

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Gesundheitsversorgung

SPITALLISTE 2015 REHABILITATION

Anhang 9: Anforderungen pro rehabilitativer Leistungsgruppe

1. Muskuloskelettale Rehabilitation

- Verantwortliche Leitung durch einen Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie oder Neurologie.
- Mindestfallzahl pro Jahr: 250.
- Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan. Aktivitätsstörungen / Partizipationsstörungen werden gemäss International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) erfasst, basierend auf Schäden des Bewegungsapparates gemäss ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).
- ICF- und ICD-bezogene strukturierte und dokumentierte Behandlungsprozesse.
- Das Pflegepersonal ist in Rehabilitationspflege ausgebildet.
- Mindestens eine dipl. Pflegefachfrau DN II oder höhere Fachschule ist rund um die Uhr verfügbar. Pflegerischer Nachtdienst ist gewährleistet.
- Diplomierte Physiotherapeuten mit Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin sind angestellt.
- Ergotherapie für funktionelle Ergotherapie, Ergonomie, Hilfsmitteltraining in den Aktivitäten des täglichen Lebens ADL ist vorhanden.
- Ein individueller, zielorientierter Therapieplan unter Einbeziehung von Angehörigen wird frühzeitig erstellt. Die Rehabilitationsziele und -planung werden individuell dokumentiert, sind kurz- und langfristig orientiert und allen Fachbereichen zugänglich.
- Es erfolgt eine systematische Planung und Vorbereitung der Klinikentlassung zur Förderung der Rückkehr des Patienten in sein bisheriges soziales Umfeld (gemäss Checkliste oder einem definierten Teilprozess: durch rechtzeitige Abklärung der zu erwartenden häuslichen Situation, initiieren nötiger baulicher Anpassungen sowie Weichenstellungen für die nötigen nachbetreuenden Massnahmen). Der Entlassungszielort ist dokumentiert.
- Bei Austritt wird ein Bericht mit Diagnose, Medikation und Therapieempfehlung erstellt. Die Reha-Ergebnisse sind dokumentiert. Der Unterschied Eintritt / Austritt wird dokumentiert (zum Beispiel mittels Bartel-Index).

2. Neurologische Rehabilitation

- Verantwortliche Leitung durch einen Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie oder Neurologie.
- Mindestfallzahl pro Jahr: bei Monoindikationen 200, bei Polyindikationen 400 Behandlungsfälle.
- Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan. Aktivitätsstörungen/Partizipationsstörungen werden gemäss International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) erfasst, basierend auf Schäden des Bewegungsapparates gemäss ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).
- ICF- und ICD-bezogene strukturierte und dokumentierte Behandlungsprozesse
- Zugang zu MRI oder CT innerhalb von 30 Minuten ist gewährleistet.
- Kaderärztlicher Hintergrunddienst ist garantiert (innert 30 Minuten am Patient).
Ärztlicher Bereitschaftsdienst:
 - a) bei Institutionen ohne Frührehabilitation: mit Einsatz innert 15 Minuten beim Patienten,
 - b) bei Institutionen mit Frührehabilitation Sleep-in Bereitschaftsdienst.
- Neuropsychologen sowie Psychologen oder Psychiater sind im Team integriert. Die Krankheitsverarbeitung (Coping) wird psychotherapeutisch unterstützt.
- Mindestens 50 % des Pflegepersonals mit Weiterbildung in Neurorehabilitationspflege (zum Beispiel nach Bobath, spezielle Konzepte in Sensomotorik, Wahrnehmung und Dysphagiebehandlung). Permanenter pflegerischer Nachtdienst im Haus.
- Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, neuro-psychologische und logopädische Therapie mit abgeschlossener Berufsausbildung und zu mind. 50 % mit nachweisbarer neurorehabilitations-spezifischer Weiterbildung (zum Beispiel nach Bobath, Affolter, spezielle Konzepte in Sensomotorik, Wahrnehmung und Dysphagiebehandlung, spezielle neuropsychologische beziehungsweise psychiatrische Kenntnisse etc.) ist vorhanden.
- Die Rehabilitationsziele und -planung werden individuell dokumentiert, sind kurz- und langfristige orientiert und allen Fachbereichen zugänglich.
- Es erfolgt eine systematische Planung und Vorbereitung der Klinikentlassung zur Förderung der Rückkehr des Patienten in sein bisheriges soziales Umfeld (gemäss Checkliste oder einem definierten Teilprozess: durch rechtzeitige Abklärung der zu erwartenden häuslichen Situation, initiieren nötiger baulicher Anpassungen sowie Weichenstellungen für die nötigen nachbetreuenden Massnahmen). Der Entlassungszielort ist dokumentiert.
- Bei Austritt wird ein Bericht mit Diagnose, Medikation und Therapieempfehlung erstellt. Innert zehn Arbeitstagen erfolgt ein ausführlicher Austrittsbericht zuhanden der nachbetreuenden Stellen. Die Reha-Ergebnisse sind dokumentiert. Der Unterschied Eintritt/Austritt wird dokumentiert (zum Beispiel mittels Bartel-Index).
- Die Messung und Dokumentation von Dekubitus sowie die Dokumentation von Kontrakturen sind gewährleistet.

3. Pulmonale Rehabilitation

- Ärztliche Leitung durch eine/n Ärztin/Arzt mit Facharztausbildung Pneumologie, nachweisbarer Weiter- und Fortbildung in pulmonaler Rehabilitation (entsprechend dokumentierte Fortbildungsinhalte) und zusätzlicher internistischer Ausbildung von mindestens 3 Jahren.
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst mit Einsatz innert fünf Minuten rund um die Uhr.
- Mindestfallzahl pro Jahr: 250.
- Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan. Aktivitätsstörungen/Partizipationsstörungen werden gemäss International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) erfasst, basierend auf Schäden des Atmungssystems gemäss ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).
- Leitung der Bewegungstherapie durch speziell ausgebildete und während der Aktivitäten anwesende Lungentherapeuten/innen. Spiroergometrieplatz mit Fahrradergometer oder Laufbandergometer ist vorhanden.
- Die Rehabilitationsziele und -planung werden individuell dokumentiert, sind kurz- und langfristig orientiert und allen Fachbereichen zugänglich. Der Therapieplan ist zielgemäss individualisiert.
- Es erfolgt eine systematische Planung und Vorbereitung der Klinikentlassung zur Förderung der Rückkehr des Patienten in sein bisheriges soziales Umfeld (gemäss Checkliste oder einem definierten Teilprozess: durch rechtzeitige Abklärung der zu erwartenden häuslichen Situation, initiieren nötiger baulicher Anpassungen sowie Weichenstellungen für die nötigen nachbetreuenden Massnahmen). Der Entlassungszielort ist dokumentiert.
- Die Reha-Ergebnisse sind dokumentiert. Der Unterschied Eintritt/Austritt wird dokumentiert (zum Beispiel mittels Bartel-Index).
- Ebenso werden die Gehstrecke und das Auftreten multiresistenter Keime dokumentiert.

4. Kardiovaskuläre Rehabilitation

- Ärztliche Leitung durch eine/n Ärztin/Arzt mit Facharztausbildung Kardiologie, nachweisbarer Weiter- und Fortbildung in kardiovaskulärer Rehabilitation (entsprechend dokumentierte Fortbildungsinhalte) und zusätzlicher internistischer Ausbildung von mindestens 3 Jahren.
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst mit Einsatz innert fünf Minuten rund um die Uhr.
- Mindestfallzahl pro Jahr: 250.
- Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan gemäss der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Kardiale Rehabilitation (SAKR).
- Leitung der Bewegungstherapie durch speziell ausgebildete und während der Aktivitäten anwesende Herztherapeuten/innen.
- Die Rehabilitationsziele und -planung werden individuell dokumentiert, sind kurz- und langfristig orientiert und allen Fachbereichen zugänglich.
- Es erfolgt ein strukturierter Austrittsbericht (mit Angaben über Rehabilitationsverlauf, Untersuchungsergebnisse, Risikofaktoren, Pharmakotherapie, Vorschläge für weitere Massnahmen sowie Arbeitsfähigkeit). Der Entlassungszielort ist dokumentiert.

- Die Reha-Ergebnisse sind dokumentiert. Der Unterschied Eintritt/Austritt wird dokumentiert (zum Beispiel mittels Bartel-Index).
- Ebenso wird das Auftreten multiresistenter Keime dokumentiert.

5. Frührehabilitation (als Querschnittsbereich in Kombination mit organspezifischen Rehabilitationsarten)

Personalstruktur		
Multiprofessionelles Rehabilitations-Team		
<i>Teamkonferenz</i>	Mindestens 2mal wöchentlich schriftliche Dokumentation der Behandlungsziele und -ergebnisse	
Ärzte und andere Akademiker		
Medizinische Verantwortlichkeit	Facharzt je nach klinikspezifischer Organisationsstruktur Mindestens 3-jähriger Erfahrung in Frührehabilitation	
Visiten Stationsarzt	<i>Regelmässigkeit:</i> mindestens täglich	
Pflegepersonal		
Spezifische Pflegemassnahmen	<i>von Fall zu Fall und je nach indikationsspezifischer Ausrichtung und Schwerpunktbildung der Früh-Rehabilitations-Abteilung:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faszioorale Therapie (FOTT)</i> Mindestens 1 Pflegefachkraft mit Weiterbildung pro Schicht (sofern nicht von Logopädie abgedeckt) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trachealkanülenmanagement</i> Mindestens 1 Pflegefachkraft mit Erfahrung pro Schicht 	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pflegerische Versorgung aufwändiger zu- und ableitender Systeme</i> Mindestens 1 Pflegefachkraft mit Erfahrung pro Schicht 	
Notfalldienst		
Akutmedizinischer Stand-By (im Falle erforderlicher ungeplanter Rückverlegungen)	Bei medizinischer Notwendigkeit Rückverlegung in ein Akutspital mit permanent verfügbarem, umfassendem diagnostischem und therapeutischem Angebot innert 60 Minuten	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst (zur Sicherstellung der lebensretenden Sofortmassnahmen)	<ul style="list-style-type: none"> • Gemäss Notfallkonzept • Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung • Bei med. Notwendigkeit Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten 	
Angebot Leistungsgruppen-spezifische Diagnostik		
Medizinische Diagnostik	Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment oder Einsatz von krankheitsspezifischen Scoringssystemen zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite zu Beginn und im Verlauf der Behandlung in den jeweilig fachspezifisch relevanten ICF-Dimensionen: - Bewusstseinslage - Kommunikation - Kognition - Mobilität - Selbsthilfefähigkeit - Verhalten - Emotion	im Haus und mindestens 2 von 7 Dimensionen

Angebot Leistungsgruppen-spezifische Therapien

Therapien (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, etc.)	<i>Regelmässigkeit:</i> mindestens an 6 von 7 Tagen pro Woche <i>Intensität:</i> mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits
---	---

Bauliche und Infrastrukturelle Voraussetzungen

Überwachungseinheit	Räumlich separierte Einheit mit nachfolgender Infrastruktur: - EKG-Monitoring - Pulsoxymetrie - Atemfrequenzüberwachung - kontinuierliche O ₂ -Zufuhr - Absaugvorrichtungen
Desorientierte u./o. weglaufgefährdete Patienten	geeignetes Sicherheits-/ Überwachungssystem vorhanden

6. Internistische Rehabilitation

Definition der Patientengruppe gemäss Unterlagen der Gesundheitsdirektion Zürich für die Spitalplanung 2012, Fachbereich Internistisch-onkologische Rehabilitation.

(http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/strukturbericht.html#subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-de-themen-behoerden-spitalplanung_2012-strukturbericht-jcr-content-contentPar-downloadfolder_6)

- Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan.
- Kaderärzte (Chefarzt, leitende Ärzte, Oberärzte) mit fachlicher Spezialisierung FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation (mindestens ein Facharzt) und / oder FMH Innere Medizin beziehungsweise Allgemeine Innere Medizin.
- Ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (je mindestens 80 %).
- Visite Stationsarzt erfolgt an mindestens vier von fünf Wochentagen.
- Ein fachspezifischer Konsiliardienst (Kardiologe, Pneumologe) ist intern oder extern vorhanden.

Personalqualifikation

- Klinische Psychologen (Uni- oder FH-Abschluss) besitzen eine Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken und Berufserfahrung in Psychoonkologie.
- Leitung und Stellvertretung der Therapiedienste sind fest angestellt (je mindestens 60 %).
- Physiotherapeuten haben ein gemäss Art. 47 Abs. 1 lit. a KVV anerkanntes Diplom einer Schule für Physiotherapie, eine Zusatzqualifikation in Lymphdrainage und sind im Haus vorhanden.
- Ergotherapie: Therapeuten haben ein gemäss Art. 48 Abs. 1 lit. a KVV anerkanntes Diplom einer Schule für Ergotherapie, Berufserfahrung in arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und sind am Standort verfügbar.
- Sozialdienst: Sozialarbeiter FH (auch in Kooperation möglich).
- Die Fachpersonen der Ernährungsberatung besitzen ein gemäss Art. 50 lit. a KVV anerkanntes Diplom einer Schule für Ernährungsberatung und sind am Standort verfügbar.
- Diätkoch mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis ist am Standort verfügbar.
- Pflegedienstleitung und Stellvertretung sind fest angestellt (je mindestens 60 %).
- Pflegepersonal auf Bettenstationen ist jederzeit verfügbar.

- Mindestens eine Pflegefachkraft mit Weiterbildung Wundpflege ist am Standort im Rahmen der regulären Arbeitszeiten verfügbar.
- Mindestens eine Pflegefachkraft mit Weiterbildung Diabetesberatung ist am Standort im Rahmen der regulären Arbeitszeiten verfügbar.
- Mindestens eine Pflegefachkraft mit Erfahrung als Stomatherapeut ist am Standort im Rahmen der regulären Arbeitszeiten verfügbar.

Notfalldienst

- Bei medizinischer Notwendigkeit ist der Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten gewährleistet.
- Fachärztlicher Hintergrunddienst: an Werktagen sind die jeweiligen Fachärzte von 7 - 17 Uhr im Haus. Zwischen 17 - 7 Uhr und am Wochenende muss bei medizinischer Notwendigkeit der Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden gewährleistet sein.
- Notfallalarm / Reanimation: regelmässige Schulung des klinischen Personals (mindestens ein Mal p.a.) und Dokumentation der Teilnahme.
- Notfallkoffer beziehungsweise -wagen inklusive Defibrillator ist auf allen Stationen (Bettenstationen und Behandlungseinheiten) vorhanden.

Diagnostik-Angebot

Am Standort verfügbar sind:

- Routinediagnostik (zum Beispiel ICF) gem. fachspezifischem Behandlungskonzept EKG: Ruhe-, Belastungs- und Langzeit-EKG,
- Konventionelle Sonographie, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Pulsoxymetrie.

Folgende Angebote müssen vorhanden sein, aber sind auch in Kooperation möglich:

- Notfall- und Routinelabor: jederzeit verfügbar
- Radiologie (konventionelle Rx, CT, MR)
- Farbkodierte Doppler-/Duplexsonographie, Echokardiographie mit Farbdoppler

Therapie-Angebot

Am Standort verfügbar sein müssen:

- Indikationsspezifische Physiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Sport- / Bewegungstherapie
- Terraintraining
- Inkontinenzbehandlung
- Prothesenschulung
- Lymphdrainage
- Thermo-, Hydro- und Balneotherapie
- Elektrotherapie
- Ergo-/ Aktivierungs-/ Gestaltungstherapie (inklusive Activities of Daily Living ADL)
- Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln

- Ernährungsberatung
- Klinische Psychologie: Beratung und Krisenintervention sowie Entspannungsverfahren
- Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung zum Beispiel Stoma-, Katheter- und Sondensysteme

Folgende Therapie-Angebote müssen vorhanden sein, aber sind auch in Kooperation möglich:

- Sprech- und Sprachtherapie
- Ess- und Dysphagietherapie (Facio-orale Trakt Therapie FOTT)
- Trachealkanülenmanagement
- Interdisziplinäre Schmerzbehandlung
- Kreative und bewegungsorientierte Angebote zum Beispiel Gestaltungstherapie
- Sozial- und Berufsberatung (Beratung zur finanziellen, häuslich/sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung, Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen)

7. Geriatrische Rehabilitation

Definitionen:

- Altersbedingte Multimorbidität: gleichzeitiges Vorliegen mehrerer aktiver und problematischer Erkrankungen.
 - Altersbedingte Gebrechlichkeit (Frailty): Charakteristika sind kognitive Leistungsminderung, Muskelschwäche, geringe körperliche Aktivität, langsame Gehgeschwindigkeit, Erschöpfung und unbeabsichtigter Gewichtsverlust bis zu schwerer Mangelernährung.
 - Altersbedingte Instabilität: mit gesundheitlichen Rückschlägen ist zu rechnen.
- Ärztliche Leitung durch einen/e Facharzt/Fachärztin mit Haupt- oder Zusatztitel in Geriatrie (zum Beispiel "Schwerpunkt Geriatrie" gemäss Weiterbildungsrichtlinien der FMH). Sofern die Einrichtung über keine eigenständige geriatrische Abteilung verfügt, ist das Vorhandensein eines geriatrischen Teams erforderlich (bestehend aus: geregelter Zugang zu einem Konsiliararzt mit Schwerpunkt Geriatrie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pflege und Sozialdienst), welches Patienten aus anderen fachspezifischen Rehabereichen mitbetreut und über mehrjährige Erfahrungen in der geriatrischen Medizin, speziell im geriatrischen Assessment verfügt.
 - Mindestfallzahl pro Jahr: 250.
Werden die Qualitäts- und Leistungskriterien der Sw!ssREHA für den Schwerpunkt stationäre geriatrische Rehabilitation (ohne eigenständige geriatrische Abteilung) erfüllt, beträgt die Mindestfallzahl pro Jahr 150 (http://www.swissreha.com/downloads/2014-01-07_swiss-reha-kriterien-schwerpunkt-ge.pdf).
 - Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit gegebener Rehabilitationsfähigkeit und daran orientierten Rehabilitationszielen in einem voraussehbaren Zeitraum.
 - Ärztlicher 24-Std Dienst mit Einsatz innert 15 Minuten beim Patienten ist gewährleistet.
 - Neuropsychologen, Psychologen oder Psychiater sind im Team integriert.
 - Permanenter pflegerischer Nachtdienst im Haus.

- Personal für Physiotherapie und Ergotherapie mit abgeschlossener Berufsausbildung und Erfahrung in Rehabilitation ist angestellt.
- Sozialdienst ist im Team integriert.
- Durchführung eines strukturierten geriatrischen Assessments bei Eintritt und Austritt.
- Die Behandlungsprozesse sind bezogen auf die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) und ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) strukturiert und dokumentiert.
- Die Rehabilitationsziele und -planung werden individuell dokumentiert, sind kurz- und langfristig orientiert und allen Fachbereichen zugänglich. Sie erfolgen unter Einbezug des Patienten und seiner Angehörigen.
- Bei Austritt wird innert zehn Tagen ein Bericht mit Diagnose, Medikation und Therapieempfehlung zuhänden des Patienten erstellt.

8. Psychosomatische Rehabilitation

Definition der Patientengruppe gemäss Unterlagen der Gesundheitsdirektion Zürich für die Spitalplanung 2012, Fachbereich psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation.

(http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/strukturbericht.html#subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-de-themen-behoerden-spitalplanung_2012-strukturbericht-jcr-content-contentPar-downloadfolder_6)

- Eine Aufnahme erfolgt nur bei klarer Indikationsstellung für stationäre Rehabilitationsmassnahmen mit daran orientiertem Rehabilitationsziel und Rehabilitationsplan.
- Kaderärzte (Chefarzt, leitende Ärzte, Oberärzte) mit facharztspezifischem FMH-Titel mit Fähigkeitsausweis SAPPM und/oder FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Fähigkeitsausweis SAPPM und zusätzlich ein Facharzt mit somatischer Kompetenz am Standort und/oder FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation (mindestens ein Facharzt).
- Ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sind fest angestellt (je mindestens 80 %).
- Visite Stationsarzt erfolgt mindestens ein Mal pro Woche.
- Ein fachspezifischer Konsiliardienst (je nach Indikation: Kardiologe, Pneumologe) ist intern oder extern vorhanden.
- Multiprofessionelles Rehabilitations-Team bestehend aus Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten, dipl. Krankenpflegepersonal und mindestens zwei der folgenden Berufsgruppen: Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter/-pädagogen und Ernährungsberater.
- Das Pflegepersonal auf Bettenstationen ist jederzeit verfügbar und verfügt über Erfahrung in somatischer und psychosomatischer Krankenpflege und Anleitung.

Personalqualifikation

- Klinische Psychologen (Uni- oder FH-Abschluss) besitzen Erfahrung in psychologischer Diagnostik und Psychotherapie sowie in Entspannungstechniken.
- Die Leitung und Stellvertretung der Therapiedienste sind fest angestellt (je mindestens 60 %) und haben eine Weiterbildung in Pflegemanagement.

- Physiotherapeuten haben ein gemäss Art. 47 Abs. 1 lit. a KVV anerkanntes Diplom einer Schule für Physiotherapie, eine Zusatzqualifikation in Lymphdrainage und sind im Haus vorhanden.
- Sozialdienst: Sozialarbeiter FH (auch in Kooperation möglich).
- Die Fachpersonen der Ernährungsberatung besitzen ein gemäss Art. 50 lit. a KVV anerkanntes Diplom einer Schule für Ernährungsberatung und sind am Standort verfügbar.
- Diätkoch mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis ist am Standort verfügbar.
- Der Supervisionsprozess ist geregelt.

Notfalldienst

- Bei medizinischer Notwendigkeit ist der Beizug des kaderärztlichen Hintergrunddienstes innert 30 Minuten gewährleistet.
- Fachärztlicher Hintergrunddienst: an Werktagen sind die jeweiligen Fachärzte von 7 - 17 Uhr im Haus. Zwischen 17 - 7 Uhr und am Wochenende muss bei medizinischer Notwendigkeit der Beizug des jeweiligen Facharztes innert 6 Stunden gewährleistet sein.
- Notfallalarm/Reanimation: regelmässige Schulung des klinischen Personals (mindestens ein Mal p.a.) und Dokumentation der Teilnahme.
- Notfallkoffer beziehungsweise -wagen inklusive Defibrillator ist auf allen Stationen (Bettenstationen und Behandlungseinheiten) vorhanden.

Diagnostik-Angebot

Am Standort verfügbar sein müssen:

- Psychosoziale und indikationsspezifische Routinediagnostik und psychopathologische Befundung gem. fachspezifischem Behandlungskonzept

Folgende Angebote müssen vorhanden sein, aber sind auch in Kooperation möglich:

- Notfall- und Routinelabor: jederzeit verfügbar
- EKG: Ruhe-, Belastungs- und Langzeit-EKG
- Radiologie (konventionelle Rx)
- Sonographie, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie

Therapie-Angebot

Am Standort verfügbar sein müssen:

- Klinische Psychologie/ Psychotherapie:
mind. 1-2 Einzelgespräche pro Woche
mind. 1-2 Gruppengespräche pro Woche
- Klinische Psychologie: Entspannungsverfahren
- Klinische Psychologie: Beratung und Krisenintervention
- Psychoedukation
- Schmerztherapie
- Indikationsspezifische Physiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Atemtherapie

- Ernährungsberatung
- Indikationsspezifische Programme zur Information, Motivation, Schulung zum Beispiel Stoma-, Katheter- und Sondensysteme

Folgende Therapie-Angebote müssen vorhanden sein, sind aber auch in Kooperation möglich:

- Ergänzende kreative und bewegungsorientierte Therapieangebote: zum Beispiel Musiktherapie, Kreativtherapie (Gestaltungs-, Kunsttherapie), körperorientierte Therapie, Bewegungstherapie: Mindestens zwei der vier Angebote.
- Kreative und bewegungsorientierte Angebote zum Beispiel Gestaltungstherapie
- Sozial- und Berufsberatung (insbesondere Belastungserprobung im Klinikalltag/sozialem Umfeld)