

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Ihren Eltern

von Harry Fuchs, Düsseldorf

zur Einweihung der Rehaklinik Kandertal am 9.6.2005

Ein Blick in die Geschichte der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland belegt den engen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Stand am Beginn der Kinderrehabilitation der unmittelbare Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, nach den Weltkriegen der Zusammenhang von Mangel und Gesundheit, so hat sich seit den 70er Jahren der Wandel vom Ernährungsmangel zur Verhaltensstörung als Ursache oder zumindest Mitursache für den Rehabilitationsbedarf vollzogen.

Bis in die 60er Jahre hinein waren viele Eltern aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, ihren Kindern einen Aufenthalt in einer gesunden Umgebung bzw. einem gesunden Klima zu bieten. Die sog. „Verschickung“ erlebte in diesen Jahren ihre Blüte mit den höchsten Zahlen durchgeführter Maßnahmen und belegten Betten sowie langen Wartezeiten.

Seitdem ist die Zahl der Maßnahmen kontinuierlich rückläufig und hat sich seit 1982 z. B. in der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine Zahl zwischen 13 und 15tausend stationäre Kinderheilbehandlungen jährlich eingependelt¹.

Der Rückgang der stationären Präventions- und Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche ist nicht allein durch den Rückgang der Geburtenzahlen begründet. Nachdem das deutsche „Wirtschaftswunder“ seine Wirkung entfaltet, gestattete der bessere Lebensstandard vielen Eltern und Familien eine eigene Urlaubsreise, so dass die Inanspruchnahme der Kinderrehabilitationsleistungen sich mehr und mehr auf die Kinder aus sozial schwacher Umgebung reduzierte.

Auch die bessere ambulante akutmedizinische Versorgung, insbesondere die Entwicklung neuer und wirksamerer Medikamente, trug zum Rückgang der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche bei. Damit ist allerdings nicht belegt, dass kein Bedarf für diese Leistungen mehr besteht. Es ist vielmehr im Gegenteil festzustellen, dass der Bedarf an qualifizierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zeitversetzt angestiegen ist, weil viele Kinder und Eltern diesen Bedarf erst nach Eintritt einer Chronifizierung ihrer Erkrankung geltend machen.

Bei den klassischen „Armutskrankheiten“ (Ernährungsmangel usw.) ist als Folge neuer bzw. geänderter Konflikt- und Belastungssituationen in den sozial schwachen Schichten mit neuen Krankheitsbildern wie z. B. Verhaltensstörungen die Behandlung geistiger und seelischer Störungen völlig gleichwertig neben die Behandlung körperlicher Störungen getreten. Parallel dazu hat der Wohlstand der Bevölkerung spezifische Wohlstandssymptome wie Überernährung, Bewegungsmangel, fehlende Abhärtung, falsche Lebensführung mit ausgeprägten körperlichen Schädigungen entwickelt. Der im Kindergarten beginnende Wettbewerbsstress, familiäre Konfliktsituationen, die Überreizung durch Lärm- und Erlebnisfülle, aber auch die zunehmend bereits im Kindes- und Jugendalter auftretende Lebensunlust und Leere bewirken Störungen, die umfassende verhaltensmedizinische Interventionen erfordern.

Dieser Wandel der den Bedarf an Kinderrehabilitation auslösenden Indikationen erfordert heute mehr denn je die bedarfsgerechte, zielgerichtete und wirksame Durchführung der erforderlichen Leistungen. Deshalb darf es nicht hingegenommen werden, wenn aus

¹ VDR-Statistik Rehabilitation 1994, Seite 281

Kostengründen dann noch Vorsorgemaßnahmen durchgeführt werden, obwohl nach dem Befund bereits qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen notwendig wären.

Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung mit dem Neunten Sozialgesetzbuch Rechnung getragen. Es unterscheidet nicht zwischen der Rehabilitation von Erwachsenen und Kindern. Nach § 1 SGB IX erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen – Erwachsene wie Kinder und Jugendliche – Leistungen zur Teilhabe, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Deutschland hat als erstes Land weltweit sein nationales Rehabilitations- und Behindertenrecht an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist damit nicht mehr nur die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit, sondern die Gewährleistung einer weitgehend normalen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Teilhabe und Rehabilitationsleistungen dürfen nur noch gewährt werden, wenn mit ihnen voraussichtlich eine Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt, gemildert oder ausgeglichen werden kann und entsprechende Ziele wie die Abwendung, Beseitigung, Minderung einer Behinderung, einer Einschränkung der Pflegebedürftigkeit oder des vorzeitigen Bezugs von Sozialleistungen durch diese Leistungen erreichbar erscheinen.

Besonders hervorzuheben ist die Zielsetzung der ganzheitlichen Förderung der persönlichen Entwicklung sowie die Ermöglichung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung, die die Kernziele jeder Rehabilitationsleistung für Kinder und Jugendliche beschreiben.

Bereits nach § 1 Satz 2 SGB IX ist bei der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche den **besonderen Bedürfnissen** behinderter oder von Behinderung bedrohten **Kindern** Rechnung zu tragen ist. Diese Vorgabe soll in ähnlicher Weise wirken, wie dies für die im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches niedergelegten „sozialen Rechte“ in § 2 Abs. 2 SGB I ausdrücklich bestimmt ist: die Vorgaben „sind bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuches und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die (Vorgaben) möglichst weitgehend verwirklicht .

Den besonderen Bedürfnissen von Kindern würde z.B. dann nicht Rechnung getragen, wenn

- eine notwendige alters- und entwicklungsspezifische Betrachtung von Gesundheit, Beeinträchtigung und Teilhabe vernachlässigt würde oder
- die Ziele, Mittel und Rehabilitationskonzepte auf allein auf Ziele der Krankenbehandlung und nicht auf die Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet würden oder
- auf Teilhabeformen orientiert würden, die eher den Lebensrealitäten erwachsener Menschen oder allgemeinen medizinischen Normen entsprechen und damit für Kinder und Jugendliche das Ziel der bestmöglichen Teilhabe verfehlen, weil zB Erziehungs- oder Familiensituationen nicht hinreichend bedacht werden..

Die Verpflichtung, den besonderen Bedürfnissen von Kindern Rechnung zu tragen, beinhaltet nicht nur die alters- und entwicklungsgerechte Ausführung der Leistungen, sondern zB bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen auch die Lösung des Problems der Vermittlung schulischer Inhalte bei längerfristigem Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung.

Die besondere Berücksichtigung der Kinder besteht im SGB IX vor allem in einem Vorrang der Integration (vergl. *Beck/Schuck* in: *Igl/Welti*, 91ff). Deshalb sind die Beurteilung ihrer weiteren gesellschaftlichen Entwicklung (vergl. *Wiedebusch/Petermann/Warschburger* in: *Petermann*, 477ff), die Verpflichtung der §§ 4 Abs 3 S 1, 19 Abs 3, Leistungen für Kinder so zu planen, dass sie nach Möglichkeit nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und mit nicht

behinderten Kindern betreut werden sowie die Einbeziehung der Kinder in die Planung und Ausgestaltung der Leistungen (§§ 4 Abs 3 S 2, 9 Abs 1 S 3) hervorzuheben.

§ 4 Abs. 3 SGB IX setzt den o.e. programmatischen Grundsatz des § 1 Abs. 1 SGB IX in verpflichtendes Leistungs- und Verfahrensrecht um. Der für erwachsene Behinderte selbstverständliche Anspruch auf Selbstbestimmung ist nicht ohne weiteres auf Kinder übertragbar und durch die Rechtspositionen des Sorgeberechtigten zu ergänzen. Der Bundesrat hatte zudem gefordert, die Standards des SGB VIII auch im SGB IX zu nennen. Für Kinder bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr dienen die Leistungen zur Teilhabe nicht nur der "Rehabilitation" im engeren Sinne, sondern unterstützen vielmehr auch die Entwicklung von Kindern und ihre Integration in die Gesellschaft. Sie verfolgen damit neben der Rehabilitation auch die für die Jugendhilfe im SGB VIII definierten Ziele.

Mit Blick auf die erhöhten Anforderungen bei der Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, immer die Eltern in die Entscheidungs- und Ausführungsprozesse einzubeziehen. Die Betonung einer intensiven Beteiligung stellt klar, dass die Eltern ein über ein allgemeines Beteiligungs- oder Informationsrecht hinausgehendes Beteiligungsrecht haben, das im Rahmen ihrer Erziehungsverantwortung einem Mitentscheidungsrecht gleichkommt. Jedenfalls müssen sie keine Planung und Gestaltung der Teilhabeleistungen hinnehmen, die eine nicht zumutbare Beeinträchtigung ihrer Erziehungsverantwortung beinhaltet.

Das SGB IX räumt aber erstmals auch den betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst – zwar alters- und entwicklungsentsprechend – unmittelbare Beteiligungsrechte ein: sie sind nämlich zwingend in die Planung und Gestaltung der Hilfen einzubeziehen. Die durch den Gesetzgeber ausdrücklich verpflichtend vorgesehene alters- und entwicklungsgerechte Beteiligung der Kinder an der Planung und Ausgestaltung muss ebenso in geeigneter Weise dokumentiert und nachvollziehbar sein, wie die Beteiligung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

Die Familie ist für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen danach in mehrfacher Weise von besonderer Bedeutung:

- einerseits stellt sie für Kinder- und Jugendliche neben der Schule den wesentlichen Bezugsrahmen für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dar
- andererseits kommen insbesondere den Eltern nicht nur im Rahmen der Ausübung der Elternrechte wesentliche Planungs- und Gestaltungsrechte zu, sie sind auch für eine situationsangemessene, wirkungsvolle Umsetzung der Leistungen zur Teilhabe unverzichtbar
- letztlich können die Motivation und die Tragfähigkeit familiärer Bindungen darüber hinaus wirksam zur erfolgreichen Teilhabe beitragen.

In diesem Zusammenhang darf jedoch nicht übersehen werden, dass oftmals gerade Störungen des Familienverbandes und/oder das Verhalten und Handeln der Eltern eine wesentliche Ursache für die die Rehabilitationsleistungen auslösenden Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen sein können. Die Ziele der selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung sowie die angesprochenen eigenen Beteiligungsrechte der Kinder und Jugendlichen gestatten in diesen Fällen eine Stärkung der Persönlichkeit der Betroffenen, ohne mit den Elternrechten zu kollidieren.

Die Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausgeführt werden müssen geeignet sein, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die o.g. Teilhabeziele zu erreichen, ansonsten dürfen sie nicht belegt werden.

Trotz der durch die ebenfalls im SGB IX enthaltene Verpflichtung der Rehabilitationsträger, Gegenstand, Umfang und Ausführung der von den Trägern einheitlich zu erbringenden Leistungen in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und gemeinsam festzulegen, in welchen Fällen (Zielgruppen) und in welcher Weise die Leistungen angeboten werden sollen (§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). bestehen bis heute

mit dem Rahmenkonzept der Rentenversicherungsträger vom Februar 1998 und –in der Praxis nicht einmal von allen Kassen akzeptierten und praktizierten – gemeinsamen Rahmenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 15.8.98 inhaltlich deutlich unterschiedliche Anforderungsprofile an die Struktur- und Prozessqualität der Rehabilitationseinrichtungen. Der in diesem Zusammenhang häufig zu hörende Hinweis auf die weitgehend einheitlichen Instrumente zur Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen (§ 20 Abs. 1 SGB IX) ist für die Sicherstellung der erforderlichen Reha-Träger übergreifenden Qualitäten irreführend. Das exakt inhaltsgleiche Analyseinstrument wird für den jeweiligen Qualitätsmaßstab jeweils optimale Ergebnisse konstatieren, obwohl die tatsächlichen Qualitäten wegen der unterschiedlichen Maßstäbe deutlich unterschiedlich sind.

Die von den verschiedenen Zweigen der Träger der Kinderrehabilitation praktizierten unterschiedlichen Leistungsqualitäten sind mit Blick auf die seit 1974 periodisch immer wieder eingeleiteten Initiativen zur Verlagerung der Kinderrehabilitation von der Renten- auf die Krankenversicherung von ausschlaggebender Bedeutung. Ohne Gewährleistung einer gleichwertigen Qualität und Verfahrenspraxis könnte eine solche Verlagerung erhebliche Nachteile für chronisch Kranke Kinder und Jugendliche, ihre Angehörigen, aber auch die Träger von Rehabilitationseinrichtungen bringen.

Die Entwicklung von 1974 bis heute belegt leider, dass der Gesetzgeber die Kinderrehabilitation bis heute nicht unter den Gesichtspunkten der Sicherung der gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung, der Bedarfsgerechtigkeit und der Qualität der Leistungsgewährung, sondern ausschließlich unter fiskalpolitischen Aspekten der jeweils aktuellen Finanzierungs- oder Beitragssatzstabilitäts-Diskussion des einen oder anderen Sozialversicherungszweiges handhabt.

Begründet wird die immer wieder angestrebte und in § 287b Abs. 2 Sätze 2 – 4 SGB VI auch schon verankerte Zuständigkeitsverlagerung damit, dass die Kinderrehabilitation keine originäre Aufgabe der Rentenversicherung sei, da es bei Kindern nicht um die Vermeidung von Rentenzahlungen gehe. Diese Begründung steht in krassem Gegensatz zu den über 100-jährigen Erfahrungen der Rentenversicherungsträger, nach denen im Kindesalter auftretende chronische Erkrankungen bzw. Krankheitsfolgen häufig bis in das Rentenalter fortbestehen bleiben und damit die spätere Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gefährden und beeinträchtigen (z. B. bei Wirbelsäulenverbiegungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Diabetes mellitus). Dass es diesen Zusammenhang mit der Vermeidung von Rentenzahlungen gibt, wurde jedenfalls seit dem ersten Weltkrieg vom Gesetzgeber sowie den Versicherungsträgern und auch noch von der Bundesregierung 1997 noch anerkannt². Im Übrigen ignoriert die Begründung auch die evidenzbasierte Überzeugung des Sachverständigenrates, dass die Kindheit als optimale Entwicklungs- und Lernphase für Krankheitsbewältigungsstrategien und gesundheitsförderndes Verhalten anzusehen ist³. In dieser Phase durchgeführte Präventions- und Rehabilitationsstrategien entfalten deshalb im Sinne späterer Leistungsvermeidung eine besondere Wirksamkeit.

Im Gegensatz zu der Diskussion in den Jahren 1974 bis 1984 wird das Problem der Sicherung der qualifizierten Rehabilitationskliniken und damit der Versorgungsqualität zwar angesprochen. Die Feststellung in der Begründung, dass der Erhalt der Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche „wegen ihrer außerordentlichen Qualität – ggf. gesetzlich – sicherzustellen sei und das Ausgabevolumen bei Kindern und Jugendlichen erhalten bleiben soll“, wirkt aber als – beinahe zynische – Deklamation, weil die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme gem. § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse liegt. Der Umfang der Belegung einer einzelnen Rehabilitationseinrichtung, der letztlich deren Existenz begründet, kann danach gar nicht gesetzlich sichergestellt

² BT-Drucks. 13/7140 vom 5.3.97

³ vgl. Fußnote 1

werden. Zudem belegen die Krankenkassen bisher bereits aus Kostengründen eher Vorsorge- als Rehabilitationseinrichtungen.

Der Gesetzgeber bindet die Durchführung der Verlagerung an das In-Kraft-Treten eines „Gesetzes zur Zuständigkeitsverlagerung der bisher von der Rentenversicherung erbrachten Leistung ‚Stationäre Heilbehandlung für Kinder‘ in die gesetzliche Krankenversicherung“. Ein solches Gesetz ist wegen des dagegen deutlich gewordenen erheblichen Widerstandes bisher nicht zustande gekommen⁴. Es ist jedoch zu befürchten, dass mit Blick auf die Finanzierungs- und Beitragssatzprobleme der Rentenversicherung die Themen der Verlagerung der medizinischen Rehabilitation für Kinder – aber auch für Erwachsene – oder die Kürzung des für diese Leistungen bei der Rentenversicherung verfügbaren Finanzrahmens aktuell wieder auf die Agenda gesetzt werden.

Im Ergebnis ist es auf jeden Fall kontraproduktiv, wegen finanzieller Verschiebepahnhöhe, die ihrer Höhe nach ohnehin keine wirkliche Bedeutung für die Finanzierungssicherung eines Sozialversicherungszweiges haben, wirksame und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen im Bereich der Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Frage zu stellen. Der damit angerichtete Schaden verursacht Folgekosten im Bereich der späteren Versorgung im Erwachsenenalter, die die so genannte „Ausgabenentlastung“ um ein Vielfaches übersteigen.

Ein wichtiges Ziel der künftigen Rehabilitationspolitik muss es deshalb sein, die Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen aus der nun bald 30 Jahre andauernden Rolle des fiskalischen Spielballs zwischen den Sozialversicherungszweigen herauszubringen und § 287b Abs. 2 Satz 2 – 4 SGB VI ersatzlos und endgültig zu streichen. Zur Sicherung der Versorgungsqualität der Betroffenen, aber auch zur Verwaltungsvereinfachung läge es nahe, den Rentenversicherungsträgern unter entsprechender Anwendung des § 17 SGB IX die Ausführung der gesamten medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu übertragen. Dies könnten die Rehabilitationsträger übrigens auch ohne den Gesetzgeber in einer gemeinsamen Empfehlung vereinbaren (Auftragsverwaltung). Wie und nach welchen Kriterien (z.B. Stichtagslösung) dazu die Verteilung der Kosten zwischen Renten- und Krankenversicherung gelöst würde, hätte dann keinerlei nachteilige Folgen mehr für die Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Leistungserbringung.

Die lange Phase der Instabilität bei der Zuständigkeit und Verantwortung ist ganz sicher kein Beitrag dazu, die Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, insbesondere die Entwicklung der notwendigen Versorgungsstrukturen, aber auch die Ausübung des Entscheidungsermessens im Einzelfall in den beteiligten Sozialversicherungszweigen auf eine allein durch Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Leistungen definierte Grundlage zu stellen.

⁴ Eicher/Haase, Kommentar zum SGB VI, § 287b, Rn 5