

# IQMP KOM PAKT

Version 2.0

Das praxisorientierte  
Qualitätsmanagementverfahren



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

Das Manual 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.

4. Auflage  
Dezember 2025

## Inhalt

4	VORWORT
5	EINLEITUNG
6	STRUKTUR DES MANUALS
8	ZERTIFIZIERUNG
14	IQMP kompakt
14	Führung
18	Politik und Strategie
22	Mitarbeitende
25	Partnerschaften und Ressourcen
26	Prozesse
36	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS
37	GLOSSAR
49	IMPRESSUM



**Dr. Hans-Heinrich Aldag**  
Präsident des BDPK



**Thomas Bublitz**  
Geschäftsführer  
des BDPK & IQMG



**Dr. Ralf Bürgy**  
Vorsitzender des  
IQMG  
Verwaltungsrates



**Christian Baumbach**  
Mitglied der  
Geschäftsleitung  
MEDIAN Kliniken  
Deutschland



**Prof. Dr. Jörg-Rüdiger Blau**  
Verwaltungsdirektor  
Schwarzwaldkliniken  
Bad Krozingen



**Johannes Kneißl**  
Leiter Zentrales  
Qualitätsmanage-  
ment Medical  
Park SE



**Jörg Krumm**  
Geschäftsleitung  
Kliniken Schmieder  
(Stiftung & Co.) KG



**Norbert Schneider**  
Regionalgeschäftsfüh-  
rer Rehabilitation  
Asklepios Kliniken  
GmbH & Co. KGaA

## Vorwort

Die qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen ist eine zentrale Aufgabe von Gesundheitseinrichtungen. Ein auf die Organisation zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem unterstützt dieses Ziel. Zusätzlich müssen Einrichtungen mit ihrem Qualitätsmanagement in der Lage sein, die vom Gesetzgeber und den Kosten- und Leistungsträgern geforderten Verpflichtungen zu erfüllen. Seit 2004 bietet das IQMG mit dem Integrierten Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) ein modulares Verfahren an, das einen Exzellenz-Ansatz verfolgt. Kernstück ist die ausführliche Selbstbewertung, die die Grundlage für kontinuierliche interne Verbesserungsprozesse sowie für den externen Nachweis von Qualität durch das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR) ist.

Mit dem vorliegenden Manual stellt das IQMG ein QM-Verfahren, das Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-kompakt (IQMP kompakt) zur Verfügung. IQMP kompakt zeichnet sich durch eine handliche Checkliste der Basisanforderungen mit konkreten Beispielen für die erforderlichen Nachweise aus. Organisationen wird so ein Instrument an die Hand gegeben, mit dem sie schnell und übersichtlich in Erfahrung bringen können, ob sie die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) erfüllen. In den Dimensionen Führung, Politik & Strategie, **Mitarbeitende**, Partnerschaften & Ressourcen sowie Prozesse können sie mit Hilfe der Checkliste die notwendigen Nachweise zusammenstellen. IQMP kompakt gibt Einrichtungen zusätzlich die Möglichkeit, durch die „kompaktere“ Form ggf. bestimmte Qualitätsaspekte zu fokussieren und mit dem IQMP-Reha-Selbstbewertungsbericht auszusetzen. Somit soll eine noch flexiblere Anwendung – angepasst an den jeweiligen Entwicklungsstand des QM in der einzelnen Einrichtung, aber auch an die jeweiligen aktuellen Rahmenbedingungen – ermöglicht werden. Das Verfahren ist von der BAR anerkannt und weist mit dem Zertifikat „IQMP kompakt“ die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen gemäß **§ 37** SGB IX und §§ 135a, 137d SGB V nach.

Zur Entwicklung des Verfahrens **und dessen Überarbeitungen** haben viele Menschen beigetragen, für deren Rückmeldungen, die konstruktive Kritik und die konkreten Vorschläge wir uns bedanken. Unser Dank gilt insbesondere den Mitgliedern des Verwaltungsrates der IQMG GmbH, den **Vertreter:innen** der IQMG-Kooperationspartner und den Qualitätsverantwortlichen der Rehabilitationseinrichtungen.

*IQMG Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH  
Berlin, **Dezember 2025***

## Einleitung

IQMP kompakt 2.0 ist die Weiterentwicklung des seit 2015 etablierten praxisorientierten Qualitätsmanagementverfahrens, das mit Experten des IQMG und erfahrenen Anwender:innen für die grundlegende Strukturierung des internen Qualitätsmanagements überarbeitet wurde. IQMP kompakt 2.0 fokussiert weiterhin die Basisanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem für Rehabilitationseinrichtungen in fünf Kriterienbereichen: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeitende, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse.

Das Verfahren behandelt alle Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) nach § 37 Abs. 3 SGB IX und ist damit geeignet, sich in kompakter Form auf eine entsprechende Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems nach den BAR-Anforderungen vorzubereiten. Bei der Überarbeitung wurde besonders Wert auf Ergebnis- und Rehabilitandenorientierung bei der Formulierung der Anforderungen und deren Nachweisführung gelegt.

IQMP kompakt 2.0 unterstützt Rehabilitationseinrichtungen zielgerichtet und praxisnah beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Basiselemente eines internen Qualitätsmanagements und ist damit sowohl für Einsteiger als auch für Einrichtungen geeignet, die einen Wechsel des Qualitätsmanagementverfahrens anstreben. Bei der Entwicklung und Überarbeitung des Kriterienkatalogs von IQMP kompakt 2.0 wurde darüber hinaus die Anwenderfreundlichkeit des Manuals durch Vereinheitlichung und Vereinfachung des Sprachgebrauchs verbessert.

Nach wie vor steht die Frage nach den konkreten Nachweisen, die zur Erfüllung der IQMP-Basisanforderungen geeignet sind, im Vordergrund. Mit IQMP kompakt 2.0 können Rehabilitationseinrichtungen die Grundlagen des internen Qualitätsmanagements überprüfen, ggf. Defizite erkennen und auf der Basis der benannten Nachweise im Manual weiterentwickeln.

IQMP kompakt 2.0 bietet in Verbindung mit den strukturierten Basisanforderungen, welche die BAR-Kriterien umfassen, immer konkrete Nachweise für deren Umsetzung und Erfüllung. Das System ist somit auch ein Angebot an Einrichtungen der Akutversorgung, die an der Schnittstelle zur Rehabilitation tätig sind (z. B. Geriatrie, Neurologie) und solche, die dort erforderliche Zertifizierung eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagementverfahrens erfüllen wollen.

Grundsätzlich eignet sich IQMP kompakt 2.0 für alle Rehabilitationseinrichtungen, die eine Alternative zu einem der anderen zugelassenen Zertifizierungsverfahren suchen. IQMP kompakt 2.0 bietet als Basisverfahren für das interne Qualitätsmanagement Einrichtungen auch die Möglichkeit, ihr Qualitätsmanagementsystem am Exzellenz-Modell von IQMP-Reha weiter zu entwickeln und um eine strukturierte Selbstbewertung zu ergänzen.

## Struktur des Manuals

IQMP kompakt 2.0 erfasst als BAR-anerkanntes Verfahren des Qualitätsmanagements gesetzlich geforderte Kriterien und soll dennoch übersichtlich und einfach zu handhaben sein.

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
1a	Führungskräfte erarbeiten mit den Mitarbeitenden der Einrichtung ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder der Unternehmenskultur.		
1a1	Leitbild und Klinikziele		
3	Die Mitarbeitenden kennen das Leitbild und nutzen es in ihrem Arbeitsumfeld. <a href="#">BAR 1.4</a>	<div>➔ Entsprechende Textpassagen/Ergebnisse:</div> <div> <div>&gt; z. B. in Auditprotokollen, Rehabilitandenbewertungen, Vorträgen</div> <div>&gt; Bekanntheit aus Mitarbeitendenbefragungen</div> </div>	<div><input checked="" type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>
4	Das Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeitenden, Rehabilitand:innen, Kooperationspartner, Interessenten und der Öffentlichkeit kontinuierlich transparent gemacht. <a href="#">BAR 1.4/1.5</a>	<div>➔ das Leitbild ist öffentlich zugänglich, um Mitarbeitende, Rehabilitand:innen, Kooperationspartner, Interessenten und die Öffentlichkeit zu erreichen, z. B. Veröffentlichung im Internet (ggf. zusätzlich Intranet / Aushänge / Abdruck in Mitarbeitendenzeitschrift / Booklet / Haus- und Klinikzeitschrift / Infomappen)</div>	<div><input checked="" type="checkbox"/></div>
5	Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert. <a href="#">BAR 1.6</a>	<div>➔ Sitzungsprotokoll zur Leitbildbesprechung</div> <div>➔ Überarbeitungen des Leitbildes (Versionsstände)</div> <div>➔ Regelmäßige Gültigkeitsprüfung (über Wiedervorlage, Fristen, usw.)</div>	<div><input checked="" type="checkbox"/></div> <div><input checked="" type="checkbox"/></div> <div><input checked="" type="checkbox"/></div>

In IQMP kompakt 2.0 werden als Besonderheit zu allen Basisanforderungen eindeutige Nachweise benannt, deren Umsetzung im Manual über eine „Checkliste“ kontrolliert werden kann. In welcher Art und Weise diese Anforderungen zu erfüllen sind, zeigen die jeweils zugeordneten „Nachweise“. Diese sind unterschiedlich gewichtet.

Jeder mit einem dunkelblauen Pfeil ➔ und in separater Zeile aufgeführte Nachweis ist ein **Nachweis 1. Ordnung** und für die Erfüllung der Anforderung obligatorisch. An dieser Stelle muss hinter jeden Nachweis ein „Häkchen“ gesetzt werden (bzw. gleichwertige Alternativen aufgezeigt werden).

Die mit einem hellblauen Pfeil ➔ und als Aufzählungspunkte aufgeführten Nachweise, sind **Nachweise 2. Ordnung**. Diese Nachweise werden gleichwertig zur Wahl gestellt. Wenn **mindestens ein** solcher in der Einrichtung umgesetzt wird, gilt das als Erfüllung des Kriteriums.

Um die Erfüllung der BAR-Anforderungen nachvollziehen zu können, sind diese durchnummeriert und den entsprechenden Anforderungen in der Checkliste von IQMP kompakt 2.0 zugeordnet worden.

Das Verfahren orientiert sich an der Struktur von IQMP-Reha und greift somit die Gliederung des EFQM-Modells auf. Diese Logik findet sich in den folgenden fünf Hauptebenen des Manuals wieder:

- Führung
- Politik und Strategie
- Mitarbeitende
- Partnerschaften und Ressourcen
- Prozesse

Mit der Version 2.0 wurde das IQMP kompakt Verfahren in Bezug auf Anwenderfreundlichkeit verbessert und auf Indikatoren- und Nachweisebene hinsichtlich zwei wesentlicher Aspekte moderner QM-Systeme, der Ergebnis- und Rehabilitandenorientierung fokussiert. Die Nummerierung der Kapitel- und Abschnittsüberschriften ist mit der neuesten Version des Manuals angepasst und folgt nicht mehr wie bisher der Nummerierung aus IQMP-Reha. Zum einen werden so Missverständnisse vermieden und somit der Einstieg ins IQMP kompakt-Verfahren für neue Anwender:innen erleichtert. Zum anderen wird damit das IQMP kompakt 2.0 in seiner Eigenständigkeit als ein etabliertes QM-Verfahren gestärkt, ohne seine Kompatibilität zum IQMP-Reha zu verlieren. Der Selbstbewertungsbericht des IQMP-Reha-Verfahrens bleibt weiterhin als Instrument des strukturierten Reflektierens über die Qualität der gesamten Einrichtung das Kernstück der Philosophie. IQMP kompakt 2.0 bietet mit seiner Checkliste einen anderen Ansatz. Da Schnittstellen in der Anwendung von IQMP kompakt 2.0 und IQMP-Reha geplant sind, haben Unternehmen die Möglichkeit, je nach Organisationsstand zwischen den Verfahren zu wechseln.

Dieses Prozedere soll die Umsetzung des Qualitätsmanagementverfahrens in die Praxis vereinfachen und auch Anwender:innen, die bisher weniger Erfahrung mit QM-Verfahren hatten, Sicherheit und Orientierung bieten. Erfahrene Qualitätsmanagementbeauftragte können einzelne Nachweise durch Alternativen ersetzen, sofern dies sachgerecht ist und im Zuge des entsprechenden Audits dargelegt und begründet werden kann. Es obliegt den Auditor:innen, die veränderten Nachweise zu akzeptieren. Als Herausgebende des Verfahrens freuen auch wir uns über Hinweise und Rückmeldungen, um IQMP kompakt 2.0 praxisnah und aktuell zu halten.

Im Manual werden verschiedene Begriffe aus dem Bereich des Qualitätsmanagements verwendet. Für ein leichteres Verständnis, insbesondere für Anwender:innen mit weniger Erfahrung mit QM-Verfahren, sind wesentliche Begriffe im Glossar definiert.

## Zertifizierung

Alle stationären Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, ihr Qualitätsmanagementsystem nachzuweisen. IQMP kompakt ist seit dem 04.03.2015 von der BAR anerkannt und bestätigt mit dem gleichnamigen Zertifikat die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen gemäß § 37 SGB IX und §§ 135a, 137d SGB V.

## Ablauf der Zertifizierung

Gemäß der VO (EG) 765/2008 und des Akkreditierungsstellengesetzes (AkkStelleG) sollen Zertifizierungsstellen für die Zertifizierungstätigkeit nach § 37 SGB IX durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditiert sein. Damit sind bei der DAkKS akkreditierte Zertifizierungsstellen seit April 2021 auch bei BAR-zugelassenen QM-Verfahren an die IAF-Regelungen für die Auditierung von QM-Systemen gebunden, diese gelten damit auch für IQMP kompakt 2.0.

### Überwachungszyklen und Audittage

Die bisher freie Gestaltung der Überwachungszyklen innerhalb eines Zertifizierungszeitraums wurde, aufgrund der bestehenden Anforderungen der IAF an die Überwachung von QM-Systemen, auf einen jährlichen Zyklus angepasst. Eine jährliche Überwachung des QM-Systems durch alle mit der IQMG GmbH kooperierende Zertifizierungsstellen ist deshalb als Anforderung bei IQMP kompakt 2.0 aufgenommen worden. Innerhalb des Zertifizierungszeitraums werden im Überwachungszyklus die Elemente des Qualitätsmanagements stichprobenartig überprüft. Den genauen Prozess legen die Einrichtungen mit ihrem Zertifizierungsunternehmen fest. Zudem ist es möglich, unter Einbeziehung von Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung der DRV oder GKV, ein Überwachungsaudit als sogenanntes Remote-Verfahren (Dokumentenprüfung und Auditgespräche via Fernbegutachtung) durchzuführen, soweit keine Beanstandungen im Rahmen der vorherigen Auditierung vorlagen. Die Gültigkeit der Zertifikate beträgt unverändert drei Jahre. Für diesen Zeitraum stellt das beauftragte Zertifizierungsunternehmen nach erfolgreicher Auditierung das Zertifikat „IQMP kompakt“ aus.

Im Zusammenhang mit den erforderlichen Anpassungen der Überwachungszyklen wurde beim IQMG zusätzlich eine differenzierte Systematik für die Bemessung von Auditaufwänden einer Klinik/Einrichtung erstellt, die die Anzahl von Fachabteilungen, deren Größe nach Betten und spezifische Einrichtungsmerkmale berücksichtigt (vgl. § 6 der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX). Die Kalkulation der erforderlichen Audittage für IQMP kompakt 2.0 orientiert sich dabei grundsätzlich an der Bemessung von Auditaufwänden der IAF für QM-Systeme. Die Bemessungsgrundlage soll darüber hinaus helfen, den Gesamtauditaufwand für die Zertifikatslaufzeit passgenau auf die Klinikstruktur und Prozesse anzupassen. Die Berücksichtigung der Mitarbeitendenzahl nach den Strukturanforderungen der deutschen Rentenversicherung werden dabei im Algorithmus berücksichtigt.



### Checklistenunterstützte Nachweisführung

IQMP kompakt 2.0 bietet anstelle des Selbstbewertungsberichts eine Checkliste, anhand derer eine Einrichtung den Stand ihres internen Qualitätsmanagements dokumentieren und überprüfen kann. Für die Erstellung der Checkliste empfehlen wir ein interdisziplinäres Team von **Mitarbeitenden**, um ein breit gefächertes Meinungsbild einzuholen und die Vorteile und Potenziale zu nutzen, die in einer interdisziplinär angelegten Selbstanalyse der innerbetrieblichen Abläufe und Strukturen liegen. Analog zum IQMP-Reha-Verfahren bietet es sich an, in einem ersten Schritt den Gesamtkatalog thematisch zu unterteilen. Um einzelne Fragenkomplexe in Gruppen zu bearbeiten, werden als nächstes verantwortliche Teams zusammengestellt. Bestimmte Fragenkomplexe können sinnvoll nur in interdisziplinären Teams (z. B. zusammengesetzt aus **Mitarbeitenden** des ärztlichen und pflegerischen Bereichs sowie aus der Verwaltung) untersucht werden, da es sich um Prozesse handelt, bei denen unterschiedliche Bereiche gleichzeitig für einen reibungslosen Ablauf notwendig sind (z. B. Organisation der Aufnahme, Personal). Andere Fragen können gut in kleinen Teams aus zwei bis drei Personen bearbeitet werden (z. B. Sicherheitsstandards/Hygiene), in denen die zuständigen Beauftragten (z. B. Brandschutz) mit **Mitarbeitenden** aus anderen Bereichen (z. B. Pflege) zusammenarbeiten. Die ausgewählten Mitarbeitenden werden zunächst in das Verfahren eingewiesen und erheben anschließend in einem vorgegebenen Zeitraum die erforderlichen Daten. Nach Abschluss der Erhebungsphase werden die Ergebnisse der einzelnen Teams präsentiert und gemeinsam wird über den Erfüllungsgrad der Kriterien in der Checkliste entschieden. Eine dezidierte Bewertung der Kriterien wie im IQMP-Reha-Verfahren entfällt.

Die Checkliste erfüllt somit die Funktion eines Erhebungs- und Nachweisdokuments. Selbstverständlich können Kommentare und zusätzliche Dokumente angefügt werden. Im Rahmen dieses Datenabgleichs sollte auch vereinbart werden, welche Verbesserungsmaßnahmen möglich und sinnvoll sind und wie langfristig überprüft werden kann, ob die vereinbarten Schritte tatsächlich erfolgreich umgesetzt werden.

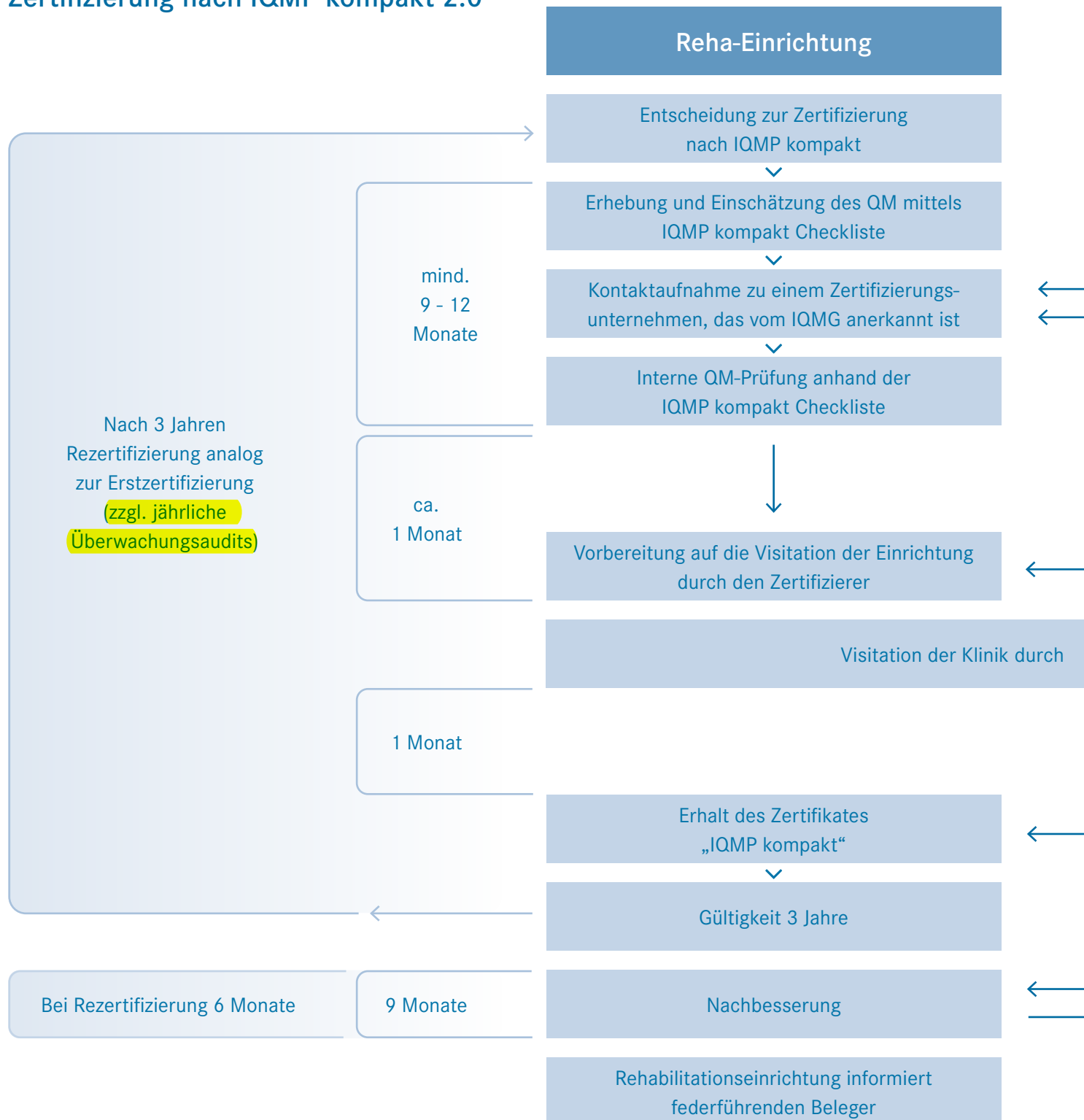
Kann eine Rehabilitationseinrichtung die Basisanforderungen und somit die BAR-Qualitätskriterien mit entsprechenden Nachweisen für ihr Qualitätsmanagement belegen – ist also die IQMP kompakt Checkliste vollständig ausgefüllt – steht der Kontaktaufnahme zu einem mit dem IQMG kooperierenden Zertifizierungsunternehmen nichts mehr im Wege.

Nachdem Informationen sowie ein konkretes Angebot eingeholt wurden und eine Vereinbarung mit der Zertifizierungsfirma zustande gekommen ist, übergibt die Rehabilitationseinrichtung im nächsten Schritt die Checkliste mit ggf. weiteren Unterlagen zum Qualitätsmanagement (z. B. Qualitätshandbuch). Zusammen mit diesen Dokumenten sollte auch ein aktuelles Organigramm sowie – soweit vorhanden – ein Nachweis über die Mitgliedschaft in einem Landesverband der Privatkliniken an das beauftragte Zertifizierungsunternehmen übermittelt werden. **Im Rahmen der Überwachungsaudits dient die Checkliste als Selbstcheck für die Einrichtungen. Es wird empfohlen diese bei jedem Überwachungsaudit vorzuhalten. Die entsprechenden Nachweise und der detaillierte Ablauf sind mit dem Zertifizierungsunternehmen abzustimmen.**

Es empfiehlt sich, alle Unterlagen etwa einen Monat vor dem eigentlichen Visitationstermin einzureichen, um eine optimale Vorbereitung auf die Begehung zu ermöglichen und Probleme und Fragen bereits im Vorfeld zu klären.



## Zeitlicher Ablauf einer Zertifizierung nach IQMP kompakt 2.0

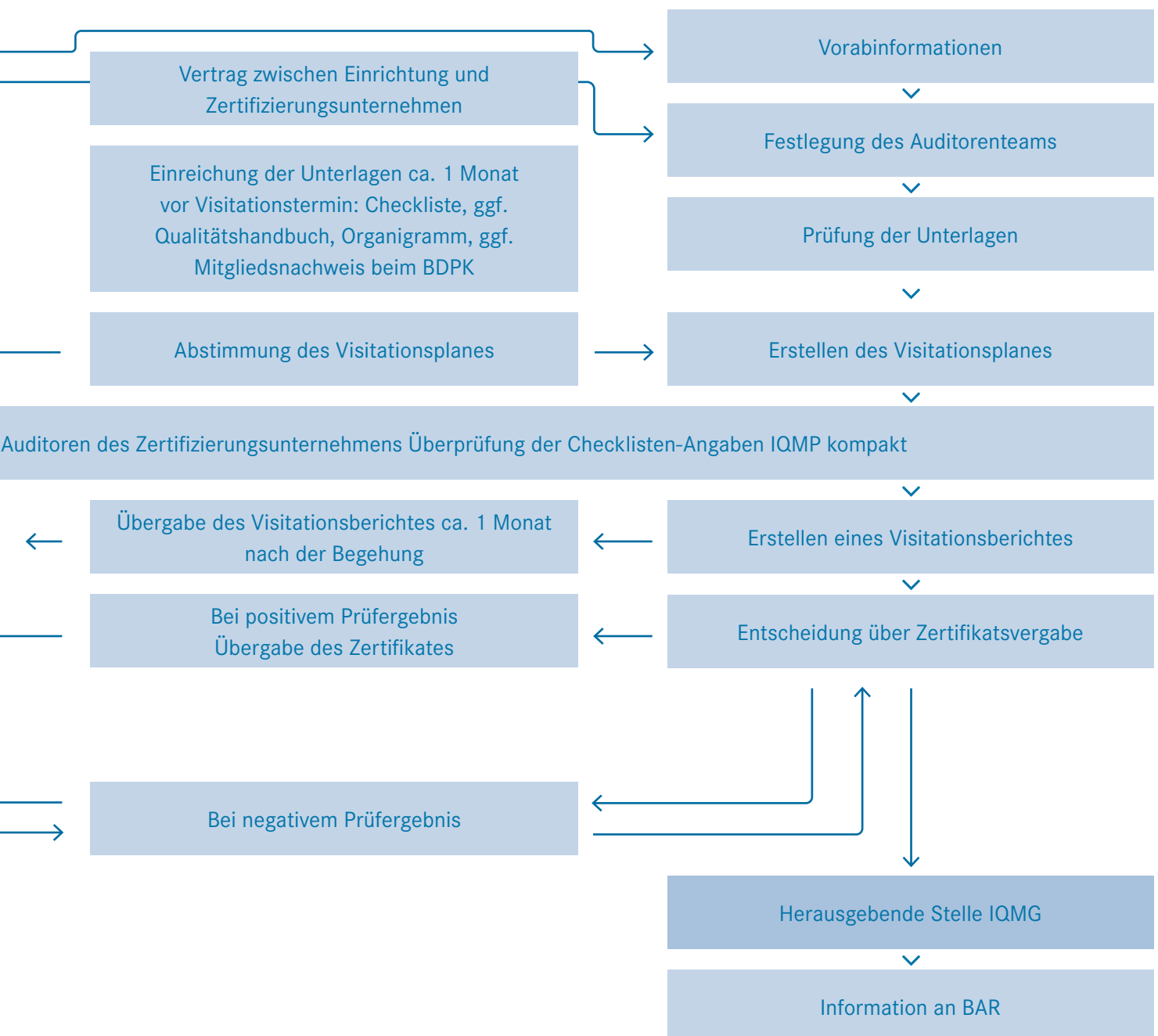




## Dokumente/Unterlagen



## Zertifizierungsstelle



## Zertifizierungsverfahren

Die externe Bewertung durch das Zertifizierungsunternehmen erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst prüft die beauftragte Firma die eingereichte Checkliste und bereitet auf dieser Grundlage die Begehung der Rehabilitationseinrichtung vor. Dafür wird ein Auditteam zusammengestellt, in Absprache mit der Einrichtung ein Visitationsplan erstellt und anschließend die Visitation durchgeführt. Die Visitation in der Einrichtung beginnt mit einem Einführungsgespräch, es folgt die eigentliche Begehung durch die Auditor:innen, bei der überprüft wird, ob das Qualitätsmanagementsystem die Kriterien von IQMP kompakt 2.0 erfüllt. Die Auditor:innen der Einrichtung überprüfen stichprobenartig, ob die Praxis in der Einrichtung dem entspricht, was in der Checkliste dargestellt wurde.

Dabei werden sowohl Dokumente als auch konkrete Abläufe überprüft. Durch die Begehung und den kollegialen Dialog vor Ort machen sich die Auditor:innen ein Bild vom Stand der Umsetzung des QM. Die Ergebnisse werden von den Auditor:innen protokolliert. Mängel oder Abweichungen werden in speziellen Berichten festgehalten und danach klassifiziert, ob sie vor einer Zertifizierung behoben oder im Zeitraum der Zertifikatsgültigkeit im Rahmen von Überwachungsaudits korrigiert werden müssen.

Die Visitation der Einrichtung endet mit einem Abschlussgespräch. Das Auditteam erläutert die positiven Ergebnisse, gibt Hinweise und Anregungen für Veränderungsmöglichkeiten und benennt insbesondere Schwachstellen und Verbesserungspotentiale. In einem konsensualen Verfahren wird über das Ergebnis der Visitation entschieden. In diesem Abschlussgespräch teilen die Auditor:innen mit, ob sie eine Zertifizierung empfehlen werden. Haben sich bei der Begehung gravierende Mängel gezeigt, wird ggf. eine Frist für eine Nachbearbeitung bzw. ein Termin für eine Nachvisitation vereinbart. Das Abschlussgespräch innerhalb der Einrichtung bietet Raum für eine Ergebnisdiskussion mit den Auditor:innen, bei der ggf. abweichende Einschätzungen thematisiert werden können. Eine spätere Revision der Ergebnisse ist nicht möglich.

Ca. vier Wochen nach der Visitation erstellt das Zertifizierungsunternehmen einen Visitations- bzw. Auditbericht, in dem die Ergebnisse der Überprüfung des Qualitätsmanagements anhand von IQMP kompakt dargestellt werden. Auf der Grundlage dieses Berichts erfolgt dann die Entscheidung über die Zertifikatsvergabe. Die Einrichtung erhält das Zertifikat „IQMP kompakt“, wenn die Einschätzung der Zertifizierungsunternehmen sich mit der Darstellung der Einrichtung deckt. Werden bei der Erstzertifizierung Mängel festgestellt, wird der Rehabilitationseinrichtung durch die Zertifizierungsstelle eine Frist von bis zu neun Monaten für erforderliche Nachbesserungen eingeräumt. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat.

Das Zertifikat „IQMP kompakt“ wird durch die zugelassenen Zertifizierungsunternehmen ausgestellt. Über die erfolgreiche Zertifizierung informiert die Rehabilitationseinrichtung ihren federführenden Beleger. Das Zertifizierungsunternehmen gibt entsprechende Informationen nach § 37 SGB IX an das IQMG weiter, welches als herausgebende Stelle die Daten prüft und an die BAR weiterleitet. Auch die Verweigerung eines Zertifikats oder die Aussetzung des Zertifizierungsverfahrens ist durch das Zertifizierungsunternehmen nach § 37 SGB IX zu melden. Die Daten werden bei der BAR zentral erfasst, den Vereinbarungspartnern mitgeteilt und der Öffentlichkeit auf der Homepage unter: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) zugänglich gemacht.

## DIN EN ISO 9001

Einrichtungen, die ein gültiges DIN EN ISO Zertifikat haben, können die Checkliste nach IQMP kompakt 2.0 ausfüllen und beim nächsten Überwachungsaudit zusätzlich die externe Bewertung nach IQMP kompakt 2.0 vornehmen lassen. Bei erfolgreicher Auditierung erhalten die Einrichtungen das Zertifikat „IQMP kompakt“ mit dreijähriger Laufzeit. Entsprechende Vereinbarungen trifft die Einrichtung mit dem jeweiligen von der DAkkS akkreditierten Zertifizierungsunternehmen unter Beachtung der geltenden Anforderungen.

### Kooperationspartner

Zur Umsetzung ihrer Aufgaben arbeitet die IQMG GmbH mit ausgewählten Zertifizierungsunternehmen zusammen. Die Zertifizierungsunternehmen übernehmen als IQMG-Partner die Zertifizierung von unseren Qualitätsmanagementverfahren und die Vergabe der Zertifikate.

Alle kooperierenden Zertifizierungsstellen erfüllen die Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen gemäß § 4 Abs. 6 der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 SGB IX in Verbindung mit Abschnitt D „Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX (abrufbar unter [www.bar-frankfurt.de/themen/qualitaetsmanagement/zertifizierung](http://www.bar-frankfurt.de/themen/qualitaetsmanagement/zertifizierung)). Für die Unterstützung bei der Etablierung unserer Verfahren können Beratungsunternehmen hilfreiche Impulse geben. Die Kontaktdaten der aktuellen Kooperationspartner der IQMG im Bereich Beratung und Zertifizierung finden Sie auf der Homepage [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de) unter dem Reiter „Partner“.



Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
1a1	Leitbild und Klinikziele		
3	Die Mitarbeitenden kennen das Leitbild und nutzen es in ihrem Arbeitsumfeld. <i>BAR 1.4</i>	<p>→ Entsprechende Textpassagen/Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Z. B. in Auditprotokollen, Rehabilitandenbewertungen, Vorträgen</li> <li>&gt; Bekanntheit aus Mitarbeitendenbefragungen</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Das Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeitenden, Rehabilitand:innen, Kooperationspartner, Interessenten und der Öffentlichkeit kontinuierlich transparent gemacht. <i>BAR 1.4/1.5</i>	→ Das Leitbild ist öffentlich zugänglich, um Mitarbeitende, Rehabilitand:innen, Kooperationspartner, Interessenten und die Öffentlichkeit zu erreichen, z. B. Veröffentlichung im Internet (ggf. zusätzlich Intranet / Aushänge/Abdruck in Mitarbeitendenzeitschrift/Booklet /Haus- und Klinikzeitschrift/Infomappen)	<input type="radio"/>
5	Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert. <i>BAR 1.6</i>	<p>→ Sitzungsprotokoll zur Leitbildbesprechung</p> <p>→ Überarbeitungen des Leitbildes (Versionsstände)</p> <p>→ Regelmäßige Gültigkeitsprüfung (über Wiedervorlage, Fristen, usw.)</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
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. <i>BAR 4.1.1</i>	<p>Veröffentlichung von:</p> <p>→ Linien- und Matrixorganigramm sowie Aufgaben-/ Verantwortungs-/Funktions- oder Stellenbeschreibungen für Linienfunktionen, Gremien und Beauftragte (inkl. QMB)</p>	<input type="radio"/>
2	Ergebnisorientierung als Grundlage der Organisationsstruktur und Führungsarbeit. <i>BAR 8.1/8.3/8.4/8.5/8.6/8.7</i>	<p>→ Nachweise zum Einsatz/zur Nutzung relevanter Ergebnisparameter (z. B. QS-Indikatoren der Kostenträger, interne Ergebnismessungen, strukturierte Assessments, PROMS) in der Organisation</p>	<input type="radio"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
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		
3	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. <a href="#">BAR 12.1/12.2</a>	<p>Alle Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Organisationsbereiche einbeziehend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ 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</li> </ul>	<input type="radio"/>
4	Die Umsetzung der in den Konferenzen/Besprechungen vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse wird geprüft und sichergestellt. <a href="#">BAR 12.1</a>	Protokolle mit:	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Festlegungen zu Aufgaben und Beschlüssen</li> <li>➔ Umsetzungskontrolle für Beschlüsse aus vorangegangenen Sitzungen</li> </ul>	<input type="radio"/>
5	Ein veröffentlichtes, dokumentiertes Organigramm besteht und unterstützt die Arbeit der Führung. <a href="#">BAR 5.1.3</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunikation eines Organigramms über interne Kanäle, z. B. Intranet</li> </ul>	<input type="radio"/>



Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
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>	<p>➔ Durch die Leitung freigegebene Verantwortlichkeiten für die Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung, dargestellt in Festlegungen von Prozessverantwortlichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Liste von Prozessverantwortlichen</li> <li>&gt; In Prozessbeschreibung</li> <li>&gt; Linienverantwortliche/Organigramm</li> <li>&gt; Geschäftsverteilungsplan</li> <li>&gt; Stellenbeschreibungen</li> <li>&gt; Gremien und Beauftragte (inkl. QMB)</li> </ul>	<input type="radio"/>       <input type="checkbox"/>
2	Die Führungskräfte gewährleisten die Bestellung einer qualifizierten Person als QMB, die nach der Ermittlung des Bedarfes mit den erforderlichen sachlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen nachvollziehbar ausgestattet wird. Es bestehen Regelungen für die Berichtspflichten der/des QMB. Die/Der QMB wird von den Führungskräften schriftlich mit den Aufgaben sowie Befugnissen benannt und für alle Beteiligten transparent gemacht. <i>BAR 4.1.3/4.2.1/4.2.2/ 4.2.3/4.2.4/4.2.5</i>	<p>➔ Bestellung der/des QMB</p> <p>➔ Bestellungsnachweis inkl. festgelegter Aufgaben- und Befugnisbeschreibung, Berichtspflicht, Arbeitsplatzausstattung, Ausbildungsnachweis und Stellenkontingent des Qualitätsbeauftragten</p> <p>➔ Informationen zur/zum QMB inkl. Kontaktdaten sind für Rehabilitand:innen veröffentlicht, z. B. in den Unterlagen, auf der Homepage, in Informationsbroschüren, usw.</p> <p>➔ Einordnung im Organigramm</p>	<input type="radio"/>       <input type="radio"/>       <input type="radio"/>

## 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.	Anforderung	Nachweise	Status
2a	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.		
2a1	Einrichtungsinterne Qualitätsindikatoren auswerten		
1	Es werden ausgewählte Indikatoren dokumentiert und angewendet, um die Qualität der Leistungen der Einrichtung zu erfassen. <i>BAR 8.2/8.5</i>	➔ Beschreibung von Qualitätsindikatoren in:	
		> Prozessbeschreibungen	<input type="checkbox"/>
		> Indikatorenlisten/Kennzahlenmatrix	<input type="checkbox"/>
		> Datawarehouseanwendungen	<input type="checkbox"/>
		➔ Nachweise für die Anwendung der Qualitätsindikatoren durch:	
		> Statistiken/Auswertungen	<input type="checkbox"/>
		> Reports	<input type="checkbox"/>
		> QM-Zielplanung/Evaluation	<input type="checkbox"/>
		> Maßnahmenplan	<input type="checkbox"/>
		> Aufzeichnungen zur Managementbewertung	<input type="checkbox"/>
2a2	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 wirksam umzusetzen und nach Bewertung der Ergebnisse neue messbare Qualitätsziele abzuleiten. <i>BAR 5.3.1</i>	➔ Nachweise durch Aufzeichnungen zu Managementbewertungen	<input type="checkbox"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
2a2	Einrichtungsinterne Lernprozesse auswerten		
2	Aufgrund der Bewertungen werden Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt 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"/>
		➔ Maßnahmendokumentation und -controlling	<input type="radio"/>
		➔ Aus der Managementbewertung abgeleitete Projekte	<input type="radio"/>
		➔ Sitzungsprotokolle der Klinikleitung/Projektboards mit Fortschrittskontrollen	<input type="radio"/>
2b	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.		
2b1	Entwickeln von Politik und Strategie		
1	Das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> richten sich nach den Anforderungen der Kostenträger. <i>BAR 2.1/2.3/3.3/3.5</i>	➔ Einrichtungskonzept <sup>1</sup> und Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> sind nach den Vorgaben der Kostenträger (Gemeinsamer Leitfaden der DRV und GKV) erstellt.	<input type="radio"/>
		➔ Orientierungsgliederung der Kostenträger ist berücksichtigt	<input type="radio"/>
2	Im Einrichtungskonzept <sup>1</sup> wird das Leistungsspektrum in Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger dargestellt. <i>BAR 2.2</i>	➔ Einrichtungskonzept <sup>1</sup> mit Darstellung der Indikationsbereiche und weiteren Anforderungen relevanter Kontraindikationen, Rahmenvorgaben der Leistungsträger (wie Leitlinien)	<input type="radio"/>
3	Im Einrichtungskonzept <sup>1</sup> und im indikationsspezifischen Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> werden relevante Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit berücksichtigt. <i>BAR 2.3/3.5</i>	➔ Indikationsspezifisches Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> mit Leitlinienbezug	<input type="radio"/>
		➔ Kostenträgerspezifische Leitlinien (MD Begutachtungsrichtlinie Vorsorge- und Rehabilitation, Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Reha-Richtlinie des G-BA) sind bekannt und werden angewendet	<input type="radio"/>
4	Das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> entspricht dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand. <i>BAR 2.4</i>	➔ Referenzieren des Einrichtungskonzeptes <sup>1</sup> an vorhandenen Reha-Standards und/oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. der BAR	<input type="radio"/>
5	Das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> werden von den Führungskräften schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart und dienen allen Mitarbeitenden als Handlungsorientierung. <i>BAR 2.5/2.6/2.7/3.1</i>	Veröffentlichung des Einrichtungskonzeptes <sup>1</sup> und des Rehabilitationskonzeptes <sup>2</sup> und:	
		➔ Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept	<input type="radio"/>
		➔ Berücksichtigung in schriftlichen Regelungen	<input type="radio"/>
		➔ Berücksichtigung in den Prozessen	<input type="radio"/>

1) siehe Glossar "Einrichtungskonzept" 2) siehe Glossar "Rehabilitationskonzept"

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
2b1	Entwickeln von Politik und Strategie		
6	Das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept <sup>2</sup> werden regelmäßig intern überprüft ggf. den neuen Anforderungen angepasst und aktualisiert. <i>BAR 2.4/2.8/3.7</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Festgelegter Überarbeitungszyklus für das Einrichtungskonzept<sup>1</sup> und das Rehabilitationskonzept<sup>2</sup></li> <li>➔ Schriftliche Regelung zur Überarbeitung des Einrichtungskonzeptes<sup>1</sup> und des Rehabilitationskonzeptes<sup>2</sup></li> <li>➔ Auditprotokolle/Visitationsberichte</li> </ul>	<input type="radio"/>   <input type="radio"/>  <input type="radio"/>
7	Die Erreichung von Qualitätszielen wird evaluiert, die Ergebnisse dokumentiert und gegebenenfalls aktualisiert. <i>BAR 8.5/8.6</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Protokollierung der Zielerreichung und ggf. Zielanpassung im Protokoll der Managementbewertung</li> <li>➔ Protokolle der Managementbewertung bzw. Strategiesitzung mit Bewertung von Kennzahlen</li> </ul>	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>
8	Das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept orientiert sich an den Leitlinien und Vorgaben der Kostenträger. <i>BAR 3.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Es existiert ein schriftliches, ICF basiertes- und indikationsspezifisches Rehabilitationskonzept</li> <li>➔ Kostenträgerspezifische Leitlinien (MD Begutachtungsrichtlinie Vorsorge- und Rehabilitation, Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Reha-Richtlinie des G-BA) sind bekannt und werden angewendet</li> </ul>	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>
9	Der interdisziplinäre Rehabilitationsansatz spiegelt sich in der Umsetzung im Verständnis der Berufsgruppen als interdisziplinäres Team wieder. <i>BAR 3.3</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Das interdisziplinäre Teamverständnis wird nachgewiesen (z. B. Schriftliche Regelung/Protokolle für interdisziplinäre Teamsitzungen/Fallkonferenzen, in relevanten Berufsgruppen durchgeführte Mitarbeiterbefragungen, Rückmeldung der externen QS im Bereich der KTL)</li> </ul>	<input type="radio"/>
10	Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte werden regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert. <i>BAR 3.7</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Festgelegter Überarbeitungszyklus für das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept</li> <li>➔ Schriftliche Regelung zur Überarbeitung des indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepts</li> <li>➔ Auditprotokolle/Visitationsberichte</li> </ul>	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/>
11	Indikationsbezogene Rehabilitationsziele werden definiert und transparent gemacht. Sie sind ergebnisorientiert, konkret und ressourcenorientiert und werden zielgruppenspezifisch vermittelt. <i>BAR 3.2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Indikationsbezogenes Rehabilitationskonzept</li> <li>➔ Indikationsspezifische Therapiezielkataloge</li> <li>➔ Mustertherapiepläne</li> </ul>	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
2c	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.		
2c1	Kommunizieren und sukzessives Umsetzen		
1	Es werden alle notwendigen Informationen über das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> nutzeradäquat an die verschiedenen Interessengruppen weitergegeben. <i>BAR 2.7</i>	→ Das Einrichtungskonzept <sup>1</sup> wird interessengruppen-spezifisch aufbereitet, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Flyer für zuweisende Einrichtungen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Indikationsspezifische <b>Rehabilitanden-informationsbroschüren</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Internet (ggf. zusätzlich Intranet)</li> </ul>	<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>	→ Bericht über Qualitätsziele und Zielerreichung im Rahmen von: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Mitarbeitendenversammlung</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Besprechungswesen</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Therapiebuch/Rehabilitandenausweis</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>QS-Reportingsysteme</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Benchmarks/Klinikportale</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2c2	Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse		
1	Es ist sichergestellt, dass die verschiedenen Prozesse an den Erwartungen der <b>Rehabilitand:innen</b> , an den fachlichen Qualitätsstandards und an der Politik und Strategie der Einrichtung ausgerichtet sind. <i>BAR 5.2.4</i>	Im Rahmen der Produktentwicklung/Entwicklung von Standardtherapieplänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Regelungen zu individuellen Therapiezielvereinbarungen, z. B. Schriftliche Regelungen</b></li> </ul>	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Erwartungen der Rehabilitand:innen werden antizipiert, z. B. durch proaktive Befragungen, indikations-spezifische Pläne, Nachweise zu Prozessoptimierung, Beschwerdestatistik</b></li> </ul>	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Auswertung von PROMS und PREMS</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>

1) siehe Glossar "Einrichtungskonzept" 2) siehe Glossar "Rehabilitationskonzept"

## Mitarbeitende

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

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
3a	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden festgestellt, ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.		
3a1	Qualifikationen ermitteln		
1	Die erforderlichen Qualifikationen des Personals bezüglich der verschiedenen Stellen/Verantwortlichkeiten in der Einrichtung sind geregelt und dokumentiert. <i>BAR 5.1.1/5.1.2</i>	➔ Beschreibung der <b>Qualifikationsanforderungen</b> in z. B. Stellenbeschreibungen für Mitarbeitenden-/ Funktionsgruppen <b>sind geregelt</b>	<input type="radio"/>
		➔ <b>Relevante Personal- und Strukturvorgaben der Kostenträger sind bekannt</b>	<input type="radio"/>
		➔ Tätigkeits- und Stellenbeschreibungen, Leistungsanforderungen, personenbezogene Entwicklungspläne	<input type="radio"/>
2	Regelmäßig findet ein Soll-Ist-Abgleich des Stellenplans statt. <i>BAR 5.1.2</i>	➔ Der regelmäßige Abgleich erfolgt durch: <b>Report zum Soll-Ist-Abgleich der qualitativen und quantitativen Personalanforderungen</b>	<input type="checkbox"/>
		➔ <b>Fristgerechte Bereitstellung von Nachweisen an den Kostenträger (z. B. Personalstandsmeldungen DRV)</b>	<input type="radio"/>
3	Es ist sichergestellt, dass die/der Qualitätsmanagementbeauftragte über die erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügt. <i>BAR 4.2.2</i>	➔ <b>Qualifikation und</b> Ausbildungsnachweise <b>der/des</b> QMB	<input type="radio"/>
		➔ Kontinuierliche, QM-bezogene Fortbildung der/des QMB, in Form von:	
		➤ Abonnements für Fachliteratur	<input type="checkbox"/>
		➤ Anschaffungen von Fachbüchern/Normen	<input type="checkbox"/>
		➤ Teilnahme an Kongressen, Seminaren, Webinaren	<input type="checkbox"/>

[illegible]

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
3b	Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und der Einrichtung wird gestaltet		
3b1	Kommunikation und Wissenstransfer planen und ermöglichen		
1	Es gibt regelmäßige Foren und klar geregelte Kommunikationskanäle für die Kommunikation der Mitarbeitenden untereinander und mit der Führung der Einrichtung (z. B. Informationen, Ideen, Wünsche, Bedürfnisse, Beschwerden). <i>BAR 5.5.1 / 12.7</i>	→ Übersicht der Kommunikationsformate und Beteiligten	<input type="radio"/>
		→ Beachtung von Kommunikationsbarrieren (z. B. Schulungen in einfacher Sprache)	<input type="radio"/>
		→ Schriftliche Regelung zur Kommunikation und Vermittlung von Wissen	<input type="radio"/>
		→ Einarbeitungspläne	<input type="radio"/>
		→ Kommunikation zur Verbesserung der Rehabilitanden-zufriedenheit und -orientierung sowie Ergebnisqualität (z. B. Teambesprechungen)	<input type="radio"/>
3b2	Präventionsmaßnahmen zu Gewaltschutz		
1	Geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt werden getroffen. <i>BAR 6.3</i>	→ Maßnahmen zur Gewaltprävention	<input type="radio"/>
		→ Einzuleitende Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen	<input type="radio"/>
		→ Festlegung von festen Ansprechpersonen (z. B. Vertrauensperson, Gleichstellungsbeauftragte)	<input type="radio"/>
		→ Gewaltschutz als fester Bestandteil des Fort- und Weiterbildungskonzepts	<input type="radio"/>



## 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.	Anforderung	Nachweise	Status
4a	Externe Partnerschaften werden organisiert und gelebt.		
4a1	Externe und rehabilitandenbezogene Partnerschaften werden organisiert und gelebt		
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 6.4</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 Produktanforderungen	<input type="checkbox"/>
		> In Lieferantenbewertungen	<input type="checkbox"/>
		> Im Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>
		> Im Reklamationsmanagement	<input type="checkbox"/>
		> In Leistungsverzeichnissen	<input type="checkbox"/>
		> In Pflichtenheften	<input type="checkbox"/>
4b	Informationen und Wissen werden gemanagt.		
4b1	Managen von rehabilitandenbezogenen Informationen		
1	Es gibt Regelungen zur Handhabung (Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung) und zum Schutz von Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten. <i>BAR 5.2.5</i>	→ Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Rehabilitandenakten mit Regelungen zu Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung	<input type="radio"/>
		→ Handzeichenliste/Digitale Signatur/MA-spezifischer Zugang	<input type="radio"/>
		→ Schriftliche Regelungen zum Umgang mit dem Datenschutz	<input type="radio"/>
		→ Datenschutzverpflichtungen der Mitarbeitenden	<input type="radio"/>
		→ Rechte und Rollen von IT-Anwendenden	<input type="radio"/>

## Prozesse

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

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5a	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.		
5a1	Prozessmanagement sicherstellen		
1	Die rehabilitandenbezogenen, wesentlichen <b>Kernprozesse</b> in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse werden nach festgelegten Regeln der Einrichtung dokumentiert, in <b>der Qualitätsmanagementsdokumentation</b> abgebildet und kontinuierlich überwacht. <i>BAR 5.2.1</i>	Vorgaben welche die Form <b>schriftlicher Regelungen</b> festlegt für:	
		➔ <b>Kernprozesse</b>	<input type="radio"/>
		➔ <b>Teil- und Unterstützungsprozesse</b>	<input type="radio"/>
		➔ <b>Organigramm</b>	<input type="radio"/>
		➔ <b>Schriftliche Regelungen</b> für die <b>Kernprozesse</b> (z. B. Aufnahme, Diagnose, Therapie, Überleitung) einschließlich deren Teilprozesse (z. B. Therapieziel-findung, Therapieplanung, Sozialmedizinische Beurteilung) sowie den relevanten Unterstützungsprozessen. Zu den rehabilitand:innen nahen Unterstützungsprozessen gehören u.a. Managementprozesse (z. B. Medizinprodukteüberwachung, Reinigung, Catering).	<input type="radio"/>
		➔ Nachweise für die kontinuierliche Überwachung durch:	
		➤ Interne <b>Audit</b> berichte	<input type="checkbox"/>
		➤ Kennzahlen <b>(z. B. externe Qualitätssicherung)</b>	<input type="checkbox"/>
		➤ Rückmeldungen <b>von Rehabilitand:innen, Zuweisenden</b> (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"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5a1	Prozessmanagement sicherstellen		
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>	➔ Übersicht der Kern- und Unterstützungsprozesse	<input type="radio"/>
		➔ Zuständigkeits- und Verantwortungsbeschreibungen Aufgabenbeschreibungen für Vorgesetzte aller Abteilungen und Schnittstellenbereiche (z. B. Stellenbeschreibungen)	<input type="radio"/>
		➔ Aufgabenbeschreibungen für Beauftragte	<input type="radio"/>
		➔ Für alle Kernprozesse werden Verantwortlichkeiten für Prozesse und einzelne Prozessschritte benannt	<input type="radio"/>
3	Alle Mitarbeitenden kennen die Ziele, Aufgaben und Vorgehensweisen des Qualitätsmanagementsystems und werden in dessen Weiterentwicklung einbezogen. <i>BAR 5.5.2/5.5.3/8.5/8.9</i>	➔ Nachweise zur Beteiligung der Mitarbeitenden an der Weiterentwicklung des QM, wie:	
		> Qualitätszirkel und analoge Formen der innerbetrieblichen Arbeitskreise	<input type="checkbox"/>
		> CIRS	<input type="checkbox"/>
		> Innerbetriebliches Vorschlagswesen	<input type="checkbox"/>
		> Prozessworkshops	<input type="checkbox"/>
		> Interne Audits	<input type="checkbox"/>
		➔ Nachweise für die Wissensvermittlung zum QM wie z.B. Schulung, Einarbeitung, Training on the job für neue Mitarbeitende, QM-Dokumentation, zu generellen Dokumenten, Beschwerden, Beinahe-Fehlern, Qualitätszielen und Kennzahlen sowie internen Audits	<input type="radio"/>
5a2	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten		
1	Die Art und Weise der Umsetzung der gesetzlichen und behördlichen Regelungen, Richtlinien und Empfehlungen ist beschrieben.	➔ Nachweise für die geeignete Umsetzung der aktuellen gesetzlichen und behördlichen Regelungen durch folgende:	<input type="radio"/>
		> Rechtskataster	<input type="checkbox"/>
		> Übersicht über Beauftragte	<input type="checkbox"/>
		> Hygieneverordnung	<input type="checkbox"/>
		> Lebensmittelhygieneverordnung	<input type="checkbox"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5a2	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten		
1	Die Einhaltung wird nachgewiesen. <i>BAR 5.2.2/8.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Brandschutz</li> <li>&gt; Richtlinien fürs Qualitätsmanagement</li> <li>&gt; Richtlinien zum gesetzlich verpflichtenden Entlassmanagement</li> <li>&gt; Datenschutz einschließlich Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse</li> <li>&gt; Lieferantensorgfaltspflichtengesetz</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5a3	Risiko- und Chancenmanagement sicherstellen		
1	Risiko- und Chancenmanagement ist in der Einrichtung etabliert. <i>BAR 10.1/10.2/10.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement mit definierten Handlungsfeldern (bspw. betriebswirtschaftlich, medizinisch oder umweltbezogen)</li> <li>➔ Schriftlich geregeltes Verfahren zur Identifikation und Bewertung von Chancen und Risiken in festgelegten Handlungsfeldern unter Einbeziehung der Mitarbeitenden</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2	Durchführung festgelegter Verfahren (z. B. Erhebungen zu Risikofrüherkennung) und Analyse der Ergebnisse. <i>BAR 10.3/10.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Nachweise zur Durchführung von Risiko- und Chancen-ermittlung (z. B. jährliche Risikoinventur, Workshops zur Risikobewertung medizinischer Risiken, etc.)</li> <li>➔ Analyse (PDCA-Zyklus) der durchgeführten Risiko- und Chanceninventur: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Klassifikation von Risiken in übergeordnete Kategorien</li> <li>&gt; Bewertung der Risiken/Risikokategorien nach Risikopotenzial (z. B. Top 10/Top 5 der größten Risiken)</li> <li>&gt; Abgeleitete Maßnahmen aus Risiko- und Chanceninventur</li> </ul> </li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[illegible]

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5b 1	Prozesse systematisch verbessern		
2	Mindestens jährlich wird ein Auditprogramm für die Prüfung von Kern- und Unterstützungsprozessen erstellt. Dort werden Termine, Dauer und Ablauf der Prüfungen festgelegt. Innerhalb von drei Jahren sind Kern- und Unterstützungsprozesse mindestens einmal zu prüfen. <i>BAR 5.4.1/5.4.3</i>	<p>Auditprogramme des aktuellen Zertifizierungszyklus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Prüfung auf der Basis von Kennzahlen</li> <li>➔ Maßnahmenplan</li> <li>➔ Auditpläne</li> <li>➔ Auditprotokolle</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3	Es wird qualifiziertes Personal für die regelhafte Prüfung wesentlicher Prozesse bereitgestellt. <i>BAR 5.4.2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Festlegung der notwendigen Qualifikationen für die ggf. genutzten Formen der Selbstprüfung</li> <li>➔ Befähigungsnachweise des im Rahmen der Selbstprüfung eingesetzten Personals, z. B.:             <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Teilnahmebescheinigung an Auditor:innen-Ausbildung</li> <li>&gt; Teilnahmebescheinigung Moderationstraining</li> <li>&gt; Moderationserfahrung</li> <li>&gt; Führungserfahrung</li> </ul> </li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Es gibt ein Beschwerdemanagement einschließlich der Verantwortlichkeiten als dokumentiertes Verfahren. Die Mitarbeitenden werden im Umgang mit Beschwerde-führenden geschult. <i>BAR 9.1/9.2/11.2/11.3</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Schriftliche Regelung zu Beschwerdemanagement, die Festlegungen zu Erfassung, Bearbeitung und Behebung einzelner Beschwerden sowie der statistischen Aufbereitung, Ursachenanalyse und Maßnahmenableitung für die Gesamtheit aller Beschwerden enthält</li> <li>➔ Aufzeichnungen über die Bearbeitung einzelner Beschwerden</li> <li>➔ Aufzeichnungen über die Ursachenanalyse und Maßnahmeneinleitung für Beschwerden</li> <li>➔ Schriftliche Regelung zum Umgang mit Social Media Plattformen</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5b1	Prozesse systematisch verbessern		
5	Es gibt ein Konzept zum Fehlermanagement, das die eingeführten Instrumente einschließlich der Verantwortlichkeiten beschreibt. Die Mitarbeitenden werden im Umgang mit Fehlern und den Instrumenten des Fehlermanagements geschult. <b>BAR 11.1/11.3/11.4/11.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Konzept zum Fehlermanagement, welches die eingeführten Instrumente zur Vorbeugung von Fehlern und der Korrektur fehlerhafter Prozesse beschreibt</li> </ul>	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Schriftliche Regelung</b> für die eingeführten Instrumente zum Fehlermanagement, z. B.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; CIRS</li> <li>&gt; Qualitätszirkel</li> <li>&gt; Morbiditätskonferenzen</li> <li>&gt; Ein- und Unterweisungen</li> <li>&gt; Interne Notfallplanung</li> <li>&gt; Innerbetriebliches Vorschlagswesen</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Schriftliche Regelungen zu Analyse von Fehlern und der Einleitung von Korrekturmaßnahmen sowie Überprüfung der Wirksamkeit</b></li> </ul>	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Nachweise über <b>Unterweisungen</b>/Schulungen der MA zum Umgang mit Fehlern und den eingeführten Instrumenten des Fehlermanagements</li> </ul>	<input type="radio"/>
5b2	Externe Informationen für Verbesserung nutzen		
1	Die Einrichtung nimmt an gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der externen QS teil. Rehabilitationseinrichtungen ohne einen Versorgungs-/Belegungsvertrag unterliegen dieser Nachweispflicht nicht. <b>BAR 7.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Ergebnisberichte aus den externen QS-Verfahren:               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; GKV: QS-Reha (Strukturqualität Ergebnisbericht Teil I, Ergebnis- und Prozessqualität sowie <b>Rehabilitanden</b>zufriedenheit Ergebnisbericht Teil II und optional ein Visitationsbericht)</li> <li>&gt; DRV: Reha-QS (Berichte zu den Reha-Therapie standards, KTL, Rehabilitandenzufriedenheit, Peer Review, Sozialmedizinische Beurteilung)</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2	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. <b>BAR 7.2/7.3/7.4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Schriftliche Regelung</b> zu Managementbewertung, die die zusammengeführte Bewertung der Informationen aus der externen und internen QS und der abgeleiteten Maßnahmen beschreibt</li> </ul>	<input type="radio"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ 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> </ul>	<input type="radio"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5d	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.		
5b2	Externe Informationen für Verbesserung nutzen		
3	Es existiert ein strukturiertes Verfahren, das den Umgang mit Ergebnissen aus Benchmarksystemen und Klinikvergleichsportalen beschreibt und mit Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements verknüpft. <i>BAR 8.2/8.3/8.4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Schriftliche Regelung zur Analyse und Bewertung der Ergebnisse aus Benchmarksystemen oder Klinikvergleichsportalen (z. B. DAS REHAPORTAL, Google, meine-rehabilitation.de, etc.)</li> </ul>	<input type="radio"/>
5c	Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen einbezogen.		
5c1	Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen identifizieren		
1	Es gibt eine schriftliche Regelung, die die Erfassung der Erwartungen und Wünsche der Rehabilitand:innen unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Behinderung hinsichtlich der Rehabilitation regelt. <i>BAR 6.2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Bedürfnissen und Erwartungen der Rehabilitand:innen: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Vor der Aufnahme (z. B. Abfrage im Einladungsschreiben)</li> <li>&gt; Bei der Aufnahme (z. B. Erfassung Unverträglichkeiten)</li> <li>&gt; Bei der Behandlungsplanung (z. B. individuelle Therapiezielplanung)</li> <li>&gt; Zur Entlassung (z. B. Nachsorgeplanung, Entlassmedikation)</li> </ul> </li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5d	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.		
5d1	Anamnese, Exploration und Diagnostik organisieren und umsetzen		
1	Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei der Aufnahme und Entlassung. <i>BAR 8.1</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Medizinisches Konzept, in dem der Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung beschrieben ist</li> <li>➔ Rehabilitandenakte, aus der deutlich wird, dass die im medizinischen Konzept beschriebenen Assessments angewendet wurden</li> <li>➔ Assessments, Diagnostik, Laborwerte sind rehabilitandengerecht aufbereitet und werden vermittelt</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5d2	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen		
1	Die Rehabilitandin/Der Reha- bilitand (bzw. Angehörige) mitsamt persönlicher Erwartun- gen und Grenzen wird aktiv und partnerschaftlich in die Therapie- zielfindung und in die Auswertung der Zielerreichung einbezogen. <i>BAR 3.6/6.5/8.3</i>	➔ Schriftliche Regelungen zur Behandlungsplanung aus der hervorgeht, wie die Reha- bilitand:innen bei der Therapiezielfindung und -definition beteiligt werden  ➔ Aufzeichnung der Rehabilitationenaufnahme, aus der hervorgeht, dass Reha- bilitand:innen aktiv in die Therapiezieldefinition einbezogen wurden  ➔ Aufzeichnung über eine Abschlussuntersuchung mit der Feststellung des Zielerreichungsgrades aus ärztlicher und Rehabilitan- denensicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2	Es liegen indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte <sup>2</sup> schriftlich vor, in denen die Verantwortung für das Erstellen, Prüfen und Freigeben geregelt ist. Dort sind die indikations- spezifischen und funktions- bzw. fähigkeitsorientierten Behand- lungskonzepte hinterlegt. <i>BAR 3.1/3.5</i>	➔ Rehabilitationskonzepte <sup>2</sup> für die jeweiligen Indikationen, in denen die Verantwortung für die Prüfung, Erstellung und Freigabe festgelegt ist und in welchen funktions- orientierte Konzepte enthalten sind (z. B. Musterthera- piepläne für Schwerpunktindikationen; berufsgruppen- spezifische Fachkonzepte; schriftliche Regelungen, die die individuelle Planung/Umsetzung des Rehabilitations- konzeptes beschreiben)  ➔ Nachweise über Aufklärung der Reha- bilitand:innen zum Behandlungsprozess  > Vor der Rehabilitation bspw. Aufnahmegespräch  > Im Rehabilitationsverlauf  > Flyer	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5d3	Entlassungs-/Verlegungsverfahren		
1	Die Einrichtung hat ihr Aufnahme- und Entlassmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben und kennt die Anforderungen, die von diesen an sie gestellt werden. <i>BAR 6.6</i>	➔ Aufzeichnungen (z.B. Kooperationsverträge, Protokolle, Gesprächsnotizen) über Gespräche zu den Anforderungen/die Abstimmung der Vorgehensweise bei Aufnahme und Entlassung  ➔ Schriftliche Regelungen zum Aufnahmeprozess/ Entlassmanagement	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5d4	Medizinische Notfälle managen		
1	Die von der Einrichtung festgelegten Mitarbeitenden (z.B. ärztlicher- und Pflegedienst) werden hinsichtlich der medizinischen Notfälle in festgelegten Abständen und in festgelegter Art und Weise geschult (z.B. in Reanimationsmaßnahmen). <i>BAR 12.4</i>	→ Schriftliche Regelungen, die das Notfallmanagement regelt	<input type="radio"/>
		→ Schulungsplan aus dem hervorgeht, welche Mitarbeitenden in welcher Form und Häufigkeit geschult werden sollen	<input type="radio"/>
		→ Nachweise über Schulungen zum Notfallmanagement	<input type="radio"/>
5e	Beziehungen zu Kunden werden gepflegt und vertieft.		
5e1	Rehabilitand:innen		
1	Die Einrichtung stellt die erforderliche Information der Rehabilitand:innen über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange organisatorisch sicher. <i>BAR 6.1</i>	Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Rehabilitandeninformation und deren Weitergabe im Behandlungsprozess:	
		→ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen vor Aufnahme	<input type="radio"/>
		→ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen im Behandlungsverlauf	<input type="radio"/>
		→ Nachweise zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen bei Entlassung	<input type="radio"/>
		→ Materialien für Rehabilitand:innen bzw. nahestehende Personen (z.B. Broschüren, Internet, Rehabilitandenmappe, Aushänge, Hausordnung), die Informationen enthalten zu:	
		> Den Abläufen in der Rehabilitation	<input type="checkbox"/>
		> Dem informationellen Selbstbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/>
		> Der medizinischen Aufklärung	<input type="checkbox"/>
		> Der Verpflichtung zur Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>
		> Datenschutz	<input type="checkbox"/>
		→ Rehabilitationskonzept, das die Angehörigenarbeit beschreibt	<input type="radio"/>
		→ Konzept der Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>

Nr.	Anforderung	Nachweise	Status
5e1	Rehabilitand:innen		
2	Die Einrichtung wendet Methoden an, um die Zufriedenheit der Rehabilitand:innen mit den Behandlungsprozessen und Angeboten über die Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen und zu analysieren. <i>BAR 8.8</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Erhebungsbogen zur Rehabilitandenzufriedenheit</li> <li>➔ Auswertung (Statistik)</li> <li>➔ Managementbewertung</li> <li>➔ Protokoll über Bewertung der Veränderungen und ggf. Ableiten von Maßnahmen</li> <li>➔ Umgang mit Rückmeldungen über Social Media-Plattformen, Rezensionen (insbesondere negative Rückmeldungen)</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
5e2	Kunden		
1	Die Einrichtung stellt die erforderlichen Informationen zu den Rehabilitand:innen für alle am Behandlungsfall Beteiligten organisatorisch sicher (Kostenträger, Vor- und Nachbehandler,...). <i>BAR 6.1/8.8</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Schriftliche Regelungen zur Form und Inhalt sowie zum Umgang mit Rehabilitandeninformationen und deren Weitergabe an Dritte</li> </ul>	<input type="radio"/>
2	Es gibt ein systematisches Vorgehen für den Umgang mit Rückmeldungen von Kunden bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahmen. <i>BAR 8.8</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ 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</li> <li>Nachweis aus Sicht der Rehabilitand:innen/Angehörigen:</li> <li>➔ Schriftliche Regelungen zum Rückmeldemanagement</li> <li>➔ Rehabilitandenbefragung</li> <li>Nachweis aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger (SGB IX):</li> <li>➔ Maßnahmenpläne für die Auswertung von Visitationen, Begehungen von Rehaträgern</li> <li>Nachweis aus Sicht der Interessenpartner, wie z. B. Vor- und Nachbehandler, Konsiliare, Leistungserbringer outsourceter Rehabilitationsleistungen:</li> <li>➔ Gesprächsprotokolle, Aufzeichnungen von Besuchen</li> </ul>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

## Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
DAkkS	Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DIN EN ISO	Auf internationaler Ebene erarbeitete Qualitätsmanagement-Standards (DIN ISO) mit Anpassungen als europäische Normen (DIN EN ISO).
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFQM	European Foundation for Quality Management
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
MA	Mitarbeitende
PB	Prozessbeschreibung
PB	Prozessbeschreibung
PREMS	Patient-Reported Experience Measures
PROMS	Patient-Reported Outcome Measures
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte oder –beauftragter
QS	Qualitätssicherung
SOP	Standard Operating Procedure (SOP)
WHO	World Health Organization

## Glossar

Mit der folgenden Auflistung und Beschreibung von ausgewählten Begriffen, soll das Verständnis für die Grundlagen und Inhalte des IQMP kompakt-Manuals erweitert werden. Dies soll die praktische Umsetzung des Verfahrens konkretisieren und unterstützen.

### Akkreditierung

Eine Akkreditierung bestätigt formell die Kompetenz einer Institution/Person bzw. erteilt dieser die Anerkennung oder Zulassung, bestimmte Inspektionen/Prüfungen im Sinne einer Norm durchzuführen und darüber Bescheinigungen auszustellen. Im QM-Bereich berechtigt eine Akkreditierung z.B. zur Vergabe von Zertifikaten oder zur Akkreditierung von anderen Stellen, die ihrerseits Zertifikate vergeben.

### Arbeitsschutz

Kurzform für Arbeits- und Gesundheitsschutz: Schutz der Beschäftigten vor berufsbedingten Gefahren und Schäden, z. B. Verletzungen, Berufskrankheiten, sonstige Gesundheitsschäden, aber auch Über- oder Unterforderung. Arbeitsschutz soll Arbeitssicherheit und Arbeitserleichterung gewährleisten.

### Audit

Systematische und unabhängige Untersuchungen durch Fachleute nach vorgegebenen Checklisten (anhand von Befragungen, Beobachtungen, Einsichtnahme in Dokumente), um zu überprüfen, ob alle Vorgaben bezüglich der Tätigkeiten innerhalb einer Einrichtung und der damit zusammenhängenden Ergebnisse wirkungsvoll verwirklicht werden und ob die Vorgaben geplant und zur Erreichung der Einrichtungsziele geeignet sind.

Audits werden nach der Zielrichtung (intern zur Sicherstellung und extern zum Nachweis der Qualitätsfähigkeit), dem zu auditierenden Bereich (Prozess, Produkt, Qualitätsmanagementsystem) und dem Zeitpunkt (kontinuierlich, situativ) differenziert.

### Im Rahmen einer Zertifizierung erfolgen meist

1. ein Voraudit, um die Zertifizierungsfähigkeit festzustellen,
2. das eigentliche Zertifizierungsaudit, bei dem vorgelegte Dokumente geprüft werden und festgestellt wird, ob das zu zertifizierende Regelwerk und die darin gemachten Vorgaben erfüllt sind. Dies geschieht meist anhand eines Fragenkataloges im Rahmen einer Begehung der Organisation (Visitation).
3. ein Überwachungs-/ Zwischenaudit nach einer bestimmten Zeit (z.B. hier jährlich), um die weitere Entwicklung des Managementsystems zu überprüfen.
4. Um nach Ablauf des Zertifikats ein neues Zertifikat zu erhalten, wird ein Wiederholungs- oder Rezertifizierungsaudit durchgeführt.

### Assessment

Grundsätzlich ist dies eine bewertende Einschätzung, oft mittels standardisierter Messverfahren. In Bezug auf Qualität erfolgt eine bewertende Prüfung durch Dritte (intern oder extern), in der Auswirkungen des Klinikhandelns auf die Einrichtung abgeschätzt werden. Prüft sich eine Einrichtung selbst, spricht man von einem Self-Assessment/ einer Selbstbewertung.

### Aufgaben- und Befugnisbeschreibung

Konkrete schriftliche Festlegung über bestimmte Inhalte einer Arbeitsstelle sowie über die damit verbundenen Befugnisse/Rechte, z.B. Vertretungsvollmacht, Zeichnungsvollmacht oder Weisungsvollmacht. Weitere Synonyme sind Aufgabenprofile, Stellen-, Tätigkeits-, Verantwortungs- oder Funktionsbeschreibung.

### Beauftragtenwesen

Umfasst die Gesamtheit der Verantwortlichkeiten und Befugnisse in einer Organisation, die wiederum in Aufgaben- und Befugnisbeschreibungen festgelegt werden. Das Beauftragtenwesen dient somit der Strukturierung eines Unternehmens. Beispielhaft kann die Gesamtverantwortung der Geschäftsführung obliegen, operative Aufgaben werden von Beauftragten der obersten Leitung übernommen, während weitere Mitarbeitende einzelne Prozesse und Verfahren kontrollieren, bewerten und optimieren.

### Benchmark

Eine messbare „klassenbeste“ Leistung, die als Referenz oder Standard-Messgröße zum Vergleich genutzt werden kann. Diese Leistungsstufe ist anerkannter Standard für Exzellenz im Sinne des EFQM Modells für einen spezifischen Geschäftsprozess.

### Benchmarking

Benchmarking ist ein systematischer und andauernder Messprozess, d.h. ein Prozess kontinuierlichen Messens und Vergleichens der Geschäftsprozesse einer Organisation mit der anderer Organisationen, um anhand von definierten Standards oder Kennzahlen Informationen über Möglichkeiten zu einer Verbesserung und die dafür geeigneten Maßnahmen der Organisation zu erhalten. Ziel ist es, von alternativen und innovativen Lösungen („best practice“) anderer Organisationen zu lernen und sich somit ständig weiter zu verbessern.

### Beschwerdemanagement/Rückmeldemanagement

Beschwerdemanagement beschreibt den methodischen Umgang mit Kundenbeschwerden bzw. Rehabilitandenbeschwerden. Es beinhaltet die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die eine Einrichtung im Zusammenhang mit positiven oder negativen Rückmeldungen der Rehabilitand:innen ergreift.

### Besprechungen

Besprechungen sind ausführliche Gespräche, die in einem gewissen strukturierten Rahmen stattfinden. Sie ermöglichen den Austausch über konkrete Angelegenheiten/Themen.

### Bestellungsnachweis

Im Sinne einer Urkunde wird eine Person schriftlich benannt und somit mit klar umrissenen Funktionen beauftragt.

### Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell ist Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Gesundheit und Krankheit/Behinderung werden als Ergebnis der wechselseitigen Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren gesehen.

### Critical Incident Reporting System (CIRS)

Mit einem Critical Incident Reporting System (CIRS) installiert eine Einrichtung des Gesundheitswesens ein Berichtssystem, um kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler von Mitarbeitenden anonym und sanktionsfrei melden und erfassen zu können. Ziel ist die aktive Auseinandersetzung mit möglichen störanfälligen Strukturen und Prozessen, um die Rehabilitandsicherheit zu erhöhen. Die Einführung von Fehlermanagementsystemen im Gesundheitswesen ist im Patientenrechtegesetz vorgesehen und wird durch den zusätzlichen Absatz 1d § 137 SGB V konkretisiert. Die vom G-BA festgelegten Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in Krankenhäusern müssen ab dem 26. Februar 2014 in den jährlich zu veröffentlichen Qualitätsberichten dargestellt werden.

Mithilfe eines anonymisierten Online-Formulars können Mitarbeitende über einen Vorfall berichten sowie Lösungsvorschläge unterbreiten, um ein erneutes Auftreten dieses kritischen Ereignisses zu verhindern. Nach einer Analyse und Bewertung des Vorfalls durch Expert:innen wird dieser in einem CIRS-Portal veröffentlicht, um anderen die Möglichkeit zu geben, aus Fehlern zu lernen.

### Dokumentation

Das freitextliche oder kodierte Verschriftlichen/Protokollieren (z. B. mit der Internationalen Klassifikation der Diagnosen, ICD) von medizinischen Handlungsabläufen, Ereignissen und Ergebnissen. Für die Qualitätsmessung ist das systematische Sammeln von Informationen durch die Dokumentation grundlegend.

### EFQM-Modell für Exzellenz

Das EFQM-Modell ist ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement-Modell. Entwickelt wurde es von der European Foundation for Quality Management (EFQM), die 1988 von 14 namhaften europäischen Unternehmen als Stiftung gegründet wurde. Gemeinsam mit einer Kommission der EU wurde ein Referenzmodell für Qualitätsmanagement entwickelt und seither ständig überarbeitet und verbessert. Seit 1992 werden herausragende Unternehmen von der Stiftung mit dem European Quality Award ausgezeichnet. Seit 2000 wird auch der soziale Bereich berücksichtigt.

Grundkonzepte des EFQM-Modells für Exzellenz sind Ergebnisorientierung, Kundenorientierung, Führung und Zielkonsequenz, Management mittels Prozessen und Fakten, Entwicklung und Beteiligung der Mitarbeitenden, kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung, Entwicklung von Partnerschaften sowie soziale Verantwortung. Das Modell besteht aus fünf Befähigerkriterien: Führung, Mitarbeitende, Politik und Strategie, Partnerschaften und Ressourcen sowie den Prozessen. Zu den vier Ergebniskriterien gehören mitarbeitenden-bezogene, kundenbezogene, gesellschaftsbezogene Ergebnisse sowie Schlüsselergebnisse. Kernstück des EFQM-Modells ist die sogenannte „RADAR“-Logik:

- Results (Ergebnisse),
- Approach (Vorgehen),
- Deployment (Umsetzung),
- Assessment (Messung/Prüfung)
- Review (Bewertung und Überprüfung).

Außer dem Ergebniskriterium beziehen sich alle Aspekte auf die Befähigerkriterien. Die Rahmenstruktur von EFQM ist damit relativ offen gehalten, Basis sind bestimmte Grundkonzepte. Die daraus resultierende, umfassende Herangehensweise im QM wird als TQM (Total Quality Management) bzw. umfassendes Qualitätsmanagement bezeichnet.

### Einrichtungskonzept

In dem in der Regel mit den Rehabilitationsträgern vereinbarten Konzept der Rehabilitationseinrichtung werden das Aufgabenverständnis sowie die Rehabilitationsleistungen beschrieben und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen benannt. Es ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeitenden. Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und benennt die Indikationen und Therapien. In der Praxis ist das medizinische Konzept der Rehaeinrichtungen an der Orientierungsgliederung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) orientiert, in der das Einrichtungskonzept und der fachspezifische Teil in einer Gliederung zusammengefasst wurde. Im Rahmen des Konzeptes der DRV sind die im Einrichtungskonzept zu beschreibenden Aspekte im Kapitel 1 bis 3 definiert ( siehe Homepage der DRV "Manual zur Erstellung eines medizinischen Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung").

### Ethische Grundsätze

Von der Organisation festgelegte sittliche Grundsätze, Werte und Normen für das Verhalten der Organisation gegenüber ihren Mitgliedern, Kunden und der Gesellschaft, in denen sich die Ansprüche an Moral, Umgangsformen und verantwortliches Verhalten sowie das Menschenbild der Organisation ausdrücken. Verstoßen Mitarbeitende gegen die ethischen Grundsätze der Organisation, kann dies ggf. durch personalrechtliche Konsequenzen sanktioniert werden.

### Evidenzbasierung

Gewissenhafte Anwendung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse, d.h. es werden nur Methoden, Verfahren etc. verwendet, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. In Bezug auf Leitlinien wurden von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung verschiedene Grade der Evidenz, d.h. Anzahl und Qualität der zu Grunde liegenden wissenschaftlichen und klinischen Belege, veröffentlicht (Grad A, B oder C).

### Exzellenz

Allgemein wird mit dem Begriff Exzellenz eine hervorragende Leistung, Verfassung oder ein solcher Zustand beschrieben. Im Rückgriff auf das EFQM-Modell für Exzellenz wird der Begriff meist in englischer Schreibweise: Excellence und anstelle des Wortes „Qualität“ verwendet, um die z.B. gegenüber DIN Normen wesentlich umfassenderen Anforderungen zu kennzeichnen. Er steht für überragende Praktiken in der Führung der Organisation und beim Erzielen von Ergebnissen, basierend auf Grundkonzepten des EFQM-Modells.



## Fehlermanagement

Im Zusammenhang mit der Fehlerkultur bezieht sich das Fehlermanagement auf die konkreten, komplexen Regelungen, die im Umgang mit Fehlern von der Leitungsebene festgelegt wurden.

## Führungskräfte

Die Personen, welche die Interessen derjenigen koordinieren und ausgleichen, die Anteil an der Organisation haben. Dazu gehören neben der Geschäftsleitung alle anderen Führungskräfte und diejenigen, die eine Führungsrolle in Teams oder in einem bestimmten Fachgebiet wahrnehmen.

## Gelenkte Dokumente/Aufzeichnungen

Ein Dokument, für welches klare und nachvollziehbare Regelungen bezüglich der Erstellung, Verteilung, Wieder Auffindbarkeit, Aktualisierung und Aufbewahrung bestehen (z.B. Arbeitsanweisungen, klinische Leitlinien, Checklisten, Prüfzertifikate). Gelenkte Dokumente/Aufzeichnungen müssen lesbar, leicht erkennbar und rückführbar sein. Die Lenkung von Dokumenten ist innerhalb des Qualitätsmanagements ein wichtiger Prozess. Die einzelnen Komponenten werden über **schriftliche Regelungen festgelegt.**

## ICF

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, erarbeitet von der WHO (Texte und Informationen unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)). Die ICF beschreibt Krankheit bzw. Behinderung vor allem als eine Beeinträchtigung der Teilhabe (Partizipation) und versteht diese nicht als lediglich personenbezogenes Merkmal, sondern als bedingt durch ein ungünstiges Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Grundlage des Verständnisses von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten bildet in der ICF das biopsychosoziale Modell.

## Interessengruppen

Diejenigen Personen, die ein Interesse an einer Organisation, ihren Aktivitäten und ihren Errungenschaften haben. Dazu können Kunden, Partner, Mitarbeitende, Aktionäre, Eigentümer, Regierungsstellen und Behörden gehören.

## **Kernprozesse**

**Siehe Schlüsselprozesse.**

## Konferenz

In diesem Kontext die strukturierte Besprechung mehrerer Personen über fachliche/organisatorische Themen. Konferenzen orientieren sich an bestimmten Rahmenbedingungen: sie werden moderiert und protokolliert, haben klare Zielvorgaben und finden in festgelegten Abständen statt.

## Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Begriff aus dem umfassenden Qualitätsmanagement und dort ein wichtiges Element. Ständiger Prozess zur Verbesserung der Leistungserstellung, der Kundenbetreuung, des Umfeldes, der Situation der Mitarbeitenden oder anderer relevanter Faktoren des betrieblichen Geschehens nach dem Motto: „Viele kleine Schritte ergeben einen großen Schritt“. Dazu werden entsprechende Prozesse eingerichtet, die in festgelegten Perioden durchlaufen werden und die Voraussetzungen für eine kontinuierliche Beteiligung der Mitarbeitenden an Verbesserungen schaffen. Mitarbeitende werden bewusst aktiv eingebunden, um ihr kreatives Potential zur Aufdeckung von Mängeln und zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen zu nutzen.

### Kontrolle

In diesem Kontext die Überprüfung von Verhalten und Ergebnissen mit dem Ziel, ggf. auf das Verhalten (z.B. von Menschen, Organisationen oder technischen Systemen) Einfluss zu nehmen. Bei der Kontrolle findet ein Soll-/Ist-Vergleich statt. In Bezug auf QM wird unter Kontrolle das Rahmenwerk aus Befugnissen in einer Organisation verstanden.

### Kultur (einer Organisation/eines Unternehmens)

Unter Organisationskultur versteht man den in der Organisation gewachsenen Bestand von Basisannahmen (z.B. Vorstellungen über Umwelt, Realität, menschliche Natur, Verhaltensnormierungen), Werten und Normen sowie von Zeichen und Symbolen als Ausdruck von und als Identifikationsmuster für Werte und Normen. All dies steuert das Verhalten der Organisationsmitglieder teilweise unbewusst und unsichtbar und lässt sich nicht schnell und direkt ändern.

Im QM versteht man unter Organisationskultur die gesamte Palette von Verhaltensweisen, ethischen Grundsätzen und Werten, die von den Mitgliedern der Organisation weitergegeben, praktiziert und mit Nachdruck vertreten werden.

### Leistung

Ergebnis der Arbeit (von Menschen, Betrieben, Teilen eines Betriebs), welches in Menge und/oder Wert und/oder Qualität bzw. anderen Einheiten gemessen wird.

### Leitbild

Ein Leitbild, auch Selbstverständnis einer Einrichtung, formuliert die strategischen Ziele (Vision und Mission) und die wesentlichen Orientierungen für die Art und Weise ihrer Umsetzung (Werte) und damit die angestrebte Identität der Einrichtung. Es steckt den Rahmen für künftiges Handeln durch einen Katalog von Kriterien ab, der Werte und Bekenntnisse der Unternehmensführung zum unternehmerischen Handeln enthält und Normen für das Verhalten setzt. Ein Leitbild soll gleichzeitig eine Orientierungs-, Motivations- und Legitimationsfunktion erfüllen. Der Begriff Leitbild ist im Gesundheitswesen gebräuchlicher als die Begriffe Mission und Vision aus dem EFQM-Modell für Exzellenz, die inhaltlich dem Leitbild entsprechen. Weitere Synonyme für das Leitbild sind Unternehmensphilosophie, -grundsätze, -kultur, Klinikgrundsätze oder Wertesystem.

### Leitlinien

Systematisch entwickelte, je nach Klinik individuelle Handlungsvorgaben, um Ärzt:innen und Rehabilitand:innen bei ihrer Entscheidungsfindung über die Gesundheitsversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) in spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen. Anders als Richtlinien lassen Leitlinien einen Ermessensspielraum zu.

### Lernen

Man unterscheidet Lernen als Tätigkeit/Prozess – die Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Erfahrungen – sowie Lernen als Ergebnis – Verbesserung des Potenzials, d.h. Zuwachs an Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einsicht, sozialer Kompetenz, Kreativität etc. oder auch die positive Änderung von Einstellungen, Werthaltungen und Basisannahmen. Das Erwerben und Verstehen von Informationen kann zu Verbesserungen oder Veränderungen führen. Lernorientierte Aktivitäten (Lernprozesse) einer Organisation sind z.B. Benchmarking, Bewertungen und/

oder Audits unter interner/externer Führung sowie Studien über erfolgreiche Praxisbeispiele (Best Practice). Zu lernorientierten Aktivitäten gehören auch Schulungen und berufliche Weiterbildungen.

## Lieferkette

Das Zusammenspiel von Aktivitäten zur Beschaffung, Herstellung und Lieferung von Produkten und Dienstleistungen für Kunden. Die Lieferkette beginnt mit den Zulieferern der Zulieferer und endet mit den Kunden der Kunden der Organisation.

## Managementbewertung

Als Managementbewertung bezeichnet man die systematische und regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit des Managementsystems durch die Leitung. Dabei dient es nicht der Lösung aktueller Probleme, sondern dient zur Analyse langfristiger Trends und Ergebnisse.

## Managementsystem

Eine grundlegende Struktur der Prozesse und Verfahren, mit denen eine Organisation sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele erforderlichen Aufgaben bewältigt.

## Maßnahmenfestlegungen

Die konkrete Beschreibung von zielgerichteten Handlungen/Regelungen. Dem gehen die Analyse, Bewertung und Priorisierung bestimmter Maßnahmen im Hinblick auf personelle/finanzielle Ressourcen, zeitliche Umsetzbarkeit, Kosten u. ä. voraus.

## Mission

Der Auftrag einer Organisation oder eines ihrer Teile, Beschreibung des Zweckes der Organisation, der ihre Existenz rechtfertigt. Die „Mission“ ist im allgemeinen Teil des Leitbildes. Sie besteht nicht nur in der Erbringung von bestimmten Leistungen, sondern beschreibt auch die Wirkungen, welche diese Leistungen haben sollen (z. B. ein beabsichtigter Beitrag zum Gemeinwohl, für den die Leistung der Klinik nur Mittel ist).

## Mitarbeitende

In der Organisation gegen Entgelt beschäftigte Personen einschließlich Voll- und Teilzeitmitarbeitende, befristet beschäftigte Personen und Beschäftigte auf Honorarbasis (Gegensatz: Praktikant:innen, ehrenamtlich Arbeitende).

## Nachweis

Nachweise in Form von Dokumenten und Aufzeichnungen belegen die praktische Umsetzung der Anforderungen in den Indikatorenbereichen. Dabei beinhalten Dokumente interne und externe Vorgaben, z.B. Beschreibung der Einrichtung, Organigramm. Aufzeichnungen beziehen sich auf den Einzelfall, dazu gehören beispielsweise Rehabilitationsakten, Sitzungsprotokolle.

## Partnerschaften und Ressourcen

Im Sinne des EFQM-Modells für Exzellenz wird unter Partnerschaft eine Arbeitsbeziehung zwischen zwei oder mehr Parteien verstanden, die Wertschöpfung für den Kunden erbringt. Lieferanten, Händler, Joint Ventures und Allianzen können Partner sein, Lieferanten müssen allerdings nicht zwingend Partnerstatus haben. Im Unterschied zum allgemeinen Verständnis zielt die Definition des EFQM-Modells nicht auf den gegenseitigen Vorteil der Partner ab, sondern auf den Vorteil für den Kunden.

### Peer Review

Überprüfung von Leistungen im Rahmen einer Evaluation oder der Qualitätssicherung, die durch Gleichgestellte (engl. peers) erfolgt; z.B. Evaluierung der Leistung eines Fachkollegen durch einen anderen Fachkollegen. Häufig werden für eine Peer Review externe, ehrenamtlich tätige Fachleute fallweise engagiert. Dabei haben die „Peers“ keine formale übergeordnete Rolle oder eine Kontrollfunktion. Im Rahmen einer systematisierten Überprüfung wie der Qualitätssicherung erfolgt eine Peer Review häufig anhand von definierten Checklisten und Überprüfungsverfahren.

### Plan Do Check Act (PDCA) – Zyklus

Der Qualitätsmanagement-Kreislauf: Plan, Do, Check, Act (Planen, Durchführen, Checken, Agieren/Anpassen) dient als Zyklus der ständigen Weiterentwicklung im Qualitätsmanagement und im Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). Der PDCA-Zyklus setzt einen standardisierten und damit stabilen Prozess voraus. Die gleiche Logik wie im PDCA-Zyklus findet sich auch im RADAR-Zyklus des EFQM-Modells für Exzellenz.

### Planung

Für ein Management bedeutet Planung zunächst generell vorbereitendes Durchdenken und das Festlegen zukünftigen Verhaltens oder auch von Ergebnissen, die aus benennbaren Gründen künftig erzielt werden sollen (z.B. Finanz- oder Personalplanung). Exzellente Organisationen verfügen bei ihrer Planung über fundierte und integrierte Vorgehensweisen. Ein fundiertes Vorgehen ist klar begründet und ist auf die gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnisse der Organisation ausgerichtet.

Es wird durch gut definierte und gestaltete Prozesse umgesetzt und ist zudem auf die Bedürfnisse der Interessengruppen ausgerichtet. Darüber hinaus ist das Vorgehen integriert: es basiert auf der Politik und Strategie der Organisation und ist mit ihren anderen Vorgehensweisen angemessen verknüpft.

### Politik und Strategie

Begriff aus dem EFQM-Modell für Exzellenz (eines der Befähigerkriterien). Politik und Strategie bezieht sich auf die Art und Weise, wie eine Organisation ihre Mission und Vision umsetzt, basierend auf den Bedürfnissen der wichtigsten Interessengruppen und unterstützt durch wirksame und langfristig ausgerichtete Vorgehensweisen, Pläne, kurz- und langfristige (=operative und strategische) Ziele sowie Prozesse.

### Prozess

Ein Prozess ist die geregelte Abfolge von Tätigkeiten, der begriffliche Gegensatz zum Prozess ist die Struktur, das statische Aufbauegefüge. Definition nach DIN EN ISO 9000:2000: System von Tätigkeiten, das Eingaben mit Hilfe von Mitteln in Ergebnisse verwandelt. Definition nach EFQM-Modell für Exzellenz: Eine Folge von Tätigkeiten, die Wertschöpfung erbringt, indem sie aus einer Input-Vielfalt den verlangten Output erzeugt.

### Prozessbeschreibung

**Siehe auch Verfahrensweisung.** Dokumentiert den Prozessablauf, um Prozessverantwortliche und -beteiligte über Veränderungen, Verantwortlichkeiten, Leistungen und Verbesserungspotenzial zu informieren. Die Prozessbeschreibung hat als Dokument Weisungscharakter.

### Qualitätsentwicklungspläne

Eine strukturierte Sammlung von Projekten, die in einer bestimmten Zeitperiode Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität organisieren.

### Qualitätsindikatoren/einrichtungsinterne Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind (einrichtungsintern) festgelegte Messgrößen bzw. Kennzahlen, die einen Abgleich von Soll-Ist-Werten für Strukturen, Prozessen und Ergebnisse der Versorgung erlauben. Sie bilden die Qualität einer definierten Einheit durch Zahlen/Zahlenverhältnisse indirekt ab. Qualitätsindikatoren bzw. qualitätsbezogene Kennzahlen werden als Instrument zur Beurteilung und Sicherung von Qualität herangezogen.

### Qualitätsmanagementdokumentation

Qualitätsmanagementdokumentation, auch Qualitätsmanagementhandbuch, -manual oder dokumentierte Nachweise, ist die interne und kompakte Zusammenfassung und Aufzeichnung des Qualitätsmanagementsystems einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung bzw. eines Unternehmens an einem zentralen Ort. Es dient zudem als Einstiegspunkt für Mitarbeitende und Auditor:innen, um einen schnellen Überblick über das QM-System zu erhalten.

### Qualitätszirkel

Kleinere Gruppen („Zirkel“) von Mitarbeitenden (in der Regel 5 – 10) eines oder mehrerer Arbeitsbereiche, die sich regelmäßig oder bei Bedarf zum kollegialen Austausch mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Leistungserbringung treffen. Der Qualitätszirkel erarbeitet in eigener Verantwortung Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsabläufe oder der Qualität. Die Arbeitsweise der Zirkel zeichnet sich v.a. durch Freiwilligkeit, Erfahrungsbezogenheit, kollegialen Diskurs, Kontinuität und selbst gewählte Themen aus. Eigeninitiative und gemeinsame Überlegungen der Mitarbeitenden sollen fruchtbar gemacht werden. Qualitätszirkel können durch die Übertragung von Entscheidungsbefugnissen weiterentwickelt werden, dann gilt: widersprechen die zuständigen Vorgesetzten nicht, sind die Vorschläge verbindlich. Qualitätszirkel sind ein typisches Element eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP).

### Rehabilitationskonzept

Im Rehabilitationskonzept werden indikationsspezifisch die Rehabilitations- und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben. Es ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeitende. Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und benennt die Indikationen und Therapien. In der Praxis ist das medizinische Konzept der Rehaeinrichtungen an der Orientierungsgliederung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) orientiert, in der das Einrichtungskonzept und der fachspezifische Teil in einer Gliederung zusammengefasst wurde. Im Rahmen des Konzeptes der DRV sind die im Rehabilitationskonzept zu beschreibenden Aspekte ab Kapitel 4 definiert (siehe Homepage der DRV "Manual zur Erstellung eines medizinischen Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung").

### Rehabilitationsziel

In der Rehabilitation ist die Förderung und Wiederherstellung der Selbstbestimmung sowie der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen nach § 1 SGB IX das übergeordnete Ziel. Bezogen auf die Einrichtungsebene werden zwischen Rehabilitand und Rehabilitationsteam individuelle Rehabilitationsziele vereinbart. Diese müssen das individuelle zu erwartende Rehabilitationsergebnis eines Rehabilitanden berücksichtigen. Daraus leiten sich wiederum konkrete Therapieziele ab.

## Richtlinien

Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Diese Verbindlichkeit (im Unterschied zur Leitlinie) ist spezifisch für den deutschen und europäischen Sprachraum. In der Amtssprache der EU gilt: guideline = Leitlinie, directive = Richtlinie.

## Schlüsselergebnisse

Die Ergebnisse, welche die Organisation in Bezug auf ihre geplanten Leistungen erreicht hat. Diese Ergebnisse sind von der Organisation zwingend zu erreichen und sind nicht bereits unter kunden-, mitarbeitende- oder gesellschafts-bezogenen Ergebnisse erfasst.

## Schlüsselprozesse oder Kernprozesse

Schlüsselprozesse, auch Kernprozesse, sind die zentralen Prozesse, die zur Erstellung und Abnahme der für eine Organisation spezifischen Angebote und Dienstleistungen führen, in einer Rehabilitationsklinik wären dies die Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung/Verbesserung der Gesundheit der Rehabilitand:innen, die die Klinik aufsuchen. Schlüsselprozesse liegen quer zu den jeweiligen Funktionsstellen und Aufgaben und beziehen sich auf Arbeitsabläufe der Gesamtorganisation. Die Klärung der Schlüsselprozesse dient der Transparenz, der Verfahrens- und Rechtssicherheit, der Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und Eindeutigkeit. So wird untereinander abgestimmtes kooperatives Handeln innerhalb der Organisation gesichert.

## Schriftliche Regelung

Siehe unter Verfahrensanweisung.

## Standard

Ein Standard ist ein breit akzeptiertes und angewandtes, formalisiertes oder nichtformalisiertes Regelwerk, beispielsweise eine einzelne/mehrere Regeln oder eine Norm. Der Begriff findet im Qualitätsmanagement im allgemeinen Verwendung im Sinne einer normativen Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Ein Standard entspricht bezüglich der Wertigkeit und Verbindlichkeit dem einer Richtlinie, wird jedoch auch synonym zu Leitlinie verwandt.

## Strukturiertes Verfahren

Das strukturierte Verfahren ergibt sich im Wesentlichen aus den Ordnungsprinzipien Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung, die Teile der sogenannten RADAR-Logik im EFQM-Modell für Exzellenz sind. Als weitere Kenngrößen wird die Regelung von Verantwortlichkeiten, Ressourcen, Dokumentation sowie Messgrößen verstanden.

## Umsetzung

Die Umsetzung ist der planerische Schritt zwischen Zielfestlegung und Durchführung. Nach der Formulierung einer Vision ist sie der nächste Schritt, um die selbst gesetzten Ziele zu realisieren. Die Vorgaben aus der Vision werden als konkrete Einzelschritte formuliert (Vorgehensweisen), die für die Erreichung notwendig sind. In einer exzellenten Organisation bedeutet dies, strukturiert und systematisch ein bestimmtes Vorgehen in allen relevanten Bereichen

sicherzustellen. Die systematische Einführung neuer Vorgehensweisen basiert auf Planung und erfolgt in einer für die Organisation und das Vorgehen angemessenen Art und Weise. Die Umsetzung beim EFQM-Modell für Exzellenz erfolgt in Bezug auf die sogenannten Befähiger-Kriterien: Mitarbeitende, Politik und Strategie, Partnerschaften und Ressourcen, sowie die Ergebnis-Kriterien: mitarbeitende-, kunden- und gesellschaftsbezogene Ergebnisse.

### Unterstützungsprozesse

Sekundärprozesse, die nicht unmittelbar zur **Rehabilitandenversorgung** betragen, sondern die damit zusammenhängenden Prozesse unterstützen.

### Verfahrensweisung (auch Schriftliche Regelung)

Die Verfahrensweisung regelt Festlegung, Dokumentation, praktische Umsetzung sowie die Aufrechterhaltung von unternehmensrelevanten Anforderungen. So können notwendige Prozesse, Abläufe und Verantwortlichkeiten des Qualitätsmanagements, welche im QM-Handbuch vermerkt sind, in Einrichtungen nachgewiesen werden. Zur Umsetzung einer VA gehört auch die Freigabe durch die Geschäftsleitung, die Schulung beteiligter Mitarbeitenden sowie die Auditierung. Synonym zur Verfahrensweisung sind beispielsweise auch Pflegestandards/ Standard Operating Procedures (SOP)/clinical pathways, **Schriftliche Regelungen, Prozesslandschaft, Dienststanweisungen** o.ä. zu sehen.

### Vision

Die Beschreibung, wie etwas in Zukunft sein soll. Die Vision einer Organisation beschreibt, wie die langfristige Unternehmensentwicklung aussehen bzw. wie die Organisation sich entwickeln soll. Damit ist die Vision gleichzeitig auch die Orientierung für die Unternehmensstrategie bzw. das Leitbild einer Organisation.

### Werte

Werte werden aufgrund ihres Einflusses auch als „unsichtbare Führungskräfte“ bezeichnet. Sie wirken oft stärker als formale, ausdrückliche Anweisungen oder Vorschriften. Werte legen fest, welche Denk- und Verhaltensmuster innerhalb eines gesellschaftlichen Systems als wünschenswert und akzeptabel gelten. Innerhalb einer Organisation sind Werte das Einvernehmen und die Erwartungen, welche das Verhalten der Mitarbeitenden der Organisation widerspiegeln und worauf alle Beziehungen beruhen (z.B. Vertrauen, Unterstützung und Aufrichtigkeit). Organisationen sind nicht in sich geschlossen, d.h. sie sind auch mit gesellschaftlichen Wertveränderungen konfrontiert und müssen diese nach innen wie außen berücksichtigen.

### Werteorientierung

Orientierung auf ethische, moralische und humanitäre Grundsätze/Grundwerte. Die Werteorientierung einer Organisation drückt sich aus im Selbstverständnis der eigenen Arbeit, das die Mitarbeitenden und darüber hinaus die Interessenpartner verbindet. Die Werteorientierung findet häufig im Leitbild der Einrichtung ihren Ausdruck. Eine mit Leitbildern verbundene Werteorientierung des Handelns ist damit auch ein selbst geschaffenes Korrektiv gegenüber einer Orientierung an rein ökonomischen Interessen.

### Wissen

Unter Wissen versteht man wahrgenommene und verwertbare Informationen. Informationen werden erst als Wissen für Menschen nutzbar und Wissen ist – im Unterschied zu reinen Informationen – immer an Menschen gebunden. Wissen kann sowohl bewusst, sprachlich formuliert/formulierbar sein (explizites Wissen) oder nicht (implizites Wissen). Wissen bildet Teil der hierarchisch gegliederten Begriffs-Kette „Daten, Informationen und Wissen“: Daten sind „rohe“ Fakten. Informationen sind Daten, die Zusammenhänge darstellen und auswertbar sind. Wissen ist schließlich die Auswertung und Umsetzung von Informationen.

### Zertifikat

Prüfbescheinigung, die attestiert, dass eine Einrichtung die Kriterien einer bestimmten Norm (z.B. DIN EN ISO) oder eines Verfahrens (z. B. IQMP-Reha) erfüllt. Zertifikate haben eine begrenzte Gültigkeitsdauer, nach deren Ablauf muss in einem erneuten Audit bzw. einer Visitation zur Rezertifizierung ein neues Zertifikat erworben werden.

### Zertifizierung

Überprüfung durch eine anerkannte Stelle, ob bestimmte definierte Anforderungen eingehalten werden. Es erfolgt die Bestätigung eines bestimmten Leistungsstandards durch eine außenstehende Institution, am Ende des Prüf-prozesses wird eine Prüfbescheinigung (Zertifikat) ausgestellt.



## IQMP kompakt 2.0

### Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-kompakt 2.0

Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

Friedrichstraße 60 • 10117 Berlin  
Telefon: +49 30 2400899-0  
info@iqmg-berlin.de  
[www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de) und [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)

Bei der Erarbeitung der IQMP kompakt Version 2.0 haben folgende Personen maßgeblich mitgewirkt:

Dr. Ralf Bürgy, Abteilungsleiter Qualitätsmedizin und Interne Revision, MediClin AG  
Prof. Dr. Jörg-Rüdiger Blau, Verwaltungsdirektor/Geschäftsführer Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen  
Johannes Kneißl, Leiter Zentraler Dienst Qualitätsmanagement, Medical Park SE  
Jörg Krumm, Geschäftsleitung Gailingen, Kliniken Schmieder (Stiftung & Co.) KG  
Dr. phil. Miralem Hadžić, Referent, Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Darüber hinaus haben engagierte IQMP Anwender:innen und Auditor:innen im Rahmen von mehreren Workshops zur Weiterentwicklung des Verfahrens beigetragen. Für ihre Unterstützung und das Engagement bedanken wir uns herzlich.

Bei der Entwicklung des IQMP kompakt-Verfahrens haben folgende Personen und Institutionen maßgeblich mitgewirkt:

Dr. Ralf Bürgy, Abteilungsleiter Qualitätsmedizin und Interne Revision, MediClin AG  
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Leiterin Stabsstelle Qualitätsnetzwerke, Sana Kliniken AG  
Dr. Markus Leisse, Ärztlicher Direktor und Ltd. Arzt Abteilung Neurologie, Median Klinik Burg-Landshut  
Konstanze Zapff, Julia Wallrabe, Referentinnen, Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Gestaltung/Satz: Annette Forsch



Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen GmbH