Reha-Qualitätssicherung
der Deutschen Rentenversicherung

Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen

Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation -
mit Sicherheit Qualität

Stand: 26.05.2014

Hinweis:

Ansprechpartner

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

Ansprechpartner für die Reha-Qualitätssicherung:

Berthold Lindow
Tel.: 030 865-35958
E-Mail: berthold.lindow@drv-bund.de

Janett Zander
Tel.: 030 865-37600
E-Mail: janett.zander@drv-bund.de

Sekretariat
Tel.: 030 865-32827

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

Rubrik: Rehabilitation
Reha-Qualitätssicherung

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

Herrn Uwe Egner
Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

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

Wir danken den beteiligten Experten der Projektgruppe Visitation:

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

Frau Ingrid Großmann
Als Vertreterin der Region West
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Düsseldorf

Herrn Dr. Michael Körner
Als Vertreter der Region West
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Münster

Herrn Dr. Tim Lucas
Als Vertreter der Region Süd-West
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Karlsruhe

Frau Petra Kirchner
Als Vertreterin des Bundesträgers DRV KBS
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See
Bochum

Herrn Dr. Ralph Jäger
Als Vertreter des Bundesträgers DRV Bund
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Nicola Wenderoth
Als Vertreterin des Bundesträgers DRV Bund
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herrn Berthold Lindow
Als Leiter der Projektgruppe
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort 6

2. Einführung 8

3. Das einheitliche Visitationsverfahren der Rentenversicherung 9

4. Vorbereitung der Visitation 11

5. Dimensionen und Bereiche der Visitation 13

6. Durchführung der Visitation 14

7. Nachbereitung der Visitation 16

8. Dokumentation der Visitation 16

9. Visitation und Qualitätssicherung 17

10. Visitation und Qualitätsmanagement 18

11. Anforderungen an Visitoren 19

Anhang:
Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen
Dokumentationsbogen mit Manual 21

1. Vorwort

Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung sichern die Teilhabe chronisch kranker Menschen an Arbeit und Gesellschaft. Sie werden sowohl in Reha-Einrichtungen öffentlicher als auch privater Trägerschaft durchgeführt. Alle Rehabilitationseinrichtungen nehmen an einer umfassenden Qualitätssicherung teil. Ziele der qualitätssichernden Maßnahmen sind sowohl eine kontinuierliche Verbesserung als auch die Erhöhung der Transparenz. Für die Reha-Qualitätssicherung sind zahlreiche Instrumente und Verfahren entwickelt worden, die fortlaufend eingesetzt werden. Die Reha-Einrichtungen werden dabei regelmäßig über ihre Ergebnisse und die der Vergleichsgruppe zu unterschiedlichen Aspekten der Qualität informiert. Sie haben so die Möglichkeit, die Ergebnisse der jeweiligen Qualitätsaspekte einzuordnen und zu interpretieren.

Visitationen als spezielles Instrument der Reha-Qualitätssicherung mit der Aufnahme unmittelbarer Informationen vor Ort bieten weitere Möglichkeiten und haben daher einen besonderen Platz in der Qualitätssicherung. Der direkte Austausch über Qualitätsergebnisse zwischen Visitoren und Leistungserbringern unterstützt beide o. g. Ziele. Daher hat die Visitation in der Reha-Qualitätssicherung einen besonderen Stellenwert. Sie wird häufig als „Qualitätssicherung vor Ort“ bezeichnet. Damit kommt zum Ausdruck, dass sie unmittelbar am Ort des Leistungsgeschehens Anwendung findet und wirksam wird. Die Reha-Einrichtung kann in ihrer ganzen Komplexität einschließlich der Mitarbeiter und Rehabilitanden wahrgenommen werden. Visitationen können in ihre Bewertung nicht nur die verfügbaren einrichtungsbezogenen Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung einbeziehen, vielmehr nutzen sie eine Vielzahl von vor Ort gewonnenen Informationen aus unterschiedlichen Quellen. Hierdurch wird eine umfassende tagesaktuelle Bestandsaufnahme ermöglicht. Visitationen werden für die Beratung der Mitarbeiter der Einrichtung genutzt. Die Beratung erfolgt partnerschaftlich durch erfahrene Visitoren. Der federführende Rentenversicherungsträger unterrichtet andere Rentenversicherungsträger und wesentliche Mitbeleger von der beabsichtigten Visitation und ermöglicht auf Wunsch eine Teilnahme.

Die Beratung basiert auf der Summe aller gewonnenen Informationen und kann sich sowohl auf allgemeine als auch auf sehr konkrete Fragestellungen beziehen. Visitationen ermöglichen den unmittelbaren Kontakt zu Rehabilitanden, die sich zum Zeitpunkt der Visitation in der Einrichtung befinden. Durch sie können zusätzlich wesentliche Einschätzungen aus Rehabilitandensicht gewonnen werden. Visitationen beziehen als zentralen Bestandteil den Austausch mit der ärztlichen und Verwaltungsleitung sowie den Mitarbeitern ein. Insbesondere für die Beurteilung der patientenbezogenen, organisatorischen und inhaltlichen Abläufe kommt diesem Austausch eine entscheidende Bedeutung zu. Die Einrichtung hat die Möglichkeit, ihre jeweilige Position ausführlich darzustellen.

Der Rentenversicherung ist es wichtig, die aufgeführten Vorteile der Visitation umfassend für die Reha-Qualitätssicherung zu nutzen. Voraussetzung hierfür ist, dass rentenversicherungsweit ein einheitliches Verständnis über die Durchführung und die Aussagefähigkeit von Visitationen besteht. Einheitliche Bewertungs- und Dokumentationssysteme bilden die Grundlage für vergleichbare Ergebnisse. Der federführende Rentenversicherungsträger stellt interessierten Mitbelegern die erhobenen Visitationsergebnisse zur Verfügung.

Die von der Deutschen Rentenversicherung mit dieser Zielstellung eingesetzte Expertengruppe hat ein Konzept für Visitationen erarbeitet, das auch die bisherigen in der Rentenversicherung eingesetzten Materialien aufgenommen hat. Realistische Aufwände für die Durchführung von Visitationen waren ebenfalls bestimmend für die Konzeptentwicklung. Neben allgemeinen Ausführungen zur Visitation als Instrument der Qualitätssicherung enthält es einen manualisierten Dokumentationsbogen, mit dem die Visitationsergebnisse festgehalten werden. Damit steht erstmalig ein rentenversicherungsweit abgestimmtes Instrumentarium für Visitationen von medizinischen Reha-Einrichtungen zur Verfügung. Das Ziel der Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten und -gesicherten Rehabilitation wird dadurch maßgeblich unterstützt. Der Anwendung in der Routine wurde eine Einführung von Visitoren in das neue Verfahren und eine praktische Erprobung des Instrumentariums vorangestellt. Die Ergebnisse einschließlich einer begleitenden Evaluation wurden in einem wissenschaftlich unterstützten Projekt bewertet. Die Handlungsempfehlungen aus dem Projekt wurden umgesetzt. Das nunmehr rv-einheitliche Vorgehen stärkt die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Leistungsträgern und -erbringern und erhöht die Transparenz für alle Beteiligten. Wir danken den Mitgliedern der Projektgruppe für ihre Arbeit. Mit der Nutzung von Visitationsergebnissen für die Reha-Qualitätssicherung haben sie die Voraussetzung für eine weitere Form der Qualitätsentwicklung im unmittelbaren Austausch mit Leistungserbringern und Rehabilitanden geschaffen.

Gundula Roßbach
Direktorin
Deutsche Rentenversicherung Bund

Thomas Keck
Erster Direktor
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

2. Einführung

Visitationen sind ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Sie ermöglichen vor Ort eine umfassende, aktuelle und fundierte Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen. Grundlage hierfür sind sowohl vorangegangene dokumentierte Erfahrungen als auch ein kontinuierlicher Informationsaustausch und die Verfügbarkeit aktueller Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung auf beiden Seiten.

Visitationen verfolgen mehrere Ziele. Auf der einen Seite wird geprüft, ob die Einrichtung die Voraussetzung für die Durchführung von Rehabilitationen entsprechend der getroffenen Vereinbarungen und der Anforderungen der Rentenversicherung erfüllt. Dabei beschränkt sich die Visitation nicht auf die Überprüfung der greifbaren strukturellen Merkmale. Vielmehr bietet gerade die Visitation vor Ort die Möglichkeit, Abläufe innerhalb der Einrichtung, das Zusammenwirken der einzelnen Bereiche, aber auch atmosphärische Aspekte zu bewerten. Dabei entsteht ein sehr umfassender Eindruck, der die Funktionsfähigkeit einer Reha-Einrichtung einbezieht.

Visitationen sind ein lernendes System. Jede Visitation bietet den Visitoren die Möglichkeit, Mitarbeitereindrücke, konzeptionelle Besonderheiten der Einrichtung und Erwartungen von Rehabilitanden aufzunehmen und zu berücksichtigen.

Auf der anderen Seite werden Visitationen dazu genutzt, die Mitarbeiter der Einrichtungen bezüglich der Zielstellung der Rehabilitation durch die Rentenversicherung und der Möglichkeiten für die praktische Umsetzung zu beraten. Visitoren verfügen über Kenntnisse aus zahlreichen Reha-Einrichtungen an unterschiedlichen Standorten und mit unterschiedlichen Leistungsformen. Sie können daher für auftretende Fragestellungen alternative Lösungsvorschläge anbieten, die sie anderenorts als geeignet beurteilt haben. Die Beratung bzw. der Austausch zwischen den Partnern ist der entscheidende Aspekt für die Komponente Qualitätsentwicklung durch Visitationen.

Voraussetzung für faire und vergleichbare Visitationsergebnisse sind dabei ein standardisiertes Vorgehen, reproduzierbare Ergebnisse und qualifizierte Visitoren.

Das im Dezember 2011 eingeführte Manual und der dazugehörige Dokumentationsbogen wurden in einem Zeitraum von einem Jahr mit einer Begleitevaluation erprobt. Die eingegangenen 129 Dokumentations- und 79 Evaluationsbögen von 12 RV-Trägern und der Arge-Krebs wurden in einem wissenschaftlichen Projekt ausgewertet. Die im Abschlussbericht des Projektes enthaltenen Handlungsempfehlungen wurden in der vorliegenden Version umgesetzt.

3. Das einheitliche Visitationsverfahren der Rentenversicherung

Innerhalb der Rentenversicherung gehören Visitationen seit langem zum Instrumentarium, das die Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern prägt. Hierfür haben die RV-Träger zahlreiche Vorgehensweisen, Durchführungsarten und Dokumentationsformen entwickelt. Visitationen haben für die Reha-Qualitätssicherung und die Qualitätsentwicklung von Reha-Einrichtungen einen hohen Stellenwert. Um der Bedeutung für die Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtung und Federführer auf einer persönlichen Ebene gerecht zu werden, sollen sie daher zukünftig in der Rentenversicherung nach einem einheitlichen Standard durchgeführt und dokumentiert werden. Erwartungen der Leistungsträger sollten nach außen einheitlich erscheinen und die Reha-Einrichtungen sollten eine erkennbare Plattform für die Darstellung ihrer Leistungsfähigkeit haben. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Ergebnisse von Visitationen untereinander vergleichbar sind und andere Verfahren der Reha-Qualitätssicherung vervollständigen und abrunden. Diese Schlussfolgerungen haben den Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze (AKRQG), ein Gremium der Deutschen Rentenversicherung auf der Ebene der Geschäftsführer, veranlasst, eine Projektgruppe für die Entwicklung eines Konzeptes für ein einheitliches Visitationsverfahren einzusetzen, die ihre Arbeit nach folgenden Grundsätzen gestaltet hat:

I. Die Visitation von Reha-Einrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung ist ein wichtiges anerkanntes Verfahren der externen Reha-Qualitätssicherung. Mit der Möglichkeit einer zusammenfassenden Betrachtung unterschiedlicher Qualitätsaspekte unter Einbeziehung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung ermöglicht sie eine aktuelle umfassende Bewertung der Qualität einer Reha-Einrichtung.

II. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Visitationen setzt ein abgestimmtes einheitliches Verfahren innerhalb der Deutschen Rentenversicherung voraus. Die Ergebnisse der Erprobungsphase haben die stimmige Verwendung der Bewertungsskalen sowie eine korrekte und engagierte Dokumentation gezeigt. Ein gemeinsames Vorgehen ist auch anzustreben, um die Ergebnisse rentenversicherungsweit für die Reha-Qualitätssicherung aller RV-Träger nutzen zu können. Einheitliche Instrumente und Verfahren bei der Qualitätssicherung vor Ort ermöglichen den Trägern einen rentenversicherungsweiten Vergleich der Ergebnisse und stellen eine wesentliche Ergänzung der übrigen, nicht vor Ort erhobenen Qualitätsergebnisse dar.

III. Das gemeinsame Vorgehen der RV-Träger fördert auch die Akzeptanz der Visitation innerhalb der Reha-Qualitätssicherung bei den Leistungserbringern. Durch Nutzung abgestimmter Materialien, gemeinsame Schulungen der Visitoren und Austausch der Erfahrungen etc. sind für alle RV-Träger erhebliche Synergieeffekte zu realisieren.

IV. Visitationen durch einen RV-Träger erfolgen grundsätzlich nur bei Reha-Einrichtungen in eigener Trägerschaft oder bei von ihm federführend belegten Reha-Einrichtungen. Im Ausnahmefall sind auch Visitationen in einer Einrichtung möglich, die von einem anderen RV-Träger federführend belegt wird. Dies setzt in jedem Fall die vorherige Information und Zustimmung des Federführers voraus. Als weitere Alternative können Visitationen auch gemeinsam mit dem Federführer durchgeführt werden.

V. Visitationen können sowohl regelhaft nach einem bestimmten Intervall erfolgen als auch bei Vorliegen besonderer Anlässe (z. B. Beschwerden, Personalmangel, Leistungsdefizite). Anlässe, die eine außerplanmäßige Visitation auslösen können, sollen festgelegt und dokumentiert werden. Im Regelfall sind Visitationen im Vorfeld angemeldet und mit der Reha-Einrichtung abgestimmt.

VI. Den Visitoren sollten einheitliche, in der Rentenversicherung abgestimmte Materialien zur Durchführung der Visitationen zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich u. a. um Manuale mit konkreten Erläuterungen zu einzelnen Merkmalen. Damit ist eine differenzierte Analyse vor Ort möglich. Zu den einzelnen Merkmalen enthält das Manual Bewertungsparameter (z. B. Mängelkategorien). Die Unterlagen sind so aufgebaut, dass sie die selektive Visitation einzelner Struktur-, Organisations- oder Funktionsbereiche einer Einrichtung (z. B. Therapie, Diagnostik, Serviceleistungen) ermöglichen. Materialien für die Durchführung von Visitationen sollten sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich vorliegen.

VII. Der Aufwand für Visitationen unterschiedlichen Ausmaßes ist so zu bemessen, dass er prinzipiell von allen RV-Trägern leistbar ist.

VIII. Visitationen werden in der Regel von einem Team durchgeführt. Trägerseitig sind fachlich-qualifizierte Mitarbeiter vertreten. Auf Seiten der Einrichtung werden die Einrichtungsleitung – möglichst mit Qualitätsmanagementbeauftragten – sowie fachlich kompetente Mitarbeiter aus den Bereichen erwartet.

IX. Die Ergebnisse einer Visitation werden einheitlich dokumentiert. Die Visitationsergebnisse werden erfasst, auf Anfrage und mit Zustimmung des federführenden RV-Trägers innerhalb der Rentenversicherung zur Verfügung gestellt und für die Reha-Qualitätssicherung genutzt.

X. Es erfolgt eine systematische Auswertung der Visitationsergebnisse. In Abhängigkeit von den festgestellten Mängeln werden in einer Zielvereinbarung mit der Einrichtung die erforderlichen Nachbesserungen und der dafür verfügbare Zeitraum festgelegt. Sofortige Sanktionen sind sehr schweren Abweichungen von abgestimmten Anforderungen vorbehalten.

XI. Es sind Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität von Visitationen vorgesehen. Diese können in der Gewährleistung der Qualifikation der Visitoren, aber auch in der Durchführung gemeinsamer Visitationen bestehen. Zur Qualifikation der Visitoren der Deutschen Rentenversicherung werden Schulungskonzepte erarbeitet.

Die folgenden Textpassagen beschreiben die Struktur der gemeinsamen Visitationsinhalte und die Visitation im Gesamtkontext vorbereitender und nachbereitender Maßnahmen.

4. Vorbereitung der Visitation

Visitationen werden immer begründet durchgeführt. Die Vorbereitung erfolgt gemeinsam durch das Visitationsteam. Art und Umfang der Visitation können vom Anlass der Visitation abhängig sein. Bei einer Visitation können alle Bereiche geprüft werden, gegebenenfalls können für eine gezielte Prüfung auch Schwerpunkte für die zu visitierenden Bereiche gesetzt werden, dann erfolgt eine Auswahl.

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick zu den möglichen Gründen für Visitationen:

Mögliche Anlässe für Visitationen	
1.	Neubelegung
2.	Ablauf des Visitationsintervalls
3.	Problematischer Personalstand
4.	Sach-, personen- und ressourcenbezogene Änderungen
5.	Auffälligkeiten, z. B. Entlassungsberichtslaufzeiten, Beschwerden, häufiger Personalwechsel in der Leitung, Pressemitteilungen
6.	Baumaßnahmen
7.	Veränderungen des Konzeptes
8.	Besondere Konstellationen, wie verschiedene Träger vor Ort, regionales Über-/Unterangebot
9.	Auf Einladung der Einrichtung

Für die Vorbereitung von Visitationen können umfangreiche Materialien herangezogen werden. Nicht immer sind alle verfügbar, insofern stellt die nachfolgende Auflistung nur die Möglichkeiten dar, mittels derer bereits vor der Visitation ein fundierter Überblick über die zu erwartende Situation erworben werden kann. Soweit es sich nicht um eine Neubelegung handelt, ist natürlich immer auf früher erworbene Informationen und Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung zurückzugreifen.

Informationen zur Vorbereitung von Visitationen (beispielhaft)	
1.	Einrichtungs-/Therapiekonzept
2.	Berichte zur Reha-QS/Strukturerhebungsbogen
3.	Zertifizierung, Auditberichte
4.	Qualitätsberichte der Einrichtung
5.	Internetpräsentation
6.	Forschungsprojekte
7.	Weitere Unterlagen und Aspekte
	a. Personalstandsplan/Personalstandsmeldungen
	b. Personalqualifikation
	c. Kostensatzvereinbarungen
	d. Auslastungssituation/Belegungsdaten
	e. Kooperationsvereinbarungen
	f. Beschwerden von Versicherten
	g. Entlassungsbericht (incl. Auswertung)
	h. Laufzeit der Entlassungsberichte
	i. Ausstattungsliste/Strukturvorgaben
	j. Änderungen in der Klinik im Zeitverlauf (Indikation, Bettenzahl etc.)
	k. Information aus Leistungsabteilung
	l. Verweildauer (Therapiezeitenbudget)
	m. Antrittslaufzeiten
	n. Bauvorschriften
	o. Elemente aus BAR-Rahmenempfehlungen (ambulant MSK)
	p. Medikamentenkostenerstattung

Nach der Analyse der vorhandenen Unterlagen durch das Visitationsteam kann eine Einschätzung der Einrichtung vor Visitation vorgenommen und die Durchführung der Visitation detailliert geplant werden.

5. Dimensionen und Bereiche der Visitation

Planung und Durchführung der Visitation verlaufen strukturiert. Es wird darauf geachtet, dass Strukturen und Abläufe einer Reha-Einrichtung vollständig erfasst werden. Gleichzeitig soll sich das strukturierte Vorgehen möglichst an den üblichen Abläufen von Visitationen orientieren, um eine aufwandsarme Dokumentation zu ermöglichen. Wird die Durchführung und Dokumentation der Visitation als Ganzes untergliedert, so ergeben sich zunächst unterschiedliche Gliederungsebenen.

Diese Ebenen sind im vorliegenden Visitationskonzept wie folgt festgelegt: Übergeordnet sind Dimensionen benannt. Diese sind Konzept-, Strukturmerkmale/Strukturnahe Prozesse und Reha-Abläufe. Darunter gliedern sich Bereiche, die sich an definierten strukturellen oder funktionellen Abläufen einer Reha-Einrichtung orientieren. Zusätzlich finden die Ergebnisse eines Rehabilitandengesprächs als wichtiger Teil der Visitation Eingang in die Bewertung.

Tab. 1:

Visitation	Dimensionen und Bereiche
Dimension Bereiche	Konzept-, Strukturmerkmale/Strukturnahe Prozesse → Struktur → Strukturnahe Prozesse → Diagnostik incl. apparative Ausstattung → Therapeutisches Angebot und Therapie → Personal und seine Aufgaben → Angebot und Durchführung arbeitsbezogener Leistungen → Angebot und Durchführung im Therapiebereich Psychologie und Psychotherapie → Angebote und Durchführung im Bereich des Sozialdienstes → Information, Motivation, Schulung → Sozialmedizin
Dimension Bereiche	Reha-Abläufe → Ärztliche Aufgaben → Therapieplanung → Entlassung, Nachsorge
Rehabilitandengespräch	
Zusammenfassende Bewertung	

Eine vollständige Trennung der Bereiche ist nicht möglich, aber auch nicht gewollt, da in dem komplexen Funktionsgefüge einer Reha-Einrichtung zahlreiche Abläufe ineinandergreifen und Überschneidungen aufweisen. Genauso sind im Einzelfall noch inhaltliche Redundanzen zwischen Merkmalen in unterschiedlichen Bereichen möglich. Darüber hinaus soll das Konzept nicht nur vollständige Visitationen und ihre Dokumentation ermöglichen, sondern, wenn sehr spezifische Fragestellungen vorliegen und eine Gesamtbewertung bereits zeitnah zurückliegend durchgeführt wurde, auch modular für einzelne Bereiche einsetzbar sein. Dann ist der ausgewählte Bereich vollständig, unabhängig von möglichen Überschneidungen mit benachbarten Bereichen zu erfassen. Unter den einzelnen Bereichen sind jeweils Merkmale aufgeführt. Die Anzahl der Merkmale ist je nach Bedeutung und Umfang der Bereiche unterschiedlich. Welche Aspekte in die Bewertung eines Merkmals insbesondere eingehen ist anhand von Items ersichtlich.

6. Durchführung der Visitation

Die Durchführung der Visitation folgt einem regelhaften Ablauf. Die einzelnen Schritte können wie folgt benannt werden: Kennenlernen, Vorgespräch, Klinikrundgang, Prüfung vereinbarter Standards, Mitarbeitergespräche, Rehabilitandengespräch, Abstimmung unter den Visitoren und Abschlussgespräch. Je nach Anlass der Visitation und dem Ergebnis der Vorbereitung variieren die Reihenfolge und das Gewicht der einzelnen Schritte.

Das Vorgespräch dient dazu, die Zielsetzung der Visitation noch einmal darzustellen und Schwerpunkte hervorzuheben. Dabei sollte eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre vorhanden sein, um eine aktive Teilnahme an der Visitation durch die Vertreter der Einrichtung zu fördern. Des Weiteren ist es wichtig, den zeitlichen Ablaufplan abzustimmen. Besonders der Zeitpunkt und die Vorbereitung des Rehabilitandengesprächs sollte besprochen werden. Einerseits sollte es sich sinnvoll in den Ablauf der Visitation einfügen, andererseits sollen Therapieausfälle vermieden werden. Der Ablauf des Rehabilitandengesprächs orientiert sich an einem standardisierten Gesprächsleitfaden. Genauso sollte sichergestellt sein, dass während des Klinikrundgangs Therapien stattfinden und Mitarbeiter angetroffen werden. Klinikleitung, Mitarbeiter und Rehabilitanden sind wichtige Informationsquellen bei der Visitation. Gespräche mit Mitarbeitern und Klinikleitung erlauben Rückschlüsse auf Qualifikation, fachliche und soziale Kompetenz, konzeptionelle Ausrichtung und Verantwortung. Die Aufgabenverteilung der Visitoren entspricht den jeweiligen Fachkompetenzen.

Eine Visitation endet immer mit einem Abschlussgespräch mit Vertretern der Reha-Einrichtung, in dem die vorläufigen Ergebnisse der Visitation rückgemeldet werden. Zuvor erfolgt die Abstimmung unter den Visitoren.

Im Anschluss daran fassen die Visitoren das Ergebnis der Visitation in kurzer und verständlicher Form zusammen, erläutern dieses und begründen eventuelle Mängelfeststellungen. Das Ergebnis wird in dem einheitlichen standardisierten Dokumentationsbogen festgehalten. Für die Bewertung stehen den Visitoren auf der Ebene der Merkmale fünf Kategorien zur Verfügung. Werden für ein Merkmal keine Mängel festgestellt, sind die „Anforderungen erfüllt“. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass eine Klinik für bestimmte Aufgaben individuelle und besonders gute Lösungen gefunden hat oder in ihrem Angebot über bestehende Anforderungen hinausgeht. Dann sind die „Anforderungen übertroffen“. „Leichte Mängel“ bestehen, wenn die Anforderungen zwar nicht erfüllt sind, die Abweichungen aber geringfügig sind und in der Regel das Abschlussgespräch ausreicht, um Lösungen für die Behebung in einer festgelegten Zeit zu finden. „Deutliche und gravierende Mängel“ beschreiben ein Ausmaß von Abweichungen, das in jedem Fall Auswirkungen nach sich zieht. So müssen deutliche Mängel unbedingt in einer festgelegten Zeit behoben werden. Das dabei zu erreichende Ergebnis wird definiert. In der schriftlichen Rückmeldung werden die deutlichen Mängel in jedem Fall einschließlich der vereinbarten Lösungen und Zeitintervalle mitgeteilt. Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen ist von der Einrichtung schriftlich nachzuweisen. Bei gravierenden Mängeln drohen Sanktionen, die auch die Einschränkung oder Einstellung der Belegung umfassen. Dementsprechend ist eine sehr kurzfristige Behebung unerlässlich. Die anderenfalls eintretenden Folgen werden klar und eindeutig schriftlich aufgeführt.

Der Entscheidung für eine Bewertungskategorie auf Ebene der Merkmale liegen mehrere Einzelaspekte (Items) zu Grunde. Solche, die insbesondere in die Merkmalsbewertung eingehen sollten, sind unter den Merkmalen aufgeführt, ohne jedoch den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Auch wenn die Bedeutung der Items ein unterschiedliches Gewicht für die Bewertung haben können, so sollten sie doch für das Merkmal kohärent sein und eine zusammenfassende Bewertung ermöglichen.

Auf der nächst höheren Ebene erfolgt zusätzlich eine Bewertung der Bereiche nach einer Skala von 10 (sehr gut) bis 0 (sehr schlecht) Bewertungspunkten. Einerseits ist sie eine zusammengeführte Darstellung für die dem Bereich zugeordneten Merkmale, andererseits ermöglicht sie eine höhere Differenzierung, in die ebenfalls eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Aspekte einfließen kann. Für den Fall, dass bei einer Visitation nicht alle Bereiche geprüft werden, ist hier zusätzlich das Ankreuzfeld „entfällt“ vorhanden. Natürlich wird ein Bereich nicht unabhängig von den zugeordneten Merkmalen bewertet. Anzahl und Schwere der Mängel bei den Merkmalen führt zu der Zuordnung eines schmalen Spektrums auf der Bewertungsskala. Die maximal mögliche Punktzahl wird dabei in der Regel nur vergeben, wenn die Anforderungen in allen Belangen erfüllt und in einzelnen sogar übertroffen sind. Für jeden Bereich besteht im Dokumentationsbogen die Möglichkeit einer klartextlichen Begründung der vorgenommenen Bewertung. Insbesondere bei sehr auffälligen Ergebnissen, aber auch bei sehr unterschiedlicher Bewertung einzelner Merkmale, die im Bereich zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt werden, sollte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, damit die Bewertungen nachvollziehbar bleiben.

Die Rückmelderunde bietet ebenso die Gelegenheit auf aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation bzw. bei der Deutschen Rentenversicherung einzugehen. Wichtig ist auch, dass die Visitoren eventuelle Unklarheiten, Missverständnisse oder Unstimmigkeiten klären. Dies ist notwendig, um eine gute Basis für eine weitere gemeinsame Zusammenarbeit zu schaffen. An dieser Stelle muss auf die Verbesserungspotenziale und notwendige Veränderungen auf Einrichtungsseite hingewiesen werden. Je nach Ergebnis werden Mängel angesprochen und das geeignete Prozedere für deren Behebung vereinbart. Das bedeutet, dass im Abschlussgespräch klare Vereinbarungen über die von Seiten der Einrichtung zu erbringenden Veränderungen mit dem entsprechenden Zeitrahmen getroffen werden müssen. Unterschiede zwischen Empfehlungen und notwendigen Korrekturmaßnahmen sind deutlich hervorzuheben. Die Planung der weiteren Schritte sollte möglichst einvernehmlich stattfinden. Eine schriftliche Rückmeldung wird angekündigt und erfolgt im Anschluss an die Nachbereitung und Dokumentation der Visitation in einer Form, die die Ergebnisse der Visitation und die im Rahmen des Abschlussgespräches getroffenen Vereinbarungen erkennen lässt.

7. Nachbereitung der Visitation

Die Nachbereitung der Visitation erfolgt durch das Visitorenteam unter Hinzuziehung der entsprechenden Bereiche beim Rentenversicherungsträger. Sie umfasst die Kommunikation des Visitationsergebnisses und die Erstellung des Dokumentationsbogens einschließlich der vorgesehenen Bewertungen und Erläuterungen. Die Ergebnisse für die visitierten Bereiche werden in eine Gesamtbewertung zusammengeführt. Im Verlauf der Bewertung werden die Erkenntnisse der Visitation erneut mit denjenigen aus der Vorbereitung abgeglichen, auf Plausibilität geprüft und mögliche Abweichungen interpretiert. Schlussfolgerungen, die sich für zukünftige Überprüfungen oder Folgevisitationen ergeben, werden vermerkt. Die angekündigte Rückmeldung wird erstellt und vor Absendung in dem entsprechenden Bereich abgestimmt. In ihm sind die Empfehlungen und notwendigen Korrekturmaßnahmen mit den vorgegebenen Zeitzielen aufgeführt. Der Dokumentationsbogen wird genutzt, um die Festlegungen nachvollziehbar zu machen und die Kontinuität des Wissenstandes aufrecht zu erhalten.

8. Dokumentation der Visitation

Die Dokumentation der Visitation erfolgt auf dem einheitlichen manualisierten Dokumentationsbogen (s. Anhang). Neben der beschriebenen Strukturierung in Dimensionen, Bereiche, Merkmale und Items sieht er Bewertungen und Erläuterungen vor. Die Erläuterungen dienen ggf. der Begründung und der Information nachfolgender Visitoren. Die Bewertungen erfolgen für Merkmale und Bereiche. Die zusammenfassende Bewertung der einzelnen Bereiche liegt in der Kompetenz der Visitoren. Die Bewertung der visitierten und dokumentierten Bereiche wird in eine Gesamtbewertung der Visitation zusammengeführt.

9. Visitation und Qualitätssicherung

Die externe Reha-Qualitätssicherung zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Instrumente und Verfahren flächendeckend unter Einbeziehung möglichst vieler Rehabilitanden und Reha-Einrichtungen eingesetzt werden und die Ergebnisse regelmäßig in bestimmten Intervallen und für bestimmte Zeiträume einrichtungsbezogen zurück gemeldet werden. Die Visitation als Verfahren der Qualitätssicherung vor Ort ermöglicht dagegen einen anderen Zugang und ist durch den persönlichen, aktuellen Austausch über qualitätsrelevante Fragen gekennzeichnet. Die sonstigen Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung bilden hierbei die Grundlage, da sie Strukturen und Prozesse der Einrichtung qualitativ spiegeln. Mit ihrem spezifischen Zugang haben die Visitoren die Möglichkeit, die Einrichtung mit ihren Mitarbeitern und Angeboten unter dem Gesichtspunkt der Patientenorientierung und dem der Qualitätsorientierung der Funktionsabläufe genauso zu beurteilen wie zusätzliche Aspekte, die mit den Instrumenten der externen Qualitätssicherung nicht erfasst werden. Hierbei handelt es sich auch um einrichtungsbezogene Faktoren, die möglicherweise entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. Die Einrichtung dagegen kann ihre Leistungsfähigkeit, sei es in organisatorischer Hinsicht oder hinsichtlich eines umfassenden Leistungsangebotes oder aber der besonderen Qualifikationen ihrer Mitarbeiter demonstrieren. Natürlich werden bei der Visitation auch die klassischen strukturellen Voraussetzungen für die Leistungserbringung quantitativ und qualitativ erfasst. Daher ist es wichtig, diese zusätzlichen Erkenntnisse der externen Qualitätssicherung zu erschließen. Visitationsberichte sollen daher in einer Datenbank der Reha-QS abgelegt und ausgewertet werden. Ihre Ergebnisse gehen in die Berichte zur Reha-QS ein. So können auch die Ergebnisse der Qualitätssicherung besser eingeordnet und eine Bewertung der Einrichtungen insgesamt auf eine bereite Grundlage gestellt werden.

10. Visitation und Qualitätsmanagement

Nach § 20 Abs. 2 SGB IX haben die Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Weiterhin muss die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nach einem einheitlichen unabhängigen Zertifizierungsverfahren nachgewiesen werden. Bei der Zertifizierung stellt die Reha-Einrichtung ihr anerkanntes rehaspezifisches QM-Verfahren dar und weist die vollständige Umsetzung in die Praxis und die regelmäßige Aktualisierung nach. Eine Zertifizierung ersetzt die Visitation nicht. Das Vorhandensein eines Qualitätsmanagements erhöht den Nutzen von Visitationen aber für beide Seiten deutlich.

Die grundsätzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement und das Zertifizierungsverfahren haben die Rehabilitationsträger entsprechend § 20 Abs. 2a SGB IX im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbart. Mit einem Zertifikat auf der Grundlage eines anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahrens ist für den Zeitraum der Gültigkeit des Zertifikats der Nachweis erbracht, dass die stationäre Rehabilitationseinrichtung die „Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX“ erfüllt.

Visitationen ermöglichen den Leistungsträgern vor Ort eine umfassende, aktuelle und fundierte Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen unter Einbeziehung von Informationen u.a. aus der Reha-Qualitätssicherung. Bei der Visitation werden die beschriebenen Prozesse bezüglich der Übereinstimmung mit den vertraglich vereinbarten Leistungen sowie der konzeptionellen Grundlagen und Anforderungen der Leistungsträger abgeglichen. Da sich die Visitation an den Funktionsabläufen und deren Ausrichtung an den Erfordernissen der Rehabilitandenversorgung orientiert, sind die hierfür vorhandenen Prozessbeschreibungen natürlich sehr hilfreich und unterstützen das Vorgehen.

11. Anforderungen an Visitoren

Visitoren haben als Mitarbeiter der Rentenversicherung besondere Aufgaben in der Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen. In der Regel erfüllen sie diese Aufgaben in einem Team, in dem sowohl Verwaltungs-, als auch medizinische oder klinisch-fachliche Kompetenz vorhanden sind. Für ihre Aufgabenerfüllung müssen Visitoren bestimmte Anforderungen erfüllen. Die erforderlichen Qualifikationen können durch die Umsetzung eines klaren Schulungskonzeptes erworben werden.

Zu den Anforderungen zählen: Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen, die den Auftrag der Rehabilitation der Rentenversicherung und das Vertragsverhältnis mit den Reha-Einrichtungen betreffen. Die Umsetzung der rechtlichen Grundlagen findet sich zum Beispiel in Rahmenkonzepten oder Anforderungsprofilen der Rentenversicherung, aus denen die Anforderungen der Leistungsträger an Reha-Einrichtungen abgeleitet werden können. Die Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen bildet sich besonders in den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung ab, deren Verfahren und Instrumente genau so vertraut sein müssen wie die Interpretation der Ergebnisse. Für die Umsetzung der Anforderungen durch die Reha-Einrichtungen sind einerseits strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen, andererseits sind die Reha-Inhalte und Abläufe nach einem abgestimmten Konzept durchzuführen. Kenntnisse über die Spannbreite entsprechender Lösungen (z. B. bei Aufnahme, Therapieplanung, Notfall) zählen ebenfalls zu den Qualifikationen von Visitoren. Die Reha-Einrichtungen sollen nicht nur die Anforderungen der Leistungsträger, sondern auch die Wünsche und Erwartungen der Rehabilitanden erfüllen, die den Visitoren genauso bekannt sein sollten.

Zentrale Anforderungen an die Visitoren sind die Durchführung der Visitation nach einem einheitlichen vereinbarten Standard, die wesentlichen Besonderheiten einer Einrichtung zu erkennen und eine sichere Bewertung vorzunehmen. Zwar wird das Ergebnis der Visitation im Team vor Ort abgestimmt, es soll aber auch so ausfallen, dass es der Bewertung eines anderen Teams an gleicher Stelle entspricht. Weil bei der Visitation Klinikleitung und Mitarbeiter die wichtigsten Informationsquellen sind, müssen Visitoren über Kenntnisse einer zielführenden Kommunikation mit Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen und zu unterschiedlichen Fragenstellungen verfügen. Visitoren qualifizieren sich auch über Erfahrung. Mit jeder Visitation werden neue Eindrücke über die Umsetzung von Rehabilitationskonzepten aufgenommen, die zukünftig von Nutzen sind.

Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen Dokumentationsbogen mit Manual

Manualisierter Dokumentationsbogen für Visitation in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Visitation – allgemeine Angaben

Angaben wie Datum der Visitation, Name des visitierenden RV-Trägers und Daten zur Einrichtung sind notwendig, um eine eindeutige Identifizierung der Einrichtung / Fachabteilung zu ermöglichen.

Datum der aktuellen Visitation		angekündigt ☐ nicht angekündigt ☐
Datum der letzten Visitation		
Name des RV-Trägers		
Tel.-Nr. des Ansprechpartners (des RV-Trägers)		
Weitere Reha-Träger (RV / KV)		
Name der Einrichtung		
Fachabteilung		
Leitende/r Ärztin/Arzt		
Anschrift		
Institutionskennzeichen		
Fachabteilungsschlüssel		
QS-Nummer		
Rehastätten-Nummer		
Einrichtungs-ID (E-ID)		

Ausfüllhilfe:
Die oben aufgeführten Nummern können Sie mit Hilfe der Berichte zur Reha-Qualitätssicherung ausfüllen (siehe rechts unten auf dem Deckblatt des Berichts und Datenkorrekturblatt).

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

A Bereich: Struktur

Im Bereich Struktur werden alle Bereiche der Reha-Einrichtung bezüglich ihrer strukturellen Eigenschaften erfasst und dokumentiert. Wenn organisatorische Aspekte unmittelbar mit den strukturellen Eigenschaften verknüpft sind, wie z. B. beim Speisesaal, werden diese mit aufgenommen.

Gesamtzustand. Reha-Einrichtungen können vom Zeitpunkt der Errichtung bezüglich Ausstattung, Zustand, Funktionalität und Sanierungsbedarf unterschiedlich sein. Der Gesamteindruck der Einrichtung soll bewertet werden.

Patientenzimmer. Patientenzimmer sind Teil der baulichen Struktur. Größe, Ausstattung, Zustand und Funktionalität können variieren. Renovierungsbedarf ist sichtbar.

Funktionsräume. Zwischen einer Basisausstattung, die in allen Reha-Einrichtungen erwartet wird (z. B. Basisdiagnostik, Gruppenräume, Schulungsräume), und indikationsspezifischen Funktionsräumen wird unterschieden. Sie lassen sich ebenfalls nach Größe, Ausstattung, Zustand und Nutzungsgerechtigkeit beurteilen. Die apparative Ausstattung erfährt im entsprechenden Bereich eine gesonderte Bewertung. Einbezogen sind auch Funktionsbereiche außerhalb des Klinikgebäudes (z. B. Gehschule).

Lehrküche/Diätberatung. Beide Parameter sind häufig räumlich und organisatorisch miteinander verknüpft. Neben der Eignung der Räume und deren Ausstattung wird auch die Möglichkeit der Umsetzung entsprechender Konzeptausführungen bewertet.

Speisesaal. Beurteilungskriterien sind Größe, Ausstattung, Zustand, Nutzungsgerechtigkeit sowie Eignung für in der Mobilität eingeschränkte Rehabilitanden, Barrierearmut und Notfallausstattung.

Speisenangebot. Das Angebot kann bezüglich indikativer und ernährungsmedizinischer Eignung, aber auch in Form des Angebots und der Darreichung variieren.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

A Bereich: Struktur

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
A.1 Gesamtzustand Insbesondere: Ausstattung, Zustand, Funktionsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
A.2 Patientenzimmer Insbesondere: Ausstattung, Zustand, Funktionsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
A.3 Funktionsräume (Diagnostik, Therapie, Schulung) Insbesondere: Unterscheidung zw. Basisausstattung und indikationsspezifischer Ausstattung, Beurteilung von Vollständigkeit und Zustand	☐	☐	☐	☐	☐
A.4 Lehrküche/Diätberatung Insbesondere: Ausstattung, Zustand, Organisation	☐	☐	☐	☐	☐
A.5 Speisesaal Insbesondere: Größe, Ausstattung, Zustand, Nutzungsgerechtigkeit, Barrierearmut, Notfallausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
A.6 Speisenangebot Insbesondere: indikationsgerecht, ernährungsmedizinisch ausgerichtet, adäquate Darreichung	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	[10]	**[9]**	**[8]**	**[7]**	**[6]**	**[5]**	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**	**[0]**		**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht		

B Bereich: Strukturnahe Prozesse

Bestimmte Prozesse in Reha-Einrichtungen sind sehr eng an strukturelle Gegebenheiten gekoppelt. Sie werden daher als „strukturnahe Prozesse" bezeichnet.

Einladung. Die eingesetzten Unterlagen können bei der Visitation eingesehen werden. Sie sind im Umfang angemessen und werden dem Rehabilitanden rechtzeitig zugeschickt. Alle wichtigen Informationen insbesondere Angaben zur Erreichbarkeit für mögliche Nachfragen sind enthalten und leicht auffindbar. Die erste Anlaufstelle in der Einrichtung sollte genannt werden.

Empfang. Die Mitarbeiter an der Rezeption sind darüber informiert, wer zu welchem Zeitpunkt anreist. Die für den Empfang erforderlichen Unterlagen sind vorbereitet. Bei absehbaren Belastungen wird das Personal verstärkt und kann beim Empfang unterstützen oder am Telefon entlasten. Bei der administrativen Erfassung der persönlichen Daten ist Diskretion sichergestellt. Wenn gewünscht oder erforderlich, ist eine Begleitung auf das Zimmer geregelt. Dem Anreisenden wird ein erster Ansprechpartner genannt.

Barrierearmut/Orientierung/Leitsystem. Alle Bereiche der Einrichtung sind barrierearm gestaltet. Je nach Größe und Bauweise einer Reha-Einrichtung ist die Sicherung der Orientierung eine mehr oder weniger große Aufgabe. Orientierungspläne im Empfangsmaterial, an zentralen Punkten der Einrichtung oder Leitsysteme unter Berücksichtigung der Zielorte der Rehabilitanden sind vorhanden. Fluchtwege sind ausgeschildert.

Dokumentation. Vorteilhaft ist, wenn innerhalb einer Einrichtung einheitliche Dokumentationsinstrumente eingesetzt werden und wenn diese so aufeinander abgestimmt sind, dass sie die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes unterstützen. Es liegen zeitliche und organisatorische Regelungen für die Erstellung und Absendung des ärztlichen Entlassungsberichtes vor.

Datenschutz. Der Datenschutz muss an allen Stellen, an denen Patientendaten hinterlegt sind, berücksichtigt werden. Ein Konzept hierzu ist vorhanden, die Mitarbeiter sind geschult. Typische Probleme sind die Ablage der Therapiepläne der Patienten bei Gruppenveranstaltungen in der Halle oder im Schwimmbad.

Notfallmanagement. Die Regelungen des Notfallmanagements gelten für alle baulichen Teile der Reha-Einrichtung. Sie sollen konzeptionell einheitlich geregelt sein. Neben der Gesamtkonzeption muss jedoch an allen einzelnen Orten die entsprechende Ausstattung vorhanden, deren Funktionsfähigkeit sichergestellt und die Versorgung im Notfall geregelt sein. Eine Qualifizierung der Mitarbeiter erfolgt regelmäßig. Ereignisse, die diese Belange tangieren, werden dokumentiert.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

B Bereich: Strukturnahe Prozesse

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
B.1 Einladung Insbesondere: Einladungsunterlagen angemessen (Umfang und Inhalt), wichtige Informationen sind enthalten und leicht auffindbar, Regelungen für AHB entsprechen Anforderungen	☐	☐	☐	☐	☐
B.2 Empfang Insbesondere: Empfang ist vorbereitet, Unterlagen stehen zur Verfügung, Vorgehen ist geregelt, Diskretion sichergestellt, erster Ansprechpartner ist festgelegt	☐	☐	☐	☐	☐
B.3 Barrierearmut / Orientierung / Leitsystem Insbesondere: Barrierearmut sichergestellt, Orientierungshilfen und Leitsystem für die Einrichtung geeignet, Fluchtwege	☐	☐	☐	☐	☐
B.4 Dokumentation Insbesondere: Dokumentationsinstrumente sind aufeinander abgestimmt, laufende Dokumentation unterstützt Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts	☐	☐	☐	☐	☐
B.5 Datenschutz Insbesondere: Datenschutzsensible Bereiche sind identifiziert, Datenschutz wird eingehalten, Konzept / Mitarbeiter	☐	☐	☐	☐	☐
B.6 Notfallmanagement Insbesondere: Notrufsystem in allen Bereichen, Notfallkoffer (Zahl/Inhalt), Mitarbeiterschulung (mind. jährlich), Dokumentation von Ereignissen	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]** sehr gut … sehr schlecht	☐ **entfällt**

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

C Bereich: Diagnostik incl. apparative Ausstattung

Die Organisation und Durchführung der Diagnostik wird unter den „Reha-Abläufen" im Bereich „Ärztlich-organisatorische Aufgaben" behandelt. Hier stehen strukturelle Anforderungen im Vordergrund.

Ausstattung. Der Umfang der basis- und indikationsspezifischen apparativen Ausstattung ist in den Strukturanforderungen festgelegt (Umfang siehe in der Anlage). Die Vollständigkeit kann vor Ort überprüft werden. Neben der Vollständigkeit wird der technische Zustand der diagnostischen Ausstattung beurteilt. Eine ordnungsgemäße Dokumentation über Sicherheitsüberprüfungen wird erwartet. (Ist die apparative Ausstattung für die Durchführung der rehaspezifischen Diagnostik geeignet? Wurde bestehender Investitionsbedarf in zu beanstandender Weise zurückgestellt?)

Der überwiegende Teil der durchzuführenden Diagnostik erfolgt in einer gegebenen Reihenfolge zu Beginn der Rehabilitation. Räumlich kann die Ausstattung und Zuordnung angemessen auf diese Abläufe zugeschnitten sein. Die Orientierung der Rehabilitanden wird hierbei unterstützt.

Funktions- und Leistungsdiagnostik. Neben der indikationsspezifischen Diagnostik wird eine – dem Auftrag der Rehabilitation entsprechend – am ICF-Verständnis orientierte Funktions- und Leistungsdiagnostik erwartet. Hierfür stehen unterschiedliche diagnostische Verfahren und Assessments zur Verfügung. Die Angemessenheit der verfügbaren Möglichkeiten wird beurteilt.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

C Bereich: Diagnostik incl. apparative Ausstattung

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
C.1 Ausstattung Insbesondere: Ausstattung für rehaspezifische Diagnostik vollständig (Basis, indikationsspezifisch), Ausstattung entspricht dem derzeitigem technischen Standard, Abläufe klar geregelt, Sicherheitsüberprüfungen dokumentiert, Investitionsbedarf	☐	☐	☐	☐	☐
C.2 Funktions- und Leistungsdiagnostik Insbesondere: diagnostische Verfahren angemessen	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]** sehr gut … sehr schlecht	☐ **entfällt**

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

D Bereich: Therapeutisches Angebot und Therapie

Bei den Erwartungen an das therapeutische Angebot kann zwischen allgemeinen, basalen Angeboten, die in jeder Einrichtung erwartet werden und indikationsspezifischen unterschieden werden. Dem entsprechend sind die Erwartungen in Abhängigkeit von dem jeweiligen Indikationsgebiet unterschiedlich. Große Anteile der Therapie sind in gesonderten Bereichen beschrieben, so dass sich dieser Bereich im Wesentlichen auf die basalen und indikationsspezifischen bewegungstherapeutischen, funktionalen und physikalischen Therapien bezieht. Freizeitangebote, sofern vorhanden, können in den Erläuterungen dargestellt werden und gehen in die Gesamtbewertung ein.

Angebot. Das therapeutische Angebot entspricht den Anforderungen an das Indikationsgebiet. Die Umsetzung des Therapiekonzeptes ist mit dem vorhandenen Personal und der apparativen Ausstattung möglich.

Ausstattung, Organisation. Der Zustand der therapeutischen Geräte ist zeitgemäß. Die Vorgaben entsprechen der CE-Norm. Die Ausstattung entspricht den Strukturanforderungen. Die Organisation der therapeutischen Abläufe ist patientenorientiert.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

D Bereich: Therapeutisches Angebot und Therapie

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
D.1 Angebot Insbesondere: Angebot ist indikationsgerecht, Umsetzung entsprechend Konzept möglich	☐	☐	☐	☐	☐
D.2 Ausstattung, Organisation Insbesondere: Geräteausstattung entspricht dem Konzept, Ausstattung zeitgemäß und entspricht Strukturanforderungen, Vorgaben werden erfüllt, Raumgröße, -funktionalität und -ausstattung sind adäquat, patientenorientierte Organisation	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen (auch zu Freizeitangeboten)

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10] sehr gut	**- [9]**	**- [8]**	**- [7]**	**- [6]**	**- [5]**	**- [4]**	**- [3]**	**- [2]**	**- [1]**	**- [0]** sehr schlecht	**entfällt**

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

E Bereich: Personal und seine Aufgaben

Struktur. Die Übereinstimmung zwischen vereinbartem, gemeldetem und vorhandenem Personal wird festgestellt. Die Vollständigkeit bezüglich Berufsgruppen, Anzahl und Qualifikation soll gegeben sein. Kooperationen sind nachvollziehbar vertraglich geregelt.

Organisation. Die berufsgruppenspezifische Aufgabenbeschreibung kann nachvollzogen werden und entspricht den Angaben im Konzept. Die jeweilige Aufgabenstellung ist eindeutig. Für die einzelnen therapeutischen Leistungen sind einheitliche Standards vereinbart. Die Abstimmung für die Durchführung der Leistungen erfolgt in größeren Bereichen in Bereichsteams. Die Zuständigkeit ist eindeutig und patientenorientiert. Die Arbeitsabläufe sind zeitlich und organisatorisch koordiniert. Für die Mitarbeiter liegt eine Beschreibung zur angemessenen Fort- und Weiterbildung vor und wird umgesetzt.

Interdisziplinäres Rehabilitationsteam. Mitarbeiterbereiche und die Einrichtung sind entsprechend der interdisziplinären Leistungserbringung in Teamstrukturen organisiert. Es erfolgt regelmäßig in angemessenen Intervallen und in erforderlichem Umfang ein fallbezogener und konzeptbezogener Austausch. Teamstrukturen werden für die Verbesserung der Leistungserbringung, der Abläufe und auch zur Fortbildung genutzt.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

E Bereich: Personal und seine Aufgaben

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
E.1 Struktur Insbesondere: Anforderungen erfüllt, Übereinstimmung zw. gemeldetem und vorhandenem Personal, gemeldete Qualifikationen sind vorhanden	☐	☐	☐	☐	☐
E.2 Organisation Insbesondere: Aufgabenbeschreibung ist eindeutig, für Leistungen bestehen einheitliche Standards, die Abstimmung zwischen Mitarbeitern gleicher Profession ist geregelt, Zuständigkeit eindeutig und patientenorientiert, Fort- und Weiterbildung sind angemessen geregelt	☐	☐	☐	☐	☐
E.3 Interdisziplinäres Rehabilitationsteam Insbesondere: Teamstrukturen und Organisation sind nachvollziehbar, Frequenz und Dauer der Teamsitzungen sind indikationsgerecht, fall- und konzeptbezogener Austausch	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐ **[10]** - ☐ **[9]** - ☐ **[8]** - ☐ **[7]** - ☐ **[6]** - ☐ **[5]** - ☐ **[4]** - ☐ **[3]** - ☐ **[2]** - ☐ **[1]** - ☐ **[0]** sehr gut … sehr schlecht	☐ **entfällt**

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

F Bereich: Angebot und Durchführung arbeitsbezogener Leistungen

Den Rehabilitationszielen der Rentenversicherung entsprechend kommt der Orientierung an der beruflichen Leistungsfähigkeit besondere Bedeutung zu. Derzeit liegt in der Rentenversicherung noch kein einheitlicher Standard vor. Es ist zu erwarten, dass im Einrichtungskonzept der Aspekt arbeitsplatzbezogener Leistungen bereits berücksichtigt wird.

Konzept. Die Anamneseerhebung sollte erkennbar darauf angelegt sein, Problembereiche am Arbeitsplatz und daraus entstehende Handlungsimplikationen zu erfassen. Eine entsprechende Indikationsstellung soll deutlich werden. Vorgehensweise und Umsetzung finden in der Therapieplanung Berücksichtigung. Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Orientierung ziehen u.U. Aktivitäten nach sich, die erst nach Abschluss der Rehabilitation greifen. Einrichtungen, die sich dieser Aufgabenstellung nachdrücklich widmen, verfügen in der Regel über eine im Konzept dargestellte Vernetzung mit externen Institutionen. Innerhalb der Einrichtung sollen die Aufgaben der Organisation und Kontakte eindeutig zugeordnet sein. Das Vorgehen insgesamt wird im ärztlichen Entlassungsbericht einschließlich einer abschließenden Einschätzung deutlich.

Baulich apparative Ausstattung. In der Regel werden diagnostische und therapeutische Assessments eingesetzt. Sie sollten allgemein einsetzbar sein und funktions- und aktivitätsorientiert durchgeführt werden. Die Ergebnisse sollten reproduzierbar sein. Die konkrete Ausgestaltung in den Einrichtungen kann unterschiedlich sein. Die mögliche Vielfalt wird bei der Bewertung von räumlichen und apparativen Merkmalen berücksichtigt.

Organisation. Für die Durchführung von Maßnahmen der arbeitsbezogenen Orientierung können Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen, die über eine entsprechende interne oder externe Qualifizierung verfügen, zuständig sein. Wichtig ist, dass die spezifischen arbeitsplatzbezogenen Erkenntnisse in die übrigen Bereiche der Diagnostik, Therapie und Dokumentation einfließen.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

F Bereich: Angebot und Durchführung arbeitsplatzbezogener Leistungen

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
F.1 Konzept Insbesondere: arbeitsbezogene Orientierung ist Bestandteil des Konzeptes, die Ausrichtung ist in alle Phasen der Rehabilitation aufgenommen	☐	☐	☐	☐	☐
F.2 Baulich apparative Ausstattung Insbesondere: die Ausstattung entspricht den Anforderungen, die Ausstattung ist indikationsgerecht	☐	☐	☐	☐	☐
F.3 Organisation Insbesondere: Mitarbeiter sind für die speziellen Aufgaben qualifiziert, Aufgabenstellung wird koordiniert ausgeführt, Erkenntnisse werden dokumentiert und zwischen den Bereichen ausgetauscht	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10] sehr gut	**- [9]**	**- [8]**	**- [7]**	**- [6]**	**- [5]**	**- [4]**	**- [3]**	**- [2]**	**- [1]**	**- [0]** sehr schlecht	**entfällt**

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

G Bereich: Angebot und Durchführung im Therapiebereich Psychologie und Psychotherapie

Der Bereich Psychologie und Psychotherapie in Reha-Einrichtungen ist häufig eigenständig organisiert. In den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Angebote in diesem Bereich. Aufgrund der besonderen Aufgabenwahrnehmung sind auch besondere Regelungen erforderlich, für die es vielfältige angemessene Lösungen gibt.

Organisation. Die Spannbreite in den somatischen Indikationen reicht von „Jeder Rehabilitand wird gesehen" über eine gezielte Auswahl oder Testverfahren bis zur „ärztlichen Verordnung". Die Arbeitsorganisation beginnt mit der frühzeitigen Information über das Angebot. Der Zugang sollte eindeutig und nachvollziehbar geregelt sein, wobei offene Sprechzeiten enthalten sein sollen. Der Einsatz diagnostischer Verfahren sollte indiziert erfolgen, die Form der Dokumentation adäquat und an das Gesamtsetting adaptiert. Sind in der Einrichtung mehrere Psychologen tätig, ergibt sich häufig eine fachlich begründete Schwerpunktsetzung. In den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen ist das psychotherapeutische Angebot einschließlich der Organisation ausführlich im Konzept dargestellt. Das Therapiekonzept (Basispsychotherapie, indikative Gruppen, Einzel-/Gruppenpsychotherapie) wird umgesetzt. Die Teamstrukturen orientieren sich häufig an Gruppen oder Stationen. An der Durchführung sind mehrere Berufsgruppen beteiligt.

Therapeutische Angebote können als beratende Leistungen, Interventionsleistungen oder als therapeutische Leistungen erbracht werden. Die Angebote von spezifischen Leistungen (z. B. Schmerztherapie) sind in den Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt. Gleiches gilt für das Entspannungstraining, wobei noch zwischen der konzeptionellen Ausgestaltung und der Durchführung unterschieden werden muss. Die anteilige Übernahme von psychologischen Aspekten von Schulungsleistungen kann erwartet werden, hier sollten die Anforderungen an standardisierte Schulungen erfüllt sein. In den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen wird ein sehr großer Teil der therapeutischen Leistungen durch den Therapiebereich Psychologie erbracht, so dass hier eine entsprechend gewichtete Bewertung erfolgen muss. Die Umsetzung der Regelungen in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen" und zu den Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter gehen ebenfalls in die Beurteilung ein.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

G Bereich: Angebot und Durchführung im Therapiebereich Psychologie und Psychotherapie

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
G.1 Organisation Insbesondere: Information, Zugang, Instrumente/Diagnostik, Dokumentation, Arbeitsteilung, Aufgabenzuordnung	☐	☐	☐	☐	☐
G.2 Therapeutische Angebote Insbesondere: Psychologische und psychotherapeutische Angebote, Psychotherapie bei Psychosomatik und Sucht, Entspannungstraining, Schmerztherapie, Schulungsangebote	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10]	**[9]**	**[8]**	**[7]**	**[6]**	**[5]**	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**	**[0]**	**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht	

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

H Bereich: Angebote und Durchführung der Leistungen des Sozialdienstes

Der Bereich Sozialdienst in Reha-Einrichtungen ist häufig eigenständig organisiert. Aufgrund der besonderen Aufgabenstellung, die von der allgemeinen Sozialberatung bis zur Organisation von Nachsorgeleistungen reicht, sind auch besondere Regelungen für den Leistungszugang erforderlich, für die es vielfältige angemessene Lösungen gibt.

Organisation. Die Spannbreite reicht von „Jeder Rehabilitand wird gesehen" über gezielte Auswahl bis zur „ärztlichen Verordnung". Effiziente Lösungen sind besonders wichtig. Die Arbeitsorganisation beginnt mit der frühzeitigen Information über das Angebot. Der Zugang sollte eindeutig und nachvollziehbar geregelt sein, wobei offene Sprechzeiten vorgehalten werden sollen. Einige Aufgaben wie die allgemeine sozialrechtliche Beratung kann in Informationsveranstaltungen oder Gruppen angeboten werden. Überwiegend sind aber Lösungen für individuelle Fragestellungen vorzusehen. Die Einbeziehung in den Gesamtverlauf ist wichtig, damit die Leistungen zum richtigen Zeitpunkt vorbereitet sein können.

Angebote. Angebote können als beratende Leistungen allgemeiner Art oder als sehr differenzierte Interventionsleistungen erbracht werden. Die Angebote für spezifische individuelle Fragestellungen (z. B. Schuldenberatung) und Regelung der Nachsorge sind in den Einrichtungen verfügbar.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

H Bereich: Angebote und Durchführung der Leistungen des Sozialdienstes

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
H.1 Organisation Insbesondere: Information und Zugang geeignet, Sprechstunde ausreichend, Erreichbarkeit sichergestellt	☐	☐	☐	☐	☐
H.2 Angebote Insbesondere: allgemeine sozialrechtliche Beratung, spezielle individuelle Angebote, Nachsorgeorganisation	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	[10]	**[9]**	**[8]**	**[7]**	**[6]**	**[5]**	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**	**[0]**		**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht		

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

I Bereich: Information, Motivation, Schulung

Für die Rehabilitation der Rentenversicherung sind Therapieleistungen, die nachhaltige Lebensstiländerungen fördern, essentiell. Hierzu zählen Schulungsleistungen, wenn sie lernpädagogisch in geeigneter Form durchgeführt werden, aber auch Leistungen, die den Informationsstand und die Motivation der Rehabilitanden unterstützen. Die besondere Bedeutung dieser Leistungen wird auch an dem hohen Aufwand, mit dem entsprechende Konzepte entwickelt und evaluiert werden, deutlich.

Organisation. In den Behandlungsabläufen der Einrichtung wird der hohe Stellenwert der Schulungsleistungen deutlich. Die Verantwortung für die formale und inhaltliche Ausgestaltung ist klar geregelt. Die Motivation der Rehabilitanden wird gezielt gefördert und für die Teilnahme an den Leistungen wird eine möglichst große Verbindlichkeit hergestellt. Eine Evaluation der Schulungsleistungen ist wünschenswert. Die mit den Leistungen assoziierten Ziele sind bei Mitarbeitern und Rehabilitanden verankert.

Angebote. Die Einrichtung hat ihre Vorstellung von Schulungsleistungen konzeptionell niedergelegt. Das Angebot bezieht allgemeine Leistungen zur Gesundheitsbildung einschließlich der Ernährungsschulung und indikationsspezifische Leistungen ein. Vorgehalten werden nach Größe der Gruppen und Inhalten interaktiv ausgerichtete Angebote. Für die indikationsspezifischen Leistungen ist ein manualisierter curricularer Ablauf mit definierten Lernzielen und Erfolgskontrolle vorgesehen. Die Ausgestaltung erfolgt interdisziplinär. Es erfolgt eine regelmäßige Anpassung an den Kenntnisstand der Wissenschaft.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

I Bereich: Information, Motivation, Schulung

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
I.1 Organisation Insbesondere: Verantwortung geregelt, gezielte Motivationsförderung erkennbar, Ziele sind verankert	☐	☐	☐	☐	☐
I.2 Angebote Insbesondere: Schulungskonzept vorhanden, indikationsspezifische Angebote angemessen, Durchführung interdisziplinär, curricular, interaktiv ausgerichtet, regelmäßige Aktualisierung erfolgt	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10]	**[9]**	**[8]**	**[7]**	**[6]**	**[5]**	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**	**[0]**	**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht	

J Bereich: Sozialmedizin

Die Bearbeitung sozialmedizinischer Fragestellungen einschließlich der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist ein eigenständiger Bereich mit besonderer Bedeutung für die Rehabilitation der Rentenversicherung, der Regelungen an verschiedenen Stellen der Rehabilitationsabläufe erforderlich macht.

Sozialmedizin handlungsleitend. Das Ausmaß sozialmedizinischer Problemlagen muss möglichst frühzeitig erkannt und festgelegt werden. Anamneseerhebung, Diagnostik, auch spezifisch entwickelte Instrumente sollten dazu führen, dass eine vorläufige Einschätzung nach Abschluss der Eingangsdiagnostik erfolgen kann und dokumentiert wird. In aller Regel ist dies spätestens am 4. Tag des Aufenthaltes der Fall. Bei der Planung der therapeutischen Leistungen sollte diese Einschätzung handlungsleitend sein. Teilweise werden nach Einrichtungskonzepten spezifische Therapieleistungen für Rehabilitanden mit ausgeprägten sozialmedizinischen Problemlagen vorgehalten.

Organisation. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfolgt durch einen verantwortlichen Facharzt mit sozialmedizinischer Kompetenz. Insbesondere bei ausgeprägten sozialmedizinischen Problemlagen ist es aber sinnvoll, die im Reha-Team vorhandenen Kompetenzen für eine abschließende Beurteilung zu nutzen. Das Vorgehen in der Einrichtung sollte als ein systematisches und sinnvolles beurteilbar sein.

Kommunikation. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung soll dem Rehabilitanden rechtzeitig erläutert und mit ihm abgestimmt werden. Das Ergebnis der Abstimmung wird im E-Bericht dokumentiert. Sowohl das Vorgehen, der vorgesehene zeitliche Umfang, als auch der Zeitpunkt hierfür sollen sinnvoll festgelegt sein und überprüfbar eingehalten werden. Das Ergebnis schwieriger sozialmedizinischer Festlegungen kann auch im Reha-Team erläutert werden und so für die Qualifizierung der Mitarbeiter genutzt werden.

I Dimension: Konzept-/Strukturmerkmale, strukturnahe Prozesse

J Bereich: Sozialmedizin

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
J.1 Sozialmedizin handlungsleitend Insbesondere: Frühzeitige Identifizierung, Auswahl der therapeutischen Angebote, spezifische Angebote	☐	☐	☐	☐	☐
J.2 Organisation Insbesondere: Einbeziehung von Kompetenzen des Reha-Teams, Verantwortung der ärztlichen Leitung	☐	☐	☐	☐	☐
J.3 Kommunikation Insbesondere: Information des Rehabilitanden bzgl. Leistungsbeurteilung (Zeitpunkt), Rückmeldung an Reha-Team	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	[10] sehr gut	**- [9]**	**- [8]**	**- [7]**	**- [6]**	**- [5]**	**- [4]**	**- [3]**	**- [2]**	**- [1]**	**- [0]** sehr schlecht		**entfällt**

K Bereich: Ärztliche Aufgaben

Der Bereich ärztliche Aufgaben soll die Aspekte des ärztlichen Handelns im Zusammenhang mit der Versorgung der Rehabilitanden erfassen und bewerten. Weitere Aufgaben, wie Klinikleitung, Mitarbeiterführung, Weiterbildung und die Wahrnehmung der fachlichen und wirtschaftlichen Verantwortung für die Einrichtung, gehen in das zusammenfassende Visitationsergebnis ein.

Konzeptverantwortung. Das Rehabilitationskonzept wird unter ärztlicher Verantwortung erstellt. Es wird regelmäßig aktualisiert und mit den Federführern abgestimmt. In ihm sind alle Bereiche der Rehabilitation schlüssig beschrieben.

Aufnahmeuntersuchung. Der Arzt ist über die neu angereisten Rehabilitanden informiert. Die Aufnahmeuntersuchung erfolgt am Anreisetag durch einen Arzt. Spätestens am 3. Tag erfolgt die Untersuchung durch einen indikationsspezifischen Facharzt. Für das Aufnahmegespräch und die -untersuchung liegen für die Einrichtung einheitliche strukturierte Materialien vor. Insbesondere der Umgang mit patientenseitig bestehenden Erwartungen und Wünschen sowie die Abstimmung von Therapien und Zielen sind geregelt. Die Dokumentation erfolgt in geeigneter Form und unterstützt bereits die entsprechenden Anteile im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht. Die Arbeitsabläufe sind zeitlich und organisatorisch koordiniert.

Diagnostik. Der Einsatz der rehaspezifischen Diagnostik erfolgt gezielt und wird dem Rehabilitanden erläutert. Sie ist – möglicherweise in Form von verfügbaren Assessments – funktionsorientiert angelegt. Aus ihren Ergebnissen wird eine gezielte Reha-Planung abgeleitet. Koordinierung und Abfolge der diagnostischen Maßnahmen sind geregelt. Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden mit dem Rehabilitanden besprochen.

Therapieverordnung. Die verordneten Therapien werden mit dem Rehabilitanden abgestimmt. Sie verfolgen die Umsetzung eines multimodalen Behandlungsansatzes und leiten sich aus den zum Zeitpunkt der Verordnung vorliegenden Erkenntnissen auch zu Folge- und Begleiterkrankungen ab. Spezifische sozialrechtliche und sozialmedizinische Fragestellungen werden berücksichtigt.

Visiten/Arztsprechstunden. Visiten und Arztsprechstunden sind einschließlich der Facharztkontakte in einer für die Einrichtung geeigneten Art und Weise geregelt. Visiten finden mindestens einmal wöchentlich statt, ihre Dauer ermöglichen adäquate Interventionen. Eine ärztliche Sprechstunde wird täglich vorgehalten. Die Rehabilitanden werden einzeln gesehen. Der Zugang zur Arztsprechstunde ist für die Rehabilitanden transparent und einfach. Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden mit dem Rehabilitanden abgestimmt.

Abschlussuntersuchung, -gespräch. Es erfolgt ärztlicherseits eine Vorbereitung der Entlassung. Die Abschlussuntersuchung des Patienten bzw. das Abschlussgespräch mit dem Patienten wird zeitgerecht im Hinblick auf die Entlassung durchgeführt

II Dimension: Reha-Abläufe

K Bereich: Ärztliche Aufgaben

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
K.1 Konzeptverantwortung Insbesondere: Vorliegendes, abgestimmtes, adäquates Konzept – alle Bereiche beschrieben	☐	☐	☐	☐	☐
K.2 Aufnahmeuntersuchung Insbesondere: Aufnahmeuntersuchung am Anreisetag, Facharzt am 3. Tag, einheitliches Vorgehen und Dokumentation	☐	☐	☐	☐	☐
K.3 Diagnostik Insbesondere: Gezielte, rehaspezifische Diagnostik, Funktions- / Aktivitätsorientierung, Rückmeldung an Rehabilitanden	☐	☐	☐	☐	☐
K.4 Therapieverordnung Insbesondere: Multimodaler Behandlungsansatz, Abstimmung mit dem Rehabilitanden erfolgt, spezifische sozialmedizinische Fragestellungen berücksichtigt	☐	☐	☐	☐	☐
K.5 Visiten/Arztsprechstunden Insbesondere: Regelung mind. einmal wöchentlich, Fachärzte adäquat, Arztsprechstunde täglich und einfach zugänglich	☐	☐	☐	☐	☐
K.6 Abschlussuntersuchung/-gespräch Insbesondere: organisatorische Vorbereitung, Information und Abschlussuntersuchung des Patienten bzw. Abschlussgespräch zeitgerecht	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐ **[10]** - ☐ **[9]** - ☐ **[8]** - ☐ **[7]** - ☐ **[6]** - ☐ **[5]** - ☐ **[4]** - ☐ **[3]** - ☐ **[2]** - ☐ **[1]** - ☐ **[0]** sehr gut … sehr schlecht	☐ **entfällt**

II Dimension: Reha-Abläufe

L Bereich: Therapieplanung

Der Bereich Therapieplanung zählt zu den komplexesten Bereichen der Klinik. Verordnungen, Wünsche, Änderungen und verfügbare Kapazitäten müssen hier koordiniert werden. Zugleich sind die Anforderungen an die Qualität der Therapieleistungen und die Dokumentation sicherzustellen. Störungen in diesem Bereich haben weitgehende Auswirkungen auf die Leistungserbringung und die Ergebnisse.

Organisation. Die Visitation soll einen umfassenden Einblick in diesen Bereich ermöglichen. Zum Einen geht es um den nachvollziehbaren Weg, mit dem die im Konzept formulierten Ansprüche in eine konkrete, individuell abgestimmte „Verordnung" umgesetzt werden. Zum Anderen müssen die einzelnen Therapieeinheiten entsprechend den vorhandenen Möglichkeiten zeitlich koordiniert und in einer für den Patienten leistbaren Form geplant werden. Bei den einzelnen Therapieeinheiten ist die Beachtung der in der KTL vorgegebenen Qualitätsmerkmale sicher zu stellen. Besondere Anforderungen werden an die Flexibilität bezüglich Anpassungen, Umstellungen und Ausfällen gestellt.

Dokumentation. Eine fehlende Dokumentation von therapeutischen Leistungen wird nach wie vor am häufigsten als Grund für die Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen genannt. Auf der einen Seite ist sicherzustellen, dass nur tatsächlich erbrachte Leistungen in die Dokumentation eingehen. Auf der anderen Seite gibt es in jeder Reha-Einrichtung auch Leistungen (Psychologie / Sozialdienst / Pflege), die nicht zentral planbar sind. Auch diese müssen dokumentiert werden, valide sein und in einer für die Einrichtung geeigneten Form in die „zentrale Dokumentation" eingebracht werden.

II Dimension: Reha-Abläufe

L Bereich: Therapieplanung

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
L.1 Organisation Insbesondere: Therapien werden adäquat geplant, KTL-Qualitätsmerkmale werden beachtet, hohe Flexibilität ist gegeben	☐	☐	☐	☐	☐
L.2 Dokumentation Insbesondere: Nur erbrachte Leistungen gehen ein, Dokumentation und Erfassung der Leistungen ist vollständig	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10]	-	**[9]**	-	**[8]**	-	**[7]**	-	**[6]**	-	**[5]**	-	**[4]**	-	**[3]**	-	**[2]**	-	**[1]**	-	**[0]**	**entfällt**
	sehr gut																				sehr schlecht	

M Bereich: Entlassung, Nachsorge

Bei dem Bereich Entlassung, Nachsorge geht es um Maßnahmen, die über den Zeitraum des Rehabilitationsaufenthaltes hinausgehen. In diesem Sinne muss die Entlassung so vorbereitet sein, dass die erforderlichen Informationen und Kenntnisse dem Rehabilitanden rechtzeitig vorliegen und das Vorgehen mit ihm abgestimmt ist.

Entlassung. Aus Sicht des Rehabilitanden sind zum Ende der Rehabilitation zahlreiche Fragen abschließend zu klären und Vorbereitungen für die „Zeit danach" zu treffen. Von der Einrichtung ist ein Konzept zu erwarten, wie die formalen und inhaltlichen Fragestellungen vorbereitet und mit dem Rehabilitanden abgestimmt werden. Der Entlassungsprozess (Abreiseformalitäten, Abreise, Gepäck) ist organisiert, der Entlassungsbericht liegt vor oder wird innerhalb von 14 Tagen versandt.

Nachsorge. Unter Nachsorge werden sowohl spezifische Nachsorgeprogramme verstanden, die den eingetretenen Rehabilitationserfolg sichern sollen, als auch Weiterbehandlungsempfehlungen an den Hausarzt oder Betriebsarzt. In der Indikation Abhängigkeitserkrankungen kommt der Nachsorge auch bezüglich Vorbereitung und Organisation ein besonderer Stellenwert zu. Auch die Vermittlung in die Selbsthilfe kann eine geeignete Nachsorge sein. In jedem Fall muss das Vorgehen nachvollziehbar sein, die erforderlichen Informationen müssen vorliegen und die Maßnahmen müssen mit dem Rehabilitanden abgestimmt sein.

II Dimension: Reha-Abläufe

M Bereich: Entlassung, Nachsorge

	Bewertung				
	Anforderung übertroffen	Anforderung erfüllt	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
M.1 Entlassung Insbesondere: Entlassungsvorbereitung wird durchgeführt, formale und inhaltliche Fragen sind berücksichtigt, E-Bericht, Abstimmung mit dem Rehabilitanden	☐	☐	☐	☐	☐
M.2 Nachsorge Insbesondere: Indikationskriterien für Nachsorgeempfehlung liegen vor, Suche nach Einrichtungen in Wohnortnähe und Selbsthilfekontakt, falls erforderlich erfolgt Kontakt zum Weiterbehandler	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung des Bereichs:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10]	**[9]**	**[8]**	**[7]**	**[6]**	**[5]**	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**	**[0]**	**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht	

Rehabilitandengespräch

Das Rehabilitandengespräch ist wesentlicher Bestandteil der Visitation. Die Visitoren führen das Gespräch mit selbst ausgewählten Rehabilitanden in der Gruppe in Abwesenheit von Klinikmitarbeitern. Die Teilnahme ist freiwillig. Für die teilnehmenden Rehabilitanden bleibt grundsätzlich die Anonymität gewahrt. Es sollten durch die Teilnahme am Gespräch möglichst keine bereits geplanten Behandlungen ausfallen. Das Gespräch wird von den Visitoren strukturiert, so dass möglichst viele Rückmeldungen in die Bewertung aus Rehabilitandensicht einbezogen werden können. Hierbei werden sowohl die Einschätzungen zu den strukturellen Gegebenheiten erfasst, wie die organisatorischen Abläufe und die Ernährung. Die Einschätzung der Rehabilitanden zur Therapie und zum Personal ist ebenso wichtig und ermöglicht einen Zugang zu „weichen Faktoren", der bei der weiteren Durchführung der Visitation nicht gegeben ist.

Rehabilitandengespräch

		Einschätzung der Rehabilitanden		
		(überwiegend) positiv	auch negativ	(überwiegend) negativ
1.	Bewertung der Behandlungsplanung	☐	☐	☐
2.	Bewertung der Abstimmung Behandlungsziele	☐	☐	☐
3.	Bewertung der ärztlichen Betreuung	☐	☐	☐
4.	Bewertung der Reha-Pflege	☐	☐	☐
5.	Bewertung der psychologischen Betreuung	☐	☐	☐
6.	Bewertung der übrigen Behandlungen	☐	☐	☐
7.	Bewertung arbeits- und berufsbezogene Angebote	☐	☐	☐
8.	Bewertung von Schulungen, Verhaltensempfehlungen	☐	☐	☐
9.	Bewertung der sozialmedizinische Beurteilung	☐	☐	☐
10.	Bewertung der Nachsorgeplanung	☐	☐	☐
11.	Bewertung der Organisation der Behandlung	☐	☐	☐
12.	Bewertung der Patientenzimmer	☐	☐	☐
13.	Bewertung der Therapieräume	☐	☐	☐
14.	Bewertung des Freizeitbereichs	☐	☐	☐
15.	Bewertung der Verpflegung	☐	☐	☐
16.	Bewertung der Einrichtung insgesamt	☐	☐	☐
17.	Würden Sie die Einrichtung weiterempfehlen?	☐	☐	☐
		bekannt und erreichbar	wenig bekannt, schlecht erreichbar	unbekannt, nicht erreichbar
18.	Sind Ansprechpartner bekannt?	☐	☐	☐

Erläuterungen

Gesamtbewertung:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]** sehr gut … sehr schlecht	☐ **entfällt**

Gesamtbewertung der Reha-Einrichtung

In die Gesamtbewertung der Reha-Einrichtung gehen die dokumentierten Bewertungen der visitierten Bereiche ein und werden – entsprechend ihrer aus Sicht der Visitoren bestehenden Bedeutung – gewichtet. Auch wenn nicht alle Bereiche einer Einrichtung visitiert wurden, sollte geprüft werden, ob eine Gesamtbewertung erfolgen kann.

Gesamtbewertung der Reha-Einrichtung

	Bewertung der Bereiche											
	10	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**	**ent-fällt**
A Struktur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B Strukturnahe Prozesse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C Diagnostik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D Therapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E Personal und seine Aufgaben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F Arbeitsbezogene Leistungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G Psychologie/Psychotherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H Sozialdienst	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I Information, Motivation, Schulung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J Sozialmedizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
K Ärztliche Aufgaben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L Therapieplanung/Therap. Prozesse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M Entlassung/Nachsorge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N Rehabilitandengespräch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	10	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**	**ent-fällt**
	sehr gut										sehr schlecht	

Erläuterungen

Gesamtbewertung der Reha-Einrichtung:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[10]	**- [9]**	**- [8]**	**- [7]**	**- [6]**	**- [5]**	**- [4]**	**- [3]**	**- [2]**	**- [1]**	**- [0]**	**entfällt**
	sehr gut										sehr schlecht	

Für Ihre Notizen

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation

Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin

Satz und Gestaltung: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Kreativteam
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin

3. Auflage (05/2014)

Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation -
mit Sicherheit Qualität