

Diplomarbeit

Österreich –

Ein Entwicklungsland in der Kinder- und

Jugendrehabilitation

eingereicht von
Isabella Sabine Koller
Mat.Nr.: 0433210

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde
(Drⁱⁿ. med. univ.)

an der
Medizinischen Universität Graz

unter der Anleitung von
Prim. Univ. Prof. Dr. Reinhold Kerbl
Landeskrankenhaus Leoben, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde

in Zusammenarbeit mit:
Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Sperl
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 6.6.2011

Hinweis: Um die Lesbarkeit des vorliegenden Textes zu erleichtern, wird im Folgenden das generische Maskulinum gebraucht, das gleichermaßen männliche und weibliche Personen umfasst. Die Entscheidung für diese Schreibweise beruht allein auf praktischen und nicht auf inhaltsbezogenen Erwägungen. Weiters bezieht sich, wenn nicht anders definiert, der Begriff Patient immer auf Kinder und Jugendliche.

Danksagungen

An erster Stelle sei jenen Personen gedankt, die mich zu dieser Arbeit inspiriert und beim Verfassen tatkräftig unterstützt und betreut haben:

Allen voran herzlichen Dank an meinen Diplomarbeitsbetreuer Prim. Univ. Prof. Dr. Reinhold Kerbl, der für meine Ideen offen war und sich stets um eine rasche und genaue Antwort meiner Anliegen bemühte. Weiters ein Dank an Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Sperl, der mich beim Sammeln der Daten unterstützt hat und mir die Möglichkeit geboten hat, im Rahmen eines Kongress für Kinder- und Jugendrehabilitation in Berchtesgaden aktuelle Informationen aus Deutschland einzuholen und persönliche Kontakte zu knüpfen.

Da die Idee zu diesem Thema während meiner Famulatur in der Fachklinik Gaißach geboren wurde, danke ich auch der Klinik, stellvertretend dem Ärztlichen Leiter Prim. Dr. Bauer. Mein Praktikum dort konnte mir zumindest einen kleinen Einblick in die Materie verschaffen.

Mein Dank gilt ebenso meinen Eltern, Herbert und Irmi, die stets meine Entscheidungen respektierten, an mich glaubten und mir durch ihre finanzielle und persönliche Unterstützung eine angenehme Studienzeit ermöglichten.

Bedanken möchte ich mich auch bei all jenen, die mich in meiner Studienzeit geprägt haben und in guten und schlechten Zeiten immer für mich da waren, allen voran Bettina und Norbert.

Abschließend sei meinem Lebensgefährten, Gregor, für seine Liebe und Unterstützung gedankt, die mich durch den Hauptteil meiner Studienzeit begleitete und mein Leben noch lebenswerter gemacht hat.

Danke!

Zusammenfassung

In Österreich haben Kinder und Jugendliche bis dato nur in Ausnahmefällen die Möglichkeit, Rehabilitationsbehandlungen in eigens für sie adaptierten Kliniken zu erhalten. Stattdessen ist die stationäre Rehabilitation zum Teil in die Erwachsenenrehabilitation eingegliedert, wobei diese Möglichkeit nicht für alle Indikationsgruppen vorhanden ist und auch nur eine eingeschränkte Anzahl an Betten zur Verfügung steht. Stolpersteine in der Umsetzung einer systemischen Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich stellen vor allem die Finanzierung, als auch die Definition von Rehabilitation als „Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit“ im Gesetzbuch dar.

In Deutschland gibt es seit vielen Jahren gut organisierte Kinder- und Jugendrehabilitationsprogramme und eigene Kliniken für eine Vielzahl von Indikationen. Eine telefonische bzw. elektronische Umfrage in deutschen Rehabilitationskliniken, in der die angebotenen Therapien und zu Verfügung stehenden Betten erfragt wurden, ergab allerdings, dass das Angebot den tatsächlichen Bedarf deutlich überschreitet. Die schlechte Auslastung führte in der Vergangenheit auch bereits zu einigen Schließungen von Kliniken in Deutschland. Auch findet sich eine Dominanz bestimmter Indikationsgruppen, während andere, seltenere Krankheitsbilder vernachlässigt werden.

Ziel der Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich sollte es sein, die bewährten Systeme zu übernehmen, aber auch aus den Fehlern der Nachbarn zu lernen und in der Eröffnung von neuen Kliniken genau auf die Indikationsgruppen und Bettenverteilung zu achten, um ein ökonomisches und vor allem bedarfsorientiertes und qualitätsgesichertes System in diesem Bereich zu gewährleisten.

Abstract

In Austria, so far systemic rehabilitation programmes for children and adolescents have not been established. Adult rehabilitation clinics do offer special programs for young patients; however do not cover actual needs. The reasons why child and adolescent rehabilitation is not yet adequately established are numerous. A major point is that neither insurance companies nor the counties feel responsible for overtaking the costs of the treatments. What makes things even more complicated is the definition by the Austrian law saying that the aim of rehabilitation is to reconstitute work ability.

In contrast, Germany runs a well organised system of child and adolescent rehabilitation. It is clear who can apply and who is going to pay for treatment. Though the clinics are guarded by public, private and clerical investors, there are far too many beds offered all over the country, thus exceeding actual demands. This finding results from a telephone and email survey in which German rehabilitation clinics were asked about their offered therapy modalities and amount of beds. In recent years some clinics have already been closed because of a low occupancy rate. Besides that, the number of beds offered for special medical indications is much higher than the demands.

The aim should be to develop a good system for child and adolescent rehabilitation in Austria. Germany may be an inspiring example in terms the system may be set up and can be financed. However, data should be collected in advance to find out how many beds are needed for every single indication to avoid low occupancy rates and to guarantee a good economical as well as demand-orientated management.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen.....	ii
Zusammenfassung.....	iii
Abstract.....	iv
Inhaltsverzeichnis.....	v
Glossar und Abkürzungen.....	vii
Abbildungsverzeichnis.....	viii
Tabellenverzeichnis.....	ix
1 Einleitung.....	1
2 Definitionen.....	3
2.1 Chronische Erkrankung.....	3
2.2 Rehabilitation.....	3
3 Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich – Istzustand.....	4
3.1 Bedarf.....	5
3.2 Finanzierung:.....	6
3.3 Beispiel: Rekiz Salzburg.....	7
4 Deutschland – Ein Vorbild in der Umsetzung der Kinder- und Jugendrehabilitation.....	9
4.1 Anspruch.....	9
4.2 Antragstellung.....	10
4.3 Rehabilitationseinrichtungen.....	10
4.4 Indikationen.....	12
4.5 Bettenspiegel.....	16
4.6 Fachärztliche Betreuung in den Einrichtungen.....	16
4.7 Therapiepläne und Angebote.....	19
4.8 Gewinn von Lebensqualität für die ganze Familie.....	19
5 Die Zukunft der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich.....	21
5.1 Finanzierung.....	21
5.2 Standort:.....	22
5.3 Ressourcen vor Ort.....	23
5.4 Personalausstattung.....	24
6 Diskussion.....	25
6.1 Ist Deutschland wirklich ein Vorbild?.....	25
6.2 Wer profitiert von der Einführung einer Kinder- und Jugendrehabilitation?.....	27
6.3 Braucht Österreich eine Kinder- und Jugendrehabilitation?.....	28

Literaturverzeichnis	30
Anhang: Curriculum Vitae.....	32

Glossar und Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
OÖ	Oberösterreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SBG	Österreichisches Sozialgesetzbuch
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
Stmk	Steiermark

Abbildungsverzeichnis

Abb. 4.3.1 Geografische Verteilung der Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken in Deutschland.....	12
Abb. 4.4.1 Indikationsverteilung Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken.....	14
Abb. 4.4.2 Indikationsverteilung Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken.....	15
Abb. 4.4.3 Indikationsverteilung Erwachsenenrehabilitationskliniken.....	16
Abb. 4.6.1 Ärztliche Versorgung in deutschen Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken....	18
Abb. 4.6.2 Versorgung in deutschen Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken.....	19
Abb. 4.6.3 Ärztliche Versorgung in deutschen Erwachsenenkliniken, die auch Betten für Kinder- und Jugendrehabilitation zu Verfügung stellen	19
Abb. 5.2.1 Geplante Regionsaufteilung für Standorte in Österreich	22

Tabellenverzeichnis

Tab. 3.0.1 Erwachsenenkliniken in Österreich, die auch Kinder und Jugendliche zur Rehabilitation bzw. Kurzbehandlung aufnehmen.....	5
Quelle: GÖG/ÖBIG (Hrsg). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH; 2010; S. 17.	
Tab. 3.1.1. Gegenüberstellung der bisherigen Ergebnisse zum ermittelten Bettenbedarf für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (adaptiert).....	7
Quelle: GÖG/ÖBIG–Rehabilitationsplan 2009, Rehabilitationsplan 2004, ÖGKJ - unveröffentlichte Erhebung	
Tab. 4.4.1 Indikationsverteilung Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken in absoluten Zahlen, in aufsteigender Reihenfolge.....	13
Tab. 4.4.2 Indikationsverteilung Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken in absoluten Zahlen, in aufsteigender Reihenfolge.....	14
Tab. 4.4.3 Indikationsverteilung Erwachsenenrehabilitationskliniken in absoluten Zahlen, in aufsteigender Reihenfolge.....	15
Tab. 4.5.1 Indikationsverteilung Erwachsenenrehabilitationskliniken in aufsteigender Reihenfolge.....	16
Tab. 5.1.1 Involvierte Institutionen für eine zukünftige Finanzierung der Kinder- und Jugendrehabilitation.....	21
Quelle: Sperl W, Nemeth C, Fülöp G., Koller I, Vavrik K, Bernert G et al. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich: Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen; in press.	
Tab. 5.3.1 Kernindikatoren für eine kindgerechte Umgebung in der Rehabilitation Quelle: GÖG/ÖBIG.....	24
Tab. 5.4.1 Personalausstattung für kindgerechte Versorgung.....	25
Quelle: GÖG/ÖBIG	

1 Einleitung

In den frühen 60er Jahren des letzten Jahrhunderts haben Epidemiologen und Sozialmediziner erstmals darauf hingewiesen, dass eine Wende in der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur der Bevölkerung von Industriestaaten stattgefunden hat. Davor waren es jahrhundertlang Infektionskrankheiten, die Millionen von Menschen dahinrafften, nun entstand eine neue „Geißel der Menschheit“. Durch den wachsenden Wohlstand traten chronische Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates, sowie Krebserkrankungen und psychische Krankheiten in den Vordergrund.

Diese Entwicklung hat sich bis zum heutigen Tage fortgesetzt, jedoch lässt sich mittlerweile die Tendenz erkennen, dass chronische Krankheiten nicht nur Erwachsene im fortgeschrittenen Alter betreffen, sondern mehr und mehr Kinder und Jugendliche bereits durch oben genannte Faktoren schon früh beeinträchtigt werden. Der Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS), der in Deutschland im Zeitraum 2003-2006 vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde, ergab eine Gesamtprävalenz von chronischen Erkrankungen (psychisch als auch somatisch) von 38,7%^[1].

Die Gründe dafür sind vielschichtig und sind einerseits in der Lebensweise, aber auch im sozialen Umfeld zu finden. Daraus ergibt sich, dass für die Genesung von der Krankheit und den Umgang mit einer chronischen Beeinträchtigung die ganze Familie miteinbezogen werden muss. Ziel für die Kinder sollte sein, im Erwachsenenalter mit der Krankheit umgehen zu können, die Folgen derselben zu minimieren, einem geregelten Beruf nachgehen zu können und ein Leben ohne Einschränkungen führen zu können.

Um dies gewährleisten zu können, ist wie auch bei Erwachsenen eine Rehabilitationsbehandlung, egal ob ambulant oder stationär, notwendig. In Deutschland gibt es bereits 50 Kliniken, die sich um die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche im Kontext mit ihrem Umfeld bemühen. Zwar gibt es hier noch keine wissenschaftlich bewiesenen Erfolge, im Gespräch mit den Kindern und ihren Eltern wird jedoch klar, dass in vielen Fällen sehr gute Erfolge erzielt werden.

Derartige Einrichtungen fehlen in Österreich. Kinder können teilweise in Erwachsenenrehabilitationseinrichtungen integriert werden, jedoch kann hier nie vollständig auf die Bedürfnisse der Kinder eingegangen werden. Obwohl es schon konkrete Pläne für Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken gibt, scheiterten die Bemühungen einer Umsetzung

bisher an verschiedenen Gründen, hauptsächlich an der Finanzierung. Weder die Krankenkassen noch die Pensionsversicherungsanstalten können sich einigen, wer die Kosten für die Behandlungen übernehmen soll und auch Bund und Land schieben die Zuständigkeit hin und her. Die fehlende gesetzliche Regelung schien bisher eine willkommene Gelegenheit zu sein, das Problem nicht angehen zu müssen.

Im Rahmen der Diplomarbeit wird die Situation in Deutschland vorgestellt und aufgezeigt, wie weit die Pläne für die Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich bisher gediehen sind. Ziel ist es, funktionierende Systeme in Deutschland vorzustellen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie es den beteiligten bzw. zuständigen Institutionen gelingen könnte, sich auf eine Finanzierung zu einigen. Durch die Investition in Tertiärprävention der jungen Generation könnten so Folgekosten für die immer älter werdende Bevölkerung eingespart werden.

2 Definitionen

2.1 Chronische Erkrankung

Die Abgrenzung zur akuten Erkrankung erfolgt durch den Zeitfaktor und die Heilungschancen. Die Angaben, wie lange eine Krankheit dauern muss, um als chronisch bezeichnet zu werden variiert in der Literatur zwischen Monaten bis Jahren.

Den chronischen Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie langfristig bestehen und häufig progredient bzw. mit schubweiser Verschlechterung verlaufen. (...) Die chronisch kranke Person kann durch die Erkrankung in der Ausübung ihrer Berufstätigkeit gefährdet, in ihrer Lebensqualität sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt und in der Selbstversorgung eingeschränkt sein^[2].

2.2 Rehabilitation

Gemäß §154a ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) gewährt der Krankenversicherungsträger, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgaben des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation. Als Ziel ist definiert, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehöriger so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen. Oben genannter § 133 Abs. 2 ASVG besagt, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, darf jedoch nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Entscheidend ist, dass durch die Krankenbehandlung die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder verbessert werden sollen.

Zusammengefasst ist das Ziel einer Rehabilitation die Wiedereingliederung in den Beruf („Arbeitsfähigkeit“) bzw. in das Alltagsleben, wobei durch erstgenannten Begriff Kinder und Schüler ausgeschlossen werden. Dies erwies sich bisher als große Hürde in der Finanzierung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich, da die Kostenübernahme für die Krankenkassen, Bund und Land nicht verpflichtend waren^[3].

3 Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich – Istzustand

Erstdiagnosen von chronischen Erkrankungen kommen für Kinder bzw. Jugendliche und ihr Umfeld oft überraschend. Durch die Krankheit ändert sich nicht nur das Leben für die jungen Patienten, auch Eltern und Geschwister erleben Einschnitte im Alltag. Umso wichtiger ist es, alle Familienmitglieder über die Krankheit zu informieren und sie in die Genesung der Krankheit mit einzubeziehen.

Wie bereits eingangs erwähnt gibt es noch keine eigene Einrichtung in Österreich, um eine kindgerechte stationäre Rehabilitationsbehandlung durchführen zu können. Seit Jahren bemühen sich diverse Gesellschaften und Vereine, darunter das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) und die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), adäquate Kliniken für die Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich zu schaffen. Als Vorbild dient dabei das deutsche System, das im folgenden Kapitel noch näher erläutert wird.

Bisher werden Kinder, die aufgrund von Unfällen oder Tumorerkrankungen eine neurologische oder orthopädische Rehabilitation benötigen, in Erwachsenenkliniken untergebracht. 80% aller Kinder bis zum 14. Lebensjahr, die sich einer stationären Rehabilitationsbehandlung unterziehen, befinden sich in einer der folgenden drei Erwachsenenrehabilitationszentren^[4]:

- ❖ Rehabilitationszentrum Wilhering (OÖ)
- ❖ Rehabilitationszentrum Judendorf-Straßengel (Stmk)
- ❖ Rehabilitationszentrum Bad Radkersburg (Stmk)

Weitere Betten gibt es auch an folgenden Kliniken, wobei einige davon sich eher auf Kurbehandlungen spezialisiert haben

Ederhof in Dölsach/Osttirol (für Pat. nach Transplantationen)
Kurhaus Bad Gleichenberg (Stmk)
Wittlinger Therapiezentrum (Tirol)
Rehabilitationszentrum Bad Häring (Tirol)
Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Großmain (Salzburg)
Heilbad Heilstollen Oberzeiring (Stmk)
Orthopädisches Krankenhaus Theresienhof (Stmk)
Rehabilitationsklinik Tobelbad (Stmk)
Therapiezentrum Buchenberg Waidhofen/Ybbs (NÖ)

Tab. 3.0.1 Erwachsenenkliniken in Österreich, die auch Kinder und Jugendliche zur Rehabilitation bzw. Kurbehandlung aufnehmen

Angebote für die Rehabilitation von Kindern mit chronischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Adipositas, Diabetes mellitus, etc. fehlen zur Gänze. Da allerdings diese Krankheitsbilder an Prävalenz deutlich zunehmen, wäre es wichtig, diverse Einrichtungen in Österreich zu schaffen.

3.1 Bedarf

Der von der Arbeitsgruppe 4 „Rehabilitation“ im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten Kindergesundheitsdialogs erhobene Bettenspiegel zeigt, dass im Jahr 2010 fast 8.000 Rehabilitationsbetten für Erwachsene, aber nur 50 Betten für Kinder (in Erwachseneneneinrichtungen) zur Verfügung standen. Dies steht in Diskrepanz zum errechneten Soll von 300 Kinderbetten und weitere 30 Betten für die Frühneurorehabilitation.

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), sowie das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) haben folgenden aktuellen und zukünftigen Bettenbedarf für die einzelnen Indikationen errechnet:

GÖG/ÖBIG: Bettenbedarf für 2020		ÖGKJ: Bettenbedarf 2008	
22	Bewegungs-/Stützapparat, Rheumatologie	10	10 Kinderorthopädie
		5	5 Rheumatologie
12	Herz-/Kreislaufkrankungen	20	20 Kardiologie
17	Kinderchirurgie	16	16 Kinderchirurgie
		16	Kindertraumatologie und Verbrennungen
7	Neurochirurgie	So nicht ermittelt	
81	Neurologie	100	Neurologie/Neuropädiatrie
21	Pulmonologie	32	Pulmonologie
8	Sonstige Erkrankungen	So nicht ermittelt	
17	Stoffwechselsystem u. Verdauungsapparat	15	Diabetes und Stoffwechsel
185	Betten insgesamt	229	Betten insgesamt
67	Kinder-/Jugendpsychiatrie (inkl. Entwicklungs- und Sozialpädiatrie)	Kinder-/Jugendpsychiatrie nicht ermittelt	
48	Familienorientierte Nachsorge (Bedarf 2010) (19 Patientenbetten + 48 Angehörigenbetten)	Angehörigenbetten nicht ermittelt	

Tab. 3.1.1 Gegenüberstellung der bisherigen Ergebnisse zum ermittelten Bettenbedarf für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (adaptiert)

3.2 Finanzierung:

Prinzipiell hängt es derzeit vor allem davon ab, ob eine Erkrankung angeboren oder erworben ist. Bei angeborenen Störungen werden die Kosten für stationäre Rehabilitationsbehandlungen durch den Sozialfond und die Länder gedeckt, während bei erworbenen Störungen der Bund und die Sozialversicherungen die Kosten übernehmen.

In der Erwachsenenmedizin erweist sich die Kostenübernahme für die Rehabilitation viel weniger problematisch. Durch die Definition der Rehabilitation als Heilverfahren zur Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit, übernimmt die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) die Kosten für etwaige Behandlungen. Da Kinder noch nicht erwerbstätig sind, hinkt diese Argumentation für die PVA, weshalb sie bisher nicht bereit war, einen Rehabilitationsaufenthalt für diese zu bezahlen, außer es handelte sich um Waisenkinder als eigene Antragsteller. Dadurch, dass Kinder momentan in Erwachseneneneinrichtungen

untergebracht werden, die Vertragspartner der PVA sind, erklärt diese sich in Einzelfällen trotzdem immer wieder bereit, die Kosten dafür vollständig zu übernehmen.

Benötigt ein Kind aufgrund eines Unfalles eine Rehabilitationsbehandlung, wird diese über die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) finanziert. Insgesamt steuern auch die Gebietskrankenkassen der Bundesländer ihren Teil zu Rehabilitationskosten bei. Bisher wurde aber keine Einigung erzielt, wer generell für die Kostenübernahme von Kinder- und Jugendrehabilitationen zuständig ist, da die Zuständigkeiten zwischen Land und Bund, sowie Sozial- und Krankenversicherungen hin und her geschoben wurden.

Ein positives Beispiel, in dem das Land Steiermark und einige andere Bundesländer die Kosten für die Kinder- und Jugendrehabilitation inklusive Begleitperson übernehmen, ist das Projekt „kids chance“ im Rehabilitationszentrum Bad Radkersburg. Darin werden Kinder mit neurologischen Erkrankungen (Spastiken, Zustand nach Meningitis und Enzephalitis, Zustand nach Schädelhirntrauma, Muskeldystrophien, sowie angeborene und erworbene Paresen und Plegien) gemeinsam mit ihrem sozialen Umfeld im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in das Krankheitsbild und dessen Therapiemöglichkeiten eingeschult. Therapien werden unter anderem zur Symptomlinderung durchgeführt und es wird an einem ganzheitlichen Konzept für die Zukunft des Kindes in Hinblick auf die Krankheit gearbeitet.

3.3 Beispiel: Rekiz Salzburg

Einen Startschuss in die richtige Richtung hat definitiv das Kinderneurorehabilitationszentrum „Rekiz“ in Salzburg gesetzt. Unter der Leitung von Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Sperl wurde mit Hilfe von Stadt und Land Salzburg, sowie staatlichen, unternehmerischen und privaten Institutionen und Förderern eine Möglichkeit geschaffen, Kinder und Jugendliche mit angeborenen oder erworbenen neurologischen Störungen in kindgerechter Umgebung eine Rehabilitationsbehandlung („Frührehabilitation“) anbieten zu können. Geplant sind bis zur Fertigstellung 2013 zehn Patientenzimmer, die von den Kindern und Jugendlichen gemeinsam mit ihren Eltern genutzt werden können. Die Einrichtung befindet sich direkt in der Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde. Dadurch und durch die Nähe zur Kinderchirurgie, Neurochirurgie und Kinderintensivstation können auch additive interdisziplinäre Therapien angeboten werden, sowie bei etwaigen auftretenden Komplikationen eine schnelle medizinische Versorgung garantiert werden.

Das medizinische Leistungsangebot ist vielfältig und reicht von physikalischer Therapie, Physio-, Ergo- und Logopädie, über Psychologie und Neuropsychologie bis hin zur Heil- und Sonderpädagogik, die sowohl die Möglichkeit von Unterricht am Krankenbett, als auch den Besuch von Unterrichtseinheiten in der Heilstättenschule bietet. Als Ziel setzt sich die Einrichtung für ihre Patienten eine möglichst familiäre, schulische und soziale Reintegration der Kinder und Jugendliche^[5].

4 Deutschland – Ein Vorbild in der Umsetzung der Kinder- und Jugendrehabilitation

4.1 Anspruch

Der Anspruch auf Rehabilitation ist im Deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Im Band V werden im §40 Kinder- und Jugendrehabilitation aus Sicht der Krankenversicherungen abgehandelt, im Band VI § 31 Abs. 4 findet sich die Abhandlung aus Sicht der Rentenversicherung und im Band IX sind in den Paragrafen § 4,9,14, 19 ff. allgemeine Rehabilitationsvorschriften (Zuständigkeiten, Teilhabeleistungen, etc.) festgehalten.

Da die Deutsche Rentenversicherung (DRV) einen Hauptteil der Kinder- und Jugendrehabilitationen organisiert und bezahlt, soll der Vorgang darüber genauer besprochen werden. Anträge und Ansprüche bei anderen Versicherungen sind unterschiedlich geregelt und würden für eine genaue Abhandlung den Rahmen sprengen.

Die Deutsche Rentenversicherung gewährt Patienten eine Rehabilitation, wenn durch die geplanten Maßnahmen eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt bzw. eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und damit auch die Erwerbstätigkeit wieder gegeben ist. Um Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit dieser Behandlungen zu geben, kann sich das auch auf die zukünftige Erwerbstätigkeit beziehen.

Weiters müssen laut Richtlinien der DRV (Ausgabe 2/2011) die versicherten Eltern eine der folgenden Kriterien erfüllen:

- a) Die Versicherten haben in den letzten 2 Jahren vor dem Antrag für mindestens sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt
- b) Zum Zeitpunkt der Antragstellung ist eine allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt (allgemein besteht erst dann ein Anspruch auf Leistungen aus der Rentenversicherung)
- c) Die Versicherten sind bereits Rentner und erhalten eine Alters- oder Erwerbsminderungsrente.

Auch Kinder und Jugendliche, die Waisenrente beziehen, können um eine Rehabilitationsbehandlung ansuchen. Als Kinder im gesetzlichen Sinne können auch

Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 27. Lebensjahr eingestuft werden, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht im Stande sind, sich selbst zu erhalten^[6].

4.2 Antragstellung

Die Antragstellung erfolgt entweder bei der Deutschen Rentenversicherung oder bei den jeweiligen Krankenversicherungen. Die Kosten dafür werden von der jeweiligen Versicherung zum Teil oder zur Gänze übernommen.

4.3 Rehabilitationseinrichtungen

Die DRV betreiben 4 staatlich geprüfte Rehabilitationskliniken, die sich rein auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben. Dies sind die Fachklinik Gaißach in Bayern, die Fachklinik Satteldüne Amrum, die Fachklinik Sylt Schleswig-Holstein, sowie die Edelsteinklinik Bruchweiler in Rheinland-Pfalz. Die rund 48 anderen Kliniken konzentrieren sich ebenfalls auf diese Patientengruppe, werden aber von privaten oder kirchlichen Trägern geführt; Sie sind ebenfalls auf Standards und Qualität geprüft. Abbildung 4.3.1 zeigt die Verteilung der Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken in Deutschland. So gut wie alle dieser Einrichtungen bieten Eltern von Kleinkindern die Möglichkeit, als Begleitperson im selben Zimmer zu bleiben. Einige Kliniken (Klinik Tannheim) stellen in speziellen Indikationen, wie etwa Krebserkrankungen, auch das Angebot einer familienorientierten Rehabilitation zu Verfügung.

Neben den Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken gibt es, vergleichbar mit Österreich, zahlreiche Erwachsenenkliniken, die bei Bedarf und passender Indikation auch junge PatientInnen aufnehmen. Weiters gibt es etwa 10 Kliniken, die sich als sogenannte Mutter/Vater-Kind Einrichtung ausweisen. Dies sind Kliniken, die sich auf die Rehabilitation von Eltern spezialisieren, aber auch Kinder und Jugendliche die Möglichkeit haben, eine Rehabilitationsbehandlung in Anspruch nehmen zu können. Der Großteil dieser Einrichtungen wird durch Nicht-Pädiater geführt. Pädiater sind entweder im Haus angestellt oder kommen nur als Konsiliarärzte ins Haus.

Der Vollständigkeit halber sollten noch die zahlreichen Vorsorgekliniken genannt werden, die in der ganzen Bundesrepublik verteilt sind. In diesen „Kliniken“ besteht nicht die Möglichkeit einer Rehabilitationsbehandlung. Sie dienen eher als Erholungseinrichtungen, vergleichbar mit Kuranstalten in Österreich (wobei der Begriff „Kur“ in Deutschland nicht definiert ist).

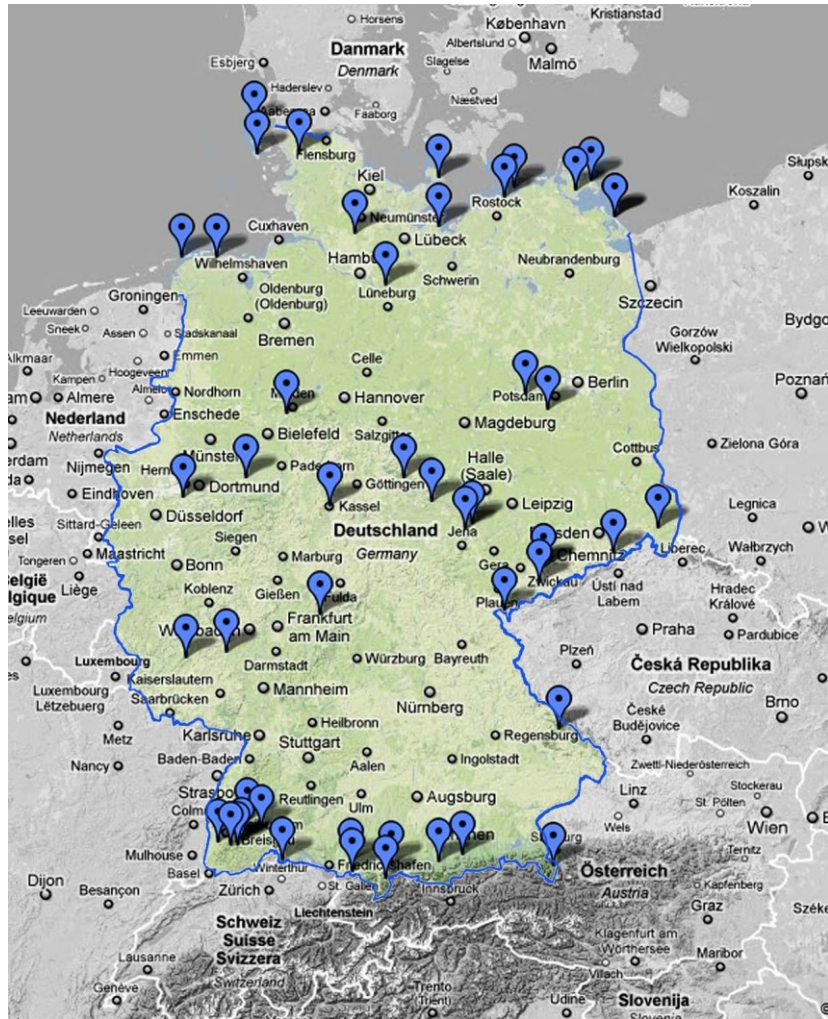


Abb. 4.3.1 Geografische Verteilung der Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken in Deutschland

4.4 Indikationen

Grob werden Rehabilitationsbehandlungen für 18 verschiedene Indikationsgruppen angeboten. Die Versorgungsmöglichkeiten für die unterschiedlichen Indikationen ergibt eindeutig eine Verteilung zugunsten von chronischen Atemwegserkrankungen, chronischen Hauterkrankungen, Adipositas und psychosomatischen Erkrankungen. Das Randgebiet der onkologischen Erkrankungen wird nur von einzelnen Rehabilitationskliniken abgedeckt, wobei als Vorzeigeklinik hierbei die Klinik „Katherinenhöhe“ in Schönwald gilt, die auch einige österreichische Patienten behandelt.

Die Abbildungen 4.4.1 bis 4.4.3 und Tabellen 4.4.1 bis 4.4.3 zeigen die Verteilung der Indikationen in Bezug auf die unterschiedlichen Einrichtungen.

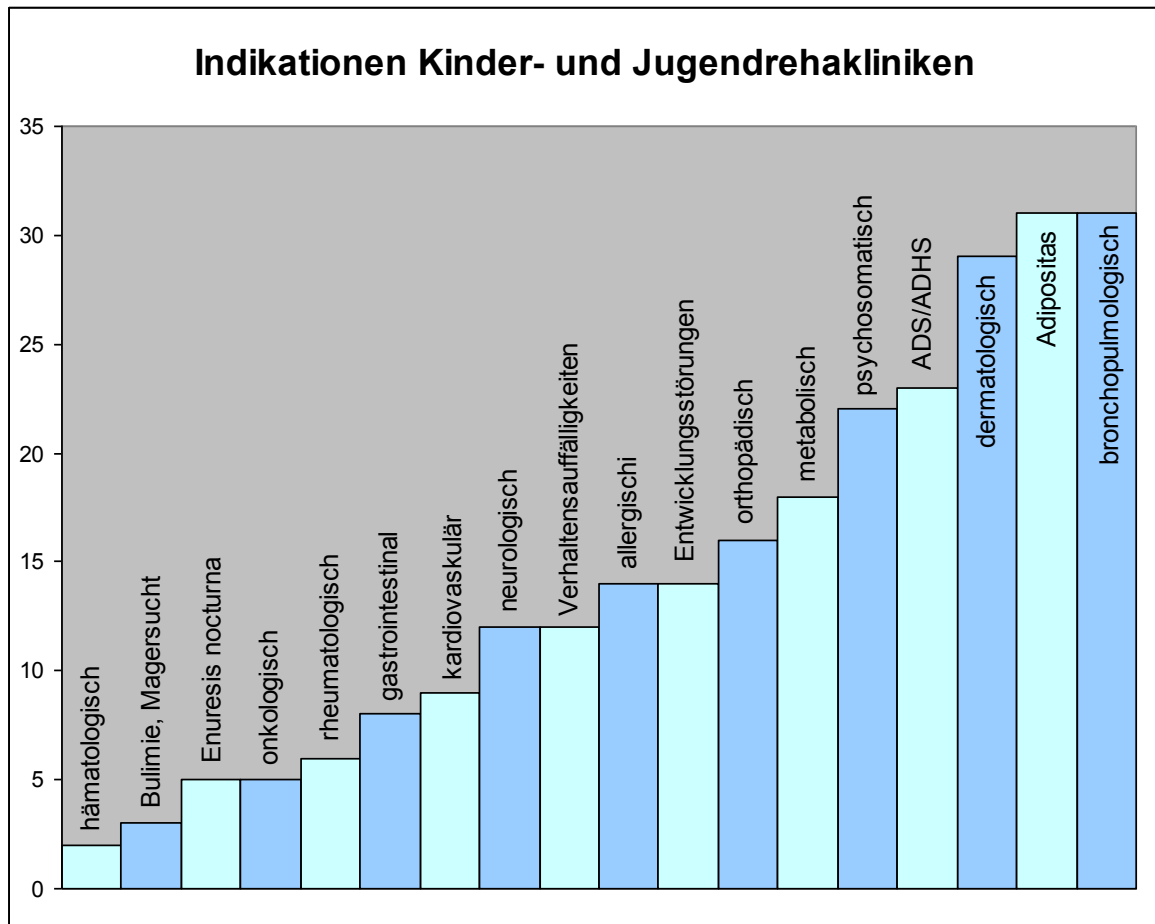


Abb. 4.4.1 Indikationsverteilung Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken

Indikation	Anzahl der Kliniken		Erkrankungen (Beispiele)
	absolut	relativ	
Hämatologisch	2	4%	Anämien, Thalassämien, etc.
Bulimie, Magersucht	3	6%	
Enuresis nocturna	5	10%	
Onkologisch	5	10%	Tumore, Chemotherapien, etc.
Rheumatologisch	6	12%	Kollagenosen, Arthritis, etc.
Gastrointestinal	8	16%	Morbus Crohn, ...
Kardiovaskulär	9	18%	Angeborene Herzfehler, etc.
Neurologisch	12	24%	Migräne, Epilepsie, etc.
Verhaltensauffälligkeiten	12	24%	
Allergisch	14	28%	Allergisches Asthma, etc.
Entwicklungsstörungen	14	28%	
Orthopädisch	16	32%	Skoliosen, Morbus Scheuermann, etc.
Metabolisch	18	36%	Diabetes mellitus, PKU, etc.
Psychosomatisch	22	44%	
ADS/ADHS	23	46%	
Dermatologisch	29	58%	Psoriasis, Neurodermitis, Akne etc.
Adipositas	31	62%	
Bronchopulmologisch	31	62%	Mukoviszidose, obstruktive Bronchitis, etc.
Kliniken gesamt	50		

Tab. 4.4.1 Indikationsverteilung Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken in aufsteigender Reihenfolge

Indikationen Eltern-Kind Rehakliniken

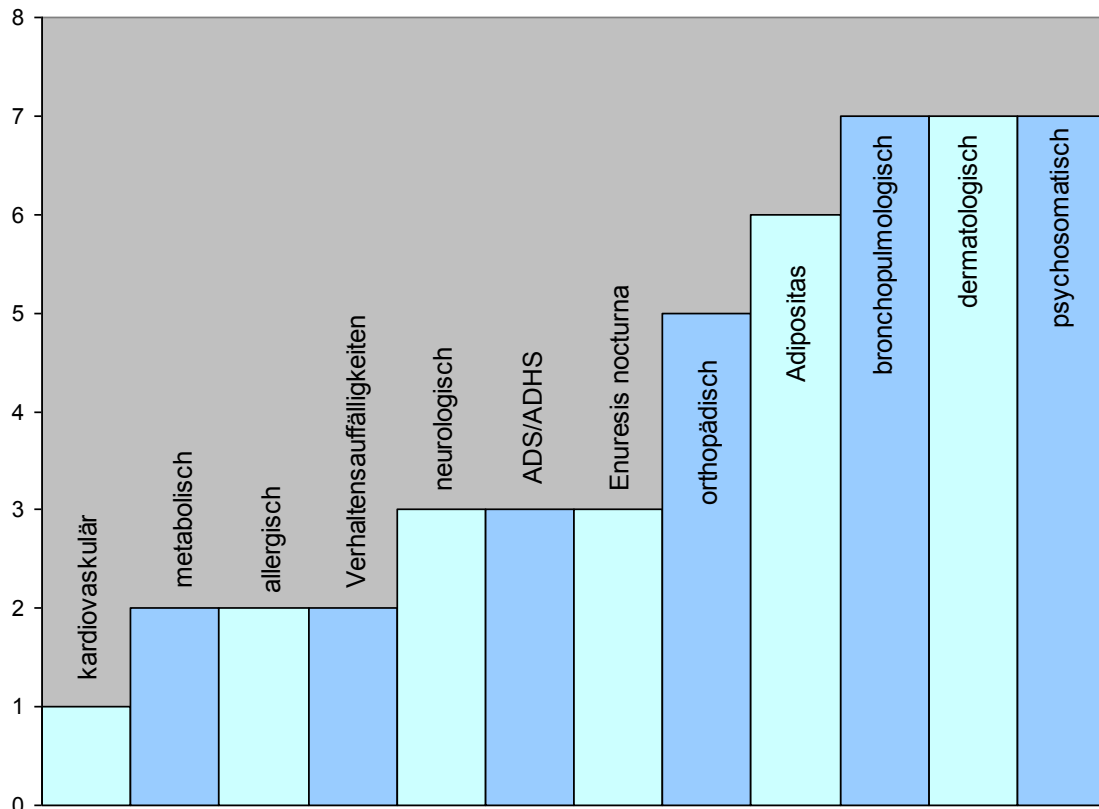


Abb. 4.4.2 Indikationsverteilung Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken

Indikation	Anzahl der Kliniken		Erkrankungen (Beispiele)
	absolut	relativ	
Kardiovaskulär	1	10%	Angeborene Herzfehler, etc.
Metabolisch	2	20%	Diabetes mellitus, PKU, etc.
Allergisch	2	20%	Allergisches Asthma, etc.
Verhaltensauffälligkeiten	2	20%	
Neurologisch	3	30%	Migräne, Epilepsie, etc.
ADS/ADHS	3	30%	
Enuresis nocturna	3	30%	
Orthopädisch	5	50%	Skoliosen, Morbus Scheuermann, etc.
Adipositas	6	60%	
Bronchopulmologisch	7	70%	Mukoviszidose, obstruktive Bronchitis, etc.
Dermatologisch	7	70%	Psoriasis, Neurodermitis, Akne, etc.
Psychosomatisch	7	70%	
Kliniken gesamt	10		

Tab. 4.4.2 Indikationsverteilung Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken in aufsteigender Reihenfolge

Indikationen Erwachsenenrehabkliniken

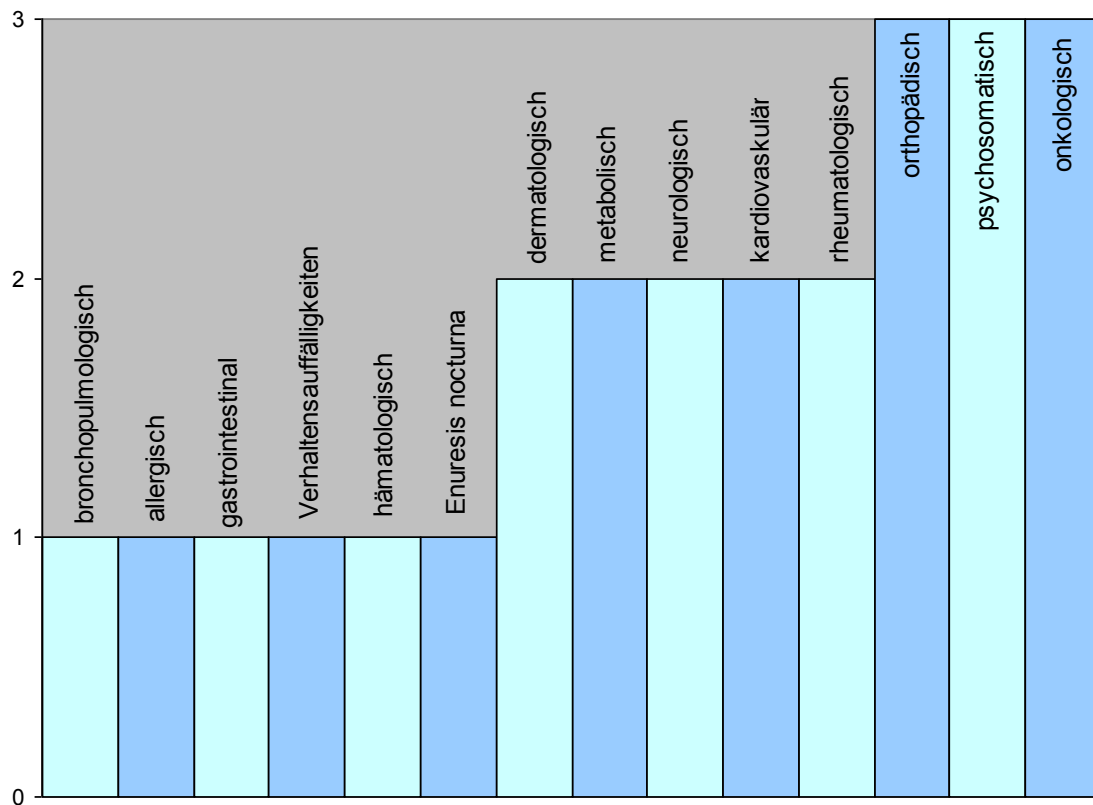


Abb. 4.1.3 Indikationsverteilung Erwachsenenrehabilitationskliniken

Indikation	Anzahl der Kliniken		Erkrankungen (Beispiele)
	absolut	relativ	
Bronchopulmonologisch	1	11%	Mukoviszidose, obstruktive Bronchitis, etc.
Allergisch	1	11%	Allergisches Asthma, etc.
Gastrointestinal	1	11%	Morbus Crohn, ...
Verhaltensauffälligkeiten	1	11%	
Hämatologisch	1	11%	Anämien, Thalassämien, etc.
Enuresis nocturna	1	11%	
Dermatologisch	2	22%	Psoriasis, Neurodermitis, Akne, etc.
Metabolisch	2	22%	Diabetes mellitus, PKU, etc.
Neurologisch	2	22%	Migräne, Epilepsie, etc.
Kardiovaskulär	2	22%	Angeborene Herzfehler, etc.
Rheumatologisch	2	22%	Kollagenosen, Arthritis, etc.
Orthopädisch	3	33%	Skoliosen, Morbus Scheuermann, etc.
Psychosomatisch	3	33%	
Onkologisch	3	33%	Tumore, Chemotherapien, etc.
Kliniken gesamt	9		

Tab. 4.4.3 Indikationsverteilung Erwachsenenrehabilitationskliniken in aufsteigender Reihenfolge

Bereits auf den ersten Blick wird klar, dass es ein markantes Überangebot für bronchopulmonale, dermatologische und psychosomatische Erkrankungen, sowie Adipositas gibt. Im Gegenzug fehlen vor allem in den Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken Betten für Erkrankungen des hämatologischen und onkologischen Formenkreis, sowie auch für Patienten mit Bulimie und Magersucht.

Die genannten Verteilungen sind aufgrund der Prävalenz und Inzidenz der Krankheitsbilder nachvollziehbar. Dennoch ist zu hinterfragen, ob Deutschland in der Tat so viele Betten für die Rehabilitation dieser chronischen Erkrankungen benötigt.

4.5 Bettenspiegel

Eine kombinierte telefonische und elektronische Befragung der Kliniken hat folgenden Bettenspiegel für Deutschland ergeben (aufgrund einer fehlenden offiziellen Liste aller Einrichtungen und der teilweise unvollständigen Datenlage kann keine Gewähr auf Vollständigkeit gegeben werden):

Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken	4966
Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken	1336
Erwachsenenrehabilitationskliniken	210
Gesamt	6512

Tab. 4.5.1 Bettenspiegel für Kinder- und Jugendrehabilitation in Deutschland

Da zu dieser Anzahl an Betten auch noch zahlreiche Plätze in so genannten Vorsorgekliniken addiert werden müssen, kann klar gesagt werden, dass in Deutschland (81,7 Mio Einwohner^[7]) mit großer Wahrscheinlichkeit ein Überschuss an Kinder- und Jugendrehabilitationsbetten besteht (vgl. errechneter Bedarf in Österreich 300 bei 8,4 Mio Einwohner^[8]). Dies mag der Grund sein, wieso einige Kliniken nur sehr schlecht ausgelastet sind und teilweise bereits ihre Tore schließen mussten.

4.6 Fachärztliche Betreuung in den Einrichtungen

Die Recherche über das pädiatrische Fachpersonal in den deutschen Rehabilitationseinrichtungen hat Folgendes ergeben:

In den 50 erhobenen Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken ist der Ärztliche Leiter der Institution zu 68% (absolut: 34) ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde. Eine einzige Klinik hat weder einen Pädiater als Ärztlichen Leiter, noch ist ein solcher immer präsent (wobei die Versorgung über pädiatrische Konsiliarärzte gedeckt wird). 30% (absolut: 15) der Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken haben ebenfalls keinen entsprechenden Chefarzt, jedoch besteht das ärztliche Personal hauptsächlich aus Pädiatern.

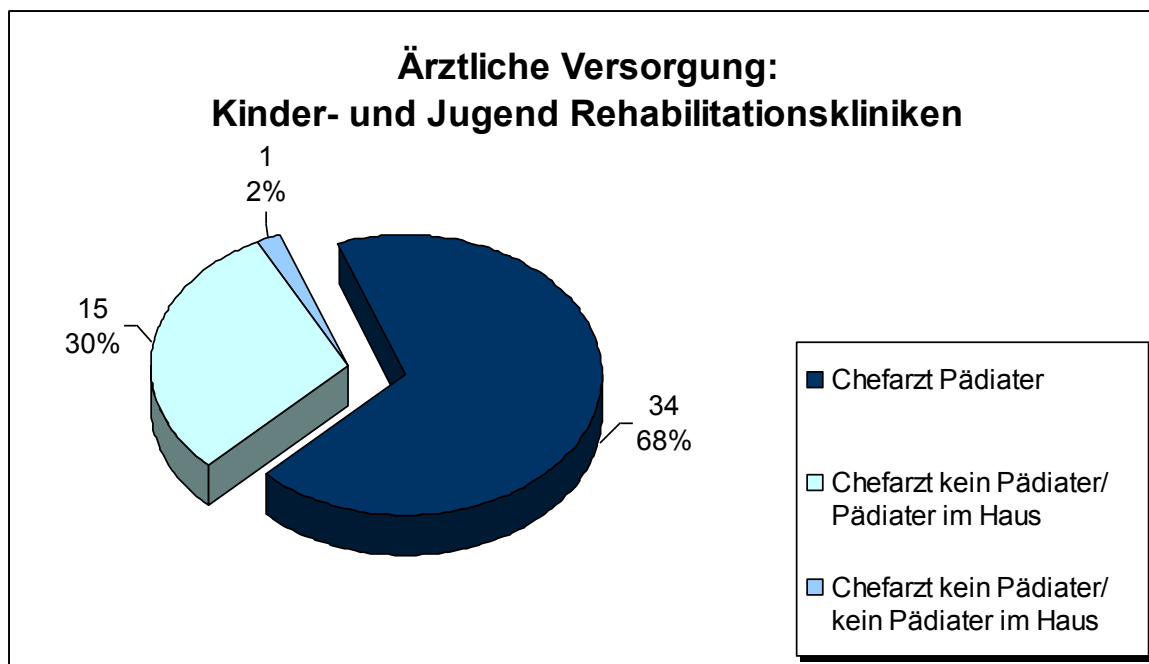


Abb. 4.6.1 Ärztliche Versorgung in deutschen Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken

Bei den 10 erhobenen Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken bekleidet in nur 20% (absolut: 2) ein Pädiater die Position des Ärztlichen Leiters. In den übrigen 80% (absolut 8) befinden sich immerhin in einer Mehrzahl der Kliniken (absolut: 6) ein oder mehrere Pädiater im Haus, während 2 Kliniken auf einen auswärtigen Pädiater als Konsiliararzt angewiesen sind.

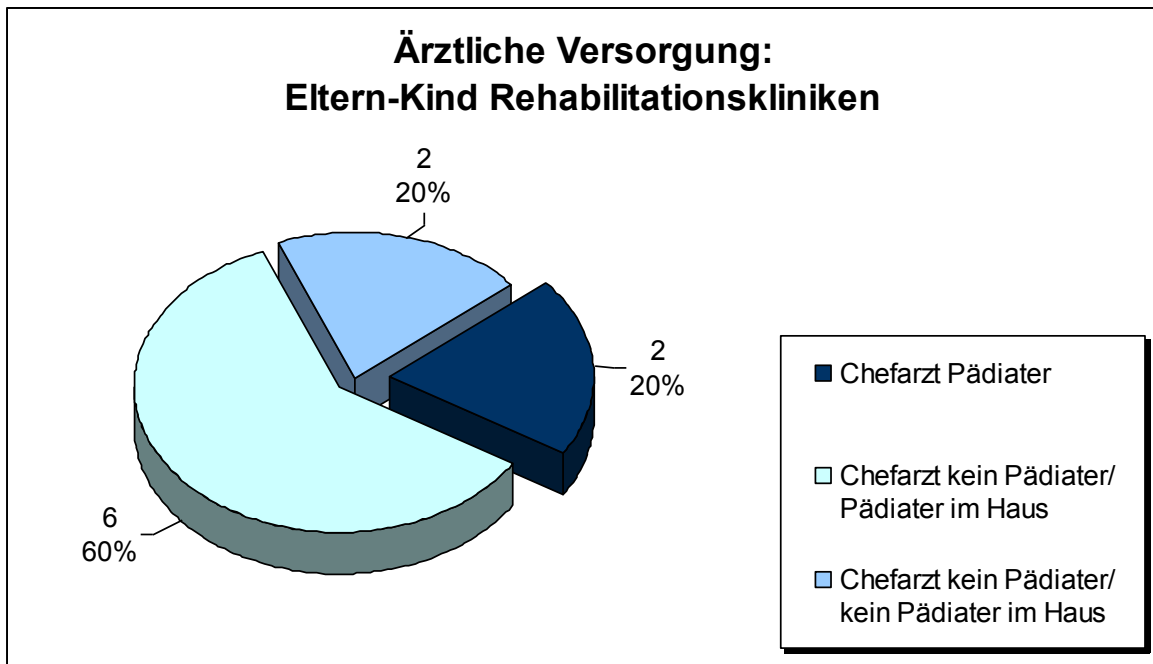


Abb. 4.6.2 Ärztliche Versorgung in deutschen Eltern-Kind-Rehabilitationskliniken

In den Erwachsenenkliniken, die auch Kinder und Jugendliche für Rehabilitationsbehandlungen aufnehmen, ist ein pädiatrischer Chefarzt nicht zu erwarten. Interessant ist der Fakt, dass in den insgesamt 9 Kliniken in nur einer einzigen ein Pädriater angestellt ist. Die übrigen 8 lösen die Versorgung der jungen Patientinnen über Konsiliarärzte.

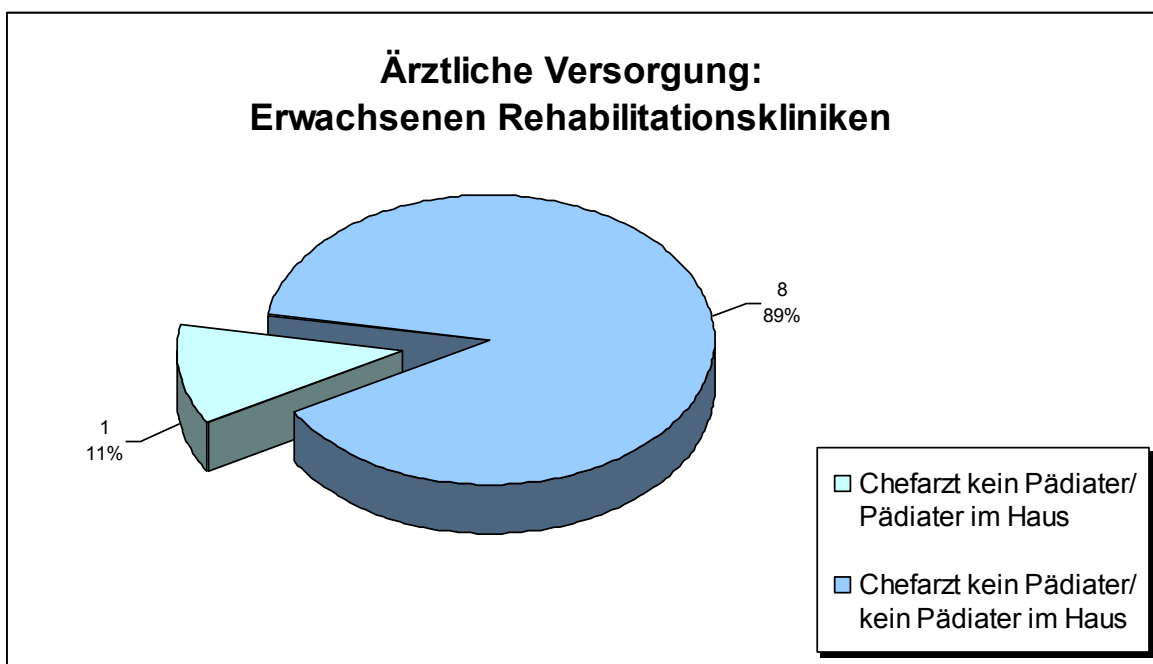


Abb. 4.6.3 Ärztliche Versorgung in deutschen Erwachsenenkliniken, die auch Betten für Kinder- und Jugendrehabilitation zu Verfügung stellen

4.7 Therapiepläne und Angebote

Die Therapieangebote in den einzelnen Kliniken sind umfassend und reichen von basismedizinischer Versorgung, über physio-, ergo-, logo- und psychotherapeutische Angebote bis hin zu Programmen der Freizeitgestaltung. Generell haben Kinder Anspruch auf ein Einzelgespräch mit einem Arzt pro Woche und durchschnittlich drei Stunden Physiotherapie. Außerdem sollte mindestens eine Stunde pro Woche mit den Patienten über ihre Krankheit und die Krankheitsbewältigung gesprochen werden. Diese Stundenangaben sind jedoch von Indikation zu Indikation variabel. Welche Therapien in welchem Umfang für welche Indikationen zu erfolgen haben, ist von den Kostenträgern vorgegeben.

Natürlich gibt es in allen Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken die Möglichkeit des Schul- oder Kindergartenbesuchs, wobei die Patienten von ihrer Schule Unterlagen mitbekommen, die sie während des Aufenthaltes erledigen müssen. So werden die Kinder und Jugendliche während des Aufenthaltes gefördert und verpassen nicht zu viel vom Schulunterricht zuhause. Zu erwähnen ist auch die Möglichkeit, sowohl Eltern als auch „gesunde“ Geschwister mitnehmen zu können, wobei auch für jene Therapiemöglichkeiten zu Verfügung stehen. Ursprünglich wurde dieses Angebot für Angehörige von krebskranken Kindern entwickelt. Da sich aber zeigte, dass auch das Umfeld von Kindern vor allem mit zystischer Fibrose und angeborenen Herzfehlern Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung benötigen, wurde diese Möglichkeiten erweitert und steht nun in mehreren Kliniken zu Verfügung. Eltern und Geschwister steht es offen, bei Bewegungs- und Entspannungsübungen teilzunehmen und unterstützende psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich gibt es auch psychoedukative Eltern-Kind-Sitzungen, die gerne besucht werden.

4.8 Gewinn von Lebensqualität für die ganze Familie

Eine kürzlich veröffentlichte Studie, die im Kinder- und Jugendrehabilitationszentrum Tannheim (Goldbeck L. et al) durchgeführt wurde, beweist erstmals die positiven, anhaltenden Auswirkungen von familienorientierter Rehabilitation auf die ganze Familie.

Die Rehabilitationsklinik Tannheim bietet eine 4-wöchige familienorientierte stationäre Rehabilitation für Familien von Kindern mit Krebserkrankungen, zystischer Fibrose und angeborenen Herzfehlern an und ist in diesen Programmen nach eigenen Angaben immer sehr gut ausgelastet. Nach der langjährigen Erfahrung mit dergleichen Behandlungen

verwertete ein Team um MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Robert-Koch-Instituts Berlin und der Klinik Tannheim diese Studie.

So wurden 302 Rehabilitationsteilnehmer zwischen 4 und 17 Jahren (im Durchschnitt 8,7 Jahre) zu Beginn der Rehabilitation gebeten, standardisierte Fragebögen zu Verhalten und emotionalen Symptomen der Kinder (SDQ), Lebensqualität und soziodemografischen Hintergrund auszufüllen. Im SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) wurden psychologische Aspekte erfragt, wie etwa emotionale Symptome, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit, soziales Verhalten und Umgang mit Mitmenschen. Diese Fragebögen wurden auch den entsprechenden Erziehungsberechtigten angepasst vorgelegt und ausgefüllt. Die Befragung erfolgte zum Eintritt in die Rehabilitationsbehandlung, bei Entlassung und nach 6 Monaten in einem Follow-up. Verglichen wurden die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe von 903 gesunden Kindern aus dem Kinder- und Jugendlichen-Gesundheitssurvey (KiGGS).

Die Ergebnisse zeigten, dass 27,5% der Patienten mit chronischen Erkrankungen klinisch auffällige psychische Symptome auf der Gesamtproblemskala der SDQ hatten, weitere 16,9% hatten grenzwertig erhöhte Symptome, was einem relativen Risiko von 2,16 entspricht. Die psychologischen Symptome waren umso ausgeprägter, je schlechter die Lebensqualität des Kindes und der Eltern angegeben wurden. Hervorzuheben ist, dass die Symptome nach der Rehabilitation signifikant reduziert waren und die Verbesserungseffekte auch 6 Monate später noch nachweisbar waren. Somit konnte einerseits eine Korrelation zwischen chronischer Erkrankungen und der psychologische Symptome wie Aufmerksamkeitsdefizite, Depression und Verhaltensstörungen bewiesen werden, andererseits aber klar gezeigt werden, dass eine familienorientierte Rehabilitationsbehandlung eine langfristige, signifikante Verbesserung eben dieser Symptome nach sich zieht^[9].

5 Die Zukunft der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich

5.1 Finanzierung

Wie bereits erwähnt sind folgende Institutionen in die Finanzierung der Kinder- und Jugendrehabilitation involviert^[10]:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	koordinierende Stelle für Maßnahmen im Gesundheitsbereich
Pensionsversicherungsanstalt (PVA)	Hauptverantwortliche für den Bereich „Rehabilitation“
Hauptverband der Sozialversicherungen	als Dachverband der Sozialversicherungen
Sozialversicherungen / Krankenversicherungen	Mögliche Finanzleister
Allgemeine Unfallversicherung	Rehabilitation nach Unfällen
Bundesländer	Angeborene Erkrankungen und Behinderungen

Tab. 5.1.1 Involvierte Institutionen für eine zukünftige Finanzierung der Kinder- und Jugendrehabilitation

Grundsätzlich sind sich alle Institutionen einig, dass eine organisierte Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich etabliert werden sollte. Gleichzeitig wehren sie sich jedoch gegen deren Bezahlung.

Eine Möglichkeit, diese Zwickmühle zu lösen, wäre es einen Topf zu kreieren, in den alle Institutionen anteilmäßig einzahlen und die Finanzierung daraus zu ermöglichen. Dies würde aber ein hohes Maß an Kooperations- und Kompromissbereitschaft aller Beteiligten voraussetzen.

Der zweite Vorschlag, der von der Arbeitsgruppe Rehabilitation erarbeitet wurde, würde eine Verankerung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation im § 133 des ASVG als Teil der Krankenversicherung vorsehen. Dies würde allerdings eine Gesetzesänderung im ASVG erfordern und somit einen parlamentarischen Beschluss. Bisher fehlte aber auch in diesem Bereich die Kooperationsbereitschaft^[10].

5.2 Standort:

Aufgrund der geografischen Gegebenheiten ist geplant, Österreich in 3 Zonen aufzuteilen:

- ❖ Region Ost: Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Wien
- ❖ Region Süd: Steiermark, Kärnten
- ❖ Region West: Salzburg, Tirol, Vorarlberg

Da der Bedarf für „somatische Rehabilitation“ mit 229 Betten (siehe Tab. 3.1.1) errechnet wurde, wäre es ausreichend, in jeder dieser Zonen eine Rehabilitationseinrichtung mit einem möglichst weiten Indikationsspektrum zu eröffnen. Man kann sich hierbei an den Tabellen für Deutschland orientieren. Für die Zukunft wäre es denkbar, Therapien für seltenere Krankheitsbilder (z.B. Hämatoonkologische Erkrankungen) nur an einem dieser drei Zentren zu konzentrieren.



Abb. 5.2.1 Geplante Regionsaufteilung für Standorte in Österreich

In der „Arbeitsgruppe für Kinderrehabilitation“ wurden für diese Regionen folgende Standorte vorgeschlagen bzw. sind bereits vorhanden:

Region Ost: Wien wäre aufgrund der guten Erreichbarkeit (Autobahnen, öffentliche Verkehrsmittel) der ideale Standort. Hier gibt es bereits eine Akutneurorehabilitationseinrichtung, die von Prof. Berger geleitet wird. Auch Linz steht als Standort zur Diskussion.

Region Süd: Hier stehen Klagenfurt und Graz zur Debatte. Die Hauptstadt von Kärnten besitzt bereits 4-6 Betten für Akutneurorehabilitation. Graz wäre aufgrund des großen Patientengutes durch die vorhandene Universitätsklinik für Kinderchirurgie, Kinderorthopädie und Pädiatrie ebenfalls ein idealer Standort. Die sehr gute Erreichbarkeit über die Autobahnen und die öffentlichen Verkehrsmittel spricht ebenfalls dafür.

Region West: Für die Region West gibt es unter der Leitung von Prof. Sperl in Salzburg bereits eine Akutneurorehabilitation, für die ein weiterer Ausbau in den nächsten Jahren geplant ist. In den anderen Bundesländern gibt es derzeit noch keine Pläne.

5.3 Ressourcen vor Ort

Um die Rehabilitationsbehandlung so kindgerecht wie möglich durchführen zu können, hat die Arbeitsgruppe für Kinderrehabilitation Kriterien definiert, die zukünftige Kliniken erfüllen müssen. Hierbei geht es vor allem um eine altersgerechte (von Kleinkindern bis Jugendlichen) und barrierefreie Gestaltung. Es soll einerseits die Privatsphäre der Kinder bzw. der Familie gewahrt bleiben, andererseits sollte es auch genügend Möglichkeiten für Spielen und Kommunikation unter den Kindern und Jugendlichen geben. Nicht zu vernachlässigen ist auch eine Möglichkeit des Kindergarten- oder Schulbesuchs, da die jungen Patienten während der Rehabilitationsbehandlung mehrere Wochen der Schule fernbleiben und ein guter Wiedereinstieg nach der Behandlung gewährleistet werden soll. Dass die Therapien kindgerecht (je nach Alter) abzustimmen sind, muss nicht zusätzlich betont werden.

Kriterium	Vorgabe
Zimmer	Eltern-Kind-Zimmer (1 Patientenbett und 1 Begleitbett, Unterbringungsmöglichkeit für Geschwisterkind)
Zimmerausstattung	Kindgerechte Einrichtung (Mobiliar)
Mitaufnahme von Begleitpersonen	Möglichkeiten der Mitaufnahme von Begleitpersonen ist für alle Kinder vorzusehen
Schulische Möglichkeiten	Heilstättenklasse
Baulich	Barrierefreier Zugang Rollstuhlgerechte Ausstattung der Patientenbereiche
Station	Kindgerechtes Mobiliar
Familienähnliche Strukturen	Stationseigener Gruppenraum Stationseigene Essgelegenheit

Einrichtung	Spielzimmer Aufenthaltsräume
Umgebung	Spielmöglichkeiten
Freizeitangebot	Spielplatz Computer Internet
Kontakt zur übrigen Familie	Fortbestand des Kontaktes zur übrigen Familie ist sicherzustellen
Betreuung	Alters- und entwicklungsbezogen
Therapiemodalitäten	Kindergerecht

Tab. 5.3.1 Kernindikatoren für eine kindgerechte Umgebung in der Rehabilitation

5.4 Personalausstattung

GÖG und ÖBIG haben in ihren Strukturqualitätskriterien Personal vorgesehen, das den Umgang mit Kindern und Jugendlichen erlernt hat, dazu ausgebildet wurde und sehr viel Erfahrung mitbringt. Der Ärztliche Leiter muss nicht zwingend Pädiater sein, sollte aber eine Facharztausbildung in einem Indikationsschwerpunkt der Klinik haben. Für das ärztliche Personal sind vor allem Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde gewünscht.

Berufsgruppe	Erforderliche/gewünschte Qualifikation
Ärztliche Leitung	Facharztausbildung für den Indikationsschwerpunkt der Einrichtung
Ärztliches Personal	Gewünscht: Alle mit Facharztausbildung Kinder- und Jugendheilkunde
Dipl. Kinder- und Krankenpflegepersonal	Gewünscht: alle mit Ausbildung i Kinder- und Jugendlichenpflege
Therapeutisches Personal (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätdienst, Psychologie, med. Masseur, (Sozial)pädadogen	Alle mit spezieller Schulung für Kinder und Jugendliche
Qualifikation Pflegepersonal	Gewünscht: Alle mit Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpflege
Weiteres Personal	Alle mit spezieller Schulung für Kinder- und Jugendliche

Tab. 5.4.1 Personalausstattung für kindgerechte Versorgung

6 Diskussion

6.1 Ist Deutschland wirklich ein Vorbild?

Wie in Kapitel 4 ausgeführt wurde, funktionieren sowohl Antragsstellung, Finanzierung als auch Ausführung der Rehabilitation einwandfrei. Als Grundlage besteht eine rechtliche Definition der Kinder- und Jugendrehabilitation im Deutschen Gesetzbuch, die bekanntlich in Österreich fehlt.

Zu einer erfolgreichen Führung eines Unternehmens und auch einer Rehabilitationsklinik gehört neben der Finanzierung auch die Qualitätssicherung, um Patienten und Überweiser auch anzusprechen. Die Kostenträger haben unabhängig voneinander eigene Konzepte entwickelt wie sie eine Qualitätssicherung der Rehabilitationskliniken gewährleisten können. Die Deutsche Rentenversicherung nennt folgende Punkte, mit dessen Hilfe die Qualität ihre Institutionen erfragen und somit ständig verbessern kann:

- ❖ *Erhebungen zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen*
- ❖ *Befragungen von Rehabilitanden bzw. Patienten zur Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und Beurteilung des Reha-Erfolges*
- ❖ *Bewertungen des individuellen Rehabilitationsprozesses durch erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen*
- ❖ *Dokumentation des therapeutischen Leistungsspektrums der Reha-Einrichtungen*
- ❖ *Vorgaben für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Form von Rehabilitations-Leitlinien^[1]*

In den genannten Rehabilitationsleitlinien ist klar definiert, wer für welche Leistung zahlt und welche Leistungen den Patienten dafür geboten werden, welche Voraussetzungen die Patienten vor Antreten der Rehabilitation erfüllen müssen (z.B. Infektfreiheit, keine Gravidität, etc.) und welche Leistungen diese vor Ort erhalten. Eine Minimal- und Maximalzahl von Therapieeinheiten in den Bereichen Physio-, Ergo- und Logopädie, sowie physikalischen Therapien ist für jede Indikationsgruppe genau aufgeschlüsselt. Sie darf nicht unterschritten und nur in Ausnahmefällen überschritten werden. Auch diagnostische und pflegerische Maßnahmen (mit der Unterscheidung obligat und fakultativ) sowie medikamentöse Therapien sind an genau definierte Rahmenbedingungen gebunden. Auch die Möglichkeit des Kindergarten- oder Schulbesuchs ist klar definiert und geregelt.

Natürlich gibt es auch klare Richtlinien, wie die Ausstattung und der Ausbildungsstand des Personals zu sein hat.

Betrachtet man sich diese Rehabilitationsleitlinien im Gesamten, möchte man meinen, dass die Ausgaben pro Patient und für das Personal genau geregelt sind und jede Klinik mit dem Geld, das sie von den Trägern erhält, ökonomisch gut zu führen und zu erhalten ist. Schaut man aber näher hin und betrachtet jede Klinik für sich, wird schnell klar, dass gute Qualitätssicherung nicht vor schlechter Auslastung schützen.

Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, gibt es für einige Krankheitsbilder (besonders für allergische, psychosomatische, bronchopulmonale und dermatologische Erkrankungen) ein eindeutiges Überangebot. Betrachtet man auch die Bettenzahl von 6512 (Betten in „Vorsorgekliniken“ nicht inkludiert), sollte spätestens hier klar werden, dass eine maximale Belegung aller Betten übers Jahr einfach nicht möglich ist. Als Folge daraus mussten bereits einige Kliniken geschlossen werden und viele Kliniken kämpfen ums Überleben.

Zwar wurde im Rahmen der bereits genannten KIGGS Studie der Versorgungsbedarf von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen erhoben, es dürfte aber schwierig sein, diese Ergebnisse aufgrund dreier verschiedener Kostenträger und der Vielzahl an Kliniken umzusetzen. Die Autoren beschreiben in ihrer Studie, die bei 17.641 Kindern und Jugendlichen sowohl durch ärztliche Diagnostik und Quantifizierung mittels Fragebögen, als auch durch Befragung der Kinder und der Eltern erhoben wurde, dass bei 37% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland (von den Eltern) angegeben wird, an mindestens einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung zu leiden^[12]. Zwar werden manche Erkrankungen auch von den Eltern und ihren Kindern unterschätzt, aber auch wenn man diese Dunkelziffer mitberechnet, würde man es nie schaffen, die mindestens 6512 Betten in Deutschland ausreichend auszulasten.

Zusammenfassend muss also gesagt werden, dass in den Bereichen rechtliche Grundlagen, Organisation und Finanzierung Deutschland definitiv eine Vorbildwirkung für Österreich haben sollte. Kritisch muss jedoch die Verteilung der Indikationen auf die Kliniken und das massive Überangebot an Betten beäugt werden, das man in Österreich tunlichst vermeiden sollte. Da Österreich aber gerade mitten in der Entwicklung steht und auch schon der Bedarf an Kliniken, Betten und Indikationen erhoben wurde, scheint dies eine, auf der Basis von Erkrankungsfällen und soziodemografischen Entwicklungen, vermeidbare Komponente zu sein.

6.2 Wer profitiert von der Einführung einer Kinder- und Jugendrehabilitation?

An erster Stelle sollte hier natürlich der Patient stehen. Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlungen, sei es im ambulanten oder stationären Bereich, werden die aktuellen Beschwerden gelindert und es sollte vermittelt werden, wie diese in Zukunft gemindert werden können. Allein dieser Faktor könnte die Kosten für spätere stationäre Behandlungen in der Kinder- und Jugendheilkunde senken. Der Patient lernt auch andere Patienten mit denselben oder ähnlichen Leiden kennen und merkt, dass er damit nicht allein ist. Dies ist besonders wichtig für das psychische Wohlbefinden, das bei chronischen Erkrankungen oft eine Rolle zu spielen scheint. Ziel sollte es auch sein Schulungen durchzuführen (würde sich auch in ambulanten Einheiten gut anbieten), um dem Umgang mit der Krankheit auf somatischer Ebene zu begegnen. Als klassisches Beispiel sei hier der Typ 1 Diabetiker genannt, der über den Umgang mit Insulin und möglichen Lebensstiländerungen altersgerecht informiert werden muss. Auf die Schulung der Eltern sollte in der Kinder- und Jugendrehabilitation keineswegs vergessen werden.

Da das Befinden des Kindes sehr stark auch die Familie beeinflusst und umgekehrt, würde auch das Umfeld stark profitieren. Oft fühlen sich Eltern hilflos der Krankheit ihres Kindes gegenübergestellt. Schulungen sind auch für sie sinnvoll, denn sie können sich dadurch besser in das Krankheitsmanagement einbringen. Dies setzt insgesamt auch die Compliance der Eltern voraus, die in manchen Fällen nicht ausreichend gegeben ist. So zeigen sich viele rauchende Mütter und Väter von Kinder mit Asthma bronchiale nicht kooperativ, was das Rauchen in der Nähe der Kranken betrifft. Für sie scheint eine Schulung zwar weitgehend wirkungslos zu bleiben, doch auch hier kann zumindest der Versuch gestartet werden, den Sinn des Nichtrauchens in Anwesenheit der Kinder zu vermitteln. Letztlich sind vor allem junge Kinder oft davon abhängig, ob Eltern die Krankheit als solche erkennen und akzeptieren, und wie ihnen der Umgang mit Krankheiten allgemein vorgelebt wird (was auch die Behauptung bestärkt, es wäre wichtig, dass Kinder Leidensgenossen und deren Umgang kennen lernen). Deshalb muss man Eltern in die Pflicht rufen und ihnen zeigen, dass sie viel bewirken können, wenn sie die kleinen Patienten unterstützen.

Des Weiteren zeigt sich in der Praxis oft, dass es Familien, deren Kinder an einer chronischen Erkrankung leiden, in Bezug auf das psychosoziale Familienleben schlecht geht. Der

Umkehrschluss ist zwar nicht ganz zulässig, doch ist es sicher einfacher für alle, sowohl für Eltern, Patient, als auch Geschwister, wenn sich ein chronisch krankes Kind sowohl physisch, als auch psychisch subjektiv (und manchmal auch objektiv) beschwerdefrei bzw. in seinem Zustand verbessert zeigt.

Geschwister sollten ebenfalls zumindest kurz über die Krankheit informiert werden und mit den Eltern zusammen in den Genesungsprozess integriert werden. Dies fördert die Familienzusammengehörigkeit, und der Patient fühlt sich geborgener, wenn auch andere mit seinen möglichen Einschränkungen umzugehen wissen. Letztlich kann damit auch einer Stigmatisierung entgegengewirkt werden.

Auch der Staat Österreich würde schließlich von einer Einführung einer systematischen Kinder- und Jugendlichenrehabilitation profitieren. Durch eine gute Therapieeinstellung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen werden Arbeitskräfte für die Zukunft geschaffen und auf diese Weise wird unnötige Invalidität vermieden.

Auch die Krankenkassen könnten bei optimaler Gestaltung einiges an zukünftigen Kosten für die Einzelpersonen einsparen. Zwar müssen bei der Einführung systemischer Maßnahmen viel Geld in die Rehabilitationseinrichtungen gesteckt werden und in weiterer Folge auch die Behandlungskosten der Patienten getragen werden, andererseits kann aber durch eine gute Therapieeinstellung und die Kenntnis über Maßnahmen, die der Patient bei kleinen Zwischenfällen selbst setzen kann, zukünftig eine Kostenersparnis im stationären Bereich erzielt werden.

6.3 Braucht Österreich eine Kinder- und Jugendrehabilitation?

Diese fast rhetorische Frage ist definitiv mit „Ja“ zu beantworten. Gerade wenn man von der Grunddefinition von Rehabilitation ausgeht (siehe Kapitel 2) scheint eine Einführung der Kinder- und Jugendrehabilitation sinnvoll, denn es gilt chronisch kranke Kinder und Jugendliche für den täglichen Berufsalltag vorzubereiten. Vor allem bei schwereren chronischen Erkrankungen ist es ein Muss, den Patienten den richtigen Umgang mit ihrer Krankheit beizubringen und sie über die möglichen Folgeerscheinungen zu informieren. Nur so kann eine Wiedereingliederung in den Alltag passieren und den Patienten das Wissen und das Handling für ein, je nach Krankheit, uneingeschränktes Leben mitgegeben werden.

Neben dem Schaffen von stationären, kindergerechten Rehabilitationsplätzen ist auch der Auf- bzw. Ausbau von ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten zu befürworten. Dies würde die Weiterbetreuung von Patienten nach einem stationären Aufenthalt garantieren, um die dort erreichten Erfolge beizubehalten und weiter ausbauen zu können. Aus denselben Gründen wäre es ebenso sinnvoll, in diesem Rahmen Schulungen für Eltern und Kinder anzubieten.

Ziel des Aufbaus einer kindgerechten, altersentsprechenden und familienorientierten Rehabilitation ist es, den Kindern und ihrem Umfeld zu zeigen, dass sie mit ihren Erkrankungen nicht alleine sind und ihnen vor Augen zu führen, wie andere damit umgehen. Letztlich liegt ihr längerfristiger Gesundheitszustand und das Schaffen einer guten Lebensqualität auch in den Händen der Patienten und der Familien selbst, denn nur mit einem selbstverständlichen Umgang mit der Krankheit können sie ihre Zukunft nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gestalten.

Der Basis für die Gesundheit im Erwachsenenalter muss bereits in jungen Jahren gesetzt werden. Dies erkannte schon Konfuzius (551 - 479 vor Chr., China), mit dessen Aussage

„Man muss einen Stecken in der Jugend schneiden, damit man im Alter daran gehen kann“

ich meine Diplomarbeit schließen möchte.

Literaturverzeichnis

- [1] Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz; 2008; 51:592–601.
- [2] Buddeberg C (Hrsg). Psychosoziale Medizin. 3. Auflage. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag; 2004.
- [3] Sperl W, Nemeth C, Fülöp G., Koller I, Vavrik K, Bernert G et al. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich: Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen; in press.
- [4] GÖG/ÖBIG (Hrsg). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH; 2010; S. 17.
- [5] Sa | lk Salzburger Universitätsklinik. Rekiz | Kinder Neuro Rehabzentrum.
Url: <http://www.rekiz-salzburg.at/rekiz/wp>. Stand 02.05.2011.
- [6] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hsg). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag; 2004; S. 131.
- [7] Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Gemeinsames Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Letztes Update: 16.05.2011. Url: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_zs01_bund.asp. Stand 18.05.2011
- [8] Statistik Austria. Statistik Austria – Bevölkerungsstand. Letztes Update: 04.03.2011. Url: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerungsstand/index.html. Stand 18.05.2011.
- [9] Goldbeck L, Hölling I, Schlack R, West C, Besier T. The impact of an inpatient family-oriented rehabilitation program on parent-reported psychological symptoms of chronically ill children. Klin Padiatr 2011; 223: 79-84.

[10] Sperl W, Nemeth C, Fülöp G., Koller I, Vavrik K, Bernert G et al. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich: Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen; in press.

[11] Deutsche Rentenversicherung – Nord – Reha Qualitätssicherung. Letztes Update: 01.10.2010. Url: http://www.deutsche-rentenversicherungnord.de/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/qualitaetssicherung_node.html. Stand 21.05.2011.

[12]Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2007; 50:750–756

Anhang: Curriculum Vitae

Name Isabella Sabine Koller

Geburtstag 7. 11. 1985

Geburtsort Tamsweg, Salzburg

Staatsbürgerschaft Österreich

Eltern Vater: Dr. Herbert Koller, FA f. Innere Medizin
Mutter: Irmentraud Koller, geb. Gsöls, Diplomhebamme

Kontakt Stiftingtalstraße 73/5
A-8010 Graz
Tel: +43-664-2059591

Schullaufbahn

1992-93	VS in Kirchberg/Raab
1993-96	VS in Gleisdorf, Kernstockgasse
1996-04	AHS (BG/BRG Gleisdorf) Matura mit Auszeichnung absolviert
2004-11	Studium der Humanmedizin in Graz

Allgemeinchirurgie:

- Krankenhaus der Elisabethinen Graz

Innere Medizin:

- Krankenhaus der Elisabethinen Graz
- LKH Fürstenfeld (+ Hämatookologie)
- LKH Weiz

Neurologie:

- Famulaturen**
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz Eggenberg

Radiologie:

- Univ. Klinik f. Radiologie und Kinderradiologie Graz
Sonografie, Kinderradiologie

6. Studienjahr

- Fachklinik Gaißbach, Deutschland,
Pädiatrie und Kinder- und Jugendrehabilitation
 - Univ. Klinik für Neurologie Graz, Stroke Unit
 - Allgemeinmediziner Dr. Leopold Koller, Graz
 - Krankenhaus der Elisabethinen Graz, Abt. f. Chirurgie
-

Fremdsprache:

Basic Medical English

Vertiefte Ausbildung (Wahlfächer):

Institut für Physiologie, Graz:

Blutstillung und Wundheilung (Institut für Physiologie)
Wissenschaftliche und praktische Aspekte der Medizin

Vertiefte Ausbildung (Wahlfächer):	Institut für Anatomie, Graz:
	CIP Kurs I + II – Häufige invasive Eingriffe Grundlagen der Röntgenanatomie und Computertomografie (Univ. Prof. Dr. A. Weiglein)
	Univ. Klinik für Innere Medizin:
	EKG Seminar (Univ. Prof. Dr. R. Zweiker) Auskultation und Perkussion Fit für den ersten Nachtdienst 1 (Dr. Mészáros) Praxisbezogene EKG Diagnostik
	Univ. Klinik für Neurologie:
	Anamnesegespräch Neurologie (Univ. Prof ⁱⁿ . Dr ⁱⁿ . G. Reiter) Neurologische Differentialdiagnose am Krankenbett (Univ. Prof. Dr. J. Archelos)
	Univ. Klinik für Dermatologie:
	Entzündliche Hauterkrankungen von A-Z Lyme Borreliose
	Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin:
	Phantomübungen für Anästhesiologie und Notfallmedizin Praxisnahe Schmerztherapie I (Univ. Prof. Dr. A. Sandner-Kiesling) Ringvorlesung Notfallmedizin (Univ. Prof. Dr. G. Prause)
Chinesische Medizin:	
Einführung in die Akupunktur I + II (Prof. Dr. L. Dorfer) Traditionelle Chinesische Medizin I + II (Prof. DDr. T. Ots)	
Institut für Gerichtsmedizin:	
SIDS aus forensischer Sicht Verkehrsmmedizin - Schleudertrauma der Halswirbelsäule	
Univ. Klinik f. Orthopädie:	
Typische Verletzungsmuster bei Freizeit- und Leistungssportlern (Univ. Prof. Dr. G. Schippinger)	
Sonstiges:	
Ernährung und Krebsentstehung Häufige Erkrankungen in der Praxis der niedergelassenen Ärztin/des niedergelassenen Arztes Lernen durch Lehren: Participatory Design (Univ. Prof. Dr. J. Smolle, Univ. Prof. Dr. H. W. Weizsäcker) Medizinisches Lernen mit Neuen Medien III (Univ. Prof. Dr. J. Smolle)	
Spezielle Studienmodule:	Klinisch topografische Anatomie der Eingeweide Klinisch topografische Anatomie der Kopf/Hals Region Case based Learning in Klinik und Praxis Individualmedizin und Gesundheitsplanung
Publikation (Koautorin):	Sperl W, Nemeth C, Fülöp G., Koller I, Vavrik K, Bernert G et al. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich: Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen; in press.

**Sonstige Ausbildungen
und Tätigkeiten**

- Ehrenamtliches Mitglied beim Roten Kreuz Österreich (Ortsstelle Gleisdorf/Steiermark) seit 2006
- Lehrbeauftragte für Erste Hilfe beim Roten Kreuz Österreich seit 2008
- Übungsleiterin für Ultimate Frisbee
- Kassier des Steirischen Landesverband für Frisbeesport

Hobbies

Sport, Lesen, Reisen, Musik