



**18 Jahre rehaKIND e.V.**

**# Kinderreha ist kein Luxus**

**# Chancen sichern für alle Kinder**

- Gegründet Februar 2000 → seeben volljährig
- Zur Zeit **108 Mitglieder** und Sponsoren aus D, CH, NL
- Hersteller, Fachhändler, Kliniken/SPZ, Verlage, Rechtsanwälte, Messegesellschaft, Bundesinnungsverband Orthopädie-Technik, Fahrzeugumbau, Reha-Beratungsservice, Dienstleister
- Netzwerke wie Medecon Ruhr und Didacta Verband  
→ Thema: INKLUSION
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin DGSPJ, BAG SPZ, DGIHV

**Vereinsziel: Inklusive, zielorientierte, multidisziplinäre und individuelle Versorgung in der Kinderreha**

# Die Beiräte / Freundeskreis



- **Vorstandsbeirat Fachhandel**
- **Kostenträger-Beirat, MdK**
- **Wissenschaftlicher Beirat, Ärzte, Therapeuten**
- **Freundeskreis kostenfrei: Therapeuten, Eltern und Familien, Interessenten, registrieren unter [www.rehakind.com](http://www.rehakind.com)**



# Netzwerk rehaKIND – Primäres Ziel



Aufbau eines **neutralen Netzwerks** zur Versorgung von behinderten / chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, **Optimierung der Prozesse durch partnerschaftliche Bedarfsermittlung**, Entwicklung von „Werkzeugen“ zur **Sicherung und Messbarkeit von Ergebnisqualität**, interdisziplinärer Austausch:

- a. Eltern
- b. Ärzte / Therapeuten / Pädagogen / Pflegekräfte
- c. Fachhändler / Hersteller
- d. Kostenträger
- e. Im Rahmen der Inklusion: Pädagogen
- f. Politik – Medien

- 2005 Karlsruhe 80 Teilnehmer
- 2007 München 280 Teilnehmer
- 2009 Berlin über 400 Teilnehmer
- 2011 Tübingen 560 Teilnehmer, 50 Referenten, 45 Aussteller
- 2013 Hamburg 760 Teilnehmer, 50 Referenten, 65 Aussteller
- 2015 Düsseldorf 960 Teilnehmer, 80 Referenten, 65 Aussteller
- 2017 Weimar 830 Teilnehmer, 85 Referenten, 50 Aussteller

**FOCUS CP**  
**rehaKIND**  
**2019**

**Kongress 2019 zusammen mit Focus CP  
Kinderorthopäden, Neuropädiatern, Sozialpädiatern  
7.-9. Februar 2019 in München / Fürstfeldbruck**

# Bedarfsermittlungsbögen (BEB)



Bisher 45.000 gedruckt, auch englisch, auch f. Erwachsene, Studien

**Ziele: Begleitung/Dokumentation der Hilfsmittelversorgung nach ICF**

- Nennung aller beteiligten Personen
- Dokumentation der gemeinsam vereinbarten individuellen Ziele nach ICF / Berücksichtigung von Lebenswelt- und Teilhabe-Aspekten
- Verbindlichkeit für alle damit arbeitenden Fachleute/Betroffenen
- Vereinheitlichung / langfristige Vereinfachung der Beantragung
- Bisher rund 120 Termine in SPZ, Schulen, Institutionen zur Vorstellung des Systems der BEB, bei Verbänden etc.
- Interaktive PDFs werden von vielen Einrichtungen als Ergänzung ihres internen QM-Systems genutzt / elektronische Patientenakten

2001 von der WHO ins  
Leben gerufen

Gemeinsame  
Sprache

Ressourcenorientierung

**ICF**

Partizipation und  
Lebensqualität

Keine Reduktion mehr  
auf die Diagnose

**Internationale  
Klassifikation der  
Funktionsfähigkeit,  
Behinderung und  
Gesundheit**

# Unterschiede im Vorgehen



## Ursprünglich:

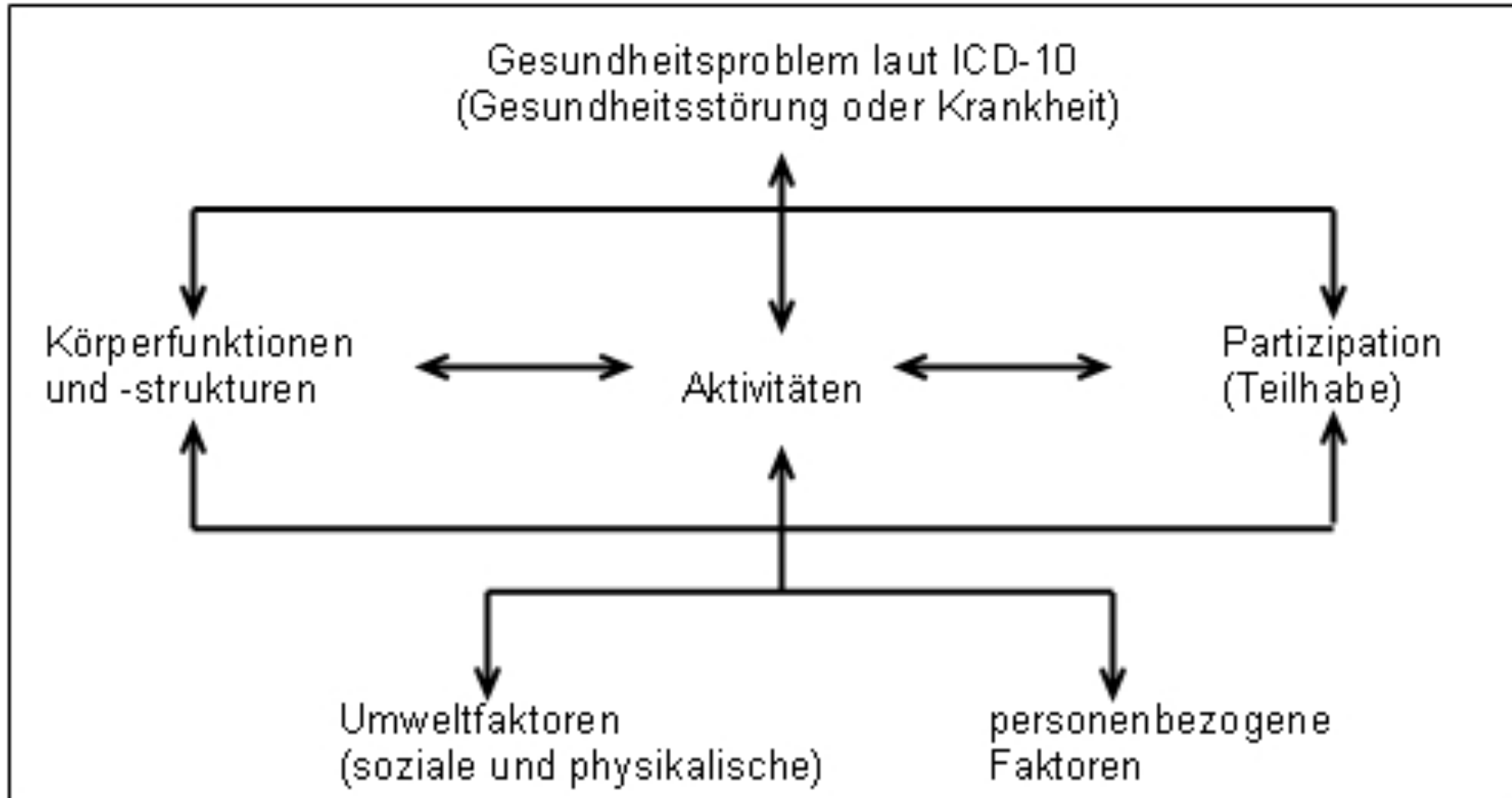
1. Erfassen der Diagnose →
2. Zielsetzung nach Diagnosestellung →

## Nach ICF:

1. Erfassen der funktionalen Gesundheit (Behinderung)
2. Partizipationsziele



# Das Biopsychosoziale Modell der ICF



1. Lernen und Wissensanwendung (Zuhören, Zuschauen, Lesen etc.)
2. Kommunikation (Sprechen, nonverbal Kommunizieren, etc.)
3. Mobilität (feinmotorischer Handgebrauch, Gehen, etc.)
4. Selbstversorgung (sich Waschen, Essen, etc.)...



1. **Produkte und Technologien**
2. **Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt**
3. **Unterstützung und Beziehungen**
4. **Einstellung und Haltungen**
5. **Dienstleistungen, Systeme und Politikbereiche**



**Hilfsmittel sind Kontextfaktoren und dienen dem Behinderungsausgleich**

Sie können

**Förderfaktoren** oder **Barrieren** sein.

**Behinderungsausgleich im Sinne des SGB ist immer Befriedigung der Grundbedürfnisse**

**Grundbedürfnisse:**

- **Nahrungsaufnahme und Körperpflege**
- **Mobilität**
- **Informationsbedürfnis (Sehen, Hören,...)**
- **Erreichbarkeit**

**Der erste Schritt:** Statuserhebung (hellgelb/beige)

Ungefähr einmal im Jahr oder bei entscheidenden Veränderungen beim Kind auszufüllen ! Liegt eher bei Therapeuten/Ärzten.

**Danach:** Produktgruppenbogen auswählen und ausfüllen, welcher für diese konkrete Hilfsmittelversorgung benötigt wird. Eher Aufgabe des Rehatechnikers.

# Smart - Ziele



**S**pezifisch

**M**essbar

**A**kzeptiert / **A**traktiv

**R**ealistisch

**T**erminiert



# Aufwand und Nutzen der BEB



- Klare Festlegung, wer gehört zum Versorgungsteam
- „Eine Sprache“ für Hilfsmittelbegründungen, langfristig Zeitersparnis durch Vereinheitlichung  
→ ICF-Cy → Teilhabe
- Erfassung der Alltagsziele der Betroffenen
- Versorgungen von ambulanten Ärzten ohne Konzept sollen vermieden werden
- Transparenterer Prozess für alle Beteiligten

**Dokumentation vereinheitlichen → Ergebnis-  
Qualität im Team gemeinsam überprüfen**

## § 6 Allg.

# Verordnungsgrundsätze/Hilfsmittelrichtlinie



(3) Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose.

Unter **Gesamtbetrachtung (ICF)** der funktionellen / strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), **der noch verbliebenen Aktivitäten** und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

- der Bedarf,
- die Fähigkeit zur Nutzung,
- die Prognose und
- das Ziel

einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, **für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen** zu ermitteln. Dabei sind die **individuellen Kontextfaktoren** in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Abs. 1) zu berücksichtigen.



## Studie rehaKIND / Techniker Kasse / Uni Osnabrück

→ erste Ergebnisse wurden präsentiert:

- „57 Experteninterviews zeigen, dass eine Anwendung von BEB sehr unterschiedlich und vor allem von spezialisierten Einrichtungen erfolgt. Von den Anwendern/-innen wird der BEB überwiegend positiv bewertet. Hierzu gehören sowohl die **Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit** als auch ein Vereinfachung des Versorgungsprozesses.
- Gründe für die Nicht-Nutzung waren neben dem befürchteten Mehraufwand auch eine häufige Unkenntnis zum BEB. Ebenso war die ICF nicht allen Experten/-innen bekannt und wurde hinsichtlich ihres Nutzen und ihrer Anwendbarkeit im Arbeitsalltag unterschiedlich bewertet.“

# Aktuelles – Studie zum BEB II



## Diskussion / Schlussfolgerung:

**Der Einsatz des BEB als standardisiertes Verfahren hat viele Vorteile, insbesondere schafft er eine gute Grundlage, um eine umfassende und ICF-basierte Bedarfsermittlung und -erfassung gemeinsam mit unterschiedlichen Akteuren im Versorgungsalltag zu implementieren.**

**Die Verbreitung des BEB und die kontinuierliche Nutzung zeigt noch Verbesserungsbedarf; hier müsste unter anderem für einen höheren Bekanntheitsgrad gesorgt werden.**



- Auftritt auf der **Didacta-Messe**, Vernetzung mit dem Didacta-Verband, Vorträge zum Thema Hilfsmittelbedarf/Inklusion, Recherchearbeit (Broschüre mit Infos aus allen Bundesländern liegt vor), regionale RoundTable-Gespräche haben zu einer Positionierung zur inklusiven Schule für Kinder mit (körperlichen) Handicaps und Hilfsmittelbedarf geführt.
- Arbeitsgemeinschaft mit Fachhandels- und Hersteller-Mitgliedern: **Handreichungen / Schulungen für Regelschulpädagogen**, um dort über Information Ängste vor Kindern mit Hilfsmittelbedarf abzubauen.

# Teilhabe / Altersgrenzen / Transition



„Adoleszenz definiert die Lebensphase zwischen der späten Kindheit und dem Erwachsenenalter. Sie ist gekennzeichnet durch **eingreifende biologische, psychologische und sozioemotionale Veränderungen**. In zeitlicher Hinsicht umfasst sie die Zeit zwischen dem 11. und 25. Lebensjahr, wobei die Grenzen und Endpunkte fließend sind.“  
(Konrad et al, 2013)

„**Mangelnde Transitionsprozesse**, Verlust der „bekannten“ Ansprechpartner in Medizin, Therapie, Pflege und Betreuung kann zu sogenannten sekundären Behinderungen führen, dazu gehört **Angst, Depression, sozialer Rückzug, mangelndes Selbstwertgefühl...**“  
(Dobslaf u. Klauß, 2009)



Dr. Roy Kühne,  
MdB.

## Bisher vorhandene Altersgrenzen:

12/14/16 Kassenverträge  
18 juristische Volljährigkeit  
18 – 21 Heranwachsender im strafrechtlichen Sinne  
21 Erwachsener im strafrechtlichen Sinne  
21 formales Ende der Transitionsphase – bei behinderten jungen Menschen eher 25  
25 Kindergeld  
27 Jugendhilfe/Azubis

## Argumentation auf Basis der ICF (Prof. Olaf Kraus de Camargo, Canada):

„Das Alter als einen **Marker für den Anspruch an Leistungen** zu nehmen ist hochproblematisch, da die Funktionsfähigkeit und Teilhabe, gerade bei behinderten Menschen, nicht mit dem Alter in Zusammenhang stehen – zumeist sind sie ja „langsamer“ in der Entwicklung, als Menschen ohne Behinderungen. **Die ICF wäre hier ein gutes Instrument, dies differenziert darzustellen.** Menschen mit der gleichen Diagnose und unterschiedlichen Lebensaltern weisen häufig ganz unterschiedlichen Versorgungsbedarf (Hilfsmittel/Therapie) auf.“

## Teilnehmer u.a.:

- div. aus ACHSE e.V.
- Kinderneurologiehilfe
- WIR! Stiftung  
pflegender  
Angehöriger e.V.
- DGSPJ e.V.
- DVFR e.V.
- Netzwerk  
Cerebralparese e.V.
- Kindernetzwerk e.V.

Gemeinsam wurde ein „Düsseldorfer Appell“ erstellt zu Themen einer erfolgreichen Kinder- und Jugendmedizin und Rehabilitation

- Ziele sind **Teilhabe und größtmögliche Selbstbestimmtheit der Betroffenen**,  
Unterstützung der Angehörigen
- Stärkung eines **sektorenübergreifenden interdisziplinären fachlicher Austauschs**
- Sicherung einer individuellen Versorgung.

Film:

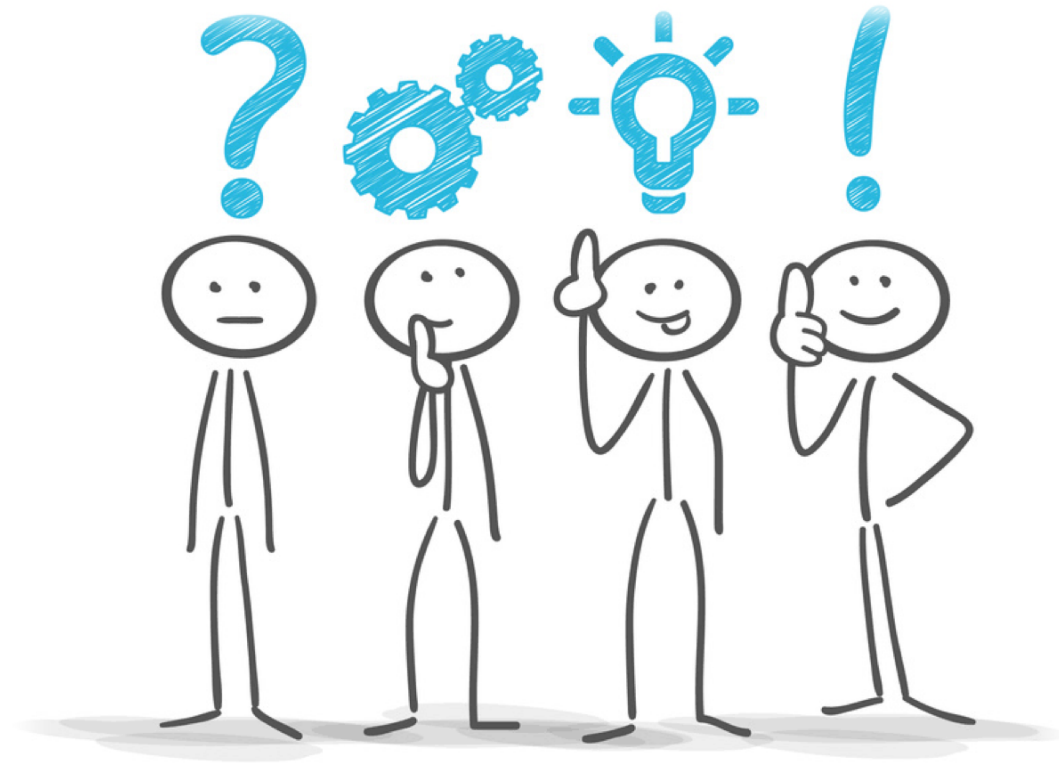
# Aktionsbündnis Kinderreha



# Dankeschönst für Ihr Interesse !



- Meinungen
- Wünsche
- Anregungen
- Diskussion



© Matthias Enter - Fotolia.com