

# IQMP REHA

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

#### **Nutzungsbedingungen**

Die Kommentierung darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch kopiert und zitiert werden. Die Urheberrechte liegen bei den Autor:innen. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von

Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autor:innen ausdrücklich verboten.

2. Auflage Dezember 2025

## Inhalt

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

# Erläuterungen zur Selbstbewertung

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

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

## Was beinhaltet der Selbstbewertungsbericht?

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

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

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

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

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

Durch eine Darstellung in textlicher Form bietet sich insbesondere auch die Chance, individuelle klinikeigene Lösungen zu präsentieren und zu untermauern, die ggf. nicht den „Standardmethoden“ entsprechen,

aber in der Zielerreichung durchaus wirksam sind (z.B. anstelle von einzelnen Teambesprechungen gemeinsame „Morgenrunden“ mit allen Mitarbeitenden oder in Teilbereichen). Hier ist besonders auf eine klare nachvollziehbare Darstellung zu achten.

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

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

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

## Welche Informationen zur Selbstbewertung der Ergebniskriterien erhält das Zertifizierungsunternehmen?

Die konkret erreichten Ergebnisse sind für den Zertifizierer nicht relevant. Die Darstellung der gemessenen Ergebnisse gegenüber dem Zertifizierer ist daher möglich, aber nicht verpflichtend. Relevant ist lediglich der Umstand, ob Ergebnisse gemessen wurden und wie die Einrichtung mit den daraus gezogenen Erkenntnissen umgeht. Dies wird in der Dimension "Bewertung" im Rahmen der Bewertung des jeweiligen Befähigerkriteriums dargestellt.

Die Darlegung der Ergebniskriterien im Selbstbewertungsbericht stellt dabei einen Nachweis dar, der wie andere Nachweise auch, im Rahmen des Audits eingesehen werden kann und entsprechend anzugeben ist. Die Darlegung der Ergebnisse und ggf. ein Vergleich mit dem Vorjahr erweist sich als sinnvoll, um eine konsequente Durchführung des PDCA-Zyklusses nachvollziehen zu können. Anhand der konkreten Ergebnisse im Vergleich kann besser beurteilt werden, ob die umgesetzten Maßnahmen sinnvoll und erfolgreich waren.

→ Dies betrifft die Seiten 13 – 15 und 23-25 im Manual

### Weitere häufig gestellte Fragen

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

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

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

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

→ Dies betrifft die Seiten 14 f. und 21 im Manual

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

Eine QM-Dokumentation in Form eines QM-Handbuchs ist im Sinne der notwendigen Zertifizierungs voraussetzung nicht zwingend erforderlich, kann aber für die Strukturierung der Dokumentation genutzt werden. Der Indikator 5a1 Nr. 3 verlangt die Dokumentation wesentlicher Kernprozesse und schreibt keine besondere Form dafür vor.

Das Erreichen höherer Qualitätsstufen erfordert jedoch eine Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen mit Regelungen zu Angemessenheitsprüfungen, Aktualisierungen, Verfügbarkeit, Lesbarkeit der Dokumente und Aufzeichnungen. Auch das BAR-Kriterium 5.2.1 schreibt keine spezifische Form vor.

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

→ Dies betrifft die Seite 69 im Manual

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

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

→ Dies betrifft die Seiten 70-73 im Manual

## Konkretisierung der Qualitätsstufen

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

## Definition der Begrifflichkeit "Nachweise"

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

Nachweise sind Dokumente oder Aufzeichnungen.

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

Beschreibung des Unternehmens, Beschreibung des Qualitätsmanagements, Unternehmensstrategie, Organigramm, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, medizinische Leitlinien, Checklisten zum Abarbeiten, u.a. „Aufzeichnungen“ beziehen sich auf den Einzelfall. Beispiele für Aufzeichnungen sind Rehabilitandenakten, Sitzungsprotokolle, Befundberichte, ausgefüllte Checklisten, u. a. Nachweise belegen die praktische Umsetzung der Anforderungen in den Indikatorbereichen.

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

### Beispielhafte Zuordnung von Nachweisen zum PDCA-Zyklus

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

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

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

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

## Beispielhafte Auflistung von Nachweisen

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

### 1. Führung

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

1a (1-3)	Führungskräfte erarbeiten mit den Mitarbeitenden ein Leitbild mit einem spezifischen Selbstverständnis und Zielvorstellungen und agieren als Vorbilder der Unternehmenskultur.	
1a1	Leitbild und Klinikziele	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die (Weiter-) Entwicklung des Leitbildes geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Leitbild</li> <li>• Dokumentation der Leitbildentwicklung</li> <li>• Haus- und Klinikzeitschrift</li> <li>• Teilnehmerlisten von Mitarbeitendenversammlungen</li> <li>• Frage XY im Rehabilitandenfragebogen, bzw. Mitarbeitendenfragebogen</li> <li>• Ergebnisse zur Bekanntheit, Transparenz und Umsetzung des Leitbildes im Klinikalltag</li> <li>• Überarbeitungen des Leitbildes (Versionsstände)</li> <li>• Verfahrensanweisungen o.ä. zur regelhaften Überprüfung des Leitbildes (oder entsprechende Festlegungen im Dokumentenmanagement)</li> <li>• Ergebnisse der Leitbildüberprüfung durch interne Audits</li> </ul>
1.	Die Kunden-/Rehabilitandenorientierung wird im Leitbild berücksichtigt.	
2.	Der Bezug zur Rehabilitation wird deutlich (durch die Teilhabeorientierung gemäß § 37 SGB IX, funktionsbezogene Therapie u.a.).	
3.	Das Leitbild enthält Ausführungen zum Thema Qualität/Qualitätsmanagement.	
4.	Das Leitbild wird unter Mitwirkung und Anregung in der Einrichtung arbeitender Personen erarbeitet.	
5.	Die Führung ergreift Maßnahmen, um das Leitbild umzusetzen.	
6.	Das Leitbild wird von der Führung für alle Mitarbeitenden und Kunden transparent gemacht.	
7.	Das Leitbild dient der eindeutigen Positionierung am Markt.	
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	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch ein strukturiertes Verfahren die Werteorientierung geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitätsziele</li> <li>Regelungen zum Umgang mit Kooperationspartnern und Rehabilitand:innen</li> <li>Einladung zum Workshop</li> <li>Festlegungen zur Unternehmensphilosophie/ Unternehmensethik ggf. in Führungsgrundsätzen, Pflegeleitbild/-philosophie o.ä.</li> <li>Ergebnisse aus Rehabilitandenbefragungen, Beschwerdemanagement, internen Audits</li> <li>Medizinisches Rehabilitationskonzept</li> </ul>
1. Die Führungskräfte erarbeiten, dokumentieren und verbreiten eine Unternehmensethik, 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	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren (z.B. Standards, Konzepte) die Wirksamkeit des Führungsverhaltens geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organigramm</li> <li>Weiterbildungsplanung (insbesondere für Führungskräfte)</li> <li>Teilnehmerlisten von Mitarbeitendenversammlungen</li> <li>Workshopdokumentation</li> <li>Schulungsnachweise zum Führungskräftetraining</li> <li>Dokumente zur Umsetzung der 80/20-Regel</li> <li>Balanced Scorecard</li> <li>Führungskonzept (evtl. als Bestandteil des Arbeitsvertrages der Führungskräfte)</li> <li>Festlegungen zu Leistungsbesprechungen</li> <li>z.B. in einer Besprechungsmatrix</li> </ul>
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.	
5. Das Führungskonzept enthält explizite Regelungen zum Qualitätsmanagement.	
6. Die Führungskräfte nutzen die anerkannten Managementwerkzeuge zur Priorisierung von Verbesserungsmaßnahmen (z. B. 80/20-Regel, Balanced Scorecard).	

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

1b (1-3)	Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Einrichtung.	
1b2	Sicherstellen eines Prozesses für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren ein Prozess für die Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen geregelt und sichergestellt?</i></p> <p>4. Die Führungskräfte stellen dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung trägt.</p> <p>5. Rückmeldeverfahren an die Leitung sind geregelt.</p> <p>6. Die Führungskräfte gewährleisten die Bestellung einer qualifizierten Person als QM-Beauftragte, die mit den erforderlichen sachlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen ausgestattet wird.</p> <p>7. Die/Der Qualitätsmanagementbeauftragte wird von den Führungskräften schriftlich mit seinen Aufgaben sowie Befugnissen benannt und für alle Beteiligten transparent gemacht.</p>		
1b3	Sicherstellen der Verbesserung des Managementsystems	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Verbesserung des Managementsystems geregelt und sichergestellt?</i></p> <p>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.</p>		

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, rehazpezifisch und perspektivorientiert zu bearbeiten.	
1c (1-2)	Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft.	
1c1	Öffentlichkeitsarbeit	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der Führung die Öffentlichkeitsarbeit geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualitätsbericht</li> <li>– Publikationen</li> <li>– Broschüren</li> <li>– Flyer</li> <li>– Zeitungsausschnitte</li> <li>– Rundfunk/TV</li> <li>– Veranstaltungen</li> <li>– Internet</li> <li>– Programme von Seminaren, Tagungen und Konferenzen</li> <li>– Besuchsplanung</li> <li>– Marketingplan</li> <li>– Organigramm in dem die Einbindung der Öffentlichkeitsarbeit/Marketing in die Gesamtstruktur des Unternehmens deutlich wird</li> </ul>
1.	Von der Führung der Einrichtung wird eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung von Informationen über die Einrichtung (z.B. Broschüren/Flyer, Publikationen, Rundfunk/TV, Veranstaltungen, Internet, 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	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren/ grund-sätzliche Bestrebungen die Entwicklung von Partnerschaften (z.B. niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte/Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetz-lichen 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/Selbst- hilfegruppen, Lieferanten, regionale Leistungsanbieter, Pflegedienste, Sozialdienste, Arbeitsämter, Berufshelfer:innen der BG, Rehabilitationsberater:innen, Berufsförderungswerke, Behörden und Politik) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsverträge mit Krankenhäusern</li> <li>• Kooperationsverträge mit Schulen</li> <li>• Liste der Fortbildungsveranstaltungen</li> <li>• Nachweise über die Pflege von Kooperationen (CRM-System = Customer Relationship Management -System)</li> <li>• Akquiseplanung</li> <li>• Planung von Kostenträgerkontakten</li> <li>• Protokolle von Kostenträgergesprächen</li> <li>• Hinweise auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Gespräche</li> <li>• gemeinsame Beratungen</li> <li>• Arbeitsgruppen</li> <li>• Foren mit Partnern</li> <li>• öffentliche Veranstaltungen</li> </ul> </li> </ul>
1.	Die Führungskräfte nehmen Möglichkeiten und Foren wahr, um neue Partner für die Einrichtung zu akquirieren, Partnerschaften aufzubauen und eine aktive Zusammenarbeit anzustreben (z.B. durch Organisation von persönlichen Gesprächen, gemeinsamen Beratungen, Arbeitsgruppen, Foren).	
2.	Das Vorgehen der Führung unterstützt die Interessen der Rehabilitand:innen.	
3.	Das Vorgehen der Führung unterstützt die Politik und Strategie des Unternehmens.	
1d (1)	Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeitenden des Hauses und erkennen ihre Leistungen an.	
1d1	Motivierende und anerkennende Führungsarbeit	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist eine motivierende und anerkennende Führungsarbeit geregelt und sichergestellt (Erhebung z.B. durch mündliche oder schriftliche Mitarbeitendenbefragungen)?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelungen zu Mitarbeitendengesprächen</li> <li>• mitarbeitendenbezogenes Beschwerdemanagement</li> <li>• Konzept für Vorschlagswesen und Verbesserungsmanagement</li> <li>• Kommunikationskonzept</li> <li>• Etabliertes Gesundheitsmanagement</li> </ul>
1.	Die Führungskräfte verhalten sich mitarbeitendenorientiert und vertrauensfördernd.	

2.	Die Mitarbeitenden werden von der Führung in Entscheidungsprozesse einbezogen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mitarbeitendenbefragung</li> <li>– Dokumentation von Mitarbeitendengesprächen</li> <li>– Liste der Teilnehmenden der MA-Versammlung</li> </ul>
3.	Die Führungskräfte verbinden die Interessen der Mitarbeitenden und die des Unternehmens in angemessener Form.	
4.	Die Führungskräfte wenden Methoden an (z.B. Management by walking around), um eine offene Kommunikation mit und zwischen den Mitarbeitenden (berufsgruppenspezifisch und -übergreifend) zu fördern bzw. beugen Negativeffekten (z.B. Mobbing und Burnout-Syndromen) vor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protokolle von Teambesprechungen</li> <li>– Protokolle von Qualitätszirkeln/ Qualitätsausschüssen oder Lenkungsgruppen</li> </ul>

1e (1)	Führungskräfte erkennen und meistern den Wandel der Organisation.	
1e1	Veränderungen managen	Beispiele für Nachweise
	<p><i>Inwieweit ist eine angemessene Reaktion auf externe (z.B. Reha-Träger, niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte/Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte, Markt, Gesundheitspolitik/Gesetze) und interne Veränderungswünsche und -fordernisse (z.B. Mitarbeitende, Rehabilitand:innen) geregelt und sichergestellt?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beschwerdemanagement</li> <li>– Nachweise zum Umgang mit veränderten Anforderungen an die Leistungserbringung</li> <li>– Rehabilitandenbefragungen</li> <li>– Protokolle zur Therapiekonzeptaktualisierung</li> <li>– Einladung zur Führungstagung</li> <li>– Kostenträgerstatistik</li> <li>– Belegungsmeldungen</li> <li>– KTL-Statistik</li> <li>– Systematisches Projektmanagement</li> <li>– Besprechungsprotokolle (z.B. aus Leitungsrunden, Lenkungsausschüssen o.ä.)</li> <li>– Berichtswesen und Controlling</li> </ul>
1.	Die Führungskräfte erkennen interne und externe Veränderungswünsche mit Bedeutung für die Rehabilitationseinrichtung.	
2.	Die Führungskräfte identifizieren die nötigen Veränderungen und legen sie fest. Dabei werden die Interessengruppen einbezogen.	
3.	Die Verfügbarkeit von Ressourcen (finanzielle u.a.) ist von der Führung sichergestellt.	
4.	Die Führungskräfte setzen Veränderungen effektiv um und kommunizieren sie den 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	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren oder Regelungen die regelmäßige Wahrnehmung und Erfassung der Markt- und Wettbewerbsinformationen geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protokolle der Klinikleitungssitzungen</li> <li>– Protokolle des Qualitätsausschusses</li> <li>– Teilnahme an Verbands- und Fachgruppenveranstaltungen</li> <li>– Kontaktdatenbank (CRM-System)</li> <li>– Berichtswesen/Reports zu Marktentwicklungen</li> </ul>
1.	Die gesundheitspolitischen Entwicklungen werden systematisch verfolgt und analysiert.	
2.	Es werden Methoden angewendet, um Markt- und Wettbewerbsinformationen, die für die Politik und Strategie des Hauses von Bedeutung sein können, vorausschauend zu erfassen und in Konzepten zu berücksichtigen.	
3.	Gewonnene Informationen werden auf neue oder erweiterte Möglichkeiten der eigenen Einrichtung analysiert (z.B. zur Entwicklung neuer Behandlungs- und Therapiekonzepte, innovative Dienstleistungen).	
4.	Die am Markt bestehende rehaspezifische Nachfrage (Indikationsspektrum) wird mit den Angeboten der Einrichtung abgeglichen.	

2a2	Bedürfnisse und Erwartungen der Interessensgruppen zu Grunde legen	Beispiele für Nachweise
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren sichergestellt, dass Bedürfnisse und Erwartungen der Interessensgruppen zu Grunde gelegt werden?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Investitionsplan</li> <li>– Protokolle der Fachgruppen</li> <li>– Rehabilitandenbefragung</li> <li>– Ergebnisse der externen Qualitätssicherung</li> <li>– Auswertung des Beschwerdemanagements</li> <li>– Analyse der Vertragsunterlagen: Dokumentation der SOLL-Anforderungen – Integration in Klinikprozessen</li> </ul>
1.	Die Bedürfnisse und Erwartungen aller Interessengruppen werden regelmäßig vorausschauend erfasst.	
2.	Potenzielle Chancen und Risiken werden bewertet und erforderliche Maßnahmen in der Politik und Strategie der Einrichtung berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berichte/Protokolle von Managementbewertungen und Zielplanungen</li> <li>– Übersicht über Interessensgruppen</li> <li>– Risikoanalysen/Risikobewertungen</li> <li>– Darstellung und Bewertung der Chancen</li> <li>– FMEA (Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse)</li> </ul>

2b (1-3)	Politik und Strategie beruhen auf Informationen aus eigenen Leistungsmessungen, Marktforschung, Erfahrungen sowie lernorientierten und kreativen Aktivitäten.	
2b1	Einrichtungsinterne Leistungs- und Qualitätsindikatoren auswerten	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Auswertung von einrichtungsinternen Leistungs- und Qualitätsindikatoren geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Rehabilitandenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> </ul>
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Rehabilitandenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> </ul>
2.	Die Methoden sind auf die Bedürfnisse aller Interessensgruppen ausgerichtet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Rehabilitandenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> </ul>
3.	Für die verschiedenen Bereiche der medizinischen Rehabilitation werden Leistungsindikatoren festgelegt, gesammelt und ausgewertet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Rehabilitandenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> </ul>
4.	Es werden Managementinstrumente zur Sammlung und Auswertung von internen Leistungsindikatoren genutzt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- interne Audits</li> <li>- jährliche Qualitätsplanung</li> </ul> </li> <li>• Assessment</li> <li>• Visite</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• Interne Audits/Prozessaudits</li> <li>• Rehabilitandenfragebogen</li> <li>• internes Peer-Review</li> <li>• Supervision</li> <li>• interdisziplinäre Therapiebesprechung</li> </ul>

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

2c (1)	Politik und Strategie werden entwickelt, überprüft und aktualisiert.	
2c1	Entwickeln von Politik und Strategie	Beispiele für Nachweise
<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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unternehmensleitbild</li> <li>• Ziele und Zielbewertung</li> <li>• Dokumente zur Ziel- und Strategieplanung</li> <li>• Rehabilitations- und Therapiekonzepte</li> <li>• QM-Maßnahmenplan der Abteilungsziele</li> <li>• QM-Dokumentation</li> <li>• Q-Zirkel</li> <li>• Qualitätsberichte</li> <li>• IQMP-Reha-Selbstbewertung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Übersicht über (Leitungs)-Besprechungen bzw. Kommunikations-/Besprechungsmatrix</li> <li>• Protokolle der (Leitungs-)Besprechungen</li> </ul>
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.	<b>Das Einrichtungskonzept beinhaltet Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse).</b>	
6.	<b>Im Einrichtungskonzept wird das Leistungsspektrum dargestellt.</b>	
7.	Leistungsangebote, die vom Anwendungsbereich der angewendeten Qualitätsnorm ausgeschlossen sind, werden schriftlich festgelegt.	
8.	<b>Im Einrichtungskonzept und im indikations-spezifischen 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.</b>	
9.	<b>Das Einrichtungskonzept und das indikations-spezifische Rehabilitationskonzept entsprechen dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand.</b>	

10.	<p>Das Einrichtungskonzept und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept werden von den Führungskräften schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart und dienen allen Mitarbeitenden als Handlungsorientierung.</p>	
11.	<p>Das Einrichtungskonzept und das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept werden regelmäßig intern überprüft, ggf. neuen Anforderungen (der Kostenträger) angepasst und aktualisiert.</p>	
12.	<p>Politik und Strategie sind mit den Schlüsselprozessen der Rehabilitation verknüpft (Indikationsspektrum, indikationsbezogene Therapieangebote, Behandlungsziele, Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge).</p>	
13.	<p>Die Politik und Strategie werden den Mitarbeitenden der Einrichtung transparent gemacht und sind bekannt (z.B. Jahresberichte, Qualitätsberichte).</p>	
14.	<p>Zur Umsetzung werden auf allen Ebenen der Einrichtung (z.B. Abteilungen, Funktionsbereiche) Managementmethoden genutzt.</p>	
15.	<p><b>Die Erreichung von Qualitätszielen wird evaluiert, die Ergebnisse dokumentiert und gegebenenfalls aktualisiert.</b></p>	
16.	<p><b>Ein strukturiertes Risiko- und Chancenmanagement wird bei der Weiterentwicklung von Politik und Strategie herangezogen.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement mit definierten Handlungsfeldern (bspw. betriebswirtschaftlich, medizinisch oder umweltbezogen)</li> <li>• Schriftlich geregeltes Verfahren zur Identifikation und Bewertung von Chancen und Risiken in festgelegten Handlungsfeldern unter Einbeziehung der Mitarbeitenden</li> <li>• Nachweise zur Durchführung von Risiko- und Chancenermittlung (z. B. jährliche Risikoinventur, Workshops zur Risikobewertung medizinischer Risiken, etc.)</li> </ul>

2d(1- 3)	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.	
2d1	Kommunizieren und sukzessives Umsetzen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Kommunikation und das sukzessive Umsetzen der Politik und Strategie geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitbild</li> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- innerbetrieblichem Vorschlagswesen</li> <li>- innerbetrieblicher Kommunikation</li> <li>- MA-Befragung</li> <li>- MA- oder Abteilungsgespräche</li> </ul> </li> <li>• Kommunikations- oder Besprechungsmatrix</li> <li>• Protokolle und Anwesenheitslisten interner Gremien und Leitungssitzungen</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• MA-Befragung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• QM-Ordner im Intranet, eigene QM-Seite</li> <li>• IT- Berechtigungsstrukturen Zugangsberechtigungen, Mailverteiler o.ä.</li> </ul>
1.	<p>Es werden alle notwendigen Informationen über Politik und Strategie – einschließlich über das Einrichtungskonzept der Einrichtung und den Partnern weitergegeben.</p>	
2.	<p>Die Informationen werden nutzeradäquat aufbereitet.</p>	
3.	<p>Es ist sichergestellt, dass die Qualitätsziele und die Zielerreichung in der Einrichtung transparent gemacht werden.</p>	
4.	<p>Es ist sichergestellt, dass alle, insbesondere die, die Entscheidungen treffen, die strategischen Ziele und den Weg, diese zu erreichen, kennen und umsetzen.</p>	
5.	<p>Es erfolgt eine regelmäßige Überwachung der Strategieumsetzung.</p>	

2d(1- 3)	Politik und Strategie werden kommuniziert und durch ein Managementsystem für die Prozesse umgesetzt.	
2d2	Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Entwicklung eines Managementsystems für die Prozesse (vgl. auch 5) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>– Verfahrensanweisungen, Standards, Arbeits- oder Dienstanweisungen</li> <li>– Prozessdarstellungen</li> <li>– Leitlinien</li> <li>– Medizinisches Konzept der jeweiligen Fachabteilung</li> <li>– überarbeitete Prozesse und</li> <li>– Regelungen zur Entwicklung des QM-Systems</li> <li>– Projektmanagement</li> <li>– Auditprogramm</li> <li>– Protokolle</li> <li>– Elektr. Dokumentationssystem für Prozesse</li> </ul>
1.	Der Anwendungsbereich des QM-Systems ist festgelegt 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 berufs- gruppenübergreifende 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	Beispiele für Nachweise
	<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 behandlungsbezo-gene wertschöpfende Prozesse) im Sinne der Politik und Strategie (vgl. 2c1) geregelt und sicherge-stellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>• Verfahrensanweisungen, Standards, Arbeits- oder Dienstanweisungen</li> <li>• Medizinisches Konzept der jew. Fachabteilung</li> <li>• Qualitätszirkel</li> <li>• Projektgruppen für Therapiemodule</li> <li>• Übersicht der Prozesseigentümer</li> <li>• Interne und externe Auditberichte</li> </ul>
1.	Die Kernprozesse werden durch hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Mitarbeit identifiziert und priori-siert.	
2.	<b>Für die Kernprozesse – einschließlich der Behandlungskonzepte – sind Prozessverantwortliche schriftlich be-nannt, die für die Erstellung, Prüfung, Freigabe, Pflege und Aktualisierung verantwortlich sind.</b>	
3.	Die Kernprozesse berücksichtigen die Bedürfnisse der Interessengruppen, ins- besondere die der Rehabili-tand:innen.	
4.	Die Kernprozesse sind untereinander und mit anderen Prozessen vernetzt.	
5.	Für die definierten Kernprozesse sind berufsgruppenübergreifende Leitli-nien, Standards oder Dienstanwei-sungen beschrieben.	
6.	<b>Die Konzepte werden regelmäßig überprüft, ggf. den neuen Anforde-rungen angepasst und aktualisiert.</b>	



### 3. Mitarbeitende

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

3a (1-2) Ressourcen der Mitarbeitenden werden geplant, gemanagt und verbessert.		
3a1	Personalbedarf planen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Personalbedarfsplanung im Sinne eines internen und externen Personalmarketings geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>- Wirtschaftsplan mit Personalplanung</li> <li>- Stellenpläne</li> <li>- Strukturerhebungsbogen der DRV Bund</li> <li>- Balanced Scorecard</li> <li>- Erhebung von/ Informationen zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluktionsraten</li> <li>- Personalausfallquoten</li> <li>- Mehrarbeit</li> <li>- Soll-Ist-Stunden-Differenz</li> </ul> </li> </ul>
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. Fluktionsraten, Personalausfallquoten, Mehrarbeit, Soll-Ist-Stunden- Differenz), die für eine Bewertung und Verbesserung der Personalplanung herangezogen werden.	
7.	Die reale Personalsituation wird regelmäßig mit der Leistungserbringung abgestimmt.	

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

	Leistungsanforderungen/Mindestqualifikationen erfüllt werden.	
4.	Es ist sichergestellt, dass die/der Qualitätsmanagementbeauftragte über die erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügt.	
5.	Der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter*innen wird mindestens einmal jährlich erhoben, geplant und durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Personalbedarfserhebung</li> <li>• Protokolle der Teamsitzungen zur Fortbildungsplanung</li> </ul>

3b2 Qualifikationen fördern und aufrechterhalten		Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeitenden in Bezug auf...</i>		
1.	<p>... 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) <b>Die Rehabilitationseinrichtung hat festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit die internen Teamfortbildungen durchgeführt werden.</b></p> <p>c) Die Auswahl der Inhalte ist geregelt (berufsgruppenspezifisch/-übergreifend, abteilungsspezifisch/-übergreifend, hierarchiespezifisch/-übergreifend).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Schulung und Weiterbildung</li> <li>• Konzernbetriebsvereinbarung</li> <li>• Themenliste der Fortbildung für Ärzte</li> <li>• Themenliste der internen Teamfortbildungen</li> <li>• Formulare zur Evaluation der Fortbildungen</li> <li>• Auswertungsdokumentation zur Evaluation der Fortbildungen</li> <li>• Liste aller: <ul style="list-style-type: none"> <li>- geförderten Fortbildungen und Dienstreisen</li> <li>- durchgeführten Supervisionstermine</li> <li>- bestellten Büchern, Zeitungen</li> </ul> </li> </ul>

3b (1-3)	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b2	Qualifikationen fördern und aufrechterhalten	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Qualifizierung der Mitarbeitenden in Bezug auf...</i>		siehe S. 30
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> <p>c) Es gibt Sicherungsmaßnahmen (z.B. Datenschutz, Urheberschutz), um die</p>	

	<p>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>
--	--

3b (1-3)	Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.	
3b3	Schulungs- und Entwicklungspläne erstellen und realisieren	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Schulung und Entwicklung von Mitarbeitenden ...</i>	
1.	<p>... 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>a) Die Rahmenbedingungen, wie Zeit, personelle Betreuung (Mentor:innen, Patenschaften) und Struktur (z.B. Anfangs-, Zwischen- und Endgespräch) sind klar geregelt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen)</li> </ul> <p>zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung</li> <li>- Weiterbildung</li> <li>- Einarbeitung neuer Mitarbeitenden</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortbildungsplan</li> <li>- Protokolle des Qualitätsausschusses/ der Qualitätskommission</li> <li>- Nachweise zur Mitarbeitendeneinarbeitung und -einführung</li> <li>- Mitarbeitendengespräche</li> <li>- Einarbeitungscheckliste Ärzte</li> <li>- Informationsmappe für neue Mitarbeitende</li> <li>- Laufzettel</li> <li>- Leitfadenentwurf für Mitarbeitendengespräche</li> <li>- Schulungsplan</li> <li>- Schulungspass</li> </ul>
2.	<p>... 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> <p>b) Es gibt ein standardisiertes Beurteilungssystem.</p> <p>c) Es werden Ziele vereinbart.</p> <p>d) Die individuellen Wünsche und Vorstellungen der Mitarbeitenden (z.B. Versetzung) werden erfragt, berücksichtigt und mit der Politik und Strategie der Einrichtung in Verbindung gebracht.</p> <p>e) Die Informationen aus den Personalentwicklungsverfahren werden mit der Planung von Fort- und Weiterbildung verknüpft.</p>	

3c (1-2)	Mitarbeitenden werden beteiligt und erhalten Möglichkeiten zum selbständigen Handeln.	
3c1	Eigeninitiative und Verbesserungsaktivitäten fördern	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Förderung von Eigeninitiativen und Verbesserungsaktivitäten geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitarbeitendenbeschwerdemanagement</li> <li>- Vorschlagswesen</li> </ul> </li> <li>• Kündigung von Betriebsvereinbarungen</li> <li>• Protokolle der Arbeitsgruppen</li> <li>• Auditberichte</li> </ul>
1.	Verbesserungsvorschläge der Mitarbeitenden im Sinne eines betrieblichen Vorschlagewesens werden berücksichtigt.	
2.	Den Mitarbeitenden werden Anreize (z.B. Lob und Anerkennung) gegeben, um Verbesserungsvorschläge anzuregen.	
3.	Den Mitarbeitenden/Teams/Abteilungen werden Möglichkeiten zur Verfügung gestellt, um innovative Verbesserungsvorschläge zu entwickeln und Mitarbeitendenbeteiligung zu ermöglichen.	
4.	Es ist sichergestellt, dass das Vorgehen über alleingeführt und bei allen Mitarbeitenden bekannt ist.	
5.	Es ist sichergestellt, dass die identifizierten Verbesserungsaktivitäten in den betreffenden Abteilungen umgesetzt werden.	
3c2	Zu selbständigem Handeln ermächtigen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermächtigung zu selbständigem Handeln geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle der Arbeits-/Projektgruppengruppen</li> <li>• Protokolle des Qualitätsausschusses</li> <li>• Festlegung der Verantwortlichkeiten z.B. in den Einarbeitungschecklisten für Ärzte</li> </ul>
1.	An einzelne Mitarbeitende und insbesondere Teams wird Projekt- oder Prozessverantwortung delegiert.	
2.	Die Verantwortungsübertragung ist durch vorbereitende Maßnahmen abgesichert und wird supervidiert.	

3d (1-2)	Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und der Einrichtung wird gestaltet.	
3d1	Kommunikation planen und ermöglichen	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung und Ermöglichung von Kommunikation und Sicherung von Wissen innerhalb der Einrichtung geregelt und sichergestellt (z.B. Kommunikationskonzept)?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu interner Kommunikation</li> <li>– Besprechungsmatrix</li> <li>– Maßnahmenlisten</li> <li>– Organigramm</li> <li>– Qualitätszirkel</li> <li>– Besprechungsprotokolle</li> <li>– Regelungen zum Lesen von Protokollen (Hörschuldt)</li> <li>– Auditprotokolle</li> <li>– Newsletter</li> <li>– „Monatsinfo“ mit Informationen aus QM</li> <li>– Beschwerdemanagement</li> <li>– Vorschlagswesen</li> <li>– Digitale Plattformen zur Kommunikation (z.B. Outlook o.ä.)</li> <li>– Fragen in der Mitarbeitendenbefragung zur Kommunikation und der Möglichkeit Ideen und Wünsche zu äußern (inkl. entsprechende Auswertungen)</li> <li>– Schriftliche Regelung zur Kommunikation und Vermittlung von Wissen innerhalb der Einrichtung</li> <li>– Interne Teamfortbildungspläne</li> </ul>
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	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Ermittlung des Kommunikationsbedarfs geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Die Kommunikationsbedürfnisse der Mitarbeitenden werden berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Mitarbeitenvorschlagswesen</li> </ul>
2.	Es gibt regelmäßige, strukturierte Verfahren (z.B. Befragung mittels Fragebögen, „Meckerkästen“) zur Sammlung von Ideen, Wünschen, Bedürfnissen und Beschwerden der Mitarbeitenden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betriebsvereinbarung zu Mitarbeitendengesprächen</li> <li>– Besprechungsmatrix</li> <li>– Protokolle der Sitzungen</li> <li>– Mitarbeitendenbefragungen (Fragen zur Kommunikation)</li> <li>– Auswertung Beschwerdemanagement</li> <li>– Rückmeldungen/Berichte des Betriebsrats</li> <li>– Regelung zum Beschwerdemanagement</li> </ul>
3.	Die Möglichkeiten der Stellungnahme sind in allen Bereichen umgesetzt und bei allen Mitarbeitenden bekannt.	

3e (1)		Mitarbeitenden werden anerkannt, belohnt und betreut.
3e1	Anerkennen, belohnen und betreuen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Belohnung und Sorge geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschreiben zur Grippeschutzimpfung</li> <li>• Mitarbeitendeangebote im Bereich der Gesundheitsprogramme (z. B. Qi-Gong, „Gesund Ernähren“ usw.)</li> <li>• Regelungen/Betriebsvereinbarungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement</li> <li>• Mitarbeitendenbefragung</li> </ul>
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 Gehaltssystem.	
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	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von externen und rehabilitandenbezogenen Partnerschaften geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen)</li> <li>• Kommunikationsmatrix</li> <li>• Ggf. Kooperationsverträge (zuweisende Kliniken u.a.)</li> <li>• Einweiser-Statistiken</li> <li>• Protokolle von Gesprächen mit Einweisern</li> <li>• Berichte Begehung durch Leistungsträger</li> <li>• Lieferantenlisten</li> <li>• Lieferantenbewertung</li> <li>• Teilnehmerlisten für Angehörigenseminare</li> <li>• CRM-System (z.B. Kontaktdatenbank)</li> <li>• Ergebnisse externer Qualitätssicherung</li> </ul>
1.	<p>Die Beziehungen zu:</p> <p>a) rehabilitandenbezogenen Partnern (z.B. einweisende Ärztinnen/Ärzte, weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Pflegedienste, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen, Angehörige) und</p> <p>b) weiteren externen Partnern (z.B. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopfersorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Rehabilitationsberater:innen, Arbeitsämter, Berufshelfer:innen der BG, Berufsförderungswerke, Gesundheitsministerien, Dienstleister) sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert.</p>	
2.	<p>Die Beziehungen zu Lieferanten sind identifiziert, gestaltet und dokumentiert (Lieferantenliste, System der Lieferantenauswahl).</p>	
3.	<p>Die Information und Kooperation zwischen der Einrichtung und externen Partnern sind geregelt und strukturiert.</p>	
4.	<p>Die Zusammenarbeit wird im Hinblick auf die Interessengruppen definiert und dokumentiert (z.B. durch Anforderungsprofile, Verträge, Produktanforderungen, Bewertungen, Leistungs- u. Rechnungsprüfungen, Einbeziehung in QMS).</p>	
5.	<p><b>Verschiedene Interessenlagen werden abgestimmt (Rehabilitand:in, Behandler:in, Leistungsträger, Selbsthilfe)</b></p>	

4b (1)	Finanzielle Ressourcen werden organisiert und gelebt.	
4b1	Organisieren von Finanzen und Investitionen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Finanzen und Investitionen geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Festlegung der Klinikziele/strategischen Ziele</li> <li>– Wirtschaftsplan/Investitionsplanung</li> <li>– Berichte des Controlling</li> <li>– Monatliche BWA (Betriebswirtschaftliche Auswertungen)</li> <li>– Angebote der externen Firmen für anstehende Investitionen</li> <li>– Betriebswirtschaftliches Risikomanagement</li> </ul>
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	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von Gebäuden und Einrichtungen geregelt und sichergestellt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept zur Instandhaltung</li> <li>• Gebäude- u. Bestandspläne</li> <li>• Flucht- und Rettungspläne</li> <li>• Wartungs- und Servicepläne</li> <li>• Investitionsplan</li> <li>• Prüfberichte</li> <li>• Messprotokolle</li> <li>• Begehungsprotokolle (Instandhaltung, Arbeitsschutz, Brandschutz u.ä.)</li> <li>• Protokolle des Arbeitsschutzausschusses</li> </ul>
1.	Es ist sichergestellt, dass die Gebäude im Hinblick auf Zustand und Funktion die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen (z.B. Konzept zur Instandhaltung, Gebäude- u. Bestandspläne) und die Politik und Strategie der Einrichtung optimal unterstützen.	
2.	Die Instandhaltung und Sicherheit des Gebäudes unter Einbeziehung der Hygiene- und Brandschutzhaltungsrichtlinien ist geregelt (z.B. Bestandteil der Jahresplanung, Wartungspläne, interne Rundgänge).	
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	Beispiele für Nachweise
	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Bestellen und Managen von Verbrauchs- und Investitionsmaterialien</li> <li>• BTM-Buch</li> <li>• BTM-Übergabeprotokoll</li> <li>• Lieferantenbewertung Apotheke</li> <li>• Lieferantenbewertung Labor</li> <li>• Übersicht über Beauftragte/Bestellungsurkunden Beauftragte</li> </ul>
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.	

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

4.	Den Zugangsberechtigten wird durch Einweisungen und Schulungen ein fundierter, transparenter und verantwortlicher Umgang mit der (Informations-)Technologie ermöglicht.	
5.	Spezifische Softwareprogramme (z.B. Reha-Be- reich, Gesundheitswesen) werden für die Prozesse zur Rehabilitandenversorgung (z.B. Dokumentation, Steuerung, Abrechnung) eingesetzt (z.B. Leistungsdokumentation, Schreibprogramm für Arztbriefe, Pflegeprozesspla-nung, Dienstplangestaltung, Personaleinsatz- planung).	

4e (1-3)		Informationen und Wissen werden gemanagt.
4e1	Managen von rehabilitandenbezogenen Informationen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Management von rehabilitandenbezogenen Informationen geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Führen der Rehabilitandenakte</li> <li>• Regelungen zur Archivierung (Archivordnung)</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Umgang mit dem Datenschutz</li> <li>• Rechte und Rollen von IT-Benutzern</li> <li>• Datenschutzverpflichtungen der Mitarbeitenden</li> <li>• Handzeichenliste</li> <li>• Schulungsnachweise zum Thema Datenschutz</li> </ul>
1.	Es gibt Regelungen zur Erfassung und zur Handhabung (z.B. Kennzeichnung, Führung, Verteilung, Aufbewahrung, Archivierung) von Rehabilitandendaten und rehabilitandenbezogenen Dokumenten.	
2.	Das Verfahren erlaubt allen Berechtigten jeder Zeit die Übersicht über den aktuellen Rehabilitanzustand und seine Behandlung (z.B. Verlauf, Maßnahmen, Besonderheiten).	
3.	Die Freigabe der Informationen bzw. Genehmigung vor Herausgabe der Daten ist geregelt.	
4.	Es existieren strukturierte, dokumentierte Regelungen (z.B. Dienstanweisung) zum Datenschutz und zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.	
5.	Die Anwender werden in Bezug auf das Verfahren/die Regelungen eingewiesen und geschult.	
6.	Das Verfahren ist überall umgesetzt und wird berufsgruppenübergreifend nachvollziehbar (z.B. Handzeichenliste) genutzt.	

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

## 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	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist sichergestellt, dass die Prozesse der Einrichtung durch strukturierte Verfahren optimal gestaltet und kontinuierlich verbessert werden?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Dokumentenmanagement (Herausgabe, Aktualisierung, Verbreitung, Archivierung)</li> <li>• Selbstbewertung</li> <li>• Interne Audit-Berichte</li> <li>• QM-Bericht</li> <li>• Dokumentation der Maßnahmenumsetzung (z. B. im Projektplan)</li> <li>• Prozesslandschaft, Übersicht</li> <li>• Übersicht Kommunikations-/Gremienstrukturen; Kompetenzmatrizen</li> <li>• Organigramm</li> <li>• Übersicht Qualitätszirkel</li> <li>• Dokumente Projektplanung</li> <li>• Schulungsplan/-nachweise zum QM</li> <li>• QM-Handbuch/QM-Geschäftsordnung</li> <li>• Darstellung von Risiken und Chancen für definierte Prozesse</li> </ul>
1.	Die Politik und Strategie wird durch das Prozessmanagement unterstützt.	
2.	Es existiert ein festgelegtes Prozessmanagementsystem.	
3.	<b>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.</b>	
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.	<b>Die Organisationsform und die Zuständigkeiten (z.B. abteilungsinterne/abteilungsübergreifende Foren/Ausschüsse und/oder Qualitätsbeauftragte, Projektgruppen, Stabstelle) sind entsprechend dem QMS klar geregelt und festgelegt.</b>	
7.	<b>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.</b>	

5a (1-2)		Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.
5a1	Prozessmanagement sicherstellen	Beispiele für Nachweise
8.	Für definierte Prozesse (mindestens die Geschäftsprozesse aus 5d) werden Chancen und Risiken regelhaft berücksichtigt und Maßnahmen dokumentiert, so dass unerwünschte Auswirkungen auf den Verlauf oder das angestrebte Ergebnis vermieden und mögliche Verbesserungen realisiert werden können.	siehe S. 47
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	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit sind durch strukturierte Verfahren die Hygiene, der Arbeits- und Brandschutz sowie die Sicherheit geregelt und gewährleistet?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiene</li> <li>- Arbeitsschutz</li> <li>- Brandschutz usw.</li> </ul> </li> <li>• Hausordnung</li> <li>• Unterlagen zu Arbeitsunfällen (BG-Fälle)</li> <li>• Unfallbücher (alt)</li> <li>• Unterlagen bei Betriebsärztin (z. B. arbeits- medizinische Vorsorgeuntersuchungen)</li> <li>• Teilnehmerlisten zu Pflichtschulungen</li> <li>• Brandschutzübung</li> <li>• Protokolle von Nachbegehungen</li> <li>• Zertifizierung MAAS BGW</li> </ul>
1.	<p><b>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 Gewalt- schutz), Katastrophen und zur Sicherung des persönlichen Eigentums von Mitarbeitenden und Rehabilitand:innen (z.B. Regelungen zum Katastrophenschutz, Hausordnung,) werden erfüllt, dokumentiert, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</b></p>	

5a (1-2)		Übergeordnete Prozesse werden systematisch gestaltet und gesteuert.
5a2		Beispiele für Nachweise
2.	Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz und Sicherheit gewährleisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>- Protokolle Interne Audits</li> <li>- Organisation und Übersicht zum Beauftragtenwesen in der Einrichtung</li> </ul>
3.	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.	
4.	Eine regelmäßige Unterweisung aller Mitarbeitenden zu Hygiene, Arbeits- und Brandschutz sowie zur Sicherheit ist sichergestellt (z.B. durch Schulungen, Übungen).	
5.	Bezüglich der Hygiene <ol style="list-style-type: none"> <li>werden in der Einrichtung relevante Daten erfasst und Statistik darüber geführt, gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/ oder Anweisungen zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>- Protokolle Interne Audits</li> <li>- Organisation und Übersicht zum Beauftragtenwesen in der Einrichtung</li> </ul>
6.	Bezüglich des Arbeitsschutzes werden die Sicherheitsaspekte <ol style="list-style-type: none"> <li>zum Arbeitsplatz (z.B. Klima, Beleuchtung, Hygiene, Lärm),</li> <li>im Hinblick auf die Mitarbeitenden (z.B. Berufsunfälle, Vorsorge-untersuchungen, Schutzmaßnahmen),</li> <li>im Umgang mit Gefahrenstoffen (z.B. biologische Arbeitsstoffe) sowie</li> <li>zum Strahlenschutz (z.B. Röntgenpass für Rehabilitand:innen, Hodenkapsel)</li> </ol> berücksichtigt, sind dokumentiert und es finden Schulungen dazu statt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>- Protokolle Interne Audits</li> <li>- Organisation und Übersicht zum Beauftragtenwesen in der Einrichtung</li> </ul>
7.	Bezüglich der Sicherheit <ol style="list-style-type: none"> <li>gibt es von qualifizierten Personen entwickelte interne Richtlinien, Pläne und/oder Anweisungen, die im Not-/Katastrophenfall die Prozesse strukturieren.</li> </ol>	

6.	<p>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)</p>	
7.	<p><b>Ein Gewaltschutzkonzept liegt vor und berücksichtigt insbesondere folgende Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen zur Gewaltprävention;</li> <li>- Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen;</li> <li>- benannte Ansprechpersonen zur Umsetzung von Maßnahmen zum Gewaltschutz innerhalb der Einrichtung (z. B. Vertrauensperson, Compliancebeauftragte, etc.);</li> <li>- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen</li> <li>- die Überprüfung und Aktualisierung des Konzepts in regelmäßigen Abständen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftliche Festlegungen zum Gewaltschutz</li> <li>• Nachweis der Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen</li> <li>• Ansprechpersonen sind benannt</li> </ul>
5a3	Risiko- und Chancenmanagement sicherstellen	Beispiele für Nachweise
	<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren das Chancen- und Risikomanagement geregelt und gewährleistet?</i></p>	
1.	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftliche Regelung zum Risiko- und Chancenmanagement</li> <li>• Nachweise zur Durchführung von Risiko- und Chancenermittlung (z. B. jährliche Risikoinventur, Workshops zur Risikobewertung medizinischer Risiken, etc.)</li> <li>• Nachweise zur Risiko- und Chancensituation in der Einrichtung (Bericht, Reporting, Risikoinventur, etc.)</li> </ul>
2.	<p>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.</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.	
5b1	Prozesse systematisch verbessern	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist in der gesamten Einrichtung ein umfassendes, dokumentierendes Qualitätsmanagementsystem nachweislich eingeführt und wird möglichst im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ( z. B. mittels Selbstbewertungsverfahren) umgesetzt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP Dienstanweisungen) und Auswertungen zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschwerdemanagement</li> <li>- Fehlermanagement</li> <li>- Interne Audits</li> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- Schulung und Weiterbildung</li> </ul> </li> <li>• Interne Auditberichte</li> <li>• Auswertung Beschwerdemanagement</li> <li>• Gemeldete Fehler</li> <li>• Rehabilitandenbefragungen</li> <li>• Ergebnisse externer Qualitätssicherung</li> <li>• Zertifizierung MAAS-BGW</li> <li>• Aus den gemeldeten Fehlern abgeleitete Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen</li> <li>• Selbstbewertung(-sbericht) nach IQMP</li> <li>• Auditprogramm /Plan für interne Audits</li> <li>• Protokolle Qualitätsausschuss/Lenkungsgruppe</li> <li>• Dokumentation Projektmanagement</li> </ul>
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.	
3.	Es wird ein Prüfungsplan zur regelhaften Selbstprüfung wesentlicher Prozesse geführt und dokumentiert.	
4.	Es wird qualifiziertes Personal für die regelmäßige Selbstprüfung wesentlicher Prozesse bereitgestellt. Es werden Methoden angewandt, um Probleme in den Prozessen und Verbesserungspotenziale zu identifizieren (z.B. Selbstbewertungsverfahren).	
5.	Es werden Methoden angewandt, um die Zufriedenheit der Interessengruppen und bestehende Kritik zu erfassen (z.B. 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).	

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	Beispiele für Nachweise
9.	<p>Es gibt ein aktives Fehler- und Beschwerde- management einschließlich der Verantwort- lichkeiten als dokumentiertes Verfahren</p> <p>a) zur Statistik, Auswertung, Analyse und zur Ergreifung notwendiger Konsequen- zen bei Beschwerden</p> <p>b) zur Lenkung fehlerhafter Leistun- gen und Produkte (z.B. Verantwortlich- keiten, Regelung zur Beseitigung und proaktives Management fehlerhafter Leistungen)</p> <p>c) zur Korrektur von fehlerhaften Leistun- gen und Produkten (z.B. Bewertung, Ur- sachenanalyse, Maßnahmenergrei- fung, Überprüfung) zur Vorbeugung von fehlerhaften Leistungen und Pro- dukten (z.B. Fehler- und Ursachener- kennung, Maßnahmenergreifung, Er- gebnisaufzeichnung und -bewer- tung)</p> <p>d) zur Vorbeugung von fehlerhaften Leis- tungen und Produkten (z.B. Fehler- und Ursachenerkennung, Maßnahmener- greifung, Ergebnisaufzeichnung und -bewertung)</p>	siehe S. 40
10.	Es erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung der Umsetzung der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen (Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen)	
5b2	Externe Informationen für Verbesserung nutzen	
<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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dokumente zur Strategieplanung</li> <li>– Qualitätsbericht</li> <li>– Konzernweite Benchmarkergebnisse</li> <li>– Balanced Scorecard</li> </ul>

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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse der externen Qualitätssicherung</li> <li>• z. B. DRV-Feedbackberichte, QS-Reha – Bericht/ Qualitätssynopse, TK-Eva Reha – Protokoll- Notizen/ Benchmarkbericht, AOK-Pro Reha u.a.</li> <li>• Dokumentation Managementbewertung</li> </ul>
2.	<p>Leistungsvergleiche (Benchmarking) werden für Verbesserungen genutzt.</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.
5b2	Externe Informationen für Verbesserung nutzen	Beispiele für Nachweise
3.	Die Mitarbeitenden der Einrichtung werden über die Verbesserungspotenziale informiert.	siehe S. 53
4.	Es existiert ein strukturiertes Verfahren, um interne und externe Maßnahmen sinnvoll miteinander zu verknüpfen.	
5b3	Lernprozesse für Verbesserung nutzen	
<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> <p><i>... interne Audits, Assessmentinstrumente zur Messung und Überwachung der Behandlung, Rehabilitanden- und Mitarbeitendenbefragungen, Lieferantenbeurteilungen, Datenerfassung und –analyse)?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zur Durchführung interner Audits</li> <li>• Protokolle von Arbeitsgruppen/Qualitätszirkeln/ interdisziplinären Teambesprechungen</li> <li>• interne und externe Auditberichte</li> <li>• Managementbewertung</li> <li>• Balanced Scorecard</li> <li>• Qualitätsbericht</li> <li>• Kennzahlenmatrix</li> <li>• Abteilungsziele Erarbeitung und Überprüfung)</li> <li>• Projektmanagement</li> </ul>
1.	Die Verfahren werden universell in der Einrichtung eingesetzt und sind miteinander abgestimmt.	
2.	Es ist sichergestellt, dass für die unterschiedlichen Abteilungen/Indikationen messbare Ziele und Indikatoren festgelegt und diese bekannt sind.	
3.	Es ist sichergestellt, dass Korrektur- und konkrete Verbesserungsmaßnahmen durch die Ergebnisse der Messung ausgelöst und 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).	

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	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit werden strukturierte Verfahren und Instrumente (z.B. Befragungen, „Meckerkasten“, Formulare, persönliche Sprechzeiten) regelmäßig genutzt, um die Bedürfnisse, Wünsche und Beschwerden der 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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internen Rehabilitandenbefragungen</li> <li>- Zuweiserbefragungen</li> </ul> </li> <li>• Rehabilitandenfragebogenauswertung</li> <li>• Intranet</li> <li>• Qualitätsausschuss</li> <li>• Befragungen</li> <li>• „Meckerkasten“</li> <li>• Formulare</li> <li>• persönliche Sprechzeiten</li> <li>• Konzept Angehörigenarbeit</li> </ul>
1.	<p>1. Es steht eine Auswahl von Alternativen bezüglich der Wunsch- bzw. Beschwerdefassung zur Verfügung (z.B. anonym und persönlich, schriftlich und mündlich).</p> <p>2. Die Zielgruppe wird zur Benutzung motiviert.</p> <p>3. Ein zeitnahe Feedback wird garantiert.</p>	
5c2	An Rehabilitand:innen und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln	Beispiele für Nachweise
<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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Beschwerdemanagement</li> <li>• Auswertung Rehabilitandenbefragung</li> <li>• Protokolle: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsausschuss</li> <li>- Qualitätskommission/Lenkungsgruppe</li> <li>- Klinikleitung</li> <li>- Mitarbeitendengespräche</li> </ul> </li> </ul>
1.	<p>1. Die Entwicklung von Dienstleistungen realisiert die in der Politik und Strategie festgelegte Orientierung auf die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitanden- und Interessengruppen.</p> <p>2. Die Informationen über die Bedürfnisse der Interessengruppen (z.B. aus Befragungen) werden für die gegenwärtige und zukünftige Ausrichtung der Dienstleistungen genutzt.</p>	

5c (1-3)		Bei der Entwicklung von Dienstleistungen und Angeboten werden die Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitand:innen und Interessengruppen einbezogen.
5c2	An Rehabilitand:innen und Interessengruppen orientierte Dienstleistungen und Angebote entwickeln	Beispiele für Nachweise
3.	Für die Entwicklung der Dienstleistungen besteht ein Projektmanagement (z.B. systematische Planung, Festlegung, Dokumentation, Erprobung, Prüfung, Implementierung und Schulung).	siehe S. 55
4.	Die geprüften Innovationen werden in das bestehende Dienstleistungsprogramm integriert.	
5c3	Umgang mit sterbenden Rehabilitand:innen und Verstorbenen	
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren der angemessene Umgang mit sterbenden Rehabilitand:innen und Verstorbenen und deren Angehörigen in der Einrichtung geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zum Umgang mit sterbenden Rehabilitand:innen</li> </ul>
1.	Sterbenden Menschen und deren Angehörigen stehen der Situation angemessene Räumlichkeiten, Ruhe und Zeit zur Verfügung.	
2.	Der Abschieds- und Sterbeprozess bei sterbenden Menschen und deren Angehörigen wird bei Bedarf vom Personal qualifiziert begleitet.	
3.	Rehabilitandenverfügungen werden berücksichtigt.	
4.	Es gibt Regelungen zur Versorgung von Verstorbenen.	

<p>5d (1-8)   Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.</p> <p><b>5d1 Aufnahmeprozess planen</b></p> <p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Planung des Aufnahmeprozesses geregelt und sichergestellt?</i></p>	
	<p><b>Beispiele für Nachweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zur Planung der Rehabilitandenaufnahme</li> <li>• Bettenplanung</li> <li>• Administrative und klinische Rehabilitandendokumentation</li> <li>• Aufnahmelisten</li> <li>• Rehabilitandenbefragung (Ergebnisse, Auswertung, Maßnahmen im Hinblick auf die Rehabilitandenaufnahme)</li> </ul>
1.	<p>Die Einbestellung (z.B. rechtzeitige Benachrichtigung der Rehabilitand:innen) und die Information der Rehabilitand:innen über die Behandlung sind geregelt.</p>
2.	<p>Es ist sichergestellt, dass alle externen Vorbefunde zum gegebenen Termin zur Verfügung stehen.</p>
3.	<p>Bereits vorhandene Daten werden genutzt (z.B. Anlegen von Akten, Rehabilitandennummer).</p>
4.	<p>Es ist sichergestellt, dass die Kostenzusage geklärt ist.</p>
5.	<p>Die Indikationsstellung wird im Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und Kontraindikationen werden ausgeschlossen.</p>
6.	<p>Der Zugang zur Einrichtung ist gesichert (z.B. [barrierefrei] Parkplätze, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Beschilderung im Ort und in der Einrichtung, Abholservice, Rehabilitandeninformation mit Lageplan).</p>

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d2	Aufnahmeprozess organisieren und umsetzen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Rehabilitandenaufnahme geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrativer,</li> <li>- ärztlicher,</li> <li>- psychologischer,</li> <li>- therapeutischer und</li> <li>- pflegerischer Aufnahme</li> </ul> </li> </ul>
1.	Die mitgebrachten Unterlagen werden auf Richtigkeit und Vollständigkeit geprüft und bei Bedarf nachgeordnet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrativer,</li> <li>- ärztlicher,</li> <li>- psychologischer,</li> <li>- therapeutischer und</li> <li>- pflegerischer Aufnahme</li> </ul> </li> </ul>
2.	Die einzelnen Aufnahmeteilprozesse – administrative, ärztliche, psychologische, therapeutische und pflegerische Aufnahme – sind geregelt und koordiniert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative und klinische Rehabilitandendokumentation</li> <li>• Aufnahmelisten</li> <li>• Bettenplanung</li> <li>• Auditberichte</li> </ul>
3.	Es gibt Regelungen bei Kontraindikationen, Ausschlusskriterien, Komplikationen oder Fehleinweisung von Rehabilitand:innen zur adäquaten Versorgung/Weiterleitung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitationbefragung (Ergebnisse, Auswertung, Maßnahmen im Hinblick auf die Rehabilitandenaufnahme)</li> </ul>
4.	Der Umgang mit Rehabilitandeneigentum ist geregelt. Das Rehabilitandeneigentum wird gekennzeichnet und vor Schaden geschützt.	

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d3	Anamnese, Exploration und Diagnostik organisieren und umsetzen	Beispiele für Nachweise
<p><i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die Anamnese, Exploration und Diagnostik (z.B. Zeitpunkt, Verantwortlichkeit, Dringlichkeit) geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Exploration</li> <li>- Diagnostik</li> <li>- Visiten</li> </ul> </li> <li>• standardisierte Instrumente und Verfahren für die Exploration</li> <li>• Rehazielfragebogen nach ICF</li> <li>• Fachspezifische Scoreerhebung</li> <li>• Rehabilitandenbefragung</li> <li>• Dokumentation interdisziplinäre Besprechungen</li> </ul>
1.	<p>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.</p>	
2.	<p>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.</p>	
3.	<p>Die Vorbefunde werden einbezogen.</p>	
4.	<p>Entscheidungen über die Notwendigkeit von Funktions-/Verlaufsdiagnostik, ggf. Veranlassen (externer) Zusatzdiagnostik werden getroffen.</p>	
5.	<p>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.</p>	
6.	<p>In der Einrichtung werden standardisierte Instrumente und Verfahren für die Exploration in den einzelnen Bereichen (z.B. ärztlicher Bereich, Physiotherapie, Psychologie, Sozialpädagogik, Pflege) verwendet.</p>	
7.	<p>Die Aufnahmegergespräche und -exploration der verschiedenen Bereiche werden koordiniert und dokumentiert.</p>	
8.	<p><b>Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei der Aufnahme und Entlassung.</b></p>	

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d4	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen	Beispiele für Nachweise
<i>Inwieweit ist durch strukturierte Verfahren die ...</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition der Rehaziele</li> <li>- Therapieverordnungen</li> <li>- Interdisziplinäre Besprechungen</li> </ul> </li> <li>• Medizinisches Konzept der Fachabteilung</li> <li>• Rehazielfragebogen nach ICF</li> <li>• Therapie-Kontrolllisten</li> <li>• Cardex-Einträge aus den Visiten</li> <li>• Dokumentation interdisziplinäre Besprechungen</li> <li>• Einträge in elektronische Rehabilitandenakte</li> <li>• Rehazieldokumentation (Rehabilitand:in)</li> <li>• Zugriffsrechte elektronische Patientenakte</li> </ul>
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> <p>d) Die Rehabilitandin/ Der Rehabilitand ist über alternative Behandlungs-prozesse 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>	

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d4	Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen	Beispiele für Nachweise
2.	<p>.... Verordnung von Maßnahmen geregelt und sichergestellt?</p> <p>a) Es ist sichergestellt, dass die Auslastung/Beanspruchung der 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>	siehe S. 60
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>	
5d5	Behandlungsprozess individuell organisieren	
<p><i>Inwieweit werden durch strukturierte, dokumentierte Verfahren (z.B. Therapiekonzepte, professionelle Standards, Leitlinien, Schemata, Manuale, schriftliche Regelungen) die Behandlungsprozesse geregelt und sichergestellt?</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu Behandlungsprozessen</li> <li>– Gruppenkonzepte</li> <li>– Therapiekonzepte</li> <li>– Professionelle Standards</li> <li>– Leitlinien</li> <li>– Schemata</li> <li>– Individuelle rehabilitanedenbezogene Therapiepläne</li> </ul>
1.	Standardisierte Behandlungsprozesse werden unter Berücksichtigung der Individualität im Sinne der Rehabilitand:innen und mit ihrer Beteiligung (resp. Angehörige) angewendet.	
2.	Die Bedürfnisse und Privatsphäre der Rehabilitand:innen werden während des Behandlungsprozesses berücksichtigt und respektiert (z.B. Ernährung, Information, Räumlichkeiten).	

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

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d6	Entlassungs-/Verlegungsverfahren organisieren	Beispiele für Nachweise
<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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitbild</li> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlassung</li> <li>- Verlegung</li> <li>- Nachsorge</li> <li>- Erstellung E-Berichte</li> </ul> </li> <li>• interne Datenschutzrichtlinie</li> <li>• E-Berichte/vorläufiger E-Bericht</li> <li>• Interne Audit-Berichte</li> <li>• Schnittstellenmanagement</li> </ul>
1.	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.	
2.	Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Unterlagen (z.B. Befunde, Arztbrief, Empfehlungen für häusliche Krankenpflege, Überleitungsbögen) bei Entlassung/Verlegung zur Verfügung stehen.	
3.	<p><b>Die Einrichtung hat ihr Aufnahme- und Entlasmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben und kennt die Anforderungen, die von diesen an sie gestellt werden.</b></p>	
4.	Es ist sichergestellt, dass alle nötigen Informationen unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen an weiterbetreuende Stellen (z.B. Angehörige, Hauskrankenpflege, Hausärztin/Hausarzt, Kostenträger) weitergegeben werden.	
5.	Es gibt Verfahren zur Einleitung einer wirksamen Nachsorge (z.B. ambulante Angebote, „Auffrischungsangebote“, Zusammenarbeit mit Nachsorgegruppen).	

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d7	Dokumentation der Rehabilitationsprozesse organisieren	Beispiele für Nachweise
	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlassbericht-Erstellung</li> <li>- Ärztliches Berichtswesen</li> </ul> </li> <li>• Ergebnisse Peer-Review-Verfahren</li> <li>• Ergebnisse der externen Qualitätssicherung</li> <li>• Ergebnisse der Messung Laufzeiten E-berichte</li> <li>• Berichte aus Internen Audits</li> </ul>
1.	Der gesamte Behandlungsprozess wird ausreichend dokumentiert und die Informationen werden bei der Erstellung des 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.	
4.	Es ist sichergestellt, dass datenschutzrechtliche Voraussetzungen (z.B. Einwilligungserklärung der Versicherten) zur Weitergabe der Informationen im Entlassbericht berücksichtigt werden.	
5.	Die Entlassungsbefunde sind mit den vorher festgelegten Therapiezielen sinnvoll verknüpft.	

5d (1-8)	Dienstleistungen werden erbracht und nachgeprüft.	
5d8	Medizinische Notfälle managen	Beispiele für Nachweise
	<i>Inwieweit ist durch strukturierte, dokumentierte Verfahren die Rehabilitandensicherheit bei medizinischen Notfällen geregelt und sichergestellt?</i>	
1.	Es gibt eine standardisierte Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen mit Rehabilitand:innen.	
2.	Es gibt in jeder Abteilung/auf jeder Station eine kontrollierte, funktionierende Notfallausrüstung (inkl. Medikation) gemäß der fachspezifischen Vorgaben.	
3.	<b>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.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu medizinischen Notfällen</li> <li>• Überwachungslisten Notfallkoffer, Defibrillator</li> <li>• Schulungsplan</li> <li>• Schulungsnachweise z. B. Schulungspass</li> <li>• Protokolle zu medizinischen Notfällen</li> <li>• Protokolle zu Nachbesprechungen medizinischer Notfälle</li> <li>• Kennzahlen Notfälle/Auswertungen</li> <li>• Protokolle Qualitätsausschuss/Lenkungsgruppe</li> </ul>
5e (1)	Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.	
5e1	Kunden-/Rehabilitandenpflege	Beispiele für Nachweise
	<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.	<b>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.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumente (z. B. Regelungen, Verfahrensanweisungen, SOP, Dienstanweisungen) zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege und Vertiefung von Kundenkontakten</li> <li>- Pflege und Vertiefung von Rehabilitandenkontakten</li> <li>- Angehörigenarbeit</li> <li>- Rehabilitandenbefragung</li> <li>- Beschwerdemanagement</li> </ul> </li> <li>• Hausordnung</li> <li>• CRM-System (Kontaktdatenbank)</li> <li>• Informationsmaterial z. B. Rehabilitandenmappe</li> <li>• Auswertungen von Beschwerdemanagement und Rehabilitandenbefragung</li> <li>• Protokolle QM-Ausschuss/Lenkungsgruppe</li> <li>• Projektplanung</li> <li>• Homepage</li> <li>• Nachsorgekonzepte</li> </ul>
3.	<b>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 Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe).</b>	

5e (1)		Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.
5e1		Kunden-/ Rehabilitandenpflege
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.		<b>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).</b>

## Weitere Informationen erhalten Sie über:

Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen – IQMG GmbH

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

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



Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen GmbH