

**Strukturerhebungsbogen
für den Abschluss einer Vereinbarung
auf der Grundlage des § 40 Abs. 1 SGB V**

1. Name und Rechtsform des Rehabilitations-Zentrums:

.....

2. Anschrift:

.....

3. Telefon:

.....

4. Fax:

.....

5. E-Mail-Adresse:

.....

6. Internet-Adresse:

.....

7. Institutionskennzeichen (IK):

.....

8. Organisatorische Einbindung (Reha-Klinik, Krankenhaus, Sonstiges [ggf. näher definieren]):

.....

9. Name des ärztlichen Leiters:

.....

10. Name des Stellvertreters des ärztlichen Leiters:

.....

11. Name des Verwaltungsleiters:

.....

12. Name und Anschrift des Trägers:

.....

13. Ärztlicher Leiter der Einrichtung

Name:

Facharztabschluss: _____

Spezialausbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Abschluss Sozial-/Rehabilitationsmedizin: Ja Nein

Stellvertretender ärztlicher Leiter

Name:

Facharztabschluss: _____

Spezialausbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Abschluss Sozial-/Rehabilitationsmedizin: Ja Nein

14. Ist die ärztliche Präsenz in der ambulanten Einrichtung während der Öffnungszeiten gewährleistet ?
 Ja Nein

15. Wurde für die Rehabilitationseinrichtung ein schriftlich formuliertes Rehabilitationskonzept erstellt ?
 Ja Nein

16. Wird für die Rehabilitation der Patienten ein individueller Rehabilitationsplan erstellt?
 Ja Nein

17. Welche Leistungen/Therapien werden in der Einrichtung angeboten?

<u>Therapieart</u>	<u>intern</u>	<u>ex-</u>
a) Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Balneotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Thermo/Hydro - Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sport-/Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Med. Trainingstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) psychologische Betreuung/Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) soziale Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Gesundheitstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|----|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| o) | <i>sonstige Therapien</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Werden alternative-/Naturheilverfahren durchgeführt?

- Ja, welche Nein

19. Werden Patientenschulungen durchgeführt ?

- Ja, welche Nein

20. Welche Programme sind davon evaluiert :

21. Werden Diäten angeboten?

- Ja, welche Nein

22. Werden patientenbezogene Teamgespräche wöchentlich durchgeführt und dokumentiert ? Ja Nein

23. Werden regelmäßig Visiten durchgeführt?

- Ja Nein

24. Werden sowohl Eingangs-, Zwischen- als auch Abschlussuntersuchungen durchgeführt?

- Ja Nein

25. Werden die Rehabilitationsverläufe regelmäßig durch alle Fachbereiche in der Rehabilitationsakte dokumentiert ?

Ja

Nein

26. Werden die Rehabilitanden mit Arznei-/Verbandsstoffen versorgt?

Ja, wie

Nein

27. Werden die Rehabilitanden mit Hilfsmitteln versorgt?

Ja

Nein

28. Sind Konsiliaruntersuchungen möglich/bestehen Kooperationsverträge?

29. Wie erfolgt die interne und externe Qualitätssicherung?

30. Regionaler Einzugsbereich für eine wohnortnahe Rehabilitation (45 Min. max. Fahrzeit für regelmäßig verkehrende öffentliche Verkehrsmittel für einfache Strecke):

31. Verfügen Sie über einen Fahrdienst? Wenn ja, erfolgt Einzel- oder Sammeltransport?

32. Lage der Einrichtung/Verkehrsanbindung:

33. Größe der gesamten Nutzfläche des Rehabilitations-Zentrums in qm:

34. Anzahl der Patienten, die ambulant rehabilitiert werden können:

a) zeitgleich:

b) täglich insgesamt:

35. Behandlungs-/Öffnungszeiten:

36. Verfügt die Einrichtung über

a) eine Vereinbarung mit den Rentenversicherungsträgern zur Erbringung von ambulanten bzw. teilstationären Rehabilitationsleistungen?

ja nein

b) eine Anerkennung zur Erbringung von ambulanten bzw. teilstationären Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Unfallversicherungsträger?

ja nein

37. Wird die Einrichtung (Räumlichkeiten, Personal) für andere Aufgaben genutzt?

ja nein

(Falls ja, bitte Erläuterungen)

A. Ausstattung der Einrichtung

1. Personelle Besetzung

Ärztlicher Dienst

Med. Betreuung durch	Anzahl	Fachrichtung	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Vollbeschäftigte(r) Arzt/Ärzte				
Kurarzt				
niedergelassener Arzt				
insgesamt				

Pflegekräfte

Med. Betreuung durch	Anzahl	Fachrichtung	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Vollexaminierte Pflegekräfte				
Pflegehelfer/innen				
Hilfskräfte				
insgesamt				

Medizinisch-technisches Personal

	Anzahl	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Physiotherapeut/ Krankengymnast			
medizinischer Bademeister/Masseur			
Arbeits- und Beschäftigungstherapeut			
Sprachtherapeut			
Klinische Psychologe			
Psychotherapeut			
Ernährungsberater/Diätassistent			
Sozialarbeiter/-pädagogin			
Sportlehrer/Sporttherapeut			
Krankenpflegefachkraft			

2. Untersuchungs- und Therapieräume

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- Krankengymnastische Therapiefläche für Gruppengymnastik
- Raum f. gerätetechnisch gestützte Diagnostik/Med. Trainingstherapie
- Funktionsräume für Ergotherapie
- physikalische Therapie
- Multifunktionsraum f. Teambesprechungen, Schulungen
- Lehrküche
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Notfallraum
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Bewegungsbad
- Sonstiges

3. Medizinisch-technische Ausstattung

Folgende Geräte sind vorhanden (ggf. Anlage)

Diagnostik :

Therapie :

Die Richtigkeit der Angaben in diesem Teil und in den nachfolgenden besonderen Teilen wird hiermit bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift (des Trägers oder der Leitung
des Rehabilitationszentrums)

Fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- a) strukturiertes Rehabilitationskonzept
- b) Muster eines täglichen Behandlungsplanes bei typischer Indikation (Stundenplan)
- c) Qualifikationsnachweise des ärztlichen Personals
- d) Nachweis der Weiter-/Zusatzausbildung des ärztlichen Personals
- e) Qualifikationsnachweise des nicht-ärztlichen Personals
- f) Raumkonzept (Grundriss 1:100)
- g) Betriebserlaubnis
- h) Anerkennung oder Vereinbarung zur Erbringung von ambulanten bzw. teilstationären Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Renten- oder Unfallversicherung

Besonderer Teil: Muskuloskeletale Erkrankungen

Anforderungsprofil:

M1. Bitte fügen Sie diesem Erhebungsbogen Ihr **strukturiertes Rehabilitationskonzept** bei.

M2. Ist der leitende Arzt oder sein ständiger Vertreter während der gesamten Behandlungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar?

ja nein

(Bitte Dienstpläne in Kopie beifügen)

M3. Welche Schwerpunkte sollen behandelt werden und stehen unter entsprechender ärztlicher Leitung:

• **Diagnosegruppe entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten**

Arzt für Innere Medizin mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

Arzt für Orthopädie mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

• **Diagnosegruppe degenerative muskuloskeletale Krankheiten**

Arzt für Innere Medizin mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

Arzt für Orthopädie

• **Diagnosegruppe angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane**

Ein Facharzt für Orthopädie

• **Diagnosegruppe Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane**

Arzt für Orthopädie

Arzt für Chirurgie mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Unfallchirurgie

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

M4. Verfügt der leitende Arzt über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative Erfahrungen und führt er die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin?

ja nein

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

M5. Verfügt der vertraglich vereinbarte Abwesenheitsvertreter über eine dem Indikationsschwerpunkt entsprechende Gebietsbezeichnung und mindestens zweijährige Berufserfahrung?

ja nein

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Verfügt er zusätzlich über die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin?

ja nein

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

M6. Handelt es sich um ein organisatorisch, wirtschaftlich und räumlich selbständiges Rehabilitations-Zentrum?

ja nein

M7. Welche Aufgaben werden von den Ärzten im Rehabilitations-Zentrum wahrgenommen?

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfes
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln

- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechung (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung

M8. Sind konsiliarische Untersuchungen sichergestellt?

M9. Bestehen Kooperationen mit anderen Einrichtungen/Institutionen (z. B. Krankenhäusern, Arztpraxen), wenn ja, in welcher Art:

M10. Welche Behandlungselemente werden vom Rehabilitations-Zentrum angeboten?

- Krankengymnastik (einzeln/ in der Gruppe, bitte zutreffendes unterstreichen) einschließlich Lagerung und Versorgung mit entsprechenden Mobilitätshilfen und Üben in alltagsrelevanten Situationen
- physikalische Therapie (Massagen, Hydro-, Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie)
- Ergotherapie einschließlich Gelenkschutz (z.B. temporäre Schienen), Selbsthilfetaining, insbesondere Training von ATL
- medizinische Trainingstherapie
- Ernährungsberatung (z.B. bei stoffwechselbedingten Erkrankungen, Übergewicht)
- psychologische Beratung/Behandlung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie einschließlich Arbeitsplatzanalyse
- Rehabilitationsfachberatung einschließlich Hilfsmittelberatung, Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Krankenpflege
- Patientenschulung und -information
- Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
- Angehörigenberatung/-anleitung.

Personelle Ausstattung

Bitte Qualifikationsnachweise des Personals (namentlich aufführen) als Anlage beifügen und den zeitlichen Umfang der Tätigkeit in der Einrichtung benennen. Welcher Personalschlüssel soll zur Anwendung kommen?

M11. Neben dem ärztlichen Leiter und dessen Stellvertreter werden tätig:

Anzahl Mitarbeiter	Umrechnung in Vollkräfte

a) Arzt

b) Physiotherapeut/Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung.
- Zusatzqualifikationen in manueller Therapie und Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage
- langjährige Erfahrungen in manueller Therapie und Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage.
- Zusatzqualifikation in Medizinischer Trainingstherapie/Medizinischem Aufbaustraining (MTT/MAT)
- Zusatzqualifikation in Sportphysiotherapie und funktioneller Anatomie, typische Verletzungsmuster, Stützverbände

--	--

c) Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und
- mind. zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.
- Zusatzqualifikation in manueller Lymphdrainage
- Zusatzqualifikation in Medizinischer Trainingstherapie/Medizinischem Aufbaustraining (MTT/MAT)
- Zusatzqualifikation in Grundlagen der Krankengymnastik
- Zusatzqualifikation in Sportphysiotherapie und funktioneller Anatomie, typische Verletzungsmuster, Stützverbände

--	--

d) Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. Zweijährige vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung und

--	--

- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie

- wenn in hauptverantwortlicher Stellung, mind. 3 Jahre vollzeitige einschlägige Erfahrung in der speziellen rheumatologischen Ergotherapie einschließlich Gelenkschutzprogramm und Orthesenherstellung.

e) **Klinischer Psychologe**

--	--

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

g) **Sozialarbeiter/Sozialpädagoge**

--	--

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mind. zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge in einer Rehabilitationseinrichtung und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfürsorge.

h) **Diätassistent**

--	--

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent bzw. Abschluss eines entsprechenden Studiums und
- mind. zwei Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

i) **Krankenpflegefachkraft**

--	--

- Staatliche Anerkennung als Krankenpflegefachkraft und
- mind. zwei Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Krankenpflegefachkraft in einer medizinischen Einrichtung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (z.B. Angehörigen/Bezugspersonen)
- wünschenswert: Weiterbildung in Rehabilitationspflege.

j) **Sportlehrer / Sporttherapeut**

--	--

- Diplom-Sportlehrer
 - Diplom mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation)
 - Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie

- Zusatzausbildung in Anlehnung an das Curriculum des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS). Umfang: 600 Unterrichtseinheiten, davon 300 UE Grundlagen der Sporttherapie und ca. 300 UE Sporttherapie/Orthopädie oder Sporttherapie/Orthopädie/Traumatologie.
- mind. zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit MTT.
- Zusatzqualifikation in Medizinischer Trainingstherapie/Medizinischem Aufbautraining (MTT/MAT)
- Zusatzqualifikation in Grundlagen der Krankengymnastik

k) Weiteres Personal:

--	--

M12. Sind feste Kooperationen mit Orthopädietechnikern und Orthopädie-schuhtechnikern vereinbart?

ja nein

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

M13. Räumliche Ausstattung - Welche Räumlichkeiten sind vorhanden?

Sind insbesondere vorhanden:

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik und medizinische Trainingstherapie
- Funktionsräume (z. B. für Ergotherapie, physikalische Therapie)
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Raum für Anpassung von Hilfsmitteln durch Orthopädietechniker
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Injektionsraum
- Notfallraum
- Multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
- Umkleieräume, Wasch bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Zahl rollstuhlgerechte Ausführungen
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungsstrakt
- Bewegungsbad (kann ggf. bei Betreuung durch das Rehabilitationsteam auch in räumlicher Nähe durch Kooperation sichergestellt werden)

a) Bitte Art, Anzahl und Größe der Räumlichkeiten in qm in beizufügender Grundrißzeichnung angeben.

- b) Über wie viele Etagen/Ebenen verfügt das Rehabilitations-Zentrum?
- c) Sind alle Räume der Rehabilitationseinrichtung barrierefrei (z. B. mit Aufzug) zugänglich?

ja nein

(Falls nein, bitte Erläuterung)

M14. Apparative Ausstattung - Welche Geräte sind vorhanden?

Medizinische Geräte:

- Sonographie
- EKG, Ergometrie
- Spirometrie

Bestehen feste Kooperationen mit entsprechenden Partnern zur weiterführenden Diagnostik, insbesondere

- Laboruntersuchungen einschließlich Synovia-Analyse
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- Szintigraphie
- Osteodensitometrie
- Isokinetische Diagnostik
- EMG
- ENG
- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Gefäßdiagnostik (z.B. Doppler- bzw. Duplex-Sonographie)
- Endoskopie
- EKG, Ergometrie (falls kein eigenes Gerät vorhanden)
- Spirometrie (falls kein eigenes Gerät vorhanden)?

Wenn ja, mit wem?

Therapiegeräte

- Therapieliegen, höhenverstellbar, auch für Chirotherapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
- Therapiesitze (mind. zwei)
- Schlingentisch/Schlingenbehandlungsgerät
- Entstauungsgeräte (zur adjuvanten Therapie)
- Kälte- und Wärmetherapie-Geräte

- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte
- Elektrostimulationsgeräte/EMS
- Gleichstrom-/Iontophorese, galvanische Bäder
- Nieder-, Mittel- und Hochfrequenztherapiegeräte, TENS
- Ultraschallgerät
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Zusatzgeräte (Manschetten, Hanteln, elastische Bänder, Expander, Medizinbälle, Keulen etc.)
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch)
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z. B. Kreisel, instabile Flächen, Minitrampolin)
- dynamisches Hand- und Fußkurbelergometer
- auxotone Trainingsgeräte, isokinetische Test- und Trainingsgeräte. Isokinetische Test- und Trainingsgeräte werden insbesondere zur Verbesserung der Diagnostik und Objektivierbarkeit des Rehabilitationserfolges empfohlen. Sequenzgeräte (Hebel- und Seilzugapparate) für die großen Muskelgruppen.
 - Isokinetische und auxotone und weitere Sequenztrainingsgeräte erfüllen sowohl die erforderlichen Gerätestandards (Anforderung der MedGV, Gruppe 3, gegebenenfalls TÜV oder Dekra) und zeichnen die Messungs- und Übungsabläufe auf. Die Gerätesicherheit und die medizinisch/therapeutische Eignung sind nach standardisierten Prüfmethode, z.B. durch TÜV-Product-Service/ZAT Deutschland e. V., nachgewiesen.
- dynamisches Treppensteigergerät (Stepper)
- Laufband
- motorisierte Bewegungsschienen (CPM) für obere und untere Extremitäten, ggf. Aktivschienen.