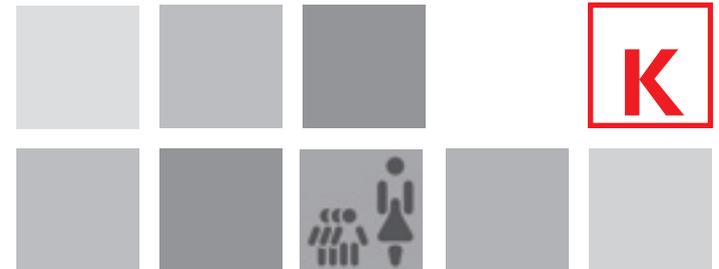


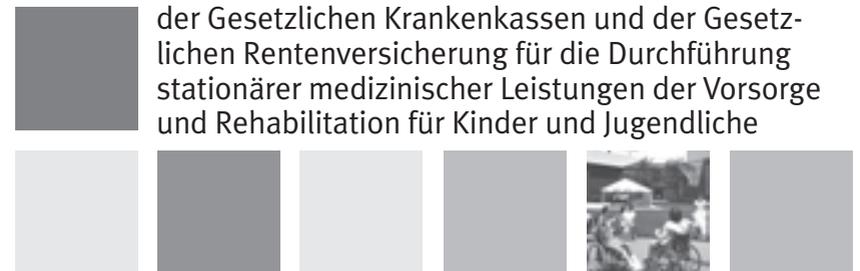
Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.



GEMEINSAMES RAHMENKONZEPT

der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche





GEMEINSAMES RAHMENKONZEPT

der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
Telefon 069.6050180
Telefax 069.60501829
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - Februar 2008
ISBN 3-9801748-3-2

INHALT

KAPITEL 1	1.0	Vorbemerkung	8
KAPITEL 2	2.0	Einleitung	10
KAPITEL 3	3.0	Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Vorsorge, Rehabilitation und Teilhabe	13
	3.1	Handlungsprinzipien	13
	3.2	Die ICF und das bio-psycho-soziale Modell	13
KAPITEL 4	4.0	Besonderheiten bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	19
KAPITEL 5	5.0	Ziele und Anwendungsbereiche der stationären medizinischen Vorsorgeleistungen	21
	5.1	Ziele	21
	5.2	Anwendungsbereiche	21
KAPITEL 6	6.0	Ziele und Anwendungsbereiche der stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen	23
	6.1	Ziele	23
	6.1.1	Krankenversicherung	24
	6.1.2	Rentenversicherung	24
	6.2	Anwendungsbereiche	24
KAPITEL 7	7.0	Indikationsstellung zu einer stationären Leistung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	26
	7.1	Indikationsstellung – Medizinische Voraussetzungen	26
	7.1.1	Indikation für Vorsorgeleistungen	26
	7.1.2	Indikation für Rehabilitationsleistungen	27
	7.2	Mehrdimensionale Betrachtungsweise	28
	7.3	Besondere Aspekte bei der Indikationsstellung	29
KAPITEL 8	8.0	Beantragung, Begutachtung, Bewilligung	30
KAPITEL 9	9.0	Dauer und Wiederholung der Leistungen	31
	9.1	Vorsorgeleistungen	31
	9.2	Rehabilitationsleistungen	31
	9.3	Wiederholungsleistungen	31

INHALT

KAPITEL 10	10.0	Mitaufnahme einer Begleitperson	32
KAPITEL 11	11.0	Grundsätzliche Anforderungen an die Einrichtungen	33
	11.1	Anforderungen an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge	34
	11.1.1	Diagnostik und apparative Ausstattung	34
	11.1.2	Ärztliche Leitung und Verantwortung	34
	11.1.3	Qualifikation des Behandlungsteams	36
	11.1.4	Allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie	36
	11.1.5	Psychologische, heilpädagogische und sozialpädagogische Therapie	38
	11.1.6	Zusätzliche Behandlungselemente	38
	11.1.7	Gesundheitsförderung	39
	11.1.8	Schulunterricht	40
	11.2	Anforderungen an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation	41
	11.2.1	Diagnostik und apparative Ausstattung	41
	11.2.2	Ärztliche Leitung und Verantwortung	41
	11.2.3	Qualifikation des Rehabilitationsteams	44
	11.2.4	Psychologische Therapie	44
	11.2.5	Allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie	44
	11.2.6	Zusätzliche Behandlungselemente	45
	11.2.7	Gesundheitsförderung	46
	11.2.8	Schulunterricht	47
	11.2.9	Information und Beratung zur Berufswahl	48
KAPITEL 12	12.0	Weiterführende Leistungen	50
KAPITEL 13	13.0	Entlassungsbericht	52
KAPITEL 14	14.0	Qualitätssicherung	53
	14.1	Strukturqualität	54
	14.2	Prozessqualität	55
	14.3	Ergebnisqualität	57
	14.4	Visitationen	57
	14.5	Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	58
KAPITEL 15	15.0	Gesetzliche Grundlagen für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	59



Anlage A

Checkliste für die Indikationsstellung für Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

60

Anlage B

Verzeichnis der Mitwirkenden an der Überarbeitung des Rahmenkonzepts

64

■ 1.0 Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der sich verändernden Lebens- und gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, gekennzeichnet durch die Zunahme von chronischen, vor allem psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, besteht nach wie vor erheblicher Bedarf an spezifischen medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für diesen Personenkreis. Im gesundheitlichen Versorgungssystem kommen somit der Vorsorge und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend den vielfältigen Bedingungsfaktoren von Krankheit ist dabei neben den medizinischen und psychosozialen Leistungen vor allem den flankierenden gesundheitsfördernden Leistungen zur Verminderung der Risikofaktoren und zur Verhaltensänderung eine hohe Bedeutung zuzumessen.

Als eine Art Leitlinie für die zielgerichtete Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte und der indikationsspezifischen Anforderungsprofile für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen und unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten ausgerichteten Leistungserbringung haben nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)

der AOK-Bundesverband, Bonn

der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

der IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum

die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin



der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel
und
die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
(DGSPJ), Frankfurt a.M.

das folgende gemeinsame Rahmenkonzept erarbeitet und legen hiermit
eine aktuelle und überarbeitete Fassung vor¹.

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird im Rahmenkonzept die männliche Form gewählt. Es sind aber immer Mädchen und Jungen gleichermaßen gemeint. Gleiches gilt für genannte Mitglieder von Berufsgruppen.

■ 2.0 Einleitung

Während bei den Infektionskrankheiten eine rückläufige Tendenz zu erkennen ist, nehmen allgemein die chronischen Krankheiten und insbesondere die psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ihrer Häufigkeit und ihrem Schweregrad zu. Gleichzeitig sind bei immer mehr Kindern und Jugendlichen Mehrfacherkrankungen zu beobachten.

Erste Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert Koch-Instituts² aus dem Jahr 2006 unterstreichen diese Entwicklung.

Die Studie belegt, dass das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen durch das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren und durch eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten (z.B. 5% der Kinder und Jugendlichen mit Asthma bronchiale; 15% der Kinder und Jugendlichen bereits übergewichtig, 6,3% sogar krankhaft adipös) sowie von somatischen zu psychischen und psychosomatischen Störungen (z.B. bei 17,8% der Jungen und 11,5% der Mädchen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme) geprägt wird. Das Problem nimmt zu, je älter die Kinder werden. Kinder aus sozial belasteten Familien oder mit Migrationshintergrund sind in vielen auf die Gesundheit und Lebensqualität bezogenen Bereichen deutlicher gefährdet und betroffen als andere. In dieser Gruppe findet man eine Häufung von Risikofaktoren, Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung und häufiger psychische Auffälligkeiten.

Diese Veränderungen des Krankheitsspektrums erfordern eine Anpassung der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen an einen Behandlungsansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die krankheitsbezogenen physischen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren umfassend berücksichtigt. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz erfordert die Integration der Leistungen auf medizinischen, pädagogischen und sozialen Sektoren und die enge Verzahnung der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss der Hilfen zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz.

² Siehe auch: www.kiggs.de



Bei der Erbringung von Teilhabeleistungen ist stets den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher mit der Zielsetzung der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Rechnung zu tragen. Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sind alters-, entwicklungsabhängig, geschlechtstypisch und bezogen auf die Ziele der Vorsorge und Rehabilitation von unterschiedlicher Wertigkeit und teilweise gegensätzlich, müssen also in ihrer Bedeutung für die Planung und Durchführung von Hilfen entsprechend der aktuellen Ziele speziell berücksichtigt werden.

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bieten dementsprechend in Ergänzung zu ihren medizinischen Leistungen den Kindern und Jugendlichen ein therapeutisches, persönlichkeitsstützendes Milieu und schließen gesundheitsfördernde Leistungen mit ein. Während dieser Aufenthalte haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, soziale Fähigkeiten und Selbstwertgefühl zu erwerben sowie Konfliktlösungsmuster einzuüben. Die Leistungen sind umso effizienter, je mehr diese durch eine individuelle, patientenorientierte Führung der Teilnehmer und gezielte Anwendung von Strategien zur nachhaltigen Sicherung der erreichten Ergebnisse unterstützt werden.

Ob eine Belastung langfristig für ein Kind oder einen Jugendlichen physisch und psychisch schädlich ist, hängt nicht nur von den auf ihn einwirkenden äußeren Faktoren (z.B. Verlust einer vertrauten Bezugsperson) ab, sondern von der Reaktion des Individuums auf diese Belastung (Beanspruchung) und damit auch von den inneren Fähigkeiten zu einer gesunden Lebensführung und zur Konfliktverarbeitung. Stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bieten Kindern und Jugendlichen daher auch in stark belastenden Lebensphasen Hilfe und Unterstützung für eine gesunde, selbstbewusste Entwicklung.

Bei der Prüfung der Notwendigkeit von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist zu beurteilen, ob ambulante Leistungen am Wohnort ausreichen oder nicht durchführbar sind oder ohne Erfolg durchgeführt wurden. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit sind bei der Erbringung der erforderlichen Leistungen zu beachten.

Die Durchführung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten durch die Krankenkassen ist nicht Gegenstand dieses Rahmenkonzepts.

Es ist vorgesehen, in regelmäßigen Zeitabständen zu prüfen, ob das gemeinsame Rahmenkonzept aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse (auch im Hinblick auf die ambulante Rehabilitation) oder wesentlich veränderter Verhältnisse angepasst werden muss.



■ 3.0 *Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Vorsorge, Rehabilitation und Teilhabe*

■ 3.1 *Handlungsprinzipien*

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf gerichtet, eine krankheitsbedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren. Hierzu gehören die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Es gelten dabei folgende Handlungsprinzipien:

- Frühzeitigkeit
- Individualität
- Komplexität
- Interdisziplinarität
- Zielgerichtetheit
- Einheitlichkeit der Leistungserbringung
- Nahtlosigkeit und Zügigkeit
- Bedarfsgerechtigkeit – entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles und ggf. unter Berücksichtigung des Vorrangs
 - ambulanter vor stationärer Hilfen
 - Rehabilitation vor Rente und
 - Rehabilitation vor Pflege
- Qualitätsgesicherte Angebote und indikationsgeleitete Auswahl der Leistungsform.

Diese allgemeinen Grundsätze der Rehabilitation und Teilhabe gelten eingeschränkt auch für die Leistungen zur medizinischen Vorsorge.

■ 3.2 *Die ICF und das bio-psycho-soziale Modell*

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) wurde im Jahr 2001 von der WHO verabschiedet und ist die Nachfolgerin der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fä-

higkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), der WHO von 1980.

Die ICF³ ist eine Klassifikation, mit der ein festgestellter Zustand der funktionalen Gesundheit eines Menschen vor dem Hintergrund möglicher Barrieren oder Förderfaktoren standardisiert dokumentiert werden kann.

Es ist ein Ziel der ICF, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen und damit die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Des Weiteren stellt sie ein Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.

Die vorhandene ICF ist für Erwachsene konzipiert. Eine Klassifikation speziell für Kinder und Jugendliche wird allerdings derzeit schon von einigen Fachleuten erarbeitet.

Die ICF besteht aus verschiedenen Komponenten, dazu gehören Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren, die sich aus Umweltfaktoren und Personbezogenen Faktoren zusammensetzen. Die Personbezogenen Faktoren sind allerdings wegen der weltweit großen soziokulturellen Unterschiede (noch) nicht klassifiziert.

Die ICF fördert mit der Verwendung des bio-psycho-sozialen Modells der funktionalen Gesundheit die Einbeziehung der individuell wichtigen Kontextfaktoren in den Prozess der Vorsorge und Rehabilitation und auch der sozialmedizinischen Begutachtung/Beurteilung.

Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),

³ Die vorläufige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung der International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF (Stand: Oktober 2005) wurde von DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) herausgegeben. Diese Version ist unter www.dimdi.de abrufbar. Zu verweisen ist überdies auf den von der BAR herausgegebenen ICF-Praxisleitfaden (Stand: Januar 2006), der unter www.bar-frankfurt.de abrufbar ist.

2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

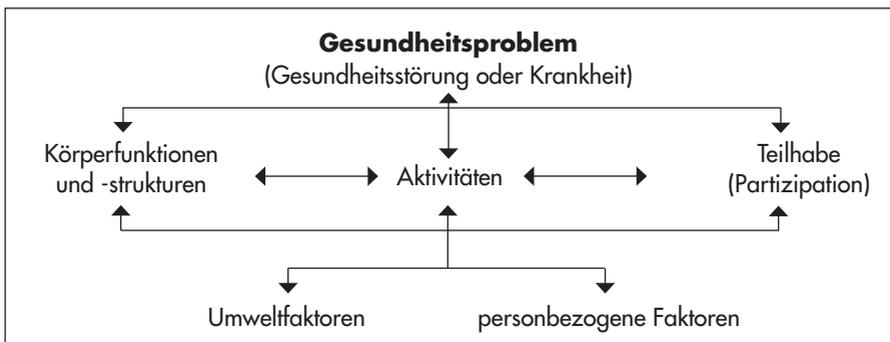


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Als Gesundheitsproblem oder Gesundheitsstörung wird die Krankheit bezeichnet, die typischerweise in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)⁴ abgebildet werden kann. Krankheit (und Behinderung) ist die auslösende Belastung, die den Menschen beansprucht und die in Abbildung 1 gezeigten Wechselwirkungen bzw. Wechselbeziehungen haben kann. Das sog. Gesundheitsproblem ist Anlass für die Anwendung der ICF und auch Voraussetzung für viele Sozialleistungen.

Körperfunktionen und -strukturen beziehen sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Körperfunktionen sind physiologische Funktionen von Körpersystemen, Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers. Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur.

⁴ Vgl. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, seit 2004, hrsg. vom Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), www.dimdi.de

Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

- der inneren Organe oder des Stoffwechsels
- der Sensorik
- des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage
- des Stütz- und Bewegungsapparates, u.a. mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung
- der Sprach-, Hör- oder Sehfunktion
- der Haut.

Bei Kindern und Jugendlichen ist selbstverständlich die alters- bzw. entwicklungsgemäße Normalität maßgebend.

Unter *Aktivität* wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Bei Kindern und Jugendlichen muss natürlich beachtet werden, welche Aktivitäten entwicklungsentsprechend und in welchem Umfang erwartet werden können (z.B. selbständiges Essen, Laufen, Sprechen).

Die *Partizipation/Teilhabe* ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation und unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen altersabhängig und insbesondere von derjenigen bei Erwachsenen erheblich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zeigen sich insbesondere

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- im Verhalten
- in der Kommunikation
- im Bereich des Lernens und der Wissensanwendung
- im Umgang mit Stress
- ggf. in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei Jugendlichen
- in der Selbstversorgung

- in der Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung)
- in der Bildung und Ausbildung (Kindergarten, Schule, Berufsausbildung)
- in der Beschäftigung (Freizeit, Berufsausbildung)
- in der sozialen Integration.

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet bei einem Kind z.B. auch regelmäßiger Besuch von Kinderhort, Kindergarten oder Schule (entsprechend seinem Leistungsvermögen schultypgerecht) sowie Teilhabe an ausgeprägter Hilfe durch Erziehungsberechtigte. Dazu gehört z.B. auch ein regelhafter Freundeskreis, der das Erlernen der sozialen Fähigkeiten fördert.

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet bei einem Jugendlichen z.B. auch die Chance auf einen optimal hohen Schulabschluss im Hinblick auf die bevorstehende Berufsausbildung.

Die *Kontextfaktoren* stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Vorsorge- oder Rehabilitationsverlauf haben.

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung, deren Durchführung und der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des betroffenen Kindes oder Jugendlichen sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Zu den *Umweltfaktoren* gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z.B. Technologien, natürliche und von Menschen veränderte Umwelt, soziale Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen

Umweltfaktoren stehen in Wechselwirkung mit den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäten und der Partizipation (die in Deutschland wegen der Verwendung im SGB IX passender als Teilhabe bezeichnet wird). Art und Umfang dieser Wechselbeziehungen sind nicht festgelegt. Zu wesentlichen Umweltfaktoren gehören bei Kindern/Jugendlichen natürlich die Familie und im Weiteren Kindergarten, Schule und Ausbildungsstätte.

Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen alle Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems sind. Diese Faktoren können z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Bildung, Beruf, Erfahrung, Lebensstil, Gewohnheiten sein. Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert, aber insbesondere bei Kindern und Jugendlichen gleichfalls von herausragender Bedeutung.



■ 4.0 *Besonderheiten bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche*

Für Kinder und Jugendliche sind gegenüber Erwachsenen spezifische Vorsorge- und Rehabilitationskonzepte erforderlich, die insbesondere folgende Besonderheiten berücksichtigen:

- Bei Kindern und Jugendlichen dauern die Eingewöhnung und Anpassung (auch immunologisch) bei stationären Leistungen häufig länger als bei Erwachsenen.
- Die Trennung vom bisherigen Kontext (Elternhaus und Freunde) kann zunächst eine psychische Belastung bedeuten, die ggf. behutsam aufgearbeitet werden muss. Die Trennung kann aber auch wichtige Erkenntnisse für die Bewältigung von ungewohnten Situationen und Aufgaben bringen, um die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen sowie den Unterstützungsbedarf in der häuslichen Umgebung einschätzen zu können.
- Bei Kindern und Jugendlichen sind Untersuchungsprozesse insbesondere wegen altersspezifischer Verhaltens- und Akzeptanzprobleme meist zeitaufwendiger als bei Erwachsenen.
- Die therapeutischen Abläufe müssen so gestaltet werden, dass sie den entwicklungspezifischen Besonderheiten und der Belastbarkeit im Kindes- und Jugendalter entsprechen, die sich i.d.R. deutlich von Erwachsenen unterscheiden.
- Bei nicht ausreichender Vorbereitung auf die Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen bestehen häufig erhebliche allgemeine Compliance-Probleme, die z.B. eine einfühlsame Hinführung zu den therapeutischen Abläufen erfordern. Oft ist auch eine Orientierung gebende Unterstützung sowohl durch Bezugspersonen zuhause als auch in der Klinik für die Adaptation bzw. Bewältigung der entwicklungsge rechten Aufgaben im Behandlungsprozess notwendig.
- In der Regel sind zur Vorbereitung bzw. Nachbereitung der Vorsorge- und Rehabilitationsleistung bei der Aufnahme und Entlassung eines Kindes oder Jugendlichen Kontaktgespräche mit den Angehörigen/ Bezugspersonen erforderlich.
- Der für Kinder erforderliche Freiraum (natürlicher Spieltrieb) muss ebenso gewährleistet sein wie die entwicklungsangemessene Vermitt-

lung von **Orientierung** und daraus resultierende Anforderungen an die Kinder bzw. Jugendlichen.

- **Stationäre** Leistungen kommen für Kinder und Jugendliche insbesondere **deshalb** in Betracht, weil sie für erforderliche gruppentherapeutische und gruppendynamische Prozesse die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und zudem eine **ggf. notwendige Herauslösung** aus dem sozialen Milieu ermöglichen.
- Da gruppendynamische Prozesse bei Kindern und Jugendlichen ein wesentlicher Teil der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind, sollte zweckmäßigerweise die Aufnahme bzw. Entlassung gruppenweise erfolgen.

Allgemein gilt auch hier, "dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind". Vor allem sollte **Beachtung finden, welche Bedürfnisse des Kindes bzw. des Jugendlichen und welche Ziele zur Teilhabe (z.B. Entwicklung von Selbstständigkeit, Entdecken und Erforschen der Umwelt, Entwicklung eigener Fähigkeiten und Stärken) bei der Planung besonderes Gewicht im Vorsorge- und Rehabilitationsverlauf haben sollen.**



■ 5.0 *Ziele und Anwendungsbereiche der stationären medizinischen Vorsorgeleistungen*

■ 5.1 *Ziele*

Die Krankenkassen erbringen stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche mit primärpräventivem Ziel, um

- einer erkennbaren Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken
- bei Gefährdung der alters- und entwicklungsentsprechenden Leistungsfähigkeit diese zu erhalten oder zu verbessern
- Gesundheitsstörungen und modifizierbare Risikofaktoren zur Verhütung einer Krankheit zu beseitigen bzw. zu vermindern
- Befähigung zur individuellen Veränderung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen im Sinne einer Krankheitsvorbeugung zu erlangen.

Die Krankenkassen erbringen stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche mit bestehenden Gesundheitsproblemen mit sekundärpräventivem Ziel, um

- einer Chronifizierung oder Verschlimmerung des Gesundheitsproblems (Gesundheitsstörung bzw. Krankheit) entgegenzuwirken
- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen altersentsprechender Aktivitäten bei bereits manifesten chronischen Krankheiten zu vermeiden.

■ 5.2 *Anwendungsbereiche*

Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen kommen u.a. in Betracht bei:

- Häufung verhaltensabhängiger gesundheitlicher Risikofaktoren wie Übergewicht oder Adipositas ohne Folgekrankheiten (z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Gelenkveränderungen), die ein komplexes Behandlungsangebot erfordern
- manifesten psychosozialen Problemen, die ein Krankheitsrisiko darstellen und zu denen ein Zugang nur unter stationären Bedingungen möglich ist

-
- Verhaltensabweichungen mit nachweisbaren, die gesundheitliche Entwicklung gefährdenden Defiziten und erfolglos gebliebenen Therapieversuchen, die sich z.B. in Konzentrationsschwäche bei einer schwierigen familiären Situation äußern
 - Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen (u.a. bei Erkrankungen der oberen Atemwege), die wesentlich über das alterstypische Maß hinausgehen und zu einer verlängerten Rekonvaleszenz führen
 - Vermeidung von Rezidiven somatischer Erkrankungen, die nachteilig umweltbeeinflusst sind
 - Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen,

wenn wohnortnahe ambulante Behandlungsangebote nicht vorgehalten werden, nicht ausreichen bzw. diese erfolglos durchgeführt wurden oder die zeitweilige Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld notwendig ist.



■ 6.0 **Ziele und Anwendungsbereiche der stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen**

■ 6.1 **Ziele**

In der Charta des Kindes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist festgelegt, dass jedes Kind ein Anrecht auf die ihm gemäße ungestörte körperliche, geistige und seelische Entwicklung hat.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die krankheitsbedingt drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsleistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Das Kind oder der Jugendliche soll z.B. durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens oder spätere oder ggf. bereits vorhandene Erwerbstätigkeit möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für sie als „normal“ für deren persönlichen Lebenskontext erachtet werden.

Auch bei Kindern und Jugendlichen müssen neben den körperlichen und psychischen Faktoren bei der angestrebten Verbesserung des Gesundheitszustandes auch die sozialen Komponenten berücksichtigt werden, um z.B. Folgeerkrankungen zu vermeiden (siehe ICF-Modell Kap. 3.2). Es gilt auch hier, Krankheitssymptome zu mildern, Krankheitsbewältigung zu fördern, eingeschränkte physische und psychische Leistungsfähigkeit zu verbessern.

Dieses kann erreicht werden durch:

- vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe (Restitutio ad integrum)
- größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe (Restitutio ad optimum)
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen oder Aktivitäten (Kompensation, Adaptation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe.

■ 6.1.1 *Krankenversicherung*

Die Krankenkassen erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Die medizinische Rehabilitation schließt die Krankenbehandlung mit dem Ziel ein, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

■ 6.1.2 *Rentenversicherung*

Die Rentenversicherungsträger erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. Im Einzelnen gelten die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien).

■ 6.2 *Anwendungsbereiche*

Stationäre Rehabilitationsleistungen kommen u.a. in Betracht, wenn

- ambulante ärztliche Krankenbehandlung einschließlich Leistungen mit präventiver und rehabilitativer Ausrichtung nicht ausreichen, um Schädigungen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivität/Teilhabe zu beseitigen oder zu vermindern
- sich der weitere Heilungsprozess durch die Behandlung im Akutkrankenhaus nicht verbessern lässt
- krankhafte psychosomatische und psychosoziale Prozesse im familiären und ambulanten Rahmen sich ansonsten nicht wesentlich beeinflussen lassen (Herauslösen des Betroffenen aus dem sozialen Umfeld)

-
- Familienkonstellation und -atmosphäre dem rehabilitativen Prozess entgegenstehen
 - Folgeschäden der Erkrankung bzw. Folgeerkrankungen drohen oder bereits eingetreten sind
 - Leistungen zur Krankheitsbewältigung erforderlich sind
 - Patienten im vorgenannten Sinne für ihren weiteren Lebensweg, Schule, Ausbildung und Beruf befähigt werden sollen.

■ 7.0 **Indikationsstellung zu einer stationären Leistung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder und Jugendliche**

Wenn die Krankenbehandlung einschließlich Leistungen mit präventiver und rehabilitativer Ausrichtung am Wohnort nicht ausreicht, nicht durchführbar ist oder ohne Erfolg durchgeführt wurde, ist bei medizinischer Notwendigkeit die Indikationsstellung zu einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung zu prüfen.

■ 7.1 **Indikationsstellung – Medizinische Voraussetzungen**

Es gilt, die Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose festzustellen.

■ 7.1.1 **Indikation für Vorsorgeleistungen**

Zu prüfen sind hierbei folgende Kriterien:

Vorsorgebedürftigkeit bei primärpräventiver Zielsetzung besteht, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist.

Vorsorgebedürftigkeit bei sekundärpräventiver Zielsetzung besteht, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivität verhindert, das Auftreten von Rezidiven (Rückfällen) bzw. Exazerbationen (Krankheitsverschlechterungen) vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll.

Sie besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist (siehe Beispiele unter Kap. 5.2).

Vorsorgefähigkeit liegt vor, wenn das Kind bzw. der/die Jugendliche

- motiviert bzw. zu motivieren ist, sich insbesondere mit dem individuellen Vorsorgeziel zu identifizieren und



- (körperlich und geistig) in der Lage ist, am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- bereit ist bzw. befähigt werden kann, konsequent und langfristig sein/ihr Gesundheitsverhalten i.S. einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

Die Vorsorgeprognose ist die unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum die Vorsorgeziele zu erreichen.

■ 7.1.2 Indikation für Rehabilitationsleistungen

Zu prüfen sind hierbei folgende Kriterien:

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Die *Rehabilitationsprognose* ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsleistung
- in einem notwendigen Zeitraum.

■ 7.2 **Mehrdimensionale Betrachtungsweise**

Ziel der stationären Leistung ist eine umfassende Vorsorge oder Rehabilitation. Dieses setzt einen übergreifenden Gesundheitsbegriff voraus, der in dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF inhaltlich ein Korrelat findet. Es ist nicht einfach, die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter und die vernetzten Einflussfaktoren systematisch darzustellen bzw. zu erkennen. Das gilt insbesondere auch in Anbetracht der unterschiedlichen Institutionen und Träger, die an Gesundheit im Kindes- und Jugendalter in unterschiedlicher Weise beteiligt bzw. für sie mitverantwortlich sind.

Viele Aktivitäten eines Kindes können anfangs nur mit Hilfe bzw. in Interaktion mit den Bezugspersonen ausgeführt werden. Somit hängt der Erwerb vieler Aktivitäten u.a. mit Auswirkungen auf die Teilhabe von den Kompetenzen, Einstellungen und vom Status der Bezugspersonen (z.B. Bindungsverhalten, Erziehungsstil, Bildungsnähe, soziale Herkunft, Migrationshintergrund) ab. Die umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren im Kindes- und Jugendalter sind von maßgeblicher Bedeutung.

Bei Vorliegen eines Gesundheitsproblems trägt somit die mehrdimensionale Betrachtungsweise dem gesundheitlichen Wohl des Kindes und des Jugendlichen Rechnung und zwar unter

- der kinder- und jugendmedizinischen Perspektive
- angemessener Würdigung derjenigen Probleme, die sich für das Kind bzw. den Jugendlichen auf pädagogisch-psychologischem Gebiet darstellen. Je nach Intensität können diese Probleme auch einen eigenen kinderpsychiatrischen Krankheitswert erhalten
- Berücksichtigung der familiären und sozialen Lebensverhältnisse. Sie spielen häufig eine entscheidende Rolle bei der Nutzung bzw. Nichtnutzung vorhandener ambulanter Ressourcen, so dass sie für den Entschluss zu einer stationären Leistung oftmals ausschlaggebend sein können und ggf. das Herauslösen des Betroffenen aus dem sozialen Umfeld zielführend erscheint.

■ 7.3 **Besondere Aspekte bei der Indikationsstellung**

Für die Indikationsstellung wird folgende Vorgehensweise empfohlen:

- Ausgehend von der Anamnese und den aktuellen medizinischen Befunden des Kindes bzw. Jugendlichen wird das individuelle Gesundheitsproblem (Gesundheitsstörung/Krankheit nach ICD 10) unter Berücksichtigung etwaiger Risikofaktoren erfasst und die medizinischen Indikationskriterien (siehe Kap. 7.1.) für eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung auf Basis der ICF als konzeptionelles Bezugssystem überprüft.
- In diesem Zusammenhang gilt es auch die psychologisch-pädagogische Situation des Kindes bzw. Jugendlichen unter der Fragestellung zu erörtern, ob die Erkrankung psychische Auswirkungen hat oder erzieherische Probleme bestehen, die ihrerseits eine (psycho-)somatische Erkrankung auslösen, verstärken oder unterhalten können.

Diese beiden Gesichtspunkte werden nochmals in Beziehung gesetzt zum familiären und sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen und zwar in zwei Richtungen:

1. Welche Rolle spielt das familiäre bzw. soziale Umfeld für die gesundheitliche Situation? Wirkt es ordnend/hilfreich oder destruktiv/destabilisierend?
2. Welche Rolle spielt die Gesundheit bzw. Krankheit des Kindes bzw. Jugendlichen für sein Umfeld? Festigt sie die Familie oder führt sie zur Dekompensation?

Diese Überlegungen führen dann zur Formulierung einer klar strukturierten Indikation mit einer definitiven Auftragsformulierung (individuelle Vorsorge-/Rehabilitationsziele) an die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Als praktisches Hilfsmittel zur Indikationsstellung wird die Checkliste gemäß Anlage A empfohlen.



■ 8.0 **Beantragung, Begutachtung, Bewilligung**

Der erste Anstoß und die Empfehlung zu einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung können von verschiedenen Seiten kommen (Eltern, Arzt, Kindergarten, Schule, Krankenkasse, Beratungsstelle, u.U. auch vom Patienten selbst). Grundsätzlich ist es Aufgabe des behandelnden Arztes, eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung anzuregen. Die Leistung ist vor Beginn zu beantragen und vom zuständigen Leistungsträger zu bewilligen. Dem Antrag ist ein ärztlicher Befundbericht beizufügen.

Bei Vorsorgeleistungen, für die nur die Krankenkassen zuständig sind, gibt es krankenkassenspezifische Antragsformulare einschließlich Befundbericht.

Bei Rehabilitationsleistungen besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung. Der zuerst angegangene Leistungsträger entscheidet über den Leistungsantrag. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse ist die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61) vom Vertragsarzt auszufüllen. Für die Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung sind die Antragsformulare und ggf. Vordrucke für den ärztlichen Befundbericht des jeweiligen Rentenversicherungsträgers zu verwenden.

Das vorliegende Rahmenkonzept ist bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. den Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherungsträger zu berücksichtigen.



■ 9.0 *Dauer und Wiederholung der Leistungen*

■ 9.1 *Vorsorgeleistungen*

Bei stationären medizinischen Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche kommt aufgrund der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten von vornherein eine Dauer von 4 Wochen in Betracht.

■ 9.2 *Rehabilitationsleistungen*

Bei stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche kommt aufgrund der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten von vornherein eine Dauer von 4 Wochen in Betracht. Eine längere Dauer ist möglich, wenn das Rehabilitationsziel sonst nicht erreicht werden kann. Ggf. ist von der Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig ein ausführlich medizinisch begründeter Verlängerungsantrag zu stellen.

■ 9.3 *Wiederholungsleistungen*

Stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen können nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

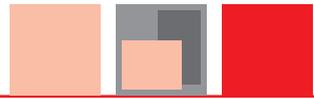


■ 10.0 *Mitaufnahme einer Begleitperson*

Bei der Durchführung stationärer medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson insbesondere bei Kindern bis zum Eintritt der Schulfähigkeit in Betracht. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist in der Regel die Mitaufnahme einer Begleitperson nicht erforderlich, da die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen.

Von dieser Regelung kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen aus medizinischen Gründen und um das Vorsorge- oder Rehabilitationsziel zu erreichen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn z.B.

- wegen entwicklungsbedingter psychologischer Gründe die Trennung eines Kindes von der Begleitperson die erfolgreiche Durchführung der Maßnahme gefährden würde,
oder
- das Kind bzw. der Jugendliche wegen einer schweren Behinderung einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht erbracht werden kann,
oder
- während der stationären Leistung eine Einübung/Anleitung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder im Gebrauch von Hilfsmitteln notwendig ist. Letzteres soll in komprimierter Form in einem zeitlichen Gesamtumfang erfolgen, der für die Einübung/Anleitung notwendig ist. Er wird in aller Regel wesentlich kürzer sein können als die Leistung für den Patienten selbst. Wenn Einübungen/Anleitungen einer die Behandlung des Patienten begleitenden Person mit vergleichbarer Erfolgsaussicht auch an deren Wohnort möglich sind, dann sollen sie dort erfolgen.



■ 11.0 Grundsätzliche Anforderungen an die Einrichtungen

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche haben eine umfassende interdisziplinär abgestimmte Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Dazu müssen insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ständige fachärztliche Präsenz und Verantwortung
- Mitwirkung von qualifiziertem und besonders geschultem Personal, das der Größe und indikationsbezogenen Spezialisierung der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung entspricht; das Personal sollte über Erfahrungen in der Vorsorge bzw. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verfügen.
- indikationsbezogenes strukturiertes verbindliches Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzept
- interdisziplinäre multiprofessionelle therapeutische Angebote als konzeptionelle Schwerpunkte der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen (ganzheitlicher Ansatz)
- Erstellung und Fortschreibung eines individuellen, indikationsbezogenen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplanes durch den verantwortlichen Arzt unter Beteiligung des Vorsorge-/Rehabilitationsteams und des Betroffenen bzw. seiner Bezugspersonen.

Die nach dem indikationsbezogenen Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzept erforderlichen Räumlichkeiten müssen vorhanden sein und dem vorgesehenen Zweck der Nutzung entsprechen. Die Zimmer für die Patienten müssen in Größe und Art kind-/ jugendgerecht sein und den hygienischen Erfordernissen entsprechen. Besondere Anforderungen sind an die Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeit der Baustoffe und an den Lärmschutz zu stellen; auf Allergenarmut ist zu achten.

Die Kinder und Jugendlichen werden in alters- und entwicklungsbezogenen Gruppen betreut. Die Gruppengröße ist alters- und indikationsabhängig. Die Unterbringung erfolgt in 2- bis 4-Bettzimmern; Einzelzimmer sind die Ausnahme.

Die mögliche eingeschränkte Mobilität der Kinder und Jugendlichen muss in den Einrichtungen baulich berücksichtigt sein (barrierefreier Zugang,

Aufzug, rollstuhlgerechte Ausstattung). Die Mitaufnahme von Begleitpersonen muss im Raumkonzept ihren Niederschlag finden.

Die Umgebung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfordert insbesondere ausreichend Platz und kindgerechte Gestaltung; dabei ist besonders der Bewegungsdrang von Kindern zu berücksichtigen.

■ **11.1 Anforderungen an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge**

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen stationäre Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren das Ziel, spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen in einer ganzheitlich orientierten Therapie unter Einbeziehung psychosozialer, psychologischer sowie gesundheits- und entwicklungsfördernder Hilfen entgegenzuwirken.

■ **11.1.1 Diagnostik und apparative Ausstattung**

Die indikationsbezogene, vorsorgespezifische Funktionsdiagnostik und notwendige apparative Ausstattung muss durch die Einrichtung vorgehalten werden oder am Ort in erreichbarer Nähe verfügbar sein. Sie hat die Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten, wobei die Diagnostik je nach weiterer Spezialisierung der Einrichtung ergänzt werden muss.

■ **11.1.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Die ärztliche Leitung einer stationären Vorsorgeeinrichtung für Kinder und Jugendliche obliegt einem Arzt mit Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung im Bereich der Vorsorge und sozialmedizinischer Kompetenz (Weiterbildung). Die medizinische Behandlung der Kinder und Jugendlichen muss unter seiner persönlichen Aufsicht, Mitwirkung und ständigen Verantwortung stehen. Eine Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation muss bestehen. Die ärztliche Tätigkeit erfordert eine patientenorientierte, ganzheitliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Dazu gehört neben den Untersuchungen, Anregungen und

Verordnungen die Überwachung der entsprechend dem individuellen Therapieplan eingeleiteten Leistungen. Der leitende Arzt arbeitet eng mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften der einzelnen Therapiebereiche zusammen. Er oder sein benannter ständiger Vertreter muss während der Therapiezeiten in der Einrichtung durchgehend präsent und verfügbar sein.

Ärztliche Aufgaben

- Eingehende Aufnahmeuntersuchung, Erhebung biographischer, sozialer, krankheitsbezogener Daten, insbesondere auch die Erfassung, Objektivierung und Gewichtung von Risikofaktoren/Gesundheitsstörungen/Krankheiten, Anordnung der Eingangsdiagnostik und weiterer therapierelevanter medizinischer Diagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden
- interdisziplinäre Festlegung der Ziele der Vorsorgeleistung
- Aufstellung und Erläuterung des individuellen Vorsorgeplans
- individuell abgestimmte Verlaufsuntersuchungen und Beratungen – in der Regel einmal wöchentlich – mit Fortschreibung des Vorsorgeplanes
- medizinische Grund- und Akutversorgung
- Bereitschaftsdienst
- ggf. Konsile mit weiteren Fachärzten
- Leitung der Teambesprechungen (mindestens 1x pro Woche)
- Einzel- und Gruppengespräche
- medizinische Informationsgespräche und ggf. krankheitsspezifische Schulungen für Kinder, Jugendliche und Begleitpersonen nach anerkannten Standards unter Einbeziehung aller Disziplinen, tägliche Beratungs- und Sprechstunden in der Einrichtung
- Abschlussuntersuchung
- Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen über die Therapieergebnisse mit gesundheitsbezogenen Empfehlungen für die Zeit nach der Vorsorgeleistung
- mündliche, schriftliche, fernmündliche Kommunikation mit den Eltern oder anderen Bezugsperson(en) über die Ergebnisse der Vorsorgeleistung und weitere Empfehlungen zur Stabilisierung des Erfolges

- Erstellung eines Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen
- Sicherstellung der Dokumentation
- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Konsiliarärzten, Konsiliardiensten, sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen
- Gewährleistung des Qualitätsmanagements und der Anforderungen an die Qualitätssicherung.

■ 11.1.3 Qualifikation des Behandlungsteams

Das Team setzt sich entsprechend der allgemeinen sowie möglichen indikationsspezifischen Anforderungen qualitativ aus Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften zusammen, z.B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Diplompädagogen, Heilpädagogen, Sporttherapeuten/Sport- und Gymnastiklehrern, Kinderkrankenpflegepersonal, Diätassistenten und indikationsbezogen aus Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen/Psychotherapeuten und ggf. Ökotrophologen. Die quantitative Personalbemessung richtet sich nach der Größe der Einrichtung.

■ 11.1.4 Allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie

Der Pädagogik liegt das Ziel vom kompetenten Kind/Jugendlichen zugrunde. Deshalb ist die allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie in erster Linie darauf ausgerichtet, das Kind/den Jugendlichen in seinen individuellen Kompetenzen, seiner Selbständigkeit zur Bewältigung der Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Risiken zu fördern und zu unterstützen. Zur Identitätsbildung, die sich besonders an der gesunden Lebensführung ausrichtet, werden gezielt Erfahrungs-, Lern- und Lebensräume zur Verfügung gestellt, die Kinder und Jugendliche mitgestalten können. Zur Einübung der kreativen Gestaltung des Alltags und der Bewältigung von Stress-, Überforderungs- und Konfliktsituationen werden den Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund einer situationsorientierten Pädagogik Begegnungs-, Rückzugs- und Entdeckungsräume zur Verfügung gestellt. Die Pädagogik bedient sich dabei der Grundprinzipien des Situationsansatzes. Diese sind: Lernen in Realsituationen, Mit-

wirkung der Kinder und Jugendlichen bei der Gestaltung von Alltagssituationen und Förderung der Vielfalt von Ausdrucksmöglichkeiten.

Aufgaben

- Planung und altersentsprechende Durchführung der erforderlichen, psychosozialen und pädagogischen Förderung laut Therapieplan
- Mitwirkung der Therapeuten bei Einzel- und Gruppengesprächen
- Teamarbeit zwischen Ärzten und den psychologischen und therapeutischen Diensten (Teilnahme an Teambesprechungen).

Folgende pädagogische Grundhaltungen und Interventionen fördern die Beziehung und das therapeutische Setting:

- Vorbehaltfreie Annahme und Akzeptanz der Patienten
- Schaffung von individuellen Freiräumen, in denen Gefühle und Bedürfnisse artikuliert, Verhaltenserfahrungen durchschaubar gemacht werden und neue Verhaltensmuster erprobt werden können
- Thematisierung biographischer Konflikterlebnisse und die Entwicklung eigenständiger Problemlösungen, z.B. im Umgang mit sozialen Konflikten oder Leistungsanforderungen
- Hilfen zur Entdeckung und Entfaltung eigener Anlagen und Fähigkeiten im sozialen, handwerklichen und kognitiven Bereich
- Schaffung positiver Grundeinstellungen gegenüber neuen Anforderungen
- Förderung sinnlicher Erfahrungen, die heilend und/oder kompensatorisch wirken
- Nutzung der vorteilhaften klimatischen Reize und Ausschaltung schädlicher Faktoren
- Vermittlung der therapeutischen, chronologischen Ordnung und der Regelung des Tagesrhythmus mit dem Wechsel von Anspannung, Entspannung, Therapieanwendungen, Nahrungsaufnahme und Schlaf
- In Abhängigkeit von der Indikation notwendige ergänzende Angebote (siehe Kap. 11.2.5).

■ 11.1.5 *Psychologische, heilpädagogische und sozialpädagogische Therapie*

Förderziele der psychologischen, heilpädagogischen und sozialpädagogischen Leistungen sind u.a.: Hilfestellungen zur Verhaltensänderung, Vermittlung von Kompensationstechniken/Bewältigungsstrategien, psychische und soziale Stabilisierung, Unterstützung bei der sozialen Entwicklung, Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten sowie die Förderung der Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion und Kommunikation.

Bei sekundärpräventiver Ausrichtung der Einrichtung sollten die therapeutischen Angebote (siehe Kap. 11.2.4) verfügbar sein.

Aufgaben

- Systematische Beobachtung
- Gespräche und Therapien (einzeln und/oder in Gruppen)
- Entspannung und Stressabbau
- konstruktive Teilnahme an den Teambesprechungen für die individuelle Fallberatung
- Schulung, Information, Beratung, Elterneinbindung
- Koordination und Fortschreibung der psychosozialen, pädagogischen oder psychologischen Leistungen des Vorsorgeplanes in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Arzt.

■ 11.1.6 *Zusätzliche Behandlungselemente*

Zu den einzufordernden speziellen Behandlungselementen gehören – je nach Indikation –

- Leistungen der physikalischen Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Kinderkrankenpflege
- Balneo- und Klimatherapie
- Ernährungs- und Diättherapie
- Entspannungstraining
- bei Bedarf indikationsabhängig die unter Kap. 11.2.6 aufgeführten entsprechenden Interventionsangebote.

■ 11.1.7 Gesundheitsförderung

Entsprechend den vielfältigen Belastungssituationen bei Kindern und Jugendlichen kommt den gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Verminderung der Risikofaktoren eine besondere Bedeutung zu. Gesundheitsförderung versteht sich nicht nur als Strategie zur Abwehr von krankmachenden Faktoren, sondern auch als Prozess zu einer gesundheitsgemäßen Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt, wobei den Kindern und Jugendlichen die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen vermittelt werden sollen, die persönliche Gesundheit bzw. Lebensqualität zu erhalten und prospektiv langfristig zu verbessern. Gesundheitsförderung spricht deshalb nicht nur die medizinischen Bereiche an, sondern fordert alle in der Einrichtung tätigen Berufsgruppen auf, sich an den gesundheitsfördernden Leistungen aktiv zu beteiligen und gestaltend mitzuwirken.

Gesundheitsförderung ist damit ein integrativer Bestandteil aller Disziplinen und Maßnahmen in der Vorsorgeeinrichtung und zielt vor allem darauf, das Kind/den Jugendlichen in der Entwicklung seiner persönlichen Kompetenz zu unterstützen. Dazu muss Gesundheitsförderung die Entwicklung der Persönlichkeit und der sozialen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen fördern und ihnen helfen, aktiven Einfluss auf die eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben.

Zur Auslösung von Lernprozessen sind eine gezielte Planung und eine umsichtige Lenkung von Aktivitäten notwendig. Dabei geht es in erster Linie nicht um Sachinformationen und warnende Hinweise auf mögliche Schädigungen, sondern um die Förderung sozialer Kompetenzen, die Stabilisierung des Selbstwertgefühls, die Reflexion über Lebensstrategien und die Befähigung im Umgang mit den Alltagsproblemen.

Stabilisierende Faktoren bei gesundheitlich gefährdeten oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen sind:

- Aufbau einer besseren physischen und psychischen Konstitution
- Aufbau stabiler sozialer Beziehungen, Förderung von Freundschaften
- Altersgemäße Informiertheit über Risikofaktoren, Krankheiten und deren Folgen
- Verhaltenstraining zur Einstimmung auf neue Anforderungen

- Ausbildung und Bewahren eines positiven Selbstbildes
- Stärkung der Fähigkeiten zur Risikobewältigung
- Erweiterung und Erprobung neuer Kompetenzen, die auf neue Anforderungen bezogen werden können
- Förderung von Freude und Spaß ("Sich-Wohlfühlen") in einer entwicklungsfördernden Atmosphäre
- Ausgewogene, gesunde Ernährung
- Bei Bedarf zusätzliche Interventionsangebote (siehe Kap. 11.2.7).

■ 11.1.8 Schulunterricht

Die Patienten in der Vorsorgeeinrichtung sind in der Regel schul- oder berufsschulpflichtige Kinder und Jugendliche, denen die Einrichtung eine unterschiedlich strukturierte schulische Förderung anbietet. Die Angebote sind individuell auf die Gesundheitssituation des einzelnen Patienten abgestimmt und bieten in der Regel schulischen Überbrückungsunterricht. Der Überbrückungsunterricht in der Vorsorgeeinrichtung ist medizinisch und therapeutisch in das Gesamtkonzept der Einrichtung eingebunden und trägt zur Stabilisierung und zum Erhalt der Gesundheit ebenso bei wie zur Förderung einer unbelasteten schulischen Entwicklung.

Aufgaben

- Bedarfsorientierte, individuelle bildungsmäßige Versorgung der Schüler während des stationären Aufenthaltes
- Mitarbeit am gesundheitserzieherischen Präventionskonzept der Vorsorgeeinrichtung
- Bereitstellen eines therapeutischen Lernfeldes, in dem Vertrauen in die eigene Leistung sich entwickeln kann und Ängste vor Misserfolg und Versagen abgebaut werden
- Förderung von selbständigem Arbeiten und positiven Verhaltensweisen
- Aufbau tragfähiger Beziehungen
- ggf. Einbezug der Pädagogen in Diagnostik/Therapie (z.B. Beobachtung von Schulleistungsstörungen).

Kostenträger

Die Erteilung von Schulunterricht in Vorsorgeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche ist eine freiwillige Leistung der Länder. Ihnen obliegen die Schulaufsicht und die Aufstellung der Lehrpläne. Lehrkräfte sind ihnen dienstrechtlich unterstellt. Für Schulunterricht ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Vorsorgeeinrichtung befindet.

■ 11.2 Anforderungen an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche verfolgen unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren das Ziel, spezifischen Gesundheitsrisiken, bestehenden Krankheiten und drohenden oder bestehenden Beeinträchtigungen der Teilhabe in einer ganzheitlich orientierten Therapie unter Einbeziehung psychosozialer, psychologischer und gesundheits- und entwicklungsfördernder Hilfen entgegenzuwirken.

Den Prinzipien der Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität unter Berücksichtigung des familiären Umfeldes sowie alters- und entwicklungspezifischer Faktoren gilt es Rechnung zu tragen.

■ 11.2.1 Diagnostik und apparative Ausstattung

Die indikationsbezogene, rehabilitationsspezifische Funktionsdiagnostik und notwendige apparative Ausstattung muss durch die Einrichtung vorgehalten werden und die Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten, wobei die Diagnostik je nach weiterer Spezialisierung der Einrichtung ergänzt werden muss.

■ 11.2.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ärztliche Leitung einer Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche obliegt einem Arzt mit Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der über mindestens zweijährige sozialmedizinische oder rehabilitative Erfahrungen verfügt und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen sollte. Je nach Spezialisierung der Einrichtung sollte eine entsprechende Weiterbildung nachgewiesen werden. Eine Ver-

tretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation muss bestehen. Der leitende Arzt arbeitet interdisziplinär mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften der einzelnen Therapiebereiche zusammen, wobei die individuelle Feinabstimmung des Rehabilitationsplanes und dessen kontinuierliche Überprüfung im Hinblick auf das jeweilige Rehabilitationsziel ein effizientes Management erfordern.

Bei der Aufstellung des individuellen Rehabilitationsplanes sind insbesondere die

- medizinisch-ärztlichen,
- therapeutischen,
- sozialpädagogischen,
- schulischen und
- gesundheitsfördernden

Aspekte zu berücksichtigen. Hierzu notwendig sind die differenzierte Erfassung des Beschwerdebildes und die Überprüfung der Eingangsdiagnose sowie der Rehabilitations- und Therapieziele.

Die medizinische Behandlung der Kinder und Jugendlichen steht unter der kontinuierlichen persönlichen Aufsicht, Mitwirkung und Verantwortung des ärztlichen Leiters der Einrichtung. Diese Tätigkeit erfordert eine patientenorientierte, ganzheitliche Anleitung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Dazu gehören neben den regelmäßigen Untersuchungen auch Anregungen und Verordnungen sowie die Überwachung der entsprechend dem individuellen Rehabilitationsplan eingeleiteten Leistungen.

Ärztliche Aufgaben

- Eingehende Aufnahmeuntersuchung, Erhebung biographischer, sozialer, krankheitsbezogener Daten, insbesondere auch die Erfassung, Objektivierung und Gewichtung von Risikofaktoren/Gesundheitsstörungen/Krankheiten, Anordnung der Eingangsdiagnostik und weiterer therapierelevanter medizinischer Diagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden. Mit den Eltern bzw. Bezugspersonen sind zur Erfassung aktueller anamnestischer Daten nach Möglichkeit Aufnahmegespräche zu führen.

- interdisziplinäre Festlegung der Ziele der Rehabilitation
- Aufstellung und Erläuterung des individuellen Rehabilitationsplanes
- indikationsbezogene Verlaufskontrolle mit regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen
- individuelle Abstimmung und Fortschreibung des Rehabilitationsplanes im interdisziplinären Team, Teambesprechungen (1x wöchentlich)
- Beratung, die Visite (täglich), das Gespräch über die Fortschreibung des Rehabilitationsplanes mit dem Patienten, Bezugspersonen und dem interdisziplinären Team
- ärztliche Therapieleistungen
- lückenloser Bereitschaftsdienst (auch an Wochenenden und Feiertagen)
- Konsile mit weiteren Fachärzten
- strukturierte und qualitätsgesicherte krankheitsspezifische Schulung für Kinder/Jugendliche und Eltern bzw. Bezugspersonen nach möglichst anerkannten Schulungskonzepten
- Reha-Dokumentation (Aussagen zur Familien- und Eigenanamnese, zum Beschwerdebild, zum Rehabilitationsziel, zu Therapieverlauf und -ergebnissen, zur Epikrise und Empfehlungen für die Nachsorge)
- mündliche, schriftliche und fernmündliche Kommunikation mit Eltern bzw. Bezugspersonen über die Ergebnisse der Maßnahme und die Nachsorge
- Erstellung des qualitativen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung und Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Berichte des Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Konsiliarärzten, Konsiliardiensten, sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen
- Gewährleistung des Qualitätsmanagements und der Anforderungen an die Qualitätssicherung.

■ 11.2.3 Qualifikation des Rehabilitationsteams

Das Team setzt sich entsprechend der indikationsspezifischen Anforderungen qualitativ aus Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften zusammen, z.B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Diplompädagogen, Heilpädagogen, Sporttherapeuten/Sport- und Gymnastiklehrern, Diätassistenten/Ökotrophologen und Kinderkrankenpflegefachpersonal. Die quantitative Personalbemessung richtet sich nach der Größe der Einrichtung.

■ 11.2.4 Psychologische Therapie

Die psychologische Therapie umfasst im Rahmen der stationären Rehabilitationsleistung u.a. die folgenden Ziele: Hilfestellung zu Verhaltensänderungen, Vermittlung von Kompensationstechniken/Bewältigungsstrategien, Unterstützung beim Prozess der Krankheitsverarbeitung, Hilfestellungen zur Bewältigung persönlicher Belastungen, psychische Stabilisierung sowie Förderung der sozialen Kompetenz.

Aufgaben

- Psychologische Testverfahren, spezielle Anamnese
- Beratung und Therapie einzeln und/oder in Gruppen (u.a. Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Modifikation, Gesprächstherapie, körperbezogene Therapieformen, Gestaltungstherapie)
- Krisenintervention
- Entspannungstraining, Stressabbau
- Mitarbeit an krankheitsspezifischen Schulungen
- Elternberatung und Einbindung
- Empfehlungen für die Weiterbetreuung
- Teilnahme an Teambesprechungen.

■ 11.2.5 Allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie

Die allgemeine gruppen- und sozialpädagogische Therapie ist in erster Linie darauf ausgerichtet, den Kindern und Jugendlichen psychosoziale,

krankheitsbezogene Erziehungs- und Betreuungshilfe zur Bewältigung der psychosozialen Beeinträchtigungen und Belastungen zur Verfügung zu stellen. In der Regel handelt es sich bei den Rehabilitanden um mehrfach beeinträchtigte Kinder und Jugendliche, bei denen Verhaltensstörungen nachweislich häufiger anzutreffen sind. Deshalb umfasst die Gruppen- und Einzelfallhilfe schwerpunktmäßig folgende Aufgaben zusätzlich zu den bereits bei den Vorsorgeeinrichtungen genannten (Kap. 11.1.4):

- Systematische Beobachtung und Dokumentation
- pädagogische und sozialpädagogische Hilfen im Umgang mit der (chronischen) Krankheit durch Hinführung zur persönlichen Akzeptanz der geminderten Leistungskraft und Aufbau des Selbstwertgefühls durch Förderung der körperlichen und sozialen Leistungsfähigkeit und anderer Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken
- pädagogische und psychologische Hilfen bei der Aufarbeitung von Problemsituationen, die die Kinder zusätzlich (und ursächlich) belasten
- spezifische Therapien zum Ausbau von individuellen Fähigkeiten, die das Selbstvertrauen fördern im therapeutischen Klima der Gruppe, in denen das Kind bzw. der Jugendliche sich als mitgestaltendes Subjekt erlebt
- krankheitsspezifische Schulung für Kinder/Jugendliche und Eltern bzw. Bezugspersonen
- Vermittlung der Weiterbetreuung am Wohnort durch Einbezug des sozialen Umfeldes (z.B. Heim, Pflegefamilie, Jugendamt, soziale Dienste, Selbsthilfegruppen) mit dem Ziel der Stabilisierung der Erfolge der Rehabilitationsleistung.

■ 11.2.6 *Zusätzliche Behandlungselemente*

Zu den zusätzlich einzufordernden Behandlungselementen gehören – je nach Indikation -

- Leistungen der physikalischen Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Logopädie
- Ergotherapie

- Kinderkrankenpflege
- spezielle Trainingsprogramme
- alltags- und freizeitbezogenes Verhaltenstraining
- Ernährungs- und Diättherapie.

Die notwendigen Behandlungselemente ergeben sich aus der jeweiligen Indikation.

■ 11.2.7 Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und der gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bei Heranwachsenden kommt der Gesundheitsförderung in der Einrichtung eine besondere Bedeutung zu. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung von Wissen, sondern auch um die auf die Lebenssituation des Einzelnen bezogenen Aspekte und das Hinwirken auf gesundheitsfördernde Bedingungen in den zentralen Lebensbereichen Familie, Schule und Freizeit. Diese liegen vor allem darin, die persönlichen Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität bewusst zu machen und zu fördern.

Zusätzlich zu den bereits bei den Vorsorgeeinrichtungen genannten Leistungen (Kap. 11.1.7) umfasst die Gruppen- und Einzelfallhilfe schwerpunktmäßig nachfolgende Aufgaben:

- Hilfe zur Entwicklung und Nutzung physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten, die die Konstitution, das Selbstbewusstsein und die Identität des Patienten stabilisieren helfen
- Indikationsbezogene Information über Krankheiten und Kriseninterventionen
- Hilfe zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um eigene Entscheidungen zu treffen, zu vertreten, Stress zu bewältigen und mit konflikthafter Situationen im Bezug auf das gesundheitliche Verhalten umzugehen
- Verhaltenstraining zur Einstimmung auf neue Anforderungen
- Hilfe bei der Förderung altersgemäßen Verantwortungsbewusstseins bezogen auf die individuelle und familiäre Gesundheit

- Hilfe zur Vermeidung von Risikofaktoren
- Förderung von Freude und Spaß an einer gesundheitsbewussten Lebensweise
- Förderung des Bewusstseins einer gesunden, kindgerechten Lebensführung und Hinführung zu Verhaltensweisen, die auch im Alltag nach der stationären Behandlung in der Rehabilitationseinrichtung gelebt werden sollen (z.B. zielgruppengerechte Auseinandersetzung mit der Bedeutung gesunder Ernährung, Aufbau eines verbesserten Körper- und Gesundheitsbewusstseins durch bewusste Bewegung und Entspannung).

Dabei geht es nicht nur um Wissensvermittlung, sondern um die Erprobung alternativer Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung, Stress und Konfliktbewältigung. Gesundheitsschädliches Verhalten entsteht bei Kindern und Jugendlichen u.a. oft durch Neugierde und Gruppendruck. Deshalb sind die gesundheitspädagogischen Programme so auszurichten, dass zu dem gesundheitsgefährdenden Verhalten Alternativen gefunden werden, die den gleichen psychosozialen Zweck erfüllen, also ebenfalls zur sozialen Akzeptanz und Verbesserung des Selbstwertgefühls führen.

■ 11.2.8 Schulunterricht

Der schulische Werdegang bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen soll durch die stationäre Rehabilitationsleistung nicht beeinträchtigt werden. Deshalb bietet die Rehabilitationseinrichtung einen schulischen Überbrückungs- bzw. Regelunterricht an, der die krankheitsbedingten Leistungsminderungen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt.

In der Regel wird dem Kind/Jugendlichen in der klinikeigenen, staatlich genehmigten Schule in kleinen Klassen entsprechend seiner Schulart Regelunterricht erteilt. Die jeweilige Anzahl der Unterrichtsstunden wird im Rahmen des Therapieplanes festgelegt, sie sollte mindestens 10 Stunden pro Woche betragen. Die Schule in der Rehabilitationseinrichtung ist eingebunden in das ganzheitliche interdisziplinäre Rehabilitationskonzept; sie berücksichtigt die Wechselwirkung von Schule und Krankheit.

Aufgaben

- Die mit dem Lehrplan der Heimatschule abgestimmte bildungsmäßige Versorgung der Schüler während des Aufenthaltes
- die Mitarbeit an dem gesundheitserzieherischen Konzept der Rehabilitationseinrichtung
- die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen der Rehabilitationseinrichtung zur Anwendung von diagnostischen Methoden der Ursachenerforschung von Schulleistungsstörungen. Lernzustands- und Lernprozessdiagnostik tragen dazu bei, Schulleistungen zu überprüfen und Verhalten zu beobachten
- schulpädagogische Anregungen für die nachbetreuenden Institutionen
- Verbesserung der Lernfähigkeit der Schüler durch Schaffen eines positiven Erlebnisraumes, indem Erfolgserlebnisse vermittelt werden und Selbstvertrauen gefördert wird.

Kostenträger

Die Erteilung von Schulunterricht in Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche ist eine freiwillige Leistung der Länder. Ihnen obliegen die Schulaufsicht und die Aufstellung der Lehrpläne. Lehrkräfte sind ihnen dienstrechtlich unterstellt. Für Schulunterricht ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Rehabilitationseinrichtung befindet.

■ 11.2.9 Information und Beratung zur Berufswahl

Wegen der Bedeutung beruflicher Fragestellungen im Jugendalter und der ggf. bestehenden krankheitsbedingten Einschränkungen bei der Berufswahl können im Rahmen der stationären Rehabilitation von Jugendlichen Informationen und Beratung zur beruflichen Orientierung angezeigt sein. Indikationsorientiert werden Möglichkeiten und Grenzen der Berufswahl aufgezeigt, um zunächst ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass neben den Interessen, Neigungen und Fähigkeiten auch die gesundheitliche Eignung berücksichtigt werden muss. Berufliche Perspektiven können dann den Neigungen entsprechend und nach gesundheitlicher Eignung ausgesprochen werden. Eine individuelle Berufsberatung von Jugendlichen der Schulabgangsklassen kann in Absprache mit Lehrkräften und weiteren

beteiligten Fachdiensten der Rehabilitationseinrichtung auf Grundlage der dort gewonnenen Erkenntnisse durch die Agentur für Arbeit erfolgen. Die eigentliche Berufswahlentscheidung muss am Heimatort unter Kenntnis der regionalen Ausbildungsmöglichkeiten getroffen werden. Die Rehabilitationseinrichtung kann auch Ausbildungsstätten wie beispielsweise Berufsbildungswerke vermitteln, die nicht an die heimatliche Region verbunden sind.

■ 12.0 Weiterführende Leistungen

Um die Rehabilitationsziele vollständig zu erreichen, können im Anschluss an eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation Leistungen zur nachhaltigen Sicherung des Erfolges der Rehabilitationsleistung erforderlich sein. Im Sinne der „Reha-Kette“ sind Leistungen miteinander zu vernetzen.

Gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen, Hilfen zur Krankheitsbewältigung und die Schulung der Kinder und Jugendlichen (und ggf. Bezugspersonen) sind oft länger andauernde Prozesse. Eine wohnortnahe ambulante Fortführung der stationär vermittelten Behandlungselemente ist deshalb vielfach notwendig. In der Nachsorgephase sollen verstärkt Eigenaktivitäten der Kinder und Jugendlichen gefördert und damit Selbsthilfepotentiale geweckt und gestärkt werden. Im Interesse eines umfassenden und hinreichend differenzierten Nachsorgeprogramms sollten daher von der Rehabilitationseinrichtung bzw. vom nachbehandelnden Arzt medizinisch notwendige therapeutische Leistungen im Rahmen der Nachsorge empfohlen bzw. veranlasst werden. Beispielfhaft sind zu nennen:

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Psychotherapie
- Rehabilitationssport und Funktionstraining
- Gehschule/Rückenschule
- Ernährungsberatung
- Kurse zur Gesundheitsbildung (z.B. Stressbewältigungstraining, Entspannungstraining, Raucherentwöhnung, Veränderung von Ernährungsverhalten, Gesundheitssport).

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben nach § 43 Abs. 2 SGB V Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen. Durch diese Maßnahmen soll die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen im häuslichen Bereich sichergestellt werden.



Zur Durchführung weiterführender Leistungen sollten vorhandene Leistungsangebote (ggf. auch der Rehabilitationseinrichtungen selbst) genutzt werden. Eine enge institutionelle Zusammenarbeit mit den übrigen Trägern (z.B. auch der Kinder- und Jugendhilfe als Erbringer von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach §§ 35a ff. SGB VIII) und Einrichtungen (z.B. mit Sozialpädiatrischen Zentren, § 119 SGB V, und Frühförderstellen, § 30 i.V.m. § 26 Abs. 2 Nr. 2, § 56 Abs. 2 SGB IX) im Gesundheitssektor ist anzustreben, um das Angebot im Gesundheitsbildungsbereich zu verbessern. Eine wichtige Funktion für die Übernahme von Eigenverantwortung und für den Austausch von Kenntnissen und Erfahrungen der Betroffenen untereinander sowie zwischen Therapeuten und Rehabilitanden haben hier auch Selbsthilfegruppen. Kontakte mit kooperationsbereiten Selbsthilfegruppen sollten daher gefördert werden.



■ 13.0 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der stationären medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung erhalten unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der behandelnde/einweisende Arzt und der zuständige Leistungsträger einen ärztlichen Entlassungsbericht.

Die gesetzliche Rentenversicherung setzt in der medizinischen Rehabilitation einen einheitlichen Entlassungsbericht ein, der auf den Internetseiten als Download zur Verfügung steht (www.deutsche-rentenversicherung.de \Formulare und Publikationen \Formulare \Reha-Einrichtungen). Bei Jugendlichen, bei denen der Eintritt ins Berufsleben in Kürze erwartet wird, ist das erwerbsbezogene Leistungsvermögen ausführlich in der Epikrise bzw. Sozialmedizinischen Beurteilung darzustellen. Auch ist zu dokumentieren, in welchem Umfang Informationen und Beratung zur Berufswahl erfolgt sind. Bei jüngeren Kindern sollten Einschätzungen hinsichtlich Schulfähigkeit und Gruppenfähigkeit erfolgen. Der Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung informiert über Anforderungen, inhaltliche Strukturierung und Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation⁵.

⁵ [www.deutsche-rentenversicherung.de/Zielgruppen/Sozialmedizin und Forschung/Qualitätssicherung](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Zielgruppen/Sozialmedizin%20und%20Forschung/Qualitätssicherung)



■ 14.0 Qualitätssicherung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung tragen dazu bei, dass medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Voraussetzung für eine systematische und nachvollziehbare Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Kindes- und Jugendalter ist eine einheitliche Operationalisierung des Qualitätsbegriffs. Maßnahmen der Qualitätssicherung beziehen sich auf die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Auf die Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003, in der die Grundsätze der Qualitätssicherung trägerübergreifend definiert sind, wird verwiesen.

Im Mittelpunkt der externen Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität wird von der Struktur- und der Prozessqualität beeinflusst und durch ihren Bezug darauf nachvollziehbar. Die Qualität einer Einrichtung lässt sich daher nur mit Hilfe aller drei Qualitätsdimensionen angemessen darstellen. Die Anforderungen an stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche werden durch externe Verfahren der Qualitätssicherung konkretisiert. Führen die Leistungsträger externe Qualitätssicherungsaktivitäten durch, sind die Einrichtungen zur Teilnahme verpflichtet.

Bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Sie basieren auf einer umfassenden Dokumentation der geleisteten Versorgung.
- Sie berücksichtigen unterschiedliche Aspekte der Versorgungsqualität.
- Sie beziehen Patienten/Rehabilitanden und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen mit ein.
- Sie werden regelhaft und kontinuierlich durchgeführt.
- Sie werden nach transparenten Maßgaben durchgeführt (z.B. Veröf-

fentlichung der Anzahl einbezogener Patienten/Rehabilitanden, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen).

- Die Ergebnisse werden in regelmäßigen Berichterstattungen zusammengefasst.
- Sie beschreiben nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern bewerten sie auch.
- Sie stellen die Praktikabilität und Handhabbarkeit der verwendeten Instrumente und Verfahren sicher.
- Sie ermöglichen faire Qualitätsvergleiche zwischen den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und fördern damit einen Wettbewerb um die beste Qualität.
- Sie stellen ihre Ergebnisse auch für versorgungsorientierte Fragestellungen zur Verfügung.

Die Qualitätssicherung betrifft alle Segmente der medizinischen Versorgung gleichermaßen und gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung, ebenso für die Vorsorge wie für die Rehabilitation, für erwachsene Patienten wie für Kinder und Jugendliche. Bei der Beurteilung der Qualität von Einrichtungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist als Besonderheit der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation die heterogene Einrichtungslandschaft angemessen zu berücksichtigen. Derzeit existieren spezialisierte Einrichtungen neben kombinierten Organisationsformen mit gemischtem Leistungsspektrum (z.B. Vorsorge und Rehabilitation) sowie eigenständige Einrichtungen neben angegliederten Kinder-Fachabteilungen in der Erwachsenenrehabilitation.

■ 14.1 *Strukturqualität*

Die Strukturqualität definiert die grundsätzlichen strukturellen Anforderungen an Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation und bildet damit die Grundlage für die Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Sicherung von Strukturqualität müssen die von den einzelnen Leistungsträgern gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche, apparative/sächliche, medizinisch-technische Ausstattung sowie die diagnostischen und therapeutischen Angebote der Einrichtungen auf der Grundlage eines Konzeptes indikationsspezifisch erfüllt sein. Ferner sind ihr internes Qua-

litätsmanagement und Modalitäten der internen Kommunikation und Personalentwicklung zu berücksichtigen.

Zur Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger liegt ein indikationsspezifisch gegliederter Kriterienkatalog⁶ vor. Er ist das Ergebnis eines gemeinsamen Qualitätssicherungsprojekts der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur „Strukturqualität von Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“.

Der Katalog der Strukturmerkmale umfasst so genannte Bewertungskriterien, welche die Qualitätsanforderungen an die strukturelle Ausstattung der Einrichtungen definieren. Die Einrichtungen können in Hinblick auf die Erfüllung dieser Bewertungskriterien betrachtet werden. Auf diese Weise werden nicht nur die Strukturmerkmale erfasst, sondern die Strukturqualität einer Einrichtung kann durch den Anteil der erfüllten Strukturmerkmale sowohl individuell als auch einrichtungsvergleichend beschrieben werden.

Anforderungen an die Strukturqualität von Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge von Kindern und Jugendlichen erbringen, werden von Seiten der GKV zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt.

■ 14.2 *Prozessqualität*

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung.

Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind das Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzept der Einrichtung und der individuelle Therapie- bzw. Rehabilitationsplan des Patienten. Die Einhaltung und Überprüfung der Therapie- bzw. Rehabilitationspläne (Häufigkeit und Intensität der Leistungen) sind z.B. anhand einer praxisbezogenen Dokumentation zu gewährleisten.

Zu den zentralen Prozessen in der Vorsorge und Rehabilitation gehören:

⁶ Dieser steht im Internet unter www.qs-reha.de zur Verfügung.

- Formulierung der Therapie- bzw. Vorsorge-/Rehabilitationsziele und deren Vereinbarung mit dem Patienten unter Einbeziehung der Eltern bzw. Bezugspersonen
- Falls notwendig Modifikation der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele und des Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplanes in Absprache mit dem Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Eltern bzw. Bezugspersonen
- Erstellung und Fortschreibung eines individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplanes entsprechend der Krankheitskonstellation und des Vorsorge-/Rehabilitationsbedarfs
- Orientierung an erprobten Vorsorge-/Rehabilitationskonzepten (Behandlungsstandards) und wissenschaftlich gestützte Erarbeitung neuer Konzepte, Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
- Ausrichtung aller Leistungen auf den Patienten i.S. der festgelegten Therapie- bzw. Vorsorge-/Rehabilitationsziele
- Planung und Einsatz des qualifizierten Personals einschließlich interne und externe Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Supervision
- Schaffung eines guten Arbeitsklimas
- Transparenz aller Behandlungsabläufe durch individuelle Therapie- und Rehabilitationspläne bzw. Wochenstundenpläne für Patienten und Mitarbeiter
- fortlaufende Überwachung und Optimierung dieser Pläne und der Zusammenarbeit zwischen Leitendem Arzt, Therapeutenteam und Verwaltungsleitung
- Teamsitzungen, auch patientenbezogen, Vorkehrungen zur Umsetzung der diagnostischen und therapeutischen Standards bzw. des Klinikkonzepts und seiner Philosophie
- Information, Motivierung und Einbindung aller Mitarbeiter der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung im Hinblick auf das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung
- Rechtzeitige, vollständige Erstellung der Entlassungsberichte einschließlich Empfehlungen für die Nachsorge zur Erreichung von Nachhaltigkeit
- Rechtzeitige Kontaktaufnahme bzw. Vermittlung zu weiter betreuenden Institutionen oder Personen.

Die im individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplan definierten Ziele sind im Rahmen der Qualitätssicherung in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen. Dazu dienen z.B. Patientenuntersuchungen, in der Rehabilitation die Abschlussbeurteilung in den ärztlichen Entlassungsberichten sowie die Dokumentation des therapeutischen Leistungsspektrums anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Zurzeit werden von der Rentenversicherung Prozess-Leitlinien für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der nach KTL dokumentierten Leistungsdaten erstellt.

■ 14.3 *Ergebnisqualität*

Die Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und allgemeinen Ziele unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufes erreicht werden. Dabei sollen Veränderungen im medizinischen Status und der Lebensqualität (z.B. Aktivitäten und Teilhabe) sowie Aussagen zur Nachhaltigkeit von Effekten dokumentiert werden. Ferner ist das Behandlungsergebnis als subjektiver Behandlungserfolg, z.B. im Sinne von Patientenzufriedenheit, angemessen zu berücksichtigen. Hierzu können u.a. Einschätzungen der Patienten, der Bezugspersonen sowie des ärztlichen und therapeutischen Personals eingeholt werden. Als Gemeinschaftsprojekt der Kranken- und Rentenversicherung werden zur Zeit altersgerechte Befragungsinstrumente, kindbezogene Eltern- bzw. Angehörigenfragebögen sowie Outcome-Indikatoren für eine Messung des Rehabilitationserfolges entwickelt. Das Behandlungsteam ist zwingend in das Assessment einzubinden. Des Weiteren muss eine differenzierte Berücksichtigung unterschiedlicher Behandlungsindikationen und Altersgruppen realisiert werden.

■ 14.4 *Visitationen*

Die Durchführung von Einrichtungsbesuchen (Visitationen) ist ein Bestandteil der Qualitätssicherungsmaßnahmen der Leistungsträger in den von ihnen belegten Einrichtungen. Die Visitationen beziehen sich im Wesentlichen auf die Validierung struktureller und organisationaler Gegebenheiten sowie ggf. auch prozessualer Merkmale der therapeutischen Versorgung. Ein zusätzlicher Nutzen ist darin zu sehen, die Qualitätsmessung durch ei-

nen qualitativen Zugang zu vertiefen: Im gemeinsamen kollegialen Dialog zwischen Einrichtungsleitung, Einrichtungsmitarbeitern und Visitoren können Empfehlungen ausgesprochen und Ideen für interne Verbesserungsmaßnahmen angestoßen werden. Eine Standardisierung der Visitation ist durch eine Manualisierung erreichbar.

■ **14.5 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement**

Das gezielte Zusammenwirken von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ist eine Voraussetzung dafür, die Wirksamkeit der mit der Leistungserbringung verbundenen Prozesse zu erhöhen und dadurch die Ergebnisqualität zu verbessern. Die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement für Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 20 SGB IX. Die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbarten grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement finden Anwendung.

■ 15.0 **Gesetzliche Grundlagen für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bei Kindern und Jugendlichen**

■ 15.1 **Sozialgesetzbuch IX**

insbesondere:

- Selbstbestimmung und Teilhabe § 1 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe § 4 SGB IX

■ 15.2 **Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung**

- Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen § 23 Abs. 4 SGB V
- Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen § 40 Abs. 2 SGB V
- Mitaufnahme einer Begleitperson § 11 Abs. 3 SGB V
- Reise- und Fahrkosten §§ 60 SGB V,
§ 53 Abs. 1 – 3 SGB IX

■ 15.3 **Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung**

- Stationäre Kinderheilbehandlungen § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, Satz 2 SGB VI
- Mitaufnahme einer Begleitperson § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI (KiHB-Richtlinien)⁷
- Reisekosten § 28 SGB VI i.V.m. § 53 SGB IX

■ 15.4 **Schulgesetze der Bundesländer**

⁷ Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien)

Anlage A

Checkliste für die Indikationsstellung für Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

1. Indikationskriterien

- Welche wesentlichen Informationen beinhaltet die individuelle Anamnese (u.a. Risikofaktoren)?
- Welche Gesundheitsprobleme nach ICD bestehen?
- Was wurde bisher veranlasst (Diagnostik, Therapie, Komplikationen, stationäre Aufenthalte)?
- Aktuelles Behandlungsschema? Sind die ambulanten präventiven und therapeutischen Interventionen ausreichend bzw. durchführbar?
- Aktuelle Beschwerden? Bestehen Risikofaktoren, Gesundheitsstörungen, Krankheiten, Folgeerkrankungen, funktionelle Schädigungen oder Behinderungen?
- Droht bei bestehenden Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen eine Krankheit oder bei vorliegender Krankheit eine alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten? Ergibt sich Vorsorgebedürftigkeit?
- Droht oder besteht bereits eine Beeinträchtigung der Teilhabe? Ergibt sich Rehabilitationsbedürftigkeit?
- Wie stellen sich die individuellen Kontextfaktoren dar (Förderfaktoren/Barrieren)?
- Ist im Einzelfall ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich?
- Sind besondere diagnostische bzw. therapeutische Leistungen bis zum Beginn der Maßnahme vorgesehen/notwendig?
- Liegt Vorsorge- oder Rehabilitationsfähigkeit vor (z.B. soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Motivation des Kindes/Jugendlichen bzw. des familiären Umfeldes, notwendige somatische und psychische Verfassung)?
- Besteht eine positive Vorsorge- oder Rehabilitationsprognose?
- Welchen medizinischen Auftrag soll die Leistung konkret erfüllen (individuelle Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele)? Welche vorsorge- oder rehabilitationsrelevanten Diagnosen stehen im Vordergrund?
- Kann die vorgesehene Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung diesen Auftrag erfüllen, ist sie geeignet?

- Wie soll die Behandlung zu Hause fortgeführt werden (Nachsorge) und durch wen (hausärztlich tätiger Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Allgemeinarzt/Allgemeinärztin bzw. Internist/in in hausärztlicher Tätigkeit, ambulanter Kinderkrankenpflagedienst, Sonstiges)?

2. Weiterführende zielgruppenspezifische Aspekte

2.1 Beispielhafte pädagogisch-psychologische (u.U. kinderpsychiatrische) Problemkonstellationen/ Komorbiditäten

1. Psychosoziale Auffälligkeiten
 - Aggression
 - Rückzugsverhalten
 - Sozialisationsprobleme
 - Weglaufen
 - Suchtverhalten
 - Beziehungsstörung
2. Schulprobleme
 - Schulangst, Schulphobie
 - Leistungsversagen
 - Konzentrationsstörung
 - „Nervosität“
3. Psychosomatische Auffälligkeiten
 - Essprobleme
 - Schlafstörung
 - Nägelkauen o.ä.
 - Selbstverletzung
 - Selbstwertprobleme
 - Hyperaktivität
 - Unruhe, Nervosität
4. Entwicklungsprobleme
 - Retardierung
 - Teilleistungsstörung, Wahrnehmungsdefizit
 - Sprachliche Kommunikationsprobleme
 - Deprivation

5. Krankheitsverarbeitung
(Akzeptanz, Bewältigung)
6. Besonderer Problembereich
Misshandlung, Missbrauch
Vernachlässigung, Deprivation

Falls ja:

- Was wurde bisher an psychologischer oder pädagogischer Diagnostik/Betreuung unternommen?
- Derzeitiges Betreuungsregime (Kindergarten, Schule, Hort, Erziehungsberatung, Sonstiges)?
- Sind besondere Schritte bis zum Antritt der Leistung vorgesehen/notwendig?
- Welche konkreten psychologisch-pädagogischen Erwartungen werden an die Leistung gestellt?
- Kann die vorgesehene Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung das leisten?
- Wie und von wem soll die Betreuung zu Hause fortgeführt werden (schulische Ziele, Schulwechsel, gezielte pädagogische Förderung, Erziehungsberatung, Sonstiges)?

2.2 Beispielhafte Aspekte der sozialen Lage eines Kindes/Jugendlichen (umwelt- und personen-gebundene Kontextfaktoren)

1. Probleme der Familienorganisation
Familie mit allein erziehendem Elternteil
Einzelkind-Familie
Viel-Kinder-Familie
Großeltern-Familie
Pflegerkind-Familie
Broken home
2. Probleme des sozialen Umfeldes
Migranten-, Integrations-Problem
Sozialer Brennpunkt
Langzeitarbeitslosigkeit der Eltern bzw. Bezugspersonen

-
3. Pragmatische Aspekte (in Beispielen):
Verlust der Bezugsperson
Akute/chronische Krankheit, Behinderung oder Sucht der
Bezugsperson

Falls ja:

- Frühere Entwicklungsgeschichte der Familie und des Kindes?
- Derzeitige Verhältnisse (Wer versorgt das Kind, wer hat das Sorgerecht; erhält das Kind die nötige Zuwendung, bestehen materielle Probleme?)
- Aufgaben bis zum Antritt der Leistung (Welche Schritte sind zu tun, wer soll welche Aufgabe übernehmen?)
- Frühzeitige Planung der Zeit nach der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung (Ist die Versorgung gewährleistet, ist eine materielle oder betreuerische Unterstützung der Familie nötig, muss das Kind unter Umständen vorübergehend oder auf Dauer aus der Familie genommen werden? Sonstiges).

Anlage B

Verzeichnis der Mitwirkenden an der Überarbeitung des Rahmenkonzepts

Prof. Dr. med. Carl-Peter Bauer, Rehabilitationszentrum Gaißach (DGSPJ)

Alwin Baumann, Waldburg-Zeil Fachkliniken Wangen (DGSPJ)

Dr. med. Wolfgang Cibis, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Klaus Gerken, Verband der Angestellten-Krankenkassen/AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Marion Götz, Deutsche Rentenversicherung Bund

Dr. med. Johannes Oepen, Viktoriastift Bad Kreuznach (DGSPJ)

Margarete Ostholt-Corsten, Deutsche Rentenversicherung Bund

Petra Scheuermann, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Peter Schnelle, BKK Bundesverband

Dr. jur. Thomas Stähler, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dr. med. Jutta Vogel-Kirklies, MDK Niedersachsen

Reinhild Waldeyer-Jeebe, AOK-Bundesverband

www.bar-frankfurt.de

NOTIZEN

