

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

ERKLÄRUNG:

Jede chronische Erkrankung, insbesondere bei Komorbiditäten und zusätzlichen Risikofaktoren aus allen Lebensbereichen kann prinzipiell Indikation für eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitation sein.

Zu beachten ist natürlich, dass nicht der alleinige medizinische Schweregrad einer Erkrankung entscheidend ist, sondern die Gesamtauswirkung der Erkrankung auf das gesamte umgebende System der Familie und die soziale Teilhabe des Kindes/Jugendlichen.

Stationäre Rehabilitation:

Die stationäre Rehabilitation ist perspektivisch Teil eines Langzeitmanagements von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Familien mit dem Ziel der Verbesserung, mindestens aber Stabilisierung (Verhinderung einer Verschlechterung) des gesundheitlichen Status quo vor dem Hintergrund der aktuellen oder zukünftigen Anforderungen in Schule, Ausbildung und Beruf sowie des Ziels einer möglichst normalen sozialen Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Stationäre Vorsorge:

Die stationäre Vorsorge stellt sozusagen den Schritt vor der stationären Rehabilitation dar, wenn die Wiederherstellung der Gesundheit mit dem Ziel einer Erwerbsfähigkeit noch nicht im Vordergrund steht und bei Ausschöpfung der verfügbaren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten das gewünschte Therapieziel nicht erreicht werden kann, eine Beeinträchtigung droht oder eingetreten ist.

In der folgenden Synopsis werden Kriterien für die Einleitung beider Maßnahmen an verschiedenen (chronischen) Krankheitsbildern dargestellt.

Nicht gemeint sind hier so genannte Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen, die auf die Erholung der Eltern fokussieren. In solchen Einrichtungen sind nicht die Kinder und Jugendlichen die adressierten Zielpersonen, sondern in der Regel nur Begleitpersonen. Die (chronisch) kranken Begleitkinder sind bestenfalls in ein loses und unverbindliches Behandlungsangebot eingebunden, das weder personell, noch institutionell oder apparativ den Behandlungsstandard einer Rehabilitationseinrichtung erreicht.

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

A ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Übergewicht ist häufig bereits eine Vorstufe der Adipositas. Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörperfettmasse pathologisch erhöht ist. Da der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen Methoden exakt zu bestimmen ist, hat sich die Bestimmung der einfachen messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht sowie der daraus ableitbare Body Mass Index ($BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2$, kg/m^2) zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen durchgesetzt. Da der BMI alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden. Die AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas) empfiehlt die Verwendung der Referenz für deutsche Kinder, die 2001 für die AGA publiziert wurde.¹ Die AGA empfiehlt die Verwendung des 90., bzw. 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils als Grenzwert zur Definition von Übergewicht, bzw. Adipositas.

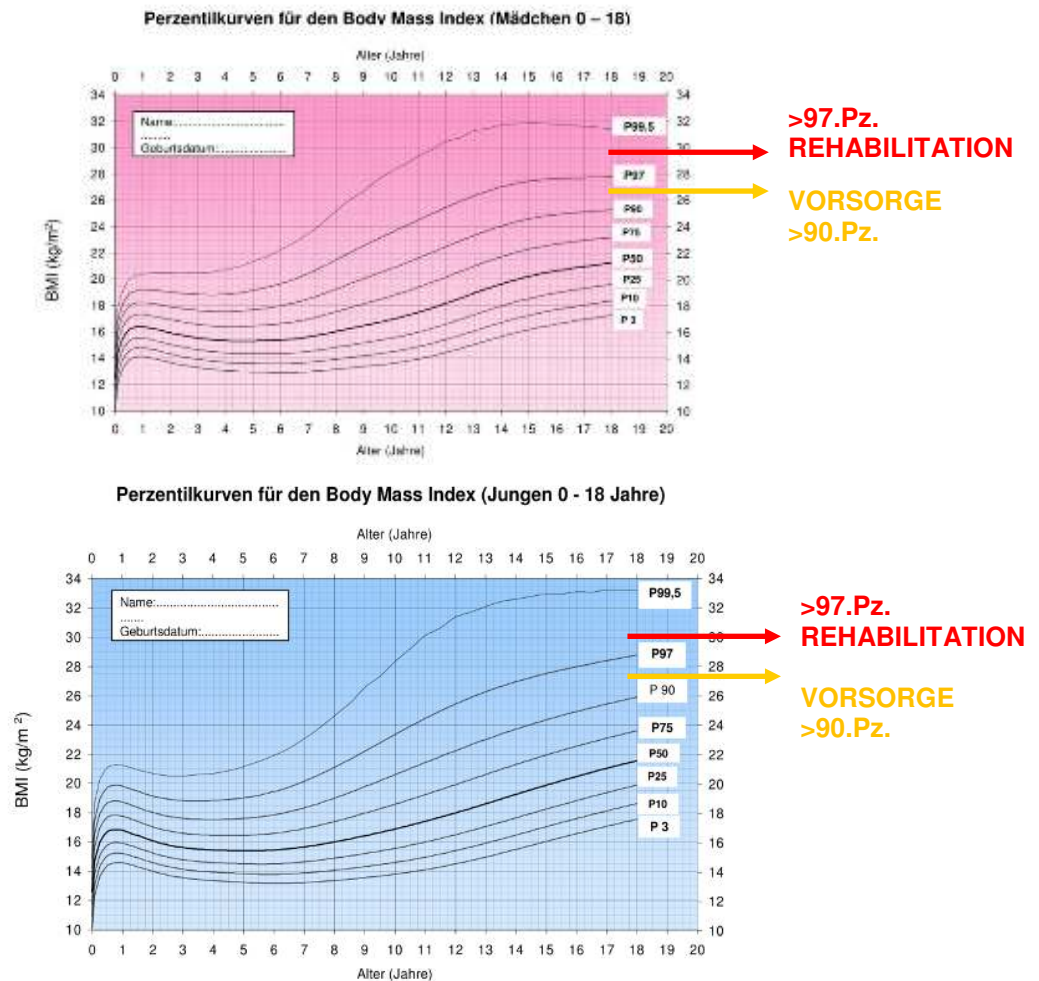


Abbildung 1: Perzentilkurven²

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter definiert die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilen dieser Referenzdaten:

BMI 90.-97. Pz.:	Übergewicht
BMI > 97. Pz.:	Adipositas
BMI > 99,5. Pz.:	extreme Adipositas

¹ (Kromeyer-Hauschild et al. 2001)

² (ebd.)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Präzisierte ICD-10-Kodierung:

E66.04 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren.

E66.05 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren.

E66.09 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Grad oder Ausmaß der Adipositas (Body-Mass-Index [BMI]) nicht näher bezeichnet. Kodierung zudem immer bei Kindern unter 3 Jahren.

Für türkisch-stämmige Kinder gibt es andere Grenzwerte.³

Tabelle 2 Körperhöhe, Gewicht, BMI deutsch-türkischer Kinder

Alter Jahre	Körperhöhe				Gewicht				BMI				
	Mittelwert	SD	p3	p97	p10	p50	p90	p3	p10	p50	p90	p97	
0	51,5	2,2	47,4	55,7	2,7	3,3	3,8	10,7	11,2	12,3	13,6	14,2	
0,25	60,6	2,3	56,2	64,9	4,8	5,6	6,4	12,6	13,3	15,2	17,3	18,4	
0,5	67,1	2,6	62,3	71,9	6,3	7,3	8,4	14,0	14,6	16,2	17,9	18,8	
0,75	72,0	2,7	66,8	77,1	7,6	8,7	9,9	14,5	15,2	16,8	18,8	19,8	
1	75,5	2,9	70,1	80,9	8,5	9,7	11,0	14,7	15,4	17,0	18,9	19,9	
1,5	81,9	3,1	76,0	87,7	9,8	11,3	13,0	14,5	15,2	16,9	19,1	20,3	
2	87,0	3,6	80,3	93,7	10,8	12,5	14,4	14,4	15,0	16,5	18,4	19,5	
3	95,8	4,1	88,1	103,5	13,2	15,2	17,5	14,4	15,0	16,5	18,5	19,6	
4	103,6	4,6	95,0	112,1	15,3	17,7	20,8	14,5	15,0	16,5	18,5	19,7	
5	110,6	5,0	101,1	120,0	17,4	20,4	24,3	14,4	15,0	16,7	19,0	20,4	
6	117,4	5,5	106,9	127,8	19,8	23,4	28,4	14,7	15,3	17,0	19,4	20,9	
7	122,9	5,9	111,8	134,1	21,9	26,2	32,2	14,7	15,4	17,3	20,1	21,9	
8	128,0	6,2	116,3	139,7	24,2	29,0	35,7	14,8	15,6	17,7	20,8	22,9	
9	133,2	6,6	120,8	145,6	26,7	32,4	40,4	15,3	16,1	18,3	21,4	23,5	
10	138,6	7,1	125,3	151,9	29,7	36,4	46,0	15,6	16,5	19,0	22,6	25,0	
11	144,2	7,8	129,6	158,9	33,0	41,6	53,9	16,4	17,4	20,0	23,8	26,2	
12	150,7	8,2	135,3	166,1	37,5	47,6	61,1	16,7	17,8	21,0	25,7	29,0	
13	155,8	7,7	141,3	170,3	40,6	51,9	66,1	17,1	18,2	21,4	26,2	29,5	
14	158,3	6,9	145,2	171,3	45,0	54,8	67,9	17,7	18,8	21,9	26,4	29,4	
15	159,4	6,4	147,4	171,3	46,8	56,2	68,8	18,2	19,3	22,2	26,3	29,0	
16	159,9	6,1	148,4	171,4	48,3	57,2	69,3	18,6	19,6	22,4	26,1	28,4	
17	160,0	6,1	148,6	171,5	48,9	57,2	68,3	18,5	19,6	22,3	26,0	28,3	
18	160,1	6,1	148,7	171,5	48,4	56,6	67,7	18,3	19,4	22,1	25,7	27,9	
0	52,1	2,2	47,9	56,2	2,9	3,5	4,1	11,0	11,5	12,9	14,4	15,1	
0,25	62,0	2,4	57,5	66,4	5,2	6,2	7,1	13,9	14,5	16,1	17,7	18,6	
0,5	69,1	2,6	64,1	74,0	6,6	7,7	8,8	13,9	14,6	16,1	17,8	18,7	
0,75	73,8	2,8	68,5	79,0	7,9	9,1	10,5	14,2	15,0	16,8	18,9	20,0	
1	77,1	2,9	71,6	82,6	9,3	10,7	12,3	15,3	16,1	18,0	20,3	21,5	
1,5	83,5	3,2	77,5	89,5	10,9	12,4	14,1	15,1	15,9	17,8	20,1	21,3	
2	88,3	3,6	81,5	95,2	11,2	12,9	14,9	14,3	15,0	16,5	18,4	19,4	
3	96,9	4,1	89,2	104,7	13,7	15,7	18,1	14,8	15,3	16,7	18,4	19,3	
4	104,8	4,6	96,1	113,5	15,9	18,5	21,7	14,9	15,4	16,8	18,5	19,4	
5	111,5	5,1	101,9	121,0	18,0	21,1	25,2	14,8	15,4	17,0	18,9	20,1	
6	118,2	5,4	108,0	128,3	20,9	24,2	28,5	15,1	15,8	17,3	19,4	20,6	
7	123,9	5,7	113,3	134,5	22,9	26,8	32,0	15,0	15,7	17,4	19,8	21,3	
8	129,2	5,9	118,1	140,3	25,0	29,5	36,0	15,0	15,8	17,7	20,5	22,2	
9	134,6	6,2	122,9	146,2	27,4	32,6	40,4	15,3	16,1	18,0	20,9	22,7	
10	139,7	6,5	127,4	152,0	30,0	36,2	45,3	15,6	16,4	18,6	21,9	24,2	
11	144,2	6,9	131,3	157,1	33,0	39,9	49,9	16,1	16,9	19,2	22,6	24,9	
12	149,6	7,5	135,5	163,6	35,8	44,4	57,1	16,4	17,3	19,8	23,8	26,5	
13	155,8	8,6	139,5	172,1	40,1	49,9	63,8	17,0	18,0	20,6	24,6	27,5	
14	163,0	9,4	145,4	180,7	44,8	56,7	73,0	17,6	18,6	21,3	25,5	28,3	
15	168,7	8,5	152,6	184,7	50,5	62,5	78,2	18,1	19,2	22,0	26,2	29,1	
16	172,3	7,3	158,5	186,1	55,5	66,8	81,6	18,5	19,6	22,5	26,8	29,8	
17	174,3	6,6	161,8	186,7	59,2	69,4	82,6	18,9	19,9	22,9	27,3	30,3	
18	175,1	6,7	162,6	187,7	60,3	70,8	84,2	19,0	20,1	23,1	27,5	30,4	

³ Hermanussen (2017)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

RISIKOFAKTOREN FÜR ÜBERGEWICHT / ADIPOSITAS

- familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ II bei den Eltern
Herzinfarkt oder Schlaganfall vor vollendetem 55. LJ. bei Verwandten 1. und 2. Grades)
- Insulinresistenz
- Hypercholesterinämie
- metabolisches Syndrom
- emotionale oder psychosoziale Belastung

KOMORBIDITÄTEN BEI ÜBERGEWICHT / ADIPOSITAS

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- gestörte Glukosetoleranz
- Pubertas praecox
- Syndrom der polyzystischen Ovarien
- orthopädische Erkrankungen (Arthrosen von Hüfte, Knie und Sprunggelenk, WS-Syndrom)
- Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Pickwick-Syndrom
- depressive Verstimmung

B OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNGEN

In Abhängigkeit vom Alter gibt es verschiedene phänotypische Ausprägungen der obstruktiven Atemwegserkrankungen. Übergänge sind z.T. fließend, die Verlaufsbeobachtung ist entscheidend für eine phänotypische Zuordnung.

EPISODISCHE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISEDE (BRONCHIOLITIS/BRONCHITIS)

Bei 15-20% aller Säuglinge und Kleinkinder unter 2 Jahren treten transiente Formen auf. Diese sind meist assoziiert mit viralen Infekten (= **viral wheeze, obstruktive Bronchitis**). Typische Symptome sind Husten, pfeifende Atmung, pulmonale Überblähung und Atemnot. Die Episode beginnt meist mit einem Infekt der oberen Luftwege und heilt in einer Zeitspanne von ca. 2 Wochen wieder aus. Im beschwerdefreien Intervall besteht keine bronchiale Entzündung bzw. bronchiale Hyperreagibilität.

REZIDIVIERENDE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISEDE

Ca. 2-4% der Kleinkinder erkranken in den ersten 2-4 Jahren immer wieder an rezidivierenden obstruktiven Episoden (= **intermediate onset wheeze, rez. obstruktive Bronchitis**). Die Symptome verschwinden in der Regel dann wieder.

CHRONISCH REZIDIVIERENDE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISEDE MIT V.a. ASTHMA

2-5% der Kleinkinder erkranken an rezidivierenden obstruktiven Episoden v.a. spät nach dem 4. Lebensjahr (= **late onset wheeze**).

Bei 5-7% der Säuglinge persistiert die Symptomatik bis ins Schulalter (= **persistent wheeze**). Diese Formen sind häufig mit Atopie vergesellschaftet. Diese Kinder haben typischerweise auch interkurrent Symptome einer bronchialen Entzündung bzw. Hyperreagibilität.

**HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE**
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Für eine Unterscheidung hinsichtlich der Zuweisung zur gesundheitlichen Vorsorge bzw. Rehabilitation kann folgendes Schema mit herangezogen werden. Grundsätzlich gilt, dass bei einer schlechten Therapiekontrolle unter Behandlung eine rehabilitative Maßnahme zu ergreifen ist.

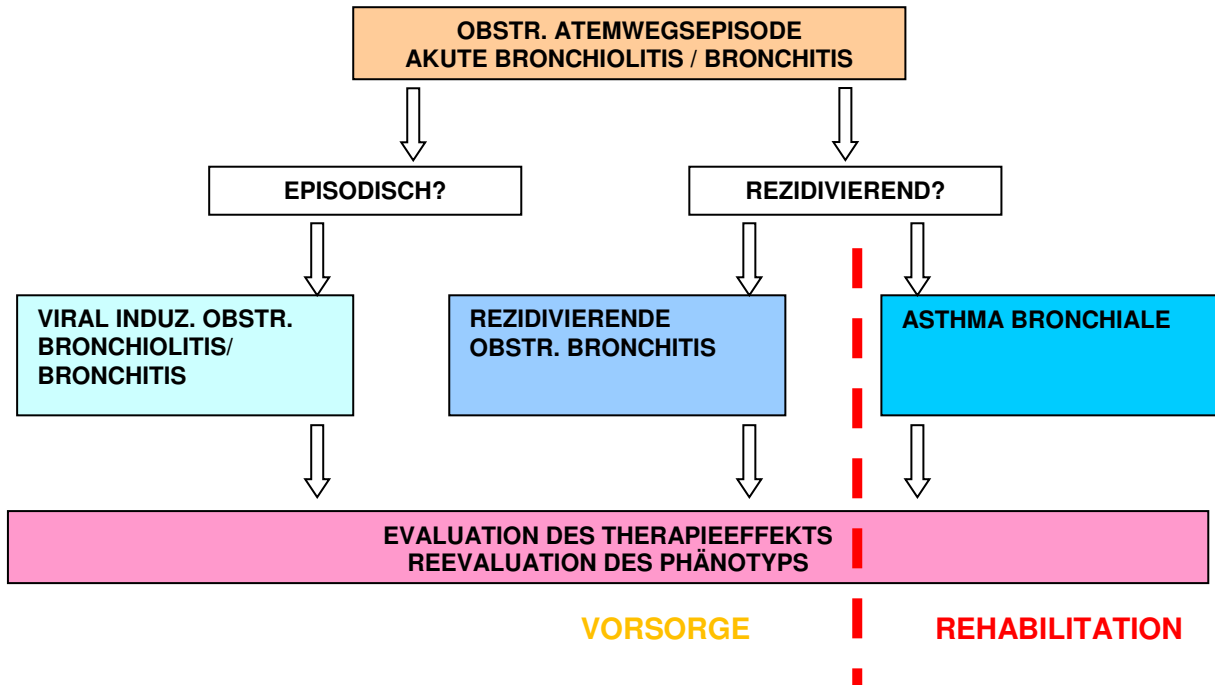


Abbildung 2: Phänotypisierung der obstruktiven Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter⁴

Bewährt hat sich für die Differenzialdiagnostik der **"modified asthma predictive Index,,:**

≥ 4 Episoden mit Giemen im letzten Jahr,
die länger als 1 Tag anhielten und den Schlaf beeinträchtigten

+

1 (Major) Kriterium:

Asthma eines Elternteiles
ärztlich diagnostizierte Dermatitis atopica oder
Nachweis Sensibilisierung gegen Inhalations-Allergene

ODER

2 (Minor) Kriterien:

Nachweis der Sensibilisierung gegen Nahrungsmittel
4 % Eosinophilie,
Giemen unabhängig von Infekten

Guilbert, Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma, Allergy Clin Immunol 2004

C ATOPISCHES EKZEM / NEURODERMITIS

Bis zur Einschulung leiden ca. 10-20% der Kinder zumindest zeitweise an einem atopischen Ekzem. Nach Daten des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KIGGS) sind aktuell 7,5% der 0-17-Jährigen betroffen. Unter den 0-2-Jährigen gibt es mehr männliche, unter den 14-17-Jährigen mehr weibliche

⁴ (Guilbert 2004)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Betroffene. Zum Jugendalter wird Neurodermitis allgemein seltener. Über 80% der von Neurodermitis betroffenen Kinder und Jugendlichen wenden Medikamente oder Salben an. Eine regelmäßige Therapie sollte in allen Altersstufen auch im symptomfreien Intervall angewendet werden. Dies führt zu Konfliktpotential im Familienkreis, da der Verlauf unberechenbar und schwer vorhersehbar ist. Bei vielen Betroffenen und Angehörigen bestehen zudem häufig Vorurteile gegenüber antientzündlichen Medikamenten, insbesondere dem Kortison. Hautscores dienen der Dokumentation der Ausdehnung und des Schweregrades (v.a. SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis). Für eine Beurteilung (Score) werden Art der Hauterscheinungen, deren Ausmaß, Intensität sowie subjektive Parameter wie Juckreiz und Schlaflosigkeit einbezogen.

Zur Abschätzung eines Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarfs bietet sich der Schweregrad nachfolgendem Stufen-Schema an.⁵

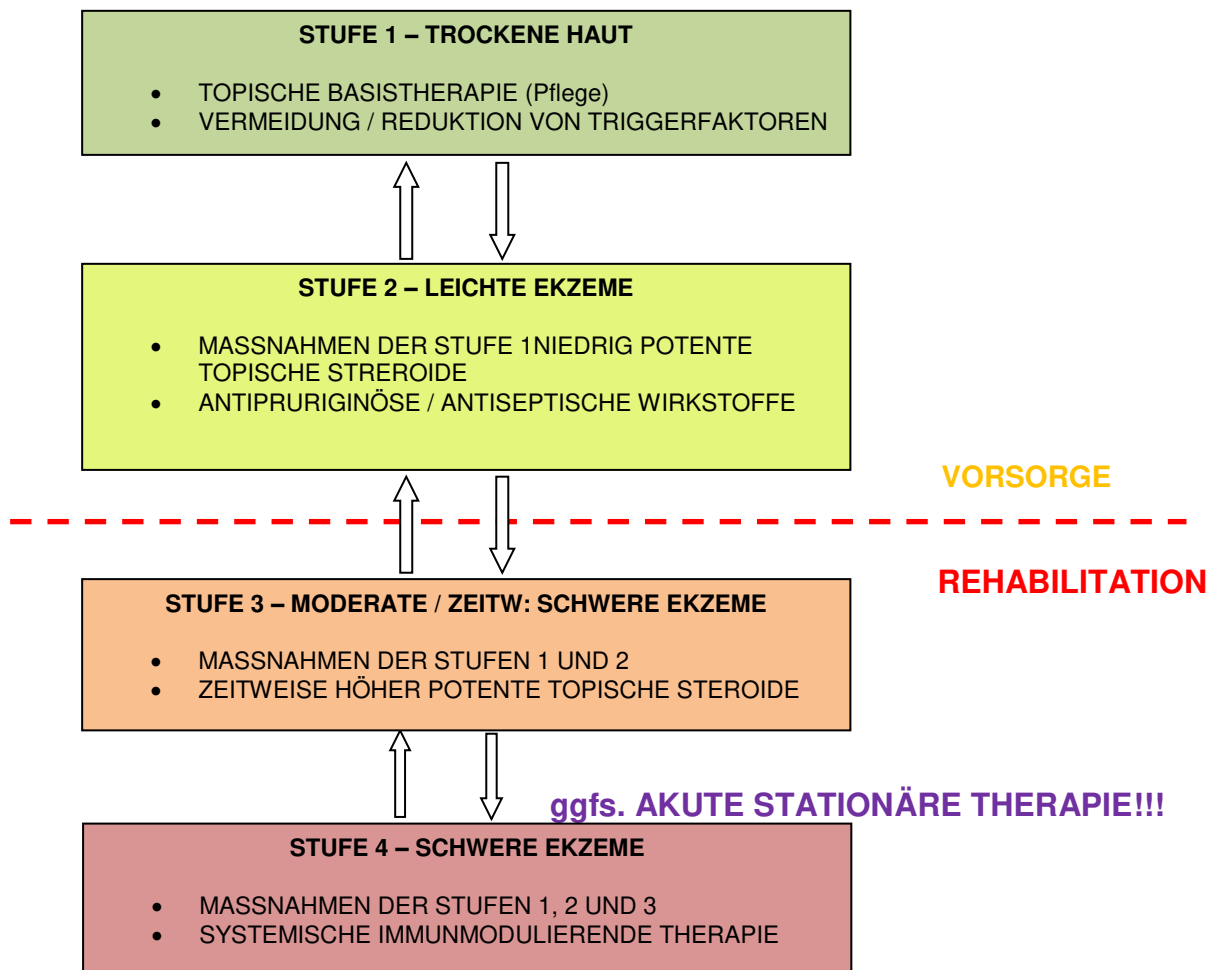


Abbildung 3: Stufen Schema Neurodermitis⁶

Ein Vorsorgebedarf ergibt sich bei Säuglingen und Kleinkindern mit leichtem Verlauf eines atopischen Ekzems.

⁵ (AWMF 2014)

⁶ (Werfel 2008)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
 DRV Nord ^{a)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

D ALLERGISCHE RHINOKONJUNKTIVITIS (AR)

Bei der allergischen Rhinokonjunktivitis (AR) handelt es sich um eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut durch eine Allergenexposition. Nach der KIGGS-Basiserhebung 2009-2011 leiden 9,1% der Kinder und Jugendlichen an einem Heuschnupfen. Die Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 20%.⁷ Da die Erkrankung meist in der frühen Kindheit beginnt hat sie mit ihren lästigen Symptomen sehr häufig Auswirkungen auf das Sozialleben, die schulische Leistungsfähigkeit sowie die spätere Erwerbsfähigkeit, bzw. die Arbeitsproduktivität. Die AR ist durch eine hohe Komorbidität gekennzeichnet, wie Asthma bronchiale, atopisches Ekzem, Nahrungsmittelallergie u.a.⁸

KLASSIFIKATION / SCHWEREGRADEINTEILUNG DER AR

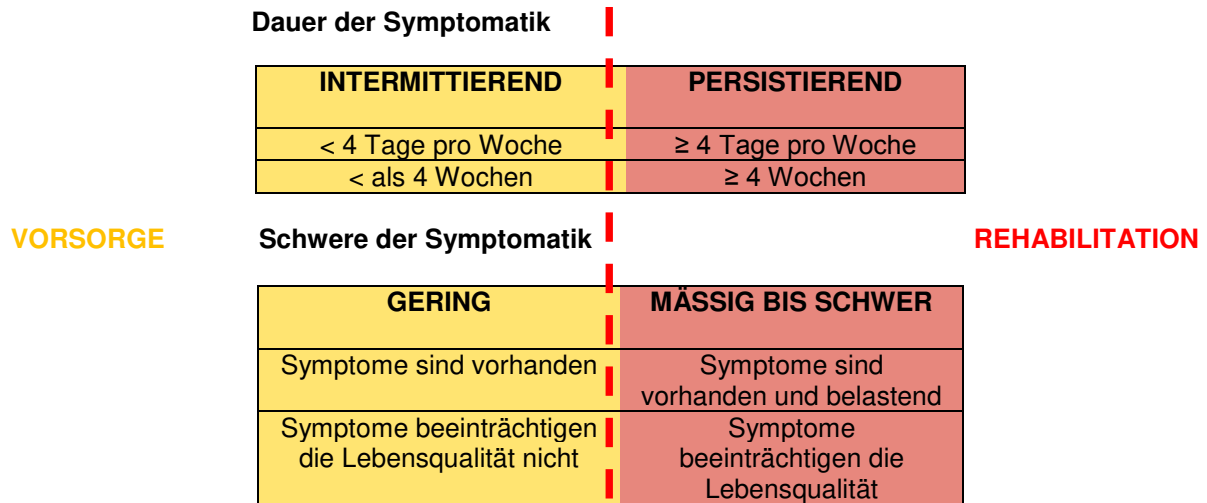


Abbildung 4: Schweregradeinteilung der allergischen Rhinokonjunktivitis nach Leitlinie der DGAI

E NAHRUNGSMITTELALLERGIE

Eine Allergie ist eine überschießende Abwehrreaktion auf bestimmte Stoffe (Allergene). Im Kindes- und Jugendalter treten allergische, bzw. anaphylaktische Reaktionen z.B. bei einer Sensibilisierung gegenüber bestimmter Nahrungsmittel auf. Eine Stratifizierung nach Schweregrad ermöglicht die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie.

SCHWEREGRADEINTEILUNG

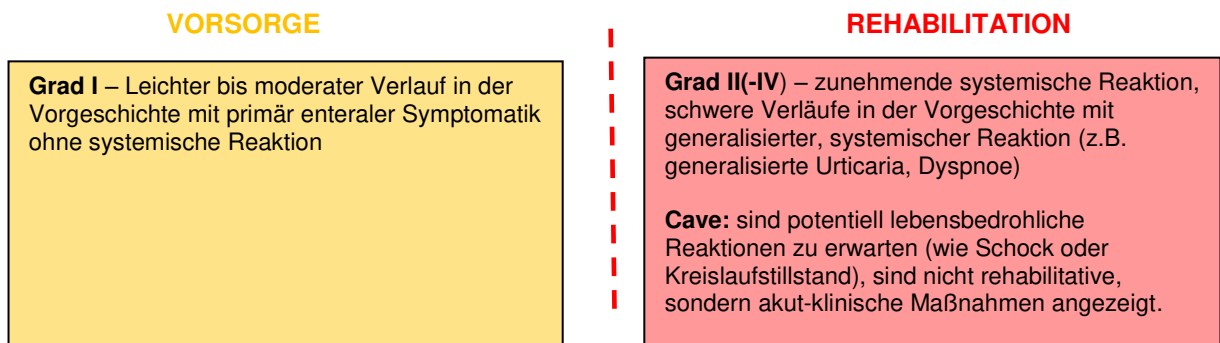


Abbildung 5: Schweregradeinteilung zur Klassifizierung allergischer/anaphylaktischer Reaktionen.^{9 10}

⁷ (Hölling et al. 2014)

⁸ (Bousquet et al. 2001)

⁹ (Allergo 2003)

¹⁰ (Ring et al. 1977)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

PSYCHOSOMATISCHE INDIKATIONEN

Nach den Untersuchungen der KIGGS-Studie¹¹

- emotionale Probleme
- Verhaltensprobleme
- Hyperaktivitätsprobleme
- Peerprobleme

Bei 20,6 % der Kinder und Jugendlichen (3-17 Jahre) bestehen Hinweise auf psychische Störungen. Jungen (23,4 %) sind dabei häufiger betroffen als Mädchen (16,9 %). Bei 12,4 % der Kinder und Jugendlichen sind zusätzlich deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag zu verzeichnen.¹²

KRITERIEN ZUR EINSCHÄTZUNG DES PSYCHOSOZIALEN RISIKOS

1. niedriges Bildungsniveau der Eltern
2. beengte Wohnverhältnisse
3. psychische Störungen der Eltern
4. Kriminalität
5. Eheliche Disharmonie
6. frühe Elternschaft
7. Ein-Eltern-Familien
8. unerwünschte Schwangerschaft
9. mangelnde soziale Integration und Unterstützung
10. ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)
11. mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (Umgang mit Lebensereignissen)

F STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS¹³

Im Zentrum von Störungen des Sozialverhaltens stehen dissoziale, aggressive oder aufsässige Verhaltensweisen. Schwierige psychosoziale Umstände sind häufig vergesellschaftet und können zu einer emotionalen Störung wie z. B. Depression oder Angst führen.

LEITSYMPTOME

- deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

¹¹ (Hölling et al. 2014)

¹² (RKI 2015)

¹³ (Esser et al. 1994)

**HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE**
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SCHWEREGRADEINTEILUNG

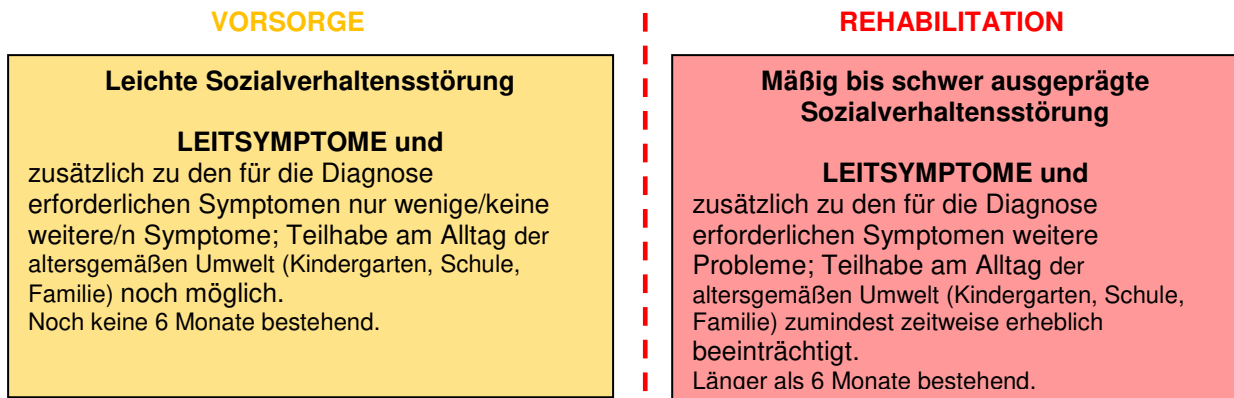


Abbildung 6: Schweregradeinteilung der Störungen des Sozialverhaltens¹⁴

G HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN

Die Merkmale einer Hyperkinetischen Störung sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Charakteristischerweise beginnt die Störung vor dem 6. Lebensjahr und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen über mehr als 6 Monate auftreten (z. B. Schule und Familie). Die Verhaltensweisen bzw. Muster sind durchgehend.¹⁵ Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen.

EINTEILUNG UND SCHWEREGRAD

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus • Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Subtypus • Gemischter Subtypus |
|--|

Generell gilt, dass sich der Schweregrad nach der Intensität der Symptomatik sowie dem Grad in verschiedenen Lebensbereichen festmachen lässt. Darüber hinaus wird die Einschränkung des Funktionsniveaus beurteilt. Hierbei ist wichtig ob die Symptomatik lediglich in fremdbestimmten oder zusätzlich auch in selbstbestimmten Situationen auftritt. Obwohl sich die Leitlinien derzeit in Überprüfung befinden kann eine Abgrenzung zwischen Vorsorge und Rehabilitation folgendermaßen vorgenommen werden:

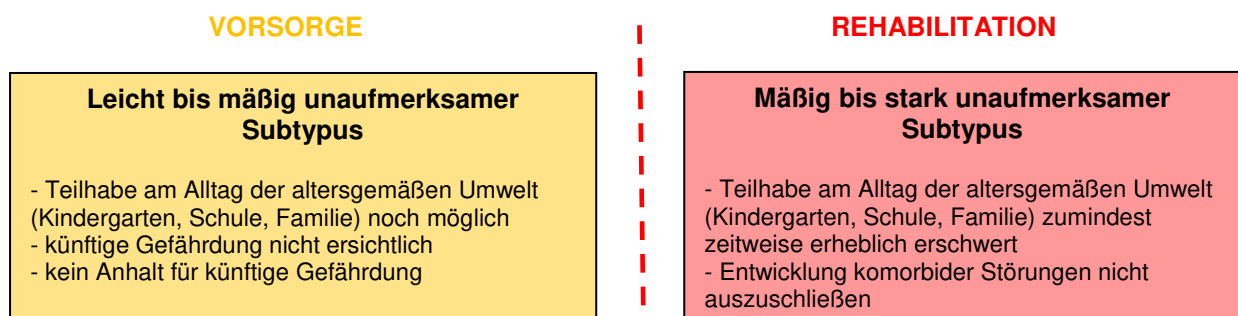


Abbildung 7: Schweregradeinteilung der hyperkinetischen Störungen¹⁶

¹⁴ (Poustka 2007)

¹⁵ (ebd.)

¹⁶ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

H DEPRESSIVE STÖRUNGEN¹⁷

Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge werden leichte depressive Störungen behandelt. Es erfolgen Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Im Mittelpunkt stehen depressive Störungen ohne Komorbidität und ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall. Es erfolgt über einen Zeitraum von 6-8 Wochen eine aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung.

SCHWEREGRADEINTEILUNG

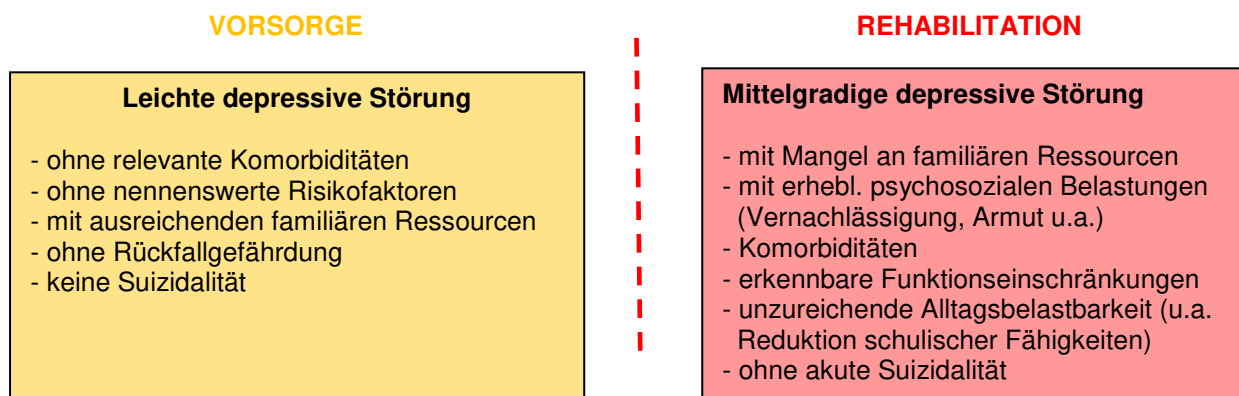


Abbildung 8: Schweregradeinteilung der depressiven Störungen¹⁸

I ANGSTSTÖRUNGEN¹⁹– PANIKSTÖRUNG – TRENNUNGSANGST

Die Hauptsymptomatik besteht aus Störungen übermäßig ausgeprägter und unrealistischer Angst. Sekundär können mit geringem Ausprägungsgrad depressive Symptome, Zwangssymptome und Elemente der phobischen Angst vorhanden sein.

Bei Panikstörungen treten wiederholte Panikattacken mit weitgehend angstfreien Intervallen auf. Eine Panikattacke ist eine klar abgrenzbare Episode von intensiver Angst oder Unbehagen, bei der die nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb weniger Minuten ein Maximum erreichen können:

SYMPTOME EINER GENERALISIERTEN ANGSTSTÖRUNG²⁰

- generalisierte und anhaltende Angst, die sich aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt, sondern frei flottiert
- Symptome von Angst treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf: Befürchtungen (übertriebene Sorgen bezüglich alltäglicher Ereignisse und Probleme wie die Schul- oder Arbeitssituation, Sorgen über zukünftiges Unglück, Schwierigkeiten die Sorgen zu kontrollieren, Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität)
- Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen)
- vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Tachypnoe, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit, Oberbauchbeschwerden)
- Bedürfnis nach Beruhigung, somatische Beschwerden

¹⁷ (Schulte-Körne 2013)

¹⁸ (ebda.)

¹⁹ (ebda.)

²⁰ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SYMPTOME EINER GEMISCHTEN ANGST- UND DEPRESSIVEN STÖRUNG

- ausgewogenes Vorhandensein von Angst und Depression in milder Ausprägung
- vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen
- Symptome erfüllen jeweils nicht die Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung

SYMPTOME EINER PANIKSTÖRUNG

- Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickungsgefühl, Hyperventilation, Brustschmerz oder Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Entfremdungsgefühle (Derealisation oder Depersonalisation), Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Angst zu sterben, Hitzegefühle oder Kälteschauer, Herzklopfen, Parästhesien
- intensive Angst führt meist zu fluchtartigem Verlassen des Ortes
- die einzelnen Anfälle dauern meist nur wenige Minuten
- die Situation, in der eine Panikattacke auftritt wird danach häufig vermieden
- einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke

SCHWEREGRADEINTEILUNG

VORSORGE

Leichte Angst- oder Panikstörung
- I.d.R. <4 Verhaltensauffälligkeiten pro Monat
- erkennbare Angstzustände führen zu einer nur kurzzeitigen psychosozialen Beeinträchtigung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt, eine künftige Verschlechterung jedoch nicht ausschließt
- intermittierende Symptomatik

REHABILITATION

Schwere Angst- oder Panikstörung
- I.d.R. ≥4 Verhaltensauffälligkeiten pro Woche
- erkennbare Angstzustände führen zu wiederholten und ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen, die eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschweren oder beeinträchtigen

Abbildung 9: Schweregradeinteilung der Angst- und Panikstörungen²¹

²¹ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SYMPTOME EINER EMOTIONALEN STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

- unrealistische und anhaltende Besorgnis, der Bezugsperson könne etwas zustoßen oder der/die Betroffene könne durch unglückliche Ereignisse von der Bezugsperson getrennt werden
- andauernder Widerwille oder Weigerung, zur Schule/zum Kindergarten zu gehen, um bei der Bezugsperson oder zu Hause bleiben zu können
- anhaltende Abneigung oder Weigerung, ohne Beisein einer engen Bezugsperson oder weg von zu Hause schlafen zu gehen
- anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
- wiederholte Alpträume, die Trennung betreffend
- wiederholtes Auftreten somatische Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Kopfschmerzen) vor oder während der Trennung
- extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (z.B. Unglücklichsein, Schreien, Wutausbrüche, Anklammern)

SCHWEREGRADEINTEILUNG

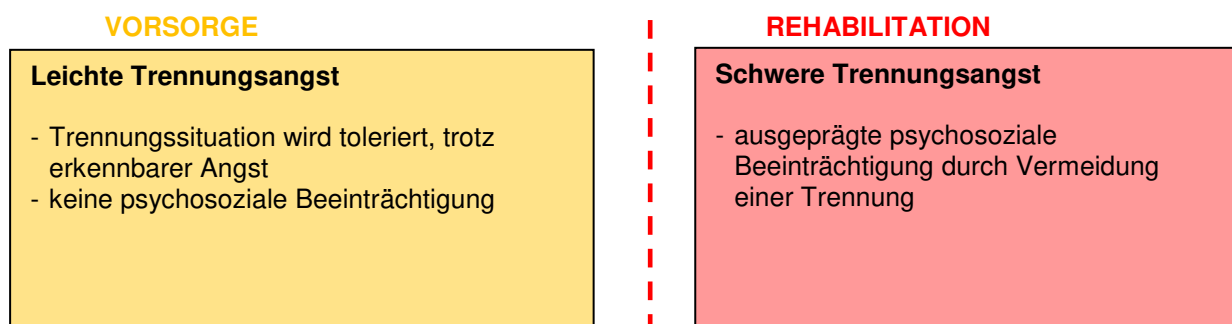


Abbildung 10: Schweregradeinteilung der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters²²

²² (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

a. Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Falkenberg,
Fachklinik Satteldüne
Tanenwai 32
25946 Nebel / Amrum

Literaturverzeichnis:

- Abu-Arafah, I.; Russell, G. (1994). Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. 765-9. *BMJ* 309 (6957).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF (2014). Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] AWMF-Registernummer: 013-027.
- Allergo, J. (2003); 12:182–94 (Allergische Rhinokonjunktivitis Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO)
- Bousquet, J.; Van Cauwenberge, P.; Khaltaev, N. (2001). Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*:108(5 Suppl):S147-334.
- Allergy Clin Immunol* (2001);108: S147-334.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - DGKJP (2007). u.a. (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag 3. Überarbeitete Auflage, S. 265-275.
- Esser, M.; Laucht, G.; Schmidt, M. (1994). Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung. Die Auswirkungen psychosozialer Risiken für die Kindesentwicklung. Darmstadt.
- Frey, U.; Barben, J.; Hammer, J. (2013). Therapeutische Umschau. Obstruktive Atemwegserkrankungen im Kindesalter, 70 (11).
- Guilbert, T.W. Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma, *Allergy Clin Immunol* 2004
- Hermanussen, M. in: Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung, Hrsg. Fegeler, Jäger-Roman, Rodens, 2017, Elsevier-Verlag, ISBN 978-3-437-21281-9)
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer U., Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). *Bundesgesundheitsblatt*, S. 807-819.
- International Classification of Headache Disorders*. www.ihc-classification.org. (2015). Abgerufen am 20. Oktober 2015
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D. et al. (2001): *Monatsschrift. Kinderheilkunde*. 149:807-818
- Kröner-Herwig, B.; Heinrich, M.; Morris, L. (2007). Headache in German children and adolescents. A population-based epidemiological study, 380-8.
- Poustka, F., Schmidt, M. (2007). Leitlinie zu Störung des Sozialverhaltens. Registernummer 028-020. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Angststörungen. Registernummer 028-022. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Enkopresis. Registernummer 028-027. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Enuresis und funktionelle Harninkontinenz. Registernummer 028-026. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Hyperkinetische Störung. Registernummer 028-019. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Ring, J. (2014). (S2) Leitlinie zur Akuttherapie und Management der Anaphylaxie. 23:96. *Allergo J Int*.
- Ring, M. (1977). *The Lancet*. *Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes*, 1: 466-9.
- Robert Koch Institut (RKI). www.kiggs-studie.de. (2015). Abgerufen am 15. Oktober 2015
- Schulte-Körne, D. (2013). (S3) Leitlinie Depressive Störung bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von... Registernummer 028-043. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).
- Wabitsch, K. (2014). Konsenzbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. www.a-g-a.de.
- Werfel, T. (2008). (S2) Leitlinie Dermatologie: Neurodermitis. AWMF-Registernummer 013-027.

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Perzentilkurven.....	2
Abbildung 2: Phänotypisierung der obstruktiven Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter.....	5
Abbildung 3: Stufen Schema Neurodermitis.....	6
Abbildung 4: Schweregradeinteilung der allergischen Rhinokonjunktivitis nach Leitlinie der DGAI.....	7
Abbildung 5: Schweregradeinteilung zur Klassifizierung allergischer/anaphylaktischer Reaktionen.....	7
Abbildung 6: Schweregradeinteilung der Störungen des Sozialverhaltens.....	9
Abbildung 7: Schweregradeinteilung der hyperkinetischen Störungen.....	9
Abbildung 8: Schweregradeinteilung der depressiven Störungen.....	10
Abbildung 9: Schweregradeinteilung der Angst- und Panikstörungen.....	11
Abbildung 10: Schweregradeinteilung der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters ²³	12