

Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für spezifische Zielgruppen

Mütter, Väter und Kinder

Dr.med. Michael Armann

Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Neonatologie

Rehabilitationsrichtlinien des Bundesausschusses

§ 7 Voraussetzungen der Verordnung durch den Vertragsarzt

- (1) Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der medizinischen Indikation. Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments abzuklären:
 - die Rehabilitationsbedürftigkeit,
 - die Rehabilitationsfähigkeit und
 - eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.
 - (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch
 - Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
 - die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB Verreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.
-

Medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

- die stationäre Rehabilitation in speziellen Fachkliniken ist ein wichtiger Bestandteil der „Rehabilitationskette“.
 - Die Eltern sind in geeigneter Weise in die Rehabilitationsmaßnahme einzubeziehen um die Therapie des Kindes oder (Jugendlichen) erfolgreich durchführen zu können. (Begleitperson !)
 - die Rehabilitation von Erkrankungen der Eltern ist nicht Thema meines Vortrages, hier gelten auch bezüglich Kostenträger und den dafür geeigneten Kliniken andere Kriterien.
-

§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

§ 9 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

§ 10 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
 - über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 - in einem notwendigen Zeitraum.
-

Indikationen für die stationäre Kinderrehabilitation

- **Schwerwiegende progrediente Erkrankung**
 - **Angeborene oder erworbene chronische Erkrankung**
 - **Fehlende Krankheitseinsicht oder schwer zu erreichende Therapiecompliance der Eltern**
 - **Fehlendes Krankheitsverständnis oder schwer zu erreichende Therapiecompliance des Kindes oder insbesondere des (der) Jugendlichen**
 - **Soziale Indikation wie bspw. zerrüttete Familienstrukturen mit Verwahrlosungstendenzen, Kinder aus Familien in sehr schwierigen finanziellen Verhältnissen, Kinder mit Deprivation bei schwerwiegenden Erkrankungen der Eltern usw. d.h. Kinder oder Jugendliche aus einem Umfeld, dass eine gezielte regelmäßige und konsequente ambulante Therapie nicht leisten kann oder will**
 - **die Diagnose alleine ist nicht maßgebend !!**
-

Indikationen für die stationäre Kinderrehabilitation

Schwerwiegende progrediente Erkrankung

- **Asthma bronchiale**
 - **Tumorerkrankungen**
 - **Mucoviszidose**
 - **Schwere rezidivierende Neurodermitis mit multiplen Nahrungsmittelallergien**
 - **Anorexia nervosa**
 - **Bulimie**
 - **Schwerwiegende Adipositas mit begleitender Eßstörung**
 - **Schwerwiegendes Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADHS mit begleitenden Erkrankungen, medikamentösen Nebenwirkungen bzw. zunehmender Destabilisation der Familie**
-

Indikationen für die stationäre Kinderrehabilitation

Angeborene oder erworbene chronische Erkrankung

- **Kindliche Epilepsie mit begleitender neurologischer Symptomatik (Spastik, Hemiparese, Muskelhypotonie etc.), Entwicklungsretardierung und häufig interdisziplinärer Förderbedürftigkeit (Ergotherapie, Logopädie, Psychomotorik, psychologische Unterstützung der Eltern)**
 - **Frühgeborene (VLBW) mit bronchopulmonaler Dysplasie, rez. Infektasthma, Gedeihstörung, Ernährungsproblemen, und im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägter Entwicklungsretardierung mit interdisziplinärer Förderbedürftigkeit (s.o.)**
 - **Behinderte Kinder mit gravierenden Begleiterkrankungen und interdisziplinärer Förderbedürftigkeit zur Schaffung einer strukturierten und sinnvoll konzipierten Fördersituation**
-

Indikationen für die stationäre Kinderrehabilitation

Angeborene oder erworbene chronische Erkrankung

- **Neurofibromatose Morbus Recklinghausen**
- **Morbus Hirschsprung mit multiplen operativen Eingriffen, Anus praeter, Kathetercoecostomie und Sphincter-Achalasie nach Durchzugsoperation**
- **Hemihypertrophie-Syndrom mit Hemimegalencephalie, Muskelhypotonie und Cutis marmorata teleangiectatica**
- **Hypochondroplasie**
- **Floating-Harbor- Syndrom mit extremer Dystrophie und Kleinwuchs, Muskelhypotonie und chronischer Eßstörung**
- **usw.**

Auswahl von schwerwiegenden, seltenen Krankheitsbildern, die einen chronischen Verlauf nehmen, das familiäre Umfeld in hohem Maße fordern und belasten, aber eine positive Rehabilitationsprognose haben, d.h. die gesundheitliche Situation, der eigene Umgang mit der Erkrankung und auch die Stabilität der Familie werden sicher in entscheidendem Maße positiv beeinflusst.

Fall 1 M. M. ♂ 10 Jahre

- Asthma allergicum bei Hausstaubsensibilisierung
 - Saisonale allergische Rhinokonjunktivitis
 - Familiäre allergische Diathese
 - Begleiterkrankungen Atopische Dermatitis + Adipositas
 - **Fehlende Krankheitseinsicht und schwierige Therapiecompliance der Eltern**
 - Primäre Ablehnung der Begleitperson durch die BfA
 - Einleitung einer Hausstaub-Hyposensibilisierung
 - Besserung der Erkrankung nach der Rehabilitation
-

Fall 2 M. W. ♀ 14 Jahre

- **Progrediente Adipositas permagna**
 - Entwicklungsverzögerung und multiple Dyslalie Umschulung auf eine Sprachheilschule
 - Soziale Ausgrenzung und Adoleszenzkrise
 - **Elternhaus, das nicht in der Lage war die schwierige Situation der Jugendlichen zu erkennen, bzw. gezielte Unterstützung zu leisten**
 - Stationäre Rehabilitation ohne Begleitperson
 - Erfreuliche Entwicklung nach der Pubertät
-

Fall 3 M. K. ♂ 10 Jahre

- Kryptogene Occipitallappen-Epilepsie mit progredientem Verlauf
- wechselnde medikamentöse Kombinationstherapie mit unterschiedlichen Nebenwirkungen und nicht befriedigender Einstellung
- Psychomotorische Retardierung und Muskelhypotonie
- Adipositas und Eßstörung
- Interdisziplinäre Frühförderung
- **Aufnahme in die Sonderschule mit Borderline-Problematik**
- **zunehmende Eskalation einer Verhaltensstörung mit Aggressivität, Frustessen und eskalierenden Unruhezuständen (z.T. auch medikamentös bedingt)**
- Stabilisierung der Fördersituation nach der Rehabilitation durch neue Impulse und Unterstützung der Eltern
- Begleitperson wurde primär abgelehnt

Antikonvulsive Therapie

- Phenobarbital
 - Diazepam
 - Valproat (Orfiril)
 - Bromid (Di-Bro-Be)
 - Lamotrigin (Lamictal)
 - Clobazam (Frisium)
 - Levetiracetam (Keppra)

 - Frisium + Keppra + Di-Bro-Be

 - Keppra + Di-Bro-Be
 - Keppra
-

Fall 4 M. L. ♂ 15 Monate

- Frühgeborenes 28. SSW mit einem Geburtsgewicht von 1240 g Apgar 4-6-8 Peripartale Asphyxie
 - Schwerwiegende Ernährungsprobleme, Spucken und Koliken
 - Leichte Bronchpulmonale Dysplasie
 - Infektdisposition mit Infektasthma nach RS-Virusinfektion
 - Spätmanifeste Entwicklungsretardierung mit der Notwendigkeit einer interdisziplinären Frühförderung
 - Belastungssituation der Eltern und gravierende Unsicherheitsfaktoren bezüglich der Entwicklungsprognose
-

Fall 5 K. S. ♀ 3 ½ Jahre

- Astrozytom der Medulla oblongata
 - Subtotale Tumorresektion wegen intraoperativer Bradyarrhythmien
 - Familienorientierte Rehabilitation
 - Tumorprogression nach 5 Monaten
 - Re-Operation und mikroskopische Totalresektion
 - Postoperative Chemotherapie nach dem SIOP-LGG (Carboplatin + Vincristin)
 - 2. Rehabilitationsmaßnahme nach der Chemotherapie
 - jetzt leider Hinweise auf erneutes Tumorwachstum
-

Fall 6 A. O. ♂ 8 Jahre

- Schweres Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADHS mit Hochbegabung und sehr ausgeprägten Wahrnehmungsdefiziten in emotionaler und sozialer Hinsicht
 - der Besuch der Regelschule scheitert letztendlich mit 10 Jahren -> Umschulung auf eine Privatschule
 - Medikamentöse Therapie mit verschiedenen Stimulantien
 - Konstitutionelle Wachstumsverzögerung, Untergewicht, Appetitlosigkeit, Eisen- und Vitaminmangel
 - Atopische Dermatitis und saisonale Rhino-Konjunktivitis bei Gräser-Roggen-Pollen-Sensibilisierung
 - zunehmende Destabilisierung der familiären Situation (3 Kinder) und der psychischen Situation von Dominik
-

Fall 7 F. R. ♂ 12 Jahre

- Schweres Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADHS mit ausgeprägten Wahrnehmungsdefiziten in emotionaler und sozialer Hinsicht
 - Asthma allergicum mit Gräser-Roggen-Pollen-Sensibilisierung und multiplen Nahrungsmittelallergien
 - Medikamentöse Therapie mit verschiedenen Stimulantien und wechselndem Therapieerfolg, da die familiäre Situation durch eine psychische Erkrankung der Mutter zunehmend schwierig wird
 - Konstitutionelle Wachstumsverzögerung, Untergewicht, Appetitlosigkeit, Eisen- und Vitaminmangel
 - Atopische Dermatitis und saisonale Rhino-Konjunktivitis bei Gräser-Roggen-Pollen-Sensibilisierung
 - die Trennung der Eltern in der präpubertären Phase führt zur Eskalation der Verhaltensauffälligkeiten zuhause und in der Schule und zur Aufnahme in der Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie, um überhaupt wieder einen geordneten Schulbesuch des gut begabten Kindes erreichen zu können.
-

Fall 8 A. H. ♀ 15 Jahre

- Konstitutionelle Neigung zu Übergewicht und Unterlängigkeit
 - Hormonstatus bei intermittierender ovarieller Dysfunktion mit Überwiegen der Androgene im Entwicklungsalter, Hirsutismus, ausgeprägten Striae distensae und zeitweise progredienter Gewichtszunahme
 - Entwicklung einer ausgeprägten Adoleszenzkrise mit depressiver Reaktion, Versagensängsten und tiefgreifender emotionaler Störung, da es aus eigener Kraft – trotz aller Bemühungen - nicht gelingt eine Veränderung des Eßverhaltens und eine gezielte Einflußnahme auf den Gewichtsverlauf zu erreichen
 - Unterstützung durch die Familie und soziale Bezüge sind in diesem Fall sicherlich gegeben, allerdings muß dringend eine Stabilisierung der psychologischen Situation erfolgen, um ein Abgleiten in eine schwere Eßstörung oder eine psychische Erkrankung zu verhindern !
-

Fall 9 M. K. ♂ 9 Jahre

- Asthma allergicum mit Gräser-Pollensensibilisierung und schweren Infektasthma
 - Türkischer Junge (2. Kind, die ältere Schwester ist ein Mädchen), der ab dem Schulalter eine progrediente Adipositas entwickelt mit zunehmendem Bewegungsmangel, Eßsucht und fehlenden erzieherischen Anforderungen aufgrund der familiären Situation und einer schweren Erkrankung der Mutter
 - Persistierende Enuresis nocturna, Sigmatismus interdentalis
 - Verhaltensauffälligkeiten in der Schule bei mäßiggradiger ADHS-Symptomatik, aber guter Begabung als Reaktion auf zunehmende soziale Ausgrenzung (du bist „fett“, du kannst nicht „richtig“ reden)
 - Latente Hypothyreose und Steatosis hepatis mit Hepatopathie
 - Gute Stabilisierung nach der Rehabilitation, Entwicklung von Eigenständigkeit und Selbstbewußtsein
 - Begleitperson wurde primär abgelehnt
 - (Mutter : „**Kur** sehr anstrengend, aber gut“)
-

Schlusswort

- die **medizinische Rehabilitation** stellt für die Kinder und Jugendlichen einen entscheidenden Bestandteil der **Rehabilitationskette** dar.
 - die moderne Hochleistungsmedizin ist ohne **Vorfelddiagnostik** (Hausarzt + Kinderarzt) mit rascher Diagnosestellung + gezielter Überweisung ebensowenig denkbar wie ohne **Nachbehandlung durch medizinische Rehabilitation und ambulante Langzeitbetreuung** (Hausarzt + Kinderarzt)
-