

Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation

Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen

- Psychische und psychosomatische Erkrankungen -

1.Auflage 01.08.2005

Im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

*Füllen Sie diesen Bogen bitte in Druckbuchstaben oder Schreibmaschine komplett aus.
Falls der Platz nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben
auf einem separaten Blatt unter Angabe des Namens der Einrichtung*

A) Allgemeine Angaben

I. Adressen und Leitung

Institutionskennzeichen der Reha-Einrichtung:

Fachabteilungsschlüssel (gem. Schlüsselverzeichnis)

Name der Rehabilitations-Einrichtung:

.....

Straße:

Haus-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

e-mail-Adresse:

Internet:

Staat:

Bundesland:

Kreis:

Geschäftsführer/in:

Ärztliche/r Leiter/in Einrichtung:

Ärztliche/r Leiter/in Fachabteilung:

Verwaltungsleiter/in:

Qualitätsbeauftragte/r:

Name des Trägers:

.....

Straße:

Haus-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

e-mail-Adresse:

Internet:

Staat:

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. 2 SGB V für medizinische. Rehabilitationsmaßnahmen in Verbindung mit § 40 SGB V
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V für medizinische. Vorsorgeleistungen in Verbindung mit § 23 SGB V
- Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 3 § SGB V (Bestandsschutz)
- Belegung gem. § 15, 31 SGB VI i.V.m. § 21 SGB IX
- Kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V

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 (4) SGB V)	Reha- Betten ohne AHB/ AR	AHB/ AR- Betten ²	

AHB/ AR-Anerkennung ²	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

² Gilt nicht für die Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen

V. Allgemeine Informationen zur Reha-Einrichtung

	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 bis: Jahre			
Wird eine Kinderbetreuung durch die Reha-Einrichtung sichergestellt			Ja Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Intern	In Kooperation	Nein
Gibt es einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Schulunterricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es sonstige Betreuungsangebote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wenn „ja“, welche?</i>		
Ist die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson in der Reha-Einrichtung 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:

Ort/Datum

Firmenstempel/ Unterschrift

B) Medizinisch-technische Merkmale der Strukturqualität

I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
behindertengerechter Zugang in die Einrichtung	<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	
Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einrichtung mehrgeschossig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lifte (mindestens ausreichend für einen Rollstuhl und eine Person)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Liegendanfahrt durch Krankenwagen möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rauchverbot in der Reha-Einrichtung (außer in einem Raucherzimmer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kompetenzen zur Behandlung von Pat. ohne Kenntnisse der dt. Sprache: Anamnese, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/in möglich in (bitte ankreuzen!): <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Sonstige: 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alkoholverbot in der Reha-Einrichtung und auf dem Gelände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Ausstattung adäquat für die Aufnahme von Patienten (ohne Begleitperson) mit...</i>		
...starker Gehbehinderung (den Pat. ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...Gehunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	rollstuhlgerechte Ausstattung der Therapie- und Aufenthaltsräume, Nasszelle und WC-Raum schwellenfrei
...Querschnittslähmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Querschnittslähmung bezieht sich auf die Nebendiagnose; Ausstattungsmerkmale: z.B. rollstuhlgerechte Aus- stattung, in der Höhe verstellbares Bett, Antidekubitus- matratze, Telefon mit Freisprecheinrichtung.
...Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausstattungsmerkmale für Sehbehinderte: z.B. kontrastreiche Markierungen an Treppen, Stufen, Geländern und Türen, Bodenmarkierungen, Führungslinien an Treppen und Geländern, hell-dunkel- Kontraste bei Dunkelheit, insbesondere was Klingel- und Rufanlagen anbelangt, Leuchtzahlen in Fahrstühlen, Telefon mit großen Tasten, hohe Leuchtdichte- Unterschiede (z.B. schwarz auf weiß).
...Erblindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blindengerechte Ausstattung: z.B. akustische Orientierungshilfen, wie z.B. eine akustische Stockwerkansage in Fahrstühlen, Verwendung von Blindenschrift (Braille), taktile Erkennbarkeit von Oberflächenmaterial.
...starker Hörschädigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausstattungsmerkmale: z.B. optische Orientierungshilfen, optische Signale akustischer Information, transportable Schreibtelefone.
...Ertaubung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausstattungsmerkmale: z.B. Zimmer mit Schreibtelefon, Mitarbeiter mit Gebärdensprache, geeignete elektro- akustische Kommunikationssysteme.
...Orientierungsstörung/ überwachungspflichtigem organischen Psychosyndrom/ Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	mit Überwachungsmöglichkeiten
...Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*: Dialysezentrum innerhalb ca. 30 min erreichbar
<i>Möglichkeit der fachärztlichen Diagnostik und Behandlung in der Einrichtung:</i>		
...psychiatrisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...neurologisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...orthopädisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...gastroenterologisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...kardiologisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...dermatologisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
...gynäkologisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Ist folgende räumliche Ausstattung vorhanden?</i>		
Lehrküche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bewegungsbad oder Schwimmbad	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Größe (qm): Kooperation mit*:
Hebelift im Bewegungsbad/ Schwimmbad	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sport-/Gymnastikhalle	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Größe (qm): Kooperation mit*:
medizinische Trainingstherapie-Einheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Funktionsraum für Ergo- u./ o. Beschäftigungs- u./ o. Kreativ-/ Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Funktionsraum KG Einzel und Gruppe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auch Nutzung der Sport-/ Gymnastikhalle möglich
Vortragsraum (Großgruppe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auch Nutzung sonstiger dafür geeigneter Räume möglich
therapeutische Funktionsräume für jede Einzel- u. Gruppenpsychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
angemessene Kommunikationsräume (Aufenthalts-, Bibliotheks-, Fernsehraum, Internet-Zugang, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
medizinischer Behandlungsraum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	kann auch ein Stations-, Arzt- oder Schwesternzimmer sein

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

II. Medizinisch-technische Ausstattung

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

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
klinisches Labor	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:
Notfallkoffer/ -wagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	mit Defi- und Intubationsbesteck
EKG	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:
kleine Lungenfunktion	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung Kooperation mit*:

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

III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Visiten, Sprechstunden, Fallvorstellungen</i>		
Frequenz der Visite pro Pat. durch Leitende/n Arzt/Ärztin oder Stellvertreter/in	[] mal pro 2 Wochen	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden
Bezugstherapeuten/in-Pat.-Kontakte	[] mal pro Woche	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden
Stationsarzt/ärztin-Pat.-Kontakt bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden
Stationsarzt/ärztin-Pat.-Kontakt bei Entlassung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden
tägliche Ansprechbarkeit des/r Stationsarztes/ärztin für die Patienten/innen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stationsarzt/ärztin-Pat.-Kontakte/ Visite	[] mal pro Woche	
Visite oder ausführliche Information durch Facharzt/ärztin oder psychologische/n Psychotherapeuten/in bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden.
Visite oder ausführliche Information durch Facharzt/ärztin oder psychologische/n Psychotherapeuten/in bei Entlassung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden.
tägliche Ansprechbarkeit des Facharztes/ärztin oder psychologische/n Psychotherapeuten/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Visite oder ausführliche Information durch Facharzt/ärztin oder psychologische/n Psychotherapeuten/in	[] mal pro Woche	
orientierende internistische Untersuchung	am [] Aufenthaltstag	
Erstuntersuchung des/r Patienten/in durch Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/in (Erstgespräch)	am [] Aufenthaltstag	
Erstkontakt mit Facharzt/ärztin oder approbiertem/r Psychotherapeuten/in	am [] Aufenthaltstag	Facharzt/ärztin für Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin/ Psychotherapie oder für Psychiatrie/ Psychotherapie
vollständiger somatischer Status erhoben	am [] Aufenthaltstag	
abschließendes Gespräch vor Entlassung	[] Tage vor Entlassung	
Supervision durch entsprechend qualifizierte/n Supervisor/in (Arzt/Ärztin oder Psychologische/r Psychotherapeut/in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein [] mal pro Woche	
bei somatischer Therapie Fachaufsicht/ Supervision durch Facharzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
regelmäßige Patientenvorstellung/ Fallbesprechung im Rehateam	[] mal pro Woche	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
Arztsprechstunden des/r leitenden Arztes/Ärztin (außerhalb der Visiten)	[] mal pro Woche <input type="checkbox"/> ja, nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> nein	
Arztsprechstunden der Oberärzte/ärztinnen (außerhalb der Visiten)	[] mal pro Woche <input type="checkbox"/> ja, nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> nein	
Angehörigengespräche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Information über/ Vermittlung von Nachsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Physiotherapeutische und weitere Angebote (Einzel und Gruppe)</i>		
indikationsspezifische Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
medizinische Trainingstherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	unter Anleitung
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Sozial- und Berufsberatung</i>		
Belastungserprobung im Alltag/ sozialen Umfeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auf die psychische Indikation bezogen
berufsspezifische Belastungserprobung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Information zur berufl. Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beratung zur finanziellen, häuslich/ sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittlung von/ an Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Kreative und bewegungsorientierte Angebote</i>		
Musiktherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kreativtherapien (Gestaltungs-, Kunsttherapie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bewegungstherapien (KBT, Tanztherapie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ergotherapie (einschließlich Arbeitstherapie, arbeitsorientiertes Training, Belastungserprobung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Psychosoziale Diagnostik</i>		
Aufnahmegespräche/ biographische Anamnese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verhaltensanalytische Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Psychodynamisches Erstinterview	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychologische Testdiagnostik</i>		
Persönlichkeits- und klinische Diagnostik (Depression, Angst, soziale Unsicherheit, körperliche Befindlichkeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungsdiagnostik, inkl. Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Suchtspezifische Diagnostik</i>		
Suchtspezifische Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Medizinische Eingangsdiagnostik</i>		
standardisierter psychopathologischer Befund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
organspezifische Zusatzuntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
indikationsspezifische fachärztliche Untersuchung bei Nebenindikationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
fachärztliche psychiatrische Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Spezielle Laboruntersuchung</i>		
Atemluftkontrolle auf Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Urinkontrolle auf Medikamente/ Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychotherapie</i>		
Einzeltherapie wird angeboten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch entspr. Facharzt/ärztin approbierten Psychotherapeuten/in bzw. unter Fachaufsicht durch Weiterbildungsermächtigten
spezifische z.B. indikative Gruppenpsychotherapie wird angeboten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch entspr. Facharzt/ärztin approbierten Psychotherapeuten/in bzw. unter Fachaufsicht durch Weiterbildungsermächtigten
unspezifische Gruppenpsychotherapie wird angeboten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch entspr. Facharzt/ärztin approbierten Psychotherapeuten/in bzw. unter Fachaufsicht durch Weiterbildungsermächtigten
mindestens <u>zwei von den drei</u> o.a. Bereichen werden von den <u>Richtlinienverfahren</u> abgedeckt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verfahren: 1.: 2.: sonstige Verfahren (Systemische Therapie, GT, Psychodrama, Gestalttherapie):

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

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
störungsspezifische Konzepte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte auf Extrablatt beilegen! (deskriptiv erfasst)
Entspannungs- und suggestive Verfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
psychoedukative Gruppen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Milieutherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Medikamentöse Therapie</i>		
Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Besondere Ernährungsformen:</i>		
<i>Vollkostformen</i>		
leichte Vollkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
vegetarische Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
kulturell/ religiös vorgeschriebene Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
<i>Energiedefinierte Diäten</i>		
Reduktionskost/ Aufbaukost (hochkalorische Kost)	<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	
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen</i> (regelmäßige Programme mit definiertem Angebot; verwandte Themenbereiche können zusammengefasst werden)		
Störungsspezifische Angebote:		
● 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	
● Bewegung und Gesundheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● „Herz und Kreislauf“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● INR-Selbstmanagement	<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	
● Herzinsuffizienzschulung	<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	
● Stomaberatung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Beratung Katheter und Sondensysteme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Geschlechtsspezifische Beratungsangebote	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Problem-, Konfliktlösungsstrategien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
● Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<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 Patienten/innen der vergangenen drei Monate. Bei Reha-Einrichtungen mit mehreren Fachabteilungen bezieht sich die Zahl nur auf die Fachabteilung!

Gefragt wird nach der Anzahl der Vollzeitstellen, bezogen auf die Anzahl der Patienten/innen.

z.B. Psychologe/in-psychosomatische/r Patient/in: 1,5:120 (der Fachabteilung Psychosomatik zugeordnet)

Alle Stellenschlüssel beziehen sich auf Vollzeitstellen.

Urlaubs-/ Krankheitsvertretung muss jeweils sichergestellt sein.

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Ärzte/Ärztinnen</i>		
Basisqualifikation Leitende/r Arzt/Ärztin oder Oberarzt/ärztin: Facharzt/ärztin für Psychotherapeut. Medizin u./ o. Facharzt/ärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie u./ o. Facharzt/ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zusatzqualifikation Leitende/r Arzt /Ärztin Oberarzt/ärztin: mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zusatzqualifikation Leitende/r Arzt /Ärztin Oberarzt/ärztin: mit Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Weitere Zusatzqualifikationen Leitende/r Arzt/Ärztin und Oberarzt/ärztin:	-----	
Ärzte/Ärztinnen (insgesamt (auch Leitende Ärzte/Ärztinnen und Oberärzte/ärztinnen)	[] Stellen/ [] Pat.	
davon Fachärzte/ärztinnen (auch Leitende Ärzte/Ärztinnen und Oberärzte/ärztinnen)	[] Stellen/ [] Pat.	
Facharztqualifikation im Haus: Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin/Psychotherapie und Psychiatrie /Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bereitschaftsdienst Ärzte/Ärztinnen (24 h im Haus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rufbereitschaft (24 h) durch einen approbierte/n Arzt/Ärztin der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hintergrunddienst durch eine/n Fach- bzw. Oberarzt/ärztin der jeweiligen Fachrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rufbereitschaft (24 h) durch eine/n Facharzt/ärztin der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychologischer Dienst</i>		
Diplom-Psychologe/in mit geeignetem Aus- oder Weiterbildungsschwerpunkt	[] Stellen/ [] Pat.	z.B. Klinische Psychologie, Reha-Psychologie, Neuropsychologie, mehrjährige einschlägige Berufserfahrung (mind. 2 Jahre in der Reha)
davon approbiert (gem. PsychThG)	[] Stellen/ [] Pat.	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Therapeutische und sonstige Dienste</i>		
Physiotherapeut/innen	[] Stellen/ [] Pat.	
Diplomsportlehrer/innen	[] Stellen/ [] Pat.	
Gymnastiklehrer/innen	[] Stellen/ [] Pat.	
Diplom-Sozialarbeiter/innen oder Diplom-Sozialpädagoge/innen	[] Stellen/ [] Pat.	
davon weitergebildet in suchtspezifischen Bereichen	[] Stellen/ [] Pat.	
Medizinische/r Ernährungsberater/in oder Diätassistent/in oder ggf. Diplom-Oekotrophologe/in	[] Stellen/ [] Pat.	
Ergotherapeut/in	[] Stellen/ [] Pat.	
davon tätig in Arbeitstherapie (arbeitsorientiertes Training, Belastungserprobung)	[] Stellen/ [] Pat.	
Arbeitstherapeut/in	[] Stellen/ [] Pat.	
Musiktherapeut/in	[] Stellen/ [] Pat.	
Kreativtherapeut/in (Gestaltungs-/ Kunsttherapie)	[] Stellen/ [] Pat.	
Bewegungstherapeut/in	[] Stellen/ [] Pat.	zum Beispiel mit Ausbildung in KBT oder Tanztherapie
Sprech-/Sprachtherapeut/in, Logopäde/in	[] Stellen/ [] Pat.	
<i>Pflegedienst/ Medizinische Assistenzberufe</i>		
Pflegekräfte insgesamt	[] Stellen/ [] Pat.	
davon mit 3-jähriger Ausbildung	[] Stellen/ [] Pat.	
davon Fachkrankenpflege für Psychiatrie	[] Stellen/ [] Pat.	
Arzthelfer/in/ Med.- technische Funktionsassistent/in/ PsychTA/ Funktionsschwester/ -pfleger	[] Stellen/ [] Pat.	Tätigkeit kann von Pflegekraft ausgeführt werden, sofern nicht in Pflege tätig.
24-Stunden-Präsenzdienst mit exam. Gesundheits- und Pflegekraft im Haus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

C) Strukturnahe Prozessmerkmale

I. Konzeptionelle Grundlagen

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

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
verbindliches Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Das Einrichtungskonzept sollte u.a. Angaben enthalten zum Indikationsspektrum, zu den Therapieangeboten und zu den übergeordneten Behandlungsprinzipien, die in der Einrichtung realisiert werden.
Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Therapiekonzepte sollten erkrankungs- bzw. störungsspezifisch aufgebaut sein und u.a. Angaben enthalten zu den allgemeinen Rehabilitationszielen, zu den angewandten therapeutischen Maßnahmen und zu den jeweiligen Behandlungsprinzipien (ggf. auch Standardtherapiepläne).
Pflegekonzept	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
individuell-fallspezifischer Pflegeplan wird bei Pflegebedarf/ Spezialfällen erstellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegestandards für störungsspezifische Aufgabenstellungen, die in der Reha-Einrichtung umgesetzt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegedokumentationssystem wird eingesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Supervisionskonzept liegt vor und ist umgesetzt, das Bezug nimmt auf <ul style="list-style-type: none">- interne und externe Supervision- Fall- und Teamsupervision- Qualifikation des/der Supervisors/in- angemessene Frequenzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mindestqualifikation für externe Supervision: i.d.R. 5 Jahre klinische Tätigkeit nach Approbation für psych. PT oder 5 Jahre klinische Tätigkeit nach Facharzt-Anerkennung.

II. Internes Qualitätsmanagement

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
Qualitätsmanagementbeauftragte/r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Muss unmittelbar der Einrichtungsleitung/ Geschäftsführung unterstellt sein, mit definierten Aufgaben und festgelegten Kapazitäten.
internes Qualitätsmanagementsystem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mindestanforderung: Vorhandensein und Umsetzung eines Konzepts des sinnvollen Zusammenwirkens der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen
interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dokumentation der Qualitätszirkel-Arbeit erforderlich
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	Welches Gremium erörtert die Rückmeldung und den resultierenden Handlungsbedarf?
verbindliche Regelungen zum Umgang mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hygienebeauftragte/r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
schriftlich fixierter Hygieneplan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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	
verbindliche Regelung zum Umgang mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

III. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
regelmäßige Besprechungen/ Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung untereinander und der Einrichtungsleitung mit Abteilungs-/ Gruppenleiter/innen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
regelmäßige Besprechungen der Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-/ Gruppenleiter/innen mit ihren Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schulungs- und Fortbildungsplan (extern und intern), der festlegt, welche Personen welche Schulungen bzw. Fortbildungen besuchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Dieser Plan wird auch umgesetzt</i>
regelmäßige, interne Teamfortbildungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich fixierter Erste-Hilfe-Plan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend 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

Unterschrift/Klinikstempel

Funktion/Position des/r Unterzeichnenden