

Qualitätssicherungsverfahren
der Spitzenverbände der Krankenkassen und der
Rentenversicherung

Erhebung der Strukturqualität
von stationären
Rehabilitationseinrichtungen

-MSK-

Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung

1.Auflage, Datum 26.03.2004

A) Allgemeine Angaben

I. Adressen und Leitung

Institutionskennzeichen der Klinik:

Fachabteilungsschlüssel (gem. Schlüsselverzeichnis)

Name der Rehabilitations-Klinik:

Name des Trägers:

.....

.....

Strasse:

Strasse:

Haus-Nr.:

Haus-Nr.:

Postleitzahl:

Postleitzahl:

Ort:

Ort:

Telefon:.....

Telefon:

Fax:.....

Fax:

e-mail-Adresse:.....

e-mail-Adresse:

Internet:.....

Internet:

Staat:.....

Staat:

Bundesland:.....

Kreis:.....

Geschäftsführer/in:.....

Ärztliche/r Leiter/in Einrichtung.....

Ärztliche/r Leiter/in

Fachabteilung.....

Verwaltungsleiter/in:.....

Qualitätsbeauftragte/r:.....

II. Belegung im vorigen Kalenderjahr

(Mehrfachnennung möglich)

Träger	Belegungsanteil Fachabteilung (in %)	Belegungsanteil Gesamte Einrichtung (in %)
Gesetzliche Rentenversicherung		
Gesetzliche Krankenversicherung		
Gesetzliche Unfallversicherung		
Private Krankenversicherung		
Sonstige, z.B. Selbstzahler, Versorgungsamt		

III. Durchschnittliche Gesamtauslastung

(Bitte Angaben sowohl für „Fachabteilung“ als auch für „Einrichtung“.)

	Fachabteilung	Einrichtung
Durchschnittl. Auslastung bezogen auf alle Betten im vorigen Kalenderjahr (in %)		

IV. Versorgungsvertrag und vereinbarte Bettenkapazitäten

- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 3 § SGB V (Bestandsschutz)
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V für medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V für Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 SGB V)
- Kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V
- Belegungsvertrag gem. § 15, 31 SGB VI i.V.m. § 21 SGB IX
- Zulassung als BGSW-Klinik (§§ 33, 34 SGB VII)

Indikation/Fach- abteilung lt. Versorgungsvertrag/ Zulassung	Nr. der Indikations- gruppen/ Fachabteilun- gen in der Einrichtung ¹	Stationäre Betten gesamt	davon:				Amb. Plätze nach BAR
			Vorsorge- Betten (gem. § 23 Abs. 4 SGB V)	Reha- Betten ohne AHB/AR	AHB/AR- Betten	BGSW Betten	

AHB/AR-Anerkennung
Ja Nein

Wenn „ja“:

Indikation	Bettenzahl		
	GKV	RV	UV

¹ Je nach Durchführung des QS-Verfahrens durch einen Rentenversicherungsträger oder die Gesetzliche Krankenversicherung sind die entsprechenden Schlüssel gem. Anlage zu verwenden.

V. Allgemeine Informationen zur Klinik

	Insgesamt	Für Fachrichtungen	Anzahl
Anzahl der Akutbetten (§ 108 i.V.m. § 109 SGB V):
	

Können Rehabilitanden/innen Kinder mitbringen?		Ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls „ja“, im Alter von:</i> Jahre <i>bis:</i> Jahre			
Wird eine Kinderbetreuung durch die Reha-Einrichtung sichergestellt		Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Intern	In Kooperation
Gibt es einen Kindergarten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Schulunterricht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es sonstige Betreuungsangebote?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wenn „ja“, welche?</i>			
Ist die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson in der Klinik möglich?		Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls „ja“:</i>			
im Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/>		
in Zimmer mit Verbindungstür	<input type="checkbox"/>		
im separaten Gästezimmer	<input type="checkbox"/>		

VI. Allgemeine Informationen zur Fachabteilung

Anzahl der Betten:	.....	
		Insgesamt	Rollstuhlfahrer- gerecht
			Allergenarm
Anzahl der Einbettzimmer:	.....	.....	.....
Anzahl der Zweibettzimmer:	.....	.....	.....
Anzahl der Mehrbettzimmer:	.....	.....	.....
Wie hoch ist der Anteil der Patienten (bezogen auf die Fachabteilung Orthopädie/Rheumatologie) mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten?		%

Bei Merkmalen, die in Kooperation durchgeführt werden können, muss die Klinik einen Kooperationsvertrag mit der entsprechenden Einrichtungen vorweisen.

Der Inhalt der Merkmale bestimmt sich nach den gesetzlichen Anforderungen und nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis.

B)Merkmale der Strukturqualität		
I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung		
Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Rollstuhlfahrgerechter Zugang in die Einrichtung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Möglichkeit der Aufnahme von Patienten mit... (ohne Begleitperson)</i>		
...starker Gehbehinderung (dem Patienten ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Gehunfähigkeit	Rollstuhlgerechte Ausstattung der Therapie- und Aufenthaltsräume, schwellenfreie/-er Nasszelle und WC-Raum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Querschnittlähmung	Ausstattungsmerkmale: z.B. rollstuhlgerechte Ausstattung, in der Höhe verstellbares Bett, Antidekubitusmatratze, Telefon mit Freisprecheinrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Sehbehinderung	Ausstattungsmerkmale für Sehbehinderte: z.B. kontrastreiche Markierungen an Treppen, Stufen, Geländern und Türen, Bodenmarkierungen, Führungslinien an Treppen und Geländern, Hell-Dunkel-Kontraste bei Dunkelheit, insb. Was Klingel- und Rufanlagen anbelangt, Leuchtzahlen in Fahrstühlen, Telefon mit großen Tasten, hohe Leuchtdichteunterschiede (z.B. Schwarz auf Weiß)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Erblindung (blindengerechte Ausstattung)	Blindengerechte Ausstattung: z.B. akustische Orientierungshilfen, wie z.B. eine akustische Stockwerkansage in Fahrstühlen, Verwendung von Blindenschrift (Braille), taktile Erkennbarkeit von Oberflächenmaterial	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
...starker Hörschädigung	Ausstattungsmerkmale: z.B. optische Orientierungshilfen, optische Signale akustischer Information, transportable Schreibtelefone	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Ertaubung	Ausstattungsmerkmale: z.B. Zimmer mit Schreibtelefon, Mitarbeiter mit Gebärdensprache, geeignete elektroakustische Kommunikationssysteme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
....Orientierungsstörung/ ² überwachungspflichtiges organisches Psychosyndrom/Weglauftendenz (Überwachungsmöglichkeiten)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
...Dialysepflichtigkeit	auch in Kooperation*, Dialysezentrum in ca. 30 min erreichbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
....MRSA (separates Zimmer für MRSA-positive Patienten)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Zimmer mit Notrufanlage		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Nasszellen mit Notrufanlage		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*) Bei Merkmalen, die in Kooperation durchgeführt werden können, muss die Klinik einen Kooperationsvertrag mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können

² Soweit Rehabilitationsfähigkeit vorliegt.

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die Klinik mehrgeschossig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufzug, in dem Betten- oder Liegen transportiert werden können	Zugangsmöglichkeit von jeder Etage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchverbot im gesamten Klinikgebäude	außer im Raucherzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchverbot auf dem Klinikgelände		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kein Alkoholausschank in der Klinik		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lehrküche		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bewegungs-/Schwimmbad		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie groß ist das Bewegungs-/Schwimmbad? .....qm		

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Hebelift im Bewegungs-/Schwimmbad		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sport-/Gymnastikhalle		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie groß ist die Sport-/Gymnastikhalle?	.....qm, Höhe: .....m	
Vortragsraum	Interdisziplinäre/multifunktionelle Nutzung des Raums möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verfügbarkeit eines Orthopädietechnikers und entsprechendem Raum zur Anpassung und Bearbeitung	auch in Kooperation* (bei diesem Item sind auch andere Nachweise als ein Kooperationsvertrag möglich!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verfügbarkeit eines orthopädischen Schuhmachers		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehübungsstrecke mit unterschiedlichen Böden und schräger Ebene		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
indikationsspezifischer med. Funktionsraum/-bereich	(z.B. zur Wundversorgung, für Punktionen, Probeexcisionen, Injektionen, mykologische Diagnostik, gynäkologische Untersuchungen, Proktoskopien o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*) Bei Merkmalen, die in Kooperation durchgeführt werden können, muss die Klinik einen Kooperationsvertrag mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Haben Sie Kompetenzen zur Behandlung von Patienten ohne Kenntnisse der dt. Sprache ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchen Sprachen können Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher geführt werden?		
<input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Serbokroatisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich.....		

II. Medizinisch-technische Ausstattung

Die Kriterien beziehen sich auf die gesamte Einrichtung und nicht auf einzelne Fachabteilungen!

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Klinisches Labor	auch in Kooperation*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Notfalllabor	auch in Kooperation, Ergebnisse müssen in max. 30 min vorliegen*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Notfallkoffer/-wagen	mit Defibrillator und Intubationsbesteck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen/Durchleuchtung	auch in Kooperation, wenn in max. 15 min. erreichbar*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mehrkanal-EKG		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonographie des Abdomens, der Schilddrüse und der Gelenke		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dopplersonographie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*) Bei Merkmalen, die in Kooperation durchgeführt werden können, muss die Klinik einen Kooperationsvertrag mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Langzeitblutdruckmessung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergometriemessplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spirometrie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychologische Testverfahren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Punktionen/Biopsien		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Anzahl der Visiten durch einen Facharzt/ärztin pro Woche	Patienten müssen einzeln gesehen werden	[____] mal pro Woche
Anzahl der Visiten durch den Chefarzt/ärztin während des Aufenthalts	Patienten müssen einzeln gesehen werden	[____] mal pro Aufenthalt
Arzt-Patientenkontakt/ Stationsvisiten	Patienten müssen einzeln gesehen werden	[____] mal pro Woche
tägliche Ansprechbarkeit des/der Stationsarztes/ärztin		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tag der Erstuntersuchung	Mind. Vorstellung beim Arzt/bei der Ärztin	am [____] Aufenthaltstag
Therapiebeginn		am [____] Aufenthaltstag
Erstuntersuchung durch Facharzt/-ärztin		[____] Tage nach Ankunft
Abschlussuntersuchung und -gespräch		[____] Tage vor Entlassung

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Regelmäßige Patientenvorstellung/ Fallbesprechung im Rehateam		[____] mal pro Woche
Arztsprechstunden Chefarzt/-ärztin	außerhalb der Visiten	ja, [____] mal pro Woche <input type="checkbox"/> ja, nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> nein
Arztsprechstunden Oberarzt/-ärztin	außerhalb der Visiten	ja, [____] mal pro Woche <input type="checkbox"/> ja, nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> nein
Angehörigengespräche		ja, [____] mal pro Woche <input type="checkbox"/> ja, nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> nein
Information über/Vermittlung von Nachsorge		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PHYSIOTHERAPIE/ERGOTHERAPIE:		
Indikationsspezifische Krankengymnastik in entsprechend ausgestatteten Räumen sowohl für Gruppen- als auch für Einzelgymnastik		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Manuelle Therapie der Extremitäten/Wirbelsäule		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(Exo-) Prothesenschulung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medizinische Trainingstherapie in entsprechend ausgestattetem Raum		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sport-/Bewegungstherapie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thermo-/Hydro-/Balneotherapie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Elektrotherapie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Massagen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Lymphdrainage, manuell		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergotherapie/Beschäftigungstherapie in entsprechend geeignetem Raum	Ausstattungsmerkmale: z.B. Trainingsgeräte für „Training on the job“, motorisch funktioneller Raum mit funktionellem Übungsmaterial, Werkstatt bzw. Werkraum mit Werkbank und Werkmaterialien, Vorrichtungen und Therapiematerialien zur sensorischen Integration und kognitiven Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
WEITERE VERFAHREN:		
SOZIAL- UND BERUFSBERATUNG:		
Belastungserprobung		<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein
Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)		<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Berufsspez. Belastungserprobung		<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein
Information zur berufl. Wiedereingliederung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beratung zur finanziellen, häusl./sozialen u. gesundheitl. Sicherstellung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KLINISCHE PSYCHOLOGIE:		
Einzelgespräche/-beratung in entsprechend geeignetem Raum		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gruppenverfahren /- arbeit in entsprechend geeignetem Raum		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entspannungsverfahren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BESONDERE ERNÄHRUNGSFORMEN:		
<i>Vollkostformen</i>		
Leichte Vollkost		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Vegetarische Kost		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Energiedefinierte Diäten</i>		
Reduktionskost/Aufbaukost (hochkalorisch)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabeteskost		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fettmodifizierte Kost		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Gastroenterologische Kostformen, Sonderkostformen</i>		
Sonderkost bei Nahrungsmittelallergien und –intoleranzen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Sondenernährung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
GESUNDHEITSINFORMATION, MOTIVATION, SCHULUNG ZU: <i>(regelmäßige Programme mit definiertem Angebot); verwandte Themenbereiche können zusammengefasst werden)</i>		
Ernährung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Genussmittel und Alltagsdrogen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucherentwöhnung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente – Wirkungen und Nebenwirkungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Alltagsstress		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzbewältigung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sexualberatung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Bewegung und Gesundheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
„Herz und Kreislauf“		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutdruckselbstmessung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückenschule		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetikerschulung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstversorgung im Alltagsleben		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Strukturierte Schmerztherapie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschlechtsspezifische Beratungsangebote		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IV. Personelle Ausstattung

Jede Fachkraft muss die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen.

Die Berechnung des IST-Stellenschlüssels bezieht sich auf den Durchschnitt der MSK-Patienten der vergangenen drei Monate. Bei Kliniken mit mehreren Fachabteilungen bezieht sich die Zahl nur auf die Fachabteilung MSK! Gefragt wird nach der Anzahl der Vollzeitstellen, bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen.

z.B. Psychologe/MSK-Patient: 1,5:120
(der Fachabteilung MSK zugeordnet)

Alle Stellenschlüssel beziehen sich auf Vollzeitstellen.

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
ÄRZTE/-INNEN: Chefarzt/-ärztin ist Orthopäde/in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chefarzt/-ärztin ist Internist/in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chefarzt/in hat Schwerpunkt Rheumatologie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seit wie vielen Jahren ist der Chefarzt/-ärztin als Arzt in <u>Reha-Einrichtungen</u> tätig?		Seit ca. Jahren
Oberarzt/ärztin Orthopäde/in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Oberarzt/in Internist/in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: mindestens einer von beiden hat die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehawesen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ärztliche Anwesenheit 24h im Haus		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rufbereitschaft durch einen Fach- bzw. Oberarzt/-ärztin		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Ärzte/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Ärzte / [____] Patienten
Anzahl der Diplom Psychologen/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Psychologe/in / [____] Patienten
Leitende/r Krankenschwester/-pfleger	Auch andere Organisationsformen sind möglich, sofern die Leitungsfunktion nachweislich gewährleistet ist (z.B. beim Rotationsprinzip).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der examinierten Krankenschwestern/-pfleger insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Krankenschwester/-pfleger / [____] Pat
Anzahl der Krankenpflegehelfer/innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Krankenpflegehelfer/in / [____] Pat

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Anzahl der Altenpfleger/innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Altenpfleger/in / [____] Pat
Anzahl der Arzthelfer/innen im Stationsdienst insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Arzthelfer/in im Stat.dienst/[____] Pat
Mind. eine/ein exam. Krankenschwester/-pfleger 24 h Dienst im Haus		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiter/in der Physiotherapieabteilung	Auch andere Organisationsformen sind möglich, sofern die Leitungsfunktion nachweislich gewährleistet ist (z.B. beim Rotationsprinzip).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Physiotherapeuten/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Physiotherapeuten / [____] Patienten
Anzahl der Diplomsportlehrer/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Diplomsportlehrer/in / [____] Patienten
Anzahl der Gymnastiklehrer/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Gymnastiklehrer/in / [____] Patienten
Anzahl der Masseure/-innen und med. Bademeister/-innen insgesamt bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Masseur/in / [____] Patienten

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Anzahl der Sozialarbeiter/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Sozialarbeiter/in / [____] Patienten
Kooperation mit externem/r Rehaberater/in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Ergotherapeuten/-innen insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Ergotherapeut/in / [____] Patienten
Anzahl der Diätassistenten/-innen (ggf. Ökotropholge/in) insgesamt (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)		[____] Diätassistent/in / [____] Patienten
Anzahl der Arzthelfer/in/Med.-techn. Funktions-Ass/Funktionsschwester/-pfleger, die ausschließlich im Funktionsdiagnostik arbeiten (in Vollzeitstellen) bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen (Ø der letzten 3 Monate)	Tätigkeit kann v. Kr.schw. ausgeführt werden, sofern nicht in Pflege tätig (wie Ass. bezahlt)	[____] Arzthelfer/in/Med.-techn. Funktions-Ass/Funktionsschwester/-pfleger ausschl. in Funktionsdiagnostik / [____] Patienten

Der Inhalt der Merkmale bestimmt sich nach den gesetzlichen Anforderungen und dem Stand von Wissenschaft und Praxis

C) Strukturnahe Prozessmerkmale

I. Konzeptionelle Grundlagen

Alle Konzepte müssen schriftlich ausgearbeitet und nachweislich umgesetzt sein. Eine Aktualisierung muss mindestens alle 2 Jahre erfolgen.

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Verbindliches, schriftlich ausgearbeitetes Klinikkonzept		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Klinikkonzepts		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schriftlich ausgearbeitete Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Klinik		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige und bedarfsorientierte Überarbeitung und Aktualisierung der Therapiekonzepte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schriftlich fixiertes Pflegekonzept		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

II. Internes Qualitätsmanagement		
Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Qualitätsmanagementbeauftragter, der unmittelbar der Klinikleitung/Geschäftsführung unterstellt ist, definierte Aufgaben besitzt und über festgelegte Kapazitäten verfügt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Internes Qualitätsmanagementsystem	Mindestanforderung: Vorhandensein und Umsetzung eines Konzepts des Zusammenwirkens der verschiedenen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Patientenzufriedenheit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Systematisches Beschwerdemanagement bezüglich Patienten- und Kostenträger-Beschwerden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verbindliche Regelungen zur internen Erörterung der Rückmeldungen externer Qualitätssicherungsprogramme		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hygienebeauftragter		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schriftlich fixierter Hygieneplan		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Führen von Komplikationsstatistiken		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

III. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Strukturmerkmal	Erläuterungen	Merkmal vorhanden?
Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung untereinander und der Klinikleitung mit Abteilungs-/Gruppenleitern		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-/Gruppenleitern mit ihren Mitarbeitern		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulungs- und Fortbildungsplan, der festlegt, welche Personen welche Schulungen/ Fortbildungen besuchen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige, interne Teamfortbildungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte bearbeiten Sie auch diese Seite !

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und stimme zu, dass die mit der hier vorliegenden „Erhebung der Strukturqualität“ (bestehend aus Angaben zur Klinik und den abgefragten Strukturkriterien) erhobenen Daten zur weiteren Verwendung und Verwertung an die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und deren Verbände weitergeleitet werden.

Ort/Datum

Funktion/Position des Unterzeichnenden

Unterschrift/Klinikstempel

Anlage 1a : Einheitliches Indikationsgruppenverzeichnis der GKV

(für Tabelle S. 4)

- 01 Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- 02 Krankheiten der Gefäße
- 03 Entzündliche rheumatische Erkrankungen
- 04 Degenerativ rheumatische Krankheiten (orthopädische Erkrankungen)
- 05 Gastroenterologische Erkrankungen (Erkrankungen der Verdauungsorgane, Leber, Magen, Galle, Harnwegserkrankungen, Darm)
- 06 Stoffwechselerkrankungen
- 07 Krankheiten der Atmungsorgane
- 08 Krankheiten der Niere, Harnwege und Prostata
- 09 Neurologische Erkrankungen und Erkrankungen der Stimmorgane
- 10 Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen
- 11 Gynäkologische Erkrankungen
- 12 Hauterkrankungen
- 13 Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen
- 14 Psychische Erkrankungen
- 15 Suchterkrankungen
- 16 Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane
- 17 Venenerkrankungen
- 18 Unfall- und Verletzungsfolgen
- 19 Geriatrie
- 20 Störungen der Sinnesorgane
- 21 Sonstige

Anlage 1b : Indikationsgruppen der RV

(für Tabelle S. 4)