

Dokumentationsbogen für Visitationen

**in Einrichtungen zur
stationären medizinischen Rehabilitation bei
Abhängigkeitserkrankungen**

Version 1.0/Ab1

Oktober 2006

Allgemeine Angaben zur Visitation:

Klinik:

Name:

PLZ / Ort:

Abteilung:

RehabilitationsEinrichtungsNummeR:

--	--	--	--	--	--

Visitoren:

Dezernat 8022:

Dezernat 8023:

Gesprächspartner:

Datum der Visitation:

Tag	Mon.	Jahr

Datum der letzten Visitation:

Tag	Mon.	Jahr

Anlass der Visitation:

- Routine
- Auffälligkeiten
- Neubelegung
- _____

Die Visitation war:

- angemeldet
- unangemeldet

Liste für die Auswahl der Visitationsmodule:

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse			
Modul	1.1	Anamnese	
Modul	1.2	Diagnostik	
Modul	1.3	Sozialmedizinische Beurteilung	
Modul	1.4	Nachsorge, Weiterbehandlung und Selbsthilfe	
Modul	1.5	Gesundheitstraining	
Modul	1.6	Arzt-Patienten-Kontakt	
Dimension 2: Klinikinterne Prozesse			
Modul	2.1	Allgemein	
Modul	2.2	Rehabilitationsteam	
Modul	2.3	Patientenakten	
Modul	2.4	Aufnahme der Patienten	
Modul	2.5	Therapieplanung	
Modul	2.6	Anschlussheilbehandlung (AHB) <i>(entfällt bei Abhängigkeitserkrankungen!)</i>	
Modul	2.7	Ernährung	
Modul	2.8	Medizinisches Notfallmanagement	
Modul	2.9	Freizeitangebot	
Modul	2.10	Patientenmeinung	
Dimension 3: Internes Qualitätsmanagement			
Modul	3.1	Implementierung	
Modul	3.2	Qualitätsmanagementbeauftragte/r	
Modul	3.3	Einbeziehung der Mitarbeiter	
Modul	3.4	Instrumente des internen Qualitätsmanagements	
Dimension 4: Strukturmerkmale			
Modul	4.1	Klinikkonzept	
Modul	4.2	Erreichbarkeit und Barrierefreiheit	
Modul	4.3	Einschränkung des Konsums von Alltagsdrogen	
Modul	4.4	Indikationsübergreifende Funktionsräume	
Modul	4.5	Indikationsspezifische Funktionsbereiche	
Modul	4.6	Patientenzimmer	
Modul	4.7	Diagnostische Grundausrüstung	
Modul	4.8	Medizinisch-technische Ausstattung	
Modul	4.9	Therapeutisches Angebot	
Modul	4.10	Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen	
Modul	4.11	Medizinisch-therapeutisches Personal	
Modul	4.12	Einhaltung besonderer gesetzlicher Vorgaben	

Hinweis:

In die rechte Spalte eintragen, aus welchem Anlass das jeweilige Modul für die Visitation ausgewählt worden ist. Dazu den entsprechenden Buchstaben verwenden:

A = Auffälligkeit bei QS-Daten

N = Neubelegung

R = Routine

W = Auffälligkeit während der Visitation

Aktuelle Situation der Einrichtung:

Belegung und Auslastung:

Anmerkung:

Neuentwicklungen:

Anmerkung:

Entwicklungsplanung:

Anmerkung:

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

1.1 Anamnese

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

1.1.1 Zeitpunkt

=> Wann findet das ärztliche Aufnahmegespräch statt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- am Ankunftstag sollte mit jeder/m Patientin/en ein Aufnahmegespräch durch eine/n Arzt/Ärztin stattfinden (auch möglich: Patient/in „gesehen“; z. B. bei Ankunft spät am Abend)
- Hinweis: dabei soll auch immer die Suchtmittelfreiheit kontrolliert werden

immer am Ankunftstag	am ersten Tag nach der Ankunft	am zweiten Tag nach der Ankunft oder später
----------------------	--------------------------------	---

=> Wann findet die Erstuntersuchung durch den Facharzt statt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- die Erstuntersuchung durch eine/n Facharzt/-ärztin sollte spätestens am dritten Tag nach der Ankunft erfolgen
- der vollständige somatische Status sollte dabei erhoben werden

spätestens am dritten Tag	noch in der ersten Woche	später als in der ersten Woche
---------------------------	--------------------------	--------------------------------

=> Wann findet das Erstgespräch mit der / dem Bezugstherapeuten /in statt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- das Erstgespräch mit der / dem Bezugstherapeuten /in sollte spätestens am Folgetag nach der Ankunft erfolgen

immer am Ankunftstag	am ersten Tag nach der Ankunft	am zweiten Tag nach der Ankunft oder später
----------------------	--------------------------------	---

=> Wann wird die biographische Anamnese erhoben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- die biographische Anamnese, einschließlich der Suchtanamnese, sollte spätestens am dritten Tag nach der Ankunft erhoben werden

spätestens am dritten Tag	noch in der ersten Woche	später als in der ersten Woche
---------------------------	--------------------------	--------------------------------

1.1.2 Dokumentation

=> Werden die Daten entsprechend den Vorgaben des E-Berichtes erhoben und dokumentiert?

Bewertungskriterien:

- allgemeine und klinische Anamnese (einschließlich Suchtanamnese)
- jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen
- gegenwärtige Therapie
- Sozialanamnese
- Arbeits- und Berufsanamnese

vollständig

unvollständig
bzw. lückenhaft
(besonders bei
Sozial-, Arbeits-
und
Berufsanamnese)

keine
Dokumentation

Informationsquellen:

Leitende/r Arzt/Ärztin

Klinikrundgang

Therapeut/in

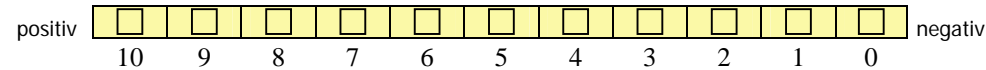
Verwaltungsleiter/in

Patienten/innen

Stationsarzt/-ärztin

Patientenakten

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evt. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

1.2 Diagnostik

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

1.2.1 Zeitpunkt und Umfang

=> Findet die Aufnahmediagnostik umfassend und rechtzeitig statt?

Bewertungskriterien:

- die für die Planung und den Beginn der Behandlung relevante Diagnostik wird spätestens am dritten Tag nach der Ankunft durchgeführt
- alle diagnostisch relevanten Bereiche werden berücksichtigt

spätestens am dritten Tag	noch in der ersten Woche	später als in der ersten Woche
---------------------------	--------------------------	--------------------------------

1.2.2 Basisdiagnostik

=> Sind apparative Diagnostik und Funktionsdiagnostik adäquat?

Bewertungskriterien:

- jeder Patient erhält die individuell erforderliche Diagnostik
- der Ablauf diagnostischer Maßnahmen ist systematisch organisiert
- falls weitere diagnostische Maßnahmen im Verlauf des Aufenthaltes notwendig werden, sind auch diese systematisch organisiert

adäquat	zu wenig bzw. nicht individuell	fehlt
---------	---------------------------------	-------

1.2.3 Berufsgruppenspezifische Diagnostik

=> Gibt es eine interdisziplinäre Diagnostik?

Bewertungskriterien:

- die Diagnostik sollte immer interdisziplinär durchgeführt werden

immer interdisziplinär durchgeführt	interdisziplinäre Diagnostik findet zu selten statt	es gibt keine interdisziplinäre Diagnostik
-------------------------------------	---	--

1.2.4 zusätzliche ärztliche Diagnostik

=> Finden bei Bedarf zusätzliche Untersuchungen aus anderen Fachgebieten (Konsile) statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - erforderliche Konsile sollten regelmäßig eingeholt werden (bezogen auf den Fall bzw. auf das Fachgebiet des Konsils)	systematisch geregelt	unvollständig oder unsystematisch	Konsile finden nicht statt

1.2.5 Psychodiagnostik

=> Ist die Feststellung des individuellen Bedarfs an Psychodiagnostik klar geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - es bestehen gute und klare Regelungen, um den individuellen Bedarf an Psychodiagnostik festzustellen	klar geregelt	unstrukturiert bzw. uneinheitlich	es besteht kein Konzept

=> Wird die spezielle psychodynamische bzw. verhaltensanalytische Diagnostik rechtzeitig erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die psychodynamische Diagnostik bzw. die Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden innerhalb von drei Tagen nach der Ankunft erhoben	innerhalb von drei Tagen	innerhalb der ersten Woche	später oder gar nicht

=> Wird eine umfassende testgestützte Psychodiagnostik durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - symptom-spezifische Diagnostik - Diagnostik der psychischen Komorbidität - Persönlichkeitsdiagnostik - Intelligenz-/Leistungsdiagnostik (einschl. Neuropsychologie)	findet regelhaft und umfassend statt	findet nur unvollständig oder sporadisch statt	findet nicht statt

1.2.6 Assessment

=> Werden Assessment-Instrumente bei Aufnahme und Entlassung eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bewertungskriterien: - sowohl bei der Aufnahme wie bei der Entlassung werden Assessment-Instrumente eingesetzt (auch als Verfahren zur Feststellung der Ergebnisqualität) - es werden auch berufsbezogene Profilvergleichsverfahren genutzt (z. B. Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA))		

1.2.7 spezielle Diagnostik

=> Wird die Abstinenz von psychotropen Substanzen systematisch kontrolliert?

Bewertungskriterien:

- Kontrollen werden sowohl regelmäßig wie auch unregelmäßig und bei Verdacht auf Konsum durchgeführt
- alle psychotropen Substanzen werden berücksichtigt
- die Einnahme von Medikamenten mit psychotroper Wirkung ist nur erlaubt, wenn sie ärztlich verordnet wird

umfassende systematische Kontrollen

unvollständig oder unsystematische Kontrollen

Kontrollen finden selten oder gar nicht statt

Informationsquellen:

Leitende/r Arzt/Ärztin

Klinikrundgang

Therapeut/in

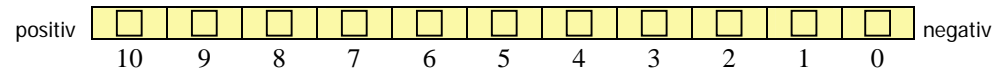
Verwaltungsleiter/in

Patienten/innen

Stationsarzt/-ärztin

Patientenakten

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evt. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

1.3 Sozialmedizinische Beurteilung

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

1.3.1 Organisation

=> Ist die sozialmedizinische Sicht handlungsleitend für die Therapie?

Bewertungskriterien:

- die sozialmedizinische Diagnostik geht handlungsleitend in die Therapieplanung ein
- sozialmedizinische Problemfälle werden frühzeitig identifiziert

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vorgehen ist systematisch geregelt	unsystematisches Vorgehen	sozialmed Diagnostik wird nicht berücksichtigt

=> Gibt es spezielle Einzel- oder Gruppenangebote für sozialmedizinische Problemfälle?

Bewertungskriterien:

- für sozialmedizinisch schwierige Patienten/innen werden spezielle Einzel- oder Gruppenangebote vorgehalten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßig	unsystematisch	nicht vorhanden

=> Wer legt die sozialmedizinische Beurteilung fest?

Bewertungskriterien:

- die sozialmedizinische Beurteilung sollte immer ein/e Facharzt/ärztin mit sozialmedizinischer Kompetenz festlegen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immer durch Facharzt/-ärztin mit sozialmed. Kompetenz	Arzt/Ärztin ohne sozialmed. Kompetenz	nicht durch Arzt/Ärztin

=> Werden sozialmedizinische Assessment-Instrumente eingesetzt?

Bewertungskriterien:

- Hinweis: wird nur vermerkt, ohne Bewertung

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

1.3.2 Kommunikation

=> Wird bei Problemfällen die sozialmed. Beurteilung im interdisziplinären Team besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - systematisch geregelt und für gesamtes therapeutische Team	systematisch geregelt und für gesamtes Team	unsystematisches Vorgehen	keine Besprechung
=> Wird die abschließende sozialmed. Beurteilung mit den Patienten früh genug besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - wird mit Patienten/innen so rechtzeitig besprochen, dass noch Handlungskonsequenzen gezogen werden können	rechtzeitig	selten bzw. zu spät	nie

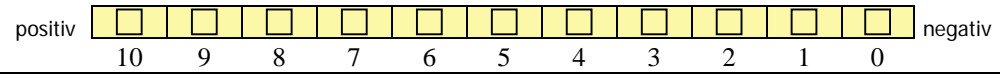
1.3.3 Qualitätssicherung

=> Gibt es für die therapeutischen Mitarbeiter/innen eine interne sozialmed. Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - systematisch geregelt und für alle therapeutischen Mitarbeiter (z. B. Fallvorstellungen)	systematisch geregelt und für alle	unsystematisches Vorgehen bzw. nicht für alle	es gibt keine sozialmed. Weiterbildung
=> Gibt es eine systematische Qualitätssicherung im Bereich der sozialmedizinischen Beurteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - der gesamte Bereich der sozialmedizinischen Beurteilung ist in die Qualitätssicherung einbezogen (z. B. Qualitätszirkel)	systematisch geregelt	unsystematisches Vorgehen	keine Qualitätssicherung im Bereich sozialmed. Beurteilung

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evt. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

1.4 Nachsorge, Weiterbehandlung und Selbsthilfe

Datum:

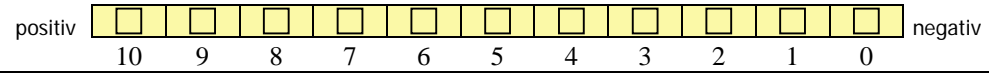
Tag	Mon.	Jahr

	Bewertung		
	keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel
1.4.1 Nachsorge und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
=> Wie sind Nachsorge und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in die Rehabilitation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Nachsorge und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden mit dem Rehabilitanden besprochen - geplante Maßnahmen werden bereits während der Rehabilitation eingeleitet - Reha-Berater kommen regelmäßig in die Einrichtung und werden in die Planung einbezogen	die Umsetzung wird konkret geplant und vorbereitet	es werden nur allgemeine mündliche Empfehlungen gegeben	Nachsorge wird nicht thematisiert
1.4.2 Weiterbehandlung			
=> Wie ist die Weiterbehandlung in die Rehabilitation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Weiterbehandlung wird mit dem Rehabilitanden besprochen - die Weiterbehandlung wird bereits während der Rehabilitation vorbereitet und Kontakt mit Psychotherapeuten; niedergelassenen oder Betriebsärzten aufgenommen	die Umsetzung wird konkret geplant und vorbereitet	es werden nur allgemeine mündliche Empfehlungen gegeben	Weiterbehandlung wird nicht thematisiert
1.4.3 Selbsthilfe			
=> Wie ist die Selbsthilfe in die Rehabilitation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - Selbsthilfeprogramme und –gruppen werden in der Klinik vorgestellt - die Selbsthilfe wird mit dem Rehabilitanden besprochen - Angehörige werden einbezogen - der Patient bekommt schriftliches Material zur Verstetigung des Gelernten mit - Patienten werden geschult, um krankheitsrelevante Informationen/Kontakte selbständig im Internet zu suchen	die Umsetzung wird konkret geplant und vorbereitet	es werden nur allgemein mündliche Empfehlungen gegeben	Selbsthilfe wird nicht thematisiert

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

1.5 Gesundheitstraining

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

1.5.1 Indikation

=> Wird Gesundheitstraining durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständig	teilweise	gar nicht

Bewertungskriterien:

- relevante Themen (z. B. Komorbidität) werden durch Schulungsangebote abgedeckt
- Anforderungen an Gruppengröße u. s. w. werden eingehalten
siehe dazu Rahmenempfehlungen der DRV-Bund („blaue Ordner“)

1.5.2 Organisation

=> Sind die Schulungseinheiten curricular miteinander verknüpft?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
curricular durchgeführt bzw. beziehen sich aufeinander	bauen nicht aufeinander auf, bzw. sind nicht aufeinander abgestimmt	es finden keine Schulungen statt; ausschließlich freiwilliges/ allgemeines Angebot

Bewertungskriterien:

- durchgängig curriculares Vorgehen wie nach den Rahmenempfehlungen der DRV-Bund („blauen Ordner“)
- wichtige Schulungsangebote werden curricular in geschlossenen Gruppen durchgeführt bzw. die Schulungsangebote beziehen sich aufeinander, werden aber in offenen Gruppen angeboten
siehe Rahmenempfehlungen der DRV-Bund („blaue Ordner“)

=> Werden unterschiedliche Vermittlungsformen genutzt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umfassend	teilweise	nur eine (z. B. nur Wissensvermittlung durch Vorträge)

Bewertungskriterien:

- z. B. Wissensvermittlung, Diskussion, Einstellungsänderung, aktives Training zur Verbesserung der Handlungskompetenz, Rollenspiel, Einsatz von Medien, systematische Nachsorgeplanung
- das Gesundheitstraining wird interdisziplinär durchgeführt
siehe Rahmenempfehlungen der DRV-Bund („blaue Ordner“)

Dimension 1: Ärztliche und therapeutische Prozesse

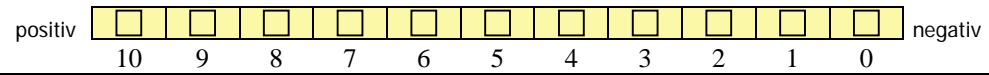
1.6 Arzt-Patienten-Kontakt		Datum:	Tag	Mon.	Jahr
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.6.1 Organisation	ja	nein
=> Finden wöchentliche Einzelvisiten durch eine/n Fachärztin/-arzt statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Wird mindestens eine Einzelvisite während des Aufenthaltes durch die/den Ltd. Ärztin/Arzt durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Findet mindestens eine wöchentliche Stationseinzelvisite statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Bietet die/der Stationsärztin/-arzt täglich Sprechzeiten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Beginnt die Therapie innerhalb der ersten 24 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Findet die Abschlussuntersuchung frühestens drei Tage vor der Entlassung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Gibt es Sprechstunden der/s Leitenden Ärztin/Arztes nach Vereinbarung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Gibt es Sprechstunden der/s Oberärztin/-arztes nach Vereinbarung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Gibt es mindestens drei Bezugstherapeut-Patienten-Kontakte wöchentlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Ist mindestens einer der drei wöchentlichen Bezugstherapeut-Patienten-Kontakte ein Einzelgespräch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Werden die Anforderungen an die Gruppengrößen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Werden Angehörigengespräche nach Vereinbarung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse

2.1 Allgemein

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.1.1 Entlassungsberichtslaufzeit

=> Wie schnell werden Entlassungsberichte an die DRV-Bund geschickt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 70 % der E-Berichte	30 bis 70 %	weniger als 30 %

Bewertungskriterien:

- der Anteil der Berichte, die innerhalb von 10 Kalendertagen ab Entlassungsdatum an die Deutsche Rentenversicherung Bund geschickt werden, sollte mindestens 70 % betragen

2.1.2 Erreichbarkeit des Personals

=> Sind den Patienten die Ansprechpartner bekannt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klar geregelt	unklar geregelt	nicht geregelt

Bewertungskriterien:

- durch klare Regelungen wird sichergestellt, dass den Patienten alle Ansprechpartner genannt werden

=> Wie ist die Kenntlichkeit des Personals geregelt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systematisch geregelt	unsystematisch/ teilweise geregelt	Personal ist nicht erkennbar

Bewertungskriterien:

- die Zugehörigkeit zum Personal ist für die Patienten klar erkennbar (z. B. durch Namensschilder mit Berufsbezeichnung o. ä.)

=> Bieten die therapeutischen Berufsgruppen Sprechzeiten an?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angemessenes Angebot	zu wenig	keine Sprechzeiten

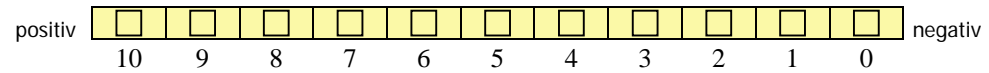
Bewertungskriterien:

- alle therapeutischen Berufsgruppen bieten den Patienten genügend Zeit für Fragen und Rückmeldungen an

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse

2.2 Rehabilitationsteam

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

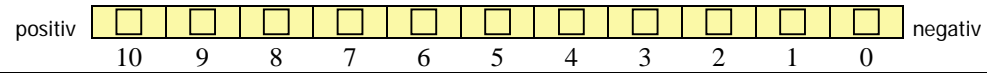
	Bewertung		
	keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel
2.2.1 Gesamtteam			
=> Sind die therapeutischen Berufsgruppen im Reha-Gesamtteam vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - dem Gesamtteam sollten alle therapeutischen Berufsgruppen angehören	alle	nur teilweise	keine Teamstruktur
=> Wie oft tagt das Reha-Team?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - das Gesamtteam sollte mind. 1x wöchentlich tagen	mind. 1x wöchentlich	seltener als 1x wöchentlich	gar nicht oder sehr selten
=> Finden regelmäßige Patientenvorstellung und Fallbesprechung im Reha-Team statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - im Gesamtteam sollten regelmäßig die Patienten vorgestellt und über Fälle gesprochen werden	regelmäßig	nur gelegentlich	nie
=> Werden im Reha-Team organisatorische und teaminterne Themen besprochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.2.2 Bereichsteams			
=> Sind die Mitarbeiter in Bereichsteams organisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die einzelnen Therapiebereiche sollten in Teams organisiert sein	alle	nur teilweise	keine Bereichsteams
=> Wie oft tagen die Bereichsteams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - mindestens 1x wöchentlich	mindestens 1x wöchentlich	seltener als 1x wöchentlich	gar nicht oder sporadisch
=> Werden im Bereichsteam organisatorische und teaminterne Themen besprochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

=> Erhalten alle Psychotherapeutinn/en externe Supervision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - regelmäßig mindestens 1 x monatlich durch qualifizierten externen Supervisor	alles erfüllt	nur teilweise	keine externe Supervision

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

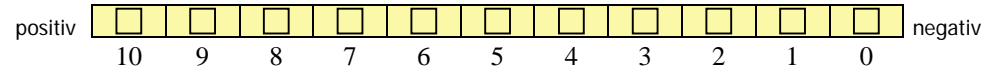
Dimension 2: Klinikinterne Prozesse							
2.4 Aufnahme der Patienten	Datum:				Tag	Mon.	Jahr

				Bewertung		
				keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel
2.4.1 Anreise und Abreise						
=> Ist die An- und Abreise patientenfreundlich organisiert?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - es gibt klare, patientenfreundliche Regelungen der An- und Abreise von Patienten (z. B. die Patienten erhalten ein Einladungsschreiben mit Informationen zur Vorbereitung, ein Hol- und Bringedienst wird angeboten)				durchgängig patientenfreundlich	teilweise patientenfreundlich	nicht patientenfreundlich
2.4.2 Aufnahmeplanung						
=> Besteht eine ärztliche Beteiligung an der Aufnahmeplanung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - durch eine systematische ärztliche Beteiligung ist gesichert, dass wichtige medizinische Gesichtspunkte bei der Aufnahmeplanung berücksichtigt werden				systematisch geregelt	unsystematisch	keine Regelungen
=> Ist die zügige Aufnahme von Eilfällen gewährleistet?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Regelung der Aufnahmeplanung gewährleistet, dass zugewiesene Eilfälle zügig aufgenommen werden können (z. B. Zuständigkeiten sind geregelt, flexible Lösungen sind möglich)				systematisch geregelt	unsystematisch	keine Regelungen

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse									
2.5 Therapieplanung	Datum:		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mon.</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Mon.	Jahr			
Tag	Mon.	Jahr							

	Bewertung		
	keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel
2.5.1 persönliches Therapieheft des Patienten			
=> Werden die verordneten Therapien vollständig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - alle verordneten Therapien werden vollständig individuell dokumentiert	vollständig dokumentiert	nur lückenhaft dokumentiert	nicht dokumentiert
=> Werden die erhaltenen Therapien vollständig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - alle erhaltenen Therapien werden individuell dokumentiert und vom jeweiligen Therapeuten abgezeichnet	vollständig dokumentiert und abgezeichnet	nur lückenhaft dokumentiert	nicht dokumentiert
=> Spiegelt das Therapieheft eine adäquate Behandlung wieder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - im Therapieheft ist eine adäquate Behandlung nachzuvollziehen (z. B. umgehende Aufnahmeuntersuchung, zügiger Therapiebeginn, sinnvolle Reihenfolge und angemessene Häufigkeit der Leistungen)	durchgehend adäquat	nur teilweise adäquat	nicht adäquat

2.5.2 Organisation und Planung der Therapie			
=> Gibt es eine flexible individuelle Therapieplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - Patientenwünsche werden angemessen berücksichtigt - die Therapieplanung kann unvermeidbare Ausfälle ausgleichen (z. B. wegen kurzfristiger Erkrankung von Therapeuten) - eine flexible Veränderung der Verordnung ist möglich	flexibel geregelt	nur teilweise flexibel geregelt, Therapien fallen manchmal aus, Therapieersatz ist nicht immer gewährleistet	unflexibel geregelt, auf „Störungen“ kann nicht reagiert werden, Therapien fallen dann immer aus

=> Erfolgt die Therapieplanung EDV-gestützt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2.5.3 Vorgaben der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)				
=> Werden die KTL-Vorgaben eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewertungskriterien: - alle Leistungen werden jeweils so erbracht, wie in der KTL vorgegeben	vollständig	nur teilweise	selten	
=> Ist sichergestellt, dass nur erbrachte KTL-Leistungen im E-Bericht dokumentiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewertungskriterien: - die Therapieplanung ist so organisiert, dass nicht die geplanten, sondern die nach Plan erbrachten Leistungen in die Leistungsdokumentation im Entlassungsbericht eingehen	systematisch geregelt	unsystematisch	die Verordnungen erscheinen ungeprüft im E-Bericht	

Informationsquellen:

<input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Klinikrundgang	<input type="checkbox"/> Therapeut/in
<input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in	<input type="checkbox"/> Patienten/innen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> Patientenakten	<input type="checkbox"/> _____

Gesamtbewertung des Bereiches:

positiv

 negativ

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse				
2.6 Anschlussheilbehandlung (AHB) <i>entfällt bei Abhängigkeitserkrankungen</i>	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.6.1 Konzept

=> Besteht ein Konzept für die Aufnahme von AHB-Patienten/innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - es besteht ein Konzept für ein systematisches Verfahren zur Aufnahme von AHB-Patienten (z. B. Ärzte/innen sind systematisch eingebunden, Anforderungen im AHB-Katalog werden berücksichtigt)	systematische Verfahrensweise zur Aufnahme von AHB-Pat. vorgesehen	nur teilweise systematisch	keine systematische Verfahrensweise vorgesehen

2.6.2 Durchführung

=> Wird ein systematisches Aufnahmeverfahren umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - das Konzept für die Aufnahme von AHB-Patienten wird nachvollziehbar umgesetzt (z. B. AHB-Patienten sind bei Aufnahme rehafähig, Krankentransport war zur Anreise nicht notwendig, Selbsteinschätzung des Patienten bzgl. ADL)	Verfahrensweise wird vollständig umgesetzt	Verfahrensweise teilweise umgesetzt	Verfahrensweise nicht umgesetzt

Informationsquellen:

<input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Klinikrundgang	<input type="checkbox"/> Therapeut/in
<input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in	<input type="checkbox"/> Patienten/innen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> Patientenakten	<input type="checkbox"/> _____

Gesamtbewertung des Bereiches:

positiv	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; background-color: #ffff00;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	negativ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0															

Anmerkungen:

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse									
2.7 Ernährung		Datum:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mon.</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Mon.	Jahr			
Tag	Mon.	Jahr							

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.7.1 Rahmenbedingungen

=> Sind der Speisesaal und die Essenszeiten patientenfreundlich gestaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Rahmenbedingungen des Essens sind an den Wünschen der Patienten orientiert (z. B. genügend Platz, angenehme Gestaltung der Umgebung, kein Zeitdruck, ausreichendes Angebot) Hinweis: Pat. sollten nicht als Servicekräfte eingesetzt werden	vollständig patientenfreundlich	nur teilweise	nicht patientenfreundlich

2.7.2 Ernährungsberatung und -angebot

=> Werden die Patienten zum Thema "gesunde Ernährung" beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Patienten erhalten eine umfassende Beratung zum Thema gesunde Ernährung - die/der Diätassistent/in während der Mahlzeiten anwesend	alle Patienten werden ausführlich beraten	nur teilweise	keine Beratung

=> Werden Sonderkostformen angeboten?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
ja, und zwar: <ul style="list-style-type: none"> • Vollkost • vegetarische Kost • energiedefinierte Diäten • eiweiß- / elektrolytdefinierte Kost • gastroenterologische Kostformen / Sonderkostformen • kulturell oder religiös definierte Kostformen 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

2.7.3 Ernährungsrichtlinien (*Hinweis: geht vorerst nicht in die Gesamtbewertung ein*)

=> Werden die Richtlinien der relevanten Fachgesellschaften¹ angewandt (auch bei Catering)?

ja nein

1) DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin)

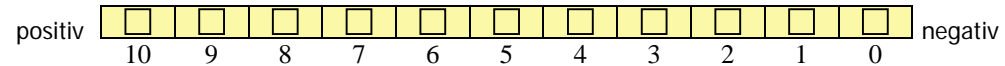
=> Besteht eine Zertifizierung nach dem RAL-Gütesiegel?

ja nein

Informationsquellen:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/ Arzt | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereiches:



Anmerkungen:

Large empty yellow box for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse

2.8 Medizinisches Notfallmanagement

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.8.1 Konzeption

=> Ist das medizinische Notfallmanagement adäquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - schriftlich geregelt; Übungen mind. 1x im Jahr; regelmäßige Schulungen; Einführung neuer Mitarbeiter; geregelte externe Kooperation; Notfallbeauftragter bestimmt	durchgängig geregelt	nur teilweise	kein adäquates Notfallmanagement
=> Wird mindestens 1x im Jahr ein Reanimationstraining durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
=> Gibt es (für jeden Mitarbeiter mit Patientenkontakt) einen schriftlichen Erste-Hilfe-Plan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

2.8.2 Notfallsausstattung

=> Ist jedes Patientenzimmer mit einer ortsfesten Notrufanlage ausgestattet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
=> Ist jede Nasszelle der Patientenzimmer mit einer ortsfesten Notrufanlage ausgestattet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
=> Ist der allgemeine Sanitärbereich (Duschen, Sauna, Umkleide) mit ortsfesten Notrufanlagen ausgestattet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
=> Wird ein gesonderter Bereich für Notfallbehandlung mit Überwachung vorgehalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
=> Ist ein Notfalllabor eingerichtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
=> Ist ein einsatzbereiter Notfallkoffer/-wagen mit Defibrillator und Intubationsbesteck vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bewertungskriterien:

- regelmäßige Wartung ist gesichert (aktuelles Wartungsprotokoll liegt vor; Zuständigkeit ist geklärt)

2.8.3 Qualitätssicherung der Notfallversorgung

=> Werden medizinische Notfälle dokumentiert und in einer Statistik ausgewertet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- systematische, vollständige Erfassung und Auswertung aller Notfälle

ja, vollständig

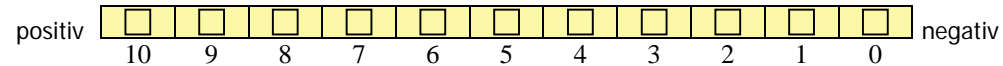
nur teilweise bzw. unsystematisch

nie

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereiches:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse			
2.9 Freizeitangebot		Datum:	Tag
			Mon.
			Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.9.1 Räume und Ausstattung

=> Werden den Patienten Möglichkeiten in der Klinik für die therapiefreie Zeit angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewertungskriterien:

- z. B. Bibliothek, Gemeinschaftsräume, Kreativtherapieräume

(Hinweis: Einzelbewertung entfällt; nur Globalbewertung)

Informationsquellen:

<input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Klinikrundgang	<input type="checkbox"/> Therapeut/in
<input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in	<input type="checkbox"/> Patienten/innen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> Patientenakten	<input type="checkbox"/> _____

Gesamtbewertung des Bereichs:

positiv 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 negativ

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 2: Klinikinterne Prozesse

2.10 Patientenmeinung

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

2.10.1 Bewertung der Behandlung

=> Wie bewerten die Patienten die Behandlungsplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die Erläuterung der Behandlungsziele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die Reha-Pflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die psychologische Beratung und Betreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die übrigen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ

=> Wie bewerten die Patienten die arbeits- und berufsbezogenen therapeutischen Angebote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten Gesundheitsschulung und -training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die medizinischen Verhaltensempfehlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die sozialmedizinische Begutachtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
2.10.2 Bewertung der Organisation des Behandlungsablaufes			
=> Wie bewerten die Patienten die Organisation der Behandlung in der Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Sind den Patienten die Ansprechpartner für die Therapieplanung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bekannt und erreichbar	wenig bekannt oder schlecht erreichbar	unbekannt oder nicht erreichbar
=> Bewerten die Patienten die Organisation der Behandlung als patientenorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ

2.10.3 Bewertung der räumlichen Ausstattung und des Mobiliars

=> Wie bewerten die Patienten die Patientenzimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die Therapieräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten den Freizeitbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ
=> Wie bewerten die Patienten die Einrichtung insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nur positiv	auch negativ	überwiegend negativ

2.10.4 Rückmeldung und Fragen an die Deutsche Rentenversicherung Bund

=> Haben die Patienten Themen angesprochen, die die DRV-Bund unmittelbar selbst betreffen?

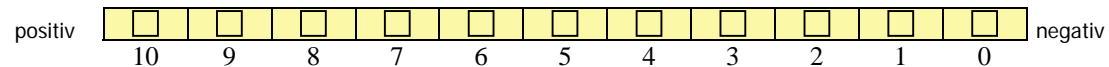
- z. B. Bearbeitung des Antrages, Informationen über die Einrichtung, Wünsche berücksichtigt, Regelung finanzieller Fragen

Hinweis: nicht bewertungsrelevant!

Informationsquelle:

Patienten/innen

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 3: Internes Qualitätsmanagement (iQM)

3.1 Implementierung	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

3.1.1 Qualitätskonzept			
=> Wird ein Konzept zur systematischen Verbesserung der Qualität umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - u. a.: die Ziele der Qualitätspolitik sind definiert und den Mitarbeitern bekannt; es werden regelmäßig Instrumente der Qualitätsentwicklung eingesetzt - oder ein gängiges QM-System ist implementiert (z. B. nach DIN/EN/ISO 9001)	ein Konzept zur systematischen Verbesserung der Qualität wird umgesetzt	das Konzept ist lückenhaft oder wird nur unsystematisch umgesetzt	noch kein Konzept vorhanden

Informationsquellen:

<input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Klinikrundgang	<input type="checkbox"/> Therapeut/in
<input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in	<input type="checkbox"/> Patienten/innen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> Patientenakten	<input type="checkbox"/> _____

Gesamtbewertung des Bereichs:

positiv negativ
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 3: Internes Qualitätsmanagement									
3.2 Qualitätsmanagementbeauftragte/r		Datum:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Tag</td> <td style="padding: 2px;">Mon.</td> <td style="padding: 2px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Mon.	Jahr			
Tag	Mon.	Jahr							

	vorhanden?
--	-------------------

3.2.1 Benennung				
=> Ist ein/e QM-Beauftragte/r benannt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

3.2.2 Position der/des QM-Beauftragten				
=> Ist die/der QM-Beauftragte der Klinikleitung/Geschäftsführung unmittelbar unterstellt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

3.2.3 Strukturelle Gegebenheiten für die/den QM-Beauftragte/n				
=> Sind die Aufgaben der/des QM-Beauftragten klar definiert?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
=> Verfügt die/der QM-Beauftragte über adäquate Kapazitäten (z. B. Zeit, Zugriff auf Schreibdienst)?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

3.2.4 QM-Handbuch				
=> Ist ein QM-Handbuch vorhanden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Informationsquellen:		
<input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Klinikrundgang	<input type="checkbox"/> Therapeut/in
<input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in	<input type="checkbox"/> Patienten/innen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> Patientenakten	<input type="checkbox"/> _____

Gesamtbewertung des Bereichs:																									
positiv	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	negativ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0															

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 3: Internes Qualitätsmanagement

3.3 Einbeziehung der Mitarbeiter

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

3.3.1 Integration

=> **Kennen die Mitarbeiter ihre spezifischen Aufgaben aus dem Klinikkonzept?**

Bewertungskriterien:

- den Mitarbeitern dient das Klinikkonzept als Arbeitsgrundlage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alle Mitarbeiter kennen das Konzept	das Konzept ist nur teilweise bekannt	das Konzept ist nicht bekannt

=> **Wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet?**

Bewertungskriterien:

- systematisch organisiert durch regelmäßige Besprechungen im Reha-Team und durch Leitungskonferenzen u. a.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interdisziplinäre Zusammenarbeit ist systematisch organisiert	unsystematisch organisiert (z. B. nach Bedarf)	nicht gewährleistet

=> **Ist die Einarbeitung neuer Mitarbeiter schriftlich geregelt?**

ja nein

3.3.2 Förderung von Kompetenzen

=> **Besteht ein Schulungs- und Fortbildungsplan?**

ja nein

=> **Finden regelmäßig interne Teamfortbildungen statt?**

ja nein

=> **Wird der Zugang zu Fachinformationen unterstützt?**

Bewertungskriterien:

- z. B. durch Mitarbeiterbibliothek, Fachzeitschriften, Internetzugang

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr umfassend	teilweise	gar nicht

= > Wie viele Mitarbeiter/innen besitzen sozialmedizinische Kompetenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - insbesondere eine Zusatzausbildung in Sozialmedizin oder Teilnahme an sozialmedizinischen Kursen	mind. zwei	ein/e	kein/e

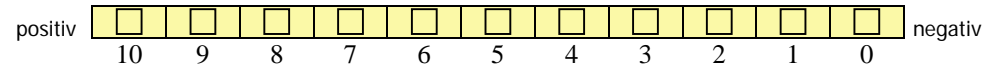
3.3.3 Qualitätssicherung der Mitarbeiterorientierung

= > Bestehen Strukturen und Konzepte, die eine Mitarbeiterorientierung gewährleisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - regelmäßig standardisierte Mitarbeitergespräche, anonymisierte Mitarbeiterbefragung, systematische Feedback-Möglichkeiten für Mitarbeiter	systematisch und in allen Bereichen	teilweise bzw. unsystematisch	nicht gewährleistet

Informationsquellen:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinikrundgang | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsleiter/in | <input type="checkbox"/> Patienten/innen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Patientenakten | <input type="checkbox"/> _____ |

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 3: Internes Qualitätsmanagement (QM)

3.4 Instrumente des internen Qualitätsmanagements

Datum:

Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel

3.4.1 Risikomanagement

=> Gibt es ein Konzept zur medizinischen Risikoreduzierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - systematische präventive und reaktive Verringerung von Gefahrenquellen	systematische Risikoreduzierung ist gewährleistet	unsystematischer Umgang mit Risiken	kein Risikomanagement
=> Gibt es eine Komplikationsstatistik/ bzw. -datenbank?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3.4.2 Qualitätszirkel

=> Gibt es ein Konzept für Qualitätszirkel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - Konzept mit klaren Regelungen für Zeitrahmen, Teilnehmer, Zuständigkeiten, Umsetzung der Beschlüsse	QS-Zirkel finden systematisch geregelt nach Konzept statt	unsystematische Umsetzung	kein Konzept
=> Werden QS-Zirkel regelmäßig einberufen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3.4.3 Patientenbeschwerden-Management

=> Gibt es ein Management für Patientenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertungskriterien: - die Patienten werden über die verschiedenen Möglichkeiten sich zu beschweren, rechtzeitig und ausführlich informiert - auf alle Beschwerden wird geantwortet - Beschwerden werden erfasst, ausgewertet und für Verbesserungen genutzt - die Patienten können ihren Entlassungsbericht rechtzeitig vor der Entlassung lesen	systematischer Umgang mit Beschwerden ist gewährleistet	unsystematischer Umgang mit Beschwerden	kein Beschwerdemanagement

Dimension 4: Strukturmerkmale

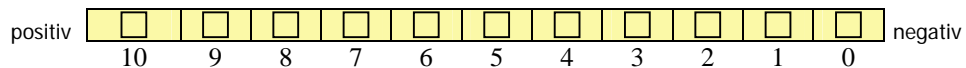
4.1 Klinikkonzept		Datum:		
		Tag	Mon.	Jahr

	ja	nein
--	-----------	-------------

4.1.1 Formale Anforderungen

=> Liegt ein schriftliches Gesamtkonzept vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Ist das Konzept mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
=> Wird das Therapiekonzept regelmäßig überarbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale

4.3 Einschränkung des Konsum von Alltagsdrogen	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

ja	nein
----	------

4.3.1 Nikotin

= > Besteht Rauchverbot im gesamten Klinikgebäude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Hinweis: aber ein Raucherpavillon auf dem Klinikgelände wird akzeptiert

4.3.2 Alkohol und andere psychotroper Substanzen

= > Ist der Konsum psychotroper Substanzen verboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Hinweis: die Einnahme von Medikamenten mit psychotroper Wirkung ist ausdrücklich nur erlaubt, wenn sie ärztlich verordnet werden

Gesamtbewertung des Bereichs:

positiv negativ

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.4 Indikationsübergreifende Funktionsräume	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

	vorhanden?	
	ja	nein
4.4.1 Lehrküche ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.2 Sport- und Gymnastikhalle ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.3 Räume für medizinische / gerätegestützte Trainingstherapie ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.4 Vortragsräume (auch für Großgruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.5 Räume für Gruppenarbeit (für Ergotherapie und für Kreativtherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.6 medizinischer Behandlungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.7 Funktionsraum für Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.8 Raum mit Internetzugang für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1) auch in Kooperation
 2) kein Basiskriterium

Gesamtbewertung des Bereichs:
positiv negativ 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Anmerkungen:
evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.5 Indikationsspezifische Funktionsbereiche	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

		vorhanden?	
		ja	nein
4.5.1	Räume für Einzeltherapiegespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.2	Räume für Gruppentherapiegespräche und für Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.3	Räume für spezielle psychiatrische oder psychologische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.4	Räume für Biofeedback ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.5	Räume für spezielles kognitives Training ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.6	sonstige besondere Funktionsräume ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁾ kein Basiskriterium

<p>Gesamtbewertung des Bereichs:</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> positiv <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">10</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> </table> negativ </div>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
<p>Anmerkungen:</p> <div style="background-color: #ffffcc; height: 400px; border: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div>											
<p>evtl. Fortsetzung auf der Rückseite</p>											

Dimension 4: Strukturmerkmale

4.6 Patientenzimmer	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

Bewertung		
keine/leichte Mängel	deutliche Mängel	schwere Mängel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6.1 Patientenzimmer	
Bewertungskriterien: Größe, Ausstattung, Zustand	
Anzahl der Einzelzimmer	
Anzahl der Doppelzimmer	
Anzahl der Zimmer mit mehr als drei Betten	
Anzahl der allergenarmen Zimmer	
Anzahl der höhenverstellbaren Betten	
Anzahl der Betten für übergroße Patienten	

4.6.2 Besondere Ausstattung für Patienten/innen mit Behinderungen	
Anzahl der rollstuhlgerechten Zimmer	
Anzahl der behindertengerechten Zimmer	

		ja	nein
4.6.3 Ist die Aufnahme von Begleitkindern möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: ggf. nähere Angaben zur Unterbringung und zur Betreuung in den Anmerkungen

Gesamtbewertung des Bereichs:

positiv negativ

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale

4.7 Diagnostische Grundausstattung	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

	vorhanden?	
	ja	nein
4.7.1 Klinisches Labor ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.2 Mehrkanal-/Ruhe-EKG ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.3 Langzeit-EKG ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.4 Dopplersonographie ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.5 Langzeitblutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.6 Spirometrie ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.7 Psychometrische Verfahren ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insbesondere zur Messung von:		
- Beschwerden, Symptomen, Befindlichkeit und Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krankheitsausprägung (z. B. Abhängigkeit, Angst, Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kognitiver Leistungsfähigkeit (z. B. Konzentration, Merkfähigkeit, Intelligenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Berufsbezogenen psychischen Merkmalen (z. B. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Behandlungsverlauf und -ergebnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.8 Psychophysische Belastungsdiagnostik ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verfahren zur Beurteilung der psychophysischen Belastungsfähigkeit unter simulierten Belastungsbedingungen (z. B. Wiener Determinationsgerät)		

1) auch in Kooperation
2) kein Basiskriterium

Gesamtbewertung des Bereichs:

positiv
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
 negativ

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.8 Medizinisch-technische Ausstattung	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

		vorhanden?	
		ja	nein
4.8.1	Internistische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.2	Gastroenterologische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.3	Neuropsychologische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.4	Orthopädische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.5	Dermatologische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.6	Gynäkologische Diagnostik ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.7	Biofeedbackgeräte ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.8	Ergometriemessplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.9	Medizinische-Trainingstherapie-Einheit ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) auch in Kooperation

<p>Gesamtbewertung des Bereichs:</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 10px;"> positiv <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">10</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> </table> negativ </div>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
<p>Anmerkungen:</p> <div style="background-color: #ffffcc; height: 400px; border: 1px solid black;"></div>											

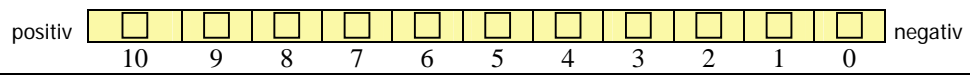
evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.9 Therapeutisches Angebot	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

		vorhanden?	
		ja	nein
4.9.1	Indikationsspezifische Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.2	Medizinische gerätegestützte Trainingstherapie ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.3	Ergometertraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.4	Thermo-, Hydro-, Balneotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.5	Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.6	Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.7	Sport-/Bewegungstherapie ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.8	Ergotherapie/arbeitsorientiertes Training ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.9	Bewerbungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.10	EDV-Schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.11	interne und externe Arbeitsbelastungserprobung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.12	Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.13	Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.14	Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.15	Beratung zur finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.16	Belastungserprobung im alltäglichen sozialen Umfeld ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.17	Gruppenpsychotherapie ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.18	Einzelspsychotherapie ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.19	Psychopharmakotherapie ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.20	indikative Psychotherapiegruppe (z. B. Psychotraumatisierung/ Angst /Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.21	Neuropsychologische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.22	Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.23	Entspannungsverfahren ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.24	Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.25	Kreativtherapie (Gestaltungs-/Musik-/Kunst-/Tanz-/Bewegungstherapie) ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.26	Angehörigenseminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Basiskriterium

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale

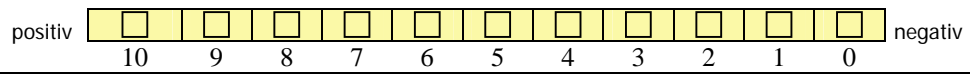
4.10 Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

		vorhanden?	
		ja	nein
4.10.1	gesunde Ernährung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.2	Genussmittel und Alltagsdrogen ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.3	Raucherentwöhnung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.4	Medikamente – Wirkungen und Nebenwirkungen ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.5	Umgang mit Alltagsstress ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.6	Schmerzbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.7	Infektionskrankheiten ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.8	Sexualberatung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.9	Bewegung und Gesundheit ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.10	„Herz und Kreislauf“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.11	Blutdruckselbstmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.12	INR-Selbstmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.13	Herzinsuffizienz-Schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.14	Rückenschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.15	Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.16	Beratung Katheter und Sondensysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.17	Stomaberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.18	Essstörungen/Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.19	Selbstversorgung im Alltagsleben ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.20	Problem- /Konfliktlösung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.21	Elternrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.22	Schlafstörungen ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.23	geschlechtsspezifische Beratung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.24	weitere Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja, und zwar

1) Basiskriterium

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

Large empty yellow area for notes.

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.11 Medizinisch-therapeutisches Personal	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

		vorhanden?	
		ja	nein
4.11.1	Ärztliche Anwesenheit 24 h im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.2	Rufbereitschaft durch eine/n Fach- bzw. Oberarzt/-ärztin ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.3	Leitende/r Arzt /Ärztin mit entsprechendem Facharzttitle ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.4	Leitende/r Arzt /Ärztin mit Zusatzqualifikation Sozialmedizin oder Rehawesen ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.5	Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet: <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> Zeitraum: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> für Sozialmedizin: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> für Rehawesen: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>		
4.11.6	Arzt/Ärztin, Dipl.-Psychologe/in u. Dipl.-Sozialarbeiter/in mit psychother. Qualifikation ¹⁾ Bewertungskriterium für psychotherapeutische Qualifikation: - Facharzt mit psychotherapeutischer Qualifikation, Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ - Psychologische/r Psychotherapeut/in - anerkannte Suchttherapieausbildung (Hinweis: u.. U. auch in fortgeschrittener Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.7	Psychotherapeut/in mit spezieller Kompetenz für die Psychotherapie bei Rehabilitanden ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse ja, und zwar in <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> und in <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.8	Krankenschwester/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.9	mind. ein/e examinierte/r Krankenschwester/-pfleger 24 h im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.10	Physiotherapeut/in ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.11	Diplom-Sportlehrer/in, Gymnastiklehrer/in ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.12	Medizinischer Bademeister/in, Masseur/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.13	Diplom-Sozialarbeiter/in ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.14	Reha-Berater/in ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.15	Ergotherapeut/in; Arbeitserzieher/in ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.16	Med. Ernährungsberater/in; Diätassistent/in; Dipl.-Ökotrophologe/in ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.17	Arzthelfer/in, Med.-techn. Funktionsassistent/in, Funktionsschwester/-pfleger ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.18	Diabetesberaterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.19	Kreativtherapeut/in (Gestaltungs-, Musik-, Kunst-, Tanz-, Bewegungsther.) ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vorhanden?	
ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11.20 Sprach-/Sprechtherapeutin; Logopädin

4.11.21 Weitere Berufsgruppen

und zwar

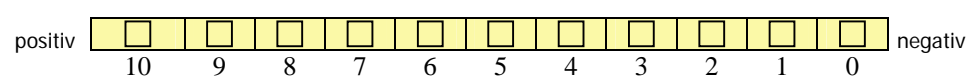
4.11.22 Möglichkeit der fachärztlichen Mitbehandlung

und zwar in der Fachrichtung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 1) Basiskriterium
- 2) auch in Kooperation

Gesamtbewertung des Bereichs:



Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

Dimension 4: Strukturmerkmale				
4.12 Einhaltung besonderer gesetzlicher Vorgaben	Datum:	Tag	Mon.	Jahr

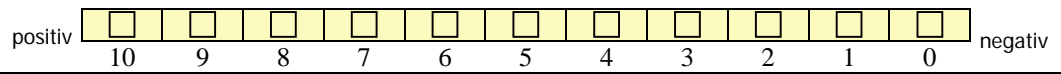
	ja	nein
4.12.1 Hygiene		
=> Werden die Hygienevorschriften eingehalten?	□	□
Bewertungskriterien: u. a.: Hygienebeauftragte/r und Hygienekommission benannt; Hygieneplan vorhanden		
4.12.2 Datenschutz		
=> Werden die Datenschutzbestimmungen eingehalten?	□	□
Bewertungskriterien: u. a.: Datenschutzbeauftragte/r benannt; Patienten und „Fremde“ haben keinen Zugang zu geschützten Daten		

Anmerkungen:

evtl. Fortsetzung auf der Rückseite

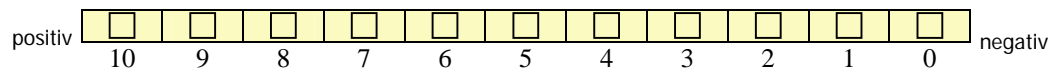
Abschließende Gesamtbewertungen

Globalbewertung der Dimension 1: ärztliche und therapeutische Prozesse



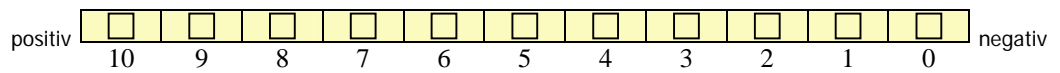
Anmerkung / Begründung:

Globalbewertung der Dimension 2: klinikinterne Prozesse



Anmerkung / Begründung:

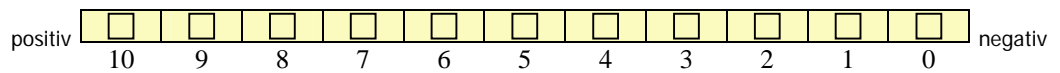
Globalbewertung der Dimension 3: internes Qualitätsmanagement



Anmerkung / Begründung:

Empty yellow box for notes and justification.

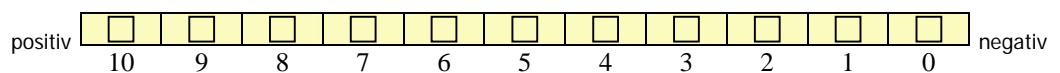
Globalbewertung der Dimension 4: Strukturmerkmale



Anmerkung / Begründung:

Empty yellow box for notes and justification.

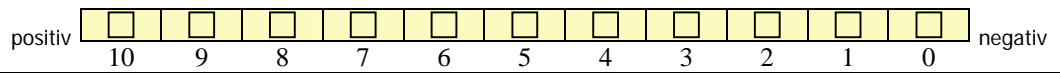
Globalbewertung des Merkmals „baulicher Zustand und Ausstattung“



Anmerkung / Begründung:

Empty yellow box for notes and justification.

Globalbewertung der gesamten Einrichtung / Abteilung



Anmerkung / Begründung:

Large empty yellow rectangular area for providing notes or justifications.

Fazit der Visitation

Zusammenfassende Schlussfolgerung aus der Visitation:

Large empty yellow rectangular area for providing a summary conclusion from the visitation.