

Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen

Strukturerhebung

1350

**Muskuloskeletale Erkrankungen
ambulant**

ÄÄÄÄ ÖÜÜÜ ÖPÄÄ FFEJ EGEI

<https://www.bqs.de>
<https://qs-reha.bqs.de>

A0 - Allgemeine Angaben

Hinweise

Die von Ihnen gemachten Angaben müssen für den Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens korrekt sein.

Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

Definition "Kooperation"

Bei Merkmalen, deren Vorhaltung oder Durchführung in Kooperation möglich ist, muss die Einrichtung eine Kooperationsvereinbarung, einen Kooperationsvertrag, eine Kooperationsbestätigung oder eine Kooperationsbescheinigung jeweils in schriftlicher Form mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können. Dieser/diese muss folgende Inhalte umfassen:

- Leistung des Kooperationspartners
- Erreichbarkeit des Kooperationspartners
- Vertretungsregelungen beim Kooperationspartner
- Bedarfsgerechte Terminvergabe nach den Anforderungen des Rehabilitanden

Sodern Kooperationen im Personalbereich (z. B. auf Honorarbasis oder im Wege der Personalgestaltung) erfolgen, sind

- die zeitliche Einbindung der Kräfte in das interdisziplinäre Team sowie
- die Qualifikationsanforderungen an diese festzulegen.

Basisinformationen

1* - Ärztliche/-r Leiter/-in in Fachabteilung (Name)

2* - Versorgungsvertrag

- 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 nach §§ 15, 31 SGB VI i.V.m. § 21 SGB IX
- Zulassung als BGSW-Klinik (§§ 33, 34 SGB VII)

3* - AHB/AR-Anerkennung

- ja nein

4* - Können Rehabilitanden/-innen Kinder mitbringen?

- ja nein

4.1 - Falls [ja] - im Alter von

 Jahren

4.2 - bis ...

 Jahren

5* - Wird eine Kinderbetreuung durch die Einrichtung sichergestellt? [A.I.38]

- ja nein

6* - Gibt es spezifische Behandlungsangebote für rehabilitationsbedürftige pflegende Angehörige?

- ja nein

Allgemeine Informationen

7* - Wie hoch ist der Anteil der Patienten/-innen (bezogen auf die Fachabteilung Orthopädie/Rheumatologie) mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen? [A.IV.1]

%

Muster

A1 - Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

8* - rollstuhlfahrergerechter Zugang in die Einrichtung [A.I.1]

ja nein

9* - Automatische Türen im Haupteingangsbereich [A.I.2]

ja nein

10* - Systematisches, regelmäßig aktualisiertes und verständliches Wegeleitsystem [A.I.3]

ja nein

11* - Behindertengerechte und nach Geschlechtern getrennte Patientenumkleideräume mit abschließbarem Schrankfach für jede/-n Rehabilitandin/Rehabilitanden [A.I.4]

ja nein

12* - Behindertengerechte und nach Geschlechtern getrennte Duschen und WC's [A.I.5]

ja nein

13* - Behindertengerechtes WC auch in der Nähe zu den Therapieräumen [A.I.6]

ja nein

Möglichkeit der Aufnahme von Patienten/-innen (ohne Begleitperson) mit ...

49* - starker Gehbehinderung (dem/der Patienten/-in ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen) [A.I.7]

ja nein

50* - Gehunfähigkeit [A.I.8]

ja nein

51* - Sehbehinderung [A.I.9]

ja nein

52* - Erblindung [A.I.10]

ja nein

53* - starker Hörschädigung [A.I.11]

ja nein

54* - Ertaubung [A.I.12]

ja nein

14* - Rauchverbot im gesamten Einrichtungsgebäude [A.I.13]

ja nein

15* - Rauchverbot auf dem gesamten Einrichtungsgelände [A.I.14]

ja nein

16* - kein Alkoholausschank in der Einrichtung [A.I.15]

ja nein

17* - Ruheräume mit ausreichender Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen [A.I.16]

ja nein

18* - Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder getrenntem Untersuchungsraum [A.I.17]

ja nein

19* - Raum für Teambesprechungen [A.I.18]

ja nein

*) Pflichtangabe

(c) BQS Institut

Seite 4/16

20* - Speiseraum [A.I.19]

 ja nein

21* - Anlaufstelle für med./ pflegerische Fragen [A.I.20]

 ja nein

22* - Notrufanlage in allen Räumen, in denen Patienten/Patientinnen allein sein können [A.I.21]

 ja nein

23* - Möglichkeit der Notfallversorgung [A.I.22]

 ja nein

24* - Übungs-/ Lehrküche [A.I.23]

 ja nein

24.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

25* - Bewegungs-/Schwimmbad mit Hebelift [A.I.24]

 Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

25.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

26* - Sport-/Gymnastikraum [A.I.25]

 ja nein

27* - Mindestens ein multifunktionaler Gruppenraum mit Projektionsmöglichkeit, der für Patienten- und Angehörigenschulungen, Vorträge und interne Fortbildungen geeignet ist. [A.I.26]

 ja nein

28* - Raum für Einzeltherapien [A.I.27]

 ja nein

29* - Mindestens 1 Raum ist ausgestattet mit stufenlos höhenverstellbaren Therapietischen. [A.I.28]

 ja nein

30* - Die Ergotherapie verfügt über einen ATL/ Werkraum [A.I.29]

 ja nein**Räumlichkeiten für Physikalische Therapie; zur Durchführung von?**

55* - Massage/ Lymphdrainage [A.I.30]

 ja nein

56* - Thermotherapie [A.I.31]

 ja nein

57* - Elektrotherapie [A.I.32]

 ja nein

31* - Verfügbarkeit eines Orthopädietechnikers und entsprechenden Raums zur Anpassung und Bearbeitung [A.I.33]

 Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

31.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

32* - Verfügbarkeit eines orthopädischen Schuhmachers [A.I.34]

 Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

32.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

34* - Gehübungsstrecke mit unterschiedlichen Böden und schräger Ebene [A.I.36]

 ja nein

*) Pflichtangabe

35* - indikationsspezifischer med. Funktionsraum/-bereich (z. B. zur Wundversorgung, für Injektionen) [A.I.37]

ja nein

36* - Einzelberatungsräume (für Psychologen/in, Ökotrophologen/in, Sozialarbeiter/-innen; Mehrfachnutzung möglich) [A.I.39]

ja nein

37* - Kompetenzen zur Behandlung von Patienten/-innen ohne Kenntnisse der deutschen Sprache (behandelndes Personal, d.h. Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Therapeuten/-innen, Pflegekräfte) [A.I.40]

ja nein

38 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Englisch [A.I.40]

ja

39 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Türkisch [A.I.40]

ja

40 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Serbisch / Kroatisch [A.I.40]

ja

41 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Italienisch [A.I.40]

ja

42 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Griechisch [A.I.40]

ja

43 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Spanisch [A.I.40]

ja

44 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Russisch [A.I.40]

ja

45 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Polnisch [A.I.40]

ja

46 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Französisch [A.I.40]

ja

47 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Arabisch [A.I.40]

ja

48 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf: sonstige Sprache [A.I.40]

ja nein

48.1 - Sonstiges, nämlich [A.I.40]

A2 - Medizinisch-technische Ausstattung

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

Die Kriterien zur medizinisch-technischen Ausstattung beziehen sich auf die gesamte Einrichtung und nicht auf einzelne Fachabteilungen!

58* - klinisches Labor (kleines Blutbild, Elektrolyte, BZ, BSG, INR, Urin) [(A.II.1)]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

58.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

59* - Notfalllabor [A.II.2]

ja nein

61* - Notfallkoffer/-wagen [A.II.4]

ja nein

62* - Röntgen/Durchleuchtung [A.II.5]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

62.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

64* - Mehrkanal-EKG [A.II.7]

ja nein

64.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

65* - Sonographie (z.B. des Abdomens, Gelenke, Schilddrüse) [A.II.8]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

65.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

66* - Ultraschalldiagnostik der Gefäße (Duplex-/ Dopplersonographie) [A.II.9]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

66.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

71* - psychologische Testverfahren (zumindest für Ängstlichkeit und Depressivität) [A.II.14]

ja nein

72* - Punktionen [A.II.15]

ja nein

A3 - Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patienten/-innenbetreuung

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

73* - Visite durch eine/-n indikationsspezifische/-n Facharzt/-ärztin mindestens einmal pro Woche pro Patient/-in [A.III.1]

ja nein

74* - Erstuntersuchung durch eine/-n Ärztin/ Arzt am Aufnahmetag [A.III.2]

ja nein

75* - Erstuntersuchung durch eine/-n Ärztin/ Arzt vor der ersten Behandlung unter fachärztlicher Supervision [A.III.2]

ja nein

76* - ärztliche Abschlussuntersuchung und ärztliches Abschlussgespräch [A.III.3]

Tag(e) vor Entlassung

77* - Regelmäßige Patienten/-innenvorstellungen/ Fallbesprechungen im interdisziplinären Reha-Team mindestens einmal pro Woche [A.III.4]

ja nein

78* - Arztsprechstunden nach Vereinbarung (außerhalb der Visiten und außerhalb der Routineuntersuchungen) durch den indikationsspezifischen Facharzt [A.III.5]

ja nein

79* - Angehörigengespräche [A.III.6]

ja nein

80* - Information über/Vermittlung von Nachsorge [A.III.7]

ja nein

Physiotherapie / Ergotherapie

81* - indikationsspezifische Krankengymnastik in entsprechend ausgestatteten Räumen, die sowohl für Gruppen- als auch für Einzelübungen geeignet sind [A.III.8]

ja nein

82* - manuelle Therapie der Extremitäten/ Wirbelsäule [A.III.9]

ja nein

83* - Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm [A.III.10]

ja nein

84* - (Exo-)Prothesenschulung [A.III.11]

ja nein

85* - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln [A.III.12]

ja nein

87* - Gehschulung auf unterschiedlichen Böden und Treppen [A.III.14]

ja nein

89* - medizinische Trainingstherapie in entsprechend dafür ausgestattetem Raum [A.III.16]

ja nein

90* - Sport-/Bewegungstherapie [A.III.17]

ja nein

91* - Physikalische Therapie (z. B. Thermo-, Hydro-, Balneotherapie, Elektrotherapie, Massage) [A.III.18]

ja nein

*) Pflichtangabe

92* - Lymphdrainage, manuell [A.III.19]

ja nein

93* - Ergotherapie in entsprechend geeignetem Raum [A.III.20]

ja nein

94* - Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung [A.III.21]

ja nein

95* - Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsplatzbezogene Belastungserprobung, Arbeitsplatzsimulation) [A.III.22]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

95.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

Sozial- und Berufsberatung:

96* - Einleitung von Maßnahmen zur Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen) [A.III.23]

Ja, im Haus Ja, in Kooperation Nein

96.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

97* - Information zur beruflichen Wiedereingliederung [A.III.24]

ja nein

98* - (Sozial-)Beratung zur finanziellen, häuslichen/sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung [A.III.25]

ja nein

99* - Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen [A.III.26]

ja nein

100* - Bei Bedarf Besuche vor Ort (z. B. in der Wohnung oder am Arbeitsplatz des Rehabilitanden) [A.III.27]

ja nein

Klinische Psychologie:

101* - Einzelgespräche/-beratung in entsprechend geeignetem Raum [A.III.28]

ja nein

102* - Gruppenverfahren/-arbeit in entsprechend dafür geeignetem Raum [A.III.29]

ja nein

103* - Entspannungsverfahren [A.III.30]

ja nein

Ernährung:

104* - An allen Behandlungstagen vollwertige Ernährung unter Berücksichtigung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in der Gemeinschaftsverpflegung (Idealerweise drei Auswahlessen: Vollkost, ovo-lacto-vegetabile Vollkost und leichte Vollkost) [A.III.31]

ja nein

Besondere Kostformen

105* - Leichte Vollkost (Lebensmittel, die erfahrungsgemäß Unverträglichkeiten hervorrufen, werden nicht angeboten) [A.III.32]

ja nein

106* - energiereduziert (Übergewicht/Adipositas) [A.III.33]

ja nein

107* - glutenfrei (Zöliakie, Unverträglichkeit) [A.III.34]

ja nein

108* - lactosearm (Lactoseintoleranz) [A.III.35]

ja nein

109* - allergenfrei (Lebensmittelallergien) [A.III.36]

ja nein

Gesundheitsinformation, Motivation, Schulung zu:

(Schulungsmaßnahmen beinhalten: einen Vortrag/Wissensvermittlung und Kleinstgruppenarbeit mit Diskussion/Rollenspiel zum Training erforderlicher Fertigkeiten, zur Motivation eines gesundheitsfördernden Lebensstils, zur Krankheitsbewältigung und ggf. zum Training mit krankheitsspezifischen Besonderheiten. Themen sind z.B. Gesunde Ernährung, Körperliche Bewegung, Soziales Netz.)

110* - Ernährung [A.III.37]

ja nein

111* - Genussmittel und Alltagsdrogen [A.III.38]

ja nein

112* - Raucherentwöhnung [A.III.39]

ja nein

113* - Bewegung und Gesundheit (z. B. Rückenschule) [A.III.40]

ja nein

114* - Umgang mit Alltagsstress [A.III.41]

ja nein

115* - Schmerzbewältigung [A.III.42]

ja nein

116* - Selbstversorgung im Alltagsleben [A.III.43]

ja nein

117* - Medikamente - Wirkungen und Nebenwirkungen [A.III.44]

ja nein

118* - Herz und Kreislauf [A.III.45]

ja nein

119* - Diabetikerschulung [A.III.46]

ja nein

120* - Blutdruckselbstmessung [A.III.47]

ja nein

123* - Sexualberatung [A.III.50]

ja nein

*) Pflichtangabe

A4 - Personelle Ausstattung

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen. Jede Fachkraft muss die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen. Alle erforderlichen Qualifikationen müssen abgeschlossen sein und die entsprechenden Bescheinigungen vorliegen. Für jede Fachkraft muss ein Arbeitsvertrag / Honorarvertrag vorhanden sein.

ÄRZTE/ -INNEN

124* - Chefarzt/-ärztin ist Arzt/Ärztin für Orthopädie oder Arzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie [A.IV.1]

ja nein

125* - Der/die Chefarzt/-ärztin ist Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie [A.IV.1]

ja nein

126* - Chefarzt/-ärztin ist Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie mit langjähriger Erfahrung (mindestens 2 Jahre) oder Praxis in Rehaeinrichtung [A.IV.1]

ja nein

127* - Weitere/-r, anwesende/-r Ärztin/Arzt für Orthopädie oder Arzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie [A.IV.1]

ja nein

130* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt trägt die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin [A.IV.2]

ja nein

130.1* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber alle Weiterbildungskurse wurden absolviert [A.IV.3]

ja nein

130.1.1* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber mit der Ausbildung wurde begonnen

ja nein

131* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt trägt die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen [A.IV.2]

ja nein

131.1* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber alle Weiterbildungskurse wurden absolviert [A.IV.3]

ja nein

131.1.1* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Fachärztin/-arzt: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber mit der Ausbildung wurde begonnen

ja nein

132* - Chefarzt/-ärztin oder weitere/-r, anwesende/-r Ärztin/Arzt ist Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin [A.IV.1]

ja nein

133* - Oberarzt/-ärztin ist Internist/-in [A.IV.1]

ja nein

134* - Die Position des/der Chefarztes/-ärztin oder seines/-r benannten Stellvertreters/-in ist während der Behandlungszeiten in der Einrichtung besetzt. [A.IV.4]

ja nein

135* - Diplom-Psychologe/-in, Psychologie MA, MSc [A.IV.5]

ja nein

136* - Physiotherapeut/-in, BA oder MA Physiotherapie [A.IV.6]

ja nein

137* - Sportlehrer/-in/-wissenschaftler/-in, (Dipl., B.A./B.Sc. oder M.A./M.Sc.) [A.IV.7]

ja nein

*) Pflichtangabe

138* - Masseur/-in / med. Bademeister/-in [A.IV.8]

ja nein

139* - Sozialarbeiter/-in /Sozialpädagoge/-in (Dipl.) oder Soziale Arbeit MA, BA [A.IV.9]

ja nein

140* - Ergotherapeut/-in, Ergotherapie MA, BA [A.IV.10]

ja nein

141* - Diätassistent/-in / Ökotrophologe/-in (Dipl., MA, BA) [A.IV.11]

ja nein

Muster

B1 - Strukturnahe Prozessmerkmale - Konzeptionelle Grundlagen

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen. Alle Konzepte müssen schriftlich ausgearbeitet und nachweislich umgesetzt sein. Eine Aktualisierung muss mindestens alle 2 Jahre erfolgen.

142* - verbindliches Rehabilitationskonzept [B.I.1]

ja nein

143* - ausgearbeitete Behandlungskonzepte für die wichtigsten Rehabilitandengruppen der Einrichtung [B.I.2]

ja nein

B2 - Internes Qualitätsmanagement

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

144* - Qualitätsmanagementbeauftragte/r, die/der unmittelbar der Einrichtungsleitung/ Geschäftsführung unterstellt ist, definierte Aufgaben besitzt und über festgelegte Kapazitäten verfügt [B.II.1]

ja nein

145* - internes Qualitätsmanagementsystem (nach § 4b der Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Versorgung nach § 137d SGB V, Abs. 1, 2 und 4 vom 01.06.2008) [B.II.2]

ja nein

C1 - Weitere prozessbezogene Kriterien

Selbstdokumentation - Patientenorientierung

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen.

146* - individuelle Vereinbarung von Rehabilitationszielen mit Dokumentation in der Patientenakte [C.I.1]

ja nein

147* - Erhebung und Dokumentation von Krankheitsverständnis/Informationsstand/Krankheitsverarbeitung des/der Patienten/-in [C.I.2]

ja nein

148* - Dokumentation von Motivation/Kooperation des/der Patienten/-in [C.I.3]

ja nein

149* - Erhebung und Dokumentation der Selbsteinschätzung des/der Rehabilitanden/-in zu Rehabilitationsergebnis/-zielerreichung [C.I.4]

ja nein

150* - Patienten- und tagesbezogene Dokumentation der abgegebenen Therapien [C.I.5]

ja nein

C2 - Weitere prozessbezogene Kriterien

Selbstdokumentation - Interne Organisation

Wichtiger Hinweis zur korrekten Beantwortung der Fragen: Anmerkungen zu einzelnen Fragen sind über ein Fragezeichen-Symbol als Ausfüllhinweis gekennzeichnet. Dieser Ausfüllhinweis ist Bestandteil der Frage bzw. des Kriteriums und ist daher für eine korrekte Beantwortung unbedingt zu lesen. Klicken Sie bitte ggf. auf das Fragezeichen-Symbol, um den Ausfüllhinweis aufzurufen. Die aufgeführten Maßnahmen müssen konzeptionell hinterlegt und ihre Durchführung belegt sein.

151* - Führungen durch das Haus für alle Patienten/-innen zu Beginn der Rehabilitation [C.II.1]

ja nein

152* - Therapieangebote am Wochenende [C.II.2]

ja nein

153* - durchschnittliche Laufzeit der Entlassberichte zwischen Entlassung und Versand max. 14 Kalendertage [C.II.3]

ja nein

154* - Routinemonitoring der Laufzeit der Entlassberichte [C.II.4]

ja nein