

Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

**Diakonie für Kinder
und Jugendliche**

**Memorandum zur
Sicherung und
Weiterentwicklung**



■ Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Memorandum zur Sicherung und Weiterentwicklung der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	4
Kinder- und Jugendrehabilitation als Baustein einer Gesundheit fördernden Politik	4
Teilhabeorientierung und funktionale Gesundheit.....	4
Frühzeitige Bedarfserkennung und Vorrang von Teilhabeleistungen	5
Gemeinsame Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung	6
Zugang zu Leistungen	6
Wunsch- und Wahlrecht	6
Teilhabemanagement, Vernetzung und Nachsorge	7
Qualitätsmanagement und -sicherung	8
Wirtschaftlichkeit	8
Rehabilitationswissenschaftliche Forschung	9
Bei Rückfragen	10
Impressum.....	11

Zusammenfassung

Das Diakonische Werk der EKD und die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland e. V. setzen sich für die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ein:

1. Die stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation ist auf der Grundlage der ICF¹ durchgängig an den Teilhabezielen des SGB IX auszurichten.
2. Wir setzen uns für eine neue Sensibilität gegenüber dem Rehabilitationsbedarf von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein.
3. Der Rechtsanspruch auf Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist wie im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), auch im SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) zu stärken und in gemeinsamer Zuständigkeit von gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung sicherzustellen.
4. Der Zugang zur stationären Kinder- und Jugendrehabilitation, der bislang durch hohe Hürden erschwert ist, ist zu erleichtern.
5. Das Wunsch- und Wahlrecht (nach § 9 SGB IX) der Kinder und ihrer Eltern ist als ein wichtiges Element der Rehabilitation zu beachten.
6. Die stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation muss in die sich entwickelnden Netzwerke für Kindergesundheitsförderung eingebettet werden, Teilhabemanagement und Nachsorge sind zu sichern.
7. Das Qualitätsmanagement ist ein wichtiges Element für die Entwicklung der Kliniken. In die gemeinsame Qualitätssicherungsstrategie der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sind die Verbände der Leistungserbringer einzubeziehen.
8. Der Beitrag der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation zur Kindergesundheitsförderung ist eine volkswirtschaftlich sinnvolle Investition in die Lebenschancen und Teilhabe am Erwerbsleben der zukünftigen Erwachsenen. Die Budgetierung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung ist aufzuheben. Rehabilitationsträger- und Leistungserbringer müssen sich in Rahmenverhandlungen auf die Grundsätze einer fairen Vergütungsfindung einigen.
9. Die rehabilitationswissenschaftliche Forschung ist auch in Hinblick auf Fragen des Bedarfs, des Zugangs und der Wirksamkeit der Kinder- und Jugendrehabilitation auszuweiten und zu vertiefen.
10. Das System der medizinischen Rehabilitation braucht eine neue Balance von Wettbewerb und Kooperation durch ein Rahmenvertragsrecht, eine Schiedsstellenregelung und eine gemeinsame demokratische Selbstverwaltung von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern.

1 International Classification of Functioning, Disability and Health

Memorandum zur Sicherung und Weiterentwicklung der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Kinder- und Jugendrehabilitation als Baustein einer Gesundheitsfördernden Politik

Die Sicherung und Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, eine gesellschaftliche Kernaufgabe. Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts zur Kindergesundheit belegen den Bedeutungszuwachs chronischer Krankheiten, die Relevanz psychischer Störungen und den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage.

Zwar ist die gesundheitliche Situation der größten Zahl der Kinder und Jugendlichen gut, jedoch bestehen erhebliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus. Insbesondere die Tatsache, dass einkommens- und bildungsarme Menschen schlechtere Gesundheitschancen haben, ist nicht akzeptabel und stellt für ein demokratisches Gemeinwesen eine sowohl fachliche als auch ethische und politische Herausforderung dar.

Die Gesundheit von Kindern ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren, unter denen das Gesundheitswesen, wie der 13. Kinder- und Jugendbericht, den die Bundesregierung Bundestag und -rat vorgelegt hat, zu Recht feststellt, nur eine Determinante unter mehreren ist. Zu den Bausteinen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik für Kinder und Jugendliche gehören auch die Bekämpfung von Kinderarmut, die Verwirklichung gleicher Bildungschancen schon im Kleinkindalter, die Entwicklung „früher Hilfen“ und die Stärkung der sozialen Primärprävention und Gesundheitsförderung besonders für Kinder und Familien in schwierigen sozialen Verhältnissen.

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – sei es im Rahmen der Komplexleistung Frühför-

derung in Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren (nach § 30 SGB IX), als „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ (nach § 43 SGB V) und in den Kliniken (nach §§ 40 SGB V, § 31 SGB VI) – hat die Aufgabe, die Chronifizierung von Krankheiten abzuwenden beziehungsweise zu lindern, Behinderungen zu verhüten oder zu mildern und die soziale Teilhabe zu sichern.

In den Rehabilitationskliniken werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit chronischen Krankheiten behandelt, deren persönliche Entwicklung und soziale Teilhabe aktuell und in der Perspektive ihres weiteren Lebens erheblich gefährdet ist. In der Regel bündeln sich bei den jungen Rehabilitanden vielfältige körperliche, psychische und soziale Störungen beziehungsweise Problemlagen. Sie haben oftmals bereits eine längere Patientenkariere hinter sich. Im „Setting“ einer Rehabilitationsklinik können die Kinder und Jugendlichen eine Distanz zum häuslichen Alltag gewinnen und über den Tagesverlauf mehrere Wochen lang intensiv behandelt und gefördert werden. So können vorgängige medizinische Diagnosen in den Kontext der lebenspraktischen Teilhabe gestellt, Förderfaktoren (Ressourcen) und Barrieren identifiziert und interdisziplinär gestützte Empfehlungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt erarbeitet werden. Für die Kinder und Jugendlichen ist die Teilnahme an einer komplexen mehrwöchigen stationären Rehabilitation ein entscheidender Schritt in ihrer Biographie. Für die Gesellschaft ist es eine Leistung, durch die sie die Lebenschancen der nachwachsenden Generation sichern hilft.

Teilhabeorientierung und funktionale Gesundheit

Das SGB IX formuliert Anforderungen und Maßstäbe für die Weiterentwicklung der Kinder- und

Jugendrehabilitation: Medizinische Rehabilitation ist gesellschaftliche Teilhabesicherung, auch die Kinder- und Jugendrehabilitation bewegt sich ganz in dem durch das SGB IX abgesteckten Feld.

Spezifische Ziele der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie die Ermöglichung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Wir setzen uns für eine durchgängige Teilhabeorientierung der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation auf der konzeptionellen Basis der ICF und dessen Kernkonzept der funktionalen Gesundheit in Theorie und Praxis der medizinischen Rehabilitation ein. Die Rehabilitation soll Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene befähigen, selbstverantwortlich und selbstbestimmt am sozialen Leben teilzunehmen.

Die Krankenkassen und ihren Medizinischen Dienst bitten wir, die kinder- und jugendrehabilitationsbezogenen Bestimmungen der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation zusammen mit uns in Hinblick auf ihre Teilhabeorientierung hin zu überprüfen.

Wir begrüßen ausdrücklich das auf der Ebene der BAR² entwickelte neue „Gemeinsame Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung.

Wir sind bereit, zusammen mit den Rehabilitationsträgern an der Umsetzung der ICF für Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mitzuwirken. In der rehabilitationsspezifischen Adaption der Kinder- und Jugendlichen-ICF sehen wir eine Chance, nicht nur den Rehabilitationsbedarf genauer zu erfassen, sondern auch die Rehabilitationsziele und den Rehabilitationsprozess individuell, teilhabebezogen und systematisch zu formulieren.

2 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Frühzeitige Bedarfserkennung und Vorrang von Teilhabeleistungen

Ein Problem unseres Gesundheitssystems besteht darin, dass Anzeichen für einen Rehabilitationsbedarf oftmals nicht oder nicht frühzeitig erkannt werden. Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe sind, neben den zugrundeliegenden Schädigungen und Funktionsstörungen des Körpers (einschließlich psychischer Störungen), auch auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe zu identifizieren. Für die in ihrer Entwicklung begriffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können Versäumnisse bei der frühzeitigen Bedarfserkennung dramatische Folgen haben.

Wir setzen uns für eine neue Sensibilität gegenüber dem Rehabilitationsbedarf von Kindern und Jugendlichen ein. Dies bedeutet auch, dass neben niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern auch die Rehabilitationsträger rehabilitationsbedürftige Kinder und Jugendliche gezielt identifizieren und Rehabilitationsleistungen „von Amts wegen“ anregen.

Das SGB IX fordert, dass die Rehabilitationsträger bei Beantragung oder Erbringung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer eingetretenen oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung prüfen, ob, unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind (vergleiche § 8 SGB IX, Vorrang von Leistungen zur Teilhabe). Die Rehabilitationsträger sind zudem verpflichtet, die frühzeitige Bedarfserkennung damit zu verbinden, dass „die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden“ (§ 12 SGB IX, Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger). Gemeinsame Rahmenempfehlungen der Rehabilitationsträger haben diese Bestimmungen konkretisiert.

Wir laden die Rehabilitationsträger ein, mit uns gemeinsam Bilanz zu ziehen und Strategien und Maßnahmen zu entwickeln, um diesen präventiven Auftrag zu verwirklichen.

Gemeinsame Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung

Zuständige Träger der Kinder- und Jugendrehabilitation sind die gesetzliche Krankenversicherung (nach § 40 SGB V) und die gesetzliche Rentenversicherung (nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI).

Wir fordern, dass der Rechtsanspruch auf Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation im SGB VI als „Pflichtleistung“ – analog dem SGB V – formuliert wird. Die Rentenversicherung ist ein unbestritten hochqualifizierter Träger der stationären Heilbehandlung von Kindern. Eine Zuständigkeitsverlagerung in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (nach § 287b SGB VI) ist abzulehnen und die gemeinsame Zuständigkeit beider Rehabilitationsträger ist sicherzustellen.

Zugang zu Leistungen

Der Zugang zur Kinder- und Jugendrehabilitation ist durch hohe Hürden erschwert. Änderungs- und Klarstellungsbedarf sehen wir in folgenden Hinsichten:

Rehabilitationsrichtlinien

Im Sinne der Bestimmungen des SGB IX zu Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und zur Konvergenz der Leistungen sowie in Umsetzung der gemeinsamen Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung für die Kinder- und Jugendrehabilitation ist ein gemeinsames Verfahren zur Einleitung der Kinder- und Jugendrehabilitation notwendig.

Die Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben sich als Nadelöhr erwiesen, obwohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Antragsleistungen sind, die jede versicherte Person stellen kann.

Nicht bewährt hat sich – auch vor dem Hintergrund der eindeutigen Bestimmungen des § 14

SGB IX (Zuständigkeitserklärung) – die Zweistufigkeit des Verfahrens der Rehabilitationsrichtlinien (über die beiden Formulare zur Einleitung und zur Verordnung).

Es ist zu gewährleisten, dass alle Kinderärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einleiten dürfen.

Ein gemeinsames, auf die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen abgestimmtes ICF-basiertes Formularwesen für die Verordnung beziehungsweise Einleitung der Kinder- und Jugendrehabilitation ist notwendig.

Zuständigkeitserklärung nach § 14 SGB IX

Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation ist eine sehr hohe Ablehnungsquote von Anträgen festzustellen. Die Ablehnungspraxis steht in einem engen Zusammenhang mit der Nichtbeachtung insbesondere der Bestimmungen des § 14 SGB IX (Zuständigkeitserklärung).

Das Verfahren nach § 14 SGB IX basiert auf dem Grundsatz, dass immer ein Träger der medizinischen Rehabilitation für einen nachgewiesenen Rehabilitationsbedarf zuständig ist und über diese Leistung innerhalb von drei bis maximal fünf Wochen zu entscheiden hat.

Danach kann ein Leistungsverfahren im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht durch Ablehnungen wegen Unzuständigkeit, sondern nur durch Weiterleitung an den zuständigen Träger, durch Leistungsbewilligung oder durch Ablehnung mit der Begründung beendet werden, dass mangels Leistungsbedarf bei keinem Träger ein Leistungsanspruch besteht.

Wunsch- und Wahlrecht

Das Wunsch- und Wahlrecht (nach § 9 SGB IX) ist ein wichtiges Element der Rehabilitation. Es gestattet den Leistungsberechtigten, die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie, die

■ Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse sowie weitere Bedürfnisse behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie die besonderen Bedürfnisse behinderter Kinder zur Geltung zu bringen.

Kollidieren die Wünsche des Berechtigten nicht mit den Pflichten der Rehabilitationsträger, muss den Wünschen nach § 9 Abs. 1 SGB IX Rechnung getragen werden.

Wir weisen darauf hin, dass durch die Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechts die Motivation von (Mit-)Versicherten gestärkt wird, eine (stationäre) Rehabilitation durchzuführen. Auf diese Weise wird der Rehabilitationserfolg, der ja auf die Kooperation des Rehabilitanden angewiesen ist, wahrscheinlicher und werden die vorhandenen Ressourcen letztlich effektiver eingesetzt.

Teilhabemanagement, Vernetzung und Nachsorge

Kinder und Jugendliche dürfen nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht in ein rehabilitatives Loch fallen. Rehabilitationsträger und Einrichtungen sind deshalb (sowohl nach SGB V als auch SGB IX) zu einem einzelfallbezogenen Versorgungs- beziehungsweise Teilhabemanagement aufgefordert, das insbesondere problematische Schnittstellen bearbeitet.

Aus der Sicht der Rehabilitanden geht es bei der Nachsorge um die Weiterentwicklung der medizinischen und teilhabebezogenen Versorgung und die Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs – auch durch die Befähigung zur „Selbstsorge“.

Zur Weiterentwicklung der Nachsorge“ schlagen wir vor, dass (in Umsetzung des § 26 Abs. 3 SGB IX) die Rehabilitationsleistungserbringer und die Rehabilitationsträger sich auf eine diesbezügliche Rahmenvereinbarung (nach § 21 Abs. 2 SGB IX) verständigen.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss immer in einen Gesamtbehandlungsprozess eingebettet sein, der sich dem sequentiellen Krankheitsverständnis (mit der Abfolge von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) entzieht.

Deshalb ist es erforderlich, dass die im Krankenversicherungsrecht (im § 40 SGB V) formulierte Nachrangigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber den Akutleistungen relativiert wird.

Die Rehabilitationskliniken, Rehabilitationsträger und die anderen Handelnden des Gesundheitssystems sind auf klare und die Sektorengrenzen überschreitende Regeln des Teilhabemanagements angewiesen.

Durch Recht oder Routine bedingte Inkonsistenzen des Versorgungs- bzw. Teilhabemanagements (zum Beispiel unklare Zuständigkeiten) sind zu beheben.

Zwischen der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation, anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitssystems, der Eingliederungshilfe, den Schulen und der Kinder- und Jugendhilfe sind, wie nicht zuletzt der 13. Kinder- und Jugendbericht dargestellt hat, zahlreiche Kooperationen möglich und sinnvoll. Regionale Netzwerke unter Beteiligung der Kinder- und Jugendrehabilitation können wichtige Promotoren gesunder und gesundheitsfördernder Kommunen und Regionen sein.

Wir bieten den Rehabilitationsträgern an, gemeinsam Strategien und Maßnahmen zu entwickeln, um die stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation besser in diese sich entwickelnden regionalen Netzwerke für Kindergesundheit zu verankern.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung die sozialmedizinische Nachsorge für chronisch kranke Kinder (§ 43 Abs. 2 SGB V) als Pflichtleistung formuliert wird. Ihre Realisierung verlangt jedoch eine auskömmliche Vergütung für die Leistungserbringer.

Qualitätsmanagement und -sicherung

Die Rehabilitationsträger dürfen zur Ausführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen nur Einrichtungen und Dienste in Anspruch nehmen (§§ 17, 19 und 20 SGB IX), die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität Gewähr dafür bieten, die Leistung in der am besten geeigneten Form erreichen zu können.

Im Interesse der Rehabilitanden begrüßen wir ausdrücklich die hohen Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation. Im Qualitätsmanagement sehen wir ein wichtiges Instrument für die Entwicklung der Kliniken.

Wir begrüßen ausdrücklich die Entwicklung einer gemeinsamen Qualitätssicherungsstrategie durch die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung.

Die gleichberechtigte Teilnahme der Verbände der Leistungserbringer am Entwicklungs- und Entscheidungsprozess ist dabei jedoch unverzichtbar. Die Einbeziehung des Sachverständigen der Rehabilitationspraktiker kann dazu beitragen, dass Qualitätssicherung nicht nur möglichst unbürokratisch geschieht, sondern auch ein den Rehabilitationszielen verpflichteter Leistungskomplex in seiner Qualität gesichert wird.

Wirtschaftlichkeit

Der Beitrag der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist auch volkswirtschaftlich in vielfacher Hinsicht sinnvoll: Investitionen in die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sichern ihnen Lebenschancen, können den (vorzeitigen) Bezug von Sozialleistungen (vgl. § 4 SGB IX) vermeiden und zu qualifizierter Teilhabe am Erwerbsleben und damit am Wertschöpfungsprozess befähigen. Versäumnisse in den frühen Jahren, in denen der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt wird, erhöhen Krankheitsrisiken, sozialen Ausschluss (auch aus dem Erwerbsleben) und erzeugen erhebliche Kosten im Erwachsenenalter.

Obwohl in einer Langfristperspektive Investitionen in der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen für den einzelnen Menschen wie auch für die Gesellschaft unstrittig sinnvoll sind, stellt die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einen Unterversorgungsbereich im Gesundheitswesen dar.

Vor dem Hintergrund der komplexen Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und der ganzheitlich ausgerichteten Interventionen ist die Vergütungshöhe oftmals nicht mehr nachvollziehbar, sie wird sowohl den Besonderheiten der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation wie auch den extern bedingten Kostensteigerungen nicht gerecht. So wird nicht beachtet, dass insbesondere die Personalkosten (durch pädagogisches Personal, Nachtwachen, Betreuung in der schul- und therapiefreien Zeit und anderes) in den Kliniken der Kinder- und Jugendrehabilitation aus guten Gründen sehr hoch sind.

Die Vergütungsfindung ist nicht sachdienlich und fair, da die Vergütungshöhe den Kliniken in der Regel von den Rehabilitationsträgern, die auch die Strukturanforderungen formulieren und die Belegung steuern, oktroyiert wird. Dabei wird auf tarifliche Regelungen keine Rücksicht genommen. Eine Rehabilitation auf Kosten der Mitarbeitenden darf es jedoch nicht geben.

Deshalb sind die Rehabilitationsträger dazu zu verpflichten, die tariflichen Regelungen bei den Vergütungssätzen anzuerkennen.

Die Budgetierung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Trägerschaft der Rentenversicherung ist aufzuheben. Dies wäre ein deutliches Signal des Engagements der Politik für die Kindergesundheit.

Wir fordern, dass das SGB IX dahingehend verändert wird, dass sich die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer (einschließlich der Freien Wohlfahrt) in bundesweiten Rahmenvereinbarungen auf Grundsätze der Vergütung verständigen.

Rehabilitationswissenschaftliche Forschung

Vorliegende Studien unterstreichen den Bedarf und die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Wir setzen uns für eine Ausweitung und Vertiefung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung ein. Besonderen Forschungsbedarf sehen wir in den Fragen Bedarfserkennung, des Zugangs (Zuweisungswege, Motive, Erwartungen) und der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionsformen bei verschiedenen Rehabilitandengruppen.

Steuerung der medizinischen Rehabilitation

Das System der medizinischen Rehabilitation braucht eine neue Balance zwischen Kooperation und Wett-

bewerb. Rehabilitationsträger, Leistungserbringer sowie Betroffenen- und Selbsthilfeverbände müssen die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und ihrer Vergütung gemeinsam festlegen. Unter fachlich und wirtschaftlich nachvollziehbaren Rahmenbedingungen ist dann ein Wettbewerb der Leistungserbringer um möglichst qualifizierte und kostengünstige Leistungen möglich.

Deshalb setzen wir uns für eine Reform der BAR in Richtung einer demokratischen Selbstverwaltungsinstanz ein, in der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer gleichberechtigt in konzeptionellen Fragen kooperieren. Wir setzen uns für die Entwicklung eines bundesweiten Rahmenvertragsrechts zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern ein.

Mit besonderem Nachdruck betonen wir die Notwendigkeit einer Schiedsstellenregelung.

Bei Rückfragen ...

... oder dem Wunsch nach weiteren Informationen zum gemeinsamen Memorandum des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland e. V. wenden Sie sich bitte an:

Dr. Tomas Steffens
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in
Deutschland e. V.
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention
und Selbsthilfe
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 830 01-361
Telefax: +49 30 830 01-444
steffens@diakonie.de
www.diakonie.de

Wolfgang Niemeyer
Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und
Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland e. V.
Cecilienhöhe 3
55543 Bad Kreuznach
Telefon: +49 671 835 51 67
Telefax: +49 671 350 84
info@arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de
www.arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de

Auszug Diakonie Texte 2007/2008/2009

- 09.2009 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2008
08.2009 Fehlerhafte Transparenzberichte – Rechtsmittel gegen eine Veröffentlichung
07.2009 Zur Rechtsstellung einkommensarmer Menschen und den notwendigen Änderungen im SGB II
06.2009 Ziele, Indikatoren und Evaluation in Projekten der Migrationsarbeit
05.2009 Leistungs- und Qualitätsmerkmale im SGB XI
04.2009 Zukunftssicherung der Dienste in der Familienpflege und Dorfhilfe
03.2009 Bildungswege „Gesundheit und Soziales“ – attraktiv für Nachwuchskräfte
02.2009 Jugend gewinnen
01.2009 Krankheit als finanzielle Belastung
18.2008 Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ nach § 8a Abs. 2 SGB VIII – eine neue fachdienliche Aufgabe?
17.2008 Characteristics of Diaconal Culture
16.2008 Vorstandsbericht Diakonisches Werk EKD
15.2008 Familien wirksam fördern
14.2008 Mobile Rehabilitation
13.2008 Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie
12.2008 Integrationsarbeit von A-Z
11.2008 Die Migrationserstberatung der Diakonie 2007
10.2008 Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder
09.2008 Sucht im Alter – Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie
08.2008 Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts RDG vom 12. Dezember 2007
07.2008 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
06.2008 Sucht im Alter
05.2008 Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie im Wandel
04.2008 Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
03.2008 Zukunftsweg Pflegeausbildung
02.2008 Positionen der Diakonie zur Finanzierung von Kindertageseinrichtungen
01.2008 Charakteristika einer diakonischen Kultur
23.2007 Statistik der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie für das Jahr 2005
22.2007 Hauswirtschaft – Gesicherte Qualität in der stationären Pflege
21.2007 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
20.2007 Rolle rückwärts? Erfahrungen und Wirkungen des Prostitutionsgesetzes
19.2007 Synopse zum Referentenentwurf der Pflegereform 2007
18.2007 Neue Wohnformen im Alter
17.2007 Diakonie in der Einwanderungsgesellschaft
16.2007 Präsidentenbericht 2007
15.2007 Rechenschaftsbericht 2007
14.2007 Einrichtungsstatistik Regional 2006
13.2007 Pflegestatistik 2005
12.2007 Handlungsoption Gemeinwesendiakonie
11.2007 Ärztliche Versorgung im Pflegeheim

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen.

Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-454
Telefax: +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Tomas Steffens
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 830 01-361
Telefax: +49 30 830 01-444
steffens@diakonie.de

Layout:
A. Stiefel

Druck:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

www.diakonie.de

© Juli 2009 · 1. Auflage
ISBN 978-3-941458-01-7

**Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.**

Stafflenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de