

Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 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 Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach § 41 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- und 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 gemacht

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

² Die Leistungen zur Rehabilitation 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.

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 Privatkrankeanstalten e.V. (BDPK) das nachfolgende bundeseinheitliche Anforderungsprofil für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen 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 Vorsorgeleistungen nach § 24 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 Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V erbracht werden. Dabei sind alle anderen im Zusammenhang stehenden Gesetze zu berücksichtigen, insbesondere SGB IX.

Zur Sicherung eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsangebotes sind eine zielgruppen- und indikationsspezifische Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtungen für Mütter auf Rehabilitationsziele und eine entsprechende Ausgestaltung der Versorgungsverträge nach § 111 a SGB V notwendig. Damit verbunden sind zielgruppen- und indikationsspezifische 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 Rehabilitation einbezieht. Die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität sind gleichermaßen zu berücksichtigen.

1.3 Abgrenzung § 111 und § 111 a SGB V

Die Rehabilitationseinrichtungen 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 Krankheitsauswirkungen (Schädigungen, nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) und den mütterspezifischen Beanspruchungs- bzw. Belastungsformen 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 Rehabilitationsangebot, welches die Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) und die geschlechtsspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie psychosoziale Problemsituationen in besonderer Weise berücksichtigt.

Soweit die Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V Mutter-Kind-Maßnahmen anbieten, müssen die Rehabilitationskonzepte 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 Rehabilitationsleistung der Mutter nach § 41 SGB V vorliegt.

Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V kommen in Betracht, wenn für die Mutter Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, d.h. wenn als Folge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen vorliegen
- und/oder Beeinträchtigungen drohen oder bereits manifest sind und über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist,

und Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose 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 Rehabilitationsmaßnahme 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).

Zielgruppe der Mütter-Maßnahmen in der GKV sind nicht Mütter, bei denen die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Mutter im Vordergrund steht und die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gegeben ist (§ 40 Abs. 4 SGB V).

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

Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen von Müttern im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in einer ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) besonders berücksichtigt werden.

Um das angestrebte Rehabilitationsziel 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 Rehabilitationsprogramm 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 rehabilitationsspezifischen Anforderungsprofile zur Umsetzung des Therapiekonzeptes.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 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 Rehabilitationsansatz

Die medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die aus einer Schädigung folgenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben berücksichtigt. Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die Integration in Arbeit, Beruf, Familie und Gesellschaft ist darüber hinaus die Einbeziehung der Risiko- und Kontextfaktoren.

3.2 Rehabilitationskonzept

Jede Mütter-Einrichtung muss ein verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Rehabilitation nachweisen. Es muss den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandinnengruppen⁵ sowie den Indikationen entsprechen und Angaben zum Indikationsspektrum, den Therapieangeboten und den übergeordneten Behandlungsgrundsätzen enthalten. Des Weiteren muss es Angaben zur erforderlichen rehabilitativen Diagnostik und Therapie, zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung und zur voraussichtlichen Rehabilitationsdauer enthalten.

⁵ Im Folgenden wird auf die männliche Sprachform verzichtet.

3.3 Rehabilitationsdiagnostik

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

Unter kritischer Würdigung der bereits vorliegenden antragsrelevanten Befunde und der bei der Eingangsuntersuchung erhobenen Befunde werden die sich aus den Schädigungen ergebenden alltagsrelevanten Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, deren Ausprägungsgrad und Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren beschrieben.

Ausgehend vom Ergebnis der Rehabilitationsdiagnostik werden in Absprache mit der Rehabilitandin das angestrebte Rehabilitationsziel definiert sowie Art und Frequenz der zur Zielerreichung notwendigen Einzelmaßnahmen/therapeutischen Verfahren festgelegt. Für jede Rehabilitandin ist ein Rehabilitationsplan 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 Rehabilitationsdiagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden.

3.4 Rehabilitationsplan

Der Rehabilitationsplan muss Angaben zu den angestrebten Rehabilitationszielen und den ggf. anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen enthalten. Anhand der Diagnostik (vgl. 3.3) ist für jede Rehabilitandin ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan schriftlich zu erstellen, der die Ziele der verschiedenen therapeutischen Bereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankungen und ihrer Folgen, d.h. Schädigungen, nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, orientiert. Er ist von der Ärztin⁶ unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Rehabilitation der aktuellen Situation anzupassen. Die Rehabilitandin ist bei der Erstellung bzw. Anpassung des Rehabilitationsplans zu beteiligen.

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

3.5 Ärztliche Verantwortung

Die Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger fachlich-medizinischer Verantwortung einer Fachärztin mit der Gebietsbezeichnung der Hauptindikation der Einrichtung stehen. Werden in einer Rehabilitationseinrichtung mehrere Hauptindikationen abgedeckt, kann eine Fachärztin mit der Gebietsbezeichnung für eine der Hauptindikationen oder eine Fachärztin für Allgemeinmedizin die medizinische Gesamtverantwortung der Einrichtung tragen. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweilige fachärztliche Kompetenz für die übrigen bzw. die Hauptindikationen zur Verfügung steht. Diese kann in der Einrichtung konsiliarisch erbracht werden, wenn gewährleistet ist, dass die entsprechende(n) Fachärztin(nen) die Behandlung durchführt und verantwortet. Weist eine Einrichtung eine Hauptindikation im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel F, ICD 10) aus, kann für diese Hauptindikation die Behandlung und Verantwortung in Kombination mit einer psychologischen Psychotherapeutin sichergestellt werden.

Die verantwortliche Ärztin verfügt über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen und soll die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen" oder "Sozialmedizin" führen. Sie hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch ihre ständige Fortbildung in der Sozialmedizin und rehabilitativen Medizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiterinnen.

Die Vertreterin der verantwortlichen Ärztin muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie die verantwortliche Ärztin der Einrichtung.

Die verantwortliche Ärztin oder ihre benannte ständige Vertreterin müssen während der Therapiezeiten ständig 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 Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Leistungsträgervorgaben bezogen auf die einzelne Rehabilitandin sicher.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche),
- Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Rehabilitationsbedarfs,
- Erstellung des Rehabilitationsplans,
- Abstimmung des individuellen Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit der Mutter und dem Rehabilitationsteam,
- laufende Überprüfung des individuellen Rehabilitationsziels und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Durchführung aller für die Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der rehabilitations-therapeutischen Maßnahmen,
- Tägliche Sprechstundenangebote für die Mutter (und die Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen) in der Einrichtung,
- 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 Rehabilitationsteams,
- 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 Rehabilitationsteam 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,
- krankenschwesterlicher Bereitschaftsdienst (24 h im Hause).⁷

Darüber hinaus sind je nach indikationsspezifischer Ausrichtung z.B. Ergotherapeutinnen, Logopädinnen/Sprachtherapeutinnen und psychologische Psychotherapeutinnen vorzuhalten.

⁷ 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/folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Rezeption und Raum für Rehabilitandinnenaufnahme,
- 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/Appartements 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 Kinder⁸ vorhanden ist. Mehrbettzimmer für Mütter sind ausgeschlossen.

Zu den baulichen/räumlichen Mindestanforderungen gehören:

- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder,
- Gruppenräume 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.

⁸ 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 Rehabilitationsdiagnostik und die Behandlung der speziellen Schädigungen und Fähigkeitsstörungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten. Sie orientiert sich im Übrigen an den indikationsspezifischen Erfordernissen.

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

5. Dokumentation

5.1 Patientinnenakte

Für jede Rehabilitandin (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 Rehabilitationsplan der Rehabilitandin (ggf. Therapieplan des Kindes),
- die Teilnahmedokumentation der Rehabilitandin in einem Behandlungsheft/Tagebuch,
- das definierte Therapieziel und die Bewertung des Therapieerfolges durch Verlaufsuntersuchungen 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 Rehabilitationsmaßnahme erhalten die/der behandelnde Ärztin/Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht, der u.a. folgende Angaben enthalten muss:

- Rehabilitationsverlauf mit Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen,
- Ergebnisse der abschließenden Diagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; 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,
 - ggf. zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z.B. Rehabilitationssport und Funktionstraining),
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld.

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 Rehabilitationsleistungen nach § 41 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 Rehabilitationsleistungen nach § 41 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. Dies gilt insbesondere auch für die Anpassung an die ICF.