

HANDLUNGSHILFE

für die Beantragung von Rehabilitations-
maßnahmen für Kinder und Jugendliche
mit erworbener Hirnschädigung

Hauptsache Kopf



Bundesarbeits-
gemeinschaft
Nachsorge
erworbener
Hirnschäden
bei Kindern und
Jugendlichen

in Kooperation mit



Zentrales
Nerven
System

Hannelore
Kohl Stiftung

Danke!

Wir danken all denen ganz herzlich, die diese Handlungshilfe durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung begleitet und zu ihrem Gelingen beigetragen haben. Besonders danken möchten wir Frau Dr. Helga Seel und Frau Dr. Teresia Widera/BAR Frankfurt für ihre fachlichen Hinweise. Der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung danken wir für ihre Unterstützung bei der Realisierung dieser Broschüre.

Impressum

Herausgeber:

BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen

- Ludger Hohenberger, Unfallkasse NRW, 48159 Münster, Sprecher
- Anett Reimann, Headwind GbR, 01723 Wilsdruff, Sprecherin

Redaktion:

- Ludger Hohenberger, Unfallkasse NRW, 48159 Münster
- Rainer John, Charité – Universitätsmedizin, 13353 Berlin
- Renate Krämer, Unfallkasse NRW, 48159 Münster
- Rainer Lasogga, Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), 78234 Engen
- Anett Reimann, Headwind GbR, 01723 Wilsdruff
- Beate Stahl, Beratungsstelle Darmstadt, 64295 Darmstadt
- Marco Vollers, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 28717 Bremen

Internet: www.bag-nachsorge.de

Bei der Fülle des Materials sowie angesichts sich kontinuierlich ändernder Rechtsvorschriften sind trotz sorgfältiger Bearbeitung Fehler nicht völlig auszuschließen. Eine rechtliche Gewähr für die Richtigkeit aller Informationen kann daher von der BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen und von den Autoren nicht übernommen werden.

Stand: Januar 2019

Vorwort

Die vorliegende Handlungshilfe für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit erworbenen Hirnschäden möchte Betroffenen und deren Angehörigen, aber auch den an ihrer Behandlung beteiligten Personen wie Ärzten und Therapeuten Hilfestellungen bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen geben. Dabei geht es im Wesentlichen darum, die Wege der Beantragung zu beschreiben und zu verdeutlichen, auf welche Details es dabei besonders ankommt. Auch wenn im Text immer wieder auf sorgfältig ausgewählte Paragraphen der Sozialgesetzbücher oder ergänzende Werke verwiesen wird, soll dieser Leitfaden nicht als juristischer Ratgeber verstanden werden. Die Gesetzgebung wird laufend überarbeitet, zurzeit liegt mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine Ergänzung und Anpassung der Sozialgesetzgebungsbücher, insbesondere des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) seit 01.01.2018 vor, deren Umsetzung in die Alltagspraxis aber noch nicht eindeutig geregelt ist und deren Auswirkungen noch abgewartet werden müssen. Soweit dies möglich war, wurden die aktuellen Änderungen durch das BTHG bereits berücksichtigt. Änderungen in der Gesetzgebung werden an den vorgeschlagenen Handlungsstrategien bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen aber keine wesentlichen Veränderungen bewirken.

Die Gesetzeszitate beziehen sich auf die am 01.01.2019 geltenden Fassungen der zitierten Gesetze.

Inhalt

1. Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der zuständige Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt?	8
2. Von welchen Voraussetzungen – außer der medizinisch diagnostizierten Erkrankung – hängt es auch noch ab, ob ein Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligen kann?	10
3. Welche Formulare werden für einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt und woher bekommt man sie?	12
4. Welche Angaben gehören in den Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme, was ist bei der Begründung des Antrags besonders zu beachten und was gehört in die Stellungnahmen und Berichten der Ärzte und Therapeuten, um eine positive Entscheidung über einen Rehabilitationsantrag zu bekommen?	14
5. Welche Unterlagen müssen dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme beigelegt werden?	24
6. Welche Leistungen umfasst eine Rehabilitationsmaßnahme?	25
7. Wann übernimmt der Kostenträger auch die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige?	29
8. Welche Zuzahlungen müssen die Patienten leisten?	31
9. Welche Leistungen müssen Betroffene selbst bezahlen?	33
10. Wer kommt als Kostenträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit einem erworbenen Hirnschaden in Betracht?	34
11. Wonach richtet es sich, welcher Kostenträger zuständig ist?	35
12. Was muss man tun, damit der jeweilige Kostenträger im Hinblick auf eine Rehabilitationsmaßnahme tätig wird?	37
13. Welche Verfahrensmodalitäten gelten bei den Kostenträgern?	40
14. Wie kann man bei einer ablehnenden Entscheidung eines Kostenträgers verfahren?	46
15. Wo können Betroffene sich Unterstützung oder Rat bei der Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme holen und wo finden sie Informationen rund um die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschäden?	48
Beratung finden Sie bei ...	49
Fundstellenhinweise	50

Weshalb es wichtig ist, Informationen zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen zu haben

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die eine Hirnschädigung erlitten haben, ist groß. Erleiden doch zum Beispiel in Deutschland jedes Jahr rund 75.000 Kinder und Jugendliche eine unfallbedingte Kopfverletzung¹. Die häufigste zu stationärer Behandlung führende Diagnose bei Kindern unter 15 Jahren ist die Kopfverletzung mit 107.000 Behandlungsfällen im Jahr 2014 (Statistisches Bundesamt 2016)². Dank medizinischer Fortschritte überleben immer mehr Kinder und Jugendliche Hirnschädigungen, die sie durch Unfälle, Entzündungen, Tumore oder Schlaganfälle erworben haben. Die Primärbehandlung akut erworbener Hirnschädigungen funktioniert in der Regel gut, dank eines ausgebauten Rettungswesens, verbesserter medizinischer Diagnostik und Behandlungsmethoden in der Neurologie und Intensivmedizin sowie weiterentwickelter Operationstechniken in der Neurochirurgie.

Dennoch kommt es nach einer erworbenen Hirnschädigung häufig zu überdauernden und behandlungsbedürftigen Einschränkungen, die den Erwerb neuer Fertigkeiten erheblich beeinträchtigen können. Für eine adäquate teilhabeorientierte Entwicklung ist immer eine zeitnahe und effektive Behandlung notwendig, denn die Teilhabe am Leben in einer Gesellschaft steht bei einer verzögerten oder gar ausbleibenden Rehabilitation auf dem Spiel.

Rehabilitationsmaßnahmen lassen sich im Prinzip ambulant, das heißt am Wohnort des Betroffenen³ bei niedergelassenen Therapeuten durchführen. In vielen Fällen empfiehlt sich jedoch zumindest in der ersten Zeit nach einem schädigenden Ereignis eine stationäre oder eine ganztägige ambulante Rehabilitationsbehandlung. In der stationären Rehabilitation werden Therapien in der Regel in höherer Frequenz und in

¹ Epidemiologische Studie von E. Rickels, K. von Wild, P. Wenzlaff, W. J. Bock (Hrsg.) – gefördert durch die ZNS - Hannelore Kohl Stiftung: Schädel-Hirn-Verletzung, Epidemiologie und Versorgung – Ergebnisse einer prospektiven Studie, Zuckschwerdt Verlag, 2006.

² A. C. Saß, R. Schmitz, J. Gutsche, A. Rommel (2016): Unfälle in Deutschland - Woran verletzten sich Kinder und Jugendliche? GBE kompakt 7(2): Robert Koch-Institut, Berlin.

³ Soweit in der folgenden Darstellung in Bezug auf Personengruppen oder Personen nur die männliche oder nur die weibliche Sprachform verwendet wird, geschieht dies ausschließlich mit Rücksicht auf einen leichteren Textfluss; gemeint sind an diesen Stellen jeweils Personen bzw. Personengruppen aller Geschlechter.

einem breiteren Spektrum angeboten als dies ambulant möglich wäre. Lange Anfahrtswege, die bei ambulanter Versorgung häufig anfallen und zusätzlich persönliche Ressourcen fordern, entfallen. Darüber hinaus wird meist in einem multiprofessionellen Team ein Gesamtkonzept, zum Beispiel im Rahmen eines Fallmanagements, entwickelt, das im Zusammenwirken aufeinander abgestimmter Maßnahmen effizienter die Teilhabemöglichkeiten verbessert als einzelne isolierte Maßnahmen. Darüber hinaus kann gemeinsam mit den Pädagogen des Kindergartens, den Lehrern der Krankenhaus-Schule oder mit den Berufstherapeuten ein effizienter Therapieansatz entwickelt werden, um zu einem späteren Zeitpunkt eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht oder an der Berufsausbildung im heimatischen Umfeld zu sichern.

Eine ganztägige ambulante Rehabilitation bietet sich dort an, wo Betroffene in der Nähe von Rehabilitationszentren wohnen, die täglich aufgesucht werden können und wie stationäre Zentren arbeiten. Ein multiprofessionelles Team sollte vorhanden sein. Diese Betreuungskonzepte schließen in der Regel je nach Alter der Betroffenen die intensive Betreuung in klinikeigenen

Kindergärten, Schulen oder Berufstherapien ein.

Auch zu einem späteren Zeitpunkt kann eine (teil-)stationäre Rehabilitation notwendig werden, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern⁴.

Werden Einschränkungen der motorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit zunächst in ihrer Bedeutung nicht umfassend eingeschätzt, werden sie übersehen oder nicht unmittelbar mit der erlittenen Hirnschädigung in Zusammenhang gebracht, werden diese Behandlungsmöglichkeiten in manchen Fällen nicht oder nicht zeitnah genutzt.

Um Wege der Rehabilitation zielführend und bedarfsgerecht zu gestalten, ist es wichtig, dass auch die Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen bzw. deren gesetzliche Vertreter, Betreuer, Pflegeeltern und auch die an der Rehabilitation beteiligten Personen wissen, was sie dazu beitragen können, dass das Kind bzw. der Jugendliche erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen nutzen kann.

⁴ § 42 Absatz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

Diese Handlungshilfe befasst sich mit folgenden Fragen:	Seite
1. Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der zuständige Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt?	8
2. Von welchen Voraussetzungen – außer der medizinisch diagnostizierten Erkrankung – hängt es auch noch ab, ob ein Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligen kann?	10
3. Welche Formulare werden für einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt und woher bekommt man sie?	12
4. Welche Angaben gehören in den Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme, was ist bei der Begründung des Antrags besonders zu beachten und was gehört in die Stellungnahmen und Berichten der Ärzte und Therapeuten, um eine positive Entscheidung über einen Rehabilitationsantrag zu bekommen?	14
5. Welche Unterlagen müssen dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme beigelegt werden?	24
6. Welche Leistungen umfasst eine Rehabilitationsmaßnahme?	25
7. Wann übernimmt der Kostenträger auch die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige?	29
8. Welche Zuzahlungen müssen die Patienten leisten?	31
9. Welche Leistungen müssen Betroffene selbst bezahlen?	33
10. Wer kommt als Kostenträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit einem erworbenen Hirnschaden in Betracht?	34
11. Wonach richtet es sich, welcher Kostenträger zuständig ist?	35
12. Was muss man tun, damit der jeweilige Kostenträger im Hinblick auf eine Rehabilitationsmaßnahme tätig wird?	37
13. Welche Verfahrensmodalitäten gelten bei den jeweiligen Kostenträgern?	40
14. Wie kann man bei einer ablehnenden Entscheidung eines Kostenträgers verfahren?	46
15. Wo können Betroffene sich Unterstützung oder Rat bei der Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme holen und wo finden sie Informationen rund um die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschäden?	48

1. Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der zuständige Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt?

Zur Klärung der Voraussetzungen (Notwendigkeit und Zielsetzung) für Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind individuelle Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose sozial-medizinisch zu prüfen. Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit spielen Aspekte der Teilhabe- und Funktionseinschränkungen eine wesentliche Rolle. So muss bei allen Kostenträgern eine medizinische Indikationsstellung durch einen Arzt mit einer Diagnose nach ICD-10 erfolgen. („ICD 10“ steht für das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin⁵.)

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind trägerspezifisch zu unterscheiden und erfolgen:

- über die **gesetzliche Krankenversicherung**: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um Ziele zu erreichen, die zu beschreiben sind, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche stationäre Rehabilitationsleistungen erbringen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen⁶.
- über die **Rentenversicherung**, die seit 2016 Leistungen zur Rehabilitation bei Kindern auch als ambulante Rehabilitation und Nachsorge übernimmt⁷.

⁵ „ICD“ steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ – in Deutsch: „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. In Deutschland werden die Diagnosen nach der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen „ICD-10 German Modification“ – kurz: „ICD-10-GM“ – verschlüsselt. Fundstelle für ICD-10-GM: www.dimdi.de

⁶ siehe auch § 40 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V

⁷ § 31 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI – in Verbindung mit §§ 14 bis 17 SGB VI betreffend Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Kinder-Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Nachsorge

- über die **gesetzliche Unfallversicherung**, wenn die eingetretene Verletzung durch einen Unfall beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule oder einer Kindertageseinrichtung⁸ bzw. in anderen Fällen, für die gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht, verursacht wurde. Die gesetzliche Unfallversicherung ist für stationäre und ambulante Rehabilitation zuständig.
- Die **Bundesagentur für Arbeit** gewährt Rehabilitationsmaßnahmen auf Antrag ausschließlich für die berufliche Rehabilitation d. h. „Teilhabe am Arbeitsleben“. Die Maßnahmen werden allerdings grundsätzlich erst dann gewährt, wenn die medizinische Rehabilitation abgeschlossen ist.

Ferner sind Leistungen möglich im Rahmen:

- der **Kinder- und Jugendhilfe** bei bestehender oder drohender seelischer Behinderung in Form von Hilfen zur Erziehung⁹.
- der **Sozialhilfeträger** in Form von Eingliederungshilfe bei bestehender oder drohender körperlicher und geistiger Behinderung oder chronischer Erkrankung¹⁰.

Die im Antrag zur Rehabilitation zu beschreibenden Rehabilitationsziele sollten konkret nachvollziehbar sein. Eine einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des Gesundheitszustandes, der Funktionseinschränkungen und der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen bietet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO von 2001¹¹. Aspekte von Krankheitsfolgen werden unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst. Daher wird die ICF als ein bio-psycho-soziales Klassifikationsmodell bezeichnet.

⁸ §§ 2, 8, 27 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII – in Verbindung mit § 42 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX.

⁹ nach § 35a Achstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII

¹⁰ nach §§ 53 und 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII, ab 01.01.2020 neu geregelt in den §§ 90 und 99 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX für § 53 SGB XII und §§ 102 und 109 ff Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX für § 54 SGB XII; siehe auch Rahmenempfehlungen ambulante Rehabilitation Kinder und Jugendliche der DGSPJ, abrufbar z. B. unter www.dgspj.de

¹¹ ICF steht für „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-Children and Youth)“ - in Deutsch: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF- CY)“ – siehe DIMDI. Die ICF bietet ein sehr komplexes Verschlüsselungssystem an, um Rehabilitationsbedürftigkeit unter Teilhabeaspekten zu beschreiben und die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen darzustellen.

2. Von welchen Voraussetzungen – außer der medizinisch diagnostizierten Erkrankung – hängt es auch noch ab, ob ein Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligen kann?

Details zu den Grundvoraussetzungen für Rehabilitationsleistungen sind in den Sozialgesetzbüchern und entsprechenden Durchführungsbestimmungen bzw. -verordnungen geregelt. Maßnahmen der **Rehabilitation** dienen dem Zweck, eine bestehende oder drohende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu verhindern, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen¹².

Maßnahmen der **medizinischen Rehabilitation** dienen dem Zweck, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern. Für eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation ist also Voraussetzung, dass eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorliegt oder droht und dass die Maßnahme geeignet ist, die Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu

mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern.

Maßnahmen der **beruflichen Rehabilitation** dienen dem Zweck, eine bestehende oder drohende Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben zu verhindern, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen. Für eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation ist also Voraussetzung, dass eine Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben vorliegt oder droht und dass die Maßnahme geeignet ist, die Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern¹³.

Für eine Maßnahme der **sozialen Rehabilitation** ist Voraussetzung, dass eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegt oder droht und dass die Maßnahme geeignet ist, die Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern.

¹² nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX (Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen)

¹³ Gesetzliche Grundlage: § 31 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

Nach dem Recht der Kinder- und Jugendhilfe¹⁴ können diese Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist¹⁵.

Je nachdem, für welche Fallkonstellationen der jeweilige Kostenträger zuständig ist, müssen neben der medizinischen Diagnose also auch die jeweiligen sonstigen Voraussetzungen gegeben sein und durch geeignete Unterlagen (medizinische und therapeutische Berichte, Befunde etc.) nachgewiesen werden.

So kommt es bei der Rentenversicherung darauf an, deutlich darzustellen, dass konkrete definierte Behandlungsziele nicht mit ambulanten Maßnahmen zu erreichen waren und dass es möglich ist, diese konkreten Teilhabeziele

bei intensiver Therapie zu erreichen (= Rehabilitationspotential)¹⁶.

Bei der Bundesagentur für Arbeit kommt es darauf an, dass die medizinische Rehabilitation abgeschlossen ist und der Betroffene „rehabilitationsfähig“ ist. In der Praxis bittet der Vermittler bzw. Sachbearbeiter der Bundesagentur für Arbeit daher den Medizinischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit um eine amtsärztliche Beurteilung. Dieser nimmt seine Beurteilung in der Regel nach Aktenlage vor, das heißt, er greift auf die vorhandenen Befunde/Unterlagen der behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser zurück. Eigene Untersuchungen führt er in der Regel nicht durch.

Hat ein Jugendlicher nach erfolgter medizinischer Rehabilitation zum Beispiel noch Leistungsdefizite in den Bereichen Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis, die das Erlernen beruflicher Kenntnisse beeinträchtigen, können gezielte berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durch den Aufbau

¹⁴ dieses ist im Achten Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII geregelt

¹⁵ Gesetzliche Grundlage: § 35a Achten Sozialgesetzbuch – SGB VIII

¹⁶ § 14 Abs. 2 Satz 1, § 15a Abs. 5 Satz 1 und § 17 Abs. 1 Satz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI sehen vor: „Um eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Träger der Rentenversicherung sicherzustellen, erlässt die Deutsche Rentenversicherung Bund bis zum 1. Juli 2018 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung, die insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen näher ausführt.“

kompensatorischer Lerntechniken den Jugendlichen in die Lage versetzen, Lernprozesse wieder erfolgreich zu absolvieren und einen beruflichen Einstieg zu finden.

Im Bereich der Nachsorge können weitere Maßnahmen zur Langzeitent-

lastung, zum Beispiel Leistungen der Eingliederungshilfe, Verhinderungspflege, Hilfe zur Pflege und Kurzzeitpflege gewährt werden. Dies soll aber in dieser Handlungshilfe nicht weiter vertieft werden.

3. Welche Formulare werden für einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt und woher bekommt man sie?

Die **Krankenkassen**, die **Rentenversicherung** und die **Bundesagentur für Arbeit** haben für Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen Formulare. Diese liegen entweder beim Arzt/Kinderarzt vor oder man kann sie bei der Krankenkasse bzw. bei der Rentenversicherung oder Bundesagentur für Arbeit anfordern und zum Arzt/Kinderarzt mitbringen. Oftmals findet man sie auch im Internet auf den Homepages der Kostenträger oder ihrer Dachverbände.

Für Rehabilitationsanträge bei der **Krankenkasse** benötigt der behandelnde Arzt zwei Vordrucke: zunächst den Vordruck 60 – „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ – und, nachdem dieser bei der Krankenkasse eingereicht worden und von der Krankenkasse geprüft worden ist, weiterhin den Vor-

druck 61 – „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“. Die beiden Vordrucke 60 und 61 können auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgerufen werden: www.kbv.de → Service → Formulare → Vordruckmustersammlung → Muster 60 und 61. Der Vordruck 61 wird dem Arzt allerdings üblicherweise ohnehin von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Für Rehabilitations-Anträge bei der **Rentenversicherung** können die Antragsformulare online unter www.deutsche-rentenversicherung.de → Formulare und Anträge → Versicherte → Rehabilitation → Antragspaket Kinderrehabilitation (G0200 für den antragstellenden Versicherten bzw. G0612 für den behandelnden Arzt) abgerufen werden.

Weitere Details dazu, was diesen Anträgen beizufügen ist und wie das Verfahren mit diesen Anträgen ansonsten abläuft, sind in dieser Handlungshilfe unter den nachfolgenden Fragen 4, 5 und 12 nachzulesen.

Die **gesetzliche Unfallversicherung** hat die Aufgabe, von Amts wegen tätig zu werden. Diese Verpflichtung der gesetzlichen Unfallversicherung bedeutet, dass der Unfallversicherungsträger im Rahmen seiner Überwachung des Heilverfahrens anhand der Befund- und Behandlungsberichte der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten etc. unter anderem zu überprüfen hat, ob eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. In der Regel geben diese an der Heilbehandlung Mitwirkenden in ihren Berichten entsprechende, zumeist ausdrückliche Hinweise bzw. Empfehlungen, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgen sollte. Bei Versicherten, die bereits in einer Rehabilitationsmaßnahme waren, wird oft auch vonseiten der Rehabilitationsklinik in deren Abschlussbericht gleichzeitig auch zu der Frage Stellung genommen, ob und ggf. in welchem Zeitabstand eine erneute Rehabilitationsmaßnahme erfolgen sollte. Antragsformulare sind demnach nicht notwendig. Will man als Versicherter von sich aus einen Anstoß zu einer Rehabilitationsmaßnahme geben, kann man das natürlich auch tun, und zwar

formlos. Die Unterlagen, die dem Unfallversicherungsträger vorliegen oder die man selbst dem Unfallversicherungsträger ggf. ergänzend noch einreicht, sollten die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme konkret darstellen.

Die **Bundesagentur für Arbeit** gewährt rehabilitative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Antrag ist bei der für den Wohnsitz des Betroffenen zuständigen Agentur für Arbeit zu stellen. Dort bekommt man auch die notwendigen Vordrucke. Der Antrag kann aber auch bei jedem Sozialleistungsträger und jedem anderen Rehabilitationsträger eingereicht werden. Beim Ausfüllen der Formulare kann man auf die Hilfe der Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit zurückgreifen. Auf diesem Weg können außerdem schon im Vorhinein offene oder missverständliche Fragen geklärt werden, die ansonsten möglicherweise zu einer Verzögerung der Bearbeitung führen könnten.

Beim **Sozialamt** kann man eine Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe zunächst formlos beantragen. Das Amt meldet sich daraufhin und fordert die benötigten differenzierten Angaben. Es erstellt gemeinsam mit den Betroffenen bzw. mit deren Sorgeberechtigten und den behandelnden Ärzten einen Gesamtplan, der folgende Punkte enthält:

- Diagnose
- Begründung der Notwendigkeit der Eingliederungsmaßnahme
- Art und Ziel der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme
- voraussichtliche Dauer der Maßnahme
- Ort und Träger der Ausführung
- Bei Verlängerung und Planung einer weiteren Maßnahme: Ergebnisse der bisherigen Maßnahmen

Die Leistungen der Eingliederungshilfe können Betroffene auch im Rahmen eines sogenannten „Persönlichen Budgets“ beziehen, was bedeutet, dass vom Kostenträger nach Bewilligung im Antragsverfahren anstelle einer Sach- oder Dienstleistung eine Geldleistung erbracht wird, mithilfe derer der Betrof-

fene die entstehenden Aufwendungen finanzieren kann.

Die Beantragung von rehabilitativen Leistungen in Form von Hilfen zur Erziehung im Rahmen der **Kinder- und Jugendhilfe** sieht einen formellen schriftlichen Antrag nicht vor. Es bedarf einer eindeutigen Willenserklärung der Personensorgeberechtigten (d. h. in der Regel beider Elternteile, wenn sie die gemeinsame Sorge ausüben), Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen zu wollen. Eltern sollten – da Hilfe zur Erziehung keine direkte Geldleistung wie in anderen Leistungsgesetzen beinhaltet – zunächst an das **Jugendamt** herantreten.

4. Welche Angaben gehören in den Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme, was ist bei der Begründung des Antrags besonders zu beachten und was gehört in die Stellungnahmen und Berichte der Ärzte und Therapeuten, um eine positive Entscheidung über einen Rehabilitationsantrag zu bekommen?

Ob ein Antrag auf eine medizinisch indizierte Rehabilitationsmaßnahme vom Kostenträger bewilligt wird, hängt unter anderem auch ganz entscheidend davon ab, ob in dem Antrag und in den beizufügenden Unterlagen die

entscheidenden, zielführenden Angaben enthalten sind. Wenn Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen abgelehnt werden, liegt das oftmals daran, dass wichtige Angaben fehlen bzw. dass nicht die Angaben gemacht worden

sind, auf die es nach den Bestimmungen des Kostenträgers ankommt.

Sehr wichtig für den Erfolg eines Rehabilitationsantrags sind auch die Unterlagen, die zur Unterstützung des Antrags dienen sollen, wie beispielsweise die Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte und Therapeuten. Wenn darin auf entscheidende Punkte nicht eingegangen wird, die für den Kostenträger wichtig sind, oder wenn die Ausführungen nicht aussagekräftig, nicht konkret oder nicht gut nachvollziehbar sind oder wenn sie nicht für die beim Kostenträger entscheidenden Sachbearbeiter verständlich und nachvollziehbar formuliert sind, ist oftmals auch das dafür verantwortlich, dass eine Rehabilitationsmaßnahme nicht bewilligt wird.

Im Folgenden soll daher darauf eingegangen werden, worauf es bei einem Rehabilitationsantrag ankommt.

Diagnose

In dem Antrag muss die medizinische Diagnose nach ICD-10 stehen¹⁷. Es muss demnach eine Notwendigkeit zur Rehabilitation bestehen. Bei einem Schwerpunkt der Rehabilitation

im medizinischen Bereich muss aus dem Antrag hervorgehen, dass die ambulanten Möglichkeiten vor Ort bereits stattgefunden haben. Es muss aufgezeigt werden, was konkret und wie viele ambulante Maßnahmen stattgefunden haben, welche Erfolge damit erzielt wurden und welche Erfolge sie nicht erbracht haben.

Kriterien für eine Rehabilitationsleistung

Rehabilitationsleistungen werden nicht ausschließlich unter der Maßgabe erbracht, dass Fähigkeiten verbessert werden, sondern auch um erreichte Ziele zu halten bzw. einer Verschlechterung entgegen zu wirken!

Die Kriterien, auf die es für eine Rehabilitationsmaßnahme ankommt, sind

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose und
- Rehabilitationsfähigkeit.

Demnach ist es wichtig, dass aus dem Antrag Folgendes erkennbar und durch geeignete Unterlagen belegt ist:

¹⁷ Nähere Erläuterungen zur „ICD 10“ siehe Kapitel 1 „Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der zuständige Kostenträger eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt?“

Rehabilitationsbedürftigkeit

Da für Rehabilitationsleistungen Voraussetzung ist, dass Teilhabeeinschränkungen drohen oder bereits eingetreten sind, muss im Rehabilitationsantrag eine rehabilitationsrelevante Schädigung/Beeinträchtigung benannt werden und es muss zwingend dargelegt werden, dass es sich um eine alltagsrelevante und um eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung von Aktivitäten und/oder Teilhabe handelt. Grundlage für die Beurteilung ist die „ICF“, ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe¹⁸.

Es ist wichtig, die Komplexität der Erkrankung, insbesondere in Bezug auf die Auswirkungen auf den jeweiligen Alltag des Betroffenen, nachvollziehbar darzustellen und durch geeignete Unterlagen zu belegen. Dies muss so geschehen, dass auch „Außenstehende“ ein lebhaftes, realistisches Bild vom erkrankungsbedingten Zustand und von dessen Auswirkungen im Alltag des Betroffenen bekommen.

Bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen sind als „alltagsrelevante Krankheitsfolgen“ zu benennen:

... die **Schädigung** (Impairment), also die durch die Hirnverletzung hervorgerufene Funktionsstörung sowie die „Normabweichung“ (Diagnose nach ICD-10), im überkommenen Sinne hier als Merkmale einer Behinderung verstanden;

... die **Fähigkeitsstörung** (Disability), also der Aktivitätsverlust oder die Einschränkung im „normalen“ Tagesablauf (bezogen auf Fortbewegen, Gehen, Anziehen; bezogen auf Selbstversorgung bzw. Aktivitäten des täglichen Lebens; bezogen auf alle kognitiven Tätigkeiten wie Lesen, Schreiben, Rechnen, Lernen, Erfassen von Zusammenhängen; bezogen auf alle Gedächtnisfunktionen – also das Behalten von Gehörtem/Gelesenem/Gelerntem; bezogen auf Aufmerksamkeit, hinsichtlich der Ausdauer beim Spielen oder Lernen im Hinblick auf die üblichen schulischen oder beruflichen Anforderungen; bezogen auf die soziale Kompetenz, zum Beispiel beim Führen

¹⁸ „ICF“ steht für „International Classification of Functioning, Disability and Health“ – in Deutsch: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Für Kinder und Jugendliche gilt die Version „ICF-CY“, die die Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Die deutschsprachige Fassung der ICF ist abrufbar unter www.dimdi.de, die deutschsprachige Fassung der ICF-CY ist nur über den Buchhandel erhältlich.

von Gesprächen, beim Bewältigen von Konfliktsituationen etc.);

... die **Beeinträchtigung** (Handicap), also das Ergebnis der Schädigung und der Fähigkeitsstörung sowie die Benachteiligung im Erfüllen der (sozialen) Rolle (z. B. Probleme mit der Handhabung von häuslichen Alltagsgegenständen oder Gegenständen/Arbeitsmaterialien im schulischen oder beruflichen Gebrauch etwa durch Lähmung des Armes nach Hirnverletzung).

Hieraus kann eine emotionale Belastung erwachsen, die sich darin äußern kann, dass der Betroffene häufig traurig ist, resigniert, die Freude, Neues zu lernen, verliert, sich aggressiv gegen den Verlust wehrt, bei Anforderungen bockig wird oder sich verschließt.

Daraus kann eine **psychosoziale Fehlanpassung** resultieren: Der Betroffene hat Mühe, sich anderen Kindern oder Jugendlichen anzuschließen, kann sich in der Gruppe nicht anpassen, kann nicht mit Konflikten umgehen, verliert den sozialen Anschluss an Gleichaltrige.

Das kann eine **Gefährdung der Teilhabe** bedeuten: Es bestehen oder drohen eingeschränkte Sozialkontakte, zum Beispiel in Peer Groups/Sportvereinen/Jugendgruppen, und/oder die

Gefahr, schulisch nicht an der Inklusion teilhaben zu können, oder eine Gefährdung des Ausbildungsplatzes.

An diesen **Kriterien** sollte man sich im Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme der jeweiligen Kostenträger orientieren, d. h. diese Begriffe sollte man aufgreifen und dazu dann ganz konkrete Detailangaben machen. Dabei ist es wichtig, dass die Angaben, die dazu im Antrag gemacht werden, mit entsprechenden Angaben in den ärztlichen und/oder therapeutischen Berichten, Stellungnahmen, Gutachten etc. übereinstimmen und durch diese untermauert werden. Wichtig ist, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten darauf achten, dass in ihren Berichten, Stellungnahmen und Gutachten konkrete und nachvollziehbare Angaben zu diesen und zu allen anderen nachfolgend noch zu nennenden Kriterien enthalten und insofern aussagekräftig sind. Und für die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen ist es wichtig, dass auch sie darauf achten, dass die Berichte, Stellungnahmen und Gutachten, die erstellt werden, Aussagen zu den entscheidenden Kriterien enthalten.

Gerade bei jüngeren Kindern ist darauf zu achten, dass auch eine verzögerte Entwicklung motorischer und kognitiver Leistungen oder der Verlust vormals beherrschter Prozesse aus-

drücklich eine Rehabilitationsbedürftigkeit begründet.

Bestand vor der akuten Erkrankung eine Vorschädigung, so muss eine bedeutsame Verschlechterung des Befundes konkret dargestellt werden, also aufgezeigt werden, worin genau der zusätzliche Leistungsverlust liegt (s. o.), und auf die eingeschränkten Kompensationsmöglichkeiten aufgrund der bereits vorher bestandenen Leistungseinschränkungen muss hingewiesen werden.

Wichtig ist eine individuelle Indikationserstellung für eine Rehabilitation, die der Komplexität des konkreten Falles im Hinblick auf die hier genannten Kriterien entspricht.

Wenn eine Rehabilitationsmaßnahme als Teilhabeleistung beantragt wird (s. o. „soziale Rehabilitation“ bzw. „medizinische/schulische Rehabilitation“), muss die bestehende oder drohende Teilhabebeeinschränkung konkret geschildert und belegt werden.

Realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele

Das Ziel, das mit der Rehabilitationsmaßnahme verfolgt wird, muss klar und eindeutig genannt und beschrieben werden. Wichtig ist, bei diesem Punkt im Blick zu haben und bei den Angaben zur Zielsetzung zu berücksichtigen, auf welches Rehabilitationsziel es nach den Bestimmungen des jeweiligen Kostenträgers, der die Maßnahme gewähren soll, ankommt (Schwerpunkt medizinisch-pädagogisch; medizinisch-beruflich; beruflich).

Für eine Rehabilitationsleistung der **Krankenversicherung** muss aus dem Antrag insbesondere hervorgehen, dass nur mit einer stationären medizinisch basierten multiprofessionellen Versorgung Fortschritte in Richtung der genannten Ziele (bezogen auf die oben genannte Schädigung/Fähigkeitsstörung/Beeinträchtigung) gemacht werden können.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen der **Krankenversicherung** muss im Hinblick auf die Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen¹⁹ zu den im jeweiligen

¹⁹ „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdkK)“ – http://www.mdk.de/media/pdf/15_BRL_VorsorgeReha.pdf

Antrag konkret benannten „**alltagsrelevanten Krankheitsfolgen**“ (s. o. unter „Rehabilitationsbedürftigkeit“) herausgearbeitet werden, dass und wie mit der Rehabilitationsmaßnahme der bestehenden Schädigung/Fähigkeitsstörung/Beeinträchtigung entgegengearbeitet werden soll und kann. Auch das sollte nachvollziehbar, also detailliert, konkret, und anschaulich dargestellt werden.

Ziel, welches mit der Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die bestehenden oder drohenden alltagsrelevanten Krankheitsfolgen angestrebt wird, kann unter Bezugnahme auf das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eines oder können mehrere der folgenden sein:

- Krankheitsfolgen zu vermeiden,
- Krankheitsfolgen zu beseitigen,
- Krankheitsfolgen zu vermindern,
- Verschlimmerung zu verhindern, oder – wenn bzw. soweit das nicht möglich ist –
- die Befähigung zu erwerben, mit den Krankheitsfolgen im Alltag zu leben.

Dabei geht es darum, den Betroffenen in die Lage zu versetzen oder ihm die

Fähigkeiten zu erhalten, sein Leben möglichst selbständig und unabhängig zu führen und seine Selbstbestimmungsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Anspruch und Ausgestaltung einer Rehabilitationsleistung der **gesetzlichen Unfallversicherung** müssen mit dem zuständigen Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherung geklärt werden.

Für eine Rehabilitationsleistung der **Rentenversicherung** muss aus dem Antrag hervorgehen, dass die Leistungsfähigkeit in Schule, Beruf und Alltag wiederhergestellt oder verbessert werden soll. Das Ergebnis einer Rehabilitation soll stets eine nachhaltige Sicherung der Lebensqualität und der (späteren) Erwerbsfähigkeit sein.

Für eine Rehabilitationsleistung der **Bundesagentur für Arbeit** muss aus dem Antrag hervorgehen, dass die medizinische Rehabilitation abgeschlossen ist und weiterhin die Teilhabe am Arbeitsleben eingeschränkt oder bedroht ist. So ist zu benennen, dass der Jugendliche beispielsweise eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme durchführen sollte und dazu auch in

der Lage ist. In diesem Rahmen ist es ebenso möglich, auf einen Hauptschulabschluss bzw. vergleichbaren Schulabschluss vorbereitet zu werden. Der Rehabilitationsantrag bzw. die sogenannte berufliche Rehabilitation zielen immer auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ab.

Für eine Rehabilitationsleistung der **Träger der Sozialhilfe** muss aus dem Antrag hervorgehen, dass eine Behinderung des Kindes oder des Jugendlichen besteht bzw. dass diese droht und deshalb entsprechende soziale Teilhabe nicht gewährleistet ist, und dass die rehabilitative Maßnahme für die Entwicklung des Betroffenen geeignet und notwendig ist. Dies bedeutet demnach, dass die Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Mittelpunkt stehen – sowohl die Eröffnung als auch die Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zu beachten ist darüber hinaus, dass die Sozialhilfe als Träger von Leistungen zur Rehabilitation nur dann verantwortlich ist, wenn alle anderen Träger die Leistungen nicht übernehmen. Eine neue Regelung ergibt sich im Jahr 2020, wenn nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) das Recht der Ein-

gliederungshilfe als neuer zweiter Teil in das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) überführt wird.

Für eine Rehabilitationsleistung der **Träger der Kinder- und Jugendhilfe** muss aus dem Antrag hervorgehen, dass eine dem seelischen Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende soziale Teilhabe nicht gewährleistet ist und die Hilfe, einem medizinischen Konzept zu Grunde liegend, für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

Auch im Hinblick auf die Rehabilitationsziele ist es sehr wichtig, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten darauf achten, dass in ihren Berichten, Stellungnahmen und Gutachten konkrete und nachvollziehbare Angaben zu diesen und zu allen anderen nachfolgend noch zu nennenden Kriterien enthalten und insofern aussagekräftig sind. Und für die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen ist es wichtig, dass auch sie darauf achten, dass die Berichte, Stellungnahmen und Gutachten, die erstellt werden, Aussagen zu den entscheidenden Kriterien enthalten. Das gilt auch für alle weiteren Entscheidungskriterien, die hier noch genannt werden.

Rehabilitationsprognose

Damit ein Antrag auf Rehabilitation genehmigt wird, muss zum Ausdruck kommen, dass die Maßnahme Aussicht auf Erfolg hat, dass und warum also das mit der Maßnahme angestrebte Ziel tatsächlich erreichbar ist.

Sehr wichtig ist, die in dem Antrag gemachten Angaben zum Rehabilitationsziel und zur Aussicht auf Zielerreichung auch zu belegen – insbesondere durch ärztliche oder therapeutische Unterlagen. Entscheidend ist dabei, dass in den ärztlichen oder therapeutischen Unterlagen zum Rehabilitationsziel und zur Aussicht auf Zielerreichung das steht, worauf es für eine Bewilligung des Rehabilitationsantrags ankommt. Darauf sollte man ebenfalls als Betroffener bzw. Angehöriger achten. Sollte es noch keine ärztlichen bzw. therapeutischen Unterlagen geben, die auf diese Punkte entsprechend eingehen, sollte man sich darum bemühen, entsprechende Berichte oder Stellungnahmen von den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten zu bekommen.

Rehabilitationsfähigkeit

Außerdem muss der Betroffene rehabilitationsfähig sein; d. h. der Zustand des Betroffenen muss so sein, dass eine Teilnahme an der beantragten Maßnahme möglich ist. Dies bedeutet, dass die akute Behandlung der Erkrankung weitgehend abgeschlossen sein sollte. Ebenso sollte der Betroffene in der Lage sein, physisch und psychisch an den rehabilitativen Leistungen aktiv in dem jeweiligen individuellen Rahmen teilnehmen zu können. Er muss also körperlich und geistig ausreichend belastbar und motiviert bzw. motivierbar sein. Diese Voraussetzungen gelten für schwer beeinträchtigte Patienten (Rehabilitationsphase B²⁰) allerdings nur bedingt.

²⁰ Phaseneinteilung der Bundesanstalt für Rehabilitation (BAR): Phase A: Akutbehandlung - Neurologische neurochirurgische, inter-nistische Klinik (Intensivstation). Phase B: Frührehabilitation - Frührehabilitation mit noch meist schweren Bewusstseinsstörungen. Phase C: Weiterführende Rehabilitation - Der Patient kann in der Therapie bereits mitarbeiten, muss aber noch mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden. Phase D: Medizinische Rehabilitation - Tritt nach Abschluss der Frühmobilisierung ein und stellt die medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne dar.

Kriterien für eine Vorsorgeleistung

Rehabilitationsmaßnahmen kommen auch als Vorsorgeleistung in Betracht. Dann sind die maßgeblichen Kriterien

- Vorsorgebedürftigkeit und
- Vorsorgefähigkeit und
- realistische Vorsorgeziele und
- eine positive Vorsorgeprognose.

Demnach müssen in dem Fall, dass eine Rehabilitationsmaßnahme als Vorsorgeleistung beantragt wird, aus dem Rehabilitationsantrag Angaben zu diesen vier Kriterien hervorgehen. Die vorherigen Hinweise gelten hier sinngemäß.

Wichtige Angaben für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Wird eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme beantragt, muss dargelegt werden, dass die in Betracht kommenden ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft wurden oder dass es geeignete ambulante Maßnahmen nicht gibt oder dass sie (alleine) nicht ausreichend wirksam sind.

Als Begründung für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme kommen beispielsweise folgende Argumente in Betracht:

- Die benötigten Therapieformen sind vor Ort nicht verfügbar, sondern nur in einer spezialisierten Einrichtung mit entsprechender Erfahrung.
- Es gibt kein ambulantes Therapiezentrum mit dem passenden Angebot (und/oder Vertrag mit dem Kostenträger) in erreichbarer Nähe.
- Eine Durchführung der benötigten Therapien in ambulanter Form ist wegen einer bestehenden Einschränkung der Mobilität nicht realisierbar.
- Aus therapeutischen Gründen ist eine zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld notwendig.
- Die soziale, familiäre Situation ist schwierig (Sozialarbeit).
- Im Fall einer ambulanten Reha wäre die häusliche Versorgung nicht gesichert.
- Es ist ein multidisziplinäres Team erforderlich, z. B. im Hinblick auf
 - kognitive Testung, kognitives Training,
 - intensive Sprach- und Sprechtherapie,

- Schluckdiagnostik, -therapie
- Ergotherapie in Verbindung mit speziellen Methoden (z. B. Forced Use²¹),
- Behandlungen der Mobilitätseinschränkung und/oder Beweglichkeitseinschränkung (Physiotherapie, Gangtrainer, Laufbandtraining etc.),
- psychologische Behandlung wegen psychischer Überlagerung, Depression, Schwierigkeit der Krankheitsverarbeitung, Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen neuropsychologischen Untersuchung unter Einbezug von Schule oder Berufstherapie o. ä.,
- Maßnahmen zum Erwerb von Entspannungstechniken,
- Diät- bzw. Ernährungsberatung, Patientenschulungen,
- Haushaltstraining und Training der selbständigen Lebensführung,
- Stärkung bzw. (Neu-) Einübung sozialer Kompetenz,
- schulische/berufliche Orientierung,
- kreativtherapeutische Versorgung,
- ärztliche Betreuung.

Nach den Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen²² ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert, wenn das Rehabilitationsziel nur durch eine multidisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Zur Begründung kommt es dabei auf folgende Kriterien an:

- Individualität
- Komplexität
- Interdisziplinarität
- Finalität (d. h. auf ein Ziel ausgerichtet)

An diesen Kriterien sollte man sich also im Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme orientieren, d. h. diese Begriffe sollte man aufgreifen und dazu dann ganz konkrete Detailangaben machen (s. o.). Und natürlich muss auch dazu dann eine günstige Rehabilitationsprognose abgegeben werden und Rehabilitationsfähigkeit bestehen.

²¹ Die Forced-Use-Therapie ist ein zeitintensives Trainingsverfahren, das verbunden mit einem Handfunktionstraining den Betroffenen hilft, verloren gegangene Alltagsfunktionen wieder zu erlernen und das verhindert, dass Patienten mit einer Hemiparese die betroffene Seite vernachlässigen.

²² „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdkK)“ – http://www.mdk.de/media/pdf/15_BRL_VorsorgeReha.pdf

5. Welche Unterlagen müssen dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme beigelegt werden?

Dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme müssen die aktuellen ärztlichen und therapeutischen Unterlagen wie z. B. Berichte, Stellungnahmen, Atteste und – falls vorhanden – Gutachten beigelegt werden. Hinweise dazu, worauf es bei diesen Unterlagen inhaltlich ankommt, sind unter Frage 4 dieser Handlungshilfe zu finden.

Gibt es medizinische und/oder therapeutische Unterlagen in den Akten von anderen Stellen/Behörden/Leistungsträgern/Kostenträgern (z. B. Epikrisen, Therapieberichte, medizinische, psychologische oder pädagogische Gutachten oder Stellungnahmen), sollte man sich diese nach Möglichkeit auch besorgen und dem Antrag beifügen. Andernfalls sollte bei der Antragsstellung der Hinweis erfolgen, dass und welche Unterlagen es bei welchen anderen Stellen noch gibt und beantragen, dass der Kostenträger sie hinzuzieht und ebenfalls berücksichtigt. Hierzu ist eine jeweils individuelle Schweigepflichtentbindung zu erteilen, die die von der Schweigepflicht zu entbindende Stelle, die Stelle, der die Unterlagen zur Verfügung gestellt werden sollen sowie die betreffenden

Unterlagen konkret benennt. Allgemeine Schweigepflichtentbindungen ohne Angabe einer Institution/eines Behandlers sind aus Datenschutzgründen nicht gültig. In der Regel stellen die Kostenträger entsprechende Formulare bereit.

Ist eine Schwerbehinderung anerkannt, sollte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beigelegt werden.

Ist Pflegebedürftigkeit anerkannt, sollte eine Kopie des Pflegebescheides beigelegt werden.

Ist eine Rente gewährt worden, sollte eine Kopie des Rentenbescheides beigelegt werden.

Wenn man einen Wunsch oder Vorschlag hat, in welcher Einrichtung die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden sollte, sollte man auch diesen Wunsch oder Vorschlag im Rehabilitationsantrag vermerken. Denn Patienten bzw. ihre Eltern/Vertreter haben das Recht, eine Einrichtung auszuwählen („Wunsch- und Wahlrecht“) und die Kostenträger haben berechtigten Wünschen der Betroffenen zu entsprechen²³.

²³ Gesetzliche Grundlage: § 8 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

Voraussetzung ist dabei natürlich immer, dass es sich um eine für den konkreten Rehabilitationsbedarf des Betroffenen geeignete Einrichtung handelt. Auch der Arzt kann aus fachlichen Gründen eine bestimmte Einrichtung vorschlagen; in diesem Fall sollte der Arzt das ebenfalls ausdrücklich vermerken. Entspricht der Rehabilitationsträger dem Wunsch nicht,

so muss er dies durch einen entsprechenden Bescheid begründen. Gegen diesen Bescheid kann der Betroffene gegebenenfalls Widerspruch einlegen. Weiteres zum Thema „Widerspruch“ ist in dieser Handlungshilfe unter der Frage 14: „Wie kann man bei einer ablehnenden Entscheidung eines Kostenträgers verfahren?“ nachzulesen.

6. Welche therapeutischen Leistungen umfasst eine Rehabilitationsmaßnahme?

Welche Leistungen über die medizinischen Anwendungen hinaus erbracht werden, hängt von der Zielsetzung der Rehabilitationsmaßnahme ab.

Die zu erbringenden Leistungen sind stets von den medizinischen und neuropsychologischen Voraussetzungen der Patienten abhängig, und daher sind therapeutische Ziele individuell nach dem biopsychosozialen Modell der ICF²⁴ gemeinsam mit dem Rehabilitanden und/oder seinen Angehörigen zu planen. Eine Partizipation, d. h. Teilhabe der Patienten in allen Lebensbereichen, Handlungsfähigkeit

im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität sind stets das Ziel. Hierzu bedarf es eines umfassenden medizinischen, neuropsychologischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitationsangebotes, das im Rahmen eines Fallmanagements (auch Casemanagement genannt)²⁵ inhaltlich aufeinander abgestimmt werden muss. Dabei sind die Rehabilitanden selbst oder ihre Angehörigen bei der Bestimmung der Behandlungsschwerpunkte und der Entwicklung von Lebensperspektiven einzubeziehen und zu unterstützen.

²⁴ Siehe Kapitel 1, Fußnote 11

²⁵ Definition laut Wikipedia: „Fallmanagement (oder auch Case Management oder Casemanagement oder auch Fallführung) bezeichnet ein Ablaufschema in sozialer Arbeit. Das Ziel im Fallmanagement ist eine wohl organisierte und bedarfsgerecht auf den einzelnen Fall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Versorgungsbedarf eines Klienten oder Patienten erbracht wird. Dabei wird als Leistung die gesamte Unterstützung sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.“ Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/Fallmanagement>, Stand: 09.01.2017

Zum Leistungsspektrum einer neurologischen Rehabilitationsklinik gehören:

- **medizinische Diagnostik, Behandlung und Beratung, allgemein- und fachärztliche Betreuung** der Patienten, Veranlassung und Durchführung während der Behandlung notwendiger (Kontroll-)Untersuchungen, Steuerung des gesamten Rehabilitationsprozesses, Beratung von Patienten/Angehörigen in allen für die Rehabilitation bedeutsamen Angelegenheiten in Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen, Kooperation mit den zuweisenden Ärzten und Kliniken sowie mit den weiterbehandelnden Institutionen
- **Physiotherapie** sowie Bewegungs- und Sporttherapie mit dem Ziel der Verbesserung alltagsrelevanter, selbständiger motorischer Fertigkeiten als Voraussetzung für Aktivität und Teilhabe mit modernen therapeutischen Konzeptionen wie Laufbandtraining zur Verbesserung der Gehfähigkeit, struk-

turiertes Handfunktionstraining/CIMT (Constraint-Induced-Movement-Therapy), passive Maßnahmen wie Muskeldehnungen, zirkuläre Gipse und Lagerungsschienen, Anpassung von Hilfsmitteln und Orthesen

- **Ergotherapie** mit den Schwerpunkten ADL-Training (d. h. Behandlung und Training individuell eingeschränkter Bereiche im Alltag, die für den Betroffenen wichtig und von Bedeutung sind, z. B. alltägliche Tätigkeiten wie Körperpflege oder die Einnahme von Mahlzeiten), Hilfsmittelversorgung, motorisch-funktionelles Training, Wahrnehmungstraining, Training alltagsrelevanter kognitiver Funktionen
- **Logopädie** mit Schwerpunkten in der Anbahnung von Kommunikationsmöglichkeiten und in der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen in der Frührehabilitation, Diagnostik und Therapie von Aphasien²⁶, Dysarthrophonien²⁷, Sprechapraxien²⁸, Facialisparesen²⁹ und Stimmstörungen, Sprachent-

²⁶ Störungen der Sprache aufgrund einer Schädigung im Gehirn

²⁷ Im Gegensatz zur Aphasie, die das übergeordnete System der Verwendung des Systems Sprache mit Wortwahl, Grammatik und auch Schriftsprache betrifft, ist bei einer Dysarthrie oder auch Dysarthrophonie das Sprechsystem in Bezug auf Atmung, Stimmgebung und Artikulation beeinträchtigt. Menschen, die unter einer „reinen“ Dysarthrie leiden, können normal verstehen, schreiben und lesen und schriftlich wohlgeformte Sätze bilden, haben aber Probleme mit der Sprechatmung, der Stimme und/oder der Aussprache (Artikulation).

²⁸ Störung der Initiierung und Exekution der für das Sprechen notwendigen Bewegungsabläufe

²⁹ Funktionsstörung/Lähmung des für die mimische Gesichtsmuskulatur zuständigen Hirnnerven

wicklungsstörungen unterschiedlicher Ursachen, Lese-/Rechtschreibproblemen und sensomotorisch³⁰ bedingten Störungen der Nahrungsaufnahme.

■ **Musiktherapie** als gezielter Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit; Schwerpunkte sind Kontaktabbau auf nicht-sprachlicher Ebene, Entspannung, Tonusregulierung, Angstabbau und Förderung der Selbstwahrnehmung sowie basale Stimulation mit musiktherapeutischen Mitteln.

■ **Neuropsychologie** mit Schwerpunkten wie einer ausführlichen und differenzierten Diagnostik, Entwicklung eines effizienten neuropsychologischen Behandlungsansatzes in Kooperation mit den vorgenannten Therapeuten, mit der Schule und Berufstherapie, neuropsychologische Funktions-therapie, Aufklärung, Beratung und Motivierung des Patienten, therapeutische Gespräche zur Krankheitsbewältigung, psychotherapeutische Maßnahmen, Beratung und thera-

peutische Begleitung von Angehörigen, Rehabilitationsplanung. Welche dieser Leistungen schwerpunktmäßig angeboten werden, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten vor dem Hintergrund der neuropsychologischen und psychologischen Diagnostik.

■ **Sozialdienst mit sozialrechtlicher Beratung/Unterstützung** im Hinblick auf finanzielle Absicherung (Krankengeld, Übergangsgeld, Grundsicherung, Erwerbsminderungsrente), Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, von Leistungen der Pflegeversicherung, gesetzliche Betreuung, psychosoziale Beratung, Beratung zur schulischen/beruflichen Rehabilitation, Entlassplanung (d. h. wie es nach der Entlassung weitergeht, ob z. B. häusliche Pflege, familienunterstützende Maßnahmen erfolgen und wie es mit der ambulanten/stationären Versorgung weitergeht), Organisation weiterführender Maßnahmen einschließlich Klärung der Zuständigkeit für die Erbringung der Leistungen, stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf, ferner empfehlen sie den Betroffenen entsprechende Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen.

³⁰ Störungen im Zusammenspiel von sensorischen, also wahrnehmungsbedingten, und motorischen, also bewegungstechnischen, Leistungen

■ **Sozialpädagogischer Dienst** mit den Schwerpunkten der Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit in alltagsrelevanten Handlungen, der Förderung von Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Hilfe bei der Entwicklung von emotionaler Stabilität, Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit, Unterstützung des Rehabilitanden bei der Wiedererlangung von Gruppenfähigkeit in Einzel- und Gruppengesprächen, heilpädagogische Förderung

■ **Schule**, die eng interdisziplinär mit den medizinisch-therapeutischen Bereichen und der Neuropsychologie zusammenarbeitet, dabei eine individuelle Förderung mit dem Ziel einer bestmöglichen späteren Teilhabe in Kindergarten, Schule und Beruf anbietet; Förderung auf individualisiertem Niveau für alle Altersstufen und Bildungsniveaus, welche mit den

Bildungsvorgaben aller Bundesländer abgestimmt ist. Die pädagogische Förderung wird eingebunden in einen Gesamt-Therapieplan. Die Angebotsstruktur ist durchlässig. Die jeweiligen Anforderungen sind auf die aktuellen Rehabilitationsziele der Rehabilitanden abgestimmt und können unterschiedlichste Gestaltung und Gewichtung haben.

■ **Berufstherapie**, die den Rehabilitanden auf eine Ausbildung oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit vorbereitet und bei einer eventuell notwendigen behinderungsbedingten beruflichen Neu- oder Umorientierung hilft – Maßnahmen wie Arbeitstraining, medizinische Belastungserprobungen, Arbeitstherapie, berufliche Eignungsabklärungen, Arbeitserprobungen sowie berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen können durchgeführt werden.

7. Wann übernimmt der Kostenträger auch die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige?

Die **Krankenkassen** bewilligen bei Kindern in der Regel bis zum zwölften Lebensjahr die Übernahme der Kosten für eine Begleitperson. Bei Kindern nach dem vollendeten zwölften Lebensjahr wird im Einzelfall entschieden, ob eine Begleitperson aus dringenden medizinischen Gründen notwendig ist. Die Krankenkassen legen die ärztliche Begründung dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Beurteilung vor.

Die Deutsche **Rentenversicherung** erkennt die Möglichkeit einer Begleitung durch eine Begleitperson grundsätzlich bei Kindern bis zum zehnten Lebensjahr an, außer, wenn das aufgrund der Erkrankung bzw. des Verlaufs der Erkrankung kontraindiziert ist. Bei Kindern nach dem vollendeten zehnten Lebensjahr erkennt die Rentenversicherung die Möglichkeit einer Begleitung an, wenn dafür eine medizinische Notwendigkeit besteht. Davon ist insbesondere dann auszugehen, wenn das Kind sich nicht artikulieren kann und die Begleitperson insofern eine Vermittlerrolle

spielt, oder wenn bei behinderten Kindern die unterstützende Hilfe der Begleitperson zur Erreichung des Rehabilitationserfolges erforderlich ist, ferner grundsätzlich bei Kindern mit Mukoviszidose, onkologischen oder kardiologischen Erkrankungen. Bei Kindern nach dem vollendeten zehnten Lebensjahr kann unter dem Gesichtspunkt einer Förderung des Ablöseprozesses und der Autonomieentwicklung auch eine zeitweise Begleitung in Betracht kommen (in der Regel dann für eine Woche). Ob die Unterbringung der Begleitperson in der Rehabilitationseinrichtung oder in einem anderen Gebäude erfolgt, hängt von der Indikation für die Begleitung ab (z. B. ob die Begleitperson die Rolle eines Vermittlers hat oder ob es um die Förderung von Ablösung und Autonomie geht)³¹.

Findet die Rehabilitationsmaßnahme in Kostenträgerschaft der **gesetzlichen Unfallversicherung** statt, ist es immer eine Einzelfallentscheidung, ob die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige vom gesetzlichen Unfall-

³¹ Gesetzliche Grundlage für die Übernahme der Kosten für eine Begleitperson ist im Fall der Rentenversicherung § 15a Absatz 2 Satz 1 Ziffer 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

versicherungsträger übernommen werden. Hierbei bezieht der gesetzliche Unfallversicherungsträger die gesamten konkreten und individuellen Umstände des jeweiligen Falles in seine Entscheidungsfindung ein. Dabei kommt es insbesondere darauf an, ob die Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist bzw. ob sie erforderlich ist, um das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen. Neben medizinischen Aspekten wie dem Verletzungsbild in seinen konkreten Auswirkungen spielen dabei beispielsweise auch der Betreuungs-, Unterstützungs- und Hilfebedarf des Patienten und bei Kindern besonders auch deren Alter, aber auch eventuelle weitere Gesichtspunkte eine Rolle. Falls der Unfallversicherungsträger die Kosten für eine Begleitperson übernimmt, beinhaltet das nicht nur die Fahrt-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten, sondern, wenn der Begleitperson ein Verdienstausschlag entsteht, den Ersatz dieses Verdienstausschlages. Ansonsten kann auch die Zahlung von Kinderpflege-Verletztengeld in Betracht kommen.

Findet die Rehabilitationsmaßnahme in Kostenträgerschaft der **Sozialhilfe** oder der **Jugendhilfe** statt, entschei-

det der Fachdienst des Amtes im Sinne einer Einzelfallentscheidung.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen der **Bundesagentur für Arbeit** (BA) kommt diese Frage eigentlich nie auf. Theoretisch denkbar wäre, dass die BA die Kosten für eine „Leerfahrt“ übernehmen würde, wenn Eltern ihr Kind in die Rehabilitationseinrichtung bringen bzw. es aus der Reha abholen.

Werden die Kosten für eine Begleitperson vom Rehabilitationsträger übernommen, entstehen im Haushalt der Begleitperson möglicherweise Kosten für eine Haushaltshilfe, die – wenn in dem Haushalt Kinder bis zum zwölften Lebensjahr zu versorgen sind und kein Haushaltsangehöriger sonst den Haushalt während der Abwesenheit der Begleitperson führen kann – ebenfalls vom Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme getragen werden. Alternativ kommt in Betracht, dass die Begleitperson des Rehabilitanden ein Geschwisterkind oder mehrere Geschwisterkinder in die Rehabilitation mitnimmt. In diesem Fall kommt eine Übernahme der Unterbringungskosten für die Geschwisterkinder anstatt einer Haushaltshilfe in Betracht. Ob und in welcher Höhe

der Kostenträger die Kosten für eine Haushaltshilfe oder für die Unterbringung von Geschwisterkindern übernimmt, sollte man im Vorhinein mit dem Kostenträger klären³².

Findet die Reha auf Kosten der **Krankenkasse** statt, kann man sich ein Antragsformular zur Beantragung einer Haushaltshilfe bzw. Mitaufnahme eines Geschwisterkindes von der Krankenkasse zuschicken lassen oder u. U. den Antrag auch formlos stellen. Das

ist von Krankenkasse zu Krankenkasse verschieden.

Findet die Reha auf Kosten der **Rentenversicherung** statt, kann man ein Antragsformular (G1725-13, Stand 16.12.2015) zur Beantragung einer Haushaltshilfe bzw. Mitaufnahme eines Geschwisterkindes unter www.deutsche-rentenversicherung.de → Formulare und Anträge → Versicherte → Rehabilitation → Antragspaket Haushaltshilfe (G581) abrufen.

8. Welche Zuzahlungen müssen die Patienten leisten?

Wenn die **gesetzliche Unfallversicherung** Kostenträger einer Rehabilitationsmaßnahme ist, fallen keine Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen, Arzneimitteln, physiotherapeutischen Anwendungen, Fahrten zu ärztlichen, therapeutischen, Krankenhaus- oder Klinikbehandlungen u. ä. an. Für Arznei- und Verbandmittel kommen jedoch u. U. Festbeträge zur Geltung, d. h. wenn das Ziel der Heilbehandlung mit Arznei- und Verbandmitteln zu erreichen ist, für die Festbeträge festgesetzt sind, trägt der Unfallversicherungs-

träger die Kosten bis zur Höhe dieser Beträge. Verordnet der Arzt in diesen Fällen ein Arznei- oder Verbandmittel, dessen Preis den Festbetrag überschreitet, hat der Arzt den Versicherten auf die sich aus seiner Verordnung ergebende Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen³³. Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Unfallversicherung gehören, müssen selbst bezahlt werden.

Für Kinder sowie Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres fal-

³² Gesetzliche Grundlagen für die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe oder die Mitaufnahme eines Geschwisterkindes sind – im Fall der Krankenkasse § 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V in Verbindung mit § 74 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX – im Fall der Rentenversicherung § 28 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI in Verbindung mit § 74 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

³³ § 29 Abs. 1 Sätze 2 und 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII

len auch bei der **Krankenversicherung** keine Zuzahlungen an. Einzige Ausnahme: Zu Fahrtkosten müssen auch Kinder und Jugendliche eine Zuzahlung leisten. Für Patienten, die 18 Jahre oder älter sind, fallen bei Leistungen der Krankenversicherung Zuzahlungen an.

In der Regel klärt die Rehabilitationsklinik die Zuzahlungen und berät die Angehörigen. Die Verfahrensweisen sind sehr abhängig vom jeweiligen Kostenträger, auch von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. Orientierend kann man davon ausgehen, dass bei den Krankenkassen bei Rehabilitanden ab 18 Jahre folgende Regelungen gelten:

- Für **Arznei- und Verbandmittel** auf Rezept muss der Patient 10 Prozent des Abgabe-Preises selbst zahlen, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen bis auf wenige Ausnahmen selbst bezahlt werden.
- Für die **Behandlung im Krankenhaus** müssen 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage gezahlt werden.

- Bei **ambulanten und stationären Kuren (Rehabilitationsmaßnahmen)** werden grundsätzlich 10 Euro pro Tag für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme erhoben, in Ausnahmefällen wird die Zuzahlung auf 28 Tage jährlich begrenzt, zum Beispiel bei Anschlussheilbehandlungen.

- Bei **Heilmitteln** sind 10 Prozent der Kosten je Anwendung plus 10 Euro je Verordnung zu tragen.

- Bei **Hilfsmitteln** tragen Versicherte 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro.

- Bei der Inanspruchnahme von **Haushaltshilfen** tragen sie 10 Prozent der täglichen Kosten, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro.

- Bei **Fahrtkosten** muss der Patient 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt zahlen. Diese Zuzahlung müssen auch Kinder leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bezüglich der Zuzahlungsregelungen finden sich weitere übersichtliche Informationen zu den Themen „Zuzahlungen“ und „Eigenanteile“ in www.wikipedia.de unter dem Suchwort „Selbstbeteiligung“.

Wenn die **Rentenversicherung** Kostenträger ist, gilt³⁴: Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen 10 Euro. Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation); als unmittelbar

gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Wenn die **Bundesagentur für Arbeit** Kostenträger ist, fallen keine Kosten (Zuzahlungen) für den Betroffenen an, es sei denn, dass der Betroffene Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs in Anspruch nehmen möchten.

9. Welche Leistungen müssen Betroffene selbst bezahlen?

Therapien, die der Leistungskatalog des jeweiligen Kostenträgers nicht vorsieht, müssen Betroffene gegebenenfalls selbst bezahlen, wenn sie sie trotzdem in Anspruch nehmen wollen.

So hat die **gesetzliche Unfallversicherung** im Rahmen der Heilbehandlung diejenigen Heilbehandlungsmaßnahmen zu gewähren, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Unter dieser

Prämisse hat der Unfallversicherungsträger im Einzelfall über Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden³⁵. Maßnahmen, deren Qualität und Wirksamkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, werden nicht bewilligt. Die Kosten einer solchen Behandlungsmaßnahme muss also der Versicherte selbst tragen, wenn er sie dennoch durchführen lässt.

³⁴ § 32 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

³⁵ § 26 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII

Unter Umständen werden Leistungen aber vom **Träger der Jugendhilfe** übernommen, wenn andere Träger sie nicht erbringen³⁶, z. B.

- ambulante Musiktherapie, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen ist,

- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder oder Jugendliche in Form von Psychotherapie in einem Verfahren, welches kein Richtlinienverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung ist (z. B. Spieltherapie, Kunsttherapie, Systemische Familientherapie),

- integrative Lerntherapie,

- Hilfen zur Erziehung,

- Frühförderung.

Allerdings bestimmt das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs, das Bundesteilhabegesetz, dass die Leistungsträger im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften die Leistungen nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität erbringen, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden³⁷.

10. Wer kommt als Kostenträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit einem erworbenen Hirnschaden in Betracht?

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von der Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung, den Trägern der Sozialhilfe und der Jugendhilfe sowie den Trägern der

Kriegsopferversorgung/-fürsorge erbracht. Die Bundesagentur für Arbeit erbringt keine Rehabilitationsleistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern ausschließlich zur beruflichen Rehabilitation.

³⁶ Grundlage dafür ist dann § 35a Achstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

³⁷ § 4 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IX

11. Wonach richtet es sich, welcher Kostenträger zuständig ist?

Die **gesetzliche Krankenversicherung** ist unabhängig von der Ursache einer erlittenen Hirnverletzung für die bei ihr versicherten oder familienversicherten Kinder und Jugendlichen zuständig. Ihre Leistungspflicht kann allerdings gegenüber der Leistungspflicht mancher anderer Träger zurücktreten, wenn nach Lage des Falles deren Zuständigkeit gegeben ist und Vorrang hat.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** kommt als Rehabilitationsträger für Jugendliche und junge Erwachsene in Betracht, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, sofern sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen³⁸ und eine günstige Erwerbsprognose besteht³⁹.

Ferner kann die gesetzliche Rentenversicherung für Kinder von rentenversicherten oder berenteten Eltern Rehabilitationsmaßnahmen erbringen⁴⁰. Das setzt voraus, dass einerseits bei den Eltern die Voraussetzungen für

den Versicherungsschutz der Rentenversicherung erfüllt sind⁴¹ und dass andererseits das betroffene Kind oder der betroffene Jugendliche die persönlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Letzteres ist dann der Fall, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann⁴². Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation leistet die Rentenversicherung in diesen Fällen grundsätzlich für Kinder oder Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, darüber hinaus für Jugendliche, die wegen einer Behinderung nicht selbst für sich sorgen können, bis zu deren 27. Lebensjahr.

Die **gesetzliche Unfallversicherung**⁴³ ist insbesondere in den Fällen zuständig, in denen die Hirnschädigung durch

³⁸ §§ 10 und 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

³⁹ § 9 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

⁴⁰ Rechtsgrundlage für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung für Kinder von Versicherten ist § 15a Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI.

⁴¹ §§ 10 und 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI

⁴² § 15 a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VI

⁴³ je nach Bundesland die Unfallkasse oder Landesunfallkasse, die Kommunale Unfallversicherung oder der Gemeindeunfallversicherungsverband – Adressen auf der Internetseite www.dguv.de unter dem Link Berufsgenossenschaften/Unfallkassen/Landesverbände

einen Unfall beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule oder einer Kindertageseinrichtung eingetreten ist, aber auch in anderen Fällen, für die gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht⁴⁴. Ist die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben⁴⁵, so hat sie Vorrang vor allen anderen gesetzlichen Kostenträgern, insbesondere gegenüber der Krankenversicherung.

Die **Bundesagentur für Arbeit** ist bei Erfüllung allgemeiner Schulpflicht zuständig, wenn eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen ist und eine berufliche Eingliederung angestrebt wird.

Die **Träger der Sozialhilfe** erbringen **Eingliederungshilfe** für behinderte Menschen bei körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen⁴⁶. Leistungsberechtigt sind Personen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit

oder seelische Gesundheit wesentlich und mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft daher beeinträchtigt ist. Voraussetzung für die Leistung ist, dass nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Ob Eingliederungshilfeleistungen vom Träger der Sozialhilfe in Betracht kommen, hängt außerdem vom Einkommen ab.

Die **Träger der Jugendhilfe** erbringen **Jugendhilfeleistungen** für Kinder und

⁴⁴ Rechtsgrundlage für den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung sind § 2 ff Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII, bei Kindern insbesondere § 2 Absatz 1 Nr. 2 und Nr. 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII. Rechtsgrundlage für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherung ist § 27 Abs. 1 Nr. 7 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII (vgl. auch § 26 Absatz 2 Nrn. 1 und 3 bis 7, Absatz 3 SGB IX).

⁴⁵ Näheres dazu, für welche Personengruppen und für welche Gesundheitsschäden die gesetzliche Unfallversicherung zuständig ist, kann man beispielsweise auf den Internetseiten der Bundesverbände Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) - www.dguv.de - und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – www.svlfg.de – nachlesen. Außerdem findet man über die Internetseiten der Bundesverbände die Internetadressen und sonstigen Kontaktdaten der einzelnen Unfallversicherungsträger, die zu diesen Themen auch eigene Informationen im Internet anbieten, und oftmals auch Kontaktdaten von Ansprechpersonen, bei denen man sich weiterführend persönlich beraten lassen kann.

⁴⁶ §§ 53 und 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII ab 01.01.2020 aufgehoben und neu geregelt in §§ 90 und 99 bzw. 102 und 109 ff im Neunten Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX in Verbindung mit § 2 Absatz 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

Jugendliche, bei denen eine seelische Behinderung vorliegt oder die von seelischer Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dadurch beeinträchtigt ist oder bei denen eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist⁴⁷.

Auch bei Betroffenen, für die grundsätzlich die Krankenversicherung zuständig ist, kommen u. U. Leistungen der **Träger der Jugendhilfe** in Betracht, nämlich wenn es um Therapien geht, die nicht im Leistungskatalog der Kran-

kenversicherung vorgesehen sind (z. B. ambulante Musiktherapie).

Als behindert gelten in diesem Zusammenhang Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist. Als von Behinderung bedroht gelten sie, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist⁴⁸.

12. Was muss man tun, damit der jeweilige Kostenträger im Hinblick auf eine Rehabilitationsmaßnahme tätig wird?

Für eine Rehabilitationsleistung der **gesetzlichen Krankenversicherung** muss die Indikation durch den behandelnden Kinderarzt gestellt werden. Besteht bei einem Kind oder Jugendlichen mit einem erworbenen Hirnschaden ein medizinischer Rehabilitationsbedarf, schlägt in der Regel zunächst der behandelnde Arzt eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme vor. Sofern dafür ein Antrag beim zuständigen Kostenträger erforderlich ist, wird der von den Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Betreuer

gestellt. Dabei wird der Arzt den Antrag zunächst für die Kostenträgerschaft der Krankenkasse vorsehen, da diese unabhängig von der Ursache einer erlittenen Hirnverletzung für die bei ihr versicherten oder familienversicherten Kinder und Jugendlichen zuständig ist.

Grundsätzlich sind die gesetzliche Krankenkasse und die gesetzliche Rentenversicherung gleichrangig zuständig. Sollte die Krankenkasse als zuerst angefragter Kostenträger die Zuständig-

⁴⁷ § 35a Achstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

⁴⁸ § 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)

keit ablehnen, wird sie den Antrag an die Rentenversicherung weiterleiten, die dann in der Regel die Kostenträgerschaft übernimmt.

Wenn die **gesetzliche Rentenversicherung** Kostenträger ist, ist ein Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen⁴⁹. Diesem Antrag sind eine Empfehlung sowie auch die aktuellen Befundberichte des behandelnden Arztes beizufügen⁵⁰. Der Arzt vermerkt gegebenenfalls auch, dass eine Begleitperson notwendig ist (bei Kindern im Vorschulalter oder aus medizinisch-therapeutischen Gründen)⁵¹. Ausführliches dazu ist in dieser Handlungshilfe bei den Fragen „Welche Unterlagen müssen dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme beigefügt werden?“ und „Wann übernimmt der Kostenträger auch die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige?“ nachzulesen.

Ist die **gesetzliche Unfallversicherung** zuständig, kann der Arzt die Maßnahme dort beantragen. Die gesetzliche Unfallversicherung hat dann die Auf-

gabe, von Amts wegen tätig zu werden; daher ermittelt sie von sich aus, ob sie für einen ihr gemeldeten Unfall zuständig ist und welche Leistungen in dem jeweiligen Fall zu erbringen sind. Auch für eine Rehabilitationsmaßnahme muss daher der Betroffene keinen Antrag stellen, da der Unfallversicherungsträger, wenn er entsprechenden Bedarf erkennt, von sich aus tätig wird. Unabhängig davon können aber die Betroffenen bzw. deren Eltern/Betreuer/Erziehungsberechtigte jederzeit ihre Wünsche, Vorschläge und Anregungen gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger äußern oder formlos Anträge stellen.

Für eine Rehabilitationsleistung von **Trägern der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe** müssen der Betroffene oder dessen Eltern/Betreuer/Erziehungsberechtigte beim Sozialamt bzw. beim Jugendamt einen schriftlichen formlosen Antrag stellen.

Für eine Rehabilitationsleistung der **Bundesagentur für Arbeit** muss man einen Antrag stellen, und zwar bevor

⁴⁹ Für Reha-Anträge bei der Rentenversicherung können die Antragsformulare online unter www.deutsche-rentenversicherung.de → Formulare und Anträge → Versicherte → Rehabilitation → Antragspaket Kinderrehabilitation (G 200) abgerufen werden. Die Formulare für Reha-Anträge bei der Krankenkasse können auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgerufen werden: www.kbv.de → Service → Formulare → Vordruckmustersammlung → Muster 60 und 61 abgerufen werden.

⁵⁰ Näheres dazu s. o. bei der Frage „Welche Unterlagen müssen dem Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme beigefügt werden?“

⁵¹ Näheres dazu s. o. bei der Frage „Wann übernimmt der Kostenträger auch die Kosten für begleitende Eltern/Angehörige?“

Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen. Obwohl Anträge zunächst auch formlos gestellt werden können, ist es aber dringend empfehlenswert, möglichst die entsprechenden Formularvordrucke zu verwenden, da ein Antrag erst dann als „richtig gestellt“ gilt, wenn der Antrag vollständig und ordnungsgemäß vom Antragsteller oder seinem Bevollmächtigten ausgefüllt eingereicht wurde. Dieses Verfahren bietet für den Betroffenen den Vorteil, dass der Sachbearbeiter der Bundesagentur für Arbeit in der Regel auf den ersten Blick erkennen kann, ob alle benötigten Angaben vorliegen und ob die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist oder welcher andere Kostenträger ansonsten zuständig ist.

Für die verschiedenen Angebote rund um die Teilhabe am Arbeitsleben gelten unterschiedliche Regelungen. Die Hilfen orientieren sich immer am individuellen Bedarf. Weitere Informationen dazu sind beispielsweise unter

<https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/infos-zu-antraegen> zu finden.

Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, über einen bei ihnen vollständig und korrekt ausgefüllt eingereichten Antrag auf Rehabilitationsleistungen innerhalb von zwei Wochen zu entscheiden, ob sie als Leistungsträger zuständig sind oder – falls der Träger, bei dem der Antrag eingereicht wurde, nicht für die Leistung zuständig ist – den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten⁵². Bei Einholung notwendiger Gutachten verlängert sich die Frist entsprechend. Der Antragsteller ist darüber zu informieren. Muss für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang.

Weitere Details zum Verfahren des jeweiligen Kostenträgers sind Kapitel 13 zu entnehmen.

⁵² Diese Verfahrensmodalitäten sind in §§ 14 bis 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IX – geregelt.

13. Welche besonderen Verfahrensmodalitäten gelten bei den jeweiligen Kostenträgern?

Für eine Rehabilitationsleistung der **gesetzlichen Krankenversicherung** ist das Antragsverfahren in den Rehabilitations-Richtlinien geregelt⁵³. Ergibt sich im Beratungsgespräch mit dem behandelnden Arzt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig sind, teilt der Arzt dies der Krankenkasse auf einem Vordruck mit. Für den Antrag bei der Krankenkasse bedient sich der Arzt der Vordrucke 60 und 61. Mit Hilfe des Vordrucks 60 (Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten) teilt der behandelnde Arzt der Krankenkasse die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation mit, ebenso die Zusage des Versicherten, die Leistung in Anspruch zu nehmen.

Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Vordrucks 60 die Zuständigkeit und etwaige Gründe, die gegen eine medizinische Rehabilitation sprechen. Werden Zuständigkeit und Rehabilitationsbedarf von der Krankenkasse als gegeben angesehen, bittet diese den Arzt, die medizinische Indikation

zu prüfen und bei deren Vorliegen eine Verordnung auszustellen.

Mit Hilfe des Vordrucks 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) und der Zustimmung des Versicherten verordnet der Arzt dann die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dieser Vordruck wird dem Arzt von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Die beiden Vordrucke 60 und 61 können auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung heruntergeladen werden: www.kbv.de

Die Krankenkasse entscheidet dann abschließend auf der Grundlage des Antrages des Versicherten sowie der Verordnung des Arztes und berücksichtigt auch weitere Unterlagen, die ihr vom Versicherten oder von behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden oder die sie von sich aus von anderen Stellen anfordert. Unter Umständen holt sie zusätzlich eine Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ein. Für die MDK-Begutachtung sollten möglichst viele aussagekräftige Befunde und Informationen vorliegen.

⁵³ Fundstelle der Rehabilitations-Richtlinien: http://www.mdk.de/media/pdf/15_BRL_VorsorgeReha.pdf. Die Rehabilitations-Richtlinien wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen; das ist ein vom Gesetzgeber eingerichtetes Gremium, welches sich aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen sowie Patientenvertretern zusammensetzt.

Die Krankenkasse organisiert die Beschaffung der Unterlagen (zum Beispiel ärztlicher Befundberichte, Krankenhausberichte); Versicherte bzw. ihre Angehörigen können die Krankenkasse dabei aktiv unterstützen.

Die Krankenkasse entscheidet über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sie teilt dem Versicherten und dem verordnenden Arzt ihre Entscheidung mit und begründet gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung⁵⁴.

Wenn die **gesetzliche Rentenversicherung** Kostenträger ist, ist ein Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen. Die Antragsformulare können im Internet heruntergeladen werden⁵⁵. Diesem Antrag sind eine Empfehlung sowie auch die aktuellen Befundberichte des behandelnden Arztes beizufügen⁵⁶. Die Rentenversicherung teilt dem Antragsteller, nachdem auch eine positive Entscheidung der aufzunehmenden

Rehabilitationseinrichtung vorliegt, ihre Entscheidung mit. Die Rehabilitationsmaßnahme muss in der Regel innerhalb von drei Monaten nach der Bewilligung angetreten werden; begründete Ausnahmen hiervon sind möglich.

Die **gesetzliche Unfallversicherung** ermittelt von Amts wegen, ob sie für einen ihr gemeldeten Versicherungsfall zuständig ist und welche Leistungen in dem jeweiligen Fall zu erbringen sind. Betroffene bzw. deren Eltern/Betreuer/Erziehungsberechtigte können Wünsche, Vorschläge und Anregungen jederzeit gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger äußern oder formlos Anträge stellen.

Für eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme der **Bundesagentur für Arbeit** wird ein amtsärztliches Gutachten seitens des medizinischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit erstellt.

Für eine Rehabilitationsmaßnahme des **Trägers der Sozialhilfe** ist eine Stellungnahme eines Facharztes, ei-

⁵⁴ <http://www.mdk.de/322.htm>

⁵⁵ Die Antragsformulare für Reha-Anträge bei der Rentenversicherung können online abgerufen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de → Formulare und Anträge → Versicherte → Rehabilitation → Antragspaket Kinderrehabilitation (G 200) Die Formulare für Reha-Anträge bei der Krankenkasse können auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgerufen werden: www.kbv.de → Service → Formulare → Vordruckmustersammlung → Muster 60 und 61

⁵⁶ Näheres dazu s. o. bei der Frage 4 – „Welche Angaben gehören in den Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme, was ist bei der Begründung besonders zu beachten und was gehört in die Stellungnahmen und Berichte der Ärzte und Therapeuten, um eine positive Entscheidung über einen Rehabilitationsantrag zu bekommen?“

nes Sozialpädiatrischen Zentrums oder/und des Amtsarztes vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst erforderlich⁵⁷.

Für eine Rehabilitationsmaßnahme des **Trägers der Jugendhilfe** ist eine Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erforderlich. Gegebenenfalls erfolgt zusätzlich eine Begutachtung durch den amtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst⁵⁸.

Zeitvorgaben für die Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen: Der Gesetzgeber hat im Neunten Buch Sozialgesetzbuch, dem Bundesteilhabegesetz, einige Sicherungen dafür eingebaut, dass über einen Rehabilitationsantrag zeitnah entschieden wird und dass die Durchführung einer medizinisch notwendigen Rehabilita-

tionsmaßnahme sich nicht durch Zuständigkeitsstreitigkeiten von Kostenträgern verzögert⁵⁹.

Konkret, und zwar für alle in dieser Handlungshilfe genannten Kostenträger, gilt: Wird ein Rehabilitationsantrag gestellt, hat der Kostenträger unverzüglich darüber zu entscheiden, ob Rehabilitationsbedarf besteht. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, hat der Kostenträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden, ansonsten innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens. Wobei der Kostenträger im Falle einer Begutachtung den Gutachter unverzüglich zu beauftragen und der Gutachter sein Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung zu erstatten hat⁶⁰.

Eine Weiterleitung eines Rehabilitationsantrags an einen anderen Kostenträger ist zwar möglich, wenn der Träger, bei dem der Antrag eingereicht wurde, nach den geltenden Gesetzen nicht der zuständige Träger ist. Leitet der Kostenträger, bei dem ein Antrag gestellt worden ist, diesen nicht innerhalb von zwei Wo-

⁵⁷ Gesetzliche Grundlage: § 54 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII, wird zum 01.01.2020 aufgehoben und geht über in §§ 102, 109 ff Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

⁵⁸ § 35a Absatz 1a Aches Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

⁵⁹ §§ 14, 15 und 17 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

⁶⁰ §§ 14 - 17 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

chen an einen anderen Träger weiter, muss er mit geeigneten Instrumenten der Bedarfsermittlung unverzüglich und umfassend den Rehabilitationsbedarf erfassen und die Leistungen erbringen.

Kommt es für die Frage, welcher Kostenträger zuständig ist, darauf an, auf welche Ursache die den Rehabilitationsantrag begründende Behinderung zurückzuführen ist, und ist es nicht möglich, die Ursache innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Rehabilitationsantrags aufzuklären, sieht das Gesetz vor, dass der Rehabilitationsantrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten ist, für dessen Leistung es nicht auf eine bestimmte Ursache der Behinderung ankommt. Dieser hat dann ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung über den Rehabilitationsbedarf zu entscheiden und wenn dieser besteht, die Maßnahme zu gewähren⁶¹. Beispiel: Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind für eine Heilbehandlung zuständig, wenn der zu behandelnde Körperschaden durch einen Unfall verursacht wurde und dieser wiederum auf einer in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Tätigkeit beruht. Für die Zuständigkeit der gesetzlichen Kran-

kenversicherung kommt es nicht auf eine bestimmte Ursache einer Krankheit oder Körperverletzung an. Wenn nun beispielsweise bei einem Straßenverkehrsunfall (noch) nicht aufgeklärt werden konnte, ob der Weg, auf dem der Verunglückte sich befand, mit einer in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Tätigkeit zusammenhing, oder wenn im Fall eines Hirnschadens (noch) nicht aufgeklärt werden konnte, wodurch er ausgelöst wurde, muss die für die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung ausschlaggebende Ursache als (noch) nicht geklärt betrachtet werden. Das wäre dann ein Fall, in dem ein Unfallversicherungsträger, wenn bei ihm eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wird, den Antrag der gesetzlichen Krankenkasse zuleiten müsste, die dann (zunächst) zu leisten hätte. Die Kostenträger haben dann die Möglichkeit, alle für die Zuständigkeit maßgeblichen Fragen noch anschließend zu klären und untereinander auszumachen, und gegebenenfalls nehmen sie dann nachträglich eine Kostenerstattung untereinander vor, wenn sich herausstellt, dass der Träger, der die Kosten getragen hat, doch nicht der eigentlich Zuständige ist.

⁶¹ § 14 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

Verfahren bei der Auswahl eines Gutachters:

Für den Fall, dass der Kostenträger für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten benötigt, hat der Gesetzgeber dem betroffenen Patienten ein Mitspracherecht bei der Auswahl des Gutachters eingeräumt. Und zwar hat der Kostenträger, wenn er ein Gutachten einholen will, vorher dem betroffenen Patienten drei Sachverständige⁶² (wozu auch die sozialmedizinischen Dienste zählen) zu benennen, und wenn der Betroffene sich für einen der benannten Sachverständigen entschieden hat, ist diese Wahl für den Kostenträger bindend⁶³. An dieser Stelle ist es sinnvoll, als Betroffener darauf zu achten, dass ein Gutachter genommen wird, der die für den konkreten Fall ausschlaggebenden speziellen fachlichen Kompetenzen hat oder dass der in Erwägung gezogene medizinische Dienst überhaupt über Gutachter entsprechender Fachrichtung verfügt. Sofern man als Betroffener das alles nicht selbst beurteilen kann, ist es un-

ter Umständen sinnvoll, sich dazu Rat zu holen – z. B. bei seinem behandelnden Arzt oder bei einer sonstigen in der Materie sachkundigen und erfahrenen Person oder Stelle⁶⁴.

Konsequenzen aus der jeweiligen Kostenträgerschaft ergeben sich hinsichtlich des jeweiligen **Leistungskatalogs**. So definiert die gesetzliche Unfallversicherung die Leistungsgewährung nach dem Grundsatz, „...die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen“⁶⁵ demgegenüber beziehen die gesetzlichen Krankenkassen die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ein⁶⁶. Konkrete Beispiele finden sich auch in Kapitel 8 dieser Handlungshilfe bezüglich der Zuzahlungsmodalitäten.

Unterschiede hinsichtlich der **Verfahrensgestaltung** ergeben sich zum Beispiel daraus, dass im Fall der Kostenträgerschaft durch die gesetzliche

⁶² Das Gesetz sagt: „in der Regel möglichst drei wohnortnahe Sachverständige“. Das bedeutet, dass diese Zahl u. U. auch unterschritten werden kann, so z. B. wenn ein Fall so speziell liegt, dass es auf dem Fachgebiet, auf das es ankommt, nicht genug Gutachter gibt, um drei zur Auswahl zu benennen.

⁶³ § 14 Absatz 5 Satz 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

⁶⁴ Tipps zu geeigneten Ansprechpersonen oder -stellen sind in dieser Handlungshilfe unter dem Punkt „Wo können Betroffene sich Unterstützung oder Rat bei der Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme holen und wo finden sie Informationen rund um die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschäden?“ zu finden.

⁶⁵ § 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII

⁶⁶ § 2 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.“

Unfallversicherung diese von Amts wegen tätig wird und daher auch Leistungen der medizinischen Heilbehandlung von Amts wegen zu gewähren sind und dass für eine Rehabilitationsmaßnahme daher kein Antragserfordernis besteht. Der Unfallversicherungsträger hat das Heilverfahren nicht nur zu bezahlen, er muss es auch überwachen und hat steuernd in das Heilverfahren einzugreifen, wenn sich das im konkreten Fall als notwendig herausstellt (z. B. Herbeiführung einer Verlegung des Patienten in ein anderes, für die konkreten Verletzungen fachlich besser eingerichtetes Krankenhaus, Veranlassung bestimmter zur Heilung geeigneter Behandlungsmaßnahmen).

Weitere Unterschiede der Verfahrensgestaltung beziehen sich auf die **Dauer der gewährten Rehabilitationsmaßnahme**. Bei Versicherten der Deutschen Rentenversicherung existiert für verschiedene Indikationen zurzeit ein sogenannter Verweildauerkorridor für

eine Rehabilitationsbehandlung, der für neurologische Indikationen aktuell 40 Tage beträgt, bei Patienten in Begleitung eines Angehörigen 28 Tage. Die von der DRV belegte Klinik bekommt – für einen Abrechnungs-/Betrachtungszeitraum von einem Jahr – ein Kontingent und kann dann innerhalb dieses Kontingentes auch über Verlängerungen der Rehabilitationsleistung entscheiden. Bei Krankenkassen als Kostenträger erfordern Verlängerungen der ursprünglich vorgesehenen Behandlungsdauer einen ärztlich begründeten Verlängerungsantrag durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung, welcher in der Regel durch den MDK begutachtet wird. Der Vorteil der Kostenübernahme durch eine Krankenkasse liegt in der längeren Behandlungsdauer, die in der Regel durch die Krankenkasse gewährt wird. In der gesetzlichen Unfallversicherung richtet sich die Dauer einer Rehabilitationsmaßnahme nach dem Rehabilitationsbedarf im konkreten Fall.

14. Wie kann man bei einer ablehnenden Entscheidung eines Kostenträgers verfahren?

Nach Prüfung des Rehabilitationsantrages oder der weiteren Anträge in diesem Zusammenhang (z. B. hinsichtlich Begleitperson, Haushaltshilfe, Verdienstaufschlag) durch den Kostenträger erhält der Antragsteller von diesem einen Bescheid. Lehnt der Kostenträger die Rehabilitationsmaßnahme ab, besteht die Möglichkeit, gegen den Ablehnungsbescheid zunächst Widerspruch einzulegen, und wenn auch der Widerspruch nicht zum Erfolg führt, steht noch der Klageweg offen. Oftmals wird nach einem gut begründeten Widerspruch die Rehabilitation genehmigt.

Gleiches gilt für den Fall, dass der Kostenträger einen Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Begleitperson,

Haushaltshilfe, Mitaufnahme eines Geschwisterkindes oder Verdienstaufschlag oder eine andere Leistung ablehnt.

Wenn ein Betroffener bzw. dessen Eltern/gesetzliche Vertreter/Betreuer mit der vom Kostenträger vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung nicht einverstanden ist/sind, kann er zunächst unter Hinweis auf das gesetzliche Wunsch- und Wahlrecht⁶⁷ um eine Ummeldung in die Klinik seiner Wahl bitten. Wenn der Kostenträger dies ablehnt, ohne dass für die Ablehnung triftige Gründe bestehen, steht auch dagegen der Rechtsweg zur Verfügung.

Der Widerspruch ist bei dem Kostenträger einzulegen, der den ablehnenden

⁶⁷ § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX*

den Bescheid erlassen hat. Der Widerspruch verpflichtet den Kostenträger, seine Entscheidung selbst noch einmal kritisch zu überprüfen.

Es empfiehlt sich sehr, den Widerspruch sorgfältig zu begründen und konkrete Gründe dafür aufzuzeigen, warum man den Ablehnungsbescheid für falsch hält und welche Gesichtspunkte dafür sprechen, dass die angestrebte Rehabilitationsmaßnahme bewilligt werden muss. Man sollte auch überlegen, wie man seine Argumente mit Belegen, wie z. B. ärztlichen Unterlagen, untermauern kann. Im Widerspruchsverfahren können auch noch neue Gesichtspunkte, Tatsachen und Argumente vorgetragen oder zusätzliche ärztliche Unterlagen wie Berichte, fachliche Stellungnahmen und Beurteilungen oder Untersuchungsergebnisse eingereicht werden, die für

eine Bewilligung des Rehabilitationsantrags sprechen. Wenn man solche Unterlagen hat, empfiehlt es sich, mit diesen gegenüber dem Kostenträger zu argumentieren und sie einzureichen. Wenn man solche Unterlagen nicht hat, empfiehlt es sich, zu überlegen, welche zusätzlichen Unterlagen nützlich sein könnten, und sie nach Möglichkeit bei den in Betracht kommenden Ärzten oder Therapeuten zu beschaffen.

Unter Umständen kann es jedoch schneller zum Ziel führen, statt ein Widerspruchsverfahren gegen einen Ablehnungsbescheid zu führen, einen neuen Rehabilitationsantrag zu stellen und somit ein neues Verfahren in Gang zu setzen. Auch dieser neue Antrag sollte selbstverständlich mit weiteren als den bisherigen Argumenten und ärztlichen Unterlagen untermauert werden.

15. Wo können Betroffene sich Unterstützung oder Rat bei der Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme holen und wo finden sie Informationen rund um die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschäden?

Zur Beratung und Unterstützung bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme kann man sich an den **behandelnden Arzt/Kinderarzt** wenden. Hier können am besten sozialmedizinisch geschulte Kinderärzte weiterhelfen oder Ärzte, die viel Erfahrung mit der Durchsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Im Akutkrankenhaus kann man sich auch an den **Sozialdienst des Krankenhauses** wenden, der u. a. die Aufgabe hat, bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen zu beraten und zu unterstützen und der ggf. auch vermittelnd zwischen den Betroffenen, den Kostenträgern und den Rehabilitationseinrichtungen tätig wird. Man kann sich aber auch an den **Sozialdienst der Rehabilitationsklinik** wenden, in der die Rehabilitationsmaßnahme stattfinden soll.

Der **Kostenträger**, bei dem man die Rehabilitationsmaßnahme beantragt,

kann ebenfalls bei der Antragstellung beraten und behilflich sein.

Da bei den **Unfallversicherungsträgern** kein Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme notwendig ist, prüfen sie „von Amts wegen“, ob und gegebenenfalls welche medizinischen Maßnahmen in Betracht kommen, und veranlassen das Notwendige von sich aus. Soweit damit auch Fragen für die Betroffenen oder ihre Eltern verbunden sind oder diese Wünsche oder Anregungen haben, stehen die Unfallversicherungsträger natürlich auch beratend und unterstützend zur Verfügung.

Als von den Leistungsträgern unabhängige Stellen bieten schließlich die großen **überregionalen Träger der Behinderten-Betreuung**, z. B. die Lebenshilfe, Behindertenbeauftragte, Selbsthilfegruppen oder Internetforen, Unterstützung an.

Beratung finden Sie bei ...

behandelnden Ärzten und Therapeuten und dem jeweiligen Kostenträger

weiteren Sozialleistungsträgern, da alle Sozialleistungsträger laut Gesetz generell verpflichtet sind, zu beraten

der Bundesarbeitsgemeinschaft Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen – BAG Nachsorge (www.bag-nachsorge.de)

der ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung (www.hannelore-kohl-stiftung.de)

Sozialpädiatrischen Zentren (Informationen zu Sozialpädiatrischen Zentren und deren Adressen sind z. B. auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. – www.dgspj.de – zu finden.)

den Gemeinsamen Servicestellen (Adressen der Gemeinsamen Servicestellen sind auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – www.bar-frankfurt.de – zu finden.)

den Sozialverbänden, z. B.

- Sozialverband VdK Deutschland e.V. (www.vdk.de)

- Sozialverband Deutschland e.V. – SoVD (www.sovd.de)

oder Gewerkschaften, sofern man dort Mitglied ist oder Mitglied wird

„Der Bunte Kreis“ (www.bunter-kreis.de)

Dort erhält man auch ortsnahe Adressen.

Der Gesellschaft für Neuropsychologie (generell: www.gnp.de;

Informationsmaterial: http://www.gnp.de/_de/fs-Informationenmaterial.php)

bei der Kinderneurologiehilfe (Bundesverband, regionale Organisationen)

Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e.V.: www.kinderneurologiehilfe.de

in Internetforen

Weiteres zum Thema kann man außerdem im Internet über Google mithilfe der Stichworte „neurologische Rehabilitation Kinder“ finden.

Fundstellenhinweise

Sozialgesetzbuch (SGB I – XII)	www.dejure.org www.gesetze-im-internet.de www.sozialgesetzbuch-sgb.de
ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health-Problems – in Deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme	www.dimdi.de
ICD-10-GM für Deutschland geltende Fassung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme	www.dimdi.de
Rentenversicherung	www.deutsche-rentenversicherung.de
Gesetzliche Unfallversicherung	www.dguv.de
Gesetzliche Krankenversicherungen	www.krankenkassen.de
Bundesagentur für Arbeit	www.arbeitsagentur.de
Kinder- und Jugendhilfe	www.kinder-jugendhilfe.info



Bundesarbeitsgemeinschaft
Nachsorge erworbener Hirnschäden
bei Kindern und Jugendlichen
c/o Ludger Hohenberger
Unfallkasse NRW
Salzmannstraße 156
48159 Münster
Telefon: 0251 / 2102-3243
l.hohenberger@unfallkasse-nrw.de
www.bag-nachsorge.de



ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
Fontainengraben 148
53123 Bonn
Telefon: 0228 / 97 84 50
Fax: 0228 / 97 84 555
info@hannelore-kohl-stiftung
www.hannelore-kohl-stiftung.de
www.facebook.com/
zns.hannelore.kohl.stiftung