
**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie**

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/039	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 457 - 467

Psychosoziale Rehabilitation

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft

1. Psychosoziale Rehabilitation

Die Rehabilitationsrichtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben sich für die Maßnahmen, die von den Krankenkassen finanziert werden, geändert (Gültigkeitsbereich von SGB V). Nach § 23 und 24 SGB V und § 30 SGB IX sind Kinder hiervon nicht betroffen, die Frühförderung benötigen oder nach § 43 a SGB V von Behinderung bedroht sind. Die Rehabilitationsrichtlinien gelten jedoch mit Ausnahme der oben erwähnten Beschränkung für Jugendliche und junge Erwachsene.

Die Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsprognose sind bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation durch geeignete Vertragsärzte der Krankenkassen zu begutachten. Ferner muss in Zukunft bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewandt werden. Bei Maßnahmen der Rentenversicherung (s. unter 4.2 Kostenträger), wie z.B. in der stationären Suchthilfe, bei Maßnahmen der zuständigen Jugendämter oder der überörtlichen Sozialhilfe gelten entsprechend andere Vorgehensweisen, hier umfasst ein festgelegtes Antragsverfahren auch eine Untersuchung durch den jeweils behandelnden Arzt (s. auch unter 4.2 Servicestellen für Rehabilitation).

Nach § 2 Absatz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate vom dem typischen Zustand des jeweiligen Lebensalters abweichen und daher die Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

1.1 Definition psychosozialer Rehabilitation

Nach dem IX. Sozialgesetzbuch ist die psychosoziale Rehabilitation Teil der medizinischen Rehabilitation. Folgende Ziele psychosozialer Rehabilitation werden im Gesetzestext benannt:

- Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und Bewältigung von Behinderung
- Förderung der sozialen Kompetenz durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- Reduktion von Handicaps
- Teilnahme am sozialen Leben und Teilhabe am Arbeitsleben
- Verwirklichung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben

Hilfen zur psychosozialen Rehabilitation können nur erteilt werden, wenn nach einem Analyseschema der ICF (International Classification of Functioning) ein Hilfeplan erarbeitet wird und daraus notwendige psychosoziale Hilfen abgeleitet werden. Das Schema der ICF ist sowohl auf körperlich kranke und behinderte Menschen anwendbar als auch auf psychisch erkrankte Personen. Bevor ein Hilfeplan erstellt wird, muss nach der ICF die Anpassungsleistung untersucht werden und eine Verhaltensanalyse erfolgen. Vorhandene Fähigkeiten, Aktivität und Partizipation müssen untersucht werden. Die psychosozialen Lebensumstände müssen analysiert und erfasst werden. Aus dem Schema der ICF geht hervor, dass psychosoziale Lebensumstände, Anpassungsleistung und Verhalten die Fähigkeiten, Aktivitäten und die Partizipation beeinflussen.

2. Rehabilitationsspezifische Diagnostik

Vor der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen muss eine Rehabilitationsdiagnostik erfolgen, die mit der Rehabilitationsplanung und den Rehabilitationszielen dem Kostenträger vorzulegen ist. Die Diagnostik umfasst nicht nur kinder- und jugendpsychiatrische und neuropsychologische Diagnostik, sondern insbesondere sonderpädagogische und vorberufliche Diagnostik im Hinblick auf Fähigkeiten und Ressourcen. So dienen z.B. 3-wöchige Arbeitserprobungen, Eignungsanalyse und längerfristige

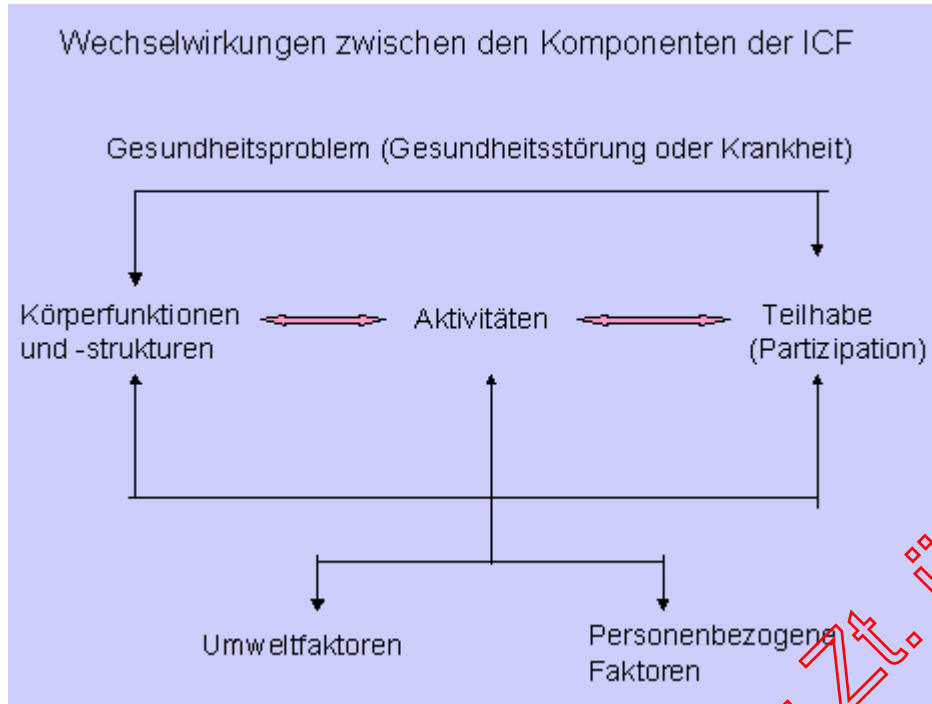
Berufsfindungsmaßnahmen einer vorberuflichen Diagnostik, um zusammen mit dem Jugendlichen eine im Hinblick auf den zu erlernenden Beruf Erfolg versprechende berufliche Maßnahme in die Wege zu leiten.

Bei der rehabilitationsspezifischen Diagnostik in Bezug auf schulische und berufliche Rehabilitation sind insbesondere Rehabilitationsziele und Fähigkeiten des Patienten zu berücksichtigen.

2.1 Diagnostik nach der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist die von der WHO weiterentwickelte Form der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) und wurde im Mai 2001 für den internationalen Bereich beschlossen. In den Ausführungen der WHO zur ICF wird hervorgehoben, dass die Klassifikation sowohl für psychisch kranke Personen als auch für Personen mit körperlicher Erkrankung anwendbar ist. Hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben in einem kurzen Zeitraum sei es unerheblich, ob eine Person an einer Angina oder einer Depression erkrankt sei. Abbildung 67 zeigt die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.

Abb. 67: Schema der ICF



Wie aus Abbildung 67 zu ersehen ist, beeinflussen Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren die Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren werden oft als Kontextfaktoren benannt und zusammengefasst. Personenbezogene Faktoren umfassen Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Bildung, Ausbildung und Beruf, Biographie und Erziehung, Lebensstil, Persönlichkeitsfaktoren und Coping-Faktoren. Psychosoziale gefährdende und belastende Umweltfaktoren im Kindes- und Jugendalter können mit der Achse V der ICD-10 erfasst werden. Neben den gefährdenden Lebensumständen sollten zusätzlich Ressourcen und schützende Faktoren im psychosozialen Umfeld beschrieben werden, da sie bei der Rehabilitation unterstützend genutzt werden können. Unter Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) werden nach der ICF 9 Bereiche angegeben (s. Tab. 9).

Tab. 9: Bereiche der ICF und Beispiele für die dazugehörigen Teilbereiche

Bereiche der ICF	Teilbereiche (Beispiele)
1) Lernen und Wissensanwendung	Sensorische Erfahrungen, Beobachten, Problemlösen, Entscheidungsfindung, Erlernen von Kulturtechniken
2) Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen	Tägliche Bewältigung von Aufgaben und Pflichten, Aufgabendurchführung, Zeiteinteilung, Stressbewältigung
3) Kommunikation	Verstehen von Zeichen, Symbolen, Bildern, Gesten, Körpersprache
4) Mobilität	Transfers wie Fortbewegung vom Liegen ins Sitzen (vom Bett auf den Stuhl)
5) Selbstversorgung	Waschen, Körperpflege, Anziehen, Essen, Trinken
6) Haushaltsführung	Einkaufen von Nahrung, Kleidern, Putzen, Aufräumen, Reparaturen
7) Interpersonelle Interaktionen	Sozial angemessene Interaktionen mit Familienmitgliedern, Freunden, Fremden
8) größere Lebensbereiche wie finanzielle Eigenständigkeit, Berufstätigkeit	Berufsausbildung, Arbeit und Beschäftigung
9) Soziales und bürgerliches Leben in der Kommune, Freizeitgestaltung	Religion, politisches Leben

Die Beeinträchtigung der Bereiche 1-9 wird als Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe bezeichnet. Die Aktivitäten und Partizipation nach der ICF werden in Tabelle 1 dargestellt. Jeder der 9 Bereiche der ICF setzt sich aus vielen Teilbereichen zusammen. Die 9 Bereiche und die sie definierenden Teilbereiche sind in der ICF für Kinder und Jugendliche der WHO beschrieben. Teilbereiche können aufgrund ihres inhaltlichen Umfangs in Tabelle 1 nur beispielhaft genannt werden. Die ICF ist 5-stufig skaliert: Ein Problem ist

- nicht vorhanden,
- geringfügig ausgeprägt,
- besteht mittelmäßig,
- ist ausgeprägt,
- ist extrem stark vorhanden.

Krankheitsbedingte Belastungen in menschlichen Beziehungen und familiären Umfeld können durch Verbesserung der Aktivität und Teilhabe und der Verbesserung der funktionellen Unabhängigkeit der betroffenen jugendlichen Person vermindert werden.

2.2 Rehabilitationsziele

Rehabilitationsziele müssen mit der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme vom Antragsteller benannt werden. Sie müssen realistisch und für den Betroffenen erreichbar sein. Sie müssen in Übereinkunft mit den Jugendlichen und deren Eltern entwickelt und während der Rehabilitation umgesetzt werden. Während längerer schulischer oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen Entwicklungsgespräche über erreichte und zukünftige Rehabilitationsziele in regelmäßigen, meist halbjährlichen Abständen mit dem Rehabilitationsteam, dem Rehabilitanden und dessen Eltern sowie dem Kostenträger. In diesen Entwicklungsgesprächen werden ggf. neue Entwicklungsziele formuliert und die Durchführungspraxis der Rehabilitation modifiziert.

2.3 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn der jugendliche Rehabilitand aufgrund der kognitiven, psychischen und körperlichen Verfassung die notwendige emotionale und körperliche Belastbarkeit sowie Motivation besitzt, um bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen mitwirken zu können. Stationäre Rehabilitationsfähigkeit nach SGB V setzt ausreichende soziale Gruppenfähigkeit sowie kognitive, emotionale und motivationale Ressourcen voraus.

Ferner muss der Patient über eine ausreichende Mobilität verfügen. Ein jugendlicher Rehabilitand sollte fähig sein, die zusammen mit ihm und seinen Eltern ausgesuchte Rehabilitationsmaßnahme bewältigen zu können.

Noch bestehender, häufiger Drogenabusus oder akute Suizidalität, zu niedriges Gewicht bei Anorexia nervosa oder akute psychotische Symptomatik sind mit einer Rehabilitationsfähigkeit im Sinne medizinischer, schulischer oder beruflicher Rehabilitation nicht vereinbar; hier ist kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Kliniken der Primärversorgung angezeigt. Mangelnde Compliance bei Einnahme von Psychopharmaka oder Antiepileptika kann ein Ausschlusskriterium für die Rehabilitationsfähigkeit sein.

Zuletzt besteht bei der Rehabilitation eine gesetzliche Mitwirkungspflicht des Rehabilitanden nach § 60 ff SGB V. Hierzu gehört auch mit der Antragstellung zur Rehabilitation die Schweigepflichtentbindung über persönliche Daten, die dem zuständigen Rehabilitationsteam, das nicht nur aus medizinischem Personal besteht, offen gelegt werden müssen. Wirkt der Rehabilitand beim Rehabilitationsprozess nicht mit oder kann er krankheitsbedingt über längere Zeit nicht mitwirken, kann deswegen die Rehabilitationsmaßnahme sowohl vom Kostenträger als auch von der Einrichtung abgebrochen werden.

2.4 Rehabilitationsbedürftigkeit

Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit müssen rehabilitationsrelevante Schädigungen, nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im Bereich der Kommunikation, der Mobilität, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der interpersonellen Aktivitäten und der bedeutenden Lebensbereiche wie Arbeit und Beschäftigung eingeschätzt werden. Ergebnisse aktueller Assessments sind bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu berücksichtigen.

Die rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren wie persönliches und familiäres Umfeld (Achse V der ICD-10) ebenso wie familiäre und psychosoziale Ressourcen und berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation) sowie soziales Umfeld müssen in der Verordnung medizinischer

Rehabilitation im Formblatt 61 Teil B ausgefüllt werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund der seelischen und/oder körperlichen Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die eine Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben oder Arbeitsleben zustande kommen. Die normale Entfaltung alltagsrelevanter Aktivitäten sowie die Teilhabe am sozialen Leben und Arbeitsleben ist bedroht oder kann nicht stattfinden. Die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen ist dadurch gefährdet. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht dann auch über den kurativen Ansatz hinaus, wenn aufgrund der Erkrankung oder Behinderung ein mehrdimensionaler Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (z.B. Rehabilitation von Kindern mit Schädel-Hirn-Trauma und neuropsychiatrischen Erkrankungen).

2.5 Rehabilitationsprognose

Bei der Einschätzung der Rehabilitationsprognose bei der Beantragung medizinischer Rehabilitation muss beurteilt werden, ob eine positive Rehabilitationsprognose besteht bezüglich der Schädigungen, der Aktivitäten und Teilhabe, der Kontextfaktoren und der Ziele aus Sicht des Patienten. Die Rehabilitationsprognose ist eine dem Kostenträger gegenüber medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie basiert auf den Daten der ICF des Hilfesuchenden und auf den Untersuchungen zur Rehabilitationsdiagnostik. Sie berücksichtigt den bisherigen Verlauf der Erkrankung, Komplikationen oder Rückbildung und beachtet individuelle Ressourcen und individuelle Rehabilitationsziele sowie psychosoziale Kontextfaktoren. Die Rehabilitationsprognose bezieht sich auf einen definierten Zeitraum, in dem das gewählte Rehabilitationsziel durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden soll.

3. Multiaxiale Bewertung

Die multiaxiale Bewertung erfolgt nach dem Schema der ICF. Bewertet werden die 9 Bereiche der ICF hinsichtlich der Teilhabe und Aktivitäten. Die psychosozialen Umstände werden nach der Achse V der ICD-10 codiert und dahingehend untersucht, welchen Einfluss sie auf Körperfunktionen, Teilhabe und Aktivität haben. Zudem müssen Ressourcen und unterstützende Faktoren im psychosozialen Umfeld eruiert werden, die bei der Rehabilitation hilfreich sein können. Zur Beurteilung der personenbezogenen Faktoren werden die kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen herangezogen, ferner geeignete Assessments wie Fragebogen zu Coping-Stilen, Fragebogen zu Temperament und Persönlichkeit oder Fragebogen zu Stressverarbeitung. Auch bei den personenbezogenen Faktoren muss eine Bewertung erfolgen, welchen Einfluss sie auf Körperfunktionen, Teilhabe und Aktivität haben.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Maßnahmen zur Teilhabe am vorschulischen und schulischen Leben sowie am Arbeitsleben

Maßnahmen zur Teilhabe im Vorschulalter. Im Vorschulalter kann Frühförderung mehrfachbehinderter Kinder in geeigneten Frühförderzentren die Integration und Teilhabe dieser Kinder verbessern. Ebenso stehen Sonderkindergärten (Sprachheilkindergärten, heilpädagogische Kindergärten etc.) zur Eingliederung zur Verfügung. Bei der Rehabilitationsbehandlung eines Kindes im Vorschulalter im Krankenhaus wird die Mitaufnahme einer Begleitperson in der Regel finanziert (§ 43 Abs. 3 SGB V).

Maßnahmen zur Teilhabe im Schulalter. Solange Berufsschulpflicht gegeben ist, erfolgt schulische und vorberufliche Rehabilitation über die Kostenträger der schulischen Rehabilitation. Man unterscheidet zwischen folgenden Maßnahmen:

- Berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsvorbereitungsjahr/BVJ)
- Lebensvorbereitungsjahr (LBVJ), wenn noch keine Ausbildungsfähigkeit gegeben ist.

Diese Maßnahmen werden nicht über das Arbeitsamt finanziert und sind Teil der schulischen Rehabilitation.

Schulische Rehabilitation als mehrjährige Maßnahme zwecks Erreichen eines qualifizierten Schulabschlusses kann als Maßnahme zur Teilhabe mit Internatsunterbringung an dafür geeigneten Rehabilitationszentren überregional und jenseits der Landesgrenzen stattfinden. Diese Form der schulischen Rehabilitation wird in Zusammenarbeit mit den Behörden der jeweiligen Bundesländer

beantragt. Die Eltern können selbst mit dem Sozialdienst eines solchen Rehabilitationszentrums und den jeweils zuständigen Kostenträgern eine mehrjährige schulische Rehabilitation beantragen; Genehmigungen von Schulbehörden in den jeweiligen Bundesländern sind dazu nicht notwendig. Schulen für Kranke an Kliniken obliegen der Länderhoheit und der damit verbundenen Schulaufsicht. Es gelten die Regelungen des jeweiligen Bundeslandes, in dem die Einrichtung liegt; gegebenenfalls liegen individuelle Sonderregelungen vor.

Maßnahmen zur Teilhabe nach abgeschlossener Schulzeit und Berufsschulpflicht:

Vorberufliche und berufliche Rehabilitation

Bisher wurden nach abgeschlossener Schulzeit Maßnahmen wie Arbeitserprobung und Berufsfindung sowie berufliche Rehabilitation mit 2- bis 3-jähriger Ausbildung beim Behindertenberater des Arbeitsamtes für die Jugendlichen beantragt. Wenn noch keine Ausbildungsfähigkeit bestand, wurden berufliche Förderlehrgänge oder arbeitstherapeutische Förderung in Berufs- und Trainingszentren in die Wege geleitet. In der letzten Phase der beruflichen Ausbildung an einem Rehabilitationszentrum erfolgt die Vermittlung in Betriebe über den Sozialdienst der Rehabilitationszentren.

Zum 01.01.2005 haben sich die vorberuflichen Maßnahmen geändert. Das neue Fachkonzept der Bundesanstalt für Arbeit, das zu Beginn 2005 bundesweit umgesetzt wurde, umfasst neue Förderkonzepte für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB). Ziel dieses neuen Förderkonzeptes ist die Vermeidung oder schnelle Beendigung von Ausbildungs- und Arbeitslosigkeit, die Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und die Erhöhung des Qualifizierungsniveaus.

Die berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) sind gedacht für "lernbeeinträchtigte, behinderte und sozial benachteiligte Personen, deren Entwicklungsstand eine erfolgreiche Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder eine gleichwertige Berufsausbildung noch nicht erwarten lässt". Diese Maßnahmen werden entsprechend den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises durch sozialpädagogische Unterstützung betreut und begleitet.

Im Einzelnen erfolgt in Zukunft im Rahmen der BvB-Maßnahmen eine Eignungsanalyse (maximal 2 Wochen), dann die Grundstufe (maximal 6 Monate), die Förderstufe (maximal 5 Monate), die Übergangsqualifizierung, die Bildungsbegleitung und eine Qualifizierungsplanung. Die Grundstufe umfasst folgende Module:

- Allgemeiner Grundlagenbereich
- Berufsorientierung
- Grundfertigkeiten
- Kulturtechniken
- Lerntechniken
- Sozialkompetenz
- Medienkompetenz
- Arbeitsverhalten

Als Ergebnis nach Absolvieren der Grundstufe kann der Übergang in die Ausbildung erfolgen. Falls Ausbildungsreife besteht, aber noch keine Ausbildungsaufnahme möglich ist, erfolgt eine Übergangsqualifizierung. Falls eine Ausbildungsreife nicht besteht, erfolgt im Anschluss an die Grundstufe die Förderstufe. Die Bausteine der Eignungsanalyse, der Grundstufe und der Förderstufe sind nicht notwendigerweise miteinander verknüpft und können separat für den Rehabilitanden beantragt werden.

Maßnahmen zur Teilhabe bei Ausbildungsunfähigkeit: Werkstätten für Behinderte (WfB)

Die Aufnahme in einer Werkstatt für Behinderte ist mit einem entsprechenden ärztlichen Gutachten beim Behindertenberater des Arbeitsamtes für den betreffenden Jugendlichen (Formblatt W) zu beantragen. Die Werkstätten für Behinderte verfügen über einen Eingangsbereich und einen Trainingsbereich. Eine begleitende Internatsunterbringung kann ebenfalls beantragt werden. Spezielle Werkstätten für psychisch kranke Personen sind vorhanden und können in Absprache mit dem Kostenträger nach dem Prinzip der Regionalität ausgesucht werden. Es werden nur Jugendliche in Werkstätten für Behinderte aufgenommen, die aufgrund von körperlicher, seelischer oder geistiger Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme und wahrscheinlich längerfristig nicht in der Lage sind, eine berufliche Rehabilitation oder Berufsausbildung vorzunehmen. Werkstätten für psychisch kranke Personen sind teils auch an den psychiatrischen Landeskrankenhäusern angesiedelt, die vorberufliche Rehabilitation leisten.

4.2 Einrichtungen, Kostenträger und Antragstellung

Adressen geeigneter Einrichtungen

Die Adressen der Frühfördereinrichtungen und der Berufsbildungswerke und Rehabilitationszentren

werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben und können dort angefordert werden. Zu beachten ist, dass die Berufsbildungswerke in Deutschland unterschiedliche Angebotsleistungen hinsichtlich der vorberuflichen Förderung und der auszubildenden Berufe haben. Es gibt Berufsbildungswerke für lernbehinderte Jugendliche, die handwerkliche Berufe ausbilden. Es gibt ferner Berufsbildungswerke für den Personenkreis der blinden Personen.

Die schulische Rehabilitation mit Zuweisung in geeignete Sonderschulen wird in Zusammenarbeit mit örtlichen sonderpädagogischen Beratungsstellen in die Wege geleitet, kann aber auch in Zusammenarbeit mit anerkannten Klinikschulen beantragt werden. Entsprechende Adressen und Verzeichnisse sind vor Ort von den Schülern zu erhalten. Die Einbeziehung der zuständigen Jugendämter ist unbedingt notwendig, da die entstehenden Kosten für schulische Rehabilitation für Jugendliche mit seelischer Behinderung eine Leistung nach § 35 a darstellen.

Servicestellen für Rehabilitation

Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie ihren Vertrauenspersonen Beratung und Unterstützung anzubieten (§ 22 SGB IX). Die Servicestellen für Rehabilitation, die in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eingerichtet wurden, sind gesetzlich dazu verpflichtet, trägerübergreifend und anbieterneutrale, umfassende Hilfen anzubieten. Sie stehen jedem Rat- und Hilfesuchenden in Fragen der Rehabilitation zur Verfügung. Die Servicestellen helfen bei der Antragsstellung zur Rehabilitation. Sie sind verpflichtet, die sozialrechtliche Zuständigkeit eines Kostenträgers rasch und ggf. parallel zu klären. Es ist gesetzlich geregelt, dass bei vorliegendem Rehabilitationsbedarf der erstangegangene Kostenträger Vorleistungen erbringen muss, um zu verhindern, dass im Falle eines Streits der Kostenträger ungebührliche Wartezeiten zum Nachteil der betroffenen Person entstehen, die Rehabilitationsmaßnahmen ersucht.

Kostenträger

Krankenkassen sind zuständige Kostenträger für medizinische Rehabilitation, wenn z.B. die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei eingeschränkter Teilhabe aufgrund einer Krankheit im Vordergrund steht. Für die schulische Rehabilitation sind bei Kindern und Jugendlichen bei primärer körperlicher oder bei geistiger Behinderung Träger der überörtlichen Sozialhilfe zuständig. Rentenversicherungsträger sind leistungspflichtig bei Kinderheilverfahren. Rentenversicherungsträger, je nach regionalen Besonderheiten auch die Träger der Jugendhilfe, sind für Maßnahmen der stationären Suchtentwöhnung zuständig, was u.a. damit zu erklären ist, dass viele Entwöhnungseinrichtungen keine Belegungsverträge mit Krankenkassen haben. Unter Umständen muss bei nicht erfüllten Anspruchsvoraussetzungen bzgl. Leistungen der Rentenversicherung eine besondere Vereinbarung getroffen werden. Maßnahmen ambulanter Suchtentwöhnung für Jugendliche sind aus inhaltlichen Gründen leistungsträgertechnisch bisher bundesweit nicht entwickelt. Bei vorrangiger seelischer Behinderung sind die Jugendämter für die Maßnahmen der schulischen Rehabilitation als Kostenträger zuständig. Arbeitsämter sind als Kostenträger für Berufsfindung, Arbeitserprobung und berufliche Förderlehrgänge und berufsvorbereitende Maßnahmen sowie berufliche Rehabilitation zuständig. Unfallkassen oder Gemeindeunfallversicherungsverbände kommen als Kostenträger bei Kindern und Jugendlichen infrage, die infolge von Unfällen Rehabilitation benötigen.

Prinzip der Regionalität

Längerfristige Rehabilitationsmaßnahmen (schulische und berufliche Rehabilitation) müssen das Prinzip der Regionalität berücksichtigen. Dies wird von den Kostenträgern verlangt, da zum einen der Kontakt zur Familie besser gewahrt werden kann, zum anderen sich Kosten für Wochenendheimfahrten reduzieren. Die jeweilige Regionalität schulischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ist bei der Beantragung unbedingt zu beachten, da sonst eine Ablehnung des Antrags erfolgen kann.

Antragstellung: Formblätter zur Beantragung von Rehabilitation

Das Formblatt A wird angewandt, um ambulante schulische Rehabilitation zu beantragen. Dieses Formblatt ist zur Verwendung in der Eingliederungshilfe nach dem BSHG geeignet, wird aber auch mit geringen Modifikationen für Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung verwandt, für die nach § 35 a SGB VIII eine Leistungsentscheidung bei den Jugendämtern ersucht wird. Für stationäre schulische Rehabilitation psychisch kranker und körperlich kranker Kinder und Jugendlicher wird überregional das Formblatt HB angewandt. Bei der Beantragung schulischer Rehabilitation von körperlich kranken Jugendlichen mit begleitender psychischer Erkrankung muss vom Antragsteller beantwortet werden, ob die zur Rehabilitation führende Erkrankung primär psychischer oder körperlicher Natur ist.

Für die Beantragung von medizinischer Rehabilitation in Rehabilitationskliniken für Jugendliche und junge Erwachsene gilt ein neues Formblatt nach der ICF (Formblatt 60 + 61). In der Beantragung der

Rehabilitation von Kindern, die von Behinderung bedroht sind, hat sich nichts geändert.

Begleitende Hilfen zur Rehabilitation

Die begleitenden Hilfen während schulischer oder beruflicher Rehabilitation müssen vom Antragssteller in den entsprechenden Formblättern benannt werden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen begleitende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung umfassen. Hier sind Sonderschulen und Berufsbildungswerke auszusuchen, die über solche begleitende psychiatrische Dienste verfügen. Gegebenenfalls muss mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater vor Ort eine Vereinbarung zur begleitenden Behandlung während der Rehabilitation getroffen werden.

Unter begleitenden Hilfen zur Rehabilitation können in den Formblättern vom beantragenden Arzt zudem spezielle Fördermaßnahmen angegeben werden; zum Beispiel kann der Antragsteller begleitende logopädische, ergotherapeutische oder psychomotorische/krankengymnastische Behandlung beantragen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Rehabilitation

Ambulante Rehabilitation zu Lasten der Krankenkassen kann von Ärzten in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und an Rehabilitationszentren mit Institutionsambulanzen erfolgen, die über eine entsprechende Zulassung gemäß den neuen Antragsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verfügen. Antragsberechtigt für die Verordnung von Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV sind ab dem 31.03.2005 Ärzte mit dem Zusatztitel Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin, dem Facharzt für Rehabilitationsmedizin oder Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die 1 Jahr in einer Rehabilitationsklinik gearbeitet haben. Alternativ für die Zulassung ist der Nachweis über mindestens 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger, insbesondere Rentenversicherungsträger, zu führen oder eine entsprechende Weiterbildung nachzuweisen.

Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation beinhaltet die Koordinierung ambulanter rehabilitativer Maßnahmen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, Schulen und Schulämtern, sonderpädagogischen Beratungsstellen, Kliniken und Praxen unterschiedlicher Natur ist unumgänglich.

4.4 Besonderheiten bei der schulischen Rehabilitation

Im Falle längerer Krankheit können durch eine ärztliche Stellungnahme sonderpädagogische Hilfen und Hausunterricht für chronisch kranke Kinder und Jugendliche beantragt werden. Diese umfassen derzeit ca. 6 Stunden/Woche. Für Kinder, die z.B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma kognitiv verlangsamt sind, kann unter Vorlage der neuropsychologischen Testbefunde Zeitverlängerung bei Klassenarbeiten in den zuständigen Schulen beantragt werden. Ferner kann bei von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem schulischen Förderbedarf integrative Beschulung beantragt werden. Falls ambulante Maßnahmen der schulischen Rehabilitation erschöpft sind, kann schulische Rehabilitation auf ärztlichen Antrag teilstationär an einem Rehabilitationszentrum stattfinden. Der Rehabilitand ist dann Tagesschüler eines Rehabilitationszentrums. Teilstationäre schulische Rehabilitation ist jedoch nur möglich, wenn regional in der Nähe des Elternhauses des betroffenen Kindes ein entsprechendes Rehabilitationszentrum vorhanden ist.

4.5 Besonderheiten bei ambulanten stufenweisen Wiedereingliederung ins Arbeitsleben

Stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben kann bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die sich vor der Erkrankung in beruflicher Ausbildung befanden oder bereits berufstätig waren, bei der Krankenkasse beantragt werden. Die Belastungsfähigkeit bei stufenweiser Wiedereingliederung ins Arbeitsleben nach akuter Erkrankung und erfolgter Rehabilitation ist dem Kostenträger mit einem zeitlichen Stufenplan darzulegen.

4.6 Besonderheiten bei der stationären medizinischen Rehabilitation

Kinder können eine medizinische, stationäre psychiatrisch-psychosomatische Kinderrehabilitation erhalten, wenn ein Elternteil versichert ist oder das Kind Waisenrente bezieht. Jugendliche, die nach Beendigung der Schulzeit angefangen haben, versicherungspflichtig zu arbeiten, sind selbst anspruchsberechtigt.

Stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen findet in geeigneten Rehabilitationskliniken statt. Kostenträger sind die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und ggf. auch Berufsgenossenschaften. Die Maßnahmen sind auf 6-8 Wochen zeitlich begrenzt. Zur Rehabilitation von suchtkranken Jugendlichen gibt es Kliniken, die eine entsprechende Spezialisierung aufweisen; die Zeiträume der Behandlung umfassen einige Monate. Bei der Beantragung medizinischer Rehabilitation muss künftig die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose beurteilt werden. Antragsberechtigt sind Ärzte, die Zusatzqualifikationen haben, wie einleitend unter 4.3 ausgeführt ist. Die Beantragung von medizinischer Rehabilitation für Kinder, die von Behinderung bedroht sind, fällt nicht unter die Rehabilitationsrichtlinien und wird gesondert geregelt.

4.7 Besonderheiten der stationären schulischen oder beruflichen Rehabilitation

In der Amtssprache der Kostenträger versteht man unter stationärer Rehabilitation ferner alle Rehabilitationsmaßnahmen, die zu einem stationären Aufenthalt mit Internatsunterbringung an einem Rehabilitationszentrum führen. Hierzu zählen Maßnahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation mit Internatsunterbringung. Die Maßnahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation dauern mehrere Jahre, da sowohl schulische Ausbildung als auch berufliche Ausbildung an Rehabilitationszentren zeitlich - meist um ein Jahr Ausbildungszeit - verlängert sind.

Literatur

1. Bundesagentur für Arbeit (1/2004), Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) der Bundesanstalt für Arbeit (BA), neues Fachkonzept, BA-Rundbrief,
2. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998) Die Lage der Behinderten und die Entwicklung in der Rehabilitation, Berlin
3. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1991) Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, ein Wegweiser.
4. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999) Berufsbildungswerke: Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung jugendlicher Behinderter
5. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (4/2002) Fragen und Antworten für die Praxis zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Berlin
6. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 (BAnz. S. 6769). Dtsch Ärztebl (4/2004), 101, 117 - B986-995
7. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1993), Arbeitshilfen für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher. Und: Arbeitshilfen für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen, Schriftenreihen, Berlin
8. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2001) Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 13. Aufl. Frankfurt
9. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998) Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Frankfurt
10. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1996) Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken - Alkohol - Drogen - Medikamente, Frankfurt Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (2001). <http://www.who.ch> (externer Link)

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

R. Voll, R. Schepker, F. Poustka, A. Engellandt-Schnell

Korrespondenz an:

PD Dr. Renate Voll
Fachkrankenhaus Neckargemünd
Im Spitzerfeld 25
69151 Neckargemünd

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim

Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

11/2006

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation ([AWMF online](#))

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 15:09:55

Gültigkeit abgelehnt, Leitlinie zzt. überprüft