

# Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen

## Strukturerhebung

**1400**

**Onkologie  
stationär**

ÄRZTEVEREIN  
ÄRZTEVEREIN  
ÄRZTEVEREIN

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

## A0 - Allgemeine Angaben

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.39]

- ja     nein

6\* - Ist die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson in der Einrichtung möglich? [A.I.42]

- ja     nein

6.1 - Falls [ja] - im Zweibettzimmer

- ja

6.2 - Falls [ja] - im Zimmer mit Verbindungstür

- ja

6.3 - Falls [ja] - im separatem Gästezimmer

- ja

7\* - Ist die Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger durch die/den Rehabilitandin/Rehabilitanden möglich? [A.I.40]

- ja     nein

\*) Pflichtangabe

8\* - Gibt es spezifische Behandlungsangebote für rehabilitationsbedürftige pflegende Angehörige? [A.I.41]

ja  nein

### Allgemeine Informationen zur Fachabteilung

9\* - Anzahl Zimmer - Insgesamt

Zimmer

10\* - Anzahl Zimmer - rollstuhlfahrergerecht

Zimmer

11\* - Anzahl Zimmer - allergenarm [A.I.43]

Zimmer

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.

19\* - rollstuhlfahrgerechter Zugang in die Einrichtung [A.I.1]

- ja  nein

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

20\* - starker Gehbehinderung (dem/der Patienten/-in ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen) [A.I.2]

- ja  nein

21\* - Gehunfähigkeit [A.I.3]

- ja  nein

22\* - Querschnittlähmung [A.I.4]

- ja  nein

23\* - Sehbehinderung [A.I.5]

- ja  nein

24\* - Erblindung [A.I.6]

- ja  nein

25\* - starker Hörschädigung [A.I.7]

- ja  nein

26\* - Ertaubung [A.I.8]

- ja  nein

27\* - Orientierungsstörung/überwachungspflichtiges organisches Psychosyndrom/Weglauftendenz (Überwachungsmöglichkeiten) [A.I.9]

- ja  nein

28\* - Dialysepflichtigkeit [A.I.10a]

- Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

28.1 - wenn in Kooperation, Name des Dialysezentrums [A.I.10b]

29\* - MRSA (separates Zimmer für MRSA-positive Patienten/-innen) [A.I.11]

- ja  nein

30\* - alle Zimmer mit Notrufanlage [A.I.12]

- ja  nein

31\* - alle Nasszellen mit Notrufanlage [A.I.13]

- ja  nein

32\* - Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten [A.I.14]

- ja  nein

33\* - Ist die Einrichtung mehrgeschossig? [A.I.15]

- ja  nein

34\* - Aufzug, in dem Betten- oder Liegentransport möglich ist [A.I.16]

- ja  nein

37\* - Rauchverbot im gesamten Einrichtungsgebäude [A.I.19]

- ja  nein

\*) Pflichtangabe

38\* - Rauchverbot auf dem gesamten Einrichtungsgelände [A.I.20]

ja  nein

39\* - kein Alkoholausschank in der Einrichtung [A.I.21]

ja  nein

41\* - separate Einheit mit Möglichkeit der Notfallbehandlung/-überwachung [A.I.23]

ja  nein

42\* - Lehrküche [A.I.24]

ja  nein

43\* - Bewegungs-/Schwimmbad mit Hebelift [A.I.25a]

ja  nein

43.1 - Wenn ja, wie groß ist das Bewegungs-/Schwimmbad (Wasserfläche)? [A.I.25b]

m<sup>2</sup>

44\* - Sport-/Gymnastikhalle/-raum [A.I.26a]

ja  nein

44.1 - Wenn ja, wie groß ist die/der Sport-/Gymnastikhalle/-raum? [A.I.26b]

m<sup>2</sup>

44.2 - Wenn ja, wie hoch ist die/der Sport-/Gymnastikhalle/-raum? [A.I.26b]

m

45\* - Vortrags-/Schulungsraum [A.I.27]

ja  nein

46\* - Verfügbarkeit eines Orthopädietechnikers und entsprechenden Raums zur Anpassung und Bearbeitung [A.I.28]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

46.1\* - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

50\* - indikationsspezifischer Funktionsraum/-bereich [A.I.32]

ja  nein

57\* - Kompetenzen zur Behandlung von Patienten/-innen ohne Kenntnisse der deutschen Sprache (behandelndes Personal, d.h. Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Therapeuten/-innen, Pflegekräfte) [A.I.44]

ja  nein

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

ja

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

ja

60 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Serbisch / Kroatisch [A.I.44]

ja

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

\*) Pflichtangabe

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

70\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Arabisch [A.I.44]

ja

71 - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf: sonstige Sprache [A.I.44]

ja     nein

71.1 - Sonstiges, nämlich [A.I.44]

## 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!**

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

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

72.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

73\* - Notfalllabor [A.II.2]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

73.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

75.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

77\* - Notfallkoffer/-wagen [A.II.6]

ja     nein

78\* - Röntgen/Durchleuchtung [A.II.7]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

78.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

79\* - Echokardiographie mit Farbdoppler [A.II.8]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

79.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

81\* - Mehrkanal-EKG [A.II.10]

ja     nein

82\* - Sonographie des Abdomens, der Schilddrüse und der Gelenke [A.II.11]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

82.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

83\* - Dopplersonographie [A.II.12]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

83.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

85\* - Langzeit-EKG [A.II.14]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

85.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

87\* - Langzeitblutdruckmessung [A.II.16]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

\*) Pflichtangabe

(c) BQS Institut

Seite 7/18

87.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

88\* - Ergometriemessplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator [A.II.17]

ja  nein

89\* - Spirometrie [A.II.18]

ja  nein

90\* - Bodyplethysmographie [A.II.19]

ja  nein

91\* - psychologische Testverfahren (zumindest für Ängstlichkeit und Depressivität) [A.II.20]

ja  nein

105\* - Punktionen/Biopsien [A.II.34]

ja  nein



## A3 - Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

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.

126\* - Arzt/Ärztin-Patienten/-innenkontakt / Stationsvisiten mindestens 1 x pro Woche pro Patient/-in + tägl. Ansprechbarkeit des/der Stationsarztes/-ärztin [A.III.1]

ja  nein

127\* - Visite durch einen/-r Facharzt/-ärztin mindestens 1 x pro Woche pro Patient, davon 1 x durch Chefarzt/-ärztin während des Aufenthalts [A.III.2]

ja  nein

128\* - ärztliche Erstuntersuchung am Ankunftstag [A.III.3]

ja  nein

128.1\* - Tag(e) nach Ankunft

Tag(e)

131\* - Therapiebeginn innerhalb der ersten 24 Stunden [A.III.6]

ja  nein

131.1 - Tag(e) nach Ankunft

Tag(e)

132\* - Erstuntersuchung durch Facharzt/-ärztin (des jeweiligen Fachgebietes) am Ankunftstag [A.III.7]

ja  nein

132.1 - Tag(e) nach Ankunft

Tag(e)

133\* - ärztliche Abschlussuntersuchung und ärztliches Abschlussgespräch [A.III.8]

Tag(e) vor Entlassung

134\* - regelmäßige Patienten/-innenvorstellung/Fallbesprechung im interdisziplinären Reha-Team [A.III.9]

Anzahl pro Woche

135\* - Arztgesprächstunden (außerhalb der Visiten): Chefarzt/-ärztin [A.III.10]

Ja  Ja, nach Vereinbarung  Nein

135.1 - Anzahl pro Woche

136\* - Arztgesprächstunden (außerhalb der Visiten): Oberarzt/-ärztin [A.III.11]

Ja  Ja, nach Vereinbarung  Nein

136.1 - Anzahl pro Woche

137\* - Angehörigengespräche [A.III.12]

Ja  Ja, nach Vereinbarung  Nein

137.1 - Anzahl pro Woche

138\* - Information über/Vermittlung von Nachsorge [A.III.13]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

**Physiotherapie / Ergotherapie**

153\* - indikationsspezifische Krankengymnastik in entsprechend ausgestatteten Räumen, die sowohl für Gruppen- als auch für Einzelübungen geeignet sind [A.III.23]

ja  nein

157\* - (Exo-)Prothesenschulung [A.III.27]

ja  nein

158\* - Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln [A.III.28]

ja  nein

159\* - Terraintraining [A.III.29]

ja  nein

160\* - Ergometertraining [A.III.30]

ja  nein

161\* - medizinische Trainingstherapie in entsprechend dafür ausgestattetem Raum [A.III.31]

ja  nein

162\* - Sport-/Bewegungstherapie [A.III.32]

ja  nein

164\* - EKG-überwachte Ergometertherapie in entsprechend dafür ausgestattetem Raum [A.III.35]

ja  nein

165\* - Thermo-, Hydro-, Balneotherapie [A.III.36]

ja  nein

166\* - Elektrotherapie [A.III.37]

ja  nein

167\* - Massagen [A.III.38]

ja  nein

168\* - Lymphdrainage, manuell [A.III.39]

ja  nein

169\* - Ergotherapie in entsprechend geeignetem Raum [A.III.40]

ja  nein

171\* - Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung [A.III.42]

ja  nein

172\* - Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsplatzbezogene Belastungserprobung, Arbeitsplatzsimulation) [A.III.43]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

172.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

**WEITERE VERFAHREN**

176\* - Sprech- und Sprachtherapie [A.III.47]

 ja  nein**PSYCHOSOMATISCHE KRITERIEN**

187.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners [A.III.59]

**Sozial- und Berufsberatung:**

200\* - Einleitung von Maßnahmen zur Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen) [A.III.73]

 Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

200.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

201\* - Information zur beruflichen Wiedereingliederung [A.III.74]

 ja  nein

202\* - Beratung zur finanziellen, häuslichen/sozialen u. gesundheitlichen Sicherstellung [A.III.75]

 ja  nein

203\* - Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen [A.III.76]

 ja  nein**Klinische Psychologie:**

204\* - Einzelgespräche/-beratung in entsprechend geeignetem Raum [A.III.77]

 ja  nein

205\* - Gruppenverfahren/-arbeit in entsprechend dafür geeignetem Raum [A.III.78]

 ja  nein

206\* - Entspannungsverfahren [A.III.79]

 ja  nein**Ernährung:****Vollkost**

209\* - Vollwertige Ernährung unter Berücksichtigung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in der Gemeinschaftsverpflegung (Idealerweise drei Auswahlessen: Vollkost, ovolactovegetabile Vollkost und leichte Vollkost) [A.III.82]

 ja  nein

**Besondere Kostformen**

210\* - Leichte Vollkost (Lebensmittel, die erfahrungsgemäß Unverträglichkeiten hervorrufen, werden nicht angeboten) [A.III.83]

ja  nein

211\* - energiereduziert (Übergewicht/Adipositas) [A.III.84]

ja  nein

212\* - glutenfrei (Zöliakie, Unverträglichkeit) [A.III.85]

ja  nein

213\* - lactosearm (Lactoseintoleranz) [A.III.86]

ja  nein

214\* - allergenfrei (Lebensmittelallergien) [A.III.87]

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.)

215\* - Ernährung [A.III.88]

ja  nein

216\* - Genussmittel und Alltagsdrogen [A.III.89]

ja  nein

217\* - Raucherentwöhnung [A.III.90]

ja  nein

218\* - Medikamente - Wirkungen und Nebenwirkungen [A.III.91]

ja  nein

219\* - Umgang mit Alltagsstress [A.III.92]

ja  nein

220\* - Schmerzbewältigung [A.III.93]

ja  nein

221\* - Sexualberatung [A.III.94]

ja  nein

222\* - Bewegung und Gesundheit [A.III.95]

ja  nein

223\* - Herz und Kreislauf [A.III.96]

ja  nein

224\* - Blutdruckselbstmessung [A.III.97]

ja  nein

226\* - Rückenschule [A.III.99]

ja  nein

227\* - Diabetikerschulung [A.III.100]

ja  nein

229\* - Selbstversorgung im Alltagsleben [A.III.102]

ja  nein

231\* - Stomaberatung [A.III.104]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

232\* - Beratung Katheter und Sondensysteme [A.III.105]

ja     nein

233\* - geschlechtsspezifische Beratungsangebote [A.III.106]

ja     nein

235\* - Schulung für Atemwegserkrankungen [A.III.108]

ja     nein

Muster

## 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.

### ÄRZTE/ -INNEN

241\* - Chefarzt/-ärztin ist Internist/-in [A.IV.1]

ja  nein

248\* - Chefarzt/-ärztin ist Facharzt/-ärztin der Hauptbelegungsindikation [A.IV.1]

ja  nein

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

ja  nein

264\* - Oberarzt/-ärztin ist Facharzt/-ärztin der Hauptbelegungsindikation [A.IV.1]

ja  nein

265\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: mindestens eine/-r von beiden hat die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin [A.IV.2]

ja  nein

265.1\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber alle Weiterbildungskurse wurden absolviert (in mind. einem der beiden Weiterbildungsschwerpunkte) [A.IV.3]

ja  nein

265.1.1\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber mit der Ausbildung wurde begonnen

ja  nein

266\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: mindestens eine/-r von beiden hat die Zusatzbezeichnung Rehawesen [A.IV.2]

ja  nein

266.1\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber alle Weiterbildungskurse wurden absolviert (in mind. einem der beiden Weiterbildungsschwerpunkte) [A.IV.3]

ja  nein

266.1.1\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: Zusatzbezeichnung liegt nicht vor, aber mit der Ausbildung wurde begonnen

ja  nein

267\* - Oberarzt/-ärztin ist Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin [A.IV.2]

ja  nein

268\* - Chefarzt/-ärztin ist Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin [A.IV.2]

ja  nein

269\* - Seit wie vielen Jahren ist der/die Chefarzt/-ärztin nachweislich onkologisch tätig? [A.IV.1]

Jahre

270\* - Seit wie vielen Jahren ist der/die Oberarzt/-ärztin nachweislich onkologisch tätig? [A.IV.1]

Jahre

271\* - Chefarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin: mindestens eine/-r von beiden hat den Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie [A.IV.1]

ja  nein

275\* - ärztliche Anwesenheit 24h im Haus [A.IV.4]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

276\* - Rufbereitschaft durch eine/-n Fach- bzw. Oberarzt/-ärztin [A.IV.5]

ja  nein

278\* - Diplom-Psychologe/-in, Psychologie MA/ MS [A.IV.8]

ja  nein

279\* - Anzahl der in der Fachabteilung behandelten Patienten (Durchschnitt pro Tag der letzten 3 Monate)?

Patienten

281\* - leitende/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in [A.IV.10]

ja  nein

283\* - mindestens ein/-e exam. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in 24 h Dienst im Haus [A.IV.12]

ja  nein

284\* - Leiter/in der Physiotherapieabteilung [A.IV.13]

ja  nein

285\* - Physiotherapeut/-in, BA oder MA Physiotherapie / Sportlehrer/-in (Diplom, MA, BA) / Sportwissenschaftler/-in (Diplom, MA, BA) / Gymnastiklehrer/-in [A.IV.14]

ja  nein

287\* - Masseur/-in / med. Bademeister/-in [A.IV.15]

ja  nein

288\* - Sozialarbeiter/-in / Sozialpädagoge/-in / Soziale Arbeit (Diplom, MA, BA) [A.IV.16]

ja  nein

289\* - Ergotherapeut/-in / BA oder MA Ergotherapie [A.IV.17]

ja  nein

290\* - Diätassistent/-in (ggf. Ökotrophologe/-in), Dipl., MA, BA [A.IV.18]

ja  nein

291\* - Arzthelfer/-in / Med.-techn. Funktions-Assistent/-in / Funktionsschwester/-pfleger (nicht in der Pflege tätig) [A.IV.19]

ja  nein

292\* - Logopäden/-innen/Neurolinguisten/-innen/Sprachheilpädagogen/-innen (MA, BA) [A.IV.20]

ja  nein

294\* - Stomatherapeuten/-innen [A.IV.22]

ja  nein

## B - Strukturnahe Prozessmerkmale

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 bedarfsorientierte Überarbeitung und Aktualisierung muss mindestens alle 2 Jahre erfolgen.

### B.I - Konzeptionelle Grundlagen

299\* - verbindliches, schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept [B.I.1]

ja  nein

300\* - schriftlich ausgearbeitete Behandlungskonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung [B.I.2]

ja  nein

301\* - schriftlich fixiertes Pflegekonzept [B.I.3]

ja  nein

302\* - individuell-fallspezifischer Pflegeplan wird bei Pflegebedarf/ Spezialfällen erstellt [B.I.4]

ja  nein

303\* - schriftlich fixierte Pflegestandards für störungsspezifische Aufgabenstellungen, die in der Einrichtung umgesetzt werden [B.I.5]

ja  nein

304\* - Pflegedokumentationssystem wird eingesetzt [B.I.6]

ja  nein

### B.II - Interne Kommunikation und Personalentwicklung

306\* - Interne Kommunikation und Personalentwicklung [B.II.1]

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.

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

ja  nein

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

ja  nein

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

ja  nein

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

ja  nein

311\* - 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.

312\* - Die Orientierung des/der Patienten/-innen im Haus wird zu Beginn der Rehabilitation gewährleistet. [C.II.1]

ja  nein

313\* - Therapieangebote am Wochenende [C.II.2]

ja  nein

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

ja  nein

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

ja  nein