

Allgemeine Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter¹.

Hintergrund:

Die Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation wurde auf Wunsch der Vorstände der DGSPJ und der Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter (gegründet 2002) im Herbst 2003 ins Leben gerufen und organisatorisch durch die jeweiligen Vorstandsmitglieder Prof. Dr. med. Ute Thyen und Dr. med. Johannes Oepen geleitet. Verschiedene Experten aus dem Bereich der Rehabilitation und der Sozialpädiatrie wurden eingeladen, sich an der Erarbeitung eines Konzeptpapiers über Bedarf, Voraussetzungen, Indikation und Qualitätsanforderungen bei ambulanten Rehabilitationsleistungen im Kindes- und Jugendalter zu beteiligen. Neben der konzeptuellen Entwicklung wurden in den etwa halbjährlichen Kommissionstreffen auch die derzeitige Versorgungslage evaluiert und die Entwicklung von sogenannten „Best-Practice“- Modellen im Sinn einer optimierten Rehabilitationskette begleitet.

Erst nach Fertigstellung dieser allgemeinen Empfehlungen plant die Arbeitsgruppe, gemeinsam mit den verschiedenen Fachgesellschaften spezifische Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation bei einzelnen Krankheitsbildern zu entwickeln. In solchen Fällen beschränken sie sich auf die indikationsspezifischen Aspekte und beschreiben die Schnittstellen, Ergänzungen oder Abweichungen von dem allgemeinen Konzeptpapier. Bei bereits bestehenden indikationsspezifischen Leitlinien der Fachgesellschaften zur Akutbehandlung und stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (z.B. Adipositas, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Mukoviszidose, Neurodermitis, Kinderkardiologie, Pädiatrische Onkologie, Pädiatrische Psychosomatik, Neurologische Rehabilitation; vgl. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/index>) werden diese im Kontext des allgemeinen Konzeptpapiers re-evaluiert und an die ambulante Situation angepasst. Dieser Arbeitsprozess ist beteiligungsoffen, Diskussionsbeiträge von anderen Fachgesellschaften und Subspezialitäten sind willkommen.

¹ Gemeinsame Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ, Vorstandsmitglied Prof. Dr. med. Ute Thyen, Lübeck) und der Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter (Vorstandsmitglied Dr. med. Johannes Oepen, Bad Kreuznach). Mitautoren: Dr. med. Andreas Baudach, Ostseestrand-Klinik 'Klaus Störtebeker'/Usedom; Dr. August Ermert, Mainz; Dr. med. Helmut Hollmann, Kinderneurologisches Zentrum, Bonn; Dr. med. Martin Köhler, Fachklinik Hohenstücken; Dr. med. Lutz Müller, Kinder- und Jugendarzt, Offenbach; Dr. med. Thomas Spindler, Fachkliniken Wangen, Allgäu; Dr. med. Rainer Stachow, Fachklinik Sylt für Kinder- und Jugendliche; Dr. med. Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück; Dr. med. Simone von Sengbusch, Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein, Universitätsklinikum SH, Lübeck; Beratung durch: Dr. Thomas Stähler, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt a.M.; Dr. Christian Fricke, Werner-Otto-Institut Hamburg, Leiter der AG Qualitätssicherung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren. Eine begleitende Beratung erfolgte durch Herrn Dr. jur. Thomas Stähler von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Frankfurt a.M.

Verschiedene Einrichtungen bieten bereits heute Rehabilitationsleistungen an, die Teilaspekten einer ambulanten Rehabilitation entsprechen. Solche Behandlungsangebote werden im ambulanten Bereich insbesondere durch Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V, Frühförderstellen nach § 26 SGB IX, interdisziplinäre Behandlungs- und Schulungszentren an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Rehabilitationseinrichtungen nach §43, Absatz 1 SGB V oder durch Nachsorgeeinrichtungen gemäß §43, Absatz 2 SGB V angeboten. Im Sinne einer umfassenden, ganzheitlichen und komplexen Maßnahme zur Wahrung oder Wiederherstellung der Teilhabe gemäß SGB V und SGB IX müssen Teilaspekte jedoch verbindlich in ihrer Struktur miteinander vernetzt, in der Prozessqualität gemeinsam gesichert und im Sinn der Ergebnisqualität übergreifend evaluiert werden. Bei der medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine Komplexleistung. Werden rehabilitative Einzelleistungen nach erbracht, sind sie nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V einzustufen. Das vorliegende Papier widmet sich also auch der Frage, wann aus Einzelleistungen eine Komplexleistung im Sinne einer ambulanten Rehabilitation wird und welche Einrichtungen qualifiziert sein könnten, solche Leistungen anzubieten. Ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V) können nur in den dafür von den Krankenkassen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Die Qualifizierung einer solchen Einrichtung und ihre Anerkennung als Leistungserbringerin wird gemäß den Vorgaben zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nach SGB V gesichert und überprüft.

1. Vorbemerkung: Konzeptueller Hintergrund

Der vorliegende Konzeptentwurf orientiert sich an den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zur Ambulanten Rehabilitation², er verändert und ergänzt diese in Bezug auf die spezifischen Belange der besonderen Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen. Er berücksichtigt die zielgruppenspezifischen Empfehlungen, wie sie im Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der Bundesarbeitsgemeinschaft erarbeitet wurden.³ Diese konzeptionellen Grundlagen finden sich in der Entwicklung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sowie der auf die spezifischen Belange der Kinder und Jugendlichen abzielenden ICF-CY und haben ihren Widerhall auch im Sozialgesetzbuch IX gefunden.⁴

Im Unterschied zu medizinischen Vorsorgeleistungen im Sinne der primären oder sekundären Prävention handelt es sich bei der tertiären Prävention bei chronischen Gesundheitsstörungen immer um

² Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. Diese Rahmenempfehlungen sind weiterhin Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr.8 SGB V, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S.6769) vom 31.3.2004

³ Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom 15.8.1998 (<http://www.bar-frankfurt.de/Empfehlungen>)

Leistungen zur Rehabilitation, durch die nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen in alltags- und entwicklungsrelevanten Aktivitäten und manifesten oder drohenden Beeinträchtigungen der Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen abgewendet werden sollen. Eine Abgrenzung zwischen sekundären und tertiären Zielen der Prävention ist im Einzelnen bei Kindern und Jugendlichen schwierig, dennoch soll mit diesem Konzeptpapier insbesondere auf die Rehabilitation, d.h. tertiäre Prävention Bezug genommen werden.

Bei den chronischen Erkrankungen und Funktionsstörungen handelt es sich in der Regel um komplexe Erkrankungen. Je nach Art der Schädigung und des Entwicklungsstandes des Kindes kann es zum Verlust bereits erworbener Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen, der einen Wiederherstellungsprozess verlangt. Andere chronische Störungen beeinträchtigen den altersangemessenen Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten, sodass die Rehabilitation eine Optimierung des Entwicklungsprozesses bedeutet. Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter muss die Dynamik der kindlichen Entwicklungsverläufe berücksichtigen. Psychosoziale Kontextfaktoren beeinflussen in starkem Maße die Adaptation des Kindes an die chronische Gesundheitsstörung. Ein Kind hat zahlreiche Entwicklungsbedürfnisse im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich, die es nur durch Unterstützung der Familie (oder Familienersatzsysteme) und weitere soziale Bezugssysteme verwirklichen kann. Diese Systeme müssen daher regelmäßig in eine Rehabilitation mit einbezogen werden, um einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verwirklichen zu können. Weiterhin zu berücksichtigen sind die umweltbezogenen Kontextfaktoren, die als fördernde oder hemmende Einflüsse wirksam werden. Die psychosozialen Folgen bei nicht gelungener Adaptation sind für das spätere Erwachsenenalter weitreichend. Die Schädigungen und Funktionsstörungen in Teilaspekten der Gesundheit der betroffenen Kinder wirken sich stärker auf die körperliche, geistige, seelische und soziale Gesamtentwicklung eines wachsenden Organismus aus, als dies vergleichsweise im Erwachsenenalter der Fall ist.

Krankheitsspektrum und Epidemiologie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter sind durch die Abnahme der Belastungen durch akute Erkrankungen und eine Zunahme chronischer Gesundheits- und Funktionsstörungen gekennzeichnet. Häufig ist eine Heilung nicht möglich, durch symptomatische, unterstützende und sekundär präventive Behandlungsstrategien kann jedoch in der Regel eine gute Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe erreicht werden. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Funktionsstörungen und von Belastungen durch Krankheitsfolgen führen auch bei Kindern und Jugendlichen zu einem wachsenden Bedarf an strukturierten Rehabilitationsleistungen im Sinne der tertiären Prävention, der den individuellen Lebensbedingungen und –gewohnheiten der Kinder und Jugendlichen Rechnung trägt. Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich aber auch negative Kontextfaktoren können die Teilhabe der Kinder

⁴ Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation, Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation BAR, Dezember 2005

und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben und damit ihrer altersgemäßen Entwicklung einschränken.

Anders als bei Erwachsenen handelt es sich bei chronischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen häufig um eine sehr heterogene Gruppe meist seltener Erkrankungen. Es sind derzeit etwa 7000 seltene Erkrankungen mit einer Inzidenz von <2:10.000 beschrieben, in der Regel handelt es sich um angeborene Störungen in der Struktur von Geweben oder Funktion von metabolischen Prozessen mit einer Manifestation in der Kindheit. Bei etwa der Hälfte aller Kinder und Jugendlichen, bei denen eine solche seltene Erkrankung vermutet wird, kann die Ursache nicht genau zugeordnet werden.

Daneben gibt es auch im Kindesalter häufige chronische Erkrankungen und Behinderungen: die Erkrankungen mit der höchsten Prävalenz (zwischen 1-10%) betreffen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Asthma bronchiale, Adipositas (>P97 BMI) und Neurodermitis. Diabetes mellitus, rheumatische, onkologische u.a. chronisch internistische Erkrankungen sowie Epilepsien und Cerebralpareesen kommen im Kindesalter mit Prävalenzen zwischen 0,1-1% vor.

Während die Adaptation bei Kindern und Jugendlichen an eine chronische Erkrankung oder Behinderung im Rahmen eines unterstützenden Umfelds in der Mehrzahl gut gelingt, besteht bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen Rehabilitationsbedarf insbesondere dann, wenn eine Komorbidität chronischer internistischer oder neurologischer Erkrankungen mit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen vorliegt (somatopsychische Störungen) oder sich bei primär seelischen Gesundheitsstörungen chronische körperliche Beschwerden einstellen (somatoforme Störungen). Es ist daher geboten, neben stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ambulante Strukturen zu schaffen bzw. auszubauen, die interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah vorhalten und damit die Möglichkeit bieten, die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel anzupassen. Die ambulante Rehabilitation bietet außerdem die Möglichkeit, die Familie und andere nahe Bezugspersonen sowie die Einrichtung der vorschulischen und schulischen Bildung oder der Berufsausbildung in die Rehabilitation einzubeziehen. Weiterhin kann den Kindern und Jugendlichen, die aus verschiedenen persönlichen Gründen bei entsprechender medizinischer Indikation eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können, damit ein angemessenes Angebot gemacht werden. Darüber hinaus kann eine Verstetigung des wohnortfernen stationären Rehabilitationserfolges über eine ambulante Rehabilitations-Nachsorge („Rehakette“) bedeutsam sein

2. Grundsätze

2.1 Begriffsbestimmung

Ambulante Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist ein multiprofessioneller, ärztlich geleiteter Prozess zur Förderung altersentsprechender Aktivitäten und der gleichberechtigten sozialen Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit chronischen Gesundheitsstörungen. Der Begriff „chronische Gesund-

heitsstörung“ beinhaltet antizipierte und manifeste, langanhaltende Funktions- und Teilhabestörungen. Entsprechend der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF))⁵ sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe eingeführt und definiert worden. Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren, die in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren unterschieden werden, und Gesundheitsproblemen besondere Beachtung. Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe und nicht mehr nur ein personbezogenes Merkmal. Sie entsteht aus den Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Problemen eines Menschen und Umweltfaktoren. Teilhabe ist das Einbezogenensein des Kindes / Jugendlichen in eine altersangemessene Lebenssituation und altersangemessene Lebensbereiche. Das Konzept der Teilhabe bei Kindern und Jugendlichen ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen, der Entfaltung von Entwicklungspotentialen, Ermöglichen des adäquaten Schulabschlusses sowie Einleitung einer entsprechenden Berufsausbildung, Verwirklichung von Autonomie und Gleichberechtigung verknüpft. Sie hat Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, und die erlebte Anerkennung und Wertschätzung, die für das Kind / Jugendlichen wichtig sind.

Wegen der Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter hat die WHO eine spezielle Arbeitsgruppe beauftragt, Ergänzungen zur ICF zu erarbeiten (spezifische Auswirkungen von Kontextfaktoren und altersgemäße Entwicklungsaufgaben), die jetzt als erster Entwurf einer ICF-CY (children and youth) vorliegt. Die besonderen Aspekte, die bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden sollten, beziehen sich auf die unterschiedlichen Auswirkungen der Manifestation, Intensität und Beeinträchtigungen abhängig vom Entwicklungsalter und die Veränderungen über die Zeit während der ersten beiden Lebensdekaden. Das diagnostische Instrumentarium muss daher veränderungssensitiv sein und erwartete Entwicklungsfortschritte angemessen berücksichtigen.

2.2 Komponenten der ICF-CY

Der Begriff der **Funktionsfähigkeit** wird für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfasst auch die positiven (oder neutralen) Aspekte der funktionalen Gesundheit. Der Begriff der **Behinderung** wird ebenfalls bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet, umfasst aber im Gegensatz dazu jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, also die negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn ...

⁵ <http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html> *oder* <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

– Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und/oder der Körperstrukturen vorliegen. Im Unterschied zu Erwachsenen spielen bei Kindern und Jugendlichen weniger erworbene Organschäden oder degenerative Veränderungen sondern eine Vielzahl angeborener Störungen auf zellulärer oder Organebene ein Rolle, z.B. angeborene Fehlbildungen, genetische Erkrankungen und/oder Stoffwechseldefekte. Bei den Störungen des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage müssen Entwicklung der Körper- und Selbstwahrnehmung, Entwicklung und Reifung des ZNS und Folgen von disharmonischen Entwicklungen berücksichtigt werden.

– sie nicht mehr all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem bzw. bei Kindern und Jugendlichen des gleichen Alters und Entwicklungsstandes erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten). Im Bereich der Funktionsfähigkeit werden bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben (z.B. auch Spielen und Lernen), das Erreichen der Meilensteine der Entwicklung in den verschiedenen Funktionsbereichen, der Erwerb von Wissen und kulturellen Kompetenzen und damit das Erreichen eines angemessenen Schulabschlusses berücksichtigt. Neben den Entwicklungsaufgaben und dem Erwerb entsprechender Funktionen im körperlichen und kognitiven Bereich gehören dazu im Kindes- und Jugendalter ganz besonders auch der Erwerb und die Entwicklung von Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sowohl im Hinblick auf die Familie wie auch der Gleichaltrigen- und Einrichtungen des sozialen Umfeldes (Kindergarten, Schule, Freizeiteinrichtungen) sowie das Erlernen kulturspezifischer sozialer Rollenkompetenz.

- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen). Diese Lebensbereiche schließen bei Kindern und Jugendlichen explizit die Interaktion und Kommunikation in der Familie, mit Gleichaltrigen und in Kindergarten, Schule und Ausbildung ein und messen sich an dem alterstypischen Niveau der Selbständigkeit und Autonomie.

Kontextfaktoren beziehen sich bei Kindern und Jugendlichen in erster Linie auf die Familie, familienersetzende Einrichtungen und Bildungseinrichtungen. Generell umfassen sie alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). Umweltfaktoren werden immer aus Sicht der betroffenen Kinder und Jugendlichen erhoben, deren Situation beschrieben werden soll. Sie werden als Förderfaktoren oder Barrieren bezeichnet. Förderfaktoren helfen, die Einschränkungen der Teilhabe aufzuheben, Barrieren verstärken sie. Dabei kann es sich um den Zugang zu Produkten und Technologien (z.B. Medikamenten und Hilfsmitteln), der natürlichen oder durch den Menschen veränderte Umwelt (z.B. Mobilität durch bauliche Maßnahmen und geeignete Transportmittel), soziale Unterstützung und Beziehungen (z.B. Ressourcen und Funktion der Familie und der Gruppe der Gleichaltrigen), gesellschaftliche

Einstellungen (z.B. Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen), und Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gemeinwesens (z.B. Organisation des Gesundheits-, Sozial-, und Bildungswesens) handeln Für die Rehabilitation gilt es, fördernde Kontextfaktoren möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch sowie alters- und entwicklungsspezifisch unterschiedlich zu werten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung besonders zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Kindes und Jugendlichen und der Familie sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen einbezogen.

Die genaue Evaluation von Kontextfaktoren hat in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einen besonderen Stellenwert, weil dem System Familie (auch Pflegefamilie oder Sorgeberechtigte und Mitarbeiter in familienersetzenden Einrichtungen) eine überragende Bedeutung für Rehabilitationsvoraussetzungen, -durchführung und -prognose zukommt. Soziale Entwicklung und Erwerb von partizipativen Fähigkeiten sind weiter auf Kommunikation und soziale Interaktion in der Gruppe der Gleichaltrigen und im Umfeld Kindergarten/ Schule/ Ausbildung angewiesen.

2.3 Rehabilitationsansatz

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation umfassen einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Behandlungs- und Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am familiären, schulischen, gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen.⁶

Bei Kindern und Jugendlichen sind die Ebenen der Vorsorge (primäre und sekundäre Prävention) nicht immer klar von der Rehabilitation (tertiäre Prävention) zu trennen, da die bestehende Funktionsstörung möglicherweise neben den aktuellen Beeinträchtigungen die Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben besteht. Frühzeitig einsetzende Rehabilitationsleistungen werden also in der Regel auch als sekundäre Prävention im Sinne der Beseitigung von Risiken wirken. Dieser Rehabilitationsansatz erfordert – unter Berücksichtigung des Einzelfalls – die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, psychologischen, pädagogischen, sozialen und berufsvorbereitenden Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, sozial- und heilpädagogischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, motopädagogischen, logopädischen / sprachtherapeutischen, diätetischen und psychologisch/ psychotherapeutischen Versorgung. Eingeschlossen werden müssen

⁶ §4 Abs.1 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe

Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem übergeordneten Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

Integraler Bestandteil des Rehabilitationsansatzes bei Kindern und Jugendlichen ist der Einbezug der Familie im oben genannten Sinne sowie der weiteren sozialen Unterstützungssysteme. Das individuelle Gesundheitsverhalten und die Adaptation des Kindes / Jugendlichen wird determiniert durch den jeweiligen psychologischen und sozialen Kontext, in dem sich das Kind / der Jugendliche befindet. Der unmittelbar betroffene Personengruppe umfasst Eltern, gegebenenfalls Geschwister und Großeltern, sowie die Gruppe der Gleichaltrigen. Das Ziel der Rehabilitation, die Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung altersangemessen zu stärken und damit die Krankheitsverarbeitung und das Selbstmanagement zu verbessern („Empowerment“) kann in der Regel nur durch Einbezug der Familie im oben genannten Sinne sowie der weiteren sozialen Unterstützungssysteme erreicht werden.

Eine umfassende Sichtweise ist auch deshalb notwendig, da die chronische Erkrankung des Kindes / Jugendlichen Auswirkungen auf den familiären Kontext hat und unter Umständen die familiären Ressourcen erschöpft. Neben der Befähigung des Umfeldes, die betroffenen Kinder / Jugendlichen zu unterstützen, gehört auch eine Betreuung und Unterstützung der Familie zum Behandlungskonzept. Neben sekundären Auswirkungen der Erkrankung bei dem betroffenen Kind oder Jugendlichen sind auch induzierte Prozesse bei Familienangehörigen, z.B. Eltern und Geschwistern zu beachten, da durch die zusätzlichen Belastungen hier sekundäre Gesundheitsstörungen oder Verhaltens- und Entwicklungsstörungen entstehen können.

Dies impliziert fünf Handlungsprinzipien für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen:

- Gleichwertige Berücksichtigung und Einbeziehung somatischer, psychischer, sozialer und pädagogischer Faktoren für den gesamten Rehabilitationsprozess (*Integrativer Ansatz*).
- Enge Kooperation mit Familien und ihre routinemäßige Einbeziehung in die Rehabilitation des Kindes/Jugendlichen (*Familienorientierung*).
- Einbezug des unmittelbaren weiteren sozialen Umfeldes (insbesondere Kindergarten, Schule, Ausbildungsstelle u.U. aber auch Vereine, Jugendhilfe und Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche, usw.) in geeigneter Form in die Rehabilitation (*Wohnortnähe*)⁷.
- Patientenbezogene Kooperation der Experten aus medizinischen, psychosozialen und nichtmedizinischen Bereichen, die im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation tätig werden (*Interdisziplinarität*).
- Die Angebote sollen sich am Bedarf des Kindes/Jugendlichen und an der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen orientieren (*Evidenzbasierte Rehabilitation*).⁸

⁷ §4 Abs.3 SGB IX (3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

⁸ §10 SGB IX Koordinierung der Leistungen

2.4 Ambulante Rehabilitation in Ergänzung zu kurativer Versorgung und stationärer Rehabilitation

Auch wenn es eine strikte Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche nicht geben kann und soll, sind doch die besonderen Schwerpunkte und primären Ziele von Heilung, Vorsorge (primäre und sekundäre Prävention) und Rehabilitation (tertiäre Prävention) zu beachten. Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung i. S. des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit / Schädigung und zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) ab. Bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz zielt sie auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden und auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen. Deren konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das biomedizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation die ICD. Die medizinische Rehabilitation orientiert sich grundsätzlich an einem bio-psycho-sozialen Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt (entspr. Klassifikation der ICF). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Kinder und Jugendliche leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation werden. Bei Kindern und Jugendlichen geht es neben der Wiederherstellung der Gesundheit immer auch darum, eine absehbare Schwächung des Gesundheits- und Entwicklungspotentials abzuwenden, die individuelle Gesundheit zu fördern und sekundären Erkrankungen vorzubeugen. „Gesundheit“ schließt dabei die körperliche, seelische und geistige Gesundheit ein.

Prinzipiell unterscheiden sich die Rehabilitationsziele bei ambulanter und stationärer Rehabilitation nicht; eine ambulante Rehabilitation ist vorzuziehen, wenn alle Rehabilitationsziele auch ambulant erreicht werden können und ein entsprechendes Rehabilitationsangebot erreichbar ist. Abzuwägen bei der Indikationsstellung ambulant versus stationär sind insbesondere folgende Aspekte:

- Ist eine vorübergehende Herausnahme aus dem sozialen Kontext erforderlich und sinnvoll, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?
- Welcher Zeitrahmen und welche Intensität der Rehabilitationsangebote sind geeignet, die Rehabilitationsziele zu erreichen?
- Welche Möglichkeiten der direkten Einflussnahme auf Kontextfaktoren und deren Veränderungspotential (Familie und weiteres soziales Umfeld) bestehen?
- Besteht eine ausreichende und für die individuelle Familie erreichbare regionale Vernetzung der notwendigen Berufsgruppen um das Rehabilitationsziel zu erreichen?
- Wie kann die Kontinuität der ärztlichen und therapeutischen Bezugspersonen in der Rehabilitation und Nachsorge bzw. Nachhaltigkeit der therapeutischen Erfolge, Transfer der erlernten Methoden in das heimatnahe Umfeld („setting“) gesichert werden (Rehakette)?

Vor jeder Rehabilitationsmaßnahme, ambulant oder stationär, muss eine genaue Überprüfung der Diagnose, der Voraussetzungen für Rehabilitation, (Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit), der Ziele der Rehabilitation, der Motivation des Kindes oder Jugendlichen bzw. der Eltern und der Rehabilitationsprognose stehen. Insbesondere die Prüfung der Voraussetzungen, der Bedürftigkeit oder der Motivation kann dazu führen, dass eine ambulante Rehabilitation einer stationären Maßnahme primär vorzuziehen ist. Ambulante und stationäre Rehabilitation können als Teil eines Gesamtrehabilitationsplanes gesehen werden, die aufeinander aufbauen oder sich ergänzen. Dies bietet die Möglichkeit zum Beispiel einer gezielten ambulanten Rehabilitationsvorbereitung / -einleitung mit konsekutiv stationärer Rehabilitation, oder des Anschlusses ambulanter an eine stationäre Rehabilitation, um den heimatnahen Transfer zu gewährleisten. Je nach Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Kontextfaktoren und regionaler Angebotsstruktur wird der Schwerpunkt dabei mehr in den Bereich der stationären Rehabilitation bzw. der ambulanten Rehabilitation sinnvoll sein. Voraussetzung für ambulante Rehabilitationsleistungen sind in jedem Fall die Sicherstellung der kinder- und jugendmedizinischen hausärztlichen Versorgung außerhalb der Rehabilitationszeiten, ausreichende Mobilität und Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtung und Sicherung der Grundversorgung und Pflege durch die Familie.

Die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation bestehen insbesondere:

- in der Möglichkeit, über einen größeren Zeitraum den Rehabilitationsprozess zu gestalten und damit auch Lern- und Trainingseffekte zu unterstützen.
- im Bereich Erziehung und Bildung gezielt den Kindergarten, die Schule oder Ausbildungsstelle in der Alltagssituation in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen, so dass die individuellen Gegebenheiten besser berücksichtigt und die Einrichtungen nachhaltig in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden können.
- im Bereich der Familien durch eine verstärkte Einbindung derselben am Rehabilitationsprozess, und damit Verbesserung der fördernden Kontextfaktoren. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Patientenschulung und psychosozialen Maßnahmen.
- im Bereich des engeren sozialen Kontextes durch zumindest partiellen Einbezug enger Familienangehöriger (z.B. Geschwister, Großeltern) in den Rehabilitationsprozess, sofern erforderlich. Insbesondere für Jugendliche ergibt sich die Möglichkeit, die Peergroup als einen wesentlichen Unterstützungsfaktor für den langfristigen Erfolg der Rehabilitation einzubeziehen.
- im Bereich der Berufsberatung frühzeitige und langfristige Unterstützung von Jugendlichen bei Berufswahl und Auswahl der Ausbildungsstellen, gegebenenfalls gezielte rehabilitative Maßnahmen am Arbeitsplatz (mit kontinuierlicher Begleitung durch die Agenturen für Arbeit).

Sofern für eine Einzeldiagnose ein Disease-Management-Programm existiert (z.B. Diabetes mellitus Typ I, Asthma bronchiale) – wird es wichtig und notwendig sein, solche Versorgungsprogramme mit

ambulanten Rehabilitationsleistungen zu vernetzen. Ein wichtiger Bestandteil ambulanter Rehabilitation kann außerdem die Integration von Case-Management sein.

2.5 Grundlagen

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss beschreibt und bewertet
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels.

Da der Komplex einer Diagnosebestätigung, Diagnosesicherung und Therapieeinstellung jeweils der Leistung vorgelagert wird, erfolgt dies bei der ambulanten Rehabilitationsleistung im Bereich der kurativen Versorgung (ambulant und/oder stationär) und wird durch die Überprüfung zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ergänzt und abgesichert. Neu zu schaffen sind neben der Integration verschiedener Strukturen zu einem gemeinsamen Angebot deren Vernetzung und die dafür erforderlichen und geeigneten Kommunikationsstrukturen. Insgesamt ist eine unnötige Wiederholung diagnostischer, beraterischer und therapeutischer Angebote zu vermeiden. Darüber hinaus sind für die Reha- bilitationskette geeignete Kommunikations- und Kooperationsstrukturen mit den stationären Rehabilitations- anbiotern zu etablieren.

3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation sind – bei am- bulanter und stationärer Rehabilitation gleichermaßen- folgende persönliche Voraussetzungen sozial- medizinisch zu prüfen

- die Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- die Rehabilitationsprognose.

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits mani- feste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Bei Kindern und Jugendlichen sind im Besonderen die alters-

und entwicklungsspezifischen Aspekte und die Ausschöpfung des Entwicklungspotentials in die Beurteilung einzubeziehen. Neben den Einschränkungen der körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen sind insbesondere die Lebensqualität des Kindes oder Jugendlichen und die Teilhabe am sozialen Leben sowie die Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg (Familienleben, vorschulische Erziehung, Schule, Ausbildung, Beruf) zu betrachten.

3.2 Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Kindes oder Jugendlichen (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Bei Kindern und Jugendlichen ist hier zusätzlich die Motivation und Belastbarkeit des Familiensystems zu prüfen, damit geeignete Maßnahmen vorgeschlagen werden können.

3.3 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine ärztlich begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung und Kontextfaktoren, des bisherigen Verlaufs, des unter Berücksichtigung alters- und entwicklungsspezifischer Aspekte abgeschätzten Kompensationspotentials, der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren) und des Entwicklungspotentials
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum.

4. Individuelle Voraussetzungen

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss die Familie des Kindes /Jugendlichen für eine ambulante Rehabilitation über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität bzw. Transportmöglichkeiten verfügen und die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können. Es ist ggf. zu prüfen, ob ein geeigneter Fahrdienst in Anspruch genommen werden kann. Weiterhin müssen die Eltern oder andere Bezugspersonen über ausreichende zeitlichen Ressourcen zur Begleitung des Kindes / Jugendlichen und Unterstützungsmöglichkeiten in der Betreuung von Geschwistern verfügen. Im Fall eines mobilen Rehabilitationsangebotes muss eine geeignete häusliche Umgebung vorhanden sein. Die Mitwirkung der Familie, bzw. der Pflegefamilie oder Sorgeberechtigten und Mitarbeiter in familienersetzenden Einrichtungen muss sichergestellt sein.

5. Rehabilitationsziele

5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe an Erziehung, Bildung, am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Das Kind oder der Jugendliche soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die bei gleichaltrigen Kindern/ Jugendlichen unter Einbeziehung des speziellen, diagnoseabhängigen Entwicklungspotentials als alterstypisch und für seinen persönlichen Lebenskontext typisch erachtet werden kann.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch

- vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe, zum Beispiel durch Verbesserung der Organfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Vitalität, des Verhaltens und der Stimmung
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation) zum Beispiel durch Anpassung und Training mit bestimmten Hilfsmitteln oder Verhaltensmodifikation
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation), zum Beispiel durch Adaptation des familiären und schulischen Umfelds.

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt. Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt und bezieht die subjektiven Wünsche und Ziele sowie die Lebenssituation des Kindes und Jugendlichen und der Familie mit ein. Die Vereinbarung der Rehabilitationsziele muss daher gemeinsam mit dem Kind / Jugendlichen und Angehörigen erarbeitet werden. Eine aktive Partizipation in Entscheidungsprozessen erfolgt bereits bei Kindern, wobei der Kommunikationsprozess altersangemessen gestaltet und die Entscheidungskompetenz des Kindes / Jugendlichen individuell beurteilt werden muss.

5.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation erfolgen

- in der **Krankenversicherung**⁹

⁹ Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen erbringen. Die Krankenkasse bestimmt (nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls) Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen. (s. a. §40 SGB V)

- in der **Rentenversicherung** (wobei diese nach §31 Abs. 1 Satz 1, Nr.4 SGB VI nur stationäre Leistungen zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen erbringt)
 - in der **Unfallversicherung** (bei im Rahmen von Gemeindeunfällen verunfallten Kindern und Jugendlichen für stationäre und ambulante Rehabilitation zuständig)
- und werden gegebenenfalls ergänzt durch Leistungen
- des **Jugendhilfeträgers** nach Kinder- und Jugendhilfegesetz bei drohender seelischer Behinderung und Hilfen zur Erziehung
 - der **Sozialhilfeträger und Kommunen** nach SGB XII (Wiedereingliederungshilfe bei körperlicher und geistiger Behinderung)

In der Antrags- und Beratungsphase müssen die Zuständigkeiten und Aufgaben dieser Träger identifiziert und spezifiziert werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird die jeweilige Abgrenzung der Zuständigkeit wegen der Überschneidung von Rehabilitationszielen zum Teil schwierig sein. Durch intensive Beratung zum Beispiel durch gemeinsame Servicestellen der Reha-Träger soll vermieden werden, dass Barrieren eine rechtzeitige und erfolgversprechende Rehabilitationsmaßnahme verhindern. Auch wenn die Rentenversicherung derzeit lediglich für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zuständig ist, müssen im Sinne einer optimalen Gestaltung von Rehabilitationsketten und integrierter Versorgung Nahtstellen definiert und organisiert werden.

6. Zweckbestimmung der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation kann in Betracht kommen

- zur Vorbereitung einer stationären, wohnortfernen Rehabilitation,
- anstelle einer stationären Rehabilitationsmaßnahme als eigenständiges interdisziplinäres Konzept
- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitation bei ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabe am familiären, sozialen und schulischen Leben sowie ggf. Arbeitsleben.

7. Angebotsstruktur der ambulanten Rehabilitation

Ein ambulantes wohnortnahes Rehabilitationsangebot mit ausreichender Therapiedichte und gesicherter Qualität, das die Alltagsbedingungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien berücksichtigt, vervollständigt in sinnvoller Weise das Angebot der Rehabilitation i. S. einer auf den unterschiedlichen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgerichteten flexiblen Versorgungsstruktur.

Für eine an diesen Vorgaben ausgerichtete ambulante Rehabilitation ist ein bedarfsgerechtes, differenziertes Leistungsangebot erforderlich, das sich an den für die stationäre Rehabilitation entwickelten Grundsätzen orientiert. Die dort geltenden konzeptionellen Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik, den Rehabilitationsplan, die Rehabilitationsdurchführung sowie die Erfolgskontrolle und die

Dokumentation müssen entsprechend der Aufgabenstellung der ambulanten Rehabilitation umgesetzt werden. Die Beratung der Rehabilitanden (soweit altersangemessen Kind und Jugendliche selbst) und ihrer Familien muss gewährleistet sein, sie dient auch der Vorbereitung auf die vorgesehene Leistung sowie der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Leistung.

Ziele des Ausbaus einer ambulanten Rehabilitationsstruktur sind die Optimierung des Rehabilitationsangebotes für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien und Entlastungseffekte in anderen Versorgungsbereichen (z. B. in der kurativen Versorgung, in der stationären medizinischen Rehabilitation).

Wegen Besonderheiten, insbesondere der niedrigen Prävalenz und Komplexität vieler Erkrankungen und Behinderungen im Kindesalter sollten in der Regel keine neuen Einrichtungen geschaffen werden, sondern sich unterschiedliche Anbieter zu regionalen Netzwerken zusammenschließen und Angebote zur ambulanten Rehabilitation machen. Dazu können unter anderem zählen als Anbieter/ Angebote:

- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- Sozialpädiatrische Zentren
- Sozialpädiatrische stationäre Angebote
- Mobile Rehabilitationsangebote
- Patientenschulungen durch ermächtigte Ärzte
- Schwerpunkt-Ambulanzen und ermächtigte Spezialisten an Krankenhäusern und Universitätsklinken (Hochschulambulanzen)
- Integrierte Versorgungsmodelle in Verbindung mit Akutkrankenhäusern
- Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte
- Niedergelassene Facharztpraxen und im Rahmen von DMP ermächtigte Ärzte
- Niedergelassene Praxen oder Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Ermächtigung zur sozialpsychiatrischen Versorgung
- Pädagogische Einrichtungen / Behindertenhilfe
- Frühförderstellen
- Niedergelassene Therapeuten

Prinzipiell muss die ambulante Rehabilitationseinrichtung nicht alle Leistungen organisatorisch oder räumlich selbst anbieten. Ambulante Rehabilitation kann auch in einer Vernetzung vorhandener Angebote und vorhandener Ressourcen bestehen, muss aber entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung der Rehabilitation für die Leistungserbringer beachten, auch räumliche und weitere strukturelle Voraussetzungen. Bei der Nutzung von Netzwerkstrukturen ist eine zentrale Struktur (im Sinne des Anbieters der Leistung) verantwortlich, den Behandlungsplan aufzustellen und die Durchführung der Maßnahme zu kontrollieren.

Die Aufgaben der oben genannten Einrichtungen zum Beispiel im Rahmen der ambulanten Krankheitsbehandlung bleiben von diesen Rahmenempfehlungen unberührt.

8. Ausschlusskriterien

Bei der ambulanten Rehabilitation im Sinne eines komplexen Therapieprogramms sind eine Reihe allgemeiner Ausschlusskriterien zu berücksichtigen.

Gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien

- eine kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ist notwendig wegen
 - der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
 - stark ausgeprägter Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
 - mangelnder psychischer Belastbarkeit
 - der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung, die nicht ambulant geleistet werden kann
 - der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld
 - wenn keine ambulanten Maßnahmen wohnortnah angeboten werden können.

Darüber hinaus sind ggf. indikationsspezifische Ausschlusskriterien zu beachten.

9. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

Die ambulante Rehabilitation wird durch qualifizierte Anbieter nach indikationsspezifischen Konzepten erbracht, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse die Inhalte und Ziele der Rehabilitation nach den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität definieren, hinzu kommen bei Kindern und Jugendlichen die Anforderungen der Familienorientierung und Berücksichtigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben.

Da im Kindes- und Jugendalter zahlreiche Störungsbilder mit einer niedrigen Prävalenz vorkommen und damit das Aufkommen von Rehabilitanden für diagnosespezifische ambulante Rehabilitationsprogramme gering ist, müssen durch regionale Rehabilitationskonferenzen die Möglichkeiten einer wohnortnahen, ambulanten Rehabilitation erarbeitet und gesichert werden. Eine synergistische Nutzung verschiedener Angebote im Modulsystem kann helfen, Versorgungsengpässe zu überwinden.

9.1 Ganzheitlicher Ansatz

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Einrichtung insbesondere auf die Teilhabe am Leben in der Familie, in der Gleichaltrigengruppe, Bildung und Erziehung sowie am Arbeitsleben und an der Gesellschaft, die Probleme der Komplexität der Erkrankung mit somatopsychischen Folgen und Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen.

Neben der Krankheitsbewältigung und verhaltenstherapeutischen Modifikation von Anpassungsstörungen ist bei Kindern und Jugendlichen die Entwicklungs- und Gesundheitsförderung ein primäres Ziel. Dazu gehört insbesondere auch das Erreichen eines angemessenen Schulabschlusses sowie die Unterstützung bezüglich einer Berufsausbildung /-wahl. Eine integrale Vernetzung mit sozialpädagogischen Angeboten der Jugendhilfe ist notwendig.

9.2 Rehabilitationskonzept

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes Rehabilitationskonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (Indikationen) entspricht.

9.3 Diagnostik

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden können oder durch diese organisiert werden. Überdies sind eine umfassende Sozialanamnese und ggf. eine schulische, freizeit- und arbeitsbezogene Anamnese zu erheben.

Vor Beginn der ambulanten Rehabilitationsleistungen soll die erforderliche medizinische Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) bereits durchgeführt sein, um die Rehabilitationsziele klar definieren zu können, Belastungen des Rehabilitanden, die Einbuße von Therapiezeiten und erhöhte Kosten zu vermeiden.

9.4 Rehabilitationsplan

Für jedes Kind/ Jugendlichen ist ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankung/des Gesundheitsproblems orientiert. Der Rehabilitationsplan muss den regionalen Gegebenheiten und den Ressourcen der Familie bezüglich der Angebote Rechnung tragen. Er ist vom Arzt gemeinsam mit den anderen Mitgliedern des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen. Das Kind / der Jugendliche und alters- und entwicklungsabhängig seine Angehörigen und unmittelbaren Bezugspersonen sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung zu beteiligen.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, d.h., neben der ggf. erforderlichen Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Schul- und Arbeitsleben auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung. Darüber hinaus sollte für Eltern bzw. Jugendliche Kontakt zur relevanten Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

Der Zeitrahmen muss zu Beginn festgelegt werden, er ist individuell abhängig von Indikation, Ressourcen und Prognose.

9.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Ambulante Rehabilitation muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes mit Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin und ggf. mit Nachweis entsprechender indikationsspezifischer Weiterbildung stehen, der über rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügt und/oder die Zusatzbezeichnung Sozialpädiatrie, Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen soll.

Sind im Ausnahmefall die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietsspezifischen und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte. Reichen diese nicht aus, können die Leistungsträger auch ein entsprechend qualifiziertes Leitungsteam als ärztliche Leitung im Sinne des vorstehenden Absatzes anerkennen.

Der leitende Arzt hat die Aufgabe, erforderliche rehabilitationsdiagnostische Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen, die individuell geeigneten Rehabilitationsleistungen festzulegen, ihre Qualität zu sichern und den Rehabilitanden rehabilitationsspezifisch zu behandeln und zu betreuen.

Weitere Aufgaben des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mind. einmal pro Woche) patientenbezogenen Teambesprechungen
- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten
- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen

9.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Das Rehabilitationsteam setzt sich entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen aus Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeuten/ Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten, Klinischen Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Diplompädagogen, Heilpädagogen, Mototherapeuten / Sportlehrern / Sporttherapeuten, Diätassistenten und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen. Es hält regelmäßig und aktiv Kontakt zu Schule oder Ausbildungsstelle des Kindes oder Jugendlichen und bezieht Lehrer/innen und Ausbilder/innen mit ins Team ein.

An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam sind ggf. indikationsspezifische zusätzliche Anforderungen an Qualifikation und Berufserfahrung zu stellen.

10. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das jeweilige indikationsspezifische Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann. Aus der Beschreibung/ Inaugenscheinnahme muss dies schlüssig für die geplanten Rehabilitationsinhalte hervorgehen. Dabei muss es sich nicht um

Räumlichkeiten unter einem Dach handeln. Bei häuslicher ambulanter Rehabilitation muss ebenfalls die Ausstattung nachgewiesen sein.

11. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der speziellen indikationsbezogenen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten. Nach Möglichkeit sollen im Funktionsverbund externe Apparate für die ambulante Rehabilitation mitgenutzt werden.

12. Behandlungselemente

Zu den Behandlungselementen der ambulanten Rehabilitation zählen insbesondere

- ärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, falls nicht durch Kinder-/Hausarzt erfolgt
- Krankenpflege
- indikationsbezogene Physiotherapie/Krankengymnastik einschließlich Physikalischer Therapie, Bewegungstherapie und Sporttherapie
- indikationsbezogene Ergotherapie
- indikationsbezogene Sprachtherapie
- indikationsbezogene psychologische Beratung/Psychotherapie
- Verhaltenstherapeutische/ heilpädagogische Maßnahmen
- Sozialpädagogische Maßnahmen
- Organisation familienentlastender Dienste
- strukturierte und qualitätsgesicherte Schulung und Anleitung von Eltern und Bezugspersonen nach anerkannten Schulungskonzepten
- psychosoziale Beratung (auch bei Fragen zu Leistungen zur Teilhabe in Vorschul- oder Schulleben sowie Berufsausbildung) und Betreuung
- Programme zur Information, Motivation und Schulung (Gesundheitsbildung, -training)
- Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe an Bildung und Schule (z.B. Schulwunsch, Schuleignungsprüfung, Wiedereingliederung, Belastungserprobung)
- Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe an altersentsprechenden sozialen und kulturellen Aktivitäten (z.B. Entwicklung von Interessen und Neigungen, Teilnahme an Sport- und Freizeitaktivitäten, sozialen und kirchlichen Aktivitäten)
- Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Berufswahl, Berufsfindung, Berufserprobung, Belastungserprobung,)
- Ernährungsberatung.

Die einzusetzenden Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation.

13. Leistungsbewilligung

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den zuständigen Rehabilitationsträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherungsträger, Sozialhilfeträger).

Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel.

Als ergänzende Leistungen zur Erreichung und Sicherung des Zieles der ambulanten Rehabilitation kommen insbesondere in Betracht

- Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld)
- Reisekostenerstattung
- Betriebshilfe
- Haushaltshilfe
- Rehabilitationssport, Funktionstraining
- Übernahme der Kosten für eine Patientenschulung nach SGB V §43 Abs. 1 Nr.2.

14. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorherigem Einverständnis (Einwilligung) durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei Verzögerungen im Therapieplan und damit Nicht-Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. bei interkurrenten Erkrankungen).

15. Teilhabe an Erziehung und Bildung

Das Kind /der Jugendliche und die Familie werden bei Bedarf im Verlauf der ambulanten Rehabilitation zur Frage der Teilhabe an vorschulischer oder schulischer Erziehung und Bildung oder beruflicher Ausbildung bzw. Arbeitsleben beraten und unterstützt.

Bei Einwilligung der Eltern soll bereits während der Rehabilitationsleistung der zuständige Schularzt oder Schulpsychologe/ Heimarzt/ Betriebsarzt bzw. der Einrichtungs- und Schulträger/Arbeitgeber oder der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Wiedereingliederungshilfe vom Rehabilitationsfachberater angesprochen werden, um alle Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Eingliederung/ Wiedereingliederung zu prüfen, z. B. im Wege einer stufenweisen Wiedereingliederung in den vorschulischen bzw. schulischen und beruflichen Ausbildungsprozess oder um Maßnahmen der Teilhabe am Kindergarten/ Schul – bzw. Arbeitsleben vorzubereiten. Von besonders großer Bedeutung sind die frühzeitige Berufsfindung und Berufserprobung für Jugendliche und die Kooperation mit der zuständigen Berufsschule und der Agentur für Arbeit..

Ist absehbar, dass das betroffene Kind /Jugendliche nicht an seinen alten Kindergarten- Schul- oder Arbeitsplatz zurückkehren kann, und kommt auch eine Eingliederung in eine andere Institution/ Schule/Klasse bzw. innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen ggf. der Behinderung angepassten

Schul-/ Arbeitsplatz voraussichtlich nicht in Betracht, ist der zuständige Träger der Leistungen zur Teilhabe am Kindergarten, Schul- oder Arbeitsleben einzuschalten.

Ein Mitglied des Rehabilitationsteams ist als ständiger Ansprechpartner bzw. Kontaktperson für Fragen zu Leistungen zur Teilhabe am Kindergarten-, Schul- oder Arbeitsleben zu benennen.

16. Abschlussbericht

Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Abschlussbericht, der u. a. folgende Angaben enthalten muss

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsfähigkeit, der vorhanden und gestärkten personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren (einschließlich Verhaltensdiagnostik) und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z.B. die Stellungnahme
 - zur Leistungsfähigkeit im familiären, altersgruppenbezogenen und schulischen Bereich, ggf. Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den schulischen und beruflichen Kontext
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
 - zur Krankheitsverarbeitung, und Adaptation
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur evtl. weiteren psychosozialen Betreuung.

17. Kooperation

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. niedergelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte in Fachabteilungen an Krankenhäusern und deren Ambulanzen, Rehabilitationskliniken, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstationen, Jugendhilfe, Sozialpädiatrische Zentren, Selbsthilfegruppen) eng zusammen.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt. Anbieter ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen haben durch organisatorische und strukturelle Merkmale sicherzustellen, dass durch einen sinnvollen Ablauf und Vernetzung von Rehabilitationsleistungen, insbesondere auch zu stationären wohnortfernen Rehabilitationseinrichtungen die Rehabilitationskette geschlossen wird bzw. bleibt.

18. Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente und die Einbeziehung der Bezugspersonen
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden in einem Behandlungsheft/Rehabilitationstagebuch
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Abschlußbericht.

Bei Kindern und Jugendlichen liegen viele Rehabilitationsziele im Bereich der Förderung und Ausschöpfung des Entwicklungspotentials, im Sinne angemessener Krankheitsverarbeitung, Erreichung weitgehender Selbständigkeit und Autonomie. Hierfür müssen geeignete, veränderungssensitive psychometrische Instrumente zur Dokumentation des Erfolgs entwickelt und vorgehalten werden. Ähnliches gilt für die Überprüfung verhaltensmodifizierender Ziele.

19. Qualitätssicherung

Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Im Rahmen der Entwicklung von Best-Practice- Modellen der Ambulanten Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sollen sich Anbieter an Modellvorhaben unter begleitender wissenschaftlicher Evaluation beteiligen.

19.1 Strukturqualität

Zur qualitätsgesicherten Struktur der ambulanten Rehabilitation müssen die in diesen Rahmenempfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch erfüllt sein.

19.2 Prozessqualität

Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der ambulanten Rehabilitation sind das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitationspläne der Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitationspläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer patientenbezogenen standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

19.3 Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischenuntersuchungen und der Abschlussbefundung ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert.

Katamnestische Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen sind anzustreben.

Dies gilt auch für die Teilhabe an Schulbesuch, Ausbildung oder Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft insbesondere in Familie und Gleichaltrigengruppe.

20. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 8 genannten Ausschlusskriterien zeigen, wenn durch alleinige ambulante Rehabilitation die Ziele nicht erreichbar sind, wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Literaturhinweise

- „Altöttinger Papier“ Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren <http://www.dgspj.de/pdfs/altgoettingerpapier.pdf>
- BAR (Hrsg.) Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Frankfurt: BAR 1998 (in Überarbeitung)
- BAR (Hrsg.) Rehabilitation und Teilhabe Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, 3. völlig neu bearbeitete Auflage 2005 Deutscher Ärzte-Verlag GmbH ISBN 3-7691-0420-X
- Leitlinien der Fachgesellschaft Rehabilitatoin in der Kinder- und Jugendmedizin. Zuletzt aktualisiert August 2006 http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_070.htm
- Rechtsverordnungen zu den Disease Management Programmen vom 22.12.04 (www.dmp-asthma.de)
- Schlippe & Theiling, 2005: Niemand ist allein krank, Pabst Verlag.
- Stachow, R., Szczepanski, R., 2001: Wir brauchen eine funktionsfähige Rehabilitationskette. In: ‚der kinderarzt‘ 32, 918-926.
- SGB V http://www.bma.de/download/gesetze_web/sgb05/sgb05xinhalt.htm Stand Jan 2004
- SGB VI http://www.bma.de/download/gesetze_web/sgb06/sgb06x000.htm Stand Jan 2004
- SGB IX http://www.bma.bund.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm
- Szczepanski, R., Taube, K., Junggeburth, J., Worth, H., 1998: Ambulante wohnortnahe pneumologische Prävention und Rehabilitation bei obstruktiven Atemwegserkrankungen - Stand, Perspektive und Forschungsbedarf. In: Pneumologie 52, 476-483.
- Thyen U. Chronisch kranke Kinder: Betreuungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. In: Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin- Neue Wege in der Nachsorge. Hrsg: Porz, F & Erhardt H., Thieme Verlag, 2003, 11-14