

**Reha-Jahrestagung IQMG am 05.12.2025**

# **IQMP kompakt 2.0 – Weiterentwicklung des Verfahrens**

---



Dr. Ralf Bürgy  
Vorsitzender des IQMG-Verwaltungsrates

Prof. Dr. Jörg-Rüdiger Blau

Johannes Kneißl

Norbert Schneider

Jörg Krumm

---

Mitglieder des IQMG-Verwaltungsrates

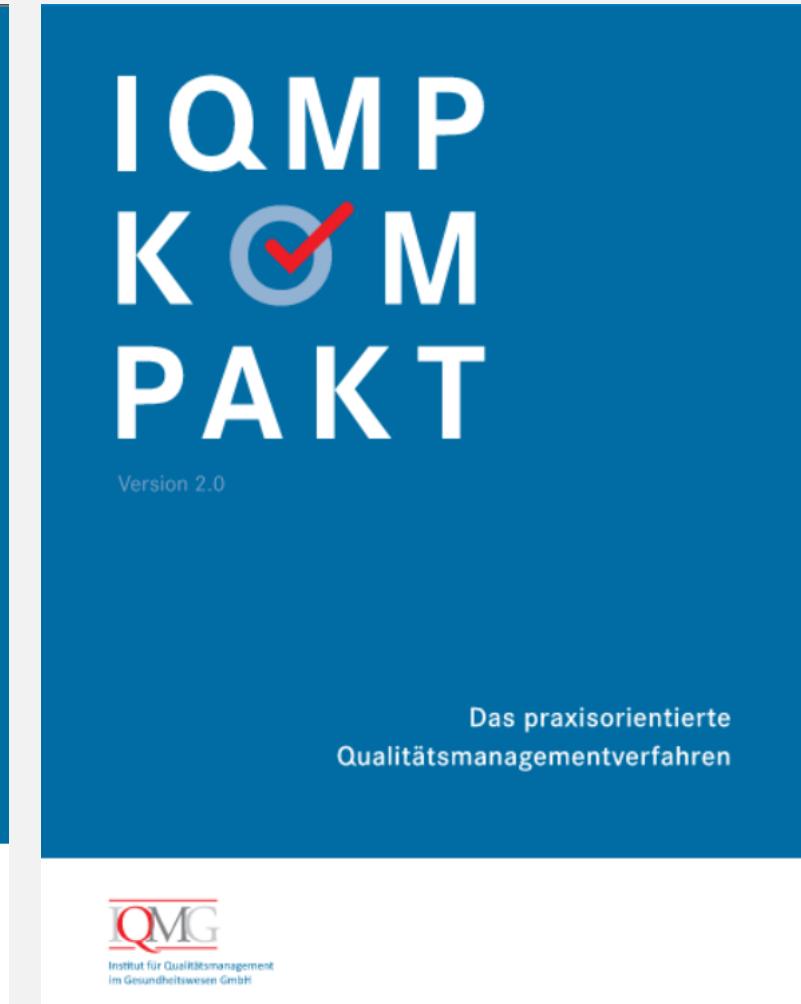
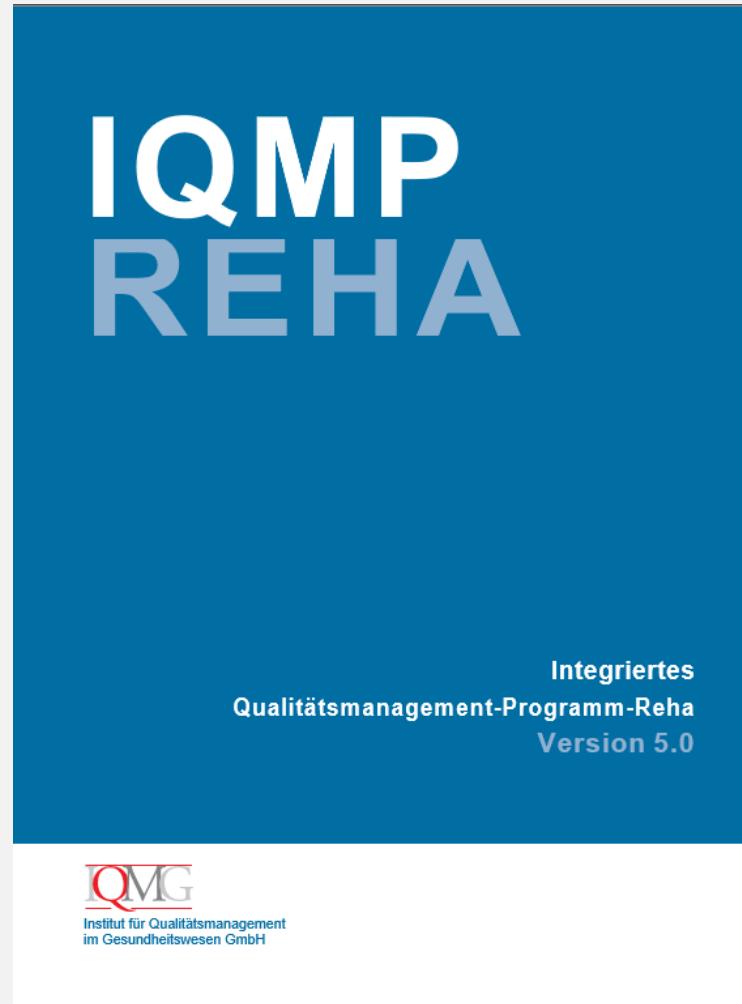
- Auditzeiten und – frequenz
- Orientierungswerte des IQMG
- Neue Kriterien:
  - Chancen- und Risikomanagement
  - Gewaltschutz
- Weitere Anpassungen



# Unsere Verfahren



- Nach Überarbeitung in der neuen Version von der BAR anerkannt
- IQMP-Reha Version 5.0
- IQMP kompakt 2.0
- **Wichtiges Anliegen der BAR zur Anerkennung:**
  - Gewährleistung der Unabhängigkeit Zertifizierer



# Warum Weiterentwicklung von IQMP kompakt notwendig?

---



- IQMP kompakt als selbstständiges Verfahren, unabhängig vom IQMP-Reha, etablieren
- Wünschen und Anforderungen der Anwenderinnen und Anwender gerecht werden
  - **Anwenderfreundlichkeit:** Sprachgebrauch praxisgerechter formulieren
  - **Rehabilitandenorientierung:** Wünsche und Erwartungen der Rehabilitand:innen erfüllen, d. h. eine bedarfszentrierte Prozessgestaltung und Behandlung
- **Ergebnisorientierung** als Anregung für Qualitätsverbesserung
- Generell Modernisierung des QM-Verfahren

## Bei beiden Verfahren:

- Neue Anforderungen der BAR bezüglich der Überarbeitung der QM-Vereinbarung §37 SGB IX berücksichtigen

# Herausforderungen für Weiterentwicklung des IQMP kompakt

- Erfüllung der IAF-Vorgaben für QM-Systeme
- Weiterentwicklungsziele für IQMP-kompakt 2.0:
  - Praxisbezug ausbauen und weiterentwickeln
  - Patienten-/Rehabilitandenorientierung stärken
  - Ergebnisqualität fokussieren



Auf Ebene der Nachweise?  
Auf Ebene der Anforderungen?

Primäres Ziel ist die  
rehabilitandenorientierte  
Prozessoptimierung (BAR)

Mit Ergebnismessung wird  
rehabilitandenbezogen Ergebnisqualität  
gemessen

Mit Ergebnisqualität wird die Wirksamkeit der  
Rehabilitationsprozesse gemessen

# Ablauf der Weiterentwicklung des IQMP kompakt

- Start in interaktiven Workshops, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und zu konkretisieren
- In vier Workshops wurden einzelne Kriterien anhand einer umfassenden Excel-Datei (siehe nächste Folie) bewertet und diskutiert
- Workshops wurden thematisch nach den einzelnen Kapiteln des IQMP kompakt aufgeteilt
- Im Verwaltungsrat: Umsetzung der konkreten Vorschläge in das Manual IQMP kompakt 2.0



# Ablauf der Weiterentwicklung des IQMP kompakt

- Auszug der Tabelle

Nr.	Basisanforderungen	Nachweise	Fragen zu	Anwenderfreundlichkeit	
				Indikatoren	Nachweise
			j/n	<p>Sind die nebengenannten Indikatoren angemessen?</p> <p>Sind die nebengenannten Indikatoren verständlich?</p> <p>Fehlen bestimmte Aspekte? Was sollte geändert werden (sprachlich oder inhaltlich)?</p> <p>Ist eine detaillierte Formulierung notwendig?</p> <p>Gibt es Dopplungen/Redundanzen?</p>	<p>Sind die nebengenannten Hinweise angemessen?</p> <p>Sind die nebengenannten Hinweise verständlich?</p> <p>Sollten Hinweise ergänzt/geändert/entfernt werden?</p>
1a	<b>Führungskräfte erarbeiten ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Exzellenz</b>				
1a1	<b>Leitbild</b>				
1	Der Bezug zur Rehabilitation wird deutlich durch die Teilhabeorientierung gemäß § 20 SGB IX und Aussagen zum Selbstverständnis, dem Auftrag, den Handlungsfeldern, der Wertorientierung und dem Menschenbild, den Führungsgrundsätzen, dem Qualitätsmanagement (QM), der Wirtschaftlichkeit, der Mitarbeiterpflege, der Kooperationen und der Ökologie. <a href="#">BAR 1.1</a>	Hinweise in Unternehmensstrategie, Unternehmens-/Qualitätspolitik  Leitbild zum Geschäftsfeld der Rehabilitation inklusive Textpassage zu allen verbindlichen Themen  Leitbild enthält Passagen mit Bezug auf ICF (Teilhabeorientierung)	n		Hinweispalte für verschiedene Organisationstypen
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. <a href="#">BAR 1.2</a>	Teilnehmerlisten von Leitbildworkshops  Tagesordnungen und Teilnehmerlisten von Mitarbeiterversammlungen  Nachweise über vorangegangene Ideensammlungen Nachvollziehbare Leitbildorientierung in: > Projektprotokollen/-plänen > Qualitätsentwicklungsplänen > Maßnahmenfestlegungen Ziel und Zweckbeschreibungen für ein Leitbild:	j		<p>Teilnehmerlisten sollten raus, da keine Workshops mehr</p> <p>zu formal eventuell ebenfalls raus</p> <p>Nachweise zur Einbeziehung von Führungskräften und Mitarbeitern in die Erstellung/Überprüfung/Aktualisierung des Leitbildes</p> <p>rausnehmen</p> <p>statt dessen: in Strategie- und Zielplanung</p> <p>statt dessen: in Projekt- und Maßnahmenplänen</p>

---

**Workshop am 14.07.2023**

**Workshop am 11.08.2023**

**Vielen Dank an alle Teilnehmenden!**

Workshop am 29.09.2023

Workshop am 27.10.2023

**Vielen Dank an alle Teilnehmenden!**

## Auditfrequenz

- **Jährlicher Zyklus:** Rezertifizierung alle 3 Jahre, 2x Überwachungsaudit
- **Überwachungsaudit:** ein Überwachungsaudit als sog. Remote-Verfahren (Dokumentenprüfung und Auditgespräche via Fernbegutachtung) möglich
- **Inhalt der Überwachungsaudits:** Elemente des QM stichprobenartig prüfen
- Checkliste für jeden Audit als Selbstcheck empfohlen



## Auditfrequenz

- **Vorgabenhoheit der DAkkS**
- DAkkS-Akkreditierungspflicht der Zertifizierer für die von der BAR anerkannten QM-Verfahren nach § 37 SGB IX seit April 2021
  - Jährliche Überwachungszyklen
  - Spezielle Anforderungen an Auditor:innen, z. B. „Äquivalenzprinzip“
- **Folgen:** - Änderungen bei Herausgebenden Stellen und Änderungen bei BAR
  - Akkreditierte und nicht akkreditierte Zertifizierungsstellen

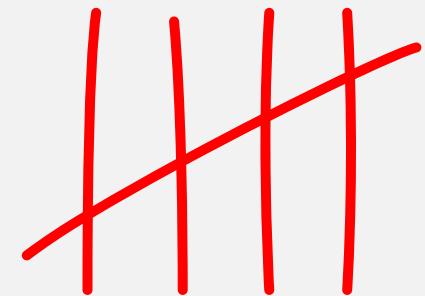


## Warum jährliche Audits in den IQMP-Verfahren?

- **Anforderung BAR:** 1x in 3 Jahren
- Jährliche Überwachung ist ein sinnvolles und wichtiges Element zur Sicherstellung der Qualität
- Hinsichtlich der Auditzeiten gibt es kaum Unterschiede
- Vergleichbarkeit zwischen akkreditierten und nicht-akkreditierten Zertifizierungsstellen sicherstellen

## Auditzeiten

- Kalkulation der erforderlichen Auditage für IQMP-kompakt und IQMP Reha orientiert sich grundsätzlich an der Bemessung von Auditaufwänden der IAF für QM-Systeme
- **Für die Kalkulation des Gesamtauditaufwands gelten folgende Bemessungsgrundlagen:**
  - Auditbasisaufwand
  - plus Auditaufwand je Indikationsbereich der Klinik nach Bettenanzahl  
(bis 50 Betten, 51 bis 100 Betten, größer 100 Betten)
- **Besondere Indikationsschwerpunkte wirken sich zusätzlich bei der Aufwandskalkulation aus:**
  - Anzahl von Betriebsstätten einer Klinik
  - Besonders risikobehaftete Indikationsbereiche,  
(Fachabteilung mit Phase C / Phase B Patienten, Reha bei Transplantationspatienten)
  - Es werden nur Indikationsbereiche unterschieden, die auch in den Strukturanforderungen der DRV oder GKV differenziert werden



# Orientierungswerte für Zertifizierungsaufwendungen

<u>Eingabebereich</u>		<u>Ergebnis Auditaufwand</u> in Tagen		<u>Berechnungsgrundlage</u> in Tagen	
Anzahl der Indikationsbereiche (< 50 Betten)		bei Erstzertifizierung		Auditaufwand je Klinik	2,00
Anzahl der Indikationsbereiche (50 bis 100 Betten)		bei Rezertifizierung		Auditaufwand je Indikationsbereich (< 50 Betten)*	1,30
Anzahl der Indikationsbereiche (> 100 Betten)		Überwachungsaudit 1		Auditaufwand je Indikationsbereich (50 bis 100 Betten)*	1,60
Anzahl der Betriebsstätten		Überwachungsaudit 2		Auditaufwand je Indikationsbereich (> 100 Betten)*	2,00
Anzahl besonders risikobehafteter Indikationsbereiche		Gesamtaufwand		Bei 2 Betriebsstätten zusätzlich	0,25
<u>Aufwand in %</u>				Bei 3 oder mehr Betriebsstätten zusätzlich	0,50
Rezertifizierungsaudit	66%			Besonders risikobehafteter Indikationsbereiche zusätzlich	0,25
1. Überwachungsaudit	33%				
2. Überwachungsaudit	33%				

**Anmerkung:** Das Rezertifizierungsaudit sollte min. 2/3 und die Überwachungsaudits jeweils mindestens 1/3 des Erstzertifizierungsaufwands betragen.

\* inklusive Dokumentenprüfung

# Orientierungswerte für Zertifizierungsaufwendungen

- **Musterbeispiel:** Einrichtung mit 175 Betten (150 +25) in 2 Fachabteilungen
- Gesamtaufwand = Erstzertifizierung + ÜA 1 + ÜA 2

<u>Eingabebereich</u>		<u>Ergebnis Auditaufwand</u> in Tagen	
Anzahl der Indikationsbereiche (< 50 Betten)	1		
Anzahl der Indikationsbereiche (50 bis 100 Betten)			
Anzahl der Indikationsbereiche (> 100 Betten)	1		
Anzahl der Betriebsstätten			
Anzahl besonders risikobehafteter Indikationsbereiche			
<u>Aufwand in %</u>			
Rezertifizierungsaudit	66%		
1. Überwachungsaudit	33%	5,3	
2. Überwachungsaudit	33%	3,5	
<b>Überwachungsaudit 1</b>		1,7	
<b>Überwachungsaudit 2</b>		1,7	
<b>Gesamtaufwand</b>		<b>8,8</b>	

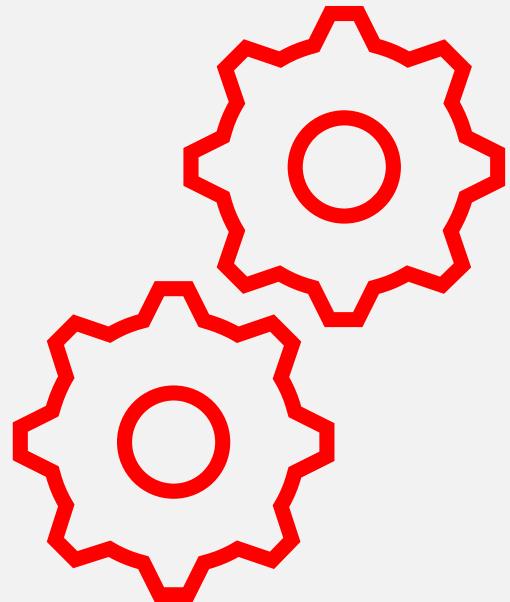
**Anmerkung:** Das Rezertifizierungsaudit sollte min. 2/3 und die Überwachungsaudits jeweils mindestens 1/3 des Erstzertifizierungsaufwands betragen.

# Neuaufnahme des Qualitätskriteriums „Chancen- und Risikomanagement“

## 5a3 Risiko- und Chancenmanagement sicherstellen

1	Risiko- und Chancenmanagement ist in der Einrichtung etabliert. <i>BAR 10.1/10.2/10.4</i>	<p>➡ Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement mit definierten Handlungsfeldern (bspw. betriebswirtschaftlich, medizinisch oder umweltbezogen)</p>	<input type="radio"/>
2	Durchführung festgelegter Verfahren (z. B. Erhebungen zu Risikofrüherkennung) und Analyse der Ergebnisse. <i>BAR 10.3/10.4</i>	<p>➡ Nachweise zur Durchführung von Risiko- und Chancenermittlung (z. B. jährliche Risikoinventur, Workshops zur Risikobewertung medizinischer Risiken, etc.)</p> <p>➡ Analyse (PDCA-Zyklus) der durchgeföhrten Risiko- und Chanceninventur:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➢ Klassifikation von Risiken in übergeordnete Kategorien</li><li>➢ Bewertung der Risiken/Risikokategorien nach Risikopotenzial (z. B. Top 10/Top 5 der größten Risiken)</li><li>➢ Abgeleitete Maßnahmen aus Risiko- und Chanceninventur</li></ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

3b2 Präventionsmaßnahmen zu Gewaltschutz	
1	Geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt werden getroffen. <i>BAR 6.3</i>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Maßnahmen zur Gewaltprävention</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Einzuleitende Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Festlegung von festen Ansprechpersonen (z. B. Vertrauensperson, Gleichstellungsbeauftragte)</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Gewaltschutz als fester Bestandteil des Fort- und Weiterbildungskonzepts</li></ul>



- Gendergerechte Sprache
- Begriffe mehr auf den Klinikalltag ausgerichtet, z. B. Verfahrensabsprache
- Glossar erweitert
- Nummerierung der Kapitel/Subkategorien verändert
  - Keine komplette Übereinstimmung mit IQMP Reha mehr
- Beschreibungen zu neuen Anforderungen eingefügt, z. B. Überwachungszyklen
- Checkliste als Excel-Datei

# Weitere Anpassungen: Beispiele

- Weitere neue Kriterien wurden eingeführt, bspw. Ergebnisorientierung in Kapitel „Führung“

1b Führungskräfte sorgen mit Mitarbeitenden 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. <b>BAR 4.1.1</b>	Veröffentlichung von:  → Linien- und Matrixorganigramm sowie Aufgaben-/Verantwortungs-/Funktions- oder Stellenbeschreibungen für Linienfunktionen, Gremien und Beauftragte (inkl. QMB)
2	Ergebnisorientierung als Grundlage der Organisationsstruktur und Führungsarbeit. <b>BAR 8.1/8.3/8.4/8.5/8.6/8.7</b>	→ Nachweise zum Einsatz/zur Nutzung relevanter Ergebnisparameter (z. B. QS-Indikatoren der Kostenträger, interne Ergebnismessungen, strukturierte Assessments, PROMS) in der Organisation

# Weitere Anpassungen: Beispiele

- Kriterien wurden sprachlich angepasst oder gekürzt, bspw. in Kapitel „Prozesse“
- z. B.:
  - Patienten zu Rehabilitand:innen
  - Verfahrensanweisung zu schriftliche Regelung
  - Schlüsselprozesse zu Kernprozesse

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5a	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.		
5a1	Prozessmanagement sicherstellen	<p>1 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, in der Qualitätsmanagementdokumentation abgebildet und kontinuierlich überwacht.</p> <p><i>BAR 5.2.1</i></p>	<p>Vorgaben welche die Form <b>schriftlicher Regelungen</b> festlegt für:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>⊕ <b>Kernprozesse</b></li><li>⊕ Teil- und Unterstützungsprozesse</li><li>⊕ Organigramm</li><li>⊕ <b>Schriftliche Regelungen</b> für die Kernprozesse (z. B. Aufnahme, Diagnose, Therapie, Überleitung) einschließlich deren Teilprozesse (z. B. Therapiezielfindung, Therapieplanung, Sozialmedizinische Beurteilung) sowie den relevanten Unterstützungsprozessen. Zu den rehabilitand:innennahen Unterstützungsprozessen gehören u.a. Managementprozesse (z. B. Medizinprodukteüberwachung, Reinigung, Catering).</li></ul> <p>⊕ Nachweise für die kontinuierliche Überwachung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➢ Interne Auditberichte</li><li>➢ Kennzahlen (z. B. externe Qualitätssicherung)</li><li>➢ Rückmeldungen von Rehabilitand:innen, Zuweisenden (z. B. Beschwerden, Einträge in sozialen Medien, Leserbriefe)</li></ul>

# Weitere Anpassungen: Beispiele

- Kriterien wurden vereinfacht, z. B. Kapitel „Prozesse“ „Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft“
- Aus „Kunden-/Patientenpflege“ wurde

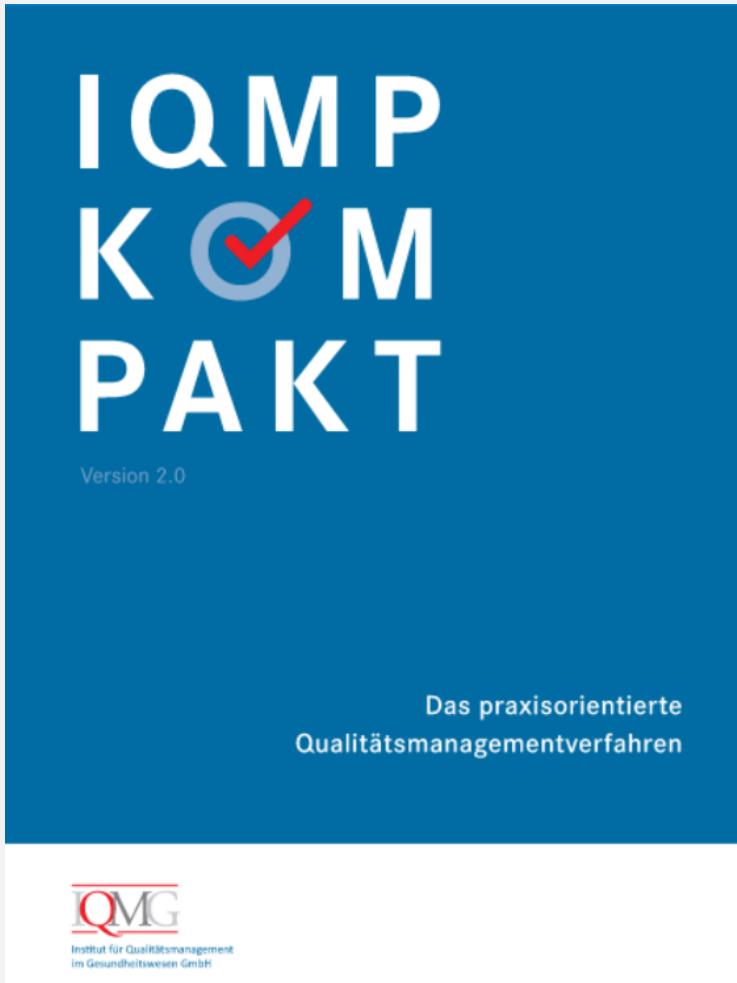
5e Beziehungen zu Kunden werden gepflegt und vertieft.		
5e1 Rehabilitand:innen		
1	<p>Die Einrichtung stellt die erforderliche Information der Rehabilitand:innen über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange organisatorisch sicher. <b>BAR 6.1</b></p>	<p>Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Rehabilitanden-information und deren Weitergabe im Behandlungsprozess:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen vor Aufnahme <input type="radio"/></li> <li>⊕ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen im Behandlungsverlauf <input type="radio"/></li> <li>⊕ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen bei Entlassung <input type="radio"/></li> <li>⊕ Materialien für Rehabilitand:innen bzw. nahestehende Personen (z.B. Broschüren, Internet, Rehabilitandenmappe, Aushänge, Hausordnung), die Informationen enthalten zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Den Abläufen in der Rehabilitation <input type="checkbox"/></li> <li>➤ Dem informationellen Selbstbestimmungsrecht <input type="checkbox"/></li> <li>➤ Der medizinischen Aufklärung <input type="checkbox"/></li> <li>➤ Der Verpflichtung zur Zusammenarbeit <input type="checkbox"/></li> <li>➤ Datenschutz <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>⊕ Rehabilitationskonzept, das die Angehörigenarbeit beschreibt <input type="radio"/></li> </ul>

5e2 Kunden		
1		
	<p>Die Einrichtung stellt die erforderlichen Informationen zu den Rehabilitand:innen für alle am Behandlungsfall Beteiligten organisatorisch sicher (Kostenträger, Vor- und Nachbehandler,...). <b>BAR 6.1/8.8</b></p>	<p>⊕ Schriftliche Regelungen zur Form und Inhalt sowie zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen und deren Weitergabe an Dritte <input type="radio"/></p>
	<p>Es gibt ein systematisches Vorgehen für den Umgang mit Rückmeldungen von Kunden bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahmen. <b>BAR 8.8</b></p>	<p>⊕ Schriftliche Regelung, die den Umgang mit den Kennzahlen, die sich aus den Messungen bezüglich der drei Gruppen (z.B. Rehabilitandenbefragung, QS Ergebnisberichte, Zuweiserbefragungen) ergeben, regelt <input type="radio"/></p> <p>Nachweis aus Sicht der Rehabilitand:innen/Angehörigen:</p> <p>⊕ Schriftliche Regelungen zum Rückmeldemanagement <input type="radio"/></p> <p>⊕ Rehabilitandenbefragung <input type="radio"/></p> <p>Nachweis aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger (SGB IX):</p> <p>⊕ Maßnahmenpläne für die Auswertung von Visitationen, Begehungen von Rehaträgern <input type="radio"/></p> <p>Nachweis aus Sicht der Interessenpartner, wie z. B. Vor- und Nachbehandler, Konsiliare, Leistungserbringer outgesourceter Rehabilitationsleistungen:</p> <p>⊕ Gesprächsprotokolle, Aufzeichnungen von Besuchen <input type="radio"/></p>

# Neues Manual und Checkliste 2.0



- Manual wird als Online Version veröffentlicht
- keine gedruckte Version mehr
- Die Checkliste wird als Excel-Datei herausgegeben, aufgrund des Wunsches der Anwender:innen



- QM-Vereinbarung am 01. Juli 2025 in Kraft getreten
- bis spätestens 31.10.2025 konnten Herausgebende Stellen angepasste QM-Verfahren einreichen
- **IQMP kompakt 2.0 anerkannt und ab sofort nutzbar**
- ab **01. Februar 2026** Verpflichtung (Re-)Zertifizierungen nach den anerkannten angepassten QM-Verfahren
- Eine Umstellung auf das angewandte QM-Verfahren ist in angepasster Version auch vorher, d. h. vor dem 31. Januar 2026 möglich
- Erfolgreiche Erst- oder Re-Zertifizierungen bis einschl. 31.01.2026 nach „alten“ Vorgaben möglich; Gültigkeit des Zertifikats bleibt bestehen





**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!**

---