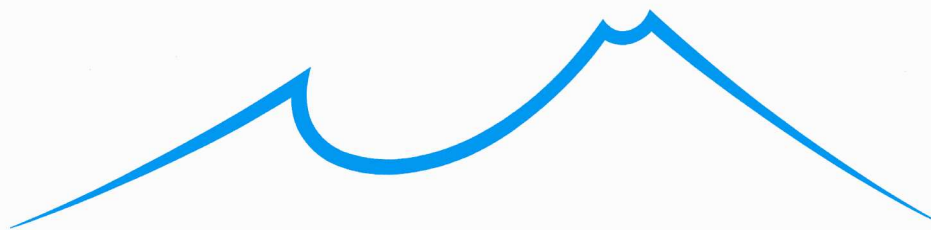




**Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
Kind – Mutter – Vater Heilbehandlung**

Allgemeines Klinikkonzept



**KLINIK
SCHÖNSICHT
BERCHTESGADEN**

*... weil jeder eine
Aussicht braucht*

**Allergologie
Allgemeine Pädiatrie
Allgemeine Medizin
Pneumologie
Psychosomatik
Sozialpädiatrie
Sportmedizin**



Inhalt

1. Allgemeines zur Klinik	3
2. Allgemeine Grundlagen	4
3. Indikationen	6
4. Kontraindikationen	9
5. Leistungsspektrum	10
6. Behandlungsprogramm	11
7. Räumliche Voraussetzungen	15
8. Personelle Voraussetzungen	17
Ärzte	17
Psychologen/Psychotherapeuten:	18
Dipl. Sozialpädagogen	18
SporttherapeutInnen / Sportlehrer und Physiotherapeutinnen	18
(Kinder-)Krankenschwester, (Kinder-)Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte	19
Pädagogische Leitung, ErzieherInnen	19
LehrerInnen	19
9. Qualitätsmanagement	19
10. Organigramm	21
11. Literaturangabe	21
12. Adipositas mit Krankheitswert	22
13. Asthma bronchiale – Allergien	24
14. Behandlungskonzept Neurodermitis	26
15. Klinische Psychologie	28
16. Wissenschaftlicher Beirat	30
17. Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung:	32

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	2 von 37

1. Allgemeines zur Klinik

Die Klinik Schönsicht Berchtesgaden befindet sich in einer der schönsten Landschaften Deutschlands. Sie liegt am sonnigen Südhang des Kälbersteins im Vorfeld des Alpennationalparks Berchtesgadener Land mit den Bergriesen Hoher Göll, Hohes Brett, Jenner, Funteseetauern, Watzmann und Hochkalter mit Blaueisgletscher. Das Haus im gediegenen alpenländischen Stil ist bestens geeignet, Kindern, Jugendlichen und begleitenden Erwachsenen eine Heimat auf Zeit zu werden.

Die Klinik Schönsicht engagiert sich seit 1952 in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit und ohne elterliche Begleitung. Das Unternehmen wird in der zweiten Generation durch den Eigentümer geführt. Es ist eine Einzelfirma. Die Umsetzung des Anspruchs jedes Kindes auf eine ihm gemäße ungestörte körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu unterstützen, wird aus Tradition und Überzeugung fortgesetzt. Bei dem Generationswechsel zwischen der Gründergeneration und dem jetzigen Eigentümer lag eine wirtschaftliche Situation vor, in der gerade die ethische Überzeugung, dass die Fortführung des Unternehmens einen Wert jenseits der Wirtschaftlichkeit erzeugt und zum Wohle der Kinder geschieht, den Klinikerhalt gesichert hat.

Die ärztliche Leitung der Klinik kooperiert mit einem wissenschaftlichen Beirat aus Universitätsprofessoren verschiedener Spezialisierungen in Fragen der Konzeptentwicklung, der Qualitätssicherung, gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen und in Form wissenschaftlicher Untersuchungen der Rehabilitations-Praxis.

Die Klinik Schönsicht ist heute eine Fachklinik für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und Kind-Mutter/Vater-Heilbehandlungen. Sie ist auch für die Anschlussheilbehandlung im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Entsprechend des Charakters einer Fachklinik steht bei allen Patienten der integrative Behandlungsansatz im Vordergrund. Medizinische, psychologische, pädagogische, sporttherapeutische und diätetische Zielsetzungen werden aufeinander abgestimmt und in der individuell erforderlichen Gewichtung zu einem Gesamtbehandlungsplan zusammengestellt. Neben der individuell abgestimmten Therapie, den psychologischen und pädagogischen Hilfen fördern auch das Alpenklima und die Bergsole auf natürlichem Wege die Selbstheilungskräfte des Organismus (Berchtesgaden ist heilklimatischer Kurort). Das schadstoff- und allergenarme Alpenklima ist insbesondere bei Krankheiten des atopischen Formenkreises von Vorteil. Die Sole als örtliches Heilmittel kommt bei HNO- und Hautkrankheiten zum Einsatz.

Den Anforderungen der Therapie stehen erbauliche Stunden bei Gesprächen in der Gruppe, bei Spiel und Freizeitsport, beim Malen und Basteln und diverser Freizeitvergnügen gegenüber.

Die Gebäude und Einrichtungen der Klinik verteilen sich auf ein weitläufiges Areal in Hanglage am sonnigen Kälberstein. Diese topographischen Gegebenheiten werden in den Therapiealltag eingebaut. Aufgrund der Besonderheit der Hanglage der Klinik können nur gehfähige Patienten aufgenommen werden.

Die Klinik Schönsicht bietet Behandlungsplätze für 140 Patienten, die in drei Gebäuden untergebracht sind. Der Kind-Mutter/Vater-Bereich besteht aus 25 Zimmern mit Dusche / WC, Telefon- und TV-Anschluss. In den Kind-Mutter/Vater-Häusern (Haus Friedel, Haus Rosetti) sowie im Haupthaus befinden sich Aufenthaltsräume. Die Schulkinder und Jugendlichen ohne Begleitung (Einzelkinder) sind in 2-, 3- und 4-Bettzimmern unterbracht. Die geschlechtshomogenen und altersentsprechenden (7-13 Jahre, 14-17 Jahre) Gruppen verfügen über Gruppenräume, in denen unter anderem vielfältige Freizeitaktivitäten stattfinden. Bei einem Fußweg von 15 Minuten ist die Schule im Haus Waldrast erreicht.

Die räumliche, apparative und personelle Ausstattung ist auf die Indikationen bzw. deren spezifischen Behandlungsbedarf abgestimmt entsprechend den Anforderungsprofilen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bzw. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	3 von 37

2. Allgemeine Grundlagen

- Das Aufnahmealter reicht von ½ Jahr bis 17 Jahre (in Ausnahmefällen auch ältere Jugendliche). Bei Kindern im Vorschulalter und im Schulalter (bei gegebener Indikation) werden die Kinder von einem Elternteil bzw. Erziehungsberechtigten begleitet.
- Die Aufnahme der begleiteten Kinder (KM/V) findet wöchentlich statt. Mit Rücksicht auf die Eltern findet die Aufnahme der allein reisenden Kinder (EK) am Freitag statt (weniger Ausfall von Arbeitszeit für die Eltern bei langer Anfahrt).
- Aufnahmeverfahren: der Arzt am Heimatort beantragt beim zuständigen Leistungsträger die Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Der Rehabilitations-Antrag sollte eine medizinische und/oder psychologische Begründung der Rehabilitations-Maßnahme enthalten und Aussagen über Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitations-schwerpunkte und gewünschte Zielsetzungen enthalten (Musterantrag im Internet unter www.klinikschoensicht.de). Bei Kindern mit psychischen und psychosomatischen Problemen empfiehlt sich eine vorherige Kontaktaufnahme mit der Klinik.
- Leistungsträger können sein: gesetzliche und private Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Beihilfestellen, Sozialämter, Jugendämter.
- Durch die Nähe zu Österreich ergibt sich auch für Patienten aus Österreich die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme. Kostenträger solcher Maßnahmen sind die Gebietskrankenkasse (GKK), die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und private Krankenversicherungen.
- Der individuellen Therapieplanung liegt ein multimodales, systemisch und verhaltenstherapeutisch orientiertes Konzept zugrunde, das sich an den aktuellen Leitlinien und Konzepten orientiert.
- Die Rehabilitations-Dauer beträgt aufbauend auf dem gemeinsamen Rahmenkonzept von DRV und GKV (Hrsg. BAR, 2008), dem Anforderungsprofil der DRV Bund (2010) und den relevanten Leitlinien 4-6 Wochen. In Ausnahmefällen (z. B. extremer, komplizierter Adipositas) kann bei Genehmigung durch den Kostenträger (nur bei Krankenkassen, gesetzliche und private Krankenkassen, Beihilfestellen, Sozialämter, Jugendämter) die Verweildauer bis zu einem ½ Jahr betragen.
- Da sich bei Kindern und Jugendlichen ein Einbezug der Eltern / Erziehungsberechtigten in die Therapie als prognostisch günstig erwiesen hat, jedoch ein kontinuierlicher Einbezug der Eltern bei allein reisenden Patienten aufgrund der teils großen Entfernung zum Heimatort nicht realisiert werden kann, findet bei Aufnahme der Patienten ein ausführliches Aufnahmegespräch mit den Eltern / Erziehungsberechtigten und dem Arzt und ggf. der Psychologin statt. Bei zwischenzeitigen Krisen oder besonderen Erfordernissen erfolgt ebenso ein telefonischer Einbezug der Eltern in die Therapie.
- In einer abschließenden ebenso ausführlichen Beratung bei Entlassung des Kindes werden die Eltern über den Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme informiert und noch einmal auf die Wichtigkeit ihrer eigenen Funktion angesprochen, dem Kind Vorbild zu sein und es in jeder Hinsicht zu unterstützen, die Lebensstiländerung bzw. den Umgang mit der Erkrankung auch zu Hause weiter umzusetzen. Hierzu werden noch gezielt individuelle Tipps hinsichtlich Änderungen und Alternativen gegeben und es hierzu wird schriftliches Informationsmaterial mitgegeben.

Das allgemeine Klinikkonzept ist - aufbauend auf den Vorgaben der ICF (s.u.) - verhaltensmedizinisch, systemisch sowie verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Zu den einzelnen Störungsbildern (Adipositas, Asthma bronchiale, Depressionen bei Kindern und Jugendlichen, Anpassungsstörung / Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen, ADHS / ADS) liegen differenzierte indikationsspezifische Konzepte vor. Diese Konzepte werden inhaltlich fortlaufend nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards und Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie den Vorgaben und Therapiestandards der Kostenträger (BAR, DRV) angepasst.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	4 von 37

Die Klinik Schönsicht ist seit dem 15.02.2012 gemäß § 20 Abs. 2a SGB IX nach RehaSpect durch BSI Management System zertifiziert. Sie wird regelmäßig jährlich durch ProCumCert auditiert und im dreijährigen Turnus rezertifiziert.

Die therapeutischen Zielsetzungen orientieren sich an den gültigen Grundlagen der Leistung zur Partizipation / Teilhabe nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells wird die funktionelle Gesundheit eines Menschen vor dem Hintergrund möglicher Barriere- und Förderfaktoren standardisiert dokumentiert. Neben den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe werden vor allem die wichtigen Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren) im Rehabilitationsprozess berücksichtigt.

Wie aus den Ergebnissen des Kindheits- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS, 2006) bekannt ist, sind 15 % der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig (6 % davon adipös), 17 % leiden an allergischen Krankheiten und 17 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren haben psychische Auffälligkeiten. Über die Jahre hinweg konnte unsererseits eine Zunahme der familiären, sozialen oder persönlichen Probleme der Patienten festgestellt werden, die als Barrierefaktoren die Teilhabe am schulischen/ beruflichen und sozialen Leben stark beeinträchtigten.

Da eine chronische Krankheit immer in Wechselwirkung zwischen Krankheit, Individuum und Kontext steht, stellt die Teilhabe (Partizipation) zentrale Ziele für die Rehabilitation in unserem Hause dar. Wie im ICF-Praxisleitfaden der BAR eindrucksvoll beschrieben ist, kann folgender Leitsatz für die Festlegung der Rehabilitationsziele gelten: „Schaut auf das wahre Leben“. Für die praktische Arbeit in unserer Rehabilitationsklinik heißt es, dass die Ziele nur in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den Eltern formuliert werden. Somit ist der Patient bzw. bei jüngeren Kindern die Begleitperson als aktiver Kooperationspartner während des Aufenthaltes gefragt.

Grundsätzlich ist Ziel die Förderung der entwicklungsangemessenen Teilhabe im Alltag des Patienten. Neben der Förderung der individuellen Lebensqualität liegt der Schwerpunkt auf der Übernahme von Eigenverantwortung für das Krankheitsregime sowie die Verbesserung der sozialen Integration, der schulischen und späteren beruflichen Leistungsfähigkeit.

Als übergeordnete und indikationsunspezifische Rehabilitationsziele haben wir uns zur Aufgabe gemacht, die Patienten und deren Familien zu unterstützen,

- sich von aktuellen Belastungen und Beeinträchtigungen zu entlasten, was manchmal erst durch eine Distanzierung vom heimatlichen Umfeld möglich wird.
- Fähigkeiten und Ressourcen aufzudecken und aufzubauen, um die individuellen Ziele durch eine erhöhte Selbstwirksamkeit auch im heimatlichen Umfeld erreichen zu können.
- eine Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung und den damit verbundenen Handicaps zu erlangen.
- durch eine Erweiterung des Wissens und Krankheitsverständnisses durch Beratung, Schulung, Aufklärung – im freien Meinungsaustausch zwischen Patient/Begleitperson und Therapeut - eine aktive Patienten- / Angehörigenmitarbeit und eine verbesserte Selbstkontrolle sowie Kompetenz zu ermöglichen.
- die Lebensqualität langfristig zu verbessern, was häufig die Vermittlung einer Nachsorge unsererseits impliziert.
- präventive und entwicklungsfördernde Verhalten zu erlernen.

Unter dem Aspekt „Niemand ist alleine krank“ werden im Kind-Mutter/Vater-Bereich (KM/V) die Begleitpersonen in den Behandlungsprozess ihres Kindes / ihrer Kinder eng mit einbezogen. Die Veränderung der Familienbeziehungen kann in vielfältiger Hinsicht eine Besserung der Symptomatik bewirken. Die Eltern leisten wichtige Beiträge zur Unterstützung ihrer Kinder, die der gesamten Familie wieder zu mehr Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit verhel-

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	5 von 37

fen. Die Suche nach familiären und personalen Ressourcen lässt häufig neue Beziehungsmuster in der Familie entstehen.

Als übergeordnete und indikationsspezifische Ziele gelten daher:

- Transfer von Behandlungszielen, -verfahren und neu erworbenen Fertigkeiten in die Familie
- Anleitung der Begleitperson um die Behandlung und Förderung des Kindes zu intensivieren.
- Schaffen neuer und ungewohnter Bindungserfahrungen (angenehme Erlebnisse im Miteinander verbunden mit Spaß und Freude)
- Förderung des Selbstwirksamkeitsgefühls der Familie
- Förderung der innerfamiliären Kommunikation
- Wiederherstellung und Stärkung der parental Kompetenz und Verantwortlichkeit

3. Indikationen

Um Fehlbelegungen zu vermeiden, ist es äußerst wichtig, dass eine einrichtungsinterne Prüfung der Rehabilitationsanträge bzw. der medizinischen Patientenunterlagen erfolgt. In unserem Hause ist dies die Aufgabe des Chefarztes; bei psychosomatischen Patienten zusätzlich die der leitenden Psychologin. Nicht selten sind vor Aufnahme von Patienten umfangreiche zusätzliche Erhebungen (Telefonate, Schriftwechsel) nötig, um die Eignung des Patienten für unsere Klinik zweifelsfrei festzustellen. Wenn der Patient nicht aufgenommen werden kann, werden alternative Institutionen empfohlen, die für den jeweiligen Rehabilitationsbedarf ein angemessenes Behandlungskonzept haben und, wenn möglich, wird eine Kontaktanbahnung schon vorgenommen.

Folgende Indikationen werden in der Klinik Schönsicht behandelt.

Adipositas und andere Stoffwechselerkrankungen

E66	Adipositas
E68	Folgen der Überernährung
EOO-E07	Krankheiten der Schilddrüse
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus
E23	Unterfunktion und andere Störungen der Hypophyse
E24.0	Hypophysäres Cushing-Syndrom
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom
E28.2	Syndrom polyzystischer Ovarien
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
E79.0	Hyperurikämie

Krankheiten der Atemwege

J 45.0	allergisches Asthma bronchiale
J 45.1	nichtallergisches Asthma bronchiale
J 45.8	gemischtförmiges Asthma bronchiale
J 45.9	Asthma bronchiale (nicht näher bezeichnet)

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	6 von 37

J 44.8 hyperreagibles Bronchialsystem/ rezidivierende obstruktive Bronchitis

(Komorbide) Krankheiten der Atmungsorgane:

J30.1-J30.4 allergische Rhinitis
J32-J34 chronische Sinusitis
J40 rezidivierende und chronische Bronchitis
J37-J38 rezidivierende und chronische Laryngitiden, rez. Pseudokrupp
P27 respiratorische Funktionsstörungen nach bronchopulmonaler Dysplasie bei Frühgeborenen
G47.3 obstruktive Schlafapnoe
H10.1 allergische Konjunktivitis
Q32 obstruierende Fehlbildungen der Atemwege (Tracheomalazie/ Bronchomalazie)

Hautkrankheiten

L 20.8 Neurodermitis
Q 80 Ichthyosis
L 40 Psoriasis
L 70.4 Akne juvenilis

Psychosomatische Erkrankungen

F 32.0 – F 32.9 depressive Episoden
(Ausschluss, wenn psychotische Symptome vorhanden F 32.3)
F 33.0 – F 33.9 rezidivierende depressive Störung
(Ausschluss, wenn psychotische Symptome vorhanden F 33.3)
F 34.1 Dysthymia
F 42.0 – F 42.9 Zwangsstörungen
F 43.0 – F 43.9 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
(Ausschluss: mit vorwiegender schwerer Störung des Sozialverhaltens)
F 45.0 – F 45.9 somatoforme Störungen
F 48.0 Erschöpfungssyndrom
F 50.0 – F 50.9 Essstörungen (Ausschluss: akute Anorexie nervosa bzw. nur anorektische Patienten mit ausreichender Stabilität)
F 51.0 – F51.9 Schlafstörungen, welche im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen stehen (Ausschluss: Schlafwandeln)
F93.0 – F93.9 emotionale Störungen des Kindesalters
(Trennungsängste, phobische Störungen, soziale Ängstlichkeit, Geschwisterivalität)

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	7 von 37

- F 94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Bindungsstörungen)
- F 95 Ticstörungen (Ausschluss: schwere Form des Tourette-Syndroms)
- F 98.0 Enuresis
- F 98.1 Enkopresis
- F 54 psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen

Spezialisierung liegt auf der Beeinflussung der Probleme bei der Therapiemitarbeit und Krankheitsbewältigung v. a. bei

- G 44.2 Spannungskopfschmerz
- G 43.0 Migräne
- K 50 Morbus Crohn
- K 51 Colitis ulcerosa
- K 58 Colon irritabile

In unser Behandlungsspektrum fallen ferner Verlusterlebnisse (Trennung, Scheidung, Tod, Krankheit eines Elternteils), Selbstwertproblematiken, Mobbing Erfahrungen, Schulängste / -phobie.

Gastroenterologische Erkrankungen:

- K50 M. Crohn
- K51 Colitis ulcerosa
- K58 Reizdarmsyndrom
- K59.0 Obstipation

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems:

- I10 Essentielle Hypertonie
- I95.0 Idiopathische Hypotonie
- I95.1 Orthostatische Hypotonie
- I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (funktionelle Herz-Kreislaufstörungen)
- Q24.9 Herz-Fehlbildungen, angeboren, i. d. Regel operiert

Nebenindikationen

Krankheiten des Muskelskelettsystems und des Bindegewebes:

- M54 Rückenschmerzen
- M40 Kyphose und Lordose
- M41 Skoliose
- M42.0 Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	8 von 37

M51	Sonstige Bandscheibenschäden
M79.6	Schmerzen in den Extremitäten
M22.9	Krankheiten der Patella
M17	Gonarthrose (Frühstadium)
M93.0	Epiphysiolysis capitis femoris (Z. n.)

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien:

Bei diesen Indikationen muss von Fall zu Fall geprüft werden, ob eine Rehafähigkeit gegeben ist bzw. ob ein Behandlungserfolg möglich ist

Indikationen:

Q65-Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q90-Q99	Chromosomenanomalien (z. B. Prader-Willy-Syndrom, Moon-Bardet-Biedl-Syndrom, Turnersyndrom, Klinefeltersyndrom, u. a.).

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen:

Indikationen:

Z55-Z65	Persone mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozio-ökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z73	Probleme mit Bezug auf Lebensbewältigungsschwierigkeiten

4. Kontraindikationen

Patienten mit folgenden **Ausschlusskriterien** können nicht bei uns aufgenommen werden:

- bestehende Eigen- und Fremdgefährdung
- schwerste Defizite bezüglich der psychosozialen Anpassung/ fehlende soziale Integrationsfähigkeit / starke körperliche Aggressivität
- erheblich gehbehinderte Personen (alpines Gelände, Einrichtung aus diesem Grunde nicht durchgehend behindertengerecht)
- schwere geistige Behinderung (leichtere Formen mit Begleitperson nach Rücksprache mit der Klinik)
- Schwerstpflegebedürftigkeit
- schwere Sozialverhaltensstörung, die die Gruppenfähigkeit ausschließt

Folgende ICD-10-Diagnosen stellen in unserer Abteilung sowohl bei Kindern / Jugendlichen, als auch bei deren Begleitpersonen **Kontraindikationen** dar und bedürfen der Behandlung in hierauf spezialisierten Fachkliniken:

F 20 - F 29	Psychosen/ Schizophrenien
F 60 – F 69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen/Störungen der Impulskontrolle
F 10 – F 19	Abhängigkeitserkrankungen
F 91	schwere Störungen des Sozialverhaltens

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	9 von 37

5. Leistungsspektrum

Den uns anvertrauten Patienten und deren Begleitpersonen bieten wir ein breites Angebot an therapeutischen Verfahren, deren Einsatz für jedes Kind zunächst individuell und dann gruppenbezogen geplant wird. Für die Indikationen Adipositas, Asthma, Infektanfälligkeit, Neurodermitis und Psychosomatik sind für die verschiedenen Altersgruppen Therapieblöcke mit Standards festgelegt. Die Standards für Adipositas, Asthma und Neurodermitis sind durch die Deutsche Rentenversicherung vorgegeben, aber in den indikationsspezifischen Konzepten der Klinik Schönsicht teilweise noch ergänzt. Für jede Gruppe gibt es einen eigenen Gruppentherapieplan. Weitere Termine für Therapien (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Mototherapie, psychologische Gespräche, Beratungsgespräche Diätetik) werden individuell abgesprochen.

Zu unserem Leistungsspektrum gehören:

- regelmäßige ärztliche Beratung und Behandlung mit ärztlichem 24h-Bereitschaftsdienst in der Klinik
- Psychotherapie vorwiegend im Einzelsetting - systemisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert, bei begleiteten Patienten enger Einbezug der Angehörigen und ggfs. Geschwister, familientherapeutische Interventionen
- spezielle psychotherapeutische Verfahren, wie Training zur Emotionsregulation und Aufbau von Skills
- spezielle Verfahren, wie autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation bzw. imaginative Verfahren
- individuelle Schulung / Training bei: Kontinenz-Störung, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, ADHS
- Soziales Kompetenztraining (für den Einzelkinder-Bereich)
- Miteinander Lachen und Spielen (für Patienten im Kindergarten- und Schulkindalter mit ihrer elterlichen Begleitung)
- Konzentrationstraining (im Einzel- oder Gruppensetting)
- Schulungsprogramme in indikationsspezifischen Gruppen für Adipositas nach Qualitätsstandards der AGA, Asthma nach Qualitätsstandards der AGAS, Neurodermitis nach Qualitätsstandards der AGNES (ab Grundschulalter)
- Schulungsprogramm für Patienten im Kindergartenalter („Mein Körper und ich“)
- Bewegung, Spiel und Sport, wie z. B. Ausdauertraining im Gelände; Schwimmtraining; Wandern; Muskelfunktionstraining mit Haltungsschulung; Sportspiele und Kleine Spiele; leichte Elemente des Turnens; rhythmische Sportarten z.B. Tae Bo und Aerobic; Wintersport, wie Skilanglauf und Eislaufen; Klettern (Bouldern)
- physiotherapeutische Interventionen (KG) einzeln oder in der Gruppe bei den gegebenen Indikationen, vor allem bei deutlichen Haltungsschwächen, Haltungsschäden, Fuß- oder Beinachsenfehlstellungen
- Physikalische Therapie, wie z. B. Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung, Kneippische Güsse, medizinische Bäder, Wärmetherapie, medizinische Massagen (Rückenmassage, Kopfschmerzbehandlung, Colonbehandlung, Lymphdrainage etc.)
- Ergotherapie und Psychomotorik (Förderung von Wahrnehmung, Handlungsplanung, Grob- und Feinmotorik, Konzentration, Sensorik, Selbständigkeit)
- Motologie (Förderung von Sensomotorik, Affektivität, Sozialisation, Kognition)
- Ernährungstherapie mit Lehrküche und Einkaufstraining
- schulische Förderung in der angegliederten Schule für Kranke

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	10 von 37

- Gruppenleben für den Einzelkinder-Bereich sowie Betreuung von begleiteten Kindergarten- und Schulkindern mit Einübung gruppenangemessenen Verhaltens, Selbsteinschätzung, Wahrnehmung und Bewertung von Rückmeldungen
- praktische, entwicklungsangemessene Erprobung von Selbstmanagement - bezogen auf Krankheitsbewältigung in einer alltagsähnlichen Situation
- Vermittlung von Nachsorge

Es bestehen zudem fachärztliche Kooperationen zu niedergelassenen Kollegen / Kolleginnen aus den Bereichen HNO, Orthopädie, Dermatologie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Gynäkologie, Kinderkardiologie.

6. Behandlungsprogramm

Medizinische Behandlung

In der Klinik Schönsicht werden schulmedizinische Vorstellungen in Diagnostik und Therapie vertreten. Entsprechend der Anforderungen der Indikationsverteilung besteht eine Spezialisierung im Bereich der Pneumologie und Allergologie, der Sportmedizin und Rehabilitationsmedizin sowie der allgemeinen Pädiatrie und Sozialpädiatrie. Einzelne Patientengruppen und Familien sind den verschiedenen Ärzten fest zugeordnet. Die Aufgabe des Arztes besteht in der Aufstellung und der Erläuterung des interdisziplinären Patiententherapieplanes. Die Abstimmung aller Maßnahmen erfolgt durch regelmäßige Fall- und Teambesprechungen. Alle erforderlichen medikamentösen Behandlungen werden durchgeführt. Im Übrigen ist der Therapieansatz verhaltensorientiert. Fachärztliche Kooperationen aller Fachrichtungen sind am Ort vertreten.

Psychologie

Die psychologische Betreuung der Kinder und Jugendlichen nimmt einen breiten Raum in unserer systemisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik ein. Zu den Aufgaben der Psychologen gehören die Beratung und Therapie einzeln und ggfs. in Kleingruppen, Krisenintervention, Fallbesprechung und Mitarbeiterberatung, Elternarbeit, Entspannungstraining, Empfehlungen für die Weiterbetreuung. Das Angebot der Psychologie wird ergänzt durch heilpädagogische Maßnahmen (z. B. Kunst- und Gestaltungstherapie, Erziehungsberatung) sowie durch soziales Kompetenztraining für die Gruppe der allein reisenden Kinder.

Sporttherapie

Hier geht es um die differenzierte Belastung in den verschiedenen Patientengruppen; einen systematischen Trainingsaufbau unter Belastungskontrolle, z. B. mittels Herzfrequenz- und Peak-Flow-Messung. Die Motivierung des Patienten zur Bewegung wird als wesentliches Ziel erachtet und als eine Möglichkeit einer echten Lebensstiländerung gesehen. Elemente des Sportprogramms sind z. B. Ausdauertraining im Gelände; Schwimmtraining; Wandern; Muskelfunktionstraining mit Haltungsschulung; Sportspiele und Kleine Spiele; leichte Elemente des Turnens; rhythmische Sportarten wie Tae Bo und Aerobic; Wintersport, wie Skilanglaufen, Eislaufen und Klettern (Bouldern). Unter sporttherapeutischer Kontrolle wird versucht, die Ängste vor körperlicher Belastung abzubauen, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern und die Selbstwahrnehmung zu verbessern, um auf diesem Wege zu einem positiven Verhältnis von Körper und Bewegung zu gelangen. In Hinsicht auf die vereinbarten sportspezifischen Ziele wird auf die rehabilitandenbezogene Therapie ein besonderes Augenmerk gelegt.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	11 von 37

Physiotherapie

Im Bereich der Physiotherapie werden vorwiegend Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Nervensystems und der inneren Organe behandelt. Die physiotherapeutischen Interventionen gliedern sich in aktive und passive Maßnahmen. Der Vermittlung von individuell erarbeiteten Übungen, die ohne apparativen Aufwand in den Alltag übernommen werden können, wird Priorität eingeräumt. Einzel- / Gruppentherapie und die Rückenschule bilden dabei unter anderen den aktiven Part. Die passiven Maßnahmen der Physiotherapie sind: Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung; Wärmetherapie (Fango und Heißluft); Massagen (siehe oben); hydrotherapeutische Anwendungen, z. B. Kneippsche Güsse, medizinische Bäder; Sole-Inhalationen.

Schulung

Da es bei der Behandlung der Hauptindikationsgruppen Adipositas und Asthma wesentlich auf die Mitwirkung der Patienten ankommt, nimmt das Thema Patientenschulungen eine bedeutende Rolle ein. Die Schulungen folgen den Qualitätshandbüchern der AG Adipositas-schulung (AGA) sowie auch der AG Asthaschulung (AGAS) und der AG Neurodermitis-schulung (AGNES). Dadurch ist sichergestellt, dass die Inhalte der Schulungen aufeinander abgestimmt sind und sich ergänzen. Ebenso ist das hohe Niveau der schriftlich ausgehändigten Unterlagen gewährleistet. Die Schulungen werden von interdisziplinären Teams durchgeführt, denen auch immer zertifizierte Asthma-, Neurodermitis- oder Adipositastrainer angehören. Hinweise auf die Möglichkeit, sich im Internet krankheitsrelevante Informationen zu beschaffen oder sich in geeigneten Foren oder Netzwerken auszutauschen, werden gegeben.

Die Schulungsmaßnahmen zielen darauf ab, den Patienten das wesentliche Wissen über die zugrunde liegenden Krankheiten zu vermitteln und Bewältigungsstrategien aufzuzeigen bis hin zum Krisenmanagement. Der kognitive Ansatz der Schulungsprogramme bedarf ganz wesentlich der pädagogischen und psychologischen Zuarbeit, um Fehlverhalten zu korrigieren bzw. Verdrängungsmechanismen zu beseitigen. Weitere Themen der Gesundheitsförderung sind: Ernährungsberatung, Bewegung als Medizin, Hygiene, Prophylaxe von Infektionskrankheiten, Reflexion des eigenen Lebensstils und Aufzeigen von alternativen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen / Stressmanagement.

Pädagogische Betreuung

Kleinkinder und Schulkinder mit Begleitung werden unter der Woche halbtags im klinikeigenen Kindergarten bzw. in der Schulkindergruppe betreut. Schulkinder und Jugendliche ohne begleitenden Elternteil werden in den Gruppen ganztags pädagogisch betreut. Die Betreuung umfasst die Gestaltung des klinischen Alltags, die persönliche Hilfestellung und die Freizeitbetreuung. Die pädagogischen Bemühungen in der Gruppe sind Teil des und abgestimmt auf den Gesamtbehandlungsplan des Patienten. Hierzu gehören systematische Beobachtung und Dokumentation des Verhaltens, pädagogische und sozialpädagogische Hilfen im Umgang mit der chronischen Krankheit, pädagogische Hilfen bei der Aufarbeitung von Problemsituationen, die die Kinder zusätzlich belasten. Ziel ist die Entwicklung eines neuen Selbstwertgefühles und der Ausbau individueller Fähigkeiten. Die Einbindung der pädagogischen Bemühungen in medizinische und psychologische Maßnahmen ergibt sich durch regelmäßige Fall- und Teambesprechungen. Ergänzt wird es durch u.a. musikalisches und kreatives Gestalten, Ausflüge und Wanderungen bzw. sportliche Spiele in der Freizeit.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	12 von 37

Ergotherapie / Psychomotorik

Die Ergotherapie zielt auf die Wiederherstellung und den Erhalt von Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität in wichtigen Lebensbereichen. Die Mittel der Ergotherapie sind vielfältig. Neben handwerklichen und gestaltenden Techniken, praktischen Verrichtungen des täglichen Lebens, Spielen als soziales und kognitives Training werden auch Aktivitäten außerhalb der Klinik durchgeführt. Je nach momentanen Fähigkeiten und Bedürfnissen sowie dem Grad der Einschränkung wird der Anforderungsgrad gewählt. Die Komplexität der Tätigkeiten und somit die Anforderungen steigen bei zunehmender Besserung der Symptomatik und der Handlungsfähigkeit. Die ergotherapeutische Einzelbehandlung dient dazu, dass Patienten konzentriert an einer Aufgabe arbeiten und diese auch fertig stellen. Es werden zudem die individuellen Handlungskompetenzen gefördert. Durch Übungen zur Körperwahrnehmung lernen die Patienten wieder, ihren eigenen Körper wahrzunehmen und Vertrauen in ihm zu finden. In der Psychomotorikgruppe werden soziale Kompetenzen wie Teamfähigkeit und Abstimmung untereinander sowie das Lösen von Konflikten und Problemen alltagsnah eingeübt. Über die ergotherapeutischen Angebote werden das Selbstvertrauen und das Selbstbild des Kindes gestärkt. Zudem erlernt das Kind Strukturierungshilfen für die effektive Gestaltung des Alltags, um Belastungen abzubauen (z. B. Hausaufgaben).

Motologie

Die Mototherapie ist eine Therapieform, die pädagogische, psychologische und sportwissenschaftliche Aspekte mit medizinischen Erkenntnissen verknüpft. Zentraler Ansatz ist die Bewegung, genauer: die Wechselwirkung zwischen dem Körper in Bewegung und der Psyche des Menschen. Mototherapie ist die ganzheitliche Arbeit am Menschen, sie arbeitet mit der Einheit von Körper, Bewegung, Psyche und Umwelt. Dabei stützt sich die Mototherapeutin auf wissenschaftlich erforschte Konzepte und bezieht gesellschaftliche Problemfelder, die ihre Arbeit berühren, mit ein.

In der Mototherapie werden die Bereiche Sensomotorik (Erfahrungserweiterung, Leistungsaufbau), Affektivität (Erlebnisfreude, Selbstvertrauen, Kraftgefühl), Sozialisation (Verhaltenssteuerung, Kontakt, Kooperation sowie die Kognition (Handlungstintelligenz, Problemlösung, Kreativität) gefördert und unterstützt.

Ziel ist es, seelische und motorische Spiel- und Handlungsräume zu eröffnen, den eigenen Körper besser wahrzunehmen, ihn kennen- und akzeptieren lernen, sich entspannen können, das eigene Wahrnehmungs- und Bewegungsrepertoire zu erweitern, sicher handelnd Probleme zu lösen sowie kreativ mit Material umzugehen und es miteinander kombinieren zu können.

In der Mototherapie geht es nicht um eine Defizitorientiertheit; vielmehr um die Ressourcenorientiertheit. Durch Bewegung sollen bestehende Fähig- und Fertigkeiten im spielerischen Rahmen gefestigt und erweitert werden. Im aktiven „Tun“ sollen die Kinder/Jugendlichen ein positives Selbstbild erhalten und ihre Eigenaktivität verbessern. Dazu nutzt die Mototherapie u.a. die Prozesse der Kooperation und Kommunikation als therapeutisches Instrument.

Das Setting von Einzeltherapie bzw. Kleingruppen bietet einen Schutzraum, in dem die Kinder/ Jugendlichen ihre Fertig- und Fähigkeiten ausprobieren können. Dieser Schutzraum bereitet zugleich auf die Integration in andere, größere Gruppen im sozialen Umfeld der Patienten vor.

Diätetik

Eine bedarfsangepasste Ernährung ist Bestandteil der Therapie. Neben einer vollwertigen Ernährung nach den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bieten wir krankheitsbezogene Kostformen an (z. B. Reduktionskost, allergenarme Basisdiät, glutenfreie Diät sowie fleischfreie / moslemische Kostformen). In den Schulungen werden

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	13 von 37

ernährungsmedizinische Grundlagen vermittelt, die bei Bedarf in Einzelberatungen vertieft werden. Die praktische Umsetzung der Diät sowie das geschmackliche Erleben einer gesunden Ernährung werden in der Lehrküche erfahrbar gemacht. Die Kochkurse werden für begleitete Schulkinder und Einzelkinder angeboten. In den Einkaufstrainings, die von der Diätassistentin begleitet werden, erlernen die Kinder und Jugendlichen die differenzierte Auswahl der einzelnen Lebensmittelgruppen.

Schulunterricht

Der Klinik ist eine staatlich genehmigte Schule für Kranke angeschlossen. Der Unterricht erfüllt den Bildungsauftrag der Schule unter dem besonderen Gesichtspunkt von Krankheit, Klinikaufenthalt und Erholungsbedürftigkeit und gewährleistet den Anschluss an die Schulbildung, bereitet die Wiedereingliederung in den Heimatschulbetrieb vor und vermindert Befürchtungen, in den schulischen Leistungen zurückzufallen. Der Unterricht erfolgt für alle Schularten in den Kernfächern Deutsch, Mathematik, Fremdsprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Latein) und orientiert sich am Lehr- und Stoffplan der Heimatschule. Durch individuelle Betreuung in Kleingruppen (bis zu sechs Kindern) können Schulängste abgebaut, Wissenslücken geschlossen, und das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit gestärkt werden. Bei Schulverweigerern wird der Schulbesuch so zur Therapie. Die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen der Klinik ermöglicht eine Optimierung des Lernklimas jedes einzelnen Patienten und gibt Anregungen für die nachbetreuenden Institutionen. Nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung erhält die Heimatschule eine Schulbesuchsbestätigung mit Angaben zum bearbeiteten Unterrichtsstoff und Hinweise zum Lern- und Arbeitsverhalten.

Programm für Begleitpersonen

Bei Kindern im Vorschulalter bzw. mit gravierenden chronischen Krankheiten oder Entwicklungsrückständen ist die Anwesenheit einer vertrauten Begleitperson für einen nachhaltigen Therapieerfolg von großer Bedeutung. Die Begleitpersonen werden in die Therapie des Kindes mit einbezogen. Es besteht folgendes Angebot: krankheitsspezifische Schulungen, psychologische Betreuung im Einzelfall, Gesprächsrunden mit pädagogischen Themen, Möglichkeiten der kreativen Beschäftigung, diätetische Beratung, Lehrküche, Gesundheits-erziehung, sportliche Betätigung, Freizeitangebote, Schwimmbad, Sauna, Solarium.

Freizeitangebote

- kreative Beschäftigung im Gruppenraum, Betreuungsraum, für begleitete Patienten gemeinsames Basteln mit der Begleitperson
- Ballspiele: Fußball, Tischtennis
- Einkaufsbummel, z.B. im Markt Berchtesgaden
- Wanderungen in die nahe Umgebung (Märchenwald, Kastensteiner Wand, Marxenhöhe, Stangenweg, Königssee, Hintersee und Zauberwald, Sulzbergkopf, Maximiliansreitweg; höhere Anforderung: Kneifelspitze)
- gemeinsame Abende, z. T. mit einer anderen Gruppe (z. B. Disco, Partyspiele, Vorführungen)
- Feiern zu verschiedenen Anlässen (Geburtstag, Klinikfest, jahreszeitlich bezogene Festaktivitäten)
- Kino (für jüngere Patienten im Haus, für allein reisende Kinder in den ortsansässigen Kinos als geplante gemeinsame Aktion)
- Besuch des Salzbergwerks
- Naturbadbesuch und Sommerrodelbahn im Sommer

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	14 von 37

- Langlaufen und Schlittschuhlaufen im Winter
- Minigolf
- Besuch der Watzmanntherme, des Königssees, des Heimatmuseums oder Nationalparkhauses in Berchtesgaden
- Besuch des Hauses der Natur, Zoo oder Wasserspiele in Salzburg
- Ausflugsziele in naher Umgebung: Hirschegg Sesselbahn am Hochschwarzeck, Alte Saline in Bad Reichenhall, Kehlsteinhaus, Dokumentationsstelle Obersalzberg, Fahrt mit der Jennerbahn etc.

Nachsorge

Die vielschichtige Problematik chronisch kranker Kinder und Jugendlicher bedarf eines langfristigen Therapieplanes unter Einbeziehung der entscheidenden Einflussfaktoren. Zur Sicherung des Behandlungserfolges werden noch während des stationären Aufenthaltes verschiedene Anstrengungen unternommen: Kontaktaufnahme zu den weiterbehandelnden Ärzten, Psychologen und anderen Spezialisten, zu Mitarbeitern von Jugend- und Sozialämtern, zu weiteren Institutionen. Die zielorientierte Aktivierung von Weiterbehandlungsmöglichkeiten bzw. weiteren Maßnahmen ist uns ein wichtiges Anliegen zur Sicherung des Behandlungserfolges.

Am Ende des stationären Aufenthaltes erfolgen ausführliche ärztliche, pädagogische und im Einzelfall psychologische Beratungsgespräche mit den Eltern.

Schriftliches Informationsmaterial und Kurzarztbriefe werden mitgegeben. Grundsätzlich wird allen Eltern, über den stationären Aufenthalt hinaus, die Möglichkeit zu einem telefonischen Konsil gegeben.

7. Räumliche Voraussetzungen

Es bestehen geeignete Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppenaktivitäten.

- Schulungsräume
- Kindergarten, Schulkinderräume
- Funktionsdiagnostik
- Gymnastik- und Physiotherapieräume
- Sporthalle
- Schwimmbad
- Arztzimmer
- Medizinische Abteilung (MED)
- Arbeitszimmer der Psychologen, Sozialpädagogin
- Heilpädagogik- / Ergotherapieaum
- Lehrküche
- Disco
- Schule

Medizinisch-technisch:

- Klinisch-chemisches Labor
- Lungenfunktionslabor (Spirometer, Flussvolumenkurve, Bodyplethysmographie)
- Möglichkeit zur Röntgendiagnostik
- EKG/Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG und 24-h-RR-Messung in Kooperation

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	15 von 37

- Spiroergometrie in Kooperation
- Echokardiographie in Kooperation
- Möglichkeit zur Schlafapnoediagnostik in Kooperation

Ausstattung für Sport, Training und weitere körperliche Aktivitäten:

- 1 Sporthalle mit der grundsätzlichen Geräte- und Materialausstattung,
- 1 Sportplatz mit Basketballkörben, Fußballtoren, Handballtoren und Volleyballvorrichtung,
- 1 kleineres Schwimmbad (ideal für Schwimmkurse, Wassergymnastik und Wasserspiele),
- 2 Gymnastikräume mit diversen Kleingeräten u.a. Hanteln, Ergometer

Genutzte Umgebungsressourcen:

- ausgedehntes Wandergebiet mit leicht kupiertem Gelände
- öffentliches Hallenbad mit einer 25m-Bahn für das Schwimmtraining
- Skisprungschanze mit 151 Stufen (Treppensteigen als Training)
- Naturbad mit einer 50m-Bahn für das Schwimmtraining im Sommer
- öffentliche Eishalle (Winter)
- öffentliche Langlaufloipe (Winter), Skilanglaufausrüstung wird durch die Klinik gestellt
- Kletterhalle (Boulderbereich) des DAV Berchtesgaden

Für den Schulungsbereich sowie die therapeutische Arbeit (Ergotherapie, Psychologie etc.) stehen vielfältige und umfangreiche Arbeitsmaterialien zur Verfügung.

Es gibt klare, gut unterscheidbare Bezeichnungen der einzelnen Einrichtungen und Wegweisungen (s. Abb. 1: Lageplan der Klinik). Es erfolgt im Rahmen der Begrüßung eine Erklärung und Führung durch die Einrichtung, um eine Orientierung zu gewinnen.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	16 von 37



Abbildung 1: Lageplan der Klinik

8. Personelle Voraussetzungen

In der Klinik werden seit Jahrzehnten Kinder und Jugendliche mit chronischen und psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Ein Großteil des Stammpersonals ist weit über 10 Jahre mit dieser Therapieform vertraut. Folgende Berufsgruppen sind in der Klinik beschäftigt.

Ärzte

Der leitende Arzt ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und hat die Zusatzbezeichnung in Sportmedizin und in Balneologie und Klimatologie. Er ist jahrzehntelang aktives Mitglied der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie mit entsprechender pneumologischer und allergologischer Erfahrung. Außerdem ist er Gründungsmitglied der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter), der pädiatrischen Sektion der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) und hat maßgeblich am sog. Trainermanual der AGA mitgearbeitet. Bei der Bayerischen Ärztekammer ist er als Prüfer im Fach Sportmedizin akkreditiert. Weiterhin besteht seit Jahrzehnten eine aktive Mitarbeit im Arbeitskreis „Stationäre Rehabilitation und Prävention“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und in der Deutschen Gesell-

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	17 von 37

schaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention. Diverse pädiatrische, sportmedizinische und rehabilitative - von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannte - Weiterbildungsveranstaltungen wurden von ihm durchgeführt. Der Chefarzt hat außerdem die Ermächtigung zur Weiterbildung im Fach Pädiatrie für einen Zeitraum von 2 Jahren.

Zwei ärztliche Kollegen sind Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde. Das ärztliche Team wird durch Assistenzärzte in pädiatrischer Weiterbildung ergänzt.

Es besteht ein ärztlicher Bereitschaftsdienst rund um die Uhr, eine fachärztliche Rufbereitschaft ist sichergestellt.

Psychologen/Psychotherapeuten:

Die vier klinischen Psychologen verfügen über einschlägige Erfahrungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen unter Einbeziehung der Eltern und der Psychoedukation. Die leitende Psychologin ist systemische Familientherapeutin (DGSF). Weitere Kolleginnen haben eine Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin (BÖP, Berufsverband österreichischer Psychologen) absolviert und befinden sich teilweise in weiteren Zusatzausbildungen (z. B. Verhaltenstherapie).

Um die qualifizierte und professionelle Arbeit mit den anvertrauten Kindern und Jugendlichen zu erfüllen, werden eine externe Weiter- und Fortbildung sowie interne Fortbildungen zu verschiedenen Themen vom Hause gefördert. Eine fachliche Supervision wird seitens der leitenden Psychologin sowie ihrer Stellvertreterin angeboten. Gegenseitige Fallinterventionen werden unter anderem in den regelmäßigen Besprechungen im psychologischen Team durchgeführt.

Dipl. Sozialpädagogin

Speziellen Aufgaben aus dem Arbeitsfeld der Sozial- und Berufsberatung sowie Vermittlung besonderer Nachsorgemöglichkeiten werden von unserer Dipl. Sozialpädagogin in Teilzeit bearbeitet. Ihrerseits wird auch das soziale Kompetenztraining durchgeführt.

Dipl. Motologin

Die Diplom-Motologin arbeitet praktisch mit den Patienten verschiedener Altersstufen in und durch das Medium der Bewegung. Dieses wird dabei als wichtige Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit gesehen. Die Motologin arbeitet handlungs- und erlebniszentriert, also im vor- und außersprachlichen Bereich und fördert den Patienten ressourcenorientiert.

Ergotherapeutin

In der Ergotherapie werden in Gruppen- und Einzelstunden individuelle Handlungskompetenzen auf allen Ebenen gefördert.

SporttherapeutInnen / Sportlehrer und Physiotherapeutinnen

Zwei Diplom-Sportlehrerinnen, ein Sportlehrer sowie drei Physiotherapeutinnen (eine Zusatzqualifikation Sportphysiotherapeutin und eine Masseurin / Bademeisterin) verfügen über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit chronisch und / oder psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Die Vermittlung von Freude an der Bewegung, trotz körperlicher / psychischer Einschränkungen und/oder negativen Vorerfahrungen, ist die oberste Zielsetzung.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	18 von 37

(Kinder-)Krankenschwester, (Kinder-)Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte

Dieser Bereich stellt auch das qualifizierte Fachpersonal für die notwendige Diagnostik (z. B. Labor) und sie nehmen in der alltäglichen Versorgung einen wichtigen Stellenwert ein. Die tägliche und 24-Stunden-Anwesenheit wird durch die Fachpflegekräfte gewährleistet.

Pädagogische Leitung, ErzieherInnen

Die pädagogische Leitung und das Team der ErzieherInnen leisten eine umfangreiche und unverzichtbare Anleitung und Begleitung der chronisch und / oder psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen.

Diätassistentin

Die Diätassistentin ist vor allem in die Patienten- und Angehörigenschulung involviert. Bei speziellen ernährungsbedingten Fragestellungen werden ihrerseits Einzelberatungen durchgeführt.

LehrerInnen

Der Klinik ist eine eigenständige staatlich anerkannte Schule angegliedert, die von einem Diplompädagogen mit Lehramt für die Sekundarstufe II geleitet wird. 3 weitere Lehrkräfte mit den Lehramtern für Grundschule, Hauptschule und Gymnasium unterrichten die Schüler gemäß den Lehrplänen der jeweiligen Herkunftsschule. Der Unterricht findet unabhängig von den Ferienregelungen der einzelnen Bundesländer statt.

9. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement ist prozessorientiert aufgebaut und folgt somit den Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2008 und der im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteten Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX in der Darstellung des RehaSpect Zertifizierungsverfahrens.

Die Deutsche Rentenversicherung fordert eine Zertifizierung aller Rehabilitationskliniken gemäß § 20 Abs. 2a SGB IX im Jahre 2012. Die Klinik Schönsicht ist dieser Forderung nachkommen und ist seit dem 15.02.2012 nach RehaSpect durch BSI Management System zertifiziert, es erfolgen jährliche Audits zur Systemförderung durch die Firma proCum Cert sowie im dreijährigen Turnus eine Rezertifizierung.

Die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der DRV Bayern Süd (Rehabilitandenstruktur, Therapeutische Versorgung KTL, Reha-Therapiestandards) liefert jährlich wichtige Informationen, um die Qualität zum Wohle unseres Patienten zu verbessern.

Dabei werden die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für stationäre Rehabilitationseinrichtung integriert:

- Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept (allgemeines Klinikkonzept)
- indikationsspezifische Konzepte auf der Basis von ICF
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
 - Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene
 - Qualitätsmanagement-Beauftragte und Stellvertretung
- Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems
 - Organisationsstruktur

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	19 von 37

- Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung
- Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung
- Regelmäßige Selbstprüfung wesentlicher Prozesse (interne Audits)
- Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche
- Beziehung zu Rehabilitanden / Bezugspersonen / Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe
- systematisches Beschwerdemanagement
- externe Qualitätssicherung (Logic-Studie, APV; externe Qualitätssicherungsprogramme der DRV Bayern Süd, s.o.)
- interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)
- Fehlermanagement
- interne Kommunikation und Personalentwicklung

Im Rahmen der Erarbeitung eines QM Systems im Jahr 2010 wurden zunächst die vorliegenden Regelungen gesichtet, ergänzt und überarbeitet (s. Abb. 2). Die Verantwortung für die Darstellung der Verfahrensanweisungen, Prozesse und der dazugehörigen Dokumente wurde an die Abteilungsleiter übergeben, die im Kern am meisten damit befasst sind. Da eine Vielzahl der Regelungen verschiedene Bereiche betreffen, erfolgt eine Abstimmung über die jeweiligen Inhalte interdisziplinär. Noch nicht vorhandene, aber von der Norm geforderte Regelungen wurden ebenfalls interdisziplinär erstellt und eingeführt. Die so ermittelten und dokumentierten Prozesse wurden größtenteils einem ersten Audit unterzogen. Die dort gemachten Feststellungen und Verbesserungsvorschläge wurden nachverfolgt und in die Prozesse integriert. Ebenfalls Eingang in die Weiterentwicklung der Prozesse finden die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen und dem Beschwerdemanagement.

Leitbild / Organigramm / Allgemeines Klinikkonzept / Ziele des Unternehmens				
QM Handbuch, VA Lenkung von Dokumenten/ Änderungsprocedere, VA Lenkung von Aufzeichnungen				
Aufnahme VA Belegungssteuerung VA Prüfung der Rehabilitierbarkeit - PR Prüfung medizinischer Patient Chefarzt - PR Prüfung psychologischer Patient Patientenverwaltung - PR Prüfung psychologischer Patient Psychologie PR Eingang und Bearbeitung Kosten- übernahme Patientenverwaltung PR Aufnahmevorbereitung, Psy. Pat.. Verw. PR Einberufung Verwaltung PR Stomierung Rehabilitation Verwaltung VA fraglich motivierter Pat. bei Aufnahme PR Aufnahme Verwaltung (EK, KM/V) PR Aufnahme Ärzte PR Aufnahme MED PR Aufnahme Psych. (EK, KM/V, EP) PR Aufnahme Pädagogik (EK, KM/V) VA Zielbogen VA Eigentumsverwahrung - PR Kundeneigentumsregelung Pädagogik EK - PR Kundeneigentumsregelung Verwaltung KM/V - Standard patienteneigene Medi- kamente MED VA Handy- / Laptopnutzung	Behandlungsprozedur Konzepte Indikationen / Pädagogik VA Patientendokumentation VA Verlängerung VA psychologischer Patient VA klinischer Notfall PR Vorgehen bei Suizidalität PR Vorgehen bei Selbstverletzung (geplant, erfolgt) VA fachärztliche Kooperation VA bei akuter Erkrankung / Unfall VA BG VA Medikamentenmanagement VA BTM VA Vorgehen und Behandlung bei Kopfausbefall VA Umgang mit Infektionskrankhei- ten VA Therapieplanung /-ablauf VA Kostverordnung VA Therapieanpassung VA Beschwerdemanagement PR Umwandlung / Verlängerung - Ärzte - Psychologie - Patientenverwaltung - Arztschreibkräfte	Entlassung PR Entlassung - Ärzte EK, KM/V - MED - Psychologie - Vorbereitung Pädagogik EK - Pädagogik EK, KM/V - Arztschreibkräfte - Verwaltung EK, KM/V VA vorzeitiger Abbruch der Reha VA disziplinarische Entlassung PR Rechnungsstellung Verw. VA Patientenbefragung - PR Fragebogen EK - PR Elternfragebogen - PR Fragebogen Begleiteltern (KM/V) - PR Fragebogenauswertung VA Reha-Entlassungsbericht VA KTL - PR KTL Aufnahme, - PR KTL Entlassung VA Archivierung - PR Archivierung Patientenan- kete - PR Archivierung psychologi- sche Patientenanakte	Mitarbeiter Stellenplan Internes Beauftragten- wesen VA Mitarbeitergespräche VA Qualifikationsermitt- lung und Fortbildungs- planung VA Urlaubsregelung für Mitarbeiter PR Einstellung neuer Mitarbeiter - PR Bewerbung - PR Vorbereitung - PR 1. Arbeitstag - PR Probezeit VA Vorschlagswesen VA Projektmanagement	Unterstützende Prozesse VA Vorbeugemaßnahmen VA Alarm-, Einsatz- und Brand- schutzplan VA Arbeitssicherheit VA Hygiene VA Medizinprodukte VA Beschaffung und Lieferan- tenbewertung VA Datenschutz VA Warenannahme Küche VA Rückstellproben Küche VA Wartung und Instandhaltung Auegegliederte Prozesse IT / Systema Schule Apotheke Labor LOGIC Kooperationsärzte Wäscherei Handwerker
VA Interne Audits				
VA Fehler- und Korrekturmaßnahmen / Maßnahmenplan / Kennzahlensystem				

Abbildung 2: Übersicht QM Klinik Schönsicht

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	20 von 37

10. Organigramm

Das folgende Organigramm gibt die Aufbauorganisation der Klinik Schönsicht wieder.

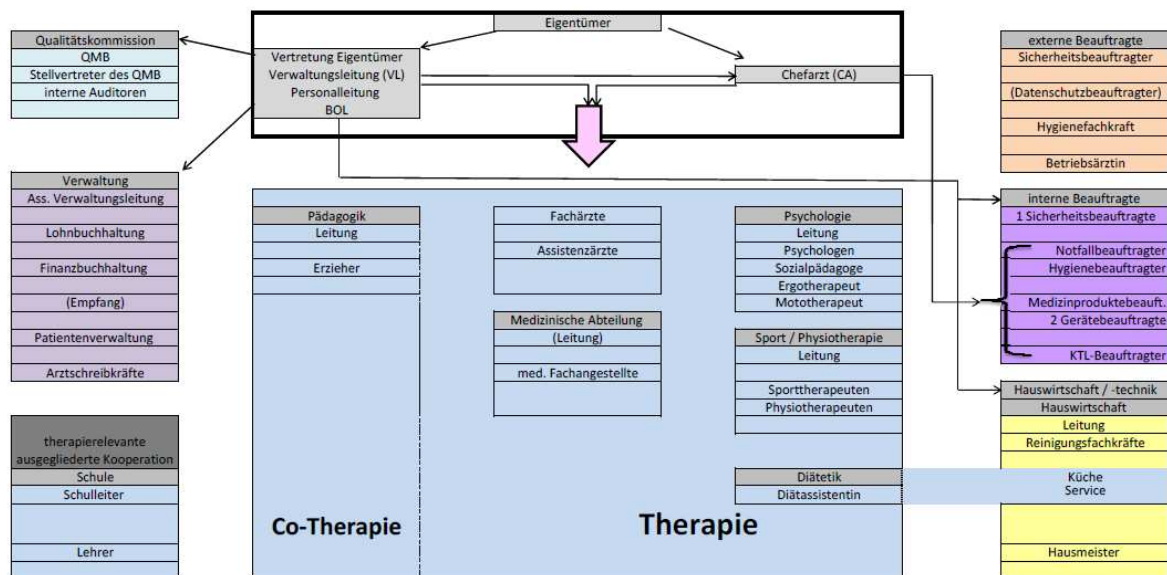


Abbildung 3: Organigramm Klinik Schönsicht

11. Literaturangabe

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Frankfurt am Main. (http://www.bar-frankfurt.de/upload/Rahmenkonzept.72dpi_435.pdf, Stand: 12.06.2011)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): ICF-Praxisleitfaden 2. Frankfurt. (http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF2.72dpi_421.pdf; Stand: 12.06.2011)

DRV-Bund (2007): Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV-Bund. (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/36696/publicationFile/2268/download_angehoerige_reha.pdf, Stand 12.06.2011)

Anforderungen für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen; Deutsche Rentenversicherung Bund, Oktober 2010 (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/37834/publicationFile/16423/profil_kinder_pdf.pdf; Stand: 12.06.2011)

Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis; Stand: April 2011 (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35732/publicationFile/23284/rts_kinder_download.pdf, Stand: 30.11.2011)

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	21 von 37

12. Adipositas mit Krankheitswert

1. Allgemeine Hinweise

In unserer Klinik werden seit Jahrzehnten übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche mit nachhaltigem Behandlungserfolg therapiert. Unsere Ärzte und das gesamte therapeutische Team verfügen deshalb über große Erfahrungen auf diesem Gebiet.

2. Gründe für die stationäre Behandlung

Häufig gehen einer stationären Behandlung eine Reihe vergeblicher Versuche zur Gewichtsreduktion voraus. Vielfach hat sich bereits ein Teufelskreis von Übergewicht und Ablehnung durch Spiel- und Klassenkameraden entwickelt. Auch bei Spiel und Sport kommen die adipösen Kinder und Jugendlichen nicht mehr mit. Isolation und Bewegungsmangel, oftmals verbunden mit weiterer Gewichtszunahme, sind die Folgen. Dieser Teufelskreis kann durch eine verhaltensorientierte stationäre Behandlung in einer Spezialklinik durchbrochen werden.

3. Anzeigen für eine stationäre Behandlung

Übergewicht von mehr als 20 % - vom Hausarzt festgestellt – zusätzliche Krankheitsbilder, wie erhöhter Blutdruck; erhöhte Blutfett- und Blutzuckerwerte (Typ II Diabetes); Überlastung der Knie- und Sprunggelenke; Wirbelsäulenschäden; mehrfach gescheiterte häusliche Diätversuche; seelische Belastung bzw. Wesensveränderung durch Übergewicht (depressive Reaktion); Zeichen von Isolation in Schule und Freundeskreis; Ausgrenzung bei Sport und Spiel; Probleme im Schulsport; spürbar eingeschränkte Leistungsfähigkeit, z. B. Atemnot bei Sport im Alltag; Leistungsabfall in der Schule; suchthafte Essverhalten, z. B. Süßigkeiten, ein Freundeskreis, der durch ein entsprechendes Freizeitverhalten ein Übergewicht begünstigt; familiäre Probleme, die einer Gewichtsreduktion zuhause entgegenstehen.

4. Behandlungskonzept der Klinik Schönsicht

Im Vordergrund der Therapie steht das Ziel einer Lebensstiländerung, einer nachhaltigen Gewichtsreduktion und einer Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes. Der Ortswechsel, das Gruppenerlebnis und der Aufbau einer Motivation sind wichtige Faktoren für den Behandlungserfolg. Durch eingehende ärztliche Untersuchungen, Labor und Funktionsdiagnostik, durch regelmäßige Gewichtskontrollen und Messungen der körperlichen Leistungsfähigkeit über den gesamten Verlauf der stationären Therapie wird der Behandlungserfolg dokumentiert.

Die Adipositasstherapie stützt sich dabei auf folgende vier Säulen:

Optimierte Mischkost

Verabreicht wird eine kalorienreduzierte, vitamin- und ballaststoffreiche Mischkost, die in Abhängigkeit von den zu erbringenden körperlichen Leistungen in Zusammensetzung und Kaloriengehalt variiert wird.

Sporttherapie

Ein umfangreiches Sportprogramm, wie Wandern, Ausdauersport im Gelände, Schwimmen, Muskelfunktionstraining, Große und Kleine Spiele, Bouldern, im Winter Skilanglauf und Eislaufen erfolgt mit dem Ziel einer messbaren körperlichen Leistungsverbesserung in den motorischen Bereichen Ausdauer, Koordination, Kraft und Beweglichkeit.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	22 von 37

Interdisziplinäre Schulung

Je Aufnahme (alle 14 Tage) der allein reisenden Kinder und Jugendlichen werden gemischt-geschlechtliche, annähernd altershomogene Gruppen gebildet, die kontinuierlich über 4 Wochen insgesamt geschult werden. Das Schulungsteam besteht aus Ärzten, Diätassistenten, Sportlehrern und Psychologen, die in einer fest gelegten Reihenfolge ihre Themenschwerpunkte schulen. Der Patientenschulung liegt ein ausführliches Schulungsbuch zugrunde. Im Bereich der begleiteten Kinder wird zum einen der Patient geschult. Neben der theoretischen gruppentherapeutischen Adipositas-schulung (Ernährung, Psychologie) sowie dem Kochkurs für die Kinder liegt der Schwerpunkt vor allem in der Förderung des Bewegungsverhaltens, dem Erleben von Erfolgserlebnissen sowie der Förderung der Freude an der Bewegung, was vor allem durch die Sporttherapien und Freizeitangebote der Kinderbetreuung gewährleistet wird. Die Kinder im Vorschulalter werden in der Schulung „Mein Körper“ auf eine gesunde Ernährung, ein gesundes Bewegungsverhalten, Zahngesundheit u. ä. hingewiesen. Aufgrund des teilweise jungen Alters, aber auch wegen psychosozialer Faktoren, wird besonderes Augenmerk auf die intensive Schulung und Anleitung der Begleitpersonen im therapeutischen Verfahren und die Vermittlung von Verhaltensregeln gelegt, denn die Qualität familiärer Beziehungen und das damit verbundene Potenzial von Unterstützungsleistungen sowie die familiären Einstellungen über die Adipositas des Kindes haben einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf sowie auf das Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten des Patienten. Neben Vorträgen zur Gesundheitsförderung werden die Begleitpersonen theoretisch und praktisch geschult (Ernährungsschulung, Kochen, Einkaufstraining, Sport).

Psychologische Betreuung

Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen oder psychosomatischen Störungen erhalten eine entsprechende Einzeltherapie.

5. Behandlungserfolg - ein guter Start für zu Hause

Im Rahmen des in der Regel sechswöchigen stationären Aufenthaltes sind bei Kindern und Jugendlichen Erfolgserlebnisse, Freude an Bewegung, vermehrter Selbstwert und vermehrtes Selbstbewusstsein etc. vorhanden, welche wiederum einen positiven Effekt auf die Motivation und die Selbstwirksamkeit haben, um eine langfristige Lebensstiländerung im häuslichen Umfeld zu bewirken.

6. Langzeittherapie extrem adipöser Kinder und Jugendlicher

Für Kinder und Jugendliche mit einem vom Hausarzt festgestellten Übergewicht von 60 % und mehr ist eine Langzeittherapie von mehreren Monaten angezeigt. Die Langzeittherapie muss beim zuständigen Leistungsträger gesondert beantragt werden.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	23 von 37

13. Asthma bronchiale – Allergien

Allgemeine Hinweise

Eine der Hauptindikationen unserer Klinik ist die Behandlung von Asthma bronchiale. Unsere Ärzte und das gesamte Team verfügen über große Erfahrungen in der Behandlung asthmapatienten Kinder und Jugendlicher.

Asthma bronchiale und Allergien

Asthma bronchiale ist eine variable, rückbildungsfähige Atemwegsverengung, die auf eine Entzündung und Überempfindlichkeit der Atemwege zurückgeht. Asthma bronchiale ist häufig von Allergien, wie z. B. gegen Hausstaubmilben und Blütenpollen, begleitet. Das baubiologische Konzept unserer Klinik einerseits und das allergen- und schadstoffarme Hochgebirgsklima von Berchtesgaden andererseits sind deshalb wichtige Elemente für den Behandlungserfolg.

Gründe für die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik

Diese sind insbesondere gegeben in Fällen

- zunehmender Fehltage in Schule und Beruf
- beginnender Isolation im sozialen Umfeld, bei Spiel und Sport, Bewegungsmangel
- gestörter körperlicher und seelischer Entwicklung
- zunehmender familiärer Belastung
- zunehmender Infekte mit Asthma-Attacken

Der Therapieansatz ist auf der Grundlage einer engen Kooperation zwischen den Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und Sporttherapeuten verhaltensorientiert. Die Begleitpersonen werden im Rahmen der Elternschulung zu Co-Therapeuten ausgebildet. Inhalte der Eltern/Patientenschulung sind:

- medikamentöse Therapie
- Atemgymnastik und Atemübungen
- Notfallmaßnahmen
- Vorbeugemaßnahmen
- Erlernen von Entspannungstechniken
- Erarbeiten von Handlungsperspektiven über den stationären Aufenthalt hinaus

Die Zusammenarbeit mit den Eltern, den vor- und weiterbehandelnden Ärzten und Selbsthilfegruppen sichert den langfristigen Behandlungserfolg auch nach dem stationären Aufenthalt.

Behandlungskonzept der Klinik Schönsicht

Im Vordergrund der Therapie steht das Ziel einer nachhaltigen Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität. Dies ist gewährleistet durch:

- fundierte ärztliche Einganguntersuchung am Tag der Anreise, spätestens am Morgen des Folgetages
- pneumologische, allergologische und immunologische Diagnostik
- Erstellen eines individuellen Therapieplanes mit Medikamenten, Physiotherapie, Sporttherapie, psychologischer Betreuung bei Bedarf und allergenarmer Diät

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	24 von 37

- Patientenschulung
- Berufsberatung
- abschließende Untersuchung und ausführliche Beratung der Eltern oder Betreuungsperson
- Arztbrief und Therapieempfehlung mit Notfallplan

Behandlungserfolg - ein guter Start für zu Hause

Mit Beendigung des stationären Aufenthaltes sind die Patienten und Eltern in der Lage,

- selbstständig mit Alltagsproblemen der Erkrankung Asthma bronchiale umzugehen
- ein angemessenes Notfallmanagement durchzuführen.

Der Umgang des Patienten mit der chronischen Erkrankung Asthma bronchiale wird deutlich verbessert, ebenso die Lebensqualität, nicht zuletzt in Form einer wesentlich besseren körperlichen Verfassung und Leistungsfähigkeit.

Das ganzheitliche Konzept der Asthmatherapie, zusammen mit der Patientenschulung, führt zu einer Verringerung von schweren Asthma-Anfällen und damit zu weniger Schul- bzw. Berufsfehltagen.

Trotz der Wohnortferne der bei uns aufgenommenen Kinder, fühlen wir uns auch der ambulanten Nachsorge nach einer stationären Rehabilitation verpflichtet. Dies kann in Folge individueller Umstände jedoch häufig nur eingeschränkt erreicht werden. Wir bemühen uns aber (bei Zustimmung der Eltern) in jedem Fall um die Einbeziehung der Kinderärzte / Hausärzte bzw. von ambulant tätigen Therapeuten oder die Vermittlung weiterer Hilfen, Beratungsstellen und Fachleute.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	25 von 37

14. Behandlungskonzept Neurodermitis

Allgemeine Hinweise

Eine weitere Hauptindikation unserer Klinik ist die Behandlung von Neurodermitis. Unsere Ärzte und das gesamte Team verfügen über große Erfahrungen in der Behandlung an Neurodermitis erkrankter Kinder und Jugendlicher.

Neurodermitis und Allergien

Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis, endogenes Ekzem) ist eine der häufigsten und quälendsten Hautkrankheiten. Sie beginnt oft im Kindesalter, kann aber jedes Lebensalter betreffen. Neurodermitis ist häufig von Allergien, wie z. B. gegen Hausstaubmilben und Blütenpollen, begleitet. Das baubiologische Konzept unserer Klinik einerseits und das allergen- und schadstoffarme Hochgebirgsklima von Berchtesgaden andererseits sind auch hier wichtige Elemente für den Behandlungserfolg.

Gründe für die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik

Eine Indikation für eine stationäre medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn die umfassende gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigung durch die Erkrankung durch ambulante Maßnahmen und Unterstützung nicht mehr beherrschbar ist. Konkrete Aufnahmegründe bei Neurodermitis können sein:

- Ergänzung, Erweiterung und Anpassung der bisherigen Behandlungsmaßnahmen (bei mangelnder Besserung des Hautzustands unter ambulanter Therapie)
- Unterstützung, Anleitung und Beratung beim Krankheitsmanagement und beim Umgang mit therapeutischen Verfahren (z. B. Medikation, Hautpflege, Ernährung)
- reduzierte Lebensqualität durch starken Juckreiz, Schlafstörungen
- sozialer Rückzug in Folge der Stigmatisierung durch die Erkrankung
- Beeinträchtigung der familiären Interaktion
- Behandlung der psychischen Begleiterkrankungen der Neurodermitis (schulbezogene Störungen, emotionale Störungen)
- Ausgleich und Unterstützung bezüglich eventueller, krankheitsbegleitender schulischer Leistungsschwierigkeiten
- Unterstützung und Beratung zur Verbesserung der sozialen Integration

Der Therapieansatz ist auf der Grundlage einer engen Kooperation zwischen den Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und der Pflege verhaltensorientiert. Die Begleitpersonen werden im Rahmen der Elternschulung zu Co-Therapeuten ausgebildet. Inhalte der Eltern/Patientenschulung sind:

- Grundlagen der Physiologie und Pathophysiologie der Haut; Juckreiz-Kratz-Zirkel
- Erkennen von Auslösern, Einsatz von Vermeidungsstrategien bzw. Kratzalternativen
- Basistherapie, geeignete Hautpflegemittel, Salbentherapie, Eincremeteknik, Umschläge und Bäder, Verhaltensregeln zur schonenden Körperreinigung, Hygiene, Kosmetik
- Diagnostik von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien
- Umgang mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien

Behandlungskonzept der Klinik Schönsicht

Im Vordergrund der Therapie steht das Ziel einer nachhaltigen Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität. Dies ist gewährleistet durch:

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	26 von 37

- fundierte ärztliche Eingangsuntersuchung, am Tag der Anreise, spätestens am Morgen des Folgetages
- SCORAD, allergologische und immunologische Diagnostik
- Erstellen eines individuellen Therapieplanes mit Hautpflege und -therapie, psychologischer Betreuung, ggfs. allergenarmer Diät aber auch Sport- und Physiotherapie
- Patientenschulung
- die Verbesserung oder Wiederherstellung der eingeschränkten Lebensqualität und Aufbau der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- die Anleitung zur Krankheitsverarbeitung und zum optimalen Selbstmanagement der chronischen Erkrankung und Begleiterkrankungen; Verbesserung der Compliance
- bei Jugendlichen Verbesserung der sozialen Kompetenz; bei Bedarf Berufsberatung und Berufshinführung
- abschließende Untersuchung und ausführliche Beratung der Eltern oder Betreuungsperson
- Arztbrief und Therapieempfehlung

Grundsätzlich stehen den Kindern mit Neurodermitis alle Fachbereiche der Klinik zur Verfügung (Medizin, Pflege, Psychologie, Diätetik, Sozialpädagogik, Sport- und Physiotherapie und Schule). Ziel dieses Schulungsprogramms ist es, langfristig Verhalten zu ändern, z.B. das Kratzverhalten zu modifizieren, die Selbstwirksamkeit zu steigern, aber auch dem großen Bedürfnis der Betroffenen und gegebenenfalls ihrer Begleitpersonen nach Aufklärung und kompetenter Hilfe gerecht zu werden.

Behandlungserfolg und Nachsorge

Mit Beendigung des stationären Aufenthaltes sind die Patienten und Eltern in der Lage,

- selbstständig mit Alltagsproblemen der Erkrankung Neurodermitis umzugehen
- langfristig Verhaltensänderungen, wie z. B. Modifikation des Kratzverhaltens sowie Steigerung der Selbstwirksamkeit vorzunehmen.

Der Umgang des Patienten mit der chronischen Erkrankung Neurodermitis sowie seine Lebensqualität werden deutlich verbessert, nicht zuletzt in Form einer wesentlich besseren körperlichen Verfassung und Leistungsfähigkeit. Das ganzheitliche Konzept der Therapie, zusammen mit der Patientenschulung, führt zu einer Verringerung der Beschwerden und somit zu weniger Beeinträchtigungen in der schulischen / beruflichen Teilhabe.

Trotz der Wohnortferne der bei uns aufgenommenen Kinder, fühlen wir uns auch der ambulanten Nachsorge nach einer stationären Rehabilitation verpflichtet. Dies kann in Folge individueller Umstände jedoch häufig nur eingeschränkt erreicht werden. Wir bemühen uns aber (bei Zustimmung der Eltern) in jedem Fall um die Einbeziehung der Kinderärzte / Hausärzte und / oder ambulanten tätigen Therapeuten und die Vermittlung weiterer Hilfen, Beratungsstellen und Fachleute.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	27 von 37

15. Klinische Psychologie

Allgemeine Hinweise

Wir behandeln Kinder im Vorschulalter in Begleitung eines Elternteils, sowie Schulkinder und Jugendliche. Die Klinik versteht sich als psychotherapeutisch und verhaltensmedizinisch qualifizierte Reha-Klinik. Sie bietet systemische und verhaltenstherapeutische Behandlung in Form von Einzel- und Gruppensitzungen sowie methodenübergreifend Kunsttherapie an. Wegen der zahlreichen Anfragen und damit den Anspruch auf die erforderlichen Behandlungskapazitäten für den jeweiligen Patienten zur Verfügung stellen zu können, ist eine telefonische Voranfrage erforderlich. In dieser werden die weiteren Schritte für die Anmeldung geklärt.

Gründe für eine stationäre Psychotherapie:

Folgende Problemstellungen können Gründe für eine stationäre Behandlung sein:

- wenn längere ambulante Behandlungsversuche nicht ausreichen oder nicht greifen, obwohl keine Durchführungsmängel erkennbar sind
- wenn ein Kind so sehr in die Problematik (schulisches Mobbing, familiäre Belastungssituation) verstrickt ist, dass ein Milieuwechsel erforderlich ist, damit überhaupt eine Entspannung stattfinden kann.
- wenn Eltern das Gefühl haben, dass sie mit ihren Bemühungen ihr Kind nicht mehr beeinflussen und lenken können.
- wenn bei Patienten ein Leidensdruck besteht, z. B. weil er nicht in der Lage ist, Freunde zu finden und sich deshalb immer mehr zurückzieht.
- wenn vom Patienten der Alltag nicht mehr geleistet werden kann (z. B. kein regelmäßiger Schulbesuch wegen Bauchweh).
- wenn Kinder alltägliche Dinge (z. B. mit 12 Jahren alleine schlafen), die andere in seinem Alter aber längst können, nicht schaffen.
- wenn Eltern das Gefühl haben, dass ein durchaus normales Verhalten (z. B. Angst) bei ihrem Kind gegenüber anderen Kindern zu oft und zu intensiv auftritt.
- wenn im Lebensumfeld des Kindes und Jugendlichen keine ambulante Psychotherapiemöglichkeit in zumutbarer Entfernung verfügbar ist.

Krankheitsbilder

Unsere Spezialisierung liegt auf einer Behandlung folgender Krankheitsbilder:

- depressive Erkrankungen: außer wenn die Kriterien der Major Depression oder der zylothymen Störung erfüllt sind. Bei einer schweren suizidalen Krise ist die Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus erforderlich.
- Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung
- Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität (ADHS, ADS)
- kindertypische Angststörungen, z. B. Störung mit Trennungsangst, Störung mit Kontaktvermeidung, Störung mit Überängstlichkeit
- Angststörungen, die für Kinder und Jugendliche gültig sind: z. B. Panikstörungen, phobische Störungen und generalisierte Angststörungen
- chronische Krankheiten: Asthma und Neurodermitis, vor allem, wenn sich der Patient (z. B. wegen der rebellischen Jugendphase) nicht an das vorgegebene ärztliche Behandlungsregime hält, sodass schwere körperliche Langzeitschäden zu befürchten sind.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	28 von 37

- psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik / Krankheiten mit Organveränderungen: Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Neurodermitis, Ulcus, somatoforme Störungen, Bauchschmerzen, M. Crohn, Adipositas, Enuresis und Enkopresis.

Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept ist systemisch sowie kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert. In der systemischen Therapie werden Probleme nicht den einzelnen Personen zugeschrieben, sondern in einem sozialen Kontext betrachtet, in dem sich die Handlungen der Systemmitglieder gegenseitig beeinflussen. Da Probleme als Ausdruck der Kommunikations- und Beziehungsmuster (familiäre Strukturen, Muster und Systemregeln) eines Patienten gewertet werden, werden diese innerhalb der psychologischen Gespräche verdeutlicht, zu verstören versucht, Ressourcen aktiviert und die Handlungsmöglichkeiten des Patienten erweitert. Die Verhaltenstherapie ist gut erprobt und verfügt über ein weit reichendes Spektrum von wirksamen Behandlungsmöglichkeiten. Sie versucht nicht nur das beobachtbare Verhalten eines Patienten zu beeinflussen, sondern auch das verinnerlichte Sprechen, damit sich der Patient im Alltag durch geeignete Selbstanweisung besser steuern kann.

Den Schwerpunkt der Behandlung legen wir darauf, den Patienten direkt bei der Bewältigung eines aktuellen Problems zu unterstützen und Ressourcen zu aktivieren. Damit es zu einer Stabilisierung des Patienten kommen kann, sorgen wir dafür, dass die vereinbarten Behandlungsziele vom gesamten Team (Psychologen, pädagogische Therapeuten, Pädagogen, Sporttherapeuten, Ärzte) mitgetragen werden. Wir legen größten Wert darauf, mit Hilfe der Pädagogen, die in der Gruppe tätig sind, den Patienten zusätzlich während seiner Alltagsbewältigung so zu unterstützen, dass er besser in der Lage ist, sein in der Therapie erlerntes Verhalten in die natürliche Lebenssituation zu übertragen.

Behandlungserfolg und Nachsorge

Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, unter Einbezug des sozialen Systems des Patienten, Schutzfaktoren aufzubauen und Risikofaktoren zu minimieren. Besteht ein dringender Behandlungsbedarf werden die Patienten zur Weiter- und Nachbehandlung gezielt an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. -psychiater oder Institutionen (Jugendamt, Beratungsstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Ergotherapie) am Heimatort verwiesen.

Aufenthaltsdauer

Seitens der Rentenversicherungsträger wird eine Rehabilitation über vier Wochen bewilligt, wenn eine Begleitperson dabei ist, ansonsten 6 Wochen. Eine weitere Verlängerung darüber hinaus ist bei dringender Indikation und in Abhängigkeit vom Kostenträger zu klären.

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	29 von 37

16. Wissenschaftlicher Beirat

Wissenschaftlicher Beirat der Klinik Schön- sicht

Art der Kooperation

Herr
Dr. med. G.Wolf
Kreiskrankenhaus Traunstein
Cuno-Niggel-Str. 3
83278 Traunstein

Kooperation mit Akutabteilung, Betreuung pädiatrischer Notfälle, beteiligt an der Ausarbeitung von Behandlungskonzepten

Herr
Prof. Dr. med. Martin Halle
Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin der TU München
Conollystr. 32
80809 München

Beteiligung an der Konzeptentwicklung, Betreuung wissenschaftlicher Arbeiten, mehrjähriges wissenschaftliches Kooperationsprojekt, gemeinsame Betreuung von Patienten (Netzwerk)

Herr
Dr. med. Lutz Kistenmacher
Orts- und fachübergreifende Gemeinschafts-Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie (OUCC)
Locksteinstr. 16
83471 Berchtesgaden

Kooperation mit Akutabteilung, konsiliarischer Rat, externe Fortbildung, Hilfe bei Konzeptentwicklung, gemeinsame Betreuung von Patienten (Netzwerk)

Herr
Prim. Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang Sperl
Landeskrankenanstalten Salzburg
Müllnerhauptstr. 48
A-5030 Salzburg

Kooperation mit Akutabteilung, Betreuung von pädiatrischen Notfällen, kinder-kardiologische Konsiliaruntersuchungen, externe Fortbildung, Möglichkeit der Hospitation, Beteiligung an der Konzeptentwicklung, gemeinsame Betreuung von Patienten (Netzwerk)

Herr
Univ. Prof. Leonhard Thun-Hohenstein
Vorstand (Primar)
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Christian Doppler Klinik
Ignatz Harrerstr. 79
A-5202 Salzburg

Kooperation mit Akutabteilung, Hilfe bei der Konzeptentwicklung, externe Fortbildung, konsiliarischer Rat, gemeinsame Betreuung von Patienten (Netzwerk).

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	30 von 37

Herr
Prof. Dr. med. Martin Wabitsch
Universitätskinderklinik
Eythstr. 24
89075 Ulm

Beteiligung an Konzeptentwicklung, wissenschaftliche Kooperation, Gründungsmitglied der AGA, konsiliarischer Rat.

Herr
Prof. Dr. med. Kurt Widhalm
Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Beteiligung an der Konzeptentwicklung, wissenschaftliche Kooperation gemeinsame Betreuung von Patienten (Netzwerk)

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	31 von 37

17. Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung:

Sportwissenschaftliche und -medizinische Arbeiten in der Klinik Schönsicht

- **1988, Birgit Haase**, „Leistungsphysiologische Untersuchungen an adipösen und asthmatischen Kindern im Verlauf einer sportlich-aktivierenden Heilbehandlung“,
- **1989, Moni Wekesa**, „Untersuchungen zum Erfolgsnachweis sporttherapeutischer Maßnahmen bei stationär behandelten asthmakranken Kindern und Jugendlichen“,
- **1994, Berthold Schmidt**, „Effekte eines regelmäßigen aeroben Ausdauertrainings bei Jugendlichen mit hyperreagiblem Bronchialsystem“,
- **2002, Maximiliana Haisch**, Dokumentation des Bewegungsprogrammes einer sportlich-aktivierenden Heilbehandlung von adipösen Kindern und dadurch erzielbare Trainingseffekte“,
- **2005, Stephanie King**, „Sportmotorische Leistungsfähigkeit bei adipösen Jugendlichen vor und nach einem rehabilitationsklinischen Aufenthalt“,
- **2007, Sabine Henke**, „Zur Wirksamkeit von fakultativen sporttheoretischen Angeboten auf den Wissenserwerb bei adipösen Kindern und Jugendlichen während eines rehabilitationsklinischen Aufenthaltes“,
- **2007, Petra Höffer von Loewenfeld**, „Vergleich standardisierter Belastungsverfahren: Treppensteigen und Fahrradergometrie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher“,
- **2007, Stefanie Altenburg**, „Einfluss von genetischer Prädisposition auf den Erfolg einer Lebensstilintervention während stationärer Therapie bei übergewichtigen Kindern“, LOGIC
- **2007, Ina Schlenz**, „Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer stationären Therapie bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten“, LOGIC
- **2008, Axel Rothmaier**, „Zur Reliabilität der indirekten Energieumsatzbestimmung über „MetaSoft Optionen“ mit dem MetaMax 3B-System (Firma Cortex) zwecks Analyse des Fettstoffwechsels in Ruhe und während Ergometriearbeit bei adipösen Jugendlichen“,
- **2008, Philipp Süßmair**, „Spaß am Klettern mit Adipositas?“,
- **2008, Annegret Werner**, „Einfluss eines vierwöchigen Ausdauertrainings auf den Fettstoffwechsel adipöser Jugendlicher – Eine Studie mit dem MetaMax 3B-System zur Ermittlung des Respiratorischen Quotienten an der Klinik Schönsicht in Berchtesgaden“,
- **2008, Reka Pal**, „Veränderungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer stationären Adipositas Therapie“, LOGIC
- **2009, Sabine Wipfinger**, „Veränderungen des Körpergewichts, der Körperzusammensetzung und der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie metabolische und hormonelle Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas während einer mehrwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme“,

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	32 von 37

- **2010, Bernadett Lisa Groß-Bölting**, „Energieumsatz beim therapeutischen Bergwandern an einer Adipositas-Rehaklinik für Kinder und Jugendliche“,
- **2010, Kai Heß**, „Energieumsatz beim therapeutischen Skilanglauf mit adipösen Kindern und Jugendlichen – Eine Studie mit dem MetaMax 3B-System an der Klinik Schönsicht in Berchtesgaden“,
- **2010, Irina Nichelmann**, „Geschätzter Energieverbrauch beim Bergwandern im Berchtesgadener Land auf der Basis geographischer Wegdaten“,
- **2011, Ellen Rüger**, „Nachhaltige Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen durch bedarfsgerechte Ernährung und Bewegung während eines stationären Aufenthaltes“,
- **2011, Nathalie Göhl**, „Die Bedeutung genetischer Prädisposition auf den stationären Therapieerfolg bei adipösen Kindern“, LOGIC
- **2011, Diana Harl**, „Quantitative und qualitative Analyse der körperlichen Aktivität während einer stationären Adipositas-therapie mittels Schrittzählern“, LOGIC
- **2012, Gordon Gebhardt**, „Zum Energieverbrauch beim therapeutischen Bergwandern im Berchtesgadener Land für adipöse Kinder und Jugendliche anhand des mobilen Spiroergometrieerätes MetaMax 3B-System einschließlich Gütekriterien“,
- **2012, Sören Kienle**, „Bilanzierung von Körpergewichtsabnahmen bei Adipositas-Rehamaßnahmen für Kinder und Jugendliche vor dem Hintergrund von Energieverbrauch und Energiezufuhr“, Ulmer / Universität Mainz
- **Gordon Gebhardt, Bernadett L. Groß-Bölting, Kai Heß, Helmut Langhof, Hans-Volkhart Ulmer**, „Energy consumption and energy balance during therapeutic Hiking and skiing as part of therapy for obese children in the clinic Schönsicht Berchtesgaden“ Med. Sport. 16(4): 159-164, 2012
- **2013, Meike Fedisch**, „Orthopädische Frühschäden bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen“, Ulmer / Universität Mainz, (<http://www.uni-mainz.de/FB/Sport/physio>)
- **2013, Meike Fedisch**, „Orthopädische Frühschäden bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen“, DiplA, Prof. H.-V. Ulmer, Universität Mainz.
- **laufend, Vivian Störing**, „Veränderung des Körperkonzeptes bei adipösen Jugendlichen überprüft mit den modifizierten Frankfurter Körperkonzeptskalen“,
- **laufend Moritz Mayr**, „Assoziationen zwischen einzelnen Gen-Polymorphismen und Gesundheitsrisiko übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher“, LOGIC
- **laufend Melanie Rank**, „Kurz- und mittelfristige Effekte einer stationären Adipositas-therapie bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen“, LOGIC
- **laufend Johanna Winter**, „Auswirkungen des Softdrink-Konsums bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen – Ernährungsgewohnheiten, Gewichtsentwicklung und gesundheitliche Risiken“, LOGIC

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	33 von 37

Veröffentlichung in Zusammenhang mit der der LOGIC-Studie

2009

- **Siegrist, M, Pertl A, Schlenz I, Langhof H, Wolfarth B, Halle M.** Stationäre Adipositas-therapie bei adipösen Kindern und Jugendlichen – Interventionsergebnisse und Follow-up nach sechs Monaten, Journal für Ernährungsmedizin, 11 (1), 22, 2009.
- **Rank M, Siegrist M, Wolfarth B, Langhof H, Halle M.** Langzeiteffekte einer stationären Adipositas-therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen (Adipositas-Spektrum, 5. Jahrgang, Kongressausgabe 2009).

2010

Rank M, Siegrist M, Langhof H, Halle M. Kurz- und langfristige Effekte einer stationären Adipositas-Therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen. The 18th international conference of eating disorders. Alpbach, Austria, Okt 2010.

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Langhof H, Koenig W, Halle M. Übergewichtige, adipöse und extrem adipöse Kinder und ihr metabolisches Risikoprofil. 26. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Berlin, Germany, Nov 2010.

Siegrist M, Rank M, Wilks DC, Wolfarth B, Langhof H, Halle M. Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung, Die LOGIC-Studie. 5. Reha-Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung Bayern e.V. Bad Füssing, Germany, Nov 2010.

2011

Holzappel C, Siegrist M, Rank M et al. Association of a MTNR1B gene variant with fasting glucose and HOMA-B in children and adolescents with high BMI-SDS. Eur J Endocrinol 2011; 164(2):205-212.

Siegrist M, Rank M, Wilks DC, Wolfarth B, Langhof H, Halle M. Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung, Die LOGIC-Studie. Fachtagung Rehabilitation in der Kinder- und Jugendheilkunde. Berchtesgaden, Germany, Jan 2011.

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Langhof H, Koenig W, Halle M. Relationship between fitness and leptin levels in overweight and obese children. EuroPrevent, Geneva, Switzerland, April 2011.

Wilks DC, Rank M, Siegrist M, Christle J, Langhof H, Halle M. Heart rate recovery improves after inpatient weight loss therapy in overweight and obese children and adolescents (LOGIC-trial). EuroPrevent, Geneva, Switzerland, April 2011.

Rank M, Siegrist M, Langhof H, Halle M. Effekte einer Lebensstilintervention auf den BMI-SDS und die Lebensqualität im Follow-up über 12 Monate bei übergewichtigen und adipösen Kindern. Journal für Ernährungsmedizin Sep 2011.

Wolfarth B, Göhl N, Pertl A, Siegrist M, Langhof H, Halle M. Ergebnisse eines stationären Therapieprogramms bei adipösen Kindern unter besonderer Berücksichtigung von genetischen Polymorphismen im TNF-alpha, Adiponectin- und Leptinrezeptor-Gen (Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62 (7/8), 2011).

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	34 von 37

Wilks DC, Rank M, Harl D, Siegrist M, Langhof H, Halle M. Körperliche Aktivität während einer stationären Adipositas therapie – eine Pedometer Substudie des LOGIC-Trials. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62 (7/8), 2011.

Rank M, Siegrist M, Wilks D, Langhof H, Halle M. Körperliche Aktivität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher 12 Monate nach einer stationären Adipositas therapie – LOGIC-Studie. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62 (7/8), 2011.

Rank M, Siegrist M, Langhof H, Halle M. Effekte einer Lebensstilintervention auf den BMI-SDS und die Lebensqualität im Follow-Up über 12 Monate bei übergewichtigen und adipösen Kindern. Journal für Ernährungsmedizin. 2011; 13 (3), 17.

2012

Holzappel C, Siegrist M, Rank M et al. Association of a MTNR1B gene variant with fasting glucose and HOMA-B in children and adolescents with high BMI-SDS. Eur J Endocrinol 2011; 164(2):205-212.

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Haller B, Wolfarth B, Langhof H, Halle M: Long-term effects of an inpatient weight-loss program in obese children and the role of genetic predisposition - Rationale and design of the LOGIC-trial. BMC Pediatr. 2012 Mar 19;12(1):30

Wilks DC, Rank M, Siegrist M, Christle J, Langhof H, Halle M: Heart rate recovery improves after inpatient weight loss therapy in overweight and obese children and adolescents (LOGIC-trial). Eur J Prev Cardiol. Oct 29, 2012

2013

Siegrist M, Rank M, Haller B, Langhof H, Haller B, Koenig W, Halle M: Leptin, adiponectin and weight loss after inpatient obesity therapy in children. Nutrition, accepted 2013

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Langhof H, Haller B, Wolfarth B, Koenig W, Halle M: The cardio-metabolic risk of moderate and severe obesity in children and adolescents. J Pediatr., accepted 2013

Rank M, Wilks DC, Foley L, Jiang Y, Langhof H, Siegrist M, Halle M: Two-year changes in quality of life in overweight and obese children after an inpatient weight loss programm. JAMA Pediatrics, under review

Kongressbeiträge in Zusammenhang mit der der LOGIC-Studie

2010

Rank M, Siegrist M, Langhof H, Wolfarth B, Koenig W, Halle M: Effects of an inpatient lifestyle program for overweight and obese children (LOGIC-Trial). EuroPREvent, Prague, Czech Republic, May 2010

Rank M, Siegrist M, Langhof H, Halle M: Kurz- und langfristige Effekte einer stationären Adipositas-Therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen. The 18th international conference of eating disorder, Alpbach Austria, Okt. 2010

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	35 von 37

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Wolfarth B, Langhof H, Koenig W, Halle M: Übergewichtige adipöse und extrem adipöse Kinder und ihr metabolisches Risikoprofil. 26. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Berlin, Germany, November 2010

Siegrist M, Rank M, Wilks DC, Wolfarth B, Langhof H, Halle M: Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung. die LOGIC-Studie. 5. Reha-Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung Bayern e.V. Bad Füssing, Germany, Nov. 2010

2011

Siegrist M, Rank M, Wilks DC, Wolfarth B, Langhof H, Halle M: Qualitätssicherung durch Rehabilitationsforschung. Die LOGIC-Studie. Fachtagung Rehabilitation in der Kinder- und Jugendheilkunde. Berchtesgaden, Jan. 2011

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Langhof H, Koenig W, Halle M: Relationship between fitness and leptin levels in overweight and obese children. EuroPREvent, Geneva, Switzerland, April 2011

Wilks DC, Rank M, Siegrist M, Christle J, Langhof H, Halle M: Heart rate recovery improves after inpatient weight loss therapy in overweight and obese children and adolescents (LOGIC-trial). EuroPREvent, Geneva, Switzerland, April 2011

2012

Rank M, Siegrist M, Wilks DC, Langhof H, Koenig W, Halle M: Enhanced physical activity is associated with an improvement in quality of life one year after an inpatient lifestyle intervention in overweight and obese children. EuroPREvent, Dublin, Ireland, April 2012

Wilks DC, Rank M, Harl D, Siegrist M, Langhof H, Halle M: Physical activity during an inpatient weight-loss programme, a pedometer sub-study of the LOGIC trial. EuroPREvent, Dublin, Ireland, April 2012

Rank M, Wilks DC, Foley L, Langhof H, Siegrist M, Halle M: Long-term changes in quality of life of overweight and obese children after an inpatient weight-loss program – LOGIC-trial. ESC, Munich, Germany, Aug. 2012

Wilks DC, Rank M, Foley L, Langhof H, Siegrist M, Halle M: Two year changes in physical activity and sedentary time of overweight and obese children after an inpatient weight-loss program – LOGIC-trial. ESC, Munich, Germany, Aug. 2012

Rank M, Wilks DC, Foley L, Langhof H, Siegrist M, Halle M: Langfristige Verbesserungen der Lebensqualität zwei Jahre nach einer stationären Adipositas-therapie bei Kindern und Jugendlichen. 28. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Stuttgart, Germany, Oct. 2012

Kongressbeiträge

- Vortrag auf der 109. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Düsseldorf (13. Sept. 2013)

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	36 von 37



Energieverbrauch und Energiebilanz beim therapeutischen Bergwandern bzw. Skilanglauf adipöser Kinder und Jugendlicher

**Langhof.H., Heß,K., Gebhard,G.,
Großbölting,B.L., Ulmer H.V.**

10.01.2014

109. Jahrestagung der DGKJ u.
65. der DGSPJ

1

erstellt am:	Erstellung / Bearbeitung:	Verantwortung:	Prüfung:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite:
5.12.2011	DG, ES / Chefarzt	Chefarzt	QMB	La	08.08.2019	6	37 von 37