



Kinder- und Jugendrehabilitation in der Rentenversicherung

Kinder und Jugendliche sind unsere Zukunft

Für Kinder und Jugendliche, die erkrankt sind oder deren Gesundheit gefährdet ist, bietet die gesetzliche Rentenversicherung Rehabilitationsleistungen an. Dafür stehen in Deutschland zahlreiche, speziell dafür vorgesehene Einrichtungen zur Verfügung.

Für eine Rehabilitation müssen persönliche Voraussetzungen wie die Beeinträchtigung oder Gefährdung der Gesundheit vorliegen, die durch die Maßnahme voraussichtlich beseitigt bzw. abgewendet werden kann. Außerdem muss ein Elternteil die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

A. Einleitung

In einer Zeit des relativen Wohlstands wachsen Kinder und Jugendliche unter günstigen Bedingungen auf, und wir können unsere Entscheidungen unter dem Gesichtspunkt des Wohlergehens der Kinder treffen. Wir müssen aber die Bequemlichkeit hinterfragen, unsere Erkenntnisse aus Psychologie, Umwelt, Hygiene usw. miteinander zu vernetzen und aus der Summe die „richtige Entscheidung“ zu treffen. Der Bezug zu Kindern bereichert den menschlichen Horizont von Alt und Jung. Wir sollten uns

die Zeit nehmen und den Kindern und Jugendlichen die nötige Unterstützung geben, damit sie sich gut entwickeln können.¹

Kinder und Jugendliche sind manchmal ein teures Vergnügen. Wenn ein Vater von drei Kindern im Supermarkt einkauft, stellt sich an der Kasse kaum jemand hinter ihm an, denn der Einkaufswagen ist immer randvoll. Die Rechnung fällt entsprechend aus.² Bedrohlichen, krank machenden Problemfaktoren und überfordernden Lebensumständen muss in diesem Zusammenhang mit angemessenen Mitteln begegnet werden. Doch manchmal wird einfach nur „herumgedoktert“, um überhaupt etwas zu tun. Es fehlt manchmal an heilenden Rezepturen.³

Im Vergleich zu Erwachsenen stellen Kinder und Jugendliche die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar. Doch ist zu beobachten, dass sich das Krankheitspektrum bei 13 Millionen Kindern und Jugendlichen – und damit bei 16 Prozent der Bevölkerung in Deutschland – über die Jahre verändert hat.⁴

Während bei (akuten) Infektionskrankheiten eine rückläufige Tendenz zu beobachten ist, nehmen chronische Krankheiten und insbesondere psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu. Darüber hinaus ist bei diesem Personenkreis eine zunehmende Multimorbidität festzustellen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus

Manfred Glombik
ist freiberuflicher Journalist
mit dem Schwerpunkt
„Rentenversicherung“ und
war bis zu seiner Pensionierung
in der gesetzlichen
Rentenversicherung in
Hannover beschäftigt.

1 Art. 1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Art. 6 Grundgesetz (GG), § 104 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG), § 7 Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) – Kinder- und Jugendhilfe, § 1 Jugendschutzgesetz (JuSchG), § 2 Bundeskindergeldgesetz (BKGG).

2 Drittes Kind, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 15.2.2014, S. 11.

3 Beuster, Die Jungen-Katastrophe. Das überforderte Geschlecht. Hamburg 2006, S. 297.

4 Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts 2016 (KiJGS Welle 1, Erhebung 2009–12).



– gemessen z. B. am Bildungsstand, Erwerbsstatus oder Einkommen der Eltern – sind davon besonders betroffen. Hier sollte eine Familienförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden, getragen von möglichst vielen Steuerzahlern.⁵

B. Die medizinische Rehabilitation

Die Rehabilitation trägt dazu bei, dass chronisch kranke, behinderte sowie von chronischer Krankheit und Behinderung bedrohte Menschen im Alltag, in Familie und Beruf selbstbestimmt, gleichberechtigt und eigenverantwortlich leben können.⁶ Sie hilft ihnen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen ihrer Erkrankung besser zurechtzukommen.

Mit diesem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe bietet die Rehabilitation den Betroffenen in jeder Lebenssituation passende Angebote: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation⁷ sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems in Deutschland und werden vor allem von der gesetzlichen Kranken-⁸, Renten-⁹ und Unfallversicherung¹⁰ auf Antrag bei den Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und Berufsgenossenschaften zur Verfügung gestellt. Das Spektrum der Leistungen unterscheidet sich dabei jeweils nach dem gesetzlichen

Auftrag des Trägers.¹¹ Es bestehen verschiedene Möglichkeiten des Zugangs zur Rehabilitation – in jedem Fall ist jedoch sichergestellt, dass die Betroffenen in ihrer jeweiligen Lebenssituation die den Erfordernissen entsprechenden Angebote erhalten.

Dabei haben die Rentenversicherung und die Krankenversicherung ihre Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung in der Rehabilitation deutlich intensiviert. Es geht dabei nicht um die Angleichung von Programmen, sondern um die Harmonisierung in denjenigen Bereichen, wo dies möglich und sinnvoll ist – unter Berücksichtigung der spezifischen gesetzlichen Aufträge der Kranken- und Rentenversicherung.

Die Angebote sind ganzheitlich ausgerichtet und gehen über eine rein biomedizinische Krankheitsbehandlung hinaus. Sie beziehen auch die individuelle Lebenssituation der Rehabilitanden ein. Entsprechend umfassend und vernetzt sind die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, die ambulant, mobil oder stationär erfolgen kann. Der ganzheitliche, individualisierte Ansatz der Rehabilitation bedeutet zugleich, dass die Rehabilitanden aktiv und für den Erfolg der Rehabilitation mitverantwortlich sind. Diese Eigenverantwortung spiegelt sich z. B. in den Möglichkeiten des Wunsch- und Wahlrechts der Rehabilitanden bei der Entscheidung über die Form der Leistungen und die Wahl der Einrichtung,¹² sie spiegelt sich auch in der Pflicht zur aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation.¹³

Leistungen zur Kinderrehabilitation als Pflichtleistungen sollen bewirken, dass insbesondere bei chronisch verlaufenden Erkrankungen die Rehabilitation früh einsetzt und damit einen positiven Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit nimmt.

C. Möglichkeiten nach dem Flexirentengesetz

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation (Flexiren-

5 Glombik, Familie in der Rentenversicherung, RV 9/2009, S. 167.

6 § 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

7 Medizinische Voraussetzungen wurden erstmals mit Inkrafttreten der Neufassung des § 1305 Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 23.2.1957 und durch § 102 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz in Verbindung mit § 11 SGB I mit Sozialleistungen definiert.

8 § 40 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Die §§ 23 und 24 SGB V enthalten bereits auch für Kinder medizinische Vorsorgeleistungen in Form von Mutter-Kind-Vater-Kind-Maßnahmen, die in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung durchgeführt werden können. Mit der „familienorientierten Rehabilitation“ nach den Richtlinien ab 1.10.2009 wird der Situation schwerst chronisch kranker Kinder Rechnung getragen, „bei der das Kind von seinen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und bzw. oder Geschwistern begleitet wird“. Für eine Mitaufnahme der Familienangehörigen im Rahmen einer „familienorientierten Rehabilitation“ ist nicht ein eigener Rehabilitationsbedarf der Familienangehörigen ausschlaggebend, sondern lediglich, ob die Anwesenheit von Familienangehörigen für einen Rehabilitationserfolg des schwerst chronisch kranken Kindes erforderlich ist. Das Verfahren dazu haben die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger erarbeitet.

9 § 15 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) – Gesetzliche Rentenversicherung.

10 § 26 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) – Gesetzliche Unfallversicherung.

11 §§ 1 und 4 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) – Allgemeiner Teil. § 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung.

12 § 33 SGB I, § 9 SGB IX.

13 §§ 60–64 SGB I.

tengesetz – FlexiG) vom 8. Dezember 2016¹⁴ wird einerseits das flexible Arbeiten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze bei besserer Gesundheit erleichtert und andererseits das Weiterarbeiten über die Regelaltersgrenze hinaus gefördert.

Bis zum Inkrafttreten des Flexirentengesetzes am 14. Dezember 2016 war die Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung für nichtversicherte Kinder von Versicherten und Rentnern sowie für Waisenrentenbezieher auf stationäre Leistungen als Ermessensleistung begrenzt.¹⁵ Aufgrund dieses Gesetzes wurden Leistungen zur Prävention¹⁶, die Kinderrehabilitation¹⁷ und die Nachsorge¹⁸ aus dem Katalog der sonstigen Leistungen herausgenommen und zu Pflichtleistungen.¹⁹ Jetzt können neben ambulanten Leistungen auch Nachsorgeleistungen erbracht werden – mit dem Ziel, den durch die vorangegangene Rehabilitationsleistung eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern oder nachhaltig zu sichern. Leistungen werden demnach dann erbracht, wenn sie erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern.²⁰

Im Gesetz festgeschrieben ist, dass Leistungen zur Rehabilitation vorrangig in ambulanter oder teilstationärer Form erbracht werden.²¹ Dies allerdings nur, soweit „die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind“ und „unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände“ des Versicherten. Faktisch stehen damit ambulante und stationäre Rehabilitation gleichwertig nebeneinander. Andererseits soll die ambulante Rehabilitation die stationäre Form keinesfalls ersetzen. Der Vorteil einer ambulanten Rehabilitation ist, dass sie in Wohnortnähe stattfindet. Die Kinder und Jugendlichen können so in ihrem Umfeld verbleiben. Dieser „Heimvorteil“ kann wiederum therapeutisch genutzt werden. Darüber hinaus kann eine langfristig angelegte ambulante Weiterbetreuung durch Leistungen zur Nachsorge den Rehabilitationser-

folg nachhaltig sichern. Damit wird die Leistungsfähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen wiederhergestellt bzw. verbessert, um ihre Teilhabe an Unterricht, Ausbildung und späterem Erwerbsleben zu sichern.

Grundsätzlich ist eine Kinderrehabilitation bis zum 18. Lebensjahr möglich. Wer über das 18. Lebensjahr hinaus eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst absolviert, kann bis zum 27. Lebensjahr eine Kinderrehabilitation erhalten.

Jugendliche, die wegen einer Behinderung nicht selbst für sich sorgen können, erhalten ebenfalls bis zum 27. Lebensjahr eine Kinderrehabilitation.

Durch die Neugestaltung des SGB VI ergeben sich damit die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation sowie die Ausgestaltung der Begleitpersonenregelung direkt aus dem Gesetz.

Beispiel

Clara ist 15 Jahre alt. Sie ist auf den ersten Blick ein ganz normales Mädchen. Sie trifft sich gern mit ihren Freundinnen, geht mehr oder weniger gern zur Schule.

Aber immer dann im Jahr, wenn die Pollen fliegen, wird ihr Leben unerträglich. Sie fängt bei unterschiedlichsten Gelegenheiten an, schwer zu atmen, zu keuchen und mitunter sogar um Luft zu ringen. Und mit der Atemnot kommt auch die Angst.

Durch die nächtlichen Atemnotattacken ist sie häufig am Tag müde. Einbußen in den schulischen Leistungen sind die Folge. Außerdem kann Clara aufgrund der Atemnot häufig nicht am Schulsport bzw. an Freizeitaktivitäten teilnehmen. Sie fühlt sich durch die Einschränkungen in Schule, Alltag und Freizeit ausgegrenzt.

Clara leidet an allergischem Asthma bronchiale.²² Da

Bis zum Inkrafttreten des Flexirentengesetzes am 14. Dezember 2016 war die Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung für nichtversicherte Kinder von Versicherten und Rentnern sowie für Waisenrentenbezieher auf stationäre Leistungen als Ermessensleistung begrenzt.

14 BGBl. I S. 2838.

15 § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI alte Fassung: „Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden: stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.“

16 § 14 SGB VI.

17 § 15a SGB VI.

18 § 17 SGB VI.

19 §§ 14, 15a und 17 SGB VI.

20 Die neue Vorschrift des § 17 SGB VI wurde mit dem FlexiG mit Wirkung vom 14.12.2016 aus dem Leistungskatalog der sonstigen Leistungen in der bis zum 13.12.2016 geltenden Fassung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI herausgenommen und den Pflichtleistungen zugeordnet. Die Neufassung des Gesetzes bestimmt weiterhin die Möglichkeit einer zeitlichen Begrenzung der Nachsorgeleistungen.

21 § 19 Abs. 2 SGB IX.

22 Eine Rehabilitation für Kinder und Jugendliche kommt insbesondere in Betracht bei Erkrankungen der Atemwege, der Haut, des Herzkreislauf-Systems, von Leber, Magen oder Darm, der Nieren- und Harnwege, des Stoffwechsels, etwa Diabetes mellitus, des Bewegungsapparats sowie bei Allergien, neurologischen Erkrankungen (z. B. Epilepsie), psychosomatischen und psychomotorischen Störungen (dazu zählen z. B. Sprachentwicklungsstörungen), Verhaltensstörungen, Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren oder anderen Erkrankungen, Krebserkrankungen. Bei akuten Krankheiten und Infektionen ist eine Rehabilitation nicht möglich. Quelle: Merkblatt „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Deutschen Rentenversicherung Nr. 303, Berlin, 12. Auflage 3/2017, S. 7.

Eines der Hauptprobleme ist hier auch die abnehmende Bedeutung von gemeinsam am Familientisch eingenommenen Mahlzeiten. Es entsteht ein wachsender Anteil übergewichtiger Kinder. Die mangelnde Disziplin in der Tischkultur, die sich auch im schwindenden Einfluss von Tischregeln niederschlägt, wirkt sich auf das Essverhalten aus und hat weitreichende Konsequenzen: Es wird, statt den Appetit mit Hauptmahlzeiten zu stillen, alle zwei Stunden genascht, und so ist der Energiehaushalt des Körpers schwieriger im Gleichgewicht zu halten. So auch Bühler, Wenn der Nachwuchs zu viel Speck ansetzt. NZZ Fokus, Zürich 2006, S. 93.

die regelmäßige Behandlung durch den Kinderarzt sowie eine ambulante Asthmaschulung keine wesentliche Besserung brachten, regte der Kinderarzt eine stationäre Kinderrehabilitation an.

Wenn es medizinisch notwendig erscheint, kann die Rehabilitation von vier Wochen auch verlängert werden. Verpflegung und Unterkunft des Kindes, die Übernahme der Reisekosten und Nebenkosten, die z. B. für eine erforderliche Begleitperson entstehen können, sind in den Leistungen inbegriffen. In der Klinik wird für Clara ein individueller Therapieplan erstellt, an dessen Umsetzung nicht nur die Ärzte und das Pflegepersonal beteiligt sind, sondern auch Sportlehrer, Psychologen, Ernährungsberater und Sozialarbeiter. Clara lernt viel über die Ursachen ihrer Erkrankung, Frühsymptome und Therapiemöglichkeiten.

Claras Rehabilitationsplan umfasst unter anderem Sport, Inhalationstraining, Asthmaschulung, das Erlernen von Entspannungstechniken und Kompetenztraining. Alle Therapien des Rehabilitationsplans sind darauf ausgerichtet, Clara an einen besseren Umgang mit ihrem Asthma heranzuführen. Sie befindet sich in der Klinik in einer Gruppe von Gleichgesinnten und Gleichaltrigen. Hier kann sie sich mit den anderen Jugendlichen austauschen und von ihnen lernen. Diese Gemeinschaft stärkt ihr Selbstbewusstsein und ihre Motivation. Clara lernt, mit ihrer Krankheit umzugehen, wird wieder leistungsfähiger und gewinnt ihr Selbstvertrauen zurück.

Auch das Thema Schule kommt während der Rehabilitation nicht zu kurz. Clara erhält neben ihren Behandlungen Unterricht in allen Hauptfächern und versäumt dadurch nicht den Anschluss an ihre Heimatschule. Durch enge Kontakte zwischen der Klinik- und der Heimatschule besteht für sie sogar die Möglichkeit, Klassenarbeiten an der Heimatschule mitzuschreiben.

Der behandelnde Kinderarzt erhält zeitnah einen ausführlichen Bericht über den Klinikaufenthalt und kann so seine weitere Behandlung gut darauf einstellen. Mit ihm können Leistungen zur Nachsorge den Erfolg der Rehabilitation für Clara nachhaltig sichern.

Infolge der neuen Zuordnung als Pflichtleistung unterliegen die Leistungen zur Kinderrehabilitation nicht mehr der Haushaltsdeckelung (7,5 Prozent des Rehabilitations-Jahresbudgets), wie sie für Leistungen nach dem bis zum 13. Dezember 2016 geltenden Recht²³ vorgesehen war.

D. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Auch wenn die Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge nunmehr als Pflichtleistungen ausgestaltet worden sind, verpflichtete der Gesetzgeber die Deutsche Rentenversicherung Bund zum Erlass von neuen Richtlinien bis zum 1. Juli 2018.²⁴ Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsame Richtlinien erlassen, die insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen näher ausführen.

Damit die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche auch ambulante Rehabilitationsleistungen anbieten können, ist die Erarbeitung eines Rahmenkonzepts erforderlich. Sie werden sich mit den maßgeblichen Akteuren der Kinder- und Jugendrehabilitation wie den Krankenkassen verständigen und in einen umfassenden Dialog treten müssen.

Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinischen Fortschritt anzupassen, auch ein Erfahrungsaustausch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist erwünscht. Auf diesem Weg soll sichergestellt werden, dass die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die neuen Pflichtleistungen einheitlich anwenden. Die einheitliche Rechtsanwendung soll unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Fortschritts erfolgen.²⁵ Auch soll die Rentenversicherung – gegebenenfalls zusammen mit anderen Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung – in Modellprojekten erproben, Versicherten ab Vollendung des 45. Lebensjahres eine umfassende berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung anzubieten.²⁶

Im Rahmen dieser praxisgerechten Umsetzung wird das beschleunigte Verfahren der Zuständigkeitsklärung der Rehabilitationsträger vor vielfältige Auslegungs- und Verfahrensfragen gestellt, die hier zeitnah mit der Zielrichtung einer raschen Zuständigkeitsklärung zwischen Kranken- und Rentenversicherung und einer zügigen Leistungserbringung für die Kinder und Jugendlichen gelöst werden.

Daneben brauchen die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung eine wissenschaftliche Fundierung durch Ergebnisse der Rehabilitationsforschung. Ein wichtiges Forum ist dabei das jährlich

Auch soll die Rentenversicherung – gegebenenfalls mit anderen Trägern der Sozialversicherung – in Modellprojekten erproben, Versicherten ab Vollendung des 45. Lebensjahres eine berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung anzubieten.

23 § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI alte Fassung.

24 § 15a Abs. 5 SGB VI. Es gelten noch die gemeinsamen Kinderrehabilitationsrichtlinien (KIHB-Richtlinien) der Träger der Rentenversicherung vom 1.7.2013.

25 BT-Drs. 18/9787, S. 33.

26 § 14 Abs. 3 SGB IX.

stattfindende rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ein weiteres Anliegen in der Kinder- und Jugendrehabilitation wird auch dadurch verdeutlicht, dass stationäre Leistungen in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht werden und die Vierjahresfrist zur Wiederholung einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche keine Anwendung findet.²⁷

Für eine Kinder- und Jugendrehabilitation müssen auch bestimmte persönliche versicherungsrechtliche Voraussetzungen wie die allgemeine Wartezeit und die Vorversicherungszeit mit Pflichtbeiträgen vorliegen.²⁸ Ein Elternteil muss sie erfüllen. Das bedeutet, dessen Versicherungskonto bei der Deutschen Rentenversicherung muss den Vorgaben des Gesetzes entsprechen.

Ausschlaggebend für die Anwendung des neuen Rechts ist das Antragsdatum.

E. Ausblick

In der Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung hat es stets Transferleistungen zugunsten der Familien gegeben, die sich nicht nur in vielen Jahrzehnten bewährt haben, sondern, soweit wirtschaftlich tragbar, fortlaufend ausgebaut und neuen Gegebenheiten angepasst wurden. Allerdings sind zahlreiche Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung von einem Versicherungsfall abhän-

gig, der oft auch für weitere Leistungen maßgeblich ist, die nicht familienbezogen sind.

Kinder sind, wie viele andere Segnungen unserer Zeit, ungleich verteilt auf der Erde. Wo sie, wie in Europa, rar werden, genießen sie viel Zuwendung.

Durch die Möglichkeiten, Kinderrehabilitation in ambulanter Form oder nachgehende Leistungen für Kinder anzubieten, erhält die Rentenversicherung die Chance, diese Leistungen über innovative Ansätze auszugestalten und in die Praxis umzusetzen. Die (medizinische) Rehabilitation hat hier so große Potenziale. Sie ist in Deutschland hoch entwickelt und fest im Sozialsystem verankert. Die Perspektiven sind positiv und zukunftsreich. Es gilt, diese Potenziale auch zum Wohle der von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen zu nutzen.

Doch auch das Wissen über die Rehabilitation und ihre Potenziale muss verbessert werden. Dies erfordert einen Überblick darüber, welche Möglichkeiten die medizinische Rehabilitation bietet, wie sie funktioniert und welchen Nutzen sie bringt. Wir haben in Deutschland das Wissen und die Erfahrungen der Leistungsträger in der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der Leistungserbringer mit den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und derjenigen, die Impulse zur Rehabilitation geben, zusammengetragen. Ebenso haben wir das Know-how und Erfahrungen mit Ärzten sowie mit der Arbeitsmedizin, der Wissenschaft und der Arbeitgeber gesammelt, um Fragen der medizinischen Rehabilitation anschaulich darzustellen, um Zusammenhänge zu verdeutlichen und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Anforderungen an die Rehabilitation zu geben.²⁹

Dabei sind bei der Neugestaltung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung die sozialmedizinischen Kriterien für die Beurteilung der individuellen Bedarfslagen unverändert geblieben. Das Flexirentengesetz eröffnet den Rentenversicherungsträgern größere Gestaltungsspielräume, in denen z. B. ambulante und nachgehende Leistungen zu entwickeln sind.

Das Flexirentengesetz eröffnet den Rentenversicherungsträgern größere Gestaltungsräume, in denen z. B. ambulante Leistungen entwickelt werden.

27 § 15a Abs. 4 SGB VI.

28 § 11 SGB VI.

29 So auch die 18. Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche „Rehabilitation und Wiedereingliederung. Ansätze, Erfahrungen, Potenziale“ der Universität Passau, der Johannes Kepler Universität Linz, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bayern am 25. und 26.1.2018 in Passau. Die Frage ist zu beantworten: Welche Mittel stehen zur Verfügung, um der Vorstellung „länger arbeiten bei guter Gesundheit“ gerecht zu werden? Denn die Erwerbsfähigkeit sollte doch so lange wie möglich erhalten bleiben – das ist im Interesse sowohl der Arbeitnehmer und Arbeitgeber als auch der Sozialversicherung.

