

# Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen

## Strukturerhebung

**1700**

**Geriatric  
stationär**

ÄÄÄ ÖÜÜ QP P ÄÄÄ FEFJ EFÄ

<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)
- Zulassung als BGSW-Klinik (§§ 33, 34 SGB VII)

3\* - AHB/AR-Anerkennung

- ja     nein

4\* - Ist die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson in der Einrichtung (ggf. in Kooperation) möglich?

- ja     nein

4.1 - Falls [ja] - im Zweibettzimmer

- ja

4.2 - Falls [ja] - im Zimmer mit Verbindungstür

- ja

4.3 - Falls [ja] - im separatem Gästezimmer

- ja

5\* - Ist die Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger (ggf. in Kooperation) möglich?

- ja     nein

**Allgemeine Informationen zur Fachabteilung**

6\* - Anzahl Zimmer - Insgesamt

 Zimmer

7\* - Anzahl Zimmer - rollstuhlfahrgerecht

 Zimmer

8\* - Anzahl Zimmer - allergenarm

 Zimmer

Muster

## A1 - Allgemeine Merkmale und allgemeine 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.

### Allgemeine Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

9\* - Barrierefreier Zugang gemäß § 4 BGG zu patientengebundenen Räumlichkeiten oder unter Berücksichtigung der jeweiligen Landesbaubehörden. [1]

ja  nein

10\* - Automatische Türen im Haupteingangsbereich [2]

ja  nein

11\* - Systematisches, regelmäßig aktualisiertes und verständliches Wegeleitsystem [3]

ja  nein

12\* - Möglichkeit der Notfallversorgung / -überwachung [4]

ja  nein

13\* - Liegendanfahrt für Krankenwagen [5]

ja  nein

14\* - Terrain für Geh- und Laufschulung [6]

ja  nein

15.1\* - Ist die Einrichtung mehrgeschossig?

ja  nein

15.2\* - Aufzug, in dem Betten- oder Liegentransport der Rehabilitanden möglich ist [7]

ja  nein

16\* - Cafeteria / Kiosk [8]

ja  nein

17\* - Rauchverbot im gesamten Einrichtungsgebäude [10]

ja  nein

18\* - Andachtsraum bzw. 'Raum der Stille' [11]

ja  nein

### Anforderung an die geriatrische Rehabilitationseinrichtung/Fachabteilung

19\* - Gut beleuchtete Flurbereiche mit Handläufen bds. in den Patientenbereichen [12]

ja  nein

20\* - Mindestens ein multifunktionaler Gruppenraum mit Projektionsmöglichkeit, der für Patienten- und Angehörigenschulungen, Vorträge und interne Fortbildungen geeignet ist [13]

ja  nein

21\* - Mindestens ein geeigneter Untersuchungs- und Behandlungsraum, der auch für Verbände und Punktionen verwendet werden kann [14]

ja  nein

22\* - Kein Alkoholausschank [15]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

**Konzeptionelle Grundlagen**

23\* - Schriftlich fixiertes Pflegekonzept mit Fokussierung auf aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie [16]

ja  nein

24\* - Schriftlich fixiertes geriatricspezifisches Fort- und Weiterbildungskonzept für alle Professionen (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) [17]

ja  nein

25\* - Das Fort- und Weiterbildungskonzept berücksichtigt insbesondere auch die Bereiche Gerontopsychiatrie und Demenz [18]

ja  nein

26\* - Die Einrichtungsleitung stellt sicher, dass pro Profession (ärztlicher Dienst, therapeutisches Team, Pflegedienst) mindestens 1 Mitarbeiter/in des Rehateams jährlich an einer/mehreren geriatrisch-relevanten Fort- oder Weiterbildung(en) teilnimmt, die mindestens 12 Kurs-Stunden umfassen. [19]

ja  nein

27\* - Schriftlich fixiertes Konzept zur Indikationsstellung und Durchführung von ggf. erforderlichen diagnostisch-therapeutischen Hausbesuchen [20]

ja  nein

**Ausstattung adäquat für die Aufnahme von Patienten ...**

28\* - ...mit Erblindung [21]

ja  nein

29\* - ...mit Ertaubung [22]

ja  nein

30\* - ...mit Dialysepflichtigkeit [23]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

30.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

31\* - ...mit kognitiven Beeinträchtigungen [24]

ja  nein

32\* - ...ohne Kenntnisse der deutschen Sprache [25]

ja  nein

**Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf:**

33\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Englisch [26]

ja  nein

34\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Türkisch [27]

ja  nein

35\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Serbisch / Kroatisch [28]

ja  nein

36\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Italienisch [29]

ja  nein

37\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Griechisch [30]

ja  nein

38\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Spanisch [31]

ja  nein

39\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Russisch [32]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

40\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Polnisch [33]

ja  nein

41\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Französisch [34]

ja  nein

42\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Kurdisch [35]

ja  nein

43\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Tschechisch [36]

ja  nein

44\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Slowakisch [37]

ja  nein

45\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf Arabisch [38]

ja  nein

46\* - Anamnesen, Beratungs- und Behandlungsgespräche ohne Dolmetscher/-in möglich auf: sonstige Sprache [39]

ja  nein

46.1 - Sonstige Sprache, nämlich:

## A2 - Räumliche Ausstattung der Station, Patientenzimmer und therapeutischen Räumlichkeiten

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.

### Ausstattungsmerkmale Station (außer Patientenzimmer)

47\* - Raum für Teambesprechungen [40]

ja  nein

48\* - Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder getrenntem Untersuchungsraum [41]

ja  nein

49\* - Stations-/Teeküche [42]

ja  nein

50\* - 1 Fäkalienraum pro Stationseinheit [43]

ja  nein

51\* - Stationsgebundener Aufenthaltsbereich/Speiseraum mit Patientenrufanlage oder überwachbar [44]

ja  nein

53\* - Geräteräume/Abstellraum [45]

ja  nein

54\* - Dienstzimmer (ausreichend groß) auf jeder Station [46]

ja  nein

### Ausstattungsmerkmale Patientenzimmer

55\* - Überwiegend 1 / 2-Bettzimmer [47]

ja  nein

56\* - Rollstuhlgerechte Ausstattung im Zimmer [48]

ja  nein

57\* - Zimmer mit Patientenrufanlage(n) [49]

ja  nein

58\* - Anschlussmöglichkeit eines Telefons am Patientenbett [50]

ja  nein

59\* - Betten höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montierbaren, absenkbaren Bettseitenteilen und ggf. mit Aufrichthilfe [51]

ja  nein

60\* - Schrank mit abschließbarem Wertfach [52]

ja  nein

61\* - Tische und Stühle behindertengerecht, besonders stabil und kippstabil, Stühle teilweise mit Armlehnen und abwaschbaren Sitzbezügen [53]

ja  nein

62\* - Rollstuhlgerechter Sanitärraum mit rutschhemmendem Fußboden und rollstuhlgerechter Dusche mit Duschsitz je Patientenzimmer [54]

ja  nein

63\* - Aufstellung der Betten ermöglicht Durchführung von Pflege und Therapie [55]

ja  nein

64\* - Sauerstoffgabe im Patientenzimmer möglich [56]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

**Ausstattungsmerkmale therapeutischer Räumlichkeiten - Stehen folgende therapeutische Räumlichkeiten mit entsprechender räumlicher Ausstattung zur Verfügung?**

65\* - Raum für Einzeltherapien [57]

- 
- ja
- 
- nein

66\* - Mindestens 1 Raum ist ausgestattet mit stufenlos höhenverstellbaren Therapietischen [58]

- 
- ja
- 
- nein

67\* - Die Ergotherapie verfügt über einen ATL/Werkraum [59]

- 
- ja
- 
- nein

**Räumlichkeiten für Physikalische Therapie; zur Durchführung von ...**

76\* - ...Massage/Lymphdrainage [60]

- 
- ja
- 
- nein

77\* - ...Thermotherapie [61]

- 
- ja
- 
- nein

78\* - ...Elektrotherapie [62]

- 
- ja
- 
- nein

79\* - ...Bewegungs-/ Schwimmbad [63]

- 
- Ja, im Haus
- 
- Ja, in Kooperation
- 
- Nein

79.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

68\* - Arbeitsraum für Psychologe/Psychologin [64]

- 
- ja
- 
- nein

69\* - Arbeitsraum für Sozialdienst [65]

- 
- ja
- 
- nein

70\* - Multifunktionaler Gruppentherapieraum [66]

- 
- ja
- 
- nein

71\* - Gymnastikraum [67]

- 
- ja
- 
- nein

74\* - Barrierefreie WC in ausreichender Nähe zu den Therapieräumen [70]

- 
- ja
- 
- nein

75\* - Raum für Angehörigengespräche und Seelsorger [71]

- 
- ja
- 
- nein



## A3 - Apparative und medizintechnische 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.

### Diagnostische Ausstattung - Steht folgende diagnostische Ausstattung zur Verfügung?

80\* - Ruhe-EKG [72]

ja  nein

81\* - Langzeit-EKG [73]

ja  nein

82\* - Ergometrie [74]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

82.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

83\* - Echokardiographie [75]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

83.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

84\* - Langzeit-Blutdruckmessgerät [76]

ja  nein

85\* - Sonographiegerät [77]

ja  nein

86\* - Dopplersonographie [78]

ja  nein

87\* - Lungenfunktionsmessgerät [79]

ja  nein

88\* - klinisches Labor (kleines Blutbild, Elektrolyte, BZ, BSG, INR, Urin) [80]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

88.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

89\* - Punktionen [81]

ja  nein

90\* - Endoskopie [82]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

90.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

91\* - Röntgen für Thorax-, Knochen- und Abdomenaufnahmen [83]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

91.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

92\* - Anlegen von PEG-Sonden [84]

Ja, im Haus  Ja, in Kooperation  Nein

92.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

\*) Pflichtangabe

93\* - Anlegen von suprapubischen Blasenkathetern [85]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

93.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

94\* - Notfalllabor [86]

ja     nein

95\* - Endoskopische oder radiologische Schluckdiagnostik [87]

Ja, im Haus     Ja, in Kooperation     Nein

95.1 - wenn in Kooperation, Name des Kooperationspartners

96\* - Ganglabor [88]

ja     nein

97\* - Kipptischuntersuchung [89]

ja     nein

### Therapeutische Ausstattung - steht folgende therapeutische Ausstattung zur Verfügung?

#### Physio- und Ergotherapie

98\* - Schlingentisch [90]

ja     nein

99\* - Gehbarren [91]

ja     nein

100\* - Muskeltrainingsgeräte [92]

ja     nein

101\* - Bewegungsgeräte mit Spastikschtaltung [93]

ja     nein

102\* - Übungsküche [94]

ja     nein

103\* - Übungsbad [95]

ja     nein

104\* - Armlabor [96]

ja     nein

105\* - Laufband mit Gewichtsentlastung [97]

ja     nein

**Physikalische Therapie**

106\* - Massageliegen [98]

 ja  nein

107\* - Elektrotherapiegeräte [99]

 ja  nein

108\* - Thermotherapiegeräte [100]

 ja  nein**Logopädie**

109\* - Diagnostik- und Therapiematerial für Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen verschiedener Genese [101]

 ja  nein

110\* - Absaugmöglichkeit [102]

 ja  nein**Neuropsychologie**

111\* - Diagnostik- und Therapiematerial für neuropsychologische Defizite [103]

 ja  nein

## A4 - Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum

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 geriatrische Rehabilitationseinrichtung hält folgende Therapie- bzw. Versorgungsangebote unter Gewährleistung der aufgeführten fachlichen, räumlichen und technisch-apparativen Voraussetzungen vor:

112\* - Die Therapie- bzw. Versorgungsangebote der Einrichtung werden durch ein interdisziplinäres Team unter Leitung und fachlicher Verantwortung des/der Chefarztes/Chefärztin oder seines/seiner Vertreters/Vertreterin erbracht. [104]

ja  nein

113\* - Nachweis der geregelten Versorgung durch Konsiliarärzte [105]

ja  nein

114\* - Angebot einer individuellen Angehörigenarbeit [106]

ja  nein

115\* - Es besteht die Möglichkeit der Seelsorge. [107]

ja  nein

### Es ist gewährleistet, dass jeder Patient zumindest folgende ärztliche Leistungen erhält:

116\* - Erstuntersuchung durch einen Arzt/Ärztin am Aufnahmetag unter fachärztlicher Supervision [108]

ja  nein

117\* - Ärztliche Visite mindestens 3x wöchentlich und tägliche Ansprechbarkeit des/der zuständigen Arztes/Ärztin für eine persönliche Konsultation [109]

ja  nein

118\* - Chef- oder oberärztliche Visite mindestens 1x wöchentlich [110]

ja  nein

120\* - Abschlussuntersuchung innerhalb von 3 Tagen vor Entlassung durch eine/n Arzt/Ärztin unter fachärztlicher Supervision [112]

ja  nein

121\* - Arztgespräch nach Vereinbarung (außerhalb der Visiten) mit Chefarzt/ärztin oder Oberarzt/ärztin [113]

ja  nein

### Es ist gewährleistet, dass jeder Patient folgende Leistungen im Rahmen des interdisziplinären therapeutischen Teams erhält:

122\* - Durchführung des geriatrischen Assessments, unter Anwendung von standardisierten und/oder validierten Verfahren zu folgenden Bereichen: - ATL- Mobilität, inkl. Erfassung des Sturzrisikos- Kognitiver Status, inkl. Demenzscreening- Affektive Situation, inkl. Depressionsscreening- Dekubitusstatus oder Dekubitusrisiko- medizinischer Status- Pflegeanamnese- sozialer Status [114]

ja  nein

123\* - Einleitung erster Therapiemaßnahmen innerhalb von 24 Stunden [115]

ja  nein

124\* - Festlegung des individuellen Reha-Planes [116]

ja  nein

125\* - Pflegeanamnese und erste Pflegeplanung am Aufnahmetag [117]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

(c) BQS Institut

Seite 12/17

126\* - Prüfung der Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen [118]

ja  nein

127\* - Anpassung der Hilfsmittel/technischen Hilfen einschließlich des Trainings unter Berücksichtigung des häuslichen Umfeldes [119]

ja  nein

128\* - Mindestens 1x wöchentlich Fallbesprechung im Rahmen einer Teamsitzung unter Leitung des/der zuständigen Facharztes/ärztin und Anwesenheit aller an der Behandlung beteiligten Professionen zu folgenden Themen: - Überprüfung und ggf. Anpassung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans,- Hilfsmittelversorgung und Weiterversorgung [120]

ja  nein

129\* - Organisation der Weiterversorgung/Nachsorge einschließlich Überleitungsmanagement und diesbezügliche Beratung von Patient und Angehörigen [121]

ja  nein

130\* - Dokumentation des Nachsorgegesprächs spätestens 3 Tage vor Entlassung und Dokumentation der sich daraus ergebenden und eingeleiteten Nachsorgemaßnahmen [122]

ja  nein

### Erstellung eines Entlassungsberichtes folgenden Inhalts (Mindestanforderung):

131\* - Kurzform der Anamnese und klinischer Verlauf [123]

ja  nein

132\* - Ergebnisse: Labor und klinisch-apparative Diagnostik [124]

ja  nein

133\* - Ergebnisse: Geriatrisches Assessment [125]

ja  nein

134\* - Durchgeführte rehabilitative Therapien: funktionelle Ergebnisse und Empfehlungen für die Weiterführung [126]

ja  nein

135\* - Medikation bei Entlassung [127]

ja  nein

136\* - Hinweise zur pflegerischen Weiterversorgung ggf. unter Anlage des pflegerischen Überleitungs bogens [128]

ja  nein

137\* - Hilfsmittelversorgung: Bereits umgesetzt bzw. empfohlen [129]

ja  nein

138\* - Weiterversorgung: Bereits umgesetzt bzw. empfohlen [130]

ja  nein

\*) Pflichtangabe

## Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen

(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.)

139\* - Es werden regelmäßige strukturierte Patientenschulungen zu zielgruppenspezifischen Themengebieten angeboten. [131]

ja  nein

140\* - Es werden regelmäßige strukturierte Schulungen für Angehörige zu zielgruppenspezifischen Themengebieten angeboten. [132]

ja  nein

## Ernährung:

### Vollkost

141\* - Vollwertige Ernährung unter Berücksichtigung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in der Gemeinschaftsverpflegung (Idealerweise drei Auswahlessen: Vollkost, ovolactovegetabile Vollkost und leichte Vollkost) [133]

ja  nein

### Besondere Kostformen

142\* - Leichte Vollkost (Lebensmittel, die erfahrungsgemäß Unverträglichkeiten hervorrufen, werden nicht angeboten) [134]

ja  nein

143\* - energiereduziert (Übergewicht/Adipositas) [135]

ja  nein

144\* - glutenfrei (Zöliakie, Unverträglichkeit) [136]

ja  nein

145\* - lactosearm (Lactoseintoleranz) [137]

ja  nein

146\* - allergenfrei (Lebensmittelallergien) [138]

ja  nein

## A5 - 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.

### Ärztlicher und psychologischer Dienst

147\* - Ärztliche/r Leiter/in führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen - Schwerpunkt Geriatrie - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie. Oder der/die ärztliche/r Leiter/in führt den Facharzt Innere Medizin/Geriatrie. [139]

ja  nein

148\* - Ärztliche Leitung oder Stellvertreter/in ist Internist [140]

ja  nein

149\* - Der/die ärztliche Leiter/in oder sein(e)/ihr(e) Stellvertreter/in verfügt über eine vollzeitige klinische Berufserfahrung von 12 Monaten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder in einer selbständigen geriatrischen Fachabteilung unter fachärztlich geriatrischer Leitung in einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V. [141]

ja  nein

150\* - Der/die ärztliche Leiter/in oder sein/ihre Stellvertreter/in verfügt über den Nachweis der Teilnahme am Grund- und Aufbaukurs (je 160 Stunden) im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder die Gebietsbezeichnung PRM. [142]

ja  nein

151\* - Der/die Stellvertreter/in führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen - Schwerpunkt Geriatrie - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie. Oder der/die Stellvertreter/in führt den Facharzt Innere Medizin/Geriatrie. [143]

ja  nein

152\* - Ein/e Stationsarzt/-ärztin bzw. ein/e Stellvertreter/in ist während der regulären Arbeitszeiten anwesend. [144]

ja  nein

153\* - Außerhalb der regulären Arbeitszeiten ist ein ärztlicher Bereitschaftsdienst im Haus gewährleistet. [145]

ja  nein

154\* - Rufbereitschaftsdienst durch eine/n Facharzt/ärztin der geriatrischen Fachabteilung. [146]

ja  nein

155\* - (Neuro-) Psychologie wird erbracht durch- Diplompsychologe/in / MA, MS in Psychologie oder - Arzt/Ärztin, der/die über einen gleichwertigen Abschluss mit mindestens 2-jähriger vollzeitiger Berufserfahrung in klinischer Neuropsychologie verfügt. [147]

ja  nein

**Pflegedienst**

156\* - Fachliche/r Leiter/in Pflege verfügt über mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als examinierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung. [148]

ja  nein

157\* - Es ist sichergestellt, dass 24h mindestens eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft im Haus ist. [149]

ja  nein

158\* - Die Einrichtung stellt sicher, dass sich während des Früh-/Spätdienstes eine Mindestanzahl von examinierten Pflegefachkräften auf jeder Station befindet. [150]

ja  nein

159\* - Fachkrankenpflegekraft/-kräfte für Psychiatrie/Gerontopsychiatrie [151]

ja  nein

**Therapeutische und sonstige Dienste - Verfügt die Einrichtung über folgende personelle therapeutische Dienste mit entsprechender Qualifikation?****Physiotherapeut/in bzw. Krankengymnast/in**

160\* - Fachliche/r Leiter/in Physiotherapie verfügt über mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung. [152]

ja  nein

161\* - Physiotherapeut/in / BA, MA Physiotherapie bzw. Krankengymnast/in mit neurophysiologischer Zusatzqualifikation. [153]

ja  nein

162\* - Masseur/in bzw. medizinische/r Bademeister/in mit Zusatzqualifikation manuelle Lymphdrainage [154]

ja  nein

**Ergotherapeut/in**

163\* - Fachliche/r Leiter/in Ergotherapie verfügt über mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Ergotherapeut/in in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung. [155]

ja  nein

164\* - Ergotherapeut/in / BA, MA Ergotherapie verfügt über spezielle Kenntnisse in der neurophysiologischen Behandlung. [156]

ja  nein

\*) Pflichtangabe



**Logopäde/Logopädin bzw. Sprachheiltherapeut/in bzw. klinischer Linguist**

165\* - Fachliche/r Leiter/in Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopäde, staatlich anerkannter Sprachtherapeut etc.) verfügt über mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Logopäde/in in einer geriatrischen Einrichtung oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung. [157]

ja  nein

166\* - Logopäde/-in/Neurolinguist/-in/ Sprachheilpädagoge/-in, MA, BA verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Kau-Schluckstörungen [158]

ja  nein

**Sozialdienst**

167\* - Fachliche/r Leiter/in oder mindestens 1 Mitarbeiter Sozialdienst verfügt über einen akademischen Abschluss/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., Soziale Arbeit MA, BA oder Gerontologe/in und mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in sozialdienstlicher Tätigkeit im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. [159]

ja  nein

**Diätassistent/in bzw. Ökotrophologe/in**

168\* - Fachliche/r Leiter/in oder mindestens 1 Mitarbeiter verfügt über mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung im Krankenhaus oder in Rehabilitations-/Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen. [160]

ja  nein