

W. Sperl<sup>1</sup> · C. Nemeth<sup>2</sup> · G. Fülöp<sup>2</sup> · I. Koller<sup>3</sup> · K. Vavrik<sup>4</sup> · G. Bernert<sup>5</sup> · R. Kerbl<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburger Landeskliniken (SALK), Salzburg

<sup>2</sup> Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG), Gesundheit Österreich GmbH, Wien

<sup>3</sup> Abteilung für Kinder und Jugendliche, Landeskrankenhaus Leoben, Leoben

<sup>4</sup> Ambulatorium Fernkornogasse Wien, Wien

<sup>5</sup> Preyer'sches Kinderspital Wien, Wien

# Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich

## Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen

**Die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ist in Österreich nicht ausreichend geregelt, es fehlen entsprechende spezifische Einrichtungen. Bemühungen von Seiten des Gesundheitsministeriums, der Fachgesellschaften und besonders auch Elterninitiativen führten zu ersten Lösungsvorschlägen. Ein Blick über die Grenzen in unsere Nachbarländer unterstreicht die vorhandenen Defizite.**

Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter ist ein grundlegendes Aufgabengebiet der Pädiatrie und für die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe unserer Kinder am Leben in der Gesellschaft entscheidend. Es gilt u. a. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen und zu mildern sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Das Ausmaß und die Qualität des Rehabilitationsangebots spiegeln grundsätzlich ein Maß der Wertschätzung und Wahrnehmung unserer Gesellschaft für Kinder und Jugendliche wider.

In Österreich ist die Rehabilitation nur im Erwachsenenbereich klar geregelt, das entsprechende Angebot der Pensionsver-

sicherungsanstalt (PVA) ist eindeutig und übersichtlich. Es gibt einen bundesweiten Überblick über die Einrichtungen und die Angebote der Sozialversicherungsträger (■ **Infobox 1**). Ebenso sind konkrete Vorgaben für die Anträge auf Pensionsleistungen, Rehabilitation, Kurheilverfahren und Pflegegelder vorhanden. Die Zahl an Rehabilitationsbetten für Erwachsene steigt und beläuft sich derzeit österreichweit auf etwa 8000.

Für Kinder- und Jugendliche fehlen sowohl ein entsprechendes Angebot als auch eine bundesweite Übersicht.

■ **Österreichweit sind derzeit nur etwa 50–70 Rehabilitationsbetten für Kinder und Jugendliche vorhanden.**

Diese sind zudem an Erwachsenenrehabilitationszentren angeschlossen (■ **Tab. 1**).

Zwar gibt es seit vielen Jahren Bestrebungen, die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich zu verbessern, und es wurden wiederholt Bedarfszahlen dazu erhoben [Kinderrehabilitationspläne des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) aus den Jahren 1999, 2004, 2008 und 2010], zuletzt im Jahr 2010 (■ **Infobox 1**). Diese Bedarfs-

berechnungen wurden allerdings nie für eine konkrete Umsetzung herangezogen. So gibt es in Österreich bis heute keine geordnete Rehabilitation für kardiologische, pneumologische, rheumatologische und stoffwechselbedingte Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Ebenso gibt es für die familienorientierte hämatonkologische Rehabilitation und den Bereich „mental health“ keinerlei pädiatrische Rehabilitationsangebote. Rehabilitation in diesen Bereichen findet entweder nicht, teilweise im Ausland oder vereinzelt an Erwachsenenrehabilitationszentren statt.

Österreich muss somit im Vergleich zu Deutschland bezüglich der Kinderrehabi-

### Infobox 1 Internetlinks

- <http://www.initiative-kinderreha.at> (Elterninitiative)
- <http://www.rehakompass.at> (Angebot der Sozialversicherungsträger)
- <http://www.50plus.at/rehabilitation/rehabilitationszentren-oesterreich.htm> (Angebot der Sozialversicherungsträger)
- [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Kinderreha\\_2010.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Kinderreha_2010.pdf) (Bedarfsschätzung)
- <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>

**Tab. 1 Übersicht österreichischer Einrichtungen mit Betten für Kinder- und Jugendrehabilitation<sup>a</sup>**

Klinik Judendorf-Strassengel, Judendorf-Strassengel	18 Eltern-Kind-Zimmer Neuropädiatrie
Klinik Wilhering, Wilhering	10 Eltern-Kind-Zimmer Neuropädiatrie
Reha-Klinik Maria Theresia, Bad Radkersburg	24 Betten + „kids chance“ Neuropädiatrie, Orthopädie

<sup>a</sup>Außerdem gibt es in Stronach, Osttirol, den Ederhof, eine Kinder- und Jugendrehabilitationseinrichtung der deutschen Rudolf Pichlmayr-Stiftung Hannover mit Rehabilitationsbetten für Kinder vor und nach Organtransplantationen

**Tab. 2 Zuständigkeiten für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter in den DACH-Ländern**

Österreich (A)	Deutschland (D)	Schweiz (CH)
Gebietskrankenkassen (GKK)	Krankenkassen	Krankenkassen
[nur in Ausnahmefällen: Allgemeine Unfallversicherung (AUVA), Pensionsversicherung (PVA)]	Rentenversicherung	Invalidenversicherung

litation als *Entwicklungsland* bezeichnet werden. Im vorliegenden Beitrag sollen der Istzustand beschrieben, Defizite aufgezeigt und Lösungsansätze zur Verbesserung der bisher unbefriedigenden Situation dargestellt werden.

### Zuständigkeiten und gesetzliche Grundlagen

Ein wesentlicher Grund für die bisher unbefriedigende Umsetzung der Kinderrehabilitation ist wohl die komplexe und komplizierte Rechtssituation, in welcher Kinderrehabilitation einerseits gar nicht *vorgesehen* ist, gleichzeitig aber in den Kompetenzbereich verschiedener Institutionen fällt. Diese Situation in ihren Details zu beschreiben, würde den Umfang dieser Arbeit sprengen. Vereinfacht dargestellt sind folgende Institutionen in den Bereich Kinder- und Jugendlichenrehabilitation involviert:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als koordinierende Stelle für Maßnahmen im Gesundheitsbereich,
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) als Hauptverantwortliche für den Bereich Rehabilitation,
- Hauptverband (HV) der Sozialversicherungen (SV) als Dachverband der SV,
- Sozialversicherungen/Krankenversicherungen (KV) als mögliche Kostenträger,
- Allgemeine Unfallversicherung (AUVA) als für die Rehabilitation nach

Unfällen zuständiger Kostenträger, und

- Bundesländer (BL) als für alle *angeborenen* Erkrankungen/Behinderungen zuständige Stelle.

Das Problem liegt nun einerseits darin, dass Kinder gemäß § 133 ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz; Krankenbehandlung) nach Erkrankungen gar keinen Anspruch auf Rehabilitation haben, weil laut Sozialversicherungsrecht Rehabilitationsmaßnahmen der *Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit* dienen und eine solche bei Kindern grundsätzlich nicht vorliegt.

Hingegen besteht nach Unfällen (z. B. bei Schülern und Lehrlingen) gemäß § 189 ASVG (Unfallheilbehandlung) sehr wohl ein Rehabilitationsanspruch, und ein solcher ist auch für Waisen aufgrund ihrer Zuordnung zur Pensionsversicherung gegeben.

Die Situation wird zusätzlich dadurch kompliziert, dass für rehabilitative Maßnahmen als *Ermessensmaßnahme* (also ohne rechtlichen Anspruch) bei erworbenen Erkrankungen (wieder mit Ausnahmen!) die Krankenversicherungen zuständig sind, während bei angeborenen Erkrankungen bzw. Behinderungen die Länder Kostenträger sind.

Diese schwierige Rechtssituation führte dazu, dass die Verantwortlichkeit für eine Gesamtlösung seit vielen Jahren nach Belieben hin- und hergeschoben wird, und eine solche bis dato nicht zustande

kam. Ein Vergleich der Zuständigkeiten in den DACH-Ländern [DACH: Deutschland (D), Österreich (A), Schweiz (CH)] ist in **Tab. 2** aufgezeigt.

### Stationäre und ambulante Rehabilitation – 2 Wege als ergänzendes Angebot

Rehabilitation ist einerseits dann notwendig, wenn nach operativer Stabilisierung und Versorgung oder nach intensivmedizinischer bzw. pädiatrisch-internistischer Fachbehandlung klar wird, dass der kindliche Patient einen länger dauernden hochfrequenten Behandlungsprozess benötigen wird, um wieder Anschluss an die Entwicklung zu finden, die er bis zum Verletzungs- oder Erkrankungsereignis durchlief. Andererseits kann Rehabilitation auch dann erforderlich werden, wenn im Rahmen der Langzeitbehandlung einer genetischen oder angeborenen Schädigung weder die Intensität noch die medizinischen, technischen und therapeutischen Rahmenbedingungen einer niederfrequenten ambulanten Behandlung ausreichen, um einem prinzipiell erreichbaren Therapieziel näherzukommen. Das dafür nötige Angebot ist in Österreich nur teilweise vorhanden, Kapazitäten fehlen sowohl bezüglich der Akut- als auch der weiterführenden stationären als auch der ambulanten Rehabilitation.

Sowohl hinsichtlich der Inanspruchnahme des stationären als auch des ambulanten Angebots müssen Kriterien von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose sowie die Qualitätskriterien eines ausgewiesenen Rehabilitationskonzepts und eines multiprofessionellen Rehabilitationsteams zur Leistungserbringung gelten.

- **Gründe für eine wohnortnahe, ambulante statt einer stationären Rehabilitation müssen sorgfältig abgewogen werden.**

Dabei handelt es sich einerseits um eine medizinische, andererseits auch eine organisatorische und ökonomische Fragestellung, aber auch die psychosozialen Bedingungen und Umsetzungsmöglichkeiten sind zu berücksichtigen. Während beim stationären Angebot die Vorteile in der

W. Sperl · C. Nemeth · G. Fülöp · I. Koller · K. Vavrik · G. Bernert · R. Kerbl  
**Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich.  
Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen**

### Zusammenfassung

In Österreich ist die Umsetzung einer bundesweiten Regelung für die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen dringend geboten. Es bedarf einerseits einer gesetzlichen Regelung der Zuständigkeiten und Finanzierung, andererseits der Errichtung kinderspezifischer indikationsübergreifender Rehabilitationseinrichtungen, die qualitätsgesichert nach definierten Strukturkriterien erfolgen soll. Die notwendige Datenerhebung und Bedarfsermittlung wurden in den letzten Jahren durchgeführt. Im vom Gesundheitsministerium initiierten *Österreichischen Gesundheitsdialog für Kinder* wurden erste Vorschläge einer gesetzlichen Regelung sowie Größen- und Standortempfehlungen erarbeitet. Sie beinhalten auch eine adäquate fami-

lienorientierte Versorgung u. a. für onkologische Patienten. Die Rehabilitation im Bereich „mental health“ erfordert ein eigenes Konzept. Im Vergleich der Nachbarländer sind in Deutschland die gesetzliche Regelung und Trägerschaft vorbildlich, in der Schweiz das Ausmaß der Finanzierung. Im Gegensatz dazu ist die Situation in Österreich mangelhaft. Bei der jetzigen Konzeption ist darauf zu achten, dass eigenständige, von der Erwachsenenrehabilitation unabhängige kinder- und jugendlichen-spezifische Einrichtungen geschaffen werden.

### Schlüsselwörter

Rehabilitation · Kinder · Jugendliche · Familienorientierte Rehabilitation · Österreich

umfangreicheren medizinischen sowie technisch-apparativen Ausstattung und der vollen Entlastung von häuslich-familiären Pflichten sowie im Wegfallen von Anfahrtswegen liegen, ist es in der ambulanten Rehabilitation gerade die Wohnortnähe, die es den Eltern ermöglicht, ihre Aufgaben z. B. für Geschwisterkinder oder Arbeitsstelle weiter wahrzunehmen und welche somit einer Entwurzelung des Kindes und der Eltern aus ihren Lebensbezügen entgegenwirkt.

Große Bedeutung kommt auch der additiven Nahtstellenfunktion zu, die für eine gute Vor- und Nachbetreuung sowie eine hochqualifizierte Zuweisungspraxis zwischen stationären und ambulanten Angeboten unabdingbar ist.

### Bedarfsermittlung für die stationäre Rehabilitation

Die Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) – führte im Jahr 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bedarfsabschätzung für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 18 Jahren durch (► Infobox 1).

### Rehabilitationsbereiche und Indikationsgruppen

Die Bedarfsschätzung erfolgte für 10 verschiedene Indikationsgruppen, die zu 3 Rehabilitationsbereichen zusammengefasst wurden.

**Rehabilitation in den traditionellen Indikationsgruppen (in Anlehnung an die im Erwachsenenbereich gängige Einteilung).** Hierunter fallen:

- Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats sowie Rheumatologie,
- Herz-/Kreislauferkrankungen,
- kinderchirurgische Indikationen,
- neurologische Erkrankungen und Neurochirurgie,
- neurochirurgische Indikationen,
- pneumologische Erkrankungen,
- Krankheiten des Stoffwechselsystems und
- Krankheiten des Verdauungsapparats.

### Rehabilitation for children and adolescents in Austria. State of the art and future perspectives

#### Abstract

In Austria a nationwide coordination and regulation of rehabilitation in children and adolescents is urgently needed. Legislation for financing and governmental responsibility are necessary as well as the establishment of child-specific institutions for rehabilitation with an overlap in indications, which are organized with quality assurance programs and defined structural criteria. In a first step data concerning the demand for rehabilitation beds in Austria were recently acquired. As part of the nationwide *“Dialogue for Child Health”*, initiated by the Austrian Ministry of Health, first suggestions for legislation affairs, dimensions and localization of institutions for pediatric rehabilitation were developed. An adequate family oriented rehabilitation for e.g. pediatric hemato-oncological pa-

tients is of high priority. Rehabilitation in the field of mental health requires its own specific concept. Comparing neighboring countries, governmental legal regulation is exemplary in Germany while financial support via daily costs is optimized in Switzerland. In contrast Austria may be considered a developing country in this field concerning pediatric rehabilitation. Recent efforts must take into account that pediatric rehabilitation is a specific challenge requiring child-specific rehabilitation units which should not be routinely integrated into existing institutions for adults.

#### Keywords

Rehabilitation · Children · Adolescents · Family oriented rehabilitation · Austria

**Psychosoziale Rehabilitation bzw. „mental health“-Rehabilitation.** Hierzu zählen:

- kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen,
- Entwicklungsstörungen,
- Erkrankungen für die sozialpädiatrische Versorgung sowie
- pädiatrische psychosomatische Erkrankungen.

**Familienorientierte Nachsorge (Rehabilitation nach Krebserkrankungen).** Hierunter fallen:

- onkologische Erkrankungen (ONK).

### Bedarfsabschätzung

Sie erfolgte morbiditätsbasiert in 2 verschiedenen Berechnungsansätzen (bereits im Jahr 1999 im ÖBIG entwickelt). Die entsprechenden Parameter (s. unten, kursiv hervorgehoben) wurden je Indikationsgruppe im Einvernehmen mit einer medizinischen Expertengruppe festgelegt. Die Prognose bis zum Jahr 2020 resultierte u. a. auch aus der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung.

### Traditionelle Indikationsgruppen und psychosoziale Rehabilitation

Ausgangsgröße sind die Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen in Rehabilitationszentren und in Akutkrankenhäusern.

#### Berechnungsschritte.

- Ermittlung der Rehabilitationsaufenthalte in Rehabilitationszentren, Zuordnung derselben zu den Indikationsgruppen
- Festlegen der Hauptdiagnosen nach ICD-10 („International Classification of Diseases, 10th edition“), die potenziell einen Rehabilitationsbedarf nach sich ziehen (*rehabilitationsrelevante Diagnosen*) und der *Dauer der jeweils üblichen Akutphase*
- Ermittlung der Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen mit einer rehabilitationsrelevanten ICD-10-Diagnose in der Hauptdiagnose, verbunden mit einer über die übliche Akutphase hinausgehenden Aufenthaltsdauer in den Akutkrankenhäusern (Akutaufenthalte mit potenziellem Rehabilitationsbedarf)

- Gewichten dieser Aufenthalte mit einer angenommenen *Rehabilitationsquote* (für eine Rehabilitation relevanter Anteil)
- Ermitteln der Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit Rehabilitationsbedarf
- Festlegen der *durchschnittlichen erforderlichen Rehabilitationsdauer* sowie der *durchschnittlich erforderlichen Anzahl an Wiederholungsaufenthalten*
- Errechnen der bedarfsnotwendigen Belegungstage in der stationären Rehabilitation und Umrechnen auf Bettenkapazitäten

Als Datengrundlage standen die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten zur Verfügung.

### Familienorientierte Nachsorge bzw. Rehabilitation

Sie ist ein Ansatz zur Familienrehabilitation, bei dem neben dem erkrankten Kind/Jugendlichen die gesamte Familie in die Rehabilitationsmaßnahme einbezogen wird. Diese Versorgungsform ist nach lebensbedrohlichen Krankheiten (z. B. Krebserkrankungen) angezeigt. Neben den Patientenbetten wurden für diesen Bereich auch die Angehörigenbetten quantifiziert. Die Berechnungen basieren auf der beobachteten Inzidenz solcher Erkrankungen.

#### Berechnungsschritte.

- Festlegen der *einzubeziehenden Krebserkrankungen* (Tumorlokalisation) und *Patientengruppen*
- Ermitteln der Anzahl betroffener Kinder und Jugendlicher (Patienten mit potenziellem Rehabilitationsbedarf)
- Festlegen der *durchschnittlich erforderlichen Rehabilitationsdauer* sowie der *durchschnittlich zu berücksichtigenden Anzahl Familienangehöriger*
- Ermitteln der Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit Rehabilitationsbedarf sowie der Anzahl Angehöriger
- Errechnen der bedarfsnotwendigen Belegungstage in der stationären Rehabilitation und Umrechnen auf Bettenkapazitäten für Patienten und Angehörige

Als Datengrundlagen standen das österreichische Krebsregister und das Stammzellregister zur Verfügung.

### Ergebnisse

Die Berechnungen von GÖG/ÖBIG ergaben bis zum Jahr 2020 einen Gesamtbedarf von – je nach Szenario – 343 bis 453 Betten für Kinder und Jugendliche sowie zusätzlich 51 Betten für Angehörige im Bereich der familienorientierten Nachsorge. Diese Ergebnisse stimmen in hohem Maße mit Ergebnissen anderer Institutionen überein [ÖGKJ (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendliche), Arbeitsgruppe 4 (Rehabilitation) im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs 2010/11, [Tab. 3](#)].

### Standorte

In der Arbeitsgruppe 4 des Kindergesundheitsdialogs wurde vorgeschlagen, entsprechend den österreichischen Gesundheitsregionen an 3 Standorten eigene kinder- und jugendspezifische Einrichtungen zu etablieren. Es wurde konsensuell festgehalten, dass die Aufteilung in kleine Einheiten mit Anschluss vornehmlich an Erwachsenenrichtungen obsolet ist und Qualitätskriterien für Kinder und Jugendlichenrehabilitation eingehalten werden müssen.

### Einzelne Bereiche der pädiatrischen Rehabilitation

#### Neurologische Erkrankungen

Diese betreffen sowohl unfallbedingte Schäden des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven als auch entzündliche, gefäßbedingte und bösartige Erkrankungen inklusive angeborener Erkrankungen von Muskulatur und Nervensystem. Die kindliche Entwicklung ist entscheidend von intakten Bezugssystemen abhängig, sodass das Einbeziehen der Eltern eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation darstellt. Daher benötigt Neurorehabilitation im Kindes- und Jugendalter geeignete räumliche Bedingungen, muss langfristig konzipiert sein und motorische, sensorische, kognitive und emotionale, aber auch schulische

**Tab. 3 Bettenbedarf für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich**

Rehabilitationsbereich	GÖG/ÖBIG		ÖGKJ	
	Bezeichnung	Bettenbedarf im Jahr 2020	Bezeichnung	Bettenbedarf im Jahr 2008
Orthopädie	Bewegungs- und Stützapparat, Rheumatologie	22	Kinderorthopädie	10
			Rheumatologie	5
Herz/Kreislauf	Herz-/Kreislaufkrankungen	15	Kardiologie	20
Chirurgie	Kinderchirurgie	28	Kinderchirurgie	16
			Traumatologie und Verbrennungen	16
Neurochirurgie	Neurochirurgie	5	-	
Neurologie	Neurologie	95	Neurologie/Neuropädiatrie	100
Pulmologie	Pulmologie	30	Pulmologie	32
Stoffwechsel	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat	12	Diabetes und Stoffwechsel	15
Sonstige Erkrankungen	Sonstige Erkrankungen	6	-	
Krebserkrankungen	Familiensorientierte Nachsorge nach Krebserkrankungen	20 (für Patienten) 51 (für Angehörige/Sekundärpatienten)	Hämatologie/Onkologie	15 (für Patienten)
<b>Summe</b>		<b>233 (+51 für Angehörige)</b>		<b>229</b>
			<b>Kindergesundheitsdialog – AG 4/Rehabilitation</b>	
„mental health“	Psychosoziale Rehabilitation	110–220	„mental health“-Rehabilitation	150
<b>Gesamt</b>		<b>343–453 (+51 für Angehörige)</b>		<b>379 (Angehörigenbetten nicht ermittelt)</b>

Quellen: GÖG/ÖBIG 2010 (GÖG/ÖBIG Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit); ÖGKJ Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendliche: unveröffentlichte Erhebung; Schlussbericht der Arbeitsgruppe 4 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zum Kindergesundheitsdialog (unveröffentlicht)

und soziale Defizite therapeutisch erfassen.

#### — Entscheidend ist dabei die Multidisziplinarität:

Neuropädiater, Kinder- und Neurochirurgen, Orthopäden, Psychologen bzw. Neuropsychologen, Psychotherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Kinderkrankenschwestern, Erzieher, Sozialpädagogen, Lehrer usw. arbeiten eng zusammen.

Wie im Erwachsenenbereich ist auch die Neurorehabilitation im Kindes- und Jugendalter ein langfristiger Prozess, der in unterschiedlichen Phasen (1A, 1B, 2A, 2B, 3 und 4) abläuft, die jeweils unterschiedliche personelle und räumliche Bedingungen sowie abgestufte Behandlungskonzepte erfordern.

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kinder mit angeborenen Herz- und Gefäßfehlbildungen können heute meist operativ gut behandelt werden. Trotzdem

gibt es auch Residualprobleme als Operationsfolge oder Komplikationen. Daraus leitet sich eine Reihe von Indikationen für die kardiologische Rehabilitation ab. Die körperliche Wiederbelastung unter ärztlicher Kontrolle und die Verarbeitung der psychischen Belastungen sind für diese Patienten ein wichtiges Rehabilitationsziel. In jedem Fall sollen die Wiederherstellung einer körperlichen Leistungsfähigkeit und das unbehinderte Ausleben des natürlichen Bewegungsdrangs, der Aufbau sozialer Kontakte, eine Stabilisierung der psychischen Situation usw. durch einen u. U. familienorientierten Rehabilitationsaufenthalt ermöglicht werden.

Zusätzlich sieht die Kinderkardiologie eine große Herausforderung in der Prävention von Atherosklerose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits im Kindes- und Jugendalter.

### Chronische Erkrankungen der Atemwege, Allergien, chronische Hauterkrankungen

Die für eine Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter hauptsächlich in Frage kommenden pneumologischen und allergischen Krankheiten sind

- Mukoviszidose,
- Asthma bronchiale und
- Neurodermitis.

Durch die verbesserte Diagnostik, Therapie und damit auch Überlebensrate stellen Mukoviszidosepatienten eine zunehmende Herausforderung auch für die Rehabilitation dar.

Bei einzelnen Patienten mit Asthma und schwerem Verlauf und hohem Schulungsbedarf gibt es klare Indikationen für eine stationäre Rehabilitation zur Erarbeitung von Therapiekonzepten. Andererseits wird gerade bei Asthmapatienten erfolgreich das Konzept der Asthmaschulung vor Ort umgesetzt.

Bei den chronischen Hauterkrankungen sind die Neurodermitis (10%) bzw.

**Tab. 4** Einrichtungen mit Rehabilitationsangebot für Kinder und Jugendliche in Deutschland. (Nach [1])

	Zahl	Betten	Pädiater als Chefarzt	Pädiater anwesend
Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche	49	4950	33	15
Spezifische Eltern-Kind-Einrichtungen	10	1116	2	8
Vorsorgekliniken	19	1188	4	14
Einrichtungen für Erwachsene, die auch Kinder aufnehmen	9	210	-	1
<b>Summe</b>	<b>87</b>	<b>7464</b>	<b>39</b>	<b>38</b>

**Tab. 5** Einrichtungen mit Rehabilitationsangebot für Kinder und Jugendliche in der Schweiz

	Betten	Pädiater in der Leitung	Indikationen
Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis (Kinderspital Zürich, Universitätskinderklinik)	47	Dr. Andreas Meyer-Heim	Neurologie Brandverletzungen Kinderorthopädie Zystische Fibrose Kardiologie u. a.
(Allergieklinik Davos, Zentrum für Kinder und Jugendliche)	165	PD Dr. med. Roger Lauener	Atemwege Psychosomatik Dermatologie Onkologie
<b>Gesamt</b>	<b>212</b>		

die Psoriasis vulgaris (1–2%) Erkrankungen, für die ein Rehabilitationsaufenthalt bevorzugt in Frage kommt. Die Indikationen sind z. B. chronisch entzündliche Schübe, die die Entwicklung des Kindes einschränken und mit Schulfehltagen bzw. Ausschluss aus sozialen Gruppen usw. einhergehen. Eine fehlgeschlagene ambulante Therapie, keine Möglichkeit zur eingehenden wohnortnahen Schulung und eine erforderliche Kombination von Therapiemaßnahmen, die unzureichend am Wohnort durchgeführt werden können, ergeben eine mögliche Indikation für eine Rehabilitation. Auch bei Neurodermitis werden wohnortnahe und an Kliniken gebundene Schulungskonzepte bevorzugt.

### Stoffwechselerkrankungen

Zu ihnen zählen Diabetes mellitus, das schwere metabolische Syndrom bei Adipositas sowie eine Reihe seltenerer angeborener Stoffwechselstörungen wie Phenylketonurie, Galaktosämie, Organoazidopathien, Harnstoffzyklusstörungen,  $\beta$ -Oxidationsstörungen, Glykogenosen usw. Diesbezüglich sind ein gezieltes Einführen und Schulen einer Spezialdiät, aber auch die Überwachung und Aktualisierung spezifischer Ernährungstherapie-

pläne Aufgabe einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung.

#### Die Zusammenarbeit mit erfahrenen Ernährungsberaterinnen ist grundlegend.

Eine Anbindung an ein klinisches Stoffwechselzentrum ist sinnvoll. Beim Diabetes mellitus ist die absehbare Einschränkung der Lebensqualität mit drohenden Folgeschäden dann eine Aufnahmeindikation, wenn die ambulante Betreuung unzureichend ist, ebenso bei schwieriger Stoffwechsellage, bei Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen oder auch im Rahmen einer Umstellung auf die Insulinpumpe.

Bei der Rehabilitation adipöser Kinder ist ein sinnvolles organisiertes Gesamtkonzept zu fordern. Eine gute spezialisierte Abklärung muss vorgeschaltet und eine regelmäßige Nachsorge garantiert sein.

### Orthopädische und rheumatische Krankheiten

Einschränkungen der Integrität und Funktionalität des Stütz- und Bewegungsapparats sind durch Störungen von Wachstum und Reifung, durch Verletzungen, durch neuromuskuläre und neurometabolische

Erkrankungen, aber auch durch die große Gruppe entzündlicher, rheumatischer Gelenkerkrankungen möglich und bedürfen entsprechender Maßnahmen. Auch die postoperativen kinderorthopädischen Indikationen müssen in eigenen Spezialeinrichtungen mit komplexen Rehabilitationsmaßnahmen versorgt werden. Die Zusammenarbeit mit den jeweils akut versorgenden Kliniken ist für eine erfolgreiche Rehabilitation unumgänglich.

### Onkologische Erkrankungen, Kinder nach Organtransplantationen

Hämatookologische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stellen eine wichtige Indikationsgruppe für eine spezifische Rehabilitation dar. Rehabilitationseinrichtungen für onkologische Patienten sind streng von psychosozialen Nachsorgeeinrichtungen zu unterscheiden.

#### Besonders bei hämatookologischen Erkrankungen ist eine familienorientierte Rehabilitation sinnvoll

Die Diagnose und Therapie einer malignen hämatookologischen Erkrankung stellen für das Kind und seine Familie eine erhebliche psychische und physische dauerhafte Belastung dar. Daher sind Nachsorgemaßnahmen im Sinne einer familienorientierten Rehabilitation angezeigt.

Eine vergleichbare Situation liegt bei Kindern mit Organtransplantationen vor. Auch hier ist aufgrund der Schwere der medizinischen Problematik und der damit verbundenen familiären Belastung eine familienorientierte Rehabilitation angezeigt.

#### „Mental health“

Die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen, psychosomatischen oder entwicklungs- und sozialpädiatrischen Störungsbildern kann grundsätzlich bei jeder Diagnose des Fachgebiets gegeben sein. Wesentlich ist die Frage, ob durch die spezifische Form des Rehabilitationsangebots eine nachhaltige

Verbesserung oder Stabilisierung körperlicher, geistiger oder psychischer Funktionen und/oder Integrationsfortschritte im lebenspraktischen Alltag zu erzielen und Entwicklungspotenziale auszuschöpfen sind. Neben der primären Diagnose spielen insbesondere auch psychosoziale Belastungsfaktoren eine wesentliche Rolle.

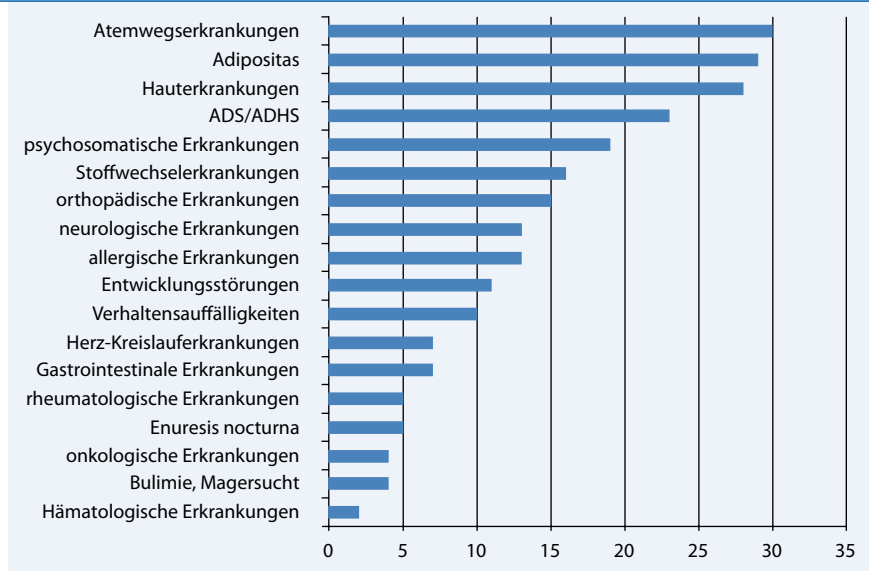
Hoher Bedarf wird bei der Krankheitsbewältigung chronischer Krankheiten, bei frühen Interaktions- und Bindungsstörungen, bei sozialem Kompetenztraining und Autonomieförderung etwa bei kognitiver Beeinträchtigung, Verhaltensmodifikation von Unruheverhalten und bei somatoformen Störungen gesehen. In diesen Bereich fallen auch die psychiatrischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters.

### Umsetzung des österreichischen Rehabilitationsplans

Die ÖGKJ induzierte durch ihre Initiative im Jahr 2008 eine neue Entwicklung. Auf Antrag der ÖGKJ wurde sie vom damaligen Leiter der Sektion III im Gesundheitsministerium (Hon. Prof. Dr. Robert Schlögel) mit einer Erhebung der Bedarfszahlen beauftragt. Diese ehrenamtlich erbrachte Vorleistung der ÖGKJ führte erfreulicherweise dazu, dass der Rehabilitationsbedarf in den einzelnen Indikationen heute ebenso unbestritten ist wie die Forderung nach *kinder- und jugendlichenspezifischer Rehabilitation*.

Die gute Übereinstimmung der Bedarfszahlen in der ÖGKJ-Studie und der *offiziellen* Erhebung durch das ÖBIG (■ **Tab. 3**) unterstützte diesen Prozess wesentlich und war wahrscheinlich auch mit entscheidend, dass vom Gesundheitsministerium im Rahmen des 2010 initiierten *Kindergesundheitsdialogs* eine eigene *Arbeitsgruppe Kinderrehabilitation* eingerichtet wurde.

In 7 hochkarätig besetzten Arbeitstreffen aller beteiligten Institutionen wurde ein Entwicklungsplan für die systematische Etablierung der Kinder- und Jugendrehabilitation als Gesamtlösung erstellt. Dabei wurden auch Qualitätskriterien vorgesehen, welche für Kinderrehabilitationszentren verbindlich sein sollten. Damit soll von vorneherein vermieden werden, dass unterschiedliche und in



**Abb. 1** ▲ Angebot deutscher Einrichtungen für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

der Qualität heterogene Rehabilitationseinrichtungen für den Kinderbereich entstehen [2]. Der Anschluss an bestehende Erwachsenenrichtungen wurde nur in Ausnahmefällen als sinnvoll erachtet.

Schwierig bleiben – v. a. wegen der Finanzleistungen – die Lösung des rechtlichen Problems und die Verankerung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation „unter einem Dach“. Derzeit sprechen sich zwar alle beteiligten Institutionen für deren Etablierung aus, wehren sich aber gleichzeitig gegen deren Bezahlung.

Gemeinsame Einzahlungen in „einen Topf“ und Finanzierung daraus wäre eine mögliche Lösung, erfordert aber von allen Beteiligten ein hohes Maß an Kooperations- und Kompromissbereitschaft. Eine andere von der Arbeitsgruppe Rehabilitation erarbeitete Lösung wäre die Verankerung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation im § 133 des ASVG als Teil der Krankenversicherung. Letzteres würde allerdings eine Gesetzesänderung im ASVG erfordern und somit einen parlamentarischen Beschluss. Ob das Verständnis der politisch Verantwortlichen für Kinder und Jugendliche so weit reicht, ist fraglich.

### Ein Blick über die Grenzen

#### Deutschland

In Deutschland gibt es eine klare gesetzliche Regelung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, wobei die ICF-kon-

forme (ICF: „International Classification of Functioning, Disability and Health“; internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) Gesetzgebung in mehreren Bänden des Sozialgesetzbuches (SGB) verankert ist, z. B. in Band IX, Rehabilitationsvorschrift, §§ 4, 9, 14, 19 mit den Leistungen Teilhaberecht, Wahlrecht, Zuständigkeiten usw., des Weiteren SGB VI – im Rahmen der Rentenversicherung – § 31 Abs. 4 Kinder- und Jugendrehabilitation und in SGB V – bei Krankenversicherungen – § 40, mit klaren Vorschriften für die Kinder- und Jugendrehabilitation. Es gibt 4 öffentlich rechtliche Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche in Gaißach, Satteldüne, Bruchweiler und Sylt, alle anderen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland sind qualitätsgesicherte Partner mit privaten oder kirchlichen Trägern. Insgesamt werden für diese Einrichtungen etwa 40% Begleitpersonen und 5% Sekundärpatienten angegeben (Zellner M, persönliche Mitteilung).

In einer Recherche aller Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland kommt man auf etwa 87 Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlichem Angebot, zum großen Teil unter Einbindung von Kinderfachärzten oder unter kinderfachärztlicher Leitung [1]. In ■ **Tab. 4** sind diese Einrichtungen aufgeschlüsselt, in Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche, spezifische

Eltern-Kind-Einrichtungen sowie Vorsorgekliniken, aber auch Einrichtungen für Erwachsene, welche (auch) Kinder aufnehmen. In der Summe ergeben sich 7464 Betten bei 87 Rehabilitationskliniken, wobei besonders in den Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche mehrheitlich Pädiater Chefärzte sind. Das Angebot der Rehabilitationskliniken in Deutschland geht aus **Abb. 1** hervor und zeigt einerseits das breite Spektrum der Indikationen, andererseits auch die einzelnen Schwerpunkte.

Fazit ist, dass Deutschland eine gute Bundesgesetzgebung und eine klare Finanzierungsregelung besitzt, eine breite Rehabilitationslandschaft mit sehr vielen Rehabilitationsbetten und eine gute fachärztliche Versorgung aufweist. Zusätzlich zu den gesetzlichen Vorgaben werden auch aufgrund des zunehmenden Kostendrucks hohe Qualitätsstandards gefordert (**Infobox 1**, [2]).

### Schweiz

Die gesetzliche Regelung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in der Schweiz betrifft einerseits die Krankenkassen im Falle erworbener Leiden und Unfälle sowie, für die angeborenen Leiden bis zum 20. Lebensjahr (Geburtsgebrechenliste), die schweizerische Invalidenversicherung (IV), die organisatorisch mit der Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV) verknüpft ist. Die IV übernimmt neben den medizinischen Maßnahmen zur Ein- oder Wiedereingliederung auch die Kosten für berufliche Eingliederung, Hilfsmittel, Reisekosten und Betreuungsschädigungen.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist kantonal geregelt. Bei erworbenen Schäden ergibt sich die Finanzierung eines Tagsatzes zu jeweils 50% von der Krankenkasse und zu 50% vom jeweiligen Herkunftskanton (z. B. jeweils CHF 300). Das Einverständnis des Kantonsarztes ist notwendig und einzuholen. Bei den angeborenen Schäden erfolgt die Finanzierung durch die IV mit einem höheren Tagessatz (z. B. CHF 1300, Knecht B persönliche Mitteilung).

In der Schweiz gibt es eine einzige spezifische Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche als Affiliation

der Universitätskinderklinik Zürich in Affoltern am Albis. Hier wird indikationsübergreifend rehabilitiert (**Tab. 5**). Unter Leitung von Dr. Andreas Meyer-Heim, einem Pädiater, werden neurologische Patienten (auch Frühneurorehabilitationspatienten), aber auch Patienten mit Brandverletzungen, zystischer Fibrose, orthopädischen und kardiologischen Erkrankungen betreut. Eine zweite größere Rehabilitationsklinik, die Allergieklinik Davos – Zentrum für Kinder und Jugendliche, bietet Schweizer Kindern ebenfalls ein Rehabilitationsangebot, wird aber ganz überwiegend von deutschen Patienten genutzt.

### In der Schweiz gibt es ein spezielles Transferierungs- und Finanzierungssystem, insgesamt aber eine gute Kostendeckung.

Ein bundesweites Rehabilitationskonzept zur Abstimmung der Rehabilitationsaktivitäten wäre sinnvoll. Ein Bettenbedarf besteht u. U. noch in der Westschweiz.

### Resümee

In Österreich besteht in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ein großer Aufholbedarf. Die Umsetzung eines nationalen Gesamtplans mit gesetzlicher Regelung der Positionierung und Finanzierung ist dringend notwendig, hier ist Deutschland Vorbild. In Österreich sind vorhandene ambulante Schulungs- und Betreuungskonzepte komplementär mit neuen Rehabilitationseinrichtungen zu gestalten (z. B. für Asthma, Neurodermitis, Adipositas, Diabetesbetreuung). Die Rehabilitationsplätze sind für die somatischen Indikationen indikationsübergreifend nach klaren Qualitätskriterien zu schaffen, besondere Bedeutung hat dabei auch die familienorientierte onkologische Rehabilitation. Ziel bei der Regelung der Finanzierung muss sein, wie in der Schweiz ausreichend hohe Tagsätze sicherzustellen, um damit eine ausreichende Versorgungsqualität zu garantieren.

### Fazit für die Praxis

#### In Österreich besteht ein großer Bedarf für die Rehabilitation von Kin-

dern und Jugendlichen, eine gesetzliche und organisatorische Regelung fehlt bisher.

- Bei einem Teil der Patienten ist eine familienorientierte Rehabilitation notwendig.
- Es werden eigene kinder- und jugendspezifische Einrichtungen mit qualitätsgesicherten Strukturkriterien gefordert.
- Portionsweise Aufteilung und das Anhängen von kleinen Indikationsbereichen an Erwachseneninstitutionen sind obsolet.
- Ein zuletzt vom Gesundheitsministerium initiiertes Gesamtkonzept hat gute Chancen auf Umsetzung.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. W. Sperl**

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Salzburger Landeskliniken (SALK)  
Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg  
Österreich  
w.sperl@salk.at

**Danksagung.** Wir danken Herrn Dr. Beat Knecht, Chefarzt i. R. (Affoltern) und Herrn Michael Zellner (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd) für den Erfahrungsaustausch und die konstruktive Kritik.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- Koller I (in Arbeit) Kinder- und Jugendlichenrehabilitation – Österreich als Entwicklungsland. Diplomarbeit, Universität Graz
- Petersen C, Widera T, Kawski S et al (2006) Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation* 45:1–9