

Internes Qualitätsmanagement  
für  
ambulante und stationäre  
Rehabilitationseinrichtungen

# **Zertifizierungsverfahren**

## **Auditleitfaden 5.0**

### **mit Basisanforderungen und integrierten indikationsspezifischen Modulen**

**(Kardiologie, Muskuloskelettale Erkrankungen,  
Neurologie, Onkologie, Psychosomatik)**

Basierend auf der  
DIN EN ISO 9001:2008  
und der im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
erarbeiteten Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach  
§ 20 Abs. 2a SGB IX

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Vorwort der Herausgeber</b> .....	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Übersicht Auditleitfäden und Indikationsspezifische Module</b> .....	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>Beziehung: DEGEMED Auditleitfaden 5.0 zum BAR-Manual</b> .....	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>Beziehung: DEGEMED Auditleitfaden 5.0 zur DIN EN ISO 9001:2008</b> .....	<b>9</b>
<b>V.</b>	<b>Hinweise zum DEGEMED Auditleitfaden 5.0</b> .....	<b>10</b>
<b>VI.</b>	<b>Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis</b> .....	<b>11</b>
1	Verantwortung der Leitung .....	11
1.1	Selbstverpflichtung der Leitung .....	11
1.2	Patienten- und Interessenpartnerorientierung .....	12
1.3	Leitbild (Qualitätspolitik) und Einrichtungskonzept .....	13
1.4	Planung .....	14
1.4.1	Qualitätsziele .....	14
1.4.2	Planung des Qualitätsmanagementsystems .....	15
1.5	Verantwortung, Befugnis, Kommunikation .....	15
1.5.1	Verantwortung und Befugnis .....	15
1.5.2	Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement.....	16
1.5.3	Interne Kommunikation .....	17
1.5.4	Externe Kommunikation .....	17
1.6	Managementbewertung.....	19
1.6.1	Allgemeines.....	19
1.6.2	Eingaben für die Bewertung .....	19
1.6.3	Ergebnisse der Bewertung .....	21
2	Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen).....	22
2.1	Personelle Ausstattung .....	22
2.1.1	Allgemeines.....	22
2.1.2	Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung.....	25
2.2	Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung.....	27
2.3	Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit.....	30

3	Realisierung der Reha-Prozesse .....	31
3.1	Projektmanagement .....	31
3.2	Planung der Prozesse .....	31
3.2.1	Rehabilitationskonzepte .....	33
3.3	Patientenbezogene und unterstützende Prozesse.....	36
3.3.1	Aufnahme .....	36
3.3.2	Diagnostik.....	37
3.3.3	Rehabilitation.....	40
3.3.4	Pflege .....	44
3.3.5	Konsile.....	45
3.3.6	Entlassung.....	45
3.3.7	Patientendokumentation.....	48
3.3.8	Weitere unterstützende Prozesse .....	49
3.4	Prozesse bezüglich Leistungsträger und weiterer Interessenspartner.....	49
3.5	Beschaffung .....	50
3.6	Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumente .....	51
4	Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung) .....	52
4.1	Allgemeines.....	52
4.2	Überwachung und Messung.....	52
4.2.1	Patientenbefragung .....	52
4.2.2	Zufriedenheit von Leistungsträger und weiterer Interessenspartner .....	53
4.2.3	Internes Audit .....	53
4.2.4	Messung und Überwachung von Rehabilitations- und unterstützenden Prozessen .....	54
4.3	Lenkung von Fehlern und Beschwerden .....	55
4.4	Datenanalyse .....	55
4.5	Verbesserung .....	57
4.5.1	Ständige Verbesserung.....	57
4.5.2	Externe Qualitätssicherung .....	57
4.5.3	Korrekturmaßnahmen .....	58
4.5.4	Vorbeugemaßnahmen.....	58
5	Qualitätsmanagementsystem.....	60
5.1	Allgemeine Anforderungen.....	60
5.2	Dokumentationsanforderungen .....	60
5.2.1	Allgemeines.....	60
5.2.2	Qualitätsmanagement-Handbuch.....	61
5.2.3	Lenkung von Dokumenten .....	61
5.2.4	Lenkung von Aufzeichnungen .....	62

<b>VII.</b>	<b>Indikationsspezifische Module in der Übersicht .....</b>	<b>63</b>
1	Kardiologie.....	63
2	Muskuloskelettale Erkrankungen .....	67
3	Neurologie .....	69
4	Onkologie.....	73
5	Psychosomatik.....	77
<b>VIII.</b>	<b>Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen .....</b>	<b>81</b>
<b>IX.</b>	<b>Übersicht über die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement.....</b>	<b>83</b>
<b>X.</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>86</b>
<b>XI.</b>	<b>Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagement .....</b>	<b>93</b>

## I. Vorwort der Herausgeber

Seit der Veröffentlichung des Auditleitfadens Version 4.0 der DEGEMED im Januar 2007 hat sich das DEGEMED-Verfahren weiterhin bewährt. Rund zwei Drittel aller zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sind nach ihm zertifiziert.

Im Mittelpunkt der DEGEMED-Zertifizierung steht die Bewertung der Gesamtorganisation. Ziel ist nicht die Beurteilung einzelner Maßnahmen und Leistungen, sondern die Betrachtung und Bewertung der funktionalen Vernetzung der allgemeinen mit den klinikspezifischen Qualitätsmanagement-Anforderungen. Damit werden eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen und eine transparente Darstellung ihrer Leistungen erreicht. Weil schon bei der Einführung des Verfahrens in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre – als dem in Deutschland ersten rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-System mit Zertifizierung – eine konsequente Ausrichtung an den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED erfolgte, erhielt der Auditleitfaden frühzeitig eine starke Prozess- und Ergebnisorientierung, die in der vorliegenden, nunmehr fünften Version weiter akzentuiert worden ist.

Der DEGEMED Auditleitfaden 5.0 basiert auf der DIN EN ISO 9001:2008 als einer weltweit anerkannten, weitest verbreiteten und bei den Patienten am meisten bekannten Norm mit qualitativ höchsten Anforderungen, außerdem auf der im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteten „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“ vom 1. September 2009. Ferner enthält er gültige Anforderungen von Leistungsträgern (z.B. Dokumentationsbögen für Visitationen der Deutschen Rentenversicherung, Strukturhebungsbögen, Anforderungen nach § 137d SGB V u.a.).

Wie bislang wurden die im Umgang mit dem DEGEMED-Zertifizierungsverfahren gewonnenen, praktischen Erfahrungen sowie die Ergebnisse aktueller Entwicklungen in der Rehabilitation der letzten Jahre aufgegriffen, um die Version 5.0 des Auditleitfadens weiterhin praxisnah und für alle Rehabilitationseinrichtungen relevant zu gestalten. Auch die Anforderungen dieser Version sind so formuliert, dass der Auditleitfaden sowohl in ambulanten wie stationären Rehabilitationseinrichtungen zur Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems genutzt werden kann.

Zu den Neuerungen der Version 5.0 zählen die Integration

- der Qualitätskriterien der bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteten Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 a SGB IX und
- der in der DIN EN ISO 9001:2008 enthaltenen Konkretisierungen und Erläuterungen.

Zudem wurden unter Einbeziehung von QM-Beauftragten, Auditoren und Zertifizierungsstellen inhaltliche Klarstellungen sowie, zur besseren Handhabbarkeit des Auditleitfadens, u.a. die folgenden formalen Änderungen vorgenommen:

- die Einführung einer zusätzlichen Spalte „Hinweise für die Praxis“
- die Beschränkung der Benennung der zugrunde liegenden Anforderungen auf die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- die Markierung wesentlicher neuer Anforderungen (vor allem resultierend aus den Vorgaben der BAR-Kriterien und der Revision der DIN EN ISO 9001)
- die Verwendung geschlossener und offener Fragen je nach Eignung
- die Visualisierung der Schnittstellen zwischen den Kapiteln des Auditleitfadens 5.0 und den Qualitätskriterien der bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteten Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 a SGB IX
- die zusätzliche Zusammenfassung der integrierten indikationsspezifischen Module in einem gesonderten Anhang des Auditleitfadens.
- die Version 5.0 umfasst nicht mehr die „Entwicklung“ im Sinne der DIN EN ISO 9001:2008 (Kap. 7.3). Rehabilitationseinrichtungen, die Entwicklung im Sinne der Norm betreiben, müssen die entsprechenden Anforderungen von Kap. 7.3 der DIN EN ISO 9001:2008 zusätzlich erfüllen.

Die besonderen Anforderungen zu den Indikationen „Kardiologie“, „Muskuloskeletale Erkrankungen“, „Neurologie“, „Onkologie“ und „Psychosomatik“ sollen das DEGEMED-Verfahren ergänzen und indikationsspezifischer gestalten. Die Anforderungen, die die jeweilige Rehabilitationseinrichtung erfüllen muss, bestehen deshalb aus den Forderungen der Basischeckliste und, wenn die Rehabilitationseinrichtung eine der genannten Indikationen vorhält, den jeweiligen indikationsspezifischen Anforderungen.

Für die Bereiche „Sucht und Abhängigkeitserkrankungen“ sowie „Soziotherapie chronisch Kranker“ haben die DEGEMED und der Fachverband Sucht (FVS) in enger Kooperation separate Auditleitfäden vorgelegt.

### Anmerkungen zur Struktur

Der Aufbau des Auditleitfadens 5.0 orientiert sich weiterhin an der Struktur der kürzlich revidierten DIN EN ISO 9001: 2008. Das ermöglicht ein paralleles Arbeiten mit beiden Systemen und ist insbesondere für solche Einrichtungen von Interesse, die zusätzlich zur Rehabilitation andere Bereiche in das Qualitätsmanagement integrieren wollen. So können z.B. Einrichtungen mit parallelem Krankenhausbetrieb, Kassenarztpraxis, Medizinischem Versorgungszentrum oder anderen Versorgungsformen ein einheitliches, an der DIN EN ISO 9001:2008 orientiertes Qualitätsmanagementsystem aufbauen und einheitlich zertifizieren lassen. Dies ist sinnvoll für die Integration von Prozessen und für die Versorgung der Patienten, es spart Kosten beim Aufbau des Qualitätsmanagements und bei der Vorbereitung auf die Zertifizierung. Damit trägt die DEGEMED zur Integration von unterschiedlichen Leistungsbereichen im Gesundheitswesen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei.

Das Zertifizierungsverfahren der DEGEMED eignet sich für alle Rehabilitationseinrichtungen, unabhängig davon, ob es sich um stationäre und/oder ambulant tätige Einrichtungen handelt und steht allen Rehabilitationseinrichtungen offen, gleich, ob sie Mitglied in der DEGEMED sind oder nicht. Falls die zu zertifizierende Klinik keine Mitgliedschaft besitzt oder erwirbt, bedarf es für die Anwendung des Verfahrens der vorherigen schriftlichen Einwilligung durch die DEGEMED.

Abschließend möchten wir all denen Dank sagen, die die vorliegende Version 5.0 des DEGEMED-Verfahrens mit gestaltet, weiterentwickelt und unterstützt haben:

- Rudolf Bachmeier, AKG Dr. S. Zwick GmbH & Co. KG, Bad Füssing
- Dr. Reinhart Butsch, QM-Beauftragter Wicker-Gruppe, Bad Wildungen
- Christiane Fröhlich, QM AWO Gesundheitsdienste, Hannover
- Björn Gollée, QM Kirchberg-Klinik, Bad Lauterberg
- Andrea Hunnius, QM-Beauftragte Dr. Becker Klinikgesellschaft, Köln

sowie

- Markus Illison, Ressortleiter Gesundheits- und Sozialwesen EQ Zert
- Dr. Herfried Kohl, Geschäftsführer LGA InterCert
- Annette Künzel, Geschäftsführerin DIOcert

Berlin, im Dezember 2009

Dr. Wolfgang Heine

Geschäftsführer der DEGEMED



## II Übersicht Auditleitfäden und indikationsspezifische Module

Die DEGEMED e.V. hat mit ihrem Partnerverband Fachverband Sucht e.V. mehrere Auditleitfäden für die Prüfung von Qualitätsmanagementsystemen entwickelt. Dadurch können alle Bereiche der Rehabilitation durch ein kompetentes und in langjähriger Erfahrung bewährtes Zertifizierungsverfahren abgedeckt werden.

### DEGEMED-Auditleitfaden 5.0

für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen

(5. Auflage 2009)

#### Integrierte Indikationsspezifische Module

Indikationen	Abkürzungen
Kardiologie	K
Muskuloskelettale Erkrankungen	M
Neurologie	N
Onkologie	O
Psychosomatik	P

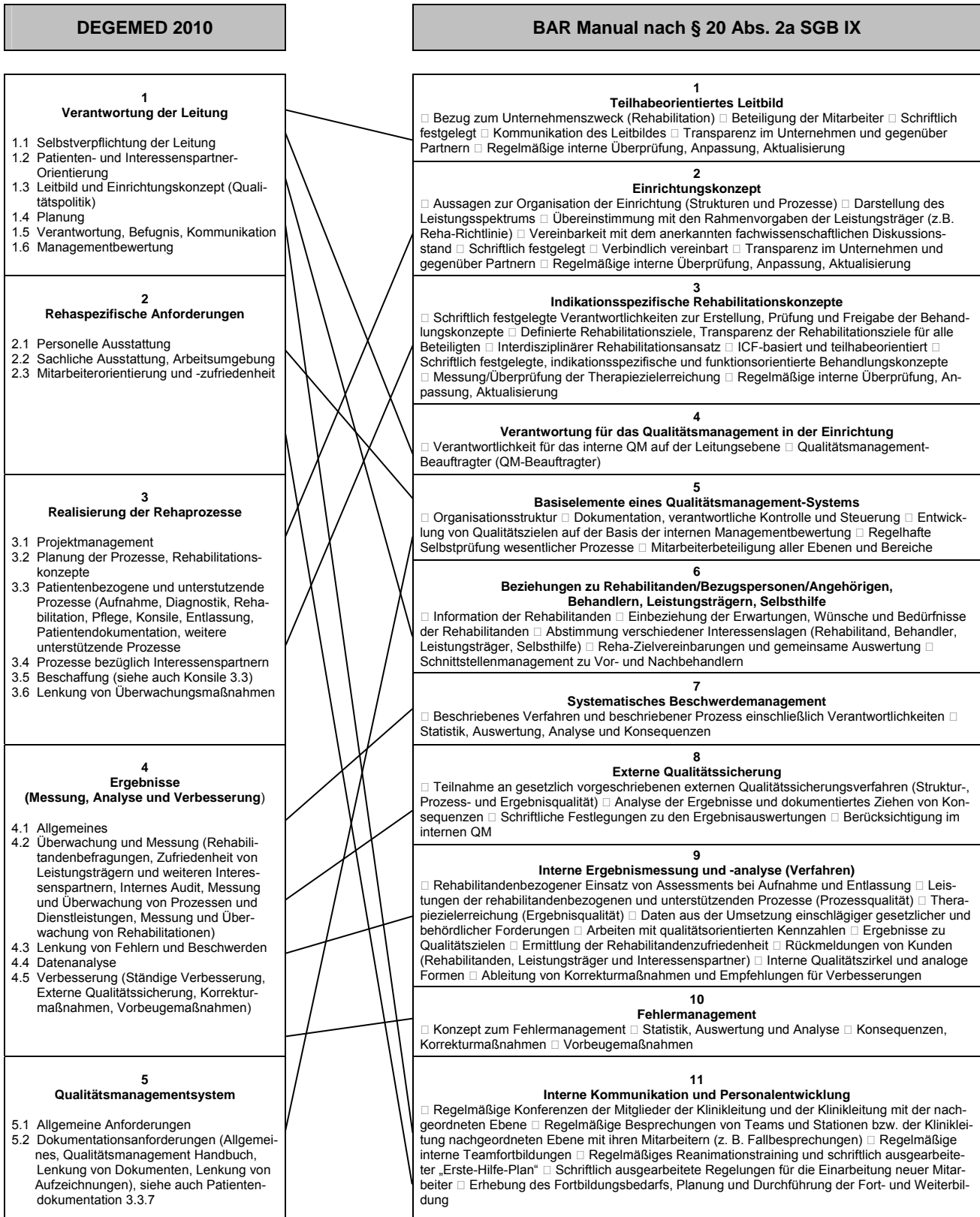
### FVS - DEGEMED Abhängigkeitserkrankungen

- für stationäre Einrichtungen (3. Auflage 2009)
- für ambulante Einrichtungen (1. Auflage 2006)

### FVS - DEGEMED Soziotherapie chronisch Kranker

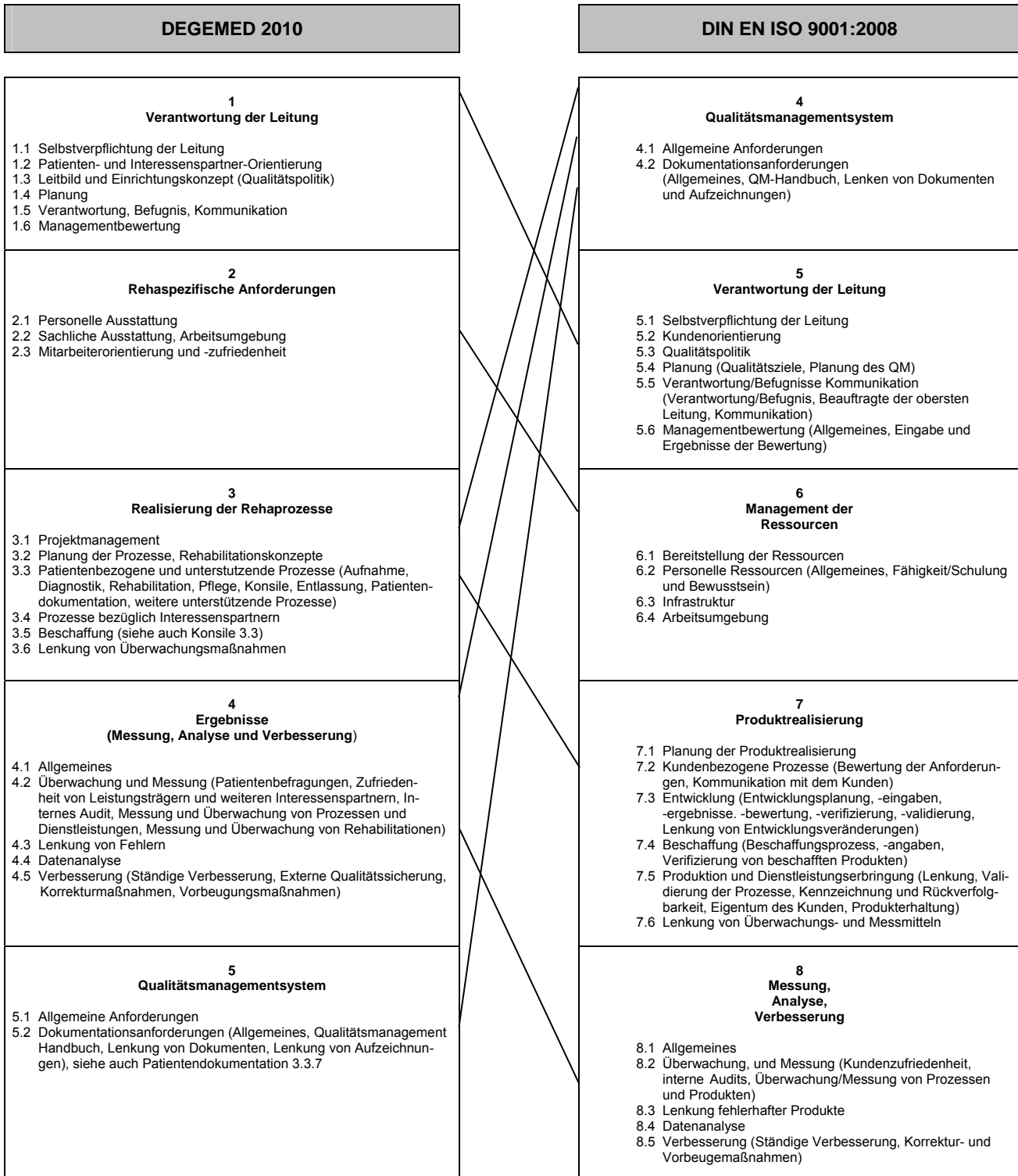
1. Auflage 2006

### III. Beziehungen der Kapitel des DEGEMED Auditleitfadens 5.0 zum BAR Manual nach § 20 Abs. 2a SGB IX





### IV. Beziehungen der Kapitel des DEGEMED Auditleitfadens 5.0 zur DIN ISO 9001:2008



## V. Hinweise zum DEGEMED Auditleitfaden 5.0

Mit diesem Fragenkatalog wird der Inhalt des Zertifizierungsverfahrens der DEGEMED konkretisiert. Der Auditleitfaden dient in erster Linie der Bewertung durch die externen Auditoren, darüber hinaus auch der Zertifizierungsvorbereitung für die Kliniken (z. B. im Sinne eines Self-Assessment.)

Der Auditleitfaden hat eine einheitliche Gliederung:

### 1. Verantwortung der Leitung

#### 1.1 Selbstverpflichtung der Leitung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Kann die Einrichtung nachweisen, dass sie der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems und der ständigen Verbesserung seiner Wirksamkeit nachkommt?	Ein Qualitätsmanagement-System wird eingeführt, regelmäßig bewertet und hinsichtlich seiner Eignung und Wirksamkeit überprüft. Die Einrichtung verfügt über ein Leitbild, ein Einrichtungskonzept und hat Qualitätsziele formuliert. Entsprechende Strukturen zur Realisierung eines Qualitätsmanagement-Systems (Benennung eines Qualitätsbeauftragten) sind gebildet worden, die Leistungen der Einrichtung und Zuständigkeiten sind beschrieben, entsprechende Daten zur Beurteilung der Behandlung und Kundenzufriedenheit werden erhoben, ausgewertet und fließen in die weiteren Planungen ein. Die Einrichtung verfügt über bzw. erarbeitet ein Qualitätsmanagementhandbuch. Dieses wird kontinuierlich überarbeitet und aktualisiert.	BAR 4.1 (1)
	↓	↓	↓
	Hier steht die entsprechende Anforderung  Gegenüber dem DEGEMED Auditleitfaden 4.0 ergänzte und auf die DIN EN ISO 9001:2008 bzw. die Qualitätskriterien des BAR-Manuals zurückzuführende Anforderungen sind grau unterlegt.	Hier stehen Hinweise zur praktischen Umsetzung, die der Umsetzung und der Verständlichkeit der Anforderung dienen.	Hier wird der Bezug zu den Qualitätskriterien bzw. grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen der BAR hergestellt. Ferner können eigene Notizen in die leeren Felder geschrieben werden.

## VI. Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis

### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.1 Selbstverpflichtung der Leitung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Kann die Einrichtung nachweisen, dass sie der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems und der ständigen Verbesserung seiner Wirksamkeit nachkommt?	Ein Qualitätsmanagement-System wird eingeführt, regelmäßig bewertet und hinsichtlich seiner Eignung und Wirksamkeit überprüft. Die Einrichtung verfügt über ein Leitbild, ein Einrichtungskonzept und hat Qualitätsziele formuliert. Entsprechende Strukturen zur Realisierung eines Qualitätsmanagement-Systems (Benennung des Beauftragten der obersten Leitung) sind gebildet worden, die Leistungen der Einrichtung und Zuständigkeiten sind beschrieben, entsprechende Daten zur Beurteilung der Behandlung und Kundenzufriedenheit werden erhoben, ausgewertet und fließen in die weiteren Planungen ein. Die Einrichtung verfügt über bzw. erarbeitet ein Qualitätsmanagementhandbuch. Dieses wird kontinuierlich überarbeitet und aktualisiert.	BAR 4.1, 4.2, 5.1
2	Hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen Ressourcen zur Verwirklichung und Aufrechterhaltung und zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems festgelegt und bereitgestellt?	Die Einrichtung hat einen Beauftragten der obersten Leitung eingesetzt, der für die Entwicklung, Betreuung und Weiterentwicklung des QM-Systems zuständig ist. Darüber hinaus ist ein Qualitätsausschuss mit festgelegten Befugnissen und Verantwortlichkeiten etabliert, Qualitätszirkel bzw. spezifische Arbeitsgruppen entwickeln zu konkreten Problemen spezifische Verbesserungs- und Lösungsvorschläge. Das QM-System und darin enthaltene Instrumente werden kontinuierlich angewendet, um die Qualitätsziele der Einrichtung zu erreichen und bei Abweichungen entsprechende Korrekturmaßnahmen durchzuführen.	BAR 4.1 (3), 4.2 (1, 3)
3	Hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen Ressourcen zur Erhöhung der Zufriedenheit von Patienten, Leistungsträgern und weiteren Interessenpartnern durch Erfüllung der Kundenanforderungen und zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Teilhabe von Patienten an gesellschaftlichen Lebensbereichen festgelegt und bereitgestellt?		BAR 4.1 (2, 3), 5.1, 5.4 (2)



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Anforderungen der Gesellschaft (wie Verbesserung der Funktionsfähigkeit, der Aktivitäten und der Teilhabe von Patienten) unter Berücksichtigung reha-wissenschaftlicher Erkenntnisse ermittelt und diese auf Zielerreichung überprüft werden?	Erwerbsfähigkeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	BAR 2 (4), 3 (4, 5)
3	Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass den Mitarbeitern die Bedeutung vermittelt wird, Anforderungen von Patienten, Leistungsträgern und weiterer Interessenpartnern und gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen?	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung in Leitbild und Einrichtungskonzept (Qualitätspolitik)</li> <li>• Gegenstand von Qualitätszielen</li> <li>• Beurteilung in der Managementbewertung</li> <li>• Beurteilung durch interne Audits</li> </ul>	BAR 1 (2, 4)

### 1.3 Leitbild (Qualitätspolitik) und Einrichtungskonzept

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Verfügt die Einrichtung über ein schriftlich festgelegtes Leitbild und ist dieses für den Zweck der Einrichtung angemessen? Enthält es eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Verbesserung? Wird die Mitarbeiterorientierung dabei berücksichtigt?  Ist die im SGB IX dargestellte Teilhabeorientierung der Rehabilitation Grundlage des Leitbildes?	Das Leitbild der Einrichtung wird von der Leitung unter Einbezug der Mitarbeiter erarbeitet. Im Leitbild werden grundsätzliche Werthaltungen und Ziele der Einrichtung festgelegt. Das Leitbild wird wesentlich bestimmt durch das Einrichtungskonzept, dessen theoretisch-wissenschaftlichen Kontext, das Indikationsspektrum der Einrichtung, das Behandlungsprogramm sowie die Rehaziele (vgl. a. Kap. 3.2.1).	BAR 1 (1, 2, 3, 4)
2	Ist das Leitbild allen Mitarbeitern bekannt?  Stellt die Leitung sicher, dass die Inhalte von den Mitarbeitern verstanden und in der Alltagspraxis umgesetzt werden?	Das Leitbild wird den Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Aushänge etc. bekannt gemacht, in regelmäßigen Sitzungen besprochen.	BAR 1 (2, 4)
3	Wird das Leitbild den Patienten, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit kommuniziert?	Veröffentlichung auf der Homepage, Veröffentlichung im Qualitätsbericht etc.	BAR 1 (4)
4	Wird das Leitbild regelmäßig (mind. 1x pro Jahr) geprüft, ob es aktuell ist?		BAR 1 (6)
5	Verfügt die Einrichtung über ein schriftlich festgelegtes Einrichtungskonzept und ist dies für den Zweck der Einrichtung angemessen? Wird in dem Einrichtungskonzept die Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems und die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung aufgeführt?		BAR 2 (5, 6, 7, 8)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
6	Werden im Einrichtungskonzept folgende Aspekte dargestellt: <ul style="list-style-type: none"> <li>das Indikationsspektrum,</li> <li>die indikationsbezogenen Rehaangebote (Leistungsspektrum),</li> <li>die jeweiligen Rehaziele und</li> <li>die Maßnahmen zur Reha-Nachsorge?</li> </ul>	Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Trägerstruktur und zu den Rahmenbedingungen (z.B. geographische Lage, Größe)	BAR 2 (1, 2)
7	Wird die Ergebnisorientierung der in der Einrichtung durchgeführten RehaMaßnahmen im Einrichtungskonzept thematisiert?	Im Konzept wird dargelegt, wie die Ergebnisse der medizinischen Reha überprüft werden.	BAR 3 (6), 9 (3)
8	Wird das Einrichtungskonzept regelmäßig (mind.1x pro Jahr) geprüft, ob es aktuell ist?		BAR 2 (8)
9	Ist das Einrichtungskonzept mit den federführenden Leistungsträgern abgestimmt?		BAR 2 (3)
10	Ist das Einrichtungskonzept auf allen relevanten Ebenen bekannt?	Das Einrichtungskonzept ist allen Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Schulungen, Aushänge oder schriftliche Informationen bekannt zu machen.	BAR 2 (6, 7)

## 1.4 Planung

### 1.4.1 Qualitätsziele

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass für die relevanten Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse innerhalb der Einrichtung messbare Qualitätsziele auf den unterschiedlichen Ebenen festgelegt wurden?	Die Bereiche für die bzw. mit welchen Qualitätsziele festgelegt werden, müssen benannt sein. Den Bereichen müssen die Qualitätsziele bekannt sein und von ihnen maßgeblich beeinflusst werden können. Die Qualitätsziele sind unter Berücksichtigung interner Ergebnismessungen konkret und messbar zu formulieren. Hierzu werden die zur Verfügung stehenden Informationen und Daten zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Einrichtung entsprechend einbezogen. Auf die Wechselwirkung der unterschiedlichen Qualitätsziele ist zu achten.	BAR 4.1 (2), 5.3 (1, 3), 9 (3, 5, 6, 7,8)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	Berücksichtigen die Qualitätsziele die Anforderungen der Patienten, Leistungsträger und weiterer Interessenspartner?	Bei der Festlegung von Qualitätszielen werden auch die Anforderungen der Leistungsträger sowie entsprechende Rückmeldungen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger einbezogen. Ebenfalls werden Anforderungen von weiteren Interessenspartnern (z.B. niedergelassenen Ärzte, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, behördlichen Stellen, Krankenhäusern, etc.) berücksichtigt.	BAR 5.3 (1), 9 (8)
3	Werden die Qualitätsziele in der Einrichtung in Maßnahmenplänen, Projekten und Qualitätszirkeln, etc. umgesetzt? Wird die Zielerreichung überprüft und dokumentiert?		BAR 5.3 (2), 9 (6, 9)

## 1.4.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Wie hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Prozesse und andere Aspekte des Qualitätsmanagementsystems geplant werden?  Wie erfolgt die Anpassung an die sich ändernden Anforderungen?	Die Einrichtungsleitung bewertet regelmäßig den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagement-Systems, legt Befugnisse und Verantwortlichkeiten fest (z.B. Qualitätsmanagement-Beauftragter, Qualitätsmanagement-Team), sorgt dafür, dass die Behandlungsqualität und die Kundenzufriedenheit der verschiedenen Interessenspartner erhoben werden, qualitätsrelevante Prozesse der Einrichtung dargestellt werden und Anpassungen an sich ändernde Anforderungen (z.B. der DIN/EN/ ISO-Normen, der externen Kooperationspartner) Berücksichtigung finden.	BAR 5.1

## 1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

### 1.5.1 Verantwortung und Befugnis

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Wie hat die Einrichtungsleitung die Verantwortungen, Befugnisse einschließlich der Wechselbeziehungen innerhalb der Einrichtung festgelegt (im QM – Handbuch / Organigramm) und bekannt gemacht?	Die Organisationsstruktur der Einrichtung muss einschließlich der Verantwortlichkeiten festgelegt sein und allen Mitarbeitern (soweit erforderlich) vermittelt werden. Die Festlegung der Verantwortlichkeiten für leitende, ausführende und überwachende Tätigkeiten kann durch Stellenbeschreibungen, Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen, Organigramme, Verfahrensanweisungen, Unterschriften- / Kompetenzregelungen dokumentiert werden.	BAR 2 (1), 5.1 (1, 2, 3)

## 1.5.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Hat die Einrichtungsleitung einen „Beauftragten der obersten Leitung (BOL)“ für Fragen des Qualitätsmanagements schriftlich benannt?</p> <p>Der Beauftragte der obersten Leitung (BOL) für Qualitätsmanagement resp. der QM-Beauftragte ist offiziell zu ernennen und bekannt zu machen (z.B. durch Aushang, Rundschreiben, namensbezogenes Organigramm etc.).</p> <p>Kann die Einrichtung die erforderliche Qualifikation und Erfahrung des BOL resp. QM-Beauftragten nachweisen und sorgt sie für eine kontinuierliche Fortbildung?</p> <p>Verfügt die Einrichtung über eine Regelung zur Erfassung und Überprüfung des für das Qualitätsmanagement erforderlichen Zeitbedarfes und weist sie die Bereitstellung der erforderlichen (zeitlichen) Ressourcen nach?</p>	<p>Der Beauftragte der obersten Leitung (BOL) muss eine Person aus der Leitung der Organisation sein, welche bereichsübergreifende Kenntnisse und Kompetenzen besitzt und in die Leitung der Gesamtorganisation involviert ist (z.B. Geschäftsführer, Vorstand, Prokurist, Einrichtungsleiter, Mitglied der Geschäftsleitung). Bei der Umsetzung seiner entsprechenden Aufgaben kann der Beauftragte der obersten Leitung durch weitere interne und externe Personen (z.B. QM-Beauftragte) unterstützt werden.</p> <p>Sind BOL und QM-Beauftragter zwei verschiedene Personen, gilt die Anforderung an Qualifikation, Fortbildung und zeitliche Ressourcen als erfüllt, wenn sie für den QM-Beauftragten nachgewiesen werden.</p> <p>z.B.: Erfassung des Zeitbedarfs über definierten Zeitraum, entsprechende Anpassung der zeitlichen Ressourcen, Anlass bezogene Wiederholung des Verfahrens</p>	<p>BAR 4.1 (3), 4.2 (1, 2, 3, 4), 5.4 (2)</p>
2	<p>Sind die Aufgabenbereiche des Beauftragten der obersten Leitung sowie - falls vorhanden - weiterer zuständiger Personen (z.B. eines dem Beauftragten der obersten Leitung zugeordneten QM-Beauftragten) sowie entsprechende Verpflichtungen und Verantwortungen geregelt und allen Beteiligten in geeigneter Form vermittelt? Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Sicherstellung, dass die Prozesse des Qualitätsmanagementsystems eingeführt und aufrechterhalten werden.</li> <li>• Das Berichtswesen an die Leitung über die Leistung des Qualitätsmanagementsystems und der notwendigen Verbesserungen.</li> <li>• Die Förderung des Bewusstseins über die Anforderungen der Patienten, Leistungsträger und Interessentpartner.</li> </ul>	<p>Die Aufgaben, der Verantwortungsbereich und die Befugnisse des Beauftragten der obersten Leitung sind schriftlich geregelt. Der Beauftragte der obersten Leitung ist u.a. für die Etablierung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems verantwortlich. Er ist verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsmanagement-Handbuchs, für entsprechende Schulungen und Beratungen für Mitarbeiter, er begleitet den Selbstbewertungs- und Zertifizierungsprozess und trägt zur Förderung des Bewusstseins für Qualitätsmanagement bei. Er verfügt über entsprechende Kompetenzen, um seinen Aufgaben umfassend gerecht werden zu können.</p> <p>Er kann hierbei durch weitere Personen (z.B. einen QM-Beauftragten, der als Stabsstelle [rechte/ausführende Hand] des Beauftragten der obersten Leitung fungiert) unterstützt werden. Verantwortungen und Befugnisse sowie die ggf. bestehende Aufgabenteilung zwischen dem Beauftragten der obersten Leitung und dem/den QM-Beauftragten bzw. den QM-Teams müssen über Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen festgelegt sein.</p>	<p>BAR 4.2 (4, 5)</p>



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
3	Gibt es einen Qualitätsmanagement-Ausschuss mit festgelegten Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Tagungsrhythmus und Berichtswesen?	In kleinen Einrichtungen können QM-Ausschuss und Leitungsteam gemeinsam durchgeführt werden.	BAR 4.1 (1, 3), 5.4 (2), 5.5 (1)

### 1.5.3 Interne Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Ist sichergestellt, dass den Mitarbeitern notwendige Informationen für ihre Behandlung/Dienstleistungserbringung bekannt sind?	Relevante Informationen zum Behandlungsprozess des Patienten werden regelmäßig und im erforderlichen Umfang interdisziplinär ausgetauscht, in Form von Teambesprechungen, Übergaben etc.	BAR 5.5 (1, 2), 11 (1, 2)
2	Ist die interne Kommunikation sichergestellt? <ul style="list-style-type: none"> <li>Werden wöchentliche Besprechungen zur Steuerung der Reha (intra- und interdisziplinäre „Fallkonferenzen“, Supervisionen) durchgeführt?</li> <li>Können in diesem Rahmen auch organisatorische Themen besprochen werden bzw. existieren dafür separate regelmäßig stattfindende Termine?</li> </ul>	Festgelegt werden müssen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Termine (Wochentag, Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit)</li> <li>Tagesordnung</li> <li>Protokollführung</li> <li>An- und Abwesenheitsregelung</li> <li>Gesprächsleitung</li> </ul> Die Ergebnisse müssen entsprechend dokumentiert und zugänglich sein. Beschlüsse sind umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.	BAR 5.5 (1), 11 (1, 2)
3	Finden regelmäßige Besprechungen zwischen den Mitarbeitern bzw. der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung statt? Werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert?	Die Besprechungen müssen entsprechend dokumentiert werden. Entsprechende Beschlüsse sind umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.	
4	Werden die Vorschläge, Ideen und das Wissen von Mitarbeitern erfasst, bewertet und umgesetzt? Gibt es ein „Vorschlagswesen“?		BAR 5.5 (1, 2, 3), 9 (9, 10), 10 (1, 3, 4)
5	Ist sichergestellt, dass zur Informationssammlung und -verteilung die notwendigen Techniken und Medien bereitgestellt werden?	Beispiele elektronischer Kommunikation: E-Mail-System, Intranet, EDV-gestützte Patientendokumentation	BAR 4.1 (3)

### 1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Beteiligen sich Mitarbeiter der Einrichtung an wissenschaftlichen Tagungen oder wesentlichen Fachkongressen, an „externen Qualitätszirkeln“ oder ähnlichen Arbeitsgremien?	Dokumentation der Teilnahme	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	Nehmen die Einrichtungsmitarbeiter an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil? Nehmen Einrichtungsvertreter an wichtigen Fachkongressen teil?	Dokumentation der Teilnahme	BAR 11 (6)
3	Sind Ärzte, Pflegende und Therapeuten Mitglieder in Fachgesellschaften. Ist die Einrichtung Mitglied eines Fachverbandes?	Dokumentation der Mitgliedschaft	
4	Finden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte /Therapeuten /Pflegepersonal etc. und die Allgemeinbevölkerung durch die Einrichtung statt? (Tag der offenen Tür, Reha-Tag)	Dokumentation der Durchführung	BAR 11 (3, 6)
5	Besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen?	Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird von der Einrichtung aktiv gesucht, unterstützt und dokumentiert.	BAR 6 (1, 3, 5)
6	Ist der regelmäßige Kontakt zu Leistungsträgern und Interessenspartnern sichergestellt?		BAR 6 (3, 5)
7	<u>Falls relevant:</u> Ist die Zusammenarbeit mit Servicestellen, Beratungsstellen, Hausärzten etc. geregelt?		BAR 6 (3, 5)
8	Werden jährliche Qualitätsberichte/ Jahresberichte der Einrichtung erstellt und veröffentlicht?	<u>Siehe Vorlage DEGEMED Qualitätsbericht.</u>	BAR 5.3 (1, 2, 3), 5.4 (3)
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Ist der/die leitende Arzt/Ärztin Mitglied in einer der maßgeblichen Fachgesellschaften, wie z. B. der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation in der Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz-Kreislauf-Forschung, der Deutschen Lipidliga oder der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V.?		
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Ist der/die leitende Arzt/Ärztin Mitglied in neurologischen Fachgesellschaften?		
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Ist der/die leitende Arzt/Ärztin der onkologischen Abteilung (oder Stellvertretung) Mitglied einer onkologischen Fachgesellschaft und eines onkologischen Arbeitskreises oder Tumorzentrums?		
O2	<u>Nur Onkologie:</u> Beteiligen sich Klinikmitarbeiter als Referenten/Mitorganisatoren an externen Veranstaltungen?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Beteiligen sich Klinikmitarbeiter als Referenten/Mitorganisatoren an externen Veranstaltungen?		

## 1.6 Managementbewertung

### 1.6.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Bewertet die Einrichtungsleitung das QM-System zur Sicherstellung der fort-dauernden Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit in geplanten Abständen?	Die Bewertung des QM-Systems erfolgt mindestens einmal jährlich. Die erste Managementbewertung muss zum Zertifizierungsverfahren vorliegen. Die Managementbewertung muss aufgezeichnet und gelenkt werden (Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen). Es wird geprüft, ob das Qualitätsmanagement zur Realisierung der Qualitätsziele der Einrichtung beigetragen hat, ob entsprechende Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden konnten und ob sich deren Auswirkungen auch durch entsprechende Erhebungen belegen lassen (z.B. Patientenbefragungen, Audit-ergebnisse, Kundenrückmeldungen, Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens der Rentenversicherungsträger). Bei Bedarf wird das Qualitätsmanagement-System überarbeitet bzw. ergänzt.	BAR 5.3 (1, 2)

### 1.6.2 Eingaben für die Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Besteht ein System zur Sammlung und Aufbereitung von Informationen und Daten als Input für die Durchführung der Managementbewertung?	Die Benennung von Verantwortlichen für die Sammlung von Daten und Bewertungen ist sinnvoll (z.B. QMB)	BAR 5.3 (1)
2	Beinhaltet die Managementbewertung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Einrichtungskonzept und Leitbild (Prüfung auf Aktualität)</li> <li>Rehakonzept (Prüfung auf Aktualität)</li> <li>Ergebnisse von Audits (Interne Audits, Zertifizierungsaudits)</li> <li>Rückmeldungen von Patienten, Leistungsträgern und weitere Interessenpartner (Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, Visitationsergebnisse/Begehungen der Leistungsträger)</li> </ul>	Die Managementbewertung ist ein zentraler Punkt des Qualitätsmanagements. Ziel ist es, einen ständigen Verbesserungsprozess in der Einrichtung zu realisieren und die strategische Ausrichtung der Einrichtung festzulegen.  Die Aufstellung kann um weitere einrichtungsspezifische Anforderungen ergänzt werden.  Die Managementbewertung wird einmal jährlich durch die Leitung und den Beauftragten der obersten Leitung durchgeführt. Wichtige Kennzahlen sollten jedoch für die Leitung der Einrichtung	BAR 1 (6), 2 (8)  BAR 3 (7)  BAR 5.4  BAR 6 (2), 7 (2), 8 (2, 4), 9 (7, 8)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (auch Rehaprozesse)</li> <li>• <u>Falls relevant</u>: Umsetzung von Leitlinien sowie Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (Umsetzungsgrad, Erfüllung des geschätzten Bedarfs) und Prüfung auf Aktualität der Leitlinie</li> <li>• Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (wie Peer-Review, Patientenbefragung, Struktur und Konzeptanalyse und weitere Daten)</li> <li>• Ergebnisse vorhandener Erhebungen (z.B. Basisdokumentation, katamnestiche Erhebungen etc.)</li> <li>• Umsetzung der Qualitätsziele</li> <li>• Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (auch zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtung)</li> <li>• Erfüllung gesetzlicher und behördlicher Anforderungen</li> <li>• Status von Korrekturmaßnahmen (z.B. Fehler, Komplikationen, Infektionen, Zwischenfälle)</li> <li>• Status von Vorbeugungsmaßnahmen (Präventionen, Standards, etc.)</li> <li>• Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten)</li> <li>• Lieferantenbeurteilung</li> <li>• Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen</li> <li>• geplante Veränderungen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten</li> <li>• Empfehlungen für Verbesserungen (betriebliches Vorschlagswesen, etc.)?</li> </ul>	<p>unterjährig erhoben, analysiert und bewertet werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden (Definition, Messung, Verantwortung, Bewertung und Maßnahmen, Informationen, etc.). Die Ergebnisse der Kennzahlensystematik fließen wieder in die Management-Bewertung ein.</p>	<p>BAR 9 (2)</p> <p>BAR 2 (3)</p> <p>BAR 8 (1-4)</p> <p>BAR 9 (6)</p> <p>BAR 5.2 (2), 9 (4)</p> <p>BAR 9 (10), 10 (3)</p> <p>BAR 10 (4)</p> <p>BAR 5.2 (2)</p> <p>BAR 5.3 (1, 2), 5.4</p> <p>BAR 5.3 (1, 2), 5.4 (4, 5)</p> <p>BAR 5.5 (1, 3)</p>

### 1.6.3 Ergebnisse der Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Enthält die Managementbewertung als Ergebnis Entscheidungen und Maßnahmen zu folgenden Punkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• den Änderungsbedarf für die Qualitätspolitik</li> <li>• den Änderungsbedarf für die Qualitätsziele</li> <li>• den Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystem</li> <li>• Verbesserung der Prozesse</li> <li>• die Beurteilung der Verbesserungsmöglichkeiten</li> <li>• die Verbesserung der Einrichtungsleistungen in Bezug auf Anforderungen von Patienten, Leistungsträger und weiteren Interessenpartnern</li> <li>• Bedarf an Ressourcen.</li> </ul>	Die Managementbewertung soll eine selbstkritische Betrachtung der bisherigen Maßnahmen und sinnvoller Verbesserungsmöglichkeiten enthalten. Alle aufgeführten Punkte müssen sich unter Berücksichtigung der „Eingaben in die Bewertung“ wieder finden.  Wichtige Kennzahlen sollten für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden	BAR 5.3  BAR 5.3 (3)  BAR 5.4 (1, 4), 9 (10)  BAR 5.3 (2), 9 (10)  BAR 6 (1, 2)
2	Werden die Ergebnisse der Bewertung des QM-Systems aufgezeichnet und dokumentiert?		BAR 5.4 (3)

## 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

### 2.1 Personelle Ausstattung

#### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Entspricht die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation den indikationsspezifischen Anforderungen sowie den Vorgaben der Leistungsträger? Die Qualifikation umfasst die Bereiche Ausbildung, Schulungen (nachweisbare interne oder externe Schulungen, Unterweisungen), Fertigkeiten (spezifische Eignung im zutreffenden Bereich) und Erfahrungen.</p> <p>Verfügt die Einrichtung über einen Stellenplan?</p>	<p>Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der Einrichtung orientiert sich an den Vorgaben der Leistungsträger, gesetzlichen Bestimmungen und dem jeweiligen Einrichtungskonzept. Darüber hinaus sind spezifische Anforderungen an die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation aufgrund indikationsspezifischer Besonderheiten und entsprechender Einrichtungskonzepte möglich. Der Stellenplan dient als Grundlage für die Personalbedarfsplanung und -entwicklung. Nicht besetzte Stellen sind gekennzeichnet, der Abgleich zwischen Soll- und Ist-Stellen findet in mindestens jährlichen Abständen statt.</p>	<p>BAR 5.1 (1, 2), 11 (3, 5, 6)</p>
2	<p>Verfügen die leitenden Ärzte (Chefarzt, Oberärzte) über die notwendigen Gebietsbezeichnungen (ggf. Schwerpunktsbezeichnungen), sowie über notwendige Bereichsbezeichnungen (Zusatzbezeichnungen)?</p> <p>Verfügen Ärzte über die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen" oder "Sozialmedizin"?</p>	<p>Die Forderung nach der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ kann auch durch den „Arzt für Physikalische Medizin und Rehabilitationswesen“ erfüllt werden.</p> <p>der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ kann auch im Sinne einer Kooperation erfüllt werden.</p>	<p>BAR 5.1 (2)</p>
3	<p>Ist die fachärztliche Vertretung angemessen geregelt?</p>		<p>BAR 5.1 (2)</p>
4	<p>Werden die wesentlichen medizinischen und therapeutischen Leistungen grundsätzlich in der Einrichtung erbracht?</p>	<p>Bei kleineren Einrichtungen ist z.T. auch ein Konsiliarwesen möglich. Wenn Konsile vorhanden sind, so müssen diese klar geregelt sein.</p>	<p>BAR 5.1 (2)</p>
5	<p>Existieren Stellen- und/oder Arbeitsplatzbeschreibungen?</p>		<p>BAR 5.1 (2)</p>
6	<p><u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u></p> <p>Wird ein qualifizierter ärztlicher Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des geltenden Arbeitszeitgesetzes sowie ein fachärztlicher Hintergrunddienst bereitgehalten?</p>		<p>BAR 5.1 (2)</p>
7	<p><u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u></p> <p>Wird ein qualifizierter Nachtdienst der Pflege bereitgehalten und sind examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte 24 Stunden anwesend?</p>		<p>BAR 5.1 (2)</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
8	Existieren Regelungen der Dienstplangestaltung sowie für Vertretungen im Krankheitsfall?	Die Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Erstellung von Dienstplänen müssen klar geregelt sein. Darüber hinaus müssen Vertretungsregelungen im Krankheitsfall vorgehalten werden.	BAR 5.1 (2)
9	Gibt es Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Prävention oder Umsetzung des Arbeitsschutzes?		
10	Existiert ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement für länger erkrankte Mitarbeiter?		SGB IX § 84 (2)
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Verfügen Ärzte/Ärztinnen über die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" ?	Wünschenswert, jedoch nicht obligat.	
K2	<u>Nur Kardiologie:</u> Gewährleisten Regelungen eine Mitarbeiterausstattung, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung ausreichend ist?	Exemplarisch sei hier ausgeführt, dass für eine Klinik mit 50 % AHB-Belegung und einem Durchschnittsalter der Patienten von ca. 60 Jahren ein voll approbierter Assistenzarzt nicht mehr als 25 Patienten betreuen soll (DGPR-Standard)	
M1	<u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen :</u> Sind in der Klinik die genannten therapeutischen Abteilungen vorhanden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankengymnastik</li> <li>• Physikalische Therapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Psychologie</li> <li>• Sozialberatung</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Diätetik</li> </ul>		
M2	<u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen :</u> Gibt es in der Klinik ausreichend examinierte, in der Orthopädie/Rheumatologie erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegekräfte?		
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Gibt es in der Klinik ausgebildete <ul style="list-style-type: none"> <li>• Künstlerische Therapeuten sowie</li> <li>• Ergotherapeuten und Physiotherapeuten mit Weiterbildung in neurophysiologischen Therapiemethoden?</li> </ul>		
N2	<u>Nur Neurologie:</u> Bietet die Klinik supportive Psychotherapie durch Ärzte oder Psychologen an?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N3	<u>Nur Neurologie:</u> Haben zuständige Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bewegungs- und lagerungstechnische Qualifikationen (z. B. Bobathschulung)?		
N4	<u>Nur Neurologie:</u> Ist der Pflegedienst im ADL-Training unterwiesen?		
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Gibt es für die in der Klinik hauptsächlich behandelten Indikationen entsprechende FÄ, die die Behandlung durchführen können (Innere Medizin ggf. mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder Hämatologie/ Onkologie; Gynäkologie; Urologie; HNO)?		
O2	<u>Nur Onkologie:</u> Wenn es in der Klinik keine indikations-spezifischen Fachärzte gibt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existiert ein geregeltes Konsilwesen?</li> <li>• Existiert eine Regelung zu diesem Ablauf?</li> </ul>		
O3	<u>Nur Onkologie:</u> Sind in der Klinik folgende therapeutischen Abteilungen vorhanden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Psychoonkologie (Dipl. Psychologen mit psychoonkologischer Zusatzqualifikation )</li> <li>• Sozialdienst mit Sozialarbeiter/-pädagoge</li> <li>• Diätberatung (mit Diätassistentin oder Ökotrophologin)</li> <li>• Logopädie (mit Logopäden oder Stimmtherapeuten) bei Stimm- und Sprechstörungen</li> </ul>		
O4	<u>Nur Onkologie:</u> Sind die folgenden Therapeuten in der Klinik tätig? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stomatherapeut mit entsprechender Weiterbildung (bei Stomapatienten)</li> <li>• Lymphtherapeut mit entsprechender Weiterbildung</li> <li>• Künstlerische oder Ergotherapeuten</li> </ul>		



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<u>Nur Psychosomatik</u> : Sind der oder die leitenden Psychologen approbierte Psychologen mit Fachkundenachweis und Supervisorqualifikation?		
P2	<u>Nur Psychosomatik</u> : Ist in der Einrichtung die Behandlung in einem multiprofessionellen Team personell gesichert? Mindestanforderung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte</li> <li>• Psychologen</li> <li>• Funktionstherapeuten</li> <li>• Sozialarbeiter/Sozialpädagogen</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflegekräfte</li> </ul>		
P3	<u>Nur Psychosomatik</u> : Gibt es unter den Funktionstherapeuten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapeuten</li> <li>• Künstlerische Therapeuten (z. B. Gestaltungstherapeuten)</li> <li>• Körpertherapeuten (z. B. Motologen, Sporttherapeuten)</li> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapeuten (z. B. Feldenkraislehrer, Krankengymnasten)</li> <li>• Diätberater (z. B. Ökotrophologen)?</li> </ul>		

### 2.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtung für das Personal, das qualitätsbeeinflussende Tätigkeiten ausübt, die notwendigen Qualifikationen ermittelt?	Der Qualifikationsbedarf für die verschiedenen Bereiche der Einrichtung ist jährlich zu ermitteln. Aus diesem Bedarf leitet sich die Erstellung eines Fort- und Weiterbildungsplans ab (u. a. für den künftigen Bedarf, für strategische und operative Pläne/Ziele, der zu erwartende Nachfolgebedarf für Führungskräfte, Veränderungen von Prozessen und Ausrüstungen, Erfüllung von zutreffenden Gesetzen und behördlichen Bestimmungen.)	BAR 4.1 (3), 11 (6)
2	Führt die Einrichtung Schulungen oder andere Maßnahmen zur Deckung dieses Bedarfs durch?	Der Fort- und Weiterbildungsbedarf kann durch interne oder externe Maßnahmen gedeckt werden. Hierbei sind die Qualifikationsvoraussetzungen, das Anforderungsprofil und die Qualifikationskosten entsprechend zu berücksichtigen. Die Mitarbeiter sind an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung zu beteiligen.	BAR 11 (3, 6)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
3	Existiert ein Schulungs- und Fortbildungsplan? Berücksichtigt dieser die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele zur Personalentwicklung?		BAR 11 (6)
4	Wie beurteilt die Einrichtung die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen?	Die Wirksamkeit der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Erlangung spezifischer Kompetenzen) wird in der Einrichtung beurteilt. Hierzu werden z.B. Rückmeldungen der Mitarbeiter, Beurteilungen von Vorgesetzten und Teammitgliedern eingeholt.	BAR 5.3 (1)
5	Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter sich der Bedeutung und Wichtigkeit ihrer Tätigkeit bewusst sind und wissen, wie sie zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen?	Den Mitarbeitern müssen die Qualitätsziele und konkrete Maßnahmen zur deren Umsetzung in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld bekannt sein, z.B. in dem sie diese mit erarbeiten und/ oder über Teambesprechungen, Mitarbeiterversammlungen darüber informiert werden	BAR 5.5 (1,2)
6	Führt die Einrichtung geeignete Aufzeichnungen zu Schul- und Berufsausbildung, sowie zusätzlichen Qualifikationen, Fertigkeiten und Erfahrungen?		BAR 11 (6)
7	Wird das Personal vor der Freigabe von Konzept - Änderungen (Einrichtungs- und Rehakonzepte) entsprechend geschult bzw. darüber informiert?		BAR 5.5 (1,2)
8	Gibt es schriftliche Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in ihren Arbeitsbereich, in das QMS und die gesetzlichen Grundlagen? Wie wird die Einarbeitung neuer Mitarbeiter dokumentiert?	Es existiert eine Regelung, wie neue Mitarbeiter in ihren Aufgabenbereich sachkundig und zeitlich angemessen eingearbeitet werden (z.B. Paten-System, Checklisten). Darüber hinaus erhalten die Mitarbeiter Unterlagen (z.B. Leitbild und Aussagen zur Qualitätspolitik, Konzeption, entsprechende Auszüge aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch, Arbeitsordnung, gesetzliche Grundlagen etc.).	BAR 11 (5)
9	Finden bei Bedarf Schulungen der Mitarbeiter zum patientenorientierten Umgang statt?	Geschult werden sollte therapeutisches und nichttherapeutisches Personal hinsichtlich eines patientenorientierten Umgangs.	BAR 11 (3)
10	Gibt es für die therapeutischen Mitarbeiter eine regelmäßige interne sozialmedizinische Weiterbildung?		BAR 11 (3)

## 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Hat die Einrichtung die sachliche Ausstattung, die sie zur Erreichung der Anforderungen von Patienten und Interessenspartnern benötigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ermittelt</li> <li>– bereitgestellt und</li> <li>– wie wird diese aufrechterhalten?</li> </ul> <p>Werden die Ergebnisse von Begehungen zum Gebäude, Arbeitsschutz, Hygiene und Datenschutz (oder Ergebnisse von Ausschüssen), Anforderungen und Visitationen von Leistungsträgern und Begehungen von Behörden berücksichtigt?</p>	<p>Die sachliche Ausstattung beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gebäude, Arbeitsplatz und angeschlossene Versorgungseinrichtungen</li> <li>– Diagnose- und Therapieeinrichtungen, Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen, unterstützende Dienstleistungen (z.B. Transport, Kommunikation, externe Dienstleistungen).</li> </ul> <p>Die Ausstattung muss entsprechend den Anforderungen der Leistungsträger und dem therapeutischen Konzept (z.B. Zweibettzimmer-Quote, Zahl der Therapie- und Funktionsräume, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Einrichtungen zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie) gestaltet sein.</p> <p>Bei kleineren Einrichtungen kann in Teilbereichen die Infrastruktur in unmittelbarer Umgebung (z.B. Sportanlagen) genutzt werden.</p>	<p>BAR 6 (2, 3)</p> <p>BAR 5.2 (2)</p>
2	Entspricht die medizinisch - technische Ausstattung den indikationsspezifischen Qualitätsanforderungen?		
3	Entspricht die räumliche und sachliche Ausstattung den indikationsspezifischen Anforderungen?	Die räumliche und sachliche Ausstattung muss den Qualitätsanforderungen der Leistungsträger sowie den indikationsspezifischen Behandlungsanforderungen, welche im Einrichtungskonzept dargelegt werden, entsprechen.	
4	Gibt es in der Einrichtung ein systematisches und verständliches Wegeleitsystem?		
5	Existiert eine Investitionsplanung z. B. für das laufende Geschäftsjahr/für kürzere Zeiträume/für Zeiträume bis 5 Jahre?		
6	Wird durch geeignete Maßnahmen die Instandhaltung der Einrichtung gewährleistet (z. B. durch einen Instandhaltungsplan)?	Ein Instandhaltungsplan für kurz-, mittel- und langfristige Zeiträume ist vorzuhalten.	
7	Werden bei Instandhaltungen notwendige Sicherheits- (Arbeitssicherheit, Brandschutz, etc.) und Hygienevorschriften eingehalten?	Einschlägige Vorschriften werden ermittelt und fließen in die Planung und Durchführung der Wartung und Instandhaltung ein.	
8	Finden notwendige Begehungen zum Gebäudezustand statt?	Begehungen zur Feststellung des Gebäudezustands sind zu planen, regelmäßig durchzuführen und zu dokumentieren. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Erstellung des Instandhaltungsplans sowie für die Investitionsplanung.	BAR 5.2 (2)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
9	Finden notwendige Überprüfungen zum Gerätezustand statt?	Die Wartung und Instandhaltung von Geräten ist zu planen, fristgerecht durchzuführen und zu dokumentieren.	BAR 5.2 (2)
K 1	<p><u>Nur Kardiologie:</u> Sind die räumlich-sachlichen Voraussetzungen zur Realisierung des Konzeptes der „umfassenden Betreuung“ in der kardiologischen stationären Reha, die von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen gefordert werden, erfüllt? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	
M1	<p><u>Nur Muskuloskeletale Erkrankungen:</u> Entsprechen die Raum- und Sachausstattungen den Anforderungen der klinikspezifischen Rehakonzepte? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik je nach Behandlungsschwerpunkt inklusive bildgebender Diagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie der sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u> Entsprechen die räumlich-sachlichen Voraussetzungen den klinikspezifischen Rehakonzepten? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elektrophysiologischen und neuropsychologischen Diagnostik</li> <li>• Liquordiagnostik, Gefäß- und Kreislaufdiagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Neuropsychologischen Therapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	
N2	<p><u>Nur Neurologie:</u> Gibt es die Möglichkeit der Unterbringung eines Angehörigen im Krankenzimmer (Rooming In) bei verwirrten, unruhigen oder ängstlichen Patienten?</p>		
O1	<p><u>Nur Onkologie:</u> Entsprechen die räumlich-sachlichen Voraussetzungen den klinikspezifischen Rehakonzepten? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik je nach Behandlungsschwerpunkt inklusive bildgebender Diagnostik</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Zytostatikatherapie (Wenn diese Arzneimittel selbst hergestellt werden, muss eine Werkbank vorhanden sein!)</li> </ul> <p>Existiert eine Regelung zum Umgang mit Zytostatika (Zubereitung, Entsorgung, Schulung von Mitarbeitern und Verhalten bei Unfällen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	
O2	<p><u>Nur Onkologie:</u> <u>Falls relevant:</u> Gibt es die zur Durchführung eines Irrigationstrainings für Stomapatienten erforderliche Sachausstattung?</p>		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u>            Entsprechen die Raum- und Sach-            Ausstattungen den Anforderungen der            klinikspezifischen Rehakonzepte?            Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens-, und Funk-              tionsdiagnostik je nach Behand-              lungsschwerpunkt</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Gestaltungstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> </ul>		

### 2.3 Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Wie werden Mitarbeiter in qualitätsrele-            vante Entscheidungen einbezogen?</p>	<p>Der Einbezug der Mitarbeiter erfolgt            z.B. über das Vorschlagswesen, die            Mitwirkung in Qualitätszirkeln und ent-            sprechenden Gremien, Mitarbeiterbe-            fragungen und Mitarbeitergespräche.</p>	<p>BAR            5.5 (2)</p>
2	<p>Mit welchen Methoden erhebt die Ein-            richtung die Mitarbeiterzufriedenheit?             Werden die Ergebnisse systematisch            ausgewertet, bekannt gemacht und tra-            gen diese zur Weiterentwicklung der            Einrichtung bei?</p>	<p>Instrumente sind beispielsweise: Befra-            gungen, strukturierte Bewertungsge-            spräche, Analyse von Fehlzeiten,            krankheitsbedingten Abwesenheiten,            Mitarbeiterfluktuation, Mitarbeiterbe-            schwerden.</p>	<p>BAR            5.5 (3)</p>

### 3 Realisierung der Reha-Prozesse

#### 3.1 Projektmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Werden die Instrumente des Projektmanagements bei wesentlichen Neu- und Weiterentwicklungen von Reha- und Therapiekonzepten sowie weiteren Leistungsangeboten angewendet?	Im Vorfeld der Konzeption und Einführung neuer Konzepte und Angebote sind der Bedarf, die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung, das Kosten- und Nutzenverhältnis und die jeweiligen Realisierungschancen zu erheben und zu dokumentieren.	BAR 3 (7)  BAR 9 (9)
2	<p>Umfasst das Projektmanagement mind. die folgenden Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigter Projektauftrag</li> <li>• Projektleiter, Projektteam</li> <li>• Ggf. Festlegung erforderlicher Ressourcen</li> <li>• Projektziele</li> <li>• Projektplan (unter Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zeitfenstern)</li> <li>• Freigabe der Umsetzung ggf. nach Korrektur</li> <li>• Umsetzung in der Praxis und ggf. Schulung der Mitarbeiter</li> <li>• Evaluation der Ergebnisse und ggf. Anpassung</li> <li>• Projektdokumentation</li> <li>• Ggf. Neuerstellung bzw. Anpassung von Vorgabedokumenten (z.B. Verfahrensanweisungen)</li> </ul>		

#### 3.2 Planung der Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Wie hat die Einrichtung die notwendigen Prozesse zur Behandlung und die unterstützenden Prozesse geplant und entwickelt?</p> <p>Sind diese schriftlich im QM-Handbuch nachvollziehbar dargestellt?</p> <p>Sind Prozessverantwortliche benannt?</p>	<p>Die einrichtungsspezifischen Prozesse können mittels Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen oder Flussdiagrammen beschrieben werden. Hierbei werden Kernprozesse der Behandlung (z.B. Bettendisposition, Aufnahme, Diagnostik, Therapieplanung, Therapiesteuerung, Entlassung) sowie unterstützende Prozesse (Beschaffung, Wartung u. Instandhaltung, Küche, Service, Hausreinigung) berücksichtigt. Die Gestaltung der Kernprozesse erfolgt in der Regel interdisziplinär.</p>	BAR 3 (1, 3), 5.2 (1, 3, 4, 5)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	Werden dabei die Erwartungen der Patienten, der Leistungsträger und weiterer Interessenpartner berücksichtigt?	Berücksichtigung der Ergebnisse von Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement etc.	BAR 6 (2, 3)
3	Werden bei der Planung von Rehaprozessen diese mit den Anforderungen anderer Prozesse abgestimmt, sodass es nicht zu gegenseitigen Beeinträchtigungen kommt?		BAR 5.2 (3), 6 (3)
4	Werden bei der Planung der Prozesse die Anforderungen an die Ergebnisqualität berücksichtigt?	Die Prozessplanung ist ausgerichtet an den (Teil-)Ergebnissen, die mit den Prozessen erreicht werden sollen. Die Ergebnisse können therapeutisch, betriebswirtschaftlich oder volkswirtschaftlich definiert sein.	BAR 9 (1, 2, 3, 5, 6, 8)
5	Werden die Patientenunterlagen im Vorfeld der Reha ärztlich geprüft?	Sichtung der Patientenunterlagen bei Anmeldung	
6	Wird versucht Patienten frühzeitig zu erkennen, deren sozialmedizinische Problematik besondere therapeutische Maßnahmen erfordert?		
7	<u>Falls relevant:</u> Existiert eine Regelung wie mit Eilfällen umgegangen wird, damit eine zügige Aufnahme erreicht wird?		
8	Werden das bio-psycho-soziale Modell (ICF) und die Teilhabeorientierung bei der Planung der Rehaprozesse berücksichtigt?		BAR 2 (3, 4), 3 (3, 4)
9	Werden im Rahmen der Planung der Prozesse, soweit erforderlich, Dokumente erstellt sowie die notwendigen Mittel bereitgestellt?		BAR 5.2 (4)
10	Erhalten die Patienten geeignetes Informationsmaterial zu ihrer Reha bereits vor der Aufnahme (z. B. Einrichtungsprospekt, Informationen über spezielle Rehaangebote)?		BAR 6 (1)
11	Ist festgelegt, welche Aufzeichnungen und Dokumente erforderlich sind, um die Prozesse überprüfen zu können?	Bei der Planung der Prozesse wird festgelegt, welche Aufzeichnungen erfolgen müssen, um die Prozesse überprüfen zu können und die Rückverfolgung des Prozesses sicherzustellen.	BAR 5.2 (4)
12	Besteht in der Einrichtung die Möglichkeit für ihre Prozesse die aktuellen Informationen zu beziehen, um die Anforderungen an reha-wissenschaftliche Standards, Leitlinien, Evidenz-basierte Medizin, gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen?	Z.B. eine Fachbibliothek bzw. Internetzugang bzw. werden Fachzeitschriften bezogen	BAR 2 (4)
13	Sind den relevanten Mitarbeitern die entsprechenden Leitlinien und Therapiestandards bekannt?		



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u> Liegen Behandlungsstandards für folgende Krankheitsbilder vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt</li> <li>• Diagnose und Behandlung von Risikofaktoren</li> <li>• Diagnose und Behandlung wesentlicher und häufiger Begleiterkrankungen und Komplikationen (z. B. Diabetes mellitus, Beinvenenthrombose, Dekubitus, Kontrakturen, Hirndrucksteigerung, Harnwegsinfekte, Pneumonie, MRSA)</li> <li>• medikamentöse Behandlung bei Schwerpunktindikationen wie z. B. Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie</li> </ul>		

### 3.2.1 Rehabilitationskonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Sind die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Rehakonzepten festgelegt?		BAR 3 (1)
2	Liegen schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehakonzepte für die häufigsten Krankheitsbilder vor, so dass diese mind. 80% der behandelten Patienten abdecken?	Die Rehakonzepte sollen sich am biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell orientieren.	BAR 2 (5), 3(3-5)
3	Berücksichtigen die Rehakonzepte die psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten?	<p>Orientierung am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell/ ICF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit</li> <li>• psychologische Faktoren der Krankheitsbewältigung und Verhaltensmodifikation</li> <li>• Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung</li> <li>• Maßnahmen für eine umfassende Sekundärprävention und Nachsorge</li> </ul>	BAR 3 (3,4)
4	Berücksichtigen die Rehakonzepte die unterschiedlichen Zielgruppen, die Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und/ oder Vermeidung von Pflege?		BAR 3 (2, 4, 5)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
5	Gehen die Rehakonzepte in angemessener Weise auf Verlaufsdiagnostik, Behandlung und Therapieangebote, auf die jeweiligen Behandlungsziele und auf Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge ein?	Im Rehakonzept wird dargelegt, welche Rehaziele erreicht werden sollen, welche diagnostischen Verfahren und Therapien eingesetzt werden und wie eine Zusammenarbeit mit nachstationären Angeboten (z.B. Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen) gestaltet wird.	BAR 5.2 (1), 6 (4, 5), 9 (1, 2)
6	Sind diese Rehakonzepte das Ergebnis einer interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit?	An der Erstellung der Rehakonzepte sind alle relevanten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Therapeuten etc.) beteiligt.	BAR 3 (3)
7	Ist in den Rehakonzepten die Beteiligung und Mitwirkung der Patienten vorgesehen?	Im Rehakonzept ist beschrieben in welcher Art und Weise Beteiligung und Mitwirkung des Patienten im Behandlungsprozess erfolgen	BAR 6 (1-4)
8	Sind die Rehakonzepte auf allen relevanten Ebenen bekannt? Überprüft die Einrichtung den Kenntnisstand ihrer Mitarbeiter hinsichtlich der Rehakonzepte?	Die Kenntnis der Rehakonzepte wird z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen, Fachsupervisionen, internen Audits etc. überprüft	BAR 2 (6,7), 5.2 (3, 4), 5.4 (1), 5.5 (1)
9	Werden neue Mitarbeiter in die Rehakonzepte eingearbeitet?		BAR 11 (5)
10	Werden die Rehakonzepte jährlich überprüft und ggf. aktualisiert?	Eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Rehakonzepte ist vorzunehmen.	BAR 2 (8), 3 (7)
11	Sind Hinweise zum Umgang mit indikationsspezifischen Risikofaktoren und Komplikationen vorhanden?		BAR 2 (2), 3 (5)
12	Enthält das Rehakonzept eine Verweildauerplanung und Hinweise für Verlängerungen?		BAR 3 (5)
13	Werden im Rehakonzept die Anforderungen der Reha-Therapiestandards der DRV Bund und die aktuellen Leitlinien der maßgeblichen Fachgesellschaften entsprechend berücksichtigt?		BAR 2 (3), 5 (4), 8 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u> Liegen zusätzlich schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehakonzepte für die folgenden Erkrankungen vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koronare Herzkrankheit, auch unter besonderer Berücksichtigung von kurz (weniger als sechs Wochen) zurück liegendem Herzinfarkt oder kurz (weniger als sechs Wochen) zurück liegender Bypass-Operation</li> <li>• Zustand nach prothetischen Herzklappenersatz, auch unter besonderer Berücksichtigung von kurz (weniger als sechs Wochen) zurückliegenden Klappenerkrankungen</li> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Periphere arterielle Verschlusskrankheit, wenn diese zum Indikationsspektrum der Klinik gehört</li> </ul>		
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u> Liegen zusätzlich schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehakonzepte für folgende neurologische Syndrome vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aphasie</li> <li>• Ataxie</li> <li>• Hemiparese/ Paraparese/ Tetraparese</li> <li>• Neglect</li> <li>• Spastik</li> </ul>		
O1	<p><u>Nur Onkologie:</u> Existieren zusätzlich folgende Konzepte?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerztherapeutisches Konzept</li> <li>• Psychoonkologisches Konzept</li> <li>• Ernährungskonzept (bei gastroenterologischen Tumoren)</li> </ul>		
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u> Liegen für die wichtigsten Indikationsgruppen Rehakonzepte vor, so dass diese zwei Drittel aller behandelten Patienten abdecken ODER liegen zumindest für die fünf wichtigsten Indikationsgruppen Rehakonzepte vor?</p>		

### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

#### 3.3.1 Aufnahme

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Werden bei Anmeldung der Patienten die Unterlagen auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft und im Falle des Fehlens wichtiger Befunde diese unverzüglich angefordert?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	BAR 5.2 (1), 6 (5)
2	Gibt es festgelegte Regelungen für die Aufnahme von Patienten? <u>Falls relevant:</u> Werden die speziellen Aufnahme-Anforderungen an AHB-Verfahren umgesetzt (z.B. ärztliche Prüfung der Rehafähigkeit, Art des Transportes, Activities of daily living)?		BAR 5.1 (1), 5.2 (1)
3	Gibt es Regelungen für das Vorgehen bei Ausschlusskriterien und Kontraindikationen für die ambulante bzw. stationäre Reha?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	BAR 2 (2), 5.1 (1), 5.2 (1)
4	Ist sichergestellt, dass ein fehlerweise wiesener Patient einer adäquaten anderen Behandlung zugeleitet wird und ist der Vorgang geregelt?	Es müssen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharztvorstellung,</li> <li>• Weiterleitung an ein Krankenhaus/eine andere Einrichtung oder ambulante Behandlung,</li> <li>• Meldung an Leistungsträger</li> </ul>	BAR 6 (5)
5	<u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u> Ist die Aufnahme grundsätzlich an allen Wochentagen möglich? Existiert eine Regelung für Ausnahmen außerhalb der geplanten Aufnahmezeiten?		BAR 5.2(1)
6	Wie ist die An- und Abreise von Patienten in der Einrichtung organisiert?		BAR 5.2 (1)
7	Wird die Aufnahme durch den verantwortlichen Arzt am Aufnahmetag durchgeführt?		BAR 5.2(1)
8	Wird der Patient dem verantwortlichen Facharzt innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme vorgestellt?		BAR 5.2 (1)
9	<u>Nur bei Patienten der Deutschen Rentenversicherung:</u> Enthält die Anamnese-Dokumentation Angaben zur allgemeinen und klinischen Anamnese, den jetzigen Beschwerden und (funktionellen) Einschränkungen, der gegenwärtigen Therapie, zur Sozialanamnese, zur Arbeits- und Berufsanamnese?		BAR 2(3)
10	Werden bei Aufnahme Assessment-Instrumente eingesetzt?	Bei der sozialmedizinischen Beurteilung sollen zusätzlich sozialmedizinische Assessment-Instrumente eingesetzt werden.	BAR 9 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
11	Existieren Regelungen für die von Patienten mitgebrachten Medikamente, Hilfsmittel sowie zum Umgang mit sonstigem Privateigentum?	Die Annahme und Herausgabe von Medikamenten muss dokumentiert sein, der Transport, die Entsorgung bzw. die Lagerung muss verantwortlich geregelt werden. Eine eindeutige Zuordnung der Medikamente zum jeweiligen Patienten muss bei der Lagerung gegeben sein. Die Einrichtung muss sorgfältig mit dem Eigentum des Patienten umgehen, solange es sich in ihrem Lenkungsbereich befindet. Eigentum des Kunden ist zu kennzeichnen, zu verifizieren und zu schützen. Im Falle von verlorengegangenem, beschädigtem oder anderweitig für unbrauchbar befundenem Eigentum muss dies dem Patienten berichtet werden. Zu berücksichtigen sind auch zur Verfügung gestellte Informationen und personenbezogene Daten.	BAR 5.2 (2)
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Erfolgt der erste Arzt-Patienten-Kontakt am Aufnahmetag innerhalb von zwei Stunden nach Ankunft in der Klinik?		
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Ist gewährleistet, dass mit dem Patienten in der Regel am Tag der Aufnahme ein psychotherapeutisches Gespräch geführt oder eine körperliche Untersuchung durchgeführt wird?	Entscheidend ist die Erhebung eines psychischen Befundes (Ausschluss der Suicidalität u.a.) und die Abklärung offener Fragen zur Medikation.	
P2	<u>Nur Psychosomatik:</u> Findet das Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten spätestens am Tag nach der Aufnahme statt?		
P3	<u>Nur Psychosomatik:</u> Besteht bei Bedarf die Möglichkeit eines prästationären Gespräches zwischen Vertretern der Einrichtung und dem Patienten?		

### 3.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Werden die indikationsspezifischen Anforderungen an die Diagnostik von der Rehaeinrichtung erfüllt?		BAR 9 (1,2)
2	Gibt es Regelungen für die Aufklärung von Patienten über vorgesehene diagnostische Verfahren?	Die Aufklärung des Patienten muss im Diagnostikverfahren verankert bzw. dokumentiert sein. Es muss im Einzelfall eine Dokumentation über die durchgeführte Aufklärung erfolgen	BAR 6 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
3	<p>Enthalten die Rehakonzepte Hinweise auf diagnostische Maßnahmen (vor und/oder während des stationären Aufenthaltes)?</p> <p>Enthält das Konzept klare Regelungen zur ggf. individuell durchzuführenden Psychodiagnostik?</p>	Die Bezüge zwischen diagnostischen Möglichkeiten und den vorhandenen Behandlungsangeboten sollte im Rehakonzept verdeutlicht sein.	BAR 5.2 (1)
4	Findet in der Regel am Aufnahmetag eine Planung zur Eingangs- und Verlaufsdagnostik statt?		BAR 5.2(1)
5	Wird mit der geplanten Eingangs- und Verlaufsdagnostik spätestens am Tag nach der Aufnahme begonnen?		BAR 5.2(1)
6	Orientiert sich die Diagnostik an rehaspezifischen Therapiezielen?	Biographie, klinische Anamnese und Funktionsanamnese müssen bezogen auf die rehaspezifischen Therapieziele erhoben werden (z.B. Instrumente zur Feststellung körperlicher oder sozialer Begleit- und Folgeerkrankungen, zur Abklärung von Komorbidität, zur subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome)	BAR 2 (2), 3 (2)
7	Erfolgt die Diagnostik grundsätzlich interdisziplinär?		BAR 3 (3)
8	<p>Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme eingesetzt (z.B. ICD 10, ICF, Barthel, FIM)?</p> <p>Werden diese Verfahren sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung eingesetzt?</p>		BAR 9 (1)
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Werden etablierte Verfahren der funktionellen Klassifikation und Leistungsdiagnostik eingesetzt, die zur Ergebnismessung geeignet sind, z. B. NYHA (New York Heart Association) oder CCS (Canadian Cardiovascular Society)?</p>		
K2	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Können notfalllabordiagnostische Maßnahmen rund um die Uhr so durchgeführt werden, dass die Ergebnisse innerhalb von 30 bis 45 Minuten vorliegen (mindestens):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kleines Blutbild</li> <li>• Kalium</li> <li>• Retentionswerte</li> <li>• Blutzucker</li> <li>• Gerinnungsdiagnostik</li> <li>• myokardspezifische Enzyme</li> <li>• Blutgasanalyse</li> </ul>		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u> Werden etablierte Verfahren der orthopädischen Ergebnismessung eingesetzt? (z. B. Neutral-0-Methode, Schmerzerfassung – Visuelle Analog Skala, Skalen zur Disability bzw. Fähigkeitsassessment)		
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Werden etablierte Verfahren der neurologischen Ergebnismessung eingesetzt (z. B. Skalen zu Disability- bzw. Fähigkeitsassessment wie Barthel-Index oder FIM)?		
N2	<u>Nur Neurologie:</u> Gibt es eine Herzinfarktsofortdiagnostik mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troponin-,</li> <li>• CK-,</li> <li>• EKG-Auswertung?</li> </ul>		
N3	<u>Nur Neurologie:</u> Ist ein Notfall-CT innerhalb einer Stunde (Phase B), innerhalb zwei Stunden (sonst) erreichbar?		
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Werden das TNM-System (und weitere übliche Klassifikationssysteme) eingesetzt?		
O2	<u>Nur Onkologie:</u> Werden etablierte Verfahren der onkologischen Ergebnismessung eingesetzt (z. B. Neutral-0-Methode bei Bewegungseinschränkung, Umfangmessung bei Lymphödem, BMI/Gewichtsverlaufsmessung, Schmerzerfassung durch Visuelle Analog Skala, Fragebogen zur Krankheitsbewältigung oder andere psychologische Fragebögen)?		
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Besteht die Möglichkeit der internen Durchführung testpsychologischer Diagnostik mit Berücksichtigung von psychopathologischen Aspekten, Persönlichkeitsaspekten und neuropsychologischer Diagnostik?		

### 3.3.3 Rehabilitation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Werden gemeinsam mit jedem Patienten individuelle Reha-Ziele formuliert und dokumentiert sowie die Art der Reha besprochen und wird dabei das subjektive Krankheitsverständnis des Patienten berücksichtigt?</p> <p>Werden dabei Informelles Selbstbestimmungsrecht, Verpflichtung zur Zusammenarbeit und medizinische Aufklärung berücksichtigt?</p>	Die individuellen Reha-Ziele werden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert und im Behandlungsprozess überprüft bzw. abgeändert. Die Reha-Ziele müssen ergebnisorientiert, konkret und ressourcenorientiert sein und werden durch die verantwortlichen Fachtherapeuten auf die Therapieebene heruntergebrochen.	BAR 3 (2), 6 (4)
2	Werden Therapiezielkataloge, wenn diese für ein Indikationsspektrum vorliegen, verwendet?		BAR 3 (2)
3	Werden Assessment-Instrumente für die Beurteilung der Reha eingesetzt?		BAR 3 (6), 9 (1)
4	Werden Leitlinien/ Therapiestandards wenn diese für einzelne Indikationen vorliegen, angemessen berücksichtigt und wird die Umsetzung überprüft?		BAR 2 (3, 4), 5.2 (4)
5	Haben alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter Kenntnis von den individuellen Reha-Zielen?	Die an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter stimmen die individuellen Reha-Ziele in den verschiedenen Therapiebereichen aufeinander ab (im Rahmen von Team-Sitzungen, Fallkonferenzen, Supervision) und überprüfen die Zielerreichung im Verlauf der Behandlung. Die Reha-Ziele sind so zu dokumentieren, dass sie den beteiligten Mitarbeitern zugänglich und bekannt sind.	BAR 5.2 (3)
6	Sind die Behandlungsteams aus den relevanten Berufsgruppen zusammengesetzt, und arbeiten sie interdisziplinär?	Die beteiligten Berufsgruppen und die Art ihrer Zusammenarbeit sind zu dokumentieren.	BAR 3 (3)
7	Findet die Besprechung des Behandlungsteams mindestens 1x pro Woche statt?		BAR 11 (2)
8	Werden im Behandlungsteam insbesondere diejenigen Patienten besprochen, deren sozialmedizinische Beurteilung problematisch ist?		BAR 11 (2)
9	Gibt es spezielle Einzel- oder Gruppenangebote für sozialmedizinische Problemfälle?		BAR 6 (2)
10	Ist die Zugehörigkeit zum Personal für die Patienten erkenntlich (z.B. Namensschilder mit Berufsbezeichnung)?		



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
11	Werden die Patienten nach der Aufnahme über die Abläufe in der Klinik und über die Möglichkeit der Beschwerde unterrichtet (z.B. in der Begrüßungsveranstaltung)?		BAR 6 (1), 7
12	<p><u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u> Beginnen die Therapien innerhalb von 24 Stunden?</p> <p><u>Nur für ganztägig ambulante Einrichtungen:</u> Beginnen die Therapien spätestens am 2. Behandlungstag?</p>		BAR 5.2(1)  BAR 5.2(1)
13	<p>Werden fachärztliche Visiten 1x pro Woche und durch den Chefarzt 1x pro Aufenthalt durchgeführt?</p> <p>Entspricht die Visitenfrequenz den festgelegten Vorgaben und externen Anforderungen?</p>		BAR 5.2(1)
14	Stehen den Patienten Sprechzeiten beim Arzt (täglich), Oberarzt und Chefarzt (nach Vereinbarung) zur Verfügung?	In der Psychosomatik auch beim Psychotherapeuten /Psychologen	
15	Gibt es Sprechzeiten aller therapeutischen Berufsgruppen oder die Möglichkeit und Zeit Fragen zu stellen oder Rückmeldungen zu geben?		
16	Hält die Einrichtung ein dem Indikationsspektrum entsprechendes Angebot der Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung vor?	Angebote in den Einrichtungen können sein: Vorträge zu Ernährung und Gesundheit, Stressbewältigung und Entspannungsverfahren, indikative Therapieangebote (z.B. zur Raucherentwöhnung). Die vorhandenen Angebote zur Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung werden beschrieben.	BAR 6 (1)
17	Werden die Patienten auch darin geschult, wie sie krankheitsrelevante Informationen/Kontakte im Internet suchen können?		BAR 6 (1)
18	Wird von der Einrichtung schriftliches Schulungsmaterial ausgehändigt?		BAR 6 (1)
19	Sind die Schulungsinhalte der Einrichtung curricular miteinander verknüpft? Werden verschiedene Vermittlungsformen und Medien genutzt?		BAR 6 (1)
20	<p><u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u> Besteht die Möglichkeit einer realitätsnahen (praxisnahen) Erprobung der Leistungsfähigkeit (z. B. interne oder externe Belastungserprobungen)?</p>	Die Erprobung der Leistungsfähigkeit kann durch interne Trainings im Rahmen der Arbeitstherapie oder durch externe Praktika erfolgen. Darüber hinaus sind auch Belastungserprobungen im Rahmen der Rückfallprophylaxe (z.B. durch Heimfahrten) möglich.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
21	Besteht eine Zusammenarbeit mit Re- haberatern der Rentenversicherer, Ar- beitsämtern, Berufshelfern der BG und Berufsförderungswerken?	Aufzuführen sind die Kooperationen mit den Rehaberatern der genannten Insti- tutionen. Die Verankerung der Koope- ration in den Behandlungsverlauf ist festzulegen. Die Maßnahmen im Ein- zelfall sind zu dokumentieren.	BAR 6 (5)
22	Gibt es eine Regelung für eine gesunde Ernährung von Patienten?  Gibt es spezielle Kostformen und ist die Kostform Bestandteil des Rehakonzep- tes?  Werden Patienten im Umgang mit ge- sunder Ernährung beraten und geschult und steht eine Lehrküche zur Verfü- gung?  <u>Falls relevant:</u> Ist die Diätassistentin während der Mahlzeiten im Speisesaal anwesend?	Die Regelungen zur gesunden Ernäh- rung orientieren sich an ernährungs- wissenschaftlichen Erkenntnissen.	BAR 3 (2,3)  BAR 6.(1)
23	Werden die Angehörigen bei Bedarf in die Behandlung einbezogen?  Gibt es bei Bedarf das Angebot von krankheitsbezogenen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Einzelgesprächen</li><li>• Gruppenveranstaltungen</li><li>• Schulungen</li><li>• Informationen</li><li>• Teilnahme an einzelnen evidenz- basierten Therapiemodulen (ETM)?</li></ul>	Die Einrichtung beschreibt im Reha- konzept ihre Angebote zum Einbezug von Angehörigen.	
24	<u>Falls relevant:</u> Ist der Umgang der Pati- enten geregelt, für die ein gesetzlicher Betreuer bestellt ist oder notwendig ist?		BAR 6 (1)
25	<u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u>  Existieren – neben der rehaspezifi- schen Behandlung – infrastrukturelle Angebote, die den Reha-Prozess un- terstützen können (Freizeitangebote, kulturelle/ seelsorgerische Angebote)?		
26	<u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u>  Liegen Regelungen zur Zuständigkeit, Planung und Durchführung der Frei- zeitorganisation vor?		
27	<u>Nur für stationäre Einrichtungen:</u>  Gibt es ggf. einen Transportdienst für Veranstaltungen außerhalb des Hau- ses?		
28	Hat die Einrichtung Regelungen einge- führt, wie mit den von Patienten, Auf- traggebern oder Vorbehandlern bereit- gestellten Unterlagen (Befunde, Rönt- genbilder o. a.) zu verfahren ist?		BAR 5.2 (5), 6 (5)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
29	Gibt es Regelungen für die Verlängerungen einer Reha-Maßnahme (Vertragsänderung)?		BAR 5.2 (1)
30	Gibt es Regelungen, den individuellen Rehaplan anzupassen, falls sich Änderungen oder neue Problembereiche ergeben?		BAR 5.2 (1)
31	Werden die Patienten rechtzeitig über Änderungen von Behandlungen informiert?		BAR 6 (1)
32	Werden die Patienten angemessen über die Ergebnisse von Kontrolluntersuchungen informiert?		BAR 6 (1, 4)
33	<u>Falls relevant:</u> Ist der Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patienten in der Einrichtung geregelt?		
34	<u>Falls relevant:</u> Werden die Vorgaben der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) eingehalten?	Qualitätskriterien wie Gruppengröße, Therapeutenqualifikation etc.	BAR 2 (3)
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Werden in der Klinik Schulungen/Gesundheitstraining (Gespräche, Vorträge, Seminare) zu folgenden Themen durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifisches onkologisches Schulungsprogramm</li> <li>• Schmerzbewältigung</li> <li>• Lymphödem</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Kontinenztraining</li> </ul>		
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Besteht auch außerhalb der festgelegten Visiten- und Sprechstundenzeiten für den Patienten die Möglichkeit, zeitnah mit entsprechend qualifizierten Klinikmitarbeitern ein psychotherapeutisches Gespräch und ein ärztliches Gespräch zu führen?		
P2	<u>Nur Psychosomatik:</u> Gibt es für Angehörige bei Bedarf das Angebot von krankheitsbezogenen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- oder Paargesprächen</li> <li>• Gruppenveranstaltungen</li> <li>• Schulungen</li> <li>• oder Informationen?</li> </ul>		

## 3.3.4 Pflege

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<u>Nur für stationären Einrichtungen:</u> Gibt es Regelungen, für welche Patienten eine Pflegeplanung zu erstellen ist, und verfügt die Einrichtung über ein Instrument der Pflegeplanung und -dokumentation?		BAR 3 (5), 5.2 (4)
2	Sind die Zuständigkeiten für die Pflegedokumentation geregelt?		BAR 5.1 (1), 5.2 (5)
3	Gibt es Pflegestandards, und sind diese rehaspezifisch ausgerichtet?	Falls Pflegestandards nicht relevant sind, werden im individuellen Fall die rehaspezifischen Pflegemaßnahmen festgelegt.	BAR 2 (4), 5.2 (4)
4	Werden relevante nationale Expertenstandards angewandt?	Die Expertenstandards müssen auf ihre Relevanz für die Einrichtung geprüft werden	BAR 2 (4)
5	Verfügt die Pflegedienstleitung/ leitende Schwester über die erforderliche Qualifikation und entsprechende zeitliche Ressourcen für Ihre Leitungstätigkeit?		BAR 4.1 (3), 5.1 (2), 11 (6)
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Werden auf der Überwachungsstation für alle Patienten Pflegeplan und Pflegedokumentation erstellt?		
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Gibt es Pflegestandards für z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decubitus</li> <li>• Blasen- und Toilettentraining</li> <li>• Hemiplegikerlagerung</li> <li>• Absaugen</li> <li>• PEG</li> <li>• Tracheostoma?</li> </ul>		
N2	<u>Nur Neurologie:</u> Gibt es eine nach Rehasphasen definierte und den ADL-Fähigkeiten angepasste Abstufung von Betreuung und Pflege?		
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Wird bei den genannten Maßnahmen eine Pflegedokumentation durchgeführt und liegen schriftliche Standards vor für <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivtherapie</li> <li>• Zytostatikabehandlung</li> <li>• Infusionstherapie</li> <li>• Bilanzierung</li> <li>• Stomatherapie (bei Stomapatienten)?</li> </ul>		
Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Liegen Maßnahmenstandards für wesentliche Tätigkeiten und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte vor (z. B. Umgang mit suizidalen Patienten)?		
P2	<u>Nur Psychosomatik:</u> Liegen Regelungen vor, welche therapeutischen Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte übernehmen können (therapeutische Co-Funktion)?		

### 3.3.5 Konsile

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Wie hat die Einrichtung die Zusammenarbeit mit Konsilärzten geregelt? Die Maßnahmen erstrecken sich auf <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine gültige Liste der Konsilärzte, mit der die Einrichtung zusammenarbeitet</li> <li>• Beschreibung von Anforderungen an das fachärztliche Konsil (z.B. in Verträgen oder Anforderungsprofilen)</li> <li>• Regelungen zur Anforderung von Konsilen</li> <li>• Regelmäßige Bewertung relevanter Konsilärzte</li> <li>• Leistungsprüfungen und Rechnungsprüfungen.</li> </ul>		BAR 5.2 (1), 6 (3)

### 3.3.6 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Gibt es Regelungen für die Entlassung (auch vorzeitige Entlassungen) aus einer Reha-Maßnahme? Findet das Entlassungsgespräch frühestens 3 Tage vor Entlassung statt?		BAR 5.2 (1)
2	Wird der Patient über die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung informiert?		
3	Werden für die Beurteilung des Rehaerfolges Assessment-Instrumente eingesetzt? Werden Instrumente des Therapiezielkataloges eingesetzt, um den Rehaerfolg zu bewerten und zu dokumentieren (falls vorhanden)?		BAR 9 (1, 3)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
4	<p>Erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung durch einen Arzt mit sozialmedizinischer Kompetenz?</p> <p>Wird die sozialmedizinische Beurteilung ausreichend früh mit dem Patienten besprochen?</p>	Einsatz auch von sozialmedizinischen Assessment-Instrumenten	BAR 9 (1)
5	Gehen die Informationen und Abschlussbefunde der therapeutischen Abteilungen in die Gesamtbeurteilung der Rehamassnahmen und den Entlassungsbericht ein?		BAR 9 (4)
6	Wird die Entlassung frühzeitig geplant und die notwendigen Maßnahmen eingeleitet?		
7	<p>Berücksichtigt die Vorbereitung der Entlassung für die Patienten umfassende Informationen über</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen</li> <li>• Angebote der Heil- und Hilfsmittelversorgung</li> <li>• Beratungsstellenangebote</li> <li>• Psychotherapeutische Nachsorgeangebote</li> <li>• weitergehende therapeutische Versorgung?</li> </ul>		BAR 6 (1, 5)
8	Werden ggf. der niedergelassene Arzt, Betriebsarzt, ambulante Pflegedienste (auch Home Care), Therapeuten, Leistungsträger oder Angehörige im Zusammenhang mit der Entlassung von der Klinik informiert?	Datenschutzrechtliche Vorgaben sind hierbei zu beachten.	BAR 6 (5)
9	Enthält der bei der Entlassung mitgegebene Arztbrief (z. B. Kurzbericht) Angaben zu Diagnose, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Medikation und anderen pathologischen Befunden (z. B. Labor) bzw. kurzfristig umzusetzenden Empfehlungen?		BAR 6 (5)
10	Gibt es Regelungen für die Organisation der postrehabilitativen Behandlung und Betreuung (einschließlich der Berücksichtigung der Behandlungskonzepte von Kostenträgern)?	Die postrehabilitative Behandlung ist integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Die Regelung der postrehabilitativen Behandlung betreffen z.B. Vermittlung in Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen.	BAR 6 (5)
11	Werden die Patienten umfassend über Selbsthilfeförderung, Nachsorgestrukturierung und je nach Bedarf über Unterstützungsmöglichkeiten informiert?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
12	Ist die Vorgehensweise für die Überprüfung und Freigabe des E-Berichtes geregelt, und wird sie eingehalten?	Die Verantwortlichkeit für die Überprüfung und Freigabe des Entlassungsberichtes ist in der Einrichtung verbindlich zu regeln. Der Entlassungsbericht wird vom zuständigen Arzt (in der Regel der leitende Arzt) geprüft und vor dem Versand durch ihn genehmigt.	BAR 5.2 (5)
13	Ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen Entlassung und Übersendung des E-Berichtes angemessen im Hinblick auf die Funktion des Berichtes?	Der Zeitraum zwischen Entlassung und Übersendung des Entlassungsberichtes wird in der Einrichtung dokumentiert. Es ist eine zeitnahe Übersendung des Berichtes anzustreben (gemäß den Vorgaben der Leistungsträger).	BAR 5.2 (5), 8 (1, 2, 4)
14	Werden die aktuellen Anforderungen der Leistungsträger an die Erstellung eines Entlassberichtes berücksichtigt?	Bsp. Anforderungen der DRV an den ärztlichen Entlassungsbericht (Leitfaden sowie die Anforderungen aus dem Peer-Review Verfahren) etc.	BAR 5.2 (5)
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Werden schriftliche Empfehlungen für die ambulante Herzgruppe (bzw. die Gefäßsportgruppe, wenn das Indikationsspektrum der Klinik Gefäßerkrankungen umfasst) mitgegeben, die eine Zustimmung des Hausarztes vorsehen und die notwendigen Informationen für beteiligte Ärzte und Übungsleiter (z. B. Diagnosen, Belastbarkeit, Medikamente) enthalten?		
M1	<u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u> Werden den Patienten schriftliche Hinweise für Eigenübungen mitgegeben?		
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Wird bei Weiterbetreuung durch einen ambulanten Pflegedienst oder bei Verlegung in ein Heim ein ausführlicher Pflegeverlegungsbericht mitgegeben?		
N2	<u>Nur Neurologie:</u> Werden Überleitungsberichte an niedergelassenen Therapeuten (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) mitgegeben?		
O1	<u>Nur Onkologie:</u> Wird bei akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder laufender Zytostatikatherapie ein Kontakt mit dem weiterbehandelnden Arzt hergestellt und in den Patientenunterlagen dokumentiert?		

### 3.3.7 Patientendokumentation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung aller Patientendokumentationen und Aufzeichnungen festgelegt?	Die Dokumentation des Rehabprozesses kann in jeglicher Form (Papier, EDV-gestützt) realisiert werden. Es ist zu regeln, welche Aufzeichnungen an welcher Stelle dokumentiert und archiviert werden.	BAR 5.1 (1), 5.2 (5)
2	Erfüllt die Lenkung der Formulare im Rahmen der Patientendokumentation (auch EDV-Eingabemasken) folgende Anforderungen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor der Herausgabe werden diese geprüft und genehmigt.</li> <li>• Aktualisierung nach Bedarf und die erneute Genehmigung.</li> <li>• Die Sicherheit, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen.</li> <li>• Dass die Formulare lesbar und identifizierbar bleiben.</li> </ul>		BAR 5.2 (5)
3	Erfolgt in der Einrichtung eine eindeutige Kennzeichnung der erbrachten Dienstleistungen (Begleitdokumentation, Verwendung von eindeutigen Patientenkennziffern, Datum und Name der Abteilung oder des Therapeuten), und funktioniert diese Regelung in der Praxis?		BAR 5.2 (5), 5.1 (1)
4	Haben alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter Zugang zur Patientendokumentation?	Die Anforderungen des Datenschutzes müssen berücksichtigt werden.	BAR 5.2 (3, 5)
5	Sind alle verordneten Therapien in der Patientendokumentation vollständig dokumentiert?		
6	Werden die erhaltenen Therapien vollständig dokumentiert und von den Therapeuten abgezeichnet?		
7	Gehen in den Entlassungsbericht nur die tatsächlich durchgeführten Leistungen ein?		
8	Wird die Verlaufsdocumentation der Therapieabteilungen systematisch geführt?	Insbesondere Anamnese, Vorbefunde, Diagnostik, Therapieziele, Pflege, Verordnung, Verlauf, Abschlussbefund, Nachsorge	BAR 5.2. (1,5)
9	Ist die Erfassung, Dokumentation, Prüfung und Speicherung von Leistungsdaten (z.B. KTL-Daten) und deren Weitergabe an Leistungsträger in der Einrichtung geregelt?	Die Anforderungen des Datenschutzes müssen berücksichtigt werden.	BAR 5.2 (2, 5)



Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
10	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum Kennzeichnung, Aufbewahrung, Schutz, Wiederauffindbarkeit, Aufbewahrungsfrist und Beseitigung von Patientenaufzeichnungen festgelegt?	Die Anforderungen des Datenschutzes müssen berücksichtigt werden	BAR 5.2 (2)
11	Werden Dokumente/Daten vor ihrer Herausgabe durch befugtes Personal bzgl. Angemessenheit überprüft und genehmigt?		BAR 5.1 (1), 5.2 (2, 5)
12	Sind die Zuständigkeiten für die Speicherung, Erfassung, Prüfung, Freigabe, Kennzeichnung der Daten aus Assessment-Verfahren (sowie weiterer Diagnostik) geregelt? Sind Aufbewahrungsfristen festgelegt?	Anonymisieren/ Pseudonymisieren der Daten	BAR 5.2 (2, 5)

### 3.3.8 Weitere unterstützende Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Welche zur Leistungserbringung notwendigen unterstützenden Prozesse wurden ermittelt und werden sie in der Einrichtung umgesetzt?  Werden die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen an die Leistung berücksichtigt?	Unterstützende Prozesse können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaltung</li> <li>• Service</li> <li>• Hausreinigung</li> <li>• Küche</li> <li>• Haustechnik</li> <li>• Wartung und Instandhaltung</li> <li>• Versorgung und Entsorgung</li> <li>• Arzneimittel und Hilfsmittelversorgung</li> <li>• Umweltschutz</li> <li>• Gesetzliche Bereich (z.B. Hygiene, Arbeitsschutz, Gefahrstoffe, Strahlenschutz, Datenschutz, Brandschutz)</li> <li>• Medizintechnik</li> <li>• Vertragswesen</li> </ul>	BAR 5.2 (2), 9 (2, 4)
2	Werden ausreichende Ressourcen und geeignete Mittel zur Verfügung gestellt um die Leistungsanforderungen der unterstützenden Prozesse zu erfüllen?		BAR 9 (10)

### 3.4 Prozesse bezüglich Leistungsträgern und weiterer Interessenspartner

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtung die Anforderungen der Leistungsträger und weiterer Interessenspartner (außer Patienten) ermittelt?	Gesetzliche und behördliche Anforderungen sind zu berücksichtigen	BAR 6 (3, 5), 8 (1), 9 (4, 8)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	<p>Wird vor dem Eingehen eines/r Vertrages/Vereinbarung mit den Leistungsträgern und Interessenspartnern sichergestellt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Dienstleistungsanforderungen festgelegt sind</li> <li>• die bereit zu stellenden Produkte und Dienstleistungen definiert sind</li> <li>• Widersprüche zwischen den niedergelegten Anforderungen ausgeräumt werden,</li> <li>• die Einrichtung in der Lage ist, die festgelegten Anforderungen zu erfüllen</li> <li>• die Vereinbarung im Sinne der Verbesserung der Funktionsfähigkeiten, der Aktivitäten und der Teilhabe von Patienten an gesellschaftlichen Lebensbereichen geschieht?</li> </ul>		BAR 3 (4)
3	<p>Wie stellt die Einrichtung sicher, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Änderung von Anforderungen der Leistungsträger und weiteren Interessenspartnern die zutreffenden Dokumente und Aufzeichnungen ebenfalls geändert werden,</li> <li>• dem zuständigen Personal die geänderten Anforderungen bewusst gemacht werden?</li> </ul>		
4	<p>Hat die Einrichtung wirksame Regelungen für die Kommunikation mit den Leistungsträgern und weiteren Interessenspartnern zu folgenden Punkten festgelegt und verwirklicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über die Dienstleistung</li> <li>• Anfragen, Verträge oder Auftragsbearbeitung einschließlich Änderungen</li> <li>• Rückmeldungen einschließlich Beschwerden der Leistungsträger und Interessenpartner?</li> </ul>		BAR 6 (3)  BAR 7 (2)

### 3.5 Beschaffung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Existieren Regelungen für die Beschaffung, den Umgang und die Lagerung von Produkten (z.B. Angebotseinholung, Bestellung, Lieferungsnachhaltung und -prüfung, Rechnungsprüfung)?	z. B. für Medikamente, Medizinprodukte, Pflegematerialien, Lebensmittel, Geräte und Instrumente	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
2	Existieren Regelungen für die Beschaffung von relevanten Dienstleistungen?	Z.B. Laborleistungen, Konsile, Reinigung	
3	Gibt es eine regelmäßige Beurteilung der Lieferanten (z. B. nach der Produktpalette, den Dienstleistungen, dem Preis- Leistungsverhältnis, der Qualität) und wird diese dokumentiert?	Auch relevante externe Dienstleister sind zu bewerten (z. B. Reinigung, Catering, Fahrdienste)	BAR 9 (2)
4	Gibt es eine Liste der zugelassenen Lieferanten, und wird diese regelmäßig überprüft?		
5	Sind Qualitätsaufzeichnungen von Lieferanten in den Fällen, wo dies sinnvoll oder notwendig ist, Bestandteil der Qualitätsaufzeichnungen der Rehaeinrichtung?	Temperaturaufzeichnungen, Hygienepläne, Sicherheitsdatenblätter etc.	
6	Beschreiben die Beschaffungsangaben das zu beschaffende Produkt oder die Dienstleistung eindeutig und wird die Angemessenheit der Anforderungen sichergestellt?	Im Vorfeld der Beschaffung muss festgelegt sein welche Anforderungen an das Produkt gestellt werden (Arbeitssicherheit, Hygiene, MPG etc.)	

### 3.6 Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumente

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtung für die Überwachungen und Messungen geeignete Maßnahmen und die erforderlichen Messinstrumente ermittelt und festgelegt und werden diese angewandt?	Geeignete Maßnahmen und Messinstrumente können sein: z.B. Visiten, interdisziplinäre Behandlungsbesprechungen, Supervisionen, Assessment-Instrumente, medizinische und technische Geräte, Labordiagnostik.	BAR 3 (6), 5.3 (1, 2), 5.4 (1) 9 (1, 3, 5, 6, 9) 11 (1, 2)
2	Werden Messinstrumente, soweit sie für qualitätsrelevante Prüfungen eingesetzt werden, gemäß den Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> <li>• überprüft</li> <li>• gekennzeichnet</li> <li>• bei Bedarf justiert oder nachjustiert</li> <li>• vor Beschädigung und Verschlechterung während der Handhabung, Instandhaltung und Lagerung geschützt?</li> </ul>		

## 4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)

### 4.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Werden die Prüf-, Analyse- und Verbesserungsprozesse geplant und verwirklicht hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übereinstimmung der Dienstleistungen und des QMS mit den Anforderungen</li> <li>• der Wirksamkeit und Weiterentwicklung des QMS?</li> </ul>		<p>BAR 3 (7)</p> <p>BAR 5.3 (2)</p> <p>BAR 5.4 (1, 4, 5), 5.5 (3)</p>
2	<p>Werden die zutreffenden Methoden einschließlich statistischer Verfahren und das Ausmaß ihrer Anwendung ermittelt?</p>		<p>BAR 5.4 (4), 9 (5)</p>

### 4.2 Überwachung und Messung

#### 4.2.1 Patientenbefragung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Werden Rehamerkmale durch eine systematische und regelmäßige Patientenbefragung überwacht und gemessen?</p>	<p>Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Therapieabbrüchen, Daten aus externen QS-Programmen.</p>	<p>BAR 6 (2), 8 (1), 9 (7, 8)</p>
2	<p>Fragt die Patientenbefragung nach der Zufriedenheit mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Einrichtung</li> <li>• dem Rehaprozess</li> <li>• dem Behandlungserfolg</li> <li>• den Service- und Hotelleistungen</li> </ul>		<p>BAR 8 (1), 9 (3, 7, 8)</p>
3	<p>Wie stellt die Klinik sicher, dass die Ergebnisse repräsentativ sind?</p>		
4	<p>Werden die Ergebnisse der regelmäßigen Patientenbefragungen zeitnah evaluiert und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?</p>		<p>BAR 8 (2, 3, 4), 9 (5, 8, 9, 10), 11 (2)</p>

#### 4.2.2 Zufriedenheit von Leistungsträgern und weiterer Interessenspartner

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Wird die Zufriedenheit von Leistungsträgern und Interessenspartnern systematisch ermittelt und gibt es hierfür Messgrößen?	Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Interessenspartnern, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement.	BAR 6 (3), 9 (8)
2	Sind Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Angaben festgelegt?		BAR 9 (8)

#### 4.2.3 Internes Audit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung interner Qualitätsaudits?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.	BAR 5.4 (1)
2	Führt die Einrichtung regelmäßig geplante interne Audits zur Ermittlung der Wirksamkeit und Aufrechterhaltung des QM-Systems durch?	Es existiert ein Plan zur Durchführung interner Audits, der von der Leitung genehmigt ist.	BAR 5.4 (1)
3	Hat die Einrichtung ein jährlich aktualisiertes Audit-Programm, das folgende Kriterien berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche</li> <li>• Ergebnisse früherer Audits</li> <li>• Auditkriterien</li> <li>• Auditumfang</li> <li>• Audit Häufigkeit</li> <li>• Auditmethoden?</li> </ul>		BAR 5.4 (1, 3)
4	Werden interne Qualitätsaudits von Mitarbeitern durchgeführt, die eine entsprechende Qualifikation besitzen und soweit möglich unabhängig von der direkten Leitung der auditierten Bereiche (Objektivität und Unparteilichkeit) sind?	Die Qualifikation kann u.a. durch Schulungen und Trainings erlangt werden.	BAR 4.1 (3), 5.4 (2)
5	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits dokumentiert?	Die Ergebnisse werden in Auditberichten /Auditmaßnahmenplänen dokumentiert.	BAR 5.4 (3)
6	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits den für den auditierten Bereich Verantwortlichen und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?	Audit-Berichte müssen den betroffenen Mitarbeitern zugänglich sein.	BAR 5.4 (4), 5.5 (1, 2)
7	Stellt die für den auditierten Bereich verantwortliche Leitung sicher, dass Maßnahmen zur Beseitigung erkannter Fehler und ihrer Ursachen schnellstmöglich ergriffen werden?	Die Umsetzung der ergriffenen Maßnahmen muss nachvollziehbar sein.	BAR 5.4 (4, 5)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
8	Wird die Wirksamkeit von Korrekturmaßnahmen bewertet und dokumentiert?	Die Wirksamkeit kann durch objektive Nachweise oder durch nachfolgende Audits oder die Managementbewertung belegt werden.	BAR 5.3 (1), 5.4 (5), 10 (2, 3)

#### 4.2.4 Messung und Überwachung von Rehabilitations- und unterstützenden Prozessen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Gibt es geeignete Methoden zur Überwachung und, falls zutreffend, Messung der Prozesse und wird aufgezeigt, dass mit den Prozessen die geplanten Ergebnisse zu erreichen sind?		BAR 5.2 (1), 9 (2, 5, 10), 10 (2)
2	Werden die E-Brieflaufzeiten statistisch erfasst und regelmäßig ausgewertet?		BAR 9 (2, 5), 10 (2)
3	Werden Komplikationen, Infektionen und Zwischenfälle in der Einrichtung erfasst? Ist der Umgang mit diesen Ereignissen geregelt? Werden die Daten regelmäßig ausgewertet und auf Tendenzen und systematische Fehler hin untersucht?		BAR 9 (5), 10 (1, 2, 3)
4	Ist festgelegt, welche Parameter zur Beurteilung der Behandlung notwendig sind (z.B. Therapiezielkataloge, Diagnoseinstrumente, Reha-Therapiestandards)?  Werden die Zielwerte vorher festgelegt und mit den erreichten Werten verglichen?	Geeignete Parameter können sein: Diagnostische Verfahren mit Eingangs- und Ausgangsmessung und vergleichender Bewertung (medizinische, psychologische, soziale Parameter), Einschätzung der Therapiezielerreichung (Therapeuten- / Patienteneinschätzung) etc.	BAR 3 (6), 5.2 (1), 5.3 (1), 8 (1), 9 (3)
5	Ist sichergestellt, dass die Entlassung und die abschließende Beurteilung des Rehaprozesses erst nach Vollendung aller festgelegten Maßnahmen erfolgt, sofern sie nicht anderweitig von einer anderen zuständigen Stelle veranlasst wurde?		
6	Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme eingesetzt (z. B. ICD-10, ICF, Barthel, FIM, testpsychologische Verfahren)?		BAR 5.2 (1), 9 (1)
7	Werden eingesetzte Assessment-Instrumente zur Fähigkeitsbeurteilung bei Aufnahme und auch bei der Entlassung eingesetzt und ausgewertet?		BAR 9 (1)
8	Ist der Rehafortschritt in den einzelnen Schritten aus der Patientendokumentation erkennbar?		BAR 5.2 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
9	Werden die Reha-Ziele (z. B. Zielerreichungsgrad) am Ende der Reha überprüft und bewertet?		BAR 5.2 (1), 6 (4), 9 (3)
10	Werden vorgegebene Qualitätskriterien von therapeutischen Leistungen (z. B. KTL) eingehalten?	Es existieren differenzierte Kataloge zur Beschreibung von Qualitätsanforderungen an therapeutische Leistungen (z.B. KTL). Deren Einhaltung wird überwacht.	BAR 8 (1, 2, 4), 9 (5)
11	Werden diejenigen Parameter erfasst und ausgewertet, die eine Grundlage für die Bewertung von Rehaeinrichtungen durch die Leistungsträger darstellen (Rehabewertungssystem, QS-Reha®)?	Parameter können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassbriefschreibung</li> <li>• Beschwerdehäufigkeit</li> <li>• Aufnahmedauer von Eilverfahren</li> </ul>	BAR 8 (1, 2, 3, 4)
12	Falls relevant: Wird die Erfüllung von Therapiestandards der DRV für den Patienten geprüft?	z.B. Überprüfung der Leistungsmengen je Modul (ETM)	BAR 8 (1, 2)

### 4.3 Lenkung von Fehlern und Beschwerden

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung fehlerhafter Dienstleistungen und Beschwerden?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	BAR 7 (1), 10 (1)
2	Beinhalten diese Verfahren angemessen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeiten und Befugnisse zum Umgang mit Fehlern</li> <li>• eine Fehlerbewertung (einschließlich Beschwerden der Patienten und Interessenspartner)</li> <li>• die Ergreifung angemessener Maßnahmen um bereits erfolgte fehlerhafte Dienstleistungen zu managen (z.B. Sofortmaßnahmen)</li> <li>• die Ermittlung der Ursachen</li> <li>• die Dokumentation der Fehler, ihrer Ursachen und der ergriffenen (Sofort)maßnahmen</li> </ul>	Die Verfahrensweise mit Beschwerden ist analog zu handhaben.	BAR 7 (2), 10 (2, 3)

### 4.4 Datenanalyse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Werden geeignete Daten erfasst und analysiert, um die Eignung, Wirksamkeit und das Verbesserungspotential des QMS darzulegen und zu beurteilen?	Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen konkretisiert (vgl. die Eingaben zur Management-Bewertung).	BAR 5.2 (1, 2), 5.3 (1, 2, 3), 9 (5)

2	<p>Schließt die Datenanalyse folgendes ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur Zufriedenheit von Patienten (Patientenbefragungen)</li> <li>• Rückmeldungen von Patienten, Leistungsträgern und Interessentpartnern (Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, Visitationsergebnisse und Begehungen der Leistungsträger)</li> <li>• Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (falls relevant auch Leistungserfassung über KTL und Umsetzung von Leitlinien in der Reha)</li> <li>• Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (wie Peer-Review, Patientenbefragung, Struktur und Konzeptanalyse und weitere Daten)</li> <li>• Status von Korrekturmaßnahmen (z.B. Fehler, Komplikationen, Infektionen, Zwischenfälle) und Vorbeugemaßnahmen (Präventionen, Standards, etc.)</li> <li>• Ergebnisse zu Qualitätszielen, Projekten und Qualitätszirkeln</li> <li>• Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (auch zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtung)</li> <li>• Lieferantenbeurteilungen</li> <li>• Umsetzung der Qualitätsziele</li> <li>• Erfüllung gesetzlicher und behördlicher Anforderungen</li> <li>• Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten)</li> <li>• Empfehlungen für Verbesserungen (betriebliches Vorschlagswesen, Ideenmanagement)</li> </ul>	<p>Die Datenanalyse umfasst auch die Ergebnisse der Katamnesen.</p> <p>Die Datenanalyse liefert wichtige Ergebnisse für die Kontrolle von Prozessen und Kennzahlen für die Erstellung der Managementbewertung.</p> <p>Die Daten können für die Managementbewertung einmal jährlich erhoben werden. Wichtige Kennzahlen sollten jedoch für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden (Definition, Messung, Verantwortung, Bewertung und Maßnahmen, Informationen, etc.).</p>	<p>BAR 6 (2), 9 (7)</p> <p>BAR 6 (3), 7 (1), 8 (2), 9 (8)</p> <p>BAR 8 (2), 9 (2, 5)</p> <p>BAR 8 (2)</p> <p>BAR 7 (1, 2), 10 (2, 4)</p> <p>BAR 5.3 (3), 9 (9)</p> <p>BAR 9 (6)</p> <p>BAR 5.2 (2), 9 (4)</p> <p>BAR 5.5 (3)</p> <p>BAR 5.5 (1, 3), 10 (4)</p>
---	---	---	--



## 4.5 Verbesserung

### 4.5.1 Ständige Verbesserung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Wird die Wirksamkeit des QM-Systems durch den Einsatz der Qualitätspolitik, Qualitätsziele, Auditergebnisse, Datenanalyse, Managementbewertung, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen ständig verbessert?	Hier wird dargestellt, wie die Anwendung der Instrumente des QM auf eine ständige Verbesserung des Systems einwirkt.	BAR 5.3 (1), 5.4 (4, 5), 8 (2, 4), 9 (10), 10 (3, 4)
2	Gibt es für die Einrichtung eine von der Leitung bzw. vom Träger erstellte Regelung zur Berücksichtigung von Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	BAR 5.5 (2, 3)
3	Werden die zu den Rehaprozessen gewonnen Daten genutzt, um die Rehakonzepte zu optimieren? Fördern die Untersuchungen die Effizienz der Reha?		BAR 2 (8), 3 (7), 5.3 (1), 8 (2, 4), 9 (9, 10), 10 (3, 4)

### 4.5.2 Externe Qualitätssicherung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Beteiligt sich die Einrichtung an Qualitätssicherungsprogrammen der Kosten- und Leistungsträger, und berücksichtigt sie deren Ergebnisse? Beteiligt sich die Einrichtung an anderen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen?	Es ist festgelegt, wie externe QS-Programme mit dem Qualitätsmanagement verbunden sind.	BAR 8 (1, 2)
2	Existiert eine Regelung für die Durchführung der externen Qualitätssicherung und den Umgang mit deren Ergebnissen (Einschließlich der Ergebnisse von Einrichtungsvergleichen)?	Die abgeleiteten Maßnahmen müssen schriftlich dokumentiert sein.	BAR 8 (2, 3, 4)
3	<u>Falls relevant:</u> Hat die Einrichtung gewährleistet, dass die Mitarbeiter hinsichtlich einer Datenerhebung geschult sind und sind die Abläufe zur Datensammlung geregelt?	Das Verfahren ist dokumentiert, Schulungen sind aufgezeichnet.	BAR 5.5 (1, 2)
4	<u>Falls relevant:</u> Gewährleistet die Einrichtung, dass die Patienten über die Abläufe informiert werden und ggf. ihr Einverständnis geben können?	Das Verfahren ist festgelegt (Berücksichtigung des Datenschutzes).	BAR 6 (1, 2, 3)

### 4.5.3 Korrekturmaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung von Fehlerursachen?</p> <p>Werden Korrekturmaßnahmen systematisch durchgeführt und werden dabei folgende Aspekte berücksichtigt?</p> <p>a. Fehlerbewertung (einschließlich Beschwerden von Patienten und Interessenspartnern)</p> <p>b. Ermittlung der Ursachen von Fehlern</p> <p>c. Beurteilung des Handlungsbedarfs zur Verhinderung des erneuten Auftretens von Fehlern</p> <p>d. Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen</p> <p>e. Aufzeichnung der Ergebnisse von ergriffenen Maßnahmen</p> <p>f. Bewertung der <b>Wirksamkeit</b> der ergriffenen Korrekturmaßnahmen</p>	<p>Auslöser für Korrekturmaßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlermeldungen</li> <li>• Beschwerden</li> <li>• Auditergebnisse</li> <li>• Prozessbewertungen</li> <li>• Managementbewertung</li> <li>• Komplikationen, Infektionen, Zwischenfälle</li> <li>• Veränderte gesetzliche und behördliche Vorgaben</li> </ul> <p>Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein.</p>	BAR 9 (10)
2	Werden die Daten regelmäßig ausgewertet und auf Tendenzen und systematische Fehler hin untersucht?		BAR 9 (5, 10)

### 4.5.4 Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	<p>Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Vorbeugemaßnahmen zur Beseitigung von möglichen Fehlerursachen?</p> <p>Enthält das Verfahren zur Durchführung von Vorbeugungsmaßnahmen folgende Aspekte?</p> <p>a. Erkennung potenzieller Fehler und ihrer Ursachen</p> <p>b. Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das Auftreten von Fehlern zu verhindern</p> <p>c. Festlegung und Verwirklichung der notwendigen Maßnahmen</p> <p>d. Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen</p> <p>e. Bewertung der <b>Wirksamkeit</b> der ergriffenen Vorbeugungsmaßnahmen</p>	<p>Auslöser für Vorbeugemaßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoanalysen</li> <li>• CIRS</li> <li>• Verbesserungsvorschläge</li> <li>• Auditergebnisse</li> <li>• Prozessbewertungen</li> <li>• Managementbewertung</li> <li>• Veränderte gesetzliche und behördliche Vorgaben</li> </ul> <p>Vorbeugungsmaßnahmen müssen den Auswirkungen der möglichen Probleme angemessen sein.</p> <p>Das Verfahren wurde geschult.</p>	BAR 9 (10), 10 (4)

2	Verfügt die Einrichtung über eine Notfallregelung?	z.B. Brand, Bombendrohung, Ausfall der Infrastruktur, Pandemie, Salmonellenfall	BAR 5.2 (2), 10 (4)
3	Existiert ein Hygienemanagement in der Einrichtung und berücksichtigen die Hygienestandards/Hygienepläne auch die Prävention von indikationsspezifischen Infektionen sowie den Umgang mit nosokomialen Infektionen und multi-resistenten Keimen?	Hygienebeauftragten benennen, regelmäßige Sitzungen der Hygienekommission und regelmäßige Hygieneunterweisungen durchführen.	BAR 5.2 (2)
4	Gibt es Regelungen für klinische Zwischen- und Notfälle? Werden regelmäßiges Reanimationstraining für Mitarbeiter sowie Schulungen zum Umgang mit Notfällen durchgeführt? Gibt es einen schriftlich ausgearbeiteten „Erst-Hilfe-Plan“?		BAR 10 (4), 11 (4)
5	Werden neue Mitarbeiter in das Notfallmanagement eingewiesen?	Die Einweisung muss dokumentiert sein	BAR 5.5 (2), 10 (4)
6	Sind ortsfeste Notrufanlagen ausreichend installiert (in Patientenzimmern, Nasszellen, allgemeinen Sanitärbereichen)?		
7	Existiert ein einsatzbereiter Notfallkoffer mit Defibrillator und Intubationsbesteck?	Der Koffer muss regelmäßig überprüft werden, Prüfung muss dokumentiert sein	
K1	<u>Nur Kardiologie:</u> Gibt es zur Behandlung akuter kardiorespiratorischer Notfälle ein Notfallteam, das konkrete Handlungsanweisungen für das Vorgehen in Notfällen berücksichtigt, regelmäßig Übungen in Herz-Lungen-Wiederbelebung durchführt und einen rettungsmedizinisch qualifizierten Arzt enthält?		
M1	<u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u> Werden Vorkehrungen zur Vermeidung von Wundinfektionen, postoperative Komplikationen, Luxation oder Lockerung von Prothesen getroffen?		
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Gibt es Regelungen für den Umgang mit Patienten im Falle einer psychotischen Entgleisung, von Eigen- und/oder Fremdgefährdung?		

## 5 Qualitätsmanagementsystem

### 5.1 Allgemeine Anforderungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtung ein QM-System eingeführt und dokumentiert? Ist die gesamte Rehaeinrichtung in das QMS eingebunden?		BAR 4.1, 5.1 (1, 2), 5.5 (1, 2, 3)
2	Berücksichtigt das dokumentierte QM-System ausreichend: <ul style="list-style-type: none"> <li>die qualitätsrelevanten Prozesse, ihre Anwendung und ihre Wechselwirkung,</li> <li>die Kriterien und Methoden zum Managen und Durchführen dieser Prozesse?</li> </ul>		BAR 5.1 (1), 5.2 (1, 3)  BAR 5.2 (4)
3	Sind von der Einrichtung Prozesse ausgegliedert worden und berühren diese Prozesse Anforderungen, die die Einrichtung selbst vorgegeben hat oder von außen gefordert werden?  Ist die Lenkung von diesen ausgegliederten Prozessen im QM-System festgelegt?	Werden Prozesse ausgegliedert (z.B. Outsourcing, externe Lieferanten, ärztliche Leistungen), müssen Art und Umfang der Leistung, Lenkung und Überwachung festgelegt sein und durch geeignete Maßnahmen und Nachweise sichergestellt werden. Die Verantwortung, die Kundenanforderungen sowie die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen zu erfüllen, kann dabei nicht weitergegeben werden.	BAR 5.1 (1), 5.2 (1), 9 (2)

### 5.2 Dokumentationsanforderungen

#### 5.2.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Beinhaltet die QM-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitbild (Qualitätspolitik) und Einrichtungskonzept</li> <li>Qualitätsziele</li> <li>QM-Handbuch</li> <li>aus dem Auditleitfaden erforderliche dokumentierte Verfahren</li> <li>zusätzliche Dokumente zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Lenkung der Prozesse,</li> <li>Anforderungen zu den Qualitätsaufzeichnungen?</li> </ul>		BAR 1 (3)  BAR 4.1 (2), 5.3 (1, 2, 3), 9 (6)  BAR 5.2 (1, 2)  BAR 5.2 (1, 2)

### 5.2.2 Qualitätsmanagement-Handbuch

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Hat die Einrichtung ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt und wird es regelmäßig aktualisiert?	Das QM-Handbuch ist allen Mitarbeitern zugänglich. Das Verfahren zur Aktualisierung ist festgelegt.	BAR 4.1 (1, 2), 4.2 (5), 5.2 (1, 2, 3, 5)
2	Beinhaltet das QM-Handbuch Umfang und Geltungsbereich des QM-Systems sowie Einzelheiten und Begründungen für jegliche Ausschlüsse?	Im QM-Handbuch werden die Tätigkeitsfelder einer Einrichtung, deren Qualitätspolitik und -ziele, deren Aufbau- und Ablauforganisation, wesentliche Prozesse etc. beschrieben und bereichsübergreifende Verfahrensregelungen festgelegt.	BAR 4.1 (1, 2), 5.1 (1, 2, 3), 5.2 (1, 2, 3, 5)

### 5.2.3 Lenkung von Dokumenten

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung bestehender Dokumente festgelegt?		BAR 5.2 (5)
2	Beinhaltet dieses Verfahren die <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigung der Dokumente vor der Herausgabe auf Angemessenheit,</li> <li>• Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung,</li> <li>• Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand</li> <li>• Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen</li> <li>• bleibende Lesbarkeit und Identifizierbarkeit,</li> <li>• Anforderungen an den Datenschutz?</li> </ul>		BAR 5.1 (1), 5.2 (5)  BAR 5.1 (1)  BAR 5.2 (5)  BAR 5.2 (5)   BAR 5.2 (2)
3	Stellt das Verfahren sicher, dass veraltete Dokumente nicht unbeabsichtigt verwendet und in geeigneter Weise gekennzeichnet werden, wenn sie aufbewahrt werden müssen?		BAR 5.2 (2, 5)
4	Ist sichergestellt, dass externe Dokumente gekennzeichnet, entsprechend verteilt und gelenkt werden?	Das Verfahren ist dokumentiert. Externe Dokumente können sein: Gesetze, Verordnungen, Formulare der Kostenträger etc.	BAR 5.2 (5)

### 5.2.4 Lenkung von Aufzeichnungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren festgelegt zur / zum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennzeichnung,</li> <li>• Aufbewahrung,</li> <li>• Schutz,</li> <li>• Wiederauffindbarkeit,</li> <li>• Aufbewahrungsfrist,</li> <li>• Beseitigung und</li> <li>• Erfüllung der Anforderungen des Datenschutzes von Qualitätsaufzeichnungen</li> </ul>		BAR 5.2 (2, 5)
2	Werden die Qualitätsaufzeichnungen lesbar, leicht erkennbar und wieder auffindbar und entsprechend den gesetzlichen oder sonstiger Anforderungen archiviert?		BAR 5.2 (5)

## VII. Indikationsspezifische Module in der Übersicht

### 1. Kardiologie

#### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

#### 1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Ist der/die leitende Arzt/Ärztin Mitglied in einer der maßgeblichen Fachgesellschaften, wie z. B. der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation in der Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz-Kreislauf-Forschung, der Deutschen Lipidliga oder der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e. V.?</p>		

#### 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

#### 2.1 Personelle Ausstattung

#### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Verfügen Ärzte/Ärztinnen über die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" ?</p>	Wünschenswert, jedoch nicht obligat	
K2	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Gewährleisten Regelungen eine Mitarbeiterausstattung, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung ausreichend ist?</p>	Exemplarisch sei hier ausgeführt, dass für eine Klinik mit 50 % AHB-Belegung und einem Durchschnittsalter der Patienten von ca. 60 Jahren ein voll approbierter Assistenzarzt nicht mehr als 25 Patienten betreuen soll (DGPR-Standard)	

## 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K 1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Sind die räumlich-sachlichen Voraussetzungen zur Realisierung des Konzeptes der „umfassenden Betreuung“ in der kardiologischen stationären Rehabilitation, die von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen gefordert werden, erfüllt?</p> <p>Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	<p>Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden</p>	

## 3 Realisierung der Reha-Prozesse

### 3.2 Planung der Prozesse

#### 3.2.1 Rehakonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Liegen zusätzlich schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehakonzepte für die folgenden Erkrankungen vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koronare Herzkrankheit, auch unter besonderer Berücksichtigung von kurz (weniger als sechs Wochen) zurück liegendem Herzinfarkt oder kurz (weniger als sechs Wochen) zurück liegender Bypass-Operation</li> <li>• Zustand nach prothetischen Herzklappenersatz, auch unter besonderer Berücksichtigung von kurz (weniger als sechs Wochen) zurückliegenden Klappenerkrankungen</li> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Periphere arterielle Verschlusskrankheit, wenn diese zum Indikationsspektrum der Klinik gehört</li> </ul>		



### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

#### 3.3.1 Aufnahme

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Erfolgt der erste Arzt-Patienten-Kontakt am Aufnahmetag innerhalb von zwei Stunden nach Ankunft in der Klinik?</p>		

#### 3.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Werden etablierte Verfahren der funktionellen Klassifikation und Leistungsdiagnostik eingesetzt, die zur Ergebnismessung geeignet sind, z. B. NYHA (New York Heart Association) oder CCS (Canadian Cardiovascular Society)?</p>		
K2	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Können notfalllabordiagnostische Maßnahmen rund um die Uhr so durchgeführt werden, dass die Ergebnisse innerhalb von 30 bis 45 Minuten vorliegen (mindestens):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kleines Blutbild</li> <li>• Kalium</li> <li>• Retentionswerte</li> <li>• Blutzucker</li> <li>• Gerinnungsdiagnostik</li> <li>• myokardspezifische Enzyme</li> <li>• Blutgasanalyse</li> </ul>		

#### 3.3.4 Pflege

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Werden auf der Überwachungsstation für alle Patienten Pflegeplan und Pflegedokumentation erstellt?</p>		

### 3.3.6 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Werden schriftliche Empfehlungen für die ambulante Herzgruppe (bzw. die Gefäßsportgruppe, wenn das Indikationsspektrum der Klinik Gefäßerkran- kungen umfasst) mitgegeben, die eine Zustimmung des Hausarztes vorsehen und die notwendigen Informationen für beteiligte Ärzte und Übungsleiter (z. B. Diagnosen, Belastbarkeit, Medikamen- te) enthalten?</p>		

## 4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)

### 4.5 Verbesserung

#### 4.5.4 Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
K1	<p><u>Nur Kardiologie:</u></p> <p>Gibt es zur Behandlung akuter kardio- respiratorischer Notfälle ein Notfall- team, das konkrete Handlungsanwei- sungen für das Vorgehen in Notfällen berücksichtigt, regelmäßig Übungen in Herz-Lungen-Wiederbelebung durch- führt und einen rettungsmedizinisch qualifizierten Arzt enthält?</p>		

## 2. Muskuloskelettale Erkrankungen

### 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

#### 2.1 Personelle Ausstattung

##### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen :</u> Sind in der Klinik die genannten therapeutischen Abteilungen vorhanden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankengymnastik</li> <li>• Physikalische Therapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Psychologie</li> <li>• Sozialberatung</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Diätetik</li> </ul>		
M2	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen :</u> Gibt es in der Klinik ausreichend examinierte, in der Orthopädie/Rheumatologie erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegekräfte?</p>		

#### 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u> Entsprechen die Raum- und Sachausstattungen den Anforderungen der klinikspezifischen Rehakonzepte? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik je nach Behandlungsschwerpunkt inklusive bildgebender Diagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie der sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	

### 3 Realisierung der Reha-Prozesse

#### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

##### 3.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u></p> <p>Werden etablierte Verfahren der orthopädischen Ergebnismessung eingesetzt? (z. B. Neutral-0-Methode, Schmerzerfassung – Visuelle Analog Skala, Skalen zur Disability bzw. Fähigkeitsassessment)</p>		

##### 3.3.6 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u></p> <p>Werden den Patienten schriftliche Hinweise für Eigenübungen mitgegeben?</p>		

### 4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)

#### 4.5 Verbesserung

##### 4.5.4 Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
M1	<p><u>Nur Muskuloskelettale Erkrankungen:</u></p> <p>Werden Vorkehrungen zur Vermeidung von Wundinfektionen, postoperative Komplikationen, Luxation oder Lockerung von Prothesen getroffen?</p>		

### 3. Neurologie

#### 1 Verantwortung der Leitung

##### 1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

##### 1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Ist der/die leitende Arzt/Ärztin Mitglied in neurologischen Fachgesellschaften?		

#### 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

##### 2.1 Personelle Ausstattung

##### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<u>Nur Neurologie:</u> Gibt es in der Klinik ausgebildete <ul style="list-style-type: none"> <li>• Künstlerische Therapeuten sowie</li> <li>• Ergotherapeuten und Physiotherapeuten mit Weiterbildung in neurophysiologischen Therapiemethoden?</li> </ul>		
N2	<u>Nur Neurologie:</u> Bietet die Klinik supportive Psychotherapie durch Ärzte oder Psychologen an?		
N3	<u>Nur Neurologie:</u> Haben zuständige Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bewegungs- und lagerungstechnische Qualifikationen (z. B. Bobathschulung) ?		
N4	<u>Nur Neurologie:</u> Ist der Pflegedienst im ADL-Training unterwiesen?		

## 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Entsprechen die räumlich-sachlichen Voraussetzungen den klinikspezifischen Rehakonzepten?</p> <p>Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elektrophysiologischen und neuropsychologischen Diagnostik</li> <li>• Liquordiagnostik, Gefäß- und Kreislaufdiagnostik</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Neuropsychologischen Therapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden	
N2	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Gibt es die Möglichkeit der Unterbringung eines Angehörigen im Krankenzimmer (Rooming In) bei verwirrten, unruhigen oder ängstlichen Patienten?</p>		

## 3 Realisierung der Reha-Prozesse

### 3.2 Planung der Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Liegen Behandlungsstandards für folgende Krankheitsbilder vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt</li> <li>• Diagnose und Behandlung von Risikofaktoren</li> <li>• Diagnose und Behandlung wesentlicher und häufiger Begleiterkrankungen und Komplikationen (z. B. Diabetes mellitus, Beinvenenthrombose, Dekubitus, Kontrakturen, Hirndrucksteigerung, Harnwegsinfekte, Pneumonie, MRSA)</li> <li>• medikamentöse Behandlung bei Schwerpunktindikationen wie z. B. Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie</li> </ul>		

### 3.2.1 Rehakonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Liegen zusätzlich schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehakonzepte für folgende neurologische Syndrome vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aphasie</li> <li>• Ataxie</li> <li>• Hemiparese/ Paraparese/ Tetraparese</li> <li>• Neglect</li> <li>• Spastik</li> </ul>		

### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

#### 3.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Werden etablierte Verfahren der neurologischen Ergebnismessung eingesetzt (z. B. Skalen zu Disability- bzw. Fähigkeitsassessment wie Barthel-Index oder FIM)?</p>		
N2	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Gibt es eine Herzinfarktsofortdiagnostik mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troponin-,</li> <li>• CK-,</li> <li>• EKG-Auswertung?</li> </ul>		
N3	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Ist ein Notfall-CT innerhalb einer Stunde (Phase B), innerhalb zwei Stunden (sonst) erreichbar?</p>		

#### 3.3.4 Pflege

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Gibt es Pflegestandards für z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekubitus</li> <li>• Blasen- und Toilettentraining</li> <li>• Hemiplegikerlagerung</li> <li>• Absaugen</li> <li>• PEG</li> <li>• Tracheostoma?</li> </ul>		

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
N2	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Gibt es eine nach Rehaphasen definierte und den ADL-Fähigkeiten angepasste Abstufung von Betreuung und Pflege?</p>		

### 3.3.6 Entlassung

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
N1	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Wird bei Weiterbetreuung durch einen ambulanten Pflegedienst oder bei Verlegung in ein Heim ein ausführlicher Pflegeverlegungsbericht mitgegeben?</p>		
N2	<p><u>Nur Neurologie:</u></p> <p>Werden Überleitungsberichte an niedergelassenen Therapeuten (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) mitgegeben?</p>		



## 4. Onkologie

### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

##### 1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
O1	<p><u>Nur Onkologie:</u></p> <p>Ist der/die leitende Arzt/Ärztin der onkologischen Abteilung (oder Stellvertretung) Mitglied einer onkologischen Fachgesellschaft und eines onkologischen Arbeitskreises oder Tumorzentrums?</p>		
O2	<p><u>Nur Onkologie:</u></p> <p>Beteiligen sich Klinikmitarbeiter als Referenten/Mitorganisatoren an externen Veranstaltungen?</p>		

### 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

#### 2.1 Personelle Ausstattung

##### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
O1	<p><u>Nur Onkologie:</u></p> <p>Gibt es für die in der Klinik hauptsächlich behandelten Indikationen entsprechende FÄ, die die Behandlung durchführen können (Innere Medizin ggf. mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder Hämatologie/ Onkologie; Gynäkologie; Urologie; HNO)?</p>		
O2	<p><u>Nur Onkologie:</u></p> <p>Wenn es in der Klinik keine indikations-spezifischen Fachärzte gibt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existiert ein geregeltes Konsilwesen?</li> <li>• Existiert eine Regelung zu diesem Ablauf?</li> </ul>		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
O3	<p><u>Nur Onkologie:</u> Sind in der Klinik folgende therapeutischen Abteilungen vorhanden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Psychoonkologie (Dipl. Psychologen mit psychoonkologischer Zusatzqualifikation)</li> <li>• Sozialdienst mit Sozialarbeiter/-pädagogin</li> <li>• Diätberatung (mit Diätassistentin oder Ökotrophologin)</li> <li>• Logopädie (mit Logopäden oder Stimmtherapeuten) bei Stimm- und Sprechstörungen</li> </ul>		
O4	<p><u>Nur Onkologie:</u> Sind die folgenden Therapeuten in der Klinik tätig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stomatherapeut mit entsprechender Weiterbildung (bei Stomapatienten)</li> <li>• Lymphtherapeut mit entsprechender Weiterbildung</li> <li>• Künstlerische oder Ergotherapeuten</li> </ul>		

## 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
O1	<p><u>Nur Onkologie:</u> Entsprechen die räumlich-sachlichen Voraussetzungen den klinikspezifischen Rehakonzepten? Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostik je nach Behandlungsschwerpunkt inklusive bildgebender Diagnostik</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Sporttherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Zytostatikatherapie (Wenn diese Arzneimittel selbst hergestellt werden, muss eine Werkbank vorhanden sein!)</li> </ul> <p>Existiert eine Regelung zum Umgang mit Zytostatika (Zubereitung, Entsorgung, Schulung von Mitarbeitern und Verhalten bei Unfällen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Medizinischen Trainingstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• sowie die sachgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung entsprechend den Behandlungsschwerpunkten</li> </ul>	<p>Kann um einen detaillierten Selbstausskunftsbogen ergänzt werden</p>	

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
02	<p><u>Nur Onkologie:</u>  <u>Falls relevant:</u>            Gibt es die zur Durchführung eines Irrigationstrainings für Stomapatienten erforderliche Sachausstattung?</p>		

### 3 Realisierung der Reha-Prozesse

#### 3.2 Planung der Prozesse

##### 3.2.1 Rehakonzepte

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
01	<p><u>Nur Onkologie:</u>            Existieren zusätzlich folgende Konzepte?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerztherapeutisches Konzept</li> <li>• Psychoonkologisches Konzept</li> <li>• Ernährungskonzept (bei gastroenterologischen Tumoren)</li> </ul>		

#### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

##### 3.3.2 Diagnostik

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
01	<p><u>Nur Onkologie:</u>            Werden das TNM-System (und weitere übliche Klassifikationssysteme) eingesetzt?</p>		
02	<p><u>Nur Onkologie:</u>            Werden etablierte Verfahren der onkologischen Ergebnismessung eingesetzt (z. B. Neutral-0-Methode bei Bewegungseinschränkung, Umfangmessung bei Lymphödem, BMI/Gewichtsverlaufsmessung, Schmerzerfassung durch Visuelle Analog Skala, Fragebogen zur Krankheitsbewältigung oder andere psychologische Fragebögen)?</p>		

### 3.3.3 Rehabilitation

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
01	<p><u>Nur Onkologie:</u> Werden in der Klinik Schulungen/Gesundheitstraining (Gespräche, Vorträge, Seminare) zu folgenden Themen durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifisches onkologisches Schulungsprogramm</li> <li>• Schmerzbewältigung</li> <li>• Lymphödem</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Kontinenztraining</li> </ul>		

### 3.3.4 Pflege

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
01	<p><u>Nur Onkologie:</u> Wird bei den genannten Maßnahmen eine Pflegedokumentation durchgeführt und liegen schriftliche Standards vor für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivtherapie</li> <li>• Zytostatikabehandlung</li> <li>• Infusionstherapie</li> <li>• Bilanzierung</li> <li>• Stomatherapie (bei Stomapatienten)?</li> </ul>		

### 3.3.6 Entlassung

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
01	<p><u>Nur Onkologie:</u> Wird bei akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder laufender Zytostatikatherapie ein Kontakt mit dem weiterbehandelnden Arzt hergestellt und in den Patientenunterlagen dokumentiert?</p>		

## 5. Psychosomatik

### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

##### 1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Beteiligen sich Klinikmitarbeiter als Referenten/Mitorganisatoren an externen Veranstaltungen?</p>		

### 2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

#### 2.1 Personelle Ausstattung

##### 2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik :</u></p> <p>Sind der oder die leitenden Psychologen approbierte Psychologen mit Fachkundenachweis und Supervisorqualifikation?</p>		
P2	<p><u>Nur Psychosomatik :</u></p> <p>Ist in der Einrichtung die Behandlung in einem multiprofessionellen Team personell gesichert? Mindestanforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte</li> <li>• Psychologen</li> <li>• Funktionstherapeuten</li> <li>• Sozialarbeiter/Sozialpädagogen</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflegekräfte</li> </ul>		
P3	<p><u>Nur Psychosomatik :</u></p> <p>Gibt es unter den Funktionstherapeuten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapeuten</li> <li>• Künstlerische Therapeuten (z. B. Gestaltungstherapeuten)</li> <li>• Körpertherapeuten (z. B. Motologen, Sporttherapeuten)</li> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapeuten (z. B. Feldenkraislehrer, Krankengymnasten)</li> <li>• Diätberater (z. B. Ökotrophologen)?</li> </ul>		

## 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Entsprechen die Raum- und Sachausstattungen den Anforderungen der klinikspezifischen Rehakonzepte?</p> <p>Dazu gehört die Ausstattung zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungs-, Verhaltens-, und Funktionsdiagnostik je nach Behandlungsschwerpunkt</li> <li>• Physikalischen Therapie</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Gestaltungstherapie</li> <li>• Notfallmanagement</li> </ul>		

## 3 Realisierung der Reha-Prozesse

### 3.2 Planung der Prozesse

#### 3.2.1 Rehakonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Liegen für die wichtigsten Indikationsgruppen Rehakonzepte vor, so dass diese zwei Drittel aller behandelten Patienten abdecken ODER liegen zumindest für die fünf wichtigsten Indikationsgruppen Rehakonzepte vor?</p>		

### 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

#### 3.3.1 Aufnahme

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Anforderung
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Ist gewährleistet, dass mit dem Patienten in der Regel am Tag der Aufnahme ein psychotherapeutisches Gespräch geführt oder eine körperliche Untersuchung durchgeführt wird?</p>	Entscheidend ist die Erhebung eines psychischen Befundes (Ausschluss der Suicidalität u.a.) und die Abklärung offener Fragen zur Medikation	
P2	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Findet das Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten spätestens am Tag nach der Aufnahme statt?</p>		

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P3	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Besteht bei Bedarf die Möglichkeit eines prästationären Gespräches zwischen Vertretern der Einrichtung und dem Patienten?</p>		

### 3.3.2 Diagnostik

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Besteht die Möglichkeit der internen Durchführung testpsychologischer Diagnostik mit Berücksichtigung von psychopathologischen Aspekten, Persönlichkeitsaspekten und neuropsychologischer Diagnostik?</p>		

### 3.3.3 Rehabilitation

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Besteht auch außerhalb der festgelegten Visiten- und Sprechstundenzeiten für den Patienten die Möglichkeit, zeitnah mit entsprechend qualifizierten Klinikmitarbeitern ein psychotherapeutisches Gespräch und ein ärztliches Gespräch zu führen?</p>		
P2	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Gibt es für Angehörige bei Bedarf das Angebot von krankheitsbezogenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- oder Paargesprächen</li> <li>• Gruppenveranstaltungen</li> <li>• Schulungen</li> <li>• oder Informationen?</li> </ul>		

### 3.3.4 Pflege

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P1	<p><u>Nur Psychosomatik:</u></p> <p>Liegen Maßnahmenstandards für wesentliche Tätigkeiten und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte vor (z. B. Umgang mit suizidalen Patienten)?</p>		

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P2	<u>Nur Psychosomatik:</u> Liegen Regelungen vor, welche therapeutischen Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte übernehmen können (therapeutische Co-Funktion)?		

#### **4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)**

##### **4.5 Verbesserung**

##### **4.5.4 Vorbeugemaßnahmen**

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Anforderung</b>
P1	<u>Nur Psychosomatik:</u> Gibt es Regelungen für den Umgang mit Patienten im Falle einer psychotischen Entgleisung, von Eigen- und/oder Fremdgefährdung?		



## VIII Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen

Diese Aufstellung ist beispielhaft und hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit! Die Einrichtung benötigt ein geregeltes System, nach dem die aktuellen Änderungen gesetzlicher Anforderungen erfasst, im eigenen Bereich umgesetzt und auf Wirksamkeit überprüft werden (siehe auch Kap.VI, 1 Verantwortung der Leitung).

**Datenschutz:** Gibt es einen Datenschutzbeauftragten? Werden in der Einrichtung im Umgang mit Daten die datenschutzrechtlichen Anforderungen berücksichtigt? Werden in der EDV - Administration Zugriffsberechtigungen behandelt? In welchen Abständen findet die Datensicherung statt? Wie wird die Datenaufbewahrung durchgeführt (Tresor, Hitzebeständigkeit)? Liegt ein öffentliches und internes Verzeichnis zum Datenschutz vor? Schulung/Beratung von Mitarbeitern; Kontrollen der Bestimmungen; Gesetzliche Meldepflichten; Erstellen von Richtlinien zum Datenschutz.

**Hygiene:** Existieren für relevante Abteilungen (z. B. Küche, Stationen, Behandlungsbereiche, Bäderabteilung und Schwimmbadtechnik, Labor, Apotheke, Sterilisation) Regelungen zur Hygiene: Hygienebeauftragter, Hygienefachkraft, Krankenhaushygieniker, Hygienebegehungen, Hygienekommission, Hygiene- Ordner und Hygienepläne mit Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, Umgang mit multiresistenten Krankenhauskeimen (MRSA), Anforderungen der Hygiene an die Aufbereitung von Medizinprodukten, Sterilisation (incl. Sporenproben) und Lagerung von Sterilgut, Überprüfung Lüftungstechnischer Anlagen, Wasserhygiene (Legionellen), Entsorgung von infiziertem Material).

Wird eine entsprechende Prüfliste geführt, und sind die Verantwortlichen benannt?

Werden die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (u.a. dokumentierte Unterweisungen) und die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes berücksichtigt?

Werden im Bereich der Küche die Anforderungen der **HACCP und der Lebensmittelhygiene** berücksichtigt (z.B. Prüfungen von Lieferanten und Wareneingängen, Prüfung der Essensausgaben, Kontrollen der Warenlagerung (auch Kühlhaustemperaturen, Rückstellproben) und hygienische Anforderungen bei der Bearbeitung von Lebensmitteln, Lieferantenbewertung, Hygiene und Arbeitskleidung)?

**Arbeitssicherheit:** Finden notwendige Begehungen und Beratungen hinsichtlich der Arbeitssicherheit (dokumentierter Arbeitssicherheits-Ausschuss 4-mal/Jahr) statt? Sind die notwendigen Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsfachkräfte benannt worden? Liegen die Gefährdungsbeurteilungen der einzelnen Arbeitsplätze vor? Wird die Biostoffverordnung bei der Umsetzung der Arbeitssicherheit berücksichtigt? Werden die empfohlenen Maßnahmen umgesetzt? Werden die notwendigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert (auch wenn Mitarbeiter diese ablehnen)? Wird für die Umsetzung des Arbeitsschutzes eine entsprechende Prüfliste geführt (BGV A3 Prüfung, Prüfung von elektrisch betriebenen Pflegebetten, Wartung von Aufzügen, etc.)?

Ausbildungsnachweise der Mitarbeiter/Fremdfirmen zur Durchführung der BGV A3 Prüfungen und der Bettenprüfung nach der VDE 0751 etc.? Sind die Regelungen zur Erstellung und Einhaltung der Biostoffverordnung vorhanden?

Ist der Umgang mit Gefahrstoffen geregelt? Sind die Regelungen zur Erstellung und Einhaltung des Gefahrstoffkatasters und des Explosionsschutzdokumentes vorhanden? (Beschaffung, Prüfung auf Ersatzstoffe, Vorliegen von Betriebsanweisungen, Unterweisung von Mitarbeitern)?

**MPBetreibV:** Gibt es Regelungen für die Umsetzung der **Medizinprodukte-Betreiberverordnung** (Gerätebeauftragter, Geräteliste, Gerätehandbücher, Bestandsverzeichnis, Geräteüberwachung, Schulung, Einweisung in die Geräte, Einweisung des Beauftragten, Einweisung weiterer Benutzer in den Gebrauch, Meldung von (Beinahe-) Vorkommnissen, Kennzeichnung von defekten Geräten, Wartung der Geräte und Unterlagen (mit Übersicht der Geräte mit Sicherheitstechnischen Kontrollen (STK) laut Anlage 1 MPBetreibV und Übersicht der Geräte mit Messtechnischen Kontrollen (MTK) laut Anlage 2 MPBetreibV, Umgang mit Pflegebetten)?

**Brandschutz:** Existieren geeignete Maßnahmen zur Verhütung und zum Verhalten im Falle von Bränden? Werden Brandschutzübungen regelmäßig durchgeführt? Falls eine Klinik im Katastrophenplan verzeichnet ist: Werden die gesetzlichen Auflagen berücksichtigt? Sind die Brandschutzpläne (Katastrophenpläne) den Mitarbeitern zugänglich und bekannt?

Gibt es Regelungen zur **Abfallentsorgung**? Wie ist der Umgang mit infektiösem Material geregelt?

**Arzneimittel:** Existieren Regelungen für Transport, Handhabung, Lagerung, Verpackung, Konservierung und Herstellung von Arzneimitteln und wie werden diese umgesetzt? Finden regelmäßige Kontrollen der Arzneimittelbestände statt?

Werden die Bestimmungen des BTM-Gesetzes berücksichtigt? (Bestellwesen, Lagerung, BTM-Buch)?

**Transfusionsgesetz:** Werden die Regelungen des Transfusionsgesetzes und die Richtlinien der BÄK und Leitlinien der BÄK berücksichtigt (Transfusionsverantwortlicher und -beauftragter Arzt, Aufklärung des Patienten, Dokumentation und Einverständnis, Meldewesen (jährlich an Landesärztekammer und Paul-Ehrlich-Institut); Qualitätsbeauftragter für Transfusionswesen, Durchführungsleitlinien zur Gabe von Blut und Blutprodukten)?

Gibt es Regelungen zum Umgang mit Blut und Blutkomponenten oder Plasmaderivaten? (z. B. Plasmaproteine, wie Tetagam; Erythrozytenkonzentrate)

Existiert ein Qualitätsmanagementsystem für das Transfusionswesen in der Einrichtung? Liegt ein Handbuch zum Transfusionswesen vor? Werden unerwünschte Ereignisse durch nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch erfasst (Komplikationsstatistik)?

**Röntgenverordnung:** Werden die Anforderungen der Röntgenverordnung berücksichtigt (Strahlenschutzverantwortlicher, Belehrungen der Mitarbeiter, Anordnung von Röntgenuntersuchungen, Konstanzprüfungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen, Aufbewahrung von Röntgenuntersuchungen (auch Nachweisführung über 10 Jahre bei verliehenen Filmen, Umgang mit Kontrastmitteln (Lagerung), Wartung und Reinigung der Röntgenanlage und Entwicklungsmaschine (s.a. MPBetreibV), Überwachung der Mitarbeiter, Überwachung von Dosimetern)?

Sind die **Arbeitsschutzbestimmungen** den Mitarbeitern zugänglich? (Aushangpflichtige Gesetze)

## IX Übersicht über die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement

Im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden nach § 20 Abs. 2a SGB IX grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement vereinbart. Diese sind nachfolgend aufgeführt. Darauf wurde in dem Auditleitfaden unter „Anforderungen“ Bezug genommen.

<b>Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX</b>		
1	<b>Teilhabeorientiertes Leitbild</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation) (1)</li> <li>• Beteiligung der Mitarbeiter (2)</li> <li>• Schriftlich festgelegt (3)</li> <li>• Kommunikation des Leitbildes (4)</li> <li>• Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern (5)</li> <li>• Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung (6)</li> </ul>
2	<b>Einrichtungskonzept</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse) (1)</li> <li>• Darstellung des Leistungsspektrums (2)</li> <li>• Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z.B. Reha-Richtlinie) (3)</li> <li>• Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand (4)</li> <li>• Schriftlich festgelegt (5)</li> <li>• Verbindlich vereinbart (6)</li> <li>• Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern (7)</li> <li>• Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung (8)</li> </ul>
3	<b>Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte (1)</li> <li>• Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten (2)</li> <li>• Interdisziplinärer Rehabilitationsansatz (3)</li> <li>• ICF-basiert und teilhabeorientiert (4)</li> <li>• Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte (5)</li> <li>• Messung/Überprüfung der Therapiezielerreichung (6)</li> <li>• Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung (7)</li> </ul>
4	<b>Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung</b>	<p><b>4.1 Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der obersten Leitungsebene (1)</li> <li>• Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung (2)</li> <li>• Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement (3)</li> </ul> <p><b>4.2 Qualitätsmanagementbeauftragter (QM-Beauftragter)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestellung eines qualifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten mit den erforderlichen Ressourcen (1)</li> <li>• Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung (2)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen (3)</li> <li>• Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen (4)</li> <li>• Transparenz der Aufgaben und Befugnisse (5)</li> </ul>
5	<b>Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems</b>	<p><b>5.1 Organisationsstruktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen (1)</li> <li>• Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen (2)</li> <li>• Organigramm (3)</li> </ul> <p><b>5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse (1)</li> <li>• Beschreibung des Dokumentationssystems sowie Maßnahmen zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlich geforderten Anforderungen (z.B. Medizinprodukte, Hygiene, Brandschutz) (2)</li> <li>• Internes Schnittstellenmanagement (3)</li> <li>• Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards (4)</li> <li>• Lenkung der rehabilitandenbezogenen Dokumente (5)</li> </ul> <p><b>5.3 Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige interne Managementbewertung und Ableitung messbarer Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen (1)</li> <li>• Bewertung und Ableitung von Maßnahmen sowie deren Überwachung (2)</li> <li>• Transparenz der Qualitätsziele und Zielerreichung in der Einrichtung (3)</li> </ul> <p><b>5.4 Regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse</b> (z.B. interne Audits oder Self-Assessments)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsplan (1)</li> <li>• Bereitstellung von qualifiziertem Personal (2)</li> <li>• Dokumentation der Prüfung (3)</li> <li>• Umgang mit Ergebnissen (4)</li> <li>• Korrekturmaßnahmen (5)</li> </ul> <p><b>5.5 Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen (1)</li> <li>• Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeiter im QM und Einsatz geeigneter Instrumente (z.B. regelmäßige Schulungen und andere Informationsmaßnahmen zum QM) (2)</li> <li>• Angaben zum Mitarbeiter-Feedback (3)</li> </ul>
6	<b>Beziehungen zu Rehabilitanden/ Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern/ Selbsthilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information der Rehabilitanden (1)</li> <li>• Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden (2)</li> <li>• Abstimmung verschiedener Interessenslagen (Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger, Selbsthilfe) (3)</li> <li>• Reha-Zielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung (4)</li> <li>• Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandlern (5)</li> </ul>

7	<b>Systematisches Beschwerdemanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten (1)</li> <li>• Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen (2)</li> </ul>
8	<b>Externe Qualitätssicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) (1)</li> <li>• Analyse der Ergebnisse und dokumentiertes Ziehen von Konsequenzen (2)</li> <li>• Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen (3)</li> <li>• Berücksichtigung im internen QM (4)</li> </ul>
9	<b>Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung (1)</li> <li>• Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität) (2)</li> <li>• Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität) (3)</li> <li>• Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen (4)</li> <li>• Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen (5)</li> <li>• Ergebnisse zu Qualitätszielen (6)</li> <li>• Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit (7)</li> <li>• Rückmeldungen von Kunden (Rehabilitanden, Leistungsträger und Interessenspartner) (8)</li> <li>• Interne Qualitätszirkel und analoge Formen (9)</li> <li>• Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen (10)</li> </ul>
10	<b>Fehlermanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept zum Fehlermanagement (1)</li> <li>• Statistik, Auswertung und Analyse (2)</li> <li>• Konsequenzen, Korrekturmaßnahmen (3)</li> <li>• Vorbeugemaßnahmen (4)</li> </ul>
11	<b>Interne Kommunikation und Personalentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene (1)</li> <li>• Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. der Klinikleitung nachgeordneter Ebene mit ihren Mitarbeitern (z.B. Fallbesprechungen) (2)</li> <li>• Regelmäßige interne Teamfortbildungen (3)</li> <li>• Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“ (4)</li> <li>• Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter (5)</li> <li>• Erhebung des Fortbildungsbedarfs, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung (6)</li> </ul>

## X Glossar

**Zur Beachtung:** Im vorliegenden Glossar wird erläutert, in welcher Bedeutung die Autoren der Checkliste die unten aufgeführten Begriffe gebrauchen. Die aufgeführten Erläuterungen sind nicht als allgemeine verbindliche Definitionen zu verstehen.

<b>Abweichung</b>	Unterschied zwischen einem Erwartungswert und dem Ergebnis. Eine Abweichung tritt z. B. im Verfahren des Audits auf. Dabei unterscheidet man zwischen kritischen und unkritischen Abweichungen. Erstere wirken sich auf das Ergebnis der Dienstleistung aus und beeinträchtigen dieses. Unkritische Abweichungen haben keine gravierende Auswirkung auf das Ergebnis, aber stimmen nicht mit den Anforderungen des DEGEMED-Auditleitfadens überein und müssen abgestellt werden.
<b>Audit</b>	Es handelt sich dabei um einen systematischen, unabhängigen und dokumentierten Prozess. Ziel ist es, Audits nachweise zu erlangen und zu prüfen, inwieweit die Anforderungen des DEGEMED-Auditleitfadens erfüllt werden. Dabei wird beurteilt, ob die Maßnahmen im Qualitätsmanagement angemessen und wirksam sind und die festgelegten Ziele erreichen. Ein weiteres Kriterium stellt die Notwendigkeit von Maßnahmen dar (z. B. gesetzliche, behördliche Anforderungen). Siehe auch Internes Audit.
<b>Aufzeichnungen</b>	Es handelt sich um ein Dokument, das den Nachweis ermöglicht, dass eine Tätigkeit (Behandlung, Maßnahme) durchgeführt wurde und ein Ergebnis (z. B. Behandlungsergebnis) vorliegt. Sie dienen der Rückverfolgbarkeit, der haftungsrechtlichen Dokumentation und zum Nachweis von Korrekturmaßnahmen (Umgang mit Fehlern). Siehe auch Dokument.
<b>BAR</b>	Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Sitz in Frankfurt ist ein Zusammenschluss der Rehabilitationsträger. Nach § 20 Abs. 2a SGB IX vereinbaren diese im Rahmen der BAR grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren für stationäre Rehabilitationseinrichtungen.
<b>Beauftragter der obersten Leitung</b>	Der Beauftragte der obersten Leitung (BOL) muss eine Person aus der Leitung der Organisation sein, welche bereichsübergreifende Kenntnisse und Kompetenzen besitzt und in die Leitung der Gesamtorganisation involviert ist (z.B. Geschäftsführer, Vorstand, Prokurist, Einrichtungsleiter, Mitglied der Geschäftsleitung). Bei der Umsetzung seiner entsprechenden Aufgaben kann der Beauftragte der obersten Leitung durch weitere interne und externe Personen (z.B. QM-Beauftragte) unterstützt werden.
<b>DEGEMED</b>	Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. mit Sitz in Berlin
<b>Dokumente</b>	Übergeordneter Begriff im Qualitätsmanagement für Vorgaben (Anforderungen an die Rehabilitation, Prozessbeschreibungen, Formularstandards) und Nachweise (siehe Aufzeichnungen).

<b>Dokumentierte Verfahren</b>	<p>Begriff der DIN EN ISO 9001 für die festgelegte Art und Weise, eine Tätigkeit oder einen Prozess auszuführen. Damit sind hohe Anforderungen verbunden, wie sie in dem Auditleitfaden dargestellt sind: Beispiele: Dokumentierte Verfahren zu Internen Audits, Umgang mit Fehlern, Korrekturmaßnahmen, Vorbeugemaßnahmen, Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen.</p> <p>Synonym: „Verfahrensanleitung“</p>
<b>Einrichtung</b>	<p>Organisation bzw. Organisationseinheit in der Rehabilitation (Rehabilitationsklinik, Fachklinik, ambulantes Rehabilitationszentrum etc.) In der Checkliste diejenige Organisationseinheit, die ein Qualitätsmanagement einführt und entwickelt. Hinweis: das DEGEMED/FVS-Verfahren sieht als organisatorische Einheit immer eine „gesamte Einrichtung/Klinik“ vor. Die Zertifizierung von „Einrichtungs-/Klinik-Teilen“ wie z. B. Abteilungen, Fachbereichen oder Servicebereichen ist nach dem DEGEMED-Verfahren nicht möglich.</p>
<b>Einrichtungskonzept</b>	<p>Darstellung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung in der gesamten Einrichtung beschreibt.</p>
<b>Entwicklung</b>	<p>Darunter wird im Sinne der DIN EN ISO 9001 die Entwicklung neuartiger Dienstleistungen bzw. Produkte verstanden. Eine solche Entwicklung findet im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen in der Regel nicht statt. Auch die Teilnahme an klinischen Studien oder Forschungsprojekten zählt im Sinne der Norm nur dann zur Entwicklung, wenn die Aktivitäten der Einrichtung deutlich über die reine Teilnahme an Studien, deren Design anderen Ortes entwickelt wurde, hinausgehen.</p> <p>Daher macht der DEGEMED Auditleitfaden von der Möglichkeit Gebrauch, das Kapitel 7.3 der DIN EN ISO 9001 grundsätzlich auszuschließen.</p> <p>Sofern die Voraussetzungen vorliegen, ist es den Einrichtungen jedoch freigestellt, die Entwicklung gemäß Kap. 7.3 wieder einzuschließen. In diesem Fall müssen die diesbezüglichen Anforderungen des Kap. 7.3 der DIN EN ISO 9001:2008 erfüllt werden.</p>
<b>Fehlermanagement</b>	<p>Festlegung und Umsetzung von Maßnahmen bei Nichterfüllung einer Forderung: Die Forderung ergibt sich aus den eigenen Ansprüchen (Leitbild, Konzepte), Zwischenfällen (Behandlungsfehler), vorausgesetzten Erwartungen, Nichteinhalten von Prozessen, Anforderungen über Leistungsträger (Beschwerden von Patienten) und Interessenpartner.</p> <p>Siehe auch Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen.</p>
<b>Formular</b>	<p>So genanntes Vorgabedokument zum standardisierten Ausfüllen in einem Prozess (z. B. Behandlungsablauf).</p>
<b>Gesellschaft</b>	<p>Alle diejenigen, welche von der Organisation betroffen sind. Davon werden abgegrenzt die Patienten, die Leistungsträger, die Mitarbeiter und weitere Interessenpartner.</p>
<b>ICF</b>	<p>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (2002).</p>

<b>Interessenpartner</b>	<p>Als Interessenpartner werden in dieser Checkliste betrachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Leistungsträger der Rehabilitation (DRV, GKV, GUV, Beihilfe, PKV, etc.),</li> <li>• die Zuweiser und Weiterbehandler von Patienten: Für eine Rehabilitationseinrichtung können typischer Weise Interessenpartner sein: Akutkrankenhäuser, niedergelassene Ärzte, niedergelassene Therapeuten, Sozialstationen, Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, Home-Care-Unternehmen, Sanitätshäuser,</li> <li>• Selbsthilfegruppen, Universitäts- und Forschungseinrichtungen, etc.</li> <li>• der Patient ist ebenfalls den Interessenpartnern der Einrichtung zuzurechnen, wird in dieser Checkliste jedoch stets explizit genannt.</li> <li>• die „internen Interessenpartner“ Mitarbeiter, Organisationsbereich/ Abteilung (im gegenseitigen Kunden-Verhältnis) oder Träger/ Kapitalgeber werden im Rahmen dieser Checklisten nicht unter die Interessenpartner i.e.S. subsumiert – dies kann für eine Einrichtung jedoch eine sinnvolle Erweiterung des Qualitätsmanagements darstellen.</li> <li>• die Gesellschaft (siehe oben)</li> </ul>
<b>Internes Audit</b>	Bei einem Internen Audit wird die Einrichtung durch eigene, aber von einem Arbeitsbereich unabhängige Auditoren untersucht. Siehe auch Audit.
<b>Kennzahlen</b>	<p>Merkmalswert, der zur Überwachung eines Prozesses oder Ergebnisses dient. Dabei handelt es sich um eine Verhältniszahl. Wichtige Kennzahlen sollten für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden. Hierzu können gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patientenorientierte Kennzahlen</b> wie z.B. Patientenstruktur, Ergebnisse der Patientenbefragung, Beschwerdestatistik</li> <li>• <b>Leistungsträgerorientierte Kennzahlen</b> wie z.B. Antrittsrate/Laufzeit/Warezeit, Laufzeit E-Berichte, Leistungsmengen (KTL-Statistik) und Re-Integration ins Erwerbsleben</li> <li>• <b>Mitarbeiterorientierte Kennzahlen</b> wie z.B. AU-Tage bzw.Fehltage, Überstunden, Personalfuktuation und Personalentwicklung.</li> <li>• <b>Betriebswirtschaftliche Kennzahlen</b> wie z.B. Stellenschlüssel, Daten zur Kostenstruktur (inkl. Medikamentenkosten), Vergütungssatz(entwicklung), Belegungsdaten, Verweildauer, Fallzahlen (bezogen auf Diagnosen) und Budgetcontrolling.</li> </ul>
<b>Kontinuierliche Verbesserung (KVP)</b>	Methode des Qualitätsmanagements, die die Systematik des Plan, Do, Check und Act zur Nachverfolgung ihrer Maßnahmen, Qualitätsziele und Projekte verwendet. Man reagiert nicht nur in Krisenzeiten mit Maßnahmen der Umstrukturierung, sondern nutzt auch die „ruhigen“ Zeiten zur Steigerung der Qualität der Rehabilitation. Siehe auch PDCA-Zyklus.
<b>Korrekturmaßnahmen</b>	Maßnahme zur Beseitigung von Fehlern oder Beschwerden. Dabei wird nach der Dringlichkeit der Beseitigung unterschieden. Siehe auch Fehlermanagement und Vorbeugemaßnahmen.
<b>Leitbild</b>	Das Leitbild einer Einrichtung beschreibt kurz und prägnant einen Idealzustand, auf welches man sich zu entwickeln möchte. Dies geschieht durch jährliche messbare Qualitätsziele.
<b>Leistungsträger</b>	Kosten- und Leistungsträger. Diese werden als Interessenpartner betrachtet. Leistungsträger der Rehabilitation sind DRV, GKV, GUV, Beihilfe, PKV, etc.



<b>Leitlinien</b>	Hierunter fallen die AWMF-Leitlinien anerkannter Fachgesellschaften und Experten, wie z.B. die Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen
<b>Lenkung</b>	Definiertes und strukturiertes Vorgehen, um Anforderungen zu erfüllen. Beispiel: Lenkung bei den dokumentierten Verfahren; Lenkung von Dokumenten. Dabei sind einzelne Prozessschritte beschrieben, wie Planung, Freigabe, Inkraftsetzen, Ausschluss, Archivierung, etc.
<b>Management</b>	Gesamtheit der Prozesse, Verfahren und Instrumente, mit welchen eine Organisation sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele oder Erfüllung äußerer Anforderungen erforderlichen Aufgaben bewältigt.
<b>Managementbewertung</b>	<p>Eine systematische, periodische (i.d.R. jährliche) Bewertung des Qualitätsmanagements hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der in der letzten Periode erzielten Ergebnisse bezogen auf die eingesetzten Maßnahmen bzw. Mittel, und bezogen auf die definierten Qualitäts- bzw. Unternehmensziele</li> <li>• der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und dessen Verbesserungsmöglichkeiten</li> <li>• der Verbesserungsbereiche und –potentiale in allen Einrichtungsbereichen</li> <li>• Angemessenheit der Unternehmensvision und Werte, der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie des Einrichtungskonzepts und der Rehabilitationskonzepte</li> </ul> <p>Darüber hinaus beinhaltet die Managementbewertung die Beurteilung der Qualitätsplanung (Qualitätsziele) für die kommende Periode sowie die Bewertung der Planung/Festlegung notwendiger Strategien und Maßnahmen. Siehe auch Kennzahlen.</p>
<b>Messbare Größe</b>	Größe, die in der praktischen Anwendung quantitative Daten liefert. Dies können harte Daten wie z. B. Fehlerzahlen, Dauer in Tagen, betriebswirtschaftliche Daten oder weiche Zahlen wie z. B. Fragenbogenwerte, numerische Einschätzungen sein. Qualitätsziele müssen messbar sein. Siehe auch Kennzahlen
<b>Oberste Leitung</b>	Leitungsgremium (oder Leitungsperson), das (die) die oberste Stelle in der Hierarchie der Einrichtung einnimmt. Die oberste Leitung verfügt über alle zum Management der Organisation notwendigen strategischen und operativen Entscheidungskompetenzen.
<b>Organisationsbereich</b>	Organisatorisch von anderen Bereichen abgegrenzter Teil der Einrichtung (z. B. Abteilung, Fachbereich, Indikationsbereich, Gebäudeteil, etc.).
<b>P-D-C-A-Zyklus</b>	Methode des Qualitätsmanagement zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse und Leistungen einer Einrichtung. PDCA steht für Plan, Do, Check und Act.

<b>Projekt(management)</b>	<p>Eine Aufgabenstellung kann und sollte in der Regel als Projekt betrachtet werden, sofern das zu lösende Problem relativ komplex erscheint, der Lösungsweg zunächst unbekannt ist, aber bereits eine Zielrichtung und ein Zeitrahmen vorliegen, und/oder bereichs-/fachübergreifende Zusammenarbeit erforderlich ist.</p> <p>Im Allgemeinen ist das Projektmanagement ein Handlungs- und Führungsmodell. Es handelt sich akademisch ausgedrückt um die Lehre über die Leitung von Projekten. Zum Projektmanagement gehören im Alltag alle Aufgaben, ein Projekt zu leiten. Das Projektmanagementteam und seine Leitung müssen fähig sein, Fachwissen und Methodik in der Projektabwicklung erfolgreich und effektiv einzusetzen.</p>
<b>Prozess</b>	<p>Eine Folge von Tätigkeiten mit einem definierten Start und Ende, die i.d.R. über verschiedene Bereiche gehen, und einen Nutzen bzw. einen Wert schaffen (wertschöpfende Prozesse).</p>
<b>QM-Beauftragter</b>	<p>In der Praxis findet man bei der Stelle des QM-Beauftragten meist eine der beiden folgenden Konstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• QM-Beauftragter = Beauftragter der obersten Leitung (in einer Person, z.B. Einrichtungsleiter, Geschäftsführer, Vorstand)</li> <li>• QM-Beauftragter ist Stabsstelle (rechte/ausführende Hand) des Beauftragten der obersten Leitung</li> </ul> <p>Das Aufgabenspektrum des QM-Beauftragten kann unterschiedlich gestaltet werden. Typische Aufgaben sind z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination der Durchführung interner Audits</li> <li>• Koordination und Überprüfung von durchgeführten Änderungen im QM-System und an der QM-Dokumentation</li> <li>• Koordination von Korrektur-/Vorbeugungsmaßnahmen (z.B. Leitung von Qualitätsverbesserungsprojekten bzw. Qualitätszirkeln)</li> <li>• Ansprechpartner für die externe Zertifizierungsorganisation</li> <li>• Verantwortung für die Gestaltung des internen und externen Beschwerdemanagements</li> <li>• Aufbereitung von Daten zur Ermittlung des Erfüllungsgrades von Erwartungen der interessierten Parteien der Organisation</li> </ul>
<b>Qualität</b>	<p>Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Patienten und Interessenpartner an die Dienstleistung der Einrichtung und der tatsächlichen Dienstleistung (Konkordanz-Definition).</p> <p>Anmerkung: Die Konkordanz-Definition umfasst z. B. auch „inhaltliche“, medizinische / therapeutische Qualitätsdefinitionen (z. B. Einhaltung und Übertreffen von Leitlinien und Richtlinien), da diese immer auch definierte Erwartungen bestimmter Interessenpartner sind (z. B. zuweisender Ärzte, Kliniken; Fachgesellschaften; Kostenträger, etc.).</p> <p>Siehe auch vorausgesetzte Erwartungen.</p>
<b>Qualitätsausschuss</b>	<p>Gremium der Einrichtung, das sich mit spezifischen Fragen der Einrichtung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beschäftigt (oft auch „Qualitätsteam“).</p>
<b>Qualitätsbericht</b>	<p>Dokumentation, die als Publikation der interessierten Öffentlichkeit der Einrichtung zugänglich gemacht wird. Die DEGEMED hat hierfür einen eigenen Standard entwickelt.</p>
<b>Qualitätsaufzeichnung</b>	<p>s. Aufzeichnungen</p>

<b>Qualitätsmanagement</b>	Managementmodell (s. Management), das sich mit der systematischen Verbesserung der Qualität der Dienstleistung der Einrichtung befasst.
<b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b>	Auch Managementhandbuch: Es handelt sich um ein Vorgabedokument, welches das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung beschreibt.
<b>Qualitätsmanagementsystem</b>	Teil des Qualitätsmanagements, in dem die Systematik der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität niedergelegt ist. Z.B. die Systematik der Gewinnung, Auswertung und Bewertung von qualitätsbezogenen Daten; die Systematik des Management-Zyklus (z. B. P-D-C-A-Zyklus) etc.
<b>Qualitätsziele</b>	Es handelt sich dabei um Ziele der Einrichtung, die jährlich angestrebt werden. Zur Beurteilung der Ziele ist gefordert, dass sie gemessen werden können.
<b>Regelung</b>	Begriff in dem Auditleitfaden. Regelung oder „geregelt“ setzt voraus, dass es schriftliche Vorgaben für Prozesse gibt (Verfahrensanweisung, Checkliste, Formular etc.). Notwendig ist für Regelungen eine Lenkung (siehe dort).  Sehr umfangreiche Verfahrensanweisungen sind notwendig bei den dokumentierten Verfahren (siehe dort).
<b>Rehakonzept</b>	Darstellung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung in einer medizinischen Abteilung (z.B. Neurologie) der Einrichtung beschreibt. Das Rehakonzept enthält u.a verschiedene Therapiekonzepte (s. dort) zu den einzelnen in der Einrichtung behandelten Diagnosen.  In Einrichtungen mit nur einer medizinischen Abteilung identisch mit dem Einrichtungskonzept.
<b>Reha-Therapiestandards</b>	Die Deutsche Rentenversicherung hat auf der Basis der KTL-Daten Therapiestandards für die verschiedenen Indikationsbereiche in der ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation im Rahmen entsprechender Leitlinienprojekte formuliert. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten Rückmeldungen, ob sie die entsprechenden Vorgaben einzelner Therapiemodule erfüllen. Ursachen für entsprechende Abweichungen sind zu prüfen bzw. zu begründen.
<b>Rehabilitation</b>	Maßnahmen zur Wiedereingliederung Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in die Gesellschaft. Dabei liegt der Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Durch das SGB IX hat die Rehabilitation eine Paradigmenwechsel erfahren: Von der Fürsorge und der Versorgung entwickelt sich die Rehabilitation zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe. Ein relevanter Bestandteil ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Moderne Begriffsklärungen in der Rehabilitation basieren auf dem WHO-Modell des ICF (Vorgänger ICIDH). Rehabilitation zeichnet sich nach Stähler durch folgende Prinzipien aus: Vorrang der Prävention, Vorrang der Leistungen zur Teilhabe, Interdisziplinarität, rechtzeitiger Beginn, Nahtlosigkeit und Zügigkeit der Leistungserbringung, Komplexität und Individualität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Ressourcenorientierung.
<b>relevante ...</b>	(...Funktionsbereiche, Ebenen, Mitarbeiter, Prozesse). Hiermit ist eine Einschränkung des Gültigkeits- oder Wirksamkeitsbereichs von Inhalten des Qualitätsmanagements gegenüber der Formulierung „alle“ ausgedrückt. Damit ist in der Regel eine vereinfachte Umsetzung des QM-Inhaltes verbunden. Die jeweilige Einrichtung selbst definiert und legt nachvollziehbar dar, was im Einzelfall als „relevant“ betrachtet wird.

<b>Therapiekonzept</b>	Darstellung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung für eine Diagnose(gruppe) (z.B. Depressionen) innerhalb einer medizinischen Abteilung beschreibt.
<b>Unternehmensleitbild</b>	Leitbild eines Trägers von Rehaeinrichtungen und/oder andere Einrichtungen im Gesundheitswesen. Siehe auch Leitbild.
<b>Vision</b>	Eine Formulierung bzw. ein Bild, die/das beschreibt, wie die Organisation in der Zukunft aussehen wird. Damit beschreibt die Vision längerfristige Unternehmensziele. Siehe auch Leitbild.
<b>Visitationen</b>	Fremdbewertung. Begriff wird verwendet für Audits, die von den Leistungsträgern oder im Rahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt werden.
<b>Vorausgesetzte Erwartungen</b>	Nicht nur die von den Kunden geäußerten Erwartungen soll eine Einrichtung berücksichtigen, sondern auch nicht explizit geäußerte (vorausgesetzte) Erwartungen sollen der Rehabilitationseinrichtung bewusst sein. Beispiel: Patienten heben in Befragungen immer wieder die medizinische Versorgung in das Zentrum ihrer Anforderungen. Jedoch führen mangelhafte Hotelleistungen (z. B. Vielbett-Zimmer) zu Abwertungen und häufigen Beschwerden.
<b>Vorbeugemaßnahmen</b>	Maßnahmen zur Beseitigung von möglichen Fehlern. Diese sind häufig in den Rehabilitationseinrichtungen schon vielfältig implementiert: Behandlungsstandards, Hygienestandards, Brandschutz, Katastrophenschutz, Betriebsanweisungen für Gefahrstoffe, Strukturierte Formulare, EDV-Masken mit Eingabesteuerung, etc. Siehe auch Fehlermanagement und Korrekturmaßnahmen.
<b>Zertifizierung</b>	Überprüfung einer Einrichtung durch eine „dritte“ von dem Unternehmen unabhängige Institution (akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft). Dabei wird als Prüfungsgrundlage der Auditleitfaden DEGEMED/FVS verwendet.
<b>Zertifizierungsgesellschaft</b>	Unabhängige akkreditierte Organisation, die die Überprüfung einer Norm vornimmt. Normgrundlage sind die DIN EN ISO 9001 (Akkreditierung durch die Trägergemeinschaft für Akkreditierung in Deutschland) und die Anforderungen der DEGEMED/des FVS (Kooperationsvertrag).

## XI Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagementsystem (Dr. Thomas Lutzmann)

Der hier dargestellte „Leitfaden“ ist ein Vorschlag, wie ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufgebaut werden kann. Die Reihenfolge ist natürlich nicht zwingend und einrichtungsspezifische Gegebenheiten sollten zur Ausnutzung von Synergieeffekten beachtet werden.

Zu den einzelnen Themenbereichen sind nachfolgend die dazugehörigen Kapitel aus dem Auditleitfaden angegeben. Die Anforderungen des Leitfadens können auch im Sinne einer Selbstbewertung (Self-Assessment) genutzt werden.

Die Leitung der Rehabilitationseinrichtung trifft die **Entscheidung**, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Die Entscheidung sollte einhellig erfolgen und von **Schulungen** der Verantwortlichen begleitet sein. Die ersten Schulungsmaßnahmen sollten möglichst breit gefächert sein und möglichst viele Mitarbeiter sollten von Anfang an in die Aktivitäten eingebunden sein. Auch muss die Entscheidung getroffen werden, ob das Qualitätsmanagement selbständig oder durch Beteiligung einer externen Beratung aufgebaut wird. Neben der allgemeinen Schulung für die Führungskräfte benötigt der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems einen **Beauftragten** der obersten Leitung (1.5.2). Dieser Beauftragte benötigt für seine Tätigkeit ausreichend Schulungen und ggf. die Unterstützung im Sinne eines Projekt-Coachings.

Eine ganz zentrale Stellung im Qualitätsmanagement hat die **Verantwortung der Leitung**. Deshalb sind die entsprechenden Fragen besonders zu beachten (1.1 und 1.2.)

**Verantwortung und Befugnisse** müssen von Beginn an und im weiteren Verlauf immer wieder bearbeitet und geklärt werden. Relativ früh sollte die Erstellung eines Organigramms (1.5.1) erfolgen, was meistens mehr Zeit benötigt, als man ursprünglich dafür einplant. Daneben müssen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Abteilungsleitungen und der Beauftragten nochmals überprüft und ggf. angepasst werden. Stellenbeschreibungen können diesen Prozess unterstützen, sind jedoch nicht unbedingt notwendig. Planungen in diesem Bereich haben Konsequenzen für die Gesamtplanung der Implementierung von QM. Auch der Bereich der **Kommunikation** spielt im Qualitätsmanagement, besonders im Dienstleistungsbereich, eine sehr große Rolle, weswegen die Bereiche interne und externe Kommunikation (1.5.3 und 1.5.4) besondere Berücksichtigung finden müssen. Es bietet sich an, eine Kommunikationsmatrix zu erstellen. (Welche Besprechungen finden wann statt? Wer nimmt daran teil? Was wird besprochen und entschieden? Wo wird protokolliert? Wer wird informiert?) Zuvor müssen die verschiedenen Ebenen der Kommunikation geklärt sein: Besprechungen in Linienfunktion, Fachbereichsebene und/oder Patienten-/ Therapiebezogene Besprechungen. Neben den bisherigen Besprechungen müssen auch die zu implementierenden Besprechungen hinsichtlich des Qualitätsmanagementsystems Berücksichtigung finden (1.5.2 Frage 3). Die Besprechungen zum QMS können in kleineren Einrichtungen in die Besprechungen des Leitungsteams integriert werden. Bei der Übersicht von Besprechungen sollte auch geprüft werden, ob hier auch eine Verschlinkung möglich ist. Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig einzubinden, empfiehlt sich die Durchführung einer **Auftaktveranstaltung** für das Zertifizierungsprojekt. Neben der Darstellung bisheriger Arbeitsergebnisse muss den Mitarbeitern ein Ausblick auf die weitere Entwicklung gegeben werden. („Welche Aufgaben kommen auf die Mitarbeiter zu?“ „Führt Qualitätsmanagement zu Umstrukturierungen?“).

Nach der Klärung der primär auf Leitungsebene liegenden Aufgaben ist es sinnvoll, einen **Ist-Zustand** der Einrichtung zu erheben. Besondere Berücksichtigung finden hier die ausgegliederten Abteilungen und Prozesse (5.1 Frage 3).

In einer nächsten Phase wird die Qualitätspolitik der Rehabilitationseinrichtung überprüft und ggf. verbessert (oder - wenn sie noch nicht vorliegt – erstellt). Dies beinhaltet ein **Einrichtungskonzept** und ein **Leitbild** (Philosophie, Vision). Die verschiedenen Anforderungen der Interessenpartner (wie Patienten, Kostenträger, Angehörige, Mitarbeiter, zuweisende Ärzte, weiterbehandelnde Stellen sowie gesetzliche Betreuer) werden in diesen beiden Dokumenten berücksichtigt und dienen als Maß-

stab eigenen Handelns. Auch stellen sie eine Sicherheit für die Mitarbeiter in der Zeit des auf sie zukommenden Wandels dar und genießen deshalb eine hohe Priorität (1.3).

Wenn das Einrichtungskonzept aktualisiert und freigegeben wurde, ist die Überarbeitung/Erarbeitung von **Rehabilitationskonzepten** (3.2.1) notwendig. Diese sind interdisziplinär zu erstellen. Im Sinne des QM werden auch die betroffenen Mitarbeiter in den für sie betreffenden Konzepten geschult.

Im Qualitätsmanagement spielen die **Qualitätsziele** und die Maßnahmen zu deren Umsetzung durch Projektgruppen und Qualitätszirkel eine herausgehobene Rolle. Bei der systematischen Analyse der Rehabilitationseinrichtung, wie sie beim Aufbau eines QM vorgenommen wird, „sammeln“ sich relativ rasch viele Verbesserungspotentiale. Deshalb benötigt man Instrumente für deren Erfassung und Bearbeitung. Auf dem Weg zur Zertifizierung muss man einen Mittelweg beschreiten, da die sehr intensive Projekt- und Qualitätszirkelarbeit viele Ressourcen binden wird und einen von den weiteren Aufgaben abhält. Auf der anderen Seite wird der Implementierungsprozess dadurch stocken, falls viele Problembereiche erkannt, aber nicht abgestellt werden. Insbesondere für die Steigerung der Mitarbeitermotivation ist es sehr sinnvoll, einige Pilotprojekte durchzuführen, die zu deutlichen Verbesserungen (insbesondere von Schnittstellenproblemen in der Rehabilitationseinrichtung) führen. Wichtig ist die Messbarkeit von Qualitätszielen, wie sie die DIN EN ISO fordert. Es soll deshalb ein überprüfbares Ziel formuliert werden, das erreicht werden soll.

**Gesetzliche Grundlagen** spielen für die Durchführung der zu erbringenden Leistungen eine große Rolle und werden auch im Qualitätsmanagement nach den Grundlagen der DEGEMED/des FVS stark berücksichtigt (Anhang: Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen). Die hier aufgeführten Fragen sind nur beispielhaft für wichtige gesetzliche Grundlagen. Die Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, aktuelle gesetzliche und behördliche Anforderungen stets zu erheben und deren Umsetzung intern zu gewährleisten (1.1 Frage 7). Bisherige Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement haben gezeigt, dass dieser Bereich den Einrichtungen viel abverlangt. Dies liegt vor allen Dingen an der Komplexität des Themas. Es bietet sich auch hier an, mit einer Matrix zu arbeiten (Welche gesetzlichen und behördlichen Anforderungen bestehen? Wer erfasst die Aktualisierung von Gesetzen? Welche Beauftragten gibt es? Welche Medien werden verwendet (Internet, Rundschreiben etc.)? Wie werden diese in der Rehabilitationseinrichtung kommuniziert und umgesetzt?

In einem nächsten Schritt erfolgt die **Prozesserhebung**. Diese Maßnahme ist außerordentlich umfassend und setzt einen Bearbeitungszeitraum von mehreren Wochen voraus. Die notwendigen Ressourcen sollten zur Verfügung stehen. Es bietet sich an, ein systematisches Verfahren dafür zu etablieren (z. B. durch die Ernennung von Verantwortlichen für die Prozesserhebung in den einzelnen Abteilungen (z. B. Koordinatoren/Prozessbeauftragte/Prozessverantwortliche (3.2, 3.2.1, 3.3.1 bis 3.3.6 und 3.4).

Ein Abschreiben aus Qualitätsmanagementhandbüchern anderer Einrichtungen könnte zwar die Arbeit „vereinfachen“, dies löst jedoch nicht die Schnittstellenprobleme im eigenen Haus. Wichtige Verbesserungspotentiale könnten durch dieses Vorgehen nicht genutzt werden und der damit zusammenhängende Schulungsaufwand wäre enorm. Bei der Prozesserhebung bietet es sich an, primär die Kernprozesse der Rehabilitationseinrichtung und der einzelnen Fachbereiche zu erfassen. Es ist sinnvoll, folgende Kriterien dabei zu berücksichtigen:

1. **Qualität**  
Welche Prozesse sind für die Patienten und weitere Interessenpartner zur Erbringung der geforderten Qualität relevant? (Begriffe, die hier auch gerne genannt werden: Geschäftsprozesse, wertschöpfende Prozesse)
2. **Fehlerorientierung**  
In welchen Abläufen treten häufig Fehler auf und beeinträchtigen die zu erbringende Leistung?
3. **Gesetzliche Grundlagen**  
Welche Abläufe müssen hinsichtlich der Umsetzung von gesetzlichen Grundlagen geregelt werden?

#### 4. Abgleich mit dem Auditleitfaden

In einem letzten Schritt wird anhand des Auditleitfadens der DEGEMED/des FVS überprüft, ob die geforderten Regelungen schriftlich fixiert sind. Hinweise ergeben sich aus dem Leitfaden durch Zusätze wie „Besteht eine Regelung?“ oder „Ist der Ablauf geregelt?“

#### 5. Prüfung von Prozessen:

- a. Können die Schnittstellen zwischen Abteilungen verbessert werden, so dass Probleme in der Zusammenarbeit reduziert werden?
- b. Können Abläufe in den Abteilungen vereinfacht werden? Dieses Thema gewinnt im Gesundheitswesen bei dem finanziellen Druck immer mehr an Bedeutung.

Bei dieser Arbeit sei auch auf die Methodik des **Prozessmanagements** verwiesen.

Zu den Hauptaufgaben beim Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems gehört die Erstellung eines **Qualitätsmanagement-Handbuches**. Alle bisher zusammengetragenen und weiter zu erhebenden Dokumente werden darin gesammelt. Es beinhaltet meistens zwei große Bereiche:

- einen kurzen allgemeinen (und auch der interessierten Öffentlichkeit zugänglichen) Teil, welcher in die Rehabilitationseinrichtung einführt und auch für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter Verwendung finden kann und
- einen speziellen Teil mit den entsprechenden Regelungen für die Rehabilitationseinrichtung (wie Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen).

Die Gliederung des Handbuches kann sich z. B. an dem DEGEMED/FVS-Auditleitfaden anlehnen oder frei erstellt werden. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter die sie betreffenden Regelungen rasch finden und dieses Instrument im Arbeitsalltag einsetzen. Auch eine EDV-gestützte Dokumentation ist, entsprechende technische Infrastruktur vorausgesetzt, möglich. Sie vereinfacht die Erstellung und spätere Pflege des Handbuchs und eröffnet darüber hinaus Möglichkeiten, effektiver mit dem Handbuch zu arbeiten (z. B. Nutzung von Suchfunktionen).

**Spezifische Anforderungen** hinsichtlich der personellen und sachlichen Ausstattung sind zu überprüfen und ggf. zu ergänzen (siehe Kap. 2). Insbesondere das Kap. **Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung** (2.1.2) sowie **Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit** (2.3) sollten eine besondere Beachtung finden.

Die **Dokumentation** der geplanten, durchgeführten und bewerteten Leistungen spielt im Qualitätsmanagement eine herausragende Rolle. Die wichtigste Dokumentation in einer Rehabilitationseinrichtung bezieht sich auf die Rehabilitanden (3.3.7). Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems steht das Qualitätsmanagement-Handbuch im Vordergrund (5.2.2). Zusätzlich werden Protokolle, Audit-Berichte, Managementbewertungen und deren Eingaben, das Einrichtungskonzept, das Leitbild und die Rehabilitationskonzepte, Qualitätsberichte, Ergebnisberichte und Aufzeichnungen zum Fehlermanagement u. ä. berücksichtigt. Weitere Dokumente und Aufzeichnungen stellen Personalakten, Lieferantenbescheinigungen, Dokumente zu gesetzlichen Grundlagen u. ä. dar (5.2.3, 5.2.4).

Ein besonderes Augenmerk benötigt auch die **Beschaffung**, diese sollte sich auf die wesentlichen qualitätsrelevanten Güter beziehen (3.5). Ungewöhnlich ist für den QM-Unerfahrenen, dass die wichtigen Lieferanten einer regelmäßigen und systematischen Beurteilung unterzogen werden.

Die **Messung, Analyse und Verbesserung** der erbrachten Leistungen hat im DEGEMED-Zertifizierungsverfahren immer schon eine herausragende Bedeutung gehabt (Kapitel 4). Durch die Revision der DIN ISO sind die entsprechenden Anforderungen weiter konkretisiert worden und erfordern beim Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems besondere Beachtung. Auch die Anforderungen an eine **Rehabilitandenbefragung** sind unter diesem Schritt zu überprüfen und ggf. anzupassen (4.2.1).

Die gesammelten Daten werden einer Analyse unterzogen (4.4). Die Verknüpfung von **externer Qualitätssicherung** und internem Qualitätsmanagement zählt zu den Besonderheiten des Zertifizierungsverfahrens der DEGEMED/des FVS (4.5.2). Die Etablierung von **Fehlerlenkung, Vorbeugung und Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen** fällt bekanntermaßen Einrichtungen, die ein

Qualitätsmanagementsystem aufbauen, nicht leicht und sollte besonders beachtet werden (4.5.1 und 4.5.3 bis 4.5.4).

**Schulung:** Nach der Prozesserhebung und der weiteren Durchführung der oben dargestellten Maßnahmen werden dann die Mitarbeiter im Umgang mit den Prozessen geschult. Neben allgemeinen Informationen zum Qualitätsmanagement sollten diese Schulungen auch konkrete Informationen zum Umgang mit dem Handbuch und dem Inhalt der dort enthaltenen Regelungen enthalten.

Nach dem bisherigen Aufbau eines Qualitätsmanagements erfolgt nun eine erste Generalprobe mit der Durchführung von **Internen Audits** (4.2.3). Dafür benötigt man ausgebildete Auditoren und ist dabei wahrscheinlich auf ein externes Training angewiesen.

Nach dem Audit werden erneut **Qualitätsziele** für die nächste Periode entwickelt (1.4.1) und in einem weiteren Schritt die **Managementbewertung** durchgeführt (1.6.1 bis 1.6.3). Verfügt die Einrichtung über ein (betriebswirtschaftliches) Kennzahlensystem, so lässt sich dieses gut in jährliche Qualitätsziele integrieren. Dadurch gewinnt das Qualitätsmanagement an Gewicht, da neben den Ablaufverbesserungen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. Die parallele Planung und Steuerung dieser Messgrößen wird von Anfang an vermieden.

Auf Grundlage der Managementbewertung wird ein **Qualitätsbericht** für die interessierte Öffentlichkeit erstellt (1.5.4 Frage 8), wie er ja auch durch den Gesetzgeber gefordert wird. Danach werden – wenn dies nicht schon vorher geschehen ist – die **Entwicklungstätigkeiten** in der Einrichtung geregelt (3.1), so dass die Grundlagen für die Entwicklung von Rehabilitationskonzepten, Pflegestandards und weiteren Neuerungen gelegt sind. Auch sollte jetzt nochmals eine Bewertung der Verantwortung der Leitung (1.1) sowie der Planung des Qualitätsmanagementsystems (1.4.2) erfolgen.

Nachdem man diese Hürden nun alle gemeistert hat, erfolgt die Durchführung des externen Audits. Die Anmeldung bei einer der zugelassenen Zertifizierungsgesellschaften sollte man ca. vier bis sechs Monate vor dem gewünschten Termin durchführen. Es empfiehlt sich die Durchführung eines sog. „**Voraudits**“, wobei Qualitätsmanagement-Handbuch und die Abläufe in der Einrichtung in einem vorläufigen Verfahren geprüft werden und notwendige Korrekturen noch vor dem eigentlichen Zertifizierungsverfahren durchgeführt werden können.

Hat man das **Zertifizierungsaudit** erfolgreich abgeschlossen, so ist es natürlich wichtig, den Erfolg gebührend zu feiern und den **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** fortzuführen. Durch die Vorbereitung zur Zertifizierung sind viele Verbesserungspotentiale erkannt worden, die es nun gilt, sukzessive abzarbeiten. Nur dadurch wird man einen längerfristigen Erfolg für sich in Anspruch nehmen können und vom Qualitätsmanagementsystem profitieren.