

# Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Versorgung und Versorgungsqualität

Dr. Teresia Widera, PD Dr. Eckehard Baumgarten, Dr. Ulrike Beckmann, Michael Zellner

Die gesetzliche Rentenversicherung (RV) betrachtet es als eine ihrer Kernaufgaben, im Rahmen ihrer medizinischen Versorgungsleistungen die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit hohem Engagement durchzuführen und zu fördern. Ziel dieser Maßnahmen ist es, körperliche und seelische Beeinträchtigungen als Folgen einer chronischen Erkrankung zu verhindern. Durch ein frühzeitiges Einsetzen rehabilitativer Therapiemaßnahmen ist eine nachhaltige Wirksamkeit zu erwarten, so dass Kindern mit chronischen Erkrankungen ein nicht von Fehltagen unterbrochener Besuch von Kindergarten und Schule und darüber hinaus eine ungestörte Teilhabe am späteren beruflichen Leben ermöglicht werden kann. Die Rehabilitanden werden dabei nicht nur in Vertragseinrichtungen behandelt, sondern es stehen auch bewährte Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitationseinrichtungen der RV zur Verfügung.

## 1. Die RV als Rehabilitationsträger

Die RV als Rehabilitationsträger ist sich ihrer besonderen Verantwortung bewusst, wenn es um die Sicherstellung der späteren Erwerbsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen geht. Hieraus wächst gleichzeitig ihre Verpflichtung, für diesen vergleichsweise kleinen Versorgungsbereich eine umfassende Reha-Qualitätssicherung (QS) zu etablieren. Rehabilitationsprozesse bei Kindern und Jugendlichen erfordern eine individuelle und vor allem altersgerechte Gestaltung. Erprobte Verfahren der QS für die Rehabilitation von Erwachsenen können deshalb nur teilweise übernommen werden. Dort, wo dies möglich erscheint, erfolgte in der jüngsten Vergangenheit eine Anpassung an die besonderen Merkmale der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Projekte.

## 2. Chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Chronische Erkrankungen kommen bei Kindern im Unterschied zum Erwachsenenalter sehr viel seltener vor. Bezogen auf den Bereich der körperlichen Erkrankungen sind sie darüber hinaus häufig auf nur wenige Organsysteme begrenzt. Der überwiegende Anteil geht auf allergische Reaktionen im Bereich der Atemwege und der Haut zurück<sup>1</sup>. Auch wenn chronische Erkrankungen bei Kindern vergleichsweise selten auftreten, hat ihr lang anhaltender Verlauf möglicherweise einen nachhaltigen Einfluss auf die gesamte Entwicklung des Kindes und Jugendlichen bis in das Erwachsenenalter hinein. Neben der körperlichen kann die psychosoziale Entwicklung betroffen sein, verbunden mit Belastungen des gesamten familiären Umfeldes<sup>2</sup>. Im Rahmen der langfristig angelegten Behandlungsmaßnahmen, die im Wesentlichen durch ambulante

Versorgungseinrichtungen (z. B. Kinderarzt, Spezialambulanzen, sozialpädiatrische Zentren) getragen werden, versteht sich die Rehabilitation durch die RV als ein Baustein des gegliederten Systems der medizinischen Versorgung chronisch kranker Kinder, um eine spätere Teilhabe am beruflichen Leben zu gewährleisten<sup>3</sup>.

Repräsentative Studien zur Verbreitung chronischer Erkrankungen in Deutschland im Kindes- und Jugendalter wurden erstmals im Rahmen eines bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) von 2003 bis 2006 bei über 17 000 Kindern im Alter von 0–17 Jahren durchgeführt<sup>4</sup>. Davor gab es einzelne regionale Untersuchungen, die nur partiell Aussagen zum Vorkommen chronischer Erkrankungen bei Kindern zuließen<sup>5</sup>. Fast 23% der

Dr. Teresia Widera, PD Dr. Eckehard Baumgarten und Dr. Ulrike Beckmann arbeiten im Bereich „Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Michael Zellner ist Leiter der Abteilung Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd.

<sup>1</sup> Kamptziuris, Atzpodien, Ellert, Schlack (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 686–700.

<sup>2</sup> Schubert, Horch (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 106–116.

<sup>3</sup> BAR (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.).

<sup>4</sup> Kurth (2006): Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 533–546.

<sup>5</sup> Hoepner-Stamos (1995): Prävalenz und Ätiologie chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, Hurrelmann, Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S. 49–50.

im Rahmen der KiGGs-Studie untersuchten Kinder hatten wenigstens eine der typischerweise allergisch bedingten Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen oder Neurodermitis entwickelt. Die Neurodermitis ist mit 13 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Heuschnupfen (11%) und Asthma bronchiale (5%)<sup>6</sup>. Die Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose), eine Erkrankung, die hauptsächlich heranwachsende Mädchen betrifft, wird mit einer Gesamthäufigkeit von 5 % angegeben. Deutlich seltener sind Herzerkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems oder auch Krankheiten der endokrinen Organe (Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus), also Erkrankungen, die im Erwachsenenalter eine weitaus bedeutendere Rolle spielen<sup>7</sup>.

Wie in allen Industrieländern ist auch für Deutschland von einer Zunahme übergewichtiger Kinder und Jugendlicher auszugehen. Gesundheitliche Probleme, die hieraus erwachsen können, führen nicht selten zu dauerhaften Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen<sup>8</sup>. Gegenwärtig muss man in Deutschland bei 9 % der Kinder im Alter von 3–17 Jahren mit einer Übergewichtigkeit und bei einem Anteil von 6 % mit einer Adipositas (extremes Übergewicht) rechnen. Die Häufigkeit nimmt in den höheren Altersgruppen deutlich zu<sup>9</sup>. Psychische und Verhaltensstörungen wie z. B. Ängste, Depressionen oder Störungen des Sozialverhaltens sind mit einer Gesamthäufigkeit von 10 % bei Kindern zwischen 7 und 17 Jahren zu erwarten<sup>10</sup>. Mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen als einer Form der Verhaltensauffälligkeit ist bei ca. 5 % der Kinder und Jugendlichen zu rechnen.

### 3. Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Leistungen zur Reha von Kindern und Jugendlichen können gleichrangig sowohl von der RV als auch von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) und den hierzu erlassenen Kinderheilbehandlungsrichtlinien kann die RV stationäre medizinische Leistungen für Kinder und Jugendliche durchführen, wenn hierdurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt, eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert bzw. wieder-

hergestellt werden oder die spätere Erwerbsfähigkeit sichergestellt werden kann. Im Gegensatz zur RV hat die Krankenversicherung deutlich weitergehende rechtliche Möglichkeiten. Sie darf zusätzlich medizinische Leistungen zur primären Vorsorge erbringen, wenn es z. B. darum geht, Beschwerden zu lindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Im Jahr 2009 wurden 81 048 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche bei der RV gestellt (von insgesamt etwa 1,6 Mio. Anträgen auf medizinische Reha), im gleichen Zeitraum 42 494 Leistungen bewilligt und 36 254 abgeschlossen. Die Anzahl der jährlich beantragten, bewilligten und abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Reha kann nicht direkt miteinander verglichen werden, da das Verhältnis durch unterschiedliche Wartezeiten, mögliche Änderungen der Nichtantrittsquote bzw. unterschiedliche Behandlungsdauern beeinflusst wird. Abb. 1 (s. S. 22) zeigt die Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen. Nach einem kontinuierlichen Anstieg bis zum Jahr 2007 sinkt aktuell die Zahl der Anträge. Die Zahl der bewilligten Leistungen und der abgeschlossenen Maßnahmen liegt seit dem Jahr 2002 auf relativ konstantem Niveau.

Für die Antragsentwicklung der letzten Jahre sind unterschiedliche Ursachen denkbar. So hängt das Antragsverhalten sowohl von den Betroffenen, deren Eltern und den behandelnden Ärzten, aber nicht zuletzt auch von den individuellen Bedarfen und Erwartungen ab. Außerdem kann auch die gleichrangige Zuständigkeit von RV und Krankenversicherung für Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation zu Antragsverschiebungen führen. Schließlich kann eine Intensivierung und Verbesserung der ambulanten Versorgung, z. B. durch Einführung von Disease-Management-Programmen, zu einem sinkenden stationären Reha-Bedarf im Bereich der RV führen.

Auch für den Rückgang der Bewilligungszahlen sind verschiedene Faktoren verantwortlich. Die RV kann nur stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI durchführen; vom Gesetzgeber nicht vorgesehen sind ambulante Leistungen, Nachsorgeangebote oder Präventionsleistungen für Kinder und deren Eltern (sog. Mutter- bzw. Vater-Kind-Vorsorge). Insgesamt bleibt dennoch festzuhalten, dass die Deutsche Rentenversicherung sich weiterhin mit ihren Möglichkeiten dafür engagiert, dass Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, die einer multimodalen Intervention bedürfen, auch eine angemessene rehabilitative Versorgung erhalten.

### 4. Indikationsspektrum in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Der Anteil medizinischer Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche an der Gesamtzahl der von der RV durchgeführten Reha-Maßnahmen liegt in den vergangenen Jahren nahezu konstant bei etwa 4 %.

<sup>6</sup> Schlaud, Atzpodien, Thierfelder (2007): Allergische Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 701–710.

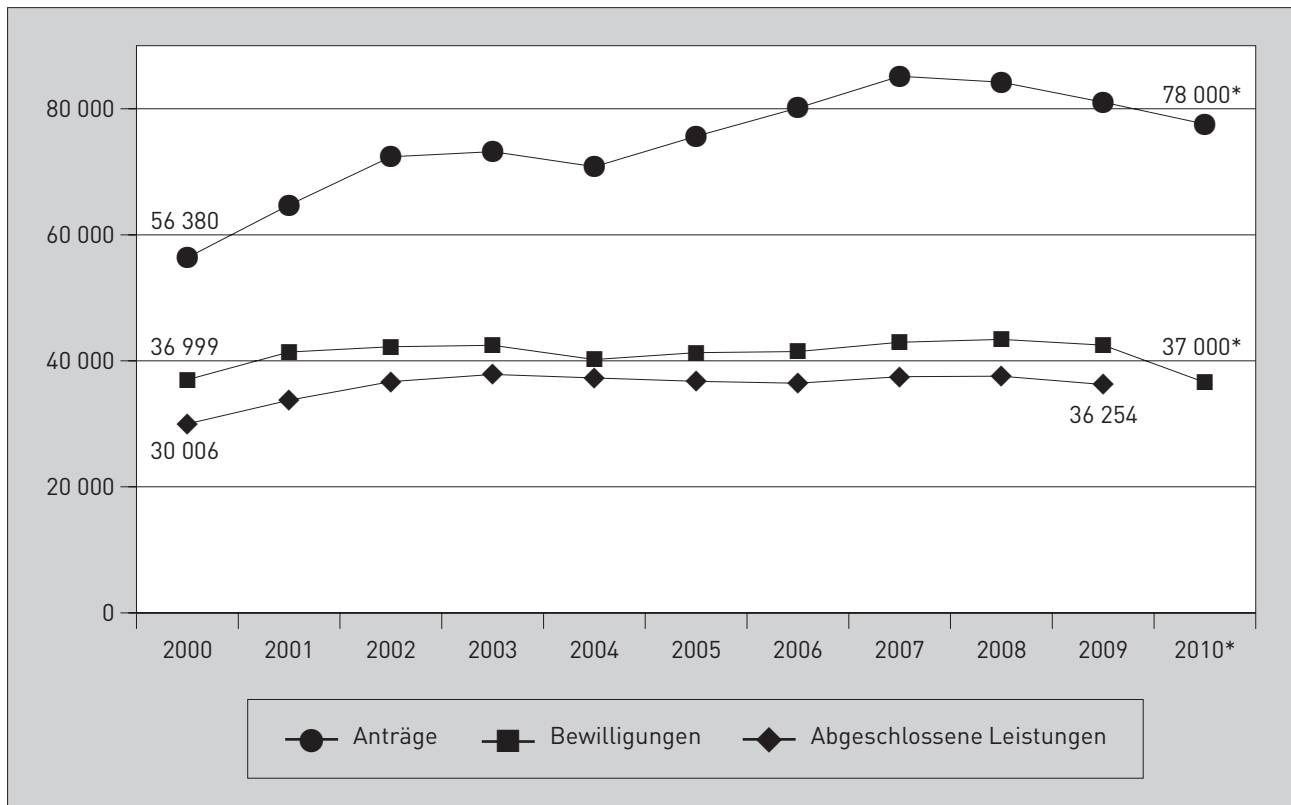
<sup>7</sup> Kamptsiuris, Atzpodien, Ellert, Schlack, a. a. O.

<sup>8</sup> Winnefeld, Baumgarten (2005): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Rehabilitation – ein unterschätztes Problem? DAngVers, 52, 2, S. 79–86.

<sup>9</sup> Kurth, Schaffrath, Rosario (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 736–743.

<sup>10</sup> Ravens-Sieber, Wille, Bettge, Erhart (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 871–878.

Abb. 1: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen, 2000 bis 2010\*



\* Hochgerechnet.

Quelle: Reha-Antragsstatistik, Tab.: 12.0, 801.0; Tab.: 80.00M 2005 bis 2009; Tab.: 303.00M 2004 bis 2000.

Verglichen mit der Häufigkeit chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung, findet sich im Indikationsspektrum der Kinder- und Jugendlichen-Reha eine ähnliche Verteilung von Kindern und Jugendlichen. Eine übergreifende Betrachtung von Mädchen und Jungen verdeutlicht, dass das Asthma bronchiale und Erkrankungen der Haut (überwiegend Neurodermitis) zusammen mit einem Anteil von 32 % das Bild der Beeinträchtigungen dominieren (vgl. Abb. 2). Es schließen sich mit etwas geringeren Anzahlen Kinder mit psychischen und Verhaltensstörungen sowie deutlichem Übergewicht (Adipositas) an. Kinder mit Deformitäten der Wirbelsäule, überwiegend Mädchen im Jugendlichenalter, machen insgesamt etwa 5 % des Indikationsspektrums aus. Sehr viel seltener sind Erkrankungen des Nervensystems, bösartige Neubildungen oder Krankheiten endokriner Organe wie z. B. der Diabetes mellitus (vgl. dazu Abb. 2).

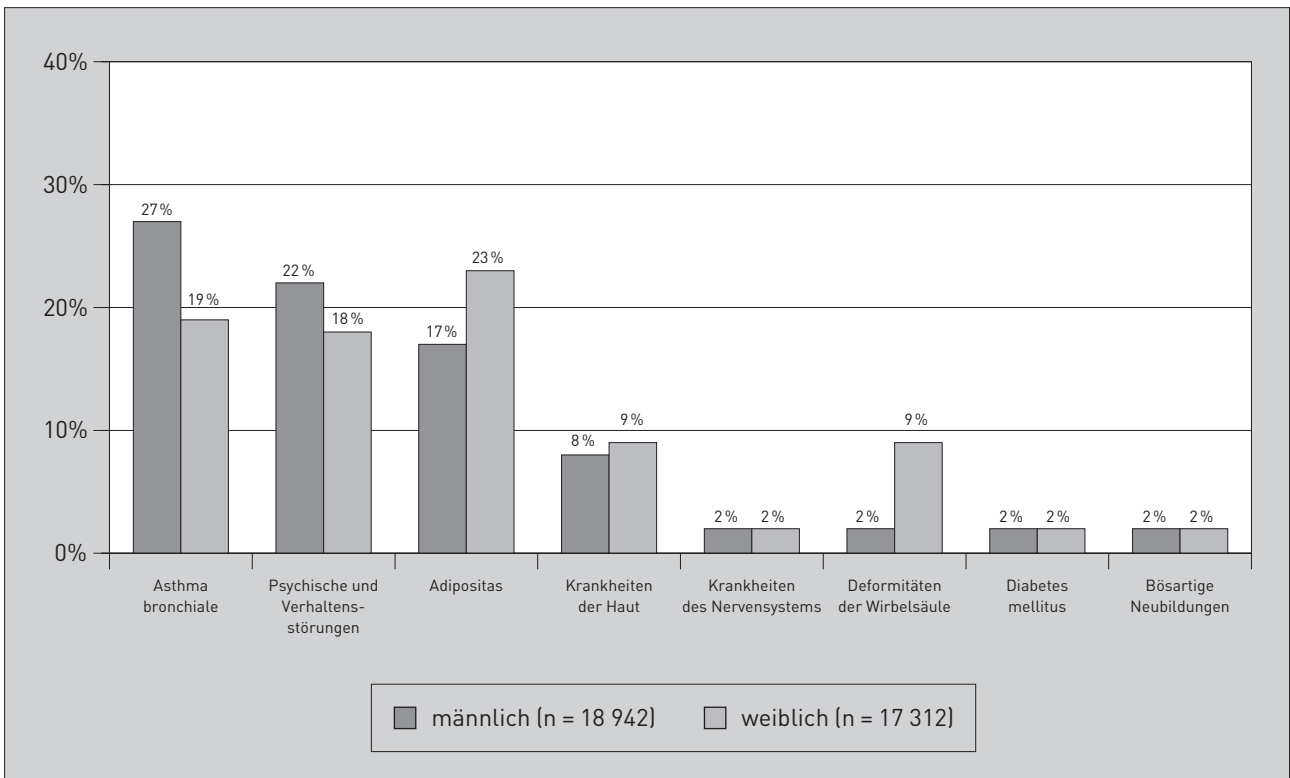
Allergische Erkrankungen werden in der Altersgruppe von 3 bis 10 Jahren mit einer deutlich ansteigenden Frequenz diagnostiziert<sup>11</sup>. Auch in der Rehabilitation sind Kinder mit allergisch bedingtem Asthma bronchiale oder Krankheiten der Haut überwiegend dieser Altersgruppe zuzuordnen. Entsprechend der Altersverteilung chronischer Erkrankungen sind Rehabilitanden, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen, Skoliose bzw. Adipositas eine Rehabilitation erhalten, überwiegend älter als 10 Jahre (vgl. dazu Abb. 3).

## 5. Qualitätssicherung der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung hat 1994 mit der Entwicklung eines einheitlichen, umfassenden Programms zur QS der medizinischen Rehabilitation begonnen. Die QS-Projekte wurden nach einer Umsetzungs- und Erprobungsphase mit wissenschaftlicher Begleitung ab Mitte 1997 in die Routine-QS überführt. Die Reha-QS-Aktivitäten der RV richteten sich zunächst ausschließlich auf die stationäre medizinische Rehabilitation von Erwachsenen. Um dem besonderen Anspruch der Reha von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, genügte es dabei nicht, QS-Verfahren einfach auf die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation zu übertragen. Dabei sind die Besonderheiten nicht nur quantitativer (eine bestimmte umgrenzte Altersklasse), sondern vor allem qualitativer Art, u. a. sind das: eine spezifische Ausrichtung an für das Kindesalter typischen Erkrankungen, die Verschränkung von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei dieser Patientengruppe, die erheblichen Entwicklungsschwankungen zwischen den Kindern, die unerlässliche Kooperation mit Eltern und die Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten für Bezugspersonen, die Gewährleistung von Schulunterricht sowie von Spiel- und Freizeitangeboten.

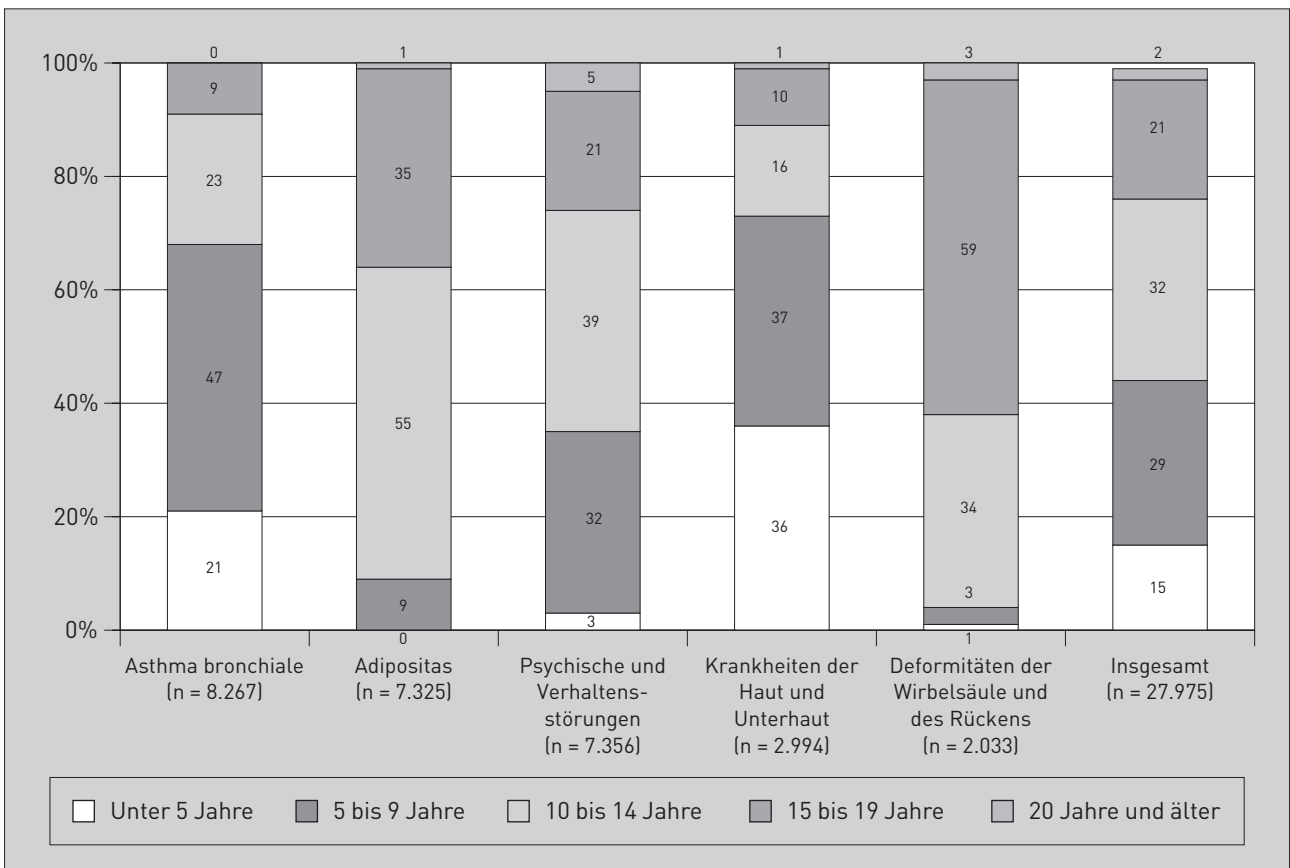
<sup>11</sup> Schlaud, Atzpodien, Thierfelder, a. a. O.

**Abb. 2: Anteil ausgewählter Diagnosen nach Geschlecht, 2009**



Quelle: Reha-Antragsstatistik, Tab.: 80.00M.

**Abb. 3: Altersstruktur in den häufigsten Diagnosegruppen, 2009 in %**



Quelle: Reha-Antragsstatistik, Tab.: 80.00M.

Die Besonderheiten der Lebens- und Gesundheits-situation von Kindern und Jugendlichen und die sich daraus ergebenden Spezifika in der Gestaltung reha-bilitativer Maßnahmen für Kinder und Jugendliche erforderten einen erheblichen Anpassungsaufwand bei der Entwicklung von QS-Instrumenten. Im Jahr 2003 wurde ein Gemeinschaftsprojekt von RV und Krankenversicherung zur Sicherung der Struktur-qualität ausgeschrieben, das im Jahr 2005 mit einer flächendeckenden Strukturhebung in den Kinder- und Jugendlichen-Reha-Einrichtungen abschloss<sup>12, 13</sup>. Seit dem Jahr 2008 meldet die Deutsche Renten-versicherung die Rehabilitandenstruktur und das therapeutische Leistungsspektrum routinemäßig an alle belegten Kinder- und Jugendlichen-Reha-Einrichtungen zurück. Im Jahr 2007 initiierte die RV die Entwicklung von Reha-Therapiestandards für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation, die Mitte 2010 in die Pilotphase gingen. Im Juli 2010 wurde das RV- und krankenversicherungsübergrei-fende Projekt zur „Sicherung der Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation“ abge-schlossen. Für die Zukunft ist vorgesehen, sowohl Strukturanforderungen wie auch Visitationenkonzepte in der gesamten RV zu vereinheitlichen und eine Strukturhebung in diesem Versorgungssegment zu wiederholen.

Die QS-Verfahren befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Umsetzung – von bereits realisiert über erst in Planung bis nicht geeignet für die Routine-QS<sup>14</sup> (vgl. dazu Tab.1). Von der Einführung eines Peer-Review-Verfahrens in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation wird zum jetzigen Zeitpunkt abge-sehen, da – mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Reha-Therapiestandards – bereits zwei QS-Verfahren zur Messung der Prozess-qualität zur Verfügung stehen<sup>15</sup>. Was den sozial-medizinischen Verlauf anbelangt, kann kein empirisch fassbares Konstrukt definiert werden, das nach einer Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation eine hohe prognostische Validität bezüglich Sicherung der späteren Bildungs- und Erwerbsfähigkeit auf-weist und das durch die Rehabilitationseinrichtun-gen beeinflussbar ist. Im Folgenden sollen ausge-wählte QS-Aktivitäten der RV im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendlichen-Reha vorgestellt wer-den.

## 6. Therapeutische Leistungen in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Die therapeutische Versorgung der Rehabilitanden wird in den Reha-Entlassungsberichten anhand der KTL<sup>16</sup> erfasst. Die RV hat eine Routine-Dokumentation entwickelt und eingeführt, mit der nicht nur die therapeutischen Leistungen im Einzelfall abgebildet, sondern zusätzlich die Prozessqualität in Reha-Einrichtungen bewertet werden kann<sup>17</sup>.

Tabelle 2 zeigt die therapeutische Versorgung in Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (n = 18 023) im Jahr 2009. Die Auswertungen ver-

**Tabelle 1: Stand und Perspektiven der Reha-QS in Kinder- und Jugendlichen-Einrichtungen**

Bereits realisiert	
Rehabilitandenstruktur	seit 2008
Therapeutische Versorgung (KTL)	seit 2008
Reha-Therapiestandards	seit 2010
Geplant	
Rehabilitandenbefragung	ab 2011
Strukturhebung und -bewertung	ab 2012
RV-einheitliche Visitationen	ab 2013
Derzeit nicht vorgesehen	
Peer-Review-Verfahren	–
Sozialmedizinischer Verlauf nach Reha	–

deutlichen das Leistungsgeschehen, sie stellen Infor-mationen zu Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit der therapeutischen Versorgung dar.

Bei weit über 90 % der Rehabilitanden werden Lei-stungen der Sport- und Bewegungstherapie mit einer durchschnittlichen Dauer von knapp 3,7 Stunden pro Woche durchgeführt. Information, Motivation und Schulung erhält fast jeder Rehabilitand. Aber auch die Rekreationstherapie ist fester Bestandteil des Versorgungsgeschehens in der Rehabilitation. Hingegen werden die klinische Sozialarbeit und -therapie sowie die Ergo- und Arbeitstherapie nur bei knapp der Hälfte der Rehabilitanden erbracht. Es ist auf ausgeprägte Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen hinzuweisen, die nicht auf Behandlungsschwerpunkte oder unterschiedliche Altersstrukturen zurückzuführen sind.

<sup>12</sup> Petersen, Widera, Kawski, Kossow, Glattacker, Koch (2007): The German system of medical in-patient rehabilitation in children and adolescents. International Journal of Rehabilitation Research, Vol. 30, No. 1, pp. 1–6.

<sup>13</sup> Petersen, Widera, Kawski, Kossow, Glattacker, Farin, Follert, Koch (2006): Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Die Rehabilitation, 45, 1, S. 9–17.

<sup>14</sup> Klosterhuis (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, 57, 8, S. 260–268.

<sup>15</sup> Baumgarten, Klosterhuis (2007): Aktuelles aus der Reha-Quali-tätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Ein-richtungen. RVaktuell, 54, 5, S. 152–154.

<sup>16</sup> Deutsche Rentenversicherung (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 5. Auflage.

<sup>17</sup> Zander, Beckmann, Somhammer, Klosterhuis (2009): Thera-peutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Lei-stungen (KTL). RVaktuell, 56, 5/6, S. 186–194.



**Tabelle 2: Therapeutische Versorgung – Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche**

Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	Behandelte Rehabilitanden	Pro Woche	
	Anteil in %	Leistungen	Dauer in Stunden
Sport- und Bewegungstherapie	96 %	5,7	3,7
Physiotherapie	63 %	4,3	3,1
Information, Motivation, Schulung	99 %	6,3	3,4
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	43 %	2,5	1,7
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	48 %	3,3	2,3
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	67 %	2,1	1,4
Psychotherapie	20 %	2,4	1,8
Reha-Pflege	55 %	8,8	1,5
Physikalische Therapie	74 %	5,4	1,5
Rekreationstherapie	89 %	11,1	8,6

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Rehabilitation, Reha-Entlassungsberichte 2009 (n = 18 023).

## 7. Reha-Therapiestandards in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Die RV fördert seit 1998 die Entwicklung von Reha-Therapiestandards. Eine inhaltliche Bewertung der therapeutischen Versorgung wird mit den von der RV entwickelten Reha-Therapiestandards möglich. Vor dem Hintergrund des bio-psychozialen Krankheitsmodells werden indikationsspezifisch die unterschiedlichen Aspekte der Therapie in der medizinischen Rehabilitation durch wissenschaftliche Institute einer Literaturrecherche unterzogen. Auf der Basis der codierten Therapien (KTL-Daten) erfolgt daraufhin die Formulierung evidenzbasierter Therapiemodule. Es ist somit möglich, das routinemäßig dokumentierte Leistungsspektrum einer Einrichtung mit den Vorgaben der Reha-Therapiestandards zu vergleichen.

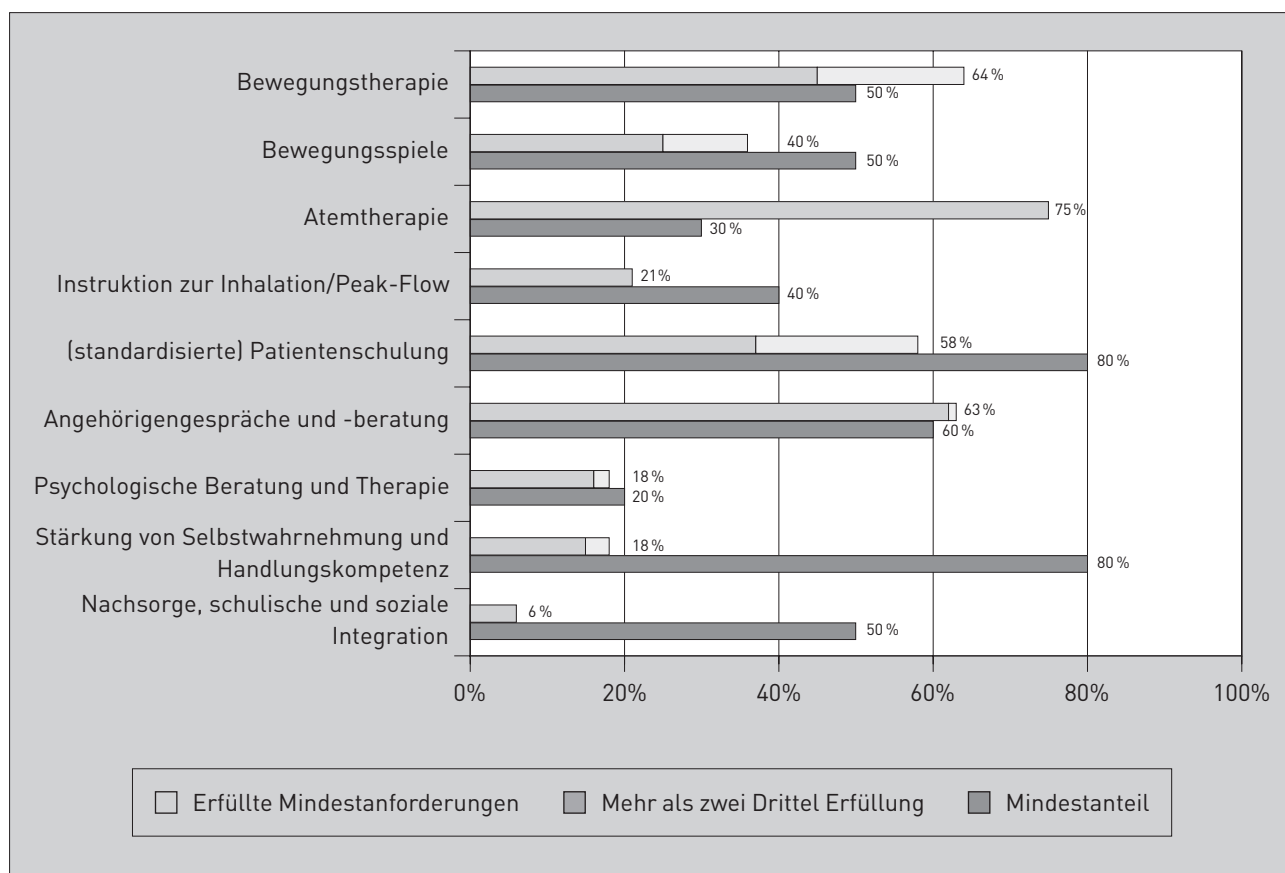
Für jedes evidenzbasierte Therapiemodul (ETM) wird ein Mindestanteil von Rehabilitanden festgelegt, der Therapieleistungen einer vorgegebenen Dauer und Frequenz erhalten soll. Das Leistungsspektrum wird auf rehabilitative Strategien fokussiert, deren Wirkung wissenschaftlich untermauert ist. Reha-Therapiestandards zur stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen seit Mai 2010 für die drei Diagnosegruppen Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis z. T. nach Alter differenziert in der Pilotversion vor. Einrichtungsbezogene Ergebnisse dieser Reha-Therapiestandards wurden im Juni 2010 an 26 von der Deutschen Rentenversicherung belegte Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche verschickt. Die Auswertungen zeigen, ob die in den Reha-Therapiestandards spezifizierten therapeutischen Verfahren im angegebenen Umfang durchgeführt

wurden. Somit wird das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent gemacht und Defizite werden aufgedeckt. Erste Ergebnisse der Pilotphase lassen bei allen Therapiestandards Verbesserungspotenzial erkennen. Bei jüngeren Kindern mit Asthma bronchiale werden z.B. bei nur drei von den in Abb. 4 (s. S. 26) dargestellten neun Therapiemodulen die geforderten Mindestanforderungen voll bzw. zu 2/3 erfüllt. Hinter diesen Ergebnissen verbirgt sich allerdings, wie auch bei anderen Instrumenten der QS, eine deutliche Heterogenität zwischen den Reha-Einrichtungen.

Erwähnenswert erscheint darüber hinaus, dass die Mindestanforderungen bei den standardisierten Patientenschulungen in allen Therapiestandards durchschnittlich betrachtet nicht erfüllt werden. Diese Therapieeinheiten sind seit langem ein fester Bestandteil der Kinder- und Jugendlichen-Reha und im gemeinsamen Rahmenkonzept von Krankenversicherung und RV für Vorsorge und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen festgehalten, das auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitet wurde<sup>18</sup>. Eine bisher vergleichsweise wenig verbreitete Dokumentationsdisziplin bezogen auf die KTL-Daten ist u.a. als eine wesentliche Ursache für die bei nahezu allen Therapiemodulen verbesserungswürdigen Ergebnisse zu vermuten. Als Ergebnis einer kürzlich abgeschlossenen Anwenderbefragung werden Modifikationen einzelner Therapiemodule vorgenommen, die eine an die Besonderheiten der Kinder-Reha angepasste Dokumentation von Therapieleistungen erleichtern. Vor diesem Hintergrund ist eine rasche Annäherung der Leistungsrealität an die Anforderungen der Reha-Therapiestandards im Rahmen der Routinisierung zu erwarten.

<sup>18</sup> BAR, a. a. O.

**Abb. 4: Reha-Therapiestandards Asthma bronchiale (bis 7 Jahre) – ausgewählte evidenzbasierte Therapiemodule**



Quelle: RYD, E-Berichte 2008, n = 3 834.

## 8. Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Die Ergebnisqualität stellt im Rahmen der QS eine zentrale Dimension dar. Sie bezieht sich vornehmlich darauf, in welchem Ausmaß die individuellen und indikationsspezifischen Ziele der Rehabilitation erreicht werden. Im September 2009 begann ein Forschungsprojekt von RV und Krankenversicherung zur Sicherung der Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen-Reha. Das Projekt wurde von der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg begleitet. Ziel des Projektes war es, Instrumente zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation zu entwickeln und zu erproben<sup>19</sup>.

Das Instrumentarium der QS wurde im Rahmen einer Pilotphase in 23 Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eingesetzt. Auch alle rentenversicherungseigenen Kinder- und Jugendlichen-Einrichtungen haben an der Pilotierung teilgenommen. Die eingesetzten Instrumente und Verfahren der QS umfassten standardisierte Fragebögen zur Messung der Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten, Behandlerbögen (Fragebögen für Ärzte, Psychologen und Therapeuten) unter Einschluss von Körperfunktionsmessungen sowie auch Zufriedenheitsbögen<sup>20</sup>.

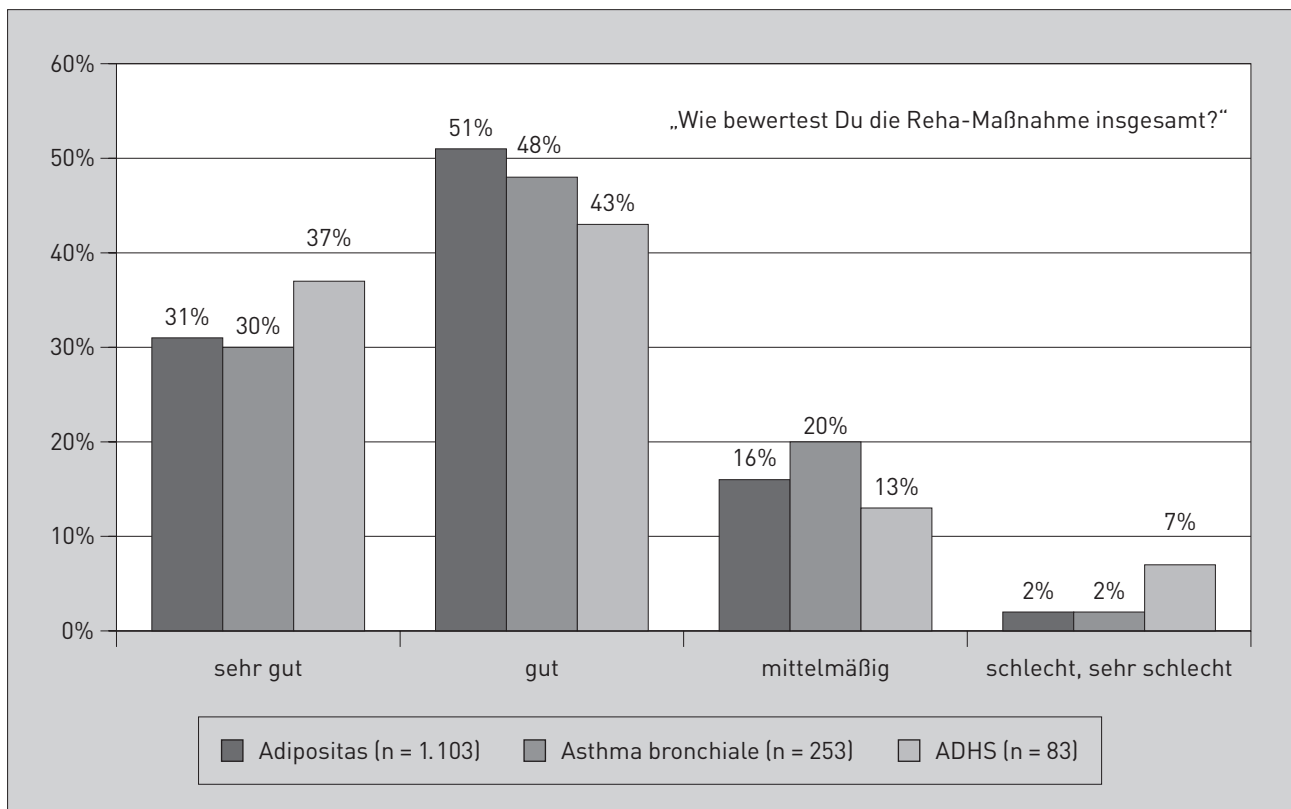
Bei den Datenerhebungen wurden drei Messzeitpunkte realisiert: Reha-Beginn, Reha-Ende und eine Nachbefragung 6 Wochen nach Reha-Ende. In die Untersuchung einbezogen wurden Rehabilitanden der Diagnosegruppen Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren wurden direkt per Fragebogen befragt; bei Jungen und Mädchen unter 12 Jahren wurde stattdessen von einem Elternteil ein kindesbezogener Fragebogen ausgefüllt. Zusätzlich gaben die behandelnden Ärzte und Psychologen ihre Einschätzung des Rehabilitationserfolges ab.

Es wurden insgesamt 1 439 Rehabilitanden und 2 056 Eltern von Rehabilitanden befragt bzw. untersucht. Die Pileteinrichtungen wiesen in der Regel positive, sich im oberen Mittelfeld befindliche Ergebnisse als Zeichen eines guten Qualitätsstandards in

<sup>19</sup> Farin, Gustke, Kosiol, Glattacker, Jäckel, Widera, Polak (2010): Die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur Analyse der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 88, S.39–41.

<sup>20</sup> Arnhold-Kerri (2010): Eignet sich der KINDL® zur Erfassung von Behandlungseffekten bei Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder? Psychother Psych Med, 60, S.211–218.

**Abb. 5: Rehabilitanden-Urteil – Rehabilitandenbefragung 2009**



Quelle: RV-GKV-Forschungsprojekt zur „Sicherung der Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen-Reha“ (2010).

der Kinder- und Jugendlichen-Reha auf<sup>21</sup>. Bezogen auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitation ergab sich das in Abb. 5 dargestellte Ergebnis.

Rund 30 % gefiel die Reha-Maßnahme sehr gut, weitere 50 % bewerteten die Rehabilitation mit der Note gut, als mittelmäßig beurteilten 15 % der jungen Rehabilitanden die Behandlung, auf die negativen Urteilkategorien (schlecht und sehr schlecht) entfielen um 5 % der Antworten. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erfahrungen aus der Rehabilitandenbefragung in der Erwachsenen-Rehabilitation<sup>22</sup>. Aus Elternsicht wurde die Vorbereitung auf die Reha (z. B. Erhalt von Auskünften und Informationen zum Reha-Aufenthalt) mit gut bewertet und die Nachbereitung der Reha-Maßnahme (z. B. Empfehlungen zur Nachsorge) als eher verbesserungsbedürftig beurteilt. Bei den jüngeren Rehabilitanden standen insbesondere die sport- und bewegungstherapeutischen Elemente hoch im Kurs.

Bei Behandlungsende sowie bei der Katamnese zeigte sich ein signifikant verbesserter Gesundheitszustand.

Nach der Rehabilitation waren Effekte im Sinne einer Erhöhung der allgemeinen sowie erkrankungsspezifischen Lebensqualität im mittleren Bereich zu erkennen. Insbesondere wurden substantielle Reha-Effekte in den Lebensqualitätsbereichen nachgewiesen, in denen deutliche Beeinträchtigungen bestanden. Die Reha-Effekte veränderten sich mit der Höhe der Eingangsbelastung und dem Schweregrad der Erkrankung der Rehabilitanden. Bei einer geringen Eingangsbelastung der Lebensqualität durch die zugrunde liegende Erkrankung bestand weniger Spielraum für gesundheitliche Verbesserungen.

Positive Auswirkungen der Rehabilitation auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden vor allem in der Diagnosegruppe Adipositas erzielt. Die Kinder selbst, ihre Eltern sowie ihre behandelnden Ärzte bzw. Psychologen unterschieden sich in der Bewertung der Reha-Einflüsse auf ihre Gesundheit. Dabei kann nicht abschließend beantwortet werden, ob diese Differenzen reale Effektivitätsunterschiede oder Unterschiede im Beurteilungsverhalten widerspiegeln.

Voraussichtlich im Laufe des Jahres 2011 wird eine Rehabilitandenbefragung in die Routine-QS einbezogen. Die Befragung wird aus Kosten-Nutzen-Erwägungen als Ein-Punkt-Messung nach Abschluss der Reha-Maßnahme durchgeführt. Sie wird die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie die subjektive Ein-

<sup>21</sup> Gustke, Kosiol, Farin, Widera, Polak (2010): Zufriedenheitsmessung in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation: Darstellung und erste Ergebnisse eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. DRV-Schriften, Band 88, S. 540–541.

<sup>22</sup> Widera (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, 57, 4, S. 153–159.



schätzung des Behandlungsergebnisses erfassen. Es wird eine altersgruppenspezifische Befragungsform realisiert: Elternseitig (von Eltern kindbezogen auszufüllen) bei Rehabilitanden unter 12 Jahren und rehabilitandenseitig in einer Selbstausfüllvariante bei Rehabilitanden ab 12 Jahren. Die Rehabilitandenbefragung wird die QS-Verfahren ergänzen, die die Deutsche Rentenversicherung bereits seit längerem in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation einsetzt.

## **9. Fazit**

Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen rechnen sich für die gesetzliche RV im Hier und Heute und in der Zukunft. Für eine wirk-

same Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gilt, dass die Maßnahme zeitnah erfolgen muss und die während der Rehabilitation erreichten Erfolge im Alltag zu Hause aufrechterhalten werden können. Die stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren profiliert. Der gute Qualitätsstandard, der in vielen Bereichen vorgefunden wurde, stellt eine Motivation dar, auch weiterhin die Qualität in diesem Versorgungsbereich weiterzuentwickeln. Die Einführung der an den spezifischen Bedarf angepassten Instrumente der Reha-QS hat zu einem intensiven produktiven Austausch zwischen der Reha-Praxis und den RV-Trägern geführt, so dass für die Reha-QS-Strategie der RV gute Umsetzungschancen gesehen werden.