Diakonie Texte | Dokumentation | 05.2011

Diakonie

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation

Teilhabe sichern

Dokumentation der Fachtagung am 4. November 2010 in Berlin

Inhalt

3 **Begrüßung für die veranstaltenden Verbände**
Klaus-Peter Stenzig, Diakonisches Werk der EKD, Berlin

5 **Von der Schwierigkeit, gesund erwachsen zu werden**
Heike Hölling, Robert Koch-Institut, Berlin

35 **Impulse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation**
Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg, Bad Kreuznach, Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD, Berlin

43 **Trägerübergreifende Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen**
PD Dr. Robert Bering, Krankenhaus Maria-Hilf Gmbh, Krefeld

54 **Die künftige Bedeutung der ICF für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**
Dr. Stefan Berghem, Ostseestrand-Klinik „Klaus Störtebeker“, Kölpinsee, Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Bundesrepublik Deutschland

65 **Ökonomische Bedingungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**
Alwin Baumann, Forum Ökonomie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V., Fachkliniken Wangen/Allgäu

75 **Rehabilitationspolitischer und sozialrechtlicher Handlungsbedarf in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**
Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

86 **Streiflichter der Diskussion zu Redebeiträgen der Fachtagung**
Martin Schmollinger, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg

91 **Impressum**

Begrüßung für die veranstaltenden Verbände

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich zur heutigen Fachtagung „Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation“. Mein Name ist Klaus-Peter Stenzig, ich bin zuständig für das Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD und vertrete heute Frau Griese, die im Vorstand des Diakonisches Werk der EKD für die Sozialpolitik zuständig ist. Frau Griese musste kurzfristig eine andere Verpflichtung wahrnehmen und bittet um Entschuldigung.

Ich begrüße Sie auch im Namen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Diese drei Verbände laden heute gemeinsam zu dieser Veranstaltung ein.

Besonders begrüßen und für die Teilnahme danken möchte ich den Persönlichkeiten aus dem Bundestag, aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und aus dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Selbsthilfe, den Rehabilitationsträgern und den Vertretern von Fachverbänden. Und natürlich danke ich an dieser Stelle schon den zahlreichen Referentinnen und Referenten dieser Veranstaltung.

Hintergrund der Veranstaltung ist ein gemeinsames Papier des Diakonischen Werkes der EKD und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, in dem wir zu fachlichen und rehabilitationspolitischen Fragen Stellung nehmen. Das Papier seinerseits schließt an die Diskussionen einer Tagung zur Politik der Kinderrehabilitation im Jahr 2007 an, die wir im Jahre 2009 dokumentiert haben.

Was sind nun die wesentlichen Themen und Anliegen, die wir zur Diskussion stellen wollen? In der Ausschreibung der Tagung ist die Frage formuliert: „Wie können die im SGB IX verankerten Anforderungen an die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach frühzeitiger Bedarfserkennung, Teilhabeorientierung und abgestimmter Leistungserbringung besser verwirklicht werden?“ Lassen Sie mich diese Fragestellung in einigen wenigen Thesen konkreter fassen und damit vielleicht auch in durchaus kontroverse Diskussionen des Tages einsteigen.

1. Wir wissen aus den Untersuchungen des Robert Koch-Instituts, dass die ganz große Zahl von Kindern in Deutschland gesund ist. Wir wissen aber auch, dass sich bei zehn bis zwanzig Prozent der Kinder und Jugendlichen gesundheitliche und soziale Probleme bündeln. Dies sind Kinder und Jugendliche, die zumeist aus sehr schwierigen sozialen und materiellen Lagen kommen. Es gibt dabei einen sehr engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage, also ein hohes Maß gesundheitlicher Ungleichheit schon im Kindesalter – in einer Lebensphase also, in der die biografischen Weichenstellungen auch für das Erwachsenenleben gestellt werden.

2. Wir brauchen vor diesem Hintergrund eine neue Sensibilität gegenüber dem Rehabilitationsbedarf von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist sicherlich das Ergebnis zahlreicher Faktoren, die zumeist außerhalb des Gesundheitssystems liegen. Ich denke zuerst an die Vermeidung von materieller Armut und die Gewährleistung von Förderung und Bildung schon in jungen Lebensjahren. Eine ganz große Bedeutung kommt dabei dem Aufbau von präventiven und gesundheitsfördernden Strukturen in den Ländern und Kommunen zu. Der 13. Kinder- und Jugendbericht hat verdeutlicht, welche große Rolle dabei dem Zusammenspiel von Kinder- und Jugendhilfe einerseits und Gesundheitssystem andererseits zukommt.

   Die Kinderrehabilitation ist ein Mosaikstein in den Hilfen für Kinder, die von chronischer Krankheit und Einschränkungen ihrer Teilhabe betroffen oder bedroht sind. Dieses spezifische Leistungsangebot bedarf unserer Aufmerksamkeit.

3. Die Kinder- und Jugendrehabilitation muss noch mehr als bislang als ein Weg zur Sicherung der Teilhabe verstanden werden, gleichzeitig muss der Teilhabebedarf frühzeitig erkannt werden. Wenn wir diesem Auftrag des SGB IX und

der entsprechenden Gemeinsamen Empfehlung der Reha-Träger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) folgen, müssen alle Beteiligten abgestimmte Strategien zur frühzeitigen Bedarfserkennung entwickeln, um möglichst präventiv handeln zu können. Von selbst regelt sich nichts.

4. Wir müssen die sehr hohen Zugangshürden für die Kinder- und Jugendrehabilitation senken, die Zuständigkeiten sozialrechtlich deutlicher fassen, die Rehabilitations-Richtlinien überdenken und das Wunsch- und Wahlrecht in der Praxis stärken. Auch müssen wir nach den Gründen der sehr hohen Ablehnungsquoten bei den Anträgen fragen und forschen. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2007 mit dem sogenannten GKV-WSG den Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation gestärkt beziehungsweise klargestellt. Dieser Impuls muss auch in der Praxis gelebt werden.

5. Wir müssen neu überlegen, wie die Kinderrehabilitation besser in die Netze für Kindergesundheit eingebettet werden kann und wie ein entsprechendes Teilhabemanagement mit einer starken Komponente der Nachsorge zu gestalten ist, damit kein Kind in ein rehabilitatives Loch fällt. Dies ist eine gemeinsame Aufgabe der Leistungserbringer und der Kranken- und Rentenversicherung. Eine Aufgabe, bei der aber auch die Selbsthilfe eine wichtige Rolle spielen kann.

6. Investitionen in die Kinderrehabilitation sichern die Lebenschancen der heranwachsenden Generation, ihre Teilhabe am Erwerbsleben und an der Wertschöpfung in der Zukunft. Dies ist mit einer Budgetierung oder impliziten Deckelung der Ausgaben für die Kinderrehabilitation nicht vereinbar und wird sowohl dem Rechtsanspruch der Kinder als auch dem Sicherstellungsauftrag der Reha-Träger nicht gerecht.

   Wir brauchen schon eine politische Entscheidung darüber, wie viel Kinderrehabilitation das Gesundheits- und Sozialsystem zu welcher Qualität vorhalten soll.

7. Wie auch andere Bereiche des Gesundheitssystems braucht deshalb auch das System der medizinischen Rehabilitation eine neue Balance zwischen Wettbewerb und Kooperation, also zwischen einem Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer einerseits und der gemeinsamen Verständigung über konzeptionelle Fragen und Grundsätze der Vergütung andererseits.

Wir freuen uns, diese und weitere Thesen mit Ihnen diskutieren zu können. Ich gebe jetzt weiter an die Tagesmoderation Dr. Steffens.

Klaus-Peter Stenzig, Leiter des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD

ROBERT KOCH INSTITUT

Von der Schwierigkeit, gesund erwachsen zu werden

Jugendgesundheit in Deutschland

Heike Hölling
Robert Koch-Institut, Berlin

Fachtagung „Chancen für Kinder eröffnen - Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation

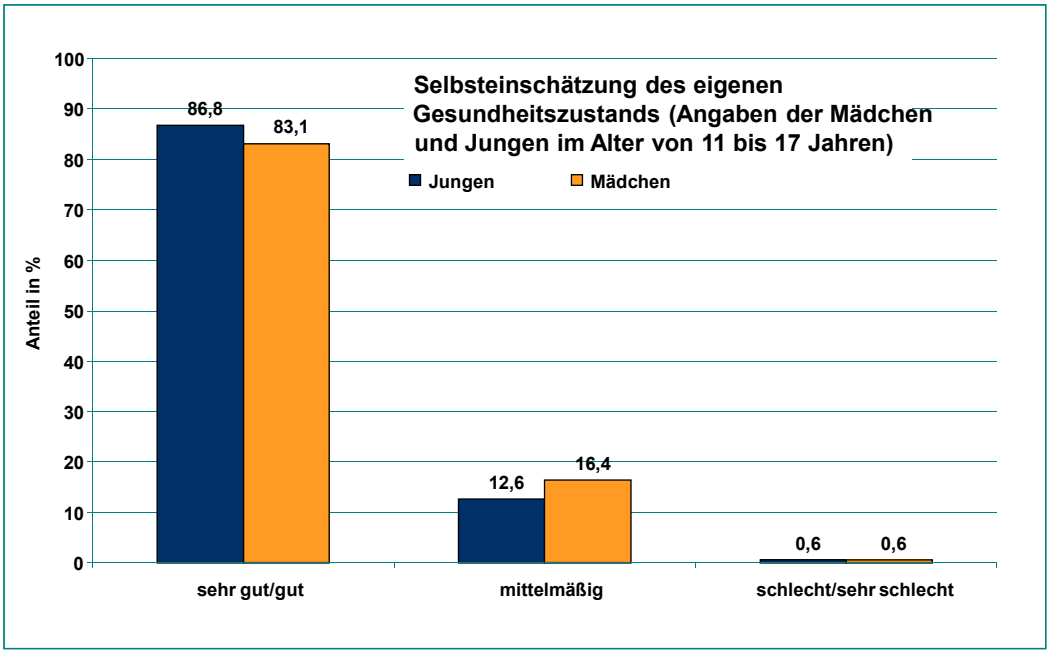
Berlin am 04. November 2010

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit

ROBERT KOCH INSTITUT

Kurth/ Lange 2007



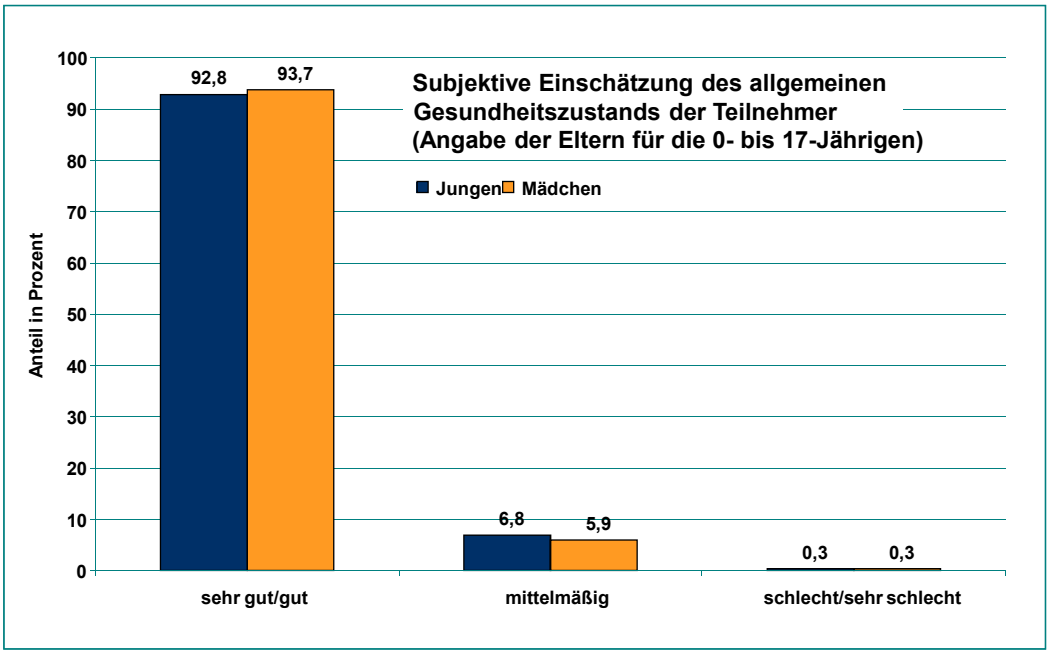
Mehr als 80% der befragten Kinder und Jugendlichen schätzt ihren Gesundheitszustand als „sehrgut“ oder „gut“ ein

KiGGS

Elterneinschätzung zur Gesundheit ihres Kindes

ROBERT KOCH INSTITUT

Kurth/ Lange 2007



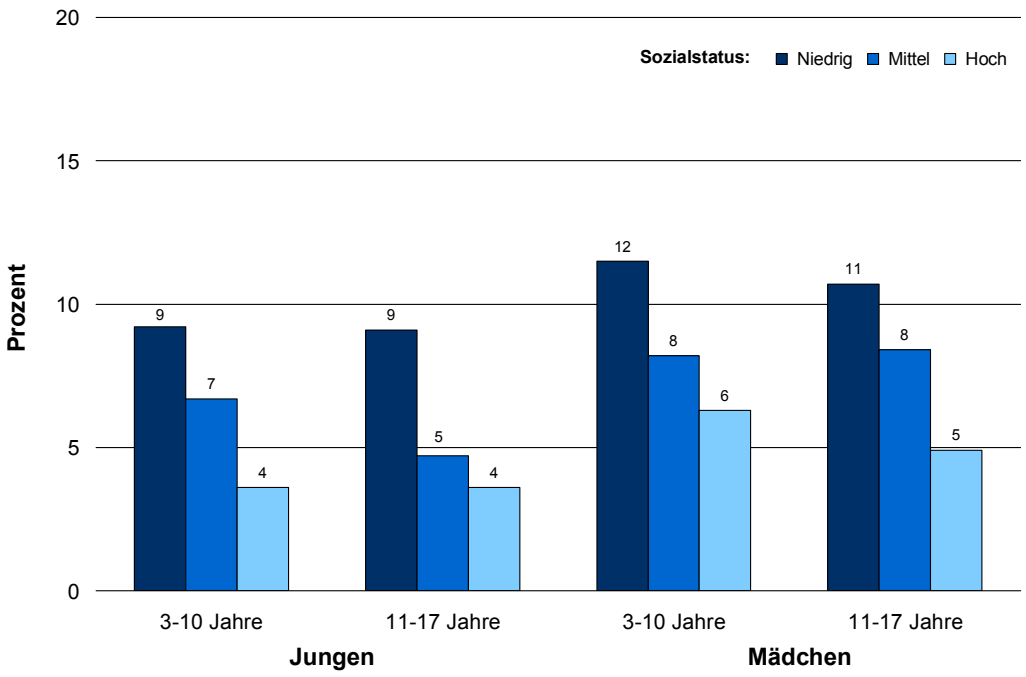
Von den Eltern schätzen mehr als 90% den Gesundheitszustand ihrer Kinder als „sehr gut“ oder „gut“ ein.

Kurth/ Lange 2007

KiGGS

Kinder und Jugendliche mit „mittelmäßigem“ bis „sehr schlechtem“ allgemeinem Gesundheitszustand

ROBERT KOCH INSTITUT



KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

KiGGS

15.05.2003 bis 06.05.2006

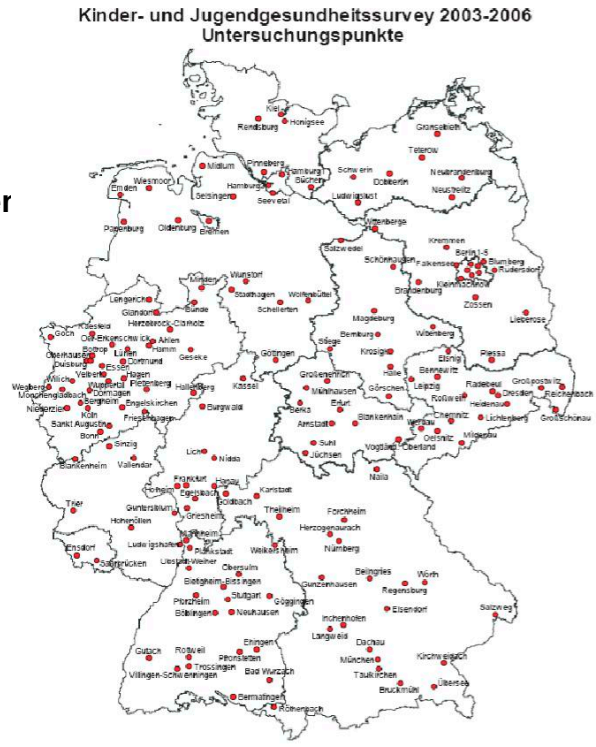
Kinder- und Ju**g**end-**G**esundheits-**S**tudie

http://www.kiggs.de

ROBERT KOCH INSTITUT

Feldarbeit: 15. Mai 2003 bis 06. Mai 2006

- **167 Studienzentren besucht**
- **17.641 Kinder und Jugendliche 0-17 Jahre**
- **8.985 Jungen und 8.656 Mädcher**
- **Response 66,6%**



Untersuchungsprogramm

ROBERT KOCH INSTITUT

Das nach Altergruppen gestaffelte Untersuchungsprogramm bestand aus:

schriftliche Befragung der Eltern und der Jugendlichen von 11-17 Jahren

Medizinische Untersuchungen und Tests

computergestütztes ärztliches Elterninterview

Blut- und Urinprobe

KiGGS

Medizinische Untersuchungen und Tests

KiGGS

- Anthropometrie
- Sehtest
- Blutdruck und Puls
- Motorik (Reaktion, Ausdauer, Koordination)
- Schilddrüsensonographie
- Blut- und Urinwerte:
  - Nährstoffe
  - Risikofaktoren
  - Allergische Sensibilisierung
  - Immunität

KiGGS

Gegenstand der Untersuchung und Befragung

ROBERT KOCH INSTITUT

1. Körperliche Gesundheit, Krankheiten
2. Lebensbedingungen
3. Gesundheitsverhalten
4. Psychische Gesundheit/ Auffälligkeiten
5. Medizinische Versorgung

- körperliche Beschwerden und Befindlichkeit
- Medikamentenkonsum
- Vorsorgeuntersuchungen
- Impfstatus
- Behinderungen
- Unfälle
- Ernährung
- Verhaltensauffälligkeiten
- Lebensqualität
- Schutz- und Risikofaktoren
- Gewalterfahrungen und Gewalteinstellungen
- Freizeitaktivitäten

KiGGS

Neue Morbidität (Schlack HG, 2004)

ROBERT KOCH INSTITUT

Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen

- z.B. chronische Krankheiten wie Asthma, Allergien oder Adipositas

Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen

- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Störungen, Suchtmittelmissbrauch

Die „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

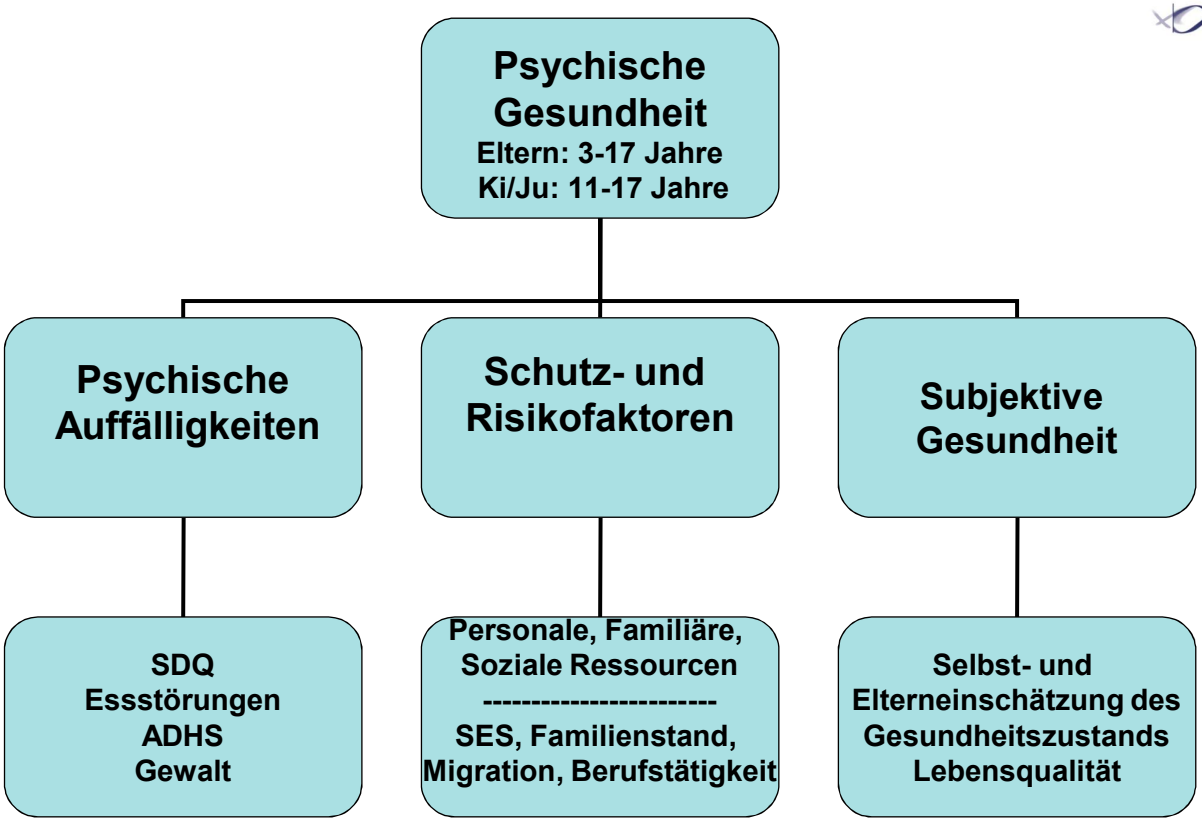
KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Psychische Auffälligkeiten

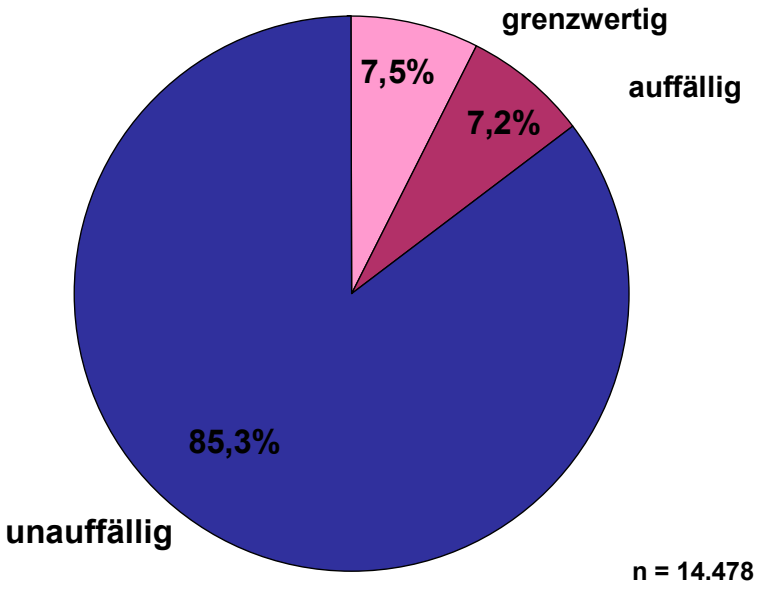
KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT



ROBERT KOCH INSTITUT

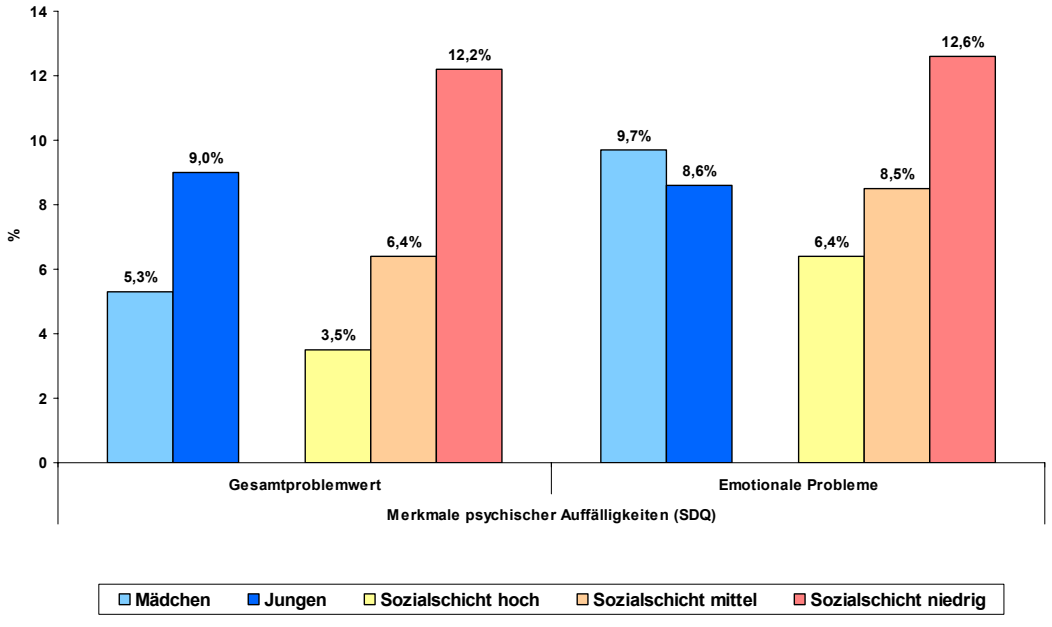
Psychische Auffälligkeiten (SDQ)
Gesamtproblemwert (Elternbericht 3 bis 17 Jahre)



Fast jedes 7. Kind in Deutschland zeigt psychische Auffälligkeiten

ROBERT KOCH INSTITUT

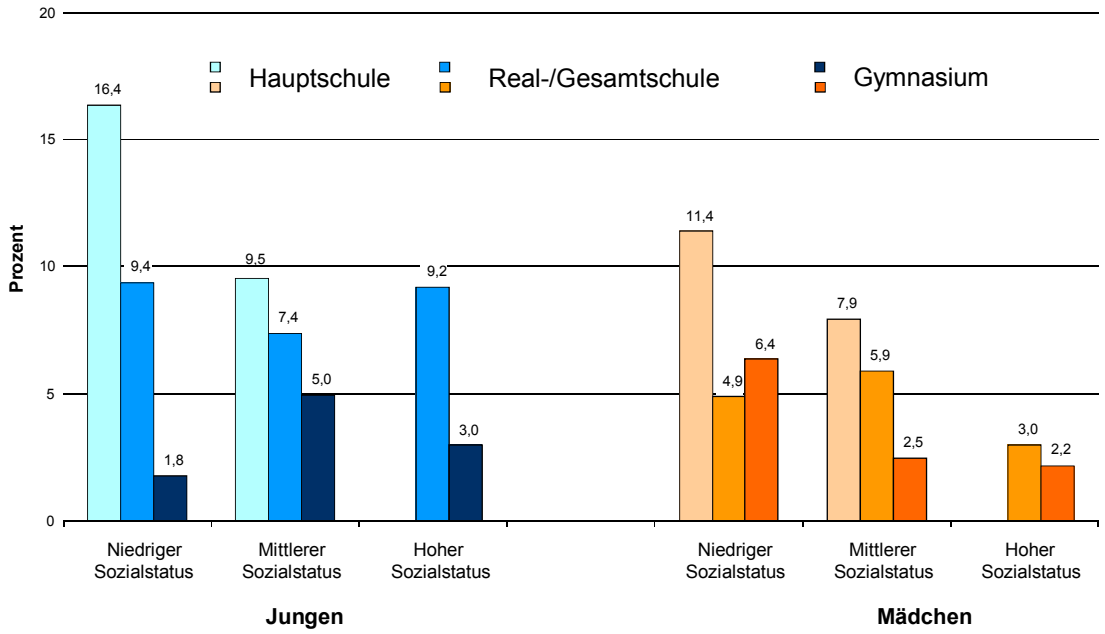
Psychische Auffälligkeit (SDQ-Gesamtproblemwert „auffällig“ und Subskala „Emotionale Probleme“, Elternurteil) nach
Geschlecht und Sozialstatus 3 bis 17 Jahre



Jungen weisen insgesamt häufiger psychische Auffälligkeiten auf als Mädchen.
Mädchen haben häufiger emotionale Probleme.
Psychische Auffälligkeiten treten häufiger in der unteren Sozialschicht auf.

Psychische Auffälligkeiten (SDQ auffällig) (Selbstangaben 11-17-Jährige)

ROBERT KOCH INSTITUT

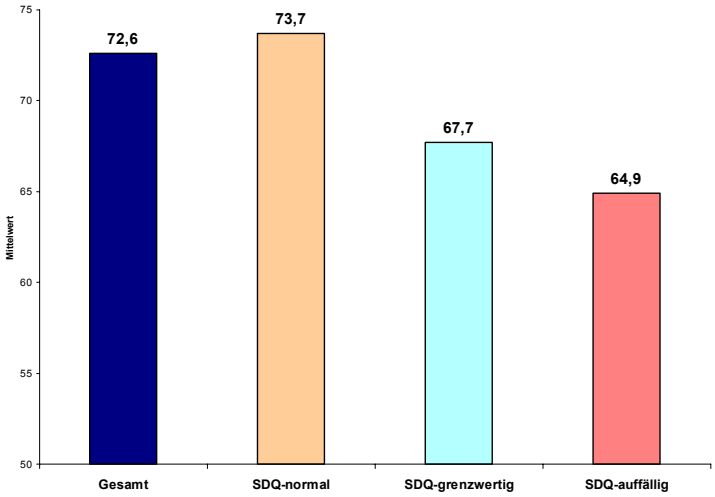


KiGGS

Psychische Auffälligkeit (SDQ)

und Lebensqualität (KINDL^R) im Selbstbericht

ROBERT KOCH INSTITUT

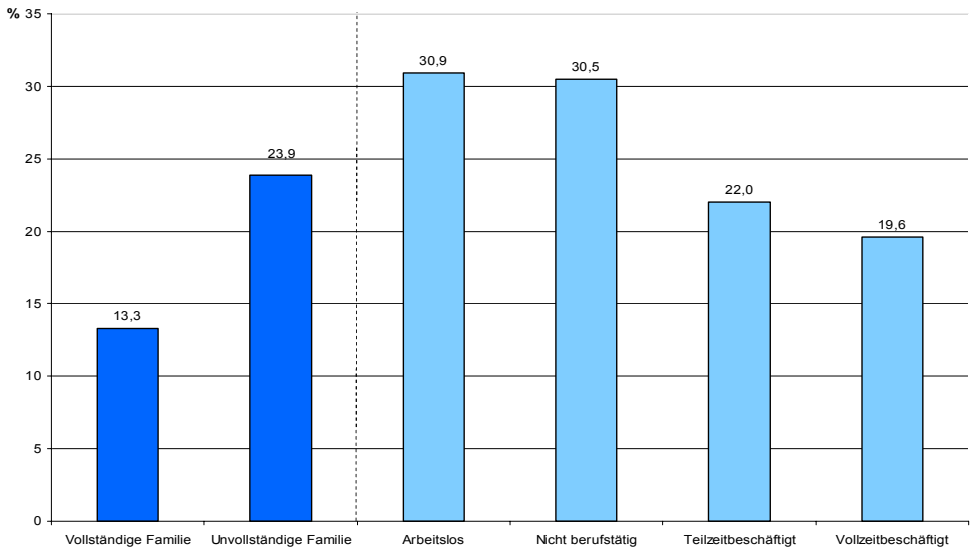


Kinder mit psychischen Auffälligkeiten haben eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Psychische Auffälligkeit (SDQ grenzwertig/auffällig) 3 bis 17 Jahre nach Vollständigkeit der Familie und Beschäftigungsstatus alleinerziehender Mütter



Kinder in unvollständigen Familien zeigen mehr Auffälligkeiten als solche in vollständigen Familien. Kinder arbeitsloser bzw. nicht berufstätiger alleinerziehender Mütter haben mehr Auffälligkeiten als Kinder alleinerziehender, berufstätiger Mütter.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

?

Was lässt die Heranwachsenden krank werden?

Was lässt sie trotz Belastungen gesund bleiben?

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Protektive oder Schutzfaktoren (Garmezy 1985)

Die **Disposition** wie positives Temperament, Autonomie, Sozialgefühl, positives Selbstwertgefühl

Merkmale des **familiären Milieus** wie Kohäsion, Wärme, Harmonie, Fehlen von Vernachlässigung

Merkmale der **außerfamiliären sozialen Umwelt** im Sinne verfügbarer externer Ressourcen und erweiterter sozialer Unterstützung.

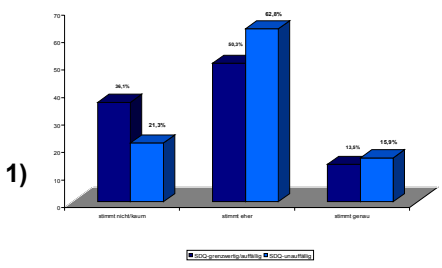
ROBERT KOCH INSTITUT

Psychische Auffälligkeit (SDQ) und Schutzfaktoren (personal, sozial, familiär)

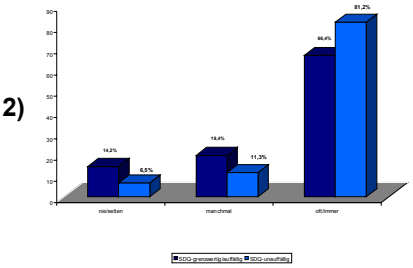
Fragen:

1. **„Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.“**
2. **„Es gibt jemanden, der mir zuhört“**
3. **„Wir kommen wirklich gut miteinander aus.“**

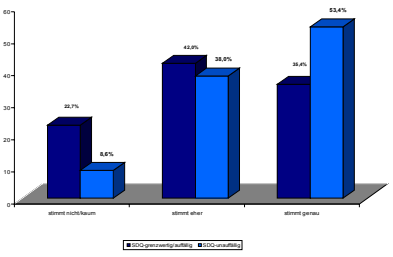
1)



2)



3)

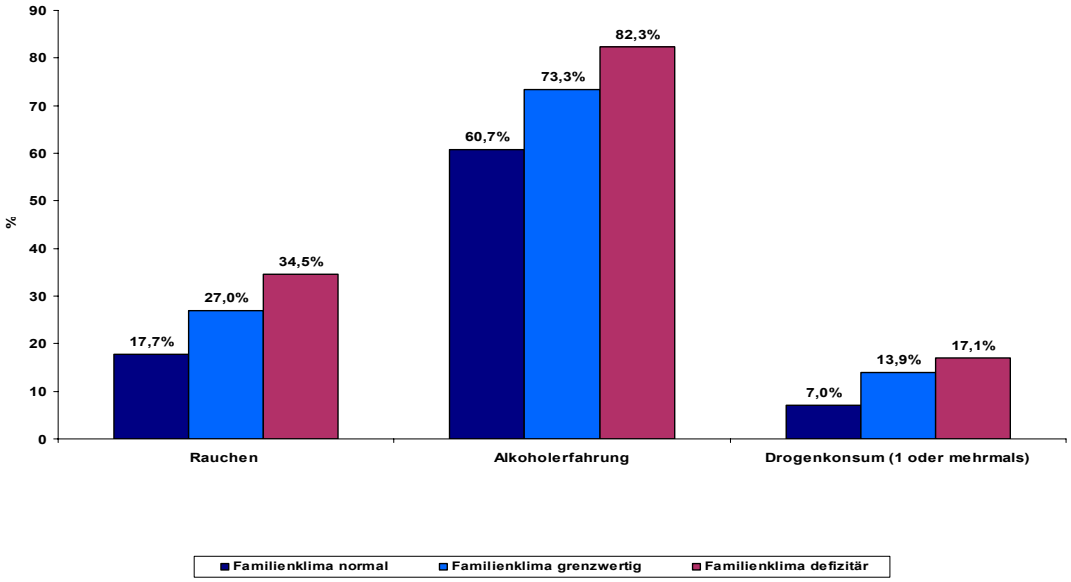


Fragen nach Schutzfaktoren werden von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ) deutlich ungünstiger beantwortet als von nichtauffälligen Kindern.

ROBERT KOCH INSTITUT

Familienklima und gesundheitliches Risikoverhalten

(Selbsturteil) (Altersgruppe 11-17 Jahre)



Kinder und Jugendliche mit defizitärem Familienklima zeigen ein erhöhtes gesundheitliches Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum).

KiGGS

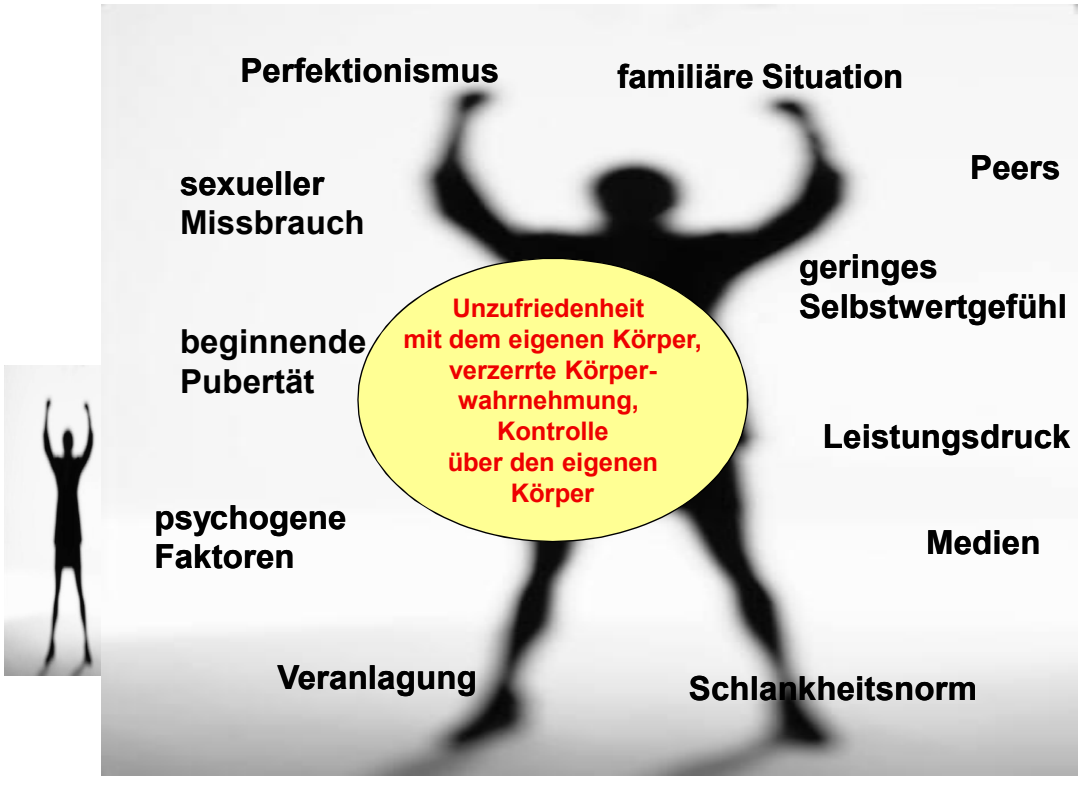
ROBERT KOCH INSTITUT

Essstörungen und Adipositas

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Risikofaktoren für Essstörungen

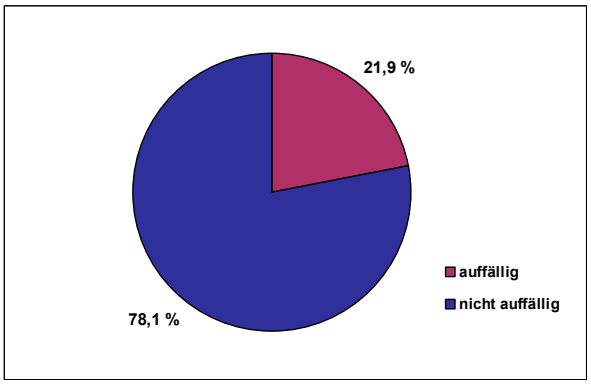
ROBERT KOCH INSTITUT



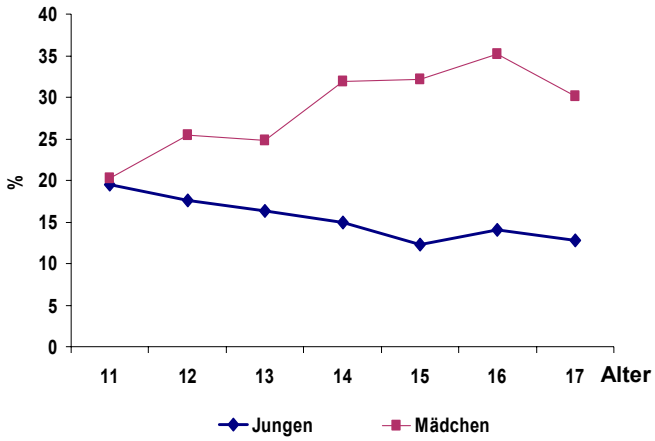
KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Essstörungen (SCOFF)
Häufigkeit Kinder und Jugendliche 11-17 Jahre gesamt



Essstörungen (SCOFF)
Altersverlauf (Jungen, Mädchen)



Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland zeigt Symptome einer Essstörung !

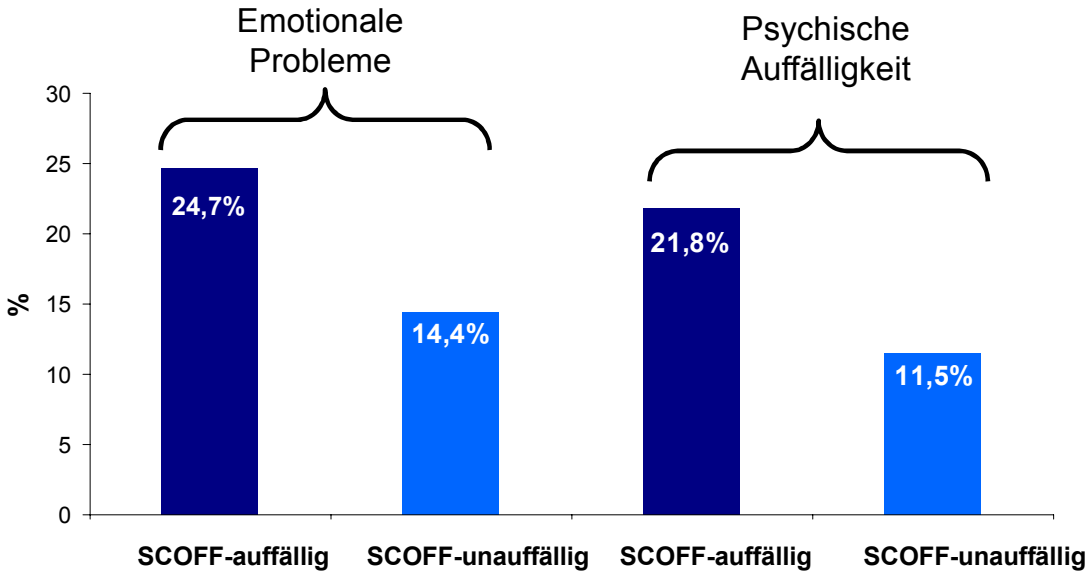
Im Altersverlauf nimmt Anteil der Auffälligen (SCOFF) bei den Mädchen um ca. 50% zu, bei den Jungen hingegen um etwa ein Drittel ab.

H1

ROBERT KOCH INSTITUT

Essstörungen (SCOFF) und Psychische Auffälligkeit (SDQ)

Emotionale Probleme („Depressivität“) und SDQ-Gesamtproblemwert - Elternurteil -



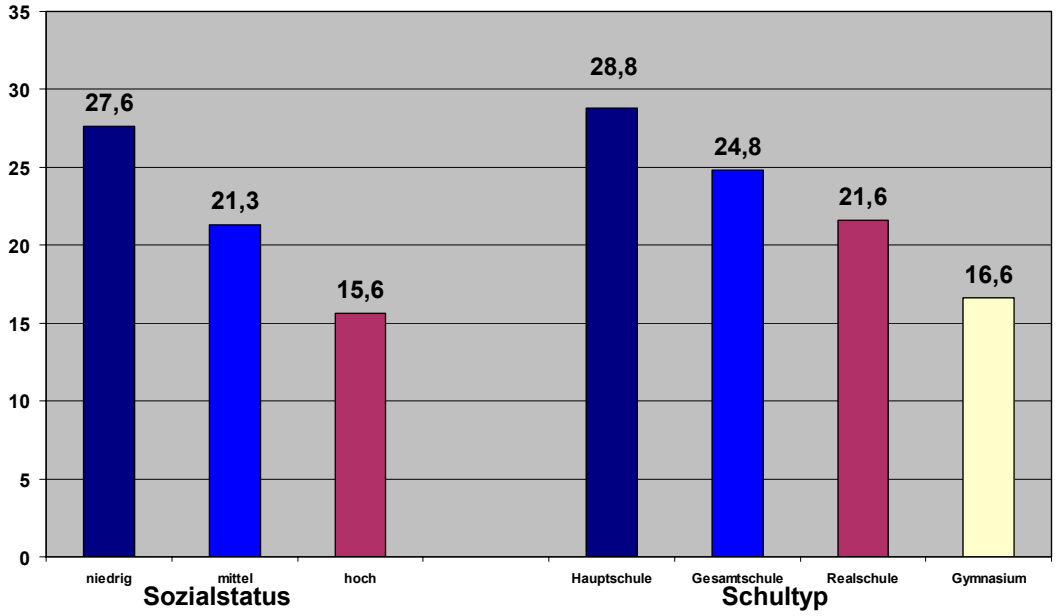
SCOFF-Auffällige haben häufiger emotionale Probleme und zeigen vermehrt psychische Auffälligkeiten als SCOFF-Unauffällige.

ROBERT KOCH INSTITUT

Essstörungen (SCOFF)

Häufigkeiten nach sozialem Status und Schultyp

%



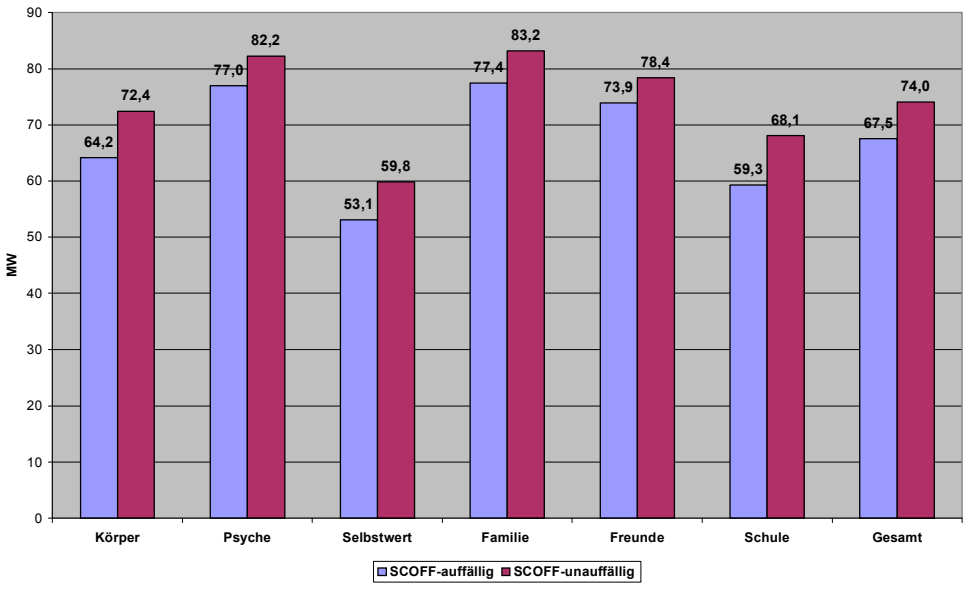
Der Anteil der SCOFF-Auffälligen ist in der niedrigen Sozialschicht und in der Hauptschule fast doppelt so hoch wie in der oberen Sozialschicht bzw. im Gymnasium.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Essstörungen (SCOFF)

und Lebensqualität (KINDL^R) im Selbstbericht



*** p<0.001

SCOFF-Auffällige zeigen in allen Bereichen der Lebensqualität mehr Einschränkungen als Nichtauffällige

KiGGS

Adipositas (BMI > P97)

ROBERT KOCH INSTITUT

Instrument:
Körpermesswerte: Körpergewicht und Körpergröße
Body-Mass-Index (BMI) = Gewicht in kg / Größe in m2

- Insgesamt 6,3% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind adipös, das sind ca. 800 000 der 1,9 Mill. übergewichtigen Kinder und Jugendlichen.
- Jungen und Mädchen sind mit 6,3% bzw. 6,4% gleichermaßen betroffen

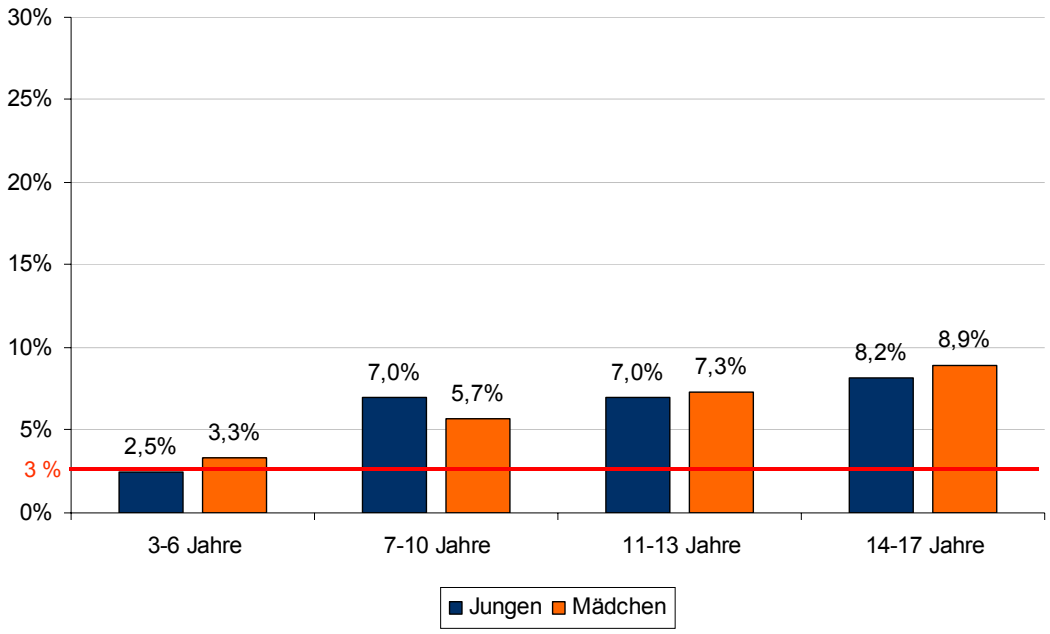
Zunahme gegenüber den Referenzdaten von 1985-1999 um 50%.

Kurth et al. 2007

KiGGS

Verbreitung von **Adipositas** nach Altersgruppen

ROBERT KOCH INSTITUT



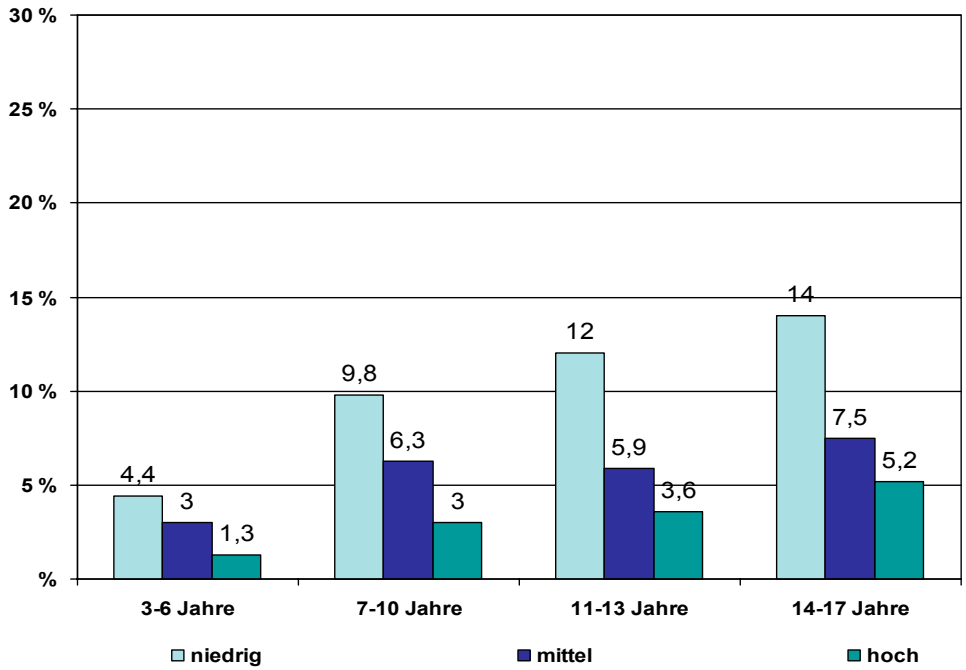
Kurth et al. 2007

Starker Anstieg im Grundschulalter, bei den Jungen besonders ausgeprägt.

KiGGS

Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus

ROBERT KOCH INSTITUT



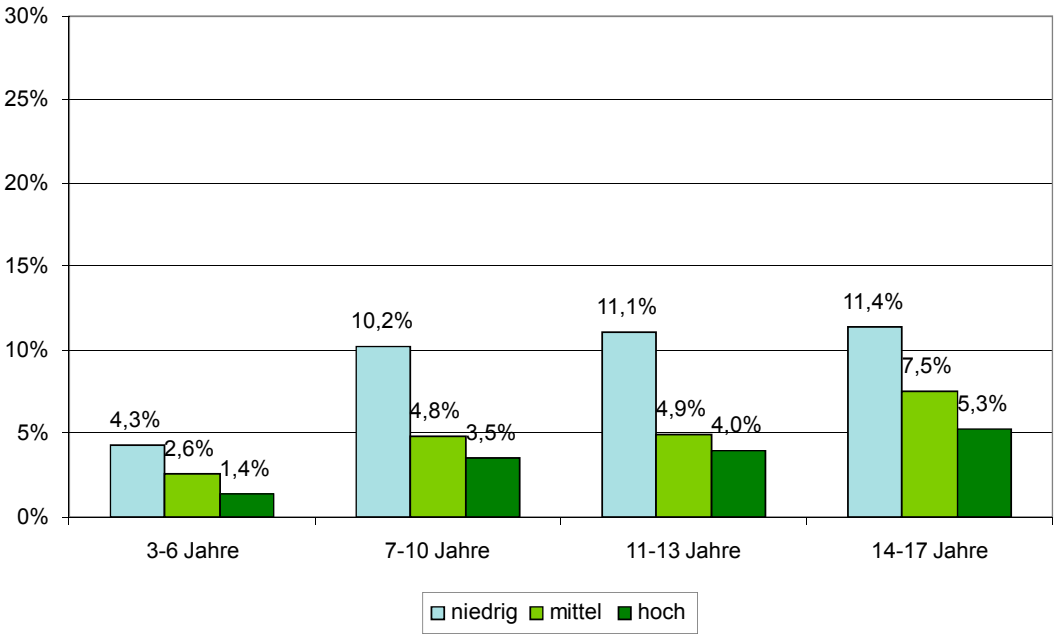
Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

Kurth et al. 2007

KiGGS

Häufigkeit von Adipositas nach Bildung der Mutter

ROBERT KOCH INSTITUT



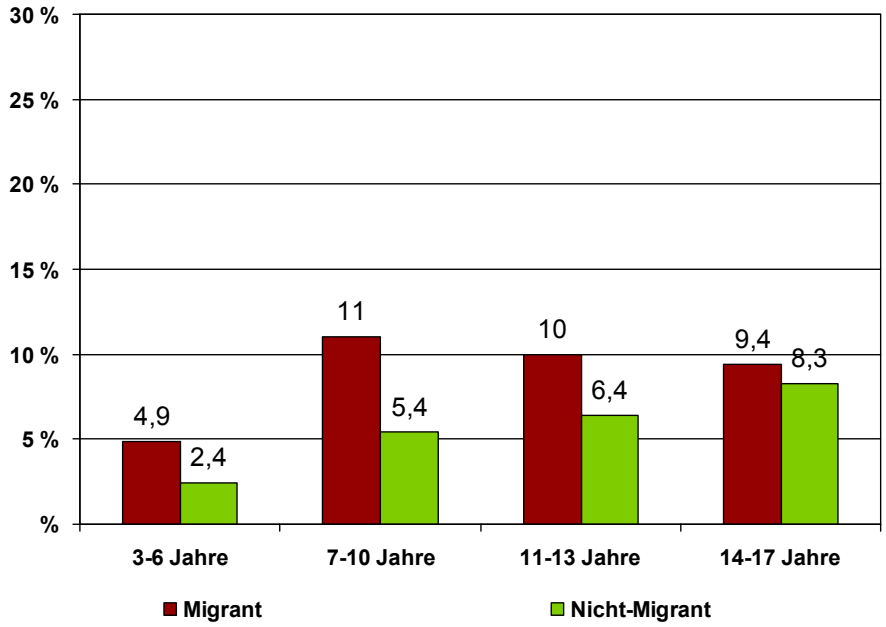
Kurth et al. 2007

Die Adipositasrate ist bei Kindern von Müttern mit geringer Bildung höher.

KiGGS

Häufigkeit von **Adipositas** nach Migrantenstatus

ROBERT KOCH INSTITUT



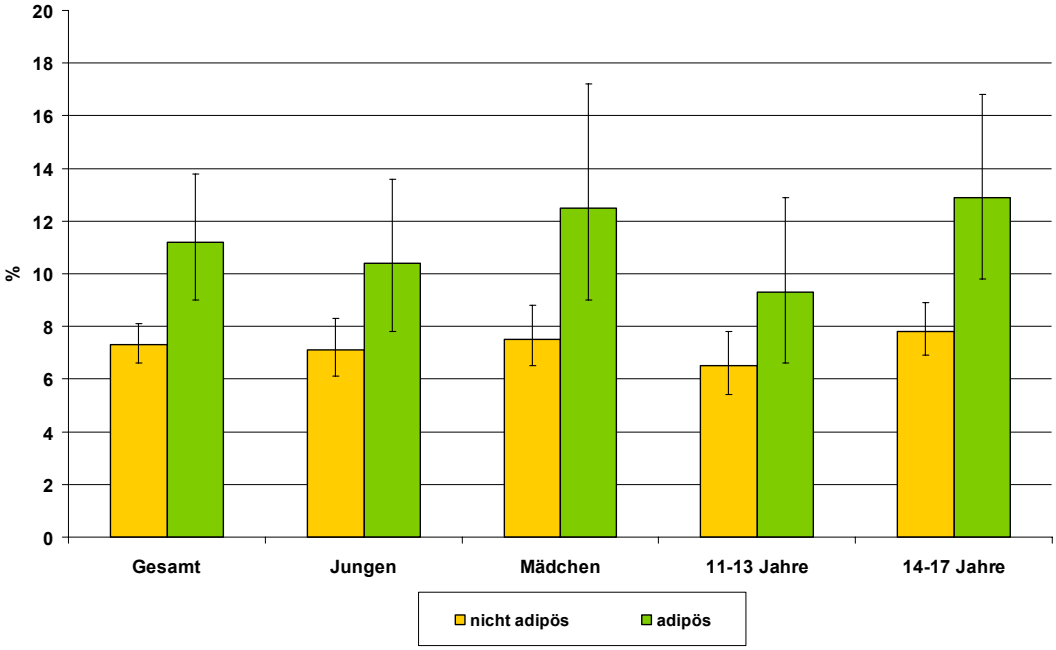
Bei Kindern aus Migrantenfamilien liegt die Adipositasrate höher.

Kurth et al. 2007

KiGGS

Adipositas **und** Psychische Auffälligkeit
(SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig/auffällig)

ROBERT KOCH INSTITUT

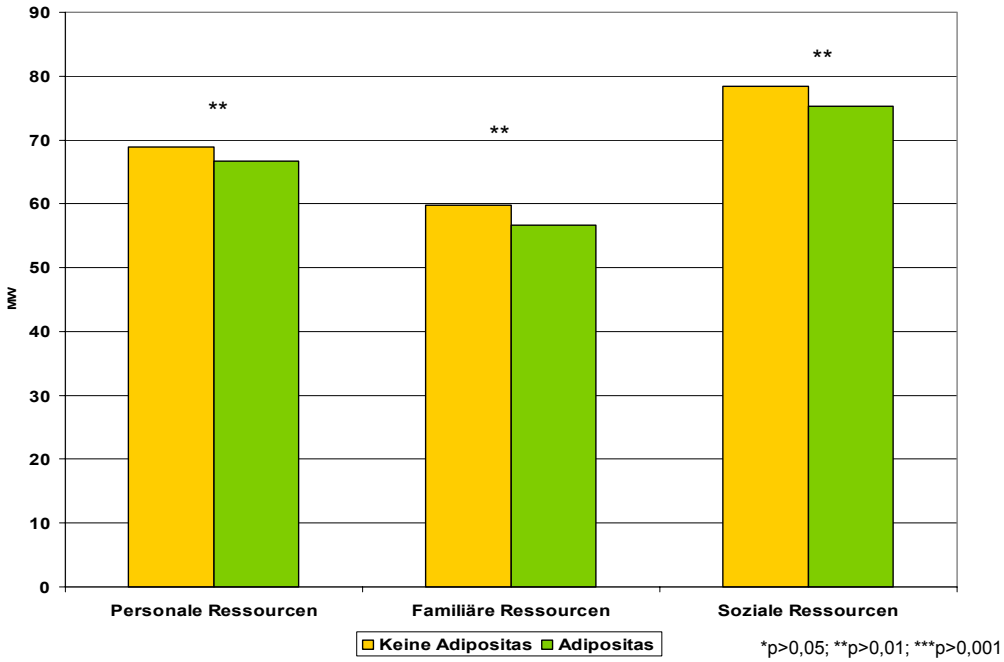


Signifikante höhere Auffälligkeitsraten insgesamt; insbesondere bei Mädchen und bei den 14-17-Jährigen.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Schutzfaktoren und Adipositas
Gesamt; Altersgruppe 11-17 Jahre



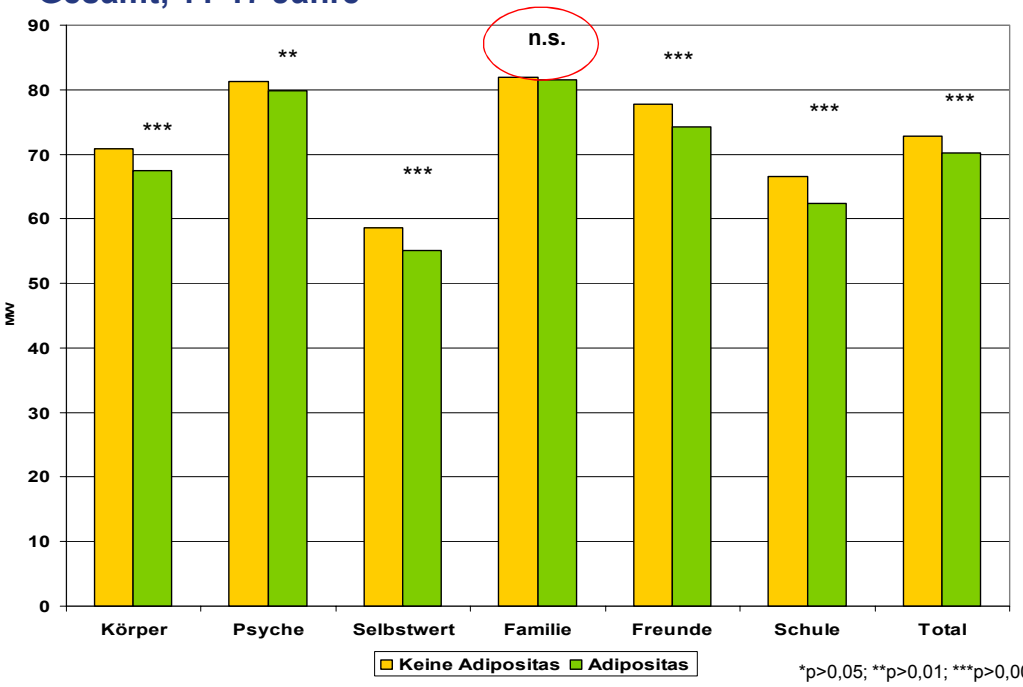
*p>0,05; **p>0,01; ***p>0,001

Signifikante Unterschiede zwischen Adipösen und Nicht-Adipösen in allen drei Ressourcenbereichen *(Gesamt)*.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Adipositas und Lebensqualität
Gesamt; 11-17 Jahre



*p>0,05; **p>0,01; ***p>0,001

Adipöse unterscheiden sich signifikant von Nicht-Adipösen in allen Dimensionen der Lebensqualität außer in der Dimension *Familie*.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

ADHS

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

ADHS-Diagnosen

ROBERT KOCH INSTITUT

Schlack et al. 2007

ADHS-Diagnose:

insgesamt 4,8%

Jungen: 7,9%
Mädchen: 1.8%

Vorschule (3-6 Jahre):	1,5%
Grundschule (7-10 Jahre) :	5,3%
Altersgruppe (11-13 Jahre):	7,1%
Altersgruppe (14-17 Jahre):	5,6%

Im Alter von 11-17 Jahren wurde bei jedem 10. Jungen aber nur bei jedem 43. Mädchen jemals ADHS diagnostiziert.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

ADHS-Diagnosen
nach sozialer Schicht (Winkler-Index) und Migrationshintergrund

ADHS-Diagnose in Abhängigkeit von der sozialen Schicht:

Untere soziale Schicht:	6,4%
Mittlere soziale Schicht:	5,0%
Obere soziale Schicht:	3,2%

Migrant:	3,1%
Nicht-Migrant:	5,2%

Schlack et al. 2007

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Ost/West und Stadt/Land.

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

ADHS-Verdachtsfälle (SDQ)

- Insgesamt 4,9% zusätzliche Verdachtsfälle
- Analoge Geschlechtsverteilung (m > w)
- Sozialschichtgradient auch bei den Verdachtsfällen
- Verhältnis Migranten/Nichtmigranten (5,9% vs. 4,8%) bei den Diagnosen reziprok. (zu selten erkannt?)

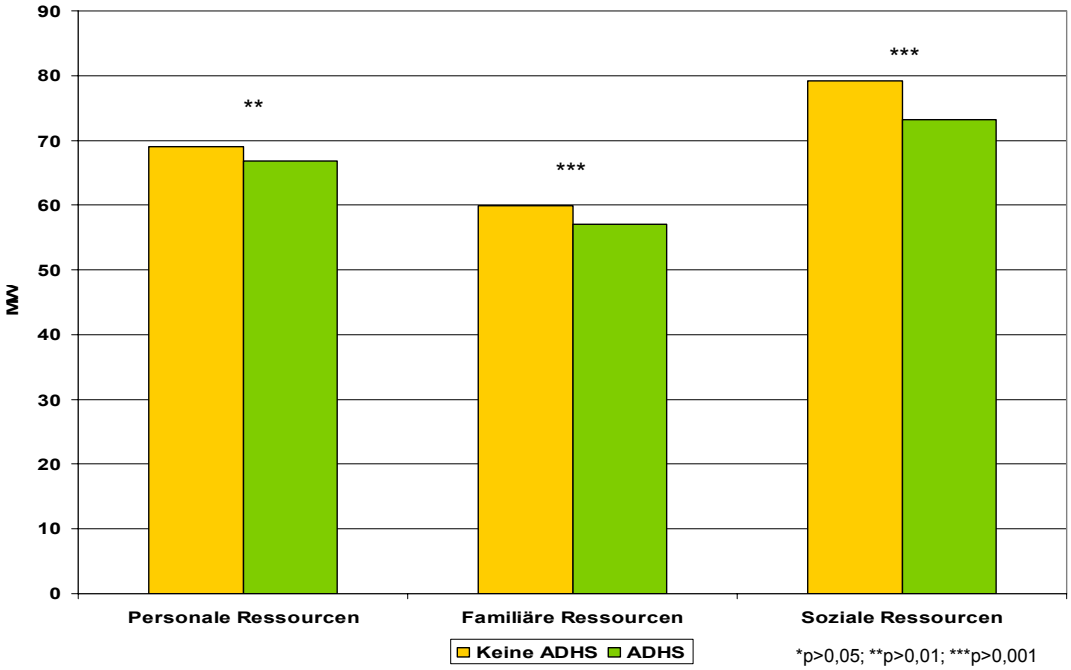
Schlack et al. 2007

KiGGS

Schutzfaktoren und ADHS **(Lebenszeitprävalenz Diagnose)**

ROBERT KOCH INSTITUT

Gesamt; 11-17 Jahre

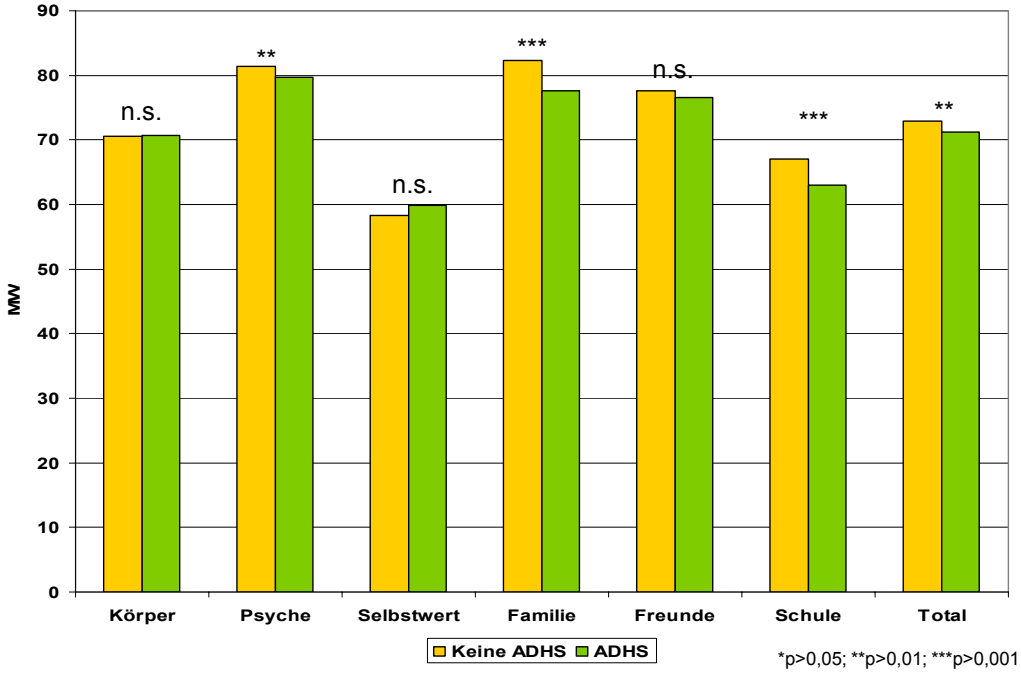


Signifikant niedrigere Ressourcen in allen drei Dimensionen; besonders soziale Ressourcen.

ADHS **(Lebenszeitprävalenz Diagnose)** und Lebensqualität

ROBERT KOCH INSTITUT

Gesamt; 11-17 Jahre



Beeinträchtigungen von ADHS-Kindern und Jugendlichen in den Bereichen Psyche, Familie, Schule.

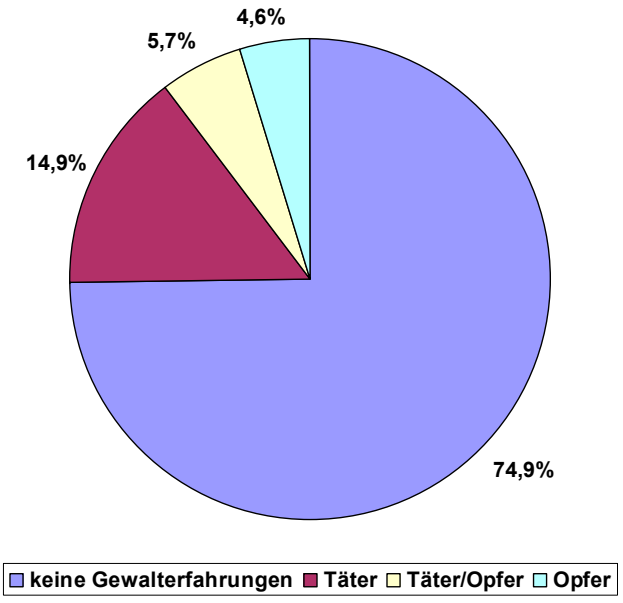
ROBERT KOCH INSTITUT

Gewalterfahrungen

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT

Ergebnisse
Gewalterfahrungen (12-Monats-Prävalenz)



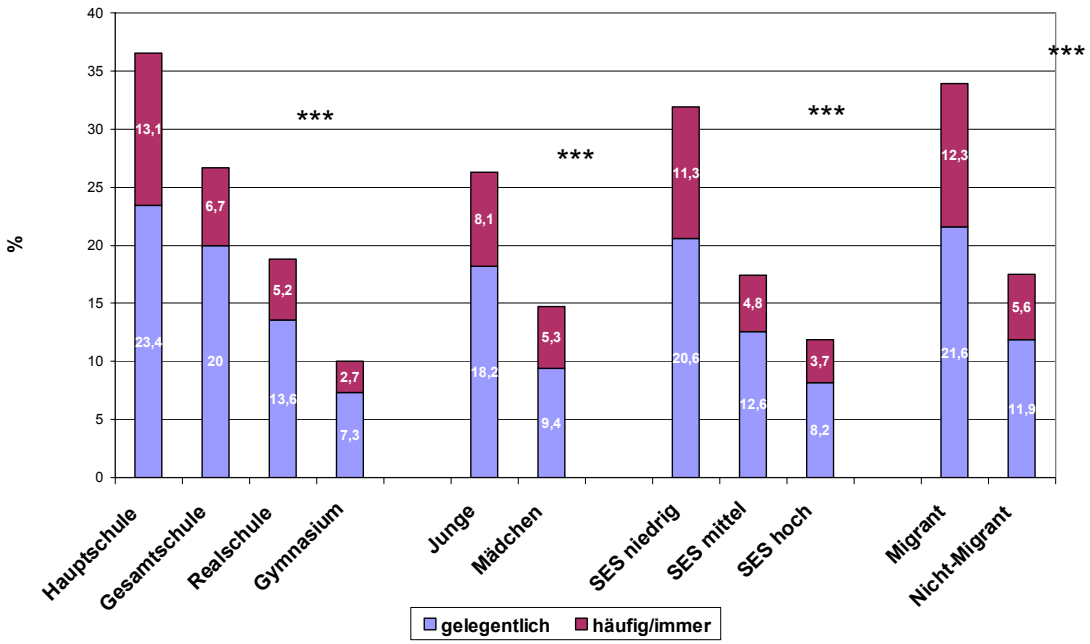
Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland war in den letzten 12 Monaten von Gewalterfahrungen betroffen.

Schlack et al. 2007

KiGGS

Einstellungen zu Gewalt: Befürwortung von Gewalt zur Erreichung eines Ziel (instrumentelle Gewalt)

ROBERT KOCH INSTITUT



Für Hauptschüler und Kinder aus der unteren Sozialschicht ebenso wie bei Migranten und Jungen ist die Anwendung von Gewalt am ehesten akzeptabel, um ein Ziel zu erreichen.

KiGGS

Sexuelle Belästigung

ROBERT KOCH INSTITUT

Von 6.813 Befragten beantworteten 6.685 (98,12%) den Fragebogenteil zu sexueller Belästigung und unfreiwilligen sexuellen Handlungen.

Bei den Mädchen zeigte sich ein Anstieg der sexuellen Belästigung in Abhängigkeit vom Alter und der sexuellen Reife.

Die Lebenszeitprävalenz stieg vom 11. bis zum 17. Lebensjahr von 1,8% auf 18% an. Bei den Jungen ergab sich keine entsprechende Zunahme, die Lebenszeitprävalenz schwankte zwischen 0,8% und 4,9%.

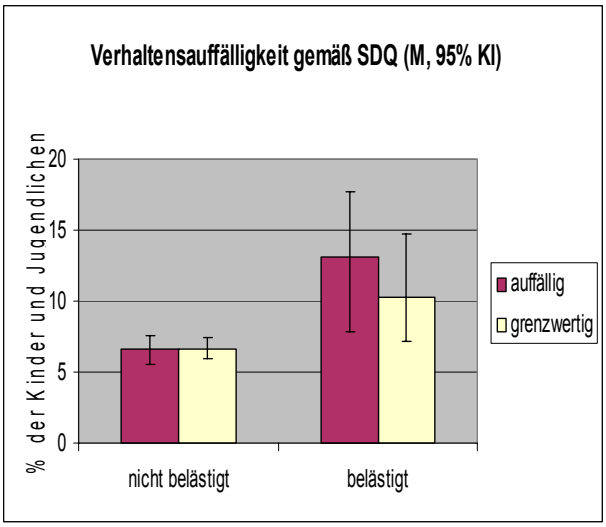
Förderschüler/innen waren häufiger sexueller Belästigung ausgesetzt (35,3%, 95% KI = 22,1% - 48,5%) als die Gesamtstichprobe (5,5%, 95% KI = 4,9% - 6,1%).

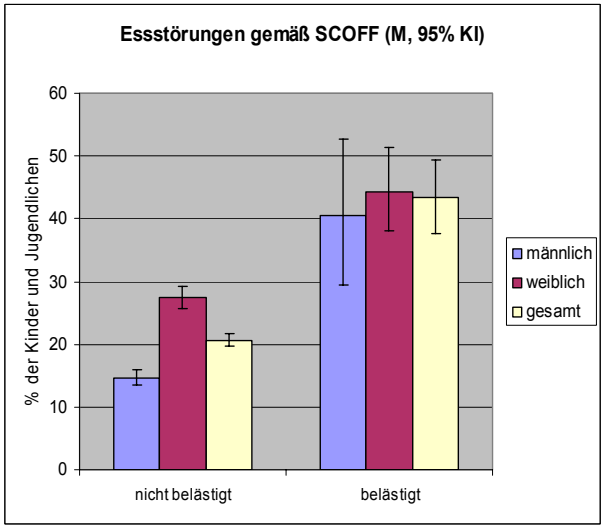
Sexuell belästigte Mädchen hatten, alterskontrolliert, ein erhöhtes Risiko mindestens wöchentlich Alkohol zu konsumieren (OR = 2,013; 95% KI = 1,491-2,717) und zu rauchen (OR = 3,443; 95% KI = 2,614 – 4,536). Bei den Jungen wurde ein Zusammenhang mit dem Rauchen gefunden (OR = 2,425; 95% KI = 1,402 – 4,195), jedoch nicht mit regelmäßigem Alkoholkonsum (OR = 0,999; 95% KI = 0,537 – 1,859).

KiGGS

Sexuelle Belästigung - Verhaltensauffälligkeiten und Essstörungen

ROBERT KOCH INSTITUT





Hapke et al. 2008

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Gesundheitsverhalten/ Gesundheitsbezogenes Risikoverhalten

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Impfquoten

ROBERT KOCH INSTITUT

- **Ergebnisse**

Mehr als 75% der Jugendlichen im Westen sind nicht vollständig gegen Pertussis grundimmunisiert.

30% aller Kinder im Vorschulalter fehlt die zweite Masernimpfdosis. Zweite Masernimpfdosen fehlen besonders häufig bei mittleren und jüngsten Kindern aus Mehrkindfamilien.

45% der 7- bis 10-Jährigen im Westen (Osten: 25%) haben noch keine Tetanus- und Diphtherieauffrischimpfung erhalten.

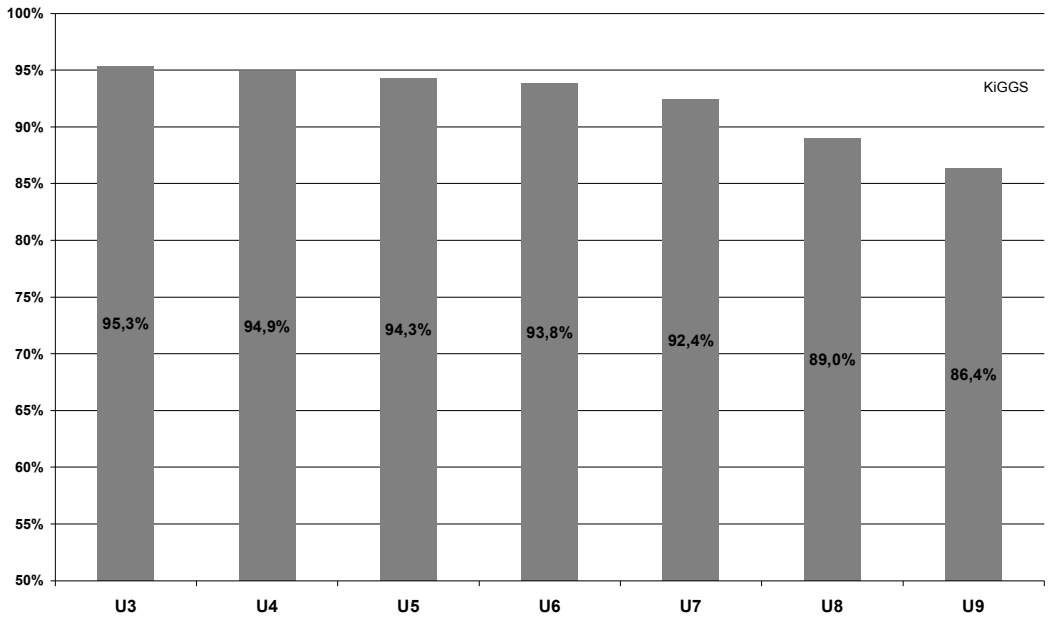
40% aller Jugendlichen haben keine vollständige Hepatitis-B-Immunisierung – die Durchimpfung ist bedeutend besser, wenn Jugendliche an der J1 teilgenommen haben.

10% aller 14- bis 17-jährigen Mädchen sind nicht gegen Röteln geimpft, 35% fehlt die 2. Impfdosis.

Poethko-Müller et al. 2007 KiGGS

Akzeptanz: Inanspruchnahme einzelner Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9)

ROBERT KOCH INSTITUT



Kamtsiuris et al. 2007

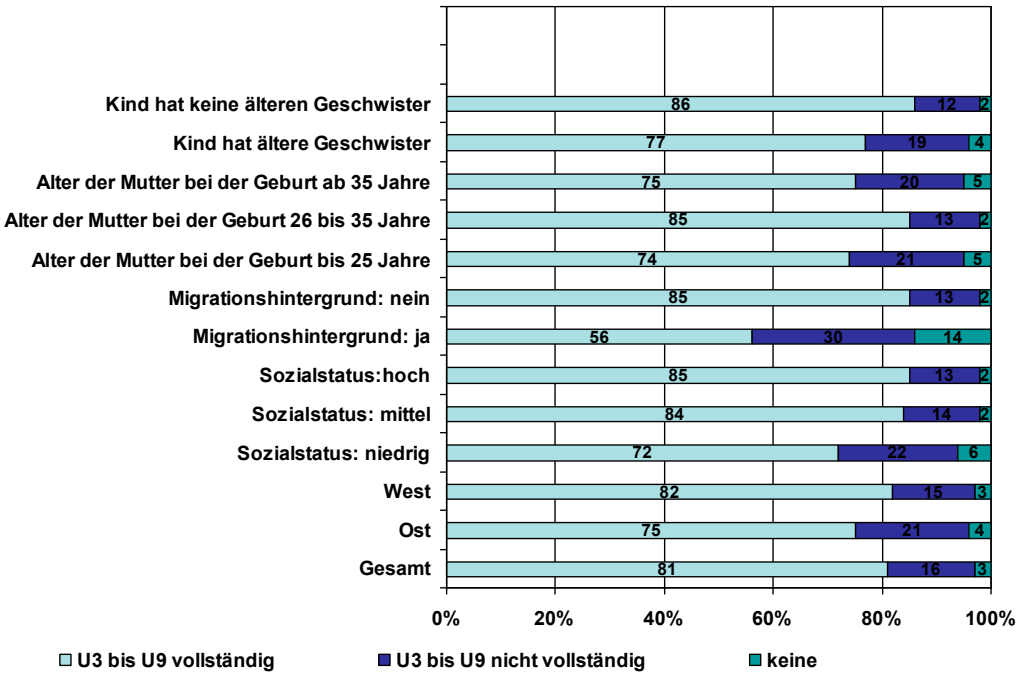
KiGGS

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

ROBERT KOCH INSTITUT

Inanspruchnahme von Früherkennungen (U3 bis U9) nach den Merkmalen: Ältere Geschwister, Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes, Migrationshintergrund, Sozialstatus und Ost

Kamtsiuris et al. 2007

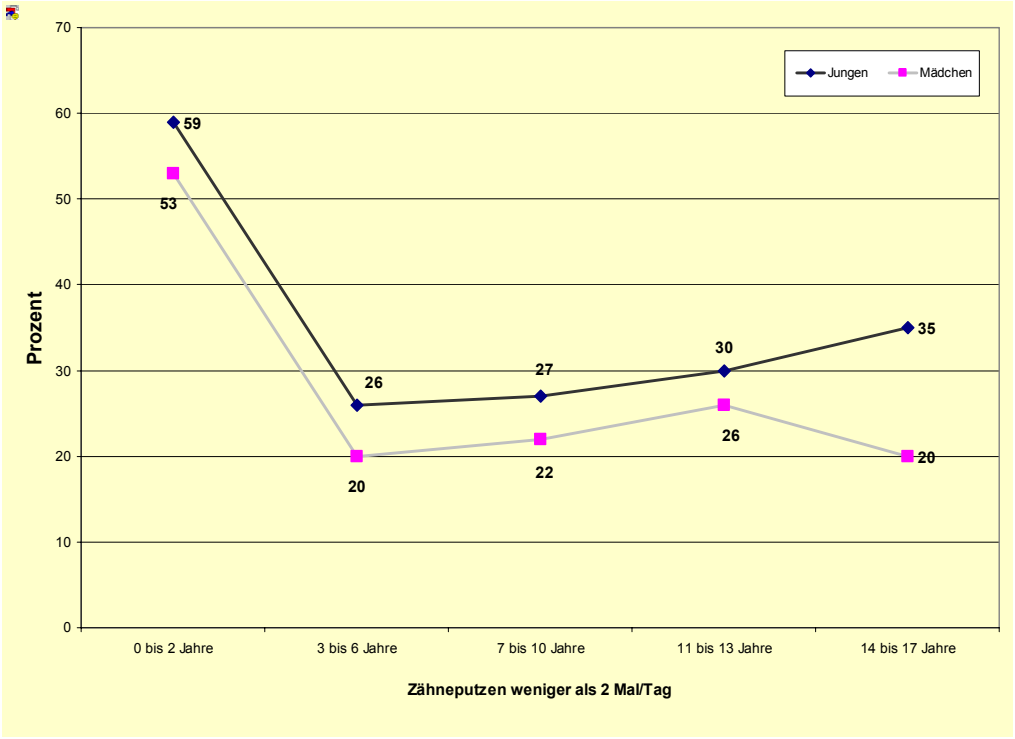


Unvollständige Teilnahme an U-Untersuchungen ist assoziiert mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund, Vorhandensein von Geschwistern, Alter der Mutter und Wohnregion Ost.

KiGGS

Zahnpflegeverhalten
nach Geschlecht und Altersverlauf

ROBERT KOCH INSTITUT

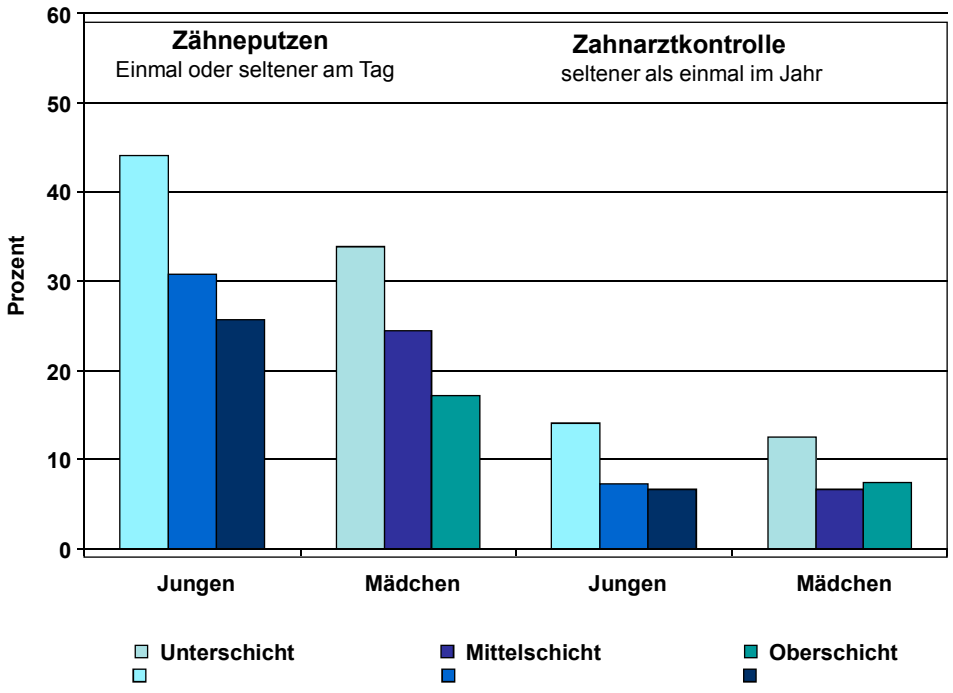


Schenk et al, 2007

KiGGS

Mundhygiene von unter 18-Jährigen nach Schichtzugehörigkeit **(Elternangabe)**

ROBERT KOCH INSTITUT

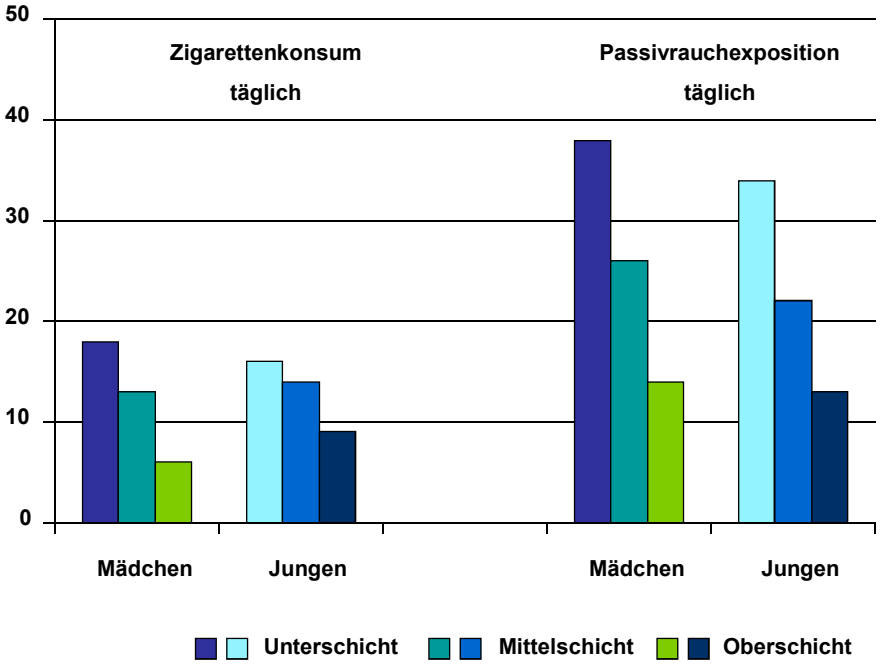


Knopf et al. 2007

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Rauchen und Passivrauchexposition bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht und SES



Lampert et al. 2007

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Ausblick und Schlussfolgerungen

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT

Thesen

Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben geringere Gesundheitschancen als die Gleichaltrigen aus sozial besser gestellten Familien

Personale, familiäre und soziale Ressourcen stellen Schutzfaktoren für die Gesundheit dar und können den aus einer benachteiligten Lebenslage resultierenden Belastungen und Risiken entgegenwirken

KiGGS

Schlussfolgerungen

ROBERT KOCH INSTITUT

- Elternkompetenz stärken, d.h. Eltern in ihrer natürlichen Kompetenz im Umgang mit ihren Kindern unterstützen
- Niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Eltern aus sog. bildungsfernen Schichten
- Umwandlung von **"Komm"- in "Geh"-Strukturen**
  Ärzte, Mitarbeiter von psychologischen Diensten, Vertreter der Krankenkassen gehen in die Kindereinrichtungen, Schulen und auf die Eltern zu
- Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern, Mitarbeiter des Jugendamts und der Jugendhilfe wie Verfahrenspfleger etc. mit dem Schwerpunkt neben der theoretischen Wissensvermittlung vor allem den praktischen Bezug herzustellen.
- Qualitätsverbesserung der pädagogischen Arbeit durch die Erarbeitung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Personale, soziale und familiäre Schutzfaktoren entwickeln und fördern (Förderprogramme in Gemeinschaftseinrichtungen, Aufbau und/ oder Stärkung von Selbstbewusstsein, Mut, Optimismus, Selbstwertgefühl

KiGGS

Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern
(nach T. Berry Brazelton, Stanley I. Greenspan, 2002)

ROBERT KOCH INSTITUT

1. **Beständige liebevolle Beziehungen**
2. **Körperliche Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation**
3. **Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind**
4. **Entwicklungsgerechte Erfahrungen**
5. **Grenzen und Strukturen**
6. **Stabile, unterstützende Gemeinschaften und kulturelle Kontinuität**
7. **Eine sichere Zukunft**

KiGGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Heike Hölling
Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
HoellingH@rki.de
Phon: 01888/754-3223 oder 3749

KiGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Impulse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Dr. Tomas Steffens

Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation

04.11.2010 Berlin

1

Politische und fachliche Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation

- **UN-Behindertenrechtskonvention - Inklusion als Aufgabe**
- **9 Jahre SGB IX: ein erfolgreicher Weg zu Koordination, Kooperation und Konvergenz ? Notwendigkeit einer kritischen Bilanz**
- **Stärkung der medizinischen Rehabilitation durch die letzte Gesundheitsreform (GKV-WSG): u.a. medizinische Reha als „Pflichtleistung“ im SGB V - Umsetzung erfolgreich, wo muss nachjustiert werden?**
- **Notwendigkeit der politischen, sozialrechtlichen, aber auch konzeptionell-fachlichen Bearbeitung zahlreicher Probleme , die eigentümlichen Beharrungskräften geschuldet sind**

Politische und fachliche Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation

- Zugehen auf und Öffnen für rehabedürftige Personen sowie Sensibilisierung für unterversorgte Personengruppen
- Vielfältige Zugangshürden abbauen (rechtlich, mental, versorgungsstrukturell)
- am individuellen Rehabedarf orientierte flexible Programme und Angebotsstrukturen
- Teilhabe-, Lebenswelt - und Sozialraumorientierung
- Nachhaltigkeit sichern
- Kooperation mit der Selbsthilfe stärken
- Trägerübergreifende Vernetzung
- Entwicklung der Rehabilitation zur Teilhabewissenschaft

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

3

Politische und fachliche Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation

- Durchgehend rehabilitative Orientierung in der Medizin, der Pflege, der schulischen und pädagogischen Förderung, der Arbeitsförderung und der Sozialhilfe v.a. der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe.
- Verstärkte Berücksichtigung von Inklusion und Teilhabe fördernden strukturellen Voraussetzungen in öffentlichen und privaten Räumen: Verhältnisrehabilitation durch umfassende Barrierefreiheit und allseitige Bereitschaft zu inklusionsförderndem Verhalten
- Politische und praktische Einlösung von übergreifender Strukturverantwortung in der Rehabilitation
- Politisch zu wollende Sicherung der ökonomischen Rahmenbedingungen

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Auch für die Kinder- und Jugendrehabilitation von relevante sozialethische Diskurse und Bestimmungen

- **Inklusion durch Anerkennung (Axel Honneth)**
- **Verwirklichungschancen (Capability Approach, Amartya Sen, Martha Nussbaum)**
- **Ökonomie für den Menschen – Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft (Amartya Sen)**
- **„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981)**

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

5

Kinder- und Jugendrehabilitation als Baustein einer Gesundheit und Teilhabe fördernden Politik

- **Fast alle genannte n Punkte sind auch Herausforderung für die Kinder- und Jugendrehabilitation**
- **Kindergesundheit als das Ergebnis zahlreicher sozialer Faktoren, Politik für Kindergesundheit ist Teilhabepolitik :**
  - **Armutsbekämpfung**
  - **Schaffung gleicher Bildungschancen,**
  - **Flachendeckende Verankerung „früher Hilfen“**
  - **Primärprävention**
- **Herausforderung gesundheitliche Ungleichheit (KIGGS-Studie)**
- **Kinderrehabilitation als unverzichtbares Element zur Teilhabesicherung**
- **Fachpolitischer Impuls durch den 13. Kinder- und Jugendbericht (Ressourcenstärkung, Befähigung, Teilhabe und Vernetzung)**

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitation – Bedarfsorientierung

Bedarfe:

- **Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene mit chronisch Krankheiten oder Chronifizierungsrisiko**
- **Oftmals Bündelung zahlreicher körperlicher, psychischer und sozialer Problemlagen**
- **Im Fall stationärer Kinderreha: Distanz zum häuslichen Alltag**
- **Medizinische Diagnostik im Kontext lebenspraktischer Teilhabe, Förderfaktoren und Barrieren**
- **Erfassung teilhaberelevanter Beeinträchtigungen und Suche nach Bewältigungsstrategien**
- **Klärung des Beitrages medizinischer, psychologischer, sozialer und ökonomischer Handlungsbedarfe**
- **Benennung von Elementen eines Hilfeplanes**

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

7

Kinder- und Jugendrehabilitation – Bedarfsorientierung

Vermutete Unterversorgung:

- **Pflegebedürftige Kinder (z.B. im Rahmen neurologischer Erkrankungen)**
- **Kinder nach Schädel-Hirntrauma auch geringeren Schweregrades mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen**
- **behinderte Kinder und Jugendliche ggf. mit Bezugsperson**
  - **Insbesondere als Intensivrehabilitation mit hochfrequenter Behandlung einschl. polypragmatischer Herangehensweise**
  - **Insbesondere zur umfassenden Behandlung verbunden mit Klärung des Behandlungs- und Hilfebedarfes einschl. Hilfsmitteln und Informatuion/Schulung der Bezugspersonen**
- **Kinder mit Migrationshintergrund**
- **Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderungen nach Ende der allg. Schulpflicht im Übergang zur definitiven beruflichen und sozialen Eingliederung**
- **Psychisch kranke Kinder und Jugendliche**

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitation als Teilhabesicherung

- **Teilhabeorientierung der Kinder- und Jugendrehabilitation – statt biomedizinischer Fixierung**
- **Ziel: ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung und selbstbestimmte Teilhabe (§ 4 SGB IX)**
- **Chancen der ICF nutzen – gemeinsame Anstrengungen zur Umsetzung der Kinder-ICF (ICF-CY) notwendig – Vorschlag eines Forschungsprojekts zu Umsetzungsmöglichkeiten**
- **Frühzeitige Bedarfserkennung als gesetzliche Verpflichtung der Reha-Träger**
- **Sensibilität gegenüber Anhaltspunkten für Rehabilitation (Gem. Empfehlung auf BAR-Ebene)**
- **Einladung an die Reha-Träger, Bilanz zu ziehen, wie der präventive Auftrag der frühzeitigen Bedarfserkennung besser realisiert werden kann**
- **Regional- und sozialraumbezogene Angebote und solche für unterversorgte Gruppen entwickeln**

Kinder- und Jugendrehabilitation – Leistungen sichern und Zugangshürden abbauen

- **Gemeinsame Zuständigkeit von Renten- und Krankversicherung, Kinder- und Jugendreha als „Pflichtleistung“ im SGB VI**
- **Rechtlichen Ausdruck des sequentiellen Krankheitsmodells reformieren: Relativierung der Nachrangigkeit von med. Rehabilitation im § 40 SGB V**
- **Gemeinsames Verfahren zur Einleitung der Leistung notwendig**
- **Reha-Richtlinien des GBA als Nadelöhr: Zweistufigkeit des Verfahrens – auch vor dem Hintergrund des § 14 SGB IX - nicht haltbar**
- **Verordnungsberechtigung aller Kinderärzte gewährleisten**
- **Auf die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen abgestimmtes ICF-basierte Verordnungsformular schaffen**
- **Zuständigkeitserklärung nach § 14 SGB IX einhalten**
- **Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) sichern – auch zur Sicherung des Reha-Erfolgs**

Kinder- und Jugendrehabilitation – Teilhabemanagement, Vernetzung und Nachsorge

- Versorgungs- bzw. Teilhabemanagement gewährleisten vs. Insellösungen
- Kritische Auswertung von Schnittstellen zwischen SGB V, VI, VIII und IX notwendig, um klare Verfahrensregelungen zu bestimmen
- Vorschlag: Rahmenvereinbarung zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringerverbänden, inkl. BAGFW-Verbänden zur Weiterentwicklung der Nachsorge (in Umsetzung von § 26 Abs. 3 SGB IX)
- Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe besser vernetzen: durch eine „große Lösung“ bekommt die Kinder- und Jugendhilfe als Reha-Träger
- Kinderreha braucht Netzwerke für Kindergesundheit – Vorschlag an die Reha-Träger: gemeinsame Strategieentwicklung unter Einbeziehung der Selbsthilfe

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

11

Kinder- und Jugendrehabilitation – Wirtschaftlichkeit und Steuerung

- Kinder-und Jugendrehabilitation als Zukunftsinvestition: Lebenschancen, Vermeidung des Bezugs von Sozialleistungen, Teilhabe am Erwerbsleben
- Reha-Träger haben Sicherstellungsauftrag (§ 19 SGB IX) zu gewährleisten, vgl. auch BRK Art 26.
- Politisch verantwortete Entscheidung zur Sicherung der kinderrehabilitativen Infrastruktur notwendig
- Hochgradig verzerrter Wettbewerb in der gesamten medizinischen Rehabilitation
- Neue Balance zwischen Wettbewerb und Kooperation notwendig: Rahmenvertragsrecht und fairer Wettbewerb – auch um faire Grundsätze der Vergütung in Rahmenvereinbarungen zu schaffen
- Verpflichtung der Reha-Träger, tarifliche Regelungen bei den Vergütungssätzen anzuerkennen
- Keine Budgetierung der Kinder- und Jugendreha in der RV, Aufhebung der Bindung der Ausgaben für med. Reha an die Grundlohnsumme

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitation – Qualität

- **Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement mit Zertifizierung und gemeinsame QS-Strategie von Renten- und Krankenversicherung ist zu begrüßen**
- **Gleichberechtigte Teilnahme der Leistungserbringerverbände an Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen notwendig**
- **Qualitätsstandards dürfen nicht der Nivellierung der vielgestaltigen Reha-Landschaft dienen**
- **Qualitätssicherung muss wesentlich der Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes und der Durchführung dienen: Keine Surrogatparameter!**

Kinder- und Jugendrehabilitation – Reha-Forschung

Vertiefung der Forschung insbesondere zu folgenden Themen:

- **Frühzeitige Bedarfserkennung**
- **Spezifische Bedarfslagen**
- **Zugang (Zuweisungswege, Motive, Erwartungen)**
- **Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionsformen bei verschiedenen Rehabilitandengruppen**
- **Begleitung der Umsetzung der ICF**
- **Sozialraumbezug und**
- **Nachsorge**

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Dr. Tomas Steffens

Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation

04.11.2010 Berlin

info@dvfr.de sowie www.dvfr.de

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Trägerübergreifende Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Dr. Robert Bering

Dr. **Albers**, Gesundheitsamt Kreis Mettmann
PD Dr. **Bering**, Vorsitzender des Arbeitsausschusses, Alexianer-Krankenhaus, Krefeld
Frau Clahsen, DR-R, Düsseldorf
Univ.-Prof. Dr. **Lehmkuhl**, Universität zu Köln
Herr **Gasche**, AHG Gesundheitszentrum, Düsseldorf
Dr. **Fuchs**, Düsseldorf
Herr Hammer, Bundesverband RPK, Stuttgart
Frau Hofmann-Artus, Berufsförderungswerk, Köln
Herr Jansen, Kölner Verein für Rehabilitation, Köln
Frau Lorre`-Krupp, Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Düsseldorf
Herr Dr. **Mayer**, Klinik Hochried, Murnau
PD Dr. **Kölch**, Universität Ulm
Herr Georges **Krug**, Landschaftsverband Rheinland
Ulrich **Theißen**, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf
Dr. **van Treeck**, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Köln
Siegfried **Wurm**, AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Themen des AA „psychische Behinderung“ der DVfR

Ergänzung der Integrierten Versorgung um trägerübergreifende Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (http://www.dvfr.de/nc/stellungnahmen)

Trägerübergreifende Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen.

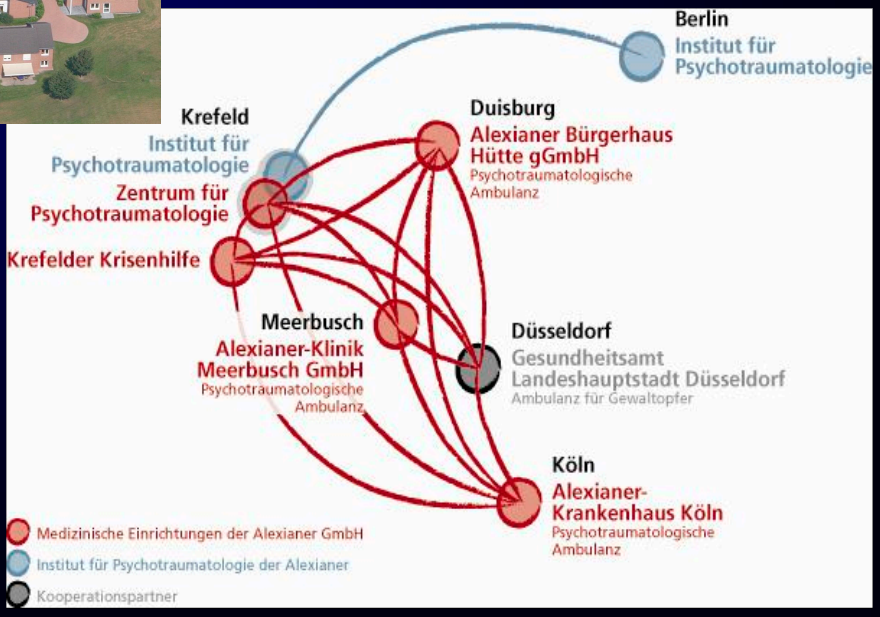
Implementierung der ICF bei psychischen Störungen

Berufbegleitende Rehabilitation von psychischen Störungen

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Zentrum für Psychotraumatologie
Akutstation, Rehabilitation amblantes Versorgungsnetzwerk



SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Ausschuss psychische Behinderungen der DVfR
Ausgangslage
Brückenschlag
Leistungsoptimierung
Schlussfolgerung

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

These

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Störungen benötigen Versorgungsstrukturen, die über Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und die Teilhabeleistungen der Jugendhilfe und anderer Rehabilitationsträger einbeziehen.

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Fallbeispiel 1

Einige Monate nach dem Wechsel auf die weiterführende Schule zieht sich ein 11-jähriges Mädchen zunehmend zurück und vernachlässigt ihre bisherigen sozialen Kontakte, die schulischen Leistungen lassen deutlich nach. Sie entwickelt einen ausgeprägten Waschzwang, den sie aber nur im Verborgenen ausübt. Nachdem sich auch nach einer längeren Eingewöhnungsphase und mehreren Gesprächen der Eltern mit der Klassenlehrerin nichts ändert, wird eine Vorstellung beim Schulpsychologischen Dienst veranlasst. Den Eltern wird geraten, sie bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzustellen.

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Fallbeispiel 2

Bereits in der Kindertagesstätte fällt ein 4-jähriger Junge durch aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern und Missachtung der von den Erzieherinnen gesetzten Grenzen auf. Der Mutter wird geraten, sich an die Erziehungsberatungsstelle zu wenden. Darauf meldet diese ihr Kind bei einer anderen Einrichtung an. Hier zeigt sich das gleiche Problem. In der Grundschule kommt es zu erheblichen Problemen, in der dritten Klasse wird er beim Schulpsychologischen Dienst vorgestellt und das Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet. In der 7. Klasse wird wegen anhaltenden Fehlens eine Vorführung durch das Ordnungsamt veranlasst, aber ohne nachhaltige Wirkung. Nach einem heftigen Streit zieht er bei seiner Mutter aus und wohnt für einige Jahre bei Freunden und Bekannten, bis er dort nicht mehr beherbergt wird. Mit Hilfe der Wohnungslosenhilfe stellt er schließlich einen Antrag auf SGB II Leistungen und wird im Alter von 21 Jahren auf Erwerbsfähigkeit untersucht. Hier wird erstmals eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, rückblickend wird eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung verbunden mit einer Störung des Sozialverhaltens angenommen.

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Epidemiologie

Nach den neuesten repräsentativen epidemiologischen Erhebungen in Deutschland durch das Robert-Koch-Institut (KIGGS-Survey; **www.kiggs.de**) leiden ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung; weitere 22 % leiden unter psychischen Auffälligkeiten.

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Sozialrechtlichen Grundlagen

Zur Realisierung des Rechts auf Teilhabe besteht im deutschen Sozialrecht mit dem SGB IX für das gegliederte Sozialleistungssystem ein für alle Rehabilitationsträger einheitlicher und gemeinsamer Rahmen, der sich hinsichtlich der Definition des Teilhabebegriffs an der ICF orientiert.

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

§ 35a des SGB VIII

- Gemäß § 35a des SGB VIII haben KJjE und solche, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, einen Anspruch auf Eingliederungshilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII werden abgegrenzt von den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für KJjE, bei denen z.B. zur psychischen Störung eine geistige und/ oder eine körperliche Behinderung hinzutritt.
- Seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 umfassen die Leistungen der Eingliederungshilfe sowohl im Rahmen der Sozialhilfe, wie auch der Jugendhilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zum Einen die Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX und zum Anderen für KJjE insbesondere die in § 54 Abs. 1 Nr. 1 – 5 SGB XII genannten Leistungen.
- Nach § 53 Abs. 4 SGB XII gelten für die im Rahmen der Eingliederungshilfe zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe nach §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX die Vorschriften des Neunten Sozialgesetzbuches, insbesondere die Teilhabeziele (§§1, 4 SGB IX), die zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX), die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX), aber auch die Teile des Leistungserbringungsrechts, für die in den Sozialgesetzbüchern VIII und XII keine abweichenden Regelungen enthalten sind (insbesondere §§ 17, 19 SGB IX).
- Jungen Volljährigen sind über die Eingliederungshilfe des SGB XII hinaus Hilfen für die Persönlichkeitsentwicklung nach § 41 SGB VIII zu gewähren.

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

UN-Behindertenrechtskonvention oder BRK

- Am 24.2.2009 ist in Deutschland das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ in Kraft getreten.
- Die UN-BRK verpflichtet dazu, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung auf Grund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern.

DR SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Erfassung von Teilhabestörungen

- § 10 SGB IX schreibt für die Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation vor, dass der individuelle Leistungsbedarf „funktionsbezogen“, d.h., orientiert an der ICF festzustellen sei.
- Dies gilt nach § 27 SGB IX nicht nur für Leistungen zur Rehabilitation der Krankenversicherung, sondern auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

DR SEIT 1909

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Auswahl Psychometrischer Instrumente zur Messung der vorgestellten Items

Method	Age range	Functionality	PTSD Symptoms
Child PTSD Symptom Scale	8-15		x
Trauma Symptom Checklist for Children			x
Trauma Symptom Checklist for Young Children			
PTSD for Preschool-Age Children			x
Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview			x
Observational Record for Infants and Young Children			
DIPA	1,5 -7	x	x
PEDA		x	
Child Behavior Checklist (CBCL) parent version	2-16	x	
Parent report of PTSD Symptoms (PROPS)	7-17	x	x
Child Report of PTSD Symptoms (CROPS)	7-17	x	x
Children’s Impact of Events Scale	8-18		x

SEIT 1909

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Ausschuss psychische Behinderungen der DVfR
Ausgangslage
Brückenschlag
Leistungsoptimierung
Schlussfolgerung

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Besondere Situation der KJjE

(1) den Übergang von Jugendhilfe zum Hilfesystem bei Erwachsenen,

(2) die Störungsspezifität bei psychischen Beeinträchtigungen im Kinder und Jugendalter,

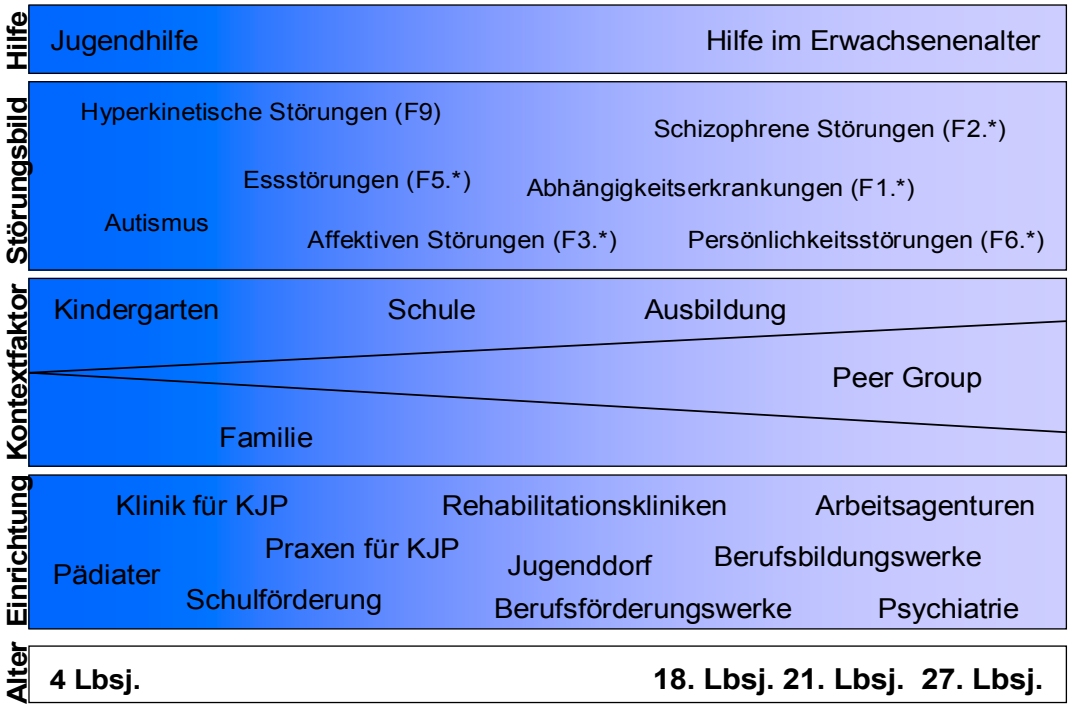
(3) die speziellen Kontextfaktoren Schule, Familie und Peer-groups sowie

(4) die verschiedenen Einrichtungen, die an der Behandlung und Rehabilitation von KJjE beteiligt sind.

SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Schnittstellen bei der Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen



SEIT 1909

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Ausschuss psychische Behinderungen der DVfR
Ausgangslage
Brückenschlag
Leistungsoptimierung
Schlussfolgerung

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Fallkonstellation 1

Begründet die psychische Störung des KJjE bereits Leistungen nach dem SGB V, ist in der Regel der behandelnde Vertragsarzt/ Krankenhausarzt derjenige, der den gesamten Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) seines Patienten erfasst und den Anstoß für einen rehabilitationsträgerübergreifenden Teilhabebedarf geben kann.

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Fallkonstellation II

Treten bei einem Kind/Jugendlichen Auffälligkeiten auf, die aber durch eine medizinische Diagnose (noch) nicht bestätigt sind, können nach § 3 der Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX Teilhabeleistungen durch unterschiedliche Personengruppen unter Berücksichtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen angeregt werden. Zu diesen Personengruppen gehören Ärzte und Angehörige von anderen Gesundheitsberufen, Beratungsstellen oder sonstige Institutionen. Wenn sie eine (drohende) Behinderung wahrnehmen sind nichtärztliche Angehörige von Gesundheitsberufen zudem nach § 61 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote durch Ärzte und Beratungsstellen für Rehabilitation hinzuweisen.

DR SEIT 1909

Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Wie kommt es im Antragsverfahren nach § 35a SGB VIII zu einer Entscheidung?

Die Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe und Antragstellung erfolgt, wenn der beeinträchtigte Jugendliche noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet hat und psychische Störungen vorliegen.

Neben der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kann die Jugendhilfe auch

- für die medizinische Rehabilitation,
- für heilpädagogische Anwendungen etc. und
- für Leistungen Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sein.

DR SEIT 1909

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Ausschuss psychische Behinderungen der DVfR
Ausgangslage
Brückenschlag
Leistungsoptimierung
Schlussfolgerung

SEIT 1909

**Arbeitsausschuss „psychische Behinderung“
der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation**

Schlussfolgerung

Betroffenen und ihren Angehörigen beklagten Probleme der Versorgung von KJjE können bei konsequenter Anwendung des geltenden Rehabilitations- und Teilhaberechts eingedämmt werden.

Da der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern mit dem Leistungserbringungsrecht des SGB IX die gemeinsame Verantwortung sowohl für die Gestaltung der Versorgungsinhalte, der Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und das Rehabilitationsverfahren zugeordnet hat, sind insbesondere sie berufen, ihren Pflichten zur Koordination und Kooperation, aber auch zur Herstellung der Konvergenz der Leistungen nachzukommen.

Diese Pflichten werden insbesondere durch die von der Bundesrepublik Deutschland mit den Artikeln 19, 26 der UN-Behindertenkonvention eingegangenen Pflichten gerade für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen ausdrücklich unterstrichen.

SEIT 1909

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Die künftige Bedeutung der ICF für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Dr. Stefan Berghem
OSTSEESTRAND-KLINIK KLAUS STÖRTEBEKER
Seebad Kölpinsee / Usedom

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Prognosen sind schwierig,

besonders wenn sie die Zukunft betreffen.

zugeschrieben: Karl Valentin, Mark Twain, Winston Churchill u.a.

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

ICF - CY

International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth

-

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Kinder und Jugendliche

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Funktionale Gesundheit

Eine Person ist ***funktional gesund***, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund **(Kontextfaktoren)** –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen **(Körperfunktionen und –strukturen),**

2. sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird **(Aktivitäten),**

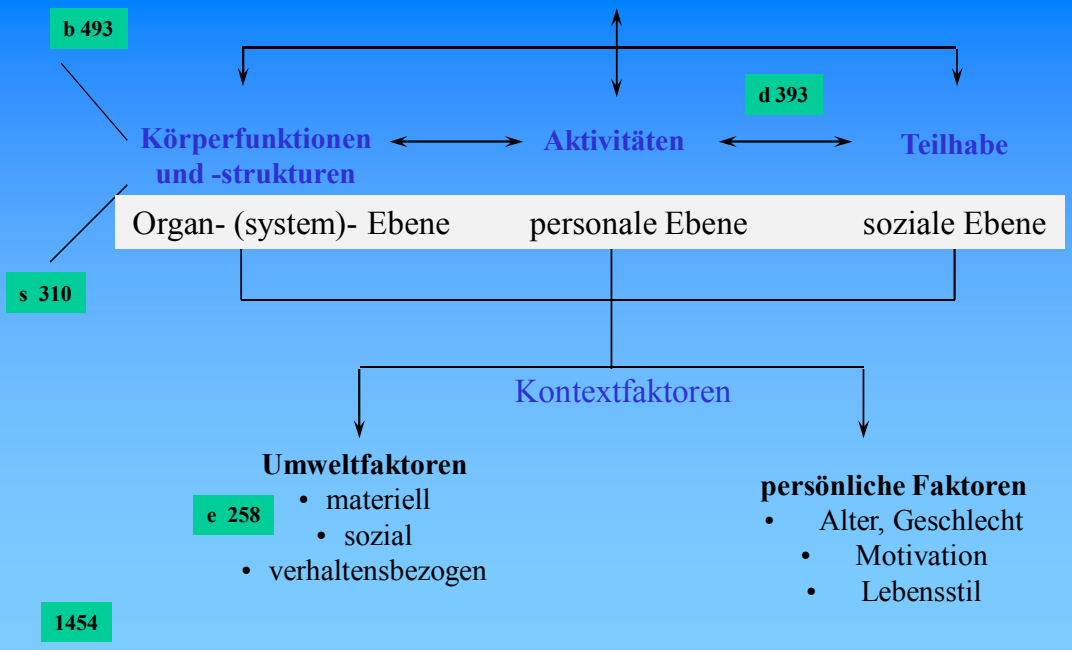
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird **(Teilhabe).**

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

ICF

Bio-psycho-soziales Modell

Funktionsfähigkeit, Gesundheitsproblem



(International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Aspekte, die bei der Erarbeitung der ICF für Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden mussten:

1. Funktionsfähigkeit ermöglicht Entwicklung
2. Der gleiche Zustand ist entweder krankhaft oder altersgerecht.
3. Umweltfaktoren sind Lebenswelten, unterstützen Entwicklung
4. Teilhabe ist nachhaltiger als bei Erwachsenen
5. Entwicklungsdefizite können nur bedingt „aufgeholt“ werden.

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Beispiele

Kinder- und Jugendspezifische Items der ICF-CY

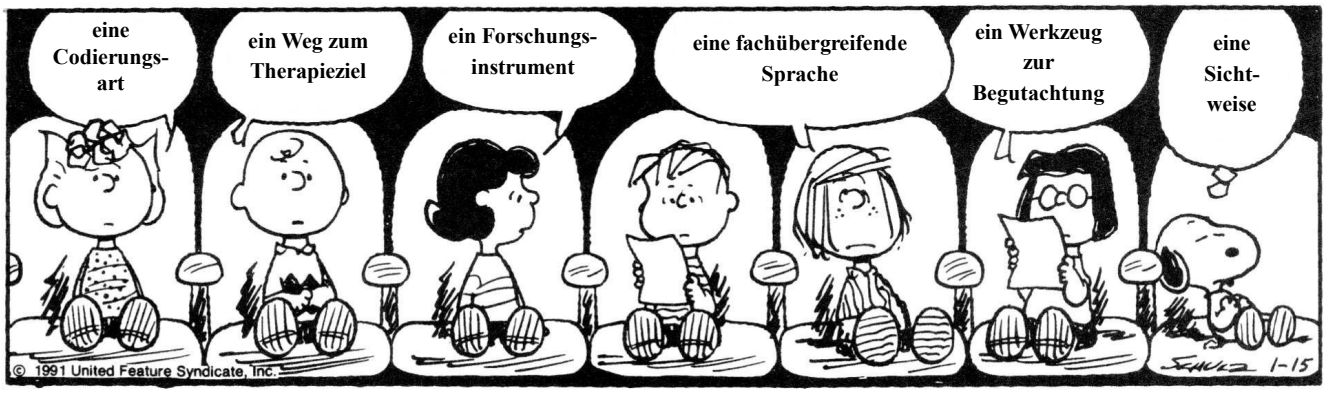
– 225 neue Kategorien
– 68 gestrichene Kategorien
– 8 veränderte Kategorien

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Kap.	Aktivitäten und Teilhabe
1	**Lernen und Wissensanwendung** (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2	**allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress umgehen)
3	**Kommunikation** (z. B. Kommunizieren als Empfänger, -als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationshilfen)
4	**Mobilität** (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5	**Selbstversorgung** (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6	**häusliches Leben** (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7	**interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8	**bedeutende Lebensbereiche** (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9	**Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

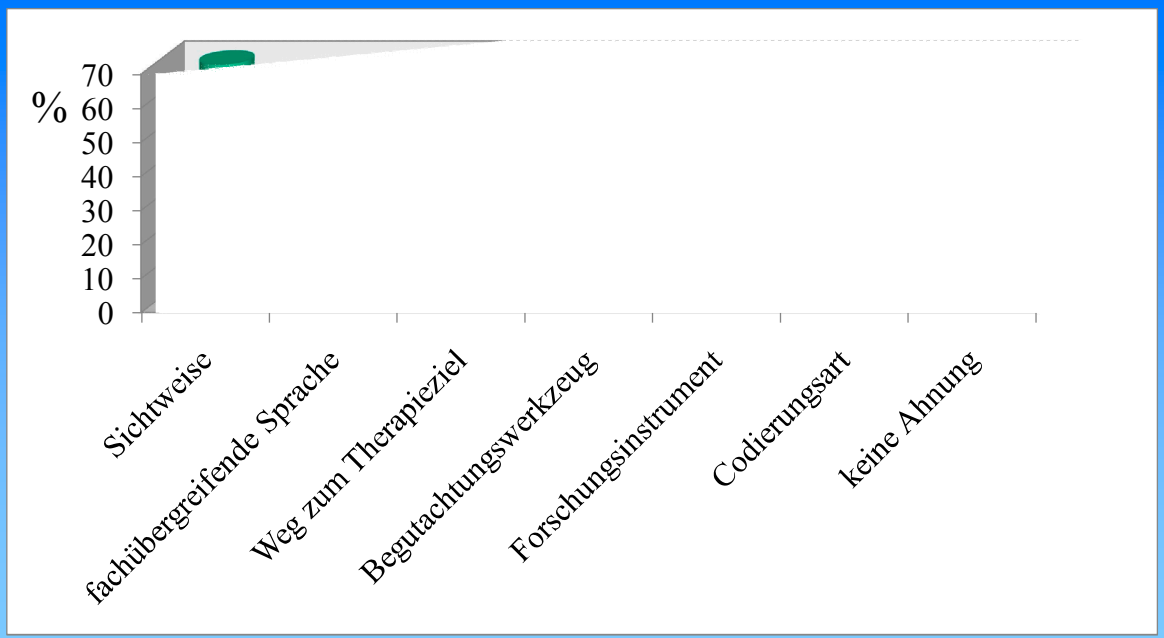
…und was ist die ICF / ICF – CY wirklich ???



nach Charles M. Schulz

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Wie wird die ICF – CY gesehen?



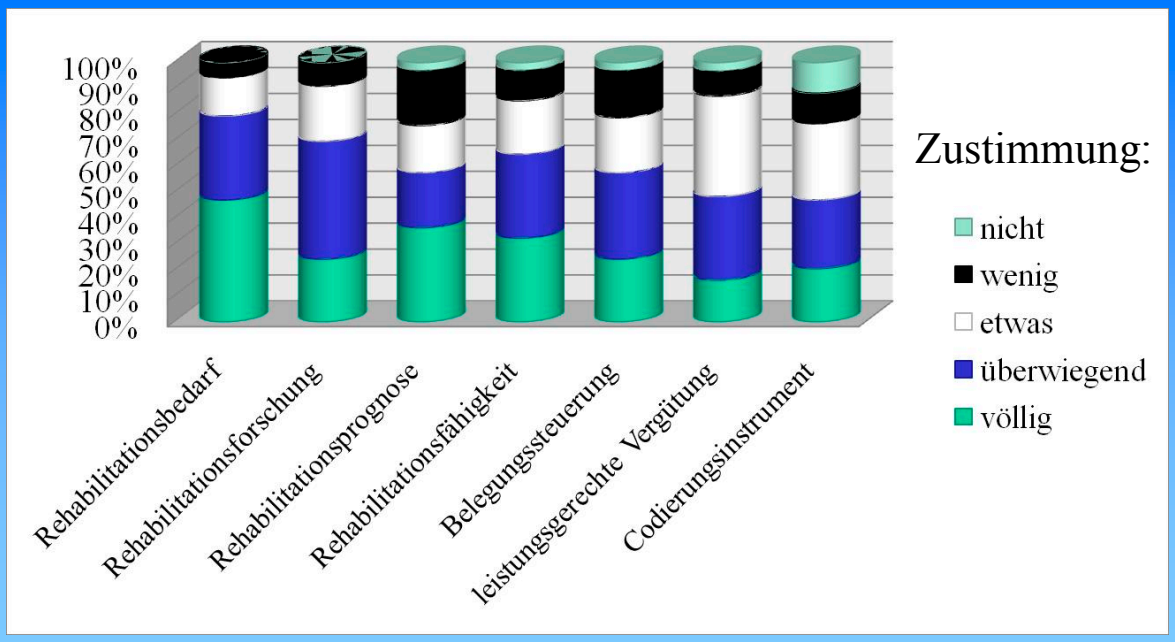
OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Beispiel „fachübergreifende Sprache“

d820	Schulbildung	Die Zulassung zu Schule und Bildung zu erlangen, an allen schulbezogenen Pflichten und Rechten teilzuhaben, die Lehrgangsstoffe, -inhalte und andere curriculare Anforderungen der Programme der Primar- und Sekundarstufenbildung zu erlernen einschließlich regelmäßig am Unterricht teilzunehmen, mit anderen Schülern zusammenzuarbeiten, Anweisungen der Lehrer zu befolgen, die zugewiesenen Aufgaben und Projekte zu organisieren, zu lernen und abzuschließen und zu anderen Stufen der Bildung fortzuschreiten.

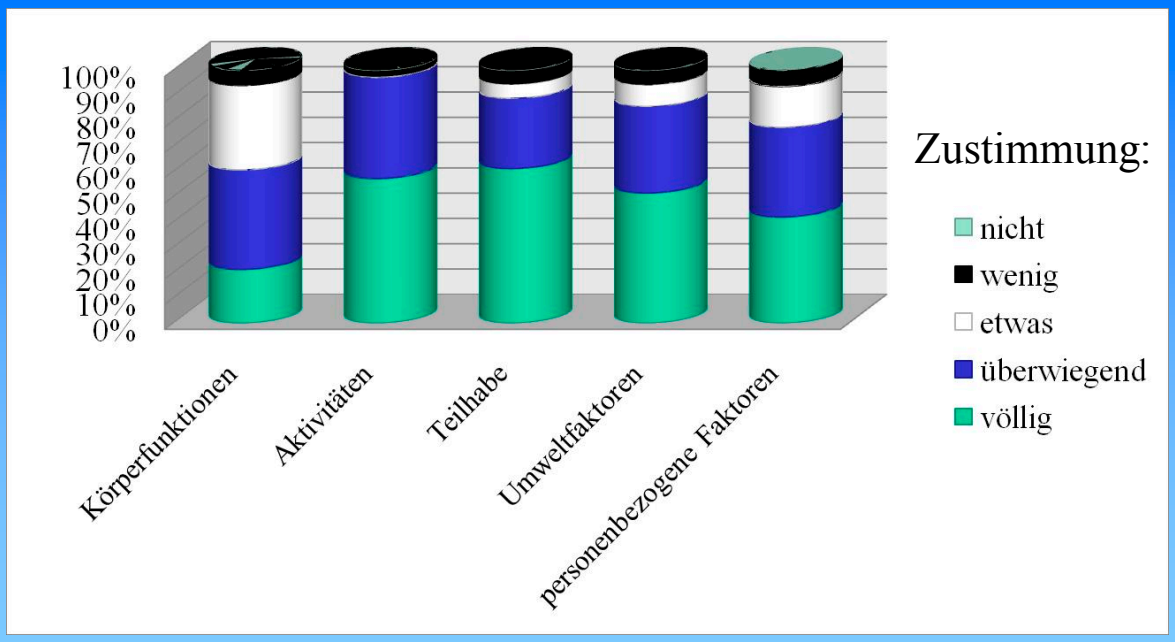
OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Wozu ist die ICF – CY einsetzbar?



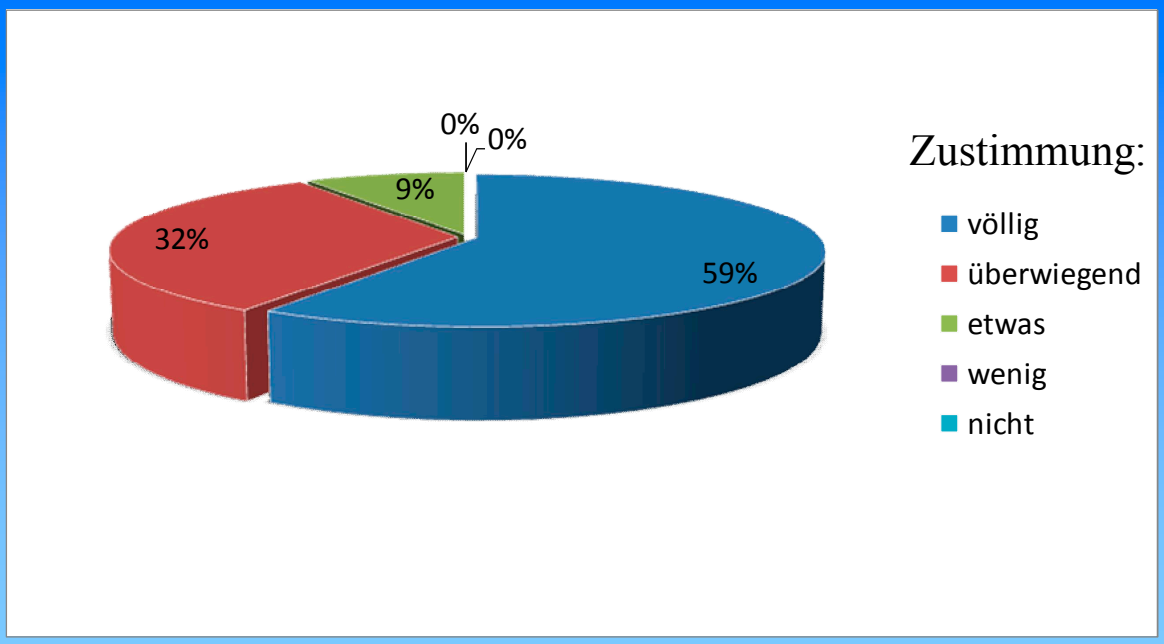
OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Wie hilfreich sind die einzelnen Bereiche?



OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

Die ICF CY wird künftig an Bedeutung gewinnen….



Und wie kann die Zukunft aussehen?

Problem:

1611 Items sind in keinem Arbeitsalltag zu bewältigen

Und wie kann die Zukunft aussehen?

Lösung:

Checklisten, Core Sets

- indikationsbezogen
- altersbezogen
- anlassbezogen

bestehende Core Sets

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

- Generalisiertes Schmerzsyndrom
- Lumbale Rückenschmerzen
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis
- Osteoarthrose
- Adipositas
- Chronische Ischämische Herzkrankheit
- Diabetes Mellitus
- Obstruktive Lungenerkrankung
- Brustkrebs
- Depressive Störung
- Schlaganfall

in Entwicklung

OSTSEESTRAND-KLINIK
KLAUS STÖRTEBEKER

- Tumore der oberen Luftwege
- Wirbelsäulenverletzungen
- Multiple Sklerose
- Visuelle Beeinträchtigungen
- M. Bechterew
- Psoriasis
- Psoriasis Arthritis
- Bipolare Störungen
- Sklerodermie/Lupus
- Schlaf

FACHHOCHSCHULE NORDHAUSEN
University of Applied Sciences

ICF-Fördermodule - Vorschlag

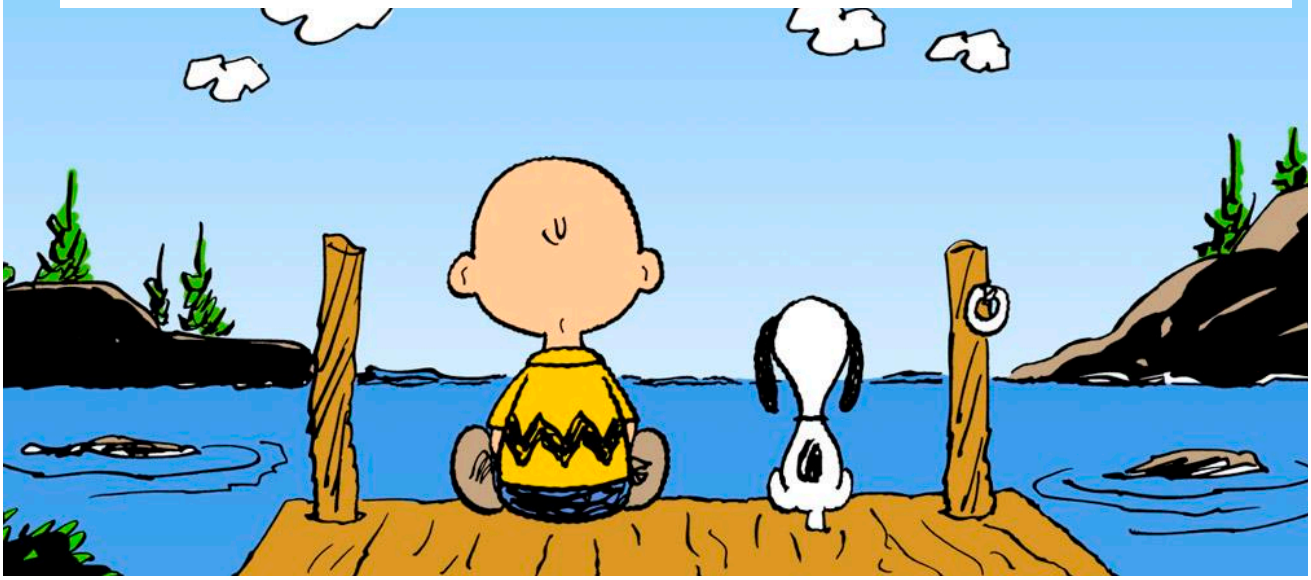
Der Förderplan oder FÖBP enthält Empfehlungen für folgende Zielbereiche gemäß ICF:

	Zielbereiche der Komplexleistung	**Beschreibung - Beispiele**	**Was soll erreicht werden?**	**Wie erkennen wir das?**	**Bis wann?**	**Wer wird aktiv?**
	Lernen – Allgemeine Aufgaben (D1 & D2)					
	Kommunikation (D3)					
	Mobilität (D4)					
	Selbstversorgung – Haushalt (D5 & D6)					
	Interpersonale Interaktionen (D7)					
	Hauptlebensbereiche – Gemeinschaft & Soziales (D8 & D9)					
	Kontext – Produkte & Technologien (z.B. Hilfsmittel) (E1)					
	Kontext – Unterstützung & Einstellungen (z.B. für die Eltern) (E 2 & E3)					
	Einzelförderung		Gruppenförderung			

Quelle: Olaf Kraus de Camargo

Fazit: Die ICF – CY
in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

- ist hilfreich als Sichtweise,
- dient als fachübergreifende Sprache und Sicht der Teamarbeit,
- der Ermittlung und Verfolgung individueller Rehabilitationsziele
- wird an Bedeutung gewinnen,
- besonders in Form von Checklisten und Core Sets.



Rückfragen ?
Stefan Berghem
stefan.berghem@ostseestrandklinik.de

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ökonomische Bedingungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Alwin Baumann
Forum Ökonomie der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V.
Fachkliniken Wangen/Allgäu

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Ökonomische Bedingungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Entwicklungen

Haushaltsplan

Erlöse

Aufwendungen

- Personalkosten
- Sachkosten
- Abschreibungen / Zinsen / Investitionen

Betriebsergebnis

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Aufwendungen

- Geschichte, Persönlichkeiten, Lage und Gebäude der Klinik
- Regionale Besonderheiten
- Besonderheiten der Trägerschaft
- ➢ Früher: große Angebots- und Qualitätsunterschiede

- ➢ Heute: Klinikunterschiede werden geringer,
- ➢ Qualität, Konzepte und Pflegesätze gleichen sich an

- Austausch unter den Kliniken
- Internes und externes Qualitätsmanagement und Zertifizierung
- Visitationen
- Strukturanforderungen
- Anforderungsprofil
- Reha-Therapiestandards

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Orientierender indikationsspezifischer Stellenplan pro 100 Betten

	Atmung / Haut	Adipositas / Komorb.	Diabetes mell. Typ 1	Psycho-somatik	Bewe-gungsorg.	Neurologie	Mukovis-zidose	Innere
Arzt	4	2,5	5	3	2,5	5	5	4
Psychologe	2	1,5	2,5	4	1,5	2	3	2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	14,5	8	19	9	11,5	20	20	14
Erzieher	13	19	10	29	9	18	18	14
Diätassistent	1	2,5	3	1	1	1	2,5	2
Sozialarbeiter	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sport-/Gymnastiklehrer	2,5	3	2	2	3,5	2,5	5	2,5
Physiotherapeut	3	1,5	0,5	0,5	7	10	12	2
Ergotherapeut	1	1	1	2	2	3	1	1
Masseur / Badem.	1	1	1	1	2	2	1	1
Gesamt	42,5	40,5	44,5	52	40,5	64	68	43

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Personalaufwendungen

- **Besonderheit: Betreuung von Kindern und Jugendlichen**
- **Anforderungsprofil, KTL, Reha-Therapiestandards, Zertifizierung**
- **Ärztlicher Bereitschaftsdienst**
- **EuGH-Urteil zur Arbeits- und Ruhezeit**
- **Ärzte- und Fachkräftemangel**
- **Personalentwicklung: IT-Kenntnisse**
- **Zunahme Komorbiditäten und psychosozialer Problemlagen**
- **Erhöhter Beaufsichtigungsbedarf (Gefahr körperlicher und sexueller Belästigung)**

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Individuell behandelt

Chancen nutzen und Potentiale fördern.
Gemeinsam mit Ihnen – in unserer Kinderklinik und Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen:

■ Oberarzt/ärztin Kinderpneumonologie

Ihre Aufgaben:
- fachliche und konzeptionelle Leitung einer pneumologisch-allergologisch spezialisierten pädiatrischen Akutstation inklusive konzeptioneller Weiterentwicklung
- Wahrnehmung von Außenkontakten (z.B. Qualitätszirkel, Vorträge als Vertreter der Klinik)
- Arbeit in einem vernetzten Konzept zusammen mit Ambulanz, Rehakinderklinik und anderen Fachabteilungen der Klinik

Ihr Profil:
- Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
- Zusatzweiterbildung Allergologie und Kinderpneumologie (oder fortgeschrittene Weiterbildung)
- Erfahrung in flexibler und wenn möglich starrer Bronchoskopie

■ Arzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder Arzt für Allgemeinmedizin mit pädiatrischer Erfahrung

mit der Möglichkeit der Weiterbildung Allergologie, ggf. Kinderpneumologie

Ihre Aufgaben:
- Mitarbeit in einer anspruchsvollen Rehabilitationskinderklinik (Atemwegserkrankungen, Allergologie, Neurodermitis, Psychosomatik)
- Ärztliche Betreuung kranker Kleinkinder, Kinder und Jugendlicher in Zusammenarbeit mit den Begleitpersonen
- Leitung und Mitarbeit in einem interdisziplinären Teams

Ihr Profil:
- Facharzt Pädiatrie oder fortgeschrittene Facharztausbildung, gerne auch in Psycho- oder Verhaltenstherapieausbildung oder Facharzt für Allgemeinmedizin mit pädiatrischer Erfahrung
- Interesse an der pädiatrischen Rehabilitationsmedizin und Interesse an/oder Vorkenntnisse in pädiatrischer Pneumologie und Allergologie

Unser Angebot:
- Umfangreicher Einblick in die pädiatrische Pneumologie und Allergologie
- Einblick in den Bereich Sozialpädiatrie und psychosomatische Erkrankungen
- Ausbildung zum Asthmatrainer und/oder Neurodermitistrainer mit qualifizierter Schulungstätigkeit

Akut. Reha. Pflege.

Als privater Klinikverbund stehen wir für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung. In 17 eigenen Einrichtungen in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Sachsen-Anhalt sowie einem Gemeinschaftsunternehmen setzen wir uns Tag für Tag für die Gesundheit und Erhaltung der Lebensqualität der uns anvertrauten Menschen ein.

Die Fachkliniken in Wangen gehören mit 355 Betten zu den Waldburg-Zeil Kliniken. Sie bestehen aus Akut- und Rehabilitationskliniken für Internistische und Pädiatrische Pneumologie, Allergologie, Thoraxchirurgie, Intensivmedizin, Neurologie und Kinderrehabilitation.

Waldburg-Zeil Kliniken
Fachkliniken Wangen
Herrn Hans-Jürgen Wolf
Krankenhausdirektor
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen

www.wz-kliniken.de

Weitere Informationen zu dieser Stellenausschreibung erhalten Sie bei Herrn
Dr. T. Spindler, Chefarzt der Kinderklinik unter
Telefon +49 (0) 7522 797-1211 oder per
E-Mail unter thomas.spindler@wz-kliniken.de

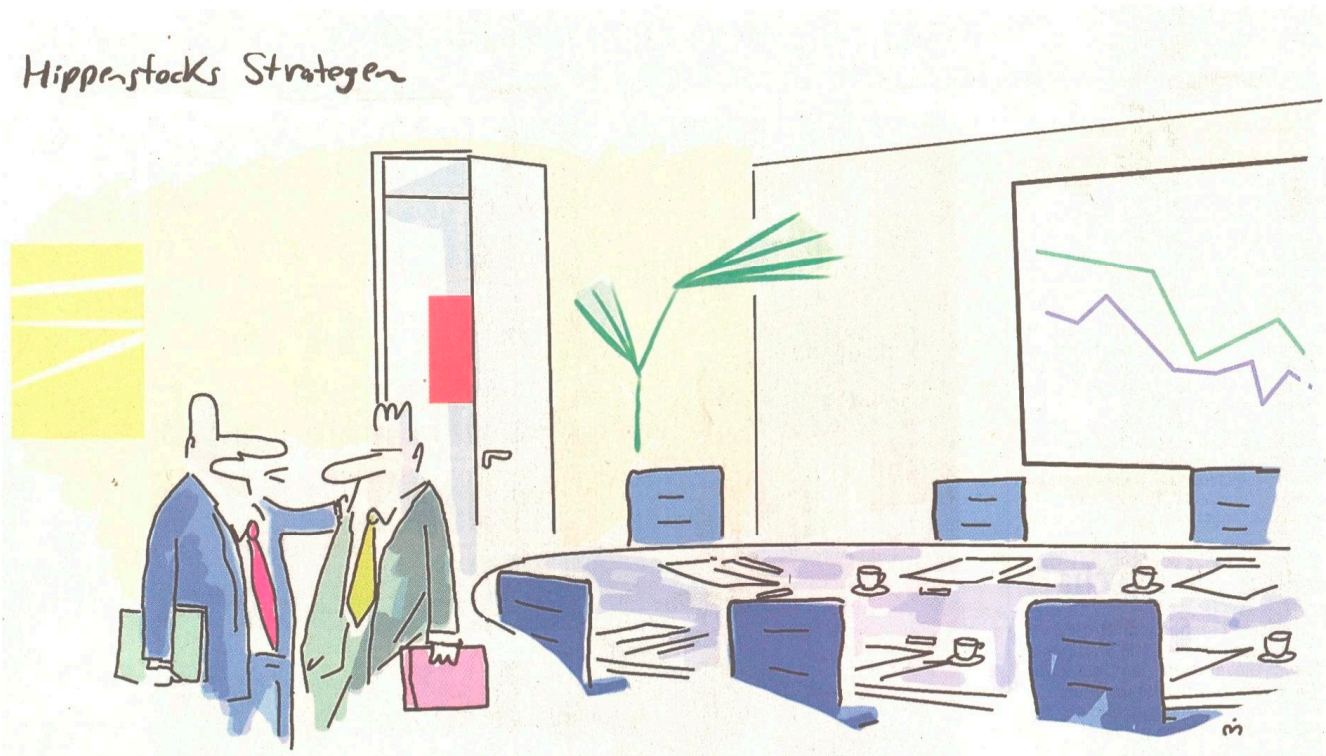
JOB Universität St.Gallen Top-Arbeitgeber 2010

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Anzeigenrechnung **Rechnungs-Nr.: 35364** **Datum: 05.02.10**

Stichwort:	Oberarzt + Arzt Kinder-/Jugend (Wangen)	
Ersch.-Datum:	05.02.10	
Titel:	DEUTSCHES ÄRZTEBLATT	
Ausgabe:	Heft 5	
Format:	1/1 Seite 4C	
Seitenteiliger Preis		13.000,00 EURO
Verlagsbrutto		13.000,00 EURO
IN MEDIAS-Nachlass	8 %	1.040,00 EURO
Endbetrag ohne MwSt.		11.960,00 EURO
+ 19,00 % MwSt.		2.272,40 EURO
Endbetrag		14.232,40 EURO

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN



Ich glaube, Sie haben Talent. Und ich höre nicht eher auf, danach zu suchen, bis ich es gefunden habe!

Cartoon: Dirk Meissner

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Sachkosten, Abschreibungen, Zinsen, Investitionen

- Instandhaltungsmehraufwand
- Verteuerung der Energie
- Anhebung Mehrwertsteuer
- Kosten der IT: KIS, Datenübermittlung, Dienstplanung, Therapieplanung, Speiseplanung
- Zinssenkung
- Konjunkturprogramm II
- Spenden

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Depression

- **Antrags- und Zuweisungsrückgang**
- **Gruppenschließung**
- **längere Schließungszeit über den Jahreswechsel**
- **Kurzarbeit**
- **drohende Klinikschließungen**

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

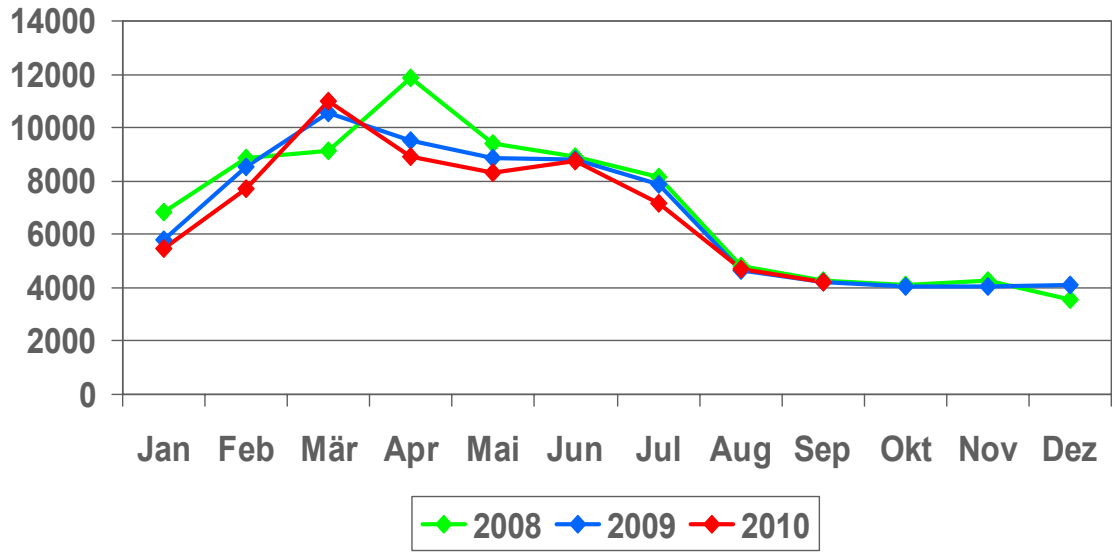
Zuversicht

- Kinder- und Jugendrehabilitation mit hoher Qualität
- Anerkennung bei Betroffenen
- Anerkennung bei niedergelassenen Ärzten
- Zunahme chronischer und psychosozialer Erkrankungen
- Engagement der Rentenversicherung

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

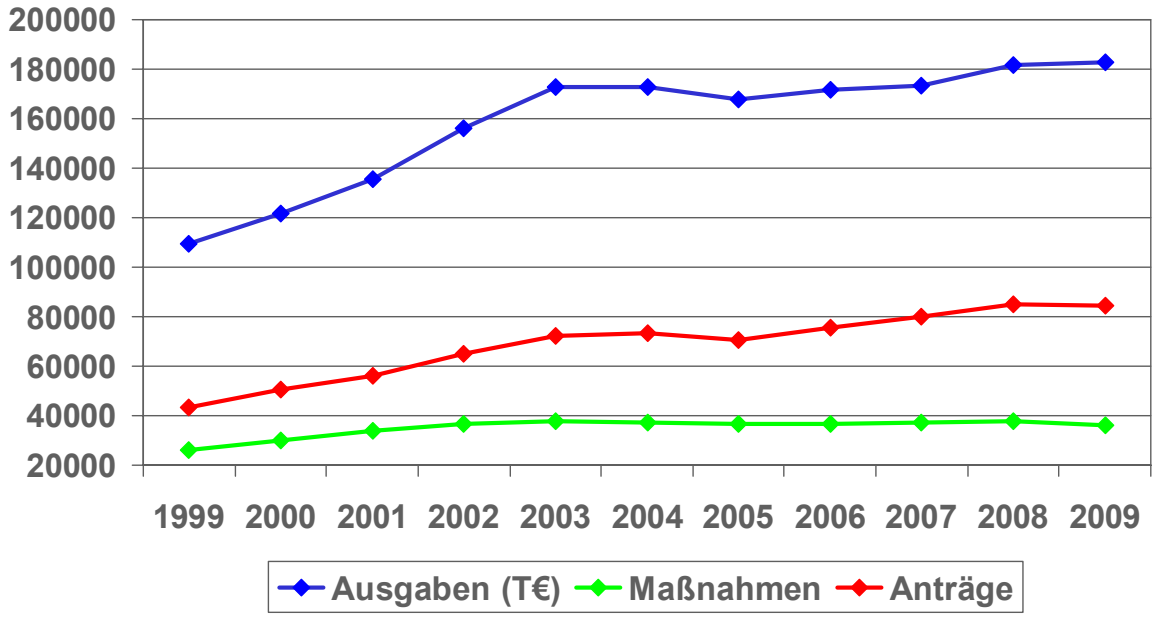
Anträge zur Kinder- und Jugendrehabilitation bei der DRV

2008: 84.211 – 2009: 81.048 – 2010: ?



WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Dt. Rentenversicherung: Kinder- und Jugendrehabilitation



WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Erlöse durch Pflegesatzeinnahmen

- Belegung (Fälle, Berechnungstage)
- Zuweisungen
- Warteliste (jahreszeitliche Zuweisungen, Schule, Berufstätigkeit Begleitperson)
- Nichtanreisen
- Abbrüche wegen Heimweh, Reha- und Gruppenunfähigkeit
- Tagespflegesatz Begleitperson (Unterkunft und Verpflegung)

- Höhe des Tagespflegesatzes
- Vergütung 2011
- Tarifverhandlungen 2011

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN

Chancen eröffnen
Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation
Fachtagung am 4.11.2010 in Berlin

Rehabilitationspolitischer und sozialrechtlicher Handlungsbedarf
in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Zugang zur Rehabilitation

- § 8 SGB IX verpflichtet alle Rehabilitationsträger bei der Erbringung von Sozialleistungen von Amts wegen zur Prüfung, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind, d.h., das Vorliegen eines Rehabilitationsbedarfs zu prüfen
- Antragsrecht nach § 19 SGB IV
- Einleitung durch behandelnde Ärzte (u.a. § 61 SGB IX, gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 2, 8 u. 9 SGB IX, Reha-Richtlinie des GBA)

Wirklichkeit

- Zur Anwendung des § 8 SGB IX gibt es keine Daten. Allgemeiner Einschätzung: faktisch keine Anwendung
- Die Ausübung des Antragsrechts nach § 19 SGB IV (das die Verpflichtung des Reha-Trägers zur Bedarfsprüfung nach § 10 SGB IX auslöst) wird in der GKV zT beeinträchtigt, weil als leistungsbegründende Voraussetzung (rechtlich nicht haltbar) eine Verordnung auf der Basis der Reha-Richtlinie des GBA gefordert wird
- Reha-Richtlinie des GBA hat sich als „Nadelöhr", das zweistufige Verfahren als Reha-Verhinderungsverfahren erwiesen.

- Handlungsbedarf: § 8 SGB IX zwingender formulieren
  § 61 SGB IX Pflicht des Arztes zur
  Einleitung von Reha aufnehmen
  Für die Reha-Richtlinie des GBA gibt es auf dem Hintergrund der Selbstbestimmungsrechte nach der BRK und mit Blick auf das Antragsrecht nach § 19 SGB IV – jedenfalls in der heutigen Fassung – keinen Bedarf. Deshalb im SGB V ersatzlos-streichen und eine für alle Reha-Träger einheitliche Einleitungsregelung im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX treffen.

  Einheitliches Verfahren aller Rehabilitationsträger zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen durch behandelnde Ärzte (in § 13 Abs. 2 gesetzlich verankern)
  Verordnungspflicht in § 61 SGB IX aufnehmen

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 3

Anspruchgrundlage in der GKV

- Nach § 40 Satz 1 SGB V kann die GKV Reha-Leistungen nur erbringen, wenn ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht.
- Der Gesetzgeber hat leider die mit der Gesundheitsreform 2000 in § 11 SGB V vollzogene Trennung der Ansprüche in Krankenbehandlung und Rehabilitation bis heute im Leistungsrecht nicht nachvollzogen.
- Die derzeitige Regelung ist weder mit dem z.B. in § 39 SGB V schon als Frührehabilitation im Krankenhaus verwirklichten Grundsatz, dass die Leistungen zur Rehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen sollen, noch mit den entsprechenden Grundsätzen des SGB IX und erst Recht nicht mit Art. 26 Abs. 1 Bucht. A BRK zu vereinbaren, wonach die Leistungen „im frühestmöglichen Stadium einsetzen" sollen.
- Handlungsbedarf:
  Die Abhängigkeit der Rehabilitationsleistungen von einer vorangegangenen erfolgreichen Krankenbehandlung in § 40 Satz 1 SGB V ersatzlos streichen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 4

Zuständigkeit

- 1989 Parallelzuständigkeit von GRV und GKV auf dem Hintergrund unterschiedlicher Anspruchsgrundlagen
  - seit 2000, je nach Auslegung spätestens seit 2008 Rechtsanspruch in der GKV
  - in der GRV Ermessensleistung mit dem Charakter einer freiwilligen Leistung
- Folge: Beanstandungen Bundesrechnungshof
- Seit 1967 Diskussionen über die Verlagerung der Zuständigkeit von der GRV zur GKV. Seit 1974 Zuständigkeit der GRV zunächst befristet, seit 1998 Verlagerungsabsicht in § 287b SGB VI
- Seit 1991 Zuständigkeit der Kinder und Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 5

Wirklichkeit

- Soweit GKV zuerst angegangen und die Kasse damit zuständig wird, leiten viele Kassen die Anträge dennoch an die GRV weiter.
- Da § 14 SGB IX in der Regel nicht beachtet wird und die Weiterleitung erst nach mehr als 14 Tagen erfolgt, sind die Kassen im Zeitpunkt der Weiterleitung auf jeden Fall nach § 14 Abs. 1 SGB IX kraft Gesetzes zuständig gewesen.
- Die GRV verweigert in diesen Fällen häufig sowohl ihre Zuständigkeit, wie auch Leistungen. Die Anträge werden zT abgelehnt oder wieder zurückgesandt u.a. mehr, obwohl die GRV als sogen. zweitangegangener Träger nach § 14 Abs. 2 SGB IX auf jeden Fall zuständig und leistungsverpflichtet ist und einen Erstattungsanspruch gegen die Kasse geltend machen kann.
- Die Träger der Kinder- und Jugendhilfe haben ihre Rolle als Rehabilitationsträger des SGB VIII seit 19 Jahren nicht angenommen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 6

Vater-Mutter-Kind-Reha

- Die eben beschriebenen Vollzugsdefizite bei der Anwendung des § 14 SGB IX bestehen auch im Bereich der Vater-Mutter-Kind-Reha
- Obwohl das SGB VI keine Vater-Mutter-Kind-Reha kennt, ist die GRV als zweitangegangener Träger nach § 14 Abs. 2 SGB IX zur Leistung gegen Erstattung durch die GKV verpflichtet.
- Die Problembeschreibung der GKV-Spitzenverbände in ihrem diesbezüglichen Bericht vom 30.3.2006 (BT-Drs. 16/1150 v. 30.3.2006) geben diese Probleme nicht zutreffend wieder.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 7

Handlungsbedarf

- Zuständigkeitswirrwarr zwischen GRV/GKV beenden
  - § 287b Abs. 2 S. 2-4 SGB VI ersatzlos streichen
  - in der GRV mit der seit dem 1.1.1900 unverändert zutreffenden Begründung der Herstellung der Erwerbsfähigkeit einen vorrangigen Rechtsanspruch einräumen
  - der Anspruch in der GKV bestünde dann noch, wenn keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit droht.

- Es ist fraglich, ob mit Blick auf die 19jährige Wirklichkeit im Bereich des SGB VIII die sogen. „große Lösung, d.h. die vollständige Verlagerung der Zuständigkeit auf die Jugendhilfeträger die Probleme löst. Ursache für die Probleme ist nicht die Zuständigkeit, sondern die nicht ausreichende Kompetenz im jeweils anderen Zuständigkeitsbereich von Sozial- und Jugendhilfe
  - will man Änderungen bei der Zuständigkeit ist eine Schnittstelle bei Eintritt in das Erwerbsleben sinnvoll.
  - Unabhängig davon, welche Lösung man vollzieht, muss in allen Fällen eine verpflichtende Zusammenarbeit von Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger gesetzlich gewährleistet werden, damit die Betroffenen tatsächlich aus beiden Leistungsbereichen alle Leistungen erreichen können.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 8

Bedarfsfeststellung

- Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX dürfen von allen Rehabilitationsträgern Teilhabeleistungen nur erbracht werden, wenn damit die gesetzlichen Teilhabeziele erreichbar erscheinen.
- Die Teilhabeziele ergeben sich aus dem Leistungs-bedarf, den die Rehabilitationsträger nach § 10 SGB IX individuell und funktionsbezogen, d.h., unter Orientierung an der Klassifikation der Teilhabebe-einträchtigungen der ICF der WHO nach möglichst einheitlichen Begutachtungsgrundsätzen (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) festzustellen haben.
- Nach § 27 SGB IX findet § 26 Abs. 1 SGB IX ausdrücklich in der GKV Anwendung. D.h., dass die GKV ihre Rehabilita-tionsleistungen konsequent an den darin definierten Teilhabezielen zu orientieren hat.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 9

Wirklichkeit

- Es findet in keinem Leistungsbereich eine an der ICF-orientierte Bedarfsfeststellung statt.
- Die unterschiedlichen Begutachtungsverfahren gehen unverändert von unterschiedlichen Leistungszielen aus, sodass es keine
- einheitliche Entscheidungsgrundlage gibt, die sich an den Teilhabezielen orientiert.
- Die GKV beachtet § 27 SGB IX nicht.
- Die Folge ist, dass bei gleichem Leistungsbedarf von den Trägern völlig unterschiedliche Leistungen erbracht werden.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 10

Handlungsbedarf

- Nach Art. 26 Abs. 1 Buchst. a der UN-Behindertenrechtskonvention müssen die Leistungen auf einer „multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken basieren.
- Das unterstreicht die in § 10 SGB IX enthaltene Orientierung an der ICF, da sich die Bedürfnisse aus den Teilhabebeeinträchtigungen ableiten.
- Die Einbeziehung der „individuellen Stärken“ ist dagegen bisher in § 10 SGB IX nicht ausdrücklich vorgegeben.
- Eine Novellierung des SGB IX sollte darüber hinaus die mit dem SGB IX verfolgte, bisher aber nicht verwirklichte „Einheitliche Rehabilitations-praxis zum Anlass nehmen, die Träger der Teilhabeleistungen unter Fristsetzung (verglb. der DRG-Einführung) zur Entwicklung eines gemeinsamen Bedarfsfeststellungsverfahrens zu verpflichten.
- Damit würden zugleich auch erhebliche Probleme im Bereich des Persönlichen Budgets beseitigt.
- Im Übrigen sollten auch die Aufsichtsbehörden sich im Rahmen ihrer Prüfung systematisch mit der rechtmäßigen Durchführung des SGB IX befassen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 11

Einheitliche Rehabilitationsleistungen

- Das SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger mit folgenden Vorschriften zur einheitlichen Leistungserbringung:
  - § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX – vollständig, umfassend und in gleicher gleicher Qualität
  - § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX – Ausführung nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen
  - § 12 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX – nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Erbringung
  - § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX – Gemeinsame Empfehlung, in welchen Fällen und in welcher Weise Leistungen angeboten werden (Leitlinienverpflichtung).
- Damit sollte erreicht werden, dass jeder Berechtigte *unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit die aus gegebenem Anlass erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen entsprechend seinem individuellen Rehabilitationsbedarf nach Gegenstand, Umfang und Ausführung* **einheitlich** *erhält.*
- Das von allen Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger unterzeichnete Gemeinsame „Rahmenkonzept der BAR für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ sollte gemeinsame Rahmenbedingungen, insbesondere hinsichtlich der Anforderungsprofile und Qualitätsstandards schaffen, was dem Grundsatz der einheitlichen Leistungserbringung entspräche.
- Leistungsbegrenzungen für Kider- und Jugendrehabilitation aufheben
  - Grundlohsummenbegrenzung in der GKV
  - Budgetierung in der GRV

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 12

Wirklichkeit

- Eines der Kernziele des SGB IX, die einheitliche Leistungserbringung auf der Grundlage des mit dem SGB IX erstmals in das Sozialrecht eingeführten umfassenden Leistungserbringungsrechts für Teilhabeleistungen ist bis heute nicht erreicht, ja nicht einmal in Teilen angegangen.
- In der GKV werden oftmals trotz eines zweifelsfreien Rehabilitationsbedarfs aus Kosten- und Wettbewerbsgründen Leistungen in billigeren Vorsorge-einrichtungen erbracht, die bzgl. Ihrer Wirksamkeit bezogen auf Teilhabeziele ebenfalls mit dem Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht vereinbar sind.
- Auch das Gemeinsame Rahmenkonzept der BAR wird von vielen Kassen nicht beachtet, ja ist dort zT nicht einmal bekannt, weil es nach dem letzten Satz der Vorbemerkung für die Kassen nicht verpflichtend ist.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 13

Handlungsbedarf

- Die vorhandenen Vollzugsdefizite bewirken berechtigte Zweifel daran, dass es im gegliederten System in absehbarer Zeit zu der Verwirklichung der vom Gesetzgeber mit dem SGB IX angestrebten Ziele
  - Beendigung der Divergenz des Rehabilitations-rechts
  - Gemeinsames Rehabilitationsrecht Einheitliche
  - Praxis des Rehabilitationsrechts

  kommt.
- Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen könnte die Lösung darin bestehen, diese Aufgabenstellung dem Rehabilitationsträger mit deiner über 100jährigen Erfahrung und der - nach weit verbreiteter Auffassung - höchsten Kompetenz auf diesem Gebiet zu übertragen, d.h., der Gesetzlichen Rentenversicherung, die diesen Vorschlag übrigens vor einigen Jahren schon einmal selbst gemacht hat.
- Darin könnte auch eine Lösung für die Teilhabeleistungen der Kinder- und Jugendhilfe (§ 35 SGB VIII) liegen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 14

Leistungserbringungsrecht

- Das SGB IX sieht ein einheitliches Leistungserbringungsrecht für alle Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger vor (§§ 17 – 21 SGB IX)
- Darin enthalten ist die Vereinbarung von Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern oder alternativ die einseitige Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen der Leistungsträger (§ 21 Abs.2 SGB IX)
- Nach §§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX müssen die Leistungen zu angemessenen Vergütungssätzen ausgeführt werden. Nach der Begründung dazu strebt der Gesetzgeber ein leistungsbezogenes Vergütungssystem an.
- Dazu sollen die Rea-Träger gemeinsame Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen erstellen, die nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX Gegenstand der Versorgungsverträger sein müssen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 15

Wirklichkeit/Handlungsbedarf

- In der Praxis gibt es kein einheitliches Leistungserbringungsrecht. Zu §§ 17 – 22 SGB IX bestehen weitgehende Vollzugsdefizite.
- Es bestehen schon allein deswegen erhebliche Zweifel, dass die derzeitigen Vergütungen im Bereich der Rehabilitation den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen, weil es an allen Grundlagen dafür mangelt (u.a. Gemeinsame Empfehlungen über Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen - § 12 Abs. 1 Nr. 1 - ; Grundsätze der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen
- Handlungsbedarf: Einführung eines Vergütungsrechts mit gesetzlichen Maßstäben und vertraglichen Pflichten sowie einer Schiedsstelle.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 16

Verssorgungsstrukturrecht

1) § 19 SGB IX verpflichtet die Reha-Träger gemeinsam, regional die nach Anzahl und Qualität erforderlichen Reha-Einrichtungen und –dienste sicher zu stellen (Instrument: regionale Arbeitgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX unter Mitwirkung der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände.
2) Bundesweit nicht umgesetzt
3) Ergebnis
   - unzureichende ambulante, „sozialräumliche“ Versorgungsangebote
   - fehlende spezifische Reha-Angebote (u.a. psychisch kranke, rheumakranke Kinder, mehrfach behinderte Kinder)
4) Handlungsbedarf:
   Stringende gesetzliche Verpflichtungen im Rahmen der Umsetzung von Art 26 BRK (d.h., Weiterentwicklung von § 19 SGB IX, Zuordnung einer übergreifenden Sicherstellungsverantwortung bei einer Leistungsträgergruppe.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 17

Selbstbestimmungsrechte

Das SGB IX enthält verschiedene Regelungen zur Förderung der Selbstbestimmung, die auch bei Kindern und Jugendlichen wirksam sind:

- Wunschrecht (§ 9 Abs. 1)
- Rücksichtnahme auf die persönliche Lebenssituation; Belassen von Raum zur möglichst eigenverantwortlichen Gestaltung usw. (§ 9 Abs. 1 und 3)
- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Eltern und Kindern (§ 4 Abs. 3)
- Alters- und entwicklungsgerechte Beteiligung der Kinder (§ 4 Abs. 3, übrigens fast Wortgleich mit Art. 7 Abs. 2 BRK))
- Wahl des Sachverständigen bei der Begutachtung (§ 14 Abs. 5)
- Abstimmung des Leistungsbedarfs mit dem Berechtigten (§ 10 Abs. 1)

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 18

Wirklichkeit und Handlungsbedarf

- Fast keine dieser Regelungen ist bisher im Sinne des Gesetzgebers umgesetzt worden.
- Abgesehen von der auch fachlich bedenklichen Auseinanderentwicklung des Wunschrechts durch die Gesundheitsreform 2008
- entspricht der Umgang der Rehabilitationsträger mit dem Rechtsanspruch des Berechtigten weder dem Wortlaut des Gesetzes noch der Intention des Gesetzgebers.
- In der Praxis kann gerade in Fällen schwerster Betroffenheit (Anschlussheilbehandlung, neurologische und geriatrische Rehabilitation) das Wunschrecht schon wegen des Zeitfrucks nur selten realisiert werden.
- Die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, iSd Art 3 BRK sollte zu einer Weiterentwicklung des § 9 SGB IX Anlass geben, die das Verbot der Diskriminierung und das Recht – ohne Gefahr der Disziplinierung durch die Träger – unabhängig eigene Entscheidungen treffen zu können, voranstellt.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 19

Teilhabemanagement

- Nach den Bestimmungen des SGB IX endet die Verantwortung des aktuell tätigen Trägers für das Teilhabemanagement erst mit dem Beginn der Leistungen des nachfolgenden Trägers und geht dann auf diesen über.
- Tatsächlich gibt es diese lücken- und nahtlose Verantwortung der Träger aber nicht.
- Die Betroffenen fallen nach einer Leistung immer noch in ein „Versorgungsloch“.
- Das Teilhabemanagement des SGB IX sollte zur Lösung dieser Probleme weiter konkretisiert und eine konkrete Nachsorge- und Vernetzungspflicht auch im Sinne der Organisationsverpflichtung des Art. 26 BRK aufgenommen werden. Die an anderer Stelle vorgeschlagene Auftragsverwaltung würde dieses Problem systemisch lösen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 20

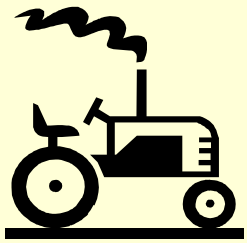
Frühförderung

- Frühförderung und Früherkennung sind seit Inkrafttreten des SGB IX Leistungen der medizinischen Rehabilitation, für die u.a. das gesamte Leistungserbringungsrecht des SGB IX wirksam ist.
- Derzeit gibt es im Bundesgebiet eine hochdifferenzierte Praxis, die in weiten Teilen nicht dem SGB IX entspricht; in einigen Ländern wird die Frühförderung sogar immer noch als Leistung der Kassen-ärztlichen Versorgung abgehandelt.
- Die DVfR hat dazu ein umfassendes Positionspapier vorgelegt, das neben einer Bestandsaufnahme beschreibt und einer Defizitanalyse eine Beschreibung der geltenden Rechtslage und auch den gesetzgeberischen Handlungs-bedarf enthält. Darauf sei an dieser Stelle verwiesen.

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 21

Herzlichen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit !



Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf 22

Streiflichter der Diskussion zu Redebeiträgen der Fachtagung

Das Einführungs-Referat von Klaus-Peter Stenzig, bis vor kurzem Leiter des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD, Berlin, führte in die Motive für diese Fachtagung ein und erläuterte die Anliegen des „Memorandums zur Sicherung und Weiterentwicklung der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ des Diakonischen Werkes der EKD und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2009.

Ökonomische Lage und Sozialrecht

Vorab ein einschränkender Hinweis: Zu den beiden letzten Referaten der Fachtagung – „Ökonomische Bedingungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ von Alwin Baumann, Forum Ökonomie und Fachkliniken Wangen, und „Rehabilitationspolitischer und sozialrechtlicher Handlungsbedarf in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf – kam es leider kaum mehr zu Fragen oder Anregungen aus dem Teilnehmerkreis, da inzwischen, wie so oft bei Tagungen, eine Zeitknappheit entstanden war. Während der Beitrag von Baumann auf die aktuellen Belegungsprobleme der Kliniken einging, arbeitete Dr. Fuchs die sozialrechtliche Stellung der Kinderreha nach dem SGB IX heraus und formulierte Umsetzungsprobleme und sozialrechtlichen Klarstellungsbedarf.

Gleichwohl sind wichtige Thesen und Feststellungen dieser zwei Referenten nicht nur am Rande der Tagung und in den Tagungspausen lebhaft diskutiert worden, sondern haben auch in der Schlussdiskussion, im nachmittäglichen Forum „Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen im Dialog“, wieder eine fast zentrale Rolle gespielt. Hierzu gehören die Fragen tariflicher Regelungen und die teils kontroversen Feststellungen zum Bedarf auskömmlicher Vergütungssätze für Rehabilitationskliniken. Oder die Hinweise auf eine mangelhafte Bedarfssensibilität in dem unter anderem durch Budgetierungen eingeschränkten Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation, wobei zum Beispiel Rahmenvereinbarungen zwischen beteiligten Trägern und Anbietern der Leistungen eine mögliche Lösung für eine bessere Erfüllung von Sicherstellungsaufträgen sein könnten, die zweifellos bestehen. Ein weiterer Diskussionsgegenstand war, dass § 40 SGB V die teilhabeorientierte Rehabilitation quasi als eine der Akutmedizin nachrangige Aufgabe sehe und sich damit – auch nach fast einem Jahrzehnt SGB IX – weiterhin ein überholtes („sequentielles“) Krankheitsverständnis offenbart, das insbesondere auch bei Kindern die erforderliche synchrone Beachtung des Aspekts „Teilhabe“ (mit ihrem Ziel der Befähigung zur Selbstbestimmung) im Handeln mancher Gesundheitsberufe unnötig erschwert.

Kindergesundheit

Fragen und Anmerkungen zum Referat „Von der Schwierigkeit, gesund erwachsen zu werden“, das Frau Heike Hölling, Robert-Koch-Institut, Berlin, gehalten hatte: Zur besonderen Bedeutung des Kindesalters für „GesundheitsarbeiterInnen“ wurde in einem ersten Kommentar festgestellt, Kinder und Heranwachsende seien als ein Personenkreis beschrieben, der nicht nur – wie allgemein bekannt – besondere Chancen für wirksame Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens aufweist („sind noch nicht so festgefahren“, „neue Gewohnheiten können in den ohnehin rasant ablaufenden Entwicklungsprozess mit eingehen“), sondern auch besondere Ansprüche an Mitarbeiter der Prävention/Rehabilitation stellen. Wichtig seien unter anderem kindgemäße Sprache/leichte Verständlichkeit der vermittelten Inhalte, Angewiesensein auf den Zugang „Lernen vom (glaubwürdigen) Beispiel anderer“, besondere negative Empfindlichkeit gegen sich widersprechende Signale seitens Erwachsener, Bedarf eines möglichst engen Lebensweltbezugs im Reha-Prozess, notwendige „Paarung“ von Einsicht/Verstehen mit praktischem Tun – auch in der Reha. Der Kommentierende war sich nicht sicher, ob heutige stationäre (und meist auch wohnortferne) Kinderrehabilitation dies immer genügend berücksichtige.

Eine Frage an die Referentin war, warum in ihrem Vortrag über die KIGGS-Untersuchung die Verhaltensstörung ADHS so „hoch gehängt wurde“, obwohl hier im Vergleich zu besser erforschten kindlichen Gesundheitsschäden die diagnostische Sicherheit gering und die Systematik eher unklar und verwaschen ist – von der Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Ansätze einmal ganz abgesehen. Die Referentin antwortete, Beispiele würden aus kommunikationsbezogenem Grund immer gern in Bereichen gesucht, die gerade „in aller Munde“ sind und die zumindest nach subjektivem Empfinden eine größere quantitative Bedeutung haben. Zudem sei, wie gut auch immer die Störung diagnostisch bestimmt, beforscht oder dokumentiert ist, der Leidensdruck von Eltern und Kind oft der entscheidende Faktor, der zu einem Reha-Antrag führt. Bei ADHS könne dieser in den Lebenswelten Familie, Freundeskreis und Schule mitunter wesentlich größer sein als bei manchen „medizinisch viel ernsthafteren“ chronischen Krankheiten, etwa bei Diabetes mellitus.

Ein weiterer Kommentar befasst sich mit dem Missverhältnis von genauer Bestimmung/Ableitung vieler gesundheitlicher Störungen im Kindesalter und der dagegen oft sehr schwach ausgeprägten Handlungsanleitung für die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Unkonkrete Aussagen wie „Stärkung der Schutzfaktoren des Umfelds!“ würden hier nicht sehr viel weiterhelfen.

Mehr über Gründe elterlicher Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für Kinder wollte eine Teilnehmerin erfahren. Ihre Frage ging dahin, ob neben altbekannten Faktoren in den Elternhäusern wie „Migrationshintergrund“, „Bildungsferne“ oder neben qualitativen Unterschieden in der „Gesundheits-Sensibilität“ und Kommunikationsbereitschaft beim Personal von Beratungsstellen, Ämtern, Kindertagesstätten und Schulen vor Ort auch andere Zusammenhänge gesehen werden müssen. Die Antwort der Referentin bejaht dies klar und nennt als wichtigstes Beispiel, dass die Bereitschaft, kostenlos Vorsorgeangebote mit den Kindern wahrzunehmen, statistisch auch deutlich mit dem Alter der Mütter und der Anzahl eigener Kinder abnimmt.

Zum Thema „Adipositas“ wurde ein Hinweis auf die familiäre Sozialisation gegeben: Kinder übernähmen schnell die Ersatzhandlung der Eltern, die selbst bei Ärger oder unter psychologischer Belastung mehr essen und trinken. Zugleich seien Eltern, die selbst adipös sind, eine denkbar schlechte Autorität, um Kinder zu einem gesünderen Essverhalten hinzuführen.

Aufgehobensein in der Familie und enge Beziehung zu Eltern könnten sich so in Einzelfällen auch einmal als „falsche Schutzfaktoren“ herausstellen.

Die Referentin macht nachträglich noch die Anmerkung, dass auf Basis der KIGGS-Studie 2010 eine Weiterbeobachtung (als Beitrag zu einer Langzeituntersuchung) erfolgen soll.

Dem Institut sei durchaus bewusst, dass punktuelle Befunde und Momentaufnahmen bislang nur einen Teil des berechtigten Forschungsinteresses abdecken.

Allgemein zum Wert von „Information und Aufklärung“ gibt Herr Nagel als Vertreter des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Hinweis, es deute angesichts der Adressaten, nämlich Eltern, Erziehungspersonal und betroffene Kinder, vieles darauf hin, dass bisher die Wirkung von Druckerzeugnissen (Worten und Bildern) vermutlich krass überschätzt wurde. So seien die Menschen, die es angeht, nahezu mit bunten Broschüren erschlagen worden, aber es habe deutlich an dem gesprochenen Wort und an persönlichem Eingreifen gefehlt. Tätige Unterstützung der Präventions- und Frühinterventionsstrategien wie etwa durch regelmäßige Kinderarztbesuche in Tagesstätten wären für Erzieherinnen und Kinder jedoch äußerst wertvoll und auch für die Eltern von erheblicher Bedeutung – speziell wirksam auch im Sinne von mehr Zugangsgerechtigkeit zur Rehabilitation in Fällen, wo diese sinnvoll und nötig ist.

Die Referentin nimmt auch den Hinweis mit nach Hause, dass es ein großes Interesse an Studien gibt, die auch den Zugang zur Rehabilitation mit abfragen: Wer wird erreicht, wer noch nicht – und woran liegt das? Zum pädagogisch wichtigen Element der „Einübung in Gemeinschaft“ wird an alle öffentlichen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche die Empfehlung ausgesprochen, am besten jeden Kita-Tag/Schultag mit Bewegungsübungen zu beginnen.

Angemerkt wird gegenüber allen, die beruflich mit Kindern umgehen, dass nicht nur auf gesundheitliche Besonderheiten oder Auffälligkeiten im engeren Sinne, sondern auch auf entstehende Teilhabedefizite zu achten ist, wie sie sich oftmals als Verhaltensauffälligkeiten ausdrücken. Vieles, was sich dem sensiblen, teilhabeorientierten Blick so erschließe, passe allerdings nicht in das Schema „untere Gesellschaftsschicht = hohe Inzidenz derartiger Auffälligkeiten“. Manchmal sei es gerade umgekehrt; so treten zum Beispiel Neurosen häufig bei jungen Menschen „aus besserem Hause“ auf.

Reformimpulse

Fragen und Anmerkungen zum Referat „Impulse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation“ von Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann (vortragend), Bad Kreuznach und Dr. Tomas Steffens, Berlin, bezogen sich vor allem auf leistungsrechtliche Probleme, mit denen die Kinder- und Jugendrehabilitation zu kämpfen habe.

Dazu gab es mehrere Anmerkungen: Es beginne schon mit der Bedarfserkennung nach § 10 Abs. 2 SGB IX. Eine Frage – wichtig insbesondere für junge Menschen, die in sogenannten „sozialen Brennpunkten“ aufwachsen – lautet: Wie kann die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe vor Ort besser mit ihren beiden „Nachbarn“, dem Gesundheitssystem und dem Bildungswesen, zusammenwirken? Was braucht es, um hier mehr Nahtlosigkeit zu erzeugen? Ein anderes Kernproblem ist die fehlende Übung der Akteure darin, nicht nur auf Gesundheitsrisiken und -probleme, nicht bloß auf Bildungshindernisse und -schwächen, sondern immer auch auf sich entwickelnde Teilhabeschwierigkeiten frühzeitig zu achten und sich dabei dann bewusst zu werden, welch wirkungsvolles Instrumentarium die Rehabilitation besitzt, um Teilhabe abzusichern. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass allein das Erkennen von Handlungsbedarf zur Teilhabe leider noch keinen Zugang zu den geeigneten Hilfen schafft, weil sozialrechtliche Kenntnisse und das Wissen um die richtigen Ansprechpartner in vielen Berufen, die mit Kindern und Jugendlichen umgehen, unzureichend verbreitet sind. Was vor Ort gebraucht werde, seien interdisziplinär arbeitende Beratungs-/Servicestellen von niedrigschwelligem Charakter und mit instituioneller Übersicht über das Angebot der Kinder und Jugendrehabilitation.

Der Vortragende verwies in diesem Zusammenhang unter anderem auf die noch folgenden Vorträge, die am Nachmittag stattfänden und weitere Aufschlüsse dazu geben dürften. Eigentlich sei speziell § 14 SGB IX der Schlüssel dafür, dass es nur wenige und kleine Zuständigkeits-Streitigkeiten zwischen Rehabilitationsträgern geben darf, die in diesem Bereich die Strukturverantwortung für Angebote tragen. (Allerdings: Soweit kassenärztliche Versorgung im Zentrum steht, bestehe zurzeit mit der „Engführung“, die der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte, Kliniken und Krankenkassen – G-BA – mit seinen Reha-Richtlinien erzeugt hat, ein Zugangsproblem, das noch zu beseitigen sei!). Er wiederholt, dass jetzt die neue UN-Behindertenrechtskonvention und auch die jüngste Stufe der Gesundheitsreform (GKVWSG), die ja medizinische Rehabilitation zu einer Pflichtleistung machte, den nötigen Aufwind bieten, um hier politisch und praktisch ein Stück weiter zu kommen. Stichwort: Endlich eine interdisziplinäre, teilhabeorientierte und gemeinsame Hilfeplanung bei den Leistungsträgern, die diesen Namen auch verdient.

Hingewiesen wird nochmals auf drei große Entwicklungsbedarfe in der Kinderrehabilitation: die unselige Verknüpfung von Armut und Gesundheitsbenachteiligung auflösen, einen klaren Focus auf die aktuell besonders benachteiligten Erkrankungs-/Risikogruppen richten und die Schnittstellen des gegliederten Sozialsystems überwinden, das heißt die Abbrüche in der rehabilitativen Begleitung junger Menschen vermeiden, die es besonders zwischen Frühförderung und Schule sowie zwischen der (Sonder-)Schule/Erstausbildung und dem Einstieg ins Arbeitsleben gebe. Ein weiterer wichtiger Auftrag sei auch, die Nachsorgelücke zu beseitigen, die sich nach intensiver medizinischer Reha oft auftue. Das bedeute unter anderem, dass nicht nur an die stationären/wohnortfernen Angebote zu denken ist (obwohl diese natürlich in guter Qualität weiterhin gebraucht werden).

Inklusive Rehabilitation

Fragen und Anmerkungen zum Referat von Dr. Robert Bering, Krefeld, mit dem Titel „Inklusive Rehabilitation? – Überlegungen zur trägerübergreifenden Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“ bezogen sich zum einen auf Zusammensetzung und aktuelle Aufgabenstellungen des vom Referenten geleiteten und in seinem Beitrag vorgestellten Fachausschusses „Psychische Behinderungen“ der DVfR, zum anderen auf die für den Impulsvortrag zentrale Frage des Fallmanagements.

Zu Letzterem: Es sei eine Sache, theoretisch und allgemein unter Verweis auf geeignete Regelungen im Kinder-Jugendhilferecht (SGB VIII §§ 35a ff.), Teilhaberecht (SGB IX §§ 10 ff.), im rehabezogenen Recht der Krankenversicherung (SGB V §§ 40 ff.), in den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR zur gegenseitigen Information beteiligter Leistungsträger, zur frühzeitigen Leistungsbedarfserkennung oder zur trägerübergreifenden Teilhabeplanung sowie in der neuen Behindertenrechtskonvention, gangbare Wege für sinnvolles Handeln zu Gunsten junger Menschen aufzuzeigen, die psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder davon bedroht sind. Eine ganz andere Sache hingegen sei es, in dem an Schnittstellen reichen Feld zu fragen: „Wer nimmt dies alles in die Hand und welche Kompetenzen, welche Vergütung braucht gegebenenfalls diese(r) „Case Manager/in“? Hierzu wurde die Anmerkung gemacht, dass es für jede Person, die aufgrund eigener beruflicher Befassung

Teilhabeleistungsbedarfe bei einem jungen Menschen erkennt, eine Verpflichtung ist, irgend einen der infrage kommenden Leistungsträger (oder deren gemeinsame Servicestelle) zu unterrichten und sie/er kann dabei allein das Teilhaberecht des SGB IX als übergeordnetes Regelungswerk nutzen, das alle möglicherweise verpflichteten Träger bindet, und – beginnend mit der Bedarfsfeststellungsverpflichtung des § 10 Abs. 2 SGB IX – das weitere Verfahren verbindlich beschreibt. Man müsse dies nur – im Einverständnis mit der betroffenen jungen Person und mit den Erziehungsberechtigten – in Gang setzen!

Zum Referat „Die künftige Bedeutung der ICF für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ von Dr. Stefan Berghem, Usedom-Kölpinsee, das aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland das Potenzial der neuen, auf junge Menschen mit Behinderung und Behinderungsrisiken zugeschnittenen Version der Internationalen Klassifikation für Funktionale Gesundheit (ICF) der WHO beschrieb, gab es nur wenige Rückfragen beziehungsweise Kommentare. Auch die Tagungsteilnehmer beurteilten offensichtlich – genau wie die potenziellen Anwender im Rehabilitationswesen – die ICF und auch die ICF-CY als wenig umstritten, soweit es allein um die Philosophie und Sichtweise oder um das Ordnungsprinzip im Sinne einer gemeinsamen, interdisziplinären Fachsprache der an der Reha beteiligten Fachkräfte geht. Auch als Instrumentarium für komparative Teilhabe und Rehabilitationsforschung wird die ICF durchaus positiv gesehen. Viele haben aber wohl ihre Zweifel, ob sie immer einen zielführenden Therapieleitfaden nahezulegen vermag und vor allem, ob es vom Aufwand her vertretbar ist, sie durchgängig als Beurteilungs- und Begutachtungswerkzeug, als leistungsstatistische Erfassungsgrundlage oder gar als Beurteilungsbasis für Ressourcenverteilung/Mitteleinsatz zu verwenden, wobei Letzteres ja erst noch entsprechende Vereinbarungen zwischen der Seite der Leistungsträger und der Leistungserbringer voraussetzen würde.

Die Diskussion kam, besonders auch inoffiziell am Rande dieser Fachtagung, immer wieder auf die rehabilitationspraktische Handhabbarkeit, auf den Einführungsaufwand für Reha-Fachkräfte, auf Vereinfachungsmöglichkeiten über so genannte Core Sets für Codierungen und damit auch auf die Frage der Gefahr von Verfälschungen und unzulässiger Simplifikation des „Denksystems ICF“ zu sprechen. Besondere Anwendungsschwierigkeiten auf die sich in ständiger und oft schneller Entwicklung befindenden jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden oft vermutet. Insgesamt wurden jedoch Wert und Bedeutung einer Nutzung der ICF und der ICF-CY anerkannt; nur dass von vielen der zügige Einbau der ICF-Anwendung in die fachlichen Routinen und Handlungsrundlagen des deutschen Systems der Kinderrehabilitation derzeit noch nicht allzu optimistisch beurteilt wird.

Entwicklungstendenzen in der Kinderreha

Die in den Vorträgen von Herrn Baumann („Ökonomische Bedingungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“) und Dr. Fuchs („Rehabilitationspolitischer und sozialrechtlicher Handlungsbedarf in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) formulierten Aussagen wurden in der abschließenden Podiumsdiskussion aufgegriffen. Zu Beginn dieses Berichts wurde auf einige diskutierte Themen verwiesen. Dr. Johannes Oepen, Viktoria-Stift, Bad Kreuznach und AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, führte aus, dass sich die Altersentwicklung dahingehend entwickelt, dass mehr Schulkinder in die Kliniken kommen, während Jugendliche und junge Erwachsene zum Teil einen Bedarf eher im Bereich der ambulanten Therapie hätten. Auch gäbe es Probleme mit der Gruppenfähigkeit. Diese Patienten wären dann eher in Fachkliniken der Akutpsychiatrie zu behandeln. Warum auch tendenziell im Bundestrend weniger Kleinkinder zur Aufnahme kommen, müsse offenbleiben. Ein Problem bei den Patienten an der Obergrenze des Altersspektrums sei, dass die Kliniken noch immer wenig Ressourcen beziehungsweise keinen Auftrag haben, ärztlich-therapeutisch mit Bezugspersonen zu arbeiten. Die Kliniken leisten das, wofür sie bezahlt werden. Gerade bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die auch in Reha-Kliniken für Erwachsene Aufnahme finden können, wäre aber eventuell eine intensive Arbeit mit Angehörigen (nicht unbedingt unter Mitaufnahme) eine interessante Aufgabe.
Zur Frage nach den Netzwerken für Kindergesundheit, in die die Kinderrehabilitation integriert werden sollte, antwortete Dr. Oepen, dass ambulante Netzwerke für Kinder mit chronischen Krankheiten und deren Familien noch rar seien, weil deren Möglichkeiten, ihre Arbeit zu finanzieren, oft sehr begrenzt seien. So sind die Adipositasnetzwerke – in seinem aber auch anderen Bundesländern – immer wieder gefragt, haben aber (noch) keine zugkräftige Infrastruktur.

Dr. Oepen arbeite ebenso wie zum Beispiel die Kollegen der Edelsteinklinik schon seit über zehn Jahren sehr konstruktiv mit dem ärztlichen Qualitätszirkel PPARP (Pädiatrische Pneumologen und Allergologen von Rheinland-Pfalz) zusammen. Aber schon deren Möglichkeit, ambulante Asthmaschulung anzubieten – also auch abzurechnen – werde finanziell immer wieder begrenzt.

Ähnliche Kooperationen gibt es regional und überregional zum Thema ADHS (ADHS Deutschland e.V. in Berlin), Asthma (DAAB – Deutscher Allergie- und Asthmabund in Mönchengladbach) und andere Elternselbsthilfeverbände. Beispielhaft sei das Kindernetzwerk e.V. aus Aschaffenburg als übergeordnetes Netzwerk genannt. Diese Elternbetonung von Netzwerken sei oft ein Garant für Effizienz. Ärztliche Kooperationen ergeben sich leider oft vor allem aus persönlichem Engagement von Kinder- und Jugendärzten. Eine konkrete Unterstützung von Seiten der Leistungsträger – ob GKV oder DRV – für eine Kooperation mit den unterschiedlichen Netzwerken aus der stationären Rehabilitation heraus, würde den Kindern und ihren Familien in der Vorbereitung und Nachsorge der stationären Reha viel bringen.

Frau Dr. Siiri Ann Doka, BAG Selbsthilfe, führte aus, dass es zwischen Selbsthilfe und medizinischer Rehabilitation, nicht nur in der Kinderrehabilitation, zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten gebe. Aber gerade im Bereich der medizinischen Kinderreha sei es wichtig, dass aus familiensozialisatorischen Gründen auch über die Selbsthilfe die Eltern in Therapie und Nachsorge einbezogen werden. Generell müsse Selbsthilfefreundlichkeit ein strukturelles Qualitätsmerkmal der medizinischen Rehabilitation werden.

Die Bundestagsabgeordnete Dr. Marlies Volkmer drückte ihre Sympathie für die Forderung aus, das Nachrangigkeitsgebot gegenüber der Akutmedizin im § 40 SGB V zu überdenken, betonte jedoch, dass es zahlreiche andere – und vorwiegend nicht rechtlich begründete – Barrieren für die Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation gibt. Zu nennen sei unter anderem mangelndes Wissen über die Rehabilitation, Probleme der Umsetzung geltenden Rechts, aber auch Skepsis gegenüber der Wirksamkeit von Reha.

Auch Marion Götz, Deutsche Rentenversicherung Bund, warnte vor monokausalen Zuschreibungen. Sie bezog sich auf die Diskussion zu den Ursachen, der zurückgehenden Belegungszahlen. Die Rede von einer 50-prozentigen Ablehnungsquote bei den Kinderreha-Anträgen wies sie strikt zurück, auch, weil nicht jeder Antrag einen Rehabilitationsbedarf begründe.

Dr. Monika Kücking vom GKV-Spitzenverband wurde gefragt, ob die GKV sich mit einer Veränderung oder gar Aufhebung der Reha-Richtlinien mit ihrem zweistufigen Verfahren anfreunden könne, da der Zugang zur Reha bereits im SGB IX klar geregelt sei. Ihre Begründung für die Reha-Richtlinien wurde in der Diskussion kontrovers diskutiert.

Frau Bettina Cleavenger, die das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vertrat, nahm die Anregung, der Diskussion der in Kürze in deutscher Sprache übersetzten Fassung der Kinder-ICF einen neuen Impuls zu geben, zum Beispiel in Form eines Gutachtens, das verschiedene Handlungsoptionen aufzeigt, positiv auf.

In der Diskussion wurden, wie oben bereits angedeutet, zahlreiche Fragen diskutiert, die sich während der Vorträge des Tages angesammelt hatten, insbesondere der Vortrag von Dr. Fuchs, der zahlreiche Umsetzungsdefizite des SGB IX aufzeigte und zugleich eine Brücke zum eingangs erwähnten Memorandum schlug, regte zur kontroversen Diskussion im Schlussteil der Tagung an.

Herausgegriffen werden sollen an dieser Stelle die Anliegen von Diakonie und Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, das SGB IX-Leistungserbringungsrecht weiterzuentwickeln (verpflichtende Rahmenverträge unter anderem zu Grundsätzen der Vergütung), die Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Rentenversicherung zu klären und unter Umständen weiterzuentwickeln sowie das Teilhabemanagement (Nachsorge- beziehungsweise Vernetzungspflicht) verbindlicher zu gestalten.

Martin Schmollinger, DVfR

Auszug Diakonie Texte 2009/2010/2011

04.2011 Der Tod gehört zum Leben
03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie
02.2011 Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte 2009
01.2011 Prävention in der Schuldnerberatung der Diakonie
12.2010 Gerechte Teilhabe an Arbeit
11.2010 Diakonie und Bildung
10.2010 Sozialarbeiterisches Case-Management für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX
09.2010 Erwartungen der Diakonie an die Reform der Grundsicherung
08.2010 Raus aus dem Abseits
Diakonisches Plädoyer für eine gerechte Jugendpolitik
07.2010 Deutsche aus der ehemaligen Sowjetunion – auf der Suche nach einer verlorenen Familienvergangenheit
06.2010 Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Europa
05.2010 Perspektiven zur Mitarbeitendengewinnung in der Diakonie
04.2010 Das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) und sein Beitrag zur Personalgewinnung
03.2010 Es sollte überhaupt kein Armer unter Euch sein „Tafeln“ im Kontext sozialer Gerechtigkeit
02.2010 Interkulturelle Öffnung
Zusammenstellung von Stellungnahmen und Arbeitshilfen
01.2010 Bildung, Erziehung und Betreuung in der Kindheit
16.2009 Pflegestatistik zum 15.12.2007
15.2009 Einrichtungsstatistik – Regional, Stand 1. Januar 2008
14.2009 Vorstandsbericht:
Gemeinsam in die Zukunft: „Weil wir es wert sind“
13.2009 Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderung außerhalb der WfbM
12.2009 Seelsorge in Palliative Care
11.2009 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2009
10.2009 Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
09.2009 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2008
08.2009 Fehlerhafte Transparenzberichte – Rechtsmittel gegen eine Veröffentlichung
07.2009 Zur Rechtsstellung einkommensarmer Menschen und den notwendigen Änderungen im SGB II

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank im Voraus.
Ihr Diakonisches Werk der EKD

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nichtkommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Stafflenbergstraße 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
www.diakonie.de

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

Layout: A. Stiefel

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

© März 2011 - 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-31-4

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Stafflenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de