in vielen Häusern aber kostengeschildet zu wenig beachtet. Denn mit der Weltwirtschaftskrise 1929 kämpften die katholischen Heime bereits mit Existenzsorgen.

Parallel wurde von Seiten der Caritas die Mitarbeiterausbildung professionalisiert. Die 1920 gegründete Caritasschule wurde 1925 mit der sozialpolitischen Frauenschule fusioniert. 1928 wurde ein zweijähriger Ausbildungsgang zur Kindergärtnerin etabliert.

Bereits 1933 errang die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt NSV in der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Vormachtstellung. Bis 1936 fanden zwar noch regelmäßige

Verbandstagungen statt, und eine „Richtlinie für die erzieherische Arbeit in katholisch caritativen Heimen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendfürsorge“ wurde von der Bischofskonferenz gebilligt. Doch „zwischen 1936 und 1947 war der Verband zum Schweigen verurteilt“, resümiert 1960 Theodor Holling, der bereits seit Verbandsgründung im Vorstand war, anlässlich des 40-jährigen Verbandsjubiläums. Viele Heime existierten in der NS-Zeit weiter und versuchten vermutlich durch rechtliche Zuordnung zur Bischofskonferenz unterhalb des Radars des NS-Staates zu überleben. Ab 1939 wurden einige Heime und Kliniken beschlagnahmt.

An Vorkriegszeit angeknüpft

1947 wurde der seit 1941 mit dem Tod Wilhelm Wagners verwaiste Vorstandsposten mit Theodor Holling neu besetzt, und das Finanzamt bescheinigte dem Verband Gemeinnützigkeit und Steuerbefreiung. Die Richtlinien von 1925 wurden überarbeitet und mündeten 1951 in die „Grundsätze für die Voraussetzungen der Heilstätten, Genesungsheime und Erholungsheime“. Zwar führte 1952 die Rentenversicherung die Kinderheilverfahren wieder ein, doch eine Vollkostenfinanzierung sollte noch lange Wunschtraum bleiben.

Die 1950er- und 1960er-Jahre waren in den Heimen von einem großen Nachholbedarf geprägt: bei den sanitären Anlagen, den medizinischen Anwendungsanlagen, der Einrichtung kleinerer Schlafräume und zusätzlicher Gruppenräume. Die überwiegende Indikation von Unterernährung der Nachkriegsjahre (s.a. S. 8/9) wurde in den nun anbrechenden Zeiten des Wirtschaftswunders zunehmend von Umwelteinflüssen und „Zivilisationsschäden“ vielfältiger Art abgelöst wie Stress, Lärm, Luftverschmutzung, so in einer Denkschrift 1973:

„Eine sozialpädiatrisch und sozialpädagogisch begründete und gestaltete Kinderkur [...] wird damit zu einer wichtigen und unersetzlichen Aufgabe familienergänzender und familienersetzender Hilfen“.¹

Zwar nahmen das Jugendwohlfahrtsgesetz von 1961 und das Bundessozialhilfegesetz 1962 vorbeugende Gesundheitshilfe mehr in den Blick. Dennoch wird in der Denkschrift von 1973 beklagt, dass eine kostendeckende Finanzierung nach wie vor problematisch sei. Die Gründe für die Maßnahmen verschoben sich in den nächsten Jahrzehnten weiter von Prävention zu Rehabilitation. Kinder galten zunehmend nur noch dann als kurbedürftig, wenn eine chronische Erkrankung benannt werden konnte. Immer mehr wohnortnahe Angebote entstanden, und die geburten-schwachen Jahrgänge wirkten sich aus. Zunehmend scheuten Eltern sich, ihre Kinder zur Erholung länger aus dem Schulbetrieb zu nehmen. Ergebnis war: nach und nach schlossen viele Heime und die Verbliebenen spezialisierten sich auf gesundheitsbezogene Reha-maßnahmen.

PR-Kampagne soll aufklären

Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 sicherte zwar endlich die Vollfinanzierung von stationären Reha-Leistungen, doch die Verunsicherung war inzwischen insbesondere bei Eltern und Ärzten groß. Aufklärung schien nötig. Der Fachverband startete deshalb von 1993 bis 1995 eine große, zielgruppenspezifische PR-Kampagne „Caritas – die Kinderlobby“, um über Ansprüche und Möglichkeiten zu informieren.

1995 wurde vom DCV in einem Positionspapier² für Mütter, Kinder und Jugendliche ein ganzheitliches und vernetztes Hilfeangebot verankert.

Die Kinderkuren wurden 1999 im DCV wieder der Gesundheitshilfe zugeordnet – wie bei der Gründung 1920. Im Jahr 2000 beschloss der DCV-Zentralrat eine stärkere Rollendifferenzierung zwischen DCV und Fachverbänden und übertrug nunmehr dem „Bundesverband katholischer Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ die – in Kooperation mit dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands getragen – Geschäftsführung. 2018 löste sich der CKR aus der Kooperation mit dem kkv und wurde eigener Anstellungsträger.

Im Leitbild von 2015 machte der CKR sich die **„Lobbyarbeit für Kinder und Jugendliche zur Aufgabe, die für ihre Lebensbewältigung wegen ihrer körperlichen und seelischen Belastungen gezielt Reha benötigen“**.³

Ende 2016 wurde mit dem Flexirentengesetz und seinen Stärkungs- und Ausdifferenzierungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendreha eine wichtige gesetzlich Grundlage für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden geschaffen. Diese gilt es nun im Versorgungsbaustein der Kinder- und Jugendreha konzeptionell auszubauen.

Gertrud Rogg
Journalistin und Historikerin



Kuren in den Schweizer Bergen: auch in Davos befand sich zwischen den Weltkriegen eine Mitgliedseinrichtung.

¹ „Denkschrift des DCV zu Erholungs- und Kurmaßnahmen für Kinder“, Sonderdruck aus Jugendwohl 1/1973

² „Unser Standpunkt 29“, Beihefte der Zeitschrift Caritas, Heft 3, Dezember 1995

³ Tätigkeitsbericht 2015 – 2017



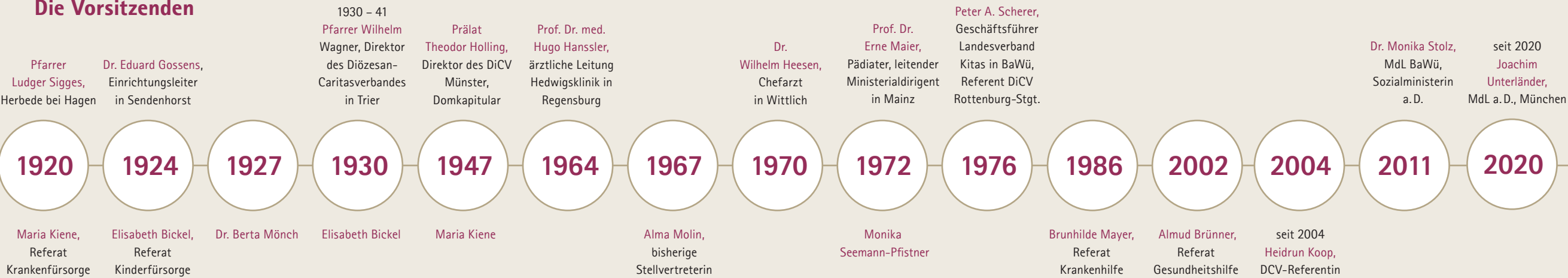
Namen des Verbandes seit Gründung



Dr. Monika Stolz,
Ministerin a.D., Vorsitzende
des CKR von 2011 bis 2020

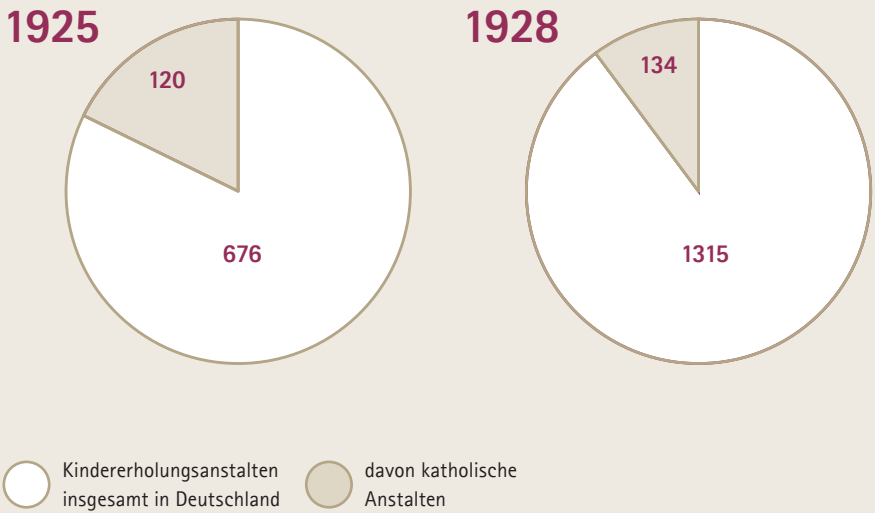
„Mein Hauptziel war, dass unser Verband durch Gespräche und Kooperationen bei Politik, Kostenträgern, Ärzten und in der Öffentlichkeit das Angebot der Kinder- und Jugend-Reha-Einrichtungen nachhaltig bekannt macht und sich fachlich einbringt, damit die Notwendigkeit dieses Angebots für chronisch kranke Kinder anerkannt und in anstehenden Gesetzen und Regelungen angemessen berücksichtigt wird“.

Die Vorsitzenden



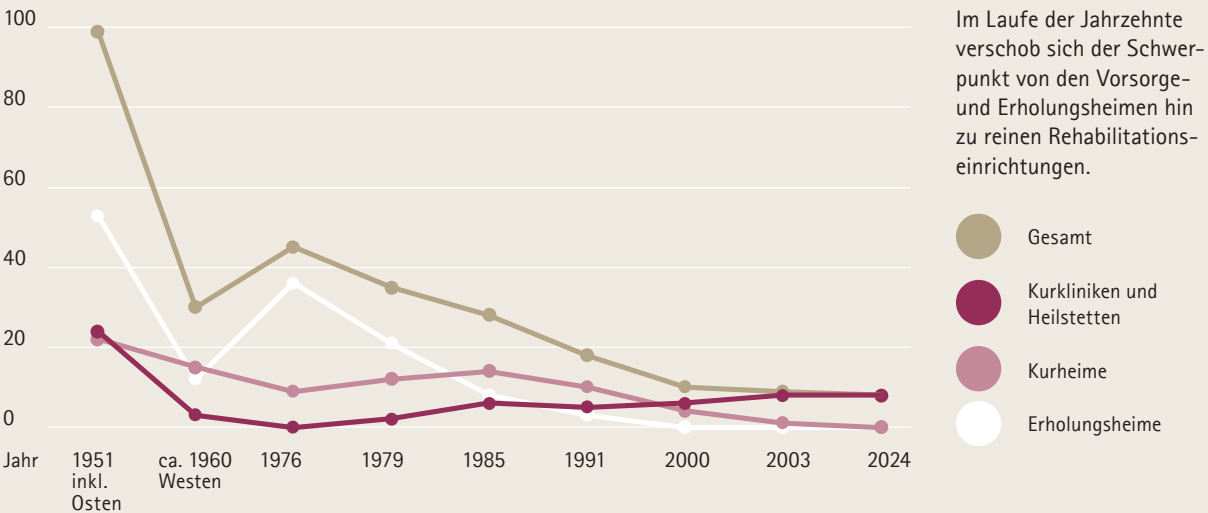
Die Geschäftsführungen (alle DCV-Referentinnen in Freiburg)

Einrichtungen nach dem 1. Weltkrieg



In der Weimarer Zeit begangen auch die Krankenkassen, Stiftungen und nichtkirchliche Verbände Heime zu gründen. Durch die große Zahl an Heimen gingen Belegung und Wirtschaftlichkeit stark zurück.

Anzahl der katholischen Kinder- und Jugendreha-Mitgliedseinrichtungen nach dem 2. Weltkrieg



Im Laufe der Jahrzehnte verschob sich der Schwerpunkt von den Vorsorge- und Erholungsheimen hin zu reinen Rehabilitationseinrichtungen.

Ein kaum bekanntes Kapitel der Sozialgeschichte

Durch Kinderkuren sollten in den Nachkriegsjahrzehnten Millionen von Kindern aus allen sozialen Schichten gesundheitlich gestärkt werden und eine gute Zeit erleben. Heute beklagen ehemalige Kurkinder, dass es oft anders kam. Sie benennen belastende Erfahrungen und weisen auf Missstände in Kureinrichtungen hin. Was wissen wir aus dieser Zeit? Von Kriegsende bis hinein in die 1980er-Jahre fanden mehrere Millionen Kinderkuren statt. Die drei- bis achtwöchigen Kinderkuren wurden meist ärztlich angeordnet oder von der „Fürsorge“, zum Beispiel von Jugend- und Gesundheitsämtern, veranlasst. Auch die Caritas betrieb sogenannte Entsendestellen. Die Kosten der Kurmaßnahmen trugen größtenteils Rentenversicherungen und Krankenkassen.

Anlass war oft Mangelernährung

Die Erholungsbedürftigkeit vieler Kinder und Jugendlicher lag in den 50er-Jahren in kriegsbedingten Ernährungsmängeln und ärmlichen Verhältnissen begründet. Kindererholungsmaßnahmen sollten den gesundheitlichen Zustand von meist zwei- bis 12-Jährigen durch eine ausreichende Ernährung und den Aufenthalt in einer Region mit guter Luftqualität verbessern. Verschickt wurde zudem bei chronischen Krankheiten wie beispielsweise aktiver Tuberkulose. Aber auch Kinder ohne erkennbare Gründe nahmen an dem weit verbreiteten Angebot in der deutschen Nachkriegszeit teil. Mit Rückgang der kriegsbedingten Mangelernährung und der Tuberkulose änderten sich ab den 1960er-Jahren die Gründe für die Verordnung einer Kinderkur. Bei der Erholungsfürsorge stand vermehrt die Prävention mit Gesundheitserziehung im Vordergrund. Bei der Heilfürsorge ging es oft um die Behandlung von Atemwegserkrankungen. Die Kurheime lagen häufig an der See, im Mittelgebirge oder in den Alpen. In Westdeutschland gab es schätzungsweise rund 1000 Kinderkurheime in unterschiedlicher Trägerschaft. Aber auch in der DDR gab es in großem Umfang Kinderkuren. Etwa die Hälfte aller westdeutschen Kinderkur-Einrichtungen war in privater Trägerschaft (hier sind Krankenkassen und Stiftungen mit einbezogen). Ein Sechstel der Heime wurde von Kommunen getragen und ein Drittel von

den (teilweise kirchlichen) Wohlfahrtsverbänden. Der Anteil der Kinderkur-Plätze in katholisch getragenen Häusern lag schätzungsweise bei 10 bis 15 Prozent.

Ehemalige Kurkinder melden sich zu Wort

Seit mehr als 20 Jahren melden sich nun ehemalige Kurkinder zu Wort und veröffentlichen Erzählungen und Erinnerungen. Die darin geschilderten erschütternden und leidvollen Erlebnisse zeigen eine Lücke zwischen dem damaligen Anspruch und der Wirklichkeit. Die Dokumente veranschaulichen, wie Einsamkeit, Heimweh und Verlustängste oft schmerzten und zu selten auf liebevolles Personal mit Zeit stießen. Viele Kinder litten während des Aufenthalts unter den strengen Erziehungsmethoden und den rigiden Sauberkeitsforderungen. Erschreckend oft wird von Demütigungen („schwarzer Pädagogik“) und körperlicher Gewalt durch die Betreuungspersonen berichtet, vereinzelt auch von sexuellen Übergriffen und unsachgemäßer Medikation.

Diese Missstände wurden in der damaligen Zeit durchaus wahrgenommen, und als eine der Ursachen wurde das Fehlen von ausreichend ausgebildetem Fachpersonal benannt. Dies wurde innerhalb des Verbandes zwischen 1960 und 1980 diskutiert und führte zu mehreren Maßnahmen, darunter Schulungen für unqualifiziertes Personal. Aber das reichte offenbar nicht, wie die Betroffenenberichte eindrücklich zeigen.

Das Leid muss anerkannt werden

Für die Caritas sind die geschilderten Missstände in Kinderkurheimen mit unseren Werten in keiner Weise vereinbar. Wir haben Mitgefühl für die Menschen, die als Kinder Leid erfuhren, und verstehen es als unsere Aufgabe und Verpflichtung die Missstände aufzuarbeiten. Das Leid der Betroffenen braucht Anerkennung. Erfreulicherweise tut sich viel. Im Jahr 2019 gründeten Betroffene den „Verein zur Aufarbeitung und Erforschung von Kinderverschickung“. Sie hatten zuvor schon mit dem Sammeln von Erfahrungsberichten für die wissenschaftliche

Aufarbeitung begonnen. Ihre Aktionen machten schließlich die Thematik der breiten Öffentlichkeit bekannt. Seit 2019 befassten sich daher auch CKR und Caritas mit dem Thema. Es wurde Literatur über die Zeit und die eigenen Archivbestände gesichtet sowie Betroffenen und Forschenden der Zugang hierzu ermöglicht. Welches Ausmaß die Gewalt- und Unrechtserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in den westdeutschen Kurheimen der ersten drei Nachkriegsjahrzehnte erreichte und welche Rolle dabei systembedingte Gründe und individuelles Versagen spielten, kann aber nur durch unabhängige wissenschaftliche Forschung geklärt werden.

Wissenschaftliche Aufarbeitung

Der CKR hat sich deshalb für eine Aufarbeitung der damaligen Geschehnisse als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch die Bundespolitik stark gemacht. Da dies auch nach fast zwei Jahren nicht über eine

Bundesinitiative gelang, wählte der Verband einen anderen Weg seiner Verantwortung als institutioneller Akteur nachzukommen. Er suchte Kooperationspartner aus der Trägerverantwortung, um mit ihnen gemeinsam die Strukturen, Abläufe und Vorkommnisse der damaligen Kinderkuren unabhängig untersuchen zu lassen. Die Wohlfahrtsverbände Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz sowie die Deutsche Rentenversicherung Bund beauftragten 2022 das Institut für Geschichtswissenschaften der Humboldt-Universität in Berlin mit der Forschung. Seitdem untersuchen Professor Alexander Nützenadel und sein Team die Jugenderholungs- und -heilfürsorge der Nachkriegsjahrzehnte historisch. Ergebnisse werden für 2025 erwartet.

Heidrun Koop
Geschäftsführerin des CKR

Quellen sind auf Anfrage einsehbar.

Die strikte Mittagsruhe mit Leseverbot und absoluter Stille war bei den Kindern extrem unbeliebt.

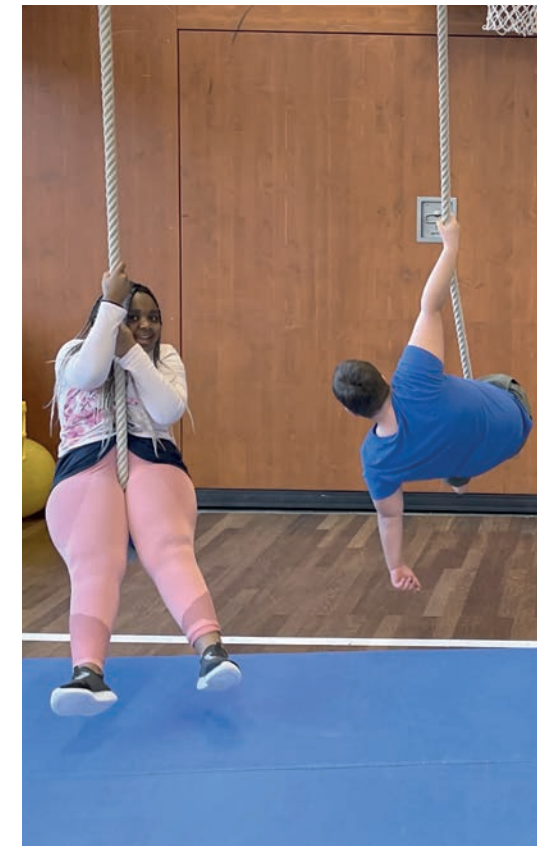


Einblick **Impressionen** aus den Mitgliedseinrichtungen



< Scheidegg
Jugendliche werden an Sport herangeführt.

Meerbusch >
Neurologische Störungen erfordern eine spezielle Therapie.



Feldberg ^
Bei Adipositas wird auf viel Bewegung geachtet.

Graal-Müritz v
Endlich wieder schwimmen – trotz Neurodermitis.



Bad Hindelang-Oberjoch ^
Die Arbeit in der Werkstatt kann Teil der Therapie sein.

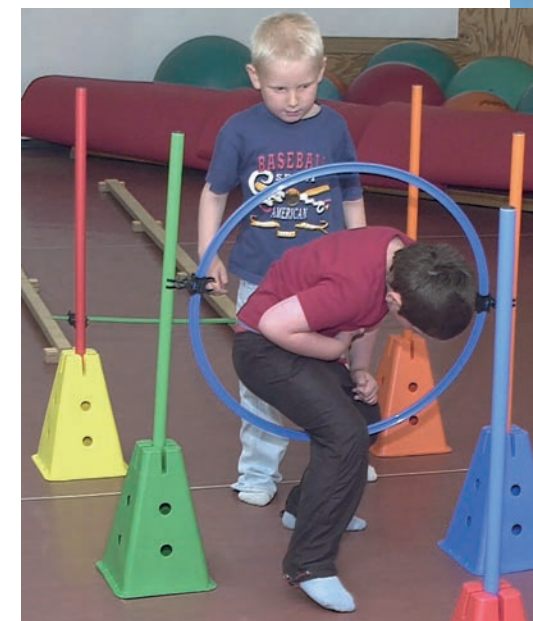


< Oy-Mittelberg
Die für die Schule nötige Konzentration kann auch so trainiert werden.

Wangen ^
Jugendliche lernen mit den chronischen Erkrankungen umzugehen.



Murnau >
Ihre Freizeit gestalten die Gruppen jeweils selbstständig.



Den Teufelskreis durchbrechen

Auf 1250 Metern Höhe mitten im Naturschutzgebiet des Schwarzwalds bietet die Fachklinik Caritas-Haus Feldberg ein vielseitiges Therapieangebot für Kinder- und Jugendrehabilitation sowie Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahmen an. Die Indikationen in der Kinder- und Jugendreha sind AD(H)S, Adipositas und Asthma bronchiale.

Strategien gegen Adipositas

Adipositas tritt bei über sechs Prozent aller Kinder in Deutschland auf, seit Corona mit weiter steigender Tendenz. Mangelnde Bewegung gepaart mit ungünstigen Essgewohnheiten sorgen für eine Gewichtszunahme. Dies führt wiederum zu weiterem Bewegungsmangel, Langeweile und ungünstigem Essverhalten: Ein Teufelskreis entsteht. Die Familien erfahren in vier Wochen Möglichkeiten diesen Kreislauf zu durchbrechen. Kinder bis 12 Jahre kommen gemeinsam mit einem Elternteil zur Reha. Jugendliche verbringen die vier Wochen alleine mit Gleichaltrigen in der Fachklinik und werden pädagogisch betreut.



Kinder lernen spielerisch ihr Essverhalten zu ändern

Alle reisen zeitgleich an und erleben ihre Therapien, die Klinikschule und die pädagogische Betreuung in derselben Gruppe. Schwerpunkt der Reha ist, die soziale Kompetenz in den Kinder- und Jugendgruppen zu stärken. Zuhause erleben sich viele Patienten als ausgegrenzt, werden gemobbt oder sind bereits schon in jungen Jahren sozial isoliert. Gemeinsam mit anderen können sie ihre Stärken wiederentdecken und festigen. Wichtig ist, auch die Familien über die Erkrankung und den Umgang mit ihr zu schulen. Bei individuellen Gesprächen und Gruppenschulungen zu Ernährung, Bewegung, Psychosoziales und Medizin werden Folgeerkrankungen besprochen und angeregt, die Ess- und Bewegungsgewohnheiten zu ändern. In der Lehrküche und in der Sporttherapie werden neue Strategien ausprobiert. Gemeinsam wird geschaut, „was macht Spaß?“ und „worauf habe ich Lust?“. Denn nur unter diesen Bedingungen lässt sich langfristig das Verhalten verändern.

Die Eltern werden geschult

Sowohl bei den Kindern als auch bei den Jugendlichen ist es sehr wichtig die Eltern einzubeziehen. Sie sind für die Versorgung der Kinder zuständig und geben Strukturen vor. Daher werden die begleitenden Eltern in der Kinderreha während des Aufenthalts geschult. Die Eltern der Jugendlichen sind am An- und Abreisetag vor Ort und erhalten parallel zur Reha noch zwei Online-Schulungen. So können sie sich zu Hause mögliche Veränderungen überlegen und diese schon umsetzen.

Eine Adipositas ist nicht in vier Wochen geheilt, daher ist Nachbetreuung wichtig. Die Klinik versucht, den Rehabilitanden möglichst am Heimatort professionelle Hilfe zu verordnen oder zu empfehlen. Die Mitarbeitenden halten mit ihren Adipositas-Patienten über drei Jahre nach der Reha Kontakt, fragen regelmäßig nach dem Verlauf und geben bei Bedarf Tipps.

Christina Schnurr
Öffentlichkeitsarbeit,
Fachklinik Caritas-Haus, Feldberg

Neue Schule der Rehabilitation

Chronische Erkrankungen sind für die Teilhabe an schulischer Bildung eine komplexe Herausforderung. Zugänge zu Bildungsangeboten müssen systemisch geplant und umgesetzt werden. Daher haben die Fachkliniken Wangen das Konzept der schulischen Bildung in der Rehabilitation kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Anforderungen an die frühere „Schule für Kranke“ haben sich vollkommen verändert. Nicht nur „Schulstoff/Inhalten“ sollen erlernt, sondern individuelle Bildungswege gestaltet werden. Damit Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen an Bildung teilhaben, sind die Zielbereiche der „Neuen Schule in der Rehabilitation“ heute weiter gefasst und damit zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Rehabilitation an den Fachkliniken Wangen.

Grundlage des Unterrichts ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagogik, Medizin, Schul-, Sozialpädagogik, Berufsorientierung und Therapie. Die Intensität und Qualität des Unterrichts, der in die medizinische Rehabilitation eingebunden ist, macht sich nicht an der Stundenzahl fest. Die besondere Qualität des Unterrichts bei uns in der Rehabilitation zielt auf das „bessere Zurechtkommen“ in der Heimschule und der dortigen Lernumgebung ab.

Zielbereiche sind:

- Schule und die eigenen Voraussetzungen in Einklang bringen
- Chronische Krankheit im Schulalltag managen
- Lust auf Lernen in Gruppen wieder wecken, Kompetenzen suchen, Lernmotivation finden
- Verschiedenheit als bereichernde Vielfalt erleben
- Methodentraining „Lernen“
- Methodentraining „Belastende Situationen“
- Gewaltlos Konflikte lösen (Unterrichtsmodule FAIR)
- Prävention: Stark sein – Hilfe anfordern und annehmen
- Beratungen: Berufsorientierung, Schullaufbahnberatung, Schulwechsel,
- Lernstoff und Leistungsnachweise bearbeiten, Lernlücken finden und schließen

- Erfolgreiche Reintegration in die Lernangebote zu Hause

Schule als Unterstützungssystem

Die „Neue Schule in der Rehabilitation“ (die Namensgebung ist in den 16 Bundesländern unterschiedlich) ist ein wirksames Unterstützungssystem in der medizinisch-klinischen Rehabilitation. Hilfen, Unterstützungen und eventuelle Neuorientierungen werden in interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten entwickelt. Eltern, Kinder und Jugendliche, Lehrerinnen und Lehrer der Heimschule, Behörden, Therapeutinnen und Therapeuten sowie alle anderen Beteiligten am Bildungsprozess können die Erkenntnisse und Hinweise aus der Rehabilitation für die weitere Entwicklung positiv nutzen. Hieraus ergibt sich für die „Neue Schule in der Rehabilitation“ ein eindeutiger Beratungsauftrag, der sich an die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und alle weiteren Beteiligten richtet.

Sonderpädagogik arbeitet immer subsidiär und entwickelt ihre Qualitäten in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die „Neue Schule in der Rehabilitation“ schafft damit die Voraussetzungen für schulische Teilhabe und Inklusion am heimatlichen Wohn- und Bildungsort.

Stephan Prändl Rektor, Heinrich-Brügger-Schule,
Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum
an den Fachkliniken Wangen im Allgäu



Lernen soll nicht länger als Qual empfunden werden.

Den Weg zurück in die Schule finden

Wenn der reguläre Schulbesuch eines Kindes oder Jugendlichen scheitert, müssen neue Wege gesucht werden. Eine stationäre oder eine wohnortnahe ganztägige ambulante Reha-Maßnahme können dann geeignet sein, Schulabstinenten wieder in schulische, soziale und gesellschaftliche Prozesse einzubinden. In der Hochgebirgsklinik Mittelberg werden bei der Reha vordergründig die angstbedingte Schulvermeidung, Schulangst sowie Schulphobie oft in Kombination mit sozialer Phobie oder Depression behandelt. Ambulante und therapeutische sowie schulbezogene Maßnahmen brachten bei diesen Kindern und Jugendlichen im Vorfeld der Reha keinen Erfolg. Dahinter liegt oft eine vielfältige Entstehungsgeschichte. Eine Reha ist angezeigt, wenn die Einflüsse der Umgebung ungünstig sind und ein Umgebungswechsel mehr Erfolgchancen bietet. Bei allein reisenden schulpflichtigen Jugendlichen entwickelt sich bei der stationären Reha im ganztägigen Zusammenleben mit Gleichaltrigen ein höherer gruppendynamisch fördernder Therapieprozess. Der Besuch der Klinikschule fällt ihnen leichter und damit der Wiedereinstieg in eine zunächst geschützte Schulsituation.

Beispiel eines Schulverweigerers

Ein 10-jähriger Junge kommt mit seinem Vater als Begleitperson zu einer vierwöchigen Reha in die Hochgebirgsklinik Mittelberg. Seine Vorgeschichte umfasst häufige Schulfehlzeiten. Seit den Herbstferien verweigert er den Schulbesuch komplett, zieht

sich von allen außerhäuslichen Aktivitäten zurück, und seine Traurigkeit ist gepaart mit impulsiven Wutausbrüchen. Alle Bemühungen der mittlerweile völlig verzweifelten Eltern waren gescheitert. Die Familie setzt daher große Hoffnungen in die stationäre Reha-Maßnahme.

Die dahinter liegenden Probleme wurden schnell deutlich. Es bedurfte einer individuellen Begleitung von Vater und Sohn, um die festgefahrenen dysfunktionalen Erziehungs- und Verhaltensmuster aufzulösen. Gemeinsam wurden neue Lösungsansätze erarbeitet und im Reha-Alltag erfolgreich umgesetzt. Auch die Kindesmutter und die Heimatschule wurden online in den Prozess einbezogen. Das stufenweise Therapieprogramm beinhaltete eine Kombination aus therapeutischen, schulischen und allgemein pädagogischen Maßnahmen sowie den Austausch mit anderen Eltern. Nach zwei Wochen nahm der Junge wieder täglich am Unterricht in der Klinikschule teil und spielte auch in der Freizeit wieder mit Gleichaltrigen. Die Beziehung von Vater und Sohn entspannte sich. Gemeinsame Aktivitäten in den Allgäuer Bergen sorgten zusätzlich für Erholung und gemeinsame Erlebnisse. Nach der Reha gelang auch an der Heimatschule die Wiedereingliederung und vom Vater kam die Rückmeldung: Dank der Reha ist das Familienleben gerettet und wieder im Lot.

Jürgen Waibel

Geschäftsführer und Stiftungsvorstand
Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche,
Oy-Mittelberg

Adäquat begleitet kann auch
Schule wieder Spaß machen.



Hier lässt es sich durchatmen

Die Alpenklinik Santa Maria der Katholischen Jugendfürsorge ist auf 1200 Höhenmetern eine der höchstgelegenen Rehakliniken für Kinder und Jugendliche Deutschlands. Das gesunde Hochgebirgsklima in Bad Hindelang-Oberjoch ist vorteilhaft für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Es finden sich so gut wie keine Pollen, Hausstaubmilben oder Schimmelpilze. Deswegen hat sich die Klinik seit Jahren auf die Behandlung von Allergien und chronischen Krankheiten der Atemwege wie Asthma, rezidivierende Bronchitiden aber auch seltene angeborene und erworbene Erkrankungen der Lunge spezialisiert. Bereits vor der Aufnahme der Patienten wird anhand der Unterlagen und eventuell in ergänzenden Gesprächen mit den Patienten und ihren Familien der beste Zeitpunkt und die optimale Anreisegruppe gesucht. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bei der Ankunft werden, neben dem bisherigen Verlauf und der aktuellen Therapie, auch alle vorliegenden Untersuchungen ausgewertet.

Hilfe schon für die Kleinsten

Schon bereits bei vierjährigen Patienten wird dann die Lungenfunktion inklusive der Bestimmung von Entzündungsmarkern in der Ausatemluft geprüft und eine Laufbelastung durchgeführt. Oft folgt auch ein aktueller Allergietest. Mit diesen Befunden wird dann die bestmögliche medikamentöse Therapie eingeleitet. Parallel erhalten die Patienten aber auch eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene multiprofessionelle Be-

treuung durch das Therapie-Team. Dieses besteht aus Physio-, Sport- und Bewegungstherapeuten, wird ergänzt durch Ergo-, Moto- oder Musiktherapie und bei Bedarf auch mit psychologischer Beratung und Ernährungstherapie. Erwachsene Begleitpersonen, Jugendliche und Kinder ab dem Vorschulalter werden darüber hinaus umfassend im Umgang mit der Erkrankung, möglichen Therapieformen und zum Verhalten bei potenziellen Notfällen geschult – angelehnt an die Manuale der AG Asthmaschulung. Während der Rehabilitation besteht auch die Möglichkeit die klinikeigene private Schule zu besuchen. Damit Spaß und Erholung nicht zu kurz kommen, wartet in den therapiefreien Stunden ein vielseitiges Freizeitprogramm auf die Kinder und Jugendlichen sowie deren Begleitungen. Dazu gibt es in unmittelbarer Nähe zur Klinik abwechslungsreiche Möglichkeiten. Abgerundet wird die Rehabilitation mit einem Entlassungsbericht, der konkrete Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie beinhaltet und kurz nach der Behandlung der Familie zugestellt wird.

Dr. Markus Koch

Chefarzt und Klinikleiter, Alpenklinik Santa Maria,
Bad Hindelang-Oberjoch



Auch der Spaßfaktor kommt bei
aller Therapie nicht zu kurz.

Bei einer Rehabilitandin wird
die Lungenfunktion getestet.



Mittels Computer das Verhalten steuern lernen

Frau Dr. Pellarin-Schlingensiepen, als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie praktizieren Sie in Ihrer Klinik das sogenannte „Neurofeedback“. Was ist darunter zu verstehen?

Pellarin: Das Neurofeedback ist eine computergestützte Verhaltens- und Lernstrategie. Dabei werden wie bei einem EEG die Hirnströme gemessen und deren Frequenzspektrum elektronisch ausgewertet.

Wofür wird es angewendet?

Es ist ein Verfahren, um Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern zu helfen. In unserer Klinik setzen wir Neurofeedback insbesondere bei AD(H)S sowie bei Migräne und Kopfschmerzen ein.

Und was läuft dabei genau ab?

Die jungen Patienten sollen lernen, ihre Gehirnaktivität selbst zu steuern und letztendlich dann mit weniger Medikamenten auszukommen. Bei der Betrachtung der computergestützten Rückmeldung zu den Hirnströmen, die einhergehen mit sichtbaren und/oder hörbaren Belohnungssignalen, lernen die Patienten auf spielerische Art, auf die eigenen Hirnaktivitäten Einfluss zu nehmen. Indem die Patienten sich auf die Animationen des Computers konzentrieren und zum

Dr. Maïke Pellarin-Schlingensiepen
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



Die Chefärztin der Prinzregent Luitpoldklinik in Scheidegg, Maïke Pellarin-Schlingensiepen, erklärt im Interview die Behandlungsmethode des Neurofeedbacks, die unter anderem bei AD(H)S angewendet wird.

Beispiel ein Flugzeug auf dem Bildschirm höher oder tiefer fliegen lassen, produziert ihr Gehirn die für sie optimalen Gehirnströme. Da nur die erwünschten Frequenzen spielerisch belohnt werden, lässt sich die Dominanz bestimmter Frequenzbereiche verschieben, verstärken oder hemmen.

Was ist die Folge?

Die dem Gehirn eigenen regulatorischen Mechanismen können trainiert und damit die Selbststeuerung verbessert werden. Auf diese Weise können die Kernsymptome bei ADS beziehungsweise ADHS nachweislich gelindert werden. Bei Migräne und Spannungskopfschmerzen können so Anfälle besser vermieden und die Symptome besser bewältigt werden.

Wie wirksam und nachhaltig ist die Methode, beispielsweise wenn die Patienten wieder zuhause sind?

Die Wirksamkeit wurde in mehreren Studien erwiesen. Allerdings reicht das Training in der Klinik noch nicht aus, um eine dauerhafte Veränderung herbeizuführen. Aber die Patienten können erste Erfahrungen sammeln und gegebenenfalls zuhause bei einem geeigneten Therapeuten weitertrainieren. Wenn die Patienten so eine bessere Selbststeuerung erlangen, ist das ein großer Erfolg.

Die Kinder lernen spielerisch die eigenen Hirnaktivitäten zu beeinflussen.



So erleben Jugendliche den Reha-Alltag

Für sechs Wochen leben in der Regel 15 unbegleitete Jugendliche auf einer Station in der Kinder- und Jugendreha in Murnau zusammen – in Einzel- und Zweibettzimmern, jeweils mit eigenem Bad. Um 7:15 Uhr wird zum gemeinsamen Frühstück geweckt. Ab 8:00 Uhr beginnen die Therapien oder die Schule. Unter der Woche gehen die Jugendlichen vormittags für zwei Stunden in die Klinikschule, um den Schulstoff aus den Hauptfächern ihrer Heimatschule zu bearbeiten. Gegen 12:15 Uhr ist Mittagessen auf der Station. Das Essen wird in der Klinikküche zubereitet. Die Mittagspause von 13:00 bis 14:00 Uhr kann auf den Stationen unterschiedlich gestaltet werden. Danach folgen Gruppen- und Einzeltherapien. Abendessen gibt es gegen 17:30 Uhr und anschließend ist meist eine letzte Gruppeneinheit und Freizeit bis zur Zimmerruhe.

Eisbaden ist Highlight

Die Einzeltherapien beinhalten psychologische Gespräche, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und sozialpädagogische Gespräche. Die Gruppentherapieangebote bestehen aus Schwimmtherapie, Nordic-Walking, Ergometer, Team-Aktivität, Bewegungsspiel, Lauf und Gehtraining, Muskelaufbautraining, Kunsttherapie, Qi Gong, Konzentrations- und soziales Kompetenztraining und vieles mehr. Highlights sind das Eisbaden am Montagnachmittag



So kommt die Lunge zu Kräften

und die Erlebnispädagogik zum Wochenausklang. Hier werden beispielsweise erlebnisreiche Kurzwanderungen auf die umliegenden Berge oder Rallyes auf dem Gelände gemacht. Die Freizeit zwischen den Therapien können die Jugendlichen selbst frei gestalten: ob im Gruppenraum beim gemeinsamen Spielen, draußen auf dem Gelände mit Stationsfreunden oder alleine, um Ruhe und Zeit zum Nachdenken zu haben. Bei der wöchentlichen Visite werden mit den Jugendlichen der aktuelle Stand und ihr Wohlbefinden besprochen, so dass die Therapien bei Bedarf wöchentlich individuell angepasst werden können. Zu jeder Mahlzeit gibt der Pflegedienst auf der Station die benötigten Medikamente aus. Bei akuten gesundheitlichen Problemen können die Jugendlichen sich direkt an den Pflegedienst wenden. In der Ambulanz gibt es bei Bedarf die Möglichkeit zu Aromatherapie und Rotlicht. Bei akuten Erkrankungen werden die Jugendlichen dort untersucht und behandelt.

An den Wochenenden können die Jugendlichen ausschlafen und individuell zum Frühstück erscheinen. Anschließend dürfen sie gerne von ihren Eltern besucht und für einen Tagesausflug abgeholt werden. Von Seiten der Station werden regelmäßig Ausflüge nach Murnau oder Umgebung angeboten. Auf Wunsch können auch Kinobesuche, Minigolfen, kleine Wanderungen und andere jahreszeitgemäßen Aktivitäten organisiert werden. Zudem steht den Jugendlichen für verschiedene Aktivitäten ein Freizeitraum zur Verfügung.

Michael Reindl
Pädagogischer Leiter, Klinik Hochried in Murnau
KJF-Rehaklinik für Kinder und Jugendliche



Meeresbrise bei Neurodermitis

Seit der Gründung der Kinderklinik in Graal-Müritz vor mehr als 130 Jahren wurde der einzigartige Standort zwischen Kiefernwald und Meer in die jeweiligen Therapiekonzepte des Hauses einbezogen. Heute werden in der Median Kinderklinik Tannenhof Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem/Neurodermitis behandelt. Sie leiden an Einschränkungen in der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und der sozialen Integration. Insbesondere das klinische Erscheinungsbild sowie der in diesem Zusammenhang auftretende Juckreiz stellen eine starke psychische Belastung für die Betroffenen und ihre Familien dar. Bei der Behandlung lernen sie mit der Erkrankung umzugehen, ihre Ängste und damit entstandenen Stress abzubauen, um wieder aktiv an den Aktivitäten Gleichaltriger teilnehmen zu können. Vermehrte Klinikaufenthalte und Fehlzeiten in Kinder-einrichtung und Schule können so vermieden oder zumindest reduziert werden.

Pflege, die „unter die Haut geht“

Gemeinsam mit den begleitenden Eltern und dem Patienten sowie bei den alleinreisenden Kindern und Jugendlichen wird die von Medizinern festgelegte Basispflege eingeübt. Hierzu werden die Patienten zum Salbentraining eingeladen. Die Mitarbeitenden demonstrieren das Eincremen. Dabei werden die



Die passende Therapie tut Haut und Seele gut.

Grundpfeiler der Hautpflege vermittelt. Hinweise zur Sauberkeit von Haut und Händen vor dem Eincremen, zur Einwirkzeit und zu geeigneten Hautpflegeprodukten werden besprochen – aber auch mögliche Einschränkungen der Patienten im Alltag.

Bei den kleineren Patienten wird das Eincremen durch spielerische Interventionen unterstützt und den begleitenden Eltern vermittelt, die Basispflege als nicht belastendes Element im Familienalltag zu verstehen. Häufig werden in den Gesprächen mit den kleinen Patienten und deren Müttern aber auch mit den alleinreisenden Kindern und Jugendlichen Beschwerden beschrieben und auslösende Faktoren benannt. Diese Offenheit der Rehabilitanden kann die notwendige eventuelle Intensivierung der bisherigen Behandlung hervorgerufen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Pflege im Tannenhof besteht in der Vermittlung von Wissen zur Neurodermitisbehandlung. Dabei werden die Kinder und Jugendlichen ab einem Alter von 8 Jahren in Seminaren bestärkt, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Gemeinsam werden Lösungswege erarbeitet, um die Erkrankung als weniger belastend zu erleben.

Sissy Woizeschke und Team
Kaufmännische Leitung Median-Kinderklinik Tannenhof, Ostseeheilbad, Graal-Müritz



Ein Lichtblick auch für schwere Fälle

Frau Dr. Müller, mit welchen Erkrankungen kommen die Kinder und Jugendlichen in Ihre Therapieklinik?

Müller: Sie haben ähnliche neurologische Erkrankungen wie Erwachsene, beispielsweise Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumore, Hirnblutungen, Entzündungen des Nervensystems, Epilepsie, gelegentlich auch Schlaganfälle und vieles mehr. Wir behandeln aber auch viele Kinder mit einer Cerebralparese.

Wie sind die Schädigungen zustande gekommen?

Die Schädigungsmechanismen des Zentralen – aber auch peripheren – Nervensystems (ZNS) sind komplex. Sie entstehen im weitesten Sinne als Folge von Entzündungen, Raumforderungen und pathologischen Gefäßprozessen. Auch angeborene Erkrankungen wie beispielsweise Hirnfehlbildungen oder Läsionen, die während der Schwangerschaft oder unter der Geburt auftreten, können neurologische Defizite verursachen. Konkret wirken diese sich beispielsweise auf das Denkvermögen und/oder den Bewegungsapparat oder die Muskelsteuerung aus.

Wie wirken sich generell diese Störungen aus?

Kognitive und motorische Störungen sind eine häufige Folge von Erkrankungen oder „Verletzungen“ des Nervensystems. Solche Störungen äußern sich in Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Sprache, räumlich visueller und konstruktiver Funktionen, Gedächtnis und komplexeren Denkfunktionen. Mittels neuro-rehabilitativer Therapie wollen wir aber auch bei diesen Kindern das Entwicklungspotenzial optimal ausschöpfen. Unser Zentrum verfügt über sehr moderne diagnostische und therapeutische Verfahren.

Was sind die konkreten Therapieangebote?

Das Ziel der neurorehabilitativen Therapie ist die Wiederherstellung und Unterstützung geschädigter Hirnfunktionen, um letztlich gesellschaftliche Teilhabe und alltags- sowie schulisch-beruflich relevante Aktivitäten wiederzuerlangen. In der Neuropädiatrie versuchen wir alltagsrelevante Funktionen zu trainieren,

Alltagsrelevante Fähigkeiten wie beispielsweise das Laufen können gezielt stimuliert und trainiert werden.

PD Dr. Kristina Müller
Chefärztin für Neuropädiatrie
an der St. Mauritius-Therapie-
klinik Meerbusch



Die Therapieklinik St. Mauritius in Meerbusch ist eine der wenigen Kliniken, die sich auf die Behandlung schwerer neurologischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen spezialisiert hat. Ihr Einzugsbereich ist überregional. Die Chefärztin PD Dr. Kristina Müller im Gespräch dazu.

so zum Beispiel ganz praktisches Laufbandtraining, rhythmisch-akustische Stimulation, repetitives Üben, kognitives Training oder auch Elektrostimulation. Es werden aber auch ganz traditionelle Verfahren wie Musiktherapie und heilpädagogische Methoden eingesetzt. Bei Essstörungen kombiniert ein spezielles Team die video-endoskopische Schluckdiagnose mit modernen Ess- und Schlucktherapien.

Was sind Ihre Methoden?

Wir arbeiten evidenzbasiert und orientieren unser Tun an wissenschaftlichen Daten und Erkenntnissen. Wir haben ein sehr individuell abgestimmtes Programm für die Kinder – für jeden Schweregrad und für jede Altersgruppe.

Wie erleben die Patienten die Therapie?

Wenn Sie die Kinder selbst fragen, ist die Patientenzufriedenheit sehr hoch. Sie erleben den Aufenthalt als positiv. Sie gehen in besserer Verfassung nachhause, als sie gekommen sind.



Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung begleiten

In den letzten Jahren hat sich die psychische Belastung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, durch verschiedene Faktoren wie die Pandemie, die Klimakrise, Kriege und die Inflation verstärkt. Doch ist diese Entwicklung wirklich neu und ist die Pandemie allein dafür verantwortlich? Schon 2007 wies die Bundespsychotherapeutenkammer auf die psychischen Probleme bei Kindern hin, insbesondere bei solchen aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien. Studien aus den Jahren 2014 und 2017 (BELLA und KIGGS) zeigen die deutliche emotionale Belastung von Kindern und Jugendlichen auf. Während der Pandemie wurden diese besonders belastet, da Kindergärten und Schulen geschlossen wurden und die soziale Interaktion stark eingeschränkt war. Der Austausch mit Gleichaltrigen wurde digital fortgeführt, während wichtige Ausgleichs- und Entspannungsmöglichkeiten stark reduziert wurden. Feiern, gemeinsame Aktivitäten und Sport wurden eingeschränkt. Die Auswirkungen auf die körperliche Fitness (deutlich reduziert) und den Medienkonsum (nochmals stark gesteigert) sind ebenfalls belegt. Unter anderem die Copsy-Studie identifizierte räumliche Enge, finanzielle Belastungen und emotionale Probleme der Eltern als Hauptgründe für die Zunahme von emotionalen Problemen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie.

Pandemie beeinträchtigte Entwicklungen

Schauen wir uns die emotionale Entwicklung an: die Herausforderung ist sich Gefühlen zu stellen, diese auszuhalten, einzuordnen und zu verarbeiten. Diese Entwicklungsaufgabe beginnt im ersten Lebensjahr. Kinder lernen, dass Gefühle etwas Persönliches sind und sich „in ihnen drin“ abspielen, nicht für alle sichtbar. Diese Aufgabe wird durch erwachsene Bezugspersonen vorgelebt, begleitet und angeleitet. Kinder lernen mit komplexen Gefühlen wie Neid und Mitleid umzugehen, widersprüchliche Gefühle auszuhalten und soziale Kontakte zu Gleichaltrigen als Übungsfeld zu nutzen. Mit der Einschulung wird das Eingebundensein in eine Gemeinschaft bedeutsam sowie der Umgang mit vereinbarten Regeln. Die Kinder lernen auch

den Einsatz von Doppeldeutigkeiten und Ironie kennen. Erwachsene Bezugspersonen, meistens die Eltern, werden emotional als ein sicherer Hafen wahrgenommen. Sie haben (scheinbar) Antworten auf Probleme und kennen Lösungen. Diese Sicherheit wird während der Pubertät oft hinterfragt und manchmal sogar abgelehnt. Die selbstständige Bewältigung von Herausforderungen und einer erhöhten Risikobereitschaft steht hier häufig im Vordergrund. Die pandemiebedingten Einschränkungen haben jedoch einige dieser wichtigen Entwicklungsaufgaben beeinträchtigt. Zudem haben viele Kinder ihre Eltern ratlos und ohne Antworten erlebt und viel früher als erwartet festgestellt, dass nicht auf alles eine Antwort vorhanden ist. Kinder und Jugendliche haben auch erlebt, dass ihre Bedürfnisse in den vergangenen Jahren nur nachrangig berücksichtigt wurden, sei es während der Pandemie, im Umgang mit der Klimakrise oder dem Krieg in Europa. Das Gefühl, nicht gehört zu werden, keinen Einfluss zu haben und den Auswirkungen wesentlicher Entscheidungen hilflos ausgesetzt zu sein, führt nachweislich zu einem erhöhten Stresslevel und kann krank machen. Die unterschiedliche Wahrnehmung von Belastungen durch die politische Großwetterlage zeigt sich auch in einer Befragung von 2022 zu den aktuellen Sorgen der Jugend.

Die Auswirkungen waren spürbar: Stationäre Aufnahmen aufgrund von Essstörungen, Ängsten und Depressionen stiegen deutlich an. Die pandemiebedingten Einschränkungen haben wichtige Aspekte der emotionalen Entwicklung beeinträchtigt. Der Austausch mit Gleichaltrigen fand digital statt, während wichtige Entspannungsmöglichkeiten stark reduziert wurden.

Bessere Vernetzung und vereinfachte Anträge

Es ist daher entscheidend, die bereits vor fast 20 Jahren geforderte Vernetzung der Helfersysteme und den Ausbau der Angebote für Kinder und Jugendliche nun endlich umzusetzen. Rehabilitative Angebote können einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Kinder und ihre Familien unterstützen und auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingehen. In rehabilitativen

Angeboten werden Kinder, Jugendliche und ihre wesentlichen erwachsenen Bezugspersonen bei der Verbesserung einer eigenständigen Alltagsbewältigung unterstützt und gefördert. Dabei stehen eine praxisorientierte Anleitung, eine gruppenbezogene Alltagsbegleitung sowie die Überprüfung und Anpassung von bestehenden Hilfsmaßnahmen im Vordergrund. Neben der Auseinandersetzung mit den krankheitsbedingten Einschränkungen ist die Begleitung bei den altersentsprechenden Entwicklungsschritten in der emotionalen Entwicklung eine wichtige Aufgabe. Die Unterstützung der Familie im Loslösungsprozess soll die Teilhabe an entwicklungsgerechten Aktivitäten sicherstellen.

Es bleibt auffällig, dass rehabilitative Angebote nach wie vor wenig bekannt sind. Sie zu beantragen wird oft als aufwändig und kompliziert wahrgenommen. Die vorgenommenen Anpassungen haben bisher wenige in der Beratung und Mitbeantragung tätige Personen registriert. Es ist daher wichtig, diese Angebote bekannter zu machen und die Beantragung zu vereinfachen, um Familien in schwierigen Situationen besser zu unterstützen.

Dr. med. Nora Volmer-Berthele, MBA
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Chefärztin Fachkliniken Wangen

Peter A. Scherer
Vorsitzender des CKR
von 1976 bis 2011



„1976 nahm ich den Auftrag an, die Verbandsmitgliedschaft neu zu strukturieren und damit das Profil zu schärfen. Anlass waren veränderte medizinische, sozialpädiatrische und leistungsrechtliche Anforderungen. Dies konnten wir 1981 gemeinsam abschließen. Rund 45 Einrichtungen verblieben im Verband. Mit kontinuierlicher Qualifizierung trugen sie dazu bei, dass der Verband nachhaltig bei den Partnern Anerkennung findet in der qualifizierten Vorsorge und Reha.“



Die Corona-Pandemie hat die psychischen Belastungen der Kinder noch deutlich verstärkt.

Neue Formate müssen entwickelt und erprobt werden

Bereits in der Vergangenheit gab es verschiedene grundlegende Anpassungen im Bereich der Kinder- und Jugendreha, die auch noch in die Zukunft hineinwirken: Mit dem Flexirentengesetz wurde 2017 das Wunsch- und Wahlrecht gestärkt; die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl befindet sich in der Umsetzung, und 2026 soll ein neues Vergütungssystem in der Deutschen Rentenversicherung eingeführt werden. Der Trend zu mehr Patienten mit Begleitpersonen in der Kinder- und Jugendrehabilitation beschleunigt sich. Hinzu kommt der weiter anwachsende Fachkräfte- und Personalmangel sowie die Anforderung, verschiedene Bereiche verstärkt zu digitalisieren. Diese veränderten Rahmenbedingungen stellen aus unserer Sicht in der Zukunft große Herausforderungen für die Kinder- und Jugendrehabilitationseinrichtungen dar. Nachfolgend soll ein tieferer Blick darauf geworfen werden.

Begrenzte Ressourcen und Räumlichkeiten

In den letzten Jahren stieg der Anteil der begleiteten Patienten in der Reha deutlich zu Lasten der unbegleiteten Patienten an. Das Alter der in die Rehabilitation begleiteten Kinder wurde schrittweise bis zum 12. Lebensjahr erhöht. Diese Tatsache hat die Kliniken beispielweise bei der bestehenden Infrastruktur sowie den räumlichen Möglichkeiten zur Aufnahme einer Begleitperson vor Herausforderungen gestellt. Und sie wird sicherlich auch zukünftig ein großes Thema bei der Bauplanung bleiben.

Ein wichtiges Element in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist, die Begleitperson einzubeziehen. Dieser Ansatz wird seit 2023 durch die Rentenversicherung in einer Erprobungsphase dahingehend gestärkt, dass spezielle Begleitpersonenkonzepte und Angebote etabliert werden. Das verstärkte Einbeziehen der Begleitperson führt dazu, dass weitere Ressourcen – insbesondere personelle – nötig sind, um den Anforderungen von und an diese Zielgruppe zu entsprechen. Die Kliniken stehen vor der Situation, dass in Zukunft mehr Patienten mit Begleitpersonen zur stationären Rehabilitation kommen und somit die räumliche Situation in den Rehakliniken entsprechend

angepasst werden muss. Dies stellt die Kliniken vor große finanzielle Herausforderungen, die nur mit Unterstützung der Kostenträger und hier speziell mit auskömmlichen Vergütungssätzen gemeistert werden können.

Weitere Aspekte, beispielsweise die geforderte qualitätsgesteuerte Einrichtungsauswahl oder das neue Vergütungssystem aufgrund des Flexirentengesetzes, wird die Kliniken zusätzlich massiv belasten.

Digitale Formate für Fachkräfte und Patienten

Die qualitätsgesteuerte Einrichtungsauswahl wird in Zukunft auch dazu führen, dass der Fokus der Kliniken bei der Patientenversorgung auf einer Behandlungsqualität von höchstem Niveau liegt. Dies hat für die Kliniken aber auch zur Folge, dass es wegen des Fachkräfte- und Personalmangels immer schwieriger sein wird das dafür notwendige Personal zu finden. In dieser Situation stehen die Kliniken sowie die Kostenträger mehr denn je vor der Frage, welche Möglichkeiten es noch gibt, um die Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Einerseits gilt es, die Fachkräfte mit mittels Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz im Alltag zu entlasten. Andererseits gilt es aber auch zu überlegen, ob und welche digitalen Formate es für die Rehabilitationsmaßnahmen selbst gibt. Die Deutsche Rentenversicherung hat sich mit diesem Thema bereits beschäftigt und Rahmenbedingungen für eine

digital flexibilisierte medizinische Rehabilitation geschaffen. So können beispielsweise während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auch digitale Therapieformen angeboten werden. Möglich ist aber auch eine stationäre Rehamaßnahme anschließend mit einer ortsunabhängigen, digitalen Rehabilitation zu kombinieren.

Neues Vergütungssystem verunsichert

Im Rahmen der Umsetzung zum Flexirentengesetzes muss die Deutsche Rentenversicherung ein neues Vergütungssystem einführen. Es soll transparent und bundeseinheitlich den Rahmen für die Kostensatzverhandlungen mit dem jeweiligen Federführenden beschreiben. Da aktuell die Einzelheiten des Vergütungssystems noch nicht bekannt sind, führt dies bei den Rehabilitationseinrichtungen zu großer Verunsicherung. Die Kliniken sehen aktuell keine Planungssicherheit für die Zukunft.

Eine weitere Zukunftsaufgabe wird sein, die Finanzierung des schulischen Angebots in der Kinder- und Jugendrehabilitation flächendeckend und auskömmlich zu etablieren. Aufgrund des bundesdeutschen Föderalismus und der damit verbundenen Zuständigkeiten der Bundesländer für die Finanzierung der Schulen, ist das schulische Angebot in den Rehabili-

Alwin Baumann
Vorstandsmitglied des CKR
von 1982 bis 2022 und
langjähriger Einrichtungsleiter.



„Im Mittelpunkt des Verbandes stehen weniger die Interessen der Mitgliedseinrichtungen, sondern vielmehr die Bedürfnisse der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen und deren Familien. Wegen der gesellschaftlichen Bedeutung der Caritas können diese Bedürfnisse wirkungsvoll vertreten werden.“

tationskliniken sehr unterschiedlich und abhängig vom jeweils zuständigen Bundesland.

Insgesamt erfordert die Rehabilitation bei Kindern und Jugendliche ein ganzheitliches und multidisziplinäres Herangehen, das die physischen, emotionalen und sozialen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt. Zusammenfassend kann allerdings gesagt werden, dass die Anpassungen der Rahmenbedingungen sowie die Veränderungen in der Nachfrage auch eine große Chance bieten, um qualitativ hochwertige, individualisierte und innovative Rehabilitationsangebote zu entwickeln, um die Herausforderungen zu überwinden und um das volle Potenzial der Angebote und der Mitarbeitenden zu entfalten. Dies bleibt immer mit dem Ziel verbunden, Teilhabe für unsere Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern.

Buket Altan
kaufm. Leitung Kinderkliniken Wangen

Andreas Auer
Klinikleitung Hochried, Murnau



Die Unterbringung und Anleitung von Begleitpersonen sind die neueren Herausforderungen.



Caritas-Haus Feldberg im Winter

Lernsituation am Bernhard
Kinderkurheim Freiburg



Der Film zum Verbandsjubiläum

Was hat den Verband geprägt und wie hat der Verband die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche geprägt? Im Gespräch mit Zeitzeugen bietet der Film Einblick in über 100 Jahre Verbandsgeschichte, aber auch auf die aktuelle Lage der Kinder mit chronischen gesundheitlichen Einschränkungen.



Bildnachweise:

S. 1 Mitte, 5, 9, 24 DCV-Archiv; S. 2, 23 CKR; S. 2 DCV und DRV Bund; S. 7, 21 privat; aus den Einrichtungen:
S.1 oben, 13, 18 Graal-Müritz; S. 3, 12, 16 Scheidegg;
S. 10, 13 Feldberg; S. 11, 12, 14, 22 Wangen; S. 13, 14 Mittelberg;
S. 12, 15 Oberjoch; S. 12, 17 Murnau; S. 1 unten, 13, 19 Meerbusch;



Impressum

Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR)

Redaktion: Heidrun Koop (V.i.S.d.P.), Gertrud Rogg

Layout: Nathalie Kupfermann

Druck: Hofmann-Druck

Karlstr. 40 · 79104 Freiburg

Tel. 0761/200-221

E-Mail: kinder-reha@caritas.de · www.kinder-reha.de

