

IQMP REHA

Integriertes
Qualitätsmanagement-Programm-Reha
Version 5.0



Institut für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen GmbH

Institut für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

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

E-Mail: info@iqmg-berlin.de
Internet: www.iqmg-berlin.de

Nutzungsbedingungen

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

5. Auflage Dezember 2025

Inhalt

- 4 Kurzcharakteristik des IQMP-REHA
- 5 Geleitwort zur vierten Auflage
- 6 **I. EINLEITUNG UND ÜBERSICHT ZUM IQMP-REHA**
 - 6 Zielkategorien des IQMP-Reha
 - 7 Biopsychosozialer Ansatz
 - 8 Orientierung am EFQM-Modell für Excellence
 - 9 Berücksichtigung rehabilitationsrelevanter gesetzlicher Anforderungen
 - 10 Flexibilität in der Anwendbarkeit
 - 11 Struktur und Systematik
 - 12 Indikationsspezifische Kataloge
- 13 **II. SELBSTBEWERTUNG UND ZERTIFIZIERUNG NACH IQMP-REHA**
 - 13 Erstellung des Selbstbewertungsberichts
 - 14 Selbstbewertung der Kriterien 1-5
 - 15 Zertifizierungsverfahren
 - 17 Überwachungszyklus
 - 21 Laufzeit des Zertifikats
- 22 **III. LOGIK UND INSTRUMENTE DER BEWERTUNG NACH IQMP-REHA**
 - 22 Bewertung der Kriterien 1-5 (Befähiger)
 - 25 Selbstbewertung der Kriterien 6-9 (Ergebnisse)
- 29 **IV. ALLGEMEINE SYSTEMATIK**
- 34 **V. AUSFÜHRLICHE SYSTEMATIK**
- 110 **VI. GLOSSAR**
- 121 **VII. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

Kurzcharakteristik des IQMP-Reha

IQMP-Reha ist ein Programm für das interne Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen. Es wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) als geeignetes Zertifizierungsverfahren für den Nachweis der „Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsbezogenes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 Abs. 3 SGB IX“ (Stand: 01.07.2025) anerkannt.

IQMP-Reha steht allen Rehabilitationseinrichtungen unabhängig von ihrer Trägerschaft zur Verfügung.

IQMP-Reha wurde so konzipiert, dass es von den Anwender:innen in den Reha-Einrichtungen flexibel, d.h. angepasst an ihren bisherigen Entwicklungsstand im QM-Bereich, eingesetzt werden kann. Es gestattet den Nutzenden, ein bei ihnen bereits bestehendes QM-System rehabilitationsspezifisch weiterzuentwickeln. Ebenso ist es möglich, mit dem IQMP-Reha ein umfassendes rehabilitationsspezifisches QM-System neu zu installieren. Das IQMP-Reha kann dazu genutzt werden, eine Selbst- und Fremdbewertung des installierten QM-Systems bis hin zu einer Zertifizierung durchzuführen.

Damit eignet sich das IQMP-Reha sowohl für Einrichtungen, die bereits früher ein QM-System installiert haben, wie auch für Neueinsteigende ohne jede Vorerfahrung.



Thomas Bublitz
Geschäftsführer



Dr. Ralf Bürgy
Verwaltungsratsvorsitzender

Geleitwort IQMP-Reha 5.0

Seit dem Jahr 2004 bietet das IQMG mit dem IQMP-Reha (Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha) ein modulares Verfahren an, das einen Exzellenz-Ansatz verfolgt. Kernstück ist die ausführliche Selbstbewertung. Sie ist die Grundlage für kontinuierliche, interne Verbesserungsprozesse sowie für den externen Nachweis von Qualität durch das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR).

Im Zuge der Überarbeitung und Veröffentlichung der „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX“ am 01.07.2025 wurde das IQMP-Reha angepasst und in der Version 5.0 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannt. Da das IQMP-Reha 4.0 den Großteil der neuen Anforderungen der BAR bereits erfüllt, mussten nur wenige Indikatoren überarbeitet werden. Neben redaktionellen Anpassungen beziehen sich die inhaltlich relevanten Änderungen auf die Eingliederung der Kriterien zur Einführung geeigneter Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für die Leistungsberechtigten, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderungen („Gewährleistung von Gewaltschutz“) und eines Konzeptes zum Risiko- und Chancenmanagement. IQMP-Reha erfüllt somit uneingeschränkt die von der BAR festgelegten Kriterien für die Zertifizierung stationärer Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Die von den BAR-Qualitätskriterien betroffenen IQMP-Reha-Indikatoren sind in der ausführlichen Systematik farblich gekennzeichnet. Diese Indikatoren sind obligatorisch abzuprüfen und zu erfüllen.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage des IQMP-Reha hat das Verfahren in einer Vielzahl von Rehabilitations-einrichtungen Eingang gefunden. Das vorliegende Manual bietet Ihnen weiterhin ein kompaktes, vielseitig einsetzbares Werkzeug, das modernsten internationalen und nationalen Standards im Qualitätsmanagement entspricht und speziell auf die medizinische Rehabilitation und ihre Besonderheiten abgestimmt wurde.

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern des Verwaltungsrates der IQMG GmbH, den Vertretern der IQMG-Kooperationspartner und den QM-Experten aus Wissenschaft und Praxis, die mit ihren praxisorientierten Rückmeldungen und ihrer konstruktiven Kritik bei der Überarbeitung des IQMP-Reha mitgewirkt haben.

Berlin, Dezember 2025

Für die IQMG - Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH

Thomas Bublitz
Geschäftsführer

Dr. Ralf Bürgy
Verwaltungsratsvorsitzender

I. Einleitung und Übersicht zum IQMP-Reha

Das IQMP-Reha ist sowohl für die erstmalige Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) in stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen geeignet, wie auch für die rehabilitationsspezifische Ausgestaltung bereits früher installierter (anderer) Modelle.

Eine der besonderen Stärken von IQMP-Reha ist seine Ausrichtung auf die Selbstbewertung der Einrichtung, von der wichtige Impulse für die interne Qualitätsentwicklung ausgehen. Gleichzeitig bietet IQMP-Reha die Möglichkeit, eine Fremdbewertung vornehmen zu lassen, um eine Zertifizierung zu erreichen. Auf diese Weise kann mit dem Programm die Qualität einer Rehabilitationseinrichtung auch nach außen dokumentiert und nachgewiesen werden. Das IQMP-Reha bietet ein bewährtes Instrumentarium für eine rehabilitationsspezifische externe Begutachtung, auf deren Basis das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR) oder kombinierte Zertifikate (siehe Seite 20) verliehen werden können.

Insbesondere Erstanwender profitieren von dem prozessbezogenen Konzeptaufbau, der als Wegweiser für eine schrittweise Implementierung einzelner QM-Bausteine handlungsanleitend genutzt werden kann. Einrichtungen mit Vorerfahrung erhalten nicht nur die Chance, sondern auch konkrete Hilfen (z.B. Crosswalks), um die vorhandenen Ansätze zu integrieren, rehabilitationsspezifisch auszustalten und damit besonders auch Qualitätsverbesserungsprozesse in Gang zu setzen. Unabhängig von Anlass und geplanter Dauer für den Einsatz des IQMP-Reha kann der Umfang der Implementierung flexibel gestaltet werden: Durch seinen modularen Aufbau kann das IQMP-Reha vollständig, aber auch nur in Teilen genutzt werden, so z. B. nur für die Prozessoptimierung.

Das Manual ist so aufgebaut, dass im aktuellen Kapitel zunächst die Grundlagen des IQMP-Reha, wie z.B. die Orientierung am EFQM-Modell erläutert werden. In Kapitel II wird beschrieben, wie eine Zertifizierung nach dem IQMP-Reha erfolgt. Kapitel III erläutert die Bewertungsverfahren des IQMP-Reha. Es folgen in Kapitel IV und V die allgemeine und ausführliche Systematik zum IQMP-Reha. Abgerundet wird das Manual durch ein Glossar mit relevanten Begriffen zu IQMP-Reha sowie ein Abkürzungsverzeichnis und eine Adressübersicht.

Zielkategorien des IQMP-Reha

Das IQMP-Reha versteht unter einem ausgezeichneten Qualitätsmanagement in der Rehabilitation, dass mit einer Gesamtführungsstrategie gearbeitet wird, die darauf gerichtet ist, Qualität nicht nur zu gewährleisten, sondern sie auch zu „produzieren“ und so ständig zu verbessern. Damit orientiert sich das IQMP-Reha am Konzept des umfassenden Qualitätsmanagements, welches heute branchenunabhängig die theoretische Basis für ein modernes Management bildet. Im Gegensatz zu dem Inhalt und den Zertifizierungskonzepten anderer Regelwerke (wie beispielsweise DIN EN ISO) begnügt sich das IQMP-Reha nicht einfach mit einem „Gut-Genug“, sondern ist mit einer pro-aktiv ausgestalteten Konzeption – in der Kombination von Selbst- und Fremdbewertung – auf ein „Immer- Besser“ ausgerichtet. Als Gesamtführungsstrategie ist dieses im IQMP-Reha realisierte Modell damit weniger dynamisch ausgerichteten Konzepten deutlich überlegen.

Das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements, dem das IQMP-Reha in seiner Gesamtheit Rechnung trägt, ist folgenden Zielkategorien zugeordnet:

- **Rehabilitandenorientierung**
- **Verantwortung und Führung**
- **Biopsychosozialer Ansatz und Partizipation**
- **Wirtschaftlichkeit**
- **Prozessorientierung**
- **Mitarbeitendenorientierung**
- **Ziel- und Ergebnisorientierung**
- **Transparenz und Information**
- **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess**
- **Biopsychosozialer Ansatz**

Das IQMP-Reha orientiert sich inhaltlich am biopsychosozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), das von der WHO entwickelt wurde. Gesundheit und gesundheitliche Probleme (Krankheit, Behinderung) werden hier als Wechselwirkung individueller und gesellschaftlicher Faktoren verstanden.

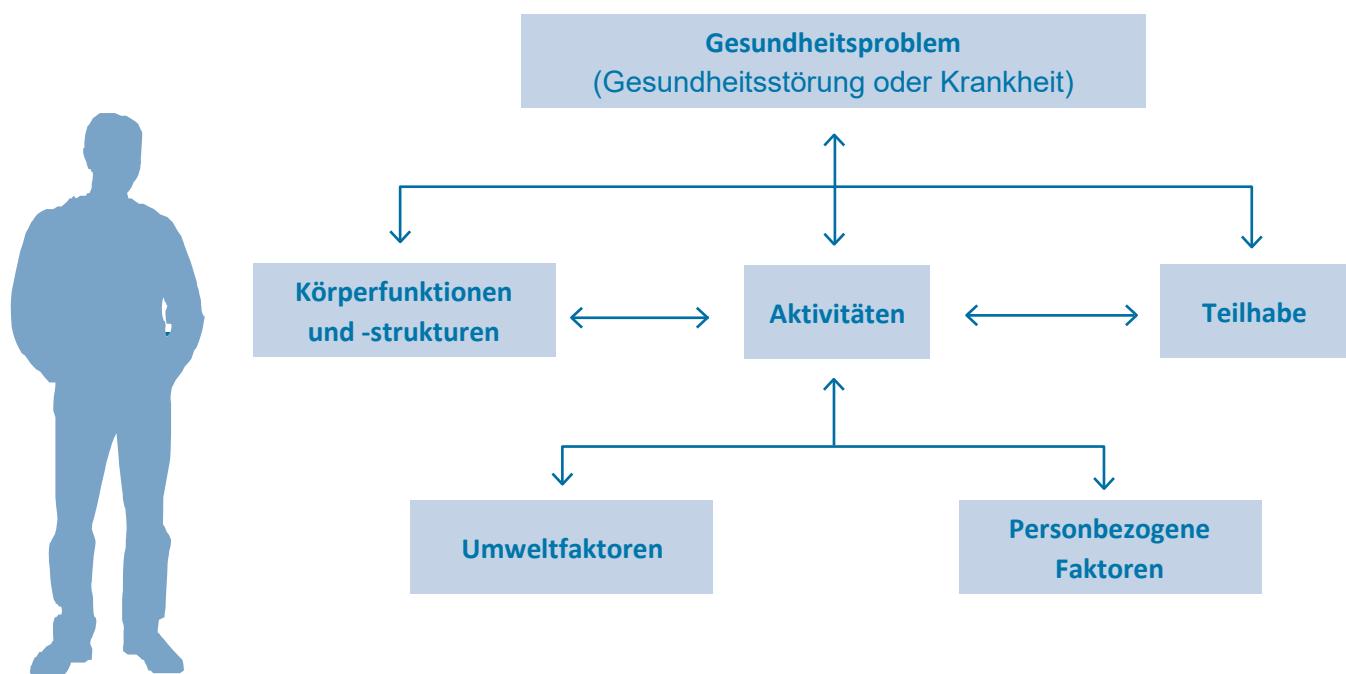


Abbildung 1: Biopsychosoziales Gesundheitsmodell der ICF

Die ICF bezieht in die Beschreibung der funktionalen Gesundheit sowohl Funktionsfähigkeit wie auch Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe ein. Unter Funktionsfähigkeit werden dabei positive und neutrale Aspekte, unter Behinderung alle negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit verstanden. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist gegeben, wenn Schädigungen im Bereich der körperlichen und/oder mentalen Funktionen vorliegen. Dazu zählt aber auch, wenn die Person nicht mehr all das tut oder tun kann (Aktivität), was zu erwarten wäre von einer Person ohne Gesundheitsprobleme (z.B. Verhalten, Leistungsfähigkeit). Einbezogen wird unter dem Begriff „Teilhabe“ auch, inwieweit eine Person ihr Dasein in den Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (z. B. Selbstversorgung, Mobilität, soziale Integration). Unter Kontextfaktoren versteht die ICF den gesamten Lebenshintergrund einer Person, sowohl Umweltfaktoren (z. B. soziales Umfeld) als auch personenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Lebensstil etc.). Die ICF ist gleichzeitig ein ressourcenorientiertes Modell.

Für das IQMP-Reha bedeutet der ICF-Bezug, dass dieses inhaltlich auf einem ganzheitlich orientierten Ansatz basiert, der darauf gerichtet ist, nicht nur Krankheiten zu erkennen, zu behandeln und zu heilen, sondern von Behinderung bedrohten oder betroffenen Personen unter Einbeziehung der Kontextfaktoren dazu zu verhelfen, ihre Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben zu sichern bzw. wiederherzustellen.

Orientierung am EFQM-Modell für Excellence

Bei der Erarbeitung des IQMP-Reha wurden die (inter-)national verfügbaren und auch in Rehabilitationseinrichtungen bereits in der Vergangenheit eingesetzten QM-Modelle analysiert und bewertet. Es zeigte sich, dass das EFQM-Modell anderen Modellen überlegen ist; aus diesem Grunde wurde für die Entwicklung des IQMP-Reha auf das EFQM-Modell für Excellence (Version für den öffentlichen Dienst und soziale Einrichtungen aus dem Jahr 2003) zurückgegriffen. Die EFQM (European Foundation for Quality Management) wurde von führenden europäischen Unternehmen gegründet und erarbeitete dann in Kooperation mit einer Kommission der EU ein prozessorientiertes Referenzmodell für das Qualitätsmanagement. Seither wird das Modell kontinuierlich evaluiert, verbessert und neuen Bedingungen angepasst.

Das EFQM-Modell für Excellence basiert auf einer modifizierten Version des **PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act)**, der hier als „**RADAR**“-Logik bezeichnet wird (**R**esults, **A**pproach, **D**eployment, **A**sessment und **R**eview, dt.: Ergebnisse, Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Überprüfung). Mit diesem Zyklus bzw. dieser Logik wird erreicht, dass eine Einrichtung ihre Leistungen kontinuierlich überprüfen und damit auch verbessern kann.

Insgesamt werden im EFQM-Modell neun Kriterien unterschieden, die für das Erreichen herausragender Leistungen („Excellence“) berücksichtigt werden müssen. Diese werden unterteilt in sogenannte „Ergebnisse“ und sogenannte „Befähiger“, d.h. Kriterien dafür, wie eine Einrichtung ihre Aktivitäten abwickelt. Die Ausgestaltung der fünf Befähiger-Kriterien Führung, Mitarbeitende, Politik und Strategie, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse „befähigen“ eine Einrichtung dazu, bessere oder ggf. schlechtere Ergebnisse zu erzielen. Die Ergebnisse werden im EFQM-Modell in die vier Kriterien mitarbeitendenbezogene, kundenbezogene, gesellschaftsbezogene oder Schlüsselergebnisse (die in Bezug auf geplante und für die Einrichtung zwingend erforderliche Leistungen tatsächlich erreicht wurden) differenziert.

EFQM ist ein Werkzeug, welches Organisationen dabei hilft, „Excellence“ zu erreichen. „Excellence“ bezieht sich dabei nicht nur auf die Ergebnisse, sondern auch auf die Praktiken, um diese zu erreichen. Die „Grundkonzepte“ zur Erzielung von „Excellence“ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Kundenorientierung**
- **Führung und Zielkonsequenz**
- **Management mit Prozessen und Fakten**
- **Mitarbeitendenentwicklung und -beteiligung**
- **Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung**
- **Entwicklung von Partnerschaften**
- **Soziale Verantwortung**
- **Ergebnisorientierung**

EFQM ist nicht primär ein Instrument für den Nachweis von Qualität, sondern ein proaktives Konzept für deren „Erzeugung“. Mit dem IQMP-Reha erhalten die Einrichtungen ein Instrument, in welchem die EFQM-Grundstruktur durch konkrete rehabilitationsspezifische Inhalte unterlegt ist. Dies erleichtert die praktische Umsetzung in diesem speziellen Anwendungsbereich wesentlich.

Berücksichtigung rehabilitationsrelevanter gesetzlicher Anforderungen

Ein wichtiges Anliegen des IQMP-Reha ist die Integration der externen Qualitätssicherung in das interne Qualitätsmanagement. Dazu wurden die veröffentlichten konzeptuellen Anforderungen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen zu den QS-Programmen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation in die Ausgestaltung des IQMP-Reha einbezogen.

Nachdem die Krankenhäuser bereits in den 1990er Jahren durch das SGB V zur Einführung eines internen QM-Systems verpflichtet worden waren, traten entsprechende Regelungen für die Rehabilitation mit dem SGB IX seit Beginn des neuen Jahrtausends erstmals auch trägerübergreifend in Kraft. Zwischenzeitlich wurden zur Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschriften gemäß § 37 SGB IX, §§ 135a, 137d SGB V Vereinbarungen getroffen. In den Vereinbarungen, die sich ausdrücklich aufeinander beziehen, werden u.a. Durchführungsmodalitäten und Mindestanforderungen an den Aufbau eines internen Qualitätsmanagements geregelt. Bei der Entwicklung des IQMP-Reha wurden diese gesetzlichen Regelungen und die entsprechenden Vereinbarungen berücksichtigt. Insbesondere wurde die von der BAR herausgegebene „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX“ einbezogen.

Die darin vereinbarten Qualitätskriterien, die die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme beschreiben, sind in das IQMP-Reha-Verfahren integriert und im Manual mit roter Schrift hervorgehoben. Ihre Erfüllung ist zwingende Voraussetzung für die Zertifizierung nach IQMP-Reha.

Das IQMP-Reha beinhaltet die hohen Anforderungen an die Qualität stationärer und ambulanter Versorgungsformen, die sowohl für die Krankenhäuser wie auch für Rehabilitationseinrichtungen gelten. Deshalb enthält das IQMP-Reha nicht ausschließlich rehaspezifische Qualitätsmerkmale. QM-Verfahren, die im gesamten Bereich der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung angewendet werden und in veröffentlichter Form vorliegen, wurden in das IQMP-Reha einbezogen.

Mit dem IQMP-Reha erhalten die Rehabilitationseinrichtungen ein Instrument, das sie dabei unterstützt, die gesetzlichen Anforderungen aktiv durch den Aufbau eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems zu erfüllen und den Kostenträgern einen Nachweis hierüber zu erbringen. Eine Zertifizierung nach IQMP-Reha kann danach als höchste Stufe eines Erbringungsnachweises für die zwischen den Trägern vereinbarten Mindestanforderungen an ein internes Qualitätsmanagement bewertet werden. Die entsprechende Selbstbewertung ist ein methodischer Garant dafür, dass die Einrichtung alle vereinbarten Elemente eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems konzeptionell berücksichtigt.

Nicht zuletzt unterstützt das IQMP-Reha die Einrichtungen dabei, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Mit den zwischenzeitlich vorgelegten Vereinbarungen der Krankenhasträgerorganisationen wird deutlich, dass der Qualitätsbericht nicht nur Strukturdaten der Einrichtungen enthält, sondern darüber hinaus auch Informationen zur Gesamtorganisation und deren Gestaltung. Die Systematik des IQMP-Reha entspricht diesen Grundsätzen und ist ein geeignetes Instrument, um alle Bereiche der Organisation systematisch zu erfassen und darüber in strukturierter Form zu berichten.

Flexibilität in der Anwendbarkeit

Das EFQM-Modell zeichnet sich durch eine Offenheit der Grundstruktur aus, welche Spielräume für die individuelle Ausgestaltung eröffnet. Dieser offene Ansatz, den das IQMP-Reha aus dem EFQM-Modell für Excellence übernommen hat, wird mitunter zu Unrecht als mangelnde Präzision kritisiert. Die Flexibilität in der Anwendbarkeit ist einer der entscheidenden Vorteile von IQMP-Reha, gerade auch gegenüber wesentlich stärker formalisierten Verfahren. Das Konzept der Excellence, auf dem das IQMP-Reha basiert, lässt sich eben gerade nicht auf starre Handlungsregeln – etwa im Sinne einer Checkliste – reduzieren. Der Katalog des IQMP-Reha bildet deshalb bewusst eine Grundstruktur. Die Rehaeinrichtung soll diese zugeschnitten auf ihre spezifische Situation, eigeninitiativ und kreativ inhaltlich ausfüllen. Die Grundcharakteristika des IQMP-Reha erlauben so den flexiblen Einsatz in einem Umfeld, das insbesondere dadurch gekennzeichnet ist, dass neue Lösungen für das Qualitätsmanagement nicht im „leeren Raum“ stattfinden, sondern sich immer auch wirkungsvoll auf frühere Entwicklungen beziehen und diese integrieren müssen.

Da im IQMP-Reha die bereits in der Praxis genutzten und anerkannten QM-Systeme berücksichtigt werden, ist das Verfahren problemlos mit anderen Methoden kompatibel und zugleich von diesen unabhängig. Jede Rehabilitationseinrichtung, die das IQMP-Reha nutzt, kann sich der Methode ihrer Wahl bedienen. Dabei ist es insbesondere auch möglich, auf Vorleistungen und Erfahrungen der Einrichtungen bei der Installation interner QM-Programme aufzubauen. Die Schnittstelle zu den etablierten Programmen wie DIN EN ISO und KTQ® wird dabei durch Crosswalks instrumentell und praxiswirksam unterstützt.

Struktur und Systematik

Die Gliederung des IQMP-Reha ist an der Systematik des EFQM-Modells ausgerichtet. Die neun Kriterien des EFQM-Modells (Führung, Politik und Strategie, Mitarbeitende, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse sowie kundenbezogene, mitarbeitendenbezogene und gesellschaftsbezogene Ergebnisse sowie Schlüsselergebnisse) wurden dabei in gleicher Formulierung übernommen. Über diese Kriterien können alle Eigenschaften einer Organisation vollständig und gleichzeitig prozessbezogen erfasst werden.

Instrumente der Logik und Bewertung nach IQMP Reha

Übersicht

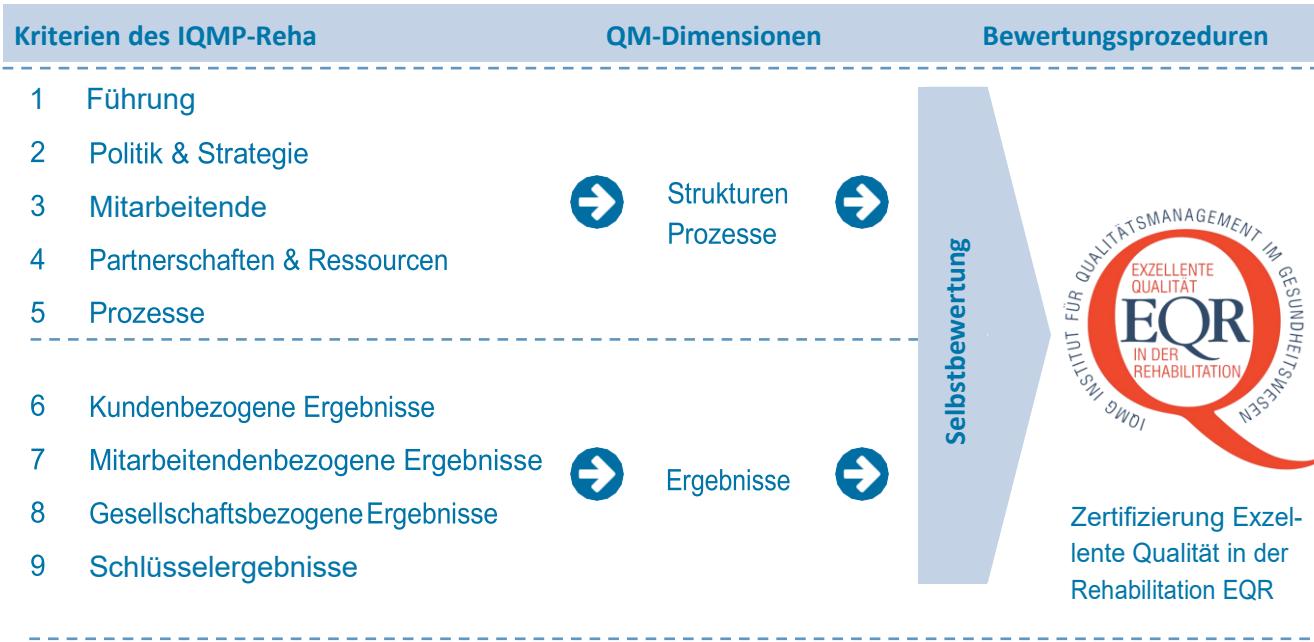


Abbildung 2: Bewertungsverfahren beim IQMP-Reha

Die ersten fünf Kriterien lassen sich dabei – der EFQM-Philosophie folgend – zusätzlich dem „Befähiger-Bereich“ zuordnen, d.h. sie beschreiben mittels welcher Strukturen und Prozesse eine Organisation ihre Ergebnisse erzielt; die übrigen vier Kriterien erfassen den Ergebnisbereich. Damit ist die Qualität der Organisation mit den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis vollständig abgebildet. Bei der Selbstbewertung nach dem IQMP-Reha (näheres dazu siehe Kapitel II) bewertet sich die Einrichtung selbst bezüglich aller neun Kriterien (Befähiger und Ergebnisse). Die Zertifizierungsgesellschaft bewertet die Einrichtung nur bezüglich der Kriterien 1-5.

Das IQMP-Reha ist hierarchisch aufgebaut (siehe Abbildung 3). Auf die Gliederungsebene der Kriterien folgen die Teilkriterien. Hier wurden im IQMP-Reha erste inhaltliche wie auch textliche Ausrichtungen auf das Gesundheitswesen vorgenommen. So wurden z.B. die EFQM-typischen Begriffe „Vision“ und „Mission“ im ersten Teilkriterium zu „Führung“ im IQMP-Reha durch den Begriff des „Leitbildes“ – die im Gesundheitsbereich gebräuchliche Bezeichnung für das Selbstverständnis einer Einrichtung – ersetzt.

IQMP-Reha

Hierarchischer Aufbau der Systematik

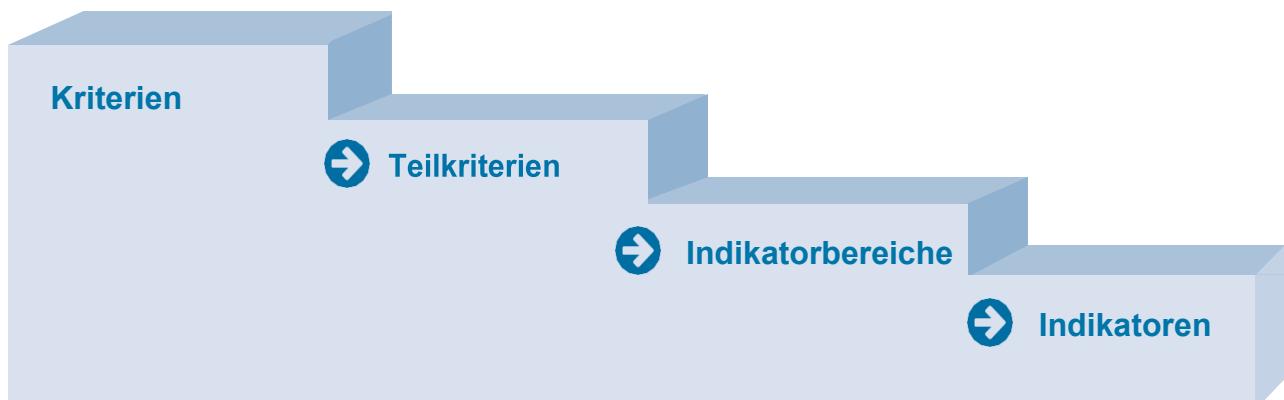


Abbildung 3: IQMP-Reha - Hierarchischer Aufbau der Systematik

Weitergehende Modifikationen der EFQM-Systematik wurden auf der nächsten Gliederungsebene vorgenommen. Im EFQM-Modell finden sich hier sogenannte „Orientierungspunkte“. Diese wurden im IQMP-Reha durch eine deutlich reduzierte Anzahl von rehabilitationsspezifisch ausgestalteten Indikatorbereichen ersetzt. Die Indikatorbereiche stellen eine praxisorientierte Zusammenfassung der zugrundeliegenden Indikatoren dar.

Die Indikatoren beschreiben im Einzelnen die rehabilitationsrelevanten Anforderungen. Die aufgrund der BAR-Vereinbarung zu § 37 Absatz 3 SGB IX verpflichtenden Anforderungen sind mit roter Schrift hervorgehoben und müssen zwingend erfüllt werden. Die übrigen Indikatoren besitzen lediglich orientierenden Charakter, d.h. sie verstehen sich als Hinweise auf handlungsrelevante Aktionsfelder für die Rehabilitationseinrichtung, nicht jedoch als obligatorisch zu erfüllendes Programm. Die Indikatoren können dementsprechend in Abhängigkeit vom Anforderungsprofil der Einrichtung erweitert, reduziert oder modifiziert werden. Sie bilden gleichzeitig eine Schnittstelle für ergänzende indikationsspezifische Differenzierungen, wie sie z.B. auch in den indikationsspezifischen Katalogen zum IQMP-Reha vorgenommen wurden (siehe Seite 13).

Eine Bewertung auf der Ebene der Qualitätsstufen findet erst auf der Ebene der Teilkriterien statt. Dadurch wird der Aufwand für die Bewertung, z. B. im Vergleich mit KTQ® und EFQM, gering gehalten. Gleichzeitig werden umfassende Anhaltspunkte für die inhaltliche Ausgestaltung als praktisches Hilfsmittel für die Umsetzung zur Verfügung gestellt.

II. Selbstbewertung und Zertifizierung nach IQMP-Reha

Erstellung des Selbstbewertungsberichts

Selbstbewertungsberichte von Rehabilitationseinrichtungen, die sich anhand von IQMP-Reha selbst überprüfen wollen, sollten in Teams von zuvor ausgewählten Mitarbeitenden erstellt werden. Bei der Erstellung des Selbstbewertungsberichts sollte in jedem Fall versucht werden, eine größere Anzahl von Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Bereichen einzubeziehen, um ein weit gefächertes Meinungsbild einzuholen und die Vorteile und Potenziale zu nutzen, die in einer interdisziplinär angelegten Selbstanalyse der innerbetrieblichen Abläufe und Strukturen liegen. Nicht sinnvoll wäre es, wenn z. B. nur wenige Personen aus der Leitung einer Einrichtung versuchen würden, im „Schnellverfahren“ einen Selbstbewertungsbericht zu verfassen, dessen vorrangiges Ziel es wäre, genügend Punkte zu erreichen. Eine der Stärken von IQMP-Reha ist die Selbstbewertung als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen und ein umfassendes Qualitätsmanagement – besonders auch solcher hochkomplexen und vernetzten Prozesse, wie sie in Rehabilitationseinrichtungen zu finden sind. Zudem zeigen sich spätestens dann, wenn ein Zertifizierungsunternehmen einen solchen Bericht bewertet und die Visitation der Einrichtung vornimmt, die Schwachstellen in den Prozessen, die vorher ausgeblendet oder übersehen wurden.

Um den Selbstbewertungsbericht zu erarbeiten, bietet es sich an, in einem ersten Schritt den Gesamtkatalog von IQMP-Reha thematisch zu unterteilen. Um dann 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 aus dem IQMP-Reha 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 (z. B. sechs oder neun Monate) die erforderlichen Daten. Dabei sollten sich diese Daten auf einen zuvor festgelegten Zeitraum beziehen (z. B. das letzte Jahr oder die letzten zwei Jahre), damit die getroffenen Aussagen konkrete Bedeutung bekommen und nicht zu allgemein bleiben. Nach Abschluss der Erhebungsphase werden die Ergebnisse der einzelnen Teams präsentiert und dann die Kriterien von IQMP-Reha von den verschiedenen Teams gemeinsam bewertet. Grundlage für die Bewertung nach den zehn Qualitätsstufen (siehe Kapitel III zum Bewertungsverfahren des IQMP-Reha) bilden überprüfbare Nachweise, deren Anzahl ebenso wie die Qualität von Bedeutung ist. (Diese werden später für die Kriterien 1-5 von den Zertifizierern überprüft.) Die von den Teams der Einrichtung gemeinsam vorgenommenen Bewertungen werden abschließend im schriftlichen Selbstbewertungsbericht dokumentiert. Dieser Selbstbewertungsbericht, der für jeden Indikatorbereich Ausführungen enthalten muss, sollte in ganzen Sätzen, nicht lediglich in Stichworten abgefasst sein. Es wird empfohlen, die Selbstbewertung der Kriterien 1-5 auf 150.000 Zeichen zu begrenzen. Dabei kann selbstverständlich auf bestehende Dokumente verwiesen werden. Im Rahmen der Selbstbewertung sollte auch vereinbart werden, welche Verbesserungsmaßnahmen möglich und sinnvoll sind und wie langfristig überprüft werden kann, ob die vereinbarten Schritte tatsächlich erfolgreich umgesetzt werden. Hat eine Rehabilitationseinrichtung die erforderliche Punktzahl für die Kriterien 1-5 in der Selbstbewertung erreicht, kann zu einem Zertifizierungsunternehmen, welches vom IQMG für die Zertifizierung nach IQMP-Reha akkreditiert ist (siehe Kapitel [Kooperationspartner](#)), Kontakt aufgenommen und Informationen sowie ein konkretes Angebot eingeholt werden. Ist eine Vereinbarung mit der Zertifizierungsfirma zustande

gekommen, übergibt die Rehabilitationseinrichtung im nächsten Schritt den Selbstbewertungsbericht und ggf. weitere Unterlagen zum Qualitätsmanagement (z. B. Qualitätshandbuch). Aus diesem schriftlichen Bericht sollte für das Zertifizierungsunternehmen nachvollziehbar hervorgehen, wie es zu den jeweiligen Punktzahlen gekommen ist, die sich die Einrichtung selbst in ihrer Bewertung gegeben hat. Zusammen mit dem Selbstbewertungsbericht sollte auch ein aktuelles Organigramm sowie – soweit vorhanden – ein Nachweis über die Mitgliedschaft in einem Landesverband der Privatkliniken an das beauftragte Zertifizierungsunternehmen gegeben werden. Es empfiehlt sich, alle Unterlagen etwa zwei Monate vor dem eigentlichen Visitationstermin einzureichen, um eine optimale Vorbereitung auf die Begehung zu ermöglichen und Probleme und Fragen bereits im Vorfeld zu klären.

Unterstützung bei der Selbstbewertung von Kooperationspartnern

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 mit uns 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).

Da die Selbstbewertung immer mit einem gewissen Aufwand verbunden ist, kann es hilfreich sein, dabei die Unterstützung eines Beratungsunternehmens in Anspruch zu nehmen. Einzelne Beratungsunternehmen bieten Handbücher mit detaillierten Ausführungen zu IQMP- Rehatypischen und zertifizierungsrelevanten Inhalten, in denen alltagsnahe Prozessdokumentationen für rehabilitationsspezifische Abläufe mit Hinweisen zu gesetzlichen Vorgaben und inhaltlichen Pflichtmerkmalen beschrieben werden. Die Kontaktdaten der aktuellen Kooperationspartner der IQMG im Bereich Beratung und Zertifizierung finden Sie auf der Homepage www.iqmg-berlin.de unter dem Reiter „Partner“.

Selbstbewertung der Kriterien 1-5

Entscheidet sich eine Einrichtung für eine Zertifizierung nach dem IQMP-Reha, sollte zunächst die Selbstbewertung vorgenommen werden, welche zum einen die Arbeitsgrundlage für die spätere Bewertung durch die Auditor:innen des Zertifizierungsunternehmens ist, gleichzeitig aber auch für die Einrichtung eine wesentliche Möglichkeit darstellt, Anregungen und Verbesserungsvorschläge für ihr Qualitätsmanagement zu nutzen.

Eine Rehabilitationseinrichtung, die sich kontinuierlich verbessern und ihre Leistungen und Erfolge steigern will, sollte in der Lage sein, die eigene Position ehrlich und treffsicher einzuschätzen. Aus diesem Grund ist die Selbstbewertung das zentrale Element von IQMP-Reha wie auch aller anderen modernen selbstbewertungsorientierten QM-Verfahren. Der Grundgedanke der Selbstbewertung geht davon aus, dass die Unternehmenskultur als „Motor“ eines kontinuierlichen Prozesses funktioniert, in dem die angestrebte Qualitätspolitik in messbare Ziele umgesetzt und über alle Hierarchieebenen ‚heruntergebrochen‘ und realisiert wird. Voraussetzung dafür ist, dass alle Mitarbeitende ihre Funktion und Verantwortung für die Gesamtleistung des Unternehmens kennen, diese umsetzen können (Qualifikation) und auch umsetzen wollen (Motivation). Dies funktioniert nur dann, wenn die Mitarbeitenden in einer Einrichtung die nachhaltige Entwicklung und die Verbesserung der Prozesse, die für die Qualität der Arbeit der Einrichtung maßgeblich sind, tatsächlich verstehen und ggf. vorgenommene Änderungen als hilfreich erfahren. Eine strukturierte Selbstbewertung ist die

notwendige Voraussetzung für dieses „Immer-besser-Modell“, an dem sich IQMP-Reha orientiert. Bei vielen Prozessen und Abläufen in Rehabilitationseinrichtungen sind unterschiedliche Bereiche gleichzeitig beteiligt. Gerade um vernetzte Prozesse zu optimieren, ist eine Selbstbewertung notwendig und hilfreich, da hier die unterschiedlichen Beteiligten gemeinsam auf solche Abläufe blicken und diese auf ihre Schwächen und Verbesserungspotenziale hin untersuchen. Die Selbstbewertung der Rehabilitationseinrichtung für die Kriterien 1-5, die von Mitarbeitenden der Einrichtung in eigener Verantwortung durchgeführt werden kann, ist fester Bestandteil und unabdingbare Voraussetzung der Zertifikatsvergabe. Zunächst muss in jedem Teilkriterium, das von BAR-Qualitätskriterien berührt wird, die Erfüllung der BAR-Indikatoren geprüft werden. Diese sind farblich gekennzeichnet. Sofern die Indikatoren erfüllt sind, kann die Selbstbewertung des gesamten Teilkriteriums erfolgen. In den von BAR-Indikatoren berührten Teilkriterien bzw. bei den Indikatorbereichen 5d3 bis 5d6 und 5d8 von der Qualitätsstufe 5,5 auszugehen, wenn die betreffenden BAR-Indikatoren erfüllt sind. Umgekehrt ist von der Qualitätsstufe 5,5 auszugehen, wenn die betreffenden Indikatoren erfüllt sind. Wenn das Ergebnis der Selbstbewertung in der Gesamtbewertung für alle Befähiger-Kriterien bei mindestens 55% der maximal erreichbaren Punktzahl (Qualitätsstufe 5,5 oder besser) liegt, kann sich in einem nächsten Schritt die Fremdbewertung der Struktur- und Prozessqualität (Befähiger-Kriterien 1-5) anschließen. Zunächst mit der Erstellung des Selbstbewertungsberichtes zu beginnen, ermöglicht der Einrichtung auch, auf einer konkreten Grundlage zu entscheiden, welche weiteren Schritte sie unternehmen kann oder will bzw. welche Schritte sinnvoll sind.

Zertifizierungsverfahren

Die externe Bewertung durch das Zertifizierungsunternehmen erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst prüft die beauftragte Firma den Selbstbewertungsbericht und bereitet auf dieser Grundlage die Visitation, d.h. die Begehung vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung, vor. Dafür wird ein Auditor:innenteam 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-Reha erfüllt. Die Auditor:innen überprüfen meist stichprobenartig, ob die Praxis in der Einrichtung dem entspricht, was im Selbstbewertungsbericht dargestellt wurde und damit den Kriterien für eine erfolgreiche Zertifizierung genügt. 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 IQMP-Reha. Die Ergebnisse werden von den Auditor:innen protokolliert. Bestehen Mängel oder Abweichungen, werden diese in speziellen Berichten festgehalten und danach klassifiziert, ob sie vor einer Zertifizierung behoben bzw. verbessert sein oder im Zeitraum der Zertifikatsgültigkeit korrigiert werden müssen.

Die Visitation der Einrichtung endet mit einem Abschlussgespräch. Das Auditor:innenteam 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 empfohlen werden, d.h. ob die erreichte Qualitätsstufe für den Befähigerbereich (Kriterien 1-5) bei mindestens 55% der maximal erreichbaren Punktzahl (Stufe 5,5) liegt. Haben sich bei der Begehung gravierende Mängel gezeigt, wird ggf. eine Frist für eine Nachbearbeitung bzw. ein Termin für eine Nachvisitation vereinbart, bis zu dem Korrekturen erfolgreich durchgeführt sein müssen, um das Zertifikat zu erhalten. Das Abschlussgespräch innerhalb der Einrichtung bietet Raum für eine Ergebnisdiskussion mit den Auditoren, bei der auch ggf. abweichende Einschätzungen thematisiert werden können. Eine spätere Revision der Ergebnisse ist nicht möglich.

Innerhalb der nächsten ca. vier Wochen nach der erfolgten Visitation erstellt das Zertifizierungsunternehmen einen Visitationsbericht, in dem die Ergebnisse der Überprüfung des Qualitätsmanagements anhand von IQMP-Reha dargestellt werden. Auf der Grundlage dieses Berichts erfolgt dann die Entscheidung über die Zertifikatsvergabe.

Die Einrichtung erhält das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR), wenn die Bewertung durch das Zertifizierungsunternehmen in der Gesamtbewertung für alle Befähiger-Kriterien 1-5 zusammen mindestens 55% der maximal erreichbaren Punktzahl (Qualitätsstufe 5,5 oder besser) ergibt.

Zwingende Voraussetzung für die Zertifikatsvergabe ist es, dass alle von BAR-Kriterien berührten Indikatoren erfüllt sind. Zur besseren Handhabbarkeit sind diese Indikatoren im Manual farblich gekennzeichnet. Dabei ist bei allen von BAR-Indikatoren berührten Teilkriterien bzw. bei den Indikatorbereichen 5d3 bis 5d6 und 5d8 von der Qualitätsstufe 5,5 auszugehen, wenn die betreffenden BAR-Indikatoren erfüllt sind.

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 IQMP-Reha Zertifikat trägt die Bezeichnung „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR) und wird durch die akkreditierten Zertifizierungsunternehmen im Auftrag des IQMG ausgestellt.

Über die erfolgte Zertifikatserteilung informiert die Rehabilitationseinrichtung ihren federführenden Beleger. Ebenso gibt die Zertifizierungsstelle nach § 37 SGB IX die entsprechende Information an das IQMG weiter und das IQMG informiert die BAR. Auch die Verweigerung und Aussetzung der Gültigkeit des Zertifikats bzw. des Zertifizierungsverfahrens oder die Rücknahme eines auf Zertifizierung gerichteten Antrags ist durch die Zertifizierungsstelle nach § 37 SGB IX zu datieren. Die BAR wird durch die IQMG über den jeweiligen Tatbestand informiert. Die auf diese Weise mitgeteilten Daten werden bei der BAR zentral erfasst, den Vereinbarungspartnern mitgeteilt und der Öffentlichkeit bereitgestellt.

Überwachungszyklus

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-Reha.

Zusätzlich wurden mit der letzten Veröffentlichung der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 SGB IX der BAR vom 01.07.2025 neue Anforderungen zu den Auditzeiten und Überwachungszyklen festgelegt, die für akkreditierungsfreie Zertifizierungsstellen gelten.

Aufgrund dieser neuen Anforderungen ergeben sich Änderungen bezüglich der Auditdauer und Überwachungszyklen. Die bisher freie Gestaltung der Überwachungszyklen innerhalb eines Zertifizierungszeitraums wurde auf einen jährlichen Zyklus umgestellt. Eine jährliche Überwachung des QM-Systems durch alle mit der IQMG GmbH kooperierende Zertifizierungsstellen ist verpflichtend.

Innerhalb des Zertifizierungszeitraums werden im Überwachungszyklus die Elemente des Qualitätsmanagements stichprobenartig überprüft. Den genauen Prozess legen die Einrichtungen mit ihrem Zertifizierungs-

unternehmen fest. Der Selbstbewertungsbericht ist für die Überwachungsaudits mindestens auszugsweise vorzulegen; ein Audit ohne Vorlage eines Selbstbewertungsberichts ist nicht zulässig. Es wird empfohlen, dass Zertifizierungsunternehmen und Einrichtung gemeinsam einen Plan erarbeiten, der festlegt, welche Teile des Berichts bei den jeweiligen Überwachungsaudits verfügbar sein müssen.

Es 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.

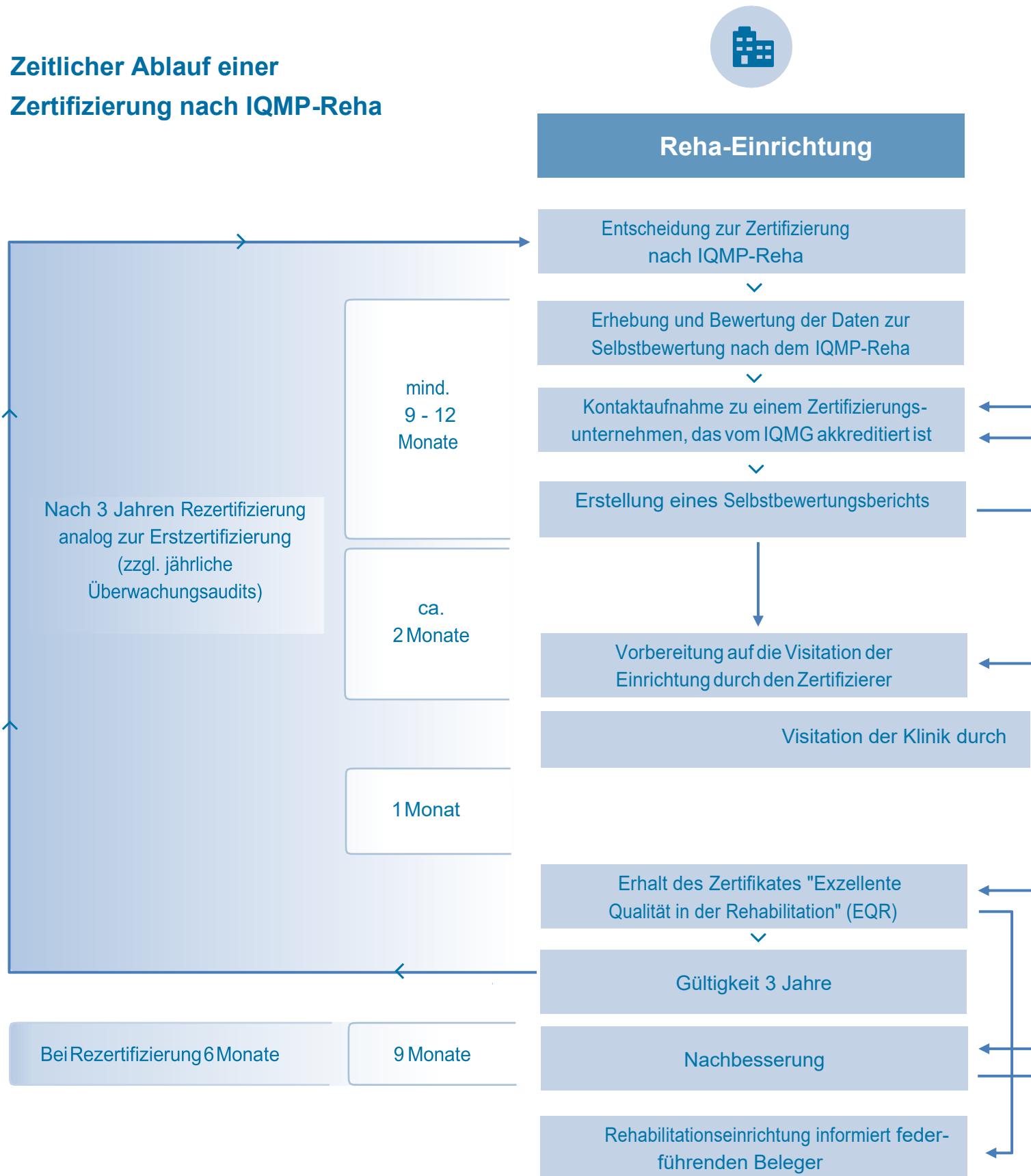
Im Zusammenhang mit den erforderlichen Anpassungen der Überwachungszyklen wurde beim IQMG zusätzlich eine differenzierte Systematik für die Bemessung von Auditaufwänden einer Klinik/Einrichtung erstellt, die die Anzahl von Fachabteilungen, deren Größe nach Betten und spezifische Einrichtungsmerkmale berücksichtigt (vgl. § 6 der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX). Die Kalkulation der erforderlichen Audittage für IQMP-Reha 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 Einrichtungsstruktur und Prozesse anzupassen. Die Berücksichtigung der Mitarbeitendenzahl nach den Strukturanforderungen der deutschen Rentenversicherung werden dabei im Algorithmus berücksichtigt.

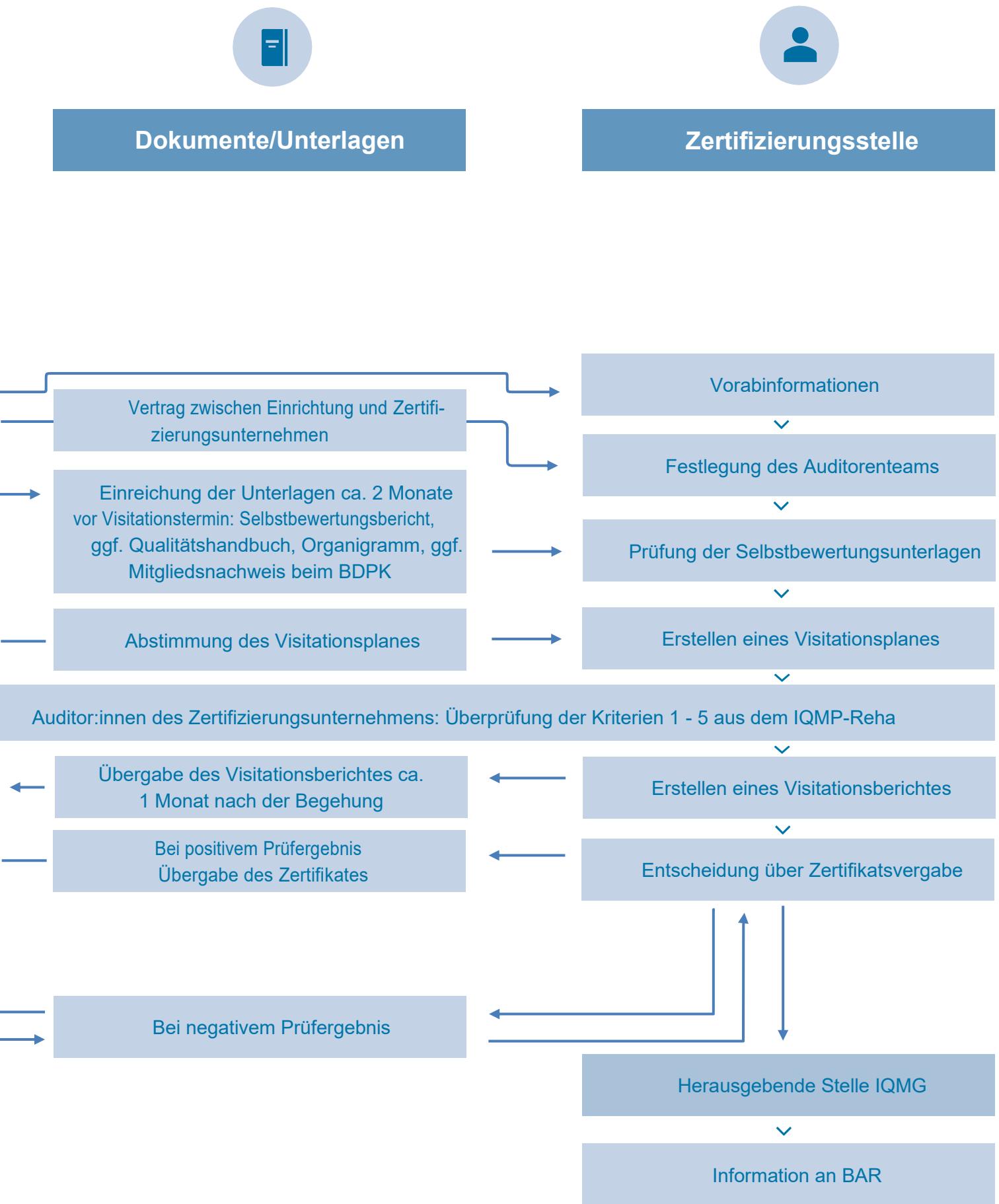
Laufzeit des Zertifikats

Das Zertifikat EQR, welches bei der erfolgreichen Zertifizierung nach IQMP-Reha im Auftrag des IQMG durch die akkreditierten Zertifizierungsunternehmen ausgestellt wird, hat eine Gültigkeit von drei Jahren. Nach Ablauf der Gültigkeit ist eine Rezertifizierung nachzuweisen, die nach einem analogen Verfahren wie bei der Erstzertifizierung erfolgt. Werden bei einer Re-Zertifizierung Mängel festgestellt, erhält die Einrichtung eine Nachbesserungsfrist von bis zu sechs Monaten, d.h. das bisher gültige Zertifikat hat längstens sechs Monate nach Ablauf noch Gültigkeit. Die Gültigkeit des neuen Zertifikats gilt im direkten Anschluss an den Ablauf des vorherigen Zertifikats. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, ist die Rehabilitationseinrichtung nicht mehr zertifiziert im Sinne von § 37Abs. 3 SGB IX.

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, die ein gültiges DIN EN ISO Zertifikat haben, können einen Selbstbewertungsbericht nach IQMP- Reha erstellen und bei der nächsten jährlichen Begehung der Einrichtung im Rahmen des Überwachungsaudits die externe Bewertung nach IQMP-Reha vornehmen lassen. Bei erfolgreicher Zertifizierung erhalten die Einrichtungen das Zertifikat EQR mit dreijähriger Laufzeit.

Zeitlicher Ablauf einer Zertifizierung nach IQMP-Reha





III. Logik und Instrumente der Bewertung nach IQMP-Reha

Das IQMP-Reha sieht eine Selbstbewertung für das gesamte Verfahren, d.h. über die Kriterien 1-9, und eine Zertifizierung ausschließlich für die QM-Dimensionen Strukturen und Prozesse (Kriterien 1-5) vor. Den Bewertungskriterien der Selbstbewertung und Zertifizierung der Kriterien 1-5 liegt dieselbe Bewertungssystematik zu grunde.

Die Bewertung erfolgt nach der modifizierten Version des PDCA-Zyklus, der hier als RADAR-Logik bezeichnet wird. Die Durchführung der Bewertung ist im IQMP-Reha formal streng geregelt und wird instrumentell durch entsprechende Schemata unterstützt. Vorgesehen ist eine differenzierte Bewertung des Entwicklungsstandes in mehreren Dimensionen. Eine ausführliche Darstellung befindet sich weiter unten.

Eine obligatorische Bewertung nach dem differenzierten IQMP-Reha-Bewertungsschema findet regelhaft erst auf der Ebene der Teilkriterien statt. Die unter der Teilkriteriums ebene liegende Ebene der Indikatorbereiche hingegen enthält beispielhaft Fragen bzw. Indikatoren, die relevante Aspekte innerhalb des Indikatorbereichs abbilden, jedoch nicht im Einzelnen abgeprüft werden. Sie sind lediglich Orientierungspunkte für die zusammenfassende Bewertung, um den Aufwand für die Bewertung möglichst klein zu halten. Gleichzeitig bieten die Indikatoren detaillierte Anhaltspunkte für die inhaltliche Ausgestaltung und somit ein praktisches Hilfsmittel für die Umsetzung des QM.

Von dieser Regel wird allerdings in 2 Fällen abgewichen:

- (1) Eine erste Ausnahme stellt die **Bewertung des Teilkriteriums 5d „Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft“** dar. Dieses Teilkriterium bildet die Kernprozesse der Rehabilitation ab. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Indikatorbereiche, die unter diesem Teilkriterium zusammengestellt sind, erfolgt hier die obligatorische Bewertung separat für jeden einzelnen Indikatorbereich und nicht erst auf Teilkriteriumsebene.
- (2) Eine weitere Ausnahme bilden die Indikatoren, die BAR-Qualitätskriterien enthalten. Diese Indikatoren müssen obligatorisch geprüft werden. Zur besseren Kenntlichkeit sind sie in der ausführlichen Systematik farblich gekennzeichnet. Nur wenn die BAR-Indikatoren erfüllt sind, kann die Bewertung des gesamten Teilkriteriums nach dem nachfolgend dargestellten IQMP-Reha-Bewertungsschema erfolgen.

Bewertung der Kriterien 1-5 (Befähiger)

Auf der Ebene der Indikatorbereiche werden sowohl im Rahmen der Selbstbewertung als auch der Zertifizierung die „Befähiger“ danach eingeschätzt und beurteilt, ob

- die Planung in diesem Indikatorbereich fundiert und integriert ist und ob
- die Umsetzung der geplanten Vorgehensweise strukturiert und systematisch erfolgte
- eine Bewertung und Verbesserung der durchgeföhrten Maßnahmen vorgenommen wird, wobei erwartet wird, dass
 - **Messungen** durchgeführt werden,
 - **lernorientierte** Aktivitäten abgeleitet werden und
 - **Verbesserungen** initiiert werden.

Auf der Ebene der Teilkriterien gibt es eine differenzierte Bewertung des Entwicklungsstandes der Dimensionen nach dem Schema in Tabelle 1.

Die kombinierte Bewertung von Planung und Umsetzung im IQMP-Reha weicht von der im EFQM-Modell vorgesehenen separaten Bewertung der beiden Dimensionen ab. Mit dem IQMP-Reha wird damit das formale Verfahren vereinfacht, der Aufwand reduziert und so die Praxisanwendung erleichtert.

Für jedes Teilkriterium werden die Anforderungen an das QM, die in den beiden Dimensionen „Planung und Umsetzung“ sowie „Bewertung und Verbesserung“ beschrieben sind, eingeschätzt. Die Bewertung erfolgt für jede Dimension separat durch die Auswahl einer Qualitätsstufe (0 – 10). Jeweils zwei benachbarte Qualitätsstufen wurden inhaltlich zusammengefasst. In Tabelle 1 sind die Qualitätsstufen und die inhaltlichen Beschreibungen dazu dargestellt. Anschließend wird die Summe der Bewertungen beider Dimensionen gebildet und das arithmetische Mittel als Bewertung für das Teilkriterium ermittelt (siehe Tabelle 1).

Dimensionen		Qualitätsstufen					
Planung fundiert, integriert		Nachweise					
Umsetzung strukturiert, systematisch	keine 0	wenige 1 2	einige 3 4	vorhanden 5 6	klare 7 8	umfassende 9 10	
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:							
Dimensionen		Qualitätsstufen					
Bewertung Messungen durchgeführt		Nachweise					
Verbesserung Lernaktivitäten abgeleitet Verbesserungen initiiert	keine 0	wenige 1 2	einige 3 4	vorhanden 5 6	klare 7 8	Umfassende 9 10	
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:							
Summe der beiden Bewertungen:							
Division durch Anzahl der Dimensionen:							
Bewertung des Teilkriteriums:							

Tabelle 1: Befähiger-Kriterien – Dimensionen und Bewertung auf Teilkriteriumsebene

Auf der Ebene der Kriterien wird aus der Bewertung der Teilkriterien der Mittelwert gebildet (Tabelle 2). Die Gesamtbewertung für die Kriterien 1 – 5 ergibt sich aus der folgenden Gewichtung und Berechnung (Tabelle 3). Die Gewichtung der fünf Befähigerkriterien erfolgt analog zum EFQM-Modell für Excellence.

Kriterium Nr.	1	Bewertung	2	Bewertung	3	Bewertung	4	Bewertung	5	Be-wer-tung
Teilkriterium	1a	.....	2a	.....	3a	.....	4a	.....	5a	........
Teilkriterium	1b	.....	2b	.....	3b	.....	4b	.....	5b	........
Teilkriterium	1c	.....	2c	.....	3c	.....	4c	.....	5c	........
Teilkriterium/ Indikatorbereich	1d	.....	2d	.....	3d	.....	4d	.....	5d1	........
Teilkriterium/ Indikatorbereich	1e	.....		.....	3e	.....	4e	.....	5d2	........
Indikatorbereich									5d3	........
Indikatorbereich									5d4	........
Indikatorbereich									5d5	........
Indikatorbereich									5d6	........
Indikatorbereich									5d7	........
Indikatorbereich									5d8	........
Teilkriterium									5e	........
Summe der Teilkriterien		.....		.....		.....		.....		.....
		: 5		: 4		: 5		: 5		: 12
Bewertung des Kriteriums ¹		.....		.....		.....		.....		.....

Tabelle 2: Befähigerkriterien – Bewertung auf Kriteriumsebene

¹ Das Ergebnis wird entsprechend den Rundungsregeln auf einen Wert mit einer Kommastelle gerundet.

Die dabei zu Grunde gelegten Gewichtungsfaktoren stellen das Ergebnis eines europaweiten Abstimmungsprozesses dar und werden von der EFQM regelmäßig überprüft. Die hier gewählten Faktoren entsprechen der seit 2003 auf dem Markt befindlichen Version des EFQM-Modells, die seither erfolgreich von tausenden Unternehmen und Organisationen europa- und weltweit angewandt wurde. Dem Vorschlag der seit Ende 2009 vorliegenden revidierten Fassung, die eine Gleichgewichtung aller Befähigerkriterien vorsieht, wurde nicht gefolgt, da dies der zentralen Bedeutung der Prozesse in der Gesundheitsversorgung nicht ausreichend gerecht wird.

Kriterium	Bewertungsergebnis	Faktor	gewichtete Bewertung
1 Führung		x 1.0	
2 Politik und Strategie		x 0.8	
3 Mitarbeitende		x 0.9	
4 Partnerschaften und Ressourcen		x 0.9	
5 Prozesse		x 1.4	
Summe:			
Mittelwert aller Dimensionen			: 5
Gesamtbewertung Befähigerkriterien¹			

Tabelle 3: Befähigerkriterien – Gesamtbewertung

An dem beschriebenen Bewertungsschema orientiert sich die Rehabilitationseinrichtung bei ihrer Selbstbewertung und der Zertifizierer bei der externen Bewertung gleichermaßen.

Selbstbewertung der Kriterien 6-9 (Ergebnisse)

Die Ergebniskriterien werden bei einer Zertifizierung nur von der Rehabilitationseinrichtung selbst bewertet, die Ergebnisse werden dem Zertifizierer mitgeteilt.

Abweichend von den Struktur- und Prozessmerkmalen, jedoch übereinstimmend mit dem EFQM-Modell, werden die Ergebnisse zusammenfassend in jeweils zwei Dimensionen danach bewertet, ob

- die Trends positiv sind bzw. anhaltend gute Leistungen vorliegen,
- die Ziele angemessen sind und erreicht wurden,
- Vergleiche mit externen Organisationen stattfinden und günstig ausfallen,
- die Ursachen der Ergebnisse im Vorgehen begründet liegen,
- der Umfang der Trends, Ziele, Vergleiche und Ursachen sich auf alle relevanten Bereiche bezieht.

¹ Das Ergebnis wird entsprechend den Rundungsregeln auf einen Wert mit einer Kommastelle gerundet.

Auf der Ebene der Teilkriterien gibt es eine differenzierte Bewertung des Entwicklungsstands der Dimensionen nach dem Schema in Tabelle 4 (Seite 27).

Für jedes Teilkriterium werden die Anforderungen an das QM, die in den Dimensionen „Trends“, „Ziele“, „Vergleiche“ und „Ursachen“ beschrieben sind, eingeschätzt. Außerdem wird der „Umfang“ bewertet, also inwiefern sich die beobachteten Trends, die Ziele, Vergleiche und Ursachen tatsächlich auf alle relevanten Bereiche beziehen. Die Bewertung erfolgt für die Dimensionen „Trends“, „Ziele“, „Vergleiche“ und „Ursachen“ gemeinsam, für die Dimension „Umfang“ separat. „Trends“, „Ziele“, „Vergleiche“ und „Ursachen“ werden zusammengefasst als Bereich „Ergebnisse“ bezeichnet. Eine Qualitätsstufe (0 – 10) wird ausgewählt. In Tabelle 4 sind die Qualitätsstufen und die inhaltlichen Beschreibungen dazu dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass jeweils zwei benachbarte Qualitätsstufen inhaltlich zusammengefasst werden können.

Für die Dimension „Umfang“ wird anschließend ebenfalls eine Qualitätsstufe ausgewählt. Danach kann die Summe der Bewertungen für die Bereiche „Ergebnisse“ und „Umfang“ gebildet werden. Das arithmetische Mittel stellt die Bewertung für das Teilkriterium dar (siehe Tabelle 4, Seite 27).

Dimensionen		Qualitätsstufen										
Ergebnisse	Trends <ul style="list-style-type: none">– positiv– anhaltend gute Leistungen	keine Ergebnisse	Wenige Ergebnisse	bei einigen Ergebnisse		bei vielen Ergebnisse		bei den meisten Ergebnisse		bei allen Ergebnisse		
	Ziele <ul style="list-style-type: none">– angemessen– erreicht			in einigen Bereichen		in vielen Bereichen		in den meisten Bereichen		in allen Bereichen		
	Vergleiche <ul style="list-style-type: none">– finden statt– fallen günstig aus			in einigen Bereichen		in einigen Bereichen + günstige Ergebnisse		in vielen Bereichen + günstige Ergebnisse		in den meisten Bereichen + günstige Ergebnisse		
	Ursachen <ul style="list-style-type: none">– Ergebnisse auf Vorgehen zurückzuführen			einige Ergebnisse		viele Ergebnisse		die meisten Ergebnisse		alle Ergebnisse		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen“:												

Umfang	Dimensionen		Qualitätsstufen						
	Umfang		Keine Ergebnisse	Wenige Ergebnisse	einige relevante Bereiche	viele relevante Bereiche	die meisten relevanten Bereiche	alle relevanten Bereiche	
			0	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10	
Bewertung für „Umfang“:									

Summe der beiden Bewertungen:	
Division durch Anzahl der Dimensionen:	2
Bewertung des Teilkriteriums¹:	

Tabelle 4: Ergebniskriterien – Dimensionen und Bewertung auf Teilkriteriumsebene

Die Bewertung der verschiedenen Teilkriterien wird in Tabelle 5 erfasst. Auf der Ebene der Kriterien wird die Bewertung der Teilkriterien gewichtet und ein Mittelwert gebildet. Die Gewichtung wurde dem Vorgehen bei der Bewertung im EFQM-Modell für Excellence angepasst.

Kriterium Nr.	6	Bewertung	7	Bewertung	8	Bewertung	9	Bewertung
Teilkriterium	6a	..... x 0,75	7a	..... x 0,75	8a	..... x 0,25	9a	..... x 0,5
Teilkriterium	6b	..... x 0,25	7b	..... x 0,25	8b	..... x 0,75	9b	..... x 0,5
Gewichtete Werte								
	6a	.....	7a	.....	8a	.....	9a	.....
	6b	.....	7b	.....	8b	.....	9b	.....
Bewertung des Kriteriums Summe¹	.....		.....		.....		.....

Tabelle 5: Ergebniskriterien – Bewertung auf Kriteriumsebene

¹ Das Ergebnis wird entsprechend den Rundungsregeln auf einen Wert mit einer Kommastelle gerundet.

Die Gesamtbewertung für die Kriterien 6 – 9 ergibt sich aus der folgenden Gewichtung und Berechnung (Tabelle 6). Die Gewichtung der vier Ergebniskriterien erfolgt ebenfalls analog zum EFQM-Modell für Excellence. Die Gewichtungsfaktoren wurden in einem europaweiten Abstimmungsprozess erarbeitet und werden von der EFQM regelmäßig überprüft.

Kriterium	Bewertungsergebnis	Faktor	gewichtete Bewertung
6 Kundenbezogene Ergebnisse		x 2.0	
7 Mitarbeitendenbezogene Ergebnisse		x 0.9	
8 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse		x 0.6	
9 Schlüsselergebnisse		x 1.5	
		Summe:	
		Mittelwert aller Dimensionen	: 4
		Gesamtbewertung Ergebniskriterien¹	

Tabelle 6: Ergebniskriterien – Gesamtbewertung

¹ Das Ergebnis wird entsprechend den Rundungsregeln auf einen Wert mit einer Kommastelle gerundet.

IV. Allgemeine Systematik

Kriterium 1: Führung

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

1a	Führungskräfte erarbeiten ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.	
	1 Leitbild und Klinikziele	S. 32
	2 Werteorientierung	S. 33
	3 Wirksames Führungsverhalten	S. 33
1b	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Wirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
	1 Ausrichten der Organisationsstruktur und Führungsarbeit an dem Leitbild	S. 34
	2 Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen	S. 34
	3 Sicherstellen der Verbesserung des Managementsystems	S. 35
1c	Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
	1 Öffentlichkeitsarbeit	S. 37
	2 Entwicklung von Partnerschaften	S. 38
1d	Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeitenden des Hauses und erkennen ihre Leistungen an.	
	1 Motivierende und anerkennende Führungsarbeit	S. 39
1e	Führungskräfte erkennen und meistern den Wandel der Organisation.	
	1 Veränderungen managen	S. 40

Kriterium 2: Politik und Strategie

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

2a	Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen und Erwartungen der Interessengruppen.	
	1 Markt- und Wettbewerbsinformationen zu Grunde legen	S. 41
	2 Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde legen	S. 41

2b	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmes- sungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
	1 Einrichtungsinterne Leistungs- und Qualitätsindikatoren auswerten	S. 42
	2 Einrichtungsinterne Lernprozesse auswerten	S. 43
	3 Leistungen externer Wettbewerber analysieren	S. 43
2c	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
	1 Entwicklung von Politik und Strategie	S. 44
2d	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsys- tem für die Prozesse umgesetzt.	
	1 Kommunizieren und sukzessives Umsetzen	S. 46
	2 Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse	S. 47
	3 Entwicklung und Benennung von Kernprozessen	S. 48

Kriterium 3: Mitarbeitende

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

3a	Ressourcen der Mitarbeitenden werden geplant, gemanagt und verbessert.	
	1 Personalbedarf planen	S. 50
	2 Personaleinsatz planen	S. 51
3b	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, aus- gebaut und aufrechterhalten.	
	1 Qualifikationen ermitteln	S. 52
	2 Qualifikationen fördern und aufrechterhalten	S. 53
	3 Schulungs- und Entwicklungspläne erstellen und realisieren	S. 54
3c	Mitarbeitende werden beteiligt und erhalten Möglichkeiten zu selbständigem Han- deln.	
	1 Eigeninitiative und Verbesserungsaktivitäten fördern	S. 56
	2 Zu selbständigem Handeln ermächtigen	S. 56
3d	Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und der Einrichtung wird gestaltet.	
	1 Kommunikation planen und ermöglichen	S. 57
	2 Kommunikationsbedarf ermitteln	S. 57
3e	Mitarbeitende werden anerkannt, belohnt und betreut.	
	1 Anerkennen, belohnen und betreuen	S. 58

Kriterium 4: Partnerschaften und Ressourcen

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

4a	Externe Partnerschaften werden gemanagt.	
	1 Externe und rehabilitandenbezogene Partnerschaften werden gemanagt	S. 60
4b	Finanzielle Ressourcen werden gemanagt.	
	1 Managen von Finanzen und Investitionen	S. 61
4c	Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
	1 Managen von Gebäuden und Einrichtungen	S. 63
	2 Managen von Material	S. 63
	3 Sicherstellen des Umwelt- und Humanschutzes bei der Beschaffung und Entsorgung von Ressourcen	S. 64
4d	Technologie wird gemanagt.	
	1 Managen von Technologien	S. 65
4e	Informationen und Wissen werden gemanagt.	
	1 Managen von rehabilitandenbezogenen Informationen	S. 66
	2 Managen der Informationskontinuität bei internen Prozessbeteiligten	S. 66
	3 Managen der Informationsweitergabe an Externe	S. 67

Kriterium 5: 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.

5a	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.	
	1 Prozessmanagement sicherstellen	S. 68
	2 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	S. 69
5b	Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.	
	1 Prozesse systematisch verbessern	S. 72
	2 Externe Informationen für Verbesserung nutzen	S. 74
	3 Lernprozesse für Verbesserung nutzen	S. 75
5c	Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen einbezogen.	
	1 Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen identifizieren	S. 76

5c	Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen einbezogen.	
	2 An Rehabilitand:innen und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln	S. 76
	3 Umgang mit sterbenden Rehabilitand:innen und Verstorbenen	S. 77
5d	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
	1 Aufnahmeprozess planen	S. 78
	2 Aufnahmeprozess managen	S. 79
	3 Anamnese, Exploration und Diagnostik managen	S. 80
	4 Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen	S. 81
	5 Behandlungsprozess individuell managen	S. 83
	6 Entlassungs-/Verlegungsverfahren managen	S. 85
	7 Dokumentation der Rehabilitationsprozesse managen	S. 86
	8 Medizinische Notfälle managen	S. 88
5e	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.	
	1 Kunden-/Rehabilitandenpflege	S. 88

Kriterium 6: Kundenbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre externen Kunden erreicht.

6a	Messergebnisse aus Kundensicht.	
	1 Image der Einrichtung	S. 90
	2 Rehabilitative Versorgung und Nachsorge	S. 90
6b	Leistungsindikatoren	
	1 Dienstleistungsnachfrage und -betreuung	S. 91
	2 Rehabilitative Versorgung und Nachsorge	S. 91

Kriterium 7: Mitarbeitendenbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre Mitarbeitende erreicht.

7a	Messergebnisse aus Mitarbeitendensicht.	
	1 Motivation und Beteiligung	S. 94
	2 Zufriedenheit	S. 94

7b	Leistungsindikatoren.	
	1 Motivation und Beteiligung	S. 95
	2 Zufriedenheit	S. 95
	3 Dienstleistungen für Mitarbeitende	S. 96
	4 Erreichte Leistungen	S. 96

Kriterium 8: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf die lokale, nationale und internationale Gesellschaft, sofern angemessen, leistet.

8a	Messergebnisse aus Sicht der Gesellschaft.	
	1 Verantwortungsbewusstes Verhalten	S. 97
	2 Maßnahmen, um Belästigungen und Schäden zu vermindern und zu vermeiden.	S. 97
	3 Maßnahmen, die zur Schonung von Ressourcen beitragen	S. 98
8b	Leistungsindikatoren	
	1 Öffentliche Präsenz der Einrichtung	S. 99

Kriterium 9: Schlüsselergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre geplanten Leistungen erreicht.

9a	Ergebnisse der Schlüsselleistungen.	
	1 Finanzielle Ergebnisse	S. 100
	2 Nicht finanzielle Ergebnisse	S. 100
	3 Rehabilitative Ergebnisse	S. 101
9b	Schlüsselleistungsindikatoren.	
	1 Finanzen	S. 102
	2 Externe Ressourcen einschließlich Partnerschaften	S. 102
	3 Rehabilitative Prozesse	S. 103
	4 Gebäude, Einrichtungen und Material	S. 104
	5 Technologie	S. 105

V. Ausführliche Systematik

Eine Reihe von Begriffen, die in der ausführlichen Systematik verwendet werden, sind im Glossar (siehe Kapitel VI) definiert. Wie bereits im Kapitel III erläutert wurde, erfolgt die Bewertung für die Teilkriterien auf einer zehnstufigen Skala, bei der immer zwei Stufen zusammengefasst werden. Eine Beschreibung, wie die Bewertung der einzelnen Qualitätsstufen zu verstehen ist, findet sich ebenfalls dort. **Die rot gekennzeichneten Indikatoren werden von den BAR-Qualitätskriterien berührt und müssen erfüllt werden.**

1. Führung

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

1a (1-3)	Führungskräfte erarbeiten mit den Mitarbeitenden ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder der Unternehmenskultur.	
1a1	Leitbild und Klinikziele	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die (Weiter-) Entwicklung des Leitbildes geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Kunden-/Rehabilitandenorientierung wird im Leitbild berücksichtigt.	
2.	<p>Der Bezug zur Rehabilitation wird deutlich (durch die Teilhabeorientierung gemäß § 37 SGB IX, funktionsbezogene Therapie u.a.).</p>	
3.	Das Leitbild enthält Ausführungen zum Thema Qualität/Qualitätsmanagement.	
4.	<p>Das Leitbild wird unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen erarbeitet.</p>	
5.	Die Führung ergreift Maßnahmen, um das Leitbild umzusetzen.	
6.	<p>Das Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeitenden und Kunden transparent gemacht.</p>	
7.	Das Leitbild dient der eindeutigen Positionierung am Markt.	

1a (1-3)		Führungskräfte erarbeiten mit den Mitarbeitenden ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder der Unternehmenskultur.	
1a1	Leitbild und Klinikziele		Notizen
8.	Das Leitbild wird von den Mitarbeitenden akzeptiert.		
9.	Das Leitbild wird schriftlich festgelegt.		
10.	Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert.		
1a2	Werteorientierung		Notizen
<i>Inwieweit ist durch ein strukturiertes Verfahren die Werteorientierung geregelt und sichergestellt?</i>			
1.	Die Führungskräfte erarbeiten, dokumentieren und verbreiten eine Unternehmensexthik, die humanitäre Werte und moralische Grundeinstellungen berücksichtigt und einrichtungsspezifisch unterlegt.		
2.	Die Spezifik der Rehabilitation wird in der Wertediskussion thematisiert und begrifflich eindeutig fixiert.		
3.	Die Werte werden unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen festgelegt.		
4.	Die Werte sind bei allen Mitarbeitenden bekannt und haben eine handlungsleitende Funktion.		
1a3	Wirksames Führungsverhalten		Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren (z.B. Standards, Konzepte) die Wirksamkeit des Führungsverhaltens geregelt und sichergestellt?</i>			
1.	Die Führungskräfte halten sich an ein Führungskonzept, welches allen Mitarbeitenden bekannt ist.		
2.	Selbstverantwortung, Kreativität und Innovation werden von den Führungskräften angeregt und gefördert.		
3.	Eine hierarchieübergreifende und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wird von den Führungskräften sichergestellt.		
4.	Lernprozesse werden von den Führungskräften angeregt.		

1b(1-3)	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b1	Ausrichten der Organisationsstruktur und Führungsarbeit an dem Leitbild	Notizen
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ausrichtung der Organisationsstruktur und Führungsarbeit am Leitbild geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Zuständigkeiten der Führungskräfte und -gremien für jeden Reha-Bereich und das Qualitätsmanagement sind in der Einrichtung klar und transparent.	

1b(1-3)		Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.
1b1	Ausrichten der Organisationsstruktur und Führungsarbeit an dem Leitbild	Notizen
2.	Der regelmäßige Kommunikations- und Informationsfluss wird von den Führungskräften sichergestellt.	
3.	Eine transparente, dokumentierte Organisationsstruktur – einschließlich der Organisation des Qualitätsmanagements – (Darstellung zur Aufbauorganisation in Form eines Organigramms) besteht und unterstützt die Arbeit der Führung.	
4.	Die Führungsarbeit unterstützt die Politik und Strategie der Einrichtung.	
1b2	Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren ein Prozess für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Führungskräfte stellen sicher, dass für alle Abteilungen der Einrichtung messbare Ziele vorliegen.	
2.	Die Führungskräfte stellen Konzepte bereit, welche Daten wie gesammelt, gemessen und bearbeitet werden.	
3.	Die Führungskräfte sorgen dafür, dass die Qualitätskriterien, Indikatoren, Kennzahlen und Zielgrößen entwickelt, priorisiert und angewendet werden.	
4.	Die Führungskräfte stellen dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung trägt.	
5.	Rückmeldeverfahren an die Leitung sind geregelt.	
6.	Die Führungskräfte gewährleisten die Bestellung einer qualifizierten Person als QM-Beauftragte, die mit den erforderlichen sachlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen ausgestattet wird.	

1b(1-3)	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b2	Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen	Notizen
7.	Die/Der Qualitätsmanagement-Beauftragte wird von den Führungskräften schriftlich mit seinen Aufgaben sowie Befugnissen benannt und für alle Beteiligten transparent gemacht.	
1b3	Sicherstellen der Verbesserung des Managementsystems	Notizen
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Verbesserung des Managementsystems geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Führungskräfte nutzen regelmäßig Mittel (z.B. Informationsmöglichkeiten, Ergebnisse aus Untersuchungen und Erhebungen) und Verfahren (z.B. Besprechungen in Arbeitsgruppen, Gremien) zur Erarbeitung, Überprüfung sowie Modifizierung des Managementsystems und leiten auf Grundlage der internen Ergebnismessung Qualitätsziele ab.	
2.	Die Meinungen aller Interessengruppen (z.B. Rehabilitand:innen, Einweiser:innen, Mitarbeitende) und Ergebnisse aus Forschung, Erhebungen und Prüfungen (z.B. Audits, Peer Review, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Fehlzeiten und Fluktuation der Mitarbeitenden) werden von den Führungskräften berücksichtigt.	
3.	Das Managementsystem wird im Hinblick auf Veränderungen der Politik und Strategie bewertet, überprüft und aktualisiert.	
4.	Die Ergebnisse der Bewertungen werden dokumentiert, Verbesserungsaktivitäten daraus abgeleitet und umgesetzt.	
5.	Die von den Führungskräften angebotenen Ansatzpunkte zur Verbesserung des Managementsystems sind lösungsorientiert, berufsgruppenübergreifend, rehaspezifisch und perspektivorientiert zu bearbeiten.	

1b (1-3)	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.										
Planung Umsetzung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:											
Bewertung Verbesserung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:											
Summe der beiden Bewertungen:											
Division durch Anzahl der Dimensionen:											2
Bewertung des Teilkriteriums:											

1c(1-2)	Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
1c1	Öffentlichkeitsarbeit	Notizen
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der Führung die Öffentlichkeitsarbeit geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Von der Führung der Einrichtung wird eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung von Informationen über die Einrichtung (z.B. Broschüren/Flyer, Publikationen, Rundfunk/TV, Veranstaltungen, Internet, Social Media) betrieben.	
2.	Die Führungskräfte nehmen Möglichkeiten und Foren (z.B. Seminare, Tagungen und Konferenzen) wahr, um die Einrichtung nach außen hin aktiv zu vertreten, das Leitbild und die Zielorientierung der Einrichtung zu verbreiten und sich an aktuellen Themen zu beteiligen.	
3.	Es wird von der Führung sichergestellt, dass die Ziele, das Leitbild, die Politik und Strategie sowie die Leistungen für alle Interessengruppen transparent sind.	

1c(1-2)	Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
1c2	Entwickeln von Partnerschaften	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren/ grundsätzliche Bestrebungen die Entwicklung von Partnerschaften (z.B. niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte/Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Akutkliniken, Nachsorgeangebote/Selbsthilfegruppen, Lieferanten, regionale Leistungsanbieter, Pflegedienste, Sozialdienste, Arbeitsämter, Berufshelfer:innen der BG, Rehabilitationsberater:innen, Berufsförderungswerke, Behörden und Politik) geregelt und sichergestellt?</i></p>	
1.	<p>Die Führungskräfte nehmen Möglichkeiten und Foren wahr, um neue Partner für die Einrichtung zu akquirieren, Partnerschaften aufzubauen und eine aktive Zusammenarbeit anzustreben (z.B. durch Organisation von persönlichen Gesprächen, gemeinsamen Beratungen, Arbeitsgruppen, Foren).</p>	
2.	<p>Das Vorgehen der Führung unterstützt die Interessen der Rehabilitand:innen.</p>	
3.	<p>Das Vorgehen der Führung unterstützt die Politik und Strategie des Unternehmens.</p>	

1e (1) Führungskräfte erkennen und meistern den Wandel der Organisation.		
1e1	Veränderungen managen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist eine angemessene Reaktion auf externe (z.B. Reha-Träger, niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte/Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte, Markt, Gesundheitspolitik/Gesetze) und interne Veränderungswünsche und -forderungen (z.B. Mitarbeitende, Rehabilitand:innen) geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Führungskräfte erkennen interne und externe Veränderungswünsche mit Bedeutung für die Rehabilitationseinrichtung.	
2.	Die Führungskräfte identifizieren die nötigen Veränderungen und legen sie fest. Dabei werden die Interessengruppen einbezogen.	
3.	Die Verfügbarkeit von Ressourcen (finanzielle u.a.) ist von der Führung sichergestellt.	
4.	Die Führungskräfte setzen Veränderungen effektiv um und kommunizieren sie den Mitarbeitenden und Interessengruppen. Sie unterstützen die Mitarbeitende bei der Umsetzung.	
5.	Die Wirksamkeit der Veränderungen wird gemessen und bewertet, die Ergebnisse werden von der Führung kommuniziert.	

2. Politik und Strategie

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

2a(1-2)		Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen sowie Erwartungen der Interessengruppen.
2a1	Markt- und Wettbewerbsinformationen zu Grunde legen	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren oder Regelungen die regelmäßige Wahrnehmung und Erfassung der Markt- und Wettbewerbsinformationen geregelt und sichergestellt?</i></p>	
1.	Die gesundheitspolitischen Entwicklungen werden systematisch verfolgt und analysiert.	
2.	Es werden Methoden angewendet, um Markt- und Wettbewerbsinformationen, die für die Politik und Strategie des Hauses von Bedeutung sein können, vorausschauend zu erfassen und in Konzepten zu berücksichtigen.	
3.	Gewonnene Informationen werden auf neue oder erweiterte Möglichkeiten der eigenen Einrichtung analysiert (z.B. zur Entwicklung neuer Behandlungs- und Therapiekonzepte, innovative Dienstleistungen).	
4.	Die am Markt bestehende rehaspezifische Nachfrage (Indikationsspektrum) wird mit den Angeboten der Einrichtung abgeglichen.	
2a2	Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde legen	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren sichergestellt, dass Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen zu Grunde gelegt werden?</i></p>	
1.	Die Bedürfnisse und Erwartungen aller Interessengruppen werden regelmäßig vorausschauend erfasst.	
2.	Potenzielle Chancen und Risiken werden bewertet und erforderliche Maßnahmen in der Politik und Strategie der Einrichtung berücksichtigt.	

2a (1-2)	Politik und Strategie beruhen auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen sowie Erwartungen der Interessensgruppen.									
Planung Umsetzung	Nachweise									
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfas- sende				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:										
Bewertung Verbesserung	Nachweise									
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfas- sende				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:										
Summe der beiden Bewertungen:										
Division durch Anzahl der Dimensionen: 2										
Bewertung des Teilkriteriums:										

2b(1-3)	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
2b1	Einrichtungsinterne Leistungs- und Qualitätsindikatoren auswerten	Notizen
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Auswertung von einrichtungsinternen Leistungs- und Qualitätsindikatoren geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Es werden Methoden angewendet und dokumentiert (z.B. Rehabilitandenfragebogen, internes Peer-Review, Supervision, Audit, Assessment, Visite, interdisziplinäre Therapiebesprechung), die mittels festgelegter Kriterien in der Lage sind, Indikatoren (z.B. Mess-/Kennwerte/-zahlen) für die Leistungen und die Qualität der Leistungen der Einrichtung zu erfassen.	
2.	Die Methoden sind auf die Bedürfnisse aller Interessensgruppen ausgerichtet.	
3.	Für die verschiedenen Bereiche der medizinischen Rehabilitation werden Leistungsindikatoren festgelegt, gesammelt und ausgewertet.	

2b(1-3)	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
2b1	Einrichtungsinterne Leistungs- und Qualitätsindikatoren auswerten	Notizen
4.	Es werden Managementinstrumente zur Sammlung und Auswertung von internen Leistungsindikatoren genutzt.	
2b2	Einrichtungsinterne Lernprozesse auswerten	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Auswertung einrichtungsinterner Lernprozesse geregelt?</i>		
1.	<p>Die Ergebnisse aus Lernprozessen, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbewertungen • Fehleranalysen und Risikobetrachtungen • Projektarbeiten (z.B. Qualitätszirkel, Gruppenarbeit und Teambesprechung) • Sicherung und Weitergabe von Wissen/Know-how im Sinne einer „lernenden Organisation“ <p>werden erfasst und für die Einrichtung nutzbar gemacht.</p>	
2.	Die Verfahren berücksichtigen alle Indikationen und Funktionsbereiche der Einrichtung.	
3.	Es werden regelmäßige interne Managementbewertungen durchgeführt und messbare Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen abgeleitet.	
4.	Aufgrund der Bewertungen werden Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt sowie deren Überwachung durchgeführt.	
2b3	Leistungen externer Wettbewerber analysieren	Notizen
<i>Inwieweit wird mittels strukturierter Verfahren die Leistung von Wettbewerbern und klassenbesten Organisationen analysiert und für die Einrichtung genutzt?</i>		
1.	Es werden für die Einrichtung Vergleichsmaßstäbe/Bezugsgrößen (Benchmarking) identifiziert.	

- | | |
|----|--|
| 2. | Es werden für die verschiedenen Funktionsbereiche/Indikationen der Rehabilitation Vergleichsmaßstäbe/Bezugsgrößen ermittelt. |
|----|--|

2c (1)	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
2c1	Entwickeln von Politik und Strategie	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung von Politik und Strategie (z.B. regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei Sitzungen der Führungskräfte, Arbeitsgruppen) geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Entwicklung von Politik und Strategie wird in regelmäßigen Abständen (z.B. quartalsmäßig/jährlich) diskutiert und aktualisiert.	
2.	Es gibt eine strukturierte Planung bezüglich der Qualitätsziele (z.B. Nah- u. Fernziele, Teilziele) in der Einrichtung.	
3.	Die Politik und Strategie beruhen auf dem Leitbild und den Werten der Einrichtung.	
4.	Die Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen (z.B. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft) werden berücksichtigt.	
5.	Das Einrichtungskonzept beinhaltet Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse).	

2c (1)	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
2c1	Entwickeln von Politik und Strategie	Notizen
6.	Im Einrichtungskonzept wird das Leistungsspektrum dargestellt.	
7.	Leistungsangebote, die vom Anwendungsbereich der angewendeten Qualitätsnorm ausgeschlossen sind, werden schriftlich festgelegt.	
8.	Im Einrichtungskonzept und im indikationsspezifischen Rehabilitationskonzept werden relevante Leitlinien (z.B. Gemeinsame Empfehlungen nach SGB IX, v.a. GE Reha-Prozess, für GKV: Reha-Richtlinie des G-BA, Rahmenempfehlungen nach § 111 Abs. 7 SGB V, für DRV: „Strukturanforderungen“ der DRV) berücksichtigt.	
9.	Das Einrichtungskonzept und das indikations-spezifische Rehabilitationskonzept entsprechen dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand.	
10.	Das Einrichtungskonzept und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept werden von den Führungskräften schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart und dienen allen Mitarbeitenden als Handlungsorientierung.	
11.	Das Einrichtungskonzept und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept werden regelmäßig intern überprüft, ggf. neuen Anforderungen (der Kostenträger) angepasst und aktualisiert.	
12.	Politik und Strategie sind mit den Schlüsselprozessen der Rehabilitation verknüpft (Indikationsspektrum, indikationsbezogene Therapieangebote, Behandlungsziele, Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge).	
13.	Die Politik und Strategie werden den Mitarbeitenden der Einrichtung transparent gemacht und sind bekannt (z.B. Jahresberichte, Qualitätsberichte).	
14.	Zur Umsetzung werden auf allen Ebenen der Einrichtung (z.B. Abteilungen, Funktionsbereiche) Managementmethoden genutzt.	
15.	Die Erreichung von Qualitätszielen wird evaluiert, die Ergebnisse dokumentiert und gegebenenfalls aktualisiert.	
16.	Ein strukturiertes Risiko- und Chancenmanagement wird bei der Weiterentwicklung von Politik und Strategie herangezogen.	

2c (1)	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.									
Planung Umsetzung	Nachweise									
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfas- sende				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:										
Bewertung Verbesserung	Nachweise									
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfas- sende				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:										
Summe der beiden Bewertungen:										
Division durch Anzahl der Dimensionen:										2
Bewertung des Teilkriteriums:										

2d(1- 3)	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.
2d1	Kommunizieren und sukzessives Umsetzen
Notizen	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Kommunikation und das sukzessive Umsetzen der Politik und Strategie geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Es werden alle notwendigen Informationen über Politik und Strategie – einschließlich über das Einrichtungskonzept der Einrichtung und den Partnern weitergegeben.
2.	Die Informationen werden nutzeradäquat aufbereitet.
3.	Es ist sichergestellt, dass die Qualitätsziele und die Zielerreichung in der Einrichtung transparent gemacht werden.
4.	Es ist sichergestellt, dass alle, insbesondere die, die Entscheidungen treffen, die strategischen Ziele und den Weg, diese zu erreichen, kennen und umsetzen.
5.	Es erfolgt eine regelmäßige Überwachung der Strategieumsetzung.

2d (1- 3)	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.	
2d2	Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse (vgl. auch 5) geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Der Anwendungsbereich des QM-Systems ist festgelegt und in strategisch relevanten Dokumenten (Einrichtungskonzept, QMH) dargestellt.	
2.	Die Führungskräfte unterstützen das Verfahren, um vielfältige Prozesse in der Einrichtung strukturiert zu managen (identifizieren, abstimmen, dokumentieren, umsetzen, prüfen).	
3.	Alle an einem bestimmten Prozess Beteiligten (z.B. abteilungs- und berufsgruppenübergreifend) werden einbezogen.	
4.	Es ist sichergestellt, dass die verschiedenen Prozesse an den Erwartungen einrichtungsrelevanter interner und externer Interessengruppen, an den fachlichen Qualitätsstandards und an der Politik und Strategie der Einrichtung ausgerichtet sind.	
5.	Es gibt eine Abstimmung zwischen den einzelnen Prozessen, insbesondere mit den Kernprozessen (vgl. 2d3).	
6.	Die Zuständigkeiten, auch in den Bereichen der Schnittstellen (z.B. abteilungs- und berufsgruppenübergreifend), sind klar geregelt und werden dargelegt.	
7.	Bei neuen Prozessen werden Daten gesammelt, um eine Evaluationsbasis zu haben.	
8.	Für die verschiedenen Prozesse sind berufsgruppenübergreifende Leitlinien, Standards oder Dienstanweisungen beschrieben.	

2d(1- 3)	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.	
2d3	Entwicklung und Benennung von Kernprozessen	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung und Benennung der Kernprozesse (zentrale Prozesse, die zur Erstellung der einrichtungs- spezifischen Angebote und Dienstleistungen führen, also Rehabilitanden- und behandlungsbezogene wertschöpfende Prozesse) im Sinne der Politik und Strategie (vgl. 2c1) geregelt und sichergestellt?</i></p>	
1.	Die Kernprozesse werden durch hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Mitarbeit identifiziert und priorisiert.	
2.	Für die Kernprozesse – einschließlich der Behandlungskonzepte – sind Prozessverantwortliche schriftlich benannt, die für die Erstellung, Prüfung, Freigabe, Pflege und Aktualisierung verantwortlich sind.	
3.	Die Kernprozesse berücksichtigen die Bedürfnisse der Interessengruppen, ins- besondere die der Rehabilitand:innen.	
4.	Die Kernprozesse sind untereinander und mit anderen Prozessen vernetzt.	
5.	Für die definierten Kernprozesse sind berufsgruppenübergreifende Leitlinien, Standards oder Dienstanweisungen beschrieben.	
6.	Die Konzepte werden regelmäßig überprüft, ggf. den neuen Anforderungen angepasst und aktualisiert.	

3. Mitarbeitende

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

3a(1-2)	Ressourcen der Mitarbeitenden werden geplant, gemanagt und verbessert.	
3a1	Personalbedarf planen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Personalbedarfsplanung im Sinne eines internen und externen Personalmarketings geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Politik und Strategie wird durch Personalplanung unterstützt.	
2.	Zur Sicherung der Behandlung steht den unterschiedlichen Abteilungen ausreichend fachqualifiziertes Personal der verschiedenen Berufsgruppen im Sinne eines multiprofessionellen Teams zur Verfügung (z.B. Ärztinnen/Ärzte, Diplom- Psycholog:innen, Pflegepersonal, Bewegungs- und Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen/-pädagog:innen, Diätetischer Dienst, Verwaltung, Fachpersonal nach Indikation).	
3.	Die personelle Ausstattung deckt sich mit den Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger (Einrichtungsstrukturerhebung).	
4.	Für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche werden personelle Standards definiert und berücksichtigt.	
5.	Es ist sichergestellt, dass alle entsprechenden Interessengruppen bei der Planung des Personalbedarfs beteiligt sind.	
6.	Es werden aussagefähige Begleitstatistiken geführt (z.B. Fluktuationsraten, Personalausfallquoten, Mehrarbeit, Soll-Ist-Stunden-Differenz), die für eine Bewertung und Verbesserung der Personalplanung herangezogen werden.	
7.	Die reale Personalsituation wird regelmäßig mit der Leistungserbringung abgestimmt.	

3b (1-3)		Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.
3b1	Qualifikationen ermitteln	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung der Qualifikation geregelt und sichergestellt?</i>		
<p>1. Die erforderlichen Qualifikationen des Personals bezüglich der verschiedenen Stellen/Verantwortlichkeiten in der Einrichtung sind geregelt und dokumentiert (z.B. Tätigkeits- oder Stellenbeschreibungen, Leistungsanforderungen, personenbezogene Entwicklungspläne).</p> <p>2. Die Ermittlung des Qualifikationsbedarfs berücksichtigt dabei auch Personalveränderungen (Personalab- und Zugänge, demografiebedingte zukünftige Bedarfe).</p> <p>3. Es ist sichergestellt, dass für die berufsgruppen- bezogenen Aufgaben spezifische Leistungsanforderungen/Mindestqualifikationen erfüllt werden.</p> <p>4. Es ist sichergestellt, dass die/der Qualitätsmanagementbeauftragte über die erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügt.</p> <p>5. Der Fortbildungsbedarf der Mitarbeitenden wird mindestens einmal jährlich erhoben, geplant und durchgeführt.</p>		
3b2	Qualifikationen fördern und aufrechterhalten	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeitenden in Bezug auf...</i>		
<p>1. ... die Fort- und Weiterbildungsprogramme geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Die Fort- und Weiterbildung ist geregelt und dokumentiert (z.B. Zuständigkeiten, Organisation).</p> <p>b) Die Rehabilitationseinrichtung hat festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit die internen Teamfortbildungen durchgeführt werden.</p> <p>c) Die Auswahl der Inhalte ist geregelt (berufsgruppenspezifisch/-übergreifend, abteilungspezifisch/-übergreifend, hierarchiespezifisch/-übergreifend).</p>		

3b(1-3)	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b2	Qualifikationen fördern und aufrechterhalten	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeitenden in Bezug auf...</i></p>		
1.	<p>... die Fort- und Weiterbildungsprogramme geregelt und sichergestellt?</p> <p>d) Die gesetzlich geforderten Schulungen und Unterweisungen werden sichergestellt (z.B. Datenschutz, Brandschutz, Hygiene, Infektionsschutz, Arbeitssicherheit).</p> <p>e) Das interne Programm wird durch externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ergänzt (auch z.B. Fachkongresse, wiss. Tagungen, Qualitätszirkel).</p> <p>f) Die Fort- und Weiterbildungsangebote werden evaluiert.</p> <p>g) Die Förderung der Mitarbeitenden ist explizit geregelt (z.B. nach Abteilung/Berufsgruppe).</p>	
2.	<p>... das Lernen am Arbeitsplatz geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es werden Möglichkeiten geschaffen, arbeitsbezogen zu lernen, unterschiedliche Vorgehensweisen zu erproben und praktische Veränderungen vorzunehmen.</p>	
3.	<p>... das Angebot von angemessenen Medien geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es gibt ein Konzept der Bereitstellung von Printmedien (z.B. direkter Zugriff auf Standardwerke auf den einzelnen Stationen, Fachzeitschriften in den entsprechenden Abteilungen, zentrale fach und berufsgruppenübergreifende Bibliotheken).</p> <p>b) Es gibt ein Konzept der Bereitstellung von elektronischen Daten/ Datenbanken (Inter-, Intranet).</p>	

3b(1-3)		Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.
3b2	Qualifikationen fördern und aufrechterhalten	Notizen
3.	<p>... das Angebot von angemessenen Medien geregelt und sichergestellt?</p> <p>c) Es gibt Sicherungsmaßnahmen (z.B. Datenschutz, Urheberschutz), um die Gültigkeit und Integrität der Informationen sicherzustellen.</p> <p>d) Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der medialen Fort- und Weiterbildung sind bei allen Mitarbeitenden der Einrichtung bekannt und werden genutzt.</p> <p>e) Wissenschaftliche Erkenntnisse werden gesichert und aktualisiert und in bestehende Methoden (z.B. Schulungen) und Prozesse (z.B. Behandlung) der Einrichtung implementiert.</p>	
3b3	Schulungs- und Entwicklungspläne erstellen und realisieren	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Schulung und Entwicklung von Mitarbeitenden ...</i></p> <p>1. ... im Besonderen in Bezug auf die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Die Planung ist berufs- und abteilungs- übergreifend, aber Besonderheiten für die Berufsgruppen und für die rehaspezifischen Abteilungen werden berücksichtigt.</p> <p>b) Die Rahmenbedingungen, wie Zeit, personelle Betreuung (Mentor:innen, Patenschaften) und Struktur (z.B. Anfangs-, Zwischen- und Endgespräch) sind klar geregelt.</p> <p>2. ... in Bezug auf die Personal- und Karriereentwicklung und im Hinblick auf ein regelmäßiges Feedback für Mitarbeitenden (z.B. durch Mitarbeitendengespräche) geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es ist sichergestellt, dass Mitarbeitende bei der Einführung neuer Konzepte/ Geräte/ Systeme entsprechend qualifiziert werden.</p>		

3d(1-2)	Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und der Einrichtung wird gestaltet.	
3d1	Kommunikation planen und ermöglichen	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung und Ermöglichung von Kommunikation und Sicherung von Wissen innerhalb der Einrichtung geregelt und sichergestellt (z.B. Kommunikationskonzept)?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es gibt regelmäßige Foren und klar geregelte Kommunikationskanäle für die Kommunikation der Mitarbeitenden/Vertreter:innen der Mitarbeitenden mit der Einrichtung (z.B. Informationen, Ideen, Wünsche, Bedürfnisse, Beschwerden). 2. Es werden vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. von oben nach unten und umgekehrt, horizontal) berücksichtigt (z.B. Abteilungs-, Dienstbesprechungen) und regelmäßig durchgeführt. 3. Es gibt Möglichkeiten der hierarchiefreien Kommunikation (z.B. Qualitätszirkel, analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise). 4. Die Kommunikationsmöglichkeiten sind bei den Mitarbeitenden bekannt und werden genutzt. 5. Die Kommunikation wird dokumentiert (z.B. Protokoll). 6. Zur Sicherung von Wissen/Know-how innerhalb der Organisation gibt es strukturierte Vorgehensweisen, mit denen das Prinzip der „lernenden Organisation“ verfolgt wird. 	
3d2	Kommunikationsbedarf ermitteln	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung des Kommunikationsbedarfs geregelt und sichergestellt?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Kommunikationsbedürfnisse der Mitarbeitenden werden berücksichtigt. 2. Es gibt regelmäßige, strukturierte Verfahren (z.B. Befragung mittels Fragebögen, „Meckerkästen“) zur Sammlung von Ideen, Wünschen, Bedürfnissen und Beschwerden der Mitarbeitenden. 3. Die Möglichkeiten der Stellungnahme sind in allen Bereichen umgesetzt und bei allen Mitarbeitenden bekannt. 	

3e (1)	Mitarbeitende werden anerkannt, belohnt und betreut.	
3e1	Anerkennen, belohnen und betreuen	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Belohnung und Sorge geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	In der Einrichtung wird eine „Kultur des Umgangs mit Mitarbeitenden“ betrieben.	
2.	Den Mitarbeitenden stehen Angebote zur Gesundheitsförderung zur Verfügung.	
3.	Personalanpassungsmaßnahmen werden rechtzeitig und sozialverträglich geplant und realisiert.	
4.	Es gibt ein transparentes Lohn- und Gehaltsystem.	
5.	Es werden Methoden angewendet, um das Engagement der Mitarbeitenden zu fördern und zu belohnen (z.B. leistungsorientierte Entlohnung, Tantiemen, nicht finanzielle Anreize).	

4. Partnerschaften und Ressourcen

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

4a (1)	Externe Partnerschaften werden organisiert und gelebt.	
4a1	Externe und rehabilitandenbezogene Partnerschaften werden organisiert und gelebt	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von externen und rehabilitandenbezogenen Partnerschaften geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	<p>Die Beziehungen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rehabilitandenbezogenen Partnern (z.B. einweisende Ärztinnen/Ärzte, weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Pflegedienste, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen, Angehörige) und b) weiteren externen Partnern (z.B. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkasen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Rehabilitationsberater:innen, Arbeitsämter, Berufshelfer:innen der BG, Berufsförderungs-werke, Gesundheitsministrien, Dienstleister) sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert. 	
2.	Die Beziehungen zu Lieferanten sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert (Lieferantenliste, System der Lieferantenauswahl).	
3.	Die Information und Kooperation zwischen der Einrichtung und externen Partnern sind geregelt und strukturiert.	
4.	Die Zusammenarbeit wird im Hinblick auf die Interessengruppen definiert und dokumentiert (z.B. durch Anforderungsprofile, Verträge, Produktanforderungen, Bewertungen, Leistungs- u. Rechnungsprüfungen, Einbeziehung in QMS).	
5.	Verschiedene Interessenlagen werden abgestimmt (Rehabilitand:in, Behandler:in, Leistungsträger, Selbsthilfe)	

4b (1)	Finanzielle Ressourcen werden organisiert und gelebt.	
4b1	Organisieren von Finanzen und Investitionen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Finanzen und Investitionen geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Die Politik und Strategie wird durch die Finanz- und Investitionsplanung unterstützt.	
2.	Es werden Methoden angewendet, die sicherstellen, dass auf einen effektiven und effizienten Einsatz der Ressourcen geachtet wird und die Mitarbeitenden daraufhin informiert und geschult werden.	
3.	Es werden Methoden angewendet, die sicherstellen, dass die Kosten für die Ressourcen den Mitarbeitenden, die sie einsetzen, bekannt sind.	
4.	Es werden Methoden angewandt, um die Effektivität zu prüfen.	
5.	Es gibt ein Risikomanagement.	
6.	Die Qualitätsziele werden explizit berücksichtigt.	

4c(1-3)	Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
4c1	Managen von Gebäuden und Einrichtungen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Gebäuden und Einrichtungen geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	<p>Es ist sichergestellt, dass die Gebäude im Hinblick auf Zustand und Funktion die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen (z.B. Konzept zur Instandhaltung, Gebäude- u. Bestandspläne) und die Politik und Strategie der Einrichtung optimal unterstützen.</p>	
2.	<p>Die Instandhaltung und Sicherheit des Gebäudes unter Einbeziehung der Hygiene- und Brandschutzzvorschriften ist geregelt (z.B. Bestandteil der Jahresplanung, Wartungspläne, interne Rundgänge).</p>	

4c (1-3)		Gebäude, Einrichtungen und Material werden gemanagt.	
4c1		Managen von Gebäuden und Einrichtungen	Notizen
3.		Bei der räumlich-sachlichen Ausstattung werden die indikationsspezifischen Forderungen der Fachgesellschaften (z.B. von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen) und die rehaspezifischen Anforderungen der Kostenträger erfüllt.	
4.		Die räumlich-sachliche Ausstattung (z.B. Gebäude, Abteilungen, Zimmer, Diagnose- und Therapieeinrichtungen, Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen) ist an den Anforderungen der weiteren Interessengruppen ausgerichtet.	
4c2		Managen von Material	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Bereitstellung und Anwendung von Materialien, wie Arzneimittel, Medizin- und Blutprodukten, technischen Geräten, Büromaterial, Versorgungsgüter (z.B. Reinigungs- und Desinfektionsmittel) geregelt und sichergestellt?</i></p>			
1.		Es ist sichergestellt, dass die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln, Medizin- und Blutprodukten, technischen Geräten, Büromaterial und Versorgungsgütern (z.B. Verantwortlichkeiten, Ablauforganisation, ggf. 24h-Bereitstellung) unter ökologischen, ökonomischen, hygienischen und anwendungsspezifischen Aspekten gesteuert ist.	
2.		Die gesetzlichen Vorschriften (z.B. Betäubungsmittelgesetz, Transfusionsgesetz, Medizinproduktegesetz-Betreiberverordnung, Arzneimittelgesetz) und interne Bestimmungen (z.B. Verfahrens-, Dienstanweisungen) werden eingehalten.	
3.		Es ist sichergestellt, dass Verfahren und Modalitäten bei allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt sind und eingehalten werden.	
4.		Für die Kontrolle der Einhaltung sind entsprechende Beauftragte/ Kommissionen benannt.	

4e (1-3)		Informationen und Wissen werden gemanagt.
4e1	Managen von rehabilitandenbezogenen Informationen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von rehabilitandenbezogenen Informationen geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Es gibt Regelungen zur Erfassung und zur Handhabung (z.B. Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung) von Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten.	
2.	Das Verfahren erlaubt allen Berechtigten jeder Zeit die Übersicht über den aktuellen Rehabilitandenstatus und seine Behandlung (z.B. Verlauf, Maßnahmen, Besonderheiten).	
3.	Die Freigabe der Informationen bzw. Genehmigung vor Herausgabe der Daten ist geregelt.	
4.	Es existieren strukturierte, dokumentierte Regelungen (z.B. Dienstanweisung) zum Datenschutz und zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.	
5.	Die Anwender werden in Bezug auf das Verfahren/die Regelungen eingewiesen und geschult.	
6.	Das Verfahren ist überall umgesetzt und wird berufsgruppenübergreifend nachvollziehbar (z.B. Handzeichenliste) genutzt.	
4e2	Managen der Informationskontinuität bei internen Prozessbeteiligten	Notizen
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Informationskontinuität bei internen Prozessbeteiligten geregelt und sichergestellt?</i></p>		
1.	Es ist sichergestellt, dass die berechtigten Personen Zugang zu allen aktuellen, relevanten Informationen haben.	
2.	Es stehen Vorgehensweisen und Instrumente zur Überbrückung der Schnittstellen zur Verfügung (z.B. Informationstechnologien, Besprechungen, Konferenzen, Visiten, Formulare, Konsilscheine, Transportsysteme).	

5. 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.

5a(1-2) Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.		
5a1	Prozessmanagement sicherstellen	Notizen
<p><i>Inwieweit ist sichergestellt, dass die Prozesse der Einrichtung durch strukturierte Verfahren optimal gestaltet und kontinuierlich verbessert werden?</i></p>		
1.	Die Politik und Strategie wird durch das Prozessmanagement unterstützt.	
2.	Es existiert ein festgelegtes Prozessmanagementsystem.	
3.	Die rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse werden nach festgelegten Regeln der Einrichtung dokumentiert und kontinuierlich überwacht.	
4.	Die Qualitätspolitik und die Ziele sind dokumentiert (z.B. QM- Dokumentation, QM-Bericht).	
5.	Die im QMS geforderten Verfahren sind festgelegt (z.B. Genehmigung, Überprüfung, Verfügbarkeit), dokumentiert, werden verwirklicht, aufrechterhalten und regelhaft aufgezeichnet.	
6.	Die Organisationsform und die Zuständigkeiten (z.B. abteilungsinterne/abteilungsübergreifende Foren/Ausschüsse und/oder Qualitätsbeauftragte, Projektgruppen, Stabstelle) sind entsprechend dem QMS klar geregelt und festgelegt.	
7.	Die Ziele, Aufgaben und Vorgehensweisen des QMS sind bei allen Mitarbeitenden bekannt und werden durch Schulungsangebote (z.B. Erweiterung der Methoden- u. Sozialkompetenz, Motivationssteigerung) begleitet.	

5a(1-2)	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.	
5a1	Prozessmanagement sicherstellen	Notizen
8.	Für definierte Prozesse (mindestens die Geschäftsprozesse aus 5d) werden Chancen und Risiken regelhaft berücksichtigt und Maßnahmen dokumentiert, so dass unerwünschte Auswirkungen auf den Verlauf oder das angestrebte Ergebnis vermieden und mögliche Verbesserungen realisiert werden können.	
9.	Das Prozessmanagementsystem ist auf eine kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet und bezieht zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen die Mitarbeitenden ein (vgl. 5b1).	
10.	Schnittstellenbelange werden ggf. auch mit externen Partnern gelöst.	
11.	Alle erforderlichen Ressourcen sind bestimmt und bereitgestellt.	
5a2	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	Notizen
<p><i>Inwieweit sind durch strukturierte Verfahren die Hygiene, der Arbeits- und Brandschutz sowie die Sicherheit geregelt und gewährleistet?</i></p>		
1.	<p>Die gesetzlichen Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen zu Hygiene (z.B. Hygieneverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung, Empfehlungen des Robert Koch-Instituts), zum Arbeitsschutz (z.B. Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Unfallverhütungsvorschriften), zum Brandschutz (z.B. Arbeitsstätten- und Bauverordnungen) sowie zur Sicherstellung des Schutzes bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen (z. B. Gewährleistung von Gewaltschutz), Katastrophen und zur Sicherung des persönlichen Eigentums von Mitarbeitenden und Rehabilitand:innen (z.B. Regelungen zum Katastrophenenschutz, Hausordnung,) werden erfüllt, dokumentiert, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p>	

5a (1-2)		Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.
5a2	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	Notizen
2.	Es gibt zusätzliche dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen zur Hygiene, zum Arbeits- und Brandschutz und zur Sicherheit, die bei allen Mitarbeitenden bekannt sind und eingehalten werden.	
3.	Eine regelmäßige Unterweisung aller Mitarbeitenden zu Hygiene, Arbeits- und Brandschutz sowie zur Sicherheit ist sichergestellt (z.B. durch Schulungen, Übungen).	
4.	<p>Bezüglich der Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> a) werden in der Einrichtung relevante Daten erfasst und Statistikendarübergeführt, b) gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/ oder Anweisungen zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen. 	
5.	<p>Bezüglich des Arbeitsschutzes werden die Sicherheitsaspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zum Arbeitsplatz (z.B. Klima, Beleuchtung, Hygiene, Lärm), b) im Hinblick auf die Mitarbeitenden (z.B. Berufsunfälle, Vorsorge-untersuchungen, Schutzmaßnahmen), c) im Umgang mit Gefahrenstoffen (z.B. biologische Arbeitsstoffe) sowie d) zum Strahlenschutz (z.B. Röntgenpass für Rehabilitand:innen, Hodenkapsel) <p>berücksichtigt, sind dokumentiert und es finden Schulungen dazu statt.</p>	
6.	<p>Bezüglich der Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/oder Anweisungen, die im Not-/Katastrophenfall die Prozesse strukturieren. 	

5a(1-2)	Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.	
5a2	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	Notizen
6.	b) Die Sicherheit der Rehabilitand:innen (z.B. in Bezug auf die Umgebung, Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung) ist umfassend gewährleistet (z.B. Aufsichtspflicht für bestimmte Rehabilitandengruppen und Kinder, Ausstattungsauswahl, Hygieneverordnung)	
7.	<p>Ein Gewaltschutzkonzept liegt vor und berücksichtigt insbesondere folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Gewaltprävention; - Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen; - benannte Ansprechpersonen zur Umsetzung von Maßnahmen zum Gewaltschutz innerhalb der Einrichtung (z. B. Vertrauensperson, Compliancebeauftragte, etc); - Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen - die Überprüfung und Aktualisierung des Konzepts in regelmäßigen Abständen 	
5a3	Risiko- und Chancenmanagement sicherstellen	Notizen
	<p>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Chancen- und Risikomanagement geregelt und gewährleistet?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein schriftliches Konzept zum Risiko und Chancenmanagement mit definierten Handlungsfeldern (bspw. betriebswirtschaftlich, medizinisch oder umweltbezogen) sowie ein geregeltes Verfahren zur Identifikation und Bewertung von Chancen und Risiken in festgelegten Handlungsfeldern unter Einbeziehung der Mitarbeitenden. 2. Festgelegte Verfahren (z. B. Erhebungen zu Risikofrüherkennung) werden dokumentiert und unter Nutzung von Instrumenten zur präventiven Fehleranalyse, Risikoeinschätzung und Erfassung von Chancen analysiert (PDCA-Zyklus), so dass unerwünschte Auswirkungen auf den Verlauf oder das angestrebte Ergebnis vermieden und mögliche Verbesserungen realisiert werden können. 	

5a (1-3)

Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.

Planung Umsetzung	Nachweise									
	keine	wenige		einige		vorhanden		klare		umfas- sende
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:										
Bewertung Verbesserung	Nachweise									
	keine	wenige		einige		vorhanden		klare		umfas- sende
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:										
Summe der beiden Bewertungen:										
Division durch Anzahl der Dimensionen: :2										
Bewertung des Teilkriteriums:										

5b(1-3)

Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.

5b1	Prozesse systematisch verbessern	Notizen
	<i>Inwieweit ist in der gesamten Einrichtung ein umfassendes, dokumentierendes Qualitätsmanagementsystem nachweislich eingeführt und wird möglichst im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (z. B. mittels Selbstbewertungsverfahren) umgesetzt?</i>	
1.	Das QMS ist darauf ausgerichtet, die Prozessqualität zu verbessern.	
2.	Die qualitätsrelevanten Leistungen der rehabilitandenbezogenen und der die Kernprozesse unterstützenden Prozesse werden gemessen und im Hinblick auf Verbesserungspotenzial analysiert, durch das Management bewertet und Verbesserungen abgeleitet.	

5b(1-3)	Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.	
5b1	Prozesse systematisch verbessern	Notizen
3.	Es wird ein Prüfungsplan zur regelhaften Selbstprüfung wesentlicher Prozesse geführt und dokumentiert.	
4.	Es wird qualifiziertes Personal für die regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse bereit- gestellt. Es werden Methoden angewandt, um Probleme in den Prozessen und Verbesserungs- potenziale zu identifizieren (z.B. Selbstbewertungsverfahren).	
5.	Es werden Methoden angewandt, um die Zufriedenheit der Interessengruppen und bestehende Kritik zu erfassen (z.B. Rehabilitandenbefragung, vgl. 5c, 5e).	
6.	Die aus diesen Erhebungen gewonnenen Ergebnisse werden genutzt, um die Prozesse der Einrichtung zu verbessern.	
7.	Mitarbeitende werden durch strukturierte Verfahren ermutigt, Verbesserungsvorschläge einzureichen (vgl. 3c1).	
8.	Es werden Methoden angewandt, um eine Umsetzung der Lösungsvorschläge sicherzustellen (z.B. Benennung von Verantwortlichen, Termine, Ansprechpartner).	
9.	<p>Es gibt ein aktives Fehler- und Beschwerde- management einschließlich der Verantwortlichkeiten als dokumentiertes Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zur Statistik, Auswertung, Analyse und zur Ergreifung notwendiger Konsequenzen bei Beschwerden b) zur Lenkung fehlerhafter Leistungen und Produkte (z.B. Verantwortlichkeiten, Regelung zur Beseitigung und proaktives Management fehlerhafter Leistungen) 	

5b(1-3)	Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.	
5b1	Prozesse systematisch verbessern	Notizen
	<p>c) zur Korrektur von fehlerhaften Leistungen und Produkten (z.B. Bewertung, Ursachenanalyse, Maßnahmenereignung, Überprüfung) zur Vorbeugung von fehlerhaften Leistungen und Produkten (z.B. Fehler- und Ursachenerkennung, Maßnahmenereignung, Ergebnisaufzeichnung und -bewertung)</p> <p>d) zur Vorbeugung von fehlerhaften Leistungen und Produkten (z.B. Fehler- und Ursachenerkennung, Maßnahmenereignung, Ergebnisaufzeichnung und -bewertung)</p>	
10.	Es erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung der Umsetzung der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen (Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen)	
5b2	Externe Informationen für Verbesserung nutzen	Notizen
	<p><i>Inwieweit werden strukturierte externe Verfahren (z. B. Verfahren der DRV und der Krankenkassen, Qualitätszirkel, Peer-Review) regelmäßig verwendet, um externe Informationen für Verbesserungen in der Entwicklung zu nutzen?</i></p>	
1.	<p>Es werden externe Verfahren für das QM (Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungs- verfahren) genutzt und deren Ergebnisse analysiert; entsprechende Verbesserungspotenziale im Sinne der Politik und Strategie der Einrichtung werden dokumentiert und umgesetzt.</p>	
2.	Leistungsvergleiche (Benchmarking) werden für Verbesserungen genutzt.	
3.	Die Mitarbeitenden der Einrichtung werden über die Verbesserungspotenziale informiert.	
4.	<p>Es existiert ein strukturiertes Verfahren, um interne und externe Maßnahmen sinnvoll miteinander zu verknüpfen.</p>	
5b3	Lernprozesse für Verbesserung nutzen	Notizen
	<p><i>Inwieweit werden strukturierte, standardisierte interne Verfahren, Instrumente, Konzepte und Daten regelmäßig genutzt und dokumentiert, um die Qualität der Behandlung zu sichern und zu verbessern (z.B. Qualitätszirkel, Projektgruppen, Fehlerursachenanalyse, ...)</i></p>	

5b(1-3)	Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.											
5b3	Lernprozesse für Verbesserung nutzen	Notizen										
<p>... interne Audits, Assessmentinstrumente zur Messung und Überwachung der Behandlung, Rehabilitanden- und Mitarbeitendenbefragungen, Lieferantenbeurteilungen, Datenerfassung und –analyse)?</p>												
1.	Die Verfahren werden universell in der Einrichtung eingesetzt und sind miteinander abgestimmt.											
2.	Es ist sichergestellt, dass für die unterschiedlichen Abteilungen/Indikationen messbare Ziele und Indikatoren festgelegt und diese bekannt sind.											
3.	Es ist sichergestellt, dass Korrektur- und konkrete Verbesserungsmaßnahmen durch die Ergebnisse der Messung ausgelöst und dar- gelegt werden.											
4.	Die am Prozess Beteiligten werden in Verbesserungsaktivitäten integriert.											
5.	Es ist sichergestellt, dass die Inhalte und Ergebnisse der Verfahren kommuniziert werden und sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitenden bekannt sind (z.B. Personalzeitschrift, Intranet, Anschlagbrett).											
5b(1-3)	Prozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei innovative Wege genutzt werden, um Rehabilitand:innen und andere Interessengruppen voll zufrieden zu stellen und den Nutzen für diese zu steigern.											
Planung Umsetzung	Nachweise											
	keine	wenige		einige		vorhanden		klare		umfassende		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:												
Bewertung Verbesserung	Nachweise											
	keine	wenige		einige		vorhanden		klare		umfassende		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:												
Summe der beiden Bewertungen:												
Division durch Anzahl der Dimensionen:										2		
Bewertung des Teilkriteriums:												

5c(1-3)		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	Notizen
	<p><i>Inwieweit werden strukturierte Verfahren und Instrumente (z.B. Befragungen, „Meckerkästen“, Formulare, persönliche Sprechzeiten) regelmäßig genutzt, um die Bedürfnisse, Wünsche und Beschwerden der Rehabilitand:innen und Interessengruppen (Angehörige, Mitarbeitende, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte/Krankenhausärztinnen/-ärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Lieferanten) hinsichtlich der Reha-Versorgung (z.B. Behandlungsprozess, -ergebnis, Service-, Hotelleistungen) zu identifizieren?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es steht eine Auswahl von Alternativen bezüglich der Wunsch- bzw. Beschwerdeerfassung zur Verfügung (z.B. anonym und persönlich, schriftlich und mündlich). 2. Die Zielgruppe wird zur Benutzung motiviert. 3. Ein zeitnahe Feedback wird garantiert. 	
5c2	An Rehabilitand:innen und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln	Notizen
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren (z.B. kreative Foren, Mitarbeitendenmotivation, Kooperationen mit Partnern) die (Weiter-)Entwicklung von innovativen Dienstleistungen und Serviceleistungen geregelt und sichergestellt?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Entwicklung von Dienstleistungen realisiert die in der Politik und Strategie festgelegte Orientierung auf die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitanden- und Interessengruppen. 2. Die Informationen über die Bedürfnisse der Interessengruppen (z.B. aus Befragungen) werden für die gegenwärtige und zukünftige Ausrichtung der Dienstleistungen genutzt. 	

5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d3	Anamnese, Exploration und Diagnostik organisieren und umsetzen	Notizen
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Anamnese, Exploration und Diagnostik (z.B. Zeitpunkt, Verantwortlichkeit, Dringlichkeit) geregelt und sichergestellt?</i>		
1.	Die Ärztin/Der Arzt ist über die sozialmedizinischen Anforderungen in Bezug auf Leistungen zur Reha informiert, um den Anlass der Reha richtig einzuordnen und die Notwendigkeit nachzuvollziehen, bestimmte anamnestische Daten (neben dem klinischen auch aus dem beruflichen Bereich) zu erheben.	
2.	Alle relevanten Informationen (auch Begleiterkrankungen, die nicht zur Reha geführt haben) zur Anamnese der Rehabilitand:innen (körperlicher, seelischer und sozialer Status) werden unter Beteiligung aller Disziplinen (im Team), die am Rehabilitationsprozess beteiligt sind, erfasst und dokumentiert.	
3.	Die Vorbefunde werden einbezogen.	
4.	Entscheidungen über die Notwendigkeit von Funktions-/Verlaufsdiagnostik, ggf. Veranlassen (externer) Zusatzdiagnostik werden getroffen.	
5.	Die Diagnosen, Fähigkeiten, Risiken, Reha- Motivation und Stand der Gesundheitsbildung der Rehabilitand:innen werden in den einzelnen Bereichen differenziert identifiziert und einheitlich dokumentiert. Der Hilfsmittelbedarf wird festgestellt.	
6.	In der Einrichtung werden standardisierte Instrumente und Verfahren für die Exploration in den einzelnen Bereichen (z.B. ärztlicher Bereich, Physiotherapie, Psychologie, Sozialpädagogik, Pflege) verwendet.	
7.	Die Aufnahmegespräche und -exploration der verschiedenen Bereiche werden koordiniert und dokumentiert.	
8.	Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei der Aufnahme und Entlassung.	

5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.										
5d3	Anamnese, Exploration und Diagnostik managen										
Planung Umsetzung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:											
Bewertung Verbesserung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:											
Summe der beiden Bewertungen:											
Division durch Anzahl der Dimensionen: 2											
Bewertung des Teilkriteriums:											
5d4	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen					Notizen					
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ...</i>											
1.	<p>...Erarbeitung eines individuell angepassten Therapieziels für jede Rehabilitandin/jeden Rehabilitanden geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Die verschiedenen, an der Rehabilitation beteiligten Fachbereiche sind bei der Therapiezielfindung und -definition beteiligt.</p> <p>b) Die Rehabilitandin/Der Rehabilitand (bzw. Angehörige) mitsamt persönlicher Erwartungen und Grenzen ist aktiv und partnerschaftlich in die Therapieziel-definition im Sinne der Teilhabe miteinbezogen.</p> <p>c) Die Ziele sind eindeutig formuliert, die Zielerreichung ist bewertbar und wird gemeinsam mit den Rehabilitand:innen ausgewertet.</p>										

5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d4	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen	Notizen
1.	<p>d) Die Rehabilitandin/ Der Rehabilitand ist über alternative Behandlungsprozesse in angemessener Art und Weise auch bei Schwierigkeiten (z.B. bei Sprachbarrieren, fehlender Compliance, infauster Prognose) respektvoll informiert.</p> <p>e) Es ist sichergestellt, dass die Therapieziele die Zielkategorien der ICF (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe sowie Kontextfaktoren) berücksichtigen.</p> <p>f) Es ist sichergestellt, dass die vereinbarten Therapieziele transparent für alle dokumentiert werden.</p>	
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ...</i>		
2.	<p>.... Verordnung von Maßnahmen geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es ist sichergestellt, dass die Auslastung/Beanspruchung der Rehabilitand:innen (z.B. zeitlich, kräftemäßig) angemessen ist.</p> <p>b) Es ist sichergestellt, dass Verordnungen/ Diagnostik der Therapiezielplanung folgen.</p> <p>c) Es ist sichergestellt, dass die Verordnung von Maßnahmen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, möglichst leitlinienbasiert, beruht.</p>	
3.	<p>... Organisation der Therapie entsprechend der individuellen Therapieziele geregelt und sicher- gestellt?</p> <p>a) Die Behandlungstermine werden entsprechend der rehatherapeutischen Anforderungen und der Belange der Rehabilitand:innen sowie der Einrichtung koordiniert.</p>	

5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.									
5d6	Entlassungs-/Verlegungsverfahren organisieren	Notizen								
<p><i>Inwieweit wird durch strukturierte Verfahren und Instrumente die Entlassung/Verlegung von Rehabilitand:innen (z.B. Entlassungsgespräche, Überleitungsbögen, Klassifikationssysteme) – auch bei vorzeitiger Entlassung – geregelt und sichergestellt?</i></p>										
<p>1. Die Rehabilitandin/Der Rehabilitand und bei Bedarf andere zuständige Personen (z.B. Angehörige, Heimpersonal) sind entsprechend frühzeitig über die Entlassungs-/ Verlegungsmodalitäten (incl. Behandlungsergebnisse) informiert und in die Planung integriert.</p>										
<p>2. Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Unterlagen (z.B. Befunde, Arztbrief, Empfehlungen für häusliche Krankenpflege, Überleitungsbogen) bei Entlassung/Verlegung zur Verfügung stehen.</p>										
<p>3. Die Einrichtung hat ihr Aufnahme- und Entlassmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben und kennt die Anforderungen, die von diesen an sie gestellt werden.</p>										
<p>4. Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Informationen unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen an weiterbetreuende Stellen (z.B. Angehörige, Hauskrankenpflege, Hausärztin/Hausarzt, Kostenträger) weitergegeben werden.</p>										
<p>5. Es gibt Verfahren zur Einleitung einer wirksamen Nachsorge (z.B. ambulante Angebote, „Auffrischungsangebote“, Zusammenarbeit mit Nachsorgegruppen).</p>										
5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.									
5d6	Entlassungs-/Verlegungsverfahren organisieren									
Planung Umsetzung	Nachweise									
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende				
	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:										

5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.										
5d6	Entlassungs-/Verlegungsverfahren organisieren										
Bewertung Verbesserung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:											
Summe der beiden Bewertungen:											
Division durch Anzahl der Dimensionen											2
Bewertung des Teilkriteriums:											
5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.										
5d7	Dokumentation der Rehabilitationsprozesse organisieren					Notizen					
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ausreichende Dokumentation des gesamten Reha-Prozesses und die Erstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassungsberichts mit festgelegten Qualitätsmerkmalen (z.B. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der med. Reha der DRV mit einheitlichem Formularsatz, Klassifikation Therapeutischer Leistungen – KTL, evidenz- basierte Textbausteine) geregelt und sichergestellt?</i></p>											
1.	Der gesamte Behandlungsprozess wird ausreichend dokumentiert und die Informationen werden bei der Erstellung des Entlassberichts berücksichtigt.										
2.	Der Entlassbericht enthält alle notwendigen Informationen über die durchgeführte Rehabilitation, die für die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt, den Rentenversicherungsträger und gegebenenfalls für die zuständige Krankenkasse sowie weitere Sozialleistungsträger von Bedeutung sind.										
3.	Es ist sichergestellt, dass die Erstellung des ärztlichen Entlassberichts zur unverzüglichen Vorlage bei dem Rehabilitationsträger zeitnah und vereinbarungsgemäß funktioniert.										

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.																
5d8	Medizinische Notfälle regeln					Notizen											
3.	Alle Mitarbeitende (z.B. ärztlicher- und Pflegedienst) werden hinsichtlich der medizinischen Notfälle regelmäßig geschult (z.B. in Reanimationsmaßnahmen) und es existiert ein schriftlich ausgearbeiteter Erste-Hilfe-Plan.																
5d(1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.																
5d8	Medizinische Notfälle regeln																
Planung Umsetzung		Nachweise															
		keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:																	
Bewertung Verbesserung		Nachweise															
		keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:																	
Summe der beiden Bewertungen:																	
Division durch Anzahl der Dimensionen:										2							
Bewertung des Teilkriteriums:																	
5e (1)	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.																
5e1	Kunden-/Rehabilitandenpflege					Notizen											
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Pflege und Vertiefung der bestehenden Kunden/ Rehabilitandenkontakte (z.B. kunden-/rehabilitanden-gerichtete Kommunikation, individuelle Information, großzügige Besuchszeiten, Rehabilitandenfürsprecher, Infoveranstaltungen für ehemalige/potenzielle Rehabilitand:innen) geregelt und sichergestellt?</i>																	
1.	Die Kunden-/Rehabilitandenpflege wird in allen Bereichen der Einrichtung umgesetzt.																
2.	Die Einrichtung stellt die erforderliche Information der Rehabilitand:innen über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange organisatorisch sicher und beschreibt schriftlich ihr Konzept der Angehörigenarbeit.																

5e (1)	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.	
5e1	Kunden-/Rehabilitandenpflege	Notizen
3.	Es gibt in den entsprechenden Abteilungen verantwortliche Zuständigkeiten für die Pflege und die Analyse der Rückmeldungen bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahme interner (Rehabilitand:innen) und externer Kunden (z. B. Lieferanten, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopfersversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe).	
4.	Die Einrichtung bereitet die notwendige Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme vor und informiert sich nach der Entlassung der Rehabilitand:innen über ihren Nachsorgestatus.	
5.	Die Einrichtung wendet Methoden an, um die Zufriedenheit der Rehabilitand:innen mit den Behandlungsprozessen und Angeboten (incl. Vorbereitung der Nachsorge) während der Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen (z.B. Rehabilitandenbefragung, Katamnese).	

5e (1)	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.										
Planung Umsetzung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Planung und Umsetzung“:											
Bewertung Verbesserung	Nachweise										
	keine	wenige	einige	vorhanden	klare	umfassende					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewertung für „Bewertung und Verbesserung“:											
Summe der beiden Bewertungen:											
Division durch Anzahl der Dimensionen:		2									
Bewertung des Teilkriteriums:											

6. Kundenbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre externen Kunden erreicht.

6a (1-2) Messergebnisse aus Kundensicht.	
<p>Diese Messergebnisse zeigen, wie die Kunden, insbesondere die Rehabilitand:innen, die Einrichtung wahrnehmen (z.B. anhand von Umfragen, Fokusgruppen, Anerkennung und Beschwerden, Auswertungen aus Gesprächen und Besprechungen). Kunden sind außer den Rehabilitand:innen und deren Angehörigen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte/Krankenhausärztinnen und -ärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, die Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopfersversorgung und –fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe und Lieferanten. Die hier genannten Ergebnisse geben die aus Befragungen u. ä. gewonnenen direkten Einschätzungen der jeweils Befragten wieder; die genannten Zahlen sind aus sich selbst heraus verständlich (z.B. Bewertungsnoten) und können direkt für die Ergebnisbewertung genutzt werden. Die Messergebnisse aus Kundensicht können folgende Aspekte umfassen:</p>	
6a1	Image der Einrichtung
1.	Erreichbarkeit (der Einrichtung, des Personals in der Einrichtung, einzelner Abteilungen)
2.	Dienstleistungen/besondere Angebote der Einrichtung (z.B. Service, Freizeitangebote)
3.	Flexibilität und proaktives Verhalten (z.B. Einstellung auf Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitand:innen, Abstimmung der verschiedenen Interessenlagen, Einstellung auf gesundheitspolitische Veränderungen)
6a2	Rehabilitative Versorgung und Nachsorge
1.	Zufriedenheit der Rehabilitand:innen und anderer Kunden mit den Reha-Prozessen (z.B. Aufnahme, Anamnese, Exploration, Diagnostik, Therapie/ Gesundheitstraining etc., Vorbereitung auf die Nachsorge, Entlassung/Verlegung)
2.	Zufriedenheit der Rehabilitand:innen und anderer Kunden mit den Reha- Ergebnissen (z.B. körperliche, psychische und soziale Funktionsfähigkeit, kurz-/langfristig)
3.	Medizinisch fachliche Kommunikation [z.B. Verständlichkeit der (medizinischen) Informationen für die Rehabilitand:innen, Aussagekraft der Arztbriefe für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte/Krankenhausärztinnen und -ärzte, Kostenträger, vertraglich vereinbarte Laufzeiten der Arztbriefe]

6b (1-2) Leistungsindikatoren	
<p><i>Dabei handelt es sich um interne Messergebnisse, die die Einrichtung verwendet, um die Leistung zu überwachen, zu analysieren, zu planen und zu verbessern und um sich perspektivisch darauf einstellen zu können, wie ihre externen Kunden die Leistung wahrnehmen. Die Messergebnisse sollten eine Verbindung zu gezielten Maßnahmen der Qualitätsverbesserung haben. Die hier genannten Zahlen "sprechen nicht für sich", sondern bekommen erst eine Bedeutung für die Ergebnisbewertung, wenn sie in einen interpretativen Zusammenhang gestellt werden. Die Leistungsindikatoren für Kunden können folgende Aspekte umfassen:</i></p>	
6b1	Dienstleistungsnachfrage und -betreuung
1.	Zuweisungszahlen/-quoten nach Kostenträgern
2.	Zuweisungszahlen/-quoten nach Akutkrankenhäusern (z.B. AHB- Zahlen)
3.	Wartezeiten (z.B. vor Aufnahme)
4.	Bearbeitung von Beschwerden (z.B. Anzahl, Bearbeitungszeit, Art der Reaktion)
5.	Bearbeitung von Schadensfällen/Haftpflichtschäden (z.B. Anzahl, Bearbeitungszeit, Art der Reaktion)
6.	Abbruchquoten (z.B. ärztlich indiziert einschließlich disziplinarisch, rehabilitandenindiziert)
6b2	Rehabilitative Versorgung und Nachsorge
1.	Ausmaß/Anzahl von Angehörigenaktivitäten (z.B. Informations-/ Instruktionsveranstaltungen, Gespräche mit Angehörigen)
2.	Nachsorgeaktivitäten (z.B. Motivation der Rehabilitand:innen, im Anschluss an die Rehabilitation realisierte Nachsorge-maßnahmen)
3.	Anzahl/Anteil von Rehabilitand:innen mit Hilfsmittelversorgung (z.B. Anpassung, Schulung/Beratung, Nachbetreuung) bei indizierter Hilfsmittelversorgung

7. Mitarbeitendenbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre Mitarbeitenden erreicht.

7a (1-2)	Messergebnisse aus Mitarbeitendensicht.	
<p><i>Dabei handelt es sich um konkrete, z.B. aus Befragungen gewonnene Messergebnisse, die zeigen, wie die Mitarbeitenden die Einrichtung wahrnehmen (z.B. anhand von Umfragen, Fokusgruppen, Interviews, strukturierten Beurteilungsgesprächen). Die hier genannten Ergebnisse geben die direkten Einschätzungen der jeweils Befragten wieder; die genannten Zahlen sind aus sich selbst heraus verständlich (z.B. Bewertungsnoten) und können direkt für die Ergebnisbewertung genutzt werden. Die Messergebnisse aus Mitarbeitendensicht können folgende Aspekte umfassen:</i></p>		
7a1	Motivation und Beteiligung	Notizen
1.	Werte, Leitbild, Politik und Strategie der Einrichtung	
2.	Führung (z.B. Vorbildfunktion, Anweisungen, Unterstützung)	
3.	Anerkennung und Karriereentwicklung	
4.	Zielvereinbarung und Beurteilungen	
5.	Organisation der Aus- und Weiterbildung	
6.	Lernmöglichkeiten	
7a2	Zufriedenheit	Notizen
1.	Verwaltung der Einrichtung	
2.	Anstellungsbedingungen und Entlohnung	
3.	Gesundheitsfürsorge und Arbeitssicherheit	
4.	Veränderungsmanagement	
5.	Einrichtungen und Dienstleistungen für Mitarbeitende (z.B. Mitarbeitendenverpflegung, betrieblicher Kindergarten, Parkplätze)	
6.	Betriebsklima (z.B. Zufriedenheitsgrad bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses)	

7a (1-2)		Messergebnisse aus Mitarbeitendensicht											
Trends		keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	bei einigen Ergebnissen		bei vielen Ergebnissen		bei den meisten Ergebnissen		bei allen Ergebnissen			
Ziele				in einigen Bereichen		in vielen Bereichen		den meisten Bereichen		in allen Bereichen			
Vergleiche				in einigen Bereichen		in einigen Bereichen + günstige Ergebnisse		in vielen Bereichen + günstige Ergebnisse		in den meisten Bereichen + günstige Ergebnisse			
Ursachen				einige Ergebnisse		viele Ergebnisse		die meisten Ergebnisse		alle Ergebnisse			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bewertung für „Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen“:

Umfang	keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	ige relevante Bereichen	le relevante Bereichen	sten relevanten Bereiche	relevanten Bereiche					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewertung für „Umfang“:

Summe der beiden Bewertungen:	
Division durch Anzahl der Dimensionen:	2
Bewertung des Teilkriteriums:	

7b(1-4)		Leistungsindikatoren
Dabei handelt es sich um interne Messergebnisse, die die Einrichtung verwendet, um die Leistung der Mitarbeitenden zu überwachen, zu analysieren, zu planen, zu verbessern und um vorherzusagen, wie die Mitarbeitenden diese Leistung wahrnehmen. Die hier genannten Zahlen „sprechen nicht für sich“, sondern bekommen erst eine Bedeutung für die Ergebnisbewertung, wenn sie in einen interpretativen Zusammenhang gestellt werden. Die Leistungsindikatoren für Mitarbeitende können folgende Aspekte umfassen:		

7b1	Motivation und Beteiligung	Notizen
1.	Mitwirkung an Verbesserungsteams	
2.	Beteiligung am Vorschlagswesen	
3.	Anerkennung von Einzelnen und Teams	
4.	Rücklaufquoten bei Mitarbeitendenumfragen	
7b2	Zufriedenheit	Notizen
1.	Niveau und Entwicklung von Fehlzeiten und krankheitsbedingten Abwesenheiten	
2.	Unfallhäufigkeit	
3.	Beschwerden	
4.	Personalfluktuation (in Relation zum Arbeitsmarkt)	

7b (1-4)		Leistungsindikatoren													
7b3		Dienstleistungen für Mitarbeitende						Notizen							
1.	Reaktionszeit bei Anfragen (z.B. an die Verwaltung)														
2.	Inanspruchnahme von betrieblichen Einrichtungen														
3.	Überprüfte Qualität von Schulungen (z.B. durch teilnehmende Mitarbeitende) und der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden														
4.	Korrektheit im Umgang mit Mitarbeitenden (z.B. geringe Zahl von Arbeitsgerichtsprozessen, Auswertung der Mitarbeitendengespräche)														
7b4		Erreichte Leistungen						Notizen							
1.	Effektivität der Personalplanung (Übereinstimmung benötigter und vorhandener Kapazitäten/Kompetenzen, Zielstellenplanung)														
2.	Produktivität (z.B. Fälle/Behandlungstage/Fallkosten pro Mitarbeitenden)														
3.	Erfolgsquoten von Aus- und Weiterbildung (z.B. Nachfragestatistik, Erreichungsgrad von Zielen)														
7b (1-4)		Leistungsindikatoren													
Trends		Keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	bei einigen Ergebnissen		bei vielen Ergebnissen		bei den meisten Ergebnissen		bei allen Ergebnissen					
Ziele				in einigen Bereichen		in vielen Bereichen		in den meisten Bereichen		in allen Bereichen					
Vergleiche				in einigen Bereichen		in einigen Bereichen + günstige Ergebnisse		in vielen Bereichen + günstige Ergebnisse		in den meisten Bereichen + günstige Ergebnisse					
Ursachen				einige Ergebnisse		viele Ergebnisse		die meisten Ergebnisse		alle Ergebnisse					
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Bewertung für „Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen“:															
Umfang		keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	einige relevante Bereichen		viele relevante Bereichen		die meisten relevanten Bereiche		alle relevanten Bereiche					
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Bewertung für „Umfang“:															
Summe der beiden Bewertungen:										2					
Division durch Anzahl der Dimensionen:															
Bewertung des Teilkriteriums:															

8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf die lokale, nationale und internationale Gesellschaft, sofern angemessen, leistet

8a(1-3)	Messergebnisse aus Sicht der Gesellschaft.	
<p><i>Bei diesen Messergebnissen geht es darum, wie die Gesellschaft die Einrichtung wahrnimmt (z.B. anhand von Umfragen, Berichten, öffentlichen Veranstaltungen, Vertretern der Öffentlichkeit, Regierungsbehörden). Die hier genannten Ergebnisse geben die direkten Einschätzungen der jeweils Befragten wieder; die genannten Zahlen sind aus sich selbst heraus verständlich (z.B. Bewertungsnoten) und können direkt für die Ergebnisbewertung genutzt werden.</i></p> <p><i>Abweichend von den Messergebnissen aus Kunden- oder Mitarbeitendensicht verfügen Rehabilitationseinrichtungen nur selten über Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen. Da die Sicht der Gesellschaft auf das Rehabilitationssystem jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnt, werden im Folgenden Indikatoren aufgeführt, die perspektivisch relevant sein können. Die Messergebnisse aus der Sicht der Gesellschaft können folgende Aspekte umfassen:</i></p>		
8a1	Verantwortungsbewusstes Verhalten	Notizen
1.	Transparente Informationspolitik der Einrichtung für die Region und Gesellschaft	
2.	Gleichbehandlung von Rehabilitand:innen sowie Chancengleichheit für Mitarbeitende	
3.	Auswirkungen auf die lokale, regionale und nationale Wirtschaft	
4.	Verhältnis zu maßgeblichen Behörden	
5.	Mitwirkung in den örtlichen Gemeinden (z.B. bzgl. Aus- und Weiterbildung, Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen, Sport- und Freizeitaktivitäten, freiwilliger Dienste)	
6.	Mitarbeit in nationalen/internationalen gesundheitsbezogenen Vereinigungen (z.B. medizinische und berufsbezogene Fachverbände, WHO)	
8a2	Maßnahmen, um Belästigungen und Schäden zu vermindern und zu vermeiden	Notizen
1.	Gesundheitsrisiken und Unfälle	
2.	Lärm- und Geruchsbelästigungen	
3.	Umweltverschmutzung und giftige Emissionen (z.B. Papier, Druckerpatronen, Abgase, infektiöse Abfälle, radioaktive Substanzen)	

8a(1-3)	Messergebnisse aus Sicht der Gesellschaft.	
8a3	Maßnahmen, die zur Schonung von Ressourcen beitragen	Notizen
1.	Auswirkungen auf die Ökologie	
2.	Verminderung und Vermeidung von Abfall und Verpackung	
3.	Substitution von Rohmaterial und anderen Betriebsmitteln	
4.	Verbrauch von Versorgungsenergie (z.B. Gas, Wasser, Elektrizität, wiederverwertbare Materialien)	

8a (1-3)	Messergebnisse aus Sicht der Gesellschaft.										
Trends			bei einigen Ergebnissen	bei vielen Ergebnissen	bei den meisten Ergebnissen	bei allen Ergebnissen					
Ziele			in einigen Bereichen	in vielen Bereichen	in den meisten Bereichen	in allen Bereichen					
Vergleiche			in einigen Bereichen	in einigen Bereichen + günstige Ergebnisse	in vielen Bereichen + günstige Ergebnisse	in den meisten Bereichen + günstige Ergebnisse					
Ursachen			einige Ergebnisse	viele Ergebnisse	die meisten Ergebnisse	alle Ergebnisse					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewertung für „**Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen**“:

Umfang	Keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	viele relevante Bereichen		viele relevante Bereichen		die meisten relevanten Bereiche		alle relevanten Bereiche		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewertung für „**Umfang**“:

Summe der beiden Bewertungen:	
Division durch Anzahl der Dimensionen:	2
Bewertung des Teilkriteriums:	

9. Schlüsselergebnisse

Was die Einrichtung in Bezug auf ihre geplanten Leistungen erreicht. Einige der Messergebnisse von 9a (Ergebnisse der Schlüsselleistungen) können auch auf 9b (Schlüsselleistungsindikatoren) zutreffen und umgekehrt.

Für Rehabilitationseinrichtungen ist es von vorrangiger Bedeutung, zusätzlich zu den unter 9a aufgeführten finanziellen (9a1) und nicht finanziellen (9a2) Schlüsselergebnissen, rehabilitandenbezogene Rehabilitationsergebnisse darzustellen. Der EFQM-Systematik folgend, werden diese unterschieden in Ergebnisse von Schlüsselleistungen der rehabilitativen Behandlung (9a3), wie z.B. kurz- und mittelfristige indikationsbezogene Ergebnisse, und Schlüsselleistungsindikatoren (9b3), wie z.B. Ergebnisse zur Qualität der Prozessdokumentation (Peer Review).

9a(1-3) Ergebnisse der Schlüsselleistungen.	
<p><i>Bei diesen Messergebnissen handelt es sich um die Schlüsselergebnisse, die die Einrichtung geplant hat und die je nach Zweck und Zielen folgende Aspekte umfassen können:</i></p>	
9a1	Finanzielle Ergebnisse
1.	Betriebsergebnis
2.	Budgeteinhaltung
3.	Fallkosten/-erlöse
4.	Sonstige Erlöse (z.B. Drittgeschäfte, Wahlleistungen)
9a2	Nicht finanzielle Ergebnisse
1.	Belegungszahlen [z.B. Fallzahlen, Verweildauer, Auslastungsgrad, Anzahl der Wahlleistungsrehabilitand:innen (nach Abteilungen), Anzahl ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitand:innen (einschließlich Vor- und Nachbehandlung)]
2.	Leistungszahlen (z.B. KTL-Leistungen, diagnostische Angebote)
3.	Verbrauchszahlen (z.B. Hilfsmittel, Medikamente, Strom, Wasser, Gas)
4.	Marktanteile: rehabilitandenbezogen (z.B. nach Indikationen, Regionen, Trägern), umsatzbezogen

9a(1-3) Ergebnisse der Schlüsselleistungen.		
9a3	Rehabilitative Ergebnisse	Notizen
	<p>Die outcomeorientierte Dokumentation, Analyse und Bewertung der rehabilitativen Behandlung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Einführung von Leitlinien für bestimmte Indikationen, die eine gesicherte Basis für die Darstellung der Schlüsselergebnisse darstellen. Ein weiterer relevanter Aspekt für die Darstellung der Schlüsselleistungen findet sich z.B. in der Systematik indikationsspezifischer Therapieziele (somaticisch, funktionsbezogen, psychosozial, edukativ) als Instrument der externen Qualitätssicherung. Zunehmend sollte sich die Bewertung der rehabilitativen Ergebnisse auch an der Systematik der ICF (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe einschl. der Kontextfaktoren) orientieren. Die Ausweisung derart strukturierter Daten findet mit zunehmender Tendenz Eingang in die Praxis der Rehabilitationseinrichtungen.</p>	
1.	Indikationsspezifische Behandlungsergebnisse, z.B. im Vergleich Aufnahme-/Entlassungsstatus (z.B. einrichtungsintern, in Relation zu Vergleichseinrichtungen, in Relation zu alternativen Versorgungsformen)	
2.	Katamnestisch gewonnene indikationsspezifische Behandlungsergebnisse, z.B. Art und Ausmaß der Partizipation von Rehabilitand:innen (z.B. berufliche Wiedereingliederung, Selbständigkeit in der Ausübung der ADL, Reduktion von AU/ Arbeitslosigkeit/Frührenten), Arbeitsunfähigkeit/ Arbeitslosigkeit, Nachhaltigkeit der Sekundärprävention (siehe auch Punkt 1)	
3.	Bewertung von dokumentierten Reha-Prozessen durch Externe (z.B. Peer Review)	
4.	Komplikationsraten	

9b(1-5)	Schlüsselleistungsindikatoren.
<i>Dabei handelt es sich um operationelle Messergebnisse, die verwendet werden, um die erwarteten Ergebnisse der Leistungen der Einrichtung, welche das Resultat ihres finanziellen Managements (vgl. 4b1) sind, zu analysieren, zu planen und zu verbessern. Die Leistungsindikatoren für die Schlüsselleistungen können folgende Ergebnisse umfassen:</i>	
9a1	Finanzen
1.	Investitionsquote
2.	Cashflow
3.	Abschreibung
4.	Eigenkapitalrendite
5.	Gesamtkapitalrendite
9b2	Externe Ressourcen einschließlich Partnerschaften
1.	Stabilität/Veränderung von festen Kooperationen mit Krankenhäusern
2.	Stabilität/Veränderung von festen Kooperationen mit Kostenträgern
3.	Anzahl von Partnerschaften und deren Nutzung

9b(1-5)		Schlüsselleistungsindikatoren.	
9b2	Externe Ressourcen einschließlich Partnerschaften		Notizen
4.	Anzahl und Nutzen von innovativen Angebots- und Dienstleistungslösungen, die auf Partner zurückzuführen sind (z.B. Softwarelösungen, Medizintechnik)		
5.	Anerkennung von Beiträgen von Partnern		
6.	Preise der Lieferanten (z.B. im Vergleich zu Preisen in Konkurrenzunternehmen)		
9b3	Rehabilitative Prozesse		Notizen
1.	Leistungen [z.B. KTL-kodierte Leistungen im externen Vergleich (nach Indikationen)]		
2.	Medizinische und pflegerische Leistungen außerhalb der regulären Therapie- und Pflegeplanung (z.B. Notfalleinsätze, besondere pflegerische Maßnahmen)		
3.	Indikationsspezifische Behandlungsprozesse gemäß Leitlinien/anderer Empfehlungen der Fachgesellschaften/Vorgaben der Reha-Träger		
4.	Umsetzung innovativer Behandlungskonzepte (z.B. bei bestimmten somatischen oder psycho- sozialen Problemlagen)		
5.	Dokumentation der Prozesse (z.B. Ergebnisse externer Bewertung)		
9b4	Gebäude, Einrichtungen und Material		Notizen
1.	Ergebnisse aus externen Begehungen (z.B. Gesundheitsamt, Amt für Arbeitssicherheit, Veterinäramt, Gewerbeaufsichtsamt)		
2.	Ergebnisse aus internen Begehungen durch Beauftragte und Kommissionen (z.B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz)		
3.	Instandhaltungskosten		
4.	Nutzungszeiten		
5.	Lagerumsatz (Zahlen, die effektiven Umgang mit der Lagerhaltung belegen können)		
6.	Verbrauch an Versorgungsleistungen (Aktivitäten zum Management von Verbrauchsgütern, wie z.B. Energie, Wasser)		

9b(1-5)	Schlüsselleistungsindikatoren.	
9b4	Gebäude, Einrichtungen und Material	Notizen
7.	Auslastung (Zahlen über leerstehende Räume, geringe Nutzungszeiten teurer Geräte, mangelnde Auslastung des Personals)	
9b5	Technologie	Notizen
1.	Innovationsrate (Zahlen über die Nutzung neuer Technologien)	
2.	Lizenzen	
9b (1-5)	Schlüsselleistungsindikatoren.	

Trends	Keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	bei einigen Ergebnissen		bei vielen Ergebnissen	bei den meisten Ergebnissen			bei allen Ergebnissen		
Ziele			in einigen Bereichen		in vielen Bereichen	in den meisten Bereichen			in allen Bereichen		
Vergleiche			in einigen Bereichen		in einigen Bereichen + günstige Ergebnisse	in vielen Bereichen + günstige Ergebnisse			in den meisten Bereichen + günstige Ergebnisse		
Ursachen			einige Ergebnisse		viele Ergebnisse	die meisten Ergebnisse			alle Ergebnisse		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewertung für „Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen“:

Umfang	keine Ergebnisse	wenige Ergebnisse	ige relevanten Bereichen	le relevante Bereichen	sten relevanten Bereiche	relevanten Bereiche
	0	1	2	3	4	5
					7	8
						9
						10

Bewertung für „Umfang“:

Summe der beiden Bewertungen:	
Division durch Anzahl der Dimensionen:	2
Bewertung des Teilkriteriums:	

VI.

Glossar

Die folgende Liste der Begriffe, die im IQMP-Reha verwendet werden, wurde zum besseren Verständnis des Modells und dessen Anwendung zusammen gestellt. Es handelt sich nicht um eine vollständige Aufstellung qualitäts- relevanter Begriffe und Definitionen. Insbesondere sind die an anderer Stelle umfassend, ausführlich und detailliert ausgeführten Begriffe (z.B. der Systemnorm zum Qualitätsmanagement nach ISO 9000) nicht noch einmal aufgeführt, um den Rahmen eines Glossars nicht zu sprengen. Auch wird darauf verzichtet, die rehaspezifische Definition von Begriffen, die sich im IQMP-Reha findet, noch einmal zu wiederholen.

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 (s.u.) 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 Befragen, Beobachten, 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 (s.u.) erfolgen meist 1. ein Voraudit, um die Zertifizierungsfähigkeit festzustellen, 2. das „eigentliche“ Zertifizierungsaudit, bei dem vorgelegte Dokumente geprüft werden und überprüft wird, ob das zu zertifizierende Regelwerk und die darin gemachten Vorgaben erfüllt sind. Dies geschieht meist anhand eines Fragenkatalogs im Rahmen einer Begehung der Organisation („Visitation“). 3. Nach einer bestimmten Zeit (z.B. jährlich) erfolgt ein Überwachungsaudit, um die weitere Entwicklung des Managementsystems zu überprüfen. Um nach Ablauf des Zertifikats (s.u.) ein neues Zertifikat zu erhalten, wird 4. ein Wiederholungs- oder Rezertifizierungsaudit durchgeführt. Bei IQMP-Reha erfolgt die Rezertifizierung nach drei Jahren mit zusätzlichen jährlichen Überwachungsaudits.

Assessment

Bewertende Prüfung der Qualität durch Dritte (intern oder extern): Abschätzungen der Auswirkungen des Klinikhandelns und dessen Bewertung. Prüft sich eine Einrichtung selbst, spricht man von einem Self-Assessment/ Selbstbewertung.

Befähiger

Begriff aus dem EFQM-Modell für Excellence (s.u.). Dieses besteht aus neun Kriterien. Fünf Kriterien werden als „Befähiger“-Kriterien bezeichnet, vier als „Ergebnis“-Kriterien. Die „Befähiger“-Kriterien, auch Erfolgsfaktor oder Potenzialfaktor genannt, beziehen sich darauf, was eine Organisation tut, wie sie vorgeht, also auf die „Mittel und Wege“, die gewählt werden und dadurch darüber entscheiden, ob das Handeln erfolgreich sein wird. Die Befähiger beziehen sich demnach auf das „wie“, nicht auf das „was“. In Ergänzung dazu behandeln die „Ergebnis“-Kriterien (s.u.), welche Ergebnisse eine Organisation tatsächlich erzielt. Die „Ergebnisse“ sind auf die „Befähiger“ zurückzuführen, und die „Befähiger“ können aufgrund der Ergebnisse verbessert werden, wenn diese für Lernprozesse genutzt und in Innovationen umgesetzt werden. Befähiger liefern Informationen über die Zukunft (z.B. Konkurrenzfähigkeit, Verbesserungspotentiale, Trends in Mitarbeitenden- und Kundenzufriedenheit). Zu den Befähiger-Kriterien zählen (1) Führung, (2) Mitarbeitenden, (3) Politik und Strategie, (4) Partnerschaften und Ressourcen sowie (5) Prozesse. Dies entspricht den Kriterien 1-5 des IQMP-Reha.

Benchmark

Eine messbare „klassenbeste“ Leistung, die als Referenz oder Standardmessgröße zum Vergleich genutzt werden kann. Diese Leistungsstufe ist anerkannter Standard für Excellence im Sinne des **EFQM-Modells für Excellence** (s.u.) für einen spezifischen Geschäftsprozess.

Benchmarking

Benchmarking ist ein mittlerweile weltweit angewandtes Werkzeug, das es ermöglicht, vorbildliche Praktiken im unternehmerischen Umfeld zu finden und diese erfolgreich ins eigene Unternehmen zu übertragen. Es zeigt alternative und innovative Lösungen („best practice“) und gibt Anregungen für die Umsetzung im eigenen Unternehmen. Voraussetzung dafür ist, dass Vergleichsgrößen erfasst werden und ein Verständnis dafür erarbeitet wird, wie das Vergleichsunternehmen diese Spitzenleistungen erreicht. Benchmarking ist ein systematischer und an-dauernder Messprozess, d.h. ein Prozess kontinuierlichen Vergleichens und Messens der Geschäftsprozesse einer Organisation mit der anderer Organisationen, z.B. führenden Organisationen auf der Welt, 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, besser zu werden, indem von anderen Organisationen „best practice“ (s.u.) gelernt wird.

Beratung

Um die eigenen Prozesse zu verbessern und die Chancen auf eine erfolgreiche Zertifizierung zu erhöhen, gibt es die Möglichkeit, sich durch eine Beratungsfirma, die für den Bereich Rehabilitation und die Zertifizierung nach IQMP-Reha einschlägig qualifiziert ist, beraten zu lassen. Viele Unternehmen bieten sowohl Beratung als auch Zertifizierung (s.u.) an. Die **Zertifizierung** darf jedoch nicht von der gleichen Firma oder von gleichen Personen durchgeführt werden, die zuvor beraten hat.

Beste/hervorragende Praxis („best practice“)

Vorbildliche Lösungen/Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen, sind „best practice“. Unter „best practice“ wird aber auch die Ermittlung solcher Verfahren, um sie für die Verbesserung eigener Prozesse zu nutzen, verstanden. Die Herangehensweise ist pragmatisch: vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen werden systematisiert, unterschiedliche Lösungen zu vergleichen. Anhand eigener Ziele werden diese bewertet und schließlich festgelegt, welche Verfahrensweisen am besten zum Erreichen der eigenen Ziele beitragen

Bewertung und Verbesserung

Begriff aus dem **EFQM-Modell für Excellence** (s.u.). Mit der Bewertung und Verbesserung werden Planung und Umsetzung des Vorgehens einer Organisation überprüft und ihre kontinuierlichen Lernprozesse systematisch einbezogen, um Verbesserungen zu erreichen: Exzellente Organisationen prüfen ihre Planung und deren Umsetzung regelmäßig und vergleichen sich intern und extern. Wissen und Lerneffekte der Organisation und ihrer einzelnen Mitarbeitenden werden genutzt, um mögliche Verbesserungen zu identifizieren, zu priorisieren, zu planen und einzuführen.

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell bildet das Verständnis der von der WHO entwickelten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, s.u.) ab. Krankheit und Gesundheit werden als Zusammenspiel von individuellen und gesellschaftlichen Aspekten gesehen. Im biopsychosozialen Modell wird eine gegenseitige Wechselwirkung von Körperfunktionen und -strukturen einerseits, Aktivitäten sowie Teilhabe (Partizipation) andererseits angenommen. Alle drei Faktoren sind wiederum beeinflusst von Umwelt- und Kontextfaktoren sowie personenbezogenen Faktoren und beeinflussen diese umgekehrt ebenfalls. Eine genauere Beschreibung findet sich in Kapitel I.

EFQM-Modell für Excellence

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 speziell berücksichtigt. **Grundkonzepte des EFQM-Modells für Excellence** sind (1) Ergebnisorientierung, (2) Kundenorientierung, (3) Führung und Zielkonsequenz, (4) Management mittels Prozessen und Fakten, (5) Mitarbeitendenentwicklung und -beteiligung, (6) kontinuierliches Lernen, (7) Innovation und Verbesserung, (8) Entwicklung von Partnerschaften sowie (9) soziale Verantwortung. Das Modell besteht aus den fünf **Befähiger**-Kriterien (s.o.) sowie den vier Ergebnis-Kriterien (s.u.). Kernstück ist die sogenannte „RADAR“-Logik (s.u.), die Elemente von RADAR sind Results (Ergebnisse), Approach (Vorgehen), Deployment (Umsetzung), Assessment and Review (Bewertung und Überprüfung). Außer dem Ergebniskriterium beziehen sich alle Aspekte auf die Befähiger- Kriterien. 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** (s.u.) bezeichnet. Detaillierte Informationen zu Stiftung EFQM und zum EFQM-Modell für Excellence findet sich z.B. auf der deutschen Website der Organisation unter www.deutsche-efqm.de.

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").

Ergebnisse

Begriff aus dem **EFQM-Modell für Excellence** (s.o.). Das Ergebniskriterium wird noch einmal in (1) mitarbeitendenbezogene, (2) kundenbezogene und (3) gesellschaftsbezogene Ergebnisse sowie (4) Schlüsselegebnisse unterteilt. „Ergebnisse“ liefern Informationen über die Vergangenheit (z.B. Umsatz, Betriebsergebnisse). Ergebnisse fassen die erreichten Leistungen einer Organisation zusammen; diese sind immer abhängig von Befähigern, d.h. den Mitteln und Wegen, die genutzt werden. In einer exzellenten Organisation weisen die Ergebnisse positive Trends und/oder nachhaltig gute Leistungen auf. Voraussetzung dafür ist, dass eine Organisation sich Ziele setzt, die angemessen sind und diese dann tatsächlich erreicht oder sogar übertroffen werden. Die Leistungen der Organisation werden mit den entsprechenden Leistungen von anderen Organisationen (z.B. Konkurrenzunternehmen) verglichen, insbesondere mit Branchenbesten oder mit den Weltbesten („**Benchmarking**“, s.o.). Aus den Ergebnissen können in Lernprozessen wiederum Rückschlüsse über die **Befähiger** (s.o.), also die Vorgehensweisen eines Unternehmens gewonnen und Möglichkeiten für deren Verbesserung gewonnen werden. Wenn es die Identifikation von Verbesserungspotenzialen erleichtert, können Ergebnisse auch segmentiert, z.B. nach Kundengruppen oder Abteilungen, erhoben und ausgewertet werden.

Ethische Grundsätze

Von der Organisation festgelegte sittliche Grundsätze, Werte und Normen für Verhalten der Organisation gegen- über 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.

Evidenzbasiert

Gewissenhafte Anwendung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse steht, 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).

Excellence

Allgemein wird mit dem Begriff Exzellenz eine hervorragende Leistung, Verfassung oder Zustand beschrieben. Im Rückgriff auf das EFQM-Modell für Excellence (s.o.) wird der Begriff statt dem Wort „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 der Excellence (s.u.).

Finanzen

Die für das tägliche Geschäft der Organisation erforderlichen kurzfristigen Mittel und die Geldmittel aus verschiedenen Quellen, die für längerfristige Finanzierungen der Organisation benötigt werden.

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 Führungs- rolle in Teams oder in einem bestimmten Fachgebiet wahrnehmen.

Gesellschaft

Diejenigen Personen, die von der Organisation betroffen sind oder es meinen und nicht zum Kreis der Mitarbeitenden, Kunden und ihrer Partner gehören.

Grundkonzepte der Excellence

Ein Satz von Prinzipien und Idealen, auf denen das **EFQM-Modell für Excellence** (s.o.) basiert. Diese sind:

(1) Ergebnisorientierung, (2) Kundenorientierung, (3) Führung und Zielkonsequenz, (4) Management mittels Prozessen und Fakten, (5) Mitarbeitendenentwicklung und -beteiligung, (6) kontinuierliches Lernen, (7) Innovation und Verbesserung, (8) Entwicklung von Partnerschaften sowie (9) soziale Verantwortung. Das Konzept geht davon aus, dass die Berücksichtigung dieser Grundsätze der Organisation konkreten Nutzen bringt. Die Akzeptanz dieser Konzepte und ein „absolutes Engagement“ der Führungsverantwortlichen bei deren Umsetzung gelten als Voraussetzung dafür, Excellence zu erreichen. Die Orientierung an den genannten Konzepten soll zu bestimmten Verhaltensweisen, Tätigkeiten und Initiativen etc. führen, die auch als **umfassendes Qualitätsmanagement** (s.u.) bezeichnet werden.

ICF

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, erarbeitet von der WHO (Texte und Informationen unter 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** (s.o.).

Innovation

Allgemein: Erneuerung, Verbesserung, Neuerung durch frische Ideen. In Bezug auf QM wird darunter die praktische Umsetzung von (neuen) Ideen in neue Produkte, Dienstleistungen, Service, Prozesse, Strukturen, Systeme und Verhaltensweisen, z.B. auch soziale Interaktion verstanden. Für Innovationen spielen **Kreativität** (s.u.) und die Nutzung des Potenzials der Mitarbeitenden für die Entwicklung neuer Ideen eine wichtige Rolle.

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.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Begriff aus dem **umfassenden Qualitätsmanagement** (s.u.) und dort ein wichtiges Element. Ständiger Prozess zur Verbesserung der Leistungserstellung, der Kundenbetreuung, des Umfelds, 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 aktiv zu nutzen.

Kontrolle

Überprüfung von Verhalten und erzielten 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 und Kontrolle in einer Organisation verstanden.

Kreativität

Schöpferisches, erfinderisches Denken und Denkvermögen, d.h. die Fähigkeit, neuartige Gedanken und/oder Gedankenverbindungen bzw. Problemlösungen zu entwickeln, die noch nicht bekannt und nicht aus vorhandenen Erkenntnissen einfach analytisch ableitbar sind. Im QM versteht man darunter auch das Entwickeln von Ideen für neue oder verbesserte Arbeitsmethoden und/oder Produkte und Dienstleistungen.

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 Unternehmensphilosophie oder Selbstverständnis einer Einrichtung, formuliert die strategischen Ziele (Vision und Mission, s.u.) und die wesentlichen Orientierungen für die Art und Weise ihrer Umsetzung (Werte, s.u.) 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 Excellence (s.o.), die inhaltlich dem Leitbild entsprechen.

Leitlinien

Systematisch entwickelte, je nach Einrichtung individuelle Handlungsvorgaben, um Ärztinnen/Ärzten und Rehabilitand:innen bei ihrer Entscheidungsfindung über die Gesundheitsversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) in spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen. Anders als Richtlinien (s.u.) 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, Wertehaltungen und Basisannahmen. Das Erwerben und Verstehen von Informationen kann zur Verbesserung oder Veränderung führen. Lernorientierte Aktivitäten (Lernprozesse) einer Organisation sind z.B. Benchmarking (s.o.), Bewertungen und/oder Audits (s.o.) unter externer oder interner Führung und Studien über beste Praktiken (s.o.). Zu lernorientierten Aktivitäten gehören auch Schulungen und berufliche Weiterbildung.

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.

Management by Walking around

Management by Walking around ist eine Art der Unternehmenskommunikation, die dem direkten persönlichen Kontakt zwischen den Führungskräften der Einrichtung und den Mitarbeitenden besondere Bedeutung zumisst. Die Führungskräfte suchen ihre Mitarbeitenden an ihren Arbeitsplätzen auf und gewinnen somit außerhalb von Meetings ein Bild der Mitarbeitenden in ihrer „natürlichen Umgebung“. Außerdem haben die Mitarbeitenden die Möglichkeit, die Führungskräfte direkt anzusprechen.

Managementsystem

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

Mission

Der Auftrag einer Organisation oder eines ihrer Teile, Beschreibung des Zwecks der Organisation, der ihre Existenz rechtfertigt. Die „Mission“ ist im allgemeinen Teil des Leitbilds (s.o.). 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 Teilzeitmitarbeitender, befristet beschäftigte Personen und Beschäftigte auf Honorarbasis (Gegensatz: Praktikant:innen, ehrenamtlich Arbeitende).

Nachhaltige Excellence

Begriff aus dem EFQM-Modell für Excellence (s.o.) und dem umfassenden Qualitätsmanagement (s.u.). Das Management einer Organisation, die Excellence erreichen will, ist auf Nachhaltigkeit orientiert und versucht, exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeitende und Gesellschaft zu erreichen, die langfristig stabil sind, also über mehrere Jahre bleiben oder sich noch weiter verbessern. Voraussetzung für Nachhaltigkeit ist die Vermeidung von Überlastung, ein schonender Umgang mit Ressourcen (ökonomisch, ökologisch, sozial) und die Orientierung auf eine zukunftssichere Entwicklung. Nachhaltige Excellence soll z.B. zu nachhaltiger Kundenzufriedenheit und damit zu langfristigen Geschäftserfolgen führen. Werden diese erreicht, bewirken sie gleichzeitig auch nachhaltigen Nutzen für die Mitglieder der Organisation.

Partnerschaften und Ressourcen

Im Sinne des **EFQM-Modells für Excellence** (s.o.) 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) (s.o.). Der **PDCA-Zyklus** setzt einen standardisierten und damit stabilen Prozess voraus. Die gleiche Logik wie im **PDCA-Zyklus** findet sich auch im **RADAR-Zyklus** (s.u.) des **EFQM-Modells für Excellence** (s.o.).

Planung

Für ein Management bedeutet Planung zunächst generell vorbereitendes Durchdenken und das Festlegen zu- künftigen 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 (s.u.) der Organisation und ist mit ihren anderen Vorgehensweisen angemessen verknüpft.

Politik und Strategie

Begriff aus dem EFQM-Modell für Excellence (s.o.), eines der Befähiger-Kriterien (s.o.). Politik und Strategie be- zieht sich auf die Art und Weise, wie eine Organisation ihre Mission (s.o.) und Vision (s.u.) umsetzt, basierend auf den Bedürfnissen der wichtigsten Interessengruppen und unterstützt durch wirk- same und langfristig ausgerichtete Vorgehensweisen, Pläne, kurz- und langfristige (=operative und stra- tegische) Ziele sowie Prozesse.

Prozess

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

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 Ver- besserung der Leistungserbringung treffen. Der Qualitätszirkel erarbeitet in eigener Verantwortung Vor- schläge zur Verbesserung der Arbeitsabläufe oder der Qualität. Die Arbeitsweise der Zirkel zeichnet sich v.a. durch Freiwilligkeit, Erfahrungsbezogenheit, kollegialen Diskurs, Kontinuität und selbst gewählte The- men 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** (s.o.).

Qualitätszirkel

Kleinere Gruppen („Zirkel“) von Mitarbeitenden (in der Regel 5-10) eines oder mehrerer Arbeitsbereiche, die sich regel-mäßig 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).

RADAR

Kernstück des **EFQM-Modells für Excellence** (s.o.). Die Elemente der sogenannten „RADAR“-Logik sind **R**esults (Ergebnisse), **A**pproach (Vorgehen), **D**eployment (Umsetzung), **A**sessment and **R**eview (Bewertung und Überprüfung), mit denen der Reifegrad der Organisation gemessen wird. Außer dem Ergebniskriterium beziehen sich alle Aspekte auf die Befähiger-Kriterien. **RADAR** ist eine Bewertungsmethodik, mit deren Hilfe sowohl die Qualität der Ergebnisse als auch die Effizienz des zielgerichteten Vorgehens gemessen werden kann. Die Bewertung nach **RA- DAR** entspricht der gleichen Logik wie der **PDCA-Zyklus** (s.o.).

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").

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, s.o.) 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-, Mitarbeitenden- oder gesellschaftsbezogenen Ergebnissen erfasst.

Schlüsselprozesse

Schlüsselprozesse sind die zentralen Prozesse, die zur Erstellung und Abnahme der für eine Organisation spezifischen Angebote und Dienstleistungen führen, in einer Reha-Einrichtung wären dies die Reha-Maßnahmen zur Wiederherstellung/Verbesserung der Gesundheit der Rehabilitand:innen, die die Einrichtung 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.

Selbstbewertung

Bei der Selbstbewertung überprüft und bewertet die Einrichtung selbst anhand eines Kriterienkatalogs (z.B. dem IQMP-Reha) ihre Arbeit in einem festgelegten, vergangenen Zeitraum (z.B. letztes Jahr). Sinnvollerweise geschieht dies in Form von Teamarbeit, d.h. es werden verantwortliche Mitarbeitende benannt und ggf. geschult, die dann die Situation in der Einrichtung erheben und auswerten. Die schließlich vorgenommene Bewertung sollte Ergebnis von Diskussionen mehrerer Mitarbeitenden sein und auch durch eine ausreichende Zahl guter Nachweise belegt werden, die später einer Überprüfung im Rahmen der **Visitation** (s.u.) des Zertifizierungsunternehmens standhalten und für dessen Mitarbeitende, welche im Rahmen des **Audits** (s.o.) die Einrichtung begehen und den Selbstbewertungsbericht überprüfen, nachvollziehbar sind. Die Selbstbewertung nach IQMP-Reha dient als Grundlage für die Arbeit der Zertifizierer. Eine regelmäßige und selbstkritische Selbstbewertung ist aber gleichzeitig auch notwendiger Teil eines hausinternen QM, welches auf einen **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** (s.o.) ausgerichtet ist.

Standard

Ein Standard ist ein breit akzeptiertes und angewandtes, formalisiertes oder nicht-formalisiertes 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** (s.o.), wird jedoch auch synonym zu **Leitlinie** (s.o.) verwendet.

Strukturierte Verfahren

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

Umfassendes Qualitätsmanagement (engl: Total Quality Management TQM)

Ein Qualitätsmanagementkonzept, welches über Normen wie z.B. DIN EN ISO 9001:2000 noch herausgeht. Einbezogen werden die Belange aller Interessengruppen (z.B. Mitarbeitenden, Rehabilitand:innen, aber auch Umwelt/Gesellschaft). Überprüft wird nicht nur, ob die angewandten Prozesse geeignet sind, sondern auch, welche Ergebnisse tatsächlich erzielt werden. Umfassendes Qualitätsmanagement ist außerdem auf **Nachhaltigkeit** (s.o.) ausgerichtet, d.h. gute Ergebnisse müssen über mehrere Jahre erreicht werden, um eine hohe Bewertung zu erlangen. Im Mittelpunkt von umfassendem Qualitätsmanagement steht Qualität, abgezielt wird auf langfristigen Geschäftserfolg durch Kundenzufriedenheit und auf den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und der Gesellschaft. Erforderlich dafür ist eine das ganze Unternehmen erfassende, gelebte Qualitätsphilosophie, die auch auf einen **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** (s.o.) ausgerichtet ist. Das **EFQM-Modell für Excellence** (s.o.) bezieht sich mit seinen **Grundkonzepten der Excellence** (s.o.) ebenfalls auf das umfassende Qualitätsmanagement.

Umsetzung

Die Umsetzung ist der planerische Schritt zwischen Zielfestlegung und Durchführung. Nach der Formulierung einer **Vision** (s.u.) ist sie der nächste Schritt, um die selbst gesetzten Ziele zu realisieren. Die Vorgaben aus der Vision werden in konkrete Einzelschritte formuliert (Vorgehensweisen), die für die Erreichung notwendig sind. In einer exzellenten Organisation bedeutet dies, entsprechende Vorgehen in allen relevanten Bereichen einzuführen, wobei dies strukturiert und systematisch erfolgt. 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 Excellence** (s.o.) erfolgt in Bezug auf die sogenannten **Befähiger-Kriterien** (s.o.) Mitarbeiter, Politik und Strategie, Partnerschaften und Ressourcen, sowie die **Ergebnis-Kriterien** (s.o.) mitarbeitenden-, kunden- und gesellschaftsbezogene Ergebnisse.

Vision

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

Visitation

Begehung der Einrichtung durch Mitarbeitende („Visitoren“, bei anderen QM-Verfahren auch „Auditoren“ genannt) eines Zertifizierungsunternehmens, die die Arbeit der Einrichtung anhand des Kriterienkatalogs von IQMP-Reha untersuchen und ihre Ergebnisse an die Einrichtung rückvermitteln. Die Befunde der Visitoren aus der Visitation bilden schließlich die Grundlage dafür, ob sich das beauftragte Unternehmen für eine Zertifizierung (s.u.) ausspricht.

Wahrnehmung

Die Meinung eines Einzelnen oder einer Gruppe von Personen.

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 wider- spiegeln 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 (s.o.) der Einrichtung ihren Aus- druck. Eine mit Leitbildern verbundene Werteorientierung des Handelns ist damit auch ein selbstgeschaffenes 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 (bei IQMP-Reha drei Jahre). Nach deren Ablauf muss in einem erneuten **Audit** (s.o.) bzw. einer **Visitation** (s.o.) zur Rezertifizierung ein neues Zertifikat erworben werden.

Zertifizierung

Überprüfung durch eine anerkannte („akkreditierte“, s.o. **Akkreditierung**) Stelle, ob bestimmte definierte Anforderungen eingehalten werden. Es erfolgt die Bestätigung eines bestimmten Leistungsstandards durch eine außenstehende Institution, am Ende des Prüfprozesses wird eine Prüfbescheinigung (**Zertifikat**, s.o.) ausgestellt. Der Zertifizierungsprozess stellt eine formale Überprüfung des Qualitätssicherungssystems und der Abläufe dar, ohne die Qualität der Leistung inhaltlich zu beurteilen. Eine genauere Beschreibung des (zeitlichen und inhaltlichen) Ablaufs der Zertifizierung nach IQMP-Reha findet sich in Kapitel II.

VII. Abkürzungsverzeichnis

ADL	activity of daily life	EU	Europäische Union
AHB	Anschlussheilbehandlung	HACCP	Lebensmittelhygieneverordnung nach dem „Hazard Analysis Critical Control Point“-System
AR	Anschlussrehabilitation	ICF	International Classification of Functioning
AU	Arbeitsunfähigkeit	KIQ	Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken	KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus MAAS-BGW Management- anforderungen der BGW zur Arbeitsschutz
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	QM	Qualitätsmanagement
BG	Berufsgenossenschaft	QS	Qualitätssicherung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	QMS	Qualitätsmanagementsystem
DAkks	Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH	qu.int.as®	Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.	SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
DIN EN ISO	Europäische Norm, in die eine Internationale Norm (ISO-Norm) unverändert übernommen wurde und deren Deutsche Fassung den Status einer Deutschen Norm hat	WHO	World Health Organization
DRV	Deutsche Rentenversicherung		
EFQM	European Foundation for Quality Management		

IQMP-REHA
Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

Friedrichstraße 60, 10117 Berlin, Telefon: +49 30 2400899-0, Telefax: +49 30 2400899-30 info@iqmg-berlin.de

www.iqmg-berlin.de und www.bdpk.de

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Uwe Koch-Gromus (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Bei der Entwicklung des IQMP-Reha-Manuals haben folgende Personen und Institutionen mitgewirkt (Aufzählung in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Ralf Bürgy
Peter Clausing
Marita Enge
Christian Fleckenstein
Werner Geiger

Günther Knauer
Dr. Herfried Kohl
Manfred Kruschel
Friedel Mägdefrau
Thomas Müller

Prof Dr. med. Werner Müller-Fahrnow
Ralf Obermeier
Yildiz Okay
Dr. Axel Paeger
Erich Reifinger
Dipl. Pflegewirtin Beate Reineke

Dr. Jens Rieger
Jörg Rieger
Dr. Anke Sass
Prof. Dr. Joachim Schubert
Dr. phil. Karla Spyra
Dr. Friederike Stockmann
Dr. Edwin Toepler

Theo Vorländer
Prof. Dr. med. Rolf Wahl
Dipl. Psych. Therese Walter

MediClin GmbH & Co. KG
Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA
RC Management Consult GmbH
Witzenhausen-Institut GmbH
Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V. und Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH
Verband der Privatkliniken NRWe.V.
LGA InterCert GmbH
NIS-Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH
Landesverband der Privatkliniken Hessen und Rheinland-Pfalz e.V.
Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.
SAMA
Charité Berlin

NIS-Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH
MEDIAN Unternehmensgruppe BV & Co. KG
AMEOS Holding AG
Holl GmbH
Charité Berlin

Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA
Rhön Klinikum AG
Charité Berlin
SSB Consult, Kaiserslautern sowie Universität Witten/Herdecke
Charité Berlin
Lielje Gruppe
Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V. SAMA, Stuttgart
RC Management Consult GmbH
Luisenklinik
Charité Berlin

Weitere Informationen erhalten Sie über:

Institut für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen – IQMGGmbH

Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin

Telefon: +49 (30) 2400899- 0

Telefax: +49 (30) 2400899- 30

E-Mail: info@iqmg-berlin.de

www.iqmg-berlin.de und www.bdpk.de



Institut für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen GmbH