

# Struktur-Erhebungsbogen

für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V

## Allgemeine Angaben

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postfach/e-Mail/Internet: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Leiter: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Telefax: \_\_\_\_\_

Geographische und  
Höhenlage, Verkehrs-  
verbindung: \_\_\_\_\_

ununterbrochener Betrieb:       ja       nein

Institutions-Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Träger der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Rechtsform: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postfach/e-Mail/Internet: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Status:                               öffentlich    freigemeinnützig    privat

Liegt für die Einrichtung eine Konzession gemäß § 30 GewO vor?

- ja       nein

Werden in dieser Einrichtung Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

- Vorsorge       ambulant  
 stationär
- Rehabilitation       ambulant  
 stationär

## Belegung und Leistung

Werden die Patienten stationär aufgenommen?

- Ja, insgesamt stehen \_\_\_\_\_ Betten zur Verfügung,  
davon \_\_\_\_\_ Betten in Einbettzimmern,  
\_\_\_\_\_ Betten in Zweibettzimmern,  
\_\_\_\_\_ Betten in \_\_\_\_\_-Bettzimmern.
- Nein

Welche Personenkreise werden in der Einrichtung behandelt (indikationsbezogener Personenkreis)?

- Männer  
 Frauen  
 Kinder  
 Begleitpersonen

Bestehen Belegungsvereinbarungen/vertragliche Bindungen mit den Rentenversicherungsträgern, Landwirtschaftlichen Alterskassen oder sonstigen Kostenträgern?

- Ja, mit \_\_\_\_\_ über \_\_\_\_\_ Betten  
\_\_\_\_\_ über \_\_\_\_\_ Betten.
- Nein

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

Ist die ärztliche Präsenz  
in der stationären Einrichtung über 24 h  
in der ambulanten Einrichtung während der Öffnungszeiten  
gewährleistet ?  Ja  Nein

Wurde für die Rehabilitationseinrichtung ein schriftlich formuliertes Rehabilitations-  
konzept erstellt ?  Ja  Nein

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

Welche Hauptindikationsgruppen werden in der Einrichtung behandelt?

<b>Indikationszahl je Indikation</b>	<b>KK</b>	<b>RV</b>	<b>Sonst.</b>
01 Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes			
02 Krankheiten der Gefäße			
03 entzündliche rheumatische Erkrankungen			
04 degenerativ rheumatische Krankheiten (orthopädische Erkrankungen)			
05 gastroenterologische Erkrankungen (Erkrankungen der Verdauungsorgane, Leber, Magen, Galle, Harnwegserkrankungen, Darm)			
06 Stoffwechselerkrankungen			
07 Krankheiten der Atmungsorgane			
08 Krankheiten der Niere, Harnwege, Prostata			
09 neurologische Erkrankungen und Erkrankungen der Stimmorgane			

10 bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen			
11 gynäkologische Erkrankungen			
12 Hauterkrankungen			
13 psychosomatische-psychogenerative Erkrankungen			
14 psychische Erkrankungen			
15 Suchterkrankungen			
16 Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane			
17 Venenerkrankungen			
18 Unfall- und Verletzungsfolgen			
19 Geriatrie			
20 Störungen der Sinnesorgane			
21 Sonstige			
<b>gesamtbettenzahl</b>			

Welche Krankheitsbilder innerhalb der vorstehend angekreuzten Indikationsgruppen werden nicht behandelt (Kontraindikation)

Für welche Indikationsgruppen liegt eine Zulassung zur AR vor ?

GKV :

RVT:

Welche Leistungen/Therapien werden in der Einrichtung angeboten?

<b>Therapieart</b>	<b>intern</b>	<b>extern</b>
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) sonstige Therapien _____	<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"/>

Werden alternative-/Naturheilverfahren durchgeführt?

Ja, welche

Nein

---

---

Werden Patientenschulungen durchgeführt ?

Ja, welche

Nein

---

---

Welche Programme sind davon evaluiert :

Werden Diäten angeboten?

Ja, welche

Nein

---

---

Werden patientenbezogene Teamgespräche wöchentlich durchgeführt und dokumentiert ?

Ja

Nein

Werden regelmäßig Visiten durchgeführt?

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Werden die Rehabilitanden mit Arznei-/Verbandsstoffen versorgt?

Ja, wie

Nein

---

Werden die Rehabilitanden mit Hilfsmitteln versorgt?

Ja

Nein

Sind Konsiliaruntersuchungen möglich/bestehen Kooperationsverträge?

---

---

---

Wie erfolgt die interne und externe Qualitätssicherung?

## Ausstattung der Einrichtung

### Personelle Besetzung

#### *ärztlicher Dienst*

<b>Art der Betreuung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Fachrichtung</b>	<b>Arbeitsstunden pro Woche</b>	<b>Arbeitstage pro Woche</b>
Alle beschäftigten(r)				
Ärzte				
Arzt				
Abgeleitete				
gesamt				

#### *Technische Kräfte*

<b>Art der Betreuung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Fachrichtung</b>	<b>Arbeitsstunden pro Woche</b>	<b>Arbeitstage pro Woche</b>
Alle examinierten Kräfte				
Technische Kräfte				
Arbeitskräfte				
gesamt				

**medizinisch-technisches Personal**

	Anzahl	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Physiotherapeut/ Krankengymnast			
medizinischer Bademeister/Masseur			
Arbeits- und Beschäftigungstherapeut			
Erkrankungstherapeut			
klinische Psychologin			
Psychotherapeut			
Nährungsberater/Diätassistent			
Sozialarbeiter/-pädagogin			
Sportlehrer/Sporttherapeut			
Krankenpflegefachkraft			

**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

---



---



---



## Medizinisch-technische Ausstattung

Folgende Geräte sind vorhanden (ggf. Anlage)

Diagnostik : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Therapie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vergütung

<b>aktueller Vergütungssatz nach 111 SGB V</b>	<b>Patient</b>	<b>Begleitperson</b>
r Vorsorge/Reha-Maßnahmen		
r AR-Maßnahmen		
indikationsbezogener Vergütungssatz		

<b>aktueller Vergütungssatz</b>	<b>Patient</b>	<b>Begleitperson</b>
deutsche Rentenversicherung Bund		
/A Mitteldeutschland		
sonstige		

\_\_\_\_\_  
/Datum/

\_\_\_\_\_  
Unterschrift