

Internes Qualitätsmanagement für geriatricspezifische Einrichtungen



Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen

**Auditcheckliste
(Ausgabe 2022)**



**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

Inhalt

1	Grundlage der Organisation	4
1.1	Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	4
1.2	Führung	4
1.3	Leitbild	4
1.4	Einrichtungskonzept	4
1.5	Patientenorientierung bzw. Rehabilitandenorientierung	4
1.6	Rehabilitationskonzept	5
1.7	Qualitätsziele und Planung	5
1.8	Aufbau der Organisation / Aufgaben und Verantwortlichkeiten	6
1.8.1	Beauftragte der obersten Leitung (QMB)	6
1.9	Kommunikationsstrukturen	6
1.9.1	Interne Kommunikation	6
1.9.2	Externe Kommunikation	7
1.10	Dokumente	7
1.10.1	Umgang mit Rehabilitandendaten und rehabilitationsbezogenen Dokumenten	7
1.11	Kooperationen	7
2	Ressourcenmanagement	8
2.1	Bereitstellung von Ressourcen	8
2.2	Infrastruktur	8
2.3	Räumliche Ausstattung	8
2.3.1	Rehabilitandenzimmer	6
2.4	Berufsspezifische Infrastruktur	10
2.4.1	Ärztlicher Dienst	11
2.4.2	Pflegerischer Dienst	11
2.4.3	Physiotherapie / Physikalische Therapie	11
2.4.4	Ergotherapie	12
2.4.5	Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie	13
2.4.6	Sozialdienst	13
2.4.7	Psychologischer Dienst	13
2.4.8	Konsiliartätigkeit	13
2.5	Multiprofessionelles Team der Geriatrie / Kompetenzen	13
2.6	Personal(bedarfs)planung und -einsatz	16
2.6.1	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	17
2.6.2	Fort- und Weiterbildung/Personalentwicklung	17
3	Prozesse der Leistungserbringung	18
3.1	Rehabilitanden bezogene Prozesse	18
3.1.1	Aufnahme	18
3.1.2	Einschätzung bei Aufnahme	18
3.1.3	Diagnostik	19
3.1.4	Therapie	19
3.2	Kommunikation mit Rehabilitanden	19
3.2.1	Information und Aufklärung von Rehabilitanden und ggf. Angehörigen, deren Integration in die Behandlung	20
3.3	Rehabilitationsprozess	20
3.3.1	Planung und Festlegung des Rehabilitationsprozesses	20
3.3.2	Umfassende Behandlung des Rehabilitanden	21
3.3.3	Berufsgruppenübergreifende Anforderungen	22
3.3.3.1	Ärztlicher Dienst	22
3.3.3.2	Pflegerischer Dienst	22
3.3.3.3	Physiotherapie / Physikalische Therapie	23
3.3.3.4	Ergotherapie	23
3.3.3.5	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	23

3.3.3.6	Sozialdienst	23
3.3.3.7	Psychologischer Dienst	24
3.3.3.8	Seelensorge	24
3.3.3.9	Ernährungsberatung.....	24
3.4	Visiten	24
3.5	Entlassung und Verlegung	25
3.6	Umgang mit Sterben und Tod	25
3.7	Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.....	25
3.8	Konsile.....	25
3.9	Notfallmanagement.....	26
3.10	Dokumentation von Patientendaten	26
3.11	Eigentum der Patienten, Angehörigen oder Experten.....	26
4	Bewertung der Leistung.....	26
4.1	Überwachung und Messung der Leistung	26
4.2	Ergebnisqualität in der Behandlung von Rehabilitanden	27
4.3	Umgang mit Fehlern.....	27
4.4	Korrekturmaßnahmen.....	27
4.5	Umgang mit Rückmeldungen	27
4.6	Datenanalyse.....	28
4.7	Interne und Experte Maßnahmen zur Qualitätssicherung	28
4.8	Managementbewertung / Internes Audit	29
5	Verbesserung	29

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
1	Grundlage der Organisation		
1.1	Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse		
	Die geriatricspezifische Einrichtung stellt aus ihrer Sicht die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse fest, verwirklicht, aufrechterhält, bewertet und verbessert sie kontinuierlich.	PDCA-Zyklus ist im Qualitätsmanagementsystem nachvollziehbar verankert.	9.2
1.2	Führung		
	Die Aufgaben und Verantwortlichkeit der Führung der geriatricspezifischen Einheit sind im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagementsystem festgelegt. Die Führung übernimmt Rechenschaft für die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems im Bereich der Geriatrie.		4.1
1.3	Leitbild		
	Ein teilhabeorientiertes Einrichtungsleitbild liegt vor. Das Leitbild ist mit Einbindung der Mitarbeiter schriftlich festgelegt, wird regelmäßig überprüft, ggf. angepasst und in der Einrichtung sowie nach außen transparent.	Das Einrichtungsleitbild umfasst Aussagen: <ul style="list-style-type: none"> • zum Selbstverständnis • zum Auftrag der Einrichtung • zu den Handlungsfeldern • zur Wertorientierung und zum Menschenbild • zu den Führungsgrundsätzen • zum Qualitätsmanagement • zur Wirtschaftlichkeit • zur Mitarbeiterorientierung • zu Kooperationen • zur Ökologie 	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6
1.4	Einrichtungskonzept		
	Ein verbindliches und schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept, das regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert wird, liegt vor und ist in der Einrichtung sowie nach außen transparent. Das Einrichtungskonzept ist mit dem federführenden Rehabilitationsträger abgestimmt.	Einrichtungskonzept (stationär ggf. ambulant) umfasst folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Trägerstruktur und Rahmenbedingungen • Darstellung des gesamten Leistungsspektrums zur Rehabilitation und Teilhabe mit der Benennung der Indikationen und relevanter Kontraindikationen • relevante Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Anwendung von Leitlinien Anwendung der Reha-Richtlinie) • Berücksichtigung von anerkannten medizinischen Erkenntnissen und des fachwissenschaftlichen Diskussionsstandes 	2.5 2.6 2.7 2.8 2.1 2.2. 2.3 2.4
1.5	Patientenorientierung bzw. Rehabilitandenorientierung		
	Die Besonderheiten der geriatricischen Patienten/ Rehabilitanden bestehen im häufigen Zusammentreffen von somatischen, psycho-sozialen und geistigen Beeinträchtigungen. Die daraus resultierenden komplexen Rehabilitationsziele sowie die Förderung von selbstbestimmtem Leben und die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind integrale Elemente von Qualität. Deshalb werden sie bei der Organisation und dem Ablauf der Rehabilitation systematisch berücksichtigt.		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Während der Rehabilitation werden u. a. folgende Aspekte der Rehabilitandenorientierung berücksichtigt:</p> <p><u>Patienten-/Rehabilitandeninformationen und -beratung:</u> Patienten/Rehabilitanden und ggf. ihre Angehörigen erhalten in verständlicher Form und Sprache Informationen und Beratung über die Rehabilitation und die weitere Versorgung (Nachsorge).</p> <p><u>Gemeinsame Entscheidungsfindung:</u> Patienten-/Rehabilitandenautonomie als Element des Behandlungserfolgs und eine Voraussetzung für die nachhaltige Wirksamkeit von Behandlung/Rehabilitation wird systematisch beachtet und gestärkt.</p> <p><u>Patientensicherheit:</u> Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements. Implementierung der Patientensicherheitsinhalte in die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie.</p>		<p>6.1</p> <p>6.2</p> <p>6.3</p> <p>10.1</p>
1.6	Rehabilitationskonzept		
	<p>Das Rehabilitationskonzept ist schriftlich dargelegt und dabei geriatrispezifisch sowie funktions- und fähigkeitsorientiert im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung ausgerichtet.</p>	<p>Im Rehabilitationskonzept werden indikationsspezifisch die Rehabilitationsleistungen und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben.</p> <p>Das Rehabilitationskonzept umfasst in einzelnen Fällen auch die Möglichkeit der Durchführung von diagnostisch-therapeutischen Hausbesuchen, sofern hierzu besondere Gründe vorliegen.</p>	<p>3.5</p>
	<p>Die Verantwortlichen für Erstellung, Prüfung und Freigabe der Rehabilitationskonzepte sind schriftlich festgelegt.</p>		<p>3.1</p>
	<p>Das Rehabilitationskonzept ist in der Einrichtung und nach außen transparent und wird regelmäßig auf seine Aktualität und Angemessenheit überprüft und ggf. angepasst.</p>	<p>Regelungen zur internen Weiterentwicklung und Anpassung an die Anforderungen der Rehabilitationsträger</p>	<p>3.7</p>
	<p>In dem Rehabilitationskonzept werden indikationsbezogene Rehabilitationsziele benannt und Aussagen zur Ressourcen- und Ergebnisorientierung gemacht.</p>		<p>3.2</p>
	<p>Das Rehabilitationskonzept wird zielgruppenspezifisch allen Beteiligten in geeigneter Art und Weise vermittelt.</p>	<p>Es ist eine verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter.</p>	<p>3.2</p>
	<p>Das Rehabilitationskonzept berücksichtigt einen interdisziplinären Rehabilitationsansatz.</p>		<p>3.3</p>
	<p>Das Rehabilitationskonzept basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell sowie den ICF und setzen die im SGB IX enthaltenen Anforderungen an die Teilhabe um.</p>		<p>3.4</p>
	<p>Das Erreichen der Therapieziele wird regelhaft und in geeigneter Form überprüft.</p>		<p>3.6</p>
1.7	Qualitätsziele und Planung		
	<p>Für alle relevanten Bereiche und Prozesse werden messbare Qualitätsziele und für deren Erreichung die erforderlichen Maßnahmen festgelegt.</p>	<p>Messbare Qualitätsziele müssen insbesondere für die Bereiche festgelegt sein, die (mit)verantwortlich sind für die Erfüllung der</p>	<p>4.1.2</p> <p>9.2</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	Die Erreichung der Qualitätsziele wird dokumentiert, evaluiert, aktualisiert, ggf. neu definiert und den Mitarbeitern transparent gemacht.	<p>bestehenden Anforderungen an angebotenen Leistungen.</p> <p>Die Führung/Leitung stellt sicher, dass die Planung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt, um die bestehenden Anforderungen zu erfüllen und die Qualitätsziele zu erreichen.</p> <p>Zur Planung des Qualitätsmanagementsystems gehören eine strukturierte Zielplanung, erforderliche Maßnahmen, Ressourcen und Verantwortlichkeit.</p>	5.3.3 9.6
1.8	Aufbau der Organisation / Aufgaben und Verantwortlichkeiten		
	Die Aufbauorganisation der Geriatrie ist anhand eines Organigramms verständlich und transparent dargestellt. Befugnisse, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind geregelt, durchgesetzt und bekannt gemacht worden.	Hierüber müssen geeignete dokumentierte Informationen vorliegen.	4.1.2 5.1.1 5.1.2 5.1.3
1.8.1	Beauftragter der obersten Leitung (QMB)		
	Ein QMB ist namentlich benannt, der für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und die regelmäßige Berichterstattung, u. a. an die Leitung der geriatricspezifischen Einrichtung, zuständig ist.		4.2.1 5.4.1
	Der QMB verfügt über ausreichende Qualifikation, Kenntnisse und Erfahrungen zur effektiven Wahrnehmung der Aufgaben und stellt der Einrichtung eine kontinuierliche Fortbildung sicher.		4.2.2 5.4.2
	Der QMB erhält die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen zeitlichen und materiellen Ressourcen.		4.2.1 4.1.3
	Die Aufgaben und Befugnisse des QMB sind allen Beteiligten (in geeigneter Form) transparent.		4.2.5
	Es gibt Regelungen zur Erfassung und Überprüfung des für das Qualitätsmanagement erforderlichen Zeitbedarfes und durch die Einrichtung wird die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen nachgewiesen.		4.2.3 5.4.3
	Für den QMB liegt eine Aufgabenbeschreibung und eine schriftliche Ernennung inkl. der Befugnisse vor.		4.2.4
1.9	Kommunikationsstrukturen		
1.9.1	Interne Kommunikation		
	Die Kommunikationsstrukturen (z. B. Leitungsgremien, Kommissionen, Besprechungen, Visiten, Fallbesprechungen, Dienstübergaben) werden durch die Einrichtungsleitung vorgegeben und deren Praxis wird dokumentiert.	<p>z. B. Kommunikationsmatrix, über Intranet, Aushänge, Rundschreiben bzw. protokollierte Qualitätszirkel und Besprechungen.</p> <p>Vorgaben zu Kommunikationsstrukturen sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen/Zyklus • Verantwortungen, Aufgabenverteilung und Beschlussfassung • Dokumentation (z. B. Tagesordnung, Protokolle) 	5.5.1

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Es ist geregelt, wie Informationen an Mitarbeiter, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, weitergeleitet werden.</p> <p>Die Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse werden geprüft und sichergestellt.</p> <p>Es finden regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung sowie der Einrichtungsleitung mit den nachgeordneten Ebenen sowie Besprechungen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen statt.</p> <p>Die geriatricspezifische Einrichtung verfügt über festgelegte Informations- und Partizipationsinstrumente, um die Einbeziehung der Mitarbeiter aller Bereiche und Berufsgruppen in das Qualitätsmanagement sicherzustellen.</p>		<p>11.1</p> <p>11.2</p> <p>5.5.2</p>
1.9.2	Externe Kommunikation		
	<p>Geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und zur externen Kommunikation sind geregelt und umgesetzt.</p>	<p>Mögliche Maßnahmen: Internetauftritt bzw. Erscheinungsbild, Einrichtungsprospekt, Ansprechpersonen, Qualitätsbericht, Teilnahme an Fachkongressen, Mitgliedschaft in Fachgesellschaften, Kommunikation mit Leistungsträgern, Kommunikation mit anderen Verbänden, Freigabe von Dokumenten</p>	<p>1.5</p> <p>2.7</p>
1.10	Dokumente		
	<p>Die Erstellung, Aktualisierung und Lenkung der Dokumente in der geriatricspezifischen Einrichtung sind klar geregelt.</p>	<p>Genehmigung, Verfügbarkeit, Aufbewahrung, Verteilung, Überwachung von Änderung / Kennzeichnung / Schutz und Umgang mit externen Dokumenten.</p>	<p>5.2.1</p>
1.10.1	Umgang mit Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten		
	<p>Die Regelungen (ggf. in schriftlicher oder elektronischer Form) der geriatricspezifischen Einrichtung für die Führung der Rehabilitandendokumentation inklusive der (digitalen) Archivierung, sind vorhanden.</p> <p>Die Verantwortlichkeiten für die Führung der Rehabilitandendokumentation sind eindeutig geregelt.</p> <p>Es ist gewährleistet, dass alle für die Behandlung bzw. Betreuung des Rehabilitanden relevanten Informationen zum Zeitpunkt des Übergangs des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich (auch weiterbetreuende Einrichtungen) vorhanden sind.</p> <p>Die Vorgaben des Datenschutzes werden regelhaft umgesetzt.</p> <p>Die Vorgaben der Vereinbarung zum Entlassmanagement werden regelhaft umgesetzt.</p>	<p>Regelungen zur Handhabung und Verteilersystem</p> <p>Datensicherheitskonzept</p>	<p>5.2.5</p> <p>6.5</p> <p>6.1</p>
1.11	Kooperationen		
	<p>Die geriatricspezifische Einrichtung kooperiert mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z. B. Hausärzte, Akutkliniken, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen).</p> <p>Die Organisation, Ziele und Formen der Kooperationen sind beschrieben und geregelt, die Ansprechpartner sind benannt.</p>		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
2	Ressourcenmanagement		
2.1	Bereitstellung von Ressourcen		
	Die geriatricspezifische Einrichtung verfügt über erforderliche Ressourcen, um das Leistungsangebot zu erfüllen, aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln.	Dies betrifft insbesondere Infrastruktur, Personal, Prozessumgebung und unterstützende Dienstleistungen.	4.1.3
2.2	Infrastruktur		
	<p>Die geriatricspezifische Einrichtung stellt die zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung erforderliche Infrastruktur bereit und erhält diese aufrecht.</p> <p>Die Strukturen der geriatricspezifischen Einrichtung sind hinreichend als selbständig von den anderen Strukturen des Gesamthauses abgegrenzt.</p> <p>Es werden alle relevanten gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben und Richtlinien zur Gewährleistung einer sicheren Infrastruktur und Prozessumgebung erfüllt.</p>	<p>Die eigenständige Einheit muss eine zusammenhängende Bettenstruktur aufweisen, sowie räumlich gegenüber anderen fachlichen Einheiten abgegrenzt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeits- und Brandschutz • Hygienerichtlinien und Umgang mit Infektionen • Regelungen zur Überwachung von Medizinprodukten u. a. Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) • Datenschutz <p>Hierüber müssen geeignete dokumentierte Informationen vorliegen.</p>	4.1.3 5.2.2 9.4
2.3	Räumliche Ausstattung		
	Die Bettenzahl ist ausreichend zur Bildung eines eigenständigen multiprofessionellen Teams der Geriatrie, d. h. mind. 20 Betten.	<p>Mindestbettenzahl kann auch dadurch erreicht werden, wenn Akut- und Reha-Geriatrie integrativ erfolgen und dadurch sichergestellt ist, dass ein eigenständiges geriatricspezifisches Team dauerhaft vorgehalten werden kann.</p> <p>In diesem Fall muss einer der beiden Bereiche mindestens 20 Betten vorhalten und zusammen müssen mindestens 35 Betten vorhanden sein.</p>	
	<p>Der Zugang zur Klinik ist barrierefrei.</p> <p>Es gibt einen barrierefreien Zugang gemäß BGG § 4 zur geriatricspezifischen Einrichtung sowie zu allen rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten, bzw. die jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen werden berücksichtigt.</p> <p>Der Zugang zur geriatricspezifischen Einrichtung verfügt über eine automatisch öffnende Tür von mind. 90 cm Breite.</p> <p>Die Verkehrsfläche der geriatricspezifischen Einrichtung ist insgesamt so dimensioniert, dass diese dem hohen Anteil an Rollstuhlfahrern und dem hohen Einsatz von Rollatoren gerecht wird.</p> <p>Die rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten sind weitgehend für Rollstuhlfahrer geeignet, d. h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchgänge/Wege sind mind. 90 cm breit. • Die Flurbreite ist ausreichend für zwei Rollstühle dimensioniert, d. h. mind. 180 cm breit. • Die Bewegungsflächen vor wesentlichen, immobilen Einrichtungsgegenständen sind mind. 150 x 150 cm groß. • Die Türen sind keine Karussell- oder Rotationstüren. • Die Schwellen sind nicht höher als 1 cm. 		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Die Flure in den rehabilitandengebundenen Räumlichkeiten sind mind. an einer Seite mit Handläufen ausgestattet.</p> <p>Die Treppen sind beidseitig mit Handläufen ausgestattet. Im Bereich der Treppenabsätze und Fensteröffnungen sowie über die letzten Stufen hinaus sind die Handläufe einseitig geführt.</p> <p>Mindestens 90 % der Rehabilitandenzimmer sind Ein- und Zweibettzimmer.</p> <p>Die geriatricspezifische Einrichtung verfügt über einen ausreichend dimensionierten Aufenthalts- und/oder Speiseraum für Rehabilitanden.</p> <p>Alle von Rehabilitanden genutzten Räumlichkeiten sind mit einer Rufanlage ausgestattet, die jederzeit erreicht werden kann.</p> <p>Ein systematisches, verständliches, aktuelles geriatricspezifisches Wegeleitsystem ist eingerichtet.</p> <p>Für Rehabilitanden besteht die Möglichkeit, spezifische Räumlichkeiten in der Einrichtung zu nutzen (z. B. zur vertraulichen Kommunikation, Speiseraum, Aufenthaltsraum, Raum der Stille, Cafeteria).</p> <p>Die geriatricspezifische Einrichtung verfügt über mind. einen zusätzlichen Abstellraum (u. a. für Rollstühle, Toilettenstühle, Gehhilfen, Pflegemittel) in ausreichender Größe.</p> <p>Es existiert ein Raum in dem Teambesprechungen stattfinden können ohne dass der Routinebetrieb eingeschränkt wird.</p> <p>Die Aufnahmemöglichkeiten für Begleitpersonen sind vorhanden.</p> <p>Ein Raum oder ein Konzept für die würdevolle Abschiednahme von Verstorbenen sind vorhanden.</p> <p>Sofern Gebäudeteile bereits vor dem 01.10.2018 für die Versorgung geriatrischer Patienten genutzt wurden und sich auf der Etage/Station keine Rehabilitandenzimmer mit folgender Ausstattung befinden, muss auf der Etage/Station mind. ein Sanitärraum folgendermaßen ausgestattet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rutschhemmender Bodenbelag • Duschmöglichkeit mit Duschsitz, zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten bzw. von vorn und von einer Seite, Haltegriffe • in den Boden eingelassener Duschabfluss (ohne Schwellenbildung) • Toilette mit Haltegriffen (Empfehlung: wegklappbar) • ausreichend große (Empfehlung: 60 cm) Waschbecken, rollstuhlunterfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlicher Abstand zur Wand • Spiegel über dem Waschbecken, muss im Stehen und Sitzen einsehbar sein <p>und insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsfläche links oder rechts neben dem WC, mind. 70 x 90 cm • Tür zum Sanitärraum, mind. 90 cm breit 	<p>Da der Raumbedarf situationsabhängig zu beurteilen ist, sollte davon ausgegangen werden, dass Aufenthalts- und/oder Speiseraum „ausreichend dimensioniert“ sind, wenn 50% der Rehabilitanden diese gemeinsam nutzen können. Mehrere Räume dürfen für die Bemessung dieses Platzbedarfs zusammengezählt werden.</p> <p>Gemeint sind Rehabilitandenzimmer, Therapie-, Sanitär- und Gemeinschaftsräume.</p> <p>Z. B. Funkklingel/Kabelverlängerungen.</p> <p>Geriatricspezifisch meint hier, für den geriatrischen Rehabilitanden geeignet</p> <p>Die zur Verfügung stehende Fläche muss dem sich ändernden Bedarf angepasst werden. Es dürfen keine Flure, Funktionsräume belegt werden.</p> <p>Auch in Kooperation möglich (z. B. Gästehaus) oder Rooming-in. Muss nicht ausschließlich der geriatricspezifischen Einrichtung zugeordnet sein.</p>	

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
<p>2.3.1</p>	<p>Rehabilitandenzimmer</p> <p>Die Zimmer sind ausreichend dimensioniert, um mit Rollstuhl und/oder Rollator benutzt zu werden.</p> <p>Folgende Ausstattungsmerkmale sind vorhanden und erfüllen die nachfolgenden Anforderungen:</p> <p>a) Betten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montierbaren/integrierten und absenkbaren Bettgittern • Telefon, Fernseh- und Rundfunkanschluss (im Raum ausreichend) • Sauerstoffanschluss bzw. Sauerstoff-/Druckluftgabe/ Sauerstoffkonzentrator möglich • neben jedem Rehabilitandenbett links oder rechts je eine Bewegungsfläche von mind. 150 x 150 cm <p>b) Schrank:</p> <ul style="list-style-type: none"> • so dimensioniert, dass ausreichend Alltagskleidung untergebracht werden kann • abschließbares Wertfach oder zentrale Verwahrung <p>c) Tische und Stühle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • besonders stabil und kippsicher • überwiegend Stühle (z. T. mit Armlehnen) und waschbaren bzw. abwaschbaren Sitzbezügen, die den Hygienerichtlinien entsprechen <p>d) Sanitärraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsfläche links oder rechts neben dem WC beträgt mind. 70 x 90 cm • rutschhemmender Bodenbelag • Duscmöglichkeit mit Duschsitz zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten bzw. von vorn und von einer Seite, Haltegriffe • in den Boden eingelassener Duschabfluss (ohne Schwellenbildung) • Toiletten mit Haltegriffen (Empfehlung: wegklappbar) • Tür zum Sanitärraum mind. 90 cm breit • ausreichend große (Empfehlung: 60 cm) Waschbecken, rollstuhlunterfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlichen Abstand zur Wand • Spiegel über dem Waschbecken, muss im Stehen und Sitzen einsehbar sein 	<p>Auch mobil ausreichend</p> <p>Bei gemeinsamer Nutzung der Bewegungsfläche muss der Abstand zwischen den Betten mind. 200 cm betragen.</p> <p>Sanitärraum:</p> <p>Für Gebäudeteile, die bereits vor dem 01.10.2018 für die Versorgung geriatrischer Rehabilitanden genutzt wurden, gilt:</p> <p>„Verfügt jedes Rehabilitandenzimmer über einen räumlich eindeutig zugeordneten Sanitärraum, sodass max. 2 Betten auf einen gemeinsam genutzten Sanitärraum entfallen?“</p> <p>Spezifische Bau- und Planungsvorgaben müssen bei der Beurteilung der Zuordnung der Sanitärräume zu den Rehabilitandenzimmern Beachtung finden.</p> <p>Die Duscmöglichkeit kann sich auch außerhalb des Sanitärraums/Rehabilitanden-zimmers befinden, muss diesem jedoch eindeutig zugeordnet sein.</p>	
<p>2.4</p>	<p>Berufsspezifische Infrastruktur</p> <p>Der Therapiebereich ist der geriatricspezifischen Einrichtung zugeordnet und für Rehabilitanden mit angemessenem Aufwand zu erreichen.</p> <p>Der Raumbedarf des Therapiebereichs ist anhand der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten ausgerichtet.</p> <p>Pro durchschnittlich belegtes Bett sollten ca. 4 m² berechnet werden.</p> <p>Von der Berechnung des Raumbedarfs für den Therapiebereich ist das Bewegungsbad ausgenommen. Abweichungen von dieser Zahl sind unter Berücksichtigung besonderer Bedingungen möglich.</p>		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Jede geriatriespezifische Einheit (zumeist Station) verfügt über mind. einen Therapieraum.</p> <p>Für die geriatriespezifische Einrichtung steht in räumlicher Nähe mind. ein für therapeutische Gruppen angemessen ausgestatteter Therapieraum zur Verfügung, der berufsübergreifend genutzt werden kann.</p> <p>Für jeden Therapeuten (bezogen auf die Zahl der Vollzeitbeschäftigten) steht eine geeignete Therapiemöglichkeit außerhalb des Rehabilitanzimmers zur Verfügung.</p> <p>Digitale Dokumentationsmöglichkeiten stehen für alle Berufsgruppen ausreichend zur Verfügung.</p> <p>Die Anzahl der höhenverstellbaren Therapietische und -liegen orientiert sich an der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten.</p> <p>Ein ausreichend dimensionierter Raum für Einzelgespräche/Angehörigengespräche steht zur Beratung zur Verfügung.</p>		
2.4.1	Ärztlicher Dienst		
	<p>Es gibt ein Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder einen Untersuchungsraum.</p> <p>Die apparativ-technische Ausstattung ist vorhanden oder durch Kooperationen zeitnah verfügbar, um die Diagnostik der Haupt- und Begleitdiagnosen einschließlich der Notfall-diagnostik und -behandlung in der geriatriespezifischen Einrichtung durchführen, abschließen bzw. ergänzen zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Radiologie • Herz-/Kreislauf-Diagnostik • Endoskopie / Schluckdiagnostik • Sonographie • Lungenfunktion • Notfallkoffer/-wagen/-rucksack 		
2.4.2	Pflegerischer Dienst		
	<p>Es gibt ein Dienstzimmer für den pflegerischen Dienst.</p> <p>Es gibt einen ausreichend dimensionierten Platz für die Lagerung der Medikamente.</p> <p>Es gibt eine Möglichkeit zur ungestörten Vorbereitung der Medikamentenvergabe.</p> <p>Es gibt eine Möglichkeit zur ungestörten Vorbereitung der Behandlungspflege.</p>	<p>Ungestört meint hier: baulich ausreichend vom Publikumsverkehr getrennt.</p>	
2.4.3	Physiotherapie/Physikalische Therapie		
	<p>In den Behandlungsräumen sind die Therapieliegen (möglichst elektronisch) höhenverstellbar und mind. eine Liege ist 120 cm breit.</p> <p>Ein Raum für die medizinische Trainingstherapie, worin mind. Laufband, Fahrräder, Seilzug und mind. vier Kraftgeräte vorhanden sind, steht zur Verfügung.</p>		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Aus nachfolgenden Möglichkeiten zur Behandlung stehen mind. 50 % zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beinpresse / Abduktorentrainer • Bewegungsschiene für die Mobilisation von Schulter oder Knie • Maschine zum Training der Stützkraft Arme • Press-Back/Rudermaschine/WS-Extensionstrainer • Seilzug bilateral • Balance Pad zur Gleichgewichts- und Koordinations-schulung • Posturomed zur Gleichgewichts- und Koordinations-schulung • Geräte zur Ausdauerschulung getrennt in obere und untere Extremität • Motorbetriebener Bewegungstrainer • Laufband (mit Gewichtsentlastung) • Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich • Gehbarren • Stehapparat • Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern) • Spiegel stationär und transportabel zur Visualisie-rung • Großflächen-Massagegerät • Mobilisationsrollstuhl • Möglichkeiten der Wärmeapplikation • Möglichkeiten zur Kälteapplikation • Schlingentisch • Sprossenwand • Trampolin • Muskelstimulation und TENS • diverse Kleingeräte, die zur Physiotherapie-ausstattung gehören <p>Zudem sind aus den sieben nachfolgenden Anforderungen mind. fünf zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ein Gehbarren und/oder ein Stehapparat sind vorhanden. 2) Bei Bedarf ist eine Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich nutzbar? 3) Ein Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern) ist verfügbar. 4) Ein Schlingentisch ist verfügbar. 5) Ein Ganglabor ist vorhanden. 6) Ein Laufband (mit Gewichtsentlastung) ist vorhanden. 7) Ein motorbetriebener Bewegungstrainer ist vorhanden 		
2.4.4	Ergotherapie		
	<p>In den Räumen gibt es mind. folgende Möglichkeiten zum alltagsorientierten Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übungsmaterial für Gedächtnistraining • Übungsmaterial zur Verbesserung der Feinmotorik • Übungsmaterial für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Bügeln, Nähen, Holzbearbeitung) • Möglichkeit zur Speisenherstellung (z. B. Brot schneiden) 		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Die Therapieliegen (möglichst elektronisch) sind höhenverstellbar.</p> <p>Es gibt mind. einen höhenverstellbaren Therapietisch.</p> <p>Zwei der drei folgenden Möglichkeiten müssen gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Therapieküche 2) Übungsbad (Wanne mit Lift zum alltagsorientierten Training) 3) Armlabor 	<p>Therapieküche muss ein von der Stationsküche abgegrenzter Raum sein.</p>	
2.4.5	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
	<p>Es ist organisatorisch sichergestellt, dass die Diagnostik und die Therapie raumunabhängig in einer ruhigen Umgebung erfolgt.</p> <p>Es stehen mind. ein höhenverstellbarer Therapietisch und ein ausreichend großer Therapiespiegel zur Verfügung.</p> <p>Für Kau- und Schluckbehandlungen ist ein unterfahrbares Waschbecken verfügbar.</p> <p>Eine Absaugmöglichkeit ist auf der geriatricspezifischen Einheit unmittelbar für die Therapie verfügbar.</p>		
2.4.6	Sozialdienst		
	<p>Gespräche unter Wahrung der Privatsphäre sind möglich.</p> <p>Es stehen ausreichend dimensionierte Räumlichkeiten mit geeigneter Bürokommunikation für die Sozialarbeit zur Verfügung.</p>		
2.4.7	Psychologischer Dienst		
	<p>Organisatorisch ist sichergestellt, dass die Diagnostik und die Therapie raumunabhängig in einer ruhigen Umgebung erfolgt.</p>		
2.4.8	Konsiliartätigkeiten		
	<p>Es ist sichergestellt, dass folgende Konsiliarleistungen organisiert werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahnarzt • Augenarzt • Gynäkologe • Urologe • Hals-Nasen-Ohren-Arzt • Onkologe • Neurologe/Psychiater • Dermatologe • Unfallchirurg/ Orthopäde 	<p>Auch mit externen Partnern möglich.</p>	
2.5	Multiprofessionelles Team der Geriatrie /Kompetenzen	<p>Folgende Hinweise gelten für das gesamte Kap. 2.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen, die nicht explizit erwähnt sind, müssen einen eindeutigen Praxisbezug zur Geriatrie aufweisen. • Sofern nicht anders gefordert, müssen alle Fort- und Weiterbildungen entweder mind. 4 Unterrichtseinheiten am Stück oder 8 Unterrichtseinheiten innerhalb von zwei Wochen umfassen. 	

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Zum multiprofessionellen Team der Geriatrie gehören mind. ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, psychologischer Dienst und Sozialdienst.</p>	<p>Innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie können einzelne Aufgaben bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation verlagert werden. Es müssen dennoch alle Berufsgruppen im multiprofessionellen Team der Geriatrie vorhanden sein.</p>	3.3
	<p>Die personelle Kontinuität innerhalb des gesamten multiprofessionellen Teams der Geriatrie ist sichergestellt.</p>		
	<p>Die personelle Kontinuität am Rehabilitanden ist durch das gesamte multiprofessionelle Team der Geriatrie sichergestellt.</p>	<p>Die personelle Kontinuität bezieht sich nicht auf organisations- und dienstplanbedingte Ausnahmen.</p>	
	<p>Die geriatricspezifische Einrichtung wird von einem Facharzt für Innere Medizin, für Neurologie oder für physikalische und rehabilitative Medizin ärztlich geleitet, der Geriater ist.</p> <p>Die ärztliche Leitung ist ein Chefarzt oder ein fachlich-medizinisch weisungsungebundener Facharzt.</p> <p>Die ärztliche Leitung ist überwiegend in der geriatricspezifischen Einrichtung tätig.</p> <p>Sofern die geriatricspezifische Einrichtung über mehrere Standorte verfügt, ist an jedem Standort ein Geriater überwiegend ärztlich tätig.</p> <p>Der Stellvertreter der ärztlichen Leitung ist Geriater.</p> <p>Sofern die ärztliche Leitung kein Facharzt für Innere Medizin und Geriater ist, muss der Stellvertreter der ärztlichen Leitung Facharzt für Innere Medizin und Geriater sein.</p> <p>Mind. 50 % der fachärztlichen Mitarbeiter ohne Zusatzweiterbildung Geriatrie verfügen über geriatricsrelevante Fort- und Weiterbildungen im Umfang von 60 Unterrichtseinheiten.</p> <p>Die Anwesenheit (Bereitschaftsdienst) eines Arztes ist über 24 Stunden sowie 24-stündige Facharzttrufbereitschaft sichergestellt.</p> <p>Während der regulären Arbeitszeit ist ein Geriater anwesend.</p> <p>Eine Weiterbildungsbefugnis für Geriatrie liegt vor.</p>	<p>Als Geriater wird ein Arzt bezeichnet, wenn er zusätzlich über eine der Bezeichnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt Geriatrie • Zusatzweiterbildung Geriatrie • fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie <p>verfügt, bzw. wenn er die Facharztqualifikation Innere Medizin und Geriatrie vorweist.</p> <p>Die fachlich-medizinische Weisungsungebundenheit muss vertraglich geregelt sein.</p> <p>„überwiegend“ entspricht > 50 % einer Vollzeitbeschäftigung</p> <p>Empfehlenswert für geriatricsrelevante Fort- und Weiterbildungen sind neben dem Zertifikat Geriatrie®-Basislehrgang Themen, die geriatricsche Syndrome behandeln, wie z. B.: Immobilität, Instabilität, Polypharmazie, Mangelernährung, Delir, Demenz, Inkontinenz, Wundversorgungsstörungen, Schmerzen.</p> <p>Fortbildungen, die im Rahmen der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer durchgeführt werden müssen (bezogen auf die Vorgaben zum zeitlichen Umfang), können zur Erfüllung des Kriteriums einbezogen werden, sofern diese einen deutlichen geriatricspezifischen Bezug aufweisen.</p> <p>Der Begriff der „regulären Arbeitszeit“ ist in der Einrichtung zu definieren.</p>	

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Die pflegerische Leitung verfügt über eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung als examinierte Pflegefachkraft in einer geriatricspezifischen Einrichtung.</p> <p>Die Pflegefachkraftquote der Mitarbeiter, die direkt am Patienten arbeiten, beträgt mindestens 75 %.</p> <p>Für jede geriatricspezifische Einheit steht mind. eine Pflegefachkraft mit einer 180-stündigen strukturierten curricularen geriatricspezifischen Zusatzqualifikation zur Verfügung und ist eine entsprechende Vertretung organisiert.</p> <p>Mind. 50 % der Pflegefachkräfte verfügen über geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.</p>	<p>3-jährig examiniert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenschwester und Krankenpfleger, • Kinderkrankenschwester und Kinderkrankenpfleger, • Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, • Altenpfleger/-in, • Pflegefachfrau/-mann <p>Eine kontinuierliche Anwesenheit einer Pflegefachkraft mit dieser Zusatzqualifikation ist nicht erforderlich.</p> <p>Teilzeitpflegefachkräfte mit < 50 % einer Vollbeschäftigung finden keine Berücksichtigung.</p> <p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Pflegefachkräfte sind insbesondere:</p> <p>Zercur Geriatrie[®]-Basislehrgang, Zercur Geriatrie[®]-Fachweiterbildung Pflege. Darüber hinaus sind Fort- und Weiterbildungen entsprechend den Inhalten der Module der Zercur Geriatrie[®]-Fachweiterbildung Pflege zu empfehlen.</p>	
	<p>Mind. ein Mitarbeiter der Physiotherapie/Physikalischen Therapie verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.</p> <p>Unter den Physiotherapeuten (inkl. Masseur und med. Bademeister) des multiprofessionellen Teams der Geriatrie befinden sich mind. 50 % der Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) mit geriatrierelevanten Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.</p>	<p>1 Jahr Vollzeit oder einen dementsprechenden Anteil in Teilzeit (gilt für alle folgenden Berufsgruppen).</p> <p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Physiotherapeuten (inkl. Masseur, med. Bademeister) sind insbesondere Zercur Geriatrie[®]-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie • Basale Stimulation • Bobath-Grundkurs • Cranio-sacrale Therapie • Elektrotherapie • Fussreflexzonenmassage • Integrative Validation • Kinästhetik • Otago-Programm • Sturzpräventionstrainer • MTT • Osteoporosepräventionstrainer • LSVT-BIG • Manuelle Therapie • Narbenbehandlung • Reflektorische Atemtherapie • Manuelle Lymphdrainage • Palliative Care • spezielle Massagetechniken 	
	<p>Mind. ein ergotherapeutischer Mitarbeiter verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.</p> <p>In der Ergotherapie verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Ergotherapeuten sind insbesondere Zercur Geriatrie[®]-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basale Stimulation • Bobath Grundkurs • Fachergotherapeut Demenz • FOTT Kurs 	

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.	<ul style="list-style-type: none"> • Handtherapeut • Integrative Validation • Kinästhetik • Palliative Care • Spiegeltherapie • Gedächtnistraining 	
	<p>Mind. ein Mitarbeiter für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie verfügt über eine (vollzeitige) Berufserfahrung von mind. zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.</p> <p>In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.</p>	<p>Sofern der Mitarbeiter / die Mitarbeiterin keine Berufserfahrung nachweisen kann, muss diese Person über die geriatriespezifische Fortbildung verfügen.</p> <p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basale Stimulation • FOTT Kurs • Integrative Validation • Kinästhetik • Palliative Care • Trachealkanülenmanagement • Umgang mit Dysphagien • LSVT-LOUD 	
	<p>Mind. ein Mitarbeiter des psychologischen Dienstes verfügt über eine (vollzeitige) Berufserfahrung von mind. zwei Jahren im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden.</p> <p>Im psychologischen Dienst verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für den psychologischen Dienst sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsführung (u. a. supportive Gesprächstechniken) als Grundlage für Krankheitsbewältigung, Angehörigenarbeit/-beratung, Krisenintervention • neuropsychologische Diagnostik und Therapie • psychotherapeutische Techniken • Entwicklungspsychologie des Alters • spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie bei Demenzerkrankungen • Entspannungstherapien • Palliative Care • Gesprächstherapie 	
	<p>Mind. ein Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügt über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. zwei Jahren (davon mindestens ein Jahr) im Umgang mit Patienten/Rehabilitanden.</p> <p>Im Sozialdienst verfügen mind. 50 % der im multiprofessionellen Team der Geriatrie eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Unterrichtseinheiten.</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für den Sozialdienst sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit geriatrischen Patienten/Angehörigen • geriatrisches Casemanagement • geriatrierelevante Versorgungsstrukturen 	
2.6	Personal(bedarfs)planung und -einsatz		
	Die geriatriespezifische Einrichtung erfüllt die jeweils gültigen Empfehlungen für Anhaltszahlen zur Personalberechnung in der Geriatrie, herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie.		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Der Personalbedarf wird systematisch ermittelt und an die zu erbringenden Leistungen angepasst.</p> <p>Der Stellenplan in der Geriatrie liegt vor.</p> <p>Es existieren Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen für alle qualitätsrelevanten Aufgaben/Funktionen in der Geriatrie, in denen die Anforderungen transparent dargestellt und die Befugnisse klar geregelt sind.</p>	<p>Z. B. über Beurteilungssysteme, Fort- und Weiterbildungsplanung, Mitarbeitergespräche.</p> <p>Stellenplan dient als Grundlage für Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung. In Stellen- oder Aufgabenbeschreibung sind Rechte, Aufgaben und Verantwortlichkeiten verbindlich festgelegt. Hierüber sind dokumentierte Informationen vorzuhalten.</p>	<p>4.1.3</p> <p>5.1.2</p>
2.6.1	Einarbeitung neuer Mitarbeiter		
	<p>Schriftlich ausgearbeitete Regelungen zur systematischen Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegt vor.</p> <p>Bei der Einarbeitung werden berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Aspekte berücksichtigt.</p> <p>Während der Zeit der Einarbeitung steht den Mitarbeitern ein fester Ansprechpartner zur Verfügung.</p>	<p>Einarbeitungskonzepte, -programme, Einweisungs- und Einarbeitungschecklisten, Mentor, Dauer der Einarbeitungsphase, Zwischen-/Reflexions- und Feedbackgespräche, Dokumentation der Einarbeitung</p>	<p>11.5</p>
2.6.2	Fort- und Weiterbildung/Personalentwicklung		
	<p>Regelmäßig (mindestens einmal jährlich) wird der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter erhoben.</p> <p>Es gibt ein schriftlich fixiertes geriatriespezifisches Fort- und Weiterbildungskonzept für multiprofessionelle Teams der Geriatrie, die sowohl die Bereiche Gerontopsychiatrie und Demenz als auch interne und externe Fortbildungen berücksichtigt.</p> <p>Die Pflichtschulungen (z. B. durch den Gesetzgeber gefordert) sind ein Bestandteil der Fort- bzw. Weiterbildung.</p> <p>Innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie finden regelmäßig (mind. 9-mal im Jahr) berufsgruppen-übergreifend Fortbildungen statt.</p> <p>Es gibt Festlegungen, in welcher Form und Häufigkeit interne Teamfortbildungen durchgeführt werden.</p> <p>Eine Dokumentation der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und der Teilnehmer finden statt.</p> <p>Aufzeichnungen zu Ausbildung, internen und externen Schulungen, Fertigkeiten und Erfahrungen werden geführt.</p> <p>Den Mitarbeitern werden aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.</p> <p>Mitarbeiter werden an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung beteiligt und ggf. bei der Umsetzung unterstützt.</p>	<p>Entsprechende Nachweise sind z. B. Einarbeitungs- und Qualifizierungsprogramme, Schulungspläne, Seminarbeurteilungen, Teilnehmerlisten.</p> <p>U. a. Berücksichtigung regelmäßiger Schulungen und anderer Informationsmaßnahmen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement.</p> <p>Einzeltermin muss mind. 30 Min. umfassen, Pflichtunterweisungen zählen nicht dazu.</p> <p>Interne Supervisionen und Teambesprechungen werden bei den zu leistenden Fort- und Weiterbildungen nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Wirksamkeit durchgeführter Qualifizierungsmaßnahmen muss auf eine geeignete Weise bewertet werden.</p>	<p>11.6</p> <p>11.3</p> <p>5.5.2</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
3	Prozesse der Leistungserbringung		
	<p>Die Versorgung der Rehabilitanden erfolgt auf Basis des Rehabilitationskonzeptes, das die Rehabilitationsprozesse beschreibt, die Verantwortlichkeit festlegt und das regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert wird.</p> <p>Der Behandlungsablauf orientiert sich an evidenzbasierten geriatricspezifischen Leitlinien oder hausinternen Behandlungsrichtlinien.</p> <p>Die Einrichtung kann ein internes Schnittstellenmanagement nachweisen, dass die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Abteilungen und Funktionsbereichen usw. regelt.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine zeitnahe, lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation der Leistungserbringung erfolgt, • im Falle von Änderungen der Anforderungen zur Leistungserbringung dokumentierte Informationen angepasst und die einzelnen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams auf diese Veränderungen hingewiesen werden. 	<p>Die Einrichtung legt die Regelungen zur Abstimmung der ggf. verschiedenen Interessenlagen der Beteiligten am Rehabilitationsprozess fest</p>	<p>5.2.1 5.1.1 6.3</p> <p>5.2.3</p> <p>5.2.5</p>
3.1	Rehabilitanden bezogene Prozesse		
3.1.1	Aufnahme		
	<p>Der Ablauf des administrativen Aufnahmeprozesses wird festgelegt und dieser einheitlich durchgeführt.</p> <p>Die Rehabilitanden und ggf. deren Angehörige werden über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Inhalte des Behandlungsvertrages • die angebotenen (Wahl-)Leistungen <p>rechtzeitig, d. h. regelhaft vor Beginn der Behandlung und ausreichend informiert.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass der Rehabilitand und ggf. dessen Angehörige durch qualifiziertes Personal in der Aufnahme empfangen werden.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass alle Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie und ggf. andere Beteiligte rechtzeitig über Neuaufnahmen informiert sind.</p>	<p>Für die Weitergabe von Informationen an Angehörige müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustimmung des Rehabilitanden oder • Angehöriger ist gesetzlicher Vertretungsberechtigter • Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung 	<p>5.2.1</p> <p>6.1</p> <p>5.2.3</p>
3.1.2	Ersteinschätzung bei Aufnahme		
	<p>Es gibt Regelungen zum Aufnahmeprozess bezüglich des Ablaufs, Zeitzielen und Dokumentation der medizinisch-ärztlichen Anamnese und Pflegeanamnese.</p> <p>Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen, rechtlicher Betreuer und Vorsorgevollmachten werden standardisiert erfasst und dokumentiert.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass die gesetzlichen Vorgaben zu Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt sind und umgesetzt werden.</p> <p>Es ist gewährleistet, dass die Rehabilitanden und /oder ihre Angehörigen vor Beginn der Behandlung über die Möglichkeit der Begleitung (z. B. Seelsorge, psychologische, psychosoziale Begleitung) informiert werden.</p>		<p>5.2.1</p> <p>6.2</p> <p>6.1</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Es ist gewährleistet, dass die Erwartungen und Wünsche des Rehabilitanden, bzw. von dessen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern, an die Versorgung (nach medizinischen, pflegerischen und Unterbringungsgesichtspunkten) so weit wie möglich Berücksichtigung finden.</p> <p>Zum Zeitpunkt der Aufnahme wird das multidimensionale (funktionelle und standardisierte) geriatrische Assessment eingesetzt, das folgende Bereiche enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinischer Status • Pflegeanamnese • Dekubitusrisikoeinschätzung • ggf. Dekubituserfassung • körperliches Befinden/Wunden • Mobilität • Sturzrisikoscreening • Selbsthilfefähigkeit • kognitiver Status • psychisches Befinden (Affekt) • sozioökonomischer Status <p>Darüber hinaus werden bei Bedarf zusätzliche Assessments eingesetzt für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerz • Ernährung • Kontinenz • Dysphagie • Delir <p>Die Hilfsmittelversorgung erfolgt in der geriatrispezifischen Einheit binnen 24 Stunden nach Aufnahme.</p>		<p>6.2</p> <p>9.1</p>
3.1.3	Diagnostik		
	<p>Nach dem Aufnahmeprozess inkl. Assessment wird ein sofern erforderlich weiterführendes Assessment / eine Diagnostik eingeleitet.</p> <p>Es ist gewährleistet, dass die Anforderung von diagnostischen Untersuchungen und Maßnahmen strukturiert/standardisiert erfolgt.</p> <p>Falls erforderlich, werden den Untersuchenden (z. B. Radiologen, Pathologen, Laborärzten) alle zur Diagnostik erforderlichen klinischen Daten zeitnah übermittelt.</p>		5.2.1
3.1.4	Therapie		
	<p>Sofern therapeutische Leistungen durch Kooperationspartner und nicht durch einrichtungsinterne Therapieabteilungen erbracht werden, ist sichergestellt, dass die jeweiligen Anforderungen des Qualitätssiegels Geriatrie erfüllt sind.</p> <p>Es ist gewährleistet, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Anforderungen von therapeutischen Leistungen strukturiert/standardisiert erfolgen • den Beteiligten, wo erforderlich, alle zur Therapie notwendigen klinischen Daten zeitnah übermittelt (Belastbarkeit etc.) werden. 	U. a. sind die im Kap. 2.5 geforderten Fort- und Weiterbildungen nachzuweisen.	5.2.1
3.2	Kommunikation mit Rehabilitanden		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
3.2.1	Information und Aufklärung von Rehabilitanden und ggf. Angehörigen, deren Integration in die Behandlung		
	<p>Eine umfassende medizinische Aufklärung der Rehabilitanden vor Untersuchungen und Rehabilitationsmaßnahmen ist sichergestellt. Dabei werden die Präferenzen der Rehabilitanden und ggf. ihrer Angehörigen erhoben, dokumentiert und soweit möglich, in der rehabilitativen Behandlung berücksichtigt.</p> <p>Die Aufklärung durch den Arzt erfolgt in einem patienten-individuellen Arzt-Patienten-Gespräch.</p> <p>Der Umgang mit und insbesondere die Aufklärung und Einwilligung eines nichteinwilligungsfähigen Rehabilitanden sind geregelt.</p> <p>Bei der Festlegung des Rehabilitationsplans ist gewährleistet, dass die geriatricspezifisch komplexen Bedarfe (Gleichzeitigkeit von körperlichen, psychischen, mentalen und geistigen Beeinträchtigungen), Ressourcen, Präferenzen und Wünsche der Rehabilitanden berücksichtigt werden.</p> <p>Es ist gewährleistet, dass der Rehabilitand und je nach Grad seiner Beeinträchtigungen dessen Angehörige über wesentliche durchzuführende Rehabilitationsschritte und durchzuführende Maßnahmen zeitnahe informiert werden und mitentscheiden können.</p> <p>Die sprachlichen, kulturellen und religiösen Besonderheiten der Rehabilitanden werden berücksichtigt (z. B. fremdsprachige Informationsbögen, Umgang mit religiös begründeten Rehabilitandenwünschen, u. a.).</p> <p>Die Kommunikationsprobleme des Rehabilitanden unter Wahrung seiner Kompetenz werden berücksichtigt.</p> <p>Die Rehabilitanden und ggf. deren Angehörige werden angemessen über die Versorgungsabläufe und Besuchsmöglichkeiten informiert.</p> <p>Eine angemessene Information des Rehabilitanden zu diagnostischen Ergebnissen sowie zum Verlauf und zur Prognose ist sichergestellt. Bei dieser Aufklärung werden auch psychosoziale Fragen angesprochen.</p> <p>Die Informationen zu Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen werden vorgehalten.</p>	<p>Für die Weitergabe von Informationen an Angehörige müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustimmung der Rehabilitanden oder • Angehöriger ist gesetzlicher Vertretungsberechtigte • Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung <p>Der Rehabilitand soweit er hierzu kognitiv in der Lage ist/oder wenn dies nicht der Fall ist, der Angehörige</p>	<p>6.1 6.2 6.3</p>
3.3	Rehabilitationsprozess		
3.3.1	Planung und Festlegung des Rehabilitationsprozesses		
	<p>Durch eine geeignete Systematik wird der Rehabilitationsprozess jedes Rehabilitanden gesteuert (inkl. Verantwortlichkeiten für den Rehabilitationsprozess in den ersten 24 Stunden).</p> <p>Bei der Planung des Rehabilitationsprozesses für den Rehabilitanden werden folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostische Maßnahmen (z. B. standardisierte diagnostische Stufenpläne oder diagnosebezogene Behandlungsleitlinien) • medizinische/therapeutische Maßnahmen 	<p>Regelmäßige Aktualisierung im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechungen.</p>	<p>5.2.1 5.2.4</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<ul style="list-style-type: none"> • pflegerische Maßnahmen (Pflegeziele, Pflegebedarf, Pflegemaßnahmen) • Sozialanamnese <p>U. a. ist mit Hilfe des Assessments ein Rehabilitationsplan mit Rehabilitationsziel in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden und ggf. Angehörigen durch das multiprofessionelle Team der Geriatrie erstellt und evaluiert.</p> <p>Es besteht eine Regelung zur Anpassung bzw. Aktualisierung der Rehabilitationsziele bzw. der Rehabilitationsplanung.</p>	<p>Sollte in der Regel innerhalb von 24 Stunden.</p> <p>Z.B. Teambesprechungsprotokoll, interdisziplinäres Verlaufsdocumentation.</p>	6.4
3.3.2	Umfassende Behandlung des Rehabilitanden		
	<p>Die geriatricspezifischen Leitlinien sind in der Therapieplanung berücksichtigt.</p> <p>Die geriatrisch-medizinische Behandlung orientiert sich an schriftlich niedergelegten Behandlungsvorgaben (z. B. Standard Operating Procedure (SOP) oder klinische Pfade, Standards, Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen).</p> <p>Es ist sichergestellt, dass über den geriatricspezifischen Facharztstandard hinaus durch den Erhalt von Konsiliarleistungen und/oder konsiliarische Mitbehandlung und/oder Behandlung von Komplikationen der Facharztstandard rund um die Uhr (ggf. in Kooperation) gewährleistet ist.</p> <p>Der Rehabilitationsprozess wird berufsgruppenübergreifend und ICF-orientiert festgelegt.</p> <p>Eine zeitnahe Festlegung des Rehabilitationsprozesses ist gewährleistet.</p> <p>Beratungen sowie Schulungsmaßnahmen/Seminare für Rehabilitanden und Angehörige werden bedarfs- und ressourcengerecht sowie strukturiert angeboten.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass das Pflegepersonal den Rehabilitanden und dessen Angehörige hinsichtlich einer die Selbstständigkeit fördernden Pflege anleitet.</p> <p>Wo es relevant ist, wird eine adäquate leitlinienbasierte Schmerztherapie (z. B. durch eine Anästhesie-Ambulanz oder einen interdisziplinären Schmerzdienst) gewährleistet.</p> <p>Bei Erfordernis wird</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine adäquate Schmerzerfassung und -therapie • eine adäquate Symptomerfassung sowie eine symptomorientierte Behandlung <p>auch bei kommunikationsgestörten und kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden (z. B. mittels einer Handlungsanweisung) sichergestellt.</p> <p>Es gibt ein Konzept für den Umgang mit Menschen mit Demenz/mit kognitiv eingeschränkten Menschen.</p> <p>Spezifische Maßnahmen für Rehabilitanden mit Demenz/kognitiven Einschränkungen sind geregelt und werden umgesetzt.</p> <p>Konzepte</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Sturzprophylaxe, • zum Delirmanagement, • zum Ernährungsmanagement, 	<p>Z. B. Einzelzimmer bei sehr unruhigen Rehabilitanden, demenzspezifische Therapien.</p> <p>Konzepte müssen u. a. Ausführungen zu spezifischen Kompetenzen beinhalten sowie Bezug nehmen auf Expertenstandards in der Pflege bzw. entsprechende Leitlinien.</p>	<p>5.2.4</p> <p>6.5</p> <p>6.1</p> <p>6.2</p> <p>6.3</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<ul style="list-style-type: none"> • zur Multimedikation, • zur Harninkontinenz, <p>liegen vor und sind jedem Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams bekannt.</p> <p>Bei Bedarf werden regelhaft Wundmanager, Kontinenzberater, Stomatherapeuten hinzugezogen.</p>		
3.3.3	Berufsgruppenübergreifende Anforderungen		
	<p>Die folgenden Aufgaben werden durch das multiprofessionelle Team der Geriatrie erfüllt und sind durch folgende bzw. entsprechende Dokumentationen nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geriatrisches Assessment zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung • Teambesprechungen • diagnostische Maßnahmen (insbesondere bei geriatrischen Syndromen) • Verhalten im Notfall • Angehörigenarbeit (Anleitung, Beratung, Schulung) • Hilfsmittelberatung, -training und -versorgung • Entlassmanagement • ethische Fallbesprechungen • einheitliche Befundung/Dokumentation des Dekubitus 	<p>Nachweis: Konzept der Angehörigenarbeit bzw. Einbindung der Bezugspersonen Einleitung der Hilfsmittelversorgung</p>	<p>9.1 11.2 6.1</p>
3.3.3.1	Ärztlicher Dienst		
	<p>Die folgenden Aufgaben werden multiprofessionell unter Führung des Arztes durch das Team erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Diagnostik und Therapie des Rehabilitanden (somatische, psychische und soziale Komponenten) • Überwachung und Koordinierung des geriatrischen Assessments • Rehabilitative Beurteilung • Verordnung der diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen sowie deren Überwachung • Einleitung der Nachsorge • Verantwortung für die Diagnostik, Therapie, den Rehabilitationsprozess und die Entlassungsvorbereitung 		<p>9.1 6.5 5.1.1</p>
3.3.3.2	Pflegerischer Dienst		
	<p>Die pflegerische Arbeit orientiert sich an denen für die Geriatrie relevanten Erkenntnissen aus den Expertenstandards in der Pflege.</p> <p>Die folgenden Aufgaben werden innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflege auf Grundlage eines einrichtungsbezogenen Pflegekonzeptes unter Berücksichtigung des Konzeptes der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) sowie weiterer geeigneter Pflegekonzepte (z. B. Integrative Validation) • Die Beziehung zwischen dem Rehabilitanden, allen anderen diagnostischen sowie therapeutischen Diensten und Angehörigen wird regelhaft unterstützt. 		<p>5.2.4 5.2.3</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
3.3.3.3	Physiotherapie/ Physikalische Therapie		
	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des Rehabilitanden • schmerzlindernde Maßnahmen • Kontrakturprophylaxe und -behandlung • Tonusregulierung • Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster • funktionelles Training • Gleichgewichtsschulung • Anleitung zur Eigentherapie • gerätegestützte Therapie • Massage inkl. Spezialformen • Elektrotherapie • Thermotheapie 		
3.3.3.4	Ergotherapie		
	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training der Aktivitäten des täglichen Lebens • funktionelle Therapie • Gleichgewichtsschulung • Tonusregulierung • Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster • neuropsychologisches Assessment • Therapie bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen • Therapie bei motorisch-funktionellen Störungen • Beratung zur Wohnungsadaption • Anleitung zur Eigentherapie • Herstellung und Anpassung ergotherapeutisch temporärer Schienen • Hirnleistungstraining • Mobilisation der Rehabilitanden • ggf. Hausbesuche • Hilfsmittelerprobung, -anpassung und -beschaffung 		
3.3.3.5	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen wie Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxien und Dysphonien • Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen • videoendoskopische Dysphagiebefundung • Empfehlung von Kostformen • Anleitung der Angehörigen und des Teams 		6.1
3.3.3.6	Sozialdienst		
	<p>Die folgenden Angebote innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitanden- und Angehörigenberatung • Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen • Entlassungsvorbereitung • Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen • ggf. Beratung und Vermittlung zu Pflegeeinrichtungen 		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung über sozialrechtliche Ansprüche und Voraussetzungen • Antragstellungen (z. B. Pflegeversicherung) • Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems • Vermittlung und Information von bzw. über Selbsthilfegruppen • ggf. Kostenregelungen 		6.5
3.3.3.7	Psychologischer Dienst		
	<p>Die folgenden Angebote/Therapien innerhalb des multiprofessionellen Teams der Geriatrie vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neuropsychologische Diagnostik (vorwiegend mit psychometrischen Testverfahren) der Bereiche Aufmerksamkeit/Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösungsfähigkeit, Planungsvermögen, Affekt und Verhalten • (neuro-) psychologische Therapie (therapeuten- und computergestützt) • klinisch-psychologische Interventionen • Beratungsgespräche mit Angehörigen • Entspannungstraining • Sterbebegleitung • Krisenintervention 		6.1
3.3.3.8	Seelsorge		
	<p>Auf Wunsch des Rehabilitanden werden vom multiprofessionellen Team der Geriatrie Aktivitäten der Seelsorge initiiert.</p>		6.2
3.3.3.9	Ernährungsberatung		
	<p>Die folgenden Aufgaben erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulung in Ernährungsfragen für Rehabilitanden und Angehörige • Beratung im Sinne von Prävention • Beratung bei Sonderkostformen, z. B. auf Grund von Schluckstörungen • Sicherstellung eines bedarfsgerechten Ernährungsangebotes für Rehabilitanden • Ernährungsprotokoll/Trinkprotokoll • Unterweisung im Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. PEG) 		6.1
3.4	Visiten		
	<p>Für jeden Rehabilitanden findet eine regelmäßige ärztliche Visite (insgesamt mindestens 3 x wöchentlich) statt.</p> <p>Bei Bedarf erfolgt eine tägliche Ansprechbarkeit des Arztes für die persönliche Konsultation.</p> <p>Mind. einmal wöchentlich findet eine CA- oder OA-Visite mit weiteren Mitgliedern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie statt.</p> <p>Eine fachärztliche Supervision findet regelmäßig statt, wenn die ärztliche Visite durch einen Arzt in Weiterbildung/ Assistenzarzt erfolgt.</p> <p>Die ärztliche Visite erfolgt gemeinsam mit dem Pflegedienst.</p> <p>Pflegevisiten finden regelmäßig statt.</p>	<p>Inklusive CA- oder OA- Visite</p> <p>Wenn OA-Visite, dann muss OA Geriater sein.</p> <p>Wünschenswert die Teilnahme eines Vertreters aus den jeweiligen Professionen.</p> <p>min. 1-mal im Quartal.</p>	9.3

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>Beim Bedarf finden multiprofessionelle Wundvisiten gemeinsam mit Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes statt.</p> <p>Die Ergebnisse der Visite werden dokumentiert.</p> <p>Mindestens einmal wöchentlich werden multiprofessionelle Teambesprechungen durchgeführt.</p> <p>Vom therapeutischen Dienst nehmen in der Regel die Mitarbeiter teil, die an der Behandlung der betreffenden Rehabilitanden beteiligt sind, oder es findet eine entsprechende Übergabe an den teilnehmenden Kollegen statt.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Teambesprechungen werden dokumentiert, und die weitere Behandlung wird daran ausgerichtet.</p>		11.2
3.5	Entlassung und Verlegung		
	<p>Eine strukturierte und an den Bedarf des geriatrischen Rehabilitanden angepasste Umsetzung des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement muss erfolgen.</p>		5.2.1 5.2.3 6.5
3.6	Umgang mit Sterben und Tod		
	<p>Es bestehen Regelungen zum Umgang mit Sterben und Tod.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, Sterbende in Einzelzimmern unterzubringen und sie durch Angehörige kontinuierlich zu begleiten.</p> <p>Eine zeitnahe seelsorgerische/psychologische Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen steht zur Verfügung.</p> <p>Den Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams der Geriatrie werden Angebote für Supervision/psychologische Betreuung zur Verfügung gestellt.</p>		5.2.1
3.7	Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln		
	<p>Eine medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln wird sichergestellt.</p> <p>Es bestehen verbindlichen Regelungen zum Umgang mit Arzneimitteln.</p> <p>Die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Stützstrümpfe, Gehhilfen u. a.) ist während der gesamten Behandlung gewährleistet.</p> <p>Eine bedarfsgerechte Hilfsmittelberatung ist hierbei sichergestellt.</p> <p>Es gibt eindeutige Regelungen zur Beschaffung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.</p>	<p>Falls die Arzneimittelversorgung outgesourct ist, muss die Schnittstelle zur Apotheke auditiert werden (z. B. Beschaffungswege, Vertragsgestaltung, Überwachung durch die Apotheke).</p> <p>Während des stationären Aufenthalts und gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nach dem Aufenthalt.</p> <p>Relevante Beschaffungsanforderungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anwenderspezifische Aspekte • hygienische Aspekte • ökologische Aspekte • Arbeitsschutzaspekte • Vorgaben des Transfusionsgesetzes 	
3.8	Konsile		
	<p>Die Vorgaben für die Anforderung und Durchführung von Konsilen (z. B. hinsichtlich der Dringlichkeit) sind festgelegt.</p> <p>Es gibt strukturierte Vorlagen (z. B. Standardformular) für die Anforderung von Konsilen.</p> <p>Die persönliche Erreichbarkeit des Konsilarztes für den Ansprechpartner in der Geriatrie ist geregelt.</p>		

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
3.9	Notfallmanagement		
	<p>Es besteht ein Notfallmanagement für hausinterne medizinische Notfälle (inkl. innerklinische Notfalltransporte).</p> <p>Es gibt eine standardisierte Notfallausrüstung auf den Stationen (z. B. Notfallkoffer, Defibrillator), in jeweils den baulichen Umständen der Einrichtung entsprechender Anzahl.</p> <p>Der Zugang zur Notfallmedikation ist sichergestellt. Die Mitarbeiter werden in der Bewältigung von Notfallsituationen regelmäßig geschult.</p>	<p>Inkl. Handlungsanweisungen für Mitarbeiter zur Aufsichtspflicht für Rehabilitanden, die der Aufsichtspflicht bedürfen / „Erste-Hilfe- Plan“ etc.</p> <p>Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>	11.4
3.10	Dokumentation von Rehabilitandendaten		
	<p>Es ist eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Rehabilitandendaten sichergestellt.</p> <p>Alle relevanten Maßnahmen der Rehabilitandenversorgung werden in der Rehabilitandendokumentation festgehalten.</p> <p>Es gibt Dokumentationsvorgaben für den Umgang mit geriatricspezifischen Risiken.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass Befunde wie z. B. Röntgen-, Labor-, Histologiebefunde rechtzeitig dem betreuenden multi-professionellen Team der Geriatrie vorliegen.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass nachkommende Befunde/Berichte in die entsprechende Rehabilitandenakte eingeordnet werden.</p> <p>Alle Assessments, Untersuchungsbefunde und Behandlungs- bzw. Rehabilitationsergebnisse werden in die zentrale Rehabilitandendokumentation aufgenommen.</p> <p>Es ist sichergestellt, dass alle an der unmittelbaren Behandlung des Rehabilitanden Beteiligten Einsicht in die zentrale Dokumentation der Rehabilitanden haben.</p> <p>Es wird auf eventuelle Fehler bzw. auf Unvollständigkeiten in der Dokumentation bzw. in den Akten angemessen reagiert. Es ist festgelegt, wer korrigiert, und wer wen informiert.</p>	<p>Z. B. Bewegungsplan, Ernährungsplan, Schutz weglaufgefährdeter Patienten, Sturzrisiko, Dekubitusrisiko.</p>	<p>5.2.5</p> <p>5.2.2</p> <p>5.2.5</p> <p>10.3</p>
3.11	Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder externer Anbieter		
	<p>Mit dem Eigentum von Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen wird auf geeignete Weise umgegangen. Dabei werden, soweit relevant, auch Maßnahmen zu Kennzeichnung, Verifizierung und Schutz berücksichtigt.</p> <p>Fälle von verlorengegangenem, beschädigtem oder unbrauchbar gewordenem Eigentum der Rehabilitanden, Angehörigen oder Externen werden dokumentiert, und die Betroffenen werden unverzüglich darüber informiert.</p>	<p>Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p> <p>Zu berücksichtigen sind auch zur Verfügung gestellte Informationen, Daten (inkl. Personen-/rehabilitandenbezogene Daten) und Know-how sowie Materialien, Werkzeuge, Ausrüstung etc.</p>	6.2
4	Bewertung der Leistung		
4.1	Überwachung und Messung der Leistung		
	<p>Die geriatricspezifische Einrichtung legt fest und arbeitet mit qualitätsorientierten Kennzahlen/Merkmalen, die zur Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung herangezogen werden.</p> <p>Die Merkmale der Leistungen bei der Aufnahme, während der Behandlung und bei Entlassung der Rehabilitanden werden</p>	<p>Hier sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p> <p>Typische Merkmale sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Behandlungs- und Therapieziele b) Anforderungen aus Leitlinien c) Anforderungen der Leistungsträger d) geriatrisches Assessment 	<p>9.4</p> <p>9.5</p> <p>9.2</p> <p>9.1</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	<p>kontinuierlich überwacht und gemessen, um die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen zu verifizieren.</p> <p>Zur Überwachung und Messung der erbrachten Leistungen werden multidimensionale geriatrische Assessmentinstrumente eingesetzt.</p>		
4.2	Ergebnisqualität in der Behandlung von Rehabilitanden		
	<p>Rehabilitationsergebnisse werden quartalsweise qualitätsbezogen ausgewertet und transparent nachgewiesen.</p> <p>Auswertungsergebnisse werden regelmäßig in die Einrichtungsabläufe übernommen, wodurch eine strukturierte Anpassung der evaluierten Prozesse erfolgt.</p>	<p>Die Ergebnisse müssen nachweisbar sein, i.d.R. aus der Rehabilitandenakte (digital oder Papier).</p>	<p>9.10</p> <p>9.3</p>
4.3	Umgang mit Fehlern		
	<p>Ein Konzept zum Fehlermanagement und schriftliche Regelungen zum Umgang mit Fehlern liegen vor.</p> <p>Die Erfassung der Fehler, die Einleitung von Sofortmaßnahmen, das Beheben, Sammeln, Auswerten, Bewerten und die Analyse der Fehlerursachen sind geregelt.</p> <p>Dabei werden folgende Punkte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeiten und Befugnisse zum Umgang mit Fehlern • Erfassung und ggf. Kennzeichnung des Fehlers • Bewertung des Fehlers • Behebung bzw. Beseitigung des Fehlers • Einleitung geeigneter/angemessener Maßnahmen, wenn Fehler erst nach Abschluss der Leistungserbringung entdeckt werden <p>Mitarbeiter werden hinsichtlich des Umgangs mit Fehlern geschult, um mögliche Fehler und Fehlerquellen zu erkennen und sie zu vermeiden.</p>	<p>Hierfür sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>	<p>10.1</p> <p>10.2</p> <p>10.3</p> <p>10.4</p>
4.4	Korrekturmaßnahmen		
	<p>Korrekturmaßnahmen werden systematisch durchgeführt und dabei folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlerbewertung (einschließlich Kundenbeschwerden) • Ermittlung der Ursachen von Fehlern • Beurteilung des Handlungsbedarfs zur Verhinderung des erneuten Auftretens von Fehlern • Chancen und Risiken in diesem Zusammenhang • Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen • Dokumentation der Ergebnisse von ergriffenen Maßnahmen • Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Korrekturmaßnahmen 	<p>Auslöser für Korrekturmaßnahmen können sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Fehlermeldungen b) Beschwerden c) Auditergebnisse d) Prozessbewertungen e) Managementbewertung <p>Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein.</p> <p>Eingeleitete Maßnahmen müssen verfolgt werden (z. B. über Maßnahmenpläne mit Angaben zu Verantwortungen und Terminen).</p>	<p>5.4.5</p> <p>9.10</p> <p>10.3</p>
4.5	Umgang mit Rückmeldungen		
	<p>Die Leitung der geriatricspezifischen Einrichtung übernimmt die strategische Verantwortung für die Vorbereitung, Durchführung und Analyse von Befragungen/Rückmeldungen bezüglich der Qualität sowie deren regelhafte Kommunikation innerhalb der Einrichtung und stellt die dafür erforderlichen</p>	<p>Z. B. durch Befragungen über Umfragen, durch Auswertung von Rückmeldungen und Beschwerden sowie durch Bewertung von geeigneten Kennzahlen, Mitarbeiter- und Rehabilitandenzufriedenheit.</p>	<p>9.8</p>

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
	finanziellen, personellen und sachlichen Ressourcen zur Verfügung.		
	Verbesserungsvorschläge aus den Rückmeldungen werden systematisch erfasst, ausgewertet und im Rahmen der fortlaufenden Verbesserung berücksichtigt.		
	Rehabilitandenbefragungen und ggf. Angehörigenbefragungen/Mitarbeiterbefragungen werden regelmäßig als Qualitätssicherungsinstrument durchgeführt.		9.7 5.5.3
	Ein schriftliches Verfahren, einschließlich der Verantwortlichkeiten zum Beschwerdemanagement (Erfassung, Behebung und Bearbeitung), ist festgelegt. Auf die Möglichkeit, Beschwerden zu äußern, wird hingewiesen. Beschwerden werden schriftlich erfasst und statistisch ausgewertet. Mitarbeiter werden für den Umgang mit Beschwerden geschult. Ursachen werden analysiert und geeignete Korrekturmaßnahmen werden eingeleitet.		7.1 7.2
4.6	Datenanalyse		
	Unter Beachtung des Datenschutzes werden geeignete Daten ermittelt, erfasst und analysiert, um die Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu beurteilen. Die Ergebnisse der Datenanalyse werden den berechtigten Adressaten in verständlicher Form zugänglich gemacht und als Grundlage für die fortlaufenden Verbesserung herangezogen.		9.5 5.3.3 5.4.4
4.7	Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung		
	Die Einrichtung nimmt an einer geriatricspezifischen, externen vergleichenden Qualitätssicherung oder an einem Benchmarking-Programm teil. Die geriatricspezifische Einrichtung beteiligt sich regelhaft am verbandseigenen Geriatrieregister des Bundesverbandes Geriatrie (<i>Teilnahme spätestens ab 2023</i>). Ein Verfahren zum systematischen Umgang mit den Ergebnissen aus der externen und internen Qualitätssicherung ist festgelegt. Geeignete Maßnahmen werden auf der Basis der Ergebnisse der Qualitätssicherung angewendet und in Rahmen der fortlaufenden Verbesserung berücksichtigt.	Z.B. Gemidas Pro®, länderspezifische Verfahren, QS-Reha®-Verfahren Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen Beispiele für Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind: <ul style="list-style-type: none">• Auswertungen zu Fehlern und Beschwerden• regelmäßige oder problemorientierte Qualitätszirkel• Assessments• Erreichung von Behandlungs- und Therapiezielen• Umsetzung der Anforderungen der Leistungsträger Darstellung der abgeleiteten Verbesserungen ggf. in Form von Verbesserungsprojekten oder Qualitätszirkeln u. a.	8.1 8.2 8.3 8.4 9.9 9.3

Kap	Anforderungskriterien	Hinweise	BAR
4.8	Managementbewertung /Internes Audit		
	<p>Die Geriatrieleitung leitet aus den Ergebnissen des internen Audits und der Ergebnismessung im Rahmen der jährlichen Managementbewertung Verbesserungsbedarfe ab und legt die Vorgehensweise fest.</p>	<p>Bei der Managementbewertung werden folgende Eingaben berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertung • Änderungen bei internen/externen Themen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten • Erfüllung von Qualitätszielen • Status von Fehler- und Korrekturmaßnahmen • Rückmeldungen von Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, Leistungsträger, Zuweiser etc. • Leistung von externen Anbietern • Ergebnisse interner und externer Audits • Empfehlungen für Verbesserungen <p>Das Verfahren zur Durchführung internes Audits berücksichtigt folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung und Qualifikation zur Planung und Durchführung des Audits • Führung von dokumentierten Informationen • Regelungen zum Umgang mit Ergebnissen der internen Audits • Korrekturmaßnahmen 	<p>5.3.1 5.4.4 5.3.2 9.8 9.10 5.4.1 5.4.2 5.4.3 5.4.4 5.4.5</p>
5	Verbesserung		
	<p>Die geriatricspezifische Einrichtung berücksichtigt die Ergebnisse aus Analysen der internen Ergebnismessung, der Managementbewertung, dem Risiko- und Beschwerdemanagement, der Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab, um eine fortlaufende Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu erreichen.</p>		9.10