

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

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



Arbeitsgemeinschaft
Kinder- und Jugendrehabilitation e.V.
Vereinigung von Ärzten, medizinischen Berufen, Eltern
von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen



BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.



KINDER-REHA



Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation



Deutsche Gesellschaft **Pädiatrische**
Rehabilitation Prävention



Veranstungsverlauf

- 10:00 Uhr Begrüßung und Einführung in die Tagung
Ministerin a.D. Dr. Monika Stolz MdL, Vorsitzende des BVRKJ
- 10:30 Uhr Grußwort
Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin
- 10:45 Uhr Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- u. Jugendrehabilitation
Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund, Berlin
- 11:15 Uhr Antragstellung und Durchführung der Kinder und Jugendrehabilitation
Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, DRV Bund, Berlin
- 11:45 Uhr *Kaffeepause*
- 12:15 Uhr Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen
Dr. Bernhard Hoch, Medizinischer Direktor der Kath. Jugendfürsorge, Augsburg
- 12:45 Uhr *Mittagspause*
- 13:30 Uhr Die soziale Lebenswirklichkeit von Jugendlichen
Inga Borchard, Sinus Akademie, Berlin
- 14:30 Uhr Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation
Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach
- 15:00 Uhr Schlusswort
Thomas Bublitz, BDPK, Berlin
- Moderation: **Alwin Baumann**, Vorstandsmitglied des BVRKJ

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung und Einführung in die Tagung1

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

Grußwort2

Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin

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

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

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

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

Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation durch veränderte Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und gesellschaftliche Entwicklungen5

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

Die soziale Lebenswirklichkeit von Jugendlichen.....6

Inga Borchard, Sinus Akademie, Berlin

Einbindung der Selbsthilfe in die Kinder- und Jugendrehabilitation7

Elke Alsdorf, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach

Schlusswort8

Thomas Bublitz, BDPK, Berlin

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

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

Begrüßung und Einführung in die Tagung

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



Begrüßung und Einführung Frau Dr. Stolz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diese Fachtagung bietet eine gute Gelegenheit dafür,

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

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

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

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

Grußwort

Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke, BMAS, Berlin



Grußwort von Frau Staatssekretärin Dr. Annette Niederfranke

Wie wir wissen, sind die Antrags- und Belegungsplätzen der stationären Kinderreha in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Offiziell wäre das Anlass zur Beileidung und Bedröcknis. Das wäre es, wenn der Rückgang damit zusammenhinge, dass es weniger kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland gibt.

Leider ist das nicht der Fall. Im Gegenteil: Untersuchungen wie die ILS-Studie des Robert-Koch-Instituts kommen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheit unserer Kinder nicht besser, sondern schlechter wird. Besonders problematisch sind häufiger als früher. In den Präindikationen für eine Reha haben wir einen steigenden Anteil an chronischen, bei den Lebensweisen und Verhaltensstörungen und bei der Adipositas.

Der Anteil der chronischen Kinder hat sich seit den 1990er und 2000er Jahren um 10 Prozent erhöht. Diese Entwicklung müssen wir ernst nehmen. Und wir müssen uns fragen, was wir tun können, um diese Entwicklung zu stoppen und was wir tun können, um jedes einzelnen Kind zu helfen. Das muss uns schon als sozialer, als menschlicher Verantwortlicher bewusst sein. Was können wir tun, damit diese Kinder ihre Krankheit überwinden oder lernen, damit sie leben? Damit sie notfalls mit der Krankheit umgehen können und unabhängig leben können. Unser Ziel muss es sein, allen Kindern einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen. Ihre Lebensperspektive darf nicht schon auf der Startbahn ins Leben geraten. Jedenfalls nicht, wenn es in unserer Macht steht, etwas dagegen zu tun. Deswegen freue ich mich, dass ich hier bin. Und freue ich mich, dass Sie diese Maßnahmen veranstalten.

Die Krankheitsbilder nehmen zu, der Anteil betroffener Kinder nimmt zu. Deswegen ist das Thema Rehabilitation so wichtig. Und es gewinnt an Bedeutung. Wir brauchen gute Ideen. Angebote, damit alle Kinder eine gute Zukunftsperspektive haben. Bei den meisten Indikationen stehen die Chancen gut, durch frühzeitige Intervention die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Kinder – und später Erwachsener – zu sichern.

Dabei hat sich die stationäre Kinderrehabilitation in den letzten Jahren vielfach verbessert. Ein Beispiel dafür ist das Asthma chronisch. Aber auch bei anderen Indikationen leistet stationäre Reha viel. Gerade kleine Krankheitsausprägungen lassen sich oft erst mit einer Reha gründlich analysieren, um dann einen Therapieplan für die Zukunft planen zu entwickeln.

Ich bin dankbar für die anhaltenden Belegungsplätzen – bei gleichzeitigem Anstieg der chronischen Krankheiten – müssen wir uns aber fragen, wie erreichen wir die Kinder und Jugendlichen, die eine Reha benötigen. Zielern – gerade Eltern als sozial sensible Verantwortlichen – ist der Wert einer medizinischen Rehabilitation nicht bewusst. Ich glaube, wir müssen uns bemühen, damit ihre Kinder eine Therapie durchführen. Ich glaube, eine Therapie ist wirksam. Ich glaube, eine angemessene Therapie. Das kann in jedem Einzelfall anders aussehen. Deswegen müssen wir in der Behandlung individuell und entscheiden, was ist der richtige Weg für dieses Kind und seine Familie. Nebenbei ist die adipösen Kinder. Der Anteil ist dramatisch angestiegen. Jedes dritte Kind ist bereits bei der Einschulung übergewichtig, etwa sechs Prozent sind krankhaft fettleibig. Bei den Jugendlichen sind es 10 bis 15 Prozent. Insofern werde ich es sehr, dass die Deutsche Rentenversicherung Adipositas in den Indikationskatalog der Kinderheilbehandlungsrichtlinien aufnehmen wird. Damit ist jetzt eine Behandlung von Kindern möglich, die „nur“ an Adipositas leiden. Das ist die Voraussetzung, um frühzeitig einzureifen, bevor weitere Komplikationen entstehen.

Ich halte das für eine sehr sinnvolle Erweiterung des Katalogs und eine sehr weise Entscheidung der Rentenversicherung. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden ein Leben lang

nen körperlich ein und belasten es seelisch. Sie haben – die wir alle wissen – fatale Stoffwechselstörungen, Diabetes, Nierenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankheiten. Häufig lässt sich das aber noch nicht ändern. Aber ein Drittel der Betroffenen sind bereits so stark übergewichtig, dass rund 20 Prozent der adipösen Menschen werden adipsogenetisch. Und so wichtig ist es, frühzeitig einzugreifen. Gerade bei Zivilisationskrankheiten wie Adipositas ist es nicht einfach, eine wirksame Therapie zu entwickeln.

Die Diagnose und Analyse der Ursachen ist in der Tat das leichteste neben einer genetischen Veranlagung sind es für alle, die den Sport und Bewegung im Alltag, stattdessen übertriebener Medienkonsum konsumiert mit viel Kalorien durch hohe Kalorienrate und Fast Food. Konkret: Der Amerikaner sitzt nachmittags mit dem Marschierfeld der Mutter anstatt mit dem Fahrrad zum Fußball zu fahren. Adipositas ist eine Krankheit, die in der Lebensform begründet ist. Deswegen ist es kein Zufall, dass das höchste Risiko die Älteren haben, deren Eltern schon Betroffene sind. Sie sind keine Essensessensklitter reflektiert wird, lässt sich das häufig in der ganzen Familie bemerkbar. Zertifizierte Snacks sind ständig statt regelmäßig, frisch zubereiteten Mahlzeiten. Süßkaramell statt Apfel. Kein Saft an Bewegung, frischer Sport und Sport.

Aber da orientieren sich die Kinder an den Eltern. Und so passt es ins Bild, dass die soziale und familiäre Situation wichtige Risikofaktoren sind. Kinder als sozial sensible Familien und Kinder, die nach der Schule sich selbst überlassen sind, neigen stärker zu Adipositas. Das alles müssen wir bei unseren Behandlungen berücksichtigen. Deswegen ist es absolut notwendig, etwas dagegen zu tun. Denn wir aber etwas tun – und das wollen und müssen wir im Interesse der Kinder – müssen wir es wirksam zu machen. Sonst ist der ganze Aufwand umsonst. Das bedeutet, sich genaue Fragen zu einer Therapie ergibt etwas über eine stationäre, ein Kind für eine Weile aus seinem Umfeld zu lassen oder eine ambulante, es innerhalb seines Umfeldes zu behandeln. Inwiefern lässt sich die Familie einbeziehen werden? Das ist die Sache. Und es geht über das hinaus, was eineortsbehaftete Klinik leisten kann.

Wir brauchen also zusätzliche Strukturen, die das Angebot stationärer Behandlungen ergänzen. Und beides muss ineinander greifen. Die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation hängt für alle ab davon ab, wie es danach weitergeht, welche Leistungen sich anschließen. Wir brauchen also gut koordinierte Netzwerke. Stationäre und ambulante Rehabilitation sollten koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Wir brauchen daher neben den guten stationären Angeboten eine Schnittstelle zur ambulanten Rehabilitation. Und das wichtigste ist, dass es einen Behandlungsplan als einen Band gibt. Der darf sich nicht daran orientieren, der welche Kosten übernimmt. Er muss sich allein daran orientieren, wie er am besten vorangehen kann. Hier ist Hilfe und Unterstützung erforderlich.

Wichtig, dass die Schnittstellenroutenatik sicher nicht selbst ist. Sie ist nicht auf politischer Ebene selbst. Sie ist nicht zwischen den Ärzten selbst. Und sie ist nicht zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung selbst. Das kann so nicht sein. Deswegen sollte ich es hier ganz deutlich an. Ich wünsche mir, dass über diese schwierigen Punkte geredet wird. Nur so haben wir eine Chance, dass wir Krankheiten und Lebensstil eine Lösung finden. Es gibt verschiedene Gründe, aber ambulante Behandlungsstrategien nachdenken.

- Der erste ist die Einbeziehung des Lebensfeldes und der Familie, was es um Krankheiten geht, die in der Lebensform und der sozialen Umgebung vorkommen.
- Ein weiterer ist die Schule für schulpflichtige Kinder und Jugendliche. Die stationären Rehabilitationen werden zunehmend als außerordentlich der Sommerferien Ziel weniger in Anspruch genommen. Aber wenn die stationären Einrichtungen einen guten Überbrückungskonzept anbieten können werden in der Regel die Chancen, ihre

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

- Im dritten Rand ist die zunehmende Erwerbslosigkeit beider Eltern. Es ist oft nicht möglich, dass sie mehrere Wochen erlauben können, um ihre Kinder zu begleiten.

Wir müssen diese Faktoren einbeziehen und uns auf Bedarf der Patienten orientieren. Dort, wo dies möglich und sinnvoll ist, sollten wir daher alternative Behandlungsstrukturen entwickeln und in die Behandlungsläne entsprechend einbringen und gestalten. In anderen Fällen wird die stationäre Behandlung alternativer oder der Schlüssel sein. In jedem Fall brauchen wir jedoch eine Bedarfserkennung, um Patienten orientierte Maßnahmen. Deswegen finde ich eine starre Altersgrenze für die Begleitung von Kindern nicht richtig. Auch hier gilt, dass es eine individuelle Entscheidung geben muss. Es gibt Fälle, in denen mehrere Kinder ohne Eltern auskommen. Es gibt aber auch Fälle, in denen die Begleitung eines Elternteils bei einer unendlichen sinnvoll und notwendig ist. Dann sollte das möglich sein.

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

Die stationäre Kinderrehabilitation hat sich diese Aufgabe zu eigen gemacht und leistet enorm viel dafür. Die hervorragende Ausstattung, das geschulte Personal, die Qualität und das Engagement der Rehakliniken sind unersetzbar. Aber eins müssen wir verstehen, ihre Leistungen mit alternativen Strukturen vernetzen und ergänzen, um jedes Kind optimal und nachhaltig zu unterstützen. Die Eltern, die wir für diese Kinder stellen, brauchen sie ein Leben lang. Sie entscheiden über ihre Gesundheit und damit über ihre persönliche und berufliche Zukunft, über ihre gesellschaftliche Teilhabe. Gute Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist daher eine Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft. Dafür möchte ich Ihnen allen für Ihr Engagement danken und Sie darin ermutigen.

Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

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

Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Dr. Susanne Weinrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, DLR Bund, Berlin



Engagement der Deutschen Rentenversicherung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

- Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH
Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation
Leitende Ärztin Deutsche Rentenversicherung Bund
- Engagement für chronisch kranke Kindern und Jugendliche
Fachtagung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 13. Juni 2013 in Berlin

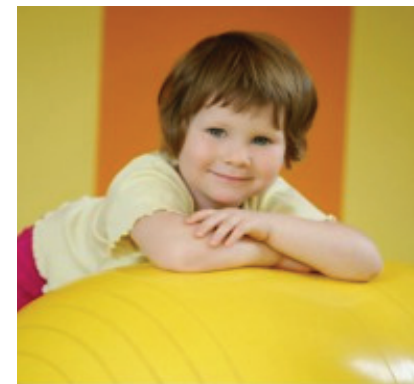
Kinder- und Jugendrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung



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

Kinder- und Jugendrehabilitation

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

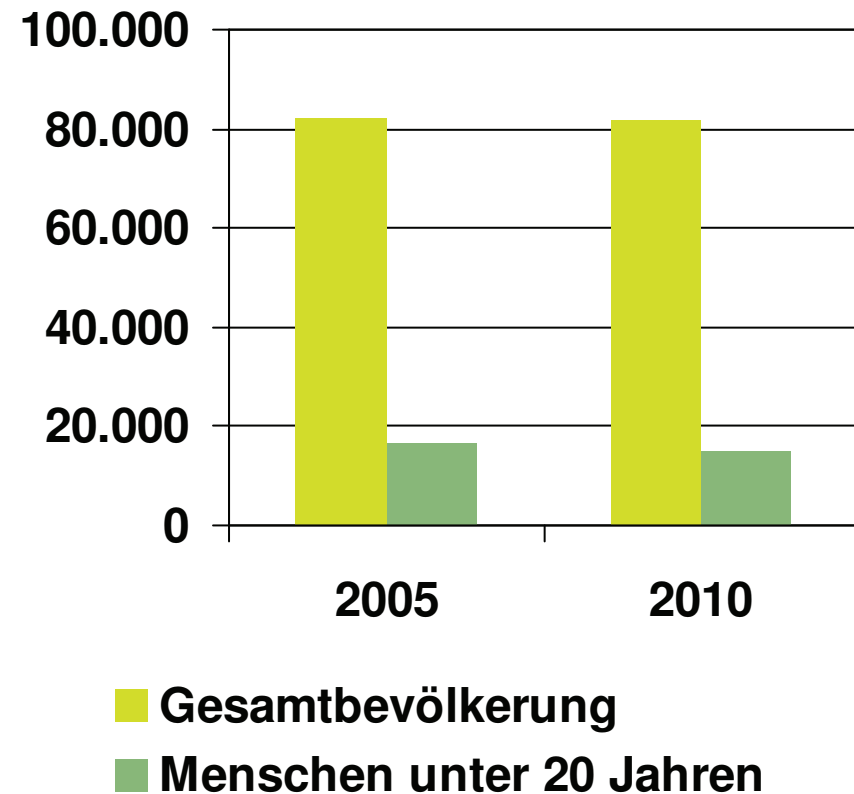


Kinder- und Jugendrehabilitation

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

Quelle: Statista.de 2011

- Die meisten Kinder sind gesund!
 - Die meisten Kinder fühlen sich gesund!
- Rehabilitation ist keine Leistung für gesunde Kinder



Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung

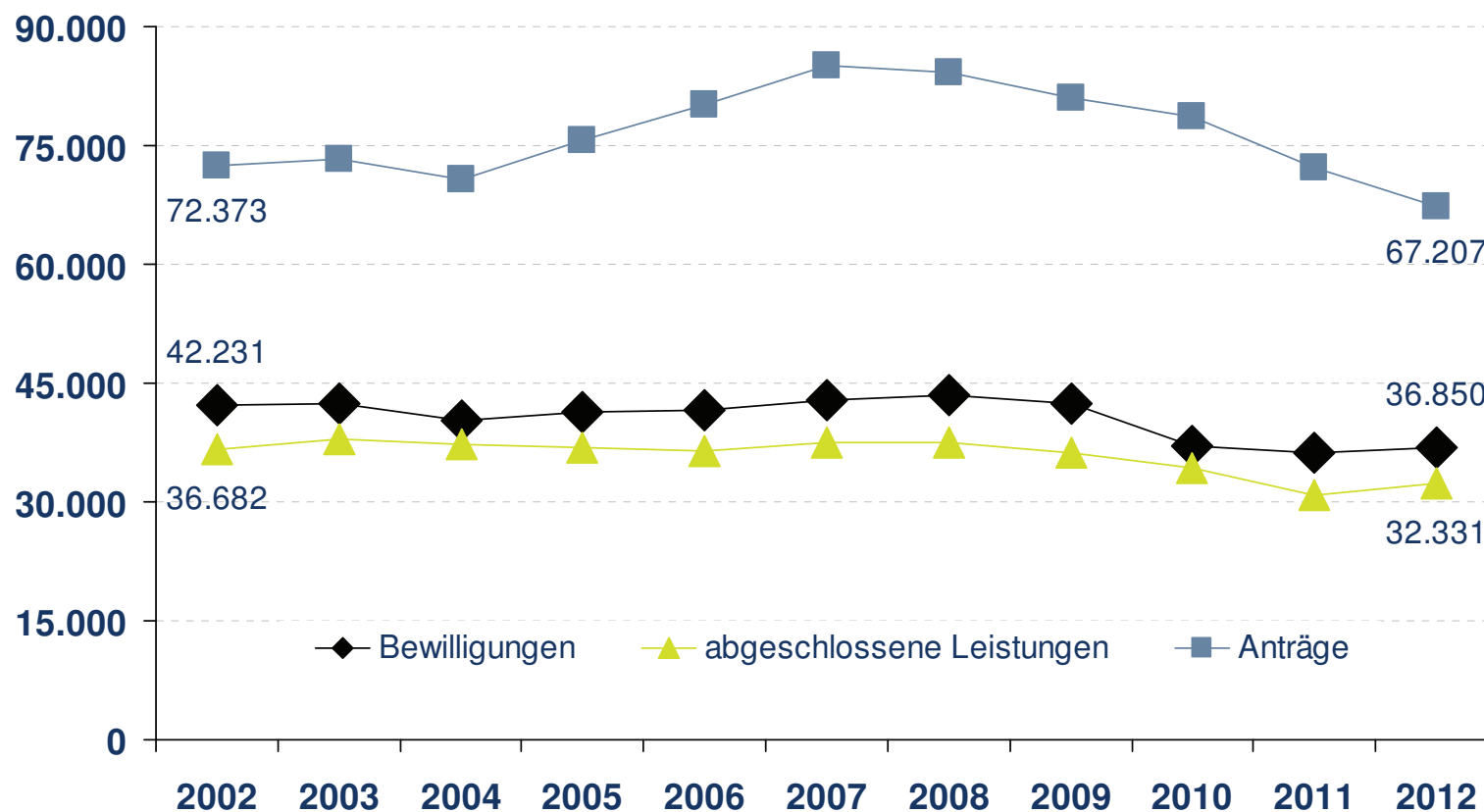
- erfolgt in qualifizierten, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen
- wird auf der Grundlage komplexer, indikationsbezogener Rehabilitationskonzepte durchgeführt
- unterliegt der Reha-Qualitätssicherung
- hat frühzeitig auf Evidenzbasierung gesetzt.

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

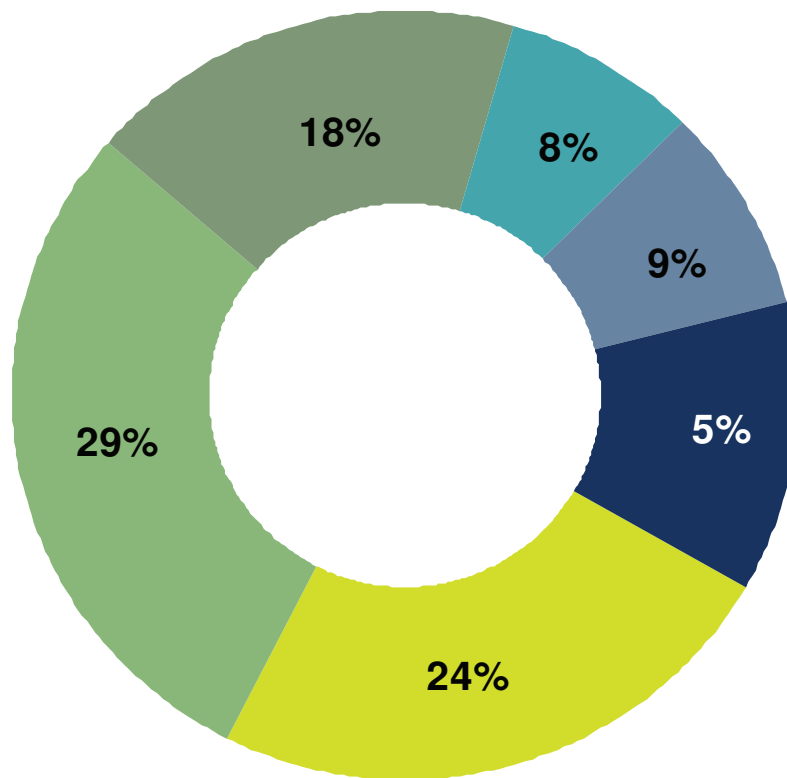
- **-und nur diese-**
- wird gleichrangig mit der GKV erbracht.
Das führt im Alltag immer wieder zu Problemen der Zuständigkeit.
- ist Thema von Arbeitsgruppen

Kinder- und Jugendrehabilitation

Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2002-2012



Kinder- und Jugendrehabilitation Krankheitsspektrum 2012



■ Psychische und Verhaltensstörungen

■ Asthma bronchiale und andere Atemwegserkrankungen

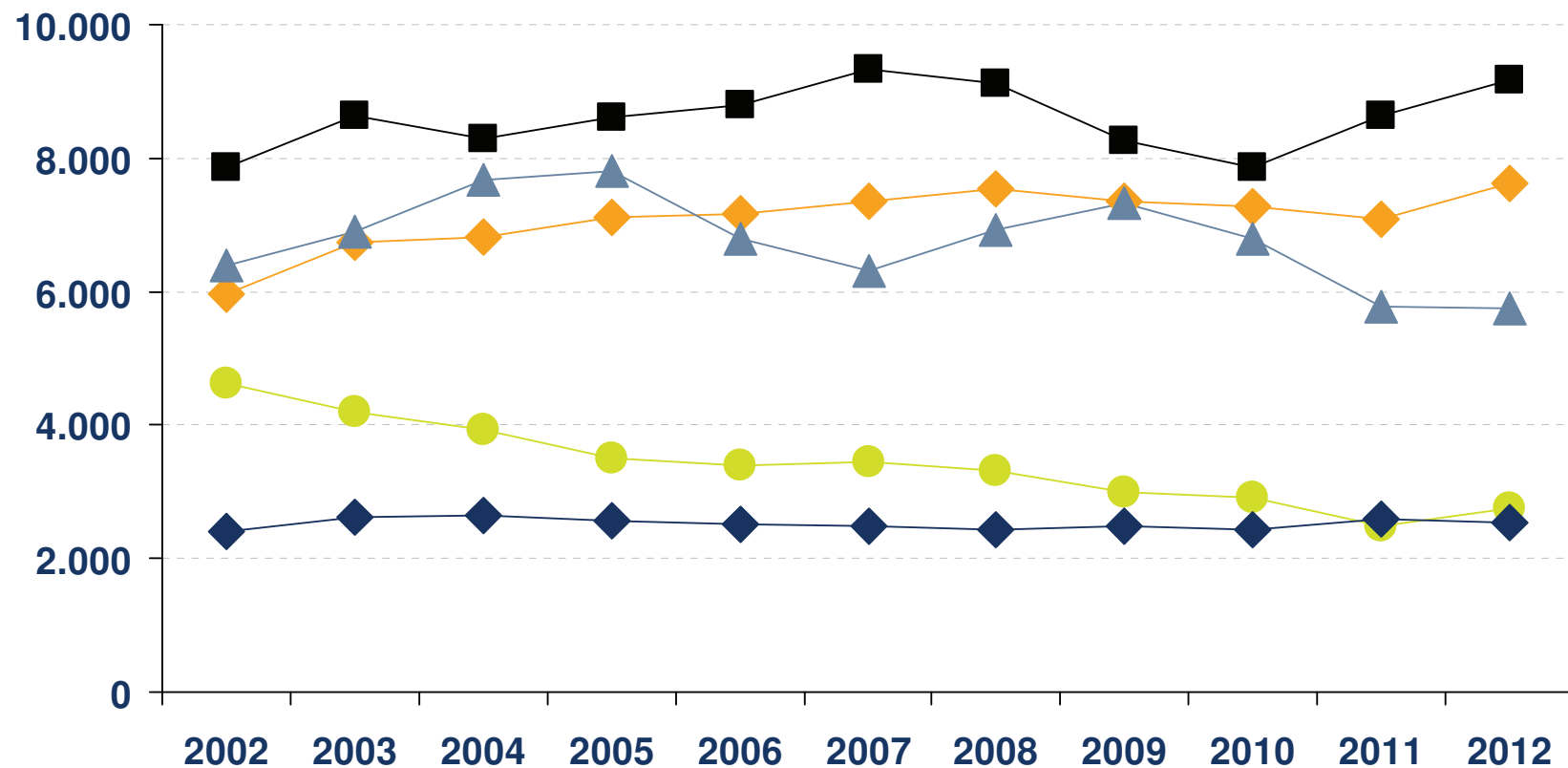
■ Adipositas

■ Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes

■ Krankheiten der Haut und Unterhaut

■ sonstige Krankheiten

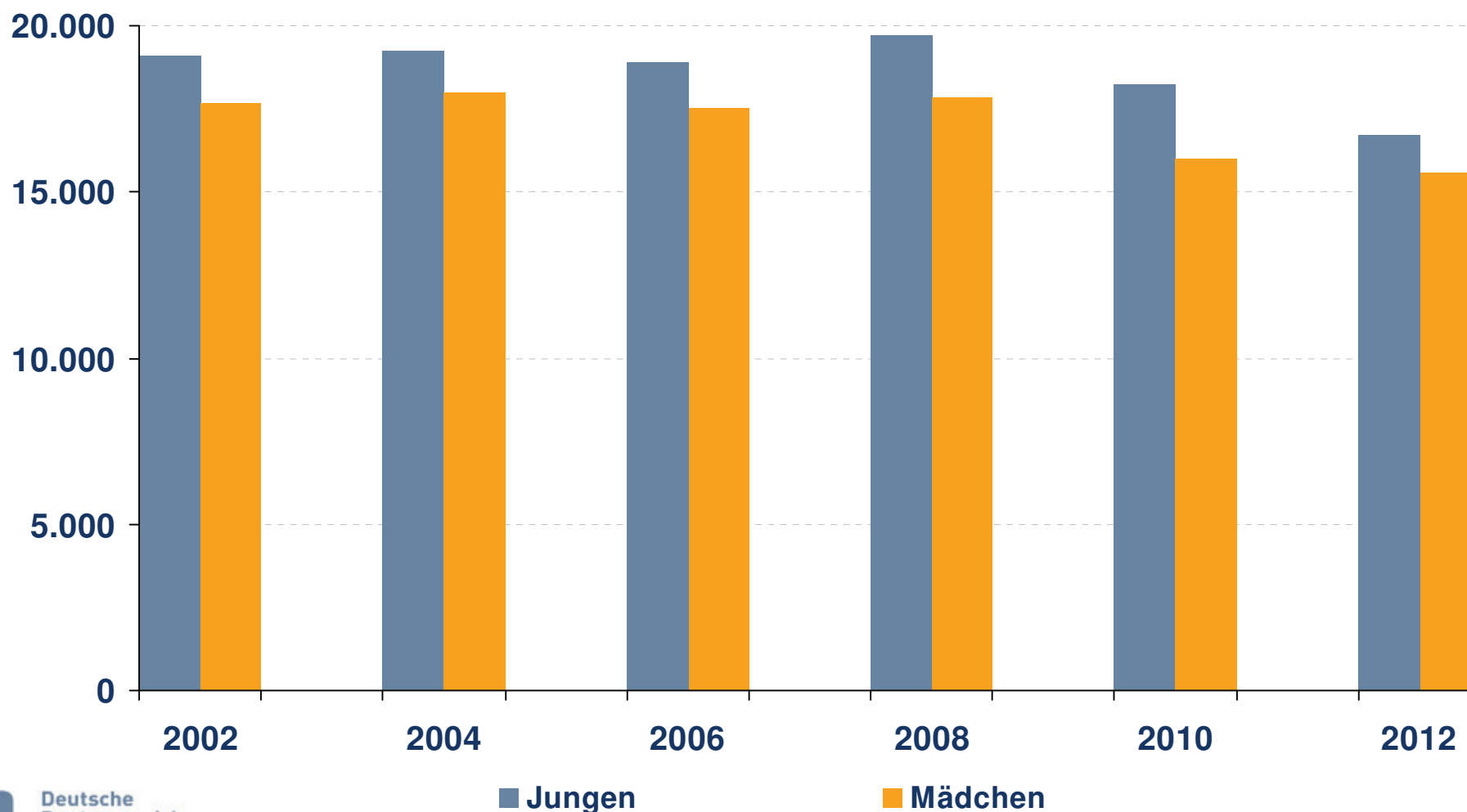
Kinder- und Jugendrehabilitation Hauptindikationen von 2002 - 2012



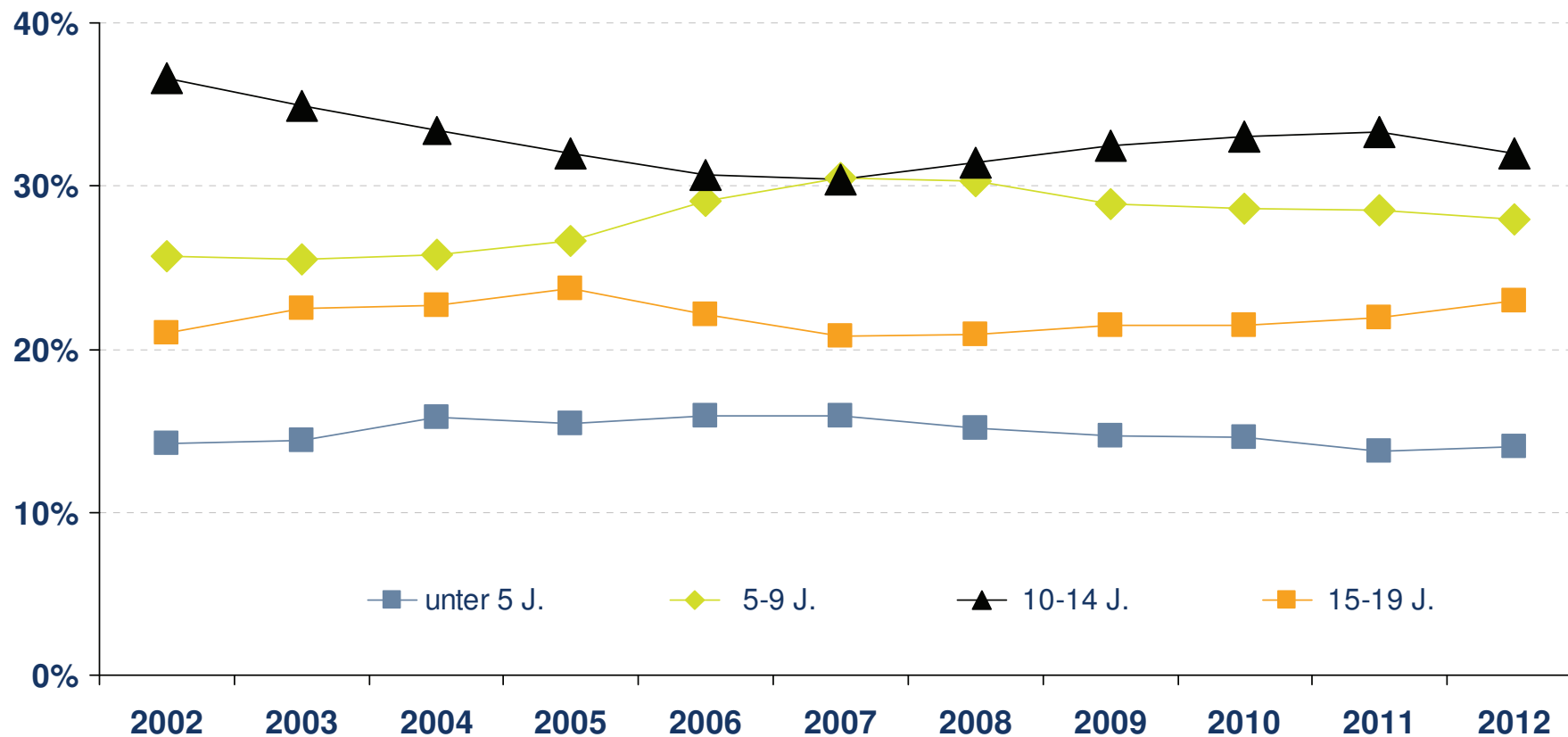
◆ Psychische und Verhaltensstörungen (oh. org. Stör.)
● KH d. Haut u. Unterhaut
◆ KH Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

▲ Adipositas und sons. Überernährung
■ Asthma bronchiale u. Atemwegserkr.

Kinder- und Jugendrehabilitation abgeschlossene Leistungen 2002 bis 2012 nach Geschlecht

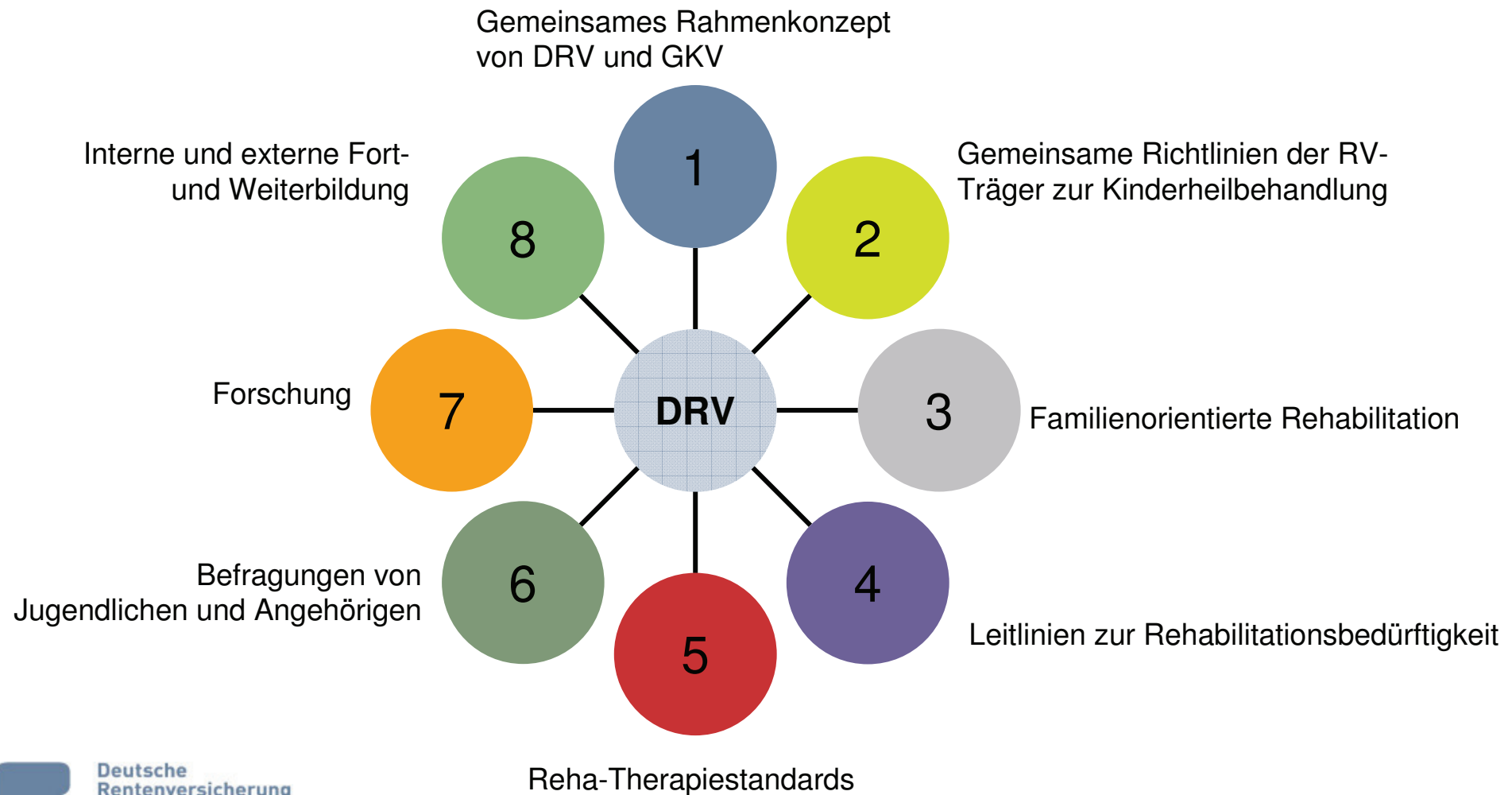


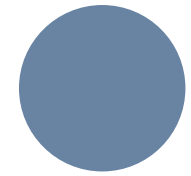
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation Altersgruppen



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

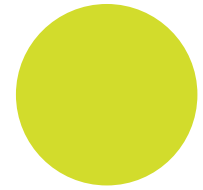
Aktivitäten der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation





Das Rahmenkonzept von DRV und GKV

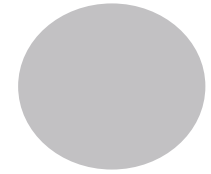
- enthält die gemeinsamen Grundsätze für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.
- Für **stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen** besteht Gleichrangigkeit zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungen. (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, Satz 2 SGB VI und § 40 Abs. 2 SGB V)
- Für **stationäre Vorsorgeleistungen** sind nur die Krankenkassen zuständig. (§ 23 Abs. 4 SGB V)



Gemeinsame Richtlinien der RV-Träger für Kinderheilbehandlungen

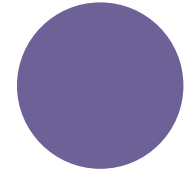
- Kinderrehabilitationsrichtlinien wurden überarbeitet
 - Anpassungen bezüglich gesetzlicher Änderungen zu den Zugangsvoraussetzungen
 - Indikationen um die Krankheit Adipositas (BMI oberhalb der 97. Perzentile) erweitert
- Die geänderte Richtlinie wird in Kürze in Kraft treten

Familienorientierte Rehabilitation (FOR)



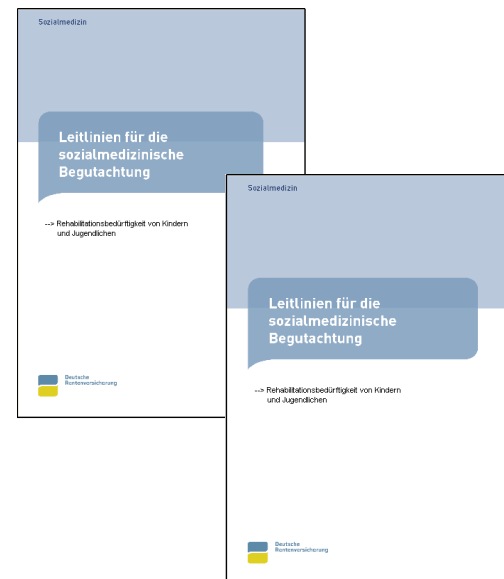
- einmalige Leistung für schwerst chronisch kranke Kinder und deren Eltern / Erziehungsberechtigten und ggf. Geschwister nach Stellung der Diagnose
- Beschränkung auf bestimmte Indikationen
- Betreuung auch der Familienangehörigen
- gleichrangige Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung
- Wiederholung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

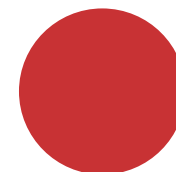
Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen



Die Leitlinie sorgt für

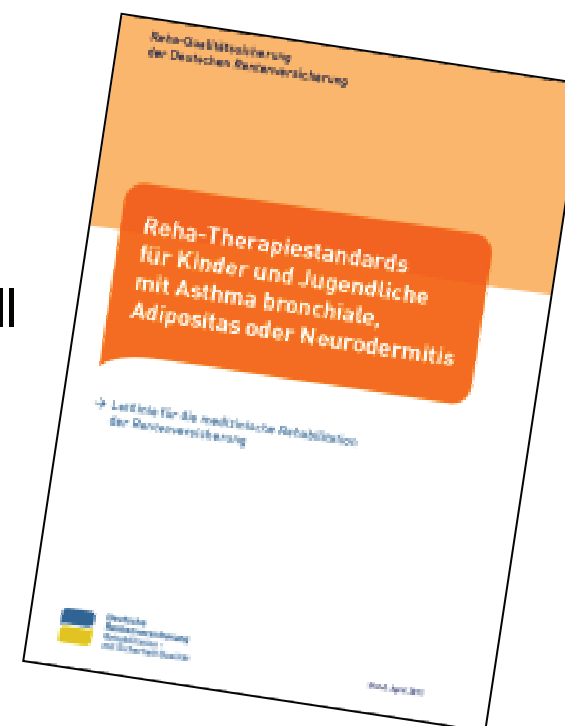
- Klarheit
- Transparenz
- Nachvollziehbarkeit
- Vereinheitlichung zwischen den Trägern





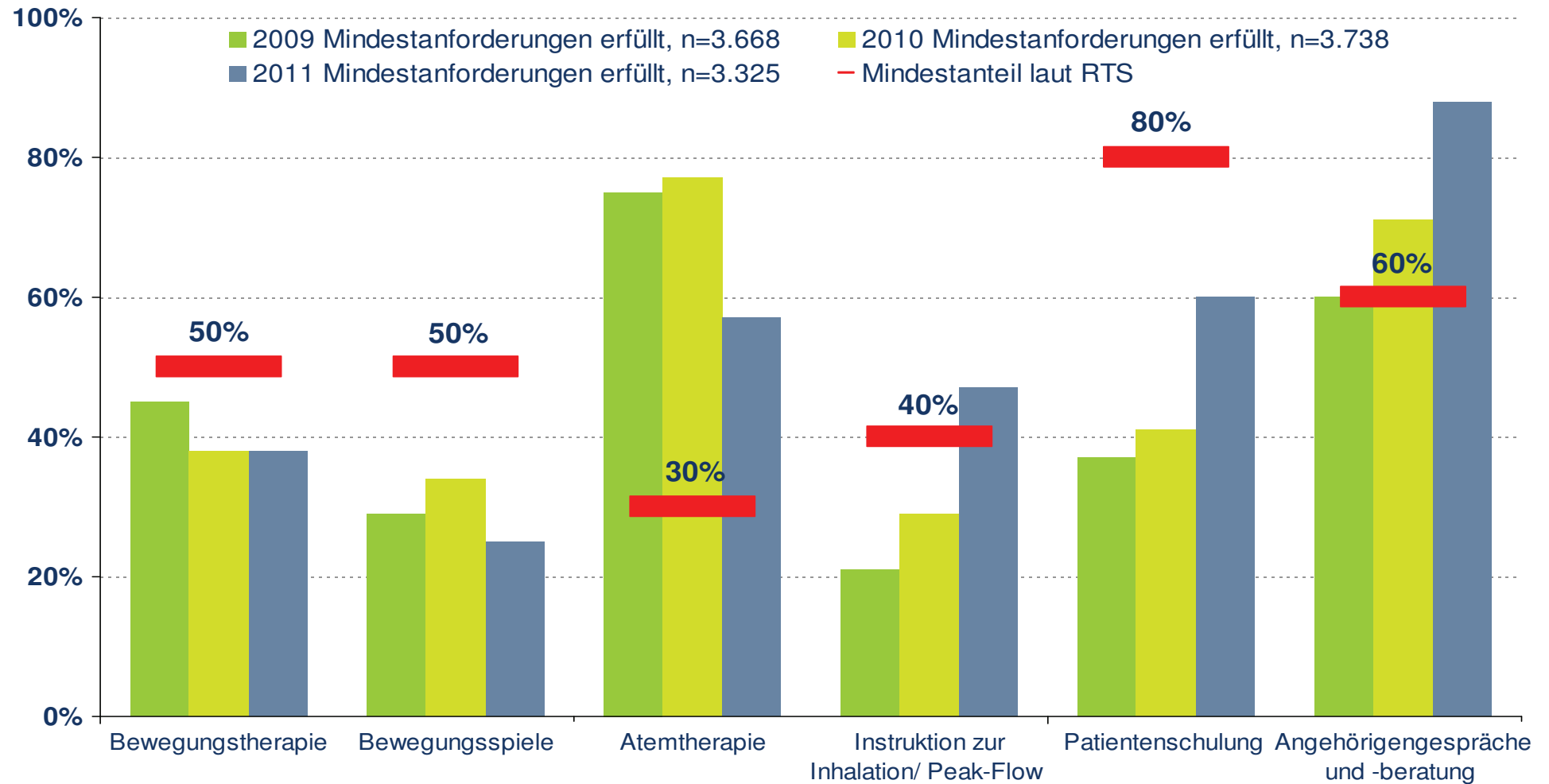
Reha-Therapiestandards

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



Kinder- und Jugendrehabilitation

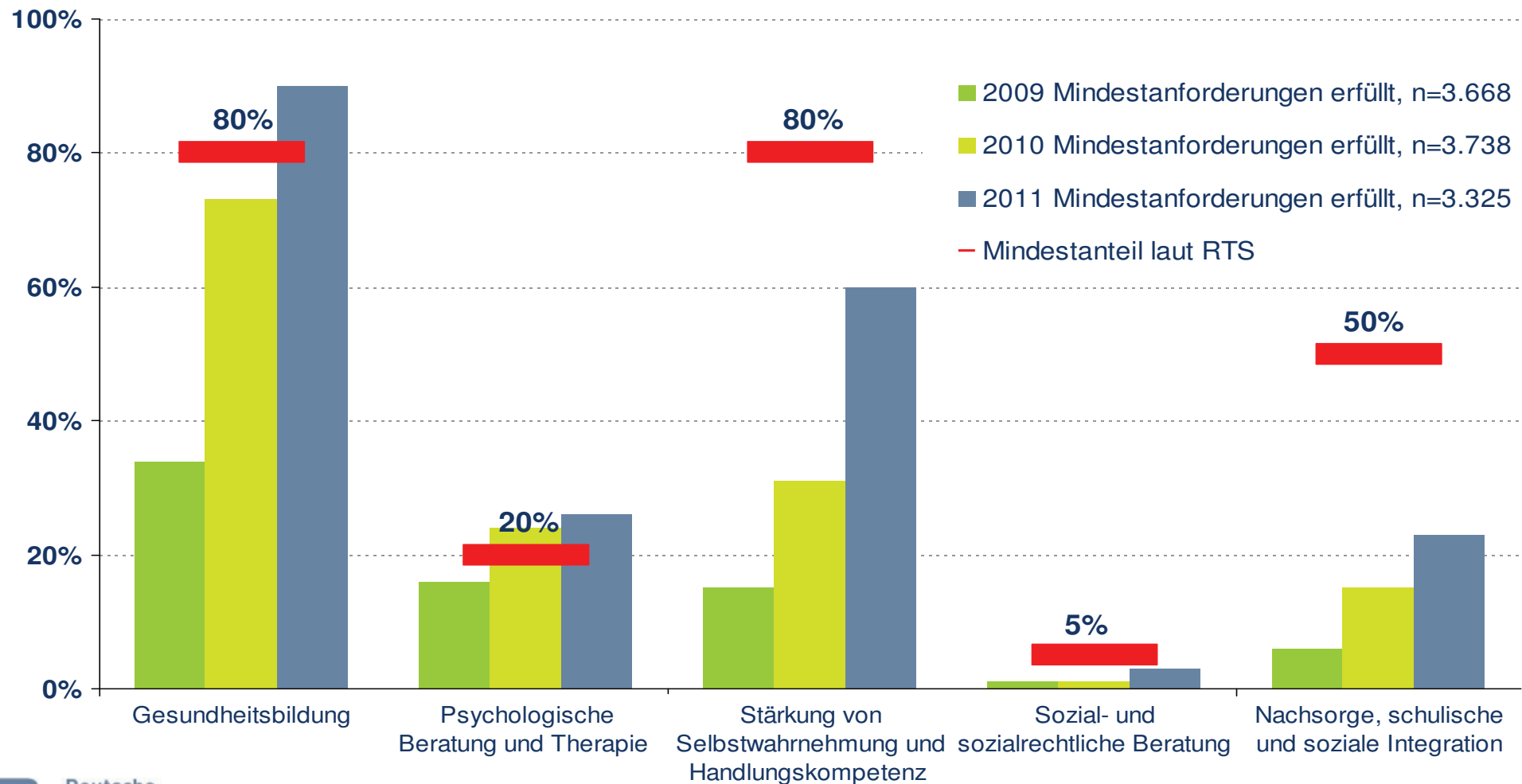
RTS Asthma bronchiale (bis 7 Jahre) – Erfüllung der Mindestanforderungen in ETM 2009, 2010, 2011

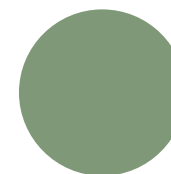


Kinder- und Jugendlichen Rehabilitation

RTS Asthma bronchiale (bis 7 Jahre) –

Erfüllung der Mindestanforderungen in den ETM 2009, 2010, 2011





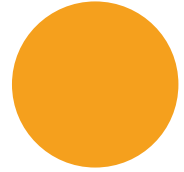
Befragungen von Jugendlichen und Angehörigen

→ Entwicklung und Einführung eines Instrumentariums für die Routinebefragung

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

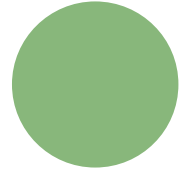
Bei < 12-Jährigen werden die Eltern befragt.

Forschung zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation



- Die DRV unterstützt Forschungsprojekte zur Kinder- und Jugendrehabilitation.

Angebote der internen und externen Fort- und Weiterbildung



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

DRV-Nord: Fachklinik Sylt



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Fortbildung Sozialmedizin Fachtagung 2012: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche



Kongresszentrum Westerland/Sylt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



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

Susanne.Weinbrenner@drv-bund.de

Für die Unterstützung bei der Erstellung des Vortrages danke ich

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



Engagement für chronisch kranke Kinder und Jugendliche

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

Antragstellung und Durchführung der Kinder und Jugendrehabilitation

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



Antragstellung und Durchführung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

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

Dr. Ralph Jäger
DRV Bund
Dez. 8023

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gute Nachricht

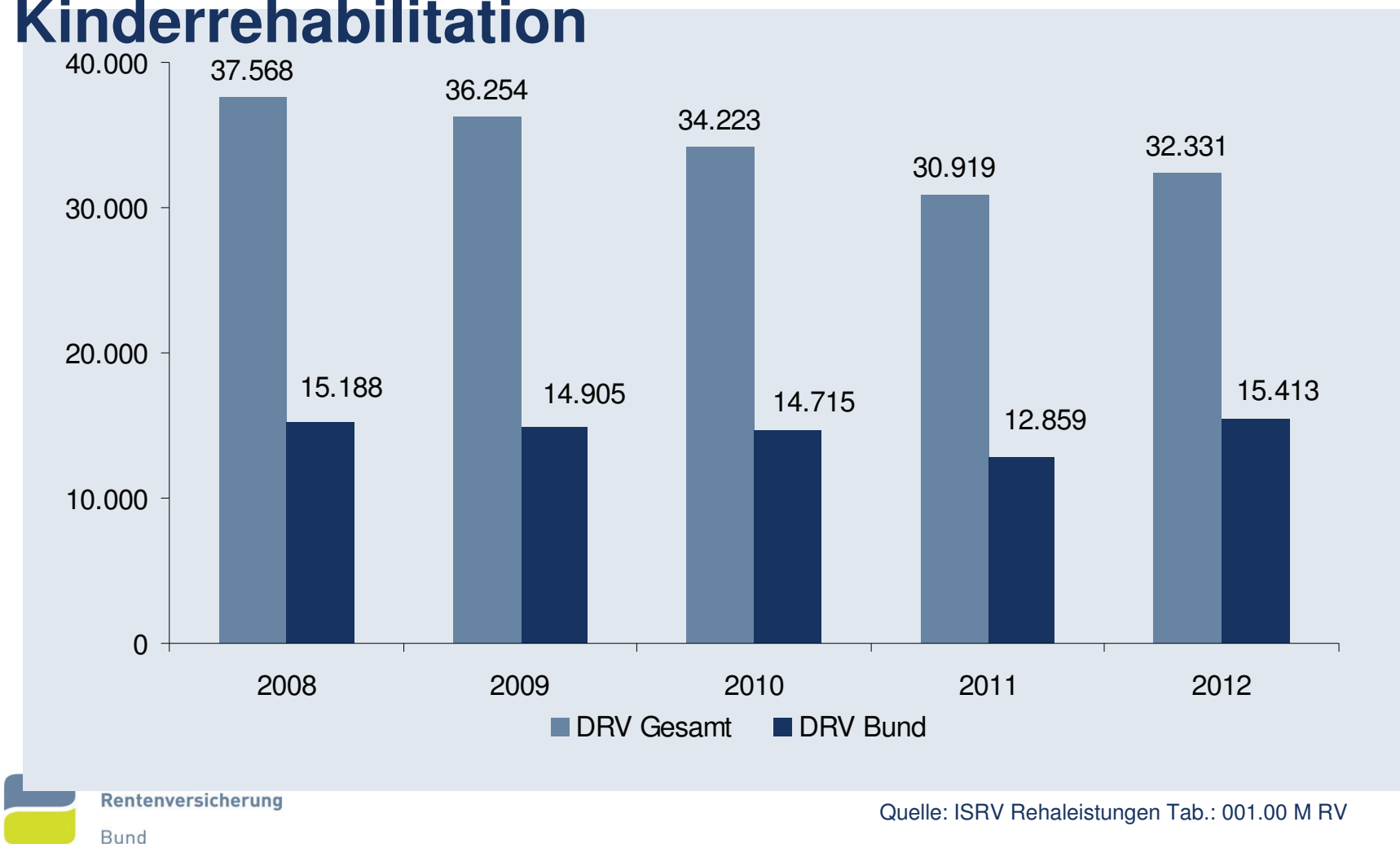
- 1995 : rd. 24.000 Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche
- 2005 : rd. 37.000

Aber

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

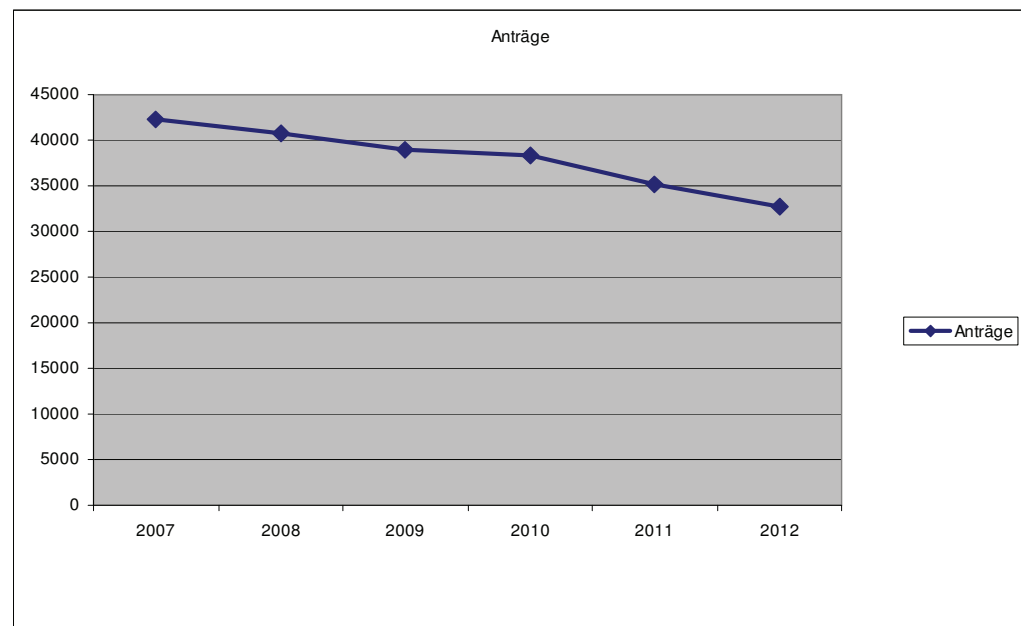
Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation



Anträge zur medizinischen Rehabilitation (DRV Bund)

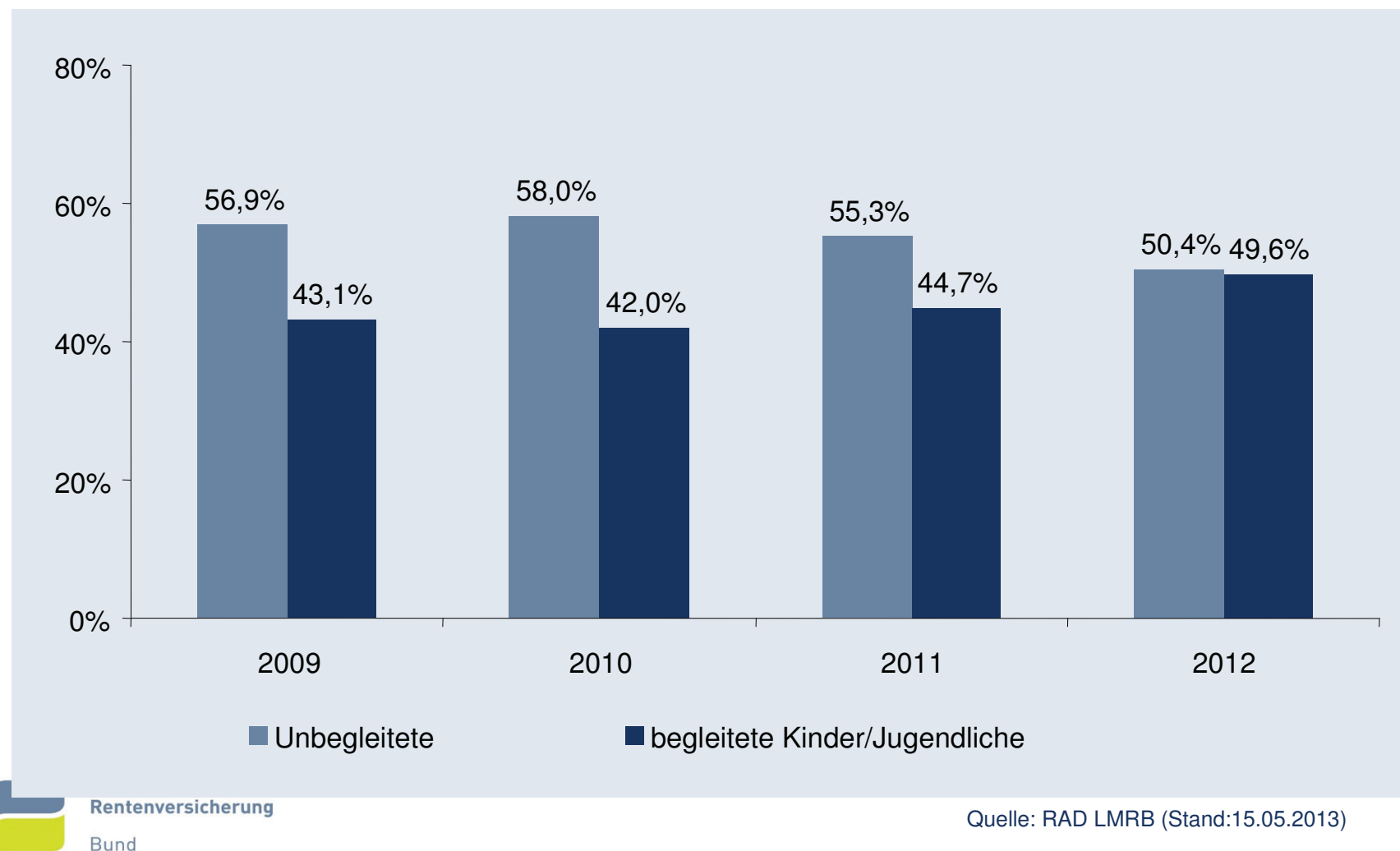
Das Problem

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



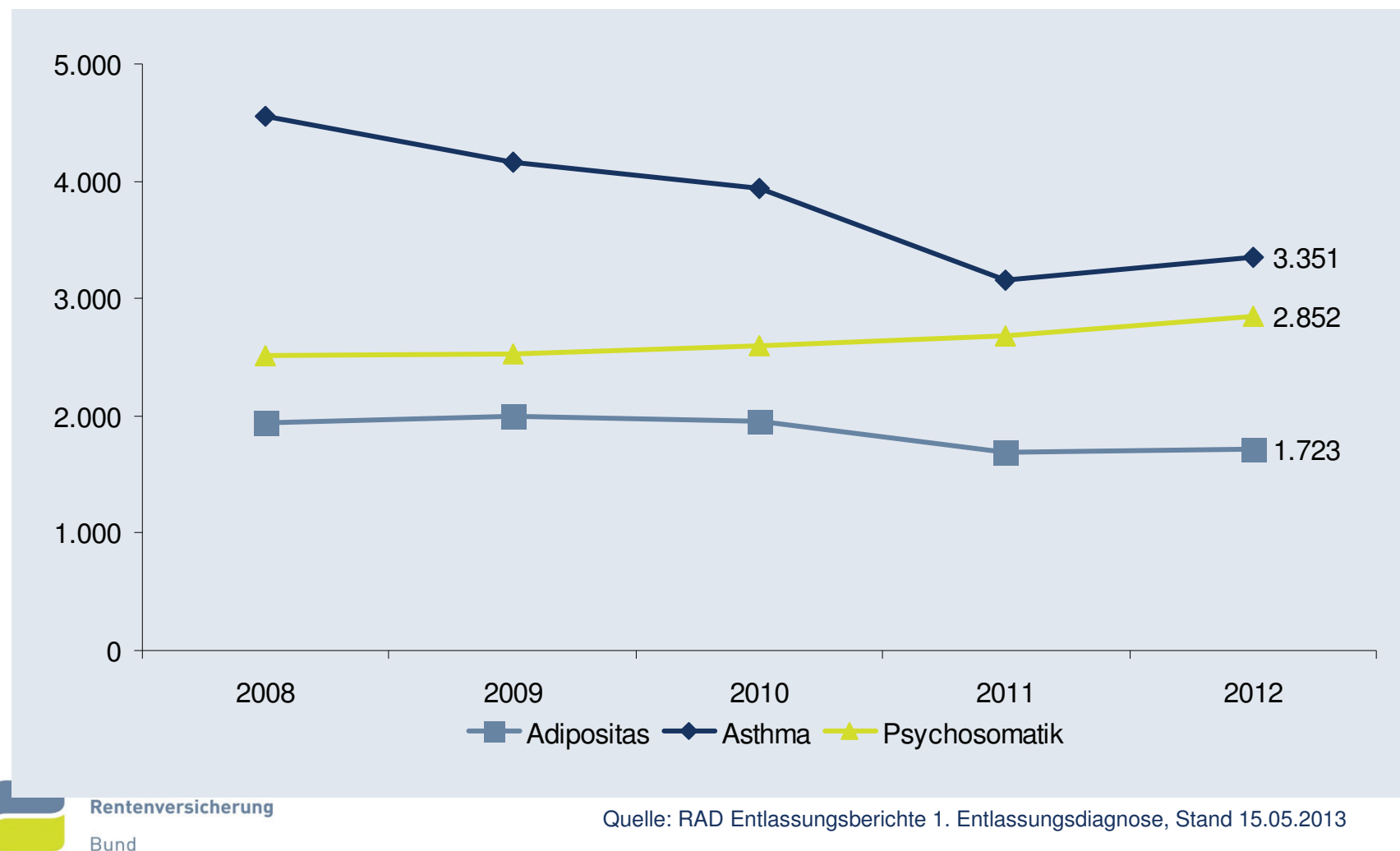
Tendenz ...

Deutsche Rentenversicherung Bund Kinderrehabilitation Bewilligungen

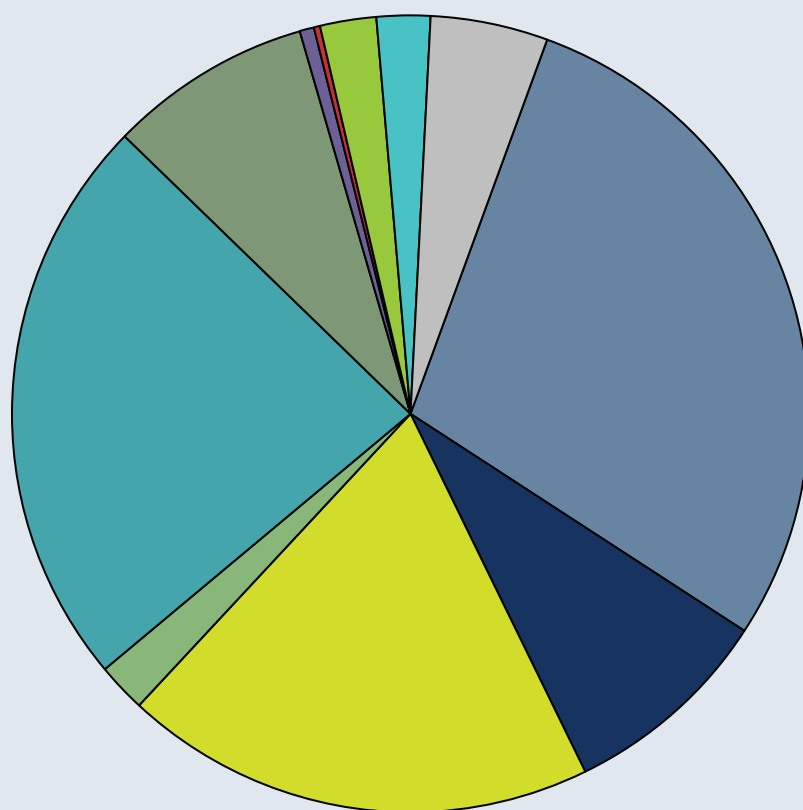


Deutsche Rentenversicherung Bund

Entwicklung der Kinderrehabilitation



Deutsche Rentenversicherung Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation 2011



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

*** Dazu gehören:**

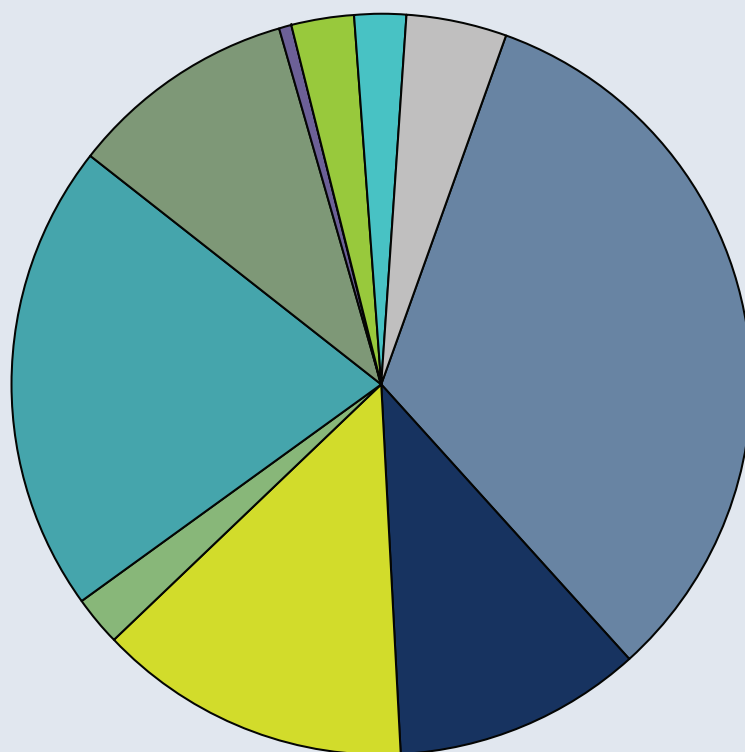
- chronische Bronchitis
- Asthma bronchiale
- sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
- Krankheiten des Atmungssystems

**** Dazu gehören :**

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

Abgeschlossene Leistungen zur Kinderrehabilitation 2011



- Atemwegserkrankungen * (4.103)
 - orthopädische Erkrankungen ** (1.361)
 - Adipositas und sonstige Überernährungen (1.687)
 - Diabetes mellitus (269)
 - Psych. und Verhaltensstörungen (2.590)
 - Krankheiten der Haut und Unterhaut (1.226)
 - Krankheiten des Verdauungssystems (80)
 - Krankheiten der Niere und des Harnsystems (9)
 - Krankheiten des Nervensystems (332)
 - Bösartige Neubildungen (288)
 - sonstige Krankheiten (555)
- * **Dazu gehören:**
- chronische Bronchitis
 - Asthma bronchiale
 - sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
 - Krankheiten des Atmungssystems
- ** **Dazu gehören :**
- Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
 - Entzündliche Polyarthropathien
 - Sonstige Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems u. d. Bindegewebes

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

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

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Das Problem

⇒ Kinderarzt/Hausarzt kennt seinen Patienten,
auch die Selbsthilfegruppen

⇒ wir sehen nur die Anträge / Befunde

☐ nein, Abweichungen:

unauffällig bis auf Zerstörungen

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

d) Soziale Integrationsfähigkeit: *altersgemäß normal*

Schwere

1	2	3	4	5
			X	
			X	

→ Antriebskräfte der Differenzierung

Ergothexprole

19 Besuch von - Kindergarten ☒ - Grundschule ☐ - Hauptschule ☐
- Realschule ☐ - Gymnasium ☐ - Klassenstufe _____
- Gesamtschule ☐ - sonstige Einrichtung: _____

☒ nein ☐ ja, folgender

Begleitung eines Erkrankten, Erlernen von Entspannungstechniken.

☒ ja ☐ allein in altersentsprechender Gruppe ☒ mit Begleitperson

☐ nein ☐ ja**Telefonnummer**

Datum und Unterschrift

26.04.11 *Res. 04/11*

11	Klinischer Befund				
Größe:	65 cm	Gewicht:	6250 kg	RR:	mm Hg
8. 3. 11					
a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?					
☒ ja ☐ nein, Abweichungen:					
b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:					
c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)					
d) Soziale Integrationsfähigkeit:					
12	Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)				
Unruhe, Bindehautentzündung					
13	Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)				
Blutentnahme, Stat. Aufenthalt					
14	Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)				
15	Besuch von				
- Kindergarten ☐		- Grundschule ☐		- Hauptschule ☐	
- Realschule ☐		- Gymnasium ☐		- Klassenstufe	
- Gesamtschule ☐		- sonstige Einrichtung:			
16	Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Lokalanästhetikum; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)				
Aus psychologischen Gründen ist die Mitnahme des Kindes erforderlich.					
17	Ist das Kind				
- rehabilitationsfähig?		☐ nein		☒ ja	

9 Teilnahme an DMP?
☒ nein ☐ ja, welche?

Integrierte Versorgung?
☒ nein ☐ ja

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

11 Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes:
 keine
 Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)
z.Z. beschwerdefrei
 Körpergröße: 112 cm Gewicht: 19,9 kg RR: 110/55 mm Hg

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

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

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

d) Soziale Integrationsfähigkeit:
 gegeben

13 Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)
Z.n. Flush im zentralen Zusammenhang mit dem Verzehr von Grießbrei mit Milch, Tierallergie - Katze, Hund

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

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

16 Besuch von -Kindergarten ☒ - Grundschule ☐ - Hauptschule ☐ - Realschule ☐
 - Gymnasium ☐ - Klassenstufe ☐ - Gesamtschule ☐
 - sonstige Einrichtung:

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

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

19.09.2011
 Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel, Datum

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

25.23.015
 Gemeinschaftspraxis
 Dipl.-Med. Michael Bräse
 Dipl.-Med. Michael Bräse
 Fachärzte für Kinderheilkunde
 69218 Schwetzingen, Am Pfaffen
 Tel. 06223 1415-66

Name, Vorname des Kindes		Geb.-Datum des Kindes			
8.	Klinischer Befund	Größe 181 cm	Gewicht 42 kg	Puls 80	RR 110/60
bis auf Halschmerzen und gestörten Rücken und li. kranke Schulter <u>unauffälliger Gesamtzustatus</u>					
a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?		nein ☐	ja ☒	Abweichungen:	
b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche		unauffällig.			
c) Besonderheiten des Kindes (Erfahrungen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)		auffällig.			
d) Soziale Integrationsfähigkeit		Hauptschüler 2. Klasse gute Mitarbeit			
9.	Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorerkrankungen bitte mit Klassifikation)				
<u>Nachbars Neugierigkeit</u>					
10.	Art und Umfang der bisherigen Diagnostik und ärztlichen Behandlung (Unterlagen bitte in Kopie beifügen)				
Anknüpfung Behandlung z. B. keine Friedrichshagen					
11.	Besuch von				
Kindergarten	☐	Grundschule	☐	Hauptschule	☒
Realschule	☐	Gymnasium	☐	Klassenstufe	
Gesamtschule	☐	Sonderschule	☐	Sonstige Einrichtung:	
12.	Sind besondere Maßnahmen vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokussierung)				
nein					
13.	Ist das Kind				
rehabilitationsfähig	nein ☐	ja ☒	Reise-Einzelbegleitung	☐	
reisefähig	allein ☐	☒	in der Gruppe	☐	
Ist eine Begleitung während der gesamten Rehabilitation erforderlich?					
Begründung:					
soziale Anwesenheit / Begleitung für die Förderung					

☒ nein ☐ ja, welche? _____

Integrierte Versorgung?

☒ nein ☐ ja

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

11 Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes: *e*

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

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

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

☒ ja ☐ nein, Abweichungen: _____

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche: *normal*

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

d) Soziale Integrationsfähigkeit: *normal*

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

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

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

16 Besuch von

- Kindergarten	☒	- Grundschule	☒	- Hauptschule	☐	- Realschule	☒
- Gymnasium	☐	- Klassenstufe	<i>6</i>			- Gesamtschule	☐
- sonstige Einrichtung: _____							

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

18 Ist das Kind rehabilitationsfähig? ☐ nein ☒ ja

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

01.10.11
Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung): Stempel, Datum
Dr. med. ...

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

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

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

G612

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

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

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.		
2.		
3.		
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)	
5	Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)	
6	Teilnahme an DMP?	
	☐ nein ☐ ja, welche?	
7	Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)	
8	Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?	

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

9 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Allergie, Asthma)	
10 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)	
11 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft)	
12 Untersuchungsbefund	Datum der Befunderhebung:
Gewicht: kg Größe: cm	
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:	
☐ Atemwege	☐ Haut
☐ Bauchorgane	☐ Bewegungsapparat
☐ Herz / Kreislauf	
☐ Nervensystem und Psyche	
von der Norm abweichende Befunde:	
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?	
☐ nein ☐ ja	
Falls nein, welche Abweichungen?	
13 Besteht ausreichende Rehabilitationsfähigkeit?	
☐ nein ☐ ja	
14 Das Kind ist bei mir in Behandlung	
☐ laufend / häufig seit: ☐ gelegentlich, zuletzt am:	
15 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten	
16 Besuch von	
☐ Kindergarten ☐ Regelschule (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)	
☐ Sonstige Einrichtung:	
Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?	
☐ nein ☐ ja, Schwerpunkt Lernen ☐ ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung	
17 Bemerkungen	
18 Ärztin / Arzt	
Name, Vorname	Telefonnummer

Informationen für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

G611

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

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,

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

Allgemeine Informationen

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

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

Befundbericht

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

Relevante Facharztbefunde oder Krankenhausberichte bitten wir in Kopie beizufügen.

Begleitperson

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

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

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

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

Ergänzende Anmerkung

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

Honorar

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

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

Seite 1 von 1

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

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

Wichtig

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

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer
- Indikationen
- Nachsorge

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

⇒ Reha muss nicht in den Ferien stattfinden!

In allen Einrichtungen wird Schulunterricht angeboten!

- kleine Gruppen
- enger Kontakt zur Heimatschule

⇒ Es gelten die Schulferienzeiten des Bundeslandes

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

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

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- Schulunterricht
- Begleitpersonen
- Dauer

Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung

- ⇒ Rehabilitationen mit Begleitpersonen sind konzeptionell auf 4 Wochen zugeschnitten
- ⇒ Für Alleinreisende gibt die federführende RV als Träger Richtwerte vor (für alle Versicherten in der Klinik)
- ⇒ Die tatsächliche Dauer richtet sich nach Art und Schwere der Funktionsstörungen
- ⇒ Die Reha-Klinik legt somit die Dauer fest