

Anforderungsprofil für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V erbringen

1. Einleitung

1.1 Grundlagen

Nach dem Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Elftes SGB V-Änderungsgesetz) vom 26. Juli 2002 dürfen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks (MGW), oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V besteht¹. Diese Leistungen können auch als Vater-Kind- bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen² durchgeführt werden.

Für Einrichtungen des MGW sowie gleichartige Einrichtungen (einschließlich Mütter-Einrichtungen und Mutter-Kind-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V), die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für Mütter/Väter³ oder Mütter mit Kindern/Väter mit Kindern erbracht haben, gilt grundsätzlich ein Bestandsschutz im Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen. Dieser entfällt, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dieses bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend

¹ Diese Einrichtungen werden im Folgenden Mütter-Einrichtungen genannt, soweit keine Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

² Die Leistungen zur Vorsorge für Mütter, Väter oder Mütter mit Kindern bzw. Väter mit Kindern werden im Folgenden als Mütter-Maßnahmen bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen bezeichnet.

³ Im Folgenden wird ausschließlich der Begriff Mütter verwandt, wobei die Väter jeweils eingeschlossen sind.

gemacht haben. Dabei sind die unter Ziffer 7 Absatz 2 dieses Anforderungsprofils genannten Übergangsregelungen zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen

der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Krankenkasse,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Bundesknappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,

gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) und des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) das nachfolgende bundeseinheitliche Anforderungsprofil für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen in Mütter-Einrichtungen vereinbart. Es bildet die Grundlage für die nach § 111 a SGB V auf Landesebene zu schließenden Verträge und dient der Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens. Dabei wurden auch die durch das MGW bereits definierten Standards (Stand: 15. November 2000) berücksichtigt.

Die Anforderungen an Einrichtungen, die stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbringen, sind Gegenstand eines gesonderten Anforderungsprofils.

1.2 Zielsetzung

Das Anforderungsprofil ist Grundlage für eine adäquate Versorgung des Personenkreises unter Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Es konkretisiert die Voraussetzungen im Sinne des § 111 Abs. 2 SGB V für den Bereich der Mütter-Einrichtungen, in denen stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbracht werden. Dabei sind alle anderen damit im Zusammenhang stehenden Gesetze zu berücksichtigen.

Zur Sicherung eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsangebotes sind eine zielgruppenspezifische und fachliche Ausrichtung der Vorsorgeeinrichtungen für Mütter auf primär- und sekundärpräventive Zielsetzungen und eine entsprechende vertragliche Ausgestaltung der Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V notwendig. Damit verbunden sind zielgruppenspezifische Konzepte, die bestimmte räumliche, apparative und personelle Gegebenheiten voraussetzen.

Den Konzepten muss ein ganzheitlicher Therapieansatz zugrunde liegen, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Vorsorge einbezieht. Die Grundsätze der Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität sind gleichermaßen zu berücksichtigen.

1.3 Abgrenzung § 111 und § 111 a SGB V

Die Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 a SGB V unterscheiden sich von den Einrichtungen nach § 111 SGB V durch das auf den besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter ausgerichtete Angebot. Neben den mütterspezifischen Beanspruchungs- bzw. Belastungsformen und Gesundheitsstörungen gehen die Einrichtungen in besonderer Weise auf die Zusammenhänge zwischen Mutter- und Kind-Gesundheit und die Notwendigkeit interaktiver Therapien ein. Bei Mütter-Maßnahmen handelt es sich um ein komplexes medizinisches Vorsorgeangebot, welches die Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) und die geschlechtsspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie psychosoziale Problemsituationen in besonderer Weise berücksichtigt.

Soweit die Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 a SGB V Mutter-Kind-Maßnahmen anbieten, müssen die Vorsorgekonzepte spezielle interaktive Behandlungsangebote enthalten, die – unabhängig von der jeweiligen Ursache – auf die Verbesserung der ggf. gestörten Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet sind.

Ein Betreuungsangebot für Kinder muss vorhanden sein. Für behandlungsbedürftige Kinder muss ein entsprechendes Behandlungsangebot sichergestellt werden.

1.4 Spezifizierung von Versorgungsverträgen

Die Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V sind anhand der gesetzlichen Ziel- und Zweckbestimmung zu spezifizieren, d.h. sie müssen spezifisch in Bezug auf Vorsorge oder Rehabilitation vereinbart werden⁴. Durch den Versorgungsvertrag wird die Einrichtung nur für die ihr obliegenden spezifischen Leistungen zugelassen. Eine pauschale Zulassung für Vorsorge und Rehabilitation ist nicht zulässig. Dies schließt nicht aus, dass eine Einrichtung sowohl einen Versorgungsvertrag für Vorsorge als auch einen Versorgungsvertrag für Rehabilitation erhält.

⁴ Sofern mit der Einrichtung in einem Vertrag Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation vereinbart werden sollen, ist es erforderlich, dass die aus den Anforderungsprofilen "Vorsorge" und "Rehabilitation" resultierenden Voraussetzungen sowohl für die Vorsorge als auch für die Rehabilitation erfüllt sind.

Jeweils getrennt für Vorsorge und Rehabilitation sind im Versorgungsvertrag auszuweisen:

- die Betten-Kapazitäten,
- die Indikationen.

Dabei ist eine größtmögliche Flexibilität hinsichtlich Kapazität und Personalstruktur zwischen den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation zu ermöglichen, wenn die Kriterien aus den jeweiligen Anforderungsprofilen erfüllt sind.

Im Übrigen ist zur Sicherung der Erfüllung der spezifischen Voraussetzungen jeweils die Konzeption der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Vertragsbestandteil zu erklären.

2. Grundsätze

2.1 Zielgruppen

In den Einrichtungen nach § 111 a SGB V werden Leistungen für Mütter erbracht, wenn eine Indikation für eine stationäre Vorsorgeleistung der Mutter nach § 24 SGB V vorliegt.

Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V kommen in Betracht, wenn für die Mutter Vorsorgebedürftigkeit, d.h.

- ein oder mehrere beeinflussbare(r) Risikofaktor(en) (z.B. Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel) für bestimmte Erkrankungen nachweisbar sind, oder
- eine oder mehrere behandlungsbedürftige Befindlichkeitsstörung(en)/psychovegetative Regulationsstörung(en), jedoch ohne klinische Manifestation einer Krankheit bestehen, oder
- eine Krankheit bereits klinisch manifest ist bzw. geworden ist (insbesondere chronisch rezidivierende oder progrediente Erkrankung)

und Vorsorgefähigkeit sowie eine positive Vorsorgeprognose vorliegen.

Mutter-Kind-Maßnahmen können in Betracht kommen, wenn

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z.B. aufgrund des Alters), oder
- bei Müttern, insbesondere bei allein erziehenden und/oder berufstätigen Müttern, eine belastete Mutter-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des/r Kindes/r von der Mutter unzumutbar ist, oder

- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann und die Durchführung der Leistung für die Mutter daran scheitern kann,

und die Mitaufnahme des Kindes/der Kinder den Erfolg der Vorsorgemaßnahme der Mutter nicht gefährdet.

Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Vor dem Hintergrund der zielgruppenspezifischen Besonderheiten sind Kinder, die aus den o.a. Gründen an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen, keine Begleitpersonen im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V (§ 38 SGB V in Verbindung mit § 54 Abs. 2 SGB IX).

Bei vorliegender Indikation für eine Rehabilitation des Kindes kann nach gutachterlicher Empfehlung auch eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme für Kinder – ggf. auch zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers – in Betracht kommen.

2.2 Zielgruppenspezifische Besonderheiten

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 24 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern im Rahmen stationärer Vorsorgemaßnahmen in einer ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

Um das angestrebte Vorsorgeziel im Rahmen von Mutter-Kind-Maßnahmen zu erreichen, wird sichergestellt, dass die Mutter die Leistung möglichst belastungsfrei in Anspruch nehmen kann. Kinder werden in den Einrichtungen von qualifiziertem Fachpersonal betreut und – soweit vom individuellen Therapiekonzept her sinnvoll – in das Vorsorgeprogramm der Mutter einbezogen.

Für Kinder, die an solchen Maßnahmen teilnehmen, müssen die erforderlichen zweckentsprechenden Räumlichkeiten vorhanden sein.

Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die jeweilige Mutter-Kind-Beziehung einen bedeutsamen Kontextfaktor für die Mutter und/oder das Kind darstellen kann und z.B. folgende therapeutische Angebote bedingt:

- Mutter-Kind-Interaktionsangebote,
- Sport- und Bewegungsangebote,
- Angebot zur Erziehungsberatung.

Bei Behandlungen von Kindern und therapeutischen Angeboten für diese sind eine kindgerechte Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

3. Anforderungen

Die folgenden Punkte beschreiben die zielgruppenspezifischen Anforderungen an Mütter-Einrichtungen und ihre jeweiligen vorsorgespezifischen Anforderungsprofile zur Umsetzung des Therapiekonzeptes.

Die Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind im Sinne des Gesetzes barrierefrei zu erbringen. Soweit noch nicht geschehen, sind zur Umsetzung dieser gesetzlichen Anforderungen angemessene Fristen mit den Mütter-Einrichtungen zu vereinbaren, wobei indikations- und einrichtungsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

3.1 Ganzheitlicher Vorsorgeansatz

Der ganzheitliche Ansatz bei der Erbringung von Vorsorgeleistungen bezieht sich auf

- die umfassende Diagnostik der vorsorgebegründenden Gesundheitsprobleme mit ihrem biopsychosozialen Ursachen- und Bedingungsgefüge unter besonderer Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Gesundheitsprobleme und Kontextfaktoren nach ICF,
- die komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategie in Form von Maßnahmen der Krankenbehandlung, psychologischen Beratung und Behandlung, gesundheitsfördernden Hilfen sowie Hilfen in psychosozialen Problemsituationen,
- die zusammenhängende Betrachtung von Diagnostik, Behandlungs-, Verlaufs- und Erfolgsbeurteilung sowie Empfehlungen für die Nachsorge.

3.2 Vorsorgekonzept

Jede Mütter-Einrichtung muss ein verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Vorsorge nachweisen. Es muss den spezifischen Anforderungen der Zielgruppen entsprechen und Angaben zum Indikationsspektrum, den Therapieangeboten und den übergeordneten Behandlungsgrundsätzen enthalten. Des Weiteren muss es Angaben zur erforderlichen vorsorgespezifischen Diagnostik und Therapie sowie zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung und zur voraussichtlichen Vorsorgedauer enthalten.

3.3 Vorsorgediagnostik

Zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Vorsorge ist die notwendige indikationsspezifische Vorsorgediagnostik bzw. Verlaufsbeobachtung durchzuführen.

Unter kritischer Würdigung der bereits vorliegenden antragsrelevanten Befunde werden die Risikofaktoren, Befindlichkeitsstörungen (einschließlich psychovegetativer Regulationsstörungen) und ggf. bestehende Krankheiten beschrieben, deren Auswirkungen (Schädigungen, vorübergehende Fähigkeitsstörungen) sowie die vorsorgerelevanten Kontextfaktoren dargestellt.

Ausgehend vom Ergebnis der Vorsorgediagnostik werden in Absprache mit der Patientin⁵ das angestrebte Vorsorgeziel definiert sowie Art und Frequenz der zur Zielerreichung notwendigen Einzelmaßnahmen/therapeutischen Verfahren festgelegt. Für jede Patientin ist ein Vorsorgeplan zu erstellen, der im Verlauf zu überprüfen und ggf. anzupassen ist.

Bei der Erfassung einer ggf. vorliegenden psychosozialen Problemsituation kommt der Erhebung der umfassenden Sozialanamnese von Mutter und Kind besondere Bedeutung zu.

Die Vorsorgediagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden.

⁵ Verzicht auf die männliche Sprachform.

3.4 Vorsorgeplan

Der Vorsorgeplan muss Angaben zu den angestrebten Vorsorgezielen und den ggf. anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen enthalten. Anhand der Diagnostik (vgl. 3.3) ist für jede Patientin ein detaillierter individueller Vorsorgeplan schriftlich zu erstellen, der die Ziele der verschiedenen therapeutischen Bereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Verminderung/Beseitigung der Risikofaktoren, Befindlichkeitsstörungen/psycho-vegetativen Regulationsstörungen und ggf. der Verminderung des klinischen Schweregrades von Krankheiten und Vermeidung von nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen orientiert. Er ist von der Ärztin⁶ unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Vorsorgeteams zu erstellen und im Laufe der Vorsorge der aktuellen Situation anzupassen. Die Patientin ist bei der Erstellung bzw. Anpassung des Vorsorgeplans zu beteiligen.

⁶ Bei der Benennung des Personals wird auf die männliche Sprachform verzichtet.

3.5. Ärztliche Verantwortung

Die Vorsorge-Einrichtung muss unter ständiger ärztlicher Verantwortung einer Fachärztin für Allgemeinmedizin⁷ oder einer Ärztin mit einer anderen Gebietsbezeichnung (abhängig von der Schwerpunktindikation) stehen. Die verantwortliche Ärztin muss über Erfahrungen in der Vorsorge sowie über sozialmedizinische Kompetenz (z.B. durch Fortbildung) verfügen.

Die Vertreterin der verantwortlichen Ärztin muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen.

Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen zur Erbringung der beschriebenen ärztlichen Aufgaben in der Einrichtung präsent und darüber hinaus bei Bedarf kurzfristig verfügbar sein.⁸

⁷ Bei bestehenden Einrichtungen ist von einer ausreichenden Qualifikation auch bei einer praktischen Ärztin mit einer fünfjährigen Tätigkeit in einer Mütter-Einrichtung auszugehen.

⁸ Demgegenüber vertritt der BDPK folgenden Standpunkt: Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen während der Therapiezeiten in der Einrichtung durchgängig präsent und verfügbar sein. Außerhalb der Therapiezeiten ist eine lückenlose ärztliche Rufbereitschaft sicherzustellen.

3.6 Ärztliche Aufgaben

Die verantwortliche Ärztin stellt die Umsetzung eines umfassenden Vorsorgekonzeptes im Rahmen der Leistungsträgervorgaben bezogen auf die einzelne Patientin sicher.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Leitung des Vorsorgeteams und der Teambesprechung (mind. 1 x pro Woche),
- Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Vorsorgediagnostik mit Konkretisierung des Vorsorgebedarfs,
- Erstellung des Vorsorgeplans und Festlegung der Vorsorgeziele in Abstimmung mit der Mutter und dem Vorsorgeteam,
- laufende Überprüfung des individuellen Vorsorgeziels und Anpassung des Vorsorgeplans,
- Durchführung aller für die Vorsorge erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der therapeutischen Maßnahmen,
- Sprechstundenangebot Montag bis Freitag (nach Bedarf) für die Mutter (und die Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen),
- Information und Beratung der Mutter,
- Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln bei Bedarf,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Belange mit Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Berichte des nichtärztlichen Vorsorgeteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Konsiliarärzten/-ärztinnen und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Sicherstellung der Dokumentation,
- Gewährleistung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements.

3.7 Personelle Ausstattung

Das Vorsorgeteam muss sich neben den Ärztinnen aus folgenden nicht-ärztlichen Fachkräften zusammensetzen:

- Diplompsychologinnen (u.a. verhaltens- und/oder familientherapeutisch orientiert),
- Physiotherapeutinnen/Krankengymnastinnen und Masseurinnen,
- Diätassistentinnen/Diplom-Oecotrophologinnen,
- Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen/Heilpädagoginnen,
- Sportlehrerinnen/Sporttherapeutinnen/Bewegungstherapeutinnen/Gymnastiklehrerinnen,
- examinierte Krankenschwestern/Krankenpflegefachkräften,
- krankenpflegerischer Bereitschaftsdienst (24 h im Hause).⁹

Darüber hinaus ist je nach Zielgruppe und Vorsorgekonzept der Einrichtung ggf. weiteres Fachpersonal (z.B. Ergotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeutinnen) vorzuhalten.

⁹ Demgegenüber vertritt der BDPK folgenden Standpunkt: Aufgrund der gegenüber den Müttern und Kindern wahrzunehmenden Verantwortung muss ein Bereitschaftsdienst mit examinierter Krankenschwester (24 h im Hause) gewährleistet sein.

3.8 Zusätzliche personelle Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Kinderbetreuung

Der Personalbedarf ist abhängig von der Gruppenanzahl je Altersbereich und deren Gruppenstärke. Es ergeben sich folgende Richtwerte:

- 0-3 Jahre: 10 Kinder mindestens 2 Betreuerinnen, davon mind. 1 Fachkraft (z.B. Kinderpflegerin und/oder Kinderkrankenschwester),
- ab 3 Jahre: 24 Kinder mind. 1 Erzieherin und 1 geeignete Zweitkraft (z.B. Kinderpflegerin, Sozialassistentin).

Pädagogische/Therapeutische Arbeit

Das Personal für die medizinische und psychosoziale Therapie für Kinder wird auf den Personalbedarf in der pädagogischen Arbeit nicht angerechnet. Darüber hinaus ergibt sich für indikationsunabhängige Angebote zur Mutter-Kind-Interaktion, zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder, zur Erziehungsberatung oder zur Betreuung der Kinder ein ggf. stundenweise zu organisierender Personalbedarf, z.B.:

- Heilpädagoginnen (Mutter-Kind-Interaktion und Erziehungsberatung),
- Bewegungstherapeutinnen oder Erzieherinnen mit geeigneter Zusatzqualifikation (für Mutter-Kind-Interaktion und Sport- und Bewegungsangebote für Kinder).

Behandlungsbedürftigkeit des Kindes

Sofern die Einrichtung behandlungsbedürftige Kinder aufnimmt, ist durch entsprechende personelle, räumliche und apparative Ausstattung die Umsetzung des Therapiekonzeptes zu gewährleisten. Zur personellen Ausstattung gehören insbesondere:

- Kinderärztin (ggf. auf Honorarbasis),
- Kinderkrankenschwester (abhängig von der Konzeption des Hauses).

3.9 Personalbemessung

Die Personalbemessung in den Einrichtungen richtet sich in allen Bereichen nach der Zahl der Betten und der konzeptionellen Ausstattung.

3.10 Räumliche Ausstattung

Es müssen folgende Räumlichkeiten vorhanden bzw. folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Rezeption und Raum für Patientinnenaufnahme,
- Sport-/Gymnastikhalle (oder Multifunktionssaal),
- Vortragsraum/Veranstaltungsraum (oder Multifunktionssaal),
- Gruppentherapieraum (oder Multifunktionssaal),
- Freizeiträume/Aufenthaltsräume,
- Info-Tafeln bzw. behindertengerechte Informationen zu den verschiedenen Therapie-, Beratungs-, Informations- und sonstigen Angeboten,
- Ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsraum,
- Einzeltherapieräume,
- Speiseraum/Cafeteria.

Wohn-, Schlaf- und Gemeinschaftsbereiche

Die Zimmer/Appartments sind jeweils mit Dusche/WC, Notrufanlage bzw. Notruf über Telefon auszustatten. Die räumliche Ausstattung muss die Privatsphäre und Ruhezeiten gewährleisten und die Aufnahme sozialer Kontakte unterstützen.

Für das gesamte Klinikgebäude gilt ein Rauchverbot.

3.11 Zusätzliche räumliche Ausstattung für Mutter-Kind-Einrichtungen

Die Besonderheiten der räumlichen Ausstattung für Kinder gelten nur für Mutter-Kind-Einrichtungen. Die Ausstattung muss eine altersgerechte Unterbringung der Kinder gewährleisten und die erforderliche Sicherheit für Kinder bieten. Die Zimmer/Appartements sind so zu gestalten, dass ein separater Schlafraum für die Kinder vorhanden ist¹⁰. Mehrbettzimmer für Mütter sind ausgeschlossen.

Zu den baulichen/räumlichen Mindestanforderungen gehören:

- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder,
- Gruppenraum (mit integrierten Rückzugsmöglichkeiten),
- Ruheraum,
- Küche,
- Mehrzweckraum/Turnhalle,
- Garderobe/Schmutzschleuse,
- kindgerechte Sanitäranlagen,
- Kinderspielplatz im Freien,
- ggf. Speiseraum (je nach pädagogischem Konzept),
- ggf. Kleinkinder-/Krabbelgruppenraum,
- ggf. Wickelraum,
- Waschküche mit Waschmöglichkeit.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern sind kindgerechte Räumlichkeiten für Diagnostik und Therapie vorzuhalten.

¹⁰ Sofern für bestehende Einrichtungen zur Erfüllung dieser Anforderung bauliche Maßnahmen erforderlich sind, sind angemessene, der speziellen Situation der Einrichtung Rechnung tragende, Übergangsfristen zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

4. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Vorsorgediagnostik und Therapie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten. Sie orientiert sich im Übrigen an den zielgruppenspezifischen Erfordernissen.

Bei Aufnahme von behandlungsbedürftigen Kindern ist eine kind- und indikationsgerechte apparative Ausstattung sicherzustellen.

5. Dokumentation

5.1 Patientinnenakte

Für jede Patientin (Mutter und behandlungsbedürftiges Kind) ist eine Patientinnenakte anzulegen, aus der alle maßnahmerelevanten Diagnosen und durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Therapieprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation,
- den individuellen Vorsorgeplan der Patientin (ggf. Therapieplan des Kindes),
- die Teilnahmedokumentation der Patientin in einem Behandlungsheft/Tagebuch,
- das definierte Therapieziel und die Bewertung des Therapieerfolges durch Verlaufuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie der Abschlussuntersuchung/-befundung,
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen,
- die Dauer der individuellen täglichen Betreuungszeiten des Kindes/der Kinder (nur bei Mutter-Kind-Einrichtungen).

5.2 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der Vorsorgemaßnahme erhalten die/der behandelnde Ärztin/Arzt und der zuständige Leistungsträger einen Entlassungsbericht, der u.a. folgende Angaben enthalten muss.

- Vorsorgeverlauf unter Angabe der durchgeführten Maßnahmen,
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung; diese umfassen z.B. die Stellungnahme:
 - zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation,
 - zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstilveränderung,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Vorsorgeerfolges.

Für behandlungsbedürftige Kinder ist ebenfalls ein Entlassungsbericht mit Angaben zu Therapiezielen, durchgeführten Maßnahmen, Therapieerfolg und Anregungen für weiterführende Maßnahmen zu erstellen.

6. Qualitätssicherung

Die Mütter-Einrichtungen sind gem. § 135 a Abs. 2 SGB V verpflichtet, sich an dem Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen sowie einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Weitere Einzelheiten werden insbesondere in der Vereinbarung nach § 137 d Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbart.

7. Umsetzung und Überprüfung des Anforderungsprofils

Diese Vereinbarung wird mit Wirkung zum 01. August 2003 geschlossen. Die hierin beschriebenen Mindestanforderungen für Einrichtungen, die Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbringen, sind Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111 a SGB V.

Für Mütter-Einrichtungen, die vor dem 01. August 2002 stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V erbracht haben und dieses Anforderungsprofil noch nicht erfüllen, vereinbaren die Vertragspartner – abhängig vom Anpassungsbedarf – eine angemessene Frist zur Umsetzung, längstens eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2005. Bei notwendigen baulichen Veränderungen mit besonderem Aufwand kann diese Frist auch verlängert werden.

Das Anforderungsprofil wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unter Beteiligung des MGW und des BDPK regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.