

# IQMP REHA

Kommentierung  
Version 4.0



Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen GmbH

Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

Friedrichstraße 60 • 10117 Berlin  
Telefon: +49 30 2400899-0

E-Mail: [info@iqmg-berlin.de](mailto:info@iqmg-berlin.de)  
Internet: [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de)

## Nutzungsbedingungen

Die Kommentierung darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch kopiert und zitiert werden. Die Urheberrechte liegen bei den Autoren. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autoren ausdrücklich verboten.

1. Auflage  
Dezember 2019

# Inhalt

- 4 ERLÄUTERUNGEN ZUR SELBSTBEWERTUNG
- 6 WEITERE HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN
- 7 KONKRETISIERUNG DER QUALITÄTSSTUFEN
- 8 DEFINITION DER BEGRIFFLICHKEIT „NACHWEISE“
- 9 BEISPIELHAFTE AUFLISTUNG VON NACHWEISEN

## Erläuterungen zur Selbstbewertung

### Welche Funktion hat der Selbstbewertungsbericht im Rahmen der Zertifizierung?

Der Selbstbewertungsbericht ist Grundlage der Bepunktung durch die Einrichtung sowie der Fremdbewertung durch das Zertifizierungsunternehmen. Aus möglichen Differenzen zwischen Selbst- und Fremdbewertung können sich für den Auditor Anhaltspunkte für eine vertiefte Überprüfung von Anforderungen im Rahmen des Audits ergeben.

### Was beinhaltet der Selbstbewertungsbericht?

Der Selbstbewertungsbericht sollte sich an der IQMP-Reha-Systematik orientieren. Wird eine andere Gliederungsstruktur gewählt, ist auf die für den externen Auditor nachvollziehbare Zuordnung der Nachweise zu Indikatorbereichen zu achten. Auf der Ebene der Teilkriterien (bzw. der Indikatorbereiche im Kriterium 5d) richtet sich die Darstellung nach der Bewertungslogik (PDCA-Zyklus). Deshalb muss im Selbstbewertungsbericht eine Zuordnung der Nachweise zu den Dimensionen Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung erkennbar sein. Der Selbstbewertungsbericht beinhaltet möglichst alle bewertungsrelevanten Informationen unmittelbar oder verweist auf Nachweise, aus denen diese hervorgehen.

### In welchem Umfang muss der Selbstbewertungsbericht erläuternden Text enthalten?

Der Selbstbewertungsbericht muss mindestens eine Zuordnung der Nachweise zu den Dimensionen der Bewertungsmatrix (PDCA-Zyklus) auf Ebene der Teilkriterien (bzw. der Indikatorbereiche im Kriterium 5d) beinhalten.

Sinnvoll ist ein Selbstbewertungsbericht, der erkennen lässt, in welchem Zusammenhang die Nachweise mit den Forderungen aus den Indikatorbereichen und der Bewertungsmatrix stehen, wie sie miteinander verknüpft sind und in welcher Weise sie in der Klinik Anwendung gefunden haben. Können Inhalte oder Verknüpfungen von Vorgaben nicht oder nur unzureichend beschrieben werden, ist dies ein Hinweis auf Verbesserungspotenziale.

Für den Auditor erschließt sich durch einen Selbstbewertungsbericht, der in textlicher Form die Nachweise kommentiert und einordnet der Entwicklungsstand einer Organisation. Insbesondere hohe Punktwerte können nur durch das Aufzeigen dieser bewertungsrelevanten Informationen erworben werden. Die auf Basis des Selbstbewertungsberichts erteilte Bepunktung durch den Auditor kann aufgrund der im Zertifizierungsaudit vorgefundenen Strukturen und während des Audits eingesehenen Nachweise noch nach oben oder unten abweichen.

Durch eine Darstellung in textlicher Form bietet sich insbesondere auch die Chance, individuelle klinikeigene Lösungen zu präsentieren und zu untermauern, die ggf. nicht den „Standardmethoden“ entsprechen, aber in der Zielerreichung durchaus wirksam sind (z.B. anstelle von einzelnen Teambesprechungen gemeinsame „Morgenrunden“ mit allen Mitarbeitern oder in Teilbereichen). Hier ist besonders auf eine klare nachvollziehbare Darstellung zu achten.

## Welche Auswirkung hat die Form des Berichts auf die Ausgestaltung des Audits?

Bei einer aussagekräftigen Darstellung der relevanten Bewertungsmerkmale (fundiert/ integriert, strukturiert/ systematisch, Messungen durchgeführt, Lernaktivitäten abgeleitet/ Verbesserungen initiiert) im Selbstbewertungsbericht überprüft der Auditor stichprobenartig deren Umsetzung.

Sofern der Selbstbewertungstext nicht unmittelbar Auskunft über die relevanten Bewertungsmerkmale gibt, da diese in unterschiedlichen Dokumenten verteilt sind, ist eine Verlängerung des Auditprozesses möglich. Der Grund für eine solche Verlängerung ist die Notwendigkeit, die Nachweise einzusehen, damit beurteilt werden kann, inwieweit damit die Anforderungen auf den Dimensionen Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung realisiert sind.

## Welche Informationen zur Selbstbewertung der Ergebniskriterien erhält der Zertifizierer?

Die konkret erreichten Ergebnisse sind für den Zertifizierer nicht relevant. Die Darstellung der gemessenen Ergebnisse gegenüber dem Zertifizierer ist daher möglich, aber nicht verpflichtend. Relevant ist lediglich der Umstand, ob Ergebnisse gemessen wurden und wie die Einrichtung mit den daraus gezogenen Erkenntnissen umgeht. Dies wird in der Dimension "Bewertung" im Rahmen der Bewertung des jeweiligen Befähigerkriteriums dargestellt. Die Darlegung der Ergebniskriterien im Selbstbewertungsbericht stellt dabei einen Nachweis dar, der wie andere Nachweise auch, im Rahmen des Audits eingesehen werden kann und entsprechend anzugeben ist. Die Darlegung der Ergebnisse und ggf. ein Vergleich mit dem Vorjahr erweist sich als sinnvoll, um eine konsequente Durchführung des PDCA-Zyklusses nachvollziehen zu können. Anhand der konkreten Ergebnisse im Vergleich kann besser beurteilt werden, ob die umgesetzten Maßnahmen sinnvoll und erfolgreich waren.

→ Dies betrifft die Seiten 14 - 16 und 25-26 im Manual

## Weitere häufig gestellte Fragen

### Wie detailliert müssen Nachweise erbracht werden, um in einem BAR-berührten Teilkriterium bzw. Indikatorbereich 5,5 Punkte zu erreichen?

Voraussetzung für die Qualitätsstufe 5,5 in den von BAR-Kriterien berührten Teilkriterien bzw. Indikatorbereichen ist die Erfüllung der rot markierten Indikatoren. Als erfüllt gelten diese Indikatoren, wenn sie durch Nachweise belegt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der BAR-Kriterien hängt die erforderliche Anzahl und Art der Nachweise vom jeweiligen BAR-Kriterium ab. Zur Erlangung des Punktwertes 5,5 sind somit nicht immer Nachweise auf allen Ebenen des PDCA-Zyklus notwendig.

Z.B. ist 1b1 Nr.3 belegt, wenn ein Organigramm der Einrichtung vorliegt. Dagegen bedarf es für 1a1 Nr.10 einer regelmäßigen internen Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung des Leitbildes.

Im Sinne des Exzellenz-Modells können Qualitätsstufen über 5,5 erreicht werden, wenn in den vier Bewertungsdimensionen Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung „klare“ oder „umfassende“ Nachweise im Selbstbewertungsbericht dargelegt werden.

→ Dies betrifft die Seiten 15 f. und 23 im Manual

### Muss die Einrichtung ein QM-Handbuch vorhalten?

Eine QM-Dokumentation in Form eines QM-Handbuchs ist im Sinne der notwendigen Zertifizierungsvoraussetzung nicht zwingend erforderlich, kann aber für die Strukturierung der Dokumentation genutzt werden. Der Indikator 5a1 Nr. 3 verlangt die Dokumentation wesentlicher Kernprozesse und schreibt keine besondere Form dafür vor. Das Erreichen höherer Qualitätsstufen erfordert jedoch eine Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen mit Regelungen zu Angemessenheitsprüfungen, Aktualisierungen, Verfügbarkeit, Lesbarkeit der Dokumente und Aufzeichnungen. Auch das BAR-Kriterium 5.2.1 schreibt keine spezifische Form vor.

Das Prozessmanagement, das Projektmanagement und das Dokumentenmanagement können dabei auch über entsprechende EDV-Lösungen (spezifische Programme) dargestellt werden. Nachweise in Papierform sind dann nicht notwendig. Allerdings muss den Auditoren bei der Zertifizierung dann die Einsicht in die elektronischen Nachweise ermöglicht werden.

→ Dies betrifft die Seite 71 im Manual

### Im Indikatorbereich 5a2 sind gesetzliche Anforderungen genannt, die nicht BAR-berührt sind. Darf ein Zertifikat ausgestellt werden, auch wenn diese Anforderungen nicht erfüllt sind?

Nein. Sind Verstöße offenkundig, darf kein Zertifikat ausgestellt werden. Das Zertifikat bescheinigt jedoch umgekehrt nicht die Einhaltung sämtlicher gesetzlicher Anforderungen. Auch der Auditplan umfasst nicht die allgemeine Überprüfung gesetzlicher Anforderungen.

→ Dies betrifft die Seite 72-74 im Manual

## Konkretisierung der Qualitätsstufen

Stufe	Nachweise	Erläuterung:
0	keine	Es gibt keine Nachweise.
1 - 2	wenige	Die Nachweise umfassen: - eine knappe Aussage zum Vorgehen - keine konkreten Einzelheiten - keine Darstellung von Umsetzungsbeispielen.
3 - 4	einige	Die Nachweise umfassen: - punktuell Details <b>oder</b> - die Darstellung von einigen Umsetzungsbeispielen.
5 - 6	vorhanden	Die Nachweise umfassen: - eine detaillierte und ausführliche Beschreibung der Vorgehensweise <b>oder</b> - eine ausführliche Darstellung zahlreicher Umsetzungsbeispiele.
7 - 8	klare	Die Nachweise umfassen: - eine detaillierte und ausführliche Beschreibung der Vorgehensweise <b>und</b> - eine ausführliche Darstellung zahlreicher Umsetzungsbeispiele.
9 - 10	umfassende	Die Nachweise umfassen: - eine detaillierte und ausführliche Beschreibung der Vorgehensweise <b>und</b> - eine ausführliche Darstellung zahlreicher Umsetzungsbeispiele, bei denen keine Fragen offen bleiben.

## Definition der Begrifflichkeit "Nachweise"

### Was ist ein Nachweis? Welche konkreten Nachweise können im einzelnen Teilkriterium vorgelegt werden?

Nachweise sind Dokumente oder Aufzeichnungen.

„Dokumente“ beinhalten interne und externe Vorgaben. Beispiele für Dokumente sind:

Beschreibung des Unternehmens, Beschreibung des Qualitätsmanagements, Unternehmensstrategie, Organigramm, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, medizinische Leitlinien, Checklisten zum Abarbeiten, u.a.

„Aufzeichnungen“ beziehen sich auf den Einzelfall. Beispiele für Aufzeichnungen sind Patientenakten, Sitzungsprotokolle, Befundberichte, ausgefüllte Checklisten, u.a.

Nachweise belegen die praktische Umsetzung der Anforderungen in den Indikatorbereichen.

Nachweise können auch als „Programmbestandteile“ in digitaler Form vorliegen z.B. als Liste der Prozesse mit Prozessverantwortlichen abrufbar im Prozessmanagementprogramm oder Festlegungen/Verfahrensabläufe zum Prozessmanagement, die durch das vorliegende Programm gegeben sind.

### Beispielhafte Zuordnung von Nachweisen zum PDCA-Zyklus

„Plan“: z.B. Ziele, Konzepte, Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten, Prozessbeschreibungen, Standards, Stellenplan

„Do“: z.B. Protokolle, Dokumentation, Aushänge, Formulare, Masken in der EDV

„Check“: z.B. Kennzahlen, Audits und Befragungen

„Act“: umgesetzte Verbesserungen, die in den letzten ein bis drei Jahren stattgefunden haben



## Beispielhafte Auflistung von Nachweisen

Die folgende Aufzählung von Beispielen hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, neben den genannten ist eine Vielzahl weiterer Nachweise denkbar.

### 1. Führung

Wie Führungskräfte basierend auf dem gesetzlichen Auftrag und dessen Ausgestaltung durch die Reha-Träger das spezifische Selbstverständnis, das Leitbild sowie die für den langfristigen Erfolg erforderlichen Werte erarbeiten, diese durch entsprechende Maßnahmen und Verhaltensweisen umsetzen und durch persönliches Mitwirken dafür sorgen, dass das Managementsystem der Einrichtung entwickelt und eingeführt wird.

1a (1-3)		Führungskräfte erarbeiten ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.	
1a1	Leitbild	Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die (Weiter-) Entwicklung des Leitbildes geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Leitbild</li> </ul>	
1.	Die Kunden-/Patientenorientierung wird im Leitbild berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Leitbildentwicklung</li> </ul>	
2.	<b>Der Bezug zur Rehabilitation wird deutlich (durch die Teilhabeorientierung gemäß § 20 SGB IX, funktionsbezogene Therapie u.a.).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haus- und Klinikzeitschrift</li> <li>• Teilnehmerlisten von Mitarbeiterversammlungen</li> </ul>	
3.	Das Leitbild enthält Ausführungen zum Thema Qualität/Qualitätsmanagement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frage XY im Patientenfragebogen, bzw. Mitarbeiterfragebogen</li> </ul>	
4.	<b>Das Leitbild wird unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen erarbeitet.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse zur Bekanntheit, Transparenz und Umsetzung des Leitbildes im Klinikalltag</li> <li>• Überarbeitungen des Leitbildes (Versionsstände)</li> </ul>	
5.	Die Führung ergreift Maßnahmen, um das Leitbild umzusetzen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfahrensanweisungen o.ä. zur regelhaften Überprüfung des Leitbildes (oder entsprechende Festlegungen im Dokumentenmanagement)</li> </ul>	
6.	<b>Das Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeiter und Kunden transparent gemacht.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse der Leitbildüberprüfung durch interne Audits</li> </ul>	
7.	Das Leitbild dient der eindeutigen Positionierung am Markt.		
8.	Das Leitbild wird von den Mitarbeitern akzeptiert.		
9.	<b>Das Leitbild wird schriftlich festgelegt.</b>		
10.	<b>Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert.</b>		

1a2 Werteorientierung		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch ein strukturiertes Verfahren die Werteorientierung geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Die Führungskräfte erarbeiten, dokumentieren und verbreiten eine Unternehmensethik, die humanitäre Werte und moralische Grundeinstellungen berücksichtigt und einrichtungsspezifisch unterlegt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsziele</li> <li>• Regelungen zum Umgang mit Kooperationspartnern und Patienten</li> <li>• Einladung zum Workshop</li> <li>• Festlegungen zur Unternehmensphilosophie/ Unternehmensethik ggf. in Führungsgrundsätzen, Pflegeleitbild/-philosophie o.ä.</li> <li>• Ergebnisse aus Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement, internen Audits</li> <li>• Medizinisches Rehabilitationskonzept</li> </ul>
2.	Die Spezifik der Rehabilitation wird in der Wertediskussion thematisiert und begrifflich eindeutig fixiert.	
3.	Die Werte werden unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen festgelegt.	
4.	Die Werte sind bei allen Mitarbeitern bekannt und haben eine handlungsleitende Funktion.	
1a3 Wirksames Führungsverhalten		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren (z.B. Standards, Konzepte) die Wirksamkeit des Führungsverhaltens geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Die Führungskräfte halten sich an ein Führungskonzept, welches allen Mitarbeitern bekannt ist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organigramm</li> <li>• Weiterbildungsplanung (insbesondere für Führungskräfte)</li> <li>• Teilnehmerlisten von Mitarbeiterversammlungen</li> <li>• Workshopdokumentation</li> <li>• Schulungsnachweise zum Führungskräfte-Training</li> <li>• Dokumente zur Umsetzung der 80/20-Regel</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Führungskonzept (evtl. als Bestandteil des Arbeitsvertrages der Führungskräfte)</li> <li>• Festlegungen zu Leitungsbesprechungen z.B. in einer Besprechungsmatrix</li> </ul>
2.	Selbstverantwortung, Kreativität und Innovation werden von den Führungskräften angeregt und gefördert.	
3.	Eine hierarchieübergreifende und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wird von den Führungskräften sichergestellt.	
4.	Lernprozesse werden von den Führungskräften angeregt.	
5.	Das Führungskonzept enthält explizite Regelungen zum Qualitätsmanagement.	
6.	Die Führungskräfte nutzen die anerkannten Managementwerkzeuge zur Priorisierung von Verbesserungsmaßnahmen (z.B. 80/20-Regel, Balanced Scorecard).	

1b (1-3)		Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b1 Ausrichten der Organisationsstruktur und Führungsarbeit an dem Leitbild		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ausrichtung der Organisationsstruktur und Führungsarbeit am Leitbild geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsmanagementhandbuch</li> <li>• Aufbau QM</li> <li>• Organigramm</li> <li>• Funktions- und Stellenbeschreibungen</li> <li>• Übersicht „Beauftragte und Kommissionen“</li> <li>• Jahresplanung Fortbildungen</li> <li>• Protokolle von Leitungs- und Teamsitzungen</li> <li>• Qualitätszirkel</li> <li>• Einladungen und Teilnehmerlisten von Mitarbeiterversammlungen</li> <li>• Besprechungsmatrix mit Festlegungen zu den einzelnen Besprechungen</li> <li>• Protokolle zu Qualitätsausschüssen oder Lenkungsgruppen</li> </ul>	
1.	Die Zuständigkeiten der Führungskräfte und -gremien für jeden Reha-Bereich und das Qualitätsmanagement sind in der Einrichtung klar und transparent.		
2	Der regelmäßige Kommunikations- und Informationsfluss wird von den Führungskräften sichergestellt.		
3.	Eine transparente, dokumentierte Organisationsstruktur – einschließlich der Organisation des Qualitätsmanagements – (Darstellung zur Aufbauorganisation in Form eines Organigramms) besteht und unterstützt die Arbeit der Führung.		
4.	Die Führungsarbeit unterstützt die Politik und Strategie der Einrichtung.		
1b2 Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren ein Prozess für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziele der Klinikleitung</li> <li>• Darlegung der Abteilungsziele (inkl. Festlegung von Kennzahlen und/oder Leistungsindikatoren zur Messbarkeit)</li> <li>• Konzept für Managementbewertung</li> <li>• Aufbau QM</li> <li>• Organigramm</li> <li>• Stellenbeschreibungen</li> <li>• Benennungsurkunden</li> <li>• Ausbildungsnachweise des Qualitätsbeauftragten</li> </ul>	
1.	Die Führungskräfte stellen sicher, dass für alle Abteilungen der Einrichtung messbare Ziele vorliegen.		
2.	Die Führungskräfte stellen Konzepte bereit, welche Daten wie gesammelt, gemessen und bearbeitet werden.		
3.	Die Führungskräfte sorgen dafür, dass die Qualitätskriterien, Indikatoren, Kennzahlen und Zielgrößen entwickelt, priorisiert und angewendet werden.		

1b (1-3)	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b2	Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren ein Prozess für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen geregelt und sichergestellt?</i>	
4.	Die Führungskräfte stellen dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung trägt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Auditberichte</li> <li>• Interne Benchmarks</li> <li>• Berichte aus dem internen Controlling</li> <li>• Weitere Berichte zur Auswertung von Kennzahlen</li> <li>• Protokolle der Besprechungen in denen Ziele und Kennzahlen geprüft und Maßnahmen abgeleitet werden</li> </ul>
5	Rückmeldeverfahren an die Leitung sind geregelt	
6.	Die Führungskräfte gewährleisten die Bestellung eines qualifizierten QM- Beauftragten, der mit den erforderlichen sachlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen ausgestattet wird.	
7.	Der Qualitätsmanagement-Beauftragte wird von den Führungskräften schriftlich mit seinen Aufgaben sowie Befugnissen benannt und für alle Beteiligten transparent gemacht.	
1b3	Sicherstellen der Verbesserung des Managementsystems	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Verbesserung des Managementsystems geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Führungskräfte nutzen regelmäßig Mittel (z.B. Informationsmöglichkeiten, Ergebnisse aus Untersuchungen und Erhebungen) und Verfahren (z.B. Besprechungen in Arbeitsgruppen, Gremien) zur Erarbeitung, Überprüfung sowie Modifizierung des Managementsystems und leiten auf Grundlage der internen Ergebnismessung Qualitätsziele ab.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle der Klinikleitung</li> <li>• Protokolle des Qualitätsausschusses bzw. des Lenkungsgremiums</li> <li>• tägliche Rückmeldungen des Therapiecontrolling</li> <li>• Belegungsmeldungen</li> <li>• Reports und Statistiken</li> <li>• Selbstbewertungsbericht IQMP-Reha</li> <li>• Ergebnisse/Dokumentation der Managementbewertung</li> </ul>
2.	Die Meinungen aller Interessengruppen (z.B. Patienten, Einweiser, Mitarbeiter) und Ergebnisse aus Forschung, Erhebungen und Prüfungen (z.B. Audits, Peer Review, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Fehlzeiten und Fluktuation der Mitarbeiter) werden von den Führungskräften berücksichtigt.	

1b (1-3)		Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b3 Sicherstellen der Verbesserung des Managementsystems		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Verbesserung des Managementsystems geregelt und sichergestellt?</i>		siehe S. 12	
3.	Das Managementsystem wird im Hinblick auf Veränderungen der Politik und Strategie bewertet, überprüft und aktualisiert.		
4.	Die Ergebnisse der Bewertungen werden dokumentiert, Verbesserungsaktivitäten daraus abgeleitet und umgesetzt.		
5	Die von den Führungskräften angebotenen Ansatzpunkte zur Verbesserung des Managementsystems sind lösungsorientiert, berufsgruppenübergreifend, rehaspezifisch und perspektivorientiert zu bearbeiten.		
1c (1-2)		Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
1c1 Öffentlichkeitsarbeit		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der Führung die Öffentlichkeitsarbeit geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• Publikationen</li> <li>• Broschüren</li> <li>• Flyer</li> <li>• Zeitungsausschnitte</li> <li>• Rundfunk/TV</li> <li>• Veranstaltungen</li> <li>• Internet</li> <li>• Programme von Seminaren, Tagungen und Konferenzen</li> <li>• Besuchsplanung</li> <li>• Marketingplan</li> <li>• Organigramm in dem die Einbindung der Öffentlichkeitsarbeit/Marketing in die Gesamtstruktur des Unternehmens deutlich wird</li> </ul>	
1.	Von der Führung der Einrichtung wird eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung von Informationen über die Einrichtung (z.B. Broschüren/Flyer, Publikationen, Rundfunk/TV, Veranstaltungen, Internet) betrieben.		
2.	Die Führungskräfte nehmen Möglichkeiten und Foren (z.B. Seminare, Tagungen und Konferenzen) wahr, um die Einrichtung nach außen hin aktiv zu vertreten, das Leitbild und die Zielorientierung der Einrichtung zu verbreiten und sich an aktuellen Themen zu beteiligen.		
3.	Es wird von der Führung sichergestellt, dass die Ziele, das Leitbild, die Politik und Strategie sowie die Leistungen für alle Interessengruppen transparent sind.		

1c (1-2)		Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
1c2 Entwickeln von Partnerschaften		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren/grundsätzliche Bestrebungen die Entwicklung von Partnerschaften (z.B. niedergelassene Ärzte/Krankenhausärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Akutkliniken, Nachsorgeangebote/Selbsthilfegruppen, Lieferanten, regionale Leistungsanbieter, Pflegedienste, Sozialdienste, Arbeitsämter, Berufshelfer der BG, Rehabilitationsberater, Berufsförderungswerke, Behörden und Politik) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsverträge mit Krankenhäusern</li> <li>• Kooperationsverträge mit Schulen</li> <li>• Liste der Fortbildungsveranstaltungen</li> <li>• Nachweise über die Pflege von Kooperationen (CRM-System = Customer Relationship Management -System)</li> <li>• Akquiseplanung</li> <li>• Planung von Kostenträgerkontakten</li> <li>• Protokolle von Kostenträgergesprächen</li> <li>• Hinweise auf:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- persönliche Gespräche</li> <li>- gemeinsame Beratungen</li> <li>- Arbeitsgruppen</li> <li>- Foren mit Partnern</li> <li>- öffentliche Veranstaltungen</li> </ul> </li> </ul>	
1.	Die Führungskräfte nehmen Möglichkeiten und Foren wahr, um neue Partner für die Einrichtung zu akquirieren, Partnerschaften aufzubauen und eine aktive Zusammenarbeit anzustreben (z.B. durch Organisation von persönlichen Gesprächen, gemeinsamen Beratungen, Arbeitsgruppen, Foren).		
2.	Das Vorgehen der Führung unterstützt die Interessen der Patienten.		
3.	Das Vorgehen der Führung unterstützt die Politik und Strategie des Unternehmens.		
1d (1)		Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter des Hauses und erkennen ihre Leistungen an.	
1d1 Motivierende und anerkennende Führungsarbeit		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist eine motivierende und anerkennende Führungsarbeit geregelt und sichergestellt (Erhebung z.B. durch mündliche oder schriftliche Mitarbeiterbefragungen)?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelungen zu Mitarbeitergesprächen</li> <li>• mitarbeiterbezogenes Beschwerdemanagement</li> <li>• Konzept für Vorschlagswesen und Verbesserungsmanagement</li> <li>• Kommunikationskonzept</li> <li>• Etabliertes Gesundheitsmanagement</li> <li>• Mitarbeiterbefragung</li> <li>• Dokumentation von Mitarbeitergesprächen</li> <li>• Teilnehmerliste der MA-Versammlung</li> </ul>	
1.	Die Führungskräfte verhalten sich mitarbeiterorientiert und vertrauensfördernd.		
2.	Die Mitarbeiter werden von der Führung in Entscheidungsprozesse einbezogen.		
3.	Die Führungskräfte verbinden die Interessen der Mitarbeiter und die des Unternehmens in angemessener Form.		

1d (1)		Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter des Hauses und erkennen ihre Leistungen an.	
1d1 Motivierende und anerkennende Führungsarbeit		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist eine motivierende und anerkennende Führungsarbeit geregelt und sichergestellt (Erhebung z.B. durch mündliche oder schriftliche Mitarbeiterbefragungen)?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle von Teambesprechungen</li> <li>• Protokolle von Qualitätszirkeln/ Qualitätsausschüssen oder Lenkungsgruppen</li> </ul>	
4.	Die Führungskräfte wenden Methoden an (z.B. Management by walking around), um eine offene Kommunikation mit und zwischen den Mitarbeitern (berufsgruppenspezifisch und -übergreifend) zu fördern bzw. beugen Negativeffekten (z.B. Mobbing und Burnout-Syndromen) vor.		
1e (1)		Führungskräfte erkennen und meistern den Wandel der Organisation.	
1e1 Veränderungen managen		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist eine angemessene Reaktion auf externe (z.B. Reha-Träger, niedergelassene Ärzte/Krankenhausärzte, Gesundheitspolitik/Gesetze, Markt) und interne Veränderungswünsche und -forderungen (z.B. Mitarbeiter, Patienten) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschwerdemanagement</li> <li>• Nachweise zum Umgang mit veränderten Anforderungen an die Leistungserbringung</li> <li>• Patientenbefragungen</li> <li>• Protokolle zur Therapiekonzeptaktualisierung</li> <li>• Einladung zur Führungstagung</li> <li>• Kostenträgerstatistik</li> <li>• Belegungsmeldungen</li> <li>• KTL-Statistik</li> <li>• Systematisches Projektmanagement</li> <li>• Besprechungsprotokolle (z.B. aus Leitungsrunden, Lenkungsausschüssen o.ä.)</li> <li>• Berichtswesen und Controlling</li> </ul>	
1.	Die Führungskräfte erkennen interne und externe Veränderungswünsche mit Bedeutung für die Rehabilitationseinrichtung.		
2.	Die Führungskräfte identifizieren die nötigen Veränderungen und legen sie fest. Dabei werden die Interessengruppen einbezogen.		
3.	Die Verfügbarkeit von Ressourcen (finanzielle u.a.) ist von der Führung sichergestellt.		
4.	Die Führungskräfte setzen Veränderungen effektiv um und kommunizieren sie den Mitarbeitern und Interessengruppen. Sie unterstützen die Mitarbeiter bei der Umsetzung.		
5.	Die Wirksamkeit der Veränderungen wird gemessen und bewertet, die Ergebnisse werden von der Führung kommuniziert.		



## 2. Politik und Strategie

Wie die Einrichtung ihr Leitbild mitsamt dem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen sowie Werten durch eine klare, auf die Interessengruppen ausgerichtete Strategie einführt und wie diese durch entsprechende Politik, Pläne, Ziele, Teilziele und Prozesse unterstützt wird.

2a (1-2)		Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen sowie Erwartungen der Interessengruppen.
2a1 Markt- und Wettbewerbsinformationen zu Grunde legen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren oder Regelungen die regelmäßige Wahrnehmung und Erfassung der Markt- und Wettbewerbsinformationen geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle der Klinikleitungssitzungen</li> <li>• Protokolle des Qualitätsausschusses</li> <li>• Teilnahme an Verbands- und Fachgruppenveranstaltungen</li> <li>• Kontaktdatenbank (CRM-System)</li> <li>• Berichtswesen/Reports zu Marktentwicklungen</li> </ul>
1.	Die gesundheitspolitischen Entwicklungen werden systematisch verfolgt und analysiert.	
2.	Es werden Methoden angewendet, um Markt- und Wettbewerbsinformationen, die für die Politik und Strategie des Hauses von Bedeutung sein können, vorausschauend zu erfassen und in Konzepten zu berücksichtigen.	
3.	Gewonnene Informationen werden auf neue oder erweiterte Möglichkeiten der eigenen Einrichtung analysiert (z.B. zur Entwicklung neuer Behandlungs- und Therapiekonzepte, innovative Dienstleistungen).	
4.	Die am Markt bestehende rehaspezifische Nachfrage (Indikationsspektrum) wird mit den Angeboten der Einrichtung abgeglichen.	
2a2 Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde legen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren sichergestellt, dass Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde gelegt werden?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investitionsplan</li> <li>• Protokolle der Fachgruppen</li> <li>• Patientenbefragung</li> <li>• Ergebnisse der externen Qualitätssicherung</li> <li>• Auswertung des Beschwerdemanagements</li> <li>• Analyse der Vertragsunterlagen: Dokumentation der SOLL-Anforderungen – Integration in Klinikprozessen</li> </ul>
1.	Die Bedürfnisse und Erwartungen aller Interessengruppen werden regelmäßig vorausschauend erfasst.	



2a (1-2)		Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen sowie Erwartungen der Interessengruppen.	
2a2		Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde legen	Beispiele für Nachweise
		<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren sichergestellt, dass Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde gelegt werden?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichte/Protokolle von Managementbewertungen und Zielplanungen</li> <li>• Übersicht über Interessensgruppen</li> <li>• Risikoanalysen/Risikobewertungen</li> <li>• Darstellung und Bewertung der Chancen</li> <li>• FMEA (Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse)</li> </ul>
2.	Potenzielle Chancen und Risiken werden bewertet und erforderliche Maßnahmen in der Politik und Strategie der Einrichtung berücksichtigt.		
2b (1-3)		Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
2b1		Einrichtungsinterne Leistungs- und Qualitätsindikatoren auswerten	Beispiele für Nachweise
		<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Auswertung von einrichtungsinternen Leistungs- und Qualitätsindikatoren geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Patientenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> <li>• Fachspezifische Reporting-Systeme bzw. Scoreerhebung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Übersicht über die erhobenen Leistungsindikatoren mit Darstellung von Verantwortlichkeiten für die Erhebung, Turnus, Auswertung etc.</li> </ul>
1.	Es werden Methoden angewendet und dokumentiert (z.B. Patientenfragebogen, internes Peer-Review, Supervision, Audit, Assessment, Visite, interdisziplinäre Therapiebesprechung), die mittels festgelegter Kriterien in der Lage sind, Indikatoren (z.B. Mess-/Kennwerte/-zahlen) für die Leistungen und die Qualität der Leistungen der Einrichtung zu erfassen.		
2.	Die Methoden sind auf die Bedürfnisse aller Interessengruppen ausgerichtet.		
3.	Für die verschiedenen Bereiche der medizinischen Rehabilitation werden Leistungsindikatoren festgelegt, gesammelt und ausgewertet.		
4.	Es werden Managementinstrumente zur Sammlung und Auswertung von internen Leistungsindikatoren genutzt.		

2b (1-3)		Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
2b2		Einrichtungsinterne Lernprozesse auswerten	Beispiele für Nachweise
		<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Auswertung einrichtungsinterner Lernprozesse geregelt?</i>	
1.	Die Ergebnisse aus Lernprozessen, wie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertungen,</li> <li>• Fehleranalysen und Risikobetrachtungen</li> <li>• Projektarbeiten (z.B. Qualitätszirkel, Gruppenarbeit und Teambesprechung)</li> </ul> werden erfasst und für die Einrichtung nutzbar gemacht.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Zielplanung</li> <li>• QM-Maßnahmenplan</li> <li>• Sitzungsprotokolle:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygienekommission</li> <li>- Arbeitsschutz</li> <li>- Medizinprodukte</li> <li>- Qualitätsausschuss/Lenkungsgruppe</li> </ul> </li> <li>• Interne Managementbewertungen (Protokolle und Dokumentation)</li> <li>• Selbstbewertungsbericht mit Selbstbewertung</li> </ul>
2.	Die Verfahren berücksichtigen alle Indikationen und Funktionsbereiche der Einrichtung.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Projektplanung</li> <li>• Dokumentation/Auswertungen Fehlermanagement</li> <li>• Dokumentation/Auswertungen Risikomanagement</li> </ul>
3.	Es werden regelmäßige interne Managementbewertungen durchgeführt und messbare Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen abgeleitet.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitationsberichte</li> <li>• Auditberichte</li> <li>• Protokolle interne Audits</li> </ul>
4.	Aufgrund der Bewertungen werden Maßnahmen abgeleitet sowie deren Überwachung durchgeführt.		
2b3		Leistungen externer Wettbewerber analysieren	Beispiele für Nachweise
		<i>Inwieweit wird mittels strukturierter Verfahren die Leistung von Wettbewerbern und klassenbesten Organisationen analysiert und für die Einrichtung genutzt?</i>	
1.	Es werden für die Einrichtung Vergleichsmaßstäbe/Bezugsgrößen (Benchmarking) identifiziert.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterienkatalog Peer Review</li> <li>• internes Benchmarking</li> <li>• Ergebnisse aus externer Qualitätssicherung inkl. Bewertung und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen</li> <li>• Dokumentation der Managementbewertung</li> </ul>
2.	Es werden für die verschiedenen Funktionsbereiche/Indikationen der Rehabilitation Vergleichsmaßstäbe/Bezugsgrößen ermittelt.		

2c (1)		Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
2c1 Entwickeln von Politik und Strategie		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung von Politik und Strategie (z.B. regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei Sitzungen der Führungskräfte, Arbeitsgruppen) geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unternehmensleitbild</li> <li>• Ziele und Zielbewertung</li> <li>• Dokumente zur Ziel- und Strategieplanung</li> <li>• Rehabilitations- und Therapiekonzepte</li> <li>• QM-Maßnahmenplan der Abteilungsziele</li> <li>• QM-Dokumentation</li> </ul>	
1.	Die Entwicklung von Politik und Strategie wird in regelmäßigen Abständen (z.B. quartalsmäßig/jährlich) diskutiert und aktualisiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q-Zirkel</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• IQMP-Reha-Selbstbewertung</li> </ul>	
2.	Es gibt eine strukturierte Planung bezüglich der Qualitätsziele (z.B. Nah- u. Fernziele, Teilziele) in der Einrichtung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanced Scorecard</li> </ul>	
3.	Die Politik und Strategie beruhen auf dem Leitbild und den Werten der Einrichtung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übersicht über (Leistungs-)Besprechungen bzw. Kommunikations-/Besprechungsmatrix</li> <li>• Protokolle der (Leistungs-)Besprechungen</li> </ul>	
4.	Die Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen (z.B. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft) werden berücksichtigt.		
5.	Das Einrichtungskonzept beinhaltet Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse).		
6.	Im Einrichtungskonzept wird das Leistungsspektrum dargestellt.		
7.	Leistungsangebote, die vom Anwendungsbereich der angewendeten Qualitätsnorm ausgeschlossen sind, werden schriftlich festgelegt.		
8.	Im Einrichtungskonzept wird die Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger dargestellt (z.B. Reha- Richtlinie).		
9.	Das Einrichtungskonzept ist mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand vereinbart.		
10.	Das Einrichtungskonzept wird von den Führungskräften schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart und dient allen Mitarbeitern als Handlungsorientierung.		
11.	Das Einrichtungskonzept wird regelmäßig intern überprüft, ggf. den neuen Anforderungen angepasst und aktualisiert.		

2c (1)		Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.
2c1 Entwickeln von Politik und Strategie		Beispiele für Nachweise
12.	Politik und Strategie sind mit den Schlüsselprozessen der Rehabilitation verknüpft (Indikationsspektrum, indikationsbezogene Therapieangebote, Behandlungsziele, Maßnahmen der Einrichtung zur Reha- Nachsorge).	siehe S. 19
13.	Die Politik und Strategie werden den Mitarbeitern der Einrichtung transparent gemacht und sind bekannt (z.B. Jahresberichte, Qualitätsberichte).	
14.	Zur Umsetzung werden auf allen Ebenen der Einrichtung (z.B. Abteilungen, Funktionsbereiche) Managementmethoden genutzt.	
15.	Die Erreichung von Qualitätszielen wird evaluiert, die Ergebnisse dokumentiert und gegebenenfalls aktualisiert.	
2d (1-3)		Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.
2d1 Kommunizieren und sukzessives Umsetzen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Kommunikation und das sukzessive Umsetzen der Politik und Strategie geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitbild</li> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstweisungen) zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- innerbetrieblichem Vorschlagswesen</li> <li>- innerbetrieblicher Kommunikation</li> <li>- MA-Befragung</li> <li>- MA- oder Abteilungsgespräche</li> </ul> </li> <li>• Kommunikations- oder Besprechungsmatrix</li> <li>• Protokolle und Anwesenheitslisten interner Gremien und Leitungssitzungen</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• MA-Befragung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• QM-Ordner im Intranet, eigene QM-Seite</li> <li>• IT- Berechtigungsstrukturen Zugangsberechtigungen, Mailverteiler o.ä.</li> </ul>
1.	Es werden alle notwendigen Informationen über Politik und Strategie – einschließlich über das Einrichtungskonzept – der Einrichtung und den Partnern weitergegeben.	
2.	Die Informationen werden nutzeradäquat aufbereitet.	
3.	Es ist sichergestellt, dass die Qualitätsziele und die Zielerreichung in der Einrichtung transparent gemacht werden.	
4.	Es ist sichergestellt, dass alle, insbesondere die, die Entscheidungen treffen, die strategischen Ziele und den Weg, diese zu erreichen, kennen und umsetzen.	
5.	Es erfolgt eine regelmäßige Überwachung der Strategieumsetzung.	

2d (1-3)		Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.	
2d2 Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse (vgl. auch 5) geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Verfahrensanweisungen, Standards, Arbeits- oder Dienstanweisungen</li> <li>• Prozessdarstellungen</li> <li>• Leitlinien</li> <li>• Medizinisches Konzept der jeweiligen Fachabteilung</li> <li>• überarbeitete Prozesse und Regelungen zur Entwicklung des QM-Systems</li> <li>• Projektmanagement</li> <li>• Auditprogramm</li> <li>• Protokolle</li> <li>• Elektr. Dokumentationssystem für Prozesse</li> </ul>	
1.	Der Anwendungsbereich des QM-Systems ist festgelegt (z.B. in einer Prozesslandschaft) und in strategisch relevanten Dokumenten (Einrichtungskonzept, QMH) dargestellt.		
2.	Die Führungskräfte unterstützen das Verfahren, um vielfältige Prozesse in der Einrichtung strukturiert zu managen (identifizieren, abstimmen, dokumentieren, umsetzen, prüfen).		
3.	Alle an einem bestimmten Prozess Beteiligten (z.B. abteilungs- und berufsgruppenübergreifend) werden einbezogen.		
4.	Es ist sichergestellt, dass die verschiedenen Prozesse an den Erwartungen einrichtungsrelevanter interner und externer Interessengruppen, an den fachlichen Qualitätsstandards und an der Politik und Strategie der Einrichtung ausgerichtet sind.		
5.	Es gibt eine Abstimmung zwischen den einzelnen Prozessen, insbesondere mit den Schlüsselprozessen (vgl. 2d3).		
6.	Die Zuständigkeiten, auch in den Bereichen der Schnittstellen (z.B. abteilungs- und berufsgruppenübergreifend), sind klar geregelt und werden dargelegt.		
7.	Bei neuen Prozessen werden Daten gesammelt, um eine Evaluationsbasis zu haben.		
8.	Für die verschiedenen Prozesse sind berufsgruppenübergreifende Leitlinien, Standards oder Dienstanweisungen beschrieben.		

2d (1-3)		Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.
2d3 Entwicklung und Benennung von Schlüsselprozessen		Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung und Benennung der Schlüsselprozesse (zentrale Prozesse, die zur Erstellung der einrichtungsspezifischen Angebote und Dienstleistungen führen, also Patienten- und behandlungsbezogene wertschöpfende Prozesse) im Sinne der Politik und Strategie (vgl. 2c1) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Verfahrensanweisungen, Standards, Arbeits- oder Dienststanweisungen</li> <li>• Medizinisches Konzept der jew. Fachabteilung</li> <li>• Qualitätszirkel</li> <li>• Projektgruppen für Therapiemodule</li> <li>• Übersicht der Prozesseigentümer</li> <li>• Interne und externe Auditberichte</li> </ul>
1.	Die Schlüsselprozesse werden durch hierarchie- und berufsgruppen- übergreifende Mitarbeit identifiziert und priorisiert.	
2.	Für die Schlüsselprozesse – einschließlich der Behandlungskonzepte – sind Prozessverantwortliche schriftlich benannt, die für die Erstellung, Prüfung, Freigabe, Pflege und Aktualisierung verantwortlich sind.	
3.	Die Schlüsselprozesse berücksichtigen die Bedürfnisse der Interessengruppen, insbesondere die der Patienten.	
4.	Die Schlüsselprozesse sind untereinander und mit anderen Prozessen vernetzt.	
5.	Für die definierten Schlüsselprozesse sind berufsgruppenübergreifende Leitlinien, Standards oder Dienststanweisungen beschrieben.	
6.	Die Konzepte werden regelmäßig überprüft, ggf. den neuen Anforderungen angepasst und aktualisiert.	

### 3. Mitarbeiter

Wie die Einrichtung das Wissen und das gesamte Potenzial ihrer Mitarbeiter auf individueller, teamorientierter und einrichtungswelter Ebene managt, entwickelt und freisetzt und wie sie diese Aktivitäten plant, um ihre Politik und Strategie sowie die Effektivität ihrer Prozesse zu unterstützen.

3a (1-2) Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert.		
3a1 Personalbedarf planen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Personalbedarfsplanung im Sinne eines internen und externen Personalmarketings geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Die Politik und Strategie wird durch Personalplanung unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Wirtschaftsplan mit Personalplanung</li> <li>• Stellenpläne</li> <li>• Strukturhebungsbogen der DRV Bund</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Erhebung von/ Informationen zu:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluktuationsraten</li> <li>- Personalausfallquoten</li> <li>- Mehrarbeit</li> <li>- Soll-Ist-Stunden-Differenz</li> </ul> </li> </ul>
2.	Zur Sicherung der Behandlung steht den unterschiedlichen Abteilungen ausreichend fachqualifiziertes Personal der verschiedenen Berufsgruppen im Sinne eines multiprofessionellen Teams zur Verfügung (z.B. Ärzte, Diplom-Psychologen, Pflegepersonal, Bewegungs- und Physiotherapeuten, Sozialarbeiter/-pädagogen, Diätetischer Dienst, Verwaltung, Fachpersonal nach Indikation).	
3.	Die personelle Ausstattung deckt sich mit den Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger (Einrichtungsstrukturhebung).	
4.	Für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche werden personelle Standards definiert und berücksichtigt.	
5.	Es ist sichergestellt, dass alle entsprechenden Interessengruppen bei der Planung des Personalbedarfs beteiligt sind.	
6.	Es werden aussagefähige Begleitstatistiken geführt (z.B. Fluktuationsraten, Personalausfallquoten, Mehrarbeit, Soll-Ist-Stunden-Differenz), die für eine Bewertung und Verbesserung der Personalplanung herangezogen werden.	
7.	Die reale Personalsituation wird regelmäßig mit der Leistungserbringung abgestimmt.	

3a (1-2)		Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert.	
3a2 Personaleinsatz planen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung des Personaleinsatzes geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstsanweisungen) zur Personaleinsatzplanung</li> <li>• Dienstpläne</li> <li>• Urlaubspläne</li> <li>• Betriebsvereinbarungen</li> </ul>	
1.	Die unterschiedlichen Abteilungen der Einrichtung halten eine strukturierte, qualifizierte Personaleinsatzplanung für die Versorgung der Patienten täglich 24 Stunden vor (z.B. Nachtdienst, Wochenenddienst, Rufbereitschaft, Vertretung im Krankheitsfall).		
2.	Die Wünsche und Erwartungen der Mitarbeiter werden erhoben und berücksichtigt.		
3.	Es gibt Regelungen zu flexiblen Arbeitszeiten/ neuen Arbeitszeitmodellen.		
4.	Es ist sichergestellt, dass geplante Arbeitszeiten auch eingehalten werden.		
5.	Es bestehen klare Regelungen für die Urlaubsplanung und -genehmigung.		
3b (1-3)		Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b1 Qualifikationen ermitteln		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung der Qualifikation geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstsanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investitionsplanung</li> <li>- Fortbildungsplanung</li> <li>- Weiterbildungsplanung</li> </ul> </li> <li>• Tätigkeits- oder Stellenbeschreibungen</li> <li>• personenbezogene Entwicklungspläne</li> <li>• Personalunterlagen</li> <li>• Aufstellung der Chefärzte zum Qualifikationsbedarf</li> <li>• Festlegungen zur Qualifikation (Qualifikationsmatrix)</li> <li>• Personalstandsmeldung DRV</li> <li>• Schulungsplan</li> <li>• Schulungspass</li> <li>• Ausbildungsnachweis QMB</li> </ul>	
1.	Die erforderlichen Qualifikationen des Personals bezüglich der verschiedenen Stellen/Verantwortlichkeiten in der Einrichtung sind geregelt und dokumentiert (z.B. Tätigkeits- oder Stellenbeschreibungen, Leistungsanforderungen, personenbezogene Entwicklungspläne).		
2.	Die Ermittlung des Qualifikationsbedarfs berücksichtigt dabei auch Personalveränderungen (Personalab- und zugänge, demographiebedingte zukünftige Bedarfe).		
3.	Es ist sichergestellt, dass für die berufsgruppenbezogenen Aufgaben spezifische Leistungsanforderungen/Mindestqualifikationen erfüllt werden.		
4.	Es ist sichergestellt, dass der Qualitätsmanagementbeauftragte über die erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügt.		



3b (1-3)		Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b1 Qualifikationen ermitteln		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung der Qualifikation geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Personalbedarfserhebung</li> <li>• Protokolle der Teamsitzungen zur Fortbildungsplanung</li> </ul>	
5.	Der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter wird mindestens einmal jährlich erhoben, geplant und durchgeführt.		
3b2 Qualifikationen fördern und aufrechterhalten		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeiter in Bezug auf...</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Schulung und Weiterbildung</li> <li>• Konzernbetriebsvereinbarung</li> <li>• Themenliste der Fortbildung für Ärzte</li> <li>• Themenliste der internen Teamfortbildungen</li> <li>• Formulare zur Evaluation der Fortbildungen</li> <li>• Auswertungsdokumentation zur Evaluation der Fortbildungen</li> <li>• Liste aller: <ul style="list-style-type: none"> <li>- geförderten Fortbildungen und Dienstreisen</li> <li>- durchgeführten Supervisionstermine</li> <li>- bestellten Bücher, Zeitungen</li> </ul> </li> </ul>	
1.	... die Fort- und Weiterbildungsprogramme geregelt und sichergestellt?		
	<p>a) Die Fort- und Weiterbildung ist geregelt und dokumentiert (z.B. Zuständigkeiten, Organisation).</p> <p>b) Die Rehabilitationseinrichtung hat festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit die internen Teamfortbildungen durchgeführt werden.</p> <p>c) Die Auswahl der Inhalte ist geregelt (berufsgruppenspezifisch/-übergreifend, abteilungsspezifisch/-übergreifend, hierarchiespezifisch/-übergreifend).</p> <p>d) Die gesetzlich geforderten Schulungen und Unterweisungen werden sichergestellt (z.B. Datenschutz, Brandschutz, Hygiene, Infektionsschutz, Arbeitssicherheit).</p> <p>e) Das interne Programm wird durch externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ergänzt (auch z.B. Fachkongresse, wiss. Tagungen, Qualitätszirkel).</p> <p>f) Die Fort- und Weiterbildungsangebote werden evaluiert.</p> <p>g) Die Förderung der Mitarbeiter ist explizit geregelt (z.B. nach Abteilung/Berufsgruppe).</p>		

3b (1-3) Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.		
3b2 Qualifikationen fördern und aufrechterhalten		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeiter in Bezug auf...</i>		siehe S. 25
2.	... das Lernen am Arbeitsplatz geregelt und sichergestellt?	
	a) Es werden Möglichkeiten geschaffen, arbeitsbezogen zu lernen, unterschiedliche Vorgehensweisen zu erproben und praktische Veränderungen vorzunehmen.	
3.	... das Angebot von angemessenen Medien geregelt und sichergestellt?	
	a) Es gibt ein Konzept der Bereitstellung von Printmedien (z.B. direkter Zugriff auf Standardwerke auf den einzelnen Stationen, Fachzeitschriften in den entsprechenden Abteilungen, zentrale fach- und berufsgruppenübergreifende Bibliotheken). b) Es gibt ein Konzept der Bereitstellung von elektronischen Daten/ Datenbanken (Inter-, Intranet). c) Es gibt Sicherungsmaßnahmen (z.B. Datenschutz, Urheberschutz), um die Gültigkeit und Integrität der Informationen sicherzustellen. d) Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der medialen Fort- und Weiterbildung sind bei allen Mitarbeitern der Einrichtung bekannt und werden genutzt. e) Wissenschaftliche Erkenntnisse werden gesichert und aktualisiert und in bestehende Methoden (z.B. Schulungen) und Prozesse (z.B. Behandlung) der Einrichtung implementiert.	

3b (1-3) Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b3 Schulungs- und Entwicklungspläne erstellen und realisieren	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Schulung und Entwicklung von Mitarbeitern ...</i>	
1. ... im Besonderen in Bezug auf die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern geregelt und sichergestellt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung</li> <li>- Weiterbildung</li> <li>- Einarbeitung neuer Mitarbeiter</li> </ul> </li> <li>• Fortbildungsplan</li> <li>• Protokolle des Qualitätsausschusses/ der Qualitätskommission</li> <li>• Nachweise zur Mitarbeiterereinarbeitung und -einführung</li> <li>• Mitarbeitergespräche</li> <li>• Einarbeitungscheckliste Ärzte</li> <li>• Informationsmappe für neue Mitarbeiter</li> <li>• Laufzettel</li> <li>• Leitfadenentwurf für Mitarbeitergespräche</li> <li>• Schulungsplan</li> <li>• Schulungspass</li> </ul>
a) Die Planung ist berufs- und abteilungsübergreifend, aber Besonderheiten für die Berufsgruppen und für die rehaspezifischen Abteilungen werden berücksichtigt.	
b) Die Rahmenbedingungen, wie Zeit, personelle Betreuung (Mentoren, Patenschaften) und Struktur (z.B. Anfangs-, Zwischen- und Endgespräch) sind klar geregelt.	
2. ... in Bezug auf die Personal- und Karriereentwicklung und im Hinblick auf ein regelmäßiges Feedback für Mitarbeiter (z.B. durch Mitarbeitergespräche) geregelt und sichergestellt?	
a) Es ist sichergestellt, dass Mitarbeiter bei der Einführung neuer Konzepte/Geräte/ Systeme entsprechend qualifiziert werden.	
b) Es gibt ein standardisiertes Beurteilungssystem.	
c) Es werden Ziele vereinbart.	
d) Die individuellen Wünsche und Vorstellungen der Mitarbeiter (z.B. Versetzung) werden erfragt, berücksichtigt und mit der Politik und Strategie der Einrichtung in Verbindung gebracht.	
e) Die Informationen aus den Personalentwicklungsverfahren werden mit der Planung von Fort- und Weiterbildung verknüpft.	

3c (1-2)		Mitarbeiter werden beteiligt und erhalten Möglichkeiten zu selbständigem Handeln.
3c1 Eigeninitiative und Verbesserungsaktivitäten fördern		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Förderung von Eigeninitiativen und Verbesserungsaktivitäten geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitarbeiterbeschwerdemanagement</li> <li>- Vorschlagswesen</li> </ul> </li> <li>• Kündigung von Betriebsvereinbarungen</li> <li>• Protokolle der Arbeitsgruppen</li> <li>• Auditberichte</li> </ul>
1.	Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter im Sinne eines betrieblichen Vorschlagwesens werden berücksichtigt.	
2.	Den Mitarbeitern werden Anreize (z.B. Lob und Anerkennung) gegeben, um Verbesserungsvorschläge anzuregen.	
3.	Den Mitarbeitern/Teams/Abteilungen werden Möglichkeiten zur Verfügung gestellt, um innovative Verbesserungsvorschläge zu entwickeln und Mitarbeiterbeteiligung zu ermöglichen.	
4.	Es ist sichergestellt, dass das Vorgehen überall eingeführt und bei allen Mitarbeitern bekannt ist.	
5.	Es ist sichergestellt, dass die identifizierten Verbesserungsaktivitäten in den betreffenden Abteilungen umgesetzt werden.	
3c2 Zu selbständigem Handeln ermächtigen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermächtigung zu selbständigem Handeln geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle der Arbeits-/Projektgruppengruppen</li> <li>• Protokolle des Qualitätsausschusses</li> <li>• Festlegung der Verantwortlichkeiten z.B. in den Einarbeitungschecklisten für Ärzte</li> </ul>
1.	An einzelne Mitarbeiter und insbesondere Teams wird Projekt- oder Prozessverantwortung delegiert.	
2.	Die Verantwortungsübertragung ist durch vorbereitende Maßnahmen abgesichert und wird supervidiert.	
3d (1-2)		Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Einrichtung wird gestaltet.
3d1 Kommunikation planen und ermöglichen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung und Ermöglichung von Kommunikation geregelt und sichergestellt (z.B. Kommunikationskonzept)?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu interner Kommunikation</li> <li>• Besprechungsmatrix</li> <li>• Maßnahmenlisten</li> <li>• Organigramm</li> <li>• Qualitätszirkel</li> </ul>
1.	Es gibt regelmäßige Foren und klar geregelte Kommunikationskanäle für die Kommunikation der Mitarbeiter/Vertreter der Mitarbeiter mit der Einrichtung (z.B. Informationen, Ideen, Wünsche, Bedürfnisse, Beschwerden).	

3d (1-2) Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Einrichtung wird gestaltet.	
3d1 Kommunikation planen und ermöglichen	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung und Ermöglichung von Kommunikation geregelt und sichergestellt (z.B. Kommunikationskonzept)?</i>	
1.	Es gibt regelmäßige Foren und klar geregelte Kommunikationskanäle für die Kommunikation der Mitarbeiter/Vertreter der Mitarbeiter mit der Einrichtung (z.B. Informationen, Ideen, Wünsche, Bedürfnisse, Beschwerden).
2.	Es werden vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. von oben nach unten und umgekehrt, horizontal) berücksichtigt (z.B. Abteilungs-, Dienstbesprechungen) und regelmäßig durchgeführt.
3.	Es gibt Möglichkeiten der hierarchiefreien Kommunikation (z.B. Qualitätszirkel, analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise).
4.	Die Kommunikationsmöglichkeiten sind bei den Mitarbeitern bekannt und werden genutzt.
5.	Die Kommunikation wird dokumentiert (z.B. Protokoll).
3d2 Kommunikationsbedarf ermitteln	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung des Kommunikationsbedarfs geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Kommunikationsbedürfnisse der Mitarbeiter werden berücksichtigt.
2.	Es gibt regelmäßige, strukturierte Verfahren (z.B. Befragung mittels Fragebögen, „Meckerkästen“) zur Sammlung von Ideen, Wünschen, Bedürfnissen und Beschwerden der Mitarbeiter.
3.	Die Möglichkeiten der Stellungnahme sind in allen Bereichen umgesetzt und bei allen Mitarbeitern bekannt.
Beispiele für Nachweise	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besprechungsprotokolle</li> <li>• Regelungen zum Lesen von Protokollen (Holschuld)</li> <li>• Auditprotokolle</li> <li>• Newsletter</li> <li>• „Monatsinfo“ mit Informationen aus QM</li> <li>• Beschwerdemanagement</li> <li>• Vorschlagswesen</li> <li>• Digitale Plattformen zur Kommunikation (z.B. Outlook o.ä.)</li> <li>• Fragen in der Mitarbeiterbefragung zur Kommunikation und der Möglichkeit Ideen und Wünsche zu äußern (inkl. entsprechende Auswertungen)</li> </ul>	
Beispiele für Nachweise	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstweisungen) zu Mitarbeitervorschlagswesen</li> <li>• Betriebsvereinbarung zu Mitarbeitergesprächen</li> <li>• Besprechungsmatrix</li> <li>• Protokolle der Sitzungen</li> <li>• Mitarbeiterbefragungen (Fragen zur Kommunikation)</li> <li>• Auswertung Beschwerdemanagement</li> <li>• Rückmeldungen/Berichte des Betriebsrats</li> <li>• Regelung zum Beschwerdemanagement</li> </ul>	

3e (1) Mitarbeiter werden anerkannt, belohnt und betreut.	
3e1 Anerkennen, belohnen und betreuen	
Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Belohnung und Sorge geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	In der Einrichtung wird eine „Kultur des Mitarbeiterumgangs“ betrieben.
2.	Den Mitarbeitern stehen Angebote zur Gesundheitsförderung zur Verfügung.
3.	Personalanpassungsmaßnahmen werden rechtzeitig und sozialverträglich geplant und realisiert.
4.	Es gibt ein transparentes Lohn- und Gehaltssystem.
5.	Es werden Methoden angewendet, um das Engagement der Mitarbeiter zu fördern und zu belohnen (z.B. leistungsorientierte Entlohnung, Tantiemen, nicht finanzielle Anreize).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschreiben zur Gripeschutzimpfung</li> <li>• Mitarbeiterangebote im Bereich der Gesundheitsprogramme (z. B. Qi-Gong, „Gesund Ernähren“ usw.)</li> <li>• Regelungen/Betriebsvereinbarungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement</li> <li>• Mitarbeiterbefragung</li> </ul>

## 4. Partnerschaften und Ressourcen

Wie die Einrichtung ihre externen Partnerschaften und internen Ressourcen plant und managt, um ihre Politik und Strategie sowie die Effektivität ihrer Prozesse zu unterstützen.

4a (1) Externe Partnerschaften werden gemanagt.		
4a1 Externe und patientenbezogene Partnerschaften werden gemanagt		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von externen und patientenbezogenen Partnerschaften geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Die Beziehungen zu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) patientenbezogenen Partnern (z.B. einweisende Ärzte, weiterbehandelnde Ärzte, Pflegedienste, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen, Angehörige) und weiteren externen Partnern (z.B. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Rehabilitationsberater, Arbeitsämter, Berufshelfer der BG, Berufsförderungswerke, Gesundheitsministerien, Dienstleister) sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert.</li> <li>b)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen)</li> <li>• Kommunikationsmatrix</li> <li>• Ggf. Kooperationsverträge (zuweisende Kliniken u.a.)</li> <li>• Einweiser-Statistiken</li> <li>• Protokolle von Gesprächen mit Einweisern</li> <li>• Berichte Begehung durch Leistungsträger</li> <li>• Lieferantenlisten</li> <li>• Lieferantenbewertung</li> <li>• Teilnehmerlisten für Angehörigenseminare</li> <li>• CRM-System (z.B. Kontaktdatenbank)</li> <li>• Ergebnisse externer Qualitätssicherung</li> </ul>
2.	Die Beziehungen zu Lieferanten sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert (Lieferantenliste, System der Lieferantenauswahl).	
3.	Die Information und Kooperation zwischen der Einrichtung und externen Partnern sind geregelt und strukturiert.	
4.	Die Zusammenarbeit wird im Hinblick auf die Interessengruppen definiert und dokumentiert (z.B. durch Anforderungsprofile, Verträge, Produkthanforderungen, Bewertungen, Leistungs- u. Rechnungsprüfungen, Einbeziehung in QMS).	
5.	Verschiedene Interessenlagen werden abgestimmt (Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger, Selbsthilfe)	

4b (1) Finanzielle Ressourcen werden gemanagt.	
4b1 Managen von Finanzen und Investitionen	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Finanzen und Investitionen geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Politik und Strategie wird durch die Finanz- und Investitionsplanung unterstützt.
2.	Es werden Methoden angewendet, die sicherstellen, dass auf einen effektiven und effizienten Einsatz der Ressourcen geachtet wird und die Mitarbeiter daraufhin informiert und geschult werden.
3.	Es werden Methoden angewendet, die sicherstellen, dass die Kosten für die Ressourcen den Mitarbeitern, die sie einsetzen, bekannt sind.
4.	Es werden Methoden angewandt, um die Effektivität zu prüfen.
5.	Es gibt ein Risikomanagement.
6.	Die Qualitätsziele werden explizit berücksichtigt.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung der Klinikziele/strategischen Ziele</li> <li>• Wirtschaftsplan/Investitionsplanung</li> <li>• Berichte des Controlling</li> <li>• Monatliche BWA (Betriebswirtschaftliche Auswertungen)</li> <li>• Angebote der externen Firmen für anstehende Investitionen</li> <li>• Betriebswirtschaftliches Risikomanagement</li> </ul>	
4c (1-3) Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
4c1 Managen von Gebäuden und Einrichtungen	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Gebäuden und Einrichtungen geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Es ist sichergestellt, dass die Gebäude im Hinblick auf Zustand und Funktion die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen (z.B. Konzept zur Instandhaltung, Gebäude- u. Bestandspläne) und die Politik und Strategie der Einrichtung optimal unterstützen.
2.	Die Instandhaltung und Sicherheit des Gebäudes unter Einbeziehung der Hygiene- und Brandschutzvorschriften ist geregelt (z.B. Bestandteil der Jahresplanung, Wartungspläne, interne Rundgänge).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept zur Instandhaltung</li> <li>• Gebäude- u. Bestandspläne</li> <li>• Flucht- und Rettungspläne</li> <li>• Wartungs- und Servicepläne</li> <li>• Investitionsplan</li> <li>• Prüfberichte</li> <li>• Messprotokolle</li> <li>• Begehungsprotokolle (Instandhaltung, Arbeitsschutz, Brandschutz u.ä.)</li> <li>• Protokolle des Arbeitsschutzausschusses</li> </ul>	



4c (1-3) Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
4c1 Managen von Gebäuden und Einrichtungen	
Beispiele für Nachweise	
3.	Bei der räumlich-sachlichen Ausstattung werden die indikationsspezifischen Forderungen der Fachgesellschaften (z.B. von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen) und die rehaspezifischen Anforderungen der Kostenträger erfüllt.
4.	Die räumlich-sachliche Ausstattung (z.B. Gebäude, Abteilungen, Zimmer, Diagnose- und Therapieeinrichtungen, Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen) ist an den Anforderungen der weiteren Interessengruppen ausgerichtet.
siehe S. 32	
4c2 Managen von Material	
Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Bereitstellung und Anwendung von Materialien, wie Arzneimittel, Medizin- und Blutprodukte, technische Geräte, Büromaterial, Versorgungsgüter (z.B. Reinigungs- und Desinfektionsmittel) geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Es ist sichergestellt, dass die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln, Medizin- und Blutprodukten, technischen Geräten, Büromaterial und Versorgungsgütern (z.B. Verantwortlichkeiten, Ablauforganisation, ggf. 24h-Bereitstellung) unter ökologischen, ökonomischen, hygienischen und anwendungsspezifischen Aspekten gesteuert ist.
2.	Die gesetzlichen Vorschriften (z.B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsgesetz, Medizinproduktegesetz-Betreiberverordnung, Arzneimittelgesetz) und internen Bestimmungen (z.B. Verfahrens-, Dienstweisungen) werden eingehalten.
3.	Es ist sichergestellt, dass Verfahren und Modalitäten bei allen beteiligten Mitarbeitern bekannt sind und eingehalten werden.
4.	Für die Kontrolle der Einhaltung sind entsprechende Beauftragte/ Kommissionen benannt.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstweisungen) zum Bestellen und Managen von Verbrauchs- und Investitionsmaterialien</li> <li>• BTM-Buch</li> <li>• BTM-Übergabeprotokoll</li> <li>• Lieferantenbewertung Apotheke</li> <li>• Lieferantenbewertung Labor</li> <li>• Übersicht über Beauftragte/Bestellungsurkunden Beauftragte</li> </ul>	

4c (1-3)		Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
4c3 Sicherstellen des Umwelt- und Humanschutzes bei der Beschaffung und Entsorgung von Ressourcen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der Umwelt- und Humanschutz bei der Beschaffung und Entsorgung von Ressourcen geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsschutzhandbuch</li> <li>• Protokolle:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legionellenprävention</li> <li>- Gewerbeaufsichtsamt</li> </ul> </li> <li>• Teilnahmeliste der Gefahrstoffschulung</li> <li>• Abfallkonzept</li> <li>• Abfallstatistiken</li> <li>• Prüflisten zum HACCP-Konzept (z.B. Temperaturkontrollen)</li> </ul>	
1.	Es gibt dokumentierte Regelungen und Konzepte bei der Ressourcenbeschaffung (z.B. Wäsche, Lebensmittel) im Hinblick auf ökologische, hygienische und ökonomische Aspekte.		
2.	Es gibt ein Konzept zum Umgang mit Abfällen/Abwässern (z.B. Abfallwirtschaftskonzept).		
3.	Die gesetzlichen Vorschriften und internen Bestimmungen (z.B. Verfahrens-, Dienstanweisungen) sind bekannt und werden eingehalten.		
4.	Die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen (z.B. Lebensmittelhygieneverordnung, HACCP, Wasserhaushaltsgesetz, Gefahrstoffverordnung, Röntgenverordnung) wird überprüft.		
4d (1)		Technologie wird gemanagt.	
4d1 Managen von Technologien		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Technologien geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterlagen oder Dokumente zur IT-Planung</li> <li>• EDV-Konzept insbesondere Ausfallkonzept</li> <li>• Anwesenheitslisten von Schulungen</li> <li>• Dienstplanprogramm</li> <li>• Beratungsverträge</li> <li>• IT-Schulungen</li> <li>• Berechtigungskonzept</li> </ul>	
1.	Es gibt Konzepte zum Einsatz vorhandener und zur Kenntnisnahme neuer Technologien.		
2.	Eine optimale Ausnutzung wird sichergestellt (z.B. Pläne, Vereinbarungen, gemeinsame Nutzung mit Partnern).		
3.	Die Einrichtung stellt im Besonderen die Nutzung der Informationstechnologie sicher (z.B. EDV-Konzept).		
4.	Den Zugangsberechtigten wird durch Einweisungen und Schulungen ein fundierter, transparenter und verantwortlicher Umgang mit der (Informations-)Technologie ermöglicht.		

4d (1) Technologie wird gemanagt.		
4d1 Managen von Technologien		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Technologien geregelt und sichergestellt?</i>		siehe S. 34
5.	Spezifische Softwareprogramme (z.B. Reha-Bereich, Gesundheitswesen) werden für die Prozesse zur Patienten-/Rehabilitandenversorgung (z.B. Dokumentation, Steuerung, Abrechnung) eingesetzt (z.B. Leistungsdokumentation, Schreibprogramm für Arztbriefe, Pflegeprozessplanung, Dienstplangestaltung, Personaleinsatzplanung).	
4e (1-3) Informationen und Wissen werden gemanagt.		
4e1 Managen von patientenbezogenen Informationen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von patientenbezogenen Informationen geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Führen der Patientenakte</li> <li>• Regelungen zur Archivierung (Archivordnung)</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Umgang mit dem Datenschutz</li> <li>• Rechte und Rollen von IT-Benutzern</li> <li>• Datenschutzverpflichtungen der Mitarbeiter</li> <li>• Handzeichenliste</li> <li>• Schulungsnachweise zum Thema Datenschutz</li> </ul>
1.	Es gibt Regelungen zur Erfassung und zur Handhabung (z.B. Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung) von Patientendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten.	
2.	Das Verfahren erlaubt allen Berechtigten jeder Zeit die Übersicht über den aktuellen Patientenzustand und seine Behandlung (z.B. Verlauf, Maßnahmen, Besonderheiten).	
3.	Die Freigabe der Informationen bzw. Genehmigung vor Herausgabe der Daten ist geregelt.	
4.	Es existieren strukturierte, dokumentierte Regelungen (z.B. Dienstanweisung) zum Datenschutz und zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.	
5.	Die Anwender werden in Bezug auf das Verfahren/die Regelungen eingewiesen und geschult.	
6.	Das Verfahren ist überall umgesetzt und wird berufsgruppenübergreifend nachvollziehbar (z.B. Handzeichenliste) genutzt.	

4e (1-3)		Informationen und Wissen werden gemanagt.
4e2 Managen der Informationskontinuität bei internen Prozessbeteiligten		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Informationskontinuität bei internen Prozessbeteiligten geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zur:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientendokumentation</li> <li>- internen Kommunikation</li> <li>- Rechte und Rollen</li> </ul> </li> <li>• Verteilerlisten</li> </ul>
1.	Es ist sichergestellt, dass die berechtigten Personen Zugang zu allen aktuellen, relevanten Informationen haben.	
2.	Es stehen Vorgehensweisen und Instrumente zur Überbrückung der Schnittstellen zur Verfügung (z.B. Informationstechnologien, Besprechungen, Konferenzen, Visiten, Formulare, Konsilscheine, Transportsysteme).	
3.	Die Informationskontinuität wird <ul style="list-style-type: none"> <li>a) durch die Planung eines entsprechenden zeitlichen Turnus (z.B. täglich, wöchentlich, regelmäßig, bedarfsgerecht)</li> <li>b) durch die Planung der entsprechenden Empfängergruppe (z.B. abteilungsübergreifend, stationsintern, berufsgruppen- übergreifend)</li> </ul> angemessen sichergestellt.	
4.	Die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität von Informationen und Befunden wird überprüft.	
4e3 Managen der Informationsweitergabe an Externe		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Informationsweitergabe an Externe geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenschutzhandbuch</li> <li>• Patientenmappe</li> <li>• Flyer</li> <li>• Broschüren</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• Regelungen zur Informationsweitergabe an Externe (Dienstanweisung)</li> </ul>
1.	Der Zugang zu freigegebenen, angemessenen und aktuellen Informationen ist gewährleistet (z.B. Pforte, Stelle für Öffentlichkeitsarbeit, Telefonauskunft, Internet, Artikel, Veranstaltungen).	
2.	Die Wünsche der Patienten und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (z.B. regelmäßige Datenschutzs Schulungen und Kontrollen des Datenschutzbeauftragten) werden eingehalten.	

## 5. Prozesse

Wie die Einrichtung ihre Prozesse gestaltet, managt und verbessert, um ihre Politik und Strategie zu unterstützen und ihre Patienten und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.

5a (1-2) Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.	
5a1 Prozessmanagement sicherstellen	
Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist sichergestellt, dass die Prozesse der Einrichtung durch strukturierte Verfahren optimal gestaltet und kontinuierlich verbessert werden?</i>	
1.	Die Politik und Strategie wird durch das Prozessmanagement unterstützt.
2.	Es existiert ein festgelegtes Prozessmanagementsystem.
3.	Die rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse werden nach festgelegten Regeln der Einrichtung dokumentiert und kontinuierlich überwacht.
4.	Die Qualitätspolitik und die Ziele sind dokumentiert (z.B. QM- Handbuch, QM-Bericht).
5.	Die im QMS geforderten Verfahren sind festgelegt (z.B. Genehmigung, Überprüfung, Verfügbarkeit), dokumentiert, werden verwirklicht, aufrechterhalten und regelhaft aufgezeichnet.
6.	Die Organisationsform und die Zuständigkeiten (z.B. abteilungsinterne/abteilungsübergreifende Foren/Ausschüsse und/oder Qualitätsbeauftragte, Projektgruppen, Stabstelle) sind entsprechend dem QMS klar geregelt und festgelegt.
7.	Die Ziele, Aufgaben und Vorgehensweisen des QMS sind bei allen Mitarbeitern bekannt und werden durch Schulungsangebote (z.B. Erweiterung der Methoden- u. Sozialkompetenz, Motivationssteigerung) begleitet.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstweisungen) zu Dokumentenmanagement (Herausgabe, Aktualisierung, Verbreitung, Archivierung)</li> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Interne Audit-Berichte</li> <li>• QM-Bericht</li> <li>• Dokumentation der Maßnahmenumsetzung (z. B. im Projektplan)</li> <li>• Prozesslandschaft, Übersicht</li> <li>• Übersicht Kommunikations-/Gremienstrukturen; Kompetenzmatrizen</li> <li>• Organigramm</li> <li>• Übersicht Qualitätszirkel</li> <li>• Dokumente Projektplanung</li> <li>• Schulungsplan/-nachweise zum QM</li> <li>• QM-Handbuch/QM-Geschäftsordnung</li> <li>• Darstellung von Risiken und Chancen für definierte Prozesse</li> </ul>	

5a (1-2)		Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.
5a1 Prozessmanagement sicherstellen		Beispiele für Nachweise
8.	Für definierte Prozesse (mindestens die Geschäftsprozesse aus 5d) werden Chancen und Risiken regelhaft berücksichtigt und Maßnahmen dokumentiert, so dass unerwünschte Auswirkungen auf den Verlauf oder das angestrebte Ergebnis vermieden und mögliche Verbesserungen realisiert werden können.	siehe S. 37
9.	Das Prozessmanagementsystem ist auf eine kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet und bezieht zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen die Mitarbeiter ein (vgl. 5b1).	
10.	Schnittstellenbelange werden ggf. auch mit externen Partnern gelöst.	
11.	Alle erforderlichen Ressourcen sind bestimmt und bereitgestellt.	
5a2 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit sind durch strukturierte Verfahren die Hygiene, der Arbeits- und Brandschutz sowie die Sicherheit geregelt und gewährleistet?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstsanweisungen) zu                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiene</li> <li>- Arbeitsschutz</li> <li>- Brandschutz usw.</li> </ul> </li> <li>• Hausordnung</li> <li>• Unterlagen zu Arbeitsunfällen (BG-Fälle)</li> <li>• Unfallbücher (alt)</li> <li>• Unterlagen bei Betriebsärztin (z. B. arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen)</li> <li>• Teilnehmerlisten zu Pflichtschulungen</li> <li>• Brandschutzübung</li> <li>• Protokolle von Nachbegehungen</li> <li>• Zertifizierung MAAS BGW</li> </ul>
1.	Die gesetzlichen Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen zu Hygiene (z.B. Hygieneverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung, Empfehlungen des Robert Koch-Instituts), zum Arbeitsschutz (z.B. Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Unfallverhütungsvorschriften), zum Brandschutz (z.B. Arbeitsstätten- und Bauverordnungen) sowie zur Sicherstellung des Schutzes bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen, Katastrophen und zur Sicherung des persönlichen Eigentums von Mitarbeitern und Patienten (z.B. Regelungen zum Katastrophenschutz, Hausordnung) werden erfüllt, dokumentiert, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.	

5a (1-2) Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.		
5a2 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	Beispiele für Nachweise	
2.	Es gibt zusätzliche dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen zur Hygiene, zum Arbeits- und Brandschutz und zur Sicherheit, die bei allen Mitarbeitern bekannt sind und eingehalten werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>• Protokolle Interne Audits</li> <li>• Organisation und Übersicht zum Beauftragtenwesen in der Einrichtung</li> </ul>
3.	Eine regelmäßige Unterweisung aller Mitarbeiter zu Hygiene, Arbeits- und Brandschutz sowie zur Sicherheit ist sichergestellt (z.B. durch Schulungen, Übungen).	
4.	<p>Bezüglich der Hygiene</p> <p>a) werden in der Einrichtung relevante Daten erfasst und Statistiken darüber geführt,</p> <p>b) gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/oder Anweisungen zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen.</p>	
5.	<p>Bezüglich des Arbeitsschutzes werden die Sicherheitsaspekte</p> <p>a) zum Arbeitsplatz (z.B. Klima, Beleuchtung, Hygiene, Lärm),</p> <p>b) im Hinblick auf die Mitarbeiter (z.B. Berufsunfälle, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzmaßnahmen), im Umgang mit Gefahrenstoffen (z.B. biologische</p> <p>c) Arbeitsstoffe) sowie</p> <p>d) zum Strahlenschutz (z.B. Röntgenpass für Patienten, Hodenkapsel)</p> <p>berücksichtigt, sind dokumentiert und es finden Schulungen dazu statt.</p>	
6.	<p>Bezüglich der Sicherheit</p> <p>a) gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/oder Anweisungen, die im Not-/Katastrophenfall die Prozesse strukturieren.</p>	
6.	b) Die Sicherheit der Patienten (z.B. in Bezug auf die Umgebung, Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung) ist umfassend gewährleistet (z.B. Aufsichtspflicht für bestimmte Patientengruppen und Kinder, Ausstattungsauswahl, Hygieneverordnung).	

5b (1-3) Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Patienten und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.	
5b1 Prozesse systematisch verbessern	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist in der gesamten Einrichtung ein umfassendes, dokumentierendes Qualitätsmanagementsystem nachweislich eingeführt und wird möglichst im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (z. B. mittels Selbstbewertungsverfahren) umgesetzt?</i></p>	
1.	Das QMS ist darauf ausgerichtet, die Prozessqualität zu verbessern.
2.	Die qualitätsrelevanten Leistungen der rehabilitandenbezogenen und der die Kernprozesse unterstützenden Prozesse werden gemessen und im Hinblick auf Verbesserungspotenzial analysiert.
3.	Es wird ein Prüfungsplan zur regelhaften Selbstprüfung wesentlicher Prozesse geführt und dokumentiert.
4.	Es wird qualifiziertes Personal für die regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse bereitgestellt. Es werden Methoden angewandt, um Probleme in den Prozessen und Verbesserungspotenziale zu identifizieren (z.B. Selbstbewertungsverfahren).
5.	Es werden Methoden angewandt, um die Zufriedenheit der Interessengruppen und bestehende Kritik zu erfassen (z.B. Patientenbefragung, vgl. 5c, 5e).
6.	Die aus diesen Erhebungen gewonnen Ergebnisse werden genutzt, um die Prozesse der Einrichtung zu verbessern.
7.	Mitarbeiter werden durch strukturierte Verfahren ermutigt, Verbesserungsvorschläge einzureichen (vgl. 3c 1).
8.	Es werden Methoden angewandt, um eine Umsetzung der Lösungsvorschläge sicherzustellen (z.B. Benennung von Verantwortlichen, Termine, Ansprechpartner).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP Dienstanweisungen) und Auswertungen zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschwerdemanagement</li> <li>- Fehlermanagement</li> <li>- Interne Audits</li> <li>- Patientenbefragung</li> <li>- Schulung und Weiterbildung</li> </ul> </li> <li>• Interne Auditberichte</li> <li>• Auswertung Beschwerdemanagement</li> <li>• Gemeldete Fehler</li> <li>• Patientenbefragungen</li> <li>• Ergebnisse externer Qualitätssicherung</li> <li>• Zertifizierung MAAS-BGW</li> <li>• Aus den gemeldeten Fehlern abgeleitete Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen</li> <li>• Selbstbewertung(-sbericht) nach IQMP</li> <li>• Auditprogramm /Plan für interne Audits</li> <li>• Protokolle Qualitätsausschuss/Lenkungsgruppe</li> <li>• Dokumentation Projektmanagement</li> </ul>



5b (1-3)		Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Patienten und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.
5b1 Prozesse systematisch verbessern		Beispiele für Nachweise
9.	<p>Es gibt ein aktives Fehler- und Beschwerdemanagement einschließlich der Verantwortlichkeiten als dokumentiertes Verfahren</p> <p>a) zur Statistik, Auswertung, Analyse und zur Ergreifung notwendiger Konsequenzen bei Beschwerden</p> <p>b) zur Lenkung fehlerhafter Leistungen und Produkte (z.B. Verantwortlichkeiten, Regelung zur Beseitigung und proaktives Management fehlerhafter Leistungen)</p> <p>c) zur Korrektur von fehlerhaften Leistungen und Produkten (z.B. Bewertung, Ursachenanalyse, Maßnahmenergreifung, Überprüfung)</p> <p>d) zur Vorbeugung von fehlerhaften Leistungen und Produkten (z.B. Fehler- und Ursachenerkennung, Maßnahmenergreifung, Ergebnisaufzeichnung und -bewertung)</p>	siehe S. 40
10.	Es erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung der Umsetzung der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen (Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen)	
5b2 Externe Informationen für Verbesserung nutzen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit werden strukturierte externe Verfahren (z. B. Verfahren der GRV und der Krankenkassen, Qualitätszirkel, Peer-Review) regelmäßig verwendet, um externe Informationen für Verbesserungen in der Entwicklung zu nutzen?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• Konzernweite Benchmarkergebnisse</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Ergebnisse der externen Qualitätssicherung z. B. DRV-Feedbackberichte, QS-Reha – Bericht/ Qualitätssynopse, TK-Eva Reha – Protokoll-Notizen/ Benchmarkbericht, AOK-Pro Reha u.a.</li> <li>• Dokumentation Managementbewertung</li> </ul>
1.	Es werden externe Verfahren für das QM (Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren) genutzt und deren Ergebnisse analysiert; entsprechende Verbesserungspotenziale im Sinne der Politik und Strategie der Einrichtung werden dokumentiert und umgesetzt.	
2.	Leistungsvergleiche (Benchmarking) werden für Verbesserungen genutzt.	

5b (1-3)		Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Patienten und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.
5b2 Externe Informationen für Verbesserung nutzen		Beispiele für Nachweise
3.	Die Mitarbeiter der Einrichtung werden über die Verbesserungspotenziale informiert.	siehe S. 41
4.	Es existiert ein strukturiertes Verfahren, um interne und externe Maßnahmen sinnvoll miteinander zu verknüpfen.	
5b3 Lernprozesse für Verbesserung nutzen		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit werden strukturierte, standardisierte interne Verfahren, Instrumente, Konzepte und Daten regelmäßig genutzt und dokumentiert, um die Qualität der Behandlung zu sichern und zu verbessern (z.B. Qualitätszirkel, Projektgruppen, Fehlerursachenanalyse, interne Audits, Assessmentinstrumente zur Messung und Überwachung der Behandlung, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Lieferantenbeurteilungen, Datenerfassung und -analyse)?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstsanweisungen) zur Durchführung interner Audits</li> <li>• Protokolle von Arbeitsgruppen/Qualitätszirkeln/interdisziplinären Teambesprechungen</li> <li>• interne und externe Auditberichte</li> <li>• Managementbewertung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• Kennzahlenmatrix</li> <li>• Abteilungsziele Erarbeitung und Überprüfung)</li> <li>• Projektmanagement</li> </ul>
1.	Die Verfahren werden universell in der Einrichtung eingesetzt und sind miteinander abgestimmt.	
2.	Es ist sichergestellt, dass für die unterschiedlichen Abteilungen/Indikationen messbare Ziele und Indikatoren festgelegt und diese bekannt sind.	
3.	Es ist sichergestellt, dass Korrektur- und konkrete Verbesserungsmaßnahmen durch die Ergebnisse der Messung ausgelöst und dargestellt werden.	
4.	Die am Prozess Beteiligten werden in Verbesserungsaktivitäten integriert.	
5.	Es ist sichergestellt, dass die Inhalte und Ergebnisse der Verfahren kommuniziert werden und sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitern bekannt sind (z.B. Personalzeitschrift, Mitarbeiterbrief, Intranet, Anschlagbrett).	

5c (1-3)		Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und Interessengruppen einbezogen.	
5c1 Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und Interessengruppen identifizieren		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit werden strukturierte Verfahren und Instrumente (z.B. Befragungen, „Meckerkasten“, Formulare, persönliche Sprechzeiten) regelmäßig genutzt, um die Bedürfnisse, Wünsche und Beschwerden der Patienten und Interessengruppen (Angehörige, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte/Krankenhausärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Lieferanten) hinsichtlich der Reha-Versorgung (z.B. Behandlungsprozess, -ergebnis, Service-, Hotelleistungen) zu identifizieren?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internen Patientenbefragungen</li> <li>- Zuweiserbefragungen</li> </ul> </li> <li>• Patientenfragebogenauswertung</li> <li>• Intranet</li> <li>• Qualitätsausschuss</li> <li>• Befragungen</li> <li>• „Meckerkasten“</li> <li>• Formulare</li> <li>• persönliche Sprechzeiten</li> <li>• Konzept Angehörigenarbeit</li> </ul>	
1.	Es steht eine Auswahl von Alternativen bezüglich der Wunsch- bzw. Beschwerdeerfassung zur Verfügung (z.B. anonym und persönlich, schriftlich und mündlich).		
2.	Die Zielgruppe wird zur Benutzung motiviert.		
3.	Ein zeitnahes Feedback wird garantiert.		
5c2 An Patienten und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren (z.B. kreative Foren, Mitarbeitermotivation, Kooperationen mit Partnern) die (Weiter-)Entwicklung von innovativen Dienstleistungen und Serviceleistungen geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Beschwerdemanagement</li> <li>• Auswertung Patientenbefragung</li> <li>• Protokolle: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsausschuss</li> <li>- Qualitätskommission/Lenkungsgruppe</li> <li>- Klinikleitung</li> <li>- Mitarbeitergespräche</li> </ul> </li> </ul>	
1.	Die Entwicklung von Dienstleistungen realisiert die in der Politik und Strategie festgelegte Orientierung auf die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten- und Interessengruppen.		
2.	Die Informationen über die Bedürfnisse der Interessengruppen (z.B. aus Befragungen) werden für die gegenwärtige und zukünftige Ausrichtung der Dienstleistungen genutzt.		

5c (1-3)		Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und Interessengruppen einbezogen.	
5c2 An Patienten und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln		Beispiele für Nachweise	
3.	Für die Entwicklung der Dienstleistungen besteht ein Projektmanagement (z.B. systematische Planung, Festlegung, Dokumentation, Erprobung, Prüfung, Implementierung und Schulung).	siehe S. 43	
4.	Die geprüften Innovationen werden in das bestehende Dienstleistungsprogramm integriert.		
5c3 Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der angemessene Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen und deren Angehörigen in der Einrichtung geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Umgang mit sterbenden Patienten</li> </ul>	
1.	Sterbenden Menschen und deren Angehörigen stehen der Situation angemessene Räumlichkeiten, Ruhe und Zeit zur Verfügung.		
2.	Der Abschieds- und Sterbeprozess bei sterbenden Menschen und deren Angehörigen wird bei Bedarf vom Personal qualifiziert begleitet.		
3.	Patientenverfügungen werden berücksichtigt.		
4.	Es gibt Regelungen zur Versorgung von Verstorbenen.		
5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d1 Aufnahmeprozess planen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung des Aufnahmeprozesses geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zur Planung der Patientenaufnahme</li> <li>• Bettenplanung</li> <li>• Administrative und klinische Patientendokumentation</li> <li>• Aufnahmelisten</li> <li>• Patientenbefragung (Ergebnisse, Auswertung, Maßnahmen im Hinblick auf die Patientenaufnahme)</li> </ul>	
1.	Die Einbestellung (z.B. rechtzeitige Benachrichtigung der Patienten) und die Information der Patienten über die Behandlung sind geregelt.		
2.	Es ist sichergestellt, dass alle externen Vorbefunde zum gegebenen Termin zur Verfügung stehen.		
3.	Bereits vorhandene Daten werden genutzt (z.B. Anlegen von Akten, Patientennummer).		
4.	Es ist sichergestellt, dass die Kostenzusage geklärt ist.		

5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d1 Aufnahmeprozess planen		Beispiele für Nachweise	
5.	Die Indikationsstellung wird im Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und Kontraindikationen werden ausgeschlossen.	siehe S. 44	
6.	Der Zugang zur Einrichtung ist gesichert (z.B. [behindertengerechte] Parkplätze, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Beschilderung im Ort und in der Einrichtung, Abholservice, Patienteninformation mit Lageplan).		
5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d2 Aufnahmeprozess managen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Patientenaufnahme geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrativer,</li> <li>- ärztlicher,</li> <li>- psychologischer,</li> <li>- therapeutischer und</li> <li>- pflegerischer Aufnahme</li> </ul> </li> <li>• Administrative und klinische Patientendokumentation</li> <li>• Aufnahmelisten</li> <li>• Bettenplanung</li> <li>• Auditberichte</li> <li>• Patientenbefragung (Ergebnisse, Auswertung, Maßnahmen im Hinblick auf die Patientenaufnahme)</li> </ul>	
1.	Die mitgebrachten Unterlagen werden auf Richtigkeit und Vollständigkeit geprüft und bei Bedarf nachgeordnet.		
2.	Die einzelnen Aufnahmeteilprozesse – administrative, ärztliche, psychologische, therapeutische und pflegerische Aufnahme – sind geregelt und koordiniert.		
3.	Es gibt Regelungen bei Kontraindikationen, Ausschlusskriterien, Komplikationen oder Fehleinweisung von Patienten zur adäquaten Versorgung/Weiterleitung.		
4.	Der Umgang mit Patienteneigentum ist geregelt. Das Patienteneigentum wird gekennzeichnet und vor Schaden geschützt.		

5d (1-8) Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d3 Anamnese, Exploration und Diagnostik managen	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Anamnese, Exploration und Diagnostik (z.B. Zeitpunkt, Verantwortlichkeit, Dringlichkeit) geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	<p>Der Arzt ist über die sozialmedizinischen Anforderungen in Bezug auf Leistungen zur Reha informiert, um den Anlass der Reha richtig einzuordnen und die Notwendigkeit nachzuvollziehen, bestimmte anamnestische Daten (neben dem klinischen auch aus dem beruflichen Bereich) zu erheben.</p>
2.	<p>Alle relevanten Informationen (auch Begleiterkrankungen, die nicht zur Reha geführt haben) zur Anamnese des Patienten (körperlicher, seelischer und sozialer Status) werden unter Beteiligung aller Disziplinen (im Team), die am Rehabilitationsprozess beteiligt sind, erfasst und dokumentiert.</p>
3.	<p>Die Vorbefunde werden einbezogen.</p>
4.	<p>Entscheidungen über die Notwendigkeit von Funktions-/Verlaufsdagnostik, ggf. Veranlassen (externer) Zusatzdiagnostik werden getroffen.</p>
5.	<p>Die Diagnosen, Fähigkeiten, Risiken, Reha-Motivation und Stand der Gesundheitsbildung der Patienten werden in den einzelnen Bereichen differenziert identifiziert und einheitlich dokumentiert und der Hilfsmittelbedarf wird festgestellt.</p>
6.	<p>In der Einrichtung werden standardisierte Instrumente und Verfahren für die Exploration in den einzelnen Bereichen (z.B. ärztlicher Bereich, Physiotherapie, Psychologie, Sozialpädagogik, Pflege) verwendet.</p>
7.	<p>Die Aufnahmegespräche und -exploration der verschiedenen Bereiche werden koordiniert und dokumentiert.</p>
8.	<p><b>Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei der Aufnahme und Entlassung.</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Exploration</li> <li>- Diagnostik</li> <li>- Visiten</li> </ul> </li> <li>• standardisierte Instrumente und Verfahren für die Exploration</li> <li>• Rehazielfragebogen nach ICF</li> <li>• Fachspezifische Scoreerhebung</li> <li>• Patientenbefragung</li> <li>• Dokumentation interdisziplinäre Besprechungen</li> </ul>

5d (1-8) Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d4 Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ...</i>	
<p>1. ...Erarbeitung eines individuell angepassten Therapieziels für jeden Patienten geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Die verschiedenen, an der Rehabilitation beteiligten Fachbereiche sind bei der Therapiezieldefinition beteiligt.</p> <p>b) Der Patient (bzw. Angehörige) mitsamt seinen persönlichen Erwartungen und Grenzen ist aktiv und partnerschaftlich in die Therapiezieldefinition im Sinne der Teilhabe miteinbezogen.</p> <p>c) Die Ziele sind eindeutig formuliert, die Zielerreichung ist bewertbar und wird gemeinsam mit den Patienten ausgewertet.</p> <p>d) Der Patient ist über alternative Behandlungsprozesse in angemessener Art und Weise auch bei Schwierigkeiten (z.B. bei Sprachbarrieren, fehlender Compliance, infauster Prognose) respektvoll informiert.</p> <p>e) Es ist sichergestellt, dass die Therapieziele die Zielkategorien der ICF (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe sowie Kontextfaktoren) berücksichtigen.</p> <p>f) Es ist sichergestellt, dass die vereinbarten Therapieziele transparent für alle dokumentiert werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstbeanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition der Rehaziele</li> <li>- Therapieverordnungen</li> <li>- Interdisziplinäre Besprechungen</li> </ul> </li> <li>• Medizinisches Konzept der Fachabteilung</li> <li>• Rehazielfragebogen nach ICF</li> <li>• Therapie-Kontrolllisten</li> <li>• Cardex-Einträge aus den Visiten</li> <li>• Dokumentation interdisziplinäre Besprechungen</li> <li>• Einträge in elektronische Patientenakte</li> <li>• Rehaziendokumentation (Patient)</li> <li>• Zugriffsrechte elektronische Patientenakte</li> </ul>

5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.
5d4 Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen		Beispiele für Nachweise
2.	<p>.... Verordnung von Maßnahmen geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es ist sichergestellt, dass die Auslastung/Beanspruchung der Patienten (z.B. zeitlich, kräftemäßig) angemessen ist.</p> <p>b) Es ist sichergestellt, dass Verordnungen/Diagnostik der Therapiezielplanung folgen.</p> <p>c) Es ist sichergestellt, dass die Verordnung von Maßnahmen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, möglichst leitlinienbasiert, beruht.</p>	siehe S. 47
3.	<p>... Organisation der Therapie entsprechend der individuellen Therapieziele geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Die Behandlungstermine werden entsprechend der rehatherapeutischen Anforderungen und der Belange der Patienten sowie der Einrichtung koordiniert.</p>	
5d5 Behandlungsprozess individuell managen		Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit werden durch strukturierte, dokumentierte Verfahren (z.B. Therapiekonzepte, professionelle Standards, Leitlinien, Schemata, Verfahrensanweisungen, Manuale) die Behandlungsprozesse geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Behandlungsprozessen</li> <li>• Gruppenkonzepte</li> <li>• Therapiekonzepte</li> <li>• Professionelle Standards</li> <li>• Leitlinien</li> <li>• Schemata</li> </ul>
1.	<p>Standardisierte Behandlungsprozesse werden unter Berücksichtigung der Individualität im Sinne der Patienten und mit ihrer Beteiligung (resp. Angehörige) angewendet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle patientenbezogene Therapiepläne</li> </ul>
2.	<p>Die Bedürfnisse und Privatsphäre der Patienten werden während des Behandlungsprozesses berücksichtigt und respektiert (z.B. Ernährung, Information, Räumlichkeiten).</p>	



5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.
5d5 Behandlungsprozess individuell managen		Beispiele für Nachweise
3.	Es ist sichergestellt, dass der Behandlungsprozess auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, möglichst leitlinienbasiert, beruht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitungssitzungen</li> <li>- Besprechungen</li> <li>- Visiten</li> <li>- Fallkonferenzen</li> <li>- Supervision</li> </ul> </li> <li>• Rehazielfragebogen nach ICF</li> <li>• Fachspezifische Scoreerhebung</li> <li>• Auswertung der Rehazielerreichung (Stichproben/Statistik)</li> </ul>
4.	Es findet eine Verknüpfung mit der sozialmedizinischen Beurteilung und dem Nachsorgekonzept statt, die dokumentiert werden.	
5.	Die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit zur Behandlungs- und Verlaufskontrolle ist geregelt (z.B. Besprechungen, Visiten, Fallkonferenzen, Supervision).	
6.	Es liegen schriftliche Therapie- und Behandlungskonzepte vor, die indikationsspezifisch ausgerichtet sind und die verschiedenen Dimensionen der Beeinträchtigung nach ICF berücksichtigen und teilhabeorientiert sind.	
7.	Die Behandlungsprozesse sind untereinander und mit anderen Abläufen der Einrichtung (z.B. Essensausgabe) sinnvoll verknüpft.	
8.	Der Behandlungsprozess und die Therapiezielerreichung wird regelhaft gemessen/überprüft und bei Bedarf aktualisiert.	
9.	Es gibt Regelungen zur Veränderung (Verlängerung/Verkürzung) der Behandlungszeiten der Reha-Maßnahme.	
10.	Es ist sichergestellt, dass die Reha-Ziele am Ende der Behandlung überprüft und bewertet werden.	
11.	Es ist sichergestellt, dass vor der Entlassung alle erforderlichen Maßnahmen abgeschlossen sind.	

5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.
5d6 Entlassungs-/Verlegungsverfahren managen		Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit wird durch strukturierte Verfahren und Instrumente die Entlassung/Verlegung von Patienten (z.B. Entlassungsgespräche, Überleitungsbögen, Klassifikationssysteme) – auch bei vorzeitiger Entlassung – geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitbild</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlassung</li> <li>- Verlegung</li> <li>- Nachsorge</li> <li>- Erstellung E-Berichte</li> </ul> </li> <li>• interne Datenschutzrichtlinie</li> <li>• E-Berichte/vorläufiger E-Bericht</li> <li>• Interne Audit-Berichte</li> <li>• Schnittstellenmanagement</li> </ul>
1.	Der Patient und bei Bedarf andere zuständige Personen (z.B. Angehörige, Heimpersonal) sind entsprechend frühzeitig über die Entlassungs-/Verlegungsmodalitäten (incl. Behandlungsergebnisse) informiert und in die Planung integriert.	
2.	Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Unterlagen (z.B. Befunde, Arztbrief, Empfehlungen für häusliche Krankenpflege, Überleitungsbögen) bei Entlassung/Verlegung zur Verfügung stehen.	
3.	<b>Die Einrichtung hat ihr Schnittstellenmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben und kennt die Anforderungen, die von diesen an sie gestellt werden.</b>	
4.	Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Informationen unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen an weiterbetreuende Stellen (z.B. Angehörige, Hauskrankenpflege, Hausarzt, Kostenträger) weitergegeben werden.	
5.	Es gibt Verfahren zur Einleitung einer wirksamen Nachsorge (z.B. ambulante Angebote, „Auffrischungsangebote“, Zusammenarbeit mit Nachsorgegruppen).	

5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d7 Dokumentation der Rehabilitationsprozesse managen		Beispiele für Nachweise	
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ausreichende Dokumentaton des gesamten Reha-Prozesses und die Erstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassungsberichts mit festgelegten Qualitätsmerkmalen (z.B. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der med. Reha der GRV mit einheitlichem Formularsatz, Klassifikation Therapeutischer Leistungen – KTL, evidenzbasierte Textbausteine) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienststanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlassbericht-Erstellung</li> <li>- Ärztliches Berichtswesen</li> </ul> </li> <li>• Ergebnisse Peer-Review-Verfahren</li> <li>• Ergebnisse der externen Qualitätssicherung</li> <li>• Ergebnisse der Messung Laufzeiten E-berichte</li> <li>• Berichte aus Internen Audits</li> </ul>	
1.	Der gesamte Behandlungsprozess wird ausreichend dokumentiert und die Informationen werden bei der Erstellung des Entlassungsberichts berücksichtigt.		
2.	Der Entlassungsbericht enthält alle notwendigen Informationen über die durchgeführte Rehabilitation, die für den behandelnden Arzt, den Rentenversicherungsträger und gegebenenfalls für die zuständige Krankenkasse sowie weitere Sozialleistungsträger von Bedeutung sind.		
3.	Es ist sichergestellt, dass die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts zur unverzüglichen Vorlage bei dem Rehabilitationsträger zeitnah und vereinbarungsgemäß funktioniert.		
4.	Es ist sichergestellt, dass datenschutzrechtliche Voraussetzungen (z.B. Einwilligungserklärung des Versicherten) zur Weitergabe der Informationen im Entlassungsbericht berücksichtigt werden.		
5.	Die Entlassungsbefunde sind mit den vorher festgelegten Therapiezielen sinnvoll verknüpft.		

5d (1-8)		Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d8 Medizinische Notfälle managen		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte, dokumentierte Verfahren die Patientensicherheit bei medizinischen Notfällen geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu medizinischen Notfällen</li> <li>• Überwachungslisten Notfallkoffer, Defibrillator</li> <li>• Schulungsplan</li> <li>• Schulungsnachweise z. B. Schulungspass</li> <li>• Protokolle zu medizinischen Notfällen</li> <li>• Protokolle zu Nachbesprechungen medizinischer Notfälle</li> <li>• Kennzahlen Notfälle/Auswertungen</li> <li>• Protokolle Qualitätsausschuss/Lenkungsgruppe</li> </ul>	
1.	Es gibt eine standardisierte Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen mit Patienten.		
2.	Es gibt in jeder Abteilung/auf jeder Station eine kontrollierte, funktionierende Notfallausrüstung (inkl. Medikation) gemäß der fachspezifischen Vorgaben.		
3.	Alle Mitarbeiter (z.B. ärztlicher- und Pflegedienst) werden hinsichtlich der medizinischen Notfälle regelmäßig geschult (z.B. in Reanimationsmaßnahmen) und es existiert ein schriftlich ausgearbeiteter Erste-Hilfe-Plan.		
5e (1)		Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.	
5e1 Kunden-/Patientenpflege		Beispiele für Nachweise	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Pflege und Vertiefung der bestehenden Kunden/Patientenkontakte (z.B. kunden-/patientengerichtete Kommunikation, individuelle Information, großzügige Besuchszeiten, Patientenführsprecher, Infoveranstaltungen für ehemalige/potenzielle Patienten) geregelt und sichergestellt?</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege und Vertiefung von Kundenkontakten</li> <li>- Pflege und Vertiefung von Patientenkontakten</li> <li>- Angehörigenarbeit</li> <li>- Patientenbefragung</li> <li>- Beschwerdemanagement</li> </ul> </li> <li>• Hausordnung</li> <li>• CRM-System (Kontaktdatenbank)</li> <li>• Informationsmaterial z. B. Patientenmappe</li> <li>• Auswertungen von Beschwerdemanagement und Patientenbefragung</li> <li>• Protokolle QM-Ausschuss/Lenkungsgruppe</li> <li>• Projektplanung</li> <li>• Homepage</li> <li>• Nachsorgekonzepte</li> </ul>	
1.	Die Kunden-/Patientenpflege wird in allen Bereichen der Einrichtung umgesetzt.		
2.	Die Einrichtung stellt die erforderliche Information der Rehabilitanden über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange organisatorisch sicher und beschreibt schriftlich ihr Konzept der Angehörigenarbeit.		
3.	Es gibt in den entsprechenden Abteilungen verantwortliche Zuständigkeiten für die Pflege und die Analyse der Rückmeldungen bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahme interner (Rehabilitanden) und externer Kunden (z.B. Lieferanten, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, ...		

5e (1)		Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.
5e1 Kunden-/Patientenpflege		Beispiele für Nachweise
3.	... der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe).	siehe S. 52
4.	Die Einrichtung bereitet die notwendige Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme vor und informiert sich nach der Entlassung der Patienten über ihren Nachsorgestatus.	
5.	Die Einrichtung wendet Methoden an, um die Zufriedenheit der Patienten mit den Behandlungsprozessen und Angeboten (incl. Vorbereitung der Nachsorge) während der Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen (z.B. Patientenbefragung, Katamnese).	

## Weitere Informationen erhalten Sie über:

Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin  
Telefon: +49 (30) 2400899- 0  
Telefax: +49 (30) 2400899- 30  
E-Mail: [info@iqmg-berlin.de](mailto:info@iqmg-berlin.de)

[www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de) und [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)



Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen GmbH