

# **Gesunde Kinder – gesunde Zukunft?**

## Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

**Diakonie für Kinder  
und Jugendliche**

**Fachtagung**

8. Oktober 2007  
Berlin



## ■ Inhaltsverzeichnis

Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen .....	3
Die gesundheitlichen Kosten der modernen Lebensweise .....	5
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen gesundheitspolitischer Aufgabe, Rechtsanspruch und Kassenlage .....	10
Forum Kinder- und Jugendrehabilitation im Netzwerk für Kindergesundheit:  Frühzeitige Bedarfserkennung und Zugang .....	13
Impulse zur Vernetzung und Nachsorge .....	14
Das Kind als Patient – die kindergerechte Rehabilitation .....	15
Bedarf und Inanspruchnahme – Überlegungen aus gesundheitsökonomischer Sicht.....	16
Anhang  Angaben zu den Autoren .....	17
Tagungsprogramm .....	18
Impressum.....	19

Die Tagung „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ am 8. Oktober 2007 wurde gemeinsam vom Diakonischen Werk der EKD e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – Bundesrepublik Deutschland e.V. veranstaltet.

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – Bundesrepublik Deutschland e.V.  
Cecilienhöhe 3  
55543 Bad Kreuznach  
Tel.: 06 71 / 83 55 - 1 67  
Fax: 06 71 / 3 50 84  
E-Mail: [info@arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de](mailto:info@arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de)  
Internet: [www.arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de](http://www.arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de)

Der Arbeitsgemeinschaft gehören folgende Kliniken an:  
Sophienklinik Bad Sulza, Seehospiz Norderney GmbH, Ev. Fachklinik Sonnenhöhe Bad Elster, Viktoriastift – Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche (Bad Kreuznach), Klinik Schönsicht Berchtesgaden, Kinderkurklinik Bad Sassen-  
dorf, medinet Spessart-Klinik Bad Orb, Auguste-Viktoria-Klinik (Bad Lippspringe), Kinder-Reha-Klinik Am Nicolausholz (Bad Kösen), Ostseestrand-Klinik „Klaus Störtebeker“ (Seebad Kölpinsee), Charlottenhall – Vorsorge- und Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche (Bad Salzungen)

## Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

---

Die Sicherung und Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, eine gesellschaftliche Kernaufgabe. Versäumnisse, die im Kindes- und Jugendalter in Kauf genommen werden, rächen sich später für den Einzelnen und die Gesellschaft. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs) des Robert Koch-Instituts liegen belastbare Daten zur Kindergesundheit vor und belegen drei Sachverhalte:

- den Bedeutungsgewinn chronischer Krankheiten,
- die Zunahme psychischer Störungen und
- den engen Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Chancen und sozialer Lage.

Zwar ist die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen insgesamt gut, jedoch bestehen erhebliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus. Nach den Daten des Robert Koch-Instituts haben zehn Prozent der Kinder Asthma, 16 Prozent leiden an einer allergischen Erkrankung, bei 22 Prozent liegen psychische Auffälligkeiten vor, sechs Prozent der Kinder sind adipös. Insbesondere der enge Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialstatus stellt eine sowohl fachliche als auch ethische und politische Herausforderung für das Gemeinwesen dar.

Der medizinischen Rehabilitation kommt für die Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – und zur Verhinderung von Chronizität – eine Schlüsselaufgabe zu. Sie dient nicht nur der Minderung körperlichen und psychischen Leids, sie soll die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft ermöglichen.

Obwohl sich die Kinder- und Jugendrehabilitation mit ihrem multidisziplinären Leistungsangebot unbestritten bewährt hat, stellt sie einen gravierenden Unterversorgungsbereich im Gesundheitswesen dar.

Probleme bestehen hinsichtlich des Zugangs zu den Rehabilitationsleistungen, der frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs und der Vernetzung mit vor- und nachgelagerten gesundheitsbezogenen Angeboten. Die wirtschaftliche Lage zahlreicher Kliniken ist bedrohlich, obwohl der volkswirtschaftliche Nutzen der medizinischen Rehabilitation unstrittig ist.

Die hier dokumentierte Fachtagung diente dazu, die Aufgaben der Kinder- und Jugendrehabilitation in den Netzwerken für Kindergesundheit zu bestimmen und zusammen mit Rehabilitationspraktikern, Rehabilitationsträgern, anderen Netzwerkpartnern und der Politik zu diskutieren.

Prof. Klaus Hurrelmann erörtert die „Kosten der modernen Lebensweise“. Er deutet die Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen als Folge eines Ungleichgewichts somatischer, psychischer und sozialer Ressourcen und Belastungen innerhalb eines komplexen gesundheitswissenschaftlichen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit.

Harry Fuchs thematisiert Probleme des Zugangs zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, der Bedarfsfeststellung, der Leistungssteuerung und der Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechts aus der Perspektive des SGB IX und seiner problematischen Umsetzung.

Die folgenden Beiträge fassen die Impulse zu vier Themenbereichen zusammen, die für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bedeutsam sind: die frühzeitige Bedarfserkennung und der Zugang (Dr. Johannes Oepen), die Vernetzung und Nachsorge (Dr. Michael Scheer), die kindgerechte Gestaltung der Rehabilitation (Dr. Stefan Berghem) sowie gesundheitsökonomische Überlegungen (Dr. Heiner Vogel).

## **Gesundheitliche Chancengleichheit und Teilhabe**

In den Diskussionen der Referate als auch in der abschließenden Podiumsdiskussion wurden zwei Aspekte besonders deutlich:

- Die Gesundheit von Kindern ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren, unter denen das Gesundheitswesen nur eine Determinante unter mehreren ist. Aber der Kinder- und Jugendrehabilitation kommt eine wichtige Rolle im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu. Bausteine einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik für Kinder und Jugendliche sind die Bekämpfung von Kinderarmut, die Verbesserung der sozialen Primärprävention, der Stärkung früher Hilfen, die Verwirklichung der Komplexleistung Frühförderung, die Verwirklichung gleicher Bildungschancen schon im Kleinkindalter und eben auch die Stärkung der Kinder- und Jugendrehabilitation, denn sie hat die Aufgabe, Chronifizierung von Krankheiten abzuwenden und soziale Teilhabe zu sichern. Nur auf dem Wege eines mehrdimensionalen Ansatzes, der auf die Verbesserung der Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen und ihrer Familien und zugleich auf eine Neuausrichtung der sozialen, teilhabe- und gesundheitsbezogenen Dienste für Kinder und Jugendliche zielt, ist die soziale und zugleich gesundheitliche Polarisierung von Lebensbedingungen, Lebenschancen und Gesundheit schon im Kindes- und Jugendalter, die eine Gerechtigkeitsfrage ersten Ranges darstellt, zu vermindern und Gesundheit für alle zu verwirklichen. Die sehr hohen Ablehnungsquoten bei der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind vor dem Hintergrund dieser Überlegungen einer kritischen Bewertung zu unterziehen.
- Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) formuliert Anforderungen und Maßstäbe für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation. Medizinische Rehabilitation ist gesellschaftliche Teilhabesicherung, rehabilitative Leistungen sind

Teilhabeleistungen. Dies gilt ohne Einschränkungen auch für die Kinder- und Jugendrehabilitation, die sich ganz in dem durch das SGB IX abgesteckten Feld hinsichtlich der Zielbestimmung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe, der präventiven Orientierung, der frühzeitigen Bedarfserkennung, der deshalb notwendigen Kooperation der Leistungsträger schon bei den ersten Anhaltspunkten einer Teilhabebeeinschränkung, der funktionsbezogenen und einzelfallspezifischen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs auf der Grundlage der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und schließlich hinsichtlich der besonderen Erfordernisse der Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern bewegt. Sollen Buchstabe und Geist des SGB IX in der Kinder- und Jugendrehabilitation verwirklicht werden, sind im Sinne der geforderten Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen die Antrags- und Begutachtungsverfahren im Interesse der Kinder und ihrer Eltern zu optimieren. Die Zuständigkeitsregelungen des § 14 SGB IX, die Ablehnungen von Rehabilitationsanträgen wegen „Unzuständigkeit“ ausschließen, sind ebenso wie das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) zu beachten. Schließlich ist eine ausreichende Zahl qualifizierter Einrichtungen vorzuhalten (§ 19 SGB IX).

Nachdem mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestärkt wurde, muss sich der politische Wille der Stärkung der medizinischen Rehabilitation auch in der Praxis der Rehabilitation durchsetzen. Mit der gemeinsam vom Diakonischen Werk der EKD und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland ([www.arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de](http://www.arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de)) veranstalteten Tagung wird das fachliche und rehabilitationspolitische Interesse an der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Kooperation mit der Politik und den Rehabilitationsträgern bekundet.

## Die gesundheitlichen Kosten der modernen Lebensweise

---

### **Warum kommt es zu immer mehr psycho-, sozio- und ökosomatischen Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen?**

Den Menschen in den hoch entwickelten Gesellschaften des Westens geht es – historisch und regional vergleichend gesehen – sehr gut. Die Wohlfahrts-gesellschaft hat zu einer Verlängerung des Lebens und zu besserer Gesundheit für alle geführt. Und doch: Die moderne Lebensweise hat ihren Preis. Die steigenden gesundheitlichen „Kosten“ lassen sich vor allem bei Kindern und Jugendlichen beobachten, bei denen neuartige Störungen und Krankheiten um sich greifen.

Zunächst werde ich die wichtigsten Erkenntnisse der interdisziplinären Entwicklungs- und Sozialisationsforschung zusammenfassen. Ich komme dann auf die gesundheitlichen Probleme zu sprechen. Schließlich gehe ich auf Ansätze der Prävention und Gesundheitsforschung ein.

### **Wechselspiel von Anlage und Umwelt**

Die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen ergibt sich aus einem Wechselspiel von Anlage und Umwelt. Die Umwelt wirkt schon in frühen Stadien der Entwicklung auf die weitere Ausformung des genetischen Potenzials ein. Umgekehrt entscheidet das genetische Potenzial darüber, in welcher Weise die Umwelt aufgenommen und angeeignet wird. Die soziale und physische Umwelt ist auch für das Anregungspotenzial verantwortlich, das die jeweilige Entfaltung und die weitere Richtung der genetischen Disposition bestimmt (Rowe 1997).

Persönlichkeitsentwicklung ist der lebenslang anhaltende dynamische Prozess der Verarbeitung der inneren Realität von körperlichen und psychischen

Impulsen und der äußeren Realität von sozialen und physischen (Umwelt-)Impulsen. Der Prozess der Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität wird oft als „produktiv“ im Sinne von „prozesshaft“ bezeichnet, um zum Ausdruck zu bringen, dass es sich hierbei nicht um eine passive Informationsverarbeitung, sondern um eine dynamische und aktive Tätigkeit handelt, auch wenn sie nicht immer im Bewusstsein präsent ist.

Einer der besonders umweltsensiblen theoretischen Ansätze in dieser Denkrichtung ist die ökologische Entwicklungstheorie. Sie betont den Anregungsgehalt der sozialen und physikalischen Umwelt. Kind und Umwelt beeinflussen sich in dieser Konzeption wechselseitig, sodass ein Kind Produkt und Gestalter seiner Umwelt zugleich ist. Das bedeutendste System ist das Mikrosystem Familie, das alle wichtigen persönlichen Beziehungen und die räumlichen und ökonomischen Gegebenheiten der kindlichen Persönlichkeit aufnimmt. Die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit wird durch die Aneignung von und die Auseinandersetzung mit diesem sozialen System geprägt (Nickel und Schmidt-Denter 1995).

### **Verbindung von biologischer, psychologischer und soziologischer Forschung**

Die interdisziplinäre Sozialisationstheorie ist in der Lage, die neuen Erkenntnisse der ökologischen Expositionsforschung sowie der biomedizinischen, molekulargenetischen und hirneurophysiologischen Forschung aufzunehmen, die die These von der Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit in ständiger interaktiver Auseinandersetzung zwischen genetischer Anlage und Umwelt bestätigen. Die oft noch zu einseitigen Ansätze dieser Theorien können durch den interaktiven Ansatz der sozialisationstheoretischen Denkschule überwunden werden.

## **Kombination von Förderung und Schutz**

Die besten Impulse und Anregungen für die Entwicklung der kindlichen Wahrnehmung sind diejenigen, die das Kind sich aus einer reichhaltig strukturierten Umwelt selbst zusammenstellen kann. In der Regel spüren die Kinder intuitiv, welche Impulse jeweils in einer sensiblen Phase ihrer Entwicklung von Kompetenzen fruchtbar sind. Gefährdungen des kindlichen Entwicklungsprozesses können bei zwei Bedingungen auftreten:

Einmal dann, wenn ein Kind in einer begrenzten und wenig anregenden Umwelt lebt und den Dialog mit der Umwelt nicht in einer selbstgesteuerten Weise vornehmen kann.

Zum Zweiten dann, wenn ein Kind in einer sozial oder physisch zu stark belasteten („vergifteten“) Umwelt lebt und krankmachenden Impulsen für seine Entwicklung nicht entgehen kann.

Welche Mechanismen hier im Einzelnen wirken, ist eine interessante Forschungsaufgabe für die nächsten Jahre. Das in der Sozialisationsforschung übliche dynamische und interaktive Denken muss dafür auf die umweltepidemiologische Forschung ausgedehnt werden.

Was zählt, ist die „Gesamtexposition“. Dabei kommt es zu Interaktionen von genetischer Disposition, körperlicher Konstitution, Temperament, sozio-ökonomischen Bedingungen, psychosozialen Stressoren und physischen Umweltbedingungen, die in ihrer Kombination miteinander analysiert werden müssen.

## **Sozialisation als produktive Wahrnehmung**

Das Konzept der „Selbstorganisation“, das in der biogenetischen und physiologischen Forschung immer stärker an Bedeutung gewinnt, ist auch für die Sozialisationstheorie zentral.

Kinder bringen schon mit der Geburt elementare Fähigkeiten mit, um Impulse aus der sozialen und

physikalischen Umwelt aufzunehmen und zu verarbeiten. Die Verarbeitung der inneren und äußeren Realität ist mit einem mehrdimensionalen Prozess der Wahrnehmung verbunden. Dieser erfolgt in drei miteinander zusammenhängenden Formen (Schäfer 2002):

Wahrnehmung über die Fernsinne Augen, Ohren und Nase: Hier zeigen die Forschungen aus der Neurobiologie, dass Wahrnehmung die Wirklichkeit nicht widerspiegelt, sondern mit den Mitteln des Gehirns nachempfindet. Dabei kann nur das an Informationen aufgenommen werden, was eine Korrespondenz in den Sinneszentren im Gehirn mit ihren jeweiligen Aufnahme- und Interpretationsmustern hat.

Die zweite Form der Wahrnehmung ist die Körperwahrnehmung, also die Wahrnehmung der Wirkung, die ein Gegenstand auf den eigenen Körper ausübt. Hierzu gehört das Empfinden der Körpergrenzen, des Tastsinns und der Temperatur. Auch Empfindungen der inneren Befindlichkeit des Körpers gehören dazu, insbesondere Position und Lage im Raum, Gleichgewicht, Körperspannungen, Körperrhythmen und Wohl- oder Missbefinden der inneren Organe.

Die dritte Form der Wahrnehmung ist die emotionale. Sie kann als eine Empfindung von Beziehungen verstanden werden, die zwischen einer Person und ihrer sozialen und physikalischen Umwelt besteht. Emotionen verleihen der Qualität dieser Beziehung Ausdruck und Form, indem sie als Liebe oder Hass, Wut oder Angst Zeichen der Einschätzung ausdrücken.

Möglicherweise lässt sich als eine vierte Form die unbewusste Aufnahme der physischen Umweltmedien hinzufügen. Ich halte diese Ergänzung für eine wichtige Herausforderung der künftigen Sozialisationsforschung.

## **Schwierigkeiten der Umweltverarbeitung**

Schon früh hat die „kinderpsychologische Feldforschung“ (Oerter 1993) die Verhaltensweisen von Kindern in ihrer sozialen und physikalischen Lebensumwelt detailliert beobachtet. Es wurden Strategien herausgearbeitet, mittels derer Kinder diese

## ■ Die gesundheitlichen Kosten der modernen Lebensweise

Settings (zum Beispiel eine Unterrichtsstunde in der Schule, eine Spielsituation in der Freizeit, eine Geburtstagsparty) für die Durchsetzung ihrer eigenen Handlungsziele nutzen. Die Settings wurden nach ihren Anregungsimpulsen und dem Grad ihrer Förderlichkeit für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung abgefragt (Führer 1990; Noack 1990).

Kultursoziologische Studien zeigen einen Trend von der „Entstraßlichung“ zur „Verhäuslichung“ (Zinnecker 1990) des Kinderalltags. Von den vier- bis zehnjährigen Kindern haben etwa achtzig Prozent eigene Zimmer, die zusammen mit dem Familienwohnzimmer den Hauptort von Freizeitaktivitäten bilden (Deutsches Jugendinstitut 1994). Die Straßen sind wegen der zunehmenden Verkehrsdichte für Draußenspiele auch in ländlichen Räumen nicht mehr geeignet. Deshalb ist es zu einer räumlichen „Verinselung“ von Freizeitaktivitäten (Zeiber und Zeiber 1994) gekommen.

Alle diese Studien aus der sozialwissenschaftlichen Tradition machen darauf aufmerksam, dass Kinder heute vielfach nicht die Gelegenheit haben, ihre Umwelt als eine beeinflussbare und zusammenhängende Größe zu erfahren.

### **Heute vorherrschende Gesundheitsstörungen**

Vielen Kindern scheint es aus diesen Gründen nicht zu gelingen, die schwierige Balance zwischen den inneren und äußeren Ressourcen auf Dauer herzustellen. Zwar haben wir es heute kaum noch mit akuten Krankheiten im Sinne von infektiösen Kinderkrankheiten zu tun. Auch sind die chronischen Krankheiten bei Kindern im historischen Vergleich nur sehr gering verbreitet (Krebserkrankungen, Herzerkrankungen, Diabetes, Rheuma und Epilepsie haben nur einen Verbreitungsgrad von zusammen etwa fünf Prozent). Aber es gibt neuartige Störungen des Gleichgewichtes der Systeme von Körper, Psyche und Umwelt.

Verstehen wir Gesundheit als das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Kind eine Bewältigung sowohl der inneren körperlichen und psychischen als

auch der äußeren sozialen und physischen Anforderungen gelingt, dann ist die Bilanz heute ungünstig (Hurrelmann 2000; Hurrelmann und Bründel 2003).

Wir haben es mit vier neuralgischen Punkten der Gesundheitsentwicklung zu tun:

#### **Immunsystem**

Fehlsteuerungen des Immunsystems sind heute stark verbreitet. Sie sind gewissermaßen an die Stelle der früheren infektiösen Krankheiten getreten. Dank eines hohen Standards von Hygiene und einer leistungsfähigen medizinischen Behandlung sind diese zurückgedrängt worden, dagegen breiten sich Krankheiten des allergischen Formenkreises stark und schnell aus. Die Ursachen liegen wohl in der falschen Abschirmung von Belastungen und Anforderungen gegenüber der natürlichen Umwelt. Kinder können nicht genügend Abwehrkräfte entwickeln. Ein widerstandsfähiger und starker Organismus kann nicht aufgebaut werden. Auch Asthma und Neurodermitis scheinen hier ihre Ursprünge zu haben.

#### **Ernährung**

Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens sind auf dem Vormarsch. Kinder und Jugendliche verzehren einen Überschuss an Kalorien und praktizieren gleichzeitig Bewegungsarmut. Entsprechend kommt es zu Problemen des Haltungsapparates, der Koordinationsfähigkeit und des Gewichtes. Auch hier ist zu sagen: Der Organismus wird nicht genug gefördert, die Anforderungen an den Körperrhythmus sind nicht ausgewogen. Übergewicht ist eine der Folgen.

#### **Sinneskoordination**

Fehlsteuerungen der Sinneskoordination sind auf die heute vorherrschende sitzende Beschäftigung in Schule, Ausbildung und Freizeit ebenso zurückzuführen wie auch die einseitige Nutzung von elektronischen Medien. Hierdurch kommt es zu einer einseitigen Stimulierung des Hörsinns und des Sehsinns, während andere Sinne wie Riechen, Fühlen und Tasten, Atmen und Sprechen vernachlässigt werden. Wie bei der Ernährung ist eine unausgewogene Sinneskost zu verzeichnen. Die Folgen zeigen sich in mangelnden Verschaltungen der Zentren im

Gehirn, was wiederum etwa eine Beeinträchtigung der Motorik zur Folge hat. Auch Verhaltens- und Sprachstörungen stellen sich ein.

### **Überforderung**

Immer häufiger kommt es zu einer unzureichenden Bewältigung von psychischen Beanspruchungen und sozialen Anforderungen. Viele Kinder kommen mit sozialen Konflikten und seelischen Enttäuschungen nicht zurecht. Sie reagieren entweder nach innen, nach außen oder sie weichen aus. Zur ausweichenden Komponente gehört der Konsum von psychoaktiven Substanzen. Immer früher greifen Kinder und Jugendliche zu Medikamenten, zu Zigaretten oder Alkohol.

Allen vier neuralgischen Punkten ist gemeinsam, dass wir es heute mit einem mangelndem Training, einer schlechten Abhärtung und einer zu geringen Widerstandsfähigkeit von Kindern in den verschiedenen Teilsystemen ihrer Entwicklung zu tun haben.

### **Psychische Auffälligkeiten**

Neben den chronischen körperlichen Krankheiten, die zumindest bei Allergien und Adipositas eine starke Umweltkomponente haben, spielen psychologische Auffälligkeiten eine große Rolle. Nach repräsentativen Studien zeigen zehn bis zwölf Prozent der Kinder im Grundschulalter psychosoziale Auffälligkeiten. Hierunter fallen vor allem Störungen im Wahrnehmungs- und kognitiven Verarbeitungsbe- reich, Leistungsstörungen, Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche. Wie bei den körperlichen Krank- heiten ist übrigens auch hier die Belastung von Jun- gen im Kindesalter deutlich höher als die von Mäd- chen (Nissen und Trott 1995; Myschker 1994).

Eine Gruppe von gesundheitlichen Störungen sind die psychosomatisch-affektiven. In der psychiat- rischen Literatur wird zwischen neurotischen und reaktiven Störungen mit psychischer Symptomatik und körperlicher Symptomatik unterschieden. Die wichtigsten Erscheinungsformen in diesem Bereich sind Angst- und Affektsyndrome, depressive Syn- drome und Medikamenten- und Drogenkonsum. Letzterer verweist auf die unzulänglichen Fähig- keiten der aktiven Problembewältigung.

## **Umweltinduzierte Gesundheitsstörungen**

Schauen wir auf die Belastungskomponente der phy- sischen Umwelt, werden auch hier Probleme sichtbar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat darauf hingewiesen, dass die durch Umweltrisiken ausgelö- sten Gefährdungen heute für ein Drittel der globa- len Krankheitslast verantwortlich gemacht werden müssen. Schätzungsweise 40 Prozent davon entfallen auf Kinder unter fünf Jahren, obwohl sie nur zehn Prozent der Weltbevölkerung ausmachen.

Besonders problematisch für Kinder ist die Luftver- schmutzung, und zwar nicht nur alleine im Freien und im Straßenverkehr, sondern mehr und mehr in geschlossenen Räumen. Kinder verbringen 80 oder sogar 90 Prozent der Zeit in der Wohnung oder in Kindertagesstätten, später in Schulen.

Asthma ist ein (seltenes) Beispiel für eine stärkere Belastung bei ökonomisch und sozial bevorzugten Kindern. Die kindliche Mortalität und Morbidität erhöht sich im Falle einer relativen Armut des Eltern- hauses eindeutig.

Der Zusammenhang zwischen dem sozioökono- mischen Status und der Exposition gegenüber Um- weltschadstoffen und anderen Belastungen ist noch wenig untersucht. Wir wissen deshalb noch zu wenig über die fehlende Umweltgerechtigkeit (environmen- tal justice), die durch den sozioökonomischen Status vermittelten Umweltrisiken. Deswegen ist auch eine Verzahnung von Gesundheitsberichterstattung und Sozialberichterstattung dringend notwendig.

### **Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung**

Ebenso wie bei der Ursachenanalyse müssen meiner Ansicht nach auch bei der Ausrichtung von Präven- tion und Gesundheitsförderung die beiden oben an- gesprochenen Komponenten berücksichtigt werden.

Für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ergeben sich aus dieser Bestandsaufnahme neuartige Herausforderungen. Neben die gezielte Vorbeugung gegen die Ausgangsbedingungen von Krankheiten

muss auf eine gut abgestimmte und konzeptionell überzeugende Gesamtlinie der Gesundheitsförderung für Kinder geachtet werden. Es bietet sich an, nach einem gemeinsamen Nenner für die bio-, psycho-, öko- und sozio-bedingten Störungsbilder der Gesundheit zu suchen und sich nicht in krankheits- und symptombezogenen Einzelstrategien zu verzetteln.

Dieser gemeinsame Nenner liegt in den zentralen Ausgangsfaktoren „Dystress“, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Über eine Beeinflussung des Bewältigungs-, Bewegungs- und Ernährungsverhaltens lassen sich die meisten Probleme ansprechen und bearbeiten, auch die des schlecht trainierten Immunsystems, der fehlenden Anregung und Schulung der Sinne, der Verbesserung der motorischen Koordination, des Abbaus von Aufmerksamkeitsdefiziten und der Stärkung von Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz.

### **Bewegungsförderung als Herausforderung der Sinne**

Eine Konsequenz aus diesen Erkenntnissen ist, in Kindergärten und Grundschulen, aber auch in anderen öffentlichen Räumen das freie und naturnahe Spielen zu fördern. Es geht nicht darum, Kindern nur mehr organisierte Bewegungsspiele vom Typus des Mannschaftssports anzubieten, sondern vor allem darum, ein nachhaltiges und abenteuerliches Freispiel zu ermöglichen.

Gesundheitsressourcen sind Fitness, Stärkung des Immunsystems und der Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit im körperlichen Bereich sowie Zuversicht, Optimismus, positives Selbstkonzept und Selbstvertrauen im persönlichen Bereich. Im sozialen Bereich müssen Unterstützung und Anerkennung in der Gruppe hinzukommen.

Wegen der eingeschränkten Möglichkeiten von Kindern, sich frei und ungefährdet zu bewegen, sollte der wichtigste Anspruch der „Freizeitpolitik für Kinder“ darin liegen, ihnen mehr soziale und physikalische Räume zu erschließen, die sie sich nach eigenen Bedürfnissen aneignen, erschließen und gestalten können. Ein großes strukturelles Problem besteht in der zunehmenden Kommerzialisierung von Freizeit-

angeboten durch Kinderclubs, Spiel- und Spaßbäder und Musikveranstaltungen. Hier sollte viel stärker als bisher eine Verbindung von öffentlichen und privaten Anbietern und auch eine entsprechende Mischfinanzierung angestrebt werden, damit der Konsumdruck und damit auch der Kostendruck in der Freizeitgestaltung von Kindern nicht weiter überhand nimmt.

### **Literatur:**

- Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (1994) Orte für Kinder. München: DJI-Verlag
- Fuhrer, U. (1990) Handeln und Lernen im Alltag. Bern: Huber
- Hurrelmann, K. (2000) Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa
- Hurrelmann, K. und Bründel, H. (2003) Einführung in die Kindheitsforschung. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz
- Myschker, N. (1994) Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer
- Nickel, H. und Schmidt-Denter, U. (1995) Vom Kleinkind zum Schulkind. Eine entwicklungspsychologische Einführung für Erzieher, Lehrer und Eltern. 5. überarb. und ergänzte Aufl. München, Basel: Reinhardt
- Nissen, G. und Trott, G. E. (1995) Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer
- Noack, P. (1990) Jugendentwicklung im Kontext. München: Psychologie Verlags Union
- Oerter, R. (1993) Ist Kindheit Schicksal? Kindheit und ihr Gewicht im Lebenslauf. In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.) Was für Kinder. Aufwachsen in Deutschland. Ein Handbuch. München: Kösel, 78-90
- Rowe, D. C. (1997) Genetik und Sozialisation. Die Grenzen der Erziehung. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Schäfer, G.E. (2002) Bildung beginnt mit der Geburt. In: Deutsche Liga für das Kind 40, 10-15
- Zeiber, H. und Zeiber, H. (1994) Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern. Weinheim, München: Juventa
- Zinnecker, J. (1990) Vom Straßenkind zum verhäuslichten Kind. Kindheitsgeschichte im Prozess der Zivilisation. In: I. Behnken (Hg.): Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Opladen: Leske und Budrich, 142-162

## Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen gesundheitspolitischer Aufgabe, Rechtsanspruch und Kassenlage

---

### Gesundheitspolitische Aufgabe

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) sieht es als zentrales gesundheitspolitisches Anliegen an, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern.

Die Zielsetzung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist darüber hinausgehend auf die Behandlung der Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet und deshalb ein gesundheits- und sozialpolitisches Anliegen.

### Ziele der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Als Folge des mit dem SGB IX vollzogenen Paradigmenwechsels begründet nicht mehr Art und Schwere einer Krankheit die Indikation für eine medizinische Leistung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, sondern Art und Umfang der durch die Krankheit verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe am heutigen und künftigen Leben in der Gesellschaft.

Ziele der Rehabilitation sind – orientiert am SGB IX und der ICF – danach auch für Kinder und Jugendliche die Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen (§ 1 SGB IX).

Spezifische Ziele für Kinder und Jugendliche sind die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie die Ermöglichung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation haben zudem Behinderungen

einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mildern.

Lediglich § 41 SGB V verweist für die Vater-Mutter-Kind-Leistungen noch auf § 27 Satz 1 Satz 1 SGB V, wonach auch die Ziele der Krankenbehandlung wie beispielsweise die Linderung von Krankheitsbeschwerden eine Indikation für eine Rehabilitationsleistung sein können. Im Übrigen richten sich die Rehabilitationsleistungen auch der Krankenversicherung ausschließlich nach den Bestimmungen des SGB IX (§ 11 Abs. 3 SGB V).

Diese Ziele müssen mit rehabilitationswissenschaftlicher Wahrscheinlichkeit erreichbar erscheinen (Teilhabeprognose), um Leistungen der medizinischen Rehabilitation überhaupt ausführen zu dürfen (Leistungsvoraussetzung, § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Zur Ausführung der Leistungen dürfen von den Rehabilitationsträgern nur geeignete Einrichtungen und Dienste in Anspruch genommen werden (§§ 17, 19 SGB IX), die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität Gewähr dafür bieten, diese Ziele voraussichtlich erreichen zu können.

Das Qualitätssicherungsverfahren allein bildet keine Gewähr für die Eignung einer Einrichtung. Werden beispielsweise ausschließlich Vorsorgeeinrichtungen statt geeigneter Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen, führen die Qualitätssicherungsverfahren nicht zur Feststellung der Nichteignung der Vorsorgeeinrichtung, sondern zu einer abgestuften In-sich-Bewertung der grundsätzlich nicht

## ■ Kinderrehabilitation – gesundheitspolitische Aufgabe

geeigneten Einrichtungen. Entscheidend ist danach ausschließlich die Rechtmäßigkeit und Qualität der Eignungsfeststellung nach §§ 17, 19 SGB IX durch den Rehabilitationsträger im Verfahren zum Abschluss eines Versorgungsvertrags.

### **Probleme der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Die meisten der im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beklagten Probleme sind überwiegend dadurch verursacht, dass die beteiligten Rehabilitationsträger die Bestimmungen des SGB IX nicht anwenden. Zur Beseitigung der Defizite bedarf es durchweg nicht neuer gesetzlicher Regelungen, sondern nur der Anwendung geltenden Rechts.

### **Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs**

Nach § 10 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, zur Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs die bereits eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigungen in neun Teilhabebereichen nach der ICF zu erheben: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktion und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Demgegenüber heißt es in der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation lediglich: „Auch für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach § 40 SGB V gelten die oben genannten Indikationskriterien (Abschnitt 4.), das sind die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose. Abgesehen davon, dass die Reduzierung der auf „realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele“ (Beschränkung der Rehabilitationsziele nach Ziffer 1.4.3) eine rechtlich nicht zu begründende Beschränkung der umfassenderen Teilhabeziele bedeutet, werden diese Indikationskriterien nicht weiter für die Rehabilitation

von Kindern und Jugendlichen operationalisiert. Es mangelt vor allem an einer klaren Konkretisierung der Ziele, die mit den Leistungen je nach Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung erreicht werden sollen.

Als Folge dieser im Sinne der ICF unzureichenden und für eine gezielte Leistungssteuerung ungeeigneten Bedarfsfeststellung werden

- trotz eines erheblichen Rehabilitationsbedarfs häufig Leistungen in dazu nicht geeigneten Einrichtungen, insbesondere Vorsorgeeinrichtungen ausgeführt.
- an Stelle zielgerichteter (gegebenenfalls auch individueller) Leistungen für Mütter, Väter und Kinder Vater-Mutter-Kind-Leistungen bewilligt, obwohl spezifische familientherapeutische Leistungen nicht erforderlich oder nicht ausreichend sind.
- Leistungen in „billigen“ Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt, die häufig nicht über die im Einzelfall tatsächlich bedarfsgerechte und wirksame Struktur- und Prozessqualität verfügen.
- obwohl ein Rehabilitationsbedarf (allerdings bei anderen zuständigen Träger) gegeben ist, in größerer Zahl Anträge wegen Unzuständigkeit abgelehnt.

Dass das derzeitige Begutachtungsverfahren nur bedingt eine zielgerichtete Zusteuerung auf die bedarfsgerechte und wirksame Einrichtung gestattet, belegen nicht zuletzt die Versuche einzelner Kassen, durch die eigene Erhebung zusätzlicher Kriterien im Sinne der ICF zumindest bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen zu einer bedarfsgerechten Steuerung zu gelangen.

### **Wunsch- und Wahlrecht**

Die Rehabilitationsträger lehnen das den Berechtigten durch das SGB IX ausdrücklich eingeräumte Wunschrecht häufig unter Hinweis auf nicht vorhandene Verträge und Mehrkosten ab.

Kollidieren die Wünsche des Berechtigten nicht mit den Pflichten der Rehabilitationsträger aus den §§ 4 und 10 SGB IX beziehungsweise denen nach dem

## ■ Kinderrehabilitation – gesundheitspolitische Aufgabe

jeweiligen Leistungsrecht der Rehabilitationsträger, muss den Wünschen nach § 9 Abs. 1 SGB IX Rechnung getragen werden – soweit wegen der damit gegebenenfalls verbundenen Mehrkosten nicht gegen den Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verstoßen wird.

Der zuständige Rehabilitationsträger kann das Wunschrecht des Versicherten nicht mit dem Hinweis darauf ablehnen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in Rehabilitationseinrichtungen ausführen zu dürfen, mit denen er einen Versorgungsvertrag eingegangen ist. Der Rehabilitationsträger muss die Ausführung seiner Leistungen nach § 17 SGB IX, die Durchführung seines Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX und seine Versorgungsverträge nach § 21 SGB IX so organisieren beziehungsweise gestalten, dass sich daraus kein grundsätzliches Hemmnis gegen die Wahrnehmung des gesetzlich zugesicherten Wunschrechts durch den Berechtigten ergibt.

### Zugang zu den Leistungen

Die hohe Zahl der Ablehnung von Anträgen steht in einem engen Zusammenhang mit der Nichtbeachtung insbesondere der Bestimmungen des § 14 SGB IX.

Werden Anträge auf Kinderrehabilitation bei den Krankenkassen gestellt, sehen diese sich oft nicht in der Rolle des primär zuständigen Rehabilitationsträgers, obwohl der bereits seit der Gesundheitsreform 2000 bestehende Rechtsanspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§§ 11 Abs. 2 i.V.m. 40 SGB V) den Ermessensleistungen der Rentenversicherungsträger nach § 31 SGB VI vorgeht. Die

Krankenkassen sind deshalb nicht nur die den Antrag entgegennehmende Stelle, sondern immer der erstangegangene Rehabilitationsträger im Sinne des § 14 SGB IX.

Leiten sie den Antrag weiter, setzt das Verfahren nach § 14 Abs. 2 SGB IX ein, nach dem der als zweiter angegangene Träger zur Leistung verpflichtet ist und zwar auch dann, wenn es sich um eine medizinische Rehabilitationsleistung handelt, für die das spezifische Recht dieses Trägers keine Rechtsgrundlage enthält. So muss beispielsweise der Rentenversicherungsträger nach § 14 Abs. 2 SGB IX als zweitangegangener Träger über einen Antrag auf Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation auf der Grundlage des § 41 SGB V entscheiden, die Leistung gegebenenfalls in einer Vater-Mutter-Kind-Einrichtung ausführen, obwohl das Recht der Rentenversicherung keine Vorschrift über solche Leistungen enthält. Die an sich zuständige Krankenkasse hat die entstandenen Kosten zu erstatten.

Dieses Verfahren basiert auf dem Grundsatz, dass in Deutschland immer ein Träger der medizinischen Rehabilitation für einen nachgewiesenen Rehabilitationsbedarf vorhanden ist und über diese Leistung innerhalb von drei bis maximal fünf Wochen zu entscheiden ist.

Danach kann ein Leistungsverfahren wegen medizinischer Rehabilitation nicht durch Ablehnungen wegen Unzuständigkeit, sondern nur durch Weiterleitung an den zuständigen Träger, durch Leistungsbewilligung oder Ablehnung mit der Begründung beendet werden, dass mangels Leistungsbedarfs bei keinem Träger ein Leistungsanspruch besteht.

## Frühzeitige Bedarfserkennung und Zugang

---

Die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs ist der Schlüssel zur Vermeidung von Chronifizierung von Krankheiten und dauerhafter Teilhabe einschränkung. Die Sicherung eines bedarfsgerechten Zugangs ist deshalb sowohl eine medizinische als auch eine gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe, die unmittelbar die funktionale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Sinne der ICF, der konzeptionellen Grundlage der medizinischen Rehabilitation auch bei Kinder und Jugendlichen, berührt.

### Vorrang von Teilhabeleistungen

In sozialrechtlicher Hinsicht kommt der Umsetzung der §§ 8, 10 und 14 SGB IX überragende Bedeutung zu. § 8 Abs. 1 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, bei der Beantragung oder Erbringung von Rehabilitationsleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung zu prüfen – und zwar unabhängig von der Entscheidung über diese Leistung – ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind. Damit ist der § 8 SGB IX der Schlüssel zur Lösung vieler Schnittstellenprobleme. In den Gemeinsamen Empfehlungen des Bundesverbandes für Rehabilitation (BAR) zur Frühzeitigen Bedarfserkennung, die viel zu wenig bekannt sind, werden Anhaltspunkte für einen Rehabilitationsbedarf formuliert, die meines Erachtens für Kinder noch zu übersetzen sind. Die Erfahrungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation ist, dass dieses Früherkennungs- und damit auch Kooperationsgebot längst noch nicht umfänglich realisiert ist.

### Koordinierung und Zuständigkeit

Der § 10 SGB IX fordert die Feststellung des einzelfall- und funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs. Damit ist, wie wir auf der Tagung bereits diskutiert haben, die ICF-basierte Bedarfsfeststellung gemeint;

auf § 14 SGB IX und seine Umsetzung ist Herr Fuchs bereits eingegangen. Für mich ist ein anderer, pädiatrischer Gesichtspunkt wichtig: Die Orientierung an sozialer Teilhabe, die für die medizinische Rehabilitation so konstitutiv ist, muss für Kinder und Jugendliche immer auch den Entwicklungsaspekt und den kindbezogenen sozialen Kontext berücksichtigen.

Dabei sind sechs Bedürfnisse des Kinder maßgeblich: physiologische Bedürfnisse (Nahrung, Schlaf), Bindung und Stabilität der sozialen Umwelt, Bedürfnis nach Achtung, das Bedürfnis nach Orientierung und Sicherheit, das Explorationsbedürfnis (die Welt selbst entdecken) und das Selbstaktualisierungsbedürfnis (eigene Fähigkeiten und Stärken entwickeln).

Für unser Thema „Frühzeitige Bedarfserkennung“ bedeutet dies, dass Gesundheit, Krankheit und Behinderung in der Rehabilitation nicht statisch, sondern als Prozess zu verstehen sind. Bedarfserkennung wie auch Reha-Planung und -prognose sind nur multidisziplinär machbar. Im Mittelpunkt muss eine ICF-gestützte ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung des Kinder stehen, die sowohl die in sich widersprüchlichen Bedürfnisse des Kindes berücksichtigt, als auch auf die kindlichen Lebensfelder bezogen ist.

Ich möchte darauf hinweisen, dass die Gemeinsamen Servicestellen noch zu wenig auf Fragen der Kinderrehabilitation ausgerichtet sind und oft keine „Kinder-Kompetenzen“ haben. Aber auch innerhalb der Ärzteschaft und bei den verschiedenen sozialen Leistungserbringern – ich nenne auch die Schulen und die Jugendhilfe – ist die Kinderrehabilitation zu wenig bekannt und sind Schnittstellenprobleme noch nicht angemessen gelöst.

Insgesamt ist die Kinder-Rehabilitation jedoch im Denken und Arbeiten mit den jungen Patienten auf

## ■ Frühzeitige Bedarfserkennung und Zugang / Impulse zur Vernetzung und Nachsorge

Grundlage des biopsychosozialen Modells von ICF und SGB IX schon weiter als es sich im öffentlichen Bewusstsein zeigt. Eine Wertschätzung seitens der Familien und niedergelassenen Ärzte ist zunehmend gegeben.

Viel zu tun bleibt noch bei Lösung der hier angesprochenen Schnittstellenprobleme in Planung, Einleitung und Nachsorge der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Dieses Verbesserungspotenzial sollten wir nutzen.

**Dr. Michael Scheer**

## **Impulse zur Vernetzung und Nachsorge**

---

Vernetzung und Nachsorge stellen einen wesentlichen Faktor für Nachhaltigkeit und Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen dar. Vernetzung bedeutet mehr als den Informationsaustausch zwischen Rehabilitations-Einrichtung und niedergelassenem Arzt. Anhand von Fallbeispielen aus der Praxis werden Probleme und Lösungsmöglichkeiten am Beispiel ernährungsabhängiger Gesundheitsstörungen, insbesondere der Adipositas, dargestellt.

Auch im ambulanten Bereich gibt es Einrichtungen, die durch interdisziplinäres Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen eine Rehabilitation dieser Störungen ermöglichen. Das Konzept der Ernährungs-

medizinischen Praxis wird aufgezeigt. Hier wirken Ernährungsmediziner, Haus-/Kinderarzt, Diätassistenten, Ökotrophologen, Physiotherapeuten, Sportlehrer, Psychotherapeuten, Psychologen und Pädagogen zusammen. So sollen langfristig Gesundheitsstörungen, die mit Lebensstilfaktoren, insbesondere Ernährungsfaktoren, zusammenhängen, durch entsprechende Interventionen in der Familie und Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen beeinflusst werden. Eine Verknüpfung der ernährungsmedizinischen Praxis mit stationären Rehabilitationseinrichtungen und gemeinsame Behandlungskonzepte ist wünschenswert und möglich.

■  
**Dr. Stefan Berghem**

## **Das Kind als Patient – die kindergerechte Rehabilitation**

---

Die Rehabilitation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Es gilt, den Erwachsenen von morgen eine gesunde Gegenwart und Zukunft zu ermöglichen, damit diese sich bestmöglich entwickeln, ein weitgehend uneingeschränktes Leben führen und an allen wesentlichen Bereichen des Lebens teilnehmen können. So werden Krankheitskosten vermindert und ein erfülltes Erwerbsleben wird ermöglicht. Die Notwendigkeit und Effektivität von stationären Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ist unbestritten. Eine Rehabilitation ist nur dann effektiv, wenn sie zielgruppenspezifisch ist. Eine solche Maßnahme für Kinder und Jugendliche muss natürlich auf die Eigenheiten und Bedürfnisse von Kindern ausgerichtet sein und sowohl Alter und Entwicklung als auch die indikationsspezifischen Erfordernisse besonders berücksichtigen.

### **Rahmenbedingungen**

In den Einrichtungen der Kinderrehabilitation nimmt die Zahl der erwachsenen Begleitpersonen und Begleitkinder stetig zu, wobei das Alter der Begleitkinder deutlich abnimmt. Damit die begleitenden Kleinstkinder nicht den Rehabilitationserfolg der Patienten gefährden, muss eine intensive Betreuung von ihnen besonders während der gesamten Therapie- und Schulungszeiten stattfinden. Deutliche Schwankungen sowohl der Altersstruktur im Jahresverlauf als auch der Bewilligungszahlen erfordern ein hohes Maß an Flexibilität der Leistungserbringer. Saisonalen Schwankungen in der Belegung durch Anpassungen in der Personalstruktur zu begegnen, ist gerade im Bereich qualifizierter Fachkräfte annähernd unmöglich.

### **Unterschiedliche Ansprüche**

Die Frage, was kindgerecht ist, wird von verschiedenen Personen oder Institutionen unterschiedlich,

teils gegensätzlich, beantwortet. Die jeweiligen Alters- und Entwicklungsstufen bedingen verschiedene Bedürfnisse.

Muss bei der Rehabilitation von Kleinstkindern eine personalintensive Betreuung während der Schulungen und Instruktionen der Begleitperson erfolgen und sind bei ihnen häufigere und längere Kontrolluntersuchungen erforderlich, so ist bei der Rehabilitation von Jugendlichen begleitend zu den Therapien und Schulungen eine schulische Betreuung zu gewährleisten, die einerseits nicht so umfangreich sein darf, dass sie den Rehabilitationsverlauf beeinträchtigt oder gefährdet, andererseits aber die durch die chronische Erkrankung bedingten Defizite zumindest teilweise aufholen kann. Wollen Kleinkinder möglichst wenig Fremdbetreuung und sich möglichst nicht von Mutter/Vater trennen, so haben Jugendliche das Bedürfnis nach Unterhaltung und „Action“ einerseits. Andererseits wollen sie möglichst sich selbst überlassen und nicht von Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Schülern und Lehrern „genervt“ werden – dennoch aber gesund werden.

So divergent wie die Bedürfnisse unterschiedlich alter Kinder ist auch die Perspektive von Kindern und Eltern, Kostenträgern, medizinischen Fachgesellschaften und Leistungserbringern. Kinder und Eltern wollen die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in Begleitung eines Erwachsenen bis etwa zum 13. Lebensjahr, der Standpunkt der Kostenträger ist jedoch, die Schulkinder schon früh selbstständig zu machen und Verantwortung für die Behandlung ihrer chronischen Erkrankung übernehmen zu lassen. Wünschen die Eltern für die Unterkunft einen gehobenen Hotelstandard, so steht dem von Leistungserbringerseite entgegen, was mit den knappen Mitteln machbar ist.

Starke Unterschiede existieren auch in der Beurteilung der Fragen: Was ist eine kindgerechte Ernährung

(Spannungsbogen von Dinkelbratling zu Nussnougatcreme), wie viel Fernsehen, PC/Internet, wie viel Sport, Rauchen, wie viel Möglichkeit zum Rückzug/Selbstisolierung sind angemessen.

## **Fazit**

Eine Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, die sämtlichen Ansprüchen und Wünschen gerecht wird, ist offenkundig nicht erreichbar. Eine effektive Maß-

nahme mit guten und anhaltenden Ergebnissen, zum Wohle der Patienten ist dennoch möglich, erfordert aber ein hohes Maß an Flexibilität seitens der Leistungserbringer und eine Kompromissbereitschaft aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Partner. Dass eine solche hoch individuelle, aufwändige Maßnahme nicht zu Dumpingpreisen leistbar ist, versteht sich von selbst. Aber der Aufwand lohnt sich, zum Wohl der Kinder und der Gesellschaft!

**Dr. Heiner Vogel**

## **Bedarf und Inanspruchnahme – Überlegungen aus gesundheitsökonomischer Sicht**

---

Gesundheitsökonomische Evaluationen bieten Entscheidungshilfen für gesundheitspolitische Fragestellungen, beispielsweise für die Priorisierung oder die Auswahl von in Frage kommenden gesundheitsbezogenen Behandlungsmaßnahmen. Kostenstudien, Kosten-Wirksamkeitsanalysen sowie die anspruchsvollen Kosten-Nutzenanalysen stellen verschiedene Formen der gesundheitsökonomischen Evaluation mit unterschiedlichen Outcomeparametern und Evaluationskriterien dar, die jeweils mit unterschiedlichem Aufklärungswert, aber auch Grenzen verbunden sind. Von großer Bedeutung sind die unterschiedlichen Blickwinkel oder Perspektiven (Gesellschaft, [Gesundheits-]Politik, Krankenkassen, Leistungserbringer, Patient und Angehörige) und ihr Einfluss auf die zu berücksichtigenden Datenebenen sowie ihre Interpretation.

Beispielhaft werden zwei US-amerikanische Studien für den Bereich Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt, eine Kostenstudie und eine Kosten-Nutzenstudie zur Rehabilitation. Die erste Studie zeigt exemplarisch die erheblichen Kosten, die Asthma im Verlauf mehrerer Jahre bei erkrankten Kindern und Jugendlichen mit sich bringt, ferner die damit verbundenen Kosten für die Eltern. Die zweite Studie zeigt, dass bei intensiver und umfassender Rehabilitation die Behandlungskosten für Asthma bei Kindern

und Jugendlichen im Anschluss an die Rehabilitation beträchtlich sinken und dass die Differenz gegenüber der Zeit vor der Rehabilitation (der finanzielle Nutzen) in der Folgezeit sogar noch zunimmt.

Anhand von Daten über die Anzahl von Jugendlichen mit chronischen Krankheiten und den damit in Beziehung gesetzten Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann ein möglicherweise erhebliches Potenzial von Unterversorgung in diesem Bereich abgeleitet werden (mit entsprechenden gesundheitsökonomischen Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft). Es lassen sich jedoch auch methodische Einschränkungen dieser – vereinfachten – Gegenüberstellung aufzeigen und der Bedarf an qualifizierter, breit angesetzter Forschung vor diesem Hintergrund veranschaulichen.

Resümierend ist insbesondere auf die speziell für Deutschland außerordentlich unzureichende Studienlage hinzuweisen. Vorhandene Studien lassen – bei allen methodischen Vorbehalten – dennoch auf ein erhebliches Potenzial an ökonomischen Nutzen bei wirksamen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen schließen. Dies setzt den indikationsgerechten Einsatz einer qualitätsgesicherten medizinischen Rehabilitation voraus.

## Angaben zu den Autoren

---

Dr. Stefan Berghem  
Chefarzt des Seehospiz Norderney, Facharzt für  
Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Allergo-  
logie, Umweltmedizin, Naturheilverfahren,  
Balneologie und medizinische Klimatologie

Harry Fuchs  
Sozialexperte, Quality-Klinikentwicklungs-,  
-betriebs- und -beratungs-GmbH, Düsseldorf

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann  
Professor für Sozial- und Gesundheitswissen-  
schaften an der Universität Bielefeld

Wolfgang Niemeyer  
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Rehabili-  
tation von Kindern und Jugendlichen Bundes-  
republik Deutschland, Bad Kreuznach

Dr. Johannes Oepen  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie  
für Rehabilitationsmedizin, Chefarzt der Reha-  
bilitationsklinik für Kinder und Jugendliche  
„Viktoriastift“, Bad Kreuznach und Leiter des  
Fachausschusses „Stationäre Präventions- und  
Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und  
Jugendliche“ der Deutschen Gesellschaft für  
Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Dr. Michael Scheer  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sport- und Ernäh-  
rungsmedizin, Manuelle Medizin, Akupunktur,  
Paderborn

Dr. Tomas Steffens  
Arbeitsfeld medizinische Rehabilitation, Prä-  
vention und Selbsthilfe im Zentrum Gesundheit,  
Rehabilitation und Pflege, Diakonisches Werk der  
EKD, Berlin

Dr. Heiner Vogel  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für  
Psychotherapie und Medizinische Psychologie der  
Universität Würzburg

## **Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

---

- 10.00 Uhr      Check In
- 10.30 Uhr      **Begrüßung und Einführung**  
Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD, Berlin  
Wolfgang Niemeyer, AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Bad Kreuznach
- 10.45 Uhr      **Wie gesund sind unsere Kinder?**  
Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld
- 11.30 Uhr      **Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – zwischen gesundheitspolitischer  
Aufgabe, Rechtsanspruch und Kassenlage**  
Harry Fuchs, Düsseldorf
- 12.15 Uhr      Imbiss
- 13.00 Uhr      **Forum Kinder- und Jugendrehabilitation im Netzwerk für Kindergesundheit:  
Frühzeitige Bedarfserkennung und Zugang**  
Dr. Johannes Oepen, Bad Kreuznach  
**Vernetzung und Nachsorge**  
Dr. Michael Scheer, Paderborn  
**Das Kind als Patient – die kindergerechte Rehabilitation**  
Dr. Stefan Berghem, Norderney  
**Bedarf und Inanspruchnahme – Überlegungen aus gesundheitsökonomischer Sicht**  
Dr. Heiner Vogel, Würzburg
- 15.00 Uhr      Kaffeepause
- 15.15 Uhr      **Forum Kinder- und Jugendrehabilitation im Dialog**  
Diskussion mit den Tagungsteilnehmern sowie  
Oliver Blatt, Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)  
Dr. Marlies Volkmer, Mitglied des Bundestages  
Erich Klose, Geschäftsführer Seehospiz Norderney  
Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen  
und Patienten
- 16.15 Uhr      **Ausblick**
- 16.30 Uhr      Tagungsende

**Veranstalter der Tagung am 8. Oktober 2007 in Berlin waren das Diakonische Werk der EKD e. V.  
und die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen – Bundesrepublik  
Deutschland e. V.**

## **Impressum**

Diakonisches Werk der  
Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:  
Andreas Wagner  
Zentrum Kommunikation  
Postfach 10 11 42  
70010 Stuttgart  
Telefon: +49 711 21 59-454  
Telefax: +49 711 21 59-566  
redaktion@diakonie.de

Kontakt:  
Dr. Tomas Steffens  
Arbeitsfeld Medizinische  
Rehabilitation, Prävention  
und Selbsthilfe  
Zentrum Gesundheit,  
Rehabilitation und Pflege  
Reichensteiner Weg 24  
14195 Berlin  
Telefon: +49 30 830 01-361  
Telefax: +49 30 830 01-444  
steffens@diakonie.de

Layout:  
H. M. Saecker, A. Stiefel

Bestellungen:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen  
Telefon: +49 711 902 16-50  
Telefax: +49 711 797 75 02  
vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der  
Publikationsreihe Diakonie  
Texte veröffentlichen, sind  
im Internet frei zugänglich.  
Sie können dort zu nicht-  
kommerziellen Zwecken  
heruntergeladen und ver-  
vielfältigt werden.  
Diakonie Texte finden Sie  
unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte).  
Im Vorspann der jeweiligen  
Ausgabe im Internet finden  
Sie Informationen, zu  
welchem Preis Diakonie  
Texte gedruckt im Zentralen  
Vertrieb bestellt werden  
können.

© Juni 2008 · 1. Auflage  
ISBN 978-3-937291-73-4

Druck:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

**Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.**

Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0  
Telefax: +49 711 21 59-288  
diakonie@diakonie.de  
www.diakonie.de