

IQMP KOMM PAKT

**Interaktives
Formular:
praktisch &
übersichtlich!**

Das praxisorientierte
Qualitätsmanagementverfahren



Institut für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen GmbH

- ➔ einfach per Häkchen Nachweise aus der Praxis abgleichen
- ➔ Nachweise 1. und 2. Ordnung optisch getrennt
- ➔ Möglichkeit, Notizen einzufügen
- ➔ final Ausdruck bzw. Versand per Email möglich

IQMP-kompakt

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.

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
1a	Führungskräfte erarbeiten ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Exzellenz.		
1a1	Leitbild		
1	Der Bezug zur Rehabilitation wird deutlich durch die Teilhabeorientierung gemäß § 20 SGB IX und Aussagen zum Selbstverständnis, dem Auftrag, den Handlungsfeldern, der Werteorientierung und dem Menschenbild, den Führungsgrundsätzen, dem Qualitätsmanagement (QM), der Wirtschaftlichkeit, der Mitarbeiterpflege, der Kooperationen und der Ökologie. <i>BAR 1.1</i>	→ Hinweise in Unternehmensstrategie, Unternehmens-/Qualitätspolitik	<input type="radio"/>
→ Leitbild zum Geschäftsfeld der Rehabilitation inklusive Textpassage zu allen verbindlichen Themen		<input type="radio"/>	
→ Leitbild enthält Passagen mit Bezug auf ICF (Teilhabeorientierung)		<input type="radio"/>	
2	Das Leitbild wird von den Führungskräften unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen entwickelt. Die Führungskräfte sorgen für die Umsetzung in den Alltag. <i>BAR 1.2</i>	→ Teilnehmerlisten von Leitbildworkshops	<input type="radio"/>
→ Tagesordnungen und Teilnehmerlisten von Mitarbeiterversammlungen		<input type="radio"/>	
→ Nachweise über vorangegangene Ideensammlungen		<input type="radio"/>	
→ Nachvollziehbare Leitbildorientierung in:			
> Projektprotokollen/-plänen		<input type="checkbox"/>	
> Qualitätsentwicklungsplänen	<input type="checkbox"/>		
> Maßnahmenfestlegungen	<input type="checkbox"/>		



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Ziel und Zweckbeschreibungen für ein Leitbild: <ul style="list-style-type: none"> > in Verfahrensanweisungen <input type="checkbox"/> > in anderen Prozessbeschreibungen <input type="checkbox"/> > im Set der Qualitätsindikatoren <input type="checkbox"/> 	
3	Das Leitbild wird schriftlich festgelegt. <i>BAR 1.3</i>	➔ Textdatei	<input type="radio"/>
4	Die Mitarbeitenden kennen die für ihre Arbeitsbereiche relevanten Inhalte des Leitbildes. <i>BAR 1.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Entsprechende Textpassagen/Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> > in Auditprotokollen <input type="checkbox"/> > aus Mitarbeiterbefragungen <input type="checkbox"/> 	
5	Das zielgruppenspezifische Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeiter, Rehabilitanden, Kooperationspartner, Interessenten und der Öffentlichkeit kontinuierlich transparent gemacht. <i>BAR 1.4, 1.5</i>	➔ das Leitbild ist öffentlich zugänglich, um Mitarbeiter, Rehabilitanden, Kooperationspartner, Interessenten und die Öffentlichkeit zu erreichen, z. B. Veröffentlichung im Internet (ggf. zusätzlich Intranet /Aushänge / Abdruck in Mitarbeiterzeitschrift/Booklet /Haus- und Klinikzeitschrift /Infomappen)	<input type="radio"/>
6	Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert. <i>BAR 1.6</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Sitzungsprotokoll zur Leitbildbesprechung <input type="radio"/> ➔ Überarbeitungen des Leitbildes (Versionsstände) <input type="radio"/> ➔ schriftliche Festlegung zur Überarbeitung des Leitbilds <input type="radio"/> 	
1b 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			
1	Die Zuständigkeiten der Führungskräfte und -gremien für die Organisationsbereiche und das Qualitätsmanagement sind in der Einrichtung klar und transparent. <i>BAR 4.1.1</i>	<p>Veröffentlichung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Linien- und Matrixorganigramm sowie Aufgaben-/ Verantwortungs-/Funktions- oder Stellenbeschreibungen für Linienfunktionen, Gremien und Beauftragte (inkl. QMB) <input type="radio"/> 	



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2	Der regelmäßige Kommunikations- und Informationsfluss wird von den Führungskräften sichergestellt. Die Festlegung zum internen Besprechungswesen für alle Hierarchieebenen und Organisationsbereiche umfasst mindestens folgende Kriterien: terminliche Festlegung, Tagesordnung, Protokollführung, Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung (inklusive Regelung für die Informationsweitergabe an Abwesende) und Gesprächsleitung. <i>BAR 11.1/11.2</i>	<p>Alle Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Organisationsbereiche einbeziehend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Dokumentierte Regelung zur Kommunikation mit konkreter terminlicher Festlegung, Tagesordnung, Protokollführung, Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung (inklusive Regelung für die Informationsweitergabe an Abwesende) und Gesprächsleitung für alle Sitzungstypen 	<input type="radio"/>
3	Die Umsetzung der in den Konferenzen/Besprechungen vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse wird geprüft und sichergestellt. <i>BAR 11.1</i>	Protokolle mit:	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Festlegungen zu Aufgaben und Beschlüssen ➔ Umsetzungskontrolle für Beschlüsse aus vorangegangenen Sitzungen 	<input type="radio"/>
4	Ein veröffentlichtes, dokumentiertes Organigramm besteht und unterstützt die Arbeit der Führung. <i>BAR 5.1.3</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Veröffentlichung eines Organigramms mit Linien- und Matrixorganisation durch: <ul style="list-style-type: none"> > Abbildungen im Internet 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Abbildungen in Broschüren 	<input type="checkbox"/>
1b2 Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen			
1	Die Führungskräfte stellen dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung trägt. <i>BAR 4.1.2</i>	Durch die Leitung freigegebene Verantwortlichkeiten für die Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung, dargestellt in:	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Liste von Prozessverantwortlichkeiten 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Festlegungen von Prozessverantwortlichkeiten pro Prozessbeschreibung ➔ Linien- und Matrixorganigramm sowie Aufgaben-/Verantwortungs-/Funktions- oder Stellenbeschreibungen für Linienfunktionen, Gremien und Beauftragte (inkl. QMB) 	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2	<p>Die Führungskräfte gewährleisten die Bestellung eines qualifizierten Qualitätsmanagement-Beauftragten, der nach der Ermittlung des Bedarfes mit den erforderlichen sachlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen nachvollziehbar ausgestattet wird. Es bestehen Regelungen für die Berichtspflichten des QMB.</p> <p><i>BAR 4.1.3/4.2.1/4.2.3</i></p>	<p>➔ Bestellungsnachweis inkl. Aufgaben- und Befugnisbeschreibung, Berichtspflicht, Arbeitsplatzausstattung, Ausbildungsnachweis und Stellenkontingent des Qualitätsbeauftragten</p> <p>➔ Regelung für die Bedarfsermittlung und Nachweis für die Bereitstellung der geplanten Ressourcen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Besprechungsprotokollen > Planungsunterlagen > Plan-Ist-Vergleichen 	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
3	<p>Der Qualitätsmanagement-Beauftragte wird von den Führungskräften schriftlich mit seinen Aufgaben sowie Befugnissen benannt und für alle Beteiligten transparent gemacht.</p> <p><i>BAR 4.2.4/4.2.1/4.2.5</i></p>	<p>➔ Veröffentlichung des Bestellungsnachweises inkl. der Aufgaben- und Befugnisbeschreibung des QMB, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> > im Intranet > als Aushang > in Mitarbeiterzeitschriften 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>



Notizen:

Politik und Strategie

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

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2b	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.		
2b1	Einrichtungsinterne Qualitätsindikatoren auswerten		
1	Es werden ausgewählte Indikatoren dokumentiert und angewendet, um die Qualität der Leistungen der Einrichtung zu erfassen. <i>BAR 9.2, 9.5</i>	➔ Beschreibung von Qualitätsindikatoren in:	
		> Prozessbeschreibungen	<input type="checkbox"/>
		> Indikatorenlisten/Kennzahlenmatrix	<input type="checkbox"/>
		> Softwareanwendungen	<input type="checkbox"/>
		> einer Balanced Scorecard	<input type="checkbox"/>
		➔ Nachweise für die Anwendung der Qualitätsindikatoren durch:	
		> Statistiken	<input type="checkbox"/>
		> Auswertungen	<input type="checkbox"/>
	> ausgefüllte Balanced Scorecard	<input type="checkbox"/>	
	> Aufzeichnungen zur Managementbewertung	<input type="checkbox"/>	
2b2	Einrichtungsinterne Lernprozesse auswerten		
1	Es werden mindestens einmal jährlich interne Managementbewertungen durchgeführt und dokumentiert, um zu überprüfen, ob das QM-System geeignet ist, Qualitätspolitik und -ziele umzusetzen und nach Bewertung der Ergebnisse neue messbare Qualitätsziele abzuleiten. <i>BAR 5.3.1</i>	➔ Nachweise für die Anwendung von Managementbewertungen durch:	
		> Verfahrensanweisung und Protokolle der Managementbewertung	<input type="checkbox"/>
		> Strategiesitzung mit Ableitung von Qualitätszielen mit Textpassagen zur Überprüfung des QM-Systems und Textpassagen zur Bewertung von Ergebnissen mit korrespondierenden, quantifizierenden Qualitätszielen	<input type="checkbox"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2	Aufgrund der Bewertungen werden Maßnahmen abgeleitet sowie deren Überwachung durchgeführt. <i>BAR 5.3.2</i>	➔ Übersicht über alle Projekte und Maßnahmen sowie die Anwendung von Instrumenten der Projektsteuerung	<input type="radio"/>
		➔ Sitzungsprotokolle der Klinikleitung mit Fortschrittskontrollen	<input type="radio"/>
2c Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.			
2c1 Entwickeln von Politik und Strategie			
1	Das Einrichtungskonzept beinhaltet Aussagen zur geografischen Lage, zu Kostenträgerstrukturen und weiteren relevanten Rahmenbedingungen der Einrichtung. <i>BAR 2.1</i>	Einrichtungskonzept nach den Vorgaben der Kostenträger (Gemeinsamer Leitfaden der DRV und GKV) mit Angaben zu:	
		➔ Geographischen und klimatischen Rahmenbedingungen	<input type="radio"/>
		➔ Größe, Lage, Infrastruktur	<input type="radio"/>
		➔ Kostenträgerstruktur	<input type="radio"/>
2	Im Einrichtungskonzept wird das Leistungsspektrum in Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger dargestellt. <i>BAR 2.2</i>	➔ Einrichtungskonzept mit Darstellung der Indikationsbereiche und weiteren Anforderungen relevanter Kontraindikationen, Rahmenvorgaben der Leistungsträger (wie Leitlinien)	<input type="radio"/>
3	Im Einrichtungskonzept wird die Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger und Leitlinien dargestellt (z.B. Reha-Richtlinie) <i>BAR 2.3</i>	➔ Darstellung der Rehabilitations- und Therapiekonzepte im Einrichtungskonzept	<input type="radio"/>
4	Das Einrichtungskonzept entspricht dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand. <i>BAR 2.4</i>	➔ Referenzierung des Einrichtungskonzeptes an vorhandenen Reha-Standards und/oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. der BAR	<input type="radio"/>
5	Das Einrichtungskonzept wird von den Führungskräften schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart und dient allen Mitarbeitern als Handlungsorientierung. <i>BAR 2.5/2.6</i>	Veröffentlichung des Einrichtungskonzeptes und:	
		➔ Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept	<input type="radio"/>
		➔ Berücksichtigung in Verfahrensanweisung	<input type="radio"/>
		➔ Darstellung in der Prozesslandkarte	<input type="radio"/>
		➔ im QM-Handbuch als Vorgabedokument enthalten	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
6	Das Einrichtungskonzept wird regelmäßig intern überprüft ggf. den neuen Anforderungen angepasst und aktualisiert. <i>BAR 2.4/2.8</i>	➔ Festgelegter Überarbeitungszyklus für das Einrichtungskonzept mit Aufbewahrung der Versionen	<input type="radio"/>
		➔ Verfahrensanweisung zur Überarbeitung des Einrichtungskonzepts	<input type="radio"/>
		➔ Auditprotokolle/Visitationsberichte	<input type="radio"/>
7	Die Erreichung von Qualitätszielen wird evaluiert, die Ergebnisse dokumentiert und gegebenenfalls aktualisiert. <i>BAR 9.5/9.6</i>	➔ Protokollierung der Zielerreichung und ggf. Zielanpassung im Protokoll der Managementbewertung	<input type="radio"/>
		➔ Protokolle der Managementbewertung bzw. Strategiesitzung mit Bewertung von Kennzahlen	<input type="radio"/>
8	Das Rehabilitationskonzept orientiert sich an den verschiedenen Dimensionen der Beeinträchtigung nach ICF und ist somit teilhabeorientiert. Der interdisziplinäre Rehabilitationsansatz spiegelt sich im Verständnis der Berufsgruppen als interdisziplinäres Team wieder. <i>BAR 3.3/3.4</i>	➔ es existiert ein schriftliches, ICF orientiertes Rehabilitationskonzept	<input type="radio"/>
		➔ das interdisziplinäre Teamverständnis wird nachgewiesen (z.B. VA/Protokolle für interdisziplinäre Teamsitzungen/Fallkonferenzen, in relevanten Berufsgruppen durchgeführte Mitarbeiterbefragungen, Rückmeldung der externen QS im Bereich der KTL)	<input type="radio"/>
9	Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte sowie die damit zusammenhängenden Behandlungs- und Therapiekonzepte werden regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert. <i>BAR 3.7</i>	➔ Festgelegter Überarbeitungszyklus für das Rehabilitationskonzept und die damit zusammenhängenden Behandlungs- und Therapiekonzepte mit Aufbewahrung der Versionen, z. B.:	
		<ul style="list-style-type: none"> > Sitzungsprotokoll zur Überarbeitung des Rehabilitationskonzepts (Behandlungs-, Therapiekonzept) > Fortlaufende Versionsstände in der Dokumentenlenkung 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Indikationsbezogene Rehabilitationsziele werden definiert und transparent gemacht. Sie sind ergebnisorientiert, konkret und ressourcenorientiert und werden zielgruppenspezifisch vermittelt. <i>BAR 3.2</i>	➔ Verschriftlichte indikationsbezogene Rehabilitationsziele, die sich an Ergebnissen und Ressourcen orientieren und die öffentlich gemacht werden (z.B. Intranet, ggf. zusätzlich Intranet)	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2d	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.		
2d1	Kommunizieren und sukzessives Umsetzen		
1	Es werden alle notwendigen Informationen über das Einrichtungskonzept nutzeradäquat an die verschiedenen Interessengruppen weitergegeben. <i>BAR 2.7</i>	<p>➔ Das Einrichtungskonzept wird interessengruppen-spezifisch aufbereitet, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Flyer für zuweisende Einrichtungen 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Indikationsspezifische Patienten-informationsbroschüren 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Internet (ggf. zusätzlich Intranet) 	<input type="checkbox"/>
2	Es ist sichergestellt, dass die Qualitätsziele und die Zielerreichung in der Einrichtung transparent gemacht werden. <i>BAR 5.3.3</i>	<p>➔ Bericht über Qualitätsziele und Zielerreichung im Rahmen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Mitarbeiterzeitschrift 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Mitarbeiterversammlung 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Besprechungswesen 	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> > Internet (ggf. zusätzlich Intranet) 	<input type="checkbox"/>
2d2	Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse		
1	Es ist sichergestellt, dass die verschiedenen Prozesse an den Erwartungen der Patienten, an den fachlichen Qualitätsstandards und an der Politik und Strategie der Einrichtung ausgerichtet sind. <i>BAR 5.2.4</i>	<p>Im Rahmen der Produktentwicklung/Entwicklung von Standardtherapieplänen:</p> <p>➔ Protokolle der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen/ Patientenvertretungen und/oder Verfahrensweisung zum Vorgehen bei der Abstimmung individueller Therapieziele</p>	<input type="radio"/>
		<p>➔ aus dem Einrichtungskonzept bzw. aus den Projektunterlagen zur Erarbeitung des Einrichtungskonzepts geht hervor, inwieweit eine Orientierung an den Vorgaben der Kostenträger und Fachgesellschaften und an Politik und Strategie der Einrichtung erfolgte</p>	<input type="radio"/>



Notizen:

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 und die Effektivität ihrer Prozesse zu unterstützen.

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
3b	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.		
3b1	Qualifikationen ermitteln		
1	Die erforderlichen Qualifikationen des Personals bezüglich der verschiedenen Stellen/Verantwortlichkeiten in der Einrichtung sind geregelt und dokumentiert. BAR 5.1.1/5.1.2	➔ Beschreibung der Mindestqualifikationsanforderungen in z. B. Aufgaben-/Verantwortungs-/Funktions- oder Stellenbeschreibungen für Mitarbeiter-/Funktionsgruppen	<input type="radio"/>
		➔ Tätigkeits- und Stellenbeschreibungen, Leistungsanforderungen, personenbezogene Entwicklungspläne	<input type="radio"/>
2	Regelmäßig findet ein Soll-Ist-Abgleich des Stellenplans statt. BAR 5.1.2	➔ Der regelmäßige Abgleich erfolgt durch:	
		<ul style="list-style-type: none"> > Quartalsweise Stellenplanmeldungen an den Kostenträger > Protokolle über regelmäßig stattfindenden Soll-Ist-Abgleich auf Basis des internen Stellenplans 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Es ist sichergestellt, dass der Qualitätsmanagement-Beauftragte über die erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügt. BAR 4.2.2	➔ Ausbildungsnachweis des QMB	<input type="radio"/>
		➔ Kontinuierliche, QM-bezogene Fortbildung des QMB, in Form von:	
		<ul style="list-style-type: none"> > Abonnements für Fachliteratur > Anschaffungen von Fachbüchern/Normen > Teilnahme an Kongressen, Seminaren, Webinaren 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Der Fortbildungsbedarf wird mindestens einmal jährlich gemeinsam mit dem Mitarbeiter (einschließlich des QMB) erhoben. Entsprechende evidenzbasierte, praxisorientierte Fortbildungen (einschließlich der Pflichtschulungen)	➔ Der Fortbildungsbedarf wird nachgewiesen durch:	
		<ul style="list-style-type: none"> > einen möglichst evidenzbasierten, praxisorientierten Fortbildungsbedarfsplan mit Zielen, welcher im Dialog mit Mitarbeitern erstellt wurde > Protokolle von Mitarbeitergesprächen, in denen der Fortbildungsbedarf erhoben wird 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
3b1 Qualifikationen ermitteln			
	werden geplant, durchgeführt und nachgewiesen. Aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind verfügbar. <i>BAR 11.6</i>	→ Fortbildungsnachweise auch für Pflichtschulungen	<input type="radio"/>
		→ Papier- oder IT-gestütztes Vorhalten von Zeitschriften/ Fachliteratur und Informationen über Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote, die Mitarbeitern zugänglich sind	<input type="radio"/>
3b2 Qualifikationen fördern und aufrechterhalten			
1	Die Rehabilitationseinrichtung hat festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit die internen Teamfortbildungen durchgeführt werden. <i>BAR 11.3</i>	→ Prozessbeschreibungen zu internen Teamfortbildungen	<input type="radio"/>
		→ interne Teamfortbildungspläne	<input type="radio"/>
3b3 Schulungs- und Entwicklungspläne erstellen und realisieren			
1	Die Einarbeitung von Mitarbeitern ist schriftlich geregelt. Alle neuen Mitarbeiter erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit alle für ihre Tätigkeit und Verantwortung erforderlichen Informationen und ausreichend Zeit zur Einarbeitung. Ein Nachweis über die Einarbeitung wird erbracht. <i>BAR 11.5</i>	→ Schriftliches Einarbeitungskonzept	<input type="radio"/>
		→ Laufzettel/Checklisten	<input type="radio"/>
		→ Papier oder IT-gestütztes Informationsmaterial, für neue Mitarbeiter wie Informationsmappen, Informationspräsentationen sowie Informationsveranstaltungen	<input type="radio"/>
3 d Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Einrichtung wird gestaltet			
3d1 Kommunikation planen und ermöglichen			
1	Es gibt regelmäßige Foren und klar geregelte Kommunikationskanäle für die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander und mit der Führung der Einrichtung (z. B. Informationen, Ideen, Wünsche, Bedürfnisse, Beschwerden). <i>BAR 5.5.1</i>	→ Kommunikationsmatrix	<input type="radio"/>
		→ Verfahrensanweisung zur Kommunikationsregelung	<input type="radio"/>
		→ Protokolle der Gremien/Foren/Besprechungen, die sowohl die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander als auch mit der Führung der Einrichtung berücksichtigen	<input type="radio"/>



Notizen:

Partnerschaften und Ressourcen

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

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
4a Externe Partnerschaften werden gemanagt.			
4a1 Externe und patientenbezogene Partnerschaften werden gemanagt			
1	Die Einrichtung hat Regeln für die Information und Kooperation mit den verschiedenen Partnern zum Ausgleich von Interessen im Hinblick auf die Rehabilitandenversorgung dokumentiert. <i>BAR 6.3</i>	➔ In Abhängigkeit von Art und Umfang der jeweiligen Partner sind Regelungen zur Information und Kooperation zu treffen:	
		> im Überleitungsmanagement	<input type="checkbox"/>
		> in Verträgen	<input type="checkbox"/>
		> in Produkthanforderungen	<input type="checkbox"/>
		> in Leistungs- und Rechnungsprüfungen	<input type="checkbox"/>
		> im Reklamationsmanagement	<input type="checkbox"/>
		> in Leistungsverzeichnissen	<input type="checkbox"/>
		> in Pflichtenheften	<input type="checkbox"/>
4e Informationen und Wissen werden gemanagt.			
4e1 Managen von patientenbezogenen Informationen			
1	Es gibt Regelungen zur Handhabung (Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung) und zum Schutz von Patientendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten. <i>BAR 5.2.5</i>	➔ Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Patientenakten mit Regelungen zu Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung	<input type="radio"/>
		➔ Handzeichenliste	<input type="radio"/>
		➔ Dokumente (z.B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, Standard Operating Procedure, Dienstanweisungen) zum Umgang mit dem Datenschutz	<input type="radio"/>
		➔ Datenschutzverpflichtungen der Mitarbeiter	<input type="radio"/>
		➔ Rechte und Rollen von IT-Benutzern	<input type="radio"/>



Notizen:

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.

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
5a	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.		
5a1	Prozessmanagement sicherstellen		
1	Die rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Schlüsselprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse werden nach festgelegten Regeln der Einrichtung dokumentiert, im Qualitätsmanagementhandbuch abgebildet und kontinuierlich überwacht. <i>BAR 5.2.1</i>	Vorgabendokument, welches die Form der Dokumentation von Prozessbeschreibungen regelt für:	
→ Schlüsselprozesse		<input type="radio"/>	
→ deren relevante Teilprozesse		<input type="radio"/>	
→ relevante Unterstützungsprozesse und die nach diesen Regeln beschriebenen oben genannten Prozesse		<input type="radio"/>	
→ Dokumente (z. B. Prozesslandschaft, Regelungen, Verfahrensanweisungen, Standard Operating Procedure, Dienstanweisungen) für die Schlüsselprozesse (z. B. Aufnahme, Diagnose, Therapie, Überleitung) einschließlich deren Teilprozesse (z. B. Therapiezielfindung, Therapieplanung, Sozialmedizinische Beurteilung) sowie den relevanten Unterstützungsprozessen. Zu den rehabilitandennahen Unterstützungsprozessen gehören u.a. Managementprozesse, (z. B. Medizinprodukteüberwachung, Reinigung, Catering).		<input type="radio"/>	
→ Nachweise für die kontinuierliche Überwachung durch:			
> Interne Audit-Berichte		<input type="checkbox"/>	
> Kennzahlen		<input type="checkbox"/>	
> Rückmeldungen von Kunden (z. B. Beschwerden, Einträge in sozialen Medien, Leserbriefe)	<input type="checkbox"/>		
> Prozessbewertungen (z. B. Begehungen, Innenrevision, Peer Review) für alle oben genannten Prozesse	<input type="checkbox"/>		



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2	Die Organisationsform und die Zuständigkeiten von Arbeitsabläufen und Schnittstellen (z.B. abteilungsinterne/abteilungsübergreifende Foren/Ausschüsse und/oder Qualitätsbeauftragte, Projektgruppen, Stabstelle) sind geregelt und festgelegt. <i>BAR 5.1.1/5.2.3</i>	➔ Zuständigkeits- und Verantwortungsbeschreibungen für Vorgesetzte aller Abteilungen und Schnittstellenbereiche	<input type="radio"/>
		➔ Verantwortungsbeschreibungen für Beauftragte	<input type="radio"/>
		➔ für alle Schlüsselprozesse werden Verantwortlichkeiten für Prozesse und einzelne Prozessschritte benannt	<input type="radio"/>
		➔ Prozesslandkarte	<input type="radio"/>
3	Alle Mitarbeiter kennen die Ziele, Aufgaben und Vorgehensweisen des Qualitätsmanagementsystems und werden in dessen Weiterentwicklung einbezogen. <i>BAR 5.5.2/5.5.3/9.5/9.9</i>	➔ Nachweise zur Einführung von Instrumenten zur Beteiligung der Mitarbeiter an der Weiterentwicklung des QM, wie: <ul style="list-style-type: none"> > Qualitätszirkel und analoge Formen der innerbetrieblichen Arbeitskreise > CIRS > Innerbetriebliches Vorschlagswesen > Prozessworkshops > Interne Audits 	<input type="checkbox"/>
		Nachweise für die Wissensvermittlung zum QM wie z.B. Umgang mit dem QM-Handbuch, Dokumenten, Beschwerden, Beinahe-Fehlern, Qualitätszielen und Kennzahlen sowie internen Audits durch: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Teilnahme an Schulungen für bereits eingewiesene Mitarbeiter ➔ Einarbeitung bzw. Training on the job für neue Mitarbeiter 	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
5a2 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten			
1	Die Art und Weise der Umsetzung der gesetzlichen und behördlichen Regelungen, Richtlinien und Empfehlungen ist beschrieben. Um die Rehabilitandensicherheit zu erhöhen, wird ein Risikomanagement-Konzept in der Klinik vorgehalten. Die Einhaltung wird nachgewiesen. <i>BAR 5.2.2/9.4</i>	➔ Nachweise ¹ für die geeignete Umsetzung der aktuellen gesetzlichen und behördlichen Regelungen (z.B. Hygieneverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung, Brandschutz, G-BA Richtlinien fürs QM/ Risikomanagement etc.)	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise ²	Status
5b	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		
1	Die qualitätsrelevanten Leistungen der rehabilitandenbezogenen und der die Schlüsselprozesse unterstützenden Prozesse werden gemessen, im Hinblick auf Verbesserungspotenzial nach einem festgelegten Verfahren analysiert, durch das Management bewertet und Verbesserungen abgeleitet. <i>BAR 5.4.4/ 5.4.5/9.2/9.10</i>	Verfahrensanweisung Managementbewertung mit Beschreibungen der Vorgehensweise:	
→ zur Analyse und Bewertung des Soll-Ist-Abgleichs		<input type="radio"/>	
→ zum festgestellten Verbesserungsbedarf		<input type="radio"/>	
→ zu den geplanten Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzung		<input type="radio"/>	
Protokoll der Managementbewertung(en) mit Feststellungen:			
→ zur Analyse und Bewertung des Soll-Ist-Abgleichs		<input type="radio"/>	
→ zum festgestellten Verbesserungsbedarf		<input type="radio"/>	
→ zu den geplanten Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzung		<input type="radio"/>	
Immer müssen Nachweise vorliegen, über:			
→ Liste der wesentlichen Schlüsselprozesse		<input type="radio"/>	
→ Besprechungs-/Workshop-Protokolle über die Analyse der Ergebnisse und die Ableitung von Maßnahmen		<input type="radio"/>	
→ Projektberichte und/oder veränderte Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, die mit der Analyse korrespondieren		<input type="radio"/>	
Nachweise für die Durchführung und Analyse mit Hilfe von internen Audits:			
→ Auditprogramm, das die wesentlichen Prozesse einschliesst und innerhalb von 3 Jahren alle Prozesse aus der Liste umfasst	<input type="radio"/>		
→ Auditprotokolle	<input type="radio"/>		

¹ Detaillierte Nachweise sind im Handbuch der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (2012) zu finden.

² Zum Nachweis sollten einerseits **datenbasierte Analysen** (z.B. Analysen der Kundenbefragungen, der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualitätsdaten) und andererseits **informationsbasierte Analysen** (z.B. Analyse der Beschwerden, Lieferantenbewertungen, der Teamkonferenzergebnisse) stattfinden. Interne Audits können beide Zwecke erfüllen und sind für Prozesse zu empfehlen, für die es keine Kennzahlen gibt. Diese Nachweise müssen mindestens 1x pro Jahr vorliegen. Die Analyse könnte insgesamt in einer Managementbewertung stattfinden. Alternativ könnte sie in definierten Gruppen (Qualitätszirkel, Beschwerdekommision, Material-, Einkaufs-, Arzneimittelkommission, usw.) stattfinden.



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
		Nachweise für die Durchführung und Analyse mit Hilfe von datenbasierten Kennzahlen : ➔ Plan, wer wann welche Kennzahlen analysiert und ggf. Maßnahmen ableitet (z.B. Verfahrensanweisung Managementbewertung, Sitzungsplan von Qualitätszirkeln mit Kennzahlenzuordnung)	<input type="radio"/>
		Nachweise für die Durchführung und Analyse mit Hilfe von informationsbasierten Kennzahlen : ➔ Plan, wer wann welche Informationen (aus Beschwerden, aus Lieferantenbewertungen usw.) analysiert und ggf. Maßnahmen ableitet (z.B. Verfahrensanweisung Managementbewertung, Sitzungsplan von Beschwerdekommision)	<input type="radio"/>
		➔ neben der Teilnahme der AG- oder Kommissionsmitglieder: Teilnahme eines in QM ausgebildeten Mitarbeiters an der Sitzung (z.B. Auditor, QMB)	<input type="radio"/>
2	Mindestens jährlich wird ein Prüfungsplan für die wesentlichen Prozesse erstellt, der Angaben zu Termin, Dauer und Ablauf der Selbstprüfungen beinhaltet. Die Selbstprüfungen beinhalten Ergebnisse vorangegangener Überprüfungen. Die Dauer für die Überprüfung des gesamten QM-Systems überschreitet nicht den Zeitraum von drei Jahren. Die aus den Selbstprüfungen resultierenden Maßnahmen werden beschrieben. <i>BAR 5.4.1/5.4.3</i>	Prüfplan, der folgendes enthält: ➔ Managementbewertung(en) ➔ Audit-Programm ➔ Selbstprüfung auf der Basis von Kennzahlen ➔ Selbstprüfung auf der Basis von Rückmeldungen von Kunden (z.B. Visitationen, Beschwerden, Einträge in sozialen Medien, Leserbriefe) ➔ Selbstprüfung auf der Basis von Rückmeldungen von MA (z.B. CIRS, Befragungen, Fehlermeldungen) ➔ Prozessbewertungen (z.B. Begehungen, Innenrevision, Peer Review) ➔ Aufzeichnungen zu allen ggf. im Prüfplan enthaltenen Audits, Selbstprüfungen und Prozessbewertungen ➔ Prüfpläne über drei Jahre enthalten alle relevanten Prozesse ➔ Maßnahmenplan	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
3	Es wird qualifiziertes Personal für die regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse bereitgestellt. <i>BAR 5.4.2</i>	➔ Festlegung der notwendigen Qualifikationen für die ggf. genutzten Formen der Selbstprüfung	<input type="radio"/>
		➔ Befähigungsnachweise des im Rahmen der Selbstprüfung eingesetzten Personals, z. B.:	
		> Teilnahmebescheinigung Auditoren-Ausbildung	<input type="checkbox"/>
		> Teilnahmebescheinigung Moderationstraining	<input type="checkbox"/>
		> Moderationserfahrung	<input type="checkbox"/>
		> Führungserfahrung	<input type="checkbox"/>
4	Es gibt ein Beschwerdemanagement einschließlich der Verantwortlichkeiten als dokumentiertes Verfahren. Die Mitarbeiter werden im Umgang mit Beschwerdeführern geschult. <i>BAR 7.1/7.2/10.2</i>	➔ Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement, die Festlegungen zu Erfassung, Bearbeitung und Behebung einzelner Beschwerden sowie der statistischen Aufbereitung, Ursachenanalyse und Maßnahmenableitung für die Gesamtheit aller Beschwerden enthält	<input type="radio"/>
		➔ Aufzeichnungen über die Bearbeitung einzelner Beschwerden	<input type="radio"/>
		➔ Aufzeichnungen über die Ursachenanalyse und Maßnahmenableitung für Beschwerden	<input type="radio"/>
		➔ Nachweise über Schulungen der MA zum Umgang mit Beschwerden	<input type="radio"/>
5	Es gibt ein Konzept zum Fehlermanagement, das die eingeführten Instrumente einschließlich der Verantwortlichkeiten beschreibt. Die Mitarbeiter werden im Umgang mit Fehlern und den Instrumenten des Fehlermanagements geschult. <i>BAR 10.1/10.2/10.3/10.4</i>	➔ Konzept zum Fehlermanagement, welches die eingeführten Instrumente zur Vorbeugung von Fehlern und der Korrektur fehlerhafter Prozesse beschreibt	<input type="radio"/>
		➔ Verfahrensanweisung für die eingeführten Instrumente zum Fehlermanagement, z. B.:	
		> CIRS	<input type="checkbox"/>
		> Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>
		> Morbiditätskonferenzen	<input type="checkbox"/>
		> Ein- und Unterweisungen	<input type="checkbox"/>
		> Interne Notfallplanung	<input type="checkbox"/>
> Innerbetriebliches Vorschlagswesen	<input type="checkbox"/>		



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="651 309 1375 360">➔ Aufzeichnungen über die Bearbeitung einzelner Fehler <li data-bbox="651 383 1375 461">➔ Aufzeichnungen über die Ursachenanalyse und Maßnahmeneinleitung für Fehler <li data-bbox="651 483 1375 595">➔ Aufzeichnung über die Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen durch Einrichtungsleitung, MA und QMB <li data-bbox="651 618 1375 808">➔ Aufzeichnungen über die Ergebnisse der Managementbewertung(en) mit Feststellungen über die zusammengeführte Bewertung der Informationen aus der externen und internen QS und der abgeleiteten Maßnahmen zum festgestellten Verbesserungsbedarf <li data-bbox="651 831 1375 943">➔ Nachweise über Schulungen der MA zum Umgang mit Fehlern und den eingeführten Instrumenten des Fehlermanagements 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5b2 Externe Informationen für Verbesserung nutzen			
1	<p>Die Einrichtung nimmt an gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der externen QS teil. Rehabilitationseinrichtungen ohne einen Versorgungs-/Belegungsvertrag unterliegen dieser Nachweispflicht nicht. <i>BAR 8.1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="651 1016 1375 1229">➔ Ergebnisberichte aus den externen QS-Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="699 1072 1375 1229">➤ GKV: QS-Reha® (Strukturqualität Ergebnisbericht Teil I, Ergebnis- und Prozessqualität sowie Patientenzufriedenheit Ergebnisbericht Teil II und optional ein Visitationsbericht) <li data-bbox="699 1240 1375 1352">➤ DRV: QMS-REHA® (Berichte zu den Reha-Therapiestandards, KTL, Rehabilitandenzufriedenheit, Peer Review, Sozialmedizinische Beurteilung) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<p>Es existiert ein strukturiertes Verfahren, das den Umgang mit Ergebnissen aus der externen QS beschreibt und mit den Erkenntnissen und Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements verknüpft. <i>BAR 8.2/8.3/8.4</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="651 1375 1375 1532">➔ Verfahrensanweisung Managementbewertung, die die zusammengeführte Bewertung der Informationen aus der externen und internen QS und der abgeleiteten Maßnahmen beschreibt <li data-bbox="651 1554 1375 1744">➔ Aufzeichnungen über die Ergebnisse der Managementbewertung(en) mit Feststellungen über die zusammengeführte Bewertung der Informationen aus der externen und internen QS und der abgeleiteten Maßnahmen zum festgestellten Verbesserungsbedarf 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
5c	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		
1	Es gibt eine Verfahrensweisung, die die Erfassung der Erwartungen und Wünsche des Rehabilitanden unter besonderer Berücksichtigung behinderter Menschen hinsichtlich der Rehabilitation regelt. <i>BAR 6.2</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Verfahrensweisung zur Erfassung und Auswertung der Wünsche und Beschwerden der Rehabilitanden (z.B. Verfahrensweisung für die Patientenaufnahme, inkl. Reha-Zielvereinbarung und Erfassung der Anforderungen aufgrund des individuellen Gesundheitsproblems) 	<input type="radio"/>
5d	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.		
5d3	Anamnese, Exploration und Diagnostik managen		
1	Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei der Aufnahme und Entlassung. <i>BAR 9.1</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Konzept, in dem der Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung beschrieben ist 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Patientenakte, aus der deutlich wird, dass die im Konzept beschriebenen Assessments angewendet wurden 	<input type="radio"/>
5d4	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen		
1	Der Patient (bzw. Angehörige) mitsamt seinen persönlichen Erwartungen und Grenzen wird aktiv und partnerschaftlich in die Therapiezielfindung und in die Auswertung der Zielerreichung einbezogen. <i>BAR 3.6/6.4/9.3</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Verfahrensweisung zur Behandlungsplanung aus der hervorgeht, wie der Patient bei der Therapiezielfindung und -definition beteiligt wird 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aufzeichnung der Patientenaufnahme, aus der hervorgeht, dass der Patient aktiv in die Therapiezieldefinition einbezogen wurde 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aufzeichnung über eine Abschlussuntersuchung mit der Feststellung des Zielerreichungsgrades aus ärztlicher und Patientensicht 	<input type="radio"/>
2	Es liegen schriftliche Behandlungskonzepte vor, in denen die Verantwortung für das Erstellen, Prüfen und Freigeben geregelt ist. Die Behandlungskonzepte sind indikationsspezifisch und funktions- bzw. fähigkeitsorientiert. <i>BAR 3.1/3.5</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Behandlungskonzepte für die jeweiligen Indikationen, in denen die Verantwortung für die Prüfung, Erstellung und Freigabe festgelegt ist und in welchen funktionsorientierte Konzepte enthalten sind (z.B. Mustertherapiepläne für Schwerpunktindikationen; berufsgruppen spezifische Fachkonzepte; VA, die die individuelle Planung/Umsetzung des Behandlungskonzeptes beschreiben) 	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
5d6 Entlassungs-/Verlegungsverfahren			
1	Die Einrichtung hat ihr Schnittstellenmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben und kennt die Anforderungen, die von diesen an sie gestellt werden. <i>BAR 6.5</i>	➔ Aufzeichnungen (z.B. Kooperationsverträge, Protokolle, Gesprächsnotizen) über Gespräche zu den Anforderungen/die Abstimmung der Vorgehensweise an der Schnittstelle	<input type="radio"/>
		➔ Verfahrensanweisung zum Aufnahmeprozess/ Entlassmanagement	<input type="radio"/>
5d8 Medizinische Notfälle managen			
1	Die von der Einrichtung festgelegten Mitarbeiter (z.B. ärztlicher und Pflegedienst) werden hinsichtlich der medizinischen Notfälle in festgelegten Abständen und in festgelegter Art und Weise geschult (z.B. in Reanimationsmaßnahmen). Es existiert ein schriftlich ausgearbeiteter Erste-Hilfe-Plan. <i>BAR 11.4</i>	➔ Verfahrensanweisung, die das Notfallmanagement regelt	<input type="radio"/>
		➔ Schulungsplan aus dem hervorgeht, welche Mitarbeiter in welcher Form und Häufigkeit geschult werden sollen	<input type="radio"/>
5e Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.			
5e1 Kunden-/Patientenpflege			
1	Die Einrichtung stellt die erforderliche Information der Rehabilitanden über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange organisatorisch sicher und beschreibt schriftlich ihr Konzept der Angehörigenarbeit. <i>BAR 6.1</i>	➔ Verfahrensanweisung zur Informationsweitergabe an den Rehabilitanden/ihm nahestehende Personen	<input type="radio"/>
		➔ Materialien für den Rehabilitanden/ihm nahestehende Personen (z.B. Broschüren, Internet, Patientenmappe, Aushänge, Hausordnung), die Informationen enthalten zu: <ul style="list-style-type: none"> - den Abläufen in der Rehabilitation - dem informationellen Selbstbestimmungsrecht - der medizinische Aufklärung - der Verpflichtung zur Zusammenarbeit - Datenschutz 	<input type="radio"/>
		➔ Rehabilitationskonzept, das die Angehörigenarbeit beschreibt	<input type="radio"/>



Notizen:

Nr.	Basisanforderung	Notwendige Nachweise	Status
2	Es gibt ein systematisches Vorgehen für die Abfrage und Analyse der Rückmeldungen von Kunden bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahmen. <i>BAR 9.8</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Verfahrensanweisung, die den Umgang mit den Kennzahlen³, die sich aus den Messungen bezüglich der drei Gruppen (Patientenbefragung, QS Ergebnisberichte, Zuweiserbefragungen) ergeben, regelt 	<input type="radio"/>
		Nachweis aus Sicht der Rehabilitanden/Angehörigen:	
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Rehabilitandenbefragung 	<input type="radio"/>
		Nachweis aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger (SGB XI):	
3	Die Einrichtung wendet Methoden an, um die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den Behandlungsprozessen und Angeboten über die Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen. <i>BAR 9.7</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Erhebungsbogen zur Rehabilitandenzufriedenheit 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Auswertung (Statistik) 	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Protokoll einer Bewertung der Ergebnisse (z. B. Managementbewertung) 	<input type="radio"/>
		Nachweis aus Sicht der Interessenpartner, wie z. B. Vor- und Nachbehandler, Konsiliare, Leistungserbringer outgesourcter Rehabilitationsleitungen:	
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Gesprächsprotokolle, Aufzeichnungen von Besuchen 	<input type="radio"/>

³ Für den Nachweis im Umgang mit den Kennzahlen reicht eine übergreifende Verfahrensanweisung für die drei Gruppen von Kunden: 1. Rehabilitanden/Angehörige, 2. Kosten-/Leistungsträger (SGB XI) sowie 3. Interessenpartner (wie z. B. Vor- und Nachbehandler, Konsiliare, Leistungserbringer outgesourcter Rehabilitationsleitungen).



Notizen: