

# **Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung**

- **Medizinische Reha-Einrichtungen**
  - Stationäre Rehabilitation
  - Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation
  - Ganztägig ambulante Rehabilitation

2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Juli 2014



## 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**

Tel.: 030 865-35958

E-Mail: [berthold.lindow@drv-bund.de](mailto:berthold.lindow@drv-bund.de)

#### **Verena Bonn**

Tel.: 030 865-31837

E-Mail: [verena.bonn@drv-bund.de](mailto:verena.bonn@drv-bund.de)

#### **Sekretariat**

Tel.: 030 865-32827 oder 030 865-32219

Weitere Informationen zur Reha-Qualitätssicherung finden Sie im Internet unter:  
[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

Rubrik: Rente & Reha → Rehabilitation → Reha-Qualitätssicherung

**oder**

Fachinfos → Sozialmedizin und Forschung → 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

**Frau Dr. Nathalie Glaser-Möller**

Teamleiterin der Stabsstelle Reha-Strategie und Steuerung  
Deutsche Rentenversicherung Nord  
Lübeck

**Herrn Dr. Here Klosterhuis**

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

**Herrn Ulrich Theißen**

Fachbereichsleiter Reha-Management,  
Abteilung Betriebswirtschaftliche Steuerung  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland  
Düsseldorf

**Herrn Michael Zellner**

Leiter der Abteilung Kliniken  
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd  
München

\* Alle in der vorliegenden Broschüre verwendeten Berufs-, Personen- und Gruppenbezeichnungen gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.

Wir danken den Mitgliedern 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 Dr. Michael Körner**

Als Vertreter der Region West  
Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Münster

**Herrn Jürgen Trutter**

Als Vertreter der Region Südwest  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz  
Speyer

**Frau Petra Kirchner**

Als Vertreterin der  
Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Bochum

**Herrn Dr. Ralph Jäger**

Als Vertreter der  
Deutschen Rentenversicherung Bund  
Berlin

**Frau Nicola Wenderoth**

Als Vertreterin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund  
Berlin

**Herrn Berthold Lindow**

Als Leiter der Projektgruppe  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Berlin

# Inhaltsverzeichnis

1	<b>Vorwort</b>	6
2	<b>Einführung</b>	8
2.1	<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	9
2.2	<b>Strukturqualität und Reha-Qualitätssicherung</b>	9
3	<b>Merkmale der Strukturqualität</b>	11
3.1	<b>Belegungsrelevante Merkmale</b>	11
3.2	<b>Anforderungen an die Barrierearmut</b>	11
3.3	<b>Räumliche Anforderungen</b>	11
3.4	<b>Medizinisch-technische Anforderungen</b>	12
3.5	<b>Anforderungen an besondere Ernährungsformen</b>	12
3.6	<b>Personelle Anforderungen</b>	12
3.6.1	<b>Auswirkungen der Bologna-Reform auf die Personalanforderungen</b>	13
3.6.2	<b>Personelle Anforderungen – Somatik stationär</b>	15
3.6.3	<b>Personelle Anforderungen – Psychosomatik, Sucht</b>	20
3.6.4	<b>Personelle Anforderungen – ganztägig ambulante Rehabilitation</b>	23
3.6.5	<b>Personelle Anforderungen – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen</b>	26
4	<b>Strukturnahe Prozessmerkmale</b>	31
4.1	<b>Merkmale zur Organisation</b>	31
4.2	<b>Interne Kommunikation, Personalentwicklung</b>	31
4.3	<b>Spezifische Konzepte und Schulungen</b>	31
4.4	<b>Internes Qualitätsmanagement</b>	32
5.	<b>Relevanz der Strukturmerkmale</b>	33
5.1	<b>Räumliche, technische und konzeptionelle Strukturqualität</b>	33
5.2	<b>Personelle Strukturqualität</b>	34
6.	<b>Umsetzung der Strukturqualität – Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen</b>	35
7.	<b>Strukturqualität im Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“</b>	37
8.	<b>Literatur</b>	38
Anhang 1:	<b>Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen</b>	41
Anhang 2:	<b>Überblick über alle Strukturmerkmale</b>	45

# 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.

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.

Die federführenden Rentenversicherungsträger haben auch im Rahmen von Visitationen die Möglichkeit, einen Abgleich mit den erhobenen Ausstattungs- und Personaldaten vorzunehmen. Darauf aufbauend gilt es, Rehabilitationskonzepte sowie leitlinienorientierte Prozessabläufe mit der Reha-Einrichtung zu diskutieren. Aus diesem Prozess ergeben sich Erfolgsparameter, die verdeutlichen, inwieweit und mit welchem Aufwand das Rehabilitationsziel einer dauerhaften Teilhabe am Erwerbsleben erreicht werden kann. So wird durch systematische Erfassung von Vorher- und Nachhervergleichen und mittels routinemäßiger katamnestic 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, die Reha-Einrichtungen und die Versicherten herstellen.

Die Projektgruppe „Strukturanforderungen“ hat auf der Grundlage von bestehenden Anforderungen der Rentenversicherungsträger ein Regelwerk erarbeitet, das anschließend in den Gremien der Deutschen Rentenversicherung beschlossen und im Mai 2010 publiziert wurde. Nach zweijähriger Erfahrung mit dem Instrument und in Vorbereitung einer erneuten Strukturhebung wurden unter Beteiligung der RV-Träger sowohl die Strukturanforderungen als auch die Strukturhebungsbögen aktualisiert. Neu wurden dabei Anforderungen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und für die ganztägig ambulante Rehabilitation erstellt. In die Überarbeitung wurden ebenso zahlreiche Experten und die Verbände der Leistungserbringer einbezogen. Eine wichtige Frage war dabei, welche Auswirkungen die Bologna-Reform auf die Anforderungen an die Qualifikation von Mitarbeitern in der Rehabilitation hat. Indikationsübergreifend wurden hier in der Deutschen Rentenversicherung Regelungen für Mitarbeiter mit neuen Berufsabschlüssen geschaffen. Die Strukturanforderungen bleiben ein „lernendes“ Modell, das einerseits angemessene verbindliche Strukturvorgaben vorsieht, andererseits Raum lässt für innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation und genügend Spielraum für die Umsetzung solcher Konzepte einräumt.

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 sollen die vorliegenden Strukturrahmen im medizinischen und therapeutischen Bereich Kooperationen mit anderen Einrichtungen desselben Standorts und weiteren verfügbaren Kompetenzen ermöglichen.

Durch die Umsetzung der Strukturanforderungen werden auch weiterhin die Qualitätsstandards der Einrichtungen sichergestellt und gefördert. 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. Ebenso bedanken wir uns für die vielen, sehr konstruktiven Anregungen aus den Rehabilitationseinrichtungen, sowohl in privater als auch in öffentlicher Trägerschaft.

Dr. Axel Reimann  
Präsident  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Thomas Keck  
Erster Direktor  
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

## 2. Einführung

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 [14]. Die rehabilitative Versorgung muss dabei immer neben der funktionalen Gesundheit des Rehabilitanden auch dessen soziales und berufliches Umfeld berücksichtigen [16]. 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 unter den Begriffen Strukturqualität und Prozessqualität beschrieben werden.

Vor diesem Hintergrund hat der „Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze“ (AKRQG) der Deutschen Rentenversicherung eine Projektgruppe beauftragt, rentenversicherungswelt einheitliche Maßstäbe für die Strukturqualität zu erarbeiten, die als verbindliche Anforderungen umgesetzt werden sollen. Diese wurden im Mai 2010 publiziert. In die Überarbeitung der jetzt vorliegenden Broschüre wurden die in einer Umfrage ermittelten Erfahrungen der Rentenversicherungsträger mit den Strukturanforderungen, Hinweise von Verbänden und Reha-Einrichtungen und Veränderungen durch die Bologna-Reform einbezogen. Außerdem wurden die ambulante Rehabilitation sowie die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen als Versorgungsbereiche neu mit eigenen Erhebungsbögen aufgenommen. Die vorgelegten Ergebnisse orientieren sich an den Instrumenten „Strukturerhebung und Bewertung der Strukturqualität“ und den in der Rentenversicherung angewandten Anhaltswerten für die Personalbemessung. Die Anforderungen beziehen sich auf die rentenversicherungseigenen und die von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegten 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 besondere Bedingungen beim Versorgungsaufwand (z. B. bei Anschlussrehabilitation (AHB)) oder die Umsetzung in kleinen Abteilungen.

Bei der Umsetzung der Strukturanforderungen kommt dem federführenden RV-Träger hohe Verantwortung zu. Er muss innerhalb der vorgegebenen Regelungen standortspezifische Lösungen unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten finden, die mit anderen Reha-Einrichtungen vergleichbare hochwertige Reha-Leistungen gewährleisten.



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 Sozialversicherungsträger 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.

## **2.1 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, indem 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“ [32].

Die Projektgruppe hat vorrangig das Ziel der Realisierung einer weitgehenden baulichen Barrierearmut verfolgt.

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 stellen die erwartete Strukturqualität dar.

## **2.2 Strukturqualität und Reha-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 [11, 15]. Basis ist eine bedarfsgerechte Strukturqualität.

Übergeordnetes Ziel ist die Optimierung der Rehabilitation, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungvergleiche erreicht werden soll [28]. 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 [35]. 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 rentenversicherungswest 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 [27]. Hierbei wurden die Erfahrungen aus früheren Strukturhebungen genutzt. Die Weiterentwicklung zeichnete sich insbesondere dadurch aus, dass insgesamt 10 indikationsspezifische Erhebungsbögen vorlagen. 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. Innerhalb der Rentenversicherung wurde auf der Grundlage dieses Instrumentes erstmalig im Jahre 2007 eine rv-weite Strukturhebung durchgeführt [30].

Initiiert durch die Umsetzung der Strukturhebung und die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wurde erneut eine Aktualisierung der Materialien vorgenommen. Schwerpunkte der Überarbeitung waren die Beschränkung auf Merkmale, die für die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung relevant sind und solche, die die RV-Träger bei der Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung unterstützen. Zusätzlich sollten die Auswirkungen der Bologna-Reform, die zu neuen Berufsabschlüssen führt, berücksichtigt werden.

## 3. Merkmale der Strukturqualität

Im Zusammenhang mit dem Stellenwert von Strukturmerkmalen bei der Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen muss das RV-Träger übergreifende Konzept der Anforderungen an die Strukturqualität regelmäßig aktualisiert werden. Auf der Basis der Erfahrungen mit der durchgeführten Strukturhebung, der Anwendung der Strukturanforderungen seit 2010 und der aktuellen Entwicklungen wurden die Anforderungen übergreifend aktualisiert.

### 3.1 Belegungsrelevante Merkmale

Bisher wurden strukturelevante und zuweisungsrelevante Merkmale unterschieden. Obwohl die Erfüllung der strukturelevanten Merkmale grundsätzlich erwartet wird, zeigte die durchgeführte Strukturhebung, dass dies nicht in jedem Fall und zu jeder Zeit gegeben ist. Im Einzelfall war das Nichtvorhandensein vorübergehend oder – bei einer spezifischen Konstellation – auch dauerhaft akzeptabel. In der Gruppe der strukturelevanten Merkmale gibt es jedoch einige, deren Vorhandensein für eine Inanspruchnahme unerlässlich ist. Diese wenigen Merkmale wurden in der neuen Gruppe „belegungsrelevante Merkmale“ zusammengefasst.

### 3.2 Anforderungen an die Barrierearmut

Der Gesetzgeber sieht eine barrierefreie Leistungserbringung vor. Da eine umfassende Barrierefreiheit nicht in allen Reha-Einrichtungen realisiert werden kann, wurde in der Broschüre der Begriff Barrierearmut gewählt. Die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Merkmale berücksichtigen u. a. Beeinträchtigungen der Mobilität, daher wird z. B. ein rollstuhlgerechter Zugang in die Einrichtung erwartet. Ebenso soll es Rehabilitanden mit Beeinträchtigungen der Mobilität möglich sein, an allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Rehabilitation teilzuhaben.

### 3.3 Räumliche Anforderungen

Die Merkmale der räumlichen Anforderungen lassen sich mehreren Ebenen zuordnen. Zum einen finden sich Merkmale, die die Ausgestaltung der Rehabilitandenzimmer sowie der Einrichtung betreffen. Darüber hinaus werden berufsgruppenspezifische Funktionsräume abgebildet. Hierzu gehören z. B. die Lehrküche, das Bewegungsbad, aber auch die Räumlichkeit, um Einzelgespräche zu führen. Bei der Strukturhebung wird dabei lediglich das Vorhandensein eines räumlichen Merkmals bewertet. Für weitere Spezifikationen (z. B. Raumgröße oder -eignung) ist im Rahmen der Strukturhebung kein Bewertungskonzept vorgesehen.

**Die Instrumente der Strukturhebung sind für die differenzierte Abbildung der Strukturqualität geeignet. Die Erfüllung der strukturelevanten Merkmale zur räumlichen Ausstattung entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität. In den Erhebungsinstrumenten werden die Merkmale den Kategorien belegungsrelevant, strukturelevant oder zuweisungsrelevant zugeordnet (5.1).**

### 3.4 Medizinisch-technische Anforderungen

In diesem Bereich sind Merkmale der räumlichen und apparativen Ausstattung zur Erbringung diagnostischer Leistungen enthalten. Es kann zwischen Basisdiagnostik, die in allen stationären und ganztägig ambulanten Reha-Einrichtungen erwartet wird, und indikationsspezifischen diagnostischen Merkmalen unterschieden werden. Insbesondere aufwändige und seltene Diagnostik kann auch in Kooperation durchgeführt werden.

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

### 3.5 Anforderungen an besondere Ernährungsformen

Rehabilitanden kommen mit bestehenden Ernährungsgewohnheiten in die Reha-Einrichtungen. Häufig ist aus rehabilitationsmedizinischer Sicht eine Umstellung wünschenswert, in anderen Fällen sind spezielle Kostformen medizinisch geboten. Die Strukturanforderungen beziehen daher Merkmale ein, die sich auf das Ernährungsangebot und dessen Umfang beziehen. Für die Ausprägung der Merkmale wurde auf die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2007) codierbaren Leistungen zurückgegriffen. Empirisch wurden die bisherigen Codierungen berücksichtigt.

### 3.6 Personelle Anforderungen

Die Instrumente zur Strukturhebung selbst geben keine Anhaltzahlen für die Personalbemessung vor. Die in der bisherigen Praxis angewandten Anhaltzahlen der einzelnen RV-Träger wurden durch eine rentenversicherungsweite Abfrage ermittelt. Die daraus abgeleiteten Orientierungsstellenpläne als Anforderungen der Rentenversicherung, in denen indikationsspezifisch die für die Leistungserbringung erforderlichen Berufsgruppen aufgeführt werden, sind unter Punkt 3.6.2 - 3.6.5 beschrieben. Die Angaben sind systematisch mit den Merkmalen der Strukturhebungsbögen vergleichbar. Die Regelungen gelten für die stationäre und die ganztägig ambulante Rehabilitation aller Indikationen in gleicher Weise. Die Berufsgruppen sind hier ebenfalls indikationsspezifisch zugeordnet. Ein Teil der anzugebenden Berufe ist in der Rentenversicherung zwar akzeptiert, wird aber nicht obligatorisch gefordert. Die Auswahl der in der Strukturhebung konkret benannten Berufsgruppen bedarf einer regelmäßigen Aktualisierung und Vervollständigung. Die Daten der personellen Ausstattung aus den Ergebnissen der Strukturhebung 2007 zeigen weitgehend die Erfüllung von Anforderungen bezüglich der Kernkompetenzen. Werden personenbezogene Leistungen in Kooperation erbracht, werden sie anteilig berücksichtigt, sofern sie vertraglich vereinbart und im zeitlichen Umfang bestimmbar sind. Die von der Rentenversicherung erwarteten Berufsgruppen werden auch durch zukünftige Strukturhebungen vollständig mit Angaben zur erforderlichen Qualifikation erfasst. Zusätzliche Berufsgruppen können von den Reha-Einrichtungen mit Zuordnung zu den Funktionsgruppen angegeben werden. Sowohl der Bereich organisatorische Anforderungen (4.1) als auch der Bereich interne Kommunikation, Personalentwicklung (4.2) enthält Merkmale, die Auswirkungen auf die Personalbemessung haben, wie Aufnahme-prozedere, Visitenorganisation, Reha-Team Besprechungen, Präsenz in der Einrichtung und Dienstbereitschaft. Da es sich um strukturelevante Merkmale handelt, deren Erfüllung erwartet wird, werden deren Auswirkungen auf die Personalbemessung berücksichtigt.

**Die Erfüllung der personellen Anforderungen (s. Tab. 1 - 4) entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.**

### 3.6.1 Auswirkungen der Bologna-Reform auf die Personalanforderungen

Bei den personellen Anforderungen hat sich die Rentenversicherung bisher auf die herkömmlichen Qualifikationen und Berufsabschlüsse bezogen. Durch die Bologna-Reform, das Vorhaben einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen, haben sich die Voraussetzungen tiefgreifend verändert. In zahlreichen für die Rehabilitation relevanten Berufsgruppen ändern sich mit den neuen Studiengängen sowohl Ausbildungsinhalte als auch -abschlüsse. Damit stehen dem Arbeitsmarkt zukünftig beispielsweise anstelle diplomierter Studienabgänger zunehmend einerseits Bachelor-Absolventen, andererseits Master-Absolventen zur Verfügung. Hiervon betroffen sind insbesondere Diplom-Psychologen, Diplom-Sportlehrer und Diplom-Sportwissenschaftler, Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen sowie Diplom-Oekotrophologen und Ernährungswissenschaftler. Dabei besteht die Neuerung darin, dass zum einen zwei Qualifikationsstufen eingerichtet wurden, zum anderen finden z. T. deutlich stärkere Spezialisierungen der Studiengänge innerhalb des Faches statt. Einheitliche und verbindliche Rahmenhochschulpläne für die Fächer, die eine Gleichwertigkeit der Studieninhalte gewährleisten, bestehen nicht mehr. Für viele der bisherigen Ausbildungsberufe besteht darüber hinaus die Möglichkeit, zusätzlich zur Ausbildung ein Studium mit den Abschlüssen Bachelor oder Master zu absolvieren. Dies betrifft in der medizinischen Rehabilitation überwiegend die Physiotherapeuten, die Ergotherapeuten, die Pflegekräfte sowie die Sprachtherapeuten.

Die Deutsche Rentenversicherung sieht in den von ihr belegten stationären und ganztätig ambulanten Reha-Einrichtungen einen bedeutsamen Arbeitsmarkt, der von den Veränderungen der Ausbildungsgänge betroffen ist. Ihre Verantwortung für die Strukturqualität wahrnehmend, hat sie daher entschieden, die Möglichkeiten, die sich aus der neuen Situation ergeben, intensiv zu prüfen. Im Wesentlichen verfolgt sie vier Ziele:

- eine hohe Qualität der rehabilitativen Versorgung beizubehalten,
- einen rentenversicherungswest einheitlichen Umgang mit den Personalanforderungen zu gewährleisten,
- den Reha-Einrichtungen ein transparentes Konzept der personellen Anforderungen zur Verfügung zu stellen und
- den Absolventen mit den neuen Qualifikationen Arbeitsfelder in der Rehabilitation aufzuzeigen.

Zur Prüfung, welche der neuen Qualifikationen das Personal der eigenen und federführend belegten Reha-Einrichtungen der Rentenversicherung haben muss, um die medizinische Rehabilitation auch weiterhin auf hohem Qualitätsniveau durchführen zu können, wurden in einem ersten Schritt Vertreter der Berufsverbände zu der Umstellung der Studiengänge und ihren Auswirkungen befragt. Es wurde deutlich, dass grundsätzlich alle Absolventen mit neuen Berufsabschlüssen der genannten Berufsgruppen in der Rehabilitation eingesetzt werden können. Die nachfolgende Diskussion in der Rentenversicherung hat daher zu einer grundsätzlichen Entscheidung zum Vorgehen geführt: Eine Anpassung der personellen Anforderungen an die neuen Berufsabschlüsse kann nicht ausschließlich als formale Prüfung erfolgen, sondern muss an den Aufgaben orientiert sein, die in einer Reha-Einrichtung erbracht werden. Bestehende Aufgaben und die hierfür erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter (Bachelor- oder Master-Abschluss) können z. B. auf der Grundlage der Leistungsinhalte und Qualitätsmerkmale der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) identifiziert werden. Durch die neuen Abschlüsse unterschiedlichen Niveaus entstehen hierarchische Komponenten, die eine differenzierte Zuordnung von Aufgaben ermöglichen. So können viele Tätigkeiten auch von Bachelor-Absolventen übernommen werden, während Master-Absolventen deren Fachaufsicht, Aufgaben der konzeptionellen Entwicklung, der Außendarstellung sowie der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen übernehmen. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Rentenversicherung in allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation auch Aufgabenfelder für Bachelor-Absolventen sieht, deren Umfang im Einzelnen spezifiziert werden muss und deren Wahrnehmung geeignete Teamstrukturen voraussetzt.

Für die Eignung im Arbeitsfeld der Rehabilitation lässt sich für die einleitend genannten Berufsgruppen generell sagen, dass Studieninhalte, die sich am zukünftigen Aufgabenfeld orientieren, ein in einem angemessenen Zeitumfang durchgeführtes Praktikum und die positive Bewertung der Ausbildung durch den Berufsverband wichtige Kriterien für eine Eignungsbeurteilung sind. Da die Vielzahl der Studiengänge nicht im Detail geprüft werden kann, bleibt Abstimmungsbedarf zwischen Reha-Einrichtungen und federführendem Rentenversicherungsträger bestehen. Bei den Berufsgruppen Sportlehrer, -wissenschaftler, Sozialarbeiter, -pädagoge, Ökotrophologe reicht in Zukunft der Bachelor-Abschluss für die Arbeit in den Reha-Einrichtungen aus. Es wird empfohlen, die Leitung eines größeren Teams durch einen Diplom- oder Master-Absolventen zu besetzen. Bei den Psychologen wird eine Abstufung eingeführt. Für einige Schulungs- und Gruppenleistungen können Bachelor-Absolventen eingesetzt werden. Psychotherapeutische Leistungen bleiben unverändert ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten. Grundsätzlich gilt auch, je größer die Abteilung ist und daher die Anzahl der Mitarbeiter einer Berufsgruppe, desto besser besteht die Möglichkeit einer einrichtungsinternen Qualifikation von Bachelor-Absolventen. Bei den bisherigen Ausbildungsberufen (z. B. Physiotherapeuten) ist nach wie vor die staatliche Anerkennung der Ausbildung von entscheidender Bedeutung für die Arbeit in den Reha-Einrichtungen. Zusätzliche akademische Qualifikationen können v. a. für die Leitung eines Bereichs sinnvoll sein, werden jedoch zum derzeitigen Zeitpunkt nicht gefordert.

Therapeutische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation und ihre Qualitätsmerkmale sind für die Rentenversicherung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) festgelegt. Aus der Gesamtheit aller Leistungen können diejenigen ausgewählt werden, die u. a. auch von Mitarbeitern mit einem Bachelor-Abschluss erbracht werden können, genauso solche, deren Erbringung einen Master-Abschluss voraussetzen. Ein Bachelor-Absolvent der Psychologie kann z. B. unter Anleitung eines Master-Absolventen Aufgaben übernehmen, die bisher u. a. von Diplom-Psychologen durchgeführt wurden. Hierzu zählen v. a. die Vorträge, Schulungen und Seminare (KTL Kap. C), die Durchführung der Entspannungsverfahren in der Gruppe (KTL F09), die Durchführung psychologischer Testverfahren und Hirnleistungstrainings. Im Gegensatz zum Bachelor-Absolventen fokussieren sich die Tätigkeiten der Master-Absolventen v. a. auf psychologische Interventionen (Einzel- und Gruppenarbeit), die Einführung in die Entspannungsverfahren (KTL F08) sowie edukative Leistungen für Rehabilitanden mit komorbiden psychischen Erkrankungen (z. B. KTL F05). Darüber hinaus obliegt die Fachaufsicht für den Bachelor-Absolventen einem Diplom- oder Master-Absolventen der Psychologie. Die Stelle eines Bachelor-Absolventen und damit seine Aufgaben können von der Reha-Einrichtung durch einen Master-Absolventen der Psychologie ersetzt werden, nicht jedoch umgekehrt. Es ist zu bedenken, dass ein Teil der aufgeführten Leistungen, die der Bachelor-Absolvent der Psychologie übernehmen kann, auch von anderen Berufsgruppen des medizinisch-technischen oder therapeutischen Bereichs durchgeführt werden. Hier gilt auch weiterhin, ein ausgewogenes Verhältnis der unterschiedlichen Qualitätsniveaus innerhalb der Reha-Einrichtung herzustellen. Aus der Beschreibung wird deutlich, dass die Regelungen überwiegend in größeren stationären Abteilungen praktiziert werden können.

Bei der Rehabilitation **Abhängigkeitskranker** ist der Anteil der Mitarbeiter aus den angesprochenen Berufsfeldern der Psychologie und der Sozialen Arbeit besonders groß, da sie bisher die tätigkeitsfeldspezifische Suchttherapie durchgeführt haben. Hier ist darauf zu achten, dass die Anforderungen an die Qualifikation die Qualität der bisherigen Versorgung sicherstellen. Die Voraussetzungen für die therapeutische Qualifikation bei Ärzten bleiben unverändert. Im Berufsfeld der Psychologie konnte die therapeutische Qualifikation bisher von Diplom-Psychologen mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erworben werden. Bei den neuen Abschlüssen der Psychologie wird nunmehr für die therapeutische Qualifikation der konsekutive Masterabschluss mit der Berechtigung zur Ausbildung als Psychologischer Psychotherapeut gefordert. Gleiches gilt für den Zugang zu einer suchttherapeutischen Weiterbildung. Für Bachelor-Absolventen der Psychologie ist die Durchführung

der Gruppen- und Einzeltherapie ausgeschlossen. Außerdem waren bisher Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen für die suchtttherapeutische Weiterbildung und anschließende Durchführung der Suchttherapie akzeptiert. Im Rahmen der Auswirkungen der Bologna-Reform steht dieser Weg auch den formal gleichgestellten Bachelor-Absolventen der Sozialen Arbeit offen. Allerdings muss für die Bachelor-Absolventen der Sozialen Arbeit zusätzlich die staatliche Anerkennung vorliegen, sofern sie eine suchtttherapeutische Tätigkeit anstreben.

### **3.6.2 Personelle Anforderungen – Somatik stationär**

Bei der Personalbemessung 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 (siehe Tabelle 1). Für die einzelnen Bereiche sind die Mitarbeiter mit ihrer jeweiligen Qualifikation aufgeführt. Unter Mitarbeitern werden im Folgenden Mitarbeiter der Einrichtung 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. Im Laufe der Zeit wurden diese entsprechend der Entwicklung des Rehabilitationsverständnisses angepasst.

Zur Darstellung in einem Handlungsrahmen und 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 Anzahl der Mitarbeiter genannt ist, die für eine Einrichtung mit 100 Rehabilitanden benötigt wird.

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.

<b>Tabelle 1: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*</b>						
<b>Indikation</b>	<b>Orthopädie</b>		<b>Kardiologie</b>			
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>		
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	6	<b>7</b>	6	<b>7</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut	1		1			
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie						
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	7	7	8,5	8,5		
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1	1	1	1		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1	<b>13,25</b>	1,5	<b>6,6</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer			1			
Physiotherapie, MA, BA	8		2,5			
Physiotherapeut						
Masseur	2		1			
med. Bademeister	1					
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	1,25				0,6	
Ergotherapeut						
Beschäftigungstherapeut						
Stomatherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	0,8	0,8	1,25	1,25		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
Sprachtherapie, MA, BA						
Sprachtherapeut						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	0,5	<b>2</b>	1,5	<b>3</b>		
MTLA***	0,5		0,5			
MTRA***	0,5		0,5			
PTA***	0,5		0,5			
Neurophysiologischer Assistent***						

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent  
BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent  
MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent  
MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent  
PTA Psychologisch-technischer Assistent



<b>Tabelle 1: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*</b>						
<b>Indikation</b>	<b>Onkologie</b>		<b>Gastroenterologie</b>			
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>		
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	6	<b>7</b>	6	<b>7</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut	1		1			
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie						
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	8,5	8,5	8,5	8,5		
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1	1	1	1		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1,5	<b>7</b>	1,5	<b>6,6</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer	1		1			
Physiotherapie, MA, BA	2,5		2,5			
Physiotherapeut						
Masseur	1		1			
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	1		0,6			
Ergotherapeut						
Beschäftigungstherapeut						
Stomatherapeut			0,5	0,5		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1	1,25	1,25		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
Sprachtherapie, MA, BA						
Sprachtherapeut						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	1,5	<b>3</b>	2	<b>3,5</b>		
MTLA***	0,5		0,5			
MTRA***	0,5		0,5			
PTA***	0,5		0,5			
Neurophysiologischer Assistent***						

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

<b>Tabelle 1: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*</b>						
<b>Indikation</b>	<b>Indikationsübergreifend****</b>		<b>Dermatologie</b>			
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>		
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	6	<b>7</b>	6	<b>7</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut	1		1			
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie						
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	7,5	7,5	8,5	8,5		
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1	1	1	1		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1,5	<b>6,6</b>	1,5	<b>6,6</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer	1					
Physiotherapie, MA, BA	2,5					
Physiotherapeut						
Masseur	1					
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	0,6					
Ergotherapeut						
Beschäftigungstherapeut						
Stomatherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1	1	1		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
Sprachtherapie, MA, BA						
Sprachtherapeut						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	1	<b>2,5</b>	2	<b>3,5</b>		
MTLA***	0,5		0,5			
MTRA***	0,5		0,5			
PTA***	0,5		0,5			
Neurophysiologischer Assistent***						

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

\*\*\*\* Fachabteilungen ohne indikationsspezifischen Strukturhebungsbogen, überwiegend Innere Medizin

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

<b>Tabelle 1: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*</b>						
<b>Indikation</b>	<b>Pneumologie</b>		<b>Neurologie Phase D</b>			
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>		
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	6	<b>7</b>	7,5	<b>10,5</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut	1		0,25		3****	
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie						
BA Psychologie**	0,25	0,25	1	1		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	8,5	8,5	21	21		
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1	1	1	1		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1,5	<b>6,6</b>	2	<b>21</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer	1					
Physiotherapie, MA, BA	2,5				9,5	
Physiotherapeut						
Masseur	1				3	
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	0,6				6,5	
Ergotherapeut						
Beschäftigungstherapeut						
Stomatherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1	1	1		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
Sprachtherapie, MA, BA			3,5	3,5		
Sprachtherapeut						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	1,5	<b>3</b>	1	<b>3,5</b>		
MTLA***	0,5					
MTRA***	0,5					
PTA***	0,5		1,5			
Neurophysiologischer Assistent***			1			

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

\*\*\*\* inkl. Neuropsychologen

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

### 3.6.3 Personelle Anforderungen – Psychosomatik, Sucht

Die personellen Anforderungen für die genannten Indikationen unterscheiden sich substantiell von denen der somatischen Indikationen. Dies leitet sich aus der Erkrankung der Rehabilitanden und dem hierfür erforderlichen therapeutischen Setting ab. Wesentliche Merkmale sind die Psychotherapie / Suchttherapie und die daran beteiligten Berufsgruppen. Das können sowohl entsprechend psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte als auch psychologische Psychotherapeuten und in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker auch Diplom- bzw. Bachelor-Sozialarbeiter sowie Diplom- bzw. Bachelor-Sozialpädagogen mit anerkannter suchttherapeutischer Weiterbildung sein. Darüber hinaus sind die therapeutischen Angebote besonders differenziert, die Mitarbeiter werden supervidiert und die Schulungsinhalte sind indikationsspezifisch ausgerichtet [18, 26]. Die Ermittlung der Anhaltszahlen lehnt sich an die Leistungsbeschreibung für diese Indikationsgebiete im Abschlussbericht der Reha-Kommission aus dem Jahre 1991 an. Maßgeblich für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen ist jedoch ebenfalls die Reha-Träger übergreifende Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001 [29]. 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. Darüber hinaus liegen für das Indikationsgebiet Abhängigkeitserkrankungen weitere qualitätsrelevante Vereinbarungen vor [26-29]. Zusätzlich wurde eine Abfrage bei allen RV-Trägern zu orientierenden Stellenplänen und vergleichbaren Instrumenten durchgeführt. Werden personenbezogene Leistungen in Kooperation erbracht, werden sie bei Personalanteilen berücksichtigt, sofern sie vertraglich vereinbart und im zeitlichen Umfang bestimmbar sind.

Für die Indikationsgebiete Psychosomatik und Sucht 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 (siehe Tabelle 2) [19, 20, 33]. Die dargestellten Personalanforderungen im Indikationsgebiet Sucht gelten in diesem Umfang nicht für Adaptionseinrichtungen. Zum Verständnis von Mitarbeitern und der Darstellung anhand einer einheitlichen Zahl von 100 Rehabilitanden gelten die Ausführungen in gleicher Weise wie für die somatischen Indikationen unter 3.6.2 [29]. Dabei sind gerade bei den Abhängigkeitserkrankungen die Anforderungen häufig auf kleinere Abteilungsgrößen zu übertragen. Bei grundsätzlich gleichen Erwartungen an die Rehabilitationsleistungen müssen flexible Lösungen gefunden und Kooperationen in geeigneter Weise genutzt werden. Auch in dieser Tabelle sind die erforderlichen Berufsgruppen in Funktionsgruppen zusammen geführt. Hier ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen neben Ärzten und Diplom-Psychologen bisher auch Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter psychotherapeutisch bzw. suchttherapeutisch tätig sind, sofern sie über eine anerkannte tätigkeitsfeldspezifische Zusatzausbildung verfügen. Die diesbezüglichen Änderungen, die sich aus der Bologna-Reform ergeben, sind unter 3.6.1 beschrieben. Die Gruppe der Sozialarbeiter ist allerdings ebenso für die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit zuständig.

<b>Tabelle 2: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*</b>		
<b>Indikation</b>	<b>Psychosomatik</b>	
	<b>Anzahl / 100</b>	<b>Funktionsgruppe</b>
<b>Ärztlicher Bereich</b>		
Ärzte	9	<b>13</b>
<b>Psychologischer Bereich</b>		
Psychologischer Psychotherapeut	4	
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie		
BA Psychologie**	0,5	0,5
<b>Bereich Pflege</b>		
Pflegepersonal	8,5	8,5
<b>Bereich soziale Arbeit</b>		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1,2	1,2
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA		
<b>Therapeutischer Bereich</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1	<b>7,5</b>
Sportlehrer/ -wissensch., BA		
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer		
Physiotherapie, MA, BA	2,5	
Physiotherapeut		
Masseur	1,5	
med. Bademeister		
med. Badehelfer		
Ergotherapie, MA, BA	2,5	
Ergotherapeut		
Beschäftigungstherapeut		
Berufstherapeut		
Kreativtherapeut		
(Gestaltungs-, Kunsttherapie)		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA		
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>		
MTA***	1	<b>3</b>
MTLA***	1	
MTRA***		
PTA***	1	
Neurophysiologischer Assistent***		

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

**Tabelle 2: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation\***

Indikation	Abhängigkeitserkrankungen			
	Alkohol / Medikamente		Illegale Drogen	
Bereiche	Anzahl / 100	Funktionsgruppe	Anzahl / 100	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärzte	3	3	3	3
<b>Bereich klinische Psychologie / Psychotherapie / Suchttherapie</b>				
Psychologischer Psychotherapeut	4,75	<b>8,75</b>	4,75	<b>12,75</b>
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie				
Sozialarb. / Sozialpädagogin, Dipl., MA	4		8	
Sozialarb. / Sozialpädagogin, BA				
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	6	6	6	6
<b>Bereich klinische Sozialarbeit</b>				
Sozialarbeiter / Sozialpädagogin, Dipl., MA	1	1	1	1
Sozialarbeiter / Sozialpädagogin, BA				
<b>Bereich Therapie</b>				
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	2,5	2,5	2,5	2,5
Sportlehrer/ -wissensch., BA				
Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer				
Physiotherapie, MA, BA				
Physiotherapeut				
Masseur				
med. Bademeister				
med. Badehelfer				
Ergotherapie, MA, BA	4,5	4,5	4,5	4,5
Ergotherapeut				
Beschäftigungstherapeut				
Berufstherapeut				
Kreativtherapeut (Gestaltungs-, Kunsttherapie)				
Diät-Assistent / Ökotrophologin, Dipl., MA	0,5	0,5	0,5	0,5
Diät-Assistent / Ökotrophologin, BA				
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>				
MTA***				
MTLA***				
MTRA***				
PTA***				
Neurophysiologischer Assistent***				

\* Anzahl der Mitarbeiter für 100 Rehabilitanden

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

### 3.6.4 Personelle Anforderungen – ganztägig ambulante Rehabilitation

Für die ganztägig ambulante Rehabilitation wurden bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ab 2000 indikationsspezifische Rahmenempfehlungen für somatische Indikationen und für die Psychosomatik entwickelt, die auch Empfehlungen zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung enthalten [2-8]. Diese haben die Struktur der ambulanten Einrichtungen, die sich überwiegend nach Einführung der Rahmenempfehlungen etablierten, maßgeblich geprägt, zumal sich alle Reha-Träger an den dort formulierten Anforderungen orientierten. Insofern sind die dort festgelegten Personalanforderungen auch handlungsleitend für die Struktur- anforderungen der Deutschen Rentenversicherung.

Es ist aber zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Rahmenempfehlungen die ganztägig ambulante Rehabilitation für die Rentenversicherung noch eine marginale Rolle spielte. Zwischenzeitlich hat sich die Zahl der Leistungen aber auch die Zahl der Einrichtungen für dieses Versorgungssegment vervielfacht und es liegen – auch im Bereich der Reha-Qualitätssicherung – zahlreiche, auf mehrere Zeiträume gestützte Ergebnisse vor, die eine qualitative Diskussion zur Weiterentwicklung dieses Bereiches unterstützen. Es soll daher auch deutlich werden, dass die in den Struktur- anforderungen dokumentierten Personaltabellen Ausdruck einer strategischen Ori- entierung der Rentenversicherung für die ambulante Rehabilitation sind und dass sich hier zwischenzeitlich eingeführte, konzeptionelle Erweiterungen (z. B. MBOR) wider- spiegeln. In diese Richtung ist auch die Diskussion mit der BAR zu führen.

Die Strukturanforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen können auch nicht unabhängig von denen für stationäre Versorgungsstrukturen betrachtet werden. In ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden gleichwertige Leistun- gen wohnortnah erbracht. Es wird ein mit stationären Einrichtungen vergleichbares Rehabilitationskonzept erwartet und die Leistungsgestaltung orientiert sich weitge- hend an der bewährten stationären Rehabilitation [12].

Im Jahre 2004 führten die Reha-Träger für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie ein umfassendes Projekt zur Qualität der ambulanten Rehabilitation durch. Bestandteil des Projektes war auch die Überprüfung der Strukturqualität. Die hierfür entwickelten Erhebungsinstrumente orientierten sich stark an denen der jeweiligen Indikation für den stationären Bereich. Die Rentenversicherung hat nunmehr auf dieser Grundlage Struktur- erhebungsbögen entwickelt und konzentriert sich dabei auf die häufigsten Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Neurologie.

Im Vergleich zu den dokumentierten Personal-Anhaltszahlen für den stationären Bereich, weichen die Empfehlungen für die ganztägig ambulante Rehabilitation für einzelne Berufsgruppen sowohl nach oben als auch nach unten nur minimal 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 The- rapiegruppe 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 thera- peutische Leistungen erbracht [13]. Unterschiede der Strukturanforderungen zwi- schen ganztägig ambulanten und stationären Einrichtungen müssen nachvollziehbar und gerechtfertigt sein [9, 34].

**Die Strukturanforderungen für die ganztägig ambulante Rehabilitation basieren auf den Rahmenempfehlungen, die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vereinbart wurden und die die Strukturqualität ambulanter Reha- bilitationseinrichtungen bisher prägen. Die Strukturqualität ganztägig ambulanter Ein- richtungen der Orthopädie, der Kardiologie und der Neurologie wird über spezifizierte Erhebungsinstrumente erfasst.**

<b>Tabelle 3: Personelle Anforderungen der ambulanten Rehabilitation*</b>						
<b>Indikation</b>	<b>Orthopädie</b>		<b>Kardiologie</b>			
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 40</b>	<b>Funktionsgruppe</b>	<b>Anzahl / 40</b>	<b>Funktionsgruppe</b>		
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	2	<b>2,5</b>	2	<b>3</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut Dipl.-Psychologe, MA Psychologie	0,5		1			
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	0,5	0,5	2	2		
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA	0,5	0,5	0,5	0,5		
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA Sportlehrer/ -wissensch., BA Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer	0,75	<b>6</b>	1,75 0,5	<b>3</b>		
Physiotherapie, MA, BA Physiotherapeut	4		0,5			
Masseur med. Bademeister med. Badehelfer	0,5					
Ergotherapie, MA, BA Ergotherapeut	0,75		0,25			
Beschäftigungstherapeut Stomatherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA	0,33		0,33		0,5	0,5
Sprachtherapie, MA, BA Sprachtherapeut						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
Assistenz**	0,5		0,5		0,5	0,5

\* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine Belegung mit 40 Rehabilitanden erforderlich sind

\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent  
BA Bachelor-Absolvent



<b>Tabelle 3: Personelle Anforderungen der ambulanten Rehabilitation*</b>		
<b>Indikation</b>	<b>Neurologie</b>	
<b>Bereiche</b>	<b>Anzahl / 40</b>	<b>Funktionsgruppe</b>
<b>Ärztlicher Bereich</b>		
Ärzte	2	<b>3,5</b>
<b>Psychologischer Bereich</b>		
Psychologischer Psychotherapeut	1,5***	
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie		
<b>Bereich Pflege</b>		
Pflegepersonal	3	3
<b>Bereich soziale Arbeit</b>		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	0,5	0,5
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA		
<b>Therapeutischer Bereich</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1	<b>7,75</b>
Sportlehrer/ -wissensch., BA		
Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer		
Physiotherapie, MA, BA	3,5	
Physiotherapeut	0,5	
Masseur		
med. Bademeister	2,75	
med. Badehelfer		
Ergotherapie, MA, BA	2,75	
Ergotherapeut		
Beschäftigungstherapeut		
Stomatherapeut		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	0,4	0,4
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA		
Sprachtherapie, MA, BA	1,5	1,5
Sprachtherapeut		
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>		
Assistenz**	1,5	1,5

\* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine Belegung mit 40 Rehabilitanden erforderlich sind

\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

\*\*\* inkl. Neuropsychologen

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

### **3.6.5 Personelle Anforderungen – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Die Rahmenbedingungen und die Strukturen der Einrichtungen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich in mehrerer Hinsicht grundsätzlich von denen der Erwachsenenrehabilitation. So benötigen die Kinder und Jugendlichen zusätzliche pädagogische und andere Therapieangebote, die Betreuung über 24 Stunden muss sichergestellt werden und die Rolle einer Bezugsperson hat einen besonderen Stellenwert. Die Untersuchungen und Therapien gestalten sich oft zeitaufwendiger als im Erwachsenenbereich, insbesondere, weil die Entwicklungsunterschiede einer Klientel zwischen 1 und 18 Jahren sehr groß sind. Die Anzahl der therapeutisch arbeitenden Mitarbeiter ist entsprechend höher. Für die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen muss der Überbrückungsunterricht in den Tagesablauf integriert werden. Der organisatorische Aufwand hierfür ist sehr unterschiedlich; zudem ist der Unterricht nicht Aufgabe des Reha-Trägers. Die neben der Hauptindikation behandlungsrelevanten Begleiterkrankungen nehmen zu. Aufgrund der Besonderheiten haben sich in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ebenfalls überwiegend indikationsübergreifende Strukturen herausgebildet [1]. Fast alle Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche halten ein Angebot für mehrere Behandlungsindikationen vor.

In einem Projekt der Gesetzlichen Kranken- und der Rentenversicherung 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. Da einige Einrichtungen ausschließlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung für deren Rehabilitanden in Anspruch genommen wurden, können nicht alle im Projekt erhobenen Daten für die Strukturqualitätsanforderungen genutzt werden. Für alle Einrichtungen gilt jedoch, dass sie Kinder- und Jugendliche aus unterschiedlichen Indikationsgebieten rehabilitieren. Der Strukturerhebungsbogen orientierte sich stark am Aufbau und an den Merkmalen der Erhebungsinstrumente für die Rehabilitation bei Erwachsenen und nahm zusätzlich die Aspekte einer in der Regel indikationsübergreifenden Versorgung und die besonderen Angebote für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige als Merkmale mit auf. Ebenfalls wurde zwischen struktur- und zuweisungsrelevanten Merkmalen unterschieden [34]. Die Ergebnisse des Projektes wurden genauso wie die bisher in der Rentenversicherung eingesetzten Instrumente bei der Entwicklung der jetzt vorliegenden Erhebungsinstrumente zur Strukturqualität von Einrichtungen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.

### **Personalbemessung – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Die Personalanforderungen sind für die einzelnen Behandlungsindikationen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sowohl für den ärztlichen als auch für den therapeutischen Bereich sehr unterschiedlich. Sie orientieren sich an der bisherigen Praxis der RV-Träger, die in den letzten Jahren zu einer Annäherung der Personalausstattung geführt hat und an den Belegungsanteilen in den einzelnen Indikationen. Die Vielfalt der tatsächlichen Konstellationen der Indikationszusammensetzung kann hier nicht im Einzelnen dargestellt werden. Die Anforderungen sind daher für die häufigsten Indikationen aufgeführt. In Abhängigkeit von der tatsächlichen Indikationsverteilung sowie diagnostischer und therapeutischer Besonderheiten in einer Einrichtung wird dem Federführer dadurch ermöglicht, einen klinikspezifischen Stellenplan in Form einer Mischkalkulation für die jeweilige Einrichtung zu vereinbaren. Darüber hinaus legt der Federführer für die hier nicht aufgeführten (seltenen) Indikationsgruppen individuelle Stellenpläne fest. Die Regelungen für Funktionsgruppen, Zielgrößen und Toleranzbereiche gelten in gleicher Weise wie in der Rehabilitation für Erwachsene. Die Zielgröße für die Arztstellen ermöglicht es den häufig kleinen Einrichtungen in diesem Indikationsgebiet nicht, die erforderlichen Bereitschaftsdienste mit dem vorhandenen Personal zu leisten, auch wenn die Möglichkeiten des Arbeitszeitgesetzes ausgeschöpft werden. Um den Bereitschaftsdienst dennoch sicherzustellen, sind individuelle Lösungen vor Ort in Abstimmung mit dem Federführer erforderlich.

**Bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind Anforderungen für die häufigsten Indikationsgebiete festgelegt. Gleichzeitig wird auf Personalschwerpunkte für einzelne Indikationen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation hingewiesen. Der tatsächliche Stellenplan für die Reha-Einrichtung wird vom Federführer in Abhängigkeit von den Belegungsschwerpunkten vereinbart.**

**Tabelle 4: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche\***

(ausführliche Erläuterung unter 3.6)

Indikation	Atemwege und Haut (Allergologie)		Adipositas und Folgeerkrankungen			
	Bereiche	Anzahl / 100	Funktionsgruppe	Anzahl / 100	Funktionsgruppe	
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	4	<b>6,25</b>	3	<b>5,25</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dipl.-Psychologe, MA Psychologie	2,25		2,25			
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	14,5	<b>27,5</b>	8	<b>27</b>		
Erzieher	13		19			
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	0,5	0,5	0,5	0,5		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	2,5	<b>7,5</b>	4	<b>7,5</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer						
Physiotherapie, MA, BA	3		1,5			
Physiotherapeut						
Masseur	1		1			
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	1	1				
Ergotherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1	2,5	2,5		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	0,5	0,5	0,5	0,5		
MTLA***						
MTRA***						
PTA***						
Neurophysiologischer Assistent***						

\* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

Zusätzlich sind indikationsabhängig notwendig: Logopäden, Kreativtherapeuten

Das den Überbrückungsunterricht durchführende Lehrpersonal ist nicht berücksichtigt. Für die Inhalte und die Rahmenbedingungen des Unterrichts ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Rehabilitationseinrichtung befindet.

**Tabelle 4: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche\***

(ausführliche Erläuterung unter 3.6)

Indikation	Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 1)		Psychosomatik			
	Bereiche	Anzahl / 100	Funktionsgruppe	Anzahl / 100	Funktionsgruppe	
<b>Ärztlicher Bereich</b>						
Ärzte	5	<b>7,25</b>	4	<b>7,75</b>		
<b>Psychologischer Bereich</b>						
Psychologischer Psychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dipl.-Psychologe, MA Psychologie	2,25		3,75			
BA Psychologie**	0,25	0,25	0,25	0,25		
<b>Bereich Pflege</b>						
Pflegepersonal	19	<b>29</b>	9	<b>38</b>		
Erzieher	10		29			
<b>Bereich soziale Arbeit</b>						
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	0,5	0,5	0,5	0,5		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA						
<b>Therapeutischer Bereich</b>						
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	2	<b>4,5</b>	2	<b>5,5</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., BA						
Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer						
Physiotherapie, MA, BA	0,5	<b>4,5</b>	0,5	<b>5,5</b>		
Physiotherapeut						
Masseur	1	<b>4,5</b>	1	<b>5,5</b>		
med. Bademeister						
med. Badehelfer						
Ergotherapie, MA, BA	1	<b>4,5</b>	2	<b>5,5</b>		
Ergotherapeut						
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	3	3	1	1		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA						
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>						
MTA***	0,5	0,5	0,5	0,5		
MTLA***						
MTRA***						
PTA***						
Neurophysiologischer Assistent***						

\* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

Zusätzlich sind indikationsabhängig notwendig: Logopäden, Kreativtherapeuten

Das den Überbrückungsunterricht durchführende Lehrpersonal ist nicht berücksichtigt. Für die Inhalte und die Rahmenbedingungen des Unterrichts ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Rehabilitationseinrichtung befindet.

**Tabelle 4: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche\***

(ausführliche Erläuterung unter 3.6)

Indikation	Bewegungsorgane	
	Anzahl / 100	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>		
Ärzte	3	<b>5,25</b>
<b>Psychologischer Bereich</b>		
Psychologischer Psychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	2,25	
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie		
BA Psychologie**	0,25	0,25
<b>Bereich Pflege</b>		
Pflegepersonal	11	<b>20</b>
Erzieher	9	
<b>Bereich soziale Arbeit</b>		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	0,5	0,5
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA		
<b>Therapeutischer Bereich</b>		
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	3,5	<b>14,5</b>
Sportlehrer/ -wissensch., BA		
Sportlehrer/Bew.-Th./Gymn.-Lehrer		
Physiotherapie, MA, BA	7	
Physiotherapeut		
Masseur	2	
med. Bademeister		
med. Badehelfer		
Ergotherapie, MA, BA	2	
Ergotherapeut		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA		
<b>Medizinisch-technischer Bereich</b>		
MTA***	0,5	0,5
MTLA***		
MTRA***		
PTA***		
Neurophysiologischer Assistent***		

\* Anzahl der Mitarbeiter, die für eine Belegung mit 100 Rehabilitanden erforderlich sind

\*\* kann durch höher qualifizierte Mitarbeiter des Bereichs ersetzt werden

\*\*\* nachrichtlich, ohne Bewertung

MA Master-Absolvent

BA Bachelor-Absolvent

MTA Medizinisch-technischer Assistent

MTLA Medizinisch-technischer Labor-Assistent

MTRA Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent

PTA Psychologisch-technischer Assistent

Zusätzlich sind indikationsabhängig notwendig: Logopäden, Kreativtherapeuten

Das den Überbrückungsunterricht durchführende Lehrpersonal ist nicht berücksichtigt. Für die Inhalte und die Rahmenbedingungen des Unterrichts ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Rehabilitationseinrichtung befindet.

## 4. Strukturnahe Prozessmerkmale

### 4.1 Merkmale zur Organisation

Die Strukturmerkmale zur Organisation der Reha-Einrichtung erfassen das Aufnahme-prozedere, Anwesenheiten und Visiten. Sowohl die Visitenfrequenz als auch der Zeitpunkt der Erstuntersuchung und des Therapiebeginns sind festgelegt. Nur wenn diese Anforderungen umgesetzt werden, gilt das Merkmal als erfüllt.

**Die Erfüllung der strukturrelevanten Merkmale zur Organisation der Reha-Einrichtungen entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.**

### 4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung

Die Merkmale zur internen Kommunikation sind überwiegend Bestandteil des internen Qualitätsmanagements. Hierzu gehören im Wesentlichen der interdisziplinäre Austausch, 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.

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 Weiterbildungen werden hierbei als verpflichtende Aufgabe der Mitarbeiter verstanden. Interdisziplinäres Arbeiten ist wichtiger Bestandteil der Qualifizierung von Mitarbeitern. 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 internen Kommunikation und Personalentwicklung entspricht den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität.**

### 4.3 Spezifische Konzepte und Schulungen

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.

Die Organisation der Patientenschulungen wird in allgemeiner Form erfragt.

**Die im Erhebungsbogen aufgeführten Strukturmerkmale bilden konzeptionelle Besonderheiten ab und unterstützen eine adäquate Zuweisung der Rehabilitanden in die Einrichtung und damit deren bedarfsgerechte Rehabilitation.**

#### 4.4 Internes Qualitätsmanagement

Einrichtungen der Rehabilitation sind gemäß § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, ein strukturiertes internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Es soll die Qualität der Versorgung gewährleisten und zielgerichtet kontinuierlich verbessern. Der Gesetzgeber verlangt eine Zertifizierung dieses internen Qualitätsmanagements für die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen. 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. QM-Systeme, welche die grundsätzlichen Anforderungen erfüllen, werden auf der Ebene der BAR anerkannt. Mit einem Zertifikat weist die Reha-Einrichtung das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit eines anerkannten QM-Systems nach. Die zusätzliche Darstellung im Rahmen der Erfassung der Strukturqualität kann daher bei der Strukturserhebung in stationären Einrichtungen entfallen. In den ganztägig ambulanten Einrichtungen wird dieser Bereich umfassender erfragt.

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 entsprechen den Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität stationärer Reha-Einrichtungen.**



## 5. Relevanz der Strukturmerkmale

Die Merkmale der Strukturqualität lassen sich in mehrere Gruppen einteilen:

### 5.1 Räumliche, technische und konzeptionelle Strukturqualität

**Belegungsrelevante Merkmale (BR)** sind Merkmale, deren Erfüllung für eine Inanspruchnahme eine herausragende Bedeutung hat. Sollte eines dieser Merkmale im Einzelfall nicht erfüllt sein, ist eine sofortige Nachbesserung Voraussetzung für die Belegung. Sie betreffen die Sicherheit der Rehabilitanden durch eine adäquate Notfallausstattung und die erforderliche Facharztkompetenz.

Belegungsrelevante Merkmale sind:

1. Facharztqualifikation Leitender Arzt (Chefarzt, Ärztlicher Direktor)
2. Notrufmöglichkeit
3. Notfallkoffer, -wagen
4. Geeigneter Ort mit Möglichkeit der Notfallbehandlung, Notfallüberwachung
5. EKG

**Strukturrelevante Merkmale (SR)** sind Merkmale, die aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung für die qualitativ hochwertige Versorgung der Rehabilitanden erforderlich sind und deren Erfüllung grundsätzlich gegeben sein soll. Sie betreffen räumliche, medizinisch-technische sowie einige konzeptionell verankerte prozessnahe Strukturmerkmale und sind in den Strukturanforderungen als solche gekennzeichnet. Gleichwohl ist nicht davon auszugehen, dass zu jedem Zeitpunkt in allen Reha-Einrichtungen alle strukturrelevanten Merkmale vorgehalten werden. Im Falle fehlender strukturrelevanter Merkmale ist es Aufgabe des Federführers zu klären und mit der Reha-Einrichtung zu vereinbaren, mit welcher Dringlichkeit, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum Abhilfe zu schaffen ist.

Des Weiteren gibt es Merkmale, die für die Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte vorgehalten werden. Sie werden als **zuweisungsrelevante Merkmale (ZR)** bezeichnet. Ihr Vorhandensein geht über die grundsätzlichen Anforderungen an eine Reha-Einrichtung hinaus. Sie können in zweifacher Hinsicht bedeutsam sein.

Zum Einen gibt es Einrichtungen, die indikationsübergreifend aufgestellt sind. Als Beispiele sind onkologische - und Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zu nennen. Soll eine Rehabilitation aufgrund eines gastrointestinalen Tumors durchgeführt werden, ist das Vorhandensein von indikationsspezifischen Merkmalen der Gastroenterologie in der onkologischen Einrichtung zuweisungs- bzw. auswahlrelevant. Diese Merkmale sind aber nicht strukturrelevant für alle onkologischen Einrichtungen. Gleiches gilt für die Rehabilitation eines Kindes mit Asthma bronchiale.

Zum Anderen können in indikationsspezifisch ausgerichteten Einrichtungen spezifische Strukturmerkmale für die Rehabilitation von Menschen mit besonderen Behandlungsanforderungen (z. B. Chemotherapie, Nachbehandlung bei Herztransplantation) oder mit Behinderungen (z. B. Blindheit) zuweisungsrelevant sein. Sie können nicht durchgängig von allen Reha-Einrichtungen gefordert werden, sind jedoch u.a. in der Zuweisungssteuerung der Rentenversicherung wichtig, um allen Versicherten eine bestmögliche Rehabilitation anbieten zu können.

## 5.2 Personelle Strukturqualität

**Quantitative Merkmale für das Personal** sind in den Strukturanforderungen indikations-spezifisch als Zielgröße festgelegt (vgl. Tabellen 1 - 4).

**Qualitative Merkmale für das Personal** sind solche, die über den Nachweis eines entsprechenden Abschlusses hinaus gehen. Sie beziehen sich v.a. auf die Ärzte. Da die erforderliche Facharztqualifikation bereits als unabdingbares Merkmal berücksichtigt ist, wird hier unter den qualitativen Anforderungen im Wesentlichen die Qualifikation Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen des leitenden Arztes oder Oberarztes verstanden. Aber auch andere Qualifikationen, die nicht explizit gefordert werden (z. B. Berufsdermatologe) sollen künftig mit der Strukturhebung erfasst werden.

## 6. 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.

Mit der Veröffentlichung der Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung an stationäre medizinische Reha-Einrichtungen im Mai 2010 wurde erstmals eine rv-weit abgestimmte, umfassende Publikation zur Strukturqualität vorgelegt. Im Rahmen der durchgeführten Aktualisierung wurden alle RV-Träger befragt, ob sich die Veröffentlichung bei der Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen bewährt hat. Die durchweg positiven Rückmeldungen stellten die verbesserte Transparenz, das rv-weit einheitliche Vorgehen sowie die sich einstellende Verbindlichkeit heraus. Die Ergebnisse der Befragung gingen in die vorliegende Fassung ein.

Erstmalig werden für die Deutsche Rentenversicherung jetzt Anforderungen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen formuliert und entsprechende Erhebungsinstrumente entwickelt. Auch für die ambulante Rehabilitation liegen spezifizierte Erhebungsinstrumente vor. Die Anforderungen ergeben sich u. a. aus den Rahmenempfehlungen der BAR.

Grundsätzlich erwartet die Rentenversicherung die vollständige Erfüllung der von ihr formulierten Anforderungen durch die Reha-Einrichtungen. Abweichungen 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. Reha-Einrichtungen halten ein multiprofessionelles Team vor. Dabei lassen sich Berufsgruppen zusammenfassen, um den konzeptionellen Besonderheiten Rechnung zu tragen und bisherige Orientierungen aufrechterhalten zu können. Hierfür wurden in der Broschüre Berufsgruppen zu Funktionsgruppen zusammengeführt. Für die Strukturanforderungen ist maßgeblich, dass die für jede Funktionsgruppe genannte Zielgröße erreicht wird. Gleichwohl sind auch für einzelne Berufsgruppen Orientierungswerte aufgeführt. Für mögliche Abweichungen von der formulierten Zielgröße ist ein sog. Toleranzbereich nach unten von jeweils minus 20 % für jede Funktionsgruppe festgelegt. Eine Beschränkung nach oben ist nicht vorgesehen. Die Überschreitung der Zielgröße kann konzeptionell bedingt in unterschiedlichem Ausmaß begründet sein. Die Funktionsgruppe der medizinisch-technischen Mitarbeiter, deren Leistungen sehr häufig in Kooperation erbracht werden, wird lediglich nachrichtlich erfasst, aber nicht bewertet. Bei Unterschreiten der jeweiligen Zielgröße ist es die Aufgabe des federführend belegenden Rentenversicherungsträgers, darauf hinzuwirken, dass im Zeitverlauf Veränderungen in Richtung der Zielgröße feststellbar sind. Abweichungen, die sich unterhalb des Toleranzbereiches bewegen, müssen beseitigt werden. 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 des Personalbedarfs 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. Hierbei kommen oft modellhafte Lösungsansätze zur Anwendung. Die Anforderungen an die Strukturqualität der Rentenversicherung müssen im Sinne einer Experimentierklausel Spielräume vorhalten, die konzeptionelle Neuorientierungen ermöglichen. Wenn Lösungsansätze Abweichungen von Strukturanforderungen zur Folge haben, sollten die zugrunde liegenden Konzepte schriftlich niedergelegt und mit dem Federführer 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 rehabilitationsrelevanten 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 vergleichbaren Strukturqualität ist der jeweilige RV-Träger als Eigentümer der Einrichtung oder als federführender Beleger.

**Bei der Formulierung von Anforderungen zur Strukturqualität wurden die strukturrelevanten Merkmale vorrangig berücksichtigt. Obwohl davon auszugehen ist, dass nicht in jeder Reha-Einrichtung zu jedem Zeitpunkt eine vollständige Erfüllung gegeben ist, wird diese grundsätzlich erwartet (Zielgrößen). Für den Bereich der personalbezogenen Merkmale (s. Tab. 1 - 4) 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.**

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

Die Anforderungen der Rentenversicherung an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen leiten sich aus den räumlichen, apparativen, konzeptionellen und personellen Voraussetzungen für die Durchführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ab, die der Zielstellung der Rentenversicherung entsprechen. In der einrichtungsbezogenen Dokumentation der Strukturqualität sind die Merkmale daher auch so gefasst, dass sie sich auf diese Voraussetzungen beziehen [22]. Jedem Merkmal der aufgeführten Bereiche ist die Kategorie „belegungsrelevant“, „strukturelevant“ oder „zuweisungsrelevant“ zugeordnet. Die Differenzierung signalisiert, dass die Merkmale im Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“ einen unterschiedlichen Stellenwert haben (vgl. Kapitel 5).

Die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen wird in das Konzept „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“ (BQR) einbezogen. Damit wird die Strukturqualität vergleichbar den anderen Instrumenten der Qualitätssicherung bewertet [10]. Das Ergebnis der Bewertung gibt allen Beteiligten Hinweise, wie die Strukturqualität der jeweiligen Einrichtung einzuordnen ist.

## 8. 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](http://www.bar-frankfurt.de)
2. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004
3. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation vom 08. September 2005
4. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation vom 06. Juni 2008
5. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation vom 08. September 2005
6. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004
7. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 08. September 2005
8. **BAR (Hrsg.)**, Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004
9. **Baumgarten E., Lindow B., Klosterhuis H. (2008)**: Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 335-342
10. **Beckmann, U., Klosterhuis, H., Lindow, B.**: Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen. DRV-Schriften Band 77 (2008): S. 146-148 [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)
11. **Beckmann, U., Klosterhuis, H., Mitschele, A.**: Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. DAngVers, Jg. 52, H. 9, S. 431-438 (2005)
12. **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)
13. **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
14. **DRV Bund (Hrsg.)**, Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (3. Auflage (4/2009)) [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)
15. **DRV Bund (Hrsg.) (2012)**: Reha-Bericht, Update 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
16. **DRV Bund (Hrsg.) (2011)**: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. aktualisierte Auflage.

17. **DRV Bund (Hrsg.), Aster-Schenck, I., Berger, D., Pottins, I., Voss, I-B.:** Anforderungsprofil für stationäre onkologische Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund (01.10.2010) [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
18. **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 (22.08.2006) [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
19. **DRV Bund (Hrsg.), Blahs, A., Brückner, U., Engelhardt, U., Schneiders-Markworth, H.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von psychosomatischen und psychischen Störungen mit 100 Rehabilitationsplätzen (01.10.2010) [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
20. **DRV Bund (Hrsg.), Delsa, M-L.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (01.10.2010) [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
21. **DRV Bund (Hrsg.), Jäger, R.:** Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (01.10.2010) [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
22. **Egner, U., Schäfer, A.:** Analyse der Strukturen der rentenversicherungseigenen Rehabilitationskliniken. Die Angestelltenversicherung 2000; 47: S. 329-342
23. **Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung** zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011
24. **Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung** zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
25. **Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung** zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011
26. **Huck-Langer, K., Maier-Riehle, B., Schliehe, F.:** Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. Suchttherapie 2000; 1: S. 110-116
27. **Klein, K., Farin, E., Jäckel, W-H., Blatt, O., Schliehe, F.:** Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation 2004; 43: S. 100-108
28. **Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J.:** Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Rehabilitation 2010; 49; S. 356-367.
29. **Kohlhammer (Hrsg.), Kunze, H., Kaltenbach, L.:** Psychiatrie-Personalverordnung (5. Auflage 2005)
30. **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](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
31. **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: S. 9-17

32. **Reimann, A.** : Qualitätssicherung aus Sicht der Rehabilitationsträger. In: Schriftenreihe des Deutschen Sozialverbandes (SDSRV) 2012, Qualitätssicherung im Sozialrecht, B. 61, S. 55-79
33. **Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F. (Hrsg.)**: Rehabilitation in der Psychosomatik – Versorgungsstrukturen, Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement 2013
34. **Universitätsklinikum Freiburg (Hrsg.)**: Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, Abschlussbericht Teil II 2004/2005, Gesamtbericht zur Strukturqualität, Muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologische Erkrankungen.
35. **VDR (Hrsg.)**: Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dezember 1991



# **Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung**

→ **Anhang I**

**Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen**



# Anhang 1: Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen

## 1. Werden die Strukturanforderungen regelmäßig aktualisiert?

In Abhängigkeit von relevanten Veränderungen, z. B. bei den Anforderungen an Qualifikationen der Mitarbeiter im Rahmen der Bologna-Reform, oder an den Reha-bilitationskonzepten und -inhalten werden die Strukturanforderungen regelmäßig aktualisiert.

## 2. Was hat sich bei der Aktualisierung der Strukturanforderungen geändert?

Bei der Aktualisierung der Strukturanforderungen wurden Erkenntnisse aus der 2007/2008 durchgeführten Strukturhebung umgesetzt. Die Anforderungen konzentrieren sich jetzt auf die für die Rentenversicherung relevanten und die in der Qualitätssicherung genutzten Merkmale. Wesentlich war die Überarbeitung der Personalanforderungen. Hier wurden die Auswirkungen der Bologna-Reform aufgenommen. Die Veränderungen der Ausbildungsgänge auf europäischer Ebene führen zu neuen Berufsabschlüssen, die bei den Strukturanforderungen berücksichtigt werden müssen. Gleichzeitig wird für die Einrichtungen sichergestellt, dass Mitarbeiter unabhängig von den geforderten Qualifikationen vollständig aufgeführt werden können (vgl. Kap. 3.6). Weitere Änderungen ergeben sich durch die Ausweitung auf die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (vgl. Kap. 3.6.5) sowie die Überarbeitung der ganztägig ambulanten Rehabilitation (vgl. Kap. 3.6.4).

## 3. Gelten die Strukturanforderungen auch für kleine Reha-Einrichtungen?

Die Strukturanforderungen gelten auch für kleinere Reha-Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen sollen für jeden Rehabilitanden in vergleichbarer Qualität durchgeführt werden, unabhängig von der Größe einer Einrichtung. Nicht alle Anforderungen können entsprechend der Einrichtungsgröße linear angepasst werden, da in bestimmten Bereichen – wie z. B. der strukturelevanten räumlichen Ausstattung (Vortragsraum o. ä.) – die Anforderungen entsprechend der Reha-Konzeption in adäquater Weise zu erfüllen sind. Auch beim Personal sind ggf. gesonderte Regelungen erforderlich, um notwendige Leistungen erbringen zu können. Die Möglichkeiten von Flexibilisierung und Kooperation sollten durch kleinere Einrichtungen in Abstimmung mit dem Federführer intensiv genutzt werden (vgl. Kap. 6; 2.1 und 3.6.3).

## 4. Gelten die Strukturanforderungen auch für ambulante Einrichtungen?

Die Strukturanforderungen gelten auch für ambulante Reha-Einrichtungen (vgl. Kap. 3.6.4). Dabei stützen sich die Anforderungen auf die seit dem Jahr 2000 formulierten Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), an denen die Rentenversicherung mitgewirkt hat [2-6].

## 5. Gelten die Strukturanforderungen auch für Suchteinrichtungen?

Es sind spezielle Strukturanforderungen für die einzelnen Indikationen der medizinischen Rehabilitation entwickelt worden. Die Besonderheiten des Indikationsbereiches Abhängigkeitserkrankungen wurden berücksichtigt (vgl. Kap. 3.6.1 und 3.6.3).

## **6. Gelten die Strukturanforderungen auch für Reha-Einrichtungen, die von der KV mitbelegt werden?**

Die Rentenversicherung orientiert sich bei der Belegung an den Strukturanforderungen. Bei von der Rentenversicherung federgeführten Einrichtungen wird die Erfüllung der Strukturanforderungen erwartet. In den jeweiligen Abteilungen vereinbart der Federführer einen Stellenplan für die gesamte Abteilung. Der konkrete Soll-Stellenplan wird unter Berücksichtigung der GKV-Belegung auf der Grundlage der Strukturanforderungen vereinbart. Zwischen der Rentenversicherung und der GKV findet ein regelmäßiger Austausch über den Stand und die Entwicklungen der Reha-Qualitätssicherung statt. Die Zuständigkeit der Reha-Träger für die Durchführung der Reha-Qualitätssicherung ist in einer trägerübergreifenden Vereinbarung geregelt.

## **7. Gelten die Strukturanforderungen auch für AHB-Einrichtungen?**

Die Strukturanforderungen gelten auch für AHB-Einrichtungen. Personalanforderungen können z. B. in Abhängigkeit vom Anteil der AHB-Belegung variieren. Die Unterschiede können jedoch einerseits durch die Möglichkeiten der Flexibilität und andererseits durch individuelle Festlegungen des Federführers ausgeglichen werden (vgl. Kap. 6 und 2.1).

## **8. Was ist der Sinn des Toleranzbereichs bei den personellen Anforderungen?**

Die Personalanforderungen sind überwiegend in Funktionsgruppen strukturiert. Für die einzelnen Funktionsgruppen ist die Anzahl der Mitarbeiter als Zielgröße definiert (vgl. Tab. 1 - 4). Die Zielgröße ist die Zahl der Mitarbeiter einer Funktionsgruppe, die für die Versorgung gefordert werden. Nicht zu jedem Zeitpunkt können alle Stellen in einer Reha-Einrichtung vollständig besetzt sein. Daher sind Abweichungen unter den definierten Voraussetzungen nach unten möglich und werden in einer Größenordnung von 20 % für jede Funktionsgruppe vorübergehend toleriert. Dessen ungeachtet ist es Aufgabe des Federführers, gemeinsam mit der Einrichtung Maßnahmen zu ergreifen, die zum Wiedererreichen der Zielgröße führen (vgl. Kap. 6).

## **9. Wie ist der Bereitschafts- und Nachtdienst berücksichtigt?**

Im Personalstand einer Einrichtung mit durchschnittlich 100 Rehabilitanden ist der Nacht- und Bereitschaftsdienst bei den Personalanforderungen berücksichtigt. Insbesondere bei kleineren Einrichtungen und in Rehabilitationseinrichtungen von Kindern und Jugendlichen mit entsprechend niedrigeren Personalanhaltszahlen sind gesonderte Regelungen zur Umsetzung erforderlich.

## **10. Warum werden bei den Personalanforderungen Funktionsgruppen gebildet?**

Reha-Einrichtungen halten ein multiprofessionelles Team vor. Dabei lassen sich Berufsgruppen zusammenfassen, um konzeptionellen Besonderheiten Rechnung zu tragen und bisherige Orientierungen aufrechterhalten zu können. Hierfür wurden Berufsgruppen zu Funktionsgruppen zusammengeführt. Für die Strukturqualität ist die Zielgröße einer Funktionsgruppe maßgeblich. Gleichwohl sind auch für einzelne Berufsgruppen Orientierungswerte aufgeführt (vgl. Tab. 1 - 4).

### **11. Gibt es Anforderungen zur Raumgröße oder zur Ausgestaltung des Notfallsystems?**

Raumverhältnisse sind in den Strukturanforderungen lediglich in Bezug auf ihre Funktionsfähigkeit definiert. Die tatsächlichen Größen sind auf der einen Seite an anderer Stelle (Bauvorschriften) geregelt, auf der anderen Seite können sie in Abhängigkeit vom Baukörper und der Ausstattung deutlich variieren. Vereinbarungen müssen mit dem Federführer getroffen werden. Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Auch für die strukturelle Ausgestaltung eines Notfallmanagements sind unterschiedliche Lösungen denkbar. Ähnliches gilt für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zu einer barrierefreien Leistungserbringung. Ziel sollte es sein, unter den gegebenen Bedingungen ein möglichst großes Maß an baulicher Barrierearmut zu realisieren (vgl. Kap. 3.2 - 3.3).

### **12. Was ist der Sinn der Experimentierklausel?**

Strukturanforderungen dürfen Innovation und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation nicht durch starre Regelungen behindern. Neue Entwicklungen sollen erprobt werden können. Hierfür wurde festgelegt, dass in Abstimmung mit dem Federführer konzeptionellen Besonderheiten Rechnung getragen werden kann. Begründungen müssen in nachvollziehbarer Form vorliegen (vgl. Kap. 6).

### **13. Welche Kooperationsformen sind für Reha-Einrichtungen möglich?**

Kooperationen sind im diagnostischen, therapeutischen und personellen Bereich möglich. Kooperationen müssen vertraglich eindeutig geregelt sein. Zeitlicher Umfang und Personalanteile müssen ersichtlich sein und werden dann beim Personalschlüssel berücksichtigt.

### **14. Müssen alle den Anforderungen zugeordneten Merkmale von der Reha-Einrichtung erfüllt werden?**

Die Merkmale, die den Anforderungen zugeordnet wurden und die in der Strukturhebung erfasst werden, haben nicht alle den gleichen Stellenwert. Es gibt Merkmale – die belegungsrelevanten Merkmale – die erfüllt werden müssen.

Die Erfüllung weiterer Merkmale – strukturelevante Merkmale – wird ebenfalls von der Rentenversicherung erwartet. Im Falle fehlender strukturelevanter Merkmale ist es Aufgabe des Federführers zu klären, mit welcher Dringlichkeit, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum Abhilfe zu schaffen ist. Im Einzelfall kann das Nichtvorhandensein vorübergehend oder – bei einer spezifischen Konstellation – auch dauerhaft akzeptabel sein.

Zuweisungsrelevante Merkmale hingegen müssen nicht vollständig erfüllt werden. Sie sind jedoch für die Zuweisung von Rehabilitanden mit besonderen Anforderungen hilfreich und werden daher nicht nur erfasst, sondern sollen sich auch positiv auf die Bewertung der Strukturqualität auswirken (vgl. Kap. 5, 7 und Anhang 2).

# **Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung**

→ **Anhang II**  
**Überblick über alle Strukturmerkmale**



# Überblickstabelle über alle Strukturmerkmale und Strukturhebungsbögen der DRV für medizinische Reha-Einrichtungen

## Gliederung

Mantelbogen: von allen Reha-Einrichtungen einmal auszufüllen

- 1 Allgemeine Angaben zur Rehabilitationseinrichtung
- 1.2 Leitung und Adresse der Rehabilitationseinrichtung
- 1.3 Art der Reha-Einrichtung
- 1.4 Fachabteilung in der Reha-Einrichtung, für die ein indikationsspezifischer Strukturhebungsbogen ausgefüllt wird
- 1.5 AHB/AR Anerkennung: somatische Reha-Einrichtungen

Fachteilungsbögen: von der jeweiligen Fachabteilung auszufüllen

- 2 Allgemeine Angaben zur Fachabteilung
  - 2.1 Leitung der Fachabteilung
  - 2.1a Besonderheiten der Fachabteilung für die Zuweisung
  - 2.2 Allgemeine Angaben zur Belegung
  - 2.3 Durchschnittliche Belegung der Fachabteilung
  - 2.4 Tatsächliche Belegung (durch stationäre und ambulante Rehabilitanden) der Fachabteilung pro Träger
  - 2.5 Indikationen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
  - 2.6 Altersspektrum der Rehabilitanden
  - 2.7 Schule und Betreuung
- 3 Merkmale der Strukturqualität
  - 3.1 Belegungsrelevante Merkmale
  - 3.2 Barrierearmut
  - 3.3 Räumliche Ausstattung
    - 3.3.1 Übergreifende Strukturmerkmale zur räumlichen Ausstattung
    - 3.3.2 Berufsgruppenspezifische Funktionsräume
  - 3.4 Medizinisch-technische Ausstattung
  - 3.5 Besondere Ernährungsformen
  - 3.6 Personelle Ausstattung
- 4. Strukturnahe Prozessmerkmale
  - 4.1 Strukturmerkmale zur Organisation
  - 4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung
  - 4.3 Spezifische Konzepte und Schulungen
  - 4.4 Internes Qualitätsmanagement

## Erläuterungen zur Tabelle

Die Nummerierung der Merkmale in der Tabelle stimmt nicht mit der Nummerierung in den Strukturhebungsbögen überein, da in den jeweiligen Bögen auf eine kontinuierliche Nummerierung der Merkmale Wert gelegt wurde, die aufgrund der Indikationsspezifität nicht übernommen werden konnte.

### Legende:

**1** Stammdaten

**BR** belegungsrelevant

**SR** strukturelevant

**ZR** zuweisungsrelevant

■ Merkmal nicht erhoben, weil:

- Erhebungsbögen indikationsspezifisch angelegt
- für die Indikation nicht erforderlich
- durch gesetzliche Vorgaben sichergestellt
- nur für ein Setting (ambulant/stationär) relevant
- Information an anderer Stelle verfügbar

**Belegungsrelevante Merkmale** sind Merkmale, die erfüllt werden müssen. Sie sind im Abschnitt 3.1 zusammengefasst und betreffen die erforderliche Facharztkompetenz und die Sicherheit der Rehabilitanden durch eine adäquate Notfallausstattung.

**Strukturelevante Merkmale** sind Merkmale, die aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung für die qualitativ hochwertige Versorgung der Rehabilitanden erforderlich sind und die grundsätzlich erwartet werden. Sie sollen alle erfüllt werden. Sie betreffen die baulich-räumliche, die medizinisch-technische Ausstattung sowie einige konzeptionell verankerte prozessnahe Strukturmerkmale. Im Falle fehlender strukturrelevanter Merkmale ist mit dem Federführer zu klären, in welchem Umfang und mit welcher Dringlichkeit Abhilfe zu schaffen ist.

**Zuweisungsrelevante Merkmale** sind Merkmale, die die Behandlung von Rehabilitanden mit besonderen Erfordernissen ermöglichen (z. B. bei Blindheit, Nachbehandlung bei Herztransplantation). Sie können von den Reha-Einrichtungen erfüllt werden, werden aber nicht durchgängig gefordert. Sie sind für die Zuweisungssteuerung der Rentenversicherung relevant und im Einzelfall für eine rehabilitandenspezifische Behandlung erforderlich.

# Mantelbogen: von allen Reha-Einrichtungen einmal auszufüllen

## Kapitel 1: Anzahl der Merkmale

1	<b>Allgemeine Angaben zur Rehabilitationseinrichtung</b>		
1.1	<b>Leitung und Adresse der Rehabilitationseinrichtung</b>		
Item-Nr.	Strukturmerkmal		
1	Institutionskennzeichen		1
2	weiteres Institutionskennzeichen		1
3	weiteres Institutionskennzeichen		1
	<b>Adresse</b>		
4	Name der Einrichtung		1
5	Straße und Hausnummer		1
6	Postleitzahl		1
7	Ort		1
8	Bundesland		1
9	Telefon-Nr.		1
10	Fax-Nr.		1
11	E-Mail		1
12	Internetseite		1
	<b>Ärztliche Leitung der Einrichtung</b>		
13	Anrede	Herr/Frau	1
14	Titel		1
15	Vorname		1
16	Nachname		1
17	E-Mail		1
	<b>Verwaltungsleitung der Einrichtung</b>		
18	Anrede	Herr/Frau	1
19	Titel		1
20	Vorname		1
21	Nachname		1
22	E-Mail		1

1.2	<b>Art der Reha-Einrichtung</b>		
Item-Nr.	Strukturmerkmal		
1	a) stationäre Reha-Einrichtung	Ja / Nein	1
2	mit ganztägig ambulanter Rehabilitationsabteilung	Ja / Nein	1
3	keine ganztägig ambulante Rehabilitationsabteilung, aber Rehaleistungen können auch ganztägig ambulant erbracht werden	Ja / Nein	1
4	Nachsorgeleistungen können durchgeführt werden	Ja / Nein	1
5	b) ausschließlich ganztägig ambulante Reha-Einrichtung	Ja / Nein	1
6	Nachsorgeleistungen können durchgeführt werden	Ja / Nein	1



<b>1.3</b>			
<b>Übergreifende Informationen zur Rehabilitationseinrichtung</b>			
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>		
1	Anzahl der Akutbetten (§ 108 i. V. m. §109 SGB V)	Anzahl	1
2	Gesamtanzahl der stationären Reha-Betten der Einrichtung	Anzahl	1
3	Gesamtanzahl der ganztägig ambulanten Reha-Behandlungsplätze der Einrichtung	Anzahl	1
	<b>Mitnahmemöglichkeiten in stationären Reha-Einrichtungen</b>		
4	Können Rehabilitanden Kinder mitbringen?	Ja / Nein	1
5	Kinder-Reha: Können Geschwisterkinder mitgebracht werden?	Ja / Nein	1
6	Falls "Ja", im Alter von ____ bis ____ Jahren		1
7	Wird eine Kinderbetreuung sichergestellt?	Ja / Nein	1
8	Gibt es einen Kindergarten?	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	1
9	Gibt es Schulunterricht?	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	1
10	Gibt es andere Betreuungsformen?	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	1
11	Falls "Ja", welche?		1
12	Ist die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson möglich?	Ja / Nein	1
13	Ist die Aufnahme von zu pflegenden Begleitpersonen möglich?	Ja / Nein	1

<b>1.4</b>			
<b>Fachabteilungen in der Reha-Einrichtung, für die ein indikationsspezifischer Strukturhebungsbogen ausgefüllt wird</b>			
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>		
	<b>Erwachsene stationär</b>		
1	Dermatologie	Anzahl	1
2	Gastroenterologie	Anzahl	1
3	Kardiologie	Anzahl	1
4	Neurologie	Anzahl	1
5	Onkologie	Anzahl	1
6	Orthopädie	Anzahl	1
7	Pneumologie	Anzahl	1
8	Indikationsübergreifend	Anzahl	1
9	Entwöhnungsbehandlung	Anzahl	1
10	Psychosomatik/Psychotherapie	Anzahl	1
	<b>Erwachsene ganztägig ambulant</b>		
11	Kardiologie	Anzahl	1
12	Orthopädie	Anzahl	1
13	Neurologie	Anzahl	1
	<b>Kinder und Jugendliche</b>		
14	Pädiatrie	Anzahl	1

<b>1.5</b>	<b>AHB / AR Anerkennung: somatische Reha-Einrichtungen</b>		
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>		
1	Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs	GRV / GKV	1
2	Krankheiten der Gefäße		
2a	arteriell	GRV / GKV	1
2b	venös	GRV / GKV	1
3	Entzündlich-rheumatische Krankheiten	GRV / GKV	1
4	Degenerativ-rheumatische Krankheiten / Zust. n. OP/ Unfallfolgen an Bewegungsorganen	GRV / GKV	1
5	Gastroenterologische Erkrankungen / Zust. n. OP an Verdauungsorganen		
5a	Gastroenterologische Erkrankungen / Zust. n. OP an einem Verdauungsorgan – ohne CEDE	GRV / GKV	1
5b	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	GRV / GKV	1
6	Endokrine Krankheiten	GRV / GKV	1
7	Krankheiten / Zust. n. OP an Atmungsorganen	GRV / GKV	1
8	Krankheiten der Niere / Zust. n. OP an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata	GRV / GKV	1
9	Neurologische Krankheiten / Zust. n. OP an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven	GRV / GKV	1
10	Onkologische Krankheiten		
10a	Bewegungsorgane	GRV / GKV	1
10b	Verdauungsorgane	GRV / GKV	1
10c	Atmungsorgane	GRV / GKV	1
10d	Niere, ableitende Harnwege und männliche Genitale	GRV / GKV	1
10e	Brustdrüse	GRV / GKV	1
10f	weibliches Genitale	GRV / GKV	1
10g	ZNS	GRV / GKV	1
10h	Pharynx, Larynx	GRV / GKV	1
10j	Haut (ausgeschlossen: nicht invasive Hauttumore)	GRV / GKV	1
10k	maligne Systemerkrankungen	GRV / GKV	1
10l	Schilddrüse	GRV / GKV	1
11	Gynäkologische Krankheiten / Zust. n. OP am weiblichen Genitale		
11a	gynäkologische Erkrankungen	GRV / GKV	1
11b	Zustand nach vaginalen oder abdominalen Operationen	GRV / GKV	1

## Fachabteilungsbögen: von der jeweiligen Fachabteilung auszufüllen

2	Allgemeine Angaben zur Fachabteilung											P1	P2	K1
Item-Nr.	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	A1	A2	A3	P1	P2	K1
	Derma	Gastro	Kardio	Neuro	Onko	Ortho	Pneu- mo	Ind. übergr.	amb. Kardio	amb. Ortho	amb. Neuro	Sucht	Psych	KiJu
	<b>Strukturmerkmal</b>													
1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2.1	Leitung der Fachabteilung											P1	P2	K1
Item-Nr.	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	A1	A2	A3	P1	P2	K1
	Derma	Gastro	Kardio	Neuro	Onko	Ortho	Pneu- mo	Ind. übergr.	amb. Kardio	amb. Ortho	amb. Neuro	Sucht	Psych	KiJu
	<b>Strukturmerkmal</b>													
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2.1a	Besonderheiten der Fachabteilung für die Zuweisung											P1	P2	K1
Item-Nr.	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	A1	A2	A3	P1	P2	K1
	Derma	Gastro	Kardio	Neuro	Onko	Ortho	Pneu- mo	Ind. übergr.	amb. Kardio	amb. Ortho	amb. Neuro	Sucht	Psych	KiJu
	<b>Strukturmerkmal</b>													
	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1												1	1	
2												1	1	
3												1		

<b>2.2 Allgemeine Angaben zur Belegung</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	Öffnungstage der Fachabteilung im Bezugszeitraum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Durchschnittliche Anzahl der Betten im Bezugszeitraum	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1
3	Durchschnittliche Anzahl ambulanter Behandlungsplätze im Bezugszeitraum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Anzahl ambulanter Nachsorgefälle (z. B. IRENA) im Bezugszeitraum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Anzahl der Einbettzimmer	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1
6	Anzahl der Mehrbettzimmer	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1
7	Anzahl der Kind-Eltern-Einheiten														1

<b>2.3 Durchschnittliche Belegung der Fachabteilung</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	Durchschnittliche Belegung der Fachabteilung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Anteil der AHB/AR-Rehabilitanden an allen Rehabilitanden _____%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

2.4 Tatsächliche Belegung (durch stationäre und ambulante Rehabilitanden) der Fachabteilung pro Träger		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KJU	
Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?														
1	Gesetzliche Rentenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Gesetzliche Krankenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Gesetzliche Unfallversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Private Krankenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Sonstige (z. B. Selbstzahler...)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Anzahl der Rehabilitanden im Bezugszeitraum insgesamt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Anzahl der Rehabilitanden	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Gesetzliche Rentenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Gesetzliche Krankenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Gesetzliche Unfallversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Private Krankenversicherung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Sonstige (z. B. Selbstzahler...)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2.5	Indikationen der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneumo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KJu
Item-Nr.	Indikation	Anzahl behandelte Fälle im Bezugszeitraum														
1	Pneumologie															1
1a	Davon: Asthma Bronchiale															1
1b	Davon: Mukoviszidose															1
2	Stoffwechsel / Endokrinologie															1
2a	Davon: Adipositas mit Folgeerkrankung															1
2b	Davon: Diabetes mellitus Typ 1															1
3	Dermatologie															1
3a	Davon: Neurodermitis															1
3b	Davon: Psoriasis vulgaris															1
4	Kardiologie															1
5	Neurologie und Neuropädiatrie															1
6	Gastroenterologie															1
6a	Davon: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)															1
7	Onkologie															1
8	Orthopädie															1
8a	Davon: Skoliosen															1
9	Psychosomatik / Psychiatrie															1
9a	Davon: Essstörungen															1
9b	Davon: ADHS															1
10	Nephrologie / Urologie															1
11	Rheumatologie															1
12	Andere															1

2.6	Altersspektrum der Rehabilitanden											K1 K1Ju			
	Item-Nr.	Anzahl behandelte Fälle im Bezugszeitraum	S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneumo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio		A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht
1	Altersspektrum Ihrer Rehabilitanden	von _ bis _ Jahre													1
2	Anzahl der Rehabilitanden im Bezugszeitraum getrennt nach Altersgruppen	0-2 Jahre / 3-7 Jahre / 8-10 Jahre / 11-14 Jahre / 15-18 Jahre / über 18 Jahre													1

2.7	Schule und Betreuung											K1 K1Ju			
	Item-Nr.	Schule	S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneumo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio		A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht
1	Wird Schulunterricht angeboten?	Merkmal vorhanden? Ja, intern / Ja, extern / nein													1
2	Falls ja, gemäß Lehrplan?	ja / reduziert / nein													1
3	Welche Fächer werden angeboten?	Deutsch / Mathematik / Englisch / Französisch / Spanisch / weitere Fremdsprache, welche													1
4	Welche Schulformen werden angeboten?	Sonderpädagogische Förderung / Primarstufe / Sekundarstufe I / Sekundarstufe II / Berufsschule / Andere:													1
5	Welche Schulstufen werden angeboten?	von _ bis _ Klasse													1





3.3	Räumliche Ausstattung	S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
3.3.1	Übergreifende Strukturmerkmale zur räumlichen Ausstattung														
Item-Nr.	Strukturmerkmal														
1	Empfangs- und Wartebereich									SR	SR	SR			
2	Aufenthalts- und Ruhebereich									SR	SR	SR			
3	Angemessene Kommunikationsräume												SR	SR	
4	Versorgungs- und Speisebereich									SR	SR	SR			
5	Umkleideräume mit abschließbaren Schließfächern									SR	SR	SR			
6	Duschräume und WCs									SR	SR	SR			
7	Altersspezifische Gruppenräume														SR
8	Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR				SR	SR	ZR
9	Aufzug	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
10	Aufzug, in dem Betten- oder Liegentransport möglich ist	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR				SR	SR	SR
11	Möglichkeit der Aufnahme von Rehabilitanden über 130 kg	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

3.3.2	Berufsgruppenspezifische Funktionsräume	S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
3.3.2	Übergreifende Strukturmerkmale zur räumlichen Ausstattung														
Item-Nr.	Strukturmerkmal														
1	seperates Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit									SR	SR	SR			
2	Indikationsspezifischer medizinischer Funktionsraum oder -bereich	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
3	Vortragsraum	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
4	Raum für Einzelgespräche, Einzelberatung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
5	Raum für Gruppenverfahren, Gruppenarbeit (Kleingruppen)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
6	Bewegungsbad, Schwimmbad	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR	SR	ZR	ZR	SR	SR
7	Hebelift im Bewegungsbad, Schwimmbad	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR		ZR	ZR			ZR
8	Sport- oder Bewegungshalle	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
9	Gebühlsstrecke				SR		SR				SR	SR			

<b>3.3.2 Berufungsgruppenspezifische Funktionsräume (Fortsetzung)</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
10	Raum für die Physiotherapie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
11	Raum für die medizinische Trainingstherapie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR	ZR	SR
12	Raum für die Ergotherapie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
13	Raum mit Materialien für ein arbeitsbezogenes Assessment	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
14	Lehrküche	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
15	Funktionsgerechter Raum für die Kooperation mit Sanitätshaus	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR

<b>3.4 Medizinisch-technische Ausstattung</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	Routinelabor	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
2	HbCO-Messung							SR							
3	Blutgasanalyse		SR	SR		SR		SR	ZR						ZR
4	Pulsoxymetrie							SR							ZR
5	Röntgendiagnostik	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
6	Belastungs-EKG	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR
7	Langzeit-EKG		ZR	SR	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	ZR	SR	ZR	ZR	ZR
8	ICD- und Schrittmacherkontrolle			ZR						ZR					
9	Sonographie (z. B. Abdomen, Gelenke, Schilddrüse)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
10	Dopplersonographie	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR	SR	ZR	ZR	
11	Farbcodierte Duplexsonographie		SR	SR	SR				ZR	SR		SR			

<b>3.4 Medizinisch-technische Ausstattung (Fortsetzung)</b>													KI KIJu			
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>	S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. übergf.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	KI KIJu
12	Echokardiographie mit Farbdoppler	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein			SR	SR			SR	ZR	SR					
13	Stressechokardiographie	Ja / Nein			ZR						ZR					
14	TEE (Transösophageale Echokardiographie)	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein			ZR						ZR					
15	Langzeitblutdruckmessung	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR		SR	SR	SR	SR	SR		SR	SR	SR
16	Peak-Flow-Messung	Ja / Nein	SR						SR							SR
17	Lungenfunktionsdiagnostik (Spirometrie)	Ja / Nein	SR	SR	SR	ZR		SR	SR	SR	SR	SR		SR	SR	SR
18	Spiroergometrie	Ja / Nein			ZR				SR		ZR					
19	Diffusionsmessung	Ja / Nein							SR							
20	Bodyplethysmographie	Ja / Nein			ZR		ZR		SR	ZR						ZR
21	Mobile Apnoediagnostik (Schlafapnoe-Screening)	Ja / Nein			SR	ZR			SR	ZR						
22	Spezielle Atemhilfe bei Apnoe-Patienten	Ja / Nein							SR							
23	Schlaflabor	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein				ZR			ZR							
24	Allergologisches Testlabor	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	SR						SR							ZR
25	Nasaler Provokationstest	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	SR						SR							ZR
26	Bronchiale Provokationstests	Ja / Nein							SR							ZR
27	Flexible Bronchoskopie	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein							SR							
28	Schweißtest	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein														ZR
29	UVA-Strahler	Ja / Nein	SR													
30	UVB-Strahler	Ja / Nein	SR													
31	Teilbestrahlungseinheit	Ja / Nein	SR													
32	Elektroneurographie	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein				SR										ZR
33	Elektromyographie	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein				SR										ZR
34	Evozierte Potentiale	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein				SR										ZR

<b>3.4 Medizinisch-technische Ausstattung (Fortsetzung)</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KIJu
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
35	EEG				SR							SR			ZR
36	Langzeit-EEG				ZR							ZR			
37	Posturographie				ZR		ZR					ZR			
38	Diagnostik für Sprach-/Sprechstörungen				SR							SR			ZR
39	Neuropsychologische Diagnostik				SR							SR	SR		ZR
40	Kau-/Schluckdiagnostik				SR							SR			
41	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie		SR			ZR									
42	Koloskopie		SR			ZR									
43	Endoskopieausstattung mit Möglichkeit für Interventionen		ZR												
44	Manometriemessplatz		ZR												
45	Psychologische Testverfahren	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
46	Entwicklungsdiagnostik														SR
															SR

<b>3.5 Besondere Ernährungsformen</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KIJu
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	Energiebilanzierte bzw. -definierte Kost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
2	Nährstoffbilanzierte bzw. -definierte Kost	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
3	Keimreduzierte Kost	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
4	Sondenernährung	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
5	Parenterale Ernährung	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

<b>3.6 Personelle Ausstattung</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KIJu
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
	vergleiche die Personalhaltstabellen in der Broschüre Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Abschnitt 3.6														

<b>Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärzte?</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneumo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
1	Allgemeinmedizin	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	BR**	ZR	ZR
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe					BR***									
3	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde					BR***									
4	Haut- und Geschlechtskrankheiten	BR*													
5	Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	BR**	ZR	ZR
6	Innere Medizin mit SP Rheumatologie						ZR				ZR				
7	Innere Medizin mit SP Kardiologie									BR*					
8	Innere Medizin mit SP Hämatologie und Onkologie														
9	Innere Medizin mit SP Pneumologie														
10	Innere Medizin mit SP Gastroenterologie														
11	Innere Medizin mit SP Endokrinologie und Diabetologie														
12	Kinder- und Jugendmedizin														BR*

\* Eine der Facharztqualifikationen ist für den leitenden Arzt / Chefarzt / Ärztlichen Direktor (1.) in dieser Indikation belegungsrelevant (vgl. 3.1). \*\* Erläuterung siehe \*. Zusätzliche psychotherapeutische Qualifikationen erforderlich. \*\*\* Erläuterung siehe \* wenn onkologische Abteilungen über eine AHB Anerkennung verfügen, ist ein entsprechender Facharzt (auch in Kooperation) erforderlich.

<b>Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärzte? (Fortsetzung)</b>		51 Derma	52 Gastro	53 Kardio	54 Neuro	55 Onko	56 Ortho	57 Pneumo	58 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KJu
13	SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie														ZR
14	SP Kinder-Kardiologie														ZR
15	SP Neuropädiatrie														ZR
16	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie														BR*
17	Neurologie				BR*							BR*	ZR	ZR	
18	Orthopädie / Orthopädie und Unfallchirurgie						BR*								
19	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie														
20	Psychiatrie und Psychotherapie					ZR						ZR	BR*	BR*	
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
22	Urologie					BR***									
23	Andere, bitte angeben:	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

\* Eine der Facharztqualifikationen ist für den leitenden Arzt / Chefarzt / Ärztlichen Direktor (1.) in dieser Indikation belegungsrelevant (vgl. 3.1).

\*\*\* Erläuterung siehe \* wenn onkologische Abteilungen über eine AHB Anerkennung verfügen, ist ein entsprechender Facharzt (auch in Kooperation) erforderlich.

Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärzte? (Fortsetzung)		51 Derma	52 Gastro	53 Kardio	54 Neuro	55 Onko	56 Ortho	57 Pneumo	58 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju	
1. Leitender Arzt / Chefarzt / Ärztlicher Direktor	2. Oberärzte	3. übrige Ärzte														
24	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen	Ja / Nein														
25	Leitender Arzt oder Oberarzt hat keine Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen, aber die Kurse hierzu vollständig absolviert.	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
26	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Allergologie	Ja / Nein	ZR					ZR								ZR
27	Leitender Arzt oder Oberarzt in der Fachabteilung hat das Zertifikat Berufsdermatologie (ABD)	Ja / Nein	ZR													
28	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Diabetologie	Ja / Nein						ZR								
29	Leitender Arzt oder Oberarzt hat den Nachweis Diabetologie DDG	Ja / Nein	ZR													
30	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	Ja / Nein														ZR
31	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Kinder-Orthopädie	Ja / Nein														ZR
32	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie	Ja / Nein														ZR
33	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Kinder-Rheumatologie	Ja / Nein														ZR
34	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden	Ja / Nein					ZR				ZR		ZR	ZR		ZR
35	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung	Ja / Nein											ZR			
36	Leitender Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie	Ja / Nein					ZR				ZR		ZR	ZR		ZR
37	Psychologe hat die Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie	Ja / Nein					ZR				ZR		ZR	ZR		ZR
38	Weitere reharelevante Zusatzbezeichnungen gemäß BÄK:	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

<b>Welche Qualifikationen (mit Zertifikat) haben die in der Fachabteilung beschäftigten psychologischen Psychotherapeuten (oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten)? Bitte geben Sie die Anzahl der jeweils vorhandenen Qualifikationen an:</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KiJu
1	Verhaltenstherapie	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
3	Psychoanalyse	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
4	Gesprächspsychotherapie	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
5	Systemische Therapie	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

<b>4</b>	<b>Strukturmerkmale</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KiJu
<b>4.1</b>	<b>Strukturmerkmale zur Organisation</b>															
<b>Item-Nr.</b>	<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Merkmal vorhanden?</b>														
1	Vorstellung beim Arzt am Tag der Ankunft	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
2	Erstuntersuchung (spätestens am Tag nach Ankunft)	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
3	Therapiebeginn innerhalb des ersten Tages nach Ankunft	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
4	Untersuchung durch den gebietspezifischen Facharzt (spätestens drei Tage nach Ankunft)	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
5	Psychosoziale Aufnahmediagnostik (spätestens drei Tage nach Ankunft)	Ja / Nein												SR	SR	
6	Chefarzt- oder Vertretervisite (mind. 1x pro Reha)	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR			SR
7	Chefarzt- oder Vertretervisite (mind. 1x alle zwei Wochen)	Ja / Nein												SR	SR	
8	ärztliche Abschlussuntersuchung und ärztliches Abschlussgespräch frühestens drei Arbeitstage vor Entlassung	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
9	Information zur Nachsorge, ggf. Vermittlung und Einleitung	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
10	Ärztliche Anwesenheit während der Zeit in der Rehaleistungen durchgeführt werden	Ja / Nein														
11	Angehörigengespräche	Ja / Nein												SR	SR	
12	Ärztliche Anwesenheit 24 h im Haus	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
13	Hintergrunddienst durch Fach- bzw. Oberarzt	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
14	Mindestens eine examinierte Pflegekraft 24 h im Haus	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR



<b>4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überggr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
Item-Nr.	Strukturmerkmal	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung untereinander und der Einrichtungsleitung mit Abteilungs-, Gruppenleitern	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
2	Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-, Gruppenleitern mit ihren Mitarbeitern	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
3	Regelmäßige Rehabilitandenvorstellung, Fallbesprechung im Reha-Team	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
4	Supervisionen durch entsprechend qualifizierten Supervisor												SR	SR	ZR
5	Falls "Ja", Anzahl der Supervisionen												SR	SR	ZR
6	Schulungs- und Fortbildungsplan (extern und intern), der festlegt, welche Personen welche Schulungen/Fortbildungen besuchen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
7	Regelmäßige interne Teamfortbildungen	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
8	Regelmäßiges Reanimationstraining (mind. einmal pro Jahr) und schriftlicher „Erste-Hilfe-Plan“	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR

<b>4.3 Spezifische Konzepte und Schulungen</b>		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überggr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 K1Ju
Item-Nr.	Strukturmerkmal	<b>Merkmal vorhanden?</b>													
1	... handchirurgische Nachbehandlung						ZR				ZR				
2	... Osteoporose						ZR				ZR				
3	... manuelle Therapie der Extremitäten, Wirbelsäule						ZR				ZR				ZR
4	... Lymphdrainage, manuell			ZR	ZR	ZR	ZR			ZR	ZR	ZR			

4.3	Spezifische Konzepte und Schulungen (Fortsetzung)		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneu- mo	S8 Ind. überg.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KiJu
Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?														
	<b>Spezifische Konzepte für ...</b>															
5	... Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm	Ja / Nein						ZR				ZR				ZR
6	... Poliomyelitis-Therapie	Ja / Nein						ZR				ZR				
7	... Amputierte	Ja / Nein						ZR				ZR				
8	... Terraintraining	Ja / Nein			ZR						ZR					
9	... INR-Selbstbestimmung	Ja / Nein			ZR						ZR					
10	... seltene Stoffwechselerkrankheiten	Ja / Nein		ZR												ZR
11	... chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Ja / Nein		ZR												
12	... Herztransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein			ZR						ZR					ZR
13	... Lungentransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein			ZR				ZR		ZR					ZR
14	... Kombi-Herz-Lungentransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein			ZR				ZR		ZR					ZR
15	... Lebertransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein		ZR												ZR
16	... Nierentransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein								ZR						ZR
17	... Knochenmarkstransplantation-Nachbehandlung	Ja / Nein					ZR									ZR
18	... Chemotherapie	Ja / Nein					ZR									ZR
19	... Stimm- und Sprachstörungen	Ja / Nein												ZR	ZR	
20	... erwachsene Stotterer	Ja / Nein								ZR						
21	... Vocal cord dysfunction	Ja / Nein							ZR	ZR						
22	... familienorientierte Rehabilitation	Ja / Nein														ZR
23	... Kreativ- oder Musiktherapie	Ja / Nein												ZR	ZR	
24	... orthopädische Gangschule	Ja / Nein														ZR
25	... Blasentraining	Ja / Nein														ZR
26	... Traumabehandlung	Ja / Nein				ZR		ZR				ZR	ZR			
27	... pathologisches Glücksspiel	Ja / Nein												ZR	ZR	
28	... pathologischer PC-/Internetgebrauch	Ja / Nein												ZR	ZR	
29	... Essstörungen	Ja / Nein												ZR	ZR	ZR
30	... geschlechtsspezifische Behandlungen	Ja / Nein												ZR	ZR	
31	... Sucht-Auffangbehandlung	Ja / Nein												ZR	ZR	
32	... Sucht-Kurzzeittherapie	Ja / Nein												ZR	ZR	
33	... Sucht-Wiederholungsbehandlung	Ja / Nein												ZR	ZR	
34	... Sucht-Kombinationstherapie	Ja / Nein												ZR	ZR	
35	... substituionsgestützte Entwöhnungsbehandlung	Ja / Nein												ZR	ZR	

4.3	Spezifische Konzepte und Schulungen (Fortsetzung)										A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KJU	
Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?															
	Spezifische Konzepte für ...																
36	... Behandlung bei ausgeprägter Adipositas	Ja / Nein														ZR	
37	... Botulinumtoxin-Therapie bei Spastik	Ja / Nein	ZR														
38	... Plexusläsionen	Ja / Nein		ZR													
39	... Problemfälle Epilepsie	Ja / Nein		ZR													
40	... visuelles Explorations-/Lesetraining	Ja / Nein		ZR													
41	Weitere spezifische Konzepte (Titel)	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
	<b>Berufsorientierte Konzepte und Verfahren</b>																
42	Medizinisch-berufliche Reha (Phase II) im Haus	Ja / Nein								ZR							
43	Konzept zur Behandlung von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
44	Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
45	Arbeitsbezogene Belastungsproberprobung	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
46	Arbeitsbezogene Therapie	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
47	Beratung zum Arbeitsplatz	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
48	Information und Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	
49	Fahreignungsbeurteilung	Ja / Nein								ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
	<b>Schulungen</b>																
50	Die Patientenschulungen der Fachabteilung sind manualisiert	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
51	Die Patientenschulungen der Fachabteilung unterscheiden zwischen Kinder- und Begleiteternschulung	Ja / Nein														ZR	
52	Die Patientenschulungen der Fachabteilung sind curricular miteinander verknüpft	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
53	Die Patientenschulungen der Fachabteilung werden mit Gruppengrößen für bis zu 15 Rehabilitanden durchgeführt	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
54	Die Patientenschulungen der Fachabteilung sehen stets praktische Übungselemente vor	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	

4.4	Internes Qualitätsmanagement		S1 Derma	S2 Gastro	S3 Kardio	S4 Neuro	S5 Onko	S6 Ortho	S7 Pneumo	S8 Ind. übergr.	A1 amb. Kardio	A2 amb. Ortho	A3 amb. Neuro	P1 Sucht	P2 Psych	K1 KJu
Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?														
1	Regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Rehabilitationskonzepts	Ja / Nein										SR	SR			
2	Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung	Ja / Nein									SR	SR	SR			
3	Qualitätsmanagementbeauftragter ist unmittelbar der Einrichtungsleitung/Geschäftsführung unterstellt, besitzt definierte Aufgaben und verfügt über festgelegte Kapazitäten	Ja / Nein									ZR	ZR	ZR			
4	Internes Qualitätsmanagementsystem	Ja / Nein									ZR	ZR	ZR			
5	Interne Qualitätszirkel oder Projektgruppen, die sich außerhalb der Aufgaben des Tagesgeschäfts mit Qualitätsproblemen befassen	Ja / Nein									ZR	ZR	ZR			
6	Routinemäßiger Einsatz und Auswertung eines internen Fragebogens zur Patientenzufriedenheit	Ja / Nein									ZR	ZR	ZR			
7	Systematisches Beschwerdemanagement bezüglich Patienten- und Kostenträger-Beschwerden	Ja / Nein									SR	SR	SR			
8	Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Beginn und Ende der Reha-Maßnahmen	Ja / Nein									ZR	ZR	ZR			
9	Führen von Komplikationsstatistiken	Ja / Nein									SR	SR	SR			
10	Verbindliche schriftliche Regelungen für medizinische Notfälle (Notfallmanagement)	Ja / Nein									SR	SR	SR			
11	Routinemäßige Auswertung der Berichte der externen Qualitätssicherung (Rehabilitandenbefragung, etc.)	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
12	Hygienebeauftragter	Ja, intern / Ja, Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
13	Schriftlicher Hygieneplan	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR

## Notizen

## Notizen





**Deutsche  
Rentenversicherung  
Rehabilitation -  
mit Sicherheit Qualität**