



therapieren  
und  
erforschen,  
was  
bewegt



Fragen der ambulanten Reha für Kinder und Jugendliche -

Eine neuer Baustein in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

?????

Prof. Dr. Eckhard Schönau



**UNIKLINIK  
KÖLN**

Klinik und Poliklinik  
für Kinder- und  
Jugendmedizin

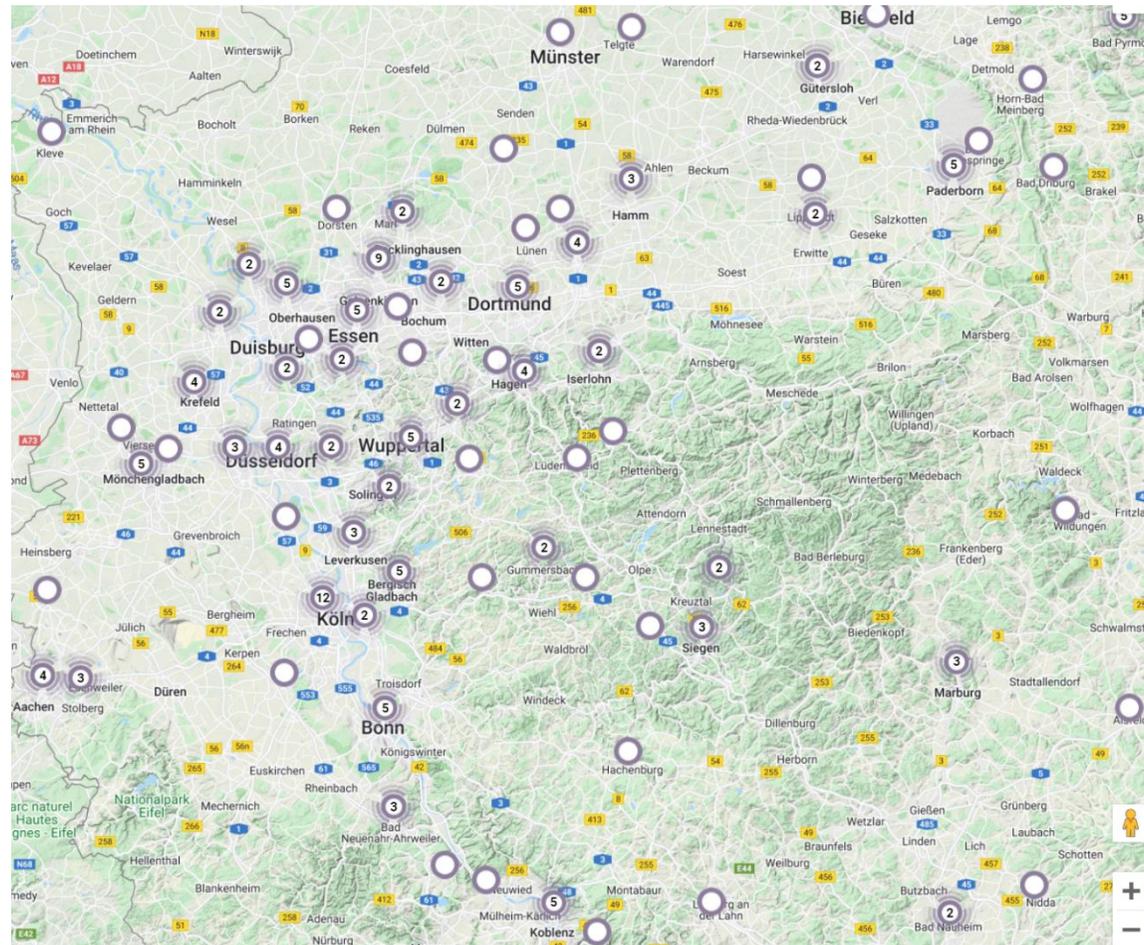


## Ambulante Reha-Angebote für Erwachsene in Köln





# Ambulante Reha für Erwachsene in NRW



# Stationäre Reha für Kinder und Jugendliche in der BRD



STARTSEITE

REHA FÜR KINDER &  
JUGENDLICHE – INFOS

REHA-LEISTUNGEN

CHRONISCH KRANK NACH  
CORONA? REHA HILFT!

REHA-KLINIKEN FÜR  
KINDER & JUGENDLICHE

REHA-ANTRAG STELLEN

FLYER, FORMULARE & LINKS

FRAGEN & ANTWORTEN

AKTUELLES & ARCHIV

VERANSTALTUNGEN &  
VORTRÄGE

WIR ÜBER UNS

?"FRAGEN ZUR KINDER- UND  
JUGENDREHA?"



Startseite

## WILLKOMMEN AUF DEM INFORMATIONSPORTAL ZUR KINDERREHA UND JUGENDREHA

Eine medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche kann gezielt helfen, chronische Krankheiten zu lindern, Spätfolgen zu verhindern (auch im Zuge der Corona-Pandemie) und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern. Damit wird die Lebensqualität der jungen Patienten nachhaltig gesteigert.

Reha-Maßnahmen können für viele junge Patienten, z.B. bei Asthma, chronischer Bronchitis, starkem Übergewicht, psychischen Auffälligkeiten wie ADHS und schweren Schulproblemen beantragt werden. Erste Ansprechpartner für die Verordnung einer Reha sind Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychologen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie Hausärzte. Die bundesweiten Kinderreha- und Jugendreha-Kliniken sind in ihrer medizinischen Ausstattung und mit einem



# Rehabilitation

*Ziel der Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifestierten Beeinträchtigungen der Teilhabe an Erziehung, Bildung, am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft ...**abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern**, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.*

**Allgemeine Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter 03/2007**

# Flexirentengesetz 14.12.2016

## § 15a SGB VI

- Pflichtleistung
- stationär oder ambulant
- 4-Jahresfrist entfällt
- Wegfall der gesonderten Ausgabenbegrenzung
- Anspruch auf Nachsorge

# Nachteile ambulanter Reha

- Verdichtung der Alltagsverpflichtungen einer Familie
- keine richtige “Auszeit“ von oder mit der Familie
- Unbefriedigende Transportregelungen

## Vorteile ambulanter Reha

- Einbeziehung familiäres Umfeld (nicht nur die Eltern)
- Berücksichtigung der Alltagsbedingungen (räumliche Strukturen, ...)
- Reduktion der Ausfallzeiten (Schule, Arbeit, private Aktivitäten)
- Verknüpfung mit IRENA “aus einer Hand“
- Netzwerk mit Präventionsanbieter bzw. Sportvereine, Behindertensport etc.



## PFLEGE PRAXIS

# Pionierbereich: Ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation

***Den Behandlungserfolg und die Teilhabe sichern*** Nicht für alle Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und deren Familien kommt eine stationäre Rehabilitation in Frage. Durch eine Gesetzesänderung können nun auch ambulante Reha-Angebote für Kinder und Jugendliche jedes Jahr wahrgenommen werden. Eines der (noch) raren Angebote gibt es an der UniReha in Köln. Ein Praxisbericht. ✍ *Christina Stark, Miriam Jackels, Evelyn Alberg, Eckhard Schönau*

# Intervall-Reha mit häuslichem Training für Kinder mit Störungen der Mobilität

**M 0****1. Stationärer Aufenthalt – 13 Tage**

Funktionelle, alltagsorientierte Physiotherapie,  
Ganzkörpervibration, Krafttraining, Laufbandtraining, Bewegungsbad

**Häusliches Vibrationstraining, Ortsnahe Therapien – 3 Monate**

**M 3****2. Stationärer Aufenthalt – 6 Tage**

Funktionelle, alltagsorientierte Physiotherapie,  
Ganzkörpervibration, Krafttraining, Laufbandtraining, Bewegungsbad

**Häusliches Vibrationstraining, Ortsnahe Therapien – 3 Monate**

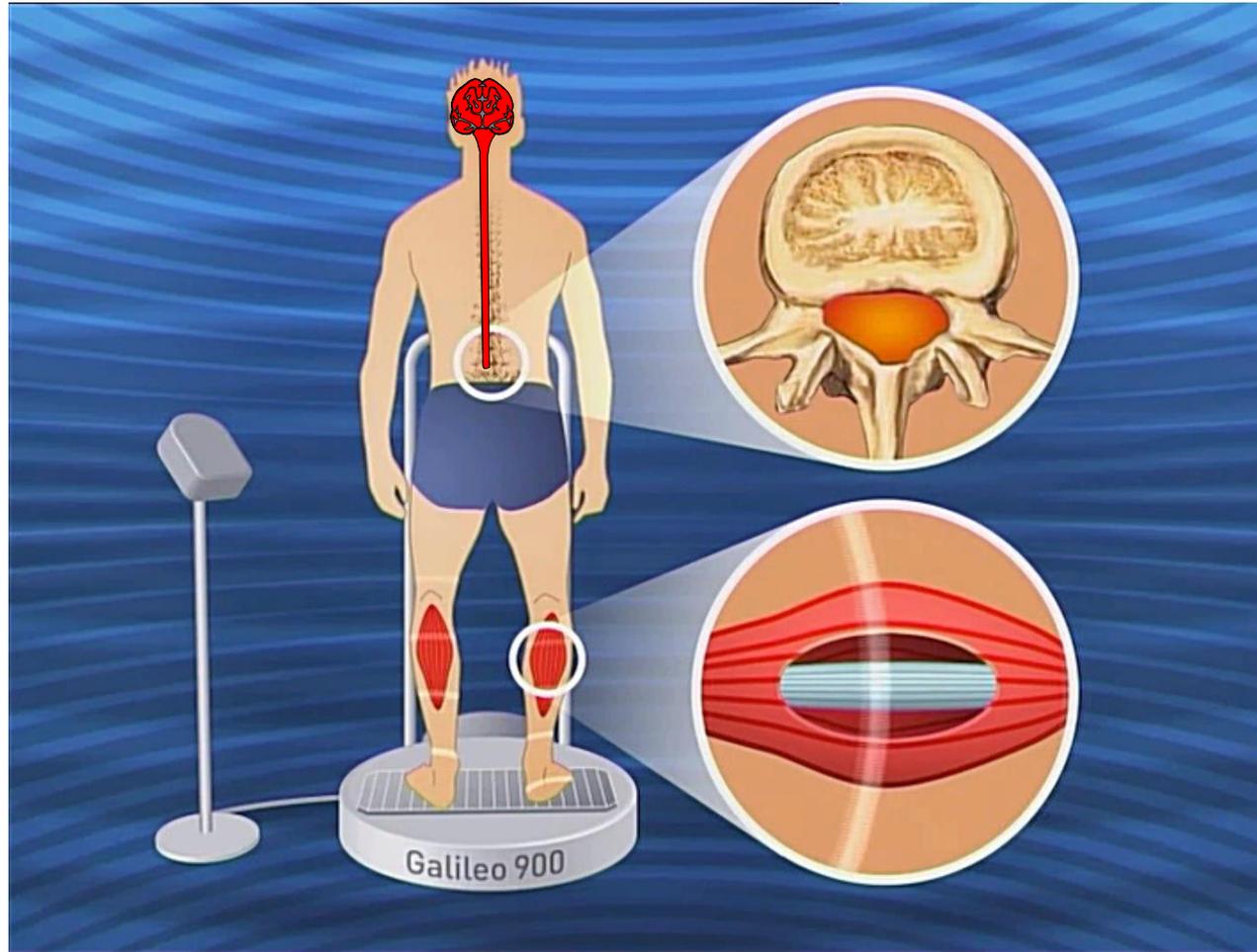
**M 6****1. Ambulante Kontrolle – 1 Tag**

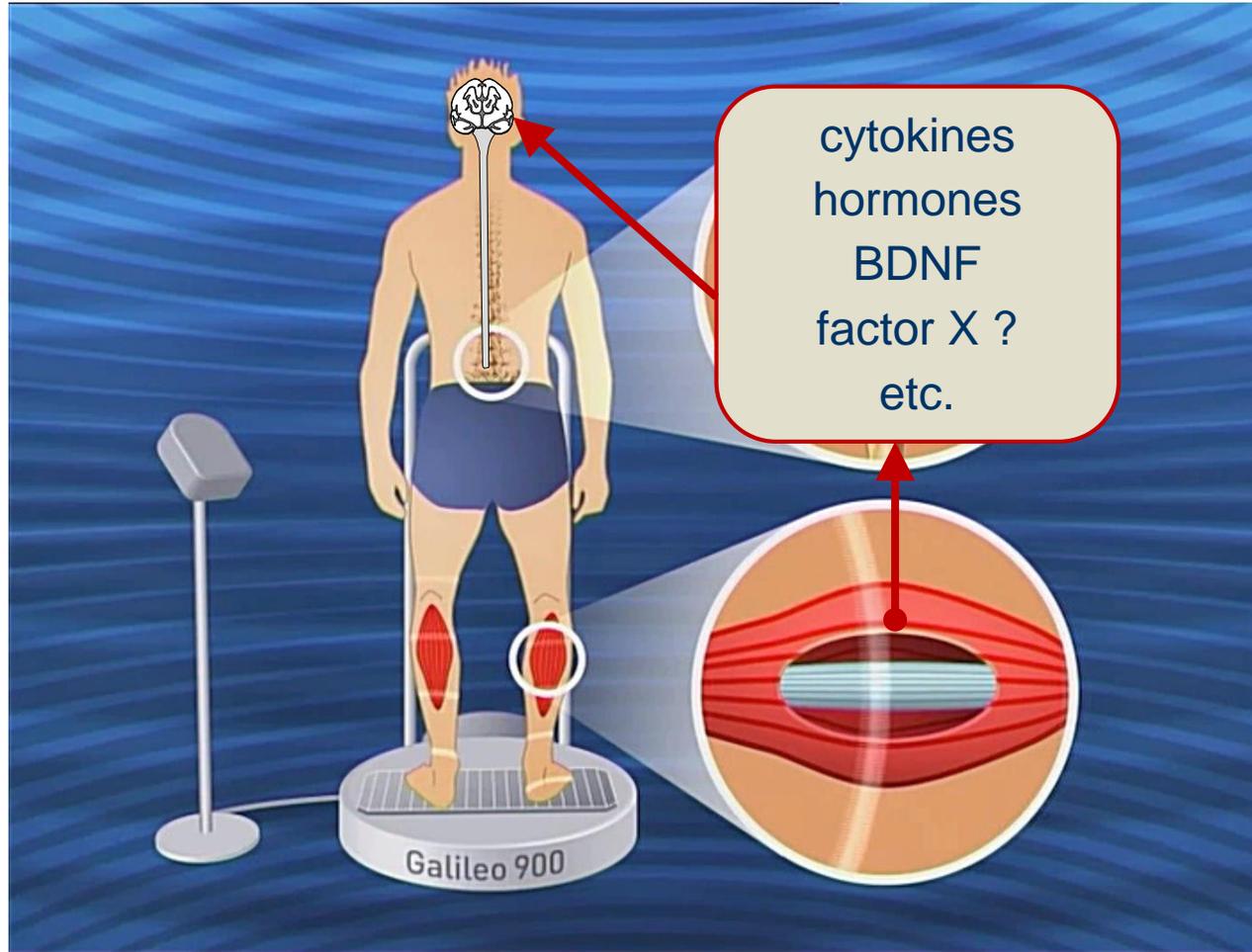
Überprüfung des Rehabilitationsziels

**Follow-up, Ortsnahe Therapien, kein WBV – 6 Monate**

**M 12****2. Ambulante Kontrolle – 1 Tag**

Überprüfung der Nachhaltigkeit





# Häusliches Training

**Eltern und Kinder** lernen  
das Trainingsprogramm

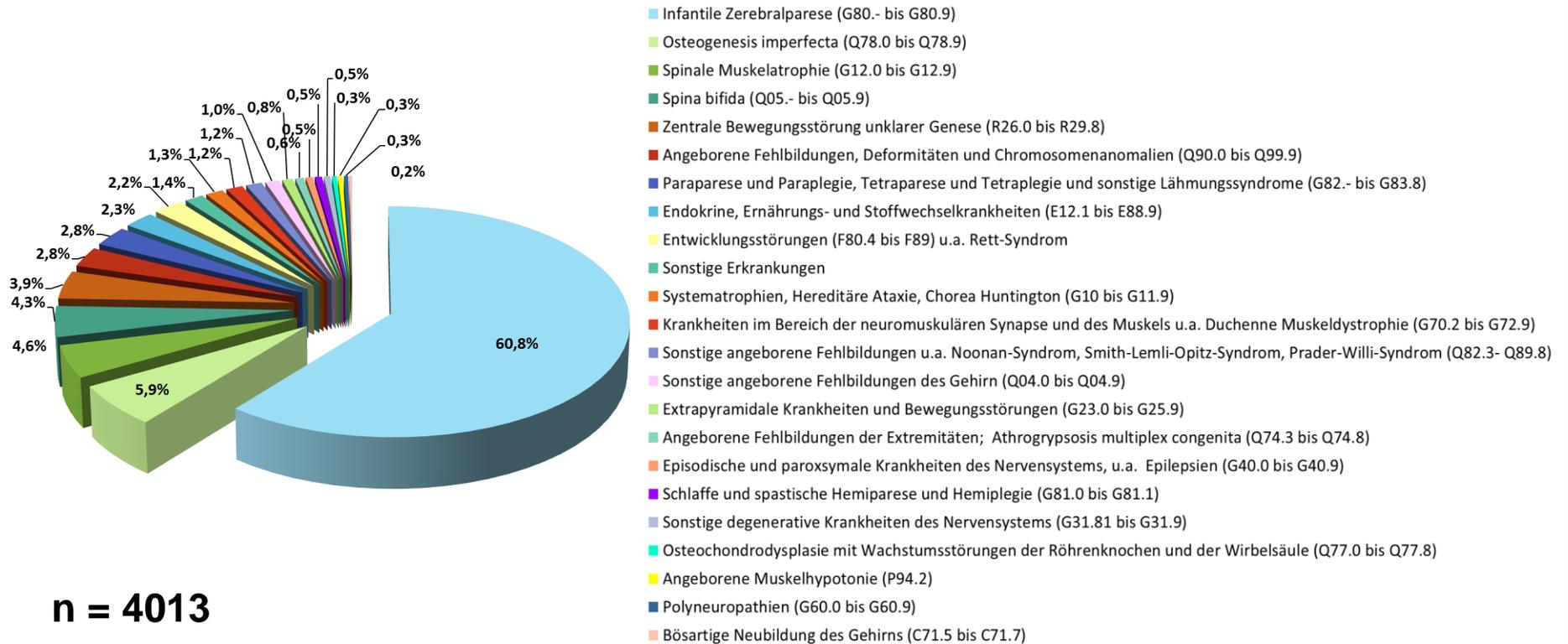
**6 Monate** häusliches Training

**10 Mal** die Woche

**3x3** Minuten

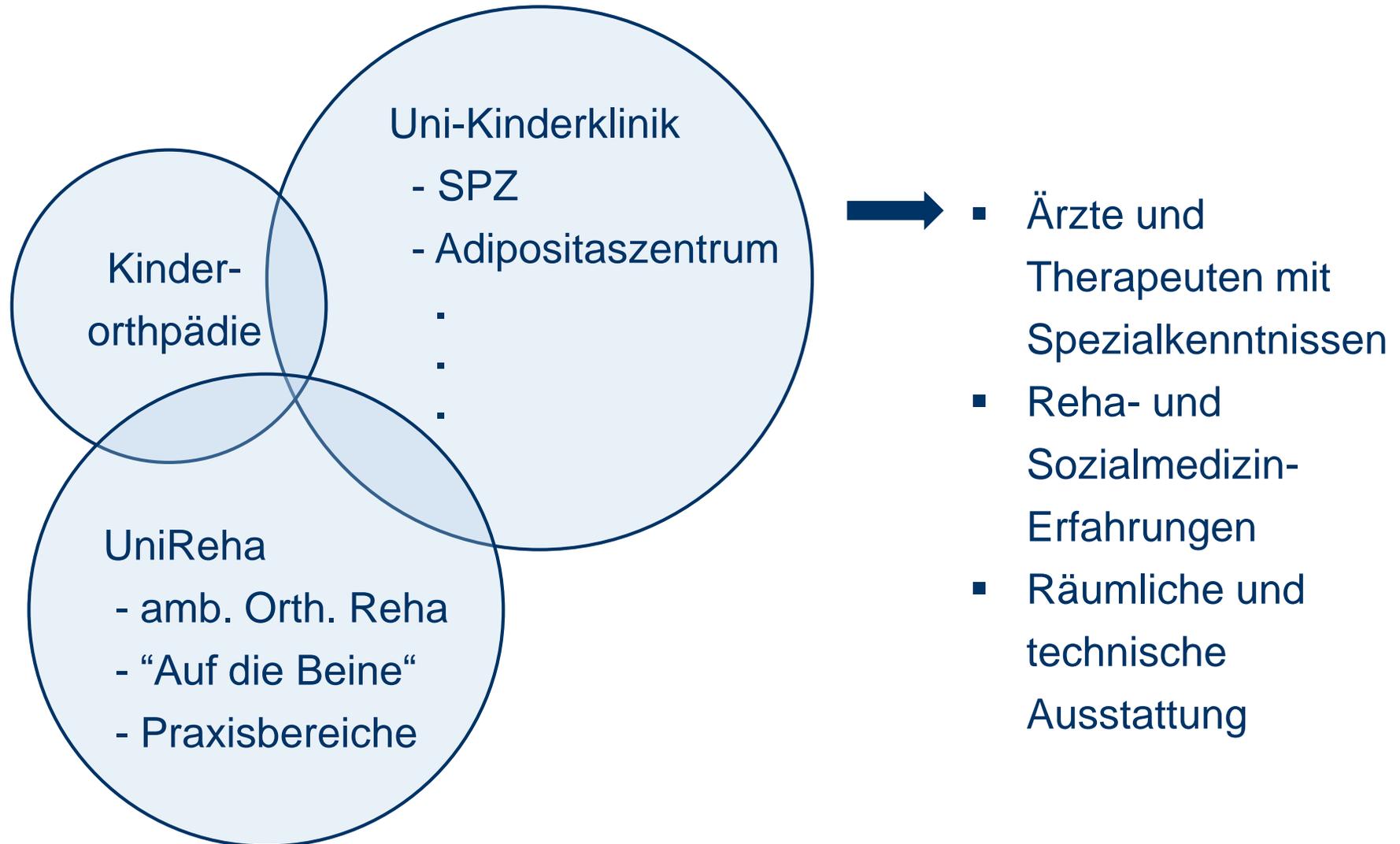
**3 bis 6** Übungen

# Diagnosen 2006 - 2017





# Ausgangssituation - Köln



- Ausgangssituation
- **Konzept AMLOR**
- Perspektiven für ambulante  
Reha für Kinder und Jugendliche ?



Ambulante Medizinisch-Lebenswelt  
orientierte Rehabilitation (AMLOR)  
für Kinder und Jugendliche

*UniReha GmbH,  
Uniklinik Köln*







**Die AMLOR ist modular aufgebaut nach Schwerpunkten:**

- a) Neuro-Muskulär**
- b) Skelettal**
- c) Adipositas**

# Eingangsuntersuchung

## REHA-**Bedürftigkeit?**

Adipositas

Folgeerkrankungen?

## REHA-**Fähigkeit?**

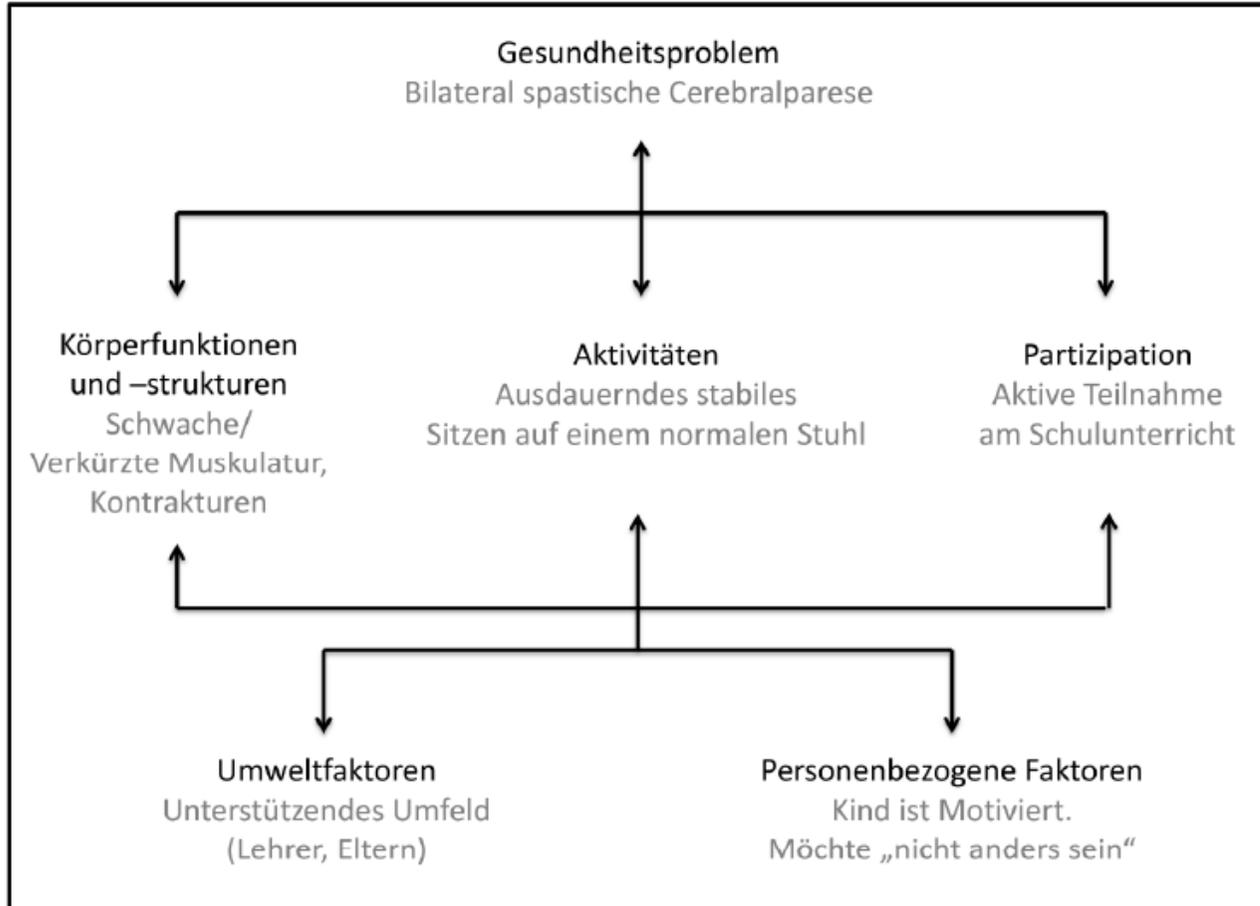
Ausschluß Grunderkrankung?

Motivation?

psychiatrische Erkrankung?

## REHA-**Ziel?**

## REHA-**Form?**





## Wochenplan Beispiel Neuro- Reha

14:00	Diagnostik	Arzt 1	Diagnostik	F TH 7 1 zu 1	F TH 9 1 zu 1
	Begrüßung	F TH 3 1 zu 1	F TH 5 1 zu 1	Pause	Pause
15:00	F TH 1 1 zu 1	Pause	Pause	F TH 8 1 zu 1	MTT/ BWB/ WBV/ Laufb
	Pause	MTT/ BWB/ WBV/ Laufb 2	MTT/ BWB/ WBV/ Laufb 3	Pause	5
16:00	MTT/ BWB/ WBV/ Laufb 1	Pause	Pause	Pause	Pause
	Pause	Pause	F TH 6 1 zu 1	MTT/ BWB/ WBV/ Laufb 4	F TH 10 1 zu 1
17:00	F TH 2 1 zu 1	F TH 4 1 zu 1	F TH 6 1 zu 1		

F TH = Funktionelle Therapie nach Behandlungsschwerpunkt (Physio, Ergo, Logopädie)

incl. Anleitung Heimtrainingsprogramm

MTT = Medizinische Trainingstherapie

BWB = Bewegungsbad

WBV = Neuromuskuläre Stimulation/ Vibrationsunterstützte Physiotherapie

Lufb = Laufband mit oder ohne Roboterunterstützung



## Beispiel Präsenztage Neuro

PT 3

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
15:00		F TH 13 1 zu 1			
		Pause			
16:00		F TH 14 1 zu 1			
		Pause			
17:00		MTT/ BWB/ WBV/ Laufb 7		Ernährung  ELTERN Schulung	

# Adipositas-AMLOR

Insgesamt 92 Einheiten à 45 min.

- edukative Einheiten 38
- interaktive Einheiten 6
- sportliche Einheiten 44 (Sporthalle, Park, Vereine)
- Hausbesuche 4 Einheiten
- Psychosoziales: individuelle Termine



Quelle:ksta.de



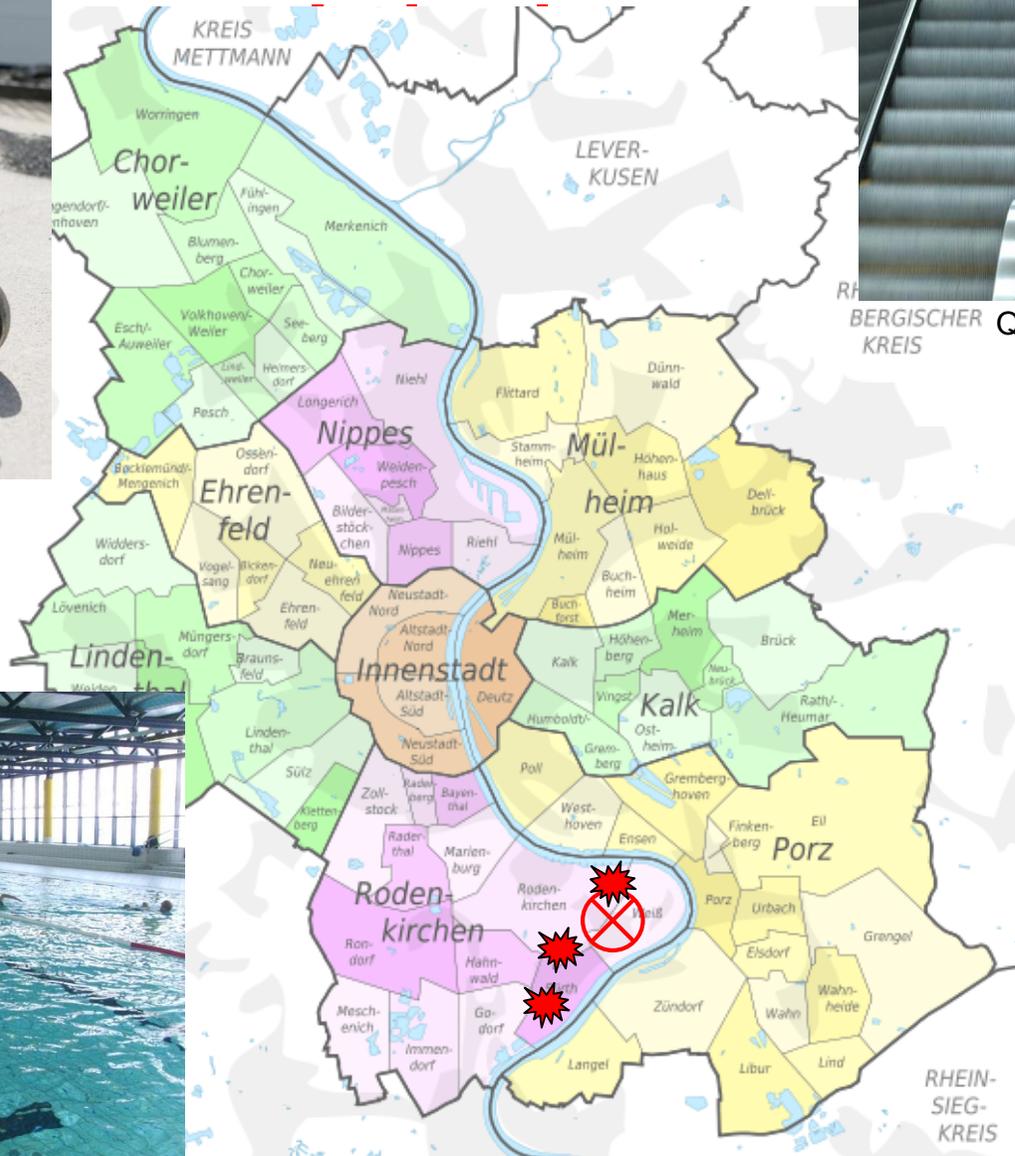
Quelle: sodapix.com

Quelle:ksta.de

Quelle:Prospektverteilung-Hamburg.de



Quelle: Schulweg.ch



Quelle: vitalcompass.com



Quelle: upload-wikimedia.org

Quelle:Prospektverteilung-Hamburg.de

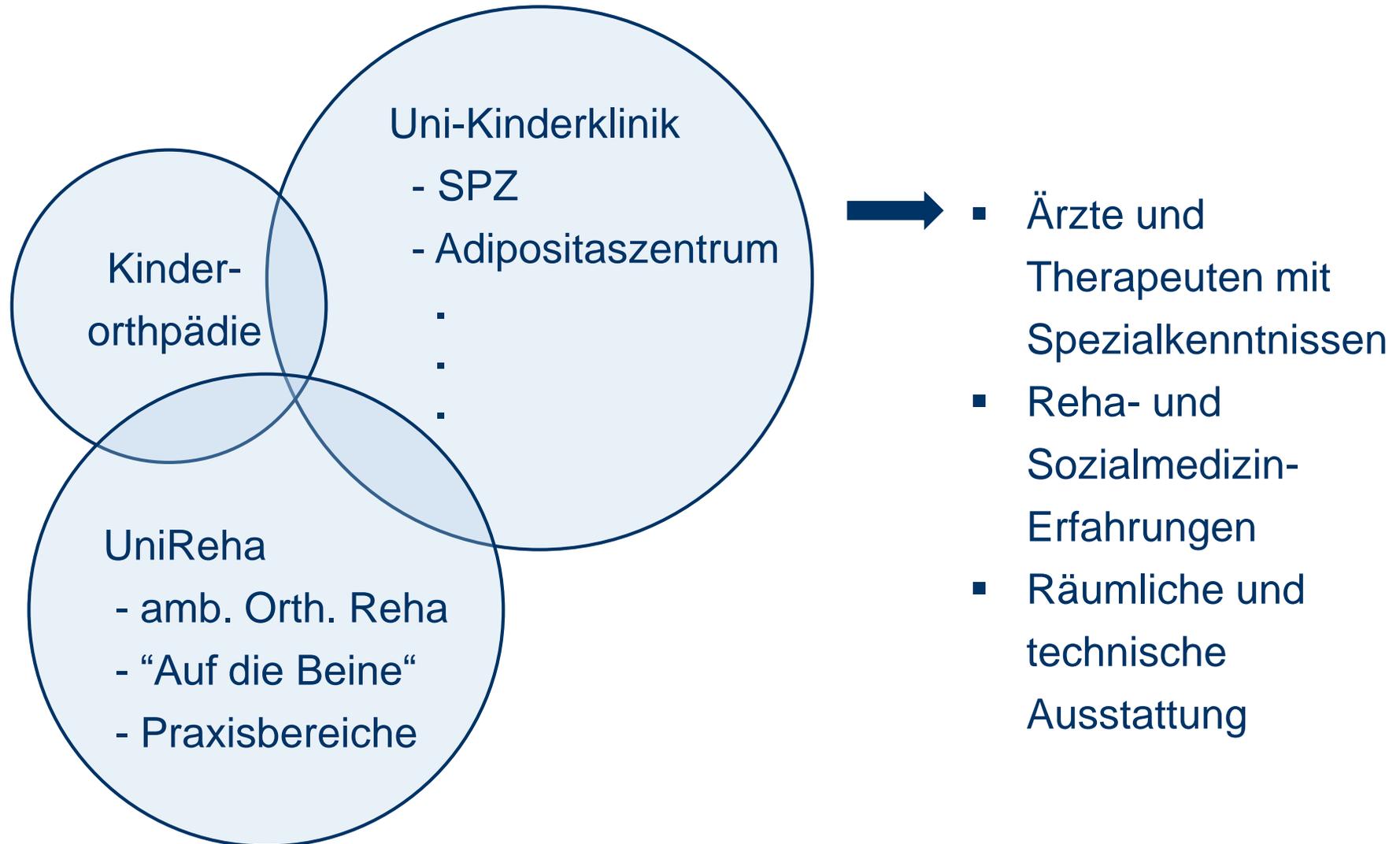
- **Ausgangssituation**
- **Konzept AMLOR**
- **Perspektiven für ambulante  
Reha für Kinder und Jugendliche ?**



## Gesetzliche Rahmenbedingungen

Seit der Änderung des §15a SGB VI (Flexirentengesetz) im Jahr 2017 ist die bis dahin bestehende Beschränkung auf stationäre Leistungen für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfallen und diese kann jetzt auch als ambulante Leistung erbracht werden. Zudem ist sie nun keine Ermessensleistung mehr, sondern wurde in den Pflichtkatalog der Deutschen Rentenversicherung (DRV) aufgenommen und kann jedes Jahr wiederholt werden.

# Ausgangssituation - Köln

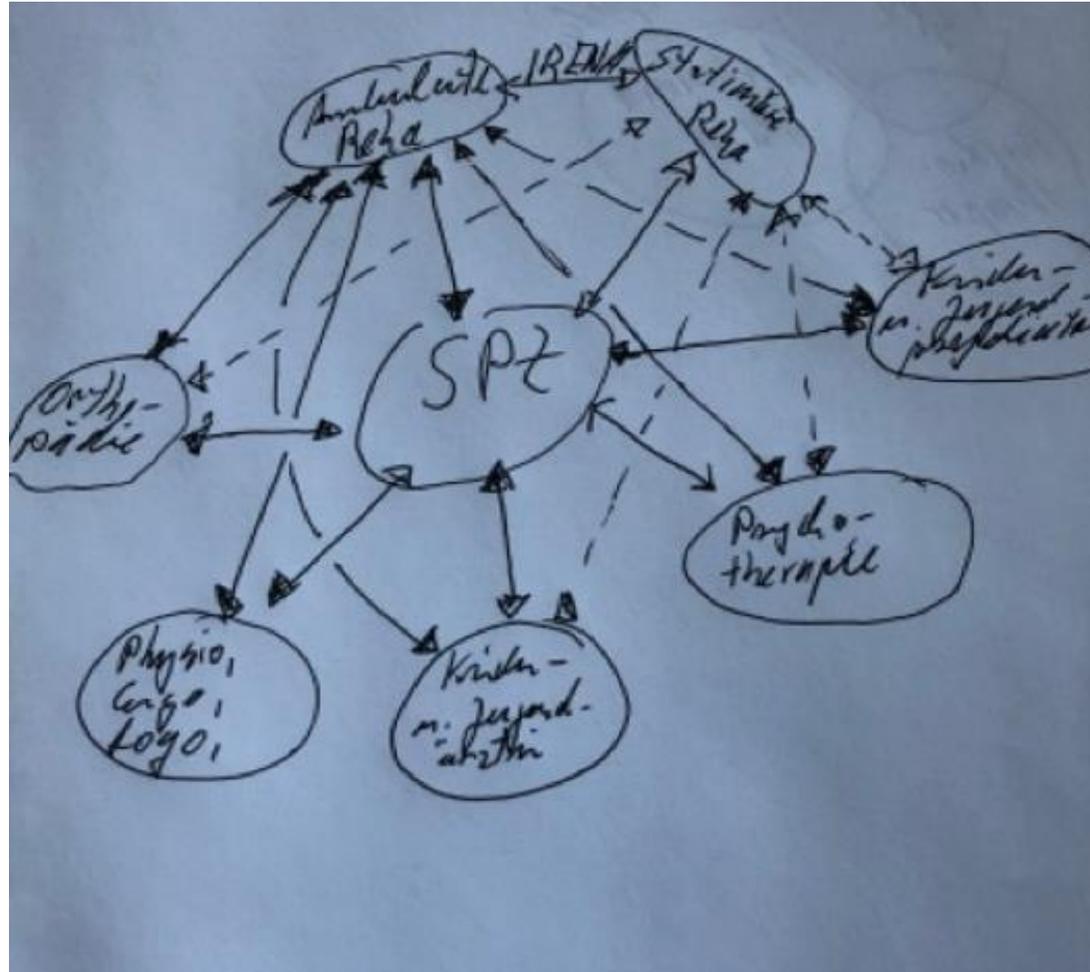




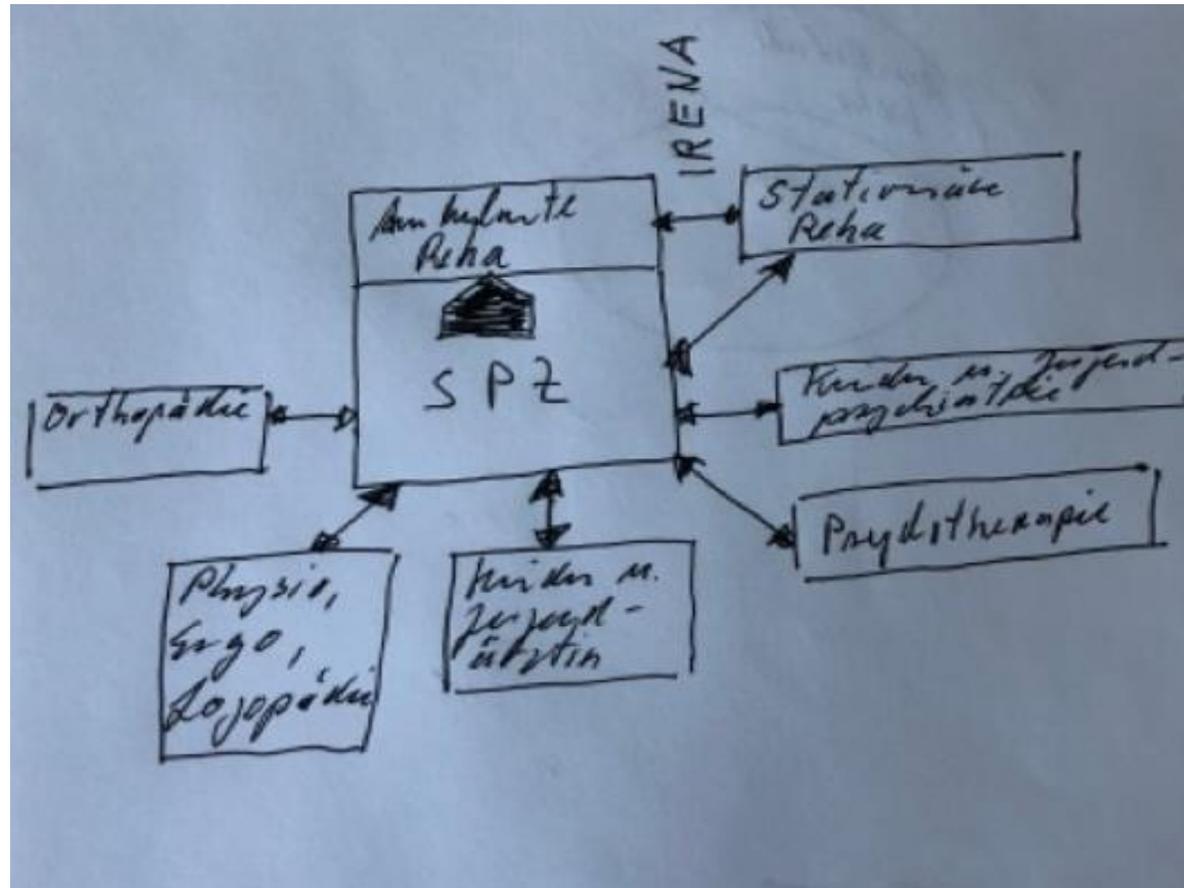
**Abb. 17: Fallführende/r Arzt/ Ärztin Koordiniert die Fachdisziplinen des Rehabilitationsteams**



## Vernetzte Versorgung



# SPZ und Reha „aus einer Hand“ ?





## Reha „vernetzt“

Teilaspekte (die der ambulanten Rehabilitation entsprechen) werden bereits angeboten; z.B. 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. Jedoch sollten „im Sinne einer umfassenden, ganzheitlichen und komplexen Maßnahme zur Wahrnehmung der Wiederherstellung der Teilhabe gemäß SGB V und SGB IX die Teilaspekte verbindlich in ihrer Struktur miteinander vernetzt, in der Prozessqualität gemeinsam gesichert und im Sinne der Ergebnisqualität übergreifend evaluiert werden“



## Modul A: Neuro-Muskulär

- Neurologische Untersuchung
- Beurteilung des Gelenkstatus
- Motoskopische Untersuchung hinsichtlich der von Kind und Eltern formulierten Therapieziele
- GAS (Goal Attainment Scale)
- GRC (Global Rating of Change)
- GMFCS Level (Gross Motor Function Classification System)
- MACS Level (Manual Ability Classification System)
- CFCS Level (Cognitive Functioning Classification System)
- Gross Motor Function Measure (GMFM-66)
  - Alternative Tests der Grobmotorik indikationsspezifisch z.B. Hammersmith Functional Mobility Scale für SMA usw..
  - Zusätzlich z.B. Cooper Test für sehr fitte Kinder und/oder Jugendliche oder Brief Assessment of Motor Function für OI.
- Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL<sup>®</sup>) Version altersentsprechend für Kind und Elternfragebogen:
  - KiddyKINDL\_Kindversion\_4-6J
  - KiddyKINDL\_Kindversion\_4-6J\_Zusatzskal
  - KiddyKINDL\_Elternversion\_3-6J
  - KiddyKINDL\_Elternversion\_3-6J\_Zusatzskal
  - KiddyKINDL\_Kindversion\_7-13J
  - KiddyKINDL\_Kindversion\_7-13J\_Zusatzskal
  - KiddyKINDL\_Elternversion\_7-13J
  - KiddyKINDL\_Elternversion\_7-13J\_Zusatzskal

## Publikationen

Observational Study > [Neuropediatrics](#). 2020 Dec;51(6):407-416. doi: 10.1055/s-0040-1715489.

Epub 2020 Oct 16.

### Effect of Long-Term Repeated Interval Rehabilitation on the Gross Motor Function Measure in Children with Cerebral Palsy

Christina Stark <sup>1 2 3</sup>, Ibrahim Duran <sup>3</sup>, Kyriakos Martakis <sup>1 4 5</sup>, Karoline Spiess <sup>3</sup>, Oliver Semler <sup>1 2</sup>, Eckhard Schoenau <sup>1 2 3</sup>

Affiliations + expand

PMID: 33065752 DOI: [10.1055/s-0040-1715489](#)

#### Abstract

**Background:** The efficacy of interventions for cerebral palsy (CP) has been frequently investigated with inconclusive results and motor function measured by the Gross Motor Function Measure (GMFM-66) is common.

**Objective:** In this observational analysis, we quantify the GMFM-66 change scores of the second and third year of a multimodal rehabilitation program (interval rehabilitation including home-based, vibration-assisted training) in children with CP.

**Methods:** The study was a retrospective analysis of children with CP (2-13 years) participating for a second ( $n = 262$ ) and third year ( $n = 86$ ) in the rehabilitation program with GMFM-66 scores at start (M0), after 4 months (M4) of intensive training, and after 8 months of follow-up (M12). A method was previously developed to differentiate between possible treatment effects and expected development under standard of care for GMFM-66 scores using Cohen's d effect size (ES; size of difference).

**Results:** After the treatment phase of 4 months (M4) in the second year, 125 of 262 children were responder ( $ES \geq 0.2$ ) and 137 children nonresponder ( $ES < 0.2$ ); mean ES for nonresponder was -0.212 (trivial) and for responder 0.836 (large). After M4 in the third year, 43 children of 86 were responder ( $ES = 0.881$  [large]) and 43 nonresponder ( $ES = -0.124$  [trivial]).

**Discussion and conclusion:** Repeated rehabilitation shows a large additional treatment effect to standard of care in 50% of children which is likely due to the intervention, because in the follow-up period (standard of care), no additional treatment effect was observed and the children followed their expected development.

# Zusammenfassung

- Die ambulante Rehabilitation stellt im Kindes- und Jugendalter ein neues ergänzendes Versorgungskonzept mit großem innovativen Potential dar.
- Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist komplex und verlangt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Ambulante Reha kann im hohen Maße ICF-basiert umgesetzt werden.
- Ergebnisqualität sollte im Focus stehen.