

Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

→ Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen



Hinweis:

Ansprechpartner für die Reha-Qualitätssicherung

Die Betreuung der Qualitätssicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfolgt im Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

Als Ansprechpartner für die Strukturanforderungen stehen zu Ihrer Verfügung:

Berthold Lindow

Telefon: 030 865-35958

E-Mail: berthold.lindow@drv-bund.de

Sabine Erbstößer

Telefon: 030 865-39342

E-Mail: sabine.erbstoesser@drv-bund.de

Sekretariat

Telefax: 030 865-27482

Weitere Informationen zur Reha-Qualitätssicherung finden Sie im Internet unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de

Rubrik: Rehabilitation → Reha-Qualitätssicherung

Die Zusammenarbeit zur Reha-Qualitätssicherung innerhalb der Rentenversicherung und deren rentenversicherungsweite Umsetzung erfolgt durch fünf Koordinatoren. Hierbei handelt es sich um Mitarbeiter der Regionalträger und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Herrn Uwe Egner

Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herrn Dr. Ernst-Ludwig Karl

Referatsleiter Sozialmedizinischer Grundsatz,
Sozialmedizinischer Dienst / Reha-Management
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Karlsruhe

Herrn Dr. Here Klosterhuis

Leiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herrn Heinz-Gert Verhorst

Leiter des Grundsatzreferats,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Münster

Herrn Michael Zellner

Leiter der Abteilung Kliniken
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
München

Wir danken den beteiligten Experten der Projektgruppe Strukturanforderungen:

Herrn Wilfried Egelkraut

Als Vertreter der Region Nord
Deutsche Rentenversicherung Nord
Lübeck

Herrn Dr. Ulrich Eggens

Als Vertreter der Region Ost
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Berlin

Herrn Dr. Wolfgang Huber

Als Vertreter der Region Süd
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
München

Herrn Jürgen Trutter

Als Vertreter der Region Südwest
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Speyer

Herrn Dr. Michael Körner

Als Vertreter der Region West
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Münster

Frau Petra Kirchner

Als Vertreterin des Bundesträgers DRV KBS
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Bochum

Frau Dr. Ulrike Brückner

Als Vertreterin des Bundesträgers DRV Bund
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Nicola Wenderoth

Als Vertreterin des Bundesträgers DRV Bund
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herrn Berthold Lindow

Als Leiter der Projektgruppe
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	6
2.	Einführung	8
2.1	Einleitung	8
2.2	Gesetzliche Grundlagen	9
2.3	Externe Reha-Qualitätssicherung	10
2.4	Abstimmung der Strukturanforderungen	11
3.	Merkmale der Strukturqualität	12
3.1	Erfassung der Strukturqualität mit der Strukturerhebung	12
3.2	Baulich-räumliche Anforderungen	13
3.3	Medizinisch-technische Anforderungen	13
3.4	Therapeutische Anforderungen	15
3.5	Personelle Anforderungen – somatische Indikationen	15
3.6	Personalbemessung – somatische Indikationen	16
3.7	Personelle Anforderungen – Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen	20
3.8	Personalbemessung – Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen	20
4.	Strukturanforderungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation	22
5.	Strukturanforderungen – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	23
6.	Strukturnahe Prozessmerkmale	24
6.1	Konzeptionelle Anforderungen	24
6.2	Internes Qualitätsmanagement	25
6.3	Interne Kommunikation	26
6.4	Personalentwicklung	26
7.	Strukturqualität im Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“	27
8.	Umsetzung der Strukturqualität – Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen	27
9.	Literatur	29
	Anhang	31
	Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Kennzeichnung der struktur- und zuweisungsrelevanten Kriterien	
Anhang I	Psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen	1
Anhang II	Somatische Erkrankungen	15

1. Vorwort

Die Rehabilitation der Rentenversicherung erfüllt neben der individuellen Förderung auch eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die Teilhabe von chronisch kranken Menschen an Arbeit und Gesellschaft. Die Rehabilitation dient dem übergeordneten Ziel im Sinne des § 1 SGB IX, der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Gleichzeitig fördert sie die Erwerbsfähigkeit der Versicherten und wirkt negativen Auswirkungen von Krankheit oder Behinderungen auf die Teilhabe im privaten, beruflichen und sozialen Umfeld entgegen, um eine möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen.

In diesem Feld bilden Transparenz und kontinuierliche Verbesserung seit Jahren die Grundlage aller qualitätsorientierten Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung. Als moderner, zukunftsorientierter Leistungsträger wollen wir unseren Patienten und Versicherten – und in gleicher Weise unseren Partnern – die Qualität der Leistungserbringung sichtbar machen. Jeder Versicherte soll sich darauf verlassen können, dass er in allen Reha-Einrichtungen, die die Rentenversicherung belegt, einen vergleichbaren Qualitätsstandard vorfindet. „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Qualität). Qualität muss damit so gefasst sein, dass sie an objektiven Kriterien gemessen werden kann.

Die Strukturqualität ist neben der Prozess- und Ergebnisqualität ein Aspekt, um Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit einer Rehabilitationseinrichtung zu gewinnen. Strukturqualität ist dabei gekennzeichnet durch bauliche, technische und personelle Rahmenbedingungen. Solche Daten lassen sich erfragen und überprüfen. Sie liefern Anhaltspunkte für eine erste und vergleichende Einschätzung von Einrichtungen, bilden die Grundlage für weiterführende Qualitätsvergleiche und sind ein wesentlicher Ansatzpunkt für marktorientierte Preisverhandlungen.

Es ist Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers, die erhobenen Ausstattungs- und Personaldaten mit Visitationen zu überprüfen. Darauf aufbauend gilt es, die Rehabilitationskonzepte sowie die leitlinienorientierten Prozessabläufe mit der Reha-Einrichtung zu diskutieren. Aus diesem Prozess ergeben sich Erfolgsparameter, die verdeutlichen, inwieweit und mit welchem Aufwand das Rehabilitationsziel einer dauerhaften Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreicht werden kann. So wird durch systematische Erfassung von Vorher- und Nachhervergleichen und mittels routinemäßigen katamnestischen Nachbefragungen die Qualität der rehabilitativen Bemühungen im Einzelfall näher geprüft. Auf Basis all dieser Informationen lassen sich transparente und damit faire Einrichtungsvergleiche für die Rentenversicherungsträger und die Versicherten herstellen.

Die Expertengruppe „Strukturanforderungen“ hat das vorliegende Regelwerk auf der Basis von bei den Rentenversicherungsträgern verfügbaren Unterlagen erarbeitet, das anschließend in den Gremien der Deutschen Rentenversicherung diskutiert und beschlossen wurde. Es ist ein lernendes Modell, das einerseits angemessene verbindliche Strukturvorgaben vorsieht, andererseits Raum lässt für innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Gerade Klinikverbände sind aufgefordert, zur Qualitätssteigerung die Möglichkeiten der Bündelung und gemeinsamen Nutzung bestehender Kompetenzen noch stärker auszuschöpfen – sowohl in personeller als auch in sachlicher Hinsicht. Synergieeffekte zu erzielen, ist gerade in Zeiten knapper Mittel ein Muss. Selbstverständlich schließen die vorliegenden Strukturrahmen nicht aus, mit anderen Einrichtungen desselben Standorts – auch im medizinischen und therapeutischen Bereich – Kooperationen einzugehen.

Zukünftig werden die abgestimmten Strukturanforderungen die diesbezüglichen Qualitätsstandards der Einrichtungen sicherstellen und fördern. Die Veröffentlichung der Strukturanforderungen ermöglicht Transparenz, stellt für Leistungsträger und Leistungserbringer in gleicher Weise die Grundlage für ihre wechselseitigen Beziehungen dar und verbessert die Zusammenarbeit. Damit wird auch die fachlich interessierte Öffentlichkeit informiert und ein gesundheitspolitisches Zeichen für die Qualität der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung gesetzt.

Wir erwarten uns dadurch weitere Qualitätszuwächse, Kosteneffizienz und nicht zuletzt eine stärkere Wahrnehmung der Rehabilitationsmedizin im gegliederten Gesundheitssystem. Die Qualitäts- und Kostenverantwortung der federführenden Rehabilitationsträger wird gefestigt und wirkt aufwändigen Mehrfachbetreuungen auch im Interesse der Kliniken entgegen.

Wir danken den Mitgliedern der Projektgruppe für ihre gute und wertvolle Arbeit. Sie haben einen wesentlichen Beitrag geleistet, um die Qualität bezahlbarer Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung weiter zu steigern. Ebenso bedanken wir uns für die vielen, sehr konstruktiven Anregungen aus den Rehabilitationseinrichtungen, sowohl in privater als auch in öffentlicher Trägerschaft.

Dr. Axel Reimann
Direktor
Deutsche Rentenversicherung Bund

Hubert Seiter
Erster Direktor
Deutsche Rentenversicherung
Baden-Württemberg

2. Einführung

2.1 Einleitung

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder zu bessern und sie dauerhaft in das Erwerbsleben zu integrieren (§ 9 SGB VI).

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Die Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells von Krankheit / Gesundheit in der Rehabilitation erfordert u. a. ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres Rehabilitationskonzept [11]. Die rehabilitative Versorgung muss dabei immer neben der funktionalen Gesundheit des Rehabilitanden auch dessen soziales und berufliches Umfeld berücksichtigen. Übergeordnetes und für alle Rehabilitanden geltendes Ziel des Rehabilitationsprozesses ist es, den negativen Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft entgegenzuwirken und die Lebensqualität zu verbessern. Unter Qualitätsaspekten ist das Ausmaß, in dem dieses Ziel mit den Möglichkeiten der Rehabilitation erreicht werden kann, als Ergebnisqualität zu bezeichnen. In diesem Zusammenhang können die strukturellen Voraussetzungen zur Umsetzung des genannten Rehabilitationskonzeptes und die Durchführung der rehabilitativen Versorgung mit den Begriffen Strukturqualität und Prozessqualität beschrieben werden.

Vor diesem Hintergrund hat der „Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze“ (AKRQG) der Deutschen Rentenversicherung eine Projektgruppe initiiert und diese beauftragt, rentenversicherungswelt einheitliche Maßstäbe für die Strukturqualität zu erarbeiten, die als verbindliche Anforderungen umgesetzt werden sollen. Die in dieser Broschüre vorgelegten Ergebnisse der Projektgruppe orientieren sich an den Reha-Träger übergreifend abgestimmten Instrumenten „Strukturerhebung und Bewertung der Strukturqualität“ und den in der Rentenversicherung angewandten Anhaltszahlen für die Personalbemessung. Die Anforderungen beziehen sich auf die rentenversicherungseigenen und die von der Rentenversicherung federführend belegten stationären medizinischen Reha-Einrichtungen. Sie beschreiben den Handlungsrahmen für Strukturanforderungen. Konkrete Detailfragen werden nicht bearbeitet. Deren Lösung obliegt dem jeweiligen federführenden Rentenversicherungsträger in seiner Autonomie zur Ausgestaltung der Strukturqualität. Hierzu gehören auch besondere Konstellationen bezüglich des Versorgungsaufwandes (z. B. AHB) oder des Organisationsaufwandes (z. B. besondere Abteilungsgrößen).

Im Rahmen des regelmäßigen Austausches mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung werden diese kontinuierlich zu Fragen der Reha-Qualitätssicherung informiert. Die wechselseitige Anerkennung gleichwertiger Qualitätssicherungsverfahren der Hauptbeleger ist dabei akzeptierte Grundlage der Zusammenarbeit.

Fortschritte der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten bedingen auch zukünftig eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Strukturanforderungen einschließlich der Personalbemessung und der zur Dokumentation der Strukturqualität eingesetzten Erhebungsinstrumente.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Unabhängig von den angesprochenen konzeptionellen Erfordernissen hat bereits der Gesetzgeber Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität formuliert und den Reha-Trägern Verantwortung für deren Umsetzung und Einhaltung zugewiesen. In § 13 SGB VI heißt es dazu: „Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen“. Im selben Paragraphen heißt es zum Inhalt der Leistungen: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen“. In § 15 Absatz 2 SGB VI werden für die Durchführung der Leistungen die ständige ärztliche Verantwortung und die Mitwirkung von besonders geschultem Personal gefordert. Dabei leiten sich die zu erbringenden Leistungen der Einrichtung aus der Art und Schwere der Erkrankungen ab.

Weitere Ausführungen finden sich in § 19 SGB IX. Hier wird einerseits die Strukturverantwortung geregelt, in dem die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Einrichtungen in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. In § 20 Absatz 1 SGB IX heißt es dann zur Qualitätssicherung: „Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer“.

Die persönlichen Voraussetzungen der Versicherten für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation, die trägerspezifischen Zielstellungen für die medizinische Rehabilitation sowie die gesetzlichen Vorgaben für die strukturellen Voraussetzungen und die Versorgungsgestaltung werden inhaltlich in das umfassende, multiprofessionelle und interdisziplinäre Rehabilitationskonzept aufgenommen. Die in der Deutschen Rentenversicherung abgestimmten Anforderungen an die strukturelle Ausstattung von medizinischen Reha-Einrichtungen entsprechen der Strukturqualität, die künftig erwartet wird.

2.3 Externe Qualitätssicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat im Jahre 1994 ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation eingeführt. Es soll sicherstellen, dass in allen von der Rentenversicherung in Anspruch genommenen Rehabilitationseinrichtungen ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird. Seit 1997 wird das Programm routinemäßig eingesetzt, kontinuierlich um neue Instrumente und Verfahren ergänzt und auf weitere Bereiche der medizinischen Rehabilitation ausgedehnt. Dabei werden Weiterentwicklung und Ausbau von einem regelmäßigen Dialog mit den Leistungserbringern begleitet. Wichtige Ziele der Qualitätssicherung sind eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, eine Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Erschließung von Leistungsreserven sowie insbesondere die Förderung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements [8]. Basis ist eine bedarfsgerechte Strukturqualität.

Übergeordnetes Ziel ist die Optimierung der Rehabilitation, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll. Seit mehreren Jahren stehen Bemühungen im Vordergrund, Reha-Träger übergreifend eine Abstimmung und Harmonisierung der Instrumente und Verfahren zu erzielen. Wesentlicher Baustein der externen Qualitätssicherung ist die Strukturqualität. Sie bestimmt die Strukturelemente, die für die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes erforderlich sind. Darüber hinaus nimmt sie Merkmale auf, die eine Optimierung der Rehabilitation ermöglichen oder für spezielle Problemlagen Versorgungsmöglichkeiten schaffen.

Bereits der Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Jahre 1991 beschreibt indikationsspezifisch Strukturelemente, die sich aus dem Rehabilitationskonzept ableiten [25]. Mit einer Strukturhebung im Jahr 1996 gelang es erstmalig, eine flächendeckende Übersicht über die Strukturmerkmale stationärer Rehabilitationseinrichtungen herzustellen. Allerdings waren die Erhebungsinstrumente der Rentenversicherungsträger noch nicht einheitlich, und es erfolgte keine übereinstimmende Beurteilung der Strukturmerkmale. 1998 und 2001 wurde dann rentenversicherungsweit ein einheitliches Instrument eingesetzt, das die klassischen Strukturmerkmale erfasste. Hierdurch gelang eine vergleichende Betrachtung von über 1.000 stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Im Jahre 2003 wurde in einem umfassenden wissenschaftlichen Projekt unter breiter Beteiligung von Reha-Trägern und Leistungserbringern ein gemeinsames Instrument zur Erfassung der Strukturqualität entwickelt [19]. Hierbei wurden die Erfahrungen aus früheren Strukturhebungen genutzt. Die Weiterentwicklung beinhaltet insbesondere den Reha-Träger übergreifenden Einsatz – das entwickelte Instrument ist in gleicher Weise für die Gesetzliche Krankenversicherung wie für die Rentenversicherung gültig – und die Indikationsspezifik. Insgesamt liegen zehn indikationsspezifische Erhebungsbögen vor. Zusätzlich wurden strukturnahe Prozessmerkmale – wie Konzept, Qualitätsmanagement, Kommunikation und Personalentwicklung – in die Strukturhebung aufgenommen. In einer ergänzenden zusammenfassenden Tabelle wurden Merkmale, die Anforderungen an die Strukturqualität kennzeichnen (strukturelevante Merkmale), und Merkmale, die für Rehabilitanden mit einem spezifischen Rehabilitationsbedarf vorgehalten werden (zuweisungsrelevante Merkmale) für jedes Indikationsgebiet festgelegt (s. Anhang). Innerhalb

der Rentenversicherung wurde auf der Grundlage dieses Instrumentes erstmalig im Jahre 2007 eine rentenversicherungsweite Strukturhebung durchgeführt. Die Ergebnisse können nunmehr in die Qualitätssicherung und in die Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen einbezogen werden [21].

2.4 Abstimmung der Strukturanforderungen

Die fertig gestellten Instrumente zur Strukturhebung wurden innerhalb der Rentenversicherung im Jahre 2004 ausführlich, insbesondere unter dem Aspekt möglicher Ergebnisse nachfolgender Analysen zur Strukturqualität, diskutiert. Dabei stand der Grad der Zielerreichung der Strukturmerkmale des neuen Instrumentes im Vergleich zum bisherigen im Vordergrund. Zwar zeigten vergleichende Auswertungen einerseits durchschnittliche Zielerfüllungsgrade zwischen 80 und 89%, andererseits bestanden im Vergleich der Reha-Einrichtungen untereinander große Unterschiede bzgl. der dokumentierten Strukturqualität. Auch lag der Zielerfüllungsgrad für einzelne Merkmale deutlich unter 80%. Erst auf der Basis von rentenversicherungsweit vorliegenden empirischen Daten sollten Festlegungen zu den im neuen Erhebungsbogen aufgeführten strukturelevanten Kriterien und Zuweisungskriterien getroffen werden. Hinzu kommt, dass neben dem Erhebungsbogen zu den Anforderungen an die Strukturqualität eine Vielzahl von spezifischen Instrumenten der einzelnen RV-Träger existiert, die zumindest Teile der Einrichtungsstruktur oder strukturnaher Prozesse umfassen und bisher in der Praxis eingesetzte Anforderungen enthalten [12–16]. Im Zusammenhang mit der aktuellen Bedeutung von Strukturmerkmalen bei der Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Koordination in der Rehabilitation ist eine RV-Träger übergreifende Analyse der Anforderungen an die Strukturqualität erforderlich. Auf der Basis der Ergebnisse der durchgeführten Strukturhebung und der Auswertung der bisher in der Praxis eingesetzten trägerspezifischen Instrumente wurde das vorliegende RV-Träger übergreifende Konzept erarbeitet. Nach Anhörung und Einreichung von Korrekturvorschlägen der Verbände der Leistungserbringer erfolgte eine Überarbeitung. Auf der Grundlage dieses Konzeptes sind die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität von stationären medizinischen Reha-Einrichtungen RV-Träger übergreifend formuliert.

3. Merkmale der Strukturqualität

3.1 Erfassung der Strukturqualität mit der Strukturhebung

Die Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen leiten sich aus den baulich-räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen für die Durchführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ab, die der Zielstellung der Rentenversicherung entsprechen. In der einrichtungsspezifischen Dokumentation der Strukturqualität sind die Merkmale daher auch so gefasst, dass sie die räumliche, medizinisch-technische, therapeutische und personelle Ausstattung der Reha-Einrichtung abbilden [17]. Die Strukturhebung 2007/08 zeigt für jede stationäre medizinische Reha-Einrichtung, ob die Anforderungen der Rentenversicherung für Bereiche oder einzelne Merkmale erfüllt sind oder nicht.

Jedem Merkmal der genannten Bereiche ist die Kategorie „strukturelevant“ oder „zuweisungsrelevant“ zugewiesen. Die Einteilung der Merkmale in strukturelevant und zuweisungsrelevant ist dem Anhang zu entnehmen. Die Unterscheidung signalisiert, dass die strukturelevanten Merkmale der Anforderungsseite zuzuordnen sind, deren Erfüllung grundsätzlich erwartet wird, während zuweisungsrelevante Merkmale solche sind, die die Versorgung besonderer Rehabilitandengruppen ermöglichen und dementsprechend bei der Zuweisung berücksichtigt werden können.

Bei der Formulierung von Anforderungen zur Strukturqualität werden die strukturelevanten Merkmale vorrangig berücksichtigt. Obwohl davon auszugehen ist, dass dies nicht in jeder Reha-Einrichtung zu jedem Zeitpunkt der Fall ist, wird deren Erfüllung grundsätzlich erwartet (Zielgrößen). Für den Bereich der personalbezogenen Merkmale (s. Tab. 4, 5 und 6) ist jeweils ein Toleranzbereich festgelegt. Die dauerhafte Unterschreitung des Toleranzbereiches durch eine Reha-Einrichtung wird nicht akzeptiert. Die Einhaltung der mit dem federführenden Träger verbindlich vereinbarten Festlegungen in Richtung Zielgröße wird durch den Federführer regelmäßig geprüft.

Zuweisungsrelevante Merkmale gehen auch in die Bewertung der Strukturqualität einer Einrichtung ein, da Rehabilitationsmöglichkeiten über die indikationsspezifischen Anforderungen hinaus vorgehalten werden.

Darüber hinaus erlauben Anmerkungen zu den Merkmalen deren eindeutige Beschreibung und geben auch Hinweise, ob eine einrichtungsinterne Leistungserbringung erwartet wird oder ob eine solche auch in Kooperation, d. h. extern, möglich ist. Grundsätzlich soll bei Entwicklung vernetzter Strukturen die Flexibilität vergrößert und eine Leistungserbringung in Kooperation ermöglicht werden. In welchem Umfang solche Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden können, ist im Wesentlichen von den örtlichen Bedingungen abhängig. Die konkrete Ausgestaltung liegt in der Zuständigkeit des Federführers. Eine Transparenz der Kooperationsvereinbarungen muss aber in jedem Einzelfall gewährleistet sein. Im somatischen Bereich liegen für die Indikationen Muskuloskeletale Erkrankungen, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie,

Onkologie, Dermatologie und Pneumologie indikationsspezifische Erhebungsinstrumente vor. Zusätzlich existiert im somatischen Bereich ein indikationsübergreifendes Instrumentarium. Für die Indikationen psychische und psychosomatische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen gibt es jeweils eigene Erfassungsbögen.

Die im Jahre 2004 erarbeiteten Instrumente waren Grundlage der Struktur-erhebung 2007/08. Im Rahmen der allgemeinen Entwicklungen ist im Verlauf der Zeit von Veränderungen der Instrumente auszugehen, die insbesondere die Einordnung als strukturelevantes Merkmal sowie einzelne indikationsspezifische Merkmale betreffen. Die Strukturqualität wird in das Konzept der Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) einbezogen [7]. Durch die Umsetzung von Strukturmerkmalen in Qualitätspunkte wird die Nachvollziehbarkeit der Erfüllung von Anforderungen erleichtert.

3.2 Baulich-räumliche Anforderungen

Die Merkmale der baulich-räumlichen Anforderungen lassen sich mehreren Ebenen zuordnen. Zunächst werden die allgemeinen baulichen Gegebenheiten erfasst, die im Wesentlichen die Voraussetzungen für eine barrierefreie Leistungserbringung dokumentieren und darüber hinaus die Eignung für Patientengruppen mit spezifischem Rehabilitationsaufwand abbilden. Als Weiteres finden sich Merkmale, die die Ausgestaltung der Rehabilitandenzimmer sowie spezifische Ausstattungsaspekte für die Rehabilitanden erfassen. Bei diesen steht die Notfallversorgung im Vordergrund. Darüber hinaus wird die räumliche Ausstattung bzgl. rehabilitationsspezifischer Behandlungsangebote abgebildet. Hierzu gehören z. B. die Lehrküche, das Bewegungsbad, aber auch die Möglichkeit für ein überwachtetes Training im Gelände, das ein strukturelevantes Merkmal für die Kardiologie ist. Die Struktur-erhebung wertet dabei lediglich das Vorhandensein eines baulich-räumlichen Merkmals. Für weitere Spezifikationen (z. B. Raumgröße oder -eignung) sieht die Struktur-erhebung kein Bewertungskonzept vor. Die Anforderungen für die Konzeptumsetzung, die sich aus den strukturelevanten baulich-räumlichen Merkmalen ableiten, sind gegebener indikationsspezifischer Standard der Leistungserbringung.

3.3 Medizinisch-technische Anforderungen

Die Instrumente der Struktur-erhebung sind für die differenzierte Abbildung der Strukturqualität geeignet. Die Erfüllung der strukturelevanten Merkmale zur baulich-räumlichen Ausstattung entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität (s. Anhang S. 2, 3, 16–18).

Bei einer Überarbeitung der Erhebungsinstrumente wird die Einordnung einiger Merkmale als struktur- oder zuweisungsrelevant diskutiert. Aktuelle Entwicklungen können zu Streichungen oder Ergänzungen der Merkmale führen.

In diesem Bereich sind Merkmale der räumlichen und apparativen Ausstattung zur Erbringung diagnostischer Leistungen, wie z. B. Labor und Röntgen, enthalten. Bei einem Teil dieser entsprechend gekennzeichneten Ausstattungsmerkmale ist die Erfüllung auch in Kooperation möglich (s. Anhang S. 4, 21–23). Darüber hinaus finden sich zahlreiche indikationsspezifische diagnostische Merkmale (s. Beispiel in Tabelle 1). Es besteht die Möglichkeit, insbesondere aufwändige und seltene Diagnostik in Kooperation durchzuführen.

**Tabelle 1: Indikationsspezifischer Sturkturerhebungsbogen (Auszug)
medizinisch-technische Ausstattung: Kardiologie**

Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Sonographie Abdomen, Schilddrüse und Gelenke		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dopplersonographie		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Farbcodierte Duplexsonographie		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Langzeit-EKG		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ICD- und Schrittmacherkontrolle		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Langzeitblutdruckmessung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ergometriemessplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Erfüllung der strukturrelevanten Merkmale zur medizinisch-technischen Ausstattung entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

Bezüglich der Einordnung einzelner diagnostischer Verfahren sind aktuelle Entwicklungen zu berücksichtigen.

3.4 Therapeutische Anforderungen

Die Merkmale zu den therapeutischen Anforderungen beinhalten die Organisation der Therapie einschließlich Aufnahme-prozedere, therapeutischer Leistungen und Visiten, die in der Reha-Einrichtung vorgehalten werden sollen, sortiert nach Berufsgruppen. Bezüglich der edukativen Leistungen sind die erforderlichen Schulungsinhalte aufgelistet. Zusätzlich sind diesem Bereich die Merkmale der Ernährung zugeordnet. Für die Organisation der Therapie sind Anforderungen im Anhang spezifiziert. Sowohl die Visitenfrequenz als auch der Zeitpunkt der Erstuntersuchung und des Therapiebeginns sind hier festgelegt (s. Anhang S. 5–8, 24–29). Nur wenn diese Anforderungen umgesetzt werden, gilt das Merkmal als erfüllt. Die Ziele der Rentenversicherung finden bei den therapeutischen Anforderungen Berücksichtigung. So wird sowohl die Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung als strukturelevantes Kriterium aufgenommen als auch die Information zur beruflichen Wiedereingliederung. Das Merkmal „Ergotherapie in entsprechend geeignetem Raum“ wird in allen Indikationen als strukturelevant aufgeführt. Die aufgeführten therapeutischen Leistungen und die Schulungsinhalte sind im Strukturhebungsbogen thematisch so übergreifend formuliert, dass sie in aller Regel auch Bestandteil des Konzeptes einer Reha-Einrichtung sind.

Die Erfüllung der strukturelevanten Merkmale zu den therapeutischen Anforderungen entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

3.5 Personelle Anforderungen – somatische Indikationen

Im Abgleich zwischen den personellen Anforderungen der Rentenversicherung und den verfügbaren Daten aus der Strukturhebung ergeben sich für diesen Bereich Besonderheiten. Die Instrumente zur Strukturhebung selbst geben keine Anhaltszahlen für die Personalbemessung vor. Um die zur Zeit bestehenden Anforderungen der einzelnen RV-Träger zu ermitteln, wurde eine rentenversicherungsweite Abfrage durchgeführt und so die in der bisherigen Praxis angewandten Anhaltszahlen erhoben. Die daraus abgeleiteten Orientierungsstellenpläne als Anforderungen der Rentenversicherung, in denen indikationsspezifisch die für die Leistungserbringung erforderlichen Berufsgruppen aufgeführt werden, sind unter Punkt 3.6 und 3.8 beschrieben. Die Angaben sind systematisch mit den Merkmalen der Strukturhebung vergleichbar. Die Berufsgruppen sind hier ebenfalls indikationsspezifisch zugeordnet. Ein Teil der anzugebenden Berufe ist in der Rentenversicherung zwar akzeptiert, wenn auch nicht obligatorisch gefordert. Die Auswahl der in der Strukturhebung dokumentierbaren Berufsgruppen bedarf ebenfalls einer regelmäßigen Aktualisierung und Vervollständigung. Die derzeitigen Daten der personellen Ausstattung aus den Ergebnissen der Strukturhebung zeigen weitgehend die Erfüllung von Anforderungen bezüglich der Kernkompetenzen. Werden personenbezogene Leistungen in Kooperation erbracht, werden sie bei Personalanteilen berücksichtigt, sofern sie vertraglich vereinbart und im zeitlichen Umfang bestimmbar sind. Die von der Rentenversicherung erwarteten Kernkompetenzen werden durch die Strukturhebung vollständig auch mit Angaben zur erforderlichen Qualifikation erfasst. Zusätzlich aufgelistete Berufsgruppen können im Sinne der Bildung von Funktionsgruppen zugeordnet werden. Sowohl der Bereich therapeutische Anforderungen (3.4) als auch der

Bereich personelle Anforderungen (3.5) enthalten Merkmale, die Auswirkungen auf die Personalbemessung haben, wie Aufnahmeverfahren, Visitenorganisation, Präsenz in der Einrichtung und Dienstbereitschaft (s. beispielhaft in Tabelle 2). Da es sich auch um strukturelevante Merkmale handelt, deren Umsetzung erwartet wird, gehen diese Anforderungen in die Personalbemessung ein. Zusätzliche Regelungen sind hierfür nicht erforderlich.

Tabelle 2: Strukturhebungsbogen (Auszug) Visitenorganisation, ärztliche Untersuchungen, Therapiebeginn		
Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Anzahl der Visiten durch FA/FÄ	Rehabilitanden müssen einzeln gesehen werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mal pro Woche
Anzahl der Visiten durch CA/CÄ	Rehabilitanden müssen einzeln gesehen werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mal pro Aufenthalt
Arzt-Rehabilitandenkontakt/ Stationsvisiten	Rehabilitanden müssen einzeln gesehen werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mal pro Woche
Tägl. Ansprechbarkeit Stationsarzt/ -ärztin		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tag der Erstuntersuchung	mind. Vorstellung bei Arzt/Ärztin	am <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . Aufenthaltstag
Therapiebeginn		am <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . Aufenthaltstag
Erstuntersuchung d. FA/FÄ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tage nach Ankunft
Abschlussuntersuchung und -gespräch		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tage vor Entlassung
Regelmäß. Rehabilitandenvorstellung/ Fallbesprechung im Reha-Team		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mal pro Woche

3.6 Personalbemessung – somatische Indikationen

Die Erfüllung der personellen Anforderungen (s. Tab. 4, 5 und 6) entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

Hierbei geht es um die Anzahl der Mitarbeiter einer Berufsgruppe oder einer Funktionsgruppe, die für die Rehabilitation einer bestimmten Anzahl von Patienten im Hinblick auf die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes erforderlich ist (s. Tabelle 3). Unter Mitarbeitern werden im Folgenden Mitarbeiter der Einrichtung im eigentlichen Sinne sowie externe Personen, die Leistungen für die Einrichtung erbringen, verstanden, soweit diese Leistungen vertraglich vereinbart sind und der zeitliche Umfang konkret benannt ist. Für alle Mitarbeiter in diesem Sinne liegen innerhalb der Rentenversicherung kontinuierlich entwickelte, fachlich begründete und den Anforderungen der Rehabilitation entsprechende Anhaltszahlen vor. Zwischen den Rentenversicherungsträgern unterscheiden sich diese Zahlen nicht wesentlich. Unterschiede zwischen dem Abschlussbericht der Reha-Kommission 1991 und den angewandten Anhaltszahlen lassen sich durch die Entwicklung des Rehabilitationsverständnisses im Verlauf der Jahre erklären. Zum indikationsübergreifenden Vergleich ist es sinnvoll, die Mitarbeiterzahlen auf eine einheitliche Anzahl von Rehabilitanden zu beziehen. Im Folgen-

den ist das Verhältnis so gewählt, dass die Anzahl der Mitarbeiter genannt ist, die für eine Einrichtung mit einer durchschnittlichen Belegung von 100 Rehabilitanden benötigt wird.

Tabelle 3: Strukturhebungsbogen (Auszug) personelle Ausstattung/Berufsgruppen		
Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Leiter/in der Physiotherapieabteilung	auch andere Organisationsform möglich, sofern die Leitungsfunktion nachweislich gewährleistet ist (Rotationsprinzip)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Physiotherapeuten/innen	in Vollzeitstellen	▬▬▬, ▬▬ Physioth. auf ▬▬▬ Rehabilitanden
Diplom-Sportlehrer/innen	bezogen auf Anzahl der Rehabilitanden (Durchschnitt der letzten 3 Monate)	▬▬▬, ▬▬ Dipl.-Sportl. auf ▬▬▬ Rehabilitanden
Gymnastiklehrer/innen		▬▬▬, ▬▬ Gymnastikl. auf ▬▬▬ Rehabilitanden
Masseure/innen u. med. Bademeister		▬▬▬, ▬▬ Masseure auf ▬▬▬ Rehabilitanden

Zunächst werden tabellarisch die indikationsspezifischen Stellenpläne aufgeführt, die Anhaltzahlen enthalten und damit den Anforderungen der Rentenversicherung an die Personalbemessung von somatischen Reha-Einrichtungen entsprechen. Bei der Vorgabe der Zielgröße für die Arztstellen wird davon ausgegangen, dass – unter den üblichen Voraussetzungen einer Reha-Einrichtung – die erforderlichen Bereitschaftsdienste geleistet werden können, sofern die Möglichkeiten des Arbeitszeitgesetzes ausgeschöpft werden. Bei deutlich kleineren, aber auch bei deutlich größeren Abteilungen ist zu prüfen, ob eine lineare Anpassung der Personalanforderungen angemessen ist. So können sich bei kleineren Abteilungen die Anforderungen aufgrund der sehr geringen Stellenanteile verschieben, bei großen Abteilungen werden teilweise Stellenanteile durch zusätzliche administrative Aufgaben gebunden. Besondere Gegebenheiten (z. B. geringe Arztlzahl bei kleiner Einrichtungsgröße) erfordern individuelle Lösungen vor Ort. Die einzelnen Berufsgruppen sind zu Funktionsgruppen zusammengefasst, um die Flexibilität bei der Erfüllung der Personalanforderungen zu erhöhen. Die Bemessung für die Anzahl der geforderten Mitarbeiter erfolgt auf der Ebene der Funktionsgruppen (s. Tabellen 4 und 5). Insgesamt müssen Art und Anzahl der Mitarbeiter so bemessen sein, dass vereinbarte Rehabilitationskonzepte umgesetzt und weitere Qualitätsanforderungen der Rentenversicherung erfüllt werden können.

Die Aufgaben der medizinisch-technischen Berufe werden heute sehr häufig in Kooperation erbracht, daher wird die Mitarbeiterzahl für diese Funktionsgruppe zwar nachrichtlich mitgeteilt, jedoch nicht als Anforderung formuliert.

Tabelle 4: Personelle Anforderungen Anzahl/ 100 Rehabilitanden*								
Indikation	Orthopädie		Kardiologie		Onkologie		Gastroenterologie	
Berufsgruppen	Anzahl/ 100	Funk- tionsgr.	Anzahl/ 100	Funk- tionsgr.	Anzahl/ 100	Funk- tionsgr.	Anzahl/ 100	Funk- tionsgr.
Ärzte	6	7,25	6	7,25	6	7,25	6	7,25
Dipl.-Psychologen	1,25		1,25		1,25			
Pflegepersonal	7	7	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
Physiotherapeut	8	12	2,5	6	2,5	6	2,5	6
Dipl.-Sportlehrer	1		1,5		1,5			
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehr.			1		1			
Masseur	2		1		1			
med. Bademeister								
med. Badehelfer	1							
Diät-Assistent/Ökotrophologe	0,8	0,8	1,25	1,25	1	1	1,25	1,25
Sprachtherapeut								
Sozialarbeiter/Sozialpäd.	1	1	1	1	1	1	1	1
Ergotherapeut	1,25	1,25	0,6	0,6	1	1	0,6	0,6
Beschäftigungstherapeut								
Stomatherapeut							0,5	0,5
MTA**	0,5	2	1,5	3	1,5	3	2	3,5
MTLA**	0,5		0,5		0,5			
MTRA**	0,5		0,5		0,5			
PTA**	0,5		0,5		0,5			
Neurophys. Assist.**								

* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine durchschnittliche Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind (s. ausführliche Erläuterung auf S. 16)

** nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 5: Personelle Anforderungen Anzahl/100 Rehabilitanden*								
Indikation	Indikationsübergreifend***		Dermatologie		Pneumologie		Neurologie Phase D	
Berufsgruppen	Anzahl/ 100	Funktionsgr.	Anzahl/ 100	Funktionsgr.	Anzahl/ 100	Funktionsgr.	Anzahl/ 100	Funktionsgr.
Ärzte	6	7,25	6	7,25	6	7,25	7,5	11,5
Dipl.-Psychologen	1,25		1,25		1,25		4	
Pflegepersonal	7,5	7,5	8,5	8,5	8,5	8,5	21	21
Physiotherapeut	2,5	6	2,5	6	2,5	6	9,5	14,5
Dipl.-Sportlehrer	1,5		1,5		1,5			
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehr.	1		1		1		2	
Masseur	1		1		1		3	
med. Bademeister								
med. Badehelfer								
Diät-Assistent/Ökotrophologe	1	1	1	1	1	1	1	1
Sprachtherapeut							3,5	3,5
Sozialarbeiter/Sozialpäd.	1	1	1	1	1	1	1	1
Ergotherapeut	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	6,5	6,5
Beschäftigungstherapeut								
Stomatherapeut								
MTA**	1	2,5	2	3,5	1,5	3	1	3,5
MTLA**	0,5		0,5		0,5			
MTRA**	0,5		0,5		0,5		1,5	
PTA**	0,5		0,5		0,5		1	
Neurophys. Assist.**								

* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine durchschnittliche Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind (s. ausführliche Erläuterung auf S. 16)

** nachrichtlich, ohne Bewertung

*** Fachabteilungen ohne indikationsspezifischen Erhebungsbogen, überwiegend Innere Medizin

3.7 Personelle Anforderungen-Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

Die personellen Anforderungen für die genannten Indikationen unterscheiden sich substantiell von denen der somatischen Indikationen. Dies leitet sich aus der Besonderheit der Rehabilitanden und dem hierfür erforderlichen therapeutischen Setting ab. Wesentliche Merkmale sind die Psychotherapie und die daran beteiligten Berufsgruppen. Das können sowohl psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte als auch psychologische Psychotherapeuten sein. Darüber hinaus sind die psychotherapeutischen Angebote besonders differenziert, die Mitarbeiter werden supervidiert und die Schulungsinhalte sind indikationspezifisch ausgerichtet [18]. Die Ermittlung der Anhaltszahlen lehnt sich an die Leistungsbeschreibung für diese Indikationsgebiete im Abschlussbericht der Reha-Kommission aus dem Jahre 1991 an. Werden personenbezogene Leistungen in Kooperation erbracht, werden sie bei Personalanteilen berücksichtigt, sofern sie vertraglich vereinbart und im zeitlichen Umfang bestimmbar sind. Maßgeblich für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen ist jedoch ebenfalls die Reha-Träger übergreifende Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001 [26]. In der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung sind sowohl verbindliche Aussagen zur Qualifizierung von therapeutisch tätigen Mitarbeitern als auch Gruppengrößen definiert, die unmittelbare Auswirkungen auf die Personalbemessung haben. Zusätzlich wurde eine Abfrage bei allen RV-Trägern zu orientierenden Stellenplänen und vergleichbaren Instrumenten durchgeführt. Die von der Rentenversicherung erwarteten Kernkompetenzen werden durch die Strukturhebung auch mit Anforderungen an die Qualifikation erfasst.

Die Erfüllung der personellen Anforderungen (s. Tab. 4, 5 und 6) entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

3.8 Personalbemessung – Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

Für diese Indikationsgebiete leitet sich die Anzahl der Mitarbeiter einer Berufsgruppe oder einer Funktionsgruppe, die für die Rehabilitation einer bestimmten Anzahl von Patienten im Hinblick auf die Umsetzung eines umfassenden Konzeptes erforderlich ist, aus den angewandten Anhaltszahlen der RV-Träger und der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen ab (s. Tabelle 6) [14, 15, 23, 26]. Unter Mitarbeitern werden im Folgenden Mitarbeiter der Einrichtung im eigentlichen Sinne sowie externe Personen, die Leistungen für die Einrichtung erbringen, verstanden, soweit diese Leistungen vertraglich vereinbart sind und der zeitliche Umfang konkret benannt ist. Zum indikationsübergreifenden Vergleich ist es sinnvoll, die Mitarbeiterzahlen auf eine einheitliche Anzahl von Rehabilitanden zu beziehen. Im Folgenden ist das Verhältnis so gewählt, dass die Mitarbeiterzahl genannt ist, die für eine Einrichtung mit einer durchschnittlichen Belegung von 100 Rehabilitanden benötigt wird [20]. Dabei sind gerade bei den Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen die Besonderheiten kleiner Abteilungsgrößen zu berücksichtigen. Auch in dieser Tabelle sind die erforderlichen Berufsgruppen in Funktionsgruppen zusammengeführt. Hier ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen neben Ärzten und Diplom-Psychologen auch Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter psychotherapeutisch bzw. suchttherapeutisch tätig sein können, sofern sie über eine anerkannte therapeutische Zusatzausbildung verfügen. Die Gruppe der Sozialarbeiter ist allerdings ebenso für die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit zuständig.

Bei der Vorgabe der Zielgröße für die Arztstellen wird davon ausgegangen, dass – unter den üblichen Voraussetzungen einer Reha-Einrichtung – die erforderlichen Bereitschaftsdienste geleistet werden können, sofern die Möglichkeiten des Arbeitszeitgesetzes ausgeschöpft werden. Besondere Gegebenheiten (z. B. geringe Arztzahl bei kleiner Einrichtungsgröße) erfordern individuelle Lösungen vor Ort.

Die Aufgaben der medizinisch-technischen Berufe werden heute sehr häufig in Kooperation erbracht, daher wird die Mitarbeiterzahl für diese Funktionsgruppe zwar nachrichtlich mitgeteilt, wird jedoch nicht als Anforderung formuliert.

Tabelle 6: Personelle Anforderungen Anzahl/ 100 Rehabilitanden*						
Indikation	Psychosomatik		Abhängigkeitserkrankungen			
			Alkohol/Medikamente		Illegale Drogen	
Berufsgruppen	Anzahl/ 100	Funktions- gruppe	Anzahl/ 100	Funktions- gruppe	Anzahl/ 100	Funktions- gruppe
Ärzte	9	13,5	3	3	3	3
Dipl.-Psychologen	4,5		5	10	5	14
Dipl.-Sozialarb./ Dipl.-Sozialpäd.	1,2	1,2	5***		9***	
Pflegepersonal	8,5	8,5	6	6	6	6
Physiotherapeut	2,5	5	2,5	2,5	2,5	2,5
Dipl.-Sportlehrer	1					
Sportl./Gymnastiklehrer						
Masseur	1,5					
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Diät-Assistent/Ökotrophologe	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5
Ergotherapeut	2,5	2,5	4,5	4,5	4,5	4,5
Beschäftigungstherapeut						
Berufstherapeut						
Kreativtherapeut (Gest.-,Kunstth.)						
MTA**	1	3				
MTLA**	1					
MTRA**						
PTA**	1					

* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine durchschnittliche Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind (s. ausführliche Erläuterung auf S. 16)

** nachrichtlich, ohne Bewertung

*** inklusive 1 Dipl.-Sozialarbeiter für die klinische Sozialarbeit

4. Strukturanforderungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation

Die Strukturanforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen können nicht unabhängig von denen für ambulante Versorgungsstrukturen betrachtet werden. In ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden gleichwertige Leistungen wohnortnah erbracht. Es wird ein mit stationären Einrichtungen vergleichbares Rehabilitationskonzept erwartet, und die Leistungsgestaltung orientiert sich weitgehend an der bewährten stationären Rehabilitation [9]. Für die ganztägig ambulante Rehabilitation liegen indikationsspezifische Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für somatische Indikationen und für die Psychosomatik vor, die auch Empfehlungen zum Personalschlüssel enthalten [2–6].

Im Vergleich zu den dokumentierten Anhaltszahlen für den stationären Bereich, weichen die Empfehlungen für die ganztägige ambulante Rehabilitation für einzelne Berufsgruppen sowohl nach oben als auch nach unten ab. Folgende Sachverhalte sind dabei zu berücksichtigen: Im Vergleich zu stationären Reha-Einrichtungen verfügen ganztägig ambulante in der Regel über eine geringere Anzahl von Therapieplätzen. Oft wird mit kleineren Teilnehmerzahlen in einer Therapiegruppe gearbeitet. Eine Versorgung in den Abend- und Nachtstunden ist nicht erforderlich. Häufiger als im stationären Bereich werden von den Mitarbeitern neben Leistungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation auch andere ambulante therapeutische Leistungen erbracht [10]. Beispielsweise ist für die Anforderungen an die Orthopädie nach einem Zeitraum seit Oktober 2000 an eine Überarbeitung der BAR-Empfehlungen zu denken. Dabei könnte eine Annäherung der Personalanforderungen erfolgen. Unterschiede der Strukturanforderungen zwischen ganztägig ambulanten und stationären Einrichtungen müssen vermittelbar sein. Die besonderen Voraussetzungen zur Leistungserbringung bezüglich der Wohnortnähe können im ambulanten aber auch im stationären Versorgungsbereich Auswirkungen haben (z. B. Besuch des Arbeitsplatzes) [24].

5. Strukturanforderungen – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung heißt immer auch Einbeziehung neuer Versorgungsbereiche. So wie die ganztägig ambulante Rehabilitation in den letzten Jahren in die Qualitätssicherung einbezogen wurde, gilt dies auch für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der Unterschiede zur Erwachsenen-Rehabilitation haben sich in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen überwiegend indikationsübergreifende Strukturen herausgebildet – beginnend mit den gesetzlichen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung, der Altersstruktur der Rehabilitanden, die zusätzliche pädagogische und andere Therapieangebote benötigen, bis hin zur medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens, die überwiegend indikationsübergreifend gestaltet sind [1].

Die genannten Gegebenheiten stellen besondere Anforderungen an die Anpassung der bewährten Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung für diesen Bereich. Ein erster Schritt ist bezüglich der Strukturqualität getan. In einem Reha-Träger übergreifenden Projekt in der Zeit von März 2004 bis Juli 2005 wurden sowohl ein Instrument zur Erfassung der Strukturqualität von Kinder-/Jugend-Reha-Einrichtungen entwickelt als auch eine Erhebung in diesen Einrichtungen vorgenommen, so dass eine Dokumentation der Strukturmerkmale für 79 Einrichtungen vorliegt. Der Strukturhebungsbogen orientiert sich stark am Aufbau und an den Merkmalen der Erhebungsinstrumente für die Rehabilitation bei Erwachsenen und nimmt zusätzlich die Aspekte einer in der Regel indikationsübergreifenden Versorgung und die besonderen Angebote für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige als Merkmal mit auf. Ebenfalls wird zwischen strukturelevanten und zuweisungsrelevanten Merkmalen unterschieden [22]. Seit dem Jahre 2008 liegt für diesen Bereich auch ein Anforderungsprofil des Trägers DRV Bund vor [16]. Rentenversicherungsweit sind jedoch noch keine Festlegungen der Strukturqualität von Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche formuliert.

6. Strukturnahe Prozessmerkmale

6.1 Konzeptionelle Anforderungen

Die Rehabilitationseinrichtung arbeitet auf der Grundlage eines umfassenden Rehabilitationskonzepts. Das Rehabilitationskonzept ist schriftlich niedergelegt und für alle Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung verbindlich. Es beschreibt in allgemeiner Form das Aufgabenverständnis der Einrichtung und die Zielstellungen, die mit der Rehabilitation verfolgt werden. Es wird schlüssig dargestellt, wie dieses Aufgabenverständnis mit den Mitteln der Reha-Einrichtung umgesetzt wird und welche sachlichen und personellen Ressourcen hierfür erforderlich sind. Entsprechend struktureller oder inhaltlicher Veränderungen wird das Rehabilitationskonzept aktualisiert. Der Zeitpunkt der Aktualisierung wird genannt. Inhaltlich orientieren sich die Ausführungen im Konzept an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells der WHO, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) niedergelegt sind, und am Anspruch einer multiprofessionellen interdisziplinären Leistungserbringung.

Die konzeptionellen Ausführungen werden für die Behandlungsschwerpunkte der Reha-Einrichtung spezifiziert. Hierfür liegen konkrete Beschreibungen (z. B. Wochentherapiepläne) vor, in denen aufgezeigt wird, wie in der Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme individuell, bedarfsgerecht und flexibel gestaltet werden kann. Auch diese Ausführungen werden entsprechend der Entwicklungen aktualisiert. Das Konzept sollte insbesondere Darstellungen zu Bereichen enthalten, die für die Erreichung von Zielen der Rehabilitation der Rentenversicherung bedeutsam sind, also beispielhaft zu arbeitsbezogenen Leistungen und zu dem individuell indizierten Einsatz dieser Leistungen.

Alle im Erhebungsbogen aufgeführten Merkmale zu konzeptionellen Grundlagen sind als Mindestanforderung zu erfüllen.

6.2 Internes Qualitätsmanagement

Einrichtungen der Rehabilitation sind gemäß § 20 Absatz 2 SGB IX verpflichtet, ein strukturiertes internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Es soll die Qualität der Versorgung gewährleisten und zielgerichtet kontinuierlich verbessern. Zukünftig verlangt der Gesetzgeber eine Zertifizierung dieses internen Qualitätsmanagements. In Form einer Checkliste und eines Manuals haben die Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Anforderungen für das interne Qualitätsmanagement einer Rehabilitationseinrichtung erarbeitet. Die Strukturmerkmale zum internen Qualitätsmanagement im Erhebungsbogen sind Bestandteil dieser Anforderungen (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Strukturhebungsbogen (Auszug) internes Qualitätsmanagement		
Strukturmerkmal	Erläuterung	Merkmal vorhanden?
Qualitätsmanagementbeauftragte / r	→ unmittelbar d. Einrichtungsleitung / Geschäftsführung unterstellt → besitzt definierte Aufgaben → verfügt über festgelegte Kapazitäten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Internes Qualitätsmanagementsystem	Mindestanforderung: Vorhandensein, Umsetzung eines Konzepts d. Zusammenwirkens der versch. internen QS-Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen	befassen sich außerhalb d. Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Routinemäßiger Einsatz u. Auswertung eines internen Fragebogens z. Rehabilitandenzufriedenheit		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Systematisches Beschwerdemanagement	bezüglich Rehabilitanden- und Kostenträgerbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verbindliche Regelungen zur int. Erörterung der Rückmeldungen ext. QS-Ergebnisse		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Als besonderes Merkmal der BAR-Anforderungen wurde ein Assessment bei Aufnahme und Entlassung aufgenommen. Hierunter sind standardisierte reproduzierbare Verfahren zu verstehen, die anhand ihrer Dokumentation objektive Beurteilungen ermöglichen. Das Qualitätsmanagementsystem und die prozessuale Ausgestaltung in der Rehabilitationseinrichtung einschließlich entsprechender Qualitätskennzahlen sind in einem Dokument zusammengeführt (Qualitätsmanagementhandbuch).

Die auf der Ebene der BAR formulierten Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement und damit die Erfüllung der im Erhebungsbogen formulierten Merkmale entsprechen den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität. Nach Ablauf der Übergangsfrist für die Zertifizierung gemäß BAR ist eine Erfassung im Rahmen von Strukturhebungen nicht mehr erforderlich.

6.3 Interne Kommunikation

Die Strukturmerkmale zur internen Kommunikation sind überwiegend Bestandteil auch des internen Qualitätsmanagements. Hierzu gehören im Wesentlichen regelmäßige Besprechungen der Einrichtungsleitung und des Rehabilitationsteams. Sie gehören zu den aktuell angewandten konzeptionellen Anforderungen an das Reha-Team und an die Klinikorganisation. Eine nachvollziehbare Dokumentation hierzu liegt vor, in der insbesondere Intervalle plausibel dargestellt sind.

Die Erfüllung der Merkmale zur internen Kommunikation entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

6.4 Personalentwicklung

Personalentwicklung ist eine umfassende und kontinuierliche Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung. Sie erstreckt sich von der Einarbeitung neuer Mitarbeiter über deren Integration in das Rehabilitationsteam, bis hin zu einer internen und externen regelmäßigen Fort- und Weiterbildung. Fort- und Weiterbildung werden hierbei als verpflichtende Aufgabe der Mitarbeiter verstanden. Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen beziehen alle Mitarbeiter ein, werden mit diesen abgestimmt und stellen sicher, dass eine dem aktuellen Kenntnisstand entsprechende Rehabilitation durchgeführt wird.

Die Erfüllung der Merkmale zur Personalentwicklung entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.

7. Strukturqualität im Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“

Die Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität leiten sich aus den Erfordernissen für die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes ab. Angaben zu Strukturmerkmalen dokumentiert jede Reha-Einrichtung in einem indikationsspezifischen Erhebungsinstrument. Die Ergebnisse der Strukturhebung 2007/08 zeigen, dass die Anforderungen für die Bereiche „baulich-räumliche Anforderungen“ und „medizinisch-technische Anforderungen“ vom überwiegenden Teil der Reha-Einrichtungen erfüllt werden. Der Aufwand, um eine weitgehende Erfüllung in diesen Bereichen zu erlangen, scheint überschaubar. Etwas anders stellt sich die Situation für die „personellen Anforderungen“ dar. Ausgehend von den angewandten Anhaltzahlen werden die Anforderungen – insbesondere für einzelne Berufsgruppen – von einer Reihe der Reha-Einrichtungen noch nicht erreicht.

Die Strukturqualität wird in das Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“ einbezogen, und ist damit zugleich Bestandteil eines Gesamtkonzeptes, nach dem auch die Bewertung der Ergebnisse u. a. der Rehabilitandenbefragung und des Peer Review erfolgt [7].

8. Umsetzung der Strukturqualität – Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen

Bereits in der Vergangenheit lagen in der Rentenversicherung Anforderungen für die Strukturqualität vor. Diese leiteten sich aus den eingangs genannten Quellen und aus trägerspezifisch festgelegten und dokumentierten Instrumenten ab und wurden in der bisherigen Praxis eingesetzt. Trägerspezifisch existieren ebenfalls bereits Instrumente und Verfahren, die Strukturqualität zu überwachen und zu steuern. Hierzu gehören sowohl routinemäßige und kontinuierlich überprüfte Stellenplanmeldungen, Stellenplan- oder Besetzungsvereinbarungen als auch Dialogverfahren zur Konzept- und Strukturentwicklung, Visitationen und Ergebnisberichte aus der Reha-Qualitätssicherung.

Die Weiterentwicklung der Strukturhebung ermöglicht einen rentenversicherungsweiten Abgleich der Strukturmerkmale. Im Wesentlichen sind diese Anforderungen durch die Erfüllung der strukturrelevanten Merkmale in der Erhebung vorgegeben. Bei den Strukturmerkmalen lassen sich die großen Bereiche „personelle Anforderungen“, „nicht personalbezogene Strukturmerkmale“ und „strukturnahe Prozessmerkmale“ unterscheiden. Für jeden dieser Bereiche sind in den vorangehenden Ausführungen Anforderungen formuliert, wie sie sich aus den Erfordernissen für die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes ergeben und in der Strukturhebung dokumentiert werden können.

Grundsätzlich erwartet die Rentenversicherung die vollständige Erfüllung der Anforderungen. Abweichungen der Reha-Einrichtungen von einzelnen Anforderungen der Rentenversicherung sind aus historischen und konzeptionellen Gründen und aus der bisherigen Belegungsstruktur heraus zu erwarten. Dies

gilt insbesondere für die Personalausstattung. Daher wird für mögliche Abweichungen von der formulierten Zielgröße ein so genannter Toleranzbereich von jeweils minus 20% für jede Funktionsgruppe festgelegt. Die Funktionsgruppe der medizinisch-technischen Mitarbeiter, deren Leistungen sehr häufig in Kooperation erbracht werden, wird lediglich nachrichtlich erfasst, aber nicht bewertet. Bei Abweichungen von der jeweiligen Zielgröße ist es die Aufgabe des jeweiligen federführend belegenden Rentenversicherungsträgers, darauf hinzuwirken, dass im Zeitverlauf Veränderungen in Richtung der Zielgröße feststellbar sind. Abweichungen, die sich unterhalb des Toleranzbereiches bewegen, müssen innerhalb eines mittelfristigen Zeitraums beseitigt sein. Um Veränderungen in Richtung der Zielgröße sicherzustellen, werden konkrete Vereinbarungen getroffen. Das Erreichen dieser Vereinbarungen kann dabei z. B. in Form eines strukturierten Dialoges einschließlich Visitationen vor Ort gestaltet werden. Nach Ausschöpfung der genannten Möglichkeiten kann die Nicht-Erreichung der vereinbarten Ziele oder die fehlende Veränderung auf Seiten der Reha-Einrichtung nicht weiter akzeptiert werden. Abweichungen können sich insbesondere aus unterschiedlichen Abteilungsgrößen (s. o.) und aus erkennbar unterschiedlichen Versorgungsaufwänden für einzelne Rehabilitandengruppen (z. B. AHB) ergeben. Strukturqualität bedeutet auch immer Weiterentwicklung der Strukturen. Zur Überprüfung der Auswirkungen kommen hierbei oft modellhafte Lösungsansätze zur Anwendung. Die Anforderungen an die Strukturqualität der Rentenversicherung müssen hierfür im Sinne einer Experimentierklausel mit Spielräumen versehen sein. Wenn Lösungsansätze Abweichungen von Strukturanforderungen zur Folge haben, sollten die zugrunde liegenden Konzepte schriftlich niedergelegt und in den Regionalverbänden abgestimmt sein. Dann ist eine Berücksichtigung auch bei der Bewertung der Strukturqualität möglich.

Hierzu gehören auch Entwicklungen, die durch Veränderungen in anderen Bereichen als der Rehabilitation selbst verursacht werden. Beispielhaft werden die zunehmende Akademisierung von rehabilitations-relevanten Berufsgruppen, aber auch die Veränderungen der ärztlichen Weiterbildungsordnung genannt, die Auswirkungen auf Konzepte von Strukturanforderungen haben. Verantwortlich für die Umsetzung des Konzeptes zur Erreichung einer gleichen Strukturqualität ist der jeweilige RV-Träger als Eigentümer der Einrichtung oder als federführender Beleger.

9. Literatur

1. **BAR (Hrsg.)**, Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom Februar 2008. www.bar-frankfurt.de
2. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004
3. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation vom 08. September 2005
4. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004
5. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 08. September 2005
6. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004
7. **Beckmann, U., Klosterhuis, H., Lindow, B.:** Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen. DRV-Schriften Band 77 (2008): S. 146–148 www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
8. **Beckmann, U., Klosterhuis, H., Mitschke, A.:** Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. DAngVers, Jg. 52, H. 9, S. 431–438 (2005)
9. **Bürger, W., Dietsche, St., Morfeld, M., Koch, U. (Hrsg.):** Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation. Ein Vergleich von Strukturmerkmalen, Wirksamkeit und Kosten. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2001)
10. **Dietsche, St., Bürger, W., Morfeld, M., Koch, U.:** Struktur- und Prozessqualität im Vergleich verschiedener Versorgungsformen in der orthopädischen Rehabilitation. Rehabilitation 2002; 41: S. 103–111
11. **DRV Bund (Hrsg.)**, Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (1. Auflage 2007) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
12. **DRV Bund (Hrsg.), Aster-Schenck, I., Berger, D., Pottins, I., Voss, I.-B.:** Anforderungsprofil für stationäre onkologische Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund (2006) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
13. **DRV Bund (Hrsg.), Aster-Schenck, I., Brückner, U., Engelhardt, U.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation mit 100 Rehabilitationsplätzen und Zulassung zum AHB-Verfahren (2006) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
14. **DRV Bund (Hrsg.), Brückner, U., Engelhardt, U., Härdel, Ch.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von psychosomatischen und psychischen Störungen mit 100 Rehabilitationsplätzen (2007) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

15. **DRV Bund (Hrsg.), Härdel, Ch., Lubenow, E., Schneiders-Markworth, H., Schnürpel, A.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen (2003) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
16. **DRV Bund (Hrsg.), Jäger, R., Brückner, U., Gross, B.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit 100 Rehabilitationsplätzen (2008) www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
17. **Egner, U., Schäfer, A.:** Analyse der Strukturen der rentenversicherungseigenen Rehabilitationskliniken. DAngVers, Jg. 47, H. 9, S. 329–342 (2000)
18. **Huck-Langer, K., Maier-Riehle, B., Schliehe, F.:** Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. Suchttherapie 2000; 1: 110–116
19. **Klein, K., Farin, E., Jäckel, W H., Blatt, O., Schliehe, F.:** Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation 2004; 43: 100–108
20. **Kohlhammer (Hrsg.), Kunze, H., Kaltenbach, L.:** Psychiatrie-Personalverordnung (5. Auflage 2005)
21. **Lindow, B., Grell, R.:** Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Erhebung 2007: Konzept, Methode, Ergebnisse. DRV-Schriften Band 77 (2008): S. 150–151. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
22. **Petersen, C., Widera, T., Kawski, St., Kossow, K., Glattacker, M., Farin, E., Follert, P., Koch, U.:** Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Rehabilitation 2006; 45: 9–17
23. **Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F. (Hrsg.):** Rehabilitation in der Psychosomatik – Versorgungsstrukturen, Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement (2008)
24. **Universitätsklinikum Freiburg (Hrsg.),** Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, Abschlussbericht Teil II 2004/2005, Gesamtbericht zur Strukturqualität, Muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologische Erkrankungen
25. **VDR (Hrsg.),** Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dezember 1991
26. **VDR (Hrsg.),** Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker (4.5.2001) – <http://www.vdak.de>

Strukturqualität von Reha-Einrichtungen **Kennzeichnung der struktur- und zuweisungsrelevanten Kriterien**

Beginnend im Jahre 2003 wurde in einem umfassenden wissenschaftlichen Projekt unter breiter Beteiligung von Reha-Trägern und Leistungserbringern ein gemeinsames, Reha-Träger übergreifendes Instrument zur Erfassung der Strukturqualität entwickelt. Grundlage waren die bisherigen Erkenntnisse zur Strukturqualität und die Erfahrungen aus vorangegangenen Strukturhebungen.

Für die somatischen Indikationen wurde das Projekt von der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg durchgeführt und endete 2004 [19]. Für die Indikationen üsychische und psychosomatische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen lag die Ausführung beim Zentrum für psychosoziale Medizin der Universität Hamburg und wurde 2005 abgeschlossen. Mit diesem Instrument wurden neben der Indikationsspezifik und der Aufnahme von strukturnahen Prozessmerkmalen erstmals Unterscheidungen und Bewertungen der einzelnen Kriterien in so genannte Basiskriterien und Zuweisungssteuerungskriterien eingeführt. Die Projektergebnisse wurden in der Rentenversicherung intensiv diskutiert. Die Erfordernisse, die sich für Reha-Träger und für Leistungserbringer aus der Bewertung der einzelnen Kriterien ableiten, sind bisher nicht abschließend bestimmt. Für die eindeutige Benennung der Auswirkungen und zur Vermeidung sprachlicher Missverständnisse wurden die Begriffe sowohl im vorangehenden Text, als auch in diesem Anhang dem inhaltlichen Kontext angepasst. „Basiskriterium“ wurde dabei durch „strukturelevantes Merkmal“ ersetzt, also ein Merkmal, das indikationsspezifisch für die Struktur einer stationären Reha-Einrichtung relevant ist. „Zuweisungssteuerungskriterien“ heißen „zuweisungsrelevante Merkmale“, um deutlich zu machen, dass es sich um Strukturmerkmale handelt, die für die Zuweisung von Rehabilitanden mit besonderem Versorgungsbedarf relevant sind.

Im Anhang sind alle Merkmalsangaben für die Indikationen psychische und psychosomatische Erkrankungen auf den Seiten 2–13 und die Angaben für die somatischen Indikationen auf den Seiten 16–34 tabellarisch dargestellt.

Vor einer zukünftigen Strukturhebung werden die Merkmale aktualisiert.

Vorliegende Erhebungsbögen zur Strukturqualität:

- Abhängigkeitserkrankungen
- Dermatologie
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Muskuloskeletale Krankheiten (MSK)
- Neurologie
- Onkologie
- Pneumologie
- Psychosomatik
- Indikationsübergreifender Erhebungsbogen

Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

- Anhang I
- Kennzeichnung der struktur-
und zuweisungsrelevanten Kriterien
- Stationäre Rehabilitation von psychischen,
psychosomatischen sowie Abhängigkeitserkrankungen



A) Medizinisch-technische Merkmale der Strukturqualität

I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
behindertengerechter Zugang in die Einrichtung	SR	-	
rollstuhlfahrgerechter Zugang in die Einrichtung	-	SR	
alle Zimmer mit Notrufanlage	SR	SR	
alle Nasszellen mit Notrufanlage	ZR	ZR	
Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten	SR	SR	Abh.: illegale Drogen bis 30 Betten: ZR
Lifte (ausreichend für einen Rollstuhl und eine Person)	ZR	ZR	falls Klinik mehrgeschossig
Liegendanfahrt durch Krankenwagen möglich	SR	SR	
Rauchverbot im Klinikgebäude (außer in einem Raucherzimmer)	SR	SR	
Verfügbarkeit allergenarmer Zimmer	ZR	ZR	
Kompetenzen zur Behandlung von Patienten ohne Kenntnisse der dt. Sprache: Anamnese, Beratungs- und Behandlungsgespräche möglich in <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Serbokroatisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Sonstige:	ZR	ZR	
Alkoholverbot im Klinikgebäude und auf dem Gelände	SR	SR	
Verbot des Konsums psychotroper Substanzen während der Reha (außer ärztlich verordneten)	-	SR	
Möglichkeit der Kinderbetreuung	ZR	ZR	
Unterbringungsmöglichkeit für Begleitpersonen	ZR	ZR	

SR = strukturell relevant

ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen

Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Ausstattung adäquat für die Aufnahme von Patienten mit....			
...starker Gehbehinderung (dem Patienten ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)	ZR	ZR	
...Gehunfähigkeit (d. h. Räume für Therapie und Diagnostik, Speisesaal, Zimmer und Nasszellen sind rollstuhlbefahrbar)	ZR	ZR	
...Sehbehinderung (d. h. blindengerechte Ausstattung)	ZR	ZR	
...starker Hörschädigung / Ertaubung (d. h. z. B. Zimmer mit Schreibtelefon, Mitarbeiter mit Gebärdensprache)	ZR	ZR	
.....Orientierungsstörung / überwachungspflichtigem organischen Psychosyndrom / Weglauf-tendenz (Überwachungsmöglichkeiten)	ZR	ZR	
...Dialysepflichtigkeit (d. h. Dialysezentrum in ca. 30 Minuten erreichbar)	ZR	ZR	
Ist folgende räumliche Ausstattung vorhanden?			
Lehrküche	SR	ZR	
Bewegungsbad oder Schwimmbad mit Hebelift Größe (Länge: Breite: Tiefe:)	SR	ent-fällt	Psy.: auch in Kooperation (vertraglich vereinbart!)
Sport- / Gymnastikhalle Größe (Länge: Breite: Höhe:)	SR	SR	auch in Kooperation (vertraglich vereinbart!)
gegebenenfalls mit medizinischer Trainings-therapie-Einheit	-	ZR	
medizinische Trainingstherapie-Einheit	ZR	-	
Funktionsraum für Ergo- und / oder Beschäftigungs- u. / o. Kreativ- / Arbeitstherapie	SR	SR	
Funktionsraum Krankengymnastik Einzel u. / o. Gruppe	SR	SR	auch Nutzung der Sport- / Gymnastikhalle möglich
Vortragsraum (Großgruppe)	SR	SR	auch Nutzung sonstiger dafür geeigneter Räume möglich
therapeutische Funktionsräume für jede Einzel- u. Gruppenpsychotherapie	SR	SR	
angemessene Kommunikationsräume (Aufenthalts-, Bibliotheks-, Fernsehraum, Internet-Zugang, etc.)	SR	SR	
medizinischer Behandlungsraum	SR	SR	kann auch ein Stations-, Arzt- oder Schwesternzimmer sein

SR = strukturelevant
 ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
 Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

II. Medizinisch-technische Ausstattung

Die Kriterien beziehen sich auf die gesamte Einrichtung, nicht auf einzelne Fachabteilungen!
Erforderlich ist die Verfügbarkeit.

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
klinisches Labor	SR	SR	auch in Kooperation möglich
Notfallkoffer / -wagen	SR	SR	mit Defibrillator und Intubationsbesteck
Basisdiagnostik (EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-RR, kleine Lungenfunktion und Sonographie)	SR	ZR	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung
Funktions-Diagnostik: internistisch	-	ZR	Abh.: Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung bei weniger als 30 Pat. in Kooperation möglich
Funktions-Diagnostik: gastroenterologisch (Ultraschall, Endoskopie)	ZR	ZR	Verfügbarkeit von erforderlichen Geräten und (fach-)ärztlicher Kompetenz zur Benutzung
Funktions-Diagnostik: neurologisch	ZR	ZR	
Funktions-Diagnostik: psychiatrisch und psychologisch wenn ja, welche?	ZR	ZR	
Funktions-Diagnostik: orthopädisch	ZR	ZR	
Funktions-Diagnostik: dermatologisch	ZR	ZR	
Funktions-Diagnostik: gynäkologisch	ZR	ZR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Visite durch Leitenden Arzt/Stellvertreter oder Oberarzt mindestens einmal pro Patient während Klinikaufenthalt	SR	SR	Patienten müssen einzeln gesehen werden
Bezugstherapeut – Patientenkontakte mind. 3 x wöchentlich; davon mind. 1 Einzelgespräch	SR	SR	Abh.: → Einzelkontakt mit dem Therapeuten → in geschütztem Rahmen → qualifiziertes Setting → auf Veranlassung des Therapeuten → strukturiertes Gespräch
Stationsarzt/Bezugsarzt-Patientenkontakte Visite mind. bei Aufnahme und Entlassung sowie mind. alle 14 Tage	SR	SR	darüber hinaus tägl. Ansprechbarkeit Abh.: kleinere Einrichtungen: telefonisch
Visite oder ausführliche Information durch Facharzt oder Psycholog. Psychotherapeuten mind. 1x wöchentlich	SR	SR	Abh.: auch möglich durch Sozialarbeiter/-pädagog. mit RV-anerkannter tätigkeitsfeldspezifischer Weiterbildung
Patient wird am Aufnahmetag vom Arzt gesehen (orientierende internist. Untersuchung)	SR	SR	
Patient wird spätestens am Folgetag von Arzt oder Psychotherapeuten/Bezugstherapeuten eingehend untersucht (Erstgespräch)	SR	SR	
Patient wird in den ersten drei Tagen des Aufenthalts von Facharzt oder approb. Psychotherapeuten gesehen	SR	SR	Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie/Psychotherapie
vollständiger somatischer Status wird spätestens am 3. Tag erhoben	SR	SR	
abschließendes Gespräch frühestens 3 Arbeitstage vor Entlassung	SR	SR	
Supervision durch entsprechend qualifizierten Supervisor (Arzt oder Psy PT: mind 1x wchtl.)	SR	-	
interne Supervision durch entsprechend qualifizierten (Psycho-)Therapeuten (mind. 1x wchtl.)	-	SR	
bei somatischer Therapie Supervision/Fachaufsicht durch Facharzt	SR	SR	
regelmäßige Patientenvorstellungen/Patientenkonferenzen/Fallbesprechungen im interdisziplinären Reha-Team (mind 1x wchtl.)	SR	SR	
Arztsprechstunden des Chefarztes/Ltd. Arztes (außerhalb der Visiten)	SR	SR	
Arztsprechstunden der Oberärzte (außerhalb der Visiten)	SR	SR	
Angehörigengespräche nach Vereinbarung	SR	SR	
Information über /Vermittlung von Nachsorge	SR	SR	

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
physiotherapeutische und weitere Angebote (Einzel und Gruppe)			
indikationsspezifische Physiotherapie	SR	ZR	
medizinische Trainingstherapie (unter Anleitung), zielorientierte Sport- und Bewegungstherapie	SR	SR	
Sprech- und Sprachtherapie	ZR	ZR	
Sozial- und Berufsberatung			
Belastungserprobung im Alltag/sozialen Umfeld	SR	SR	auf die Indikation bezogen
berufsspezifische Belastungserprobung	ZR	ZR	
Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)	ZR	ZR	
Information zur berufl. Wiedereingliederung	ZR	ZR	
Beratung zur finanziellen, häuslichen/sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung	SR	SR	
Vermittlung von Selbsthilfegruppen	SR	SR	
kreative und bewegungsorientierte Angebote			
Musiktherapie	ZR	ZR	
Kreativtherapien (Gestaltungs-, Kunsttherapie)	ZR	ZR	
Bewegungstherapien (KBT, Tanztherapie)	ZR	ZR	
mindestens eines der 3 zuvor genannten	SR	SR	
Ergotherapie/Arbeitstherapie/arbeitsorientiertes Training/Belastungserprobung	ZR	SR	
psychosoziale Diagnostik			
Aufnahmegespräche/biographische Anamnese	SR	SR	
verhaltensanalytische Diagnostik	ZR	ZR	
psychodynamisches Erstinterview	ZR	ZR	
mindestens <u>eines der 2</u> zuvor genannten	SR	SR	
Psychologische Testdiagnostik			
Persönlichkeits- und klinische Diagnostik (Depression, Angst, soziale Unsicherheit, körperliche Befindlichkeit)	SR	SR	Abh.: Verfügbarkeit von indikationsbezogen erforderlichen Verfahren/Instrumenten und entsprechender Kompetenz
Leistungsdiagnostik, inkl. neuropsychologischer Verfahren	SR	SR	Abh.: Verfügbarkeit von indikationsbezogen erforderlichen Verfahren/Instrumenten und entsprechender Kompetenz
suchtspezifische Diagnostik			
suchtspezifische Diagnostik	ZR	SR	

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Medizinische Eingangsdiagnostik			
standardisierter psychopathologischer Befund	SR	SR	
organspezifische Zusatzuntersuchungen	SR	SR	auch in Kooperation
indikationsspezifische fachärztliche Untersuchung bei Nebenindikationen	SR	-	
fachärztliche psychiatrische Untersuchung	ZR	-	→ bei entsprechender Indikation → auch in Kooperation möglich
fachärztliche Untersuchung auf psychiatrische Fragestellung	-	SR	
spezielle Laboruntersuchung			
Atemluftkontrolle auf Alkohol	ZR	SR	
Urinkontrolle auf Medikamente / Drogen	ZR	SR	
Psychotherapie / psychotherapeutische Interventionen			
Einzeltherapie wird angeboten	SR	SR	
spezifische Gruppentherapie wird angeboten	SR	SR	
unspezifische Gruppentherapie wird angeboten	SR	SR	
mindestens zwei von den 3 o. a. Bereichen werden von den Richtlinienverfahren abgedeckt	SR	SR	Verfahren: 1.: 2.: Sonstige Verfahren (Systemische Therapie, GT, Psychodrama, Gestalttherapie): ... Abh.: auch Verfahren gemäß der anerkannten tätigkeitsfeldspezifischen Weiterbildung nach Anl. 2 der BAR-Vereinbarung
Psychopharmakotherapie	SR	SR	
störungsspezifische Konzepte liegen vor	SR	SR	deskriptiv zu erfassen, auf Extrablatt
Entspannungs- und suggestive Verfahren	SR	SR	
psychoedukative Gruppen	SR	SR	
Milieutherapie	SR	-	
Besondere Ernährungsformen			
vegetarische Kost, kulturell / religiös vorgeschriebene Kost	ZR	ZR	
Reduktionskost / Aufbaukost (hochkalorische Kost)	SR	SR	
Diabeteskost	SR	SR	
fettmodifizierte Kost	SR	SR	
eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost	ZR	ZR	
gastroenterologische Kostformen, Sonderkost, allergenfreie Kost	SR	SR	z. B. ballaststoffarme, glutenfreie, laktosearme Kost
Sondenernährung	ZR	ZR	

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Gesundheitsberatung, Motivation, Schulungen Verwandte Themen können in einem Baustein zusammengefasst werden!			
Störungsspezifische Angebote:			
Ernährung	SR	SR	
Genussmittel und Alltagsdrogen	SR	SR	
Raucherentwöhnung	SR	SR	
Medikamente – Wirkungen und Nebenwirkungen	SR	SR	
Umgang mit Alltagsstress	SR	SR	
Schmerzbewältigung	ZR	ZR	
Sexualberatung	SR	SR	
Bewegung und Gesundheit	SR	SR	
„Herz und Kreislauf“	ZR	ZR	
Blutdruckselbstmessung	ZR	ZR	
INR-Selbstmanagement	ZR	ZR	
Rückenschule	ZR	ZR	
Diabetikerschulung	SR	ZR	Abh.: auch in Kooperation möglich
Herzinsuffizienzschulung	ZR	ZR	Abh.: auch in Kooperation möglich
Selbstversorgung im Alltagsleben	SR	SR	
strukturierte Schmerztherapie	ZR	ZR	
Stomaberatung	ZR	ZR	
Beratung Katheter und Sondensysteme	ZR	ZR	
geschlechtsspezifische Beratungsangebote	SR	SR	
Schlafstörungen	SR	SR	
Problem-, Konfliktlösungsstrategien	SR	SR	
Infektionskrankheiten	SR	SR	HIV, Hepatitis
weitere störungsspezifische Angebote:			Abh.: Welche?

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

IV. Personelle Ausstattung

Jede Fachkraft muss die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen.

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Ärzte			
Basisqualifikation Chefarzt/ -ärztin oder Oberarzt/ -ärztin: Facharzt f. Psychotherapeut. Medizin u. / o. Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie	SR	SR	Urlaubs-/ Krankheitsvertretung muss sichergestellt sein
Zusatzqualifikation Chefarzt o. Oberarzt: mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen oder Fachkundenachweis 'Sucht' oder Facharzt Pharmakologie	SR	SR	Angabe der erworbenen Kompetenz: Abh.: Ersatzweise ggf. durch Suchtqualifikation entsprechend Weiterbildungsordnung (vgl. BAR-Vereinbarung)
Ärzte (insgesamt) (auch Chef- und Oberärzte)	Anzahl:	Anzahl:	
davon FA (auch Chef- und Oberärzte)	Anzahl:	Anzahl:	
Facharztqualifikation im Haus: Facharzt für Psychotherapeut. Medizin <u>und</u> Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie	SR	entfällt	
Bereitschaftsdienst Ärzte (24 h im Hause)	SR	ZR	
ärztl. Rufbereitschaft (24 h) durch einen approbierten Arzt der Einrichtung	entfällt	SR	durch Arzt der Einrichtung oder in Kooperation
Hintergrunddienst durch einen Facharzt bzw. Oberarzt der jeweiligen Fachrichtung	SR	ZR	
durch die Einrichtung muss jeden Tag ein Arzt erreichbar sein	-	SR	
Psychologischer Dienst			
Diplom-Psychologe/ in mit geeignetem Aus- oder Weiterbildungsschwerpunkt	SR	SR	z. B. Reha-Psychologie, Neuropsychologie, Klinische Psychologie, mehrjährige einschlägige Berufserfahrung (mind. 2 Jahre in der Reha)
	Anzahl:	Anzahl:	
davon approbiert	SR Anzahl:	SR Anzahl:	Abh.: bei weniger als 30 Betten: Alternativ zum psychologischen Psychotherapeuten: FA für Psychotherapie und Psychosomatik
leitender Psychologe		Anzahl:	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Therapeutische und sonstige Dienste			
Physiotherapeut/in oder Diplomsportlehrer(in), oder Gymnastiklehrer/in	SR	SR	Abh.: auch in Kooperation (Kooperationsvertrag muss auch Vernetzungsleistungen einschließen)
	Anzahl:	Anzahl:	
Diplom-Sozialarbeiter/in oder Diplom-Sozialpädagoge/in	SR	SR	Abh.: davon mind. 1 weitergebildet in suchtspezifischen Bereichen
	Anzahl:	Anzahl:	
med. Ernährungsberater/in oder Diätassistent/in oder ggf. Dipl.-Oekotrophologe/in	SR	SR	Abh.: auch in Kooperation (Kooperationsvertrag muss auch Vernetzungsleistungen einschließen)
	Anzahl:	Anzahl:	
Ergotherapeut/in (Ergo- und Arbeitstherapie, arbeitsorientiertes Training, Belastungserprobung)	ZR	SR	Abh.: Ergotherapeuten (i.S.d. Ergotherapeutengesetzes), Arbeitserzieher oder andere Mitarbeiter mit vergleichbarer (gleichwertiger) Qualifikation (vgl. BAR-Vereinbarung)
mindestens 2 der o. a. Therapeuten	SR	SR	
Musiktherapeut/in	ZR	ZR	
Kreativtherapeut/in (Gestaltungs-/ Kunsttherapie)	ZR	ZR	
Bewegungstherapeut/in	ZR	ZR	
Abh.: (RV: mind. eine der letzten 3 Berufsgruppen: SR)			
Sprech-/Sprachtherapeut/in, Logopäde/in	ZR	ZR	
Pflegedienst/Medizinische Assistenzberufe			
Pflegekräfte insgesamt	Anzahl:	Anzahl:	
davon mit 3-jähriger Ausbildung	SR	SR	Abh.: ab 30 Betten mind. 1 Pflegekraft pro Einrichtung
	Anzahl:	Anzahl:	
davon mit 1-jähriger Ausbildung	-	Anzahl:	
davon Fachkrankenpflege für Psychiatrie	-	entfällt	
Arzthelfer/in, Med.-technische Funktions-Assistent/in, Funktionsschwester/-pfleger	SR	SR	
24-Stunden-Präsenzdienst mit exam. Krankenschwester im Haus	SR	-	
Bereitschaftsdienst mit exam. Krankenschwester (24 h im Haus)	-	ZR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

B) Strukturnahe Prozessmerkmale

I. Konzeptionelle Grundlagen

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
verbindliches, schriftlich ausgearbeitetes Klinikkonzept	SR	SR	Das Klinikkonzept sollte u.a. Angaben enthalten zum Indikationsspektrum, zu den Therapieangeboten und zu den übergeordneten Behandlungsprinzipien, die in der Klinik realisiert werden
regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Klinikkonzepts	-	SR	
schriftlich ausgearbeitete Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Klinik	SR	SR	
regelmäßige und bedarfsorientierte Überarbeit- ung und Aktualisierung der Therapiekonzepte	-	SR	
schriftlich fixiertes Pflegekonzept	SR	SR	
individuell-fallspezifischer Pflegeplan wird bei Pflegebedarf/Spezialfällen erstellt	SR	-	
schriftlich fixierte Pflegestandards für störungs- spezifische Aufgabenstellungen, die in der Klinik umgesetzt werden	SR	SR	
Pflegedokumentationssystem wird eingesetzt	SR	-	
Supervisionskonzept liegt vor und ist umgesetzt, das Bezug nimmt auf → interne und externe Supervision → Fall- und Teamsupervision → Qualifikation des / der Supervisors / in → angemessene Frequenzen	SR	SR	Psy.: Mindestqualifikation: i.d.R. 5 Jahre klinische Tätigkeit nach Approbation

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

II. Internes Qualitätsmanagement

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
Qualitätsmanagementbeauftragte/r, der unmittelbar der Klinikleitung / Geschäftsführung unterstellt ist, definierte Aufgaben besitzt und über festgelegte Kapazitäten verfügt	SR	SR	
schlüssiges Qualitätskonzept / internes Qualitätsmanagementsystem	SR	SR	Mindestanforderung: Vorhandensein und Umsetzung eines Konzepts des Zusammenwirkens der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen Abh.: Merkmale u.a.: → Qualitätshandbuch → Lenkungskreis → Externe Beratung → Audits → Berichtswesen → Entlassbericht-Kontrolle
interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen	SR	SR	Dokumentation der Qualitätszirkel-Arbeit erforderlich
routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Patientenzufriedenheit	SR	SR	
systematisches Beschwerdemanagement bezüglich Patienten- und Kostenträger-Beschwerden	SR	SR	
verbindliche Regelungen zur internen Erörterung der Rückmeldungen externer Qualitätssicherungsprogramme	SR	SR	
Führen von Komplikationsstatistiken	SR	SR	Abh.: (RV: entfällt)
Hygienebeauftragter	SR	SR	
Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung	SR	SR	
verbindliche Regelung zum Umgang mit Komplikationen	SR	SR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen
Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

III. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Kriterium	Psy.	Abh.	Anmerkungen
regelmäßige Besprechungen/Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung untereinander und der Klinikleitung mit Abteilungs-/Gruppenleitern	SR	SR	
regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-/Gruppenleitern mit ihren Mitarbeitern	SR	SR	
Schulungs- und Fortbildungsplan (extern und intern), der festlegt, welche Personen welche Schulungen/Fortbildungen besuchen	SR	SR	Dieser Plan wird auch umgesetzt
regelmäßige, interne Teamfortbildungen	SR	SR	
regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich fixierter Erste-Hilfe-Plan	SR	SR	
schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter	SR	SR	

SR = strukturelevant

ZR = zuweisungsrelevant

Psy.: Psychosomatische Erkrankungen

Abh.: Abhängigkeitserkrankungen

Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

- Anhang II
- Kennzeichnung der struktur-
und zuweisungsrelevanten Kriterien
- Stationäre Rehabilitation von somatischen Erkrankungen
(muskuloskeletalen Erkrankungen (MSK), Kardiologie,
Neurologie, Gastroenterologie, Onkologie, Dermatologie,
Pneumologie, übergreifende somatische Indikation)



A) Merkmale der Strukturqualität

I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

Bei Merkmalen, die in Kooperation durchgeführt werden können, muss die Klinik einen Kooperationsvertrag mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können. Der Inhalt der Merkmale bestimmt sich nach den gesetzlichen Anforderungen und nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis.

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
rollstuhlfah- rergerechter Zugang in die Einrichtung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Möglichkeit der Aufnahme von Rehabilitanden (ohne Begleitperson) ...									
... mit starker Gehbehinderung (dem Patienten ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
... mit Gehunfä- higkeit	SR	ZR	SR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	rollstuhlgerechte Aus- stattung der Thera- pie- und Aufenthalts- räume, schwellenfreie Nasszelle und WC-Raum
... mit Quer- schnittslähmung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Neuro: die Querschnittläh- mung bezieht sich auf die Nebendiagnose; Ausstattungsmerkma- le: z. B. rollstuhlge- rechte Ausstattung, in der Höhe verstellbares Bett, Antidekubitus- matratze, Telefon mit Freisprecheinrichtung

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
... mit Sehbehinderung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Ausstattungsmerkmale für Sehbehinderte: z. B. kontrastreiche Markierungen an Treppen, Stufen, Geländern und Türen, Bodenmarkierungen, Führungslinien an Treppen und Geländern, Hell-Dunkel-Kontraste bei Dunkelheit, insb. was Klingel- und Rufanlagen anbelangt, Leuchtzahlen in Fahrstühlen, Telefon mit großen Tasten, hohe Leuchtdichteunterschiede (z. B. Schwarz auf Weiß)
... mit Erblindung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	blindengerechte Ausstattung: z. B. akustische Orientierungshilfen, wie z. B. eine akustische Stockwerkansage in Fahrstühlen, Verwendung von Blindenschrift (Braille), taktile Erkennbarkeit von Oberflächenmaterial
... mit starker Hörschädigung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Ausstattungsmerkmale: z. B. optische Orientierungshilfen, optische Signale akustischer Information, transportable Schreibtelefone
... mit Ertaubung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Ausstattungsmerkmale: z. B. Zimmer mit Schreibtelefon, Mitarbeiter mit Gebärdensprache, geeignete elektroakustische Kommunikationssysteme

SR = strukturell relevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
... mit Orientierungsstörung / überwachungs-pflichtigem organischem Psychosyndrom/ Weglauftendenz	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Überwachungs-möglichkeiten
... mit Dialyse-pflichtigkeit	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	auch in Kooperation, Dialysezentrum in ca. 30 min erreichbar
wenn „Ja“, Name des Dialysezentrums:									
... mit MRSA (separates Zimmer für MRSA-positive Patienten)	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
alle Zimmer mit Notrufanlage	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
alle Nasszellen mit Notrufanlage	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	bei Kliniken mit AHB-Anteil
alle Nasszellen mit Notrufanlage	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	bei Kliniken ohne AHB-Anteil
Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Aufzug, in dem Betten oder Liegen transportiert werden können	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	falls mehrgeschossig, Zugangsmöglichkeit von jeder Etage
Rauchverbot im gesamten Einrichtungsgebäude	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	MSK, Neuro, Gastro, Derma: außer im Raucherzimmer
Rauchverbot auf dem Einrichtungs-gelände	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
kein Alkohol-ausschank in der Einrichtung	ZR	ZR	ZR	SR	ZR	ZR	ZR	ZR	

SR = strukturell relevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
separate Einheit mit Möglichkeit der Notfallbehandlung/-überwachung		SR	SR	SR	SR	ZR	SR	SR	erforderlich sind Raum inklusive Intensivbett und mobile Einheit mit Monitor, Infusions- und Intubationmöglichkeit sowie O2 zur befristeten Versorgung (24 h), nicht bei Kliniken ohne AHB-Anteil
Lehrküche	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro: auch als Übungsküche für ADL-Training nutzbar
Bewegungs-/Schwimmbad mit Hebelift	SR	ZR	SR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
wenn ja, wie groß ist das Bewegungs-/Schwimmbad? qm									
Sport-/Gymnastikhalle	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
wenn ja, wie groß ist die Sport-/Gymnastikhalle? qm, Höhe: m									
Vortragsraum	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	interdisziplinäre/multifunktionelle Nutzung des Raums möglich
Verfügbarkeit eines Orthopädietechnikers und entsprechender Raum zur Anpassung/Bearbeitung	SR		SR		ZR				auch in Kooperation
Verfügbarkeit eines orthopädischen Schuhmachers	SR			ZR					SR bei SW
Möglichkeit für überwachtes Training im Gelände (Terrainwege)		SR						ZR	
Gehübungsstrecke	SR								
indikations-spezifischer Funktionsraum/-bereich	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturell relevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Möglichkeit der Kinderbetreuung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	Angaben befinden sich im allgemeinen Teil des Erfassungsbogens
Unterbringung von Erwachsenen als Begleitperson	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
allergenarme Zimmer	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	SR	SR	ZR	
Haben Sie Kompetenzen zur Behandlung von Rehabilitanden ohne Kenntnisse der deutschen Sprache?	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
Kompetenzen zur Behandlung von Patienten ohne Kenntnisse der dt. Sprache: Anamnese, Beratungs- und Behandlungsgespräche möglich in <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Serbokroatisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: 									

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

II. Medizinisch-technische Ausstattung

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

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
klinisches Labor	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	auch in Kooperation
Notfalllabor	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	auch in Kooperation, Ergebnisse müssen in max. 30 min. vorliegen
allergologisches Testlabor						SR	SR		auch in Kooperation
Blutgasanalyse		SR		SR	SR		SR	ZR	Kardio: nicht bei Kliniken ohne AHB-Anteil; Gastro und Onko: auch in Kooperation
externer Schrittmacher		SR					SR		sofern nicht im Defibrillator
Notfallkoffer / -wagen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	mit Defibrillator und Intubationsbesteck
Röntgen/Durchleuchtung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	MSK, Kardio, Neuro, Pneumo: auch in Kooperation, wenn in max. 15 min. erreichbar Derma, Onko, Gastro: auch in Kooperation, wenn in max. 30 min. erreichbar
Echokardiographie mit Farbdoppler		SR	SR	ZR			SR	ZR	Neuro, SW, Pneumo: auch in Koop., max. 15 min. erreichbar, SR bei SW
erweiterte kardiologische Funktionsdiagnostik		ZR							alle vier diagnostischen Verfahren müssen intern durchführbar sein
Mehrkanal-EKG	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Sonographie des Abdomen, der Schilddrüse und Gelenke	SR	SR	SR	SR	SR		SR	SR	
Dopplersonographie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro, Gastro, Onko, Derma: auch in Kooperation
farbcodierte Duplexsonographie		SR	SR	SR				ZR	Neuro, Gastro: auch in Kooperation

SR = strukturrelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Langzeit-EKG		SR	SR	ZR	SR		SR	SR	Neuro, Onko, Pneumo: auch in Kooperation SR bei SW
ICD- und Schrittmacherkontrolle		ZR							
Langzeitblutdruckmessung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro, Pneumo, Derma und Onko: auch in Kooperation
Ergometrie-messplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro, Derma: auch in Kooperation
Spirometrie	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	SR	SR	
Bodyplethysmographie		ZR			ZR		SR	ZR	
psychologische Testverfahren	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Überwachung für Schlafapnoe		ZR	ZR				ZR	ZR	
mobile Apnoe-diagnostik (Schlafapnoe-screening)		SR	ZR	ZR			SR	ZR	SR bei SW
Spiroergometrie							SR		
klinische Neuropsychiatrie (Elektroneurographie, Elektromyographie, evozierte Potentiale, EEG)			SR						Neuro: auch in Kooperation, alle 4 Kriterien müssen erfüllt sein
Langzeit-EEG			ZR						
Posturographie			ZR						
Diagnostik für Sprach-/Sprechstörungen			SR						
neuropsychologische Diagnostik			SR						
Kau- / Schluckdiagnostik			SR						auch in Kooperation
24-h-Ph-Metrie				SR					
Koloskopie				SR	ZR				

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie				SR	ZR				
Kontrastmitteluntersuchung Magen-/Darmtrakt				SR					auch in Kooperation
Punktionen/ Biopsien	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro: Lumbalpunktion
Endoskopieabteilung, intervent.				SR					auch in Kooperation
Manometrie-messplatz				SR					Gastro: auch in Kooperation
Peak-Flow-Messung						SR	SR		
UVA-Strahler						SR			
UVB-Strahler						SR			
Teilbestrahlungseinheit						SR			
spezielle Atemhilfe bei Apnoe-Patienten							SR		
Diffusionsmessung							SR		
HbCO-Messung							SR		
nasaler Provokationstest						SR	SR		Derma: auch in Koop.
flexible Bronchoskopie							SR		auch in Kooperation
allergologische Diagnostik						SR	SR		
bronchiale Provokationstests							SR		

SR = strukturrelevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Anzahl der Visiten (Facharzt mind. 1 x pro Woche sowie Chefarzt mind. 1 x pro Aufenthalt)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Patienten müssen einzeln gesehen werden
Arzt-Patientkontakte / Stationsvisiten	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	MSK/Kardio/Neuro Phase D /Onko/Gastro/Derma/Pneumo: mindestens 1 x pro Woche + tägl. Ansprechbarkeit des Stationsarztes/-ärztin, Patienten müssen einzeln gesehen werden Neuro: Phase C: tägl. Visite
Erstuntersuchung am Ankunftstag	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	mindestens Vorstellung beim Arzt
Therapiebeginn innerhalb der ersten 24 h	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Erstuntersuchung durch Facharzt	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	spätestens 3 Tage nach Ankunft
Abschlussuntersuchung / -gespräch	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	frühestens 3 Tage vor der Entlassung
regelmäßige Patientenvorstellung / Fallbesprechung im Reha-Team	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	mindestens 1 x pro Woche
Arztsprechstunden nach Vereinbarung (außerhalb der Visiten): Chefarzt / -ärztin	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Arztsprechstunden nach Vereinbarung (außerhalb der Visiten): Oberarzt/-ärztin	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Angehörigengespräche nach Vereinbarung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Informationen über /Vermittlung von Nachsorge	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Physiotherapie /Ergotherapie									
indikationsspezifische Krankengymnastik	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
manuelle Therapie der Extremitäten und der Wirbelsäule	SR								
Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm	ZR						ZR		
(Exo-)Prothesenschulung	ZR			ZR	ZR				
Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Terraintraining		SR			SR		SR	SR	
Ergometertraining		SR		SR	SR		SR	SR	
medizinische Trainingstherapie in entsprechend dafür ausgestatteten Raum	SR	SR	SR	SR	SR	ZR	SR	SR	
Sport-/Bewegungstherapie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturelevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
EKG-überwachte Ergometertherapie in entsprechend dafür ausgestatteten Raum		SR	ZR	ZR	SR		SR	ZR	
Thermo- / Hydro- / Balneotherapie	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	SR	SR	
Elektrotherapie	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	SR	SR	
Massage	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	SR	SR	
manuelle Lymphdrainage	SR	SR	SR	ZR	SR	SR	ZR	SR	
Ergo- / Beschäftigungstherapie in entsprechend geeignetem Raum	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Ausstattungsmerkmale: z. B. Trainingsgeräte für „Training on the job“, motorisch funktioneller Raum mit funktionellem Übungsmaterial, Werkstatt bzw. Werkraum mit Werkbank und Werkmaterialien, Vorrichtungen und Therapiematerialien zur sensorischen Integration und kognitiven Rehabilitation
Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Atemtherapie							SR		
alle derzeit gängigen phototherapeutischen Verfahren (z. B. UV-Therapie, PUVA-Therapie)						SR			
weitere Verfahren:									
Hyposensibilisierung						SR	SR		
Sprech-/Sprachtherapie			SR		ZR				
Belastungsprüfung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	

SR = strukturell relevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
berufsspezifische Belastungserprobung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Beratung zur finanz./häusl./soz./gesundheitl. Sicherstellung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
klinische Psychologie:									
Einzelgespräche/-beratung in entsprechend geeignetem Raum	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Gruppenverfahren/-arbeit in entsprechend geeignetem Raum	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Entspannungsverfahren	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
neuropsychologische Therapie			SR						
visuelles Explorations-/Lese-training			ZR						
Besondere Ernährungsformen:									
leichte Vollkost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
vegetarische Kost	ZR	ZR	ZR	SR	SR	SR	SR	ZR	
Reduktions-/Aufbaukost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Diabeteskost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturrelevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
fettmodifizierte Kost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
eiweiß-/elektrolytdefinierte Kost	ZR	ZR	ZR	SR	SR	ZR	ZR	ZR	
ballaststoffreiche/-arme/passierte/flüssige Kost			SR	SR	SR	SR	SR		Derma/Pneumo: alle 4 Kostformen müssen angeboten werden Gastro/Onko: nur passierte Kost Neuro: nur passierte/flüssige Kost
glutenfreie Kost				SR	ZR	ZR	ZR		
laktosearme Kost				SR	ZR	ZR	ZR		
Sonderkost bei Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen	ZR	ZR	ZR	SR	ZR	SR	SR	ZR	
Sondenernährung	ZR	ZR	ZR/SR	SR	SR	ZR	ZR	ZR	
Gesundheitsinformation, Motivation, Schulung zu:									
Ernährung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Genussmittel und Alltagsdrogen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Raucherentwöhnung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Medikamente – Wirkungen und Nebenwirkungen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Umgang mit Alltagsstress	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Schmerzbewältigung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Sexualberatung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Bewegung und Gesundheit	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
„Herz und Kreislauf“	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Blutdruckselbstbestimmung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
INR-Selbstmanagement		SR	ZR				ZR	SR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Rückenschule	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Diabetiker-schulung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SW: strukturiertes Diabetesprogramm
Herzinsuffizi-enzschulung		SR							
Selbstversor-gung im Alltags-leben	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
strukturierte Schmerztherapie	ZR		ZR						
Stomaberatung				SR	ZR				
Beratung Katheter und Sonden-systeme				SR	SR				
geschlechtsspe-zifische Bera-tungsangebote	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
strukturierte Schulung für dermatologische Erkrankungen						SR	ZR		
strukturierte Schulung für Atemwegser-krankungen					ZR	ZR	SR		

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

IV. Personelle Ausstattung

Jede Fachkraft muss die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen.

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
indikations-spezifische fachärztliche Qualifikation	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Reha-Wesen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Facharzt für Innere Medizin im Reha-Team			SR						
ärztliche Anwesenheit 24 h im Haus	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Rufbereitschaft durch Fach- bzw. Oberarzt	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Diplompsychologe/in	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Neuro: die Anerkennung als klin. Neuropsychologe (GNP) ist gleichwertig
leitende Krankenschwester	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	auch andere Organisationsformen sind möglich, sofern die Leitungsfunktion nachweislich gewährleistet ist (z. B. beim Rotationsprinzip)
mindestens 1 examinierte Krankenschwester 24 h im Haus	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Leiter der Physiotherapie-Abteilung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	auch andere Organisationsformen sind möglich, sofern die Leitungsfunktion nachweislich gewährleistet ist
Physiotherapeuten, Diplom-Sportlehrer, Gymnastiklehrer	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	MSK/Neuro: mind 2/3 Physiotherapeuten; sonstige Somatik: mindestens 1 Physiotherapeut

SR = strukturelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Masseure/medizin. Bademeister	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	SR	SR	
Sozialarbeiter	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Kooperation mit externem Reha-Berater	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Ergotherapeut	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Diätassistent (Ökotrophologe)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Arzthelfer, med.-techn. Funktionsassistenten, Funktionsschwwestern	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Tätigkeit kann von Krankenschwester ausgeführt werden, sofern nicht in Pflege tätig (wie Ass. bezahlt)
Logopäde, Neurolinguist, Sprachheilpädagogin			SR		ZR				
Diabetesberater		ZR	ZR	ZR				ZR	SR bei SW
Stomatherapeut				SR	ZR				möglichst Enterostomatherapeut/in
diabetische Fußpflegekraft			ZR	ZR					möglichst Podologe/in, SR bei SW

SR = strukturell relevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen

Der Inhalt der Merkmale bestimmt sich nach den gesetzlichen Anforderungen und nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis.

B) Strukturnahe Prozessmerkmale

I. Konzeptionelle Grundlagen

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

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
verbindliches, schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Einrichtungskonzepts	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
schriftlich ausgearbeitete Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
regelmäßige und bedarfsorientierte Überarbeitung und Aktualisierung der Therapiekonzepte	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
schriftlich fixiertes Pflegekonzept	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturrelevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

II. Internes Qualitätsmanagement

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
Qualitätsmanagementbeauftragte/r	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
internes Qualitätssystem	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	Mindestanforderung: Vorhandensein und Umsetzung eines Konzepts des Zusammenwirkens der verschiedenen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen
interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Rehabilitanden-zufriedenheit	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
systematisches Beschwerdemanagement	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
verbindliche Regelungen zur interner Erörterung der Rückmeldungen externer Qualitätssicherungsprogramme	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Hygienebeauftragter	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
schriftlich fixierter Hygieneplan	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Führen von Komplikationsstatistiken	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturell relevant
ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
SW = Stoffwechselerkrankungen

III. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Kriterium	MSK	Kardio	Neuro	Gastro	Onko	Derma	Pneumo	Übergr.	Anmerkungen
regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung untereinander und der Einrichtungsleitung mit Abteilungs-/Gruppenleitern	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-/Gruppenleitern mit ihren Mitarbeitern	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
Schulungs- und Fortbildungsplan	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
regelmäßige interne Teamfortbildungen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
regelmäßiges Reanimations-training und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	

SR = strukturrelevant
 ZR = zuweisungsrelevant

MSK = Muskuloskeletale Erkrankungen
 SW = Stoffwechselerkrankungen



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation -
mit Sicherheit Qualität