

## Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation

# Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen

*- Abhängigkeitserkrankungen -*

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
<b>Durchschnittl. Auslastung bezogen auf alle Betten im vorigen Kalenderjahr (in %)</b>		

## 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/ Fachabteilungen in der Einrichtung <sup>1</sup>	Stationäre Betten gesamt	davon:			Amb. Plätze nach BAR
			Vorsorge- Betten (gem. §23 (4) SGB V)	Reha- Betten ohne AHB/AR	AHB/AR- Betten <sup>2</sup>	

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

Wenn „ja“:

Indikation	Bettenzahl		
	GKV	RV	UV

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

<sup>2</sup> 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?			<b>Ja</b> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Falls „ja“, im Alter von:</i> ..... Jahre <b>bis:</b> ..... Jahre			
Wird eine Kinderbetreuung durch die Reha-Einrichtung sichergestellt			<b>Ja</b> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Intern</b>	<b>In Kooperation</b>	<b>Nein</b>
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?			<b>Ja</b> <b>Nein</b> <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:	.....		
	<b>Insgesamt</b>	<b>Rollstuhlfahrer-gerecht</b>	<b>Allergenarm</b>
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
rollstuhlfahrrgerechter Zugang in die Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
alle Patientenzimmer 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 (mindestens 1 Bett)	<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 im Einrichtungsgebäude (außer in einem Raucherzimmer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verfügbarkeit allergenarmer Zimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kompetenzen zur Behandlung von Pat. ohne Kenntnisse der dt. Sprache: Anamnese, Beratungs- und Behandlungs-gespräche ohne Dolmetscher/innen möglich in (bitte ankreuzen!): <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Englisch</li><li><input type="radio"/> Türkisch</li><li><input type="radio"/> Serbokroatisch</li><li><input type="radio"/> Italienisch</li><li><input type="radio"/> Griechisch</li><li><input type="radio"/> Spanisch</li><li><input type="radio"/> Russisch</li><li><input type="radio"/> Polnisch</li><li><input type="radio"/> Französisch</li><li><input type="radio"/> Sonstige: .....</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alkoholverbot im Einrichtungsgebäude und auf dem Gelände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verbot des Konsums psychotroper Substanzen während der Reha (außer ärztlich verordneten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Möglichkeit der Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unterbringungsmöglichkeit für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Ausstattung adäquat für die Aufnahme von Pat. (ohne Begleitperson) mit...</i>		
<b>...starker Gehbehinderung (den Pat. ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>...Gehunfähigkeit (d.h. Räume für Therapie und Diagnostik, Speisesaal, Zimmer und Nasszellen sind rollstuhlbefahrbar)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>...Sehbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(d.h. blindengerechte Ausstattung)
<b>...starker Hörschädigung/ Ertaubung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(d.h. z.B. Zimmer mit Schreibtelefon, Mitarbeiter mit Gebärdensprache)
<b>...Orientierungsstörung/ überwachungspflichtigem organischen Psychosyndrom/ Weglauftendenz</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mit Überwachungsmöglichkeiten
<b>...Dialysepflichtigkeit</b>	<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>Ist folgende räumliche Ausstattung vorhanden?</i>		
<b>Lehrküche</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sport-/ Gymnastikhalle</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Größe (qm): ..... Kooperation mit*:
<b>ggf. mit medizinischer Trainingstherapie-Einheit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktionsraum für Ergo- u./ o. Beschäftigungs- u./ o. Kreativ-/Arbeitstherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktionsraum KG Einzel und Gruppe</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auch Nutzung der Sport-/ Gymnastikhalle möglich
<b>Vortragsraum (Großgruppe)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auch Nutzung sonstiger dafür geeigneter Räume möglich
<b>therapeutische Funktionsräume für jede Einzel- u. Gruppenpsychotherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>angemessene Kommunikationsräume (Aufenthalts-, Bibliotheks-, Fernsehraum, Internet-Zugang, etc.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>medizinischer Behandlungsraum</b>	<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
<b>klinisches Labor</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
<b>Notfallkoffer/ -wagen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Basisdiagnostik (EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-RR, kleine Lungenfunktion und Sonographie)</b>	<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
<b>Funktions-Diagnostik: internistisch</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktions-Diagnostik: gastroenterologisch (Ultraschall, Endoskopie)</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktions-Diagnostik: neurologisch</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktions-Diagnostik: psychiatrisch und psychologisch wenn ja, welche? ..... ..... ..... .....</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktions-Diagnostik: orthopädisch</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung
<b>Funktions-Diagnostik: dermatologisch</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Funktions-Diagnostik: gynäkologisch</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

\*) 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 Patient/in durch Leitende(n) Arzt/Ärztin oder Stellvertreter/in	[ ] mal pro 2 Wochen	Pat. müssen <u>einzel</u> n gesehen werden
Frequenz der Bezugstherapeuten/innen-Pat.-Kontakte	[ ] mal pro Woche	
Einzelkontakte zwischen Bezugstherapeuten/in und Pat.	[ ] mal pro Woche	Einzelkontakt mit dem Therapeuten/der Therapeutin: - in geschütztem Rahmen - qualifiziertes Setting - auf Veranlassung des Therapeuten - strukturiertes Gespräch
Stations-/Bezugsarzt/ärztin-Pat.-Kontakt bei Aufnahme und bei Entlassung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stations-/ Bezugsarzt/ärztin-Pat.-Kontakte/ Visite	[ ] mal pro Woche	
tägliche Ansprechbarkeit des Stations-/ Bezugsarztes/ärztin für die Pat.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
tägliche telefonische Ansprechbarkeit des/r Stations-/ Bezugsarztes/ärztin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Visite oder ausführliche Information durch Facharzt/ärztin od. psychologische/n Psychotherapeuten/in	[ ] mal pro Woche	auch möglich durch Diplom-Sozialarbeiter/in und Diplom-Sozialpädagogen/in mit VDR- anerkannter tätigkeitsfeldspezifischer Weiterbildung
Patient wird am Aufnahmetag von dem Arzt/ der Ärztin gesehen (orientierende internistische Untersuchung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Eingehende Untersuchung der Pat. durch Arzt/Ärztin oder Bezugstherapeuten/in (Erstgespräch)	am [ ] Aufenthaltstag	
Patient wird in den ersten drei Tagen des Aufenthalts vom Facharzt/ärztin oder approbierten Psychotherapeuten/in gesehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Facharzt/ärztin für Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin/ Psychotherapie oder Psychiatrie/ Psychotherapie
Erhebung eines vollständigen somatischen Status	am [ ] Aufenthaltstag	
abschließendes Gespräch vor Entlassung	[ ] Tage vor Entlassung	
interne Supervision durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein [ ] mal pro Woche	
bei somatischer Therapie Fachaufsicht durch Facharzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
regelmäßige Pat.vorstellungen/ Patientenkonferenzen/ Fallbesprechungen im interdisziplinären Reha-Team	[ ] mal pro Woche	
Arztsprechstunden des Ltd. Arzt/Ärztin Stellvertreter/in der Oberärzte/ärztinnen (außerhalb der Visiten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Angehörigengespräche nach Vereinbarung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Information über/ Vermittlung von Nachsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Physiotherapeutische und weitere Angebote (Einzel und Gruppe)</i>		
<b>indikationsspezifische Physiotherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>medizinische Trainingstherapie unter Anleitung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>zielorientierte Sport- und Bewegungstherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sprech- und Sprachtherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Sozial- und Berufsberatung</i>		
<b>Belastungserprobung im Alltag/ sozialen Umfeld</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auf die Reha-Indikation bezogen
<b>berufsspezifische Belastungserprobung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Information zur berufl. Wiedereingliederung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Beratung zur finanziellen, häuslich/ sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Vermittlung von/ an Selbsthilfegruppen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Kreative und bewegungsorientierte Angebote</i>		
<b>Musiktherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Kreativtherapien (Gestaltungs-, Kunsttherapie)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Bewegungstherapien (KBT, Tanztherapie)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Ergotherapie (einschließlich Arbeitstherapie, arbeitsorientiertes Training, Belastungserprobung)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Psychosoziale Diagnostik</i>		
<b>Aufnahmegespräche/ biographische Anamnese</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Verhaltensanalytische Diagnostik</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Psychodynamisches Erstinterview</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychologische Testdiagnostik</i>		
<b>Persönlichkeits- und klinische Diagnostik (Depression, Angst, soziale Unsicherheit, körperliche Befindlichkeit)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verfügbarkeit von indikationsbezogenen erforderlichen Verfahren/ Instrumenten und entsprechender Kompetenz
<b>Leistungsdiagnostik, inkl. Neuropsychologie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Suchtspezifische Diagnostik</i>		
<b>Suchtspezifische Diagnostik</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Medizinische Eingangsdiagnostik</i>		
<b>standardisierter psychopathologischer Befund</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>organspezifische Zusatzuntersuchungen</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
<b>fachärztliche psychiatrische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	bei entsprechender Indikation Kooperation mit*:
<i>Spezielle Laboruntersuchung</i>		
<b>Atemluftkontrolle auf Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Urinkontrolle auf Medikamente/ Drogen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychotherapie/ Psychotherapeutische Intervention</i>		
<b>Einzeltherapie wird angeboten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>spezifische Gruppenpsychotherapie wird angeboten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>unspezifische Gruppenpsychotherapie wird angeboten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>mindestens <u>zwei von den drei</u> o.a. Bereichen werden von den <u>Richtlinienverfahren</u> abgedeckt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verfahren: 1.: ..... 2.: ..... Sonstige Verfahren (Systemische Therapie, GT, Psychodrama, Gestalttherapie) ..... auch Verfahren gemäß der anerkannten tätigkeitsfeld- spezifischen Weiterbildung nach Anl. 2 der BAR- Vereinbarung

\*) 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
<b>Psychopharmakotherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>störungsspezifische Konzepte</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte auf Extrablatt beilegen! (wird deskriptiv erfasst)
<b>Entspannungs- und suggestive Verfahren</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>psychoedukative Gruppen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Besondere Ernährungsformen</i>		
<b>vegetarische Kost, kulturell/ religiös vorgeschriebene Kost</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? .....
<b>Reduktionskost/ Aufbaukost (hochkalorische Kost)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Diabeteskost</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>fettmodifizierte Kost</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>gastroenterologische Kostformen, Sonderkost, allergenfreie Kost</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	z.B. ballaststoffarme, glutenfreie, laktosearme Kost
<b>Sondenernährung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<i>Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen (regelmäßige Programme mit definiertem Angebot); verwandte Themenbereiche können zusammengefasst werden</i>		
<b>Störungsspezifische Angebote:</b>		
• 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, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
• Herzinsuffizienzschulung	<input type="checkbox"/> ja, im Haus <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
• 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	
• weitere störungsspezifische Angebote	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? .....

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

#### 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 Pat. 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 Pat..

z.B. Psychologe/psychosomatischer Patient: 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>		
<b>Basisqualifikation Leitende(r) Arzt/Ärztin oder Oberarzt/ärztin:</b> Facharzt/ärztin für Psychotherapeut. Medizin u./o. Facharzt/ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Zusatzqualifikation Leitende(r) Arzt/Ärztin oder Oberarzt/ärztin:</b> mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen oder Fachkundenachweis ‚Sucht‘ oder Facharzt/ärztin Pharmakologie oder Suchtqualifikation entsprechend Weiterbildungsordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ersatzweise ggf. durch Suchtqualifikation entsprechend Weiterbildungsordnung (vgl. BAR-Vereinbarung). Angabe der erworbenen Kompetenz: .....
<b>Ärzte/Ärztinnen (insgesamt)</b> (auch Leitende- und Oberärzte/ärztinnen)	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>davon Facharzt/ärztin</b> (auch Leitende- und Oberärzte/ärztinnen)	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Bereitschaftsdienst Ärzte/Ärztinnen</b> (24 h im Hause)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Rufbereitschaft (24 h) durch eine/n approbierte/n Arzt/Ärztin</b>	<input type="checkbox"/> ja, Arzt der Einrichtung <input type="checkbox"/> ja, in Kooperation <input type="checkbox"/> nein	Kooperation mit*:
<b>Hintergrunddienst durch eine/n Fach- bzw. Oberarzt/ärztin der jeweiligen Fachrichtung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>durch die Einrichtung ist jeden Tag ein/e Arzt/Ärztin erreichbar</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Psychologischer Dienst</i>		
<b>Diplom-Psycholog/in mit geeignetem Aus- oder Weiterbildungsschwerpunkt</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	z.B. Klinische Psychologie, Reha-Psychologie, Neuropsychologie, mehrjährige einschlägige Berufserfahrung (mind. 2 Jahre in der Reha)
<b>davon approbiert (gem. PsychThG)</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Leitende/r Psychologe/-in</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/ Anmerkungen
<i>Therapeutische und sonstige Dienste</i>		
<b>Physiotherapeuten/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Kooperation mit*:
<b>Diplomsportlehrer/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Kooperation mit*:
<b>Gymnastiklehrer/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Kooperation mit*:
<b>Diplom-Sozialarbeiter/innen oder Diplom-Sozialpädagogen/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Kooperation mit*:
<b>davon weitergebildet in suchtspezifischen Bereichen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Medizinische Ernährungsberater/in oder Diätassistent/in oder ggf. Diplom-Oekotrophologe/in</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Kooperation mit*:
<b>Ergotherapeuten/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Ergotherapeut/in (i.S.d. Ergotherapeutengesetzes), Arbeitserzieher oder andere Mitarbeiter mit vergleichbarer (gleichwertiger) Qualifikation (vgl. BAR-Vereinbarung)
<b>davon tätig in Arbeitstherapie, arbeits- orientiertem Training, Belastungserprobung</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Musiktherapeuten/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Kreativtherapeuten/innen (Gestaltungs-/ Kunsttherapie)</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Bewegungstherapeuten/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	zum Beispiel mit Ausbildung in KBT oder Tanztherapie
<b>Sprech-/Sprachtherapeuten/innen, Logopäden/innen</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<i>Pflegedienst/ Medizinische Assistenzberufe</i>		
<b>Pflegekräfte insgesamt</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>davon mit drei-jähriger Ausbildung</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>davon mit ein-jähriger Ausbildung</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	
<b>Arzthelfer/in/ Med.- technische Funktions- Assistent/in/ Funktionsschwester/pfleger</b>	[ ] Stellen/ [ ] Pat.	Tätigkeit kann von Pflegekraft ausgeführt werden, sofern nicht in Pflege tätig
<b>Bereitschaftsdienst mit exam. Kranken- schwester/pfleger (24 h im Haus)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## C) Strukturnahe Prozessmerkmale

### I. Konzeptionelle Grundlagen

*Alle Konzepte müssen schriftlich ausgearbeitet und nachweislich umgesetzt sein.*

Kriterium	Merkmal vorhanden?	Erläuterungen/Anmerkungen
<b>verbindliches schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept</b>	<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.
<b>regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Einrichtungskonzeptes</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung</b>	<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).
<b>regelmäßige und bedarfsorientierte Überarbeitung und Aktualisierung der Therapiekonzepte</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>schriftliche fixiertes Pflegekonzept</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>individuell-fallspezifischer Pflegeplan wird bei Pflegebedarf/ Spezialfällen erstellt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>schriftliche fixierte Pflegestandards für störungsspezifische Aufgabenstellungen, die in der Einrichtung umgesetzt werden.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Pflegedokumentationssystem wird eingesetzt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Supervisionskonzept liegt vor und ist umgesetzt, das Bezug nimmt auf</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- interne und externe Supervision</li><li>- Fall- und Teamsupervision</li><li>- Qualifikation des/r Supervisors/in</li><li>- angemessene Frequenzen</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Durchführung einer Basisdokumentation</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Durchführung einer Routinekatamnese</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## 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
schlüssiges Qualitätskonzept/ internes Qualitätsmanagementsystem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mindestanforderung: Vorhandensein und Umsetzung eines Konzeptes des Zusammenwirkens der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Merkmale u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätshandbuch</li> <li>- Lenkungsreis</li> <li>- Externe Beratung</li> <li>- Audits</li> <li>- Berichtswesen</li> <li>- Entlassbericht-Kontrolle</li> </ul>
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 Patienten- zufriedenheit	<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? .....
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/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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter	<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 Unterzeichnenden**