

**Internes Qualitätsmanagement:  
Audit-Checkliste  
für den Bereich  
„Abhängigkeitserkrankungen“  
(ambulante Einrichtungen)  
DEGEMED / FVS**

1. Auflage

## Impressum

Danksagung der Herausgeber:

Die Überarbeitung der Audit-Checkliste für den ambulanten Bereich wurde insbesondere unter Mitwirkung folgender Personen erstellt:

- Frank Herder, AHG-Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG), Hilden
- Peter Missel, Fachambulanz Sucht der Kliniken Daun, Daun
- Dr. Thomas Lutzmann, Wicker Unternehmensgruppe, Bad Wildungen
- Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V. (FVS), Bonn

Beratung:

- Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Geschäftsführender Sprecher des Reha-Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen, Charité Universitätsmedizin Berlin

Die Erarbeitung wurde vom Fachverband Sucht e.V. in Zusammenarbeit mit der DEGEMED unter Einbeziehung der Zertifizierungsgesellschaften EQ Zert, LGA InterCert und NIS ZERT vorgenommen.

**Internes Qualitätsmanagement: Audit-Checkliste für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ (ambulanter Bereich) Fachverband Sucht e.V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., Bonn 2006**

© **Fachverband Sucht e.V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.**

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder in anderem Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeber reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: 02 28-26 15 55  
Fax: 02 28-21 58 85  
www.sucht.de

Deutsche Gesellschaft für Medizinische  
Rehabilitation e.V.  
Fasanenstraße 5  
10623 Berlin  
Tel.: 0 30-28 44 96 6  
Fax: 0 30-28 44 96 70  
www.degemed.de

Bonn, 2006

# Inhalt

	Seite
<b>I. Vorwort der Herausgeber.....</b>	<b>7</b>
<b>II. Vorwort: Indikationsspezifische Ansätze im Qualitätsmanagement der medizinischen Rehabilitation (Prof. Dr. Müller-Fahrnow).....</b>	<b>9</b>
<b>III. Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagement (Dr. Lutzmann) .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. Audit-Checkliste mit Hinweisen für die Praxis.....</b>	<b>15</b>
1 Verantwortung der Leitung .....	15
1.1 Verpflichtung der Leitung.....	15
1.2 Qualitätspolitik (Leitbild und Einrichtungskonzept) .....	16
1.3 Planung .....	17
1.3.1 Qualitätsziele .....	17
1.3.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems .....	18
1.4 Verantwortung, Befugnis, Kommunikation.....	18
1.4.1 Verantwortung und Befugnis .....	18
1.4.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement .....	19
1.4.3 Interne und externe Kommunikation.....	19
1.5 Managementbewertung.....	22
1.5.1 Allgemeines.....	22
1.5.2 Eingaben für die Bewertung .....	22
1.5.3 Ergebnisse der Bewertung .....	23
2 Qualitätsmanagementsystem .....	24
2.1 Allgemeine Anforderungen .....	24
2.2 Dokumentationsanforderungen .....	24
2.2.1 Allgemeines.....	24
2.2.2 Qualitätsmanagement-Handbuch .....	25
2.2.3 Lenkung von Dokumenten.....	25
2.2.4 Lenkung von Aufzeichnungen .....	26
3 Rehaspezifische Anforderungen .....	27
3.1 Personelle Ausstattung.....	27
3.1.1 Allgemeines.....	27

3.1.2	Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung .....	30
3.2	Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung .....	31
3.3	Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit .....	32
4	Realisierung der Reha-Prozesse .....	32
4.1	Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen .....	32
4.2	Planung der Prozesse .....	34
4.2.1	Rehabilitationskonzepte .....	35
4.3	Patientenbezogene und unterstützende Prozesse .....	38
4.3.1	Aufnahme .....	38
4.3.2	Diagnostik .....	40
4.3.3	Behandlung .....	42
4.3.4	Konsile .....	45
4.3.5	Entlassung .....	45
4.3.6	Patientendokumentation .....	46
4.4	Prozesse bezüglich Interessenspartnern .....	48
4.5	Beschaffung .....	50
4.6	Hygiene , Arbeitsschutz, Brandschutz .....	51
5	Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung) .....	52
5.1	Allgemeines .....	52
5.2	Überwachung und Messung .....	52
5.2.1	Zufriedenheit von Patienten und weiteren Interessenspartnern .....	52
5.2.2	Internes Audit .....	52
5.2.3	Messung und Überwachung von Prozessen und Dienstleistungen .....	53
5.2.4	Messung und Überwachung von Behandlungen .....	54
5.2.5	Patientenbefragungen und Patientenzufriedenheit .....	54
5.2.6	Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumenten .....	55
5.3	Lenkung von Fehlern .....	55
5.4	Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik .....	56
5.5	Verbesserung .....	58
5.5.1	Ständige Verbesserung .....	58
5.5.2	Externe Qualitätssicherung .....	59
5.5.3	Korrekturmaßnahmen und Vorbeugemaßnahmen .....	60
<b>V.</b>	<b>Glossar</b> .....	<b>61</b>
<b>VI.</b>	<b>Qualitätsgrundsätze</b> .....	<b>65</b>

## I. Vorwort der Herausgeber

Hiermit legen die DEGEMED und der FVS die erste Auflage der Audit-Checkliste für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ (ganztätig) ambulante Rehabilitationseinrichtungen vor. Die Entwicklung von einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen stellt eine der aktuellen Herausforderungen in den verschiedenen Feldern des Gesundheitswesens dar. Im Rahmen von Qualitätsmanagementsystemen werden als Teil der Unternehmenspolitik Qualitätsziele festgelegt, die mit Hilfe der Qualitätsplanung, der Qualitätslenkung, der Qualitätssicherung und -verbesserung zu verwirklichen sind.

Speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde von der DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.) ein Verfahren erarbeitet, welches als zentrale Elemente die Entwicklung eines internen Qualitätsmanagements und eine Zertifizierung vorsieht. In Zusammenarbeit von DEGEMED und FVS (Fachverband Sucht e.V.) wurde dieser Ansatz weiterentwickelt und indikationsspezifische Besonderheiten im Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ entsprechend berücksichtigt. In diesem Zusammenhang werden entsprechende Qualitätsgrundsätze sowie eine detaillierte Audit-Checkliste vorgelegt.

Ziel dieser Aktivitäten ist es, eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sowie eine transparente Darstellung der vorhandenen Leistungen zu fördern.

Das Zertifizierungsverfahren ist DIN EN ISO 9001 fundiert und enthält Aspekte des EFQM-Modells. Darüber hinaus sind reha-spezifische Qualitätskriterien enthalten und bestehende Ansätze zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation (z.B. Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger) in das Verfahren integriert. Es handelt sich hierbei um ein lernendes Verfahren, welches auch entsprechende Veränderungen (z.B. Einbezug der neuen DIN EN ISO 9004 „Qualitätsmanagementsysteme – Leitfaden zur Leistungsverbesserung“) berücksichtigt.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass sich eine interessierte Einrichtung - ggf. unter Hinzuziehung einer externen Beratung - zunächst damit befasst, welche Vorteile durch die Einführung eines spezifischen Qualitätsmanagementsystems erwartet werden, welche finanziellen und personellen Ressourcen hierfür eingesetzt werden können, ob und in welchem Zeitraum eine Zertifizierung angestrebt werden soll und welche Schritte (z.B. Einsatz der Audit-Checkliste zur Überprüfung einzelner Handlungsfelder, Entwicklung von exemplarischen Handlungsanweisungen) bereits im Vorfeld einer möglichen Anmeldung für das Zertifizierungsverfahren eingeleitet werden sollen.

Die vorliegende Publikation dient in diesem Zusammenhang auch dazu, Reflexions- und Qualitätsentwicklungsprozesse in den Einrichtungen anzustoßen, ohne dass am Ende unbedingt ein Zertifikat stehen muss. In der Auditcheckliste (s. Kap. IV) sind den einzelnen Fragen deshalb erläuternde Hinweise zur praktischen Umsetzung zugeordnet. Darüber hinaus können im Kapitel IV in das Feld „Bemerkungen“ Angaben der jeweiligen Einrichtung zum Stand der Umsetzung etc. eingetragen werden. Im Rahmen der Überarbeitung wurde die Zuordnung einzelner Aspekte neu geregelt um die Übersichtlichkeit und die Nutzerfreundlichkeit der Audit-Checkliste zu verbessern.

Die Zertifizierung selbst beinhaltet die Überprüfung des Erfüllungsgrades operationalisierter Qualitätskriterien einer Reha-Einrichtung durch eine externe, neutrale und unabhängige akkreditierte Zertifizierungsstelle.

Wenn der Erfüllungsgrad dem vorab festgelegten Soll-Zustand entspricht, so erhält eine Rehabilitationseinrichtung das angestrebte Zertifikat.

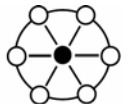
Im Mittelpunkt der Zertifizierung steht die systematische Bewertung der Gesamtorganisation „Rehabilitationseinrichtung“, basierend auf einem Modell der wesentlichen Qualitätskomponenten dieser Organisation.

Auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen mit dem Zertifizierungsverfahren lässt sich feststellen, dass sich dadurch wichtige Impulse für interne Entwicklungsprozesse (z.B. Regelung von Zuständigkeiten, Abläufen, der Zusammenarbeit in den Einrichtungen) ergeben können. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist allerdings eine hohe Motivation und die Bereitschaft der Leitung und Mitarbeiter, sich auf diesen Prozess einzulassen und entsprechende Ressourcen bereitzustellen.<sup>1</sup>

Die Beteiligung an dem Verfahren steht allen (ganztägig) ambulanten Einrichtungen im Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ offen.<sup>2</sup>



**FACHVERBAND SUCHT E.V.**  
GCAA GERMAN COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTION



<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird nur die männliche Schreibweise verwendet.

<sup>2</sup> Nähere Informationen sind bei der DEGEMED, Tel.: 0 30/28 44 96 6 zu erfragen.

## **II. Vorwort: Indikationsspezifische Ansätze im Qualitätsmanagement der medizinischen Rehabilitation**

**(Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow)**

Die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den letzten beiden Dekaden ist untrennbar verbunden mit einer Qualitätsoffensive der Einrichtungen und Träger. Sie umfasst ebenso die Qualitätssicherungsprogramme (QS) der Renten- und Krankenversicherung wie auch die mittlerweile flächendeckende Implementation des umfassenden internen Qualitätsmanagements (QM). Impulsgeber hier war Ende der 90er Jahre das DIN-EN-ISO-basierte Konzept der DEGEMED und Anfang des neuen Jahrhunderts das EFQM-basierte IQMP-Reha.

Beide QM-Ansätze waren von Anfang an uneingeschränkt der Idee verpflichtet, eine untrennbare Einheit mit den externen QS-Programmen zu bilden und insbesondere auch eine indikationsspezifische Konkretisierung zu realisieren.

Eine maßgebliche Rolle bei der fachlichen Ausgestaltung der QM-Programme für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hat der Fachverband Sucht eingenommen, dessen wissenschaftliche Schwerpunktsetzung durch einen praxisrelevanten Wissenstransfer in die Organisationsentwicklung der Rehabilitation eine weitere Akzentuierung erhalten hat.

Schrittmacherfunktion für die indikationsspezifischen QM-Anforderungen im Bereich der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker hatte das DEGEMED/FVS-Verfahren. Eine Übertragung der suchtspezifischen Qualitätsindikatoren erfolgte später in das EFQM-basierte Konzept des IQMP-Reha.

Nunmehr hat das DEGEMED/FVS-Verfahren durch ein zusätzliches indikationsspezifisches Inventar eine substantielle Erweiterung erfahren: die Audit-Checkliste für das (ganztägig) ambulante Setting der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Von diesem können wichtige Impulse für das Qualitätsmanagement erwartet werden. Damit verbunden sind nicht nur wichtige Anregungen für das Praxisfeld, sondern auch eine Herausforderung für die rehabilitationswissenschaftliche Auseinandersetzung mit QM-bezogenen Fragestellungen in diesem Versorgungsfeld.

### III. 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 der Audit-Checkliste angegeben. Die Anforderungen der Checkliste können auch im Sinne eines Self-Assessment genutzt werden und dienen zum Aufbau eines QMS als Controlling-Instrument.

Die Leitung der Einrichtung trifft die **Entscheidung**, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Die Entscheidung sollte einhellig erfolgen und von **Schulungen** der Verantwortlichen begleitet sein. Ob dies nun die Einrichtungsleitung oder auch Abteilungsleitungen betrifft, kann unterschiedlich gehandhabt werden. Um so günstiger ist es jedoch, die ersten Schulungsmaßnahmen möglichst breit zu fächern und möglichst viele Mitarbeiter von Anfang an in die Aktivitäten einzubinden. 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 (1.4.2). 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 anfangs die entsprechenden Anforderungen besonders zu beachten (1.1 und 1.2.)

**Verantwortung und Befugnisse** müssen anfangs und im weiteren Verlauf immer wieder bearbeitet und geklärt werden. Relativ früh sollte die Erstellung eines Organigramms (1.4.1) erfolgen, was meistens mehr Zeit benötigt, als man ursprünglich dafür einplant. Daneben müssen die Aufgaben 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 (1.4.3) 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, Abteilungsebene und patienten- und therapiebezogene Besprechungen. Neben den bisherigen Besprechungen müssen auch die zu implementierenden Besprechungen hinsichtlich des QMS Berücksichtigung finden.

Um die 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 QM 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 Fragestellung von Ausgliederungen (2.1 Frage 3) sowie die gesamten Themen der Audit-Checkliste von DEGEMED/FVS. Dabei sollten auch die Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen eine besondere Berücksichtigung finden, da die bisherige Erfahrung gezeigt hat, dass diese ein besonderes Augenmerk verlangen.

In einer nächsten Phase wird die Qualitätspolitik der Einrichtung überprüft und ggf. verbessert oder - wenn sie noch nicht vorliegt - erstellt. Dies beinhaltet ein **Einrichtungskonzept** und ein **Leitbild** (Philosophie, Vision). Die verschiedenen Anforderungen der Interessenspartner (wie Patienten, Kostenträger, Angehörige, Mitarbeiter, zuweisende Ärzte und Weiterbehandler) werden in diesen beiden Dokumenten berücksichtigt und dienen als Maßstab 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 (1.2).

Wenn das Einrichtungskonzept aktualisiert und freigegeben wurde, ist die Überarbeitung/Erarbeitung von **Behandlungskonzepten** (4.2.1) 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 Einrichtung, 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, wenn 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 Einrichtung) führen. Wichtig ist die Messbarkeit von Qualitätszielen, wie sie die DIN EN ISO fordert. Es soll deshalb ein Resultat formuliert werden, das es zu erreichen gilt.

Viele Reha-Einrichtungen haben schon Erfahrungen im Rahmen externer Qualitätssicherungsprogramme (z.B. QS-Programme der RV, „QS-Reha“) gesammelt, welches den Umgang mit Qualitätszielen unterstützt. (1.3.1 und 1.5.2 Frage 1).

**Gesetzliche Grundlagen** spielen für die Durchführung der zu erbringenden Leistungen eine große Rolle und finden auch im Qualitätsmanagement nach den Grundlagen der DEGEMED eine starke Berücksichtigung (2.2.3 Frage 4 und 4.6 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz).

In einem weiteren Schritt erfolgt die **Prozesserhebung** in der Einrichtung. Diese Maßnahme ist außerordentlich umfassend und setzt einen Bearbeitungszeitraum von vielen Wochen voraus. Insbesondere hierfür sollten die notwendigen Ressourcen zur Verfügung ste-

hen. 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). (4.2, 4.3, 4.3.1 bis 4.3.6 und 4.4)

Ein Abschreiben aus Qualitätsmanagementhandbüchern anderer Einrichtungen könnte zwar die Arbeit „vereinfachen“, dies löst jedoch nicht die Schnittstellenprobleme der eigenen Einrichtung. Wichtige Verbesserungspotentiale würden durch so ein Vorgehen nicht genutzt werden und der damit zusammenhängende Schulungsaufwand ist enorm. Bei der Prozesserhebung bietet es sich an, primär die Kernprozesse der Einrichtung und der einzelnen Abteilungen zu erfassen. Eine weitere Vertiefung kann man danach vornehmen, wobei die Berücksichtigung folgender Kriterien sinnvoll ist:

1. Qualität  
(Welche Prozesse sind für die Patienten und Interessenpartner zur Erbringung der geforderten Qualität relevant?)
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 der Audit-Checkliste  
(In einem letzten Schritt wird anhand der Audit-Checkliste von DEGEMED/FVS überprüft, ob die geforderten Regelungen schriftlich fixiert sind. Hinweise ergeben sich aus der Checkliste durch die Zusätze wie „Besteht eine Regelung?“ oder „Ist der Ablauf geregelt?“)

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

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

Die Gliederung des Handbuches kann sich z.B. an der DEGEMED/FVS Audit-Checkliste anlehnen oder frei erstellt werden. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter die sie betreffenden Regelungen rasch finden und dieses Instrument im Arbeitsalltag einsetzen. Auch ist eine EDV-gestützte Dokumentation bei Vorhandensein eines Einrichtungs-Netzwerkes möglich und vereinfacht die Erstellung und spätere Pflege. Interessant sind hier die Suchfunktionen, die ein besseres Arbeiten mit dem Handbuch ermöglichen.

**Rehaspezifische Anforderungen** hinsichtlich der personellen und sachlichen Ausstattung sind zu überprüfen und ggf. zu ergänzen (siehe Kap. 3). Insbesondere das Kap. *Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung* (3.1.2) sowie *Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit* (3.3) sollten eine besondere Beachtung finden.

Die **Dokumentation** der geplanten, durchgeführten und bewerteten Leistungen spielt im Qualitätsmanagement eine herausragende Rolle. Die wichtigste Dokumentation in einer Einrichtung bezieht sich auf die Patienten (4.3.7). Im Rahmen des QMS steht das Qualitätsmanagementhandbuch im Vordergrund (2.2.2). Zusätzlich werden Protokolle, Audit-Berichte, Managementbewertungen und deren Eingaben, Einrichtungskonzepte und Leitbild, Qualitätsberichte, Ergebnisberichte und Aufzeichnungen zum Fehlermanagement u.ä. berücksichtigt. Weitere Dokumente und Aufzeichnungen stellen Personalakten, Lieferantenbescheinigungen, Dokumente zu gesetzlichen Grundlagen u.ä. dar (2.2.3 und 2.2.4).

Ein besonderes Augenmerk benötigt auch die **Beschaffung**, diese sollte sich auf die wesentlichen qualitätsrelevanten Güter beziehen (4.5). Ungewöhnlich ist für den QM-Unternehmen, dass die wichtigen Lieferanten einer regelmäßigen und systematischen Beurteilung unterzogen werden.

Die **Messung, Analyse und Verbesserung** von den erbrachten Leistungen hat im DEGEMED-Zertifizierungsverfahren immer schon eine herausragende Bedeutung gehabt. Durch die Revision der DIN ISO sind die entsprechenden Anforderungen nochmals konkretisiert worden und benötigen bei dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems eine besondere Beachtung (Kap. 5). Auch die Anforderungen an **eine Patientenbefragung** sind unter diesem Schritt zu überprüfen und ggf. anzupassen (5.2.5). Gleiches gilt für die Anforderungen an eine **Basisdokumentation** und eine **Routine-1-Jahres-Katamnese** (5.4 Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnese).

Die entsprechenden Daten werden einer Analyse unterzogen (5.4). Die Verknüpfung von **externer Qualitätssicherung** und internem Qualitätsmanagement bedarf besonderer Berücksichtigung und zählt zu den Besonderheiten des Zertifizierungsverfahrens der DEGEMED (5.5.2). Die Etablierung von **Fehlerlenkung, Vorbeugung und Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen** fällt bekanntermaßen Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen, nicht leicht und sollte besonders beachtet werden (5.5.3).

**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** (5.2.2). 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 (1.3.1) und in einem weiteren Schritt die **Managementbewertung** durchgeführt (1.5.1 bis 1.5.3). Neben den hier dargestellten Anforderungen sollte das Review allgemeine Anforderungen berücksichtigen (2.1 und 2.2.1). Verfügt die Einrichtung über ein (betriebswirtschaftliches) Kennzahlensystem, so lässt sich dieses gut in die jährlichen 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.

Es erfolgt auf Grundlage der Managementbewertung ein **Qualitätsbericht** für die interessierte Öffentlichkeit (1.5.3 Frage 3), wie er ja auch durch den Gesetzgeber gefordert wird. Danach werden – wenn dies nicht schon vorher geschehen ist – die **Entwicklungstätigkeit**

**ten** in der Einrichtung geregelt (4.1), so dass die Grundlagen für die Entwicklung von Therapiekonzepten, Pflegestandards und weiteren Neuerungen in der Einrichtung gelegt sind. Auch sollte jetzt nochmals eine Bewertung der Verantwortung der Leitung (1.1) sowie der Planung des Qualitätsmanagementsystems (1.3.2) 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 QM-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.

## IV. Auditcheckliste mit Hinweisen für die Praxis

### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.1 Verpflichtung der Leitung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie 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.	
2	Wie hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen Ressourcen festgelegt und bereitgestellt, – zur Verwirklichung und Aufrechterhaltung und – zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems sowie – zur Erhöhung der Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern durch Erfüllung der Kundenanforderungen?  Anmerkung: Die Bewertung dieser Frage kann erst abschließend erfolgen, wenn das gesamte QM-System durch das Audit transparent geworden ist und festgestellt wurde, dass alle erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen.	Die Einrichtung hat einen Qualitätsbeauftragten eingesetzt, der für die Entwicklung, Betreuung und Weiterentwicklung des QM-Systems zuständig ist; dieser berichtet unmittelbar der Leitung. Darüber hinaus entwickeln Arbeitsgruppen 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.	
3	Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Bereitstellung der erforderlichen Mittel für ein QM-System gewährleistet ist?	– Die Einrichtung erstellt ein System zur Erfassung und Überprüfung des Mittelbedarfs (erforderliche personelle Ressourcen und finanzielle Mittel), der zur Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems erforderlich ist	

## 1.2 Qualitätspolitik (Leitbild und Einrichtungskonzept)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie stellt die Einrichtungsleitung sicher, dass die Qualitätspolitik (Unternehmens- /Einrichtungsleitbild und Einrichtungskonzept)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– für den Zweck der Einrichtung angemessen ist,</li> <li>– die Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems enthält (schriftliche Festlegung),</li> <li>– die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems enthält (schriftliche Festlegung),</li> <li>– den Rahmen zum Festlegen und Bewerten von Qualitätszielen bietet, (Die Qualitätsziele müssen in Einklang mit der Qualitätspolitik stehen.),</li> <li>– in der Einrichtung vermittelt und verstanden wird (Die Mitarbeiter müssen inhaltlich die Qualitätspolitik verstanden haben),</li> <li>– auf ihre fortdauernde Angemessenheit überprüft und bewertet wird? (Es muss eine Überprüfung nachweisbar sein).</li> </ul>	<p>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 den Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Aushänge etc. bekannt gemacht. Die Qualitätspolitik wird wesentlich bestimmt durch das Einrichtungskonzept: dessen theoretisch-wissenschaftlichen Kontext, das Indikationsspektrum der Einrichtung, das Behandlungsprogramm sowie die Therapieziele (vgl. a. Kap. 4).</p>	
2	<p>Wie wird die Ergebnisorientierung der in der Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen im Unternehmensleitbild thematisiert?</p>	<p>Die Ergebnisorientierung stellt eine zentrale Zielsetzung im Leitbild dar. Sie spiegelt sich in konkret formulierten Rehabilitationszielen wieder (z. B. aktive Krankheitsbewältigung, Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcenorientierung gemäß ICF).</p>	
3	<p>Sind das Leitbild und das Einrichtungskonzept auf allen relevanten Ebenen bekannt?</p>	<p>Das Leitbild und das Einrichtungskonzept sind allen Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Schulungen, Aushänge oder schriftliche Informationen bekannt zu machen.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Wie wird die gesellschaftliche Verantwortung der Einrichtung in der Qualitätspolitik (Unternehmens-/Einrichtungsleitbild, Einrichtungskonzept und Qualitätsziele) thematisiert, z. B. in den von der Einrichtungsleitung oder dem Träger herausgegebenen Jahresberichten, Qualitätsberichten etc., bzw. wird dies durch konkrete Projekte belegt?	Die Einrichtung weist in verschiedener Form (z.B. Informationsveranstaltungen, Jahresberichte) auf die gesellschaftliche Bedeutung von Abhängigkeitserkrankungen und deren vielfältige Folgen für den Betroffenen, seine Familie, sein soziales und berufliches Umfeld sowie die gesellschaftlichen Folgekosten der Erkrankung hin. Die Einrichtung verdeutlicht durch entsprechende Berichte und Projekte ihre Maßnahmen zur Erfüllung der gesellschaftlichen Verantwortung.	
5	Hat die Einrichtung ein von einem Rehabilitationsträger anerkanntes Behandlungskonzept?	Zu dokumentieren ist, von welchem Leistungsträger die Anerkennung erfolgte und von wann das Behandlungskonzept datiert.	

### 1.3 Planung

#### 1.3.1 Qualitätsziele

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
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 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.	
2	Beziehen sich die Qualitätsziele auch auf die Anforderungen der Interessenspartner?	Bei der Festlegung von Qualitätszielen werden auch die Anforderungen der Leistungsträger sowie entsprechende Rückmeldungen aus dem in Entwicklung befindlichen Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger einbezogen. Ebenfalls werden Anforderungen von weiteren Interessenspartnern (z.B. niedergelassenen Ärzte, ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, behördlichen Stellen, Krankenhäusern, etc.) berücksichtigt.	

### 1.3.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Prozesse und andere Aspekte des Qualitätsmanagementsystems geplant werden?</p> <p>Wie erfolgt die Anpassung an die sich ändernden Anforderungen?</p>	Die Einrichtungsleitung bewertet regelmäßig den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements-Systems, legt Befugnisse und Verantwortlichkeiten fest (z.B. Qualitätsmanagement-Beauftragter, Qualitätsmanagement-Team bzw. Arbeitsgruppen), 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.	
2	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung externer Qualitätsaudits?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.	
3	<p>Liegt der Einrichtung ein externes Auditprogramm vor, das folgende Kriterien berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche</li> <li>- Ergebnisse früherer externer Audits</li> <li>- Auditkriterien einschl. Kriterien für den externen Auditor und</li> <li>- Auditumfang?</li> </ul>	<p>Die Qualifikation des externen Auditors ist gegenüber der Einrichtung nachgewiesen. Dieser verfügt über Reha- und möglichst indikationsspezifische Kenntnisse.</p> <p>Die Einrichtung wird durch den externen Auditor über Einspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten gegen die Entscheidung der Zertifizierungsstelle sachgerecht informiert.</p>	

### 1.4. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

#### 1.4.1 Verantwortung und Befugnis

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
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, Organigramm, Verfahrensanweisungen, Unterschriften-/Kompetenzregelungen dokumentiert werden.	

### 1.4.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtungsleitung einen „Beauftragten der obersten Leitung“ für Fragen des Qualitätsmanagements benannt?	Der Beauftragte für Qualitätsmanagement ist offiziell zu ernennen und bekannt zu machen (z.B. durch Aushang, Rundschreiben, namensbezogenes Organigramm, etc.).	
2	Hat dieser „Beauftragte für Qualitätsmanagement - zusätzlich zu anderen Verpflichtungen ausreichende Verantwortung und Befugnis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Sicherstellung, dass die Prozesse des Qualitätsmanagementsystems eingeführt und aufrechterhalten werden</li> <li>- der obersten Leitung über die Leistung des Qualitätsmanagementsystems und der notwendigen Verbesserungen zu berichten</li> <li>- in der gesamten Einrichtung das Bewusstsein über die Anforderungen der Patienten und Interessenspartner zu fördern?</li> </ul>	Die Aufgaben, der Verantwortungsbe- reich und die Befugnisse des Beauftragten der obersten Leitung sind schriftlich geregelt. Der Beauftragte für Qualitätsmanagement ist u.a. für die Etablierung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements-Systems zuständig. Er organisiert die Erstellung des Qualitätsmanagement-Handbuchs. Er organisiert 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.	

### 1.4.3. Interne und externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Welche regelmäßigen Besprechungen zu organisatorischen Fragen und zum Qualitätsmanagement finden statt?  Gibt es Qualitätszirkel bzw. Arbeits-/Projektgruppen zur Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Prozesse, bzw. zur Neuentwicklung, damit die Einrichtung ihre Qualitätsanforderungen erfüllen kann (z. B. Verbesserung der Ablauforganisation)?  Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wie wird die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich gemacht? Wie wird die Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?	Die Besprechungen der Gremien (z.B. der Qualitätszirkel, Arbeits-, Projektgruppen), sind zu dokumentieren und den betroffenen Mitarbeitern zugänglich zu machen. Die Umsetzung der Beschlüsse und die Wirksamkeit von beschlossenen Maßnahmen werden überprüft.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Gibt es bei entsprechend großen ambulanten Einrichtungen einen Qualitätsausschuss mit entsprechenden Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Berichtswesen und Tagungsrhythmus?	Der Qualitätsausschuss repräsentiert alle wesentlichen Arbeitsbereiche der Einrichtung. Der Qualitätsausschuss unterstützt den Beauftragten der Leitung bei der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems. Der Qualitätsausschuss entwickelt gemeinsam mit dem Qualitätsbeauftragten das Qualitätsmanagement-Handbuch. Der Qualitätsausschuss ist der zentrale Lenkungsreis hinsichtlich der Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems.	
3	Welche regelmäßigen Besprechungen zwischen den Mitarbeitern bzw. der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung finden statt?  Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wie wird sichergestellt, dass die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich ist?		
4	Gibt es Fallbesprechungen (Fallkonferenzen, Supervisionen, Visiten)? Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen finden diese statt, und sind diese Abstände geeignet, den individuellen Behandlungsverlauf der Patienten zu kontrollieren? Sind alle relevanten Berufsgruppen daran beteiligt?	Die Inhalte der Besprechungen werden aufgezeichnet.	
5	Hat die Einrichtung einen Verantwortlichen benannt, der den Informationsfluss zwischen der Einrichtung und den für die externe Qualitätssicherung zuständigen Organisationen gewährleistet? Ist dieser Verantwortliche mit Kompetenzen ausgestattet?		
6	Beteiligen sich Mitarbeiter der Einrichtung an wissenschaftlichen Tagungen oder an externen Qualitätszirkeln?	Die Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen, externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und externen Qualitätszirkeln wird dokumentiert.	
7	Nehmen die Einrichtungsmitarbeiter an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil?	Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird dokumentiert.	
8	Nehmen Einrichtungsvertreter an wesentlichen Fachkongressen teil?	Die Teilnahme wird dokumentiert.	
9	Wie ist die Zusammenarbeit mit Servicestellen, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzten etc. geregelt?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
10	Besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen?	Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird von der Einrichtung aktiv gesucht, unterstützt und dokumentiert.	
11	Besteht eine Zusammenarbeit mit Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlungen?	Ist beschrieben, mit welchen Fachkliniken eine enge Zusammenarbeit besteht und werden die Erfahrungen mit diesen Einrichtungen dokumentiert und bewertet?	
12	Wie ist die Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationsträger geregelt?	Ansprechpartner der Rehabilitationsträger müssen bekannt sein. Ferner ist zu klären, wie und auf welchen Ebenen die Kommunikation mit den Leistungsträgern gestaltet wird.	

**1.5 Managementbewertung****1.5.1 Allgemeines**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Bewertet die Einrichtungsleitung das Qualitätsmanagementsystem zur Sicherstellung der fortdauernden Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit in geplanten Abständen?	Die Bewertung des Qualitätsmanagement-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, Auditergebnisse, Kundenrückmeldungen, Ergebnisse des Qualitätssicherungsprogramms der Leistungsträger). Bei Bedarf wird das Qualitätsmanagement-System überarbeitet bzw. ergänzt.	

**1.5.2 Eingaben für die Bewertung**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beinhaltet die Managementbewertung: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergebnisse von Audits</li> <li>– Rückmeldungen von Patienten und Interessenspartnern (Patientenbefragung, Beschwerdemanagement)</li> <li>– Leistungen und Prozesse (bes. Reha-Prozess)</li> <li>– Einrichtungskonzept (Aktualität)</li> <li>– Behandlungskonzept (Aktualität)</li> <li>– Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (wie externe Patientenbefragungen sowie Struktur und Konzeptanalyse, E - Berichtslaufzeiten)</li> <li>– Betriebswirtschaftliche Kennzahlen</li> <li>– Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten)</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>	Alle aufgeführten Punkte müssen sich als Grundlage der Bewertung wiederfinden. Die allgemeinen Bewertungsgrundlagen für Managementbewertung (Qualitätspolitik, bewertbare Qualitätsziele) sind zusätzlich zu beachten.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergebnisse der Basisdokumentation</li> <li>– Ergebnisse der Routinekatamnese (Ergebnisqualität)</li> </ul>	Empfohlen wird eine Ein-Jahres-Katamnese durchzuführen, um die Wirksamkeit der Behandlung zu überprüfen (fakultativ)	
2	Enthält die Managementbewertung <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Beurteilung der Verbesserungsmöglichkeiten</li> <li>– den Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystem</li> <li>– den Änderungsbedarf für die Qualitätsziele?</li> </ul>	Ziel ist es, einen ständigen Verbesserungsprozess in der Einrichtung zu realisieren.	

### 1.5.3 Ergebnisse der Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Enthält die Managementbewertung als Ergebnis Entscheidungen und Maßnahmen zu folgenden Punkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und seiner Prozesse</li> <li>– Verbesserung der Einrichtungsleistungen in Bezug auf Anforderungen von Patienten und Interessenspartnern</li> <li>– Bedarf an Ressourcen</li> </ul>	Alle aufgeführten Punkte müssen sich unter Berücksichtigung der „Eingaben in die Bewertung“ wiederfinden. Die allgemeinen Bewertungsgrundlagen für Managementbewertung (Qualitätspolitik, bewertbare Qualitätsziele) sind zusätzlich zu beachten.	
2	Werden die Ergebnisse der Bewertung des QM-Systems aufgezeichnet und dokumentiert?	Die Bewertungsergebnisse sind zu dokumentieren. Die Mitarbeiter sind über die Ergebnisse zu informieren; ggf. sind entsprechende Schulungen durchzuführen.	
3	Werden jährlich Qualitäts-/Jahresberichte der Einrichtung erstellt und veröffentlicht?		
4	Werden diese Qualitäts-/Jahresberichte jährlich dem federführenden Leistungsträger zur Verfügung gestellt?		

## 2 Qualitätsmanagementsystem

### 2.1 Allgemeine Anforderungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung ein QM-System eingeführt und dokumentiert? Ist die gesamte Reha-Einrichtung in das QMS eingebunden?		
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>		
3	Ist, falls relevant, die Lenkung ausgegliederter Prozesse im QM-System festgelegt?	Vertragliche Regelungen zur Leistungserbringung durch externe Organisationen (z.B. Outsourcing, externe Lieferanten, ärztliche Leistungen (Konsile). Eindeutige Definition der von der externen Organisation zu erbringenden Leistungen (Art und Umfang der Leistungen etc.) sind vorzunehmen	

### 2.2 Dokumentationsanforderungen

#### 2.2.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beinhaltet die QM-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aussagen zu/r <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Qualitätspolitik</li> <li>b) Qualitätszielen</li> </ul> </li> <li>– ein QM-Handbuch</li> <li>– dokumentierte Verfahren</li> <li>– zusätzliche Dokumente zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Lenkung der Prozesse,</li> <li>– Anforderungen zu den Qualitätsaufzeichnungen?</li> </ul>		

**2.2.2 Qualitätsmanagement-Handbuch**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt und wird es aktualisiert?	Das Verfahren zur Aktualisierung ist festgelegt .	
2	Beinhaltet das Qualitätsmanagement-Handbuch die Beschreibung des Umfangs des QM-Systems, Einzelheiten und Begründungen für jegliche Ausschlüsse?	Der Geltungsbereich ist definiert, Ausschlüsse sind nur zum Abschnitt „Realisierung der Rehaprozesse“ (s. Kap. 3) zulässig.	

**2.2.3. Lenkung von Dokumenten**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung von Dokumenten für folgende Maßnahmen festgelegt? <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Genehmigung der Dokumente vor der Herausgabe auf Angemessenheit,</li> <li>– die Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung,</li> <li>– die Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand,</li> <li>– die Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen,</li> <li>– und diese lesbar und identifizierbar bleiben?</li> </ul>	Das Verfahren ist dokumentiert.	
2	Stellt das Verfahren sicher, dass veraltete Dokumente nicht unbeabsichtigt verwendet und in geeigneter Weise gekennzeichnet werden, wenn sie aufbewahrt werden müssen?		
3	Ist sichergestellt, dass externe Dokumente und Formulare gekennzeichnet, entsprechend verteilt und gelenkt werden?	Das Verfahren ist dokumentiert. Externe Dokumente können sein: Gesetze, Verordnungen, Formulare der Kostenträger etc.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass gesetzliche und behördliche Vorschriften erkannt und eingehalten werden?	Gesetzliche Grundlagen, zu treffende Verordnungen und Vorschriften (zum Datenschutz, zur Arbeitssicherheit, Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung, Hygieneverordnung, etc.) werden von der Einrichtung ermittelt und den jeweils Betroffenen zur Verfügung gestellt; hierzu sind Verantwortlichkeiten festzulegen (z.B. Beauftragtenwesen). Die Einhaltung der Regelungen wird im Rahmen des QM-Systems regelmäßig geprüft.	

#### 2.2.4. Lenkung von Aufzeichnungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum – Kennzeichnung, – Verteilung, – Aufbewahrung, – Schutz, – Wiederauffindbarkeit, – Aufbewahrungsfrist und – Beseitigung von Qualitätsaufzeichnungen festgelegt?	Das Verfahren ist dokumentiert.	
2	Werden Qualitätsaufzeichnungen erstellt, gelenkt und aufrechterhalten?	Zur Aufrechterhaltung gehört die Aktualisierung, die Verwaltung von Revisionsständen etc.	

**3 Rehaspezifische Anforderungen****3.1 Personelle Ausstattung****3.1.1 Allgemeines**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Entspricht die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation den indikationsspezifischen Anforderungen sowie den Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger?</p> <p>Wurde das eingesetzte Personal vom Rehabilitationsträger anerkannt?</p>	<p>Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der Einrichtung orientiert sich an den Vorgaben der Leistungsträger, gesetzlichen Bestimmungen und dem jeweiligen Einrichtungskonzept. Kriterien zur Grund- und Zusatzqualifikation des Personals sind in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Kranken- und Rentenversicherungsträger enthalten (s. auch Forderungen der Leistungsträger gemäß der Anlage zur Vereinbarung mit Hinweisen zur Mindestzahl der therapeutischen Mitarbeiter, den Aufgaben des Arztes und zum Therapeut-Patientenschlüssel für Suchtbehandlung (Alkohol/Medikamentenbehandlung, Drogenbehandlung)). Darüber hinaus sind die spezifischen Anforderungen an die fachliche Qualifikation aufgrund indikationsspezifischer Besonderheiten und entsprechender Einrichtungskonzepte zu erfüllen. Der Stellenplan der Einrichtung wird regelmäßig überprüft, darüber hinaus wird ein Fort- und Weiterbildungsplan erstellt.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Ist der leitende Arzt Arzt für...</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychosomatik: z. B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Innere Medizin und/oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin</li> <li>– Sucht: z. B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>– Kardiologie: z. B. Facharzt für Innere Medizin und Teilgebiet Kardiologie</li> <li>– Orthopädie: z. B. Facharzt für Orthopädie</li> </ul>	<p>Der leitende Arzt/Ärztin verfügt über Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe.</p> <p>Die Psychotherapeutische Qualifikation ist nachgewiesen durch eine der folgenden Facharztbezeichnungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder</li> <li>– ein Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder</li> <li>– ein Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder</li> <li>– ein Arzt für Psychiatrie und Neurologie (früher: Nervenarzt) mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder</li> <li>– ein Facharzt für innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.</li> </ul> <p>Der leitende Arzt verfügt über Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe.</p> <p>Bei langjährig tätigen leitenden Mitarbeitern können hinsichtlich der geforderten Qualifikation Ausnahmeregelungen gelten (Bestandsschutz)</p>	
3	<p>Verfügt der Leiter der Einrichtung (der leitende Arzt und/oder Diplom-Psychologe) über die berufsrechtlichen Voraussetzungen (Approbation) zur Ausübung der Psychotherapie/Heilkunde oder ist er Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Psychologe mit einer von der DRV-Bund anerkannten suchtspezifischen Weiterbildung?</p>	<p>Der Leiter der Einrichtung trägt die Konzept-, Personal und Behandlungsverantwortung. Sofern Leistungen, die einer heilkundlichen Tätigkeit zuzurechnen sind, von Mitarbeitern erbracht werden, die nicht selbst über die berufsrechtlichen Voraussetzungen verfügen, müssen diese unter der Aufsicht bzw. Weisung eines approbierten Mitarbeiters bzw. eines approbierten Leiters mit der Befugnis zur Ausübung der Psychotherapie erbracht werden.</p>	
4	<p>Verfügt der leitende Arzt zusätzlich über entsprechende Kenntnisse in „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationsmedizin“?</p>	<p>Diese können beispielsweise durch die Erlangung einer Zusatzbezeichnung oder langjährige Praxis nachgewiesen sein.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
5	Verfügt der Leitende Therapeut über eine angemessene fachliche Qualifikation	Der leitende Therapeut verfügt über eine entsprechende Grundqualifikation (Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiter) und über eine entsprechend anerkannte Weiterbildung (z.B. suchtspezifische Weiterbildung nach VDR-Kriterien) oder er ist ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut. Der leitende Therapeut verfügt über Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe.	
6	Werden die wesentlichen diagnostischen (ggf. medizinischen) und therapeutischen Leistungen grundsätzlich in der Einrichtung erbracht?	Bei ambulanten Einrichtungen ist z.T. auch ein Konsiliarwesen möglich. Wenn Konsile vorhanden sind, so müssen diese klar geregelt sein.	
7	Ist die fachliche Vertretung angemessen geregelt?	Urlaubs- und Dienstpläne mit Vertretungsregelungen sind zu erstellen.	
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.	

## 3.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung für das Personal, die notwendigen Qualifikationen ermittelt?	Der Qualifikationsbedarf für die verschiedenen Bereiche der Einrichtung ist 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, Veränderungen von Prozessen und Angeboten, Erfüllung von zutreffenden Gesetzen und Vorgaben der Leistungsträger sowie behördlichen Bestimmungen)	
2	Führt die Einrichtung Schulungen oder andere Maßnahmen (wie externe Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen) 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.	
3	Ist sichergestellt, dass an den relevanten Ergebnissen externer Fortbildungen oder Schulungen auch entsprechende Mitarbeiter der Einrichtung, die nicht daran teilgenommen haben, partizipieren können.		
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.	
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.	
6	Führt die Einrichtung geeignete Aufzeichnungen zu Schul- und Berufsausbildung, sowie zusätzlichen Qualifikationen, Fertigkeiten und Erfahrungen?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
7	Gibt es 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.).	
8	Finden bei Bedarf Schulungen der Mitarbeiter zum patientenorientierten Umgang statt?	Geschult werden sollte therapeutisches und nichttherapeutisches Personal hinsichtlich eines patientenorientierten Umgangs.	

### 3.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung die sachliche Ausstattung, die sie zur Erreichung der Anforderungen von Patienten und Interessenspartnern benötigt <ul style="list-style-type: none"> <li>– ermittelt</li> <li>– bereitgestellt und</li> <li>– wie wird diese aufrechterhalten?</li> </ul>	Die sachliche Ausstattung beinhaltet <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. Größe und Zahl der Einzel- und Gruppentherapie Räume sowie Funktionsräume, Freizeit-/Aufenthaltsräume oder ggf. zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie) gestaltet sein.</p> <p>Bei (ganztätig) ambulanten Einrichtungen kann in Teilbereichen die Infrastruktur in unmittelbarer Umgebung (z.B. Sportanlagen) genutzt werden.</p>	
2	Entspricht die räumliche und sachliche Ausstattung den indikationsspezifischen Qualitätsanforderungen?	Die räumliche und sachliche Ausstattung muß den Qualitätsanforderungen der Leistungsträger sowie den indikationsspezifischen Behandlungsanforderungen, welche im Einrichtungskonzept dargelegt werden, entsprechen.	
3	Entspricht die medizinisch - technische Ausstattung den indikationsspezifischen Qualitätsanforderungen?	Das ärztliche Untersuchungszimmer muss so ausgestattet sein, dass die erforderlichen Untersuchungen durchgeführt werden können.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Wird durch geeignete Maßnahmen die Instandhaltung der Einrichtung gewährleistet (z. B. durch einen Instandhaltungsplan)?	Ein Instandhaltungsplan für kurz-, mittel- und langfristige Zeiträume ist vorzuhalten.	
5	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.	
6	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.	
7	Finden notwendige Überprüfungen zum Gerätezustand statt?	Die Wartung und Instandhaltung von Geräten ist zu planen, fristgerecht durchzuführen und zu dokumentieren.	

### 3.3 Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie werden Mitarbeiter in qualitätsrelevante Entscheidungen einbezogen?	Der Einbezug der Mitarbeiter erfolgt z.B. über das Vorschlagswesen, die Mitwirkung in Qualitätszirkeln und entsprechenden Gremien, Mitarbeiterbefragungen und Mitarbeitergespräche.	
2	Mit welchen Methoden erhebt die Einrichtung die Mitarbeiterzufriedenheit?	Instrumente sind beispielsweise: Befragungen, strukturierte Beurteilungsgespräche, Analyse von Fehlzeiten, krankheitsbedingten Abwesenheiten, Personalfuktuation, Personalbeschwerden.	
3	Werden die Ergebnisse systematisch ausgewertet und tragen diese zur Weiterentwicklung der Einrichtung bei?		

## 4 Realisierung der Rehaprozesse

### 4.1 Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden im Vorfeld der Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen (z.B. Behandlungskonzepte) Vorgaben/Ziele festgelegt und dokumentiert (z. B. medizinische/therapeutische Anforderungen, Marktchancen, Kosten-Nutzen-Verhältnis)?	Im Vorfeld der Entwicklung und Einführung neuer Behandlungskonzepte (z. B. Kombinationsbehandlung) sind der Bedarf, die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung, das Kosten- und Nutzenverhältnis und die jeweiligen Realisierungschancen zu erheben und zu dokumentieren.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Werden die Projektschritte bei der Entwicklung von neuen Behandlungskonzepten festgelegt und dokumentiert (Projektmanagement)?</p> <p>Projektschritte sind:</p> <p>Entwicklung und Benennung der Projektziele</p> <p>Planung der Entwicklungsphasen (mit Festlegung der Verantwortungen und Befugnisse)</p> <p>Berücksichtigung von Anforderungen (Patienten, Interessenspartner, wissenschaftlicher Standard, Behörden, Gesetze, etc.)</p> <p>Bewertung des Projektentwurfs (Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Widerspruchsfreiheit)</p> <p>Genehmigung und Freigabe des Projektdesigns durch die verantwortlichen Stellen</p> <p>Beurteilung/Verifizierung der Entwicklungsergebnisse hinsichtlich ihrer Vorgaben</p> <p>Überprüfung/Validierung des Projektes in der Praxis (d.h. ob die Entwicklung in der Lage ist, die Anforderungen für den angegebenen oder beabsichtigten Einsatz zu erfüllen).</p>	<p>Im Rahmen des Projektmanagements werden entsprechende Entwicklungen geplant und gesteuert. Hierzu gehört die Festlegung der Projektschritte und ihre zeitliche Festlegung. Darüber hinaus müssen die erforderlichen Mittel eingeplant und bereitgestellt werden. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und bilden die Grundlage zur Überprüfung der Projektergebnisse. Nach der Überführung eines Projektes in die alltägliche Praxis, folgt eine weitere Überprüfung und Validierung.</p>	
3	<p>Werden Aufzeichnungen über die Ergebnisse der oben genannten Entwicklungsschritte und eventuell notwendiger Folgemaßnahmen geführt?</p>	<p>Siehe 4.1 Nummer 2</p>	
4	<p>Werden Entwicklungsänderungen identifiziert und aufgezeichnet?</p>	<p>Siehe 4.1 Nummer 2</p>	
5	<p>Werden die Änderungen, soweit angemessen, bewertet und vor ihrer Verwirklichung genehmigt?</p>	<p>Siehe 4.1 Nummer 2</p>	
6	<p>Sind die Zuständigkeiten für die Freigabe von neuen oder geänderten Konzepten/Dienstleistungen klar geregelt?</p>		
7	<p>Wird sichergestellt, dass neue Erkenntnisse zur Diagnostik und Behandlung in die Behandlungskonzepte einfließen?</p>	<p>Die Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte erfolgt z.B. über die Auswertung wissenschaftlicher Literatur, behandlungsrelevante Leitlinien, Auswertung von Kongress- und Tagungsteilnahmen etc.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
8	Wird das Personal vor der Freigabe von Konzeptänderungen (Einrichtungs- und Behandlungskonzepte) entsprechend geschult?	Im Rahmen von wesentlichen Änderungen der Einrichtungs- und Behandlungskonzepte (z.B. Entwicklung neuer Therapieformen) wird der Schulungsbedarf des Personals ermittelt und entsprechende Maßnahmen vor Einführung der entsprechenden Veränderungen durchgeführt.	

#### 4.2 Planung der Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtung die notwendigen Prozesse zur Behandlung und die unterstützenden Prozesse geplant und entwickelt?	Die einrichtungsspezifischen Prozesse können mittels Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen oder Flussdiagrammen beschrieben werden. Hierbei werden Kernprozesse der Behandlung (z.B. Motivationsphase, Aufnahme, Diagnostik, Therapieplanung, Therapiesteuerung, Entlassung) sowie unterstützende Prozesse (z. B. Beschaffung, Wartung u. Instandhaltung, Küche, Service, Hausreinigung) berücksichtigt. Die Gestaltung der Kernprozesse erfolgt in der Regel interdisziplinär. Bei der Kombinationsbehandlung sind klare Regelungen hinsichtlich Prozesssteuerung und Verantwortlichkeiten der beteiligten Einrichtungen zu treffen.	
2	Ist sichergestellt, dass im Rahmen der Rehabilitation auch eine somatische Abklärung durchgeführt wird?	Die Notwendigkeit der körperlichen Untersuchung (z. B. Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bzw. Abklärung des Entgiftungsbedarfes bei Rückfall) besteht im Rahmen der Komplexleistung „Medizinische Rehabilitation“ und ist im übrigen auch im Kontext psychotherapeutischer Behandlung (§ 1 Abs. 3 PsychThG) vorgesehen.	
3	Werden bei der Planung der Prozesse die Anforderungen an die Ergebnisqualität berücksichtigt?  Werden dabei die Erwartungen der Patienten und Interessenspartner ((sozial-) medizinische/ therapeutische/pflegerische Notwendigkeiten, geäußerte Wünsche und vorausgesetzte Erwartungen) 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. Wesentliche Aspekte sind hier die Erwartungen der Patienten und der weiteren Interessenspartner (Kostenträger, niedergelassene und Krankenhausärzte, Therapeuten und Sozialdienste etc.).	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	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.	
5	Besteht in der Einrichtung die Möglichkeit für ihre Prozesse die aktuellen Informationen zu beziehen, um die Anforderungen an wissenschaftliche Standards, Leitlinien, gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen.	Existiert eine Fachbibliothek (ggf. Testothek) und Internet - Zugang und werden Fachzeitschriften bezogen?	

#### 4.2.1 Rehabilitationskonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie geht das Einrichtungskonzept auf das Indikationsspektrum, auf indikationsbezogene Therapieangebote, auf die jeweiligen Behandlungsziele und auf Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge ein?</p> <p>Wird eine Abgrenzung der Rehabilitationsleistungen zu möglichen weiteren Angeboten (z. B. niedrighschwelliger Kontakt, Frühintervention, Beratung/Betreuung, Prävention) vorgenommen?</p>	<p>Im Einrichtungskonzept muss das Indikationsspektrum der Einrichtung beschrieben sein. Für alle in der Einrichtung relevanten Indikationsbereiche sollten schriftliche Behandlungskonzepte vorhanden sein. Darüber hinaus ist die Organisation der Nachbehandlung (ambulante Nachsorge, ggf. fachklinische Behandlung Adaption, Integrationsmaßnahmen, etc.) sowie die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen darzulegen.</p> <p>Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen ist eine Trennung zwischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation nach SGB V, VI bzw. IX von weiteren Angeboten einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle erforderlich.</p>	
2	Wie wird das Einrichtungskonzept überprüft und ggf. aktualisiert (mindestens einmal jährlich)?	Es müssen feste Zeiträume und Zuständigkeiten für die Überarbeitung/ Aktualisierung des Konzeptes angegeben sein. Die Überprüfung und ggf. Aktualisierung sollte zumindest einmal jährlich erfolgen.	
3	Sind die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Behandlungskonzepten festgelegt?	Die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Behandlungskonzepten und Standard-Therapieplänen müssen festgelegt sein.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Berücksichtigen die Reha-Konzepte die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten? (Diagnosenstellung gemäss ICD-10, Orientierung an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, an der ICF)	<p>Die Reha-Konzepte sollen sich am biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell orientieren. Die Behandlungskonzepte und Standard-Therapiepläne umfassen insbesondere folgende Elemente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gruppentherapie (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten)</li> <li>– Einzeltherapie (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten)</li> <li>– ärztliche Behandlung (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten)</li> <li>– Soziotherapie (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten)</li> <li>– Sozialberatung (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten)</li> <li>– Arbeit mit Angehörigen (bei ambulanten Rehabilitationsangeboten).</li> </ul>	
5	Gehen die Behandlungskonzepte in angemessener Weise auf Verlaufsdiagnostik, Behandlung und Therapieangebote, auf die jeweiligen Behandlungsziele und auf Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge ein?	Im Behandlungskonzept wird dargelegt, welche Therapieziele erreicht werden sollen, welche diagnostischen Verfahren eingesetzt werden, welche Behandlungsangebote in der Einrichtung zur Verfügung stehen und wie eine Zusammenarbeit mit stationären und weiterführenden Angeboten (z.B. Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken) gestaltet wird.	
6	Sind diese Behandlungskonzepte das Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit?	Es ist nachzuweisen, dass bei der Erstellung der Behandlungskonzepte alle relevanten Berufsgruppen (Ärzte mit entsprechenden Fachgebieten, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen mit entsprechender Weiterqualifikation, ggf. Pflegekräfte, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten etc.) beteiligt sind.	
7	Ist in den Behandlungskonzepten die Beteiligung und Mitwirkung der Patienten vorgesehen?	Im Behandlungskonzept ist zu verankern, in welcher Art und Weise Beteiligung und Mitwirkung des Patienten im Behandlungsprozess erfolgt; z.B. über einen schriftlichen Therapievertrag zwischen der Einrichtung und Patienten.	
8	Werden die Behandlungskonzepte jährlich überprüft und ggf. aktualisiert?	Eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Behandlungskonzepte ist vorzunehmen.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
9	Sind die Behandlungskonzepte auf allen relevanten Ebenen bekannt? Überprüft die Einrichtung den Kenntnisstand ihrer Mitarbeiter hinsichtlich der Behandlungskonzepte?	Die Kenntnis der Behandlungskonzepte wird im Rahmen von Fallbesprechungen, Fachsupervisionen etc. regelmäßig überprüft und aufgezeichnet.	
10	Werden für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung medizinische Behandlungsstandards (möglichst leitliniengestützt, neben interprofessionellen Behandlungskonzepten) beschrieben und werden spezifische Behandlungsangebote und -konzepte für diese vorgehalten?	In den Behandlungskonzepten soll zumindest eine Differenzierung der verschiedenen Zielgruppen vorgenommen werden (z. B. Drogenabhängigkeit, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und stoffungebundene Suchtformen, geschlechtsspezifische Angebote, und Nachsorge).	
11	Liegt ein einrichtungsinternes Konzept zum Umgang mit Rückfällen während der Behandlung vor?	Die Einrichtung sollte über ein abgestimmtes Konzept zum Umgang mit Rückfällen verfügen. Dieses sollte den therapeutischen Mitarbeitern bekannt sein.	

### 4.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Erhalten die Patienten geeignetes Informationsmaterial zu ihrer Behandlung bereits vor der Aufnahme (z. B. Einrichtungsprospekt, Informationen über spezielle Behandlungsangebote)?	Den Patienten wird vor der Behandlung entsprechendes Informationsmaterial zugeleitet. Weitere ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (inkl. Servicestellen, Agenturen für Arbeit/ARGEN etc.) und Fachkliniken werden mit weitergehenden Informationen zu den Behandlungsangeboten informiert.	

#### 4.3.1 Aufnahme

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
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.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Gibt es Regelungen für das Vorgehen bei Ausschlusskriterien und Kontraindikationen?	<p>Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.</p> <p>Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Störungen auf seelischem, körperlichen und sozialen Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.</li> <li>2. Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt-</li> <li>3. Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.</li> <li>4. Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.</li> <li>5. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.</li> <li>6. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur aktiven Mitarbeit</li> <li>• zur regelmäßigen Teilnahme und</li> <li>• zur Einhaltung des Therapieplans</li> </ul> in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.</li> <li>7. Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.</li> </ol>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
		<p>8. Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.</p> <p>9. Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h., die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.</p>	
3	Gibt es festgelegte Regelungen für die Aufnahme von Rehabilitanden?	Findet beispielsweise in der Phase des Behandlungsbeginns eine Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt statt?	
4	Ist die Aufnahme grundsätzlich an allen Wochentagen möglich?	Der Aufnahmemodus muss inhaltlich auf das Behandlungskonzept bezogen sein. Abweichungen von der Forderung der täglichen Aufnahmemöglichkeit sind inhaltlich zu begründen.	
5	Existiert eine Regelung für Ausnahmen außerhalb der geplanten Aufnahmezeiten und für die Verfahrensweise bei bestehenden Wartezeiten?	Wird beispielsweise zur Überbrückung von Wartezeiten an Hilfsangebote weiterer Stellen (ambulante Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, ggf. Psychotherapeuten) verwiesen?	
6	Gibt es Serviceleistungen hinsichtlich der frühzeitigen Kontaktaufnahme sowie ggf. für die An- und Abreise von Patienten (z. B. Informationen über Verkehrsverbindungen, Abholdienst)?		
7	Wird durch geeignete Maßnahmen sichergestellt, dass ein fehleingewiesener bzw. fehlzugewiesener Patient einer adäquaten anderen Behandlung zugeleitet wird (z. B. Weiterleitung in ein Krankenhaus, stationäre Behandlung)?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	

#### 4.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	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 (bei Psychodiagnosen sind besondere Regelungen zu beachten).	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Enthalten die Behandlungskonzepte Hinweise auf diagnostische Maßnahmen (vor und/oder während der ambulanten Behandlung)?	Die Bezüge zwischen diagnostischen Möglichkeiten und den vorhandenen Behandlungsangeboten sollte im Behandlungskonzept verdeutlicht sein. Im Behandlungskonzept sollten Hinweise über die diagnostischen Verfahren, welche jeweils eingesetzt werden, enthalten sein.	
3	Findet bei der Eingangsuntersuchung eine Planung zur Eingangs- und Verlaufsdiagnostik statt?	<p>Aus der Verfahrensbeschreibung der Eingangsuntersuchung muss hervorgehen, wie die weitere Planung diagnostischer Maßnahmen erfolgt.</p> <p>Hierbei sind Instrumente zur Beschreibung der Abhängigkeit (allgemeingültige Klassifikationssysteme wie ICD-10, DSM IV) sowie zur Beschreibung der individuellen Abhängigkeitsproblematik, Erhebung von Laborparametern oder Atem- und Blutalkoholmessungen etc. zu berücksichtigen. Die Möglichkeit der internen Durchführung einer testpsychologischen Diagnostik (z.B. unter Berücksichtigung von psychopathologischen Aspekten, Persönlichkeitsaspekten) sollte gegeben sein.</p>	
4	Orientiert sich die Diagnostik an rehaspezifischen Therapiezielen?	Biographie, klinische Anamnese, suchtspezifische 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, zur Erhebung des Ausmaßes der Veränderungsbereitschaft und Abstinenzsicherheit müssen vorhanden sein). Eine Orientierung am ICF-Modell bzw. biopsychosozialen Behandlungsmodell ist zugrunde zu legen.	
5	Entspricht das Diagnosespektrum der Rehabilitanden den konzeptuellen Vorgaben und dem Leistungsspektrum der Einrichtung?	Die Behandlung spezifischer Patientengruppen (z.B. mit comorbiden Erkrankungen) erfordert eine entsprechende Ausstattung der Einrichtung und Qualifikation der Mitarbeiter bzw. die Kooperation mit weiteren Experten/Einrichtungen (z. B. im Rahmen der Kombinationsbehandlung).	

## 4.3.3 Behandlung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden Reha-Zielkataloge, wenn diese für einzelne Indikationen / Indikationspektrum vorliegen, verwendet?	Behandlungspläne einschließlich der Darlegung entsprechender Therapieziele (Reha-Zielkataloge) sind für die wesentlichen und unterscheidbaren Indikationsgruppen in der Einrichtung vorzuhalten. Die jeweiligen Therapieziele sind individuell mit dem Patienten auszuhandeln.	
2	Werden gemeinsam mit jedem Patienten individuelle Rehazielle formuliert und dokumentiert (wo anwendbar- z. B. Erstellung systematischer und evaluierter Therapiezielkataloge), sowie die Art der Behandlung besprochen?	Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt und im Behandlungsprozess überprüft bzw. abgeändert. Die Behandlung orientiert sich an den zugrundeliegenden individuellen Therapiezielen. Bereits zu Beginn der Therapie wird mit jedem Patienten ein individuelles Therapieziel erarbeitet und in der Patientenakte dokumentiert. Behandlungsanweisungen sind ebenfalls auf entsprechenden Formblättern zu dokumentieren (z. B. Medikation, Art und Häufigkeit bestimmter Therapiebausteine). Rehazielle müssen mit Bezug auf die verantwortlichen Fachtherapeuten konkretisiert werden.	
3	Haben alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter Kenntnis von den individuellen Rehazielen?	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. Auch im Rahmen der Kombinationsbehandlung sind die Reha-Ziele zwischen den beteiligten Behandlern unter Mitwirkung des Patienten miteinander abzustimmen.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	<p>Welche regelmäßigen Besprechungen zur Steuerung der Patientenbehandlung (intra- und interdisziplinäre „Fall-Konferenzen“) finden statt?</p> <p>Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Ist die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich? Wie wird die Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?</p>	<p>Relevante Informationen zum Behandlungsprozess des Patienten werden regelmäßig und im erforderlichen Umfang interdisziplinär ausgetauscht, in Form von Teambesprechungen, Übergeben etc. Die Besprechungen müssen entsprechend dokumentiert und zugänglich sein. Entsprechende Beschlüsse sind umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Auch im Rahmen der Kombinationsbehandlung ist die einrichtungsübergreifende Abstimmung, Zusammenarbeit und Dokumentation sicherzustellen.</p>	
5	<p>Werden die Rehazielen (z.B. Zielerreichungsgrad) am Ende der Behandlung überprüft und bewertet?</p>		
6	<p>Ist das Behandlungsteam aus den relevanten Berufsgruppen zusammengesetzt, und arbeitet dies interdisziplinär?</p>	<p>Die beteiligten Berufsgruppen und die Art ihrer Zusammenarbeit sind zu dokumentieren.</p>	
7	<p>Hält die Einrichtung ggf. eine dem Indikationsspektrum entsprechende Angebot der Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung vor?</p>	<p>Angebote in den Einrichtungen können sein: Vorträge zur Suchtmittel-Abhängigkeit, Nikotinabhängigkeit, Ernährung und Gesundheit, Stress und Entspannungsverfahren, indikative Therapieangebote (z.B. zur Raucherentwöhnung, zur Stressbewältigung). Die vorhandenen Angebote zur Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung werden beschrieben.</p>	
8	<p>Besteht die Möglichkeit einer realitätsnahen (praxisnahen) Erprobung der Leistungsfähigkeit (z.B. externe Belastungserprobungen)?</p>	<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 möglich.</p>	
9	<p>Besteht eine Zusammenarbeit mit Rehabilitationsberatern der Rentenversicherer, Agenturen für Arbeit/ARGEN, Jobcentern, Betrieben, Verwaltungen, Berufshelfern der BG und Berufsförderungswerken?</p>	<p>Auszuführen sind die Kooperationen mit den Rehabilitationsberatern der genannten Institutionen. Die Verankerung der Kooperation in den Behandlungsverlauf ist festzulegen. Die Maßnahmen im Einzelfall sind zu dokumentieren.</p>	
10	<p>Werden die Angehörigen bei Bedarf in die Behandlung einbezogen?</p>	<p>Die Einrichtung beschreibt im Behandlungskonzept ihre Angebote zum Einbezug von Angehörigen.</p>	
11	<p>Werden Patienten und Angehörige über Selbsthilfegruppen informiert?</p>	<p>Auszuführen ist die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Die Verankerung der Kooperation in den Behandlungsverlauf ist festzulegen. Die Maßnahmen im Einzelfall sind zu dokumentieren.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
12	Existieren – neben der rehaspezifischen Therapie – infrastrukturelle Angebote, die den Reha-Prozess unterstützen können (Freizeitangebote, kulturelle/seelsorgerische Angebote)?	Die Einrichtung legt im Behandlungskonzept dar, wie die vorhandenen Freizeitangebote in den Behandlungsprozess integriert werden. Die Nutzung von (externen) Freizeitangeboten ist vor dem Hintergrund des Therapieverlaufs (z.B. Förderung von Ressourcen, Situationen mit hohem Gefährdungspotential) zu treffen.	
13	Hat die Einrichtung Regelungen eingeführt, wie mit den von Patienten, Auftraggebern oder Vorbehandlern bereitgestellten Unterlagen (Befunde, Röntgenbilder o. a.) zu verfahren ist?	Regelungen sind dokumentiert.	
14	Gibt es Regelungen für die Verlängerungen einer Reha-Maßnahme (Vertragsänderung)?	Regelungen sind dokumentiert.	
15	Gibt es Regelungen, den individuellen Rehabilitationsplan anzupassen, falls sich Änderungen oder neue Problem-bereiche ergeben?	Regelungen sind dokumentiert.	
16	Werden die Patienten angemessen über die Ergebnisse der Kontroll- und Abschlußuntersuchungen informiert?	Regelungen sind dokumentiert.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
-----	--------	-------------------------	-----------

#### 4.3.4 Konsile

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie hat die Einrichtung die Zusammenarbeit mit Konsilärzten geregelt? Die Maßnahmen erstrecken sich auf</p> <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>– Leistungsprüfungen und</li> <li>– Rechnungsprüfungen.</li> </ul>	<p>Die Zusammenarbeit mit Konsilärzten muss geregelt sein.</p>	

#### 4.3.5 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Gibt es Regelungen für die Entlassung (auch vorzeitige Entlassungen) aus einer Reha-Maßnahme?</p>	<p>Es gibt festgelegte Verfahren für die Entlassung eines Patienten. Die Verantwortlichkeit für das Management der Entlassung ist geregelt.</p>	
2	<p>Erfolgt eine unverzügliche und angemessene Information an Weiterbehandler, Kostenträger oder Angehörige im Zusammenhang mit der Entlassung?</p>	<p>Es ist geregelt, welche Informationen an Weiterbehandler, Kostenträger, behördliche Stellen oder Angehörige gegeben werden. Hierbei sind die datenschutzrechtlichen Grundlagen zu beachten. Der Entlassungsbericht wird zeitnah dem Rehabilitationsträger zugeleitet. Es sind Regelungen zu treffen, welche Zuständigkeiten für die Erstellung des Entlassungsberichtes bestehen.</p>	
3	<p>Enthält der bei der Entlassung mitgegebene Arztbrief (z. B. Kurzbericht) Angaben zu Diagnose, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und ggf. anderen pathologischen Befunden (z. B. Labor) bzw. kurzfristig umzusetzenden Empfehlungen?</p>	<p>Der nachbehandelnde Arzt erhält einen Kurzbrief mit allen relevanten Informationen. Der Kurzbrief wird dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	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, Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen, psychotherapeutische Behandlung.	
5	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.	
6	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).	

#### 4.3.6 Patientendokumentation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung aller Patientendokumentationen und Aufzeichnungen festgelegt?	Die Dokumentation des Rehabilitationsprozesses kann in jeglicher Form (Papier, EDV-gestützt) realisiert werden. Es ist zu regeln, welche Aufzeichnungen an welcher Stelle dokumentiert und archiviert werden. Alle Mitarbeiter sind über datenschutzrechtliche Bestimmungen zu informieren.	
2	Beinhaltet dieses Verfahren, dass für Formulare im Rahmen der Patientendokumentation (auch EDV-Eingabemasken) folgende Anforderungen gewährt sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Prüfung auf Angemessenheit und Genehmigung vor der Herausgabe,</li> <li>– die Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung,</li> <li>– die Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand,</li> <li>– die Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen,</li> <li>– Formulare lesbar und identifizierbar bleiben?</li> </ul>		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	<p>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?</p> <p>Beinhaltet dieses Verfahren die Überprüfung auf Angemessenheit und Genehmigung vor der Herausgabe (z.B. Freigabe von Befunden), die Überprüfung auf Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung, die Kennzeichnung der Änderungen, die Lesbarkeit und die Identifizierbarkeit?</p>		
4	<p>Wird sichergestellt, dass die Patientendokumentation allen davon betroffenen Mitarbeitern in ihrer aktuellen Form zur Verfügung stehen?</p>		
5	<p>Ist der Behandlungsfortschritt in den einzelnen Schritten aus der Patientenakte erkennbar?</p>	<p>Die Aufzeichnungen sind nachvollziehbar zu führen.</p>	
6	<p>Gibt es Regelungen für die Lenkung (Zuständigkeiten, Erfassung, Speicherung, Prüfung, Freigabe, Kennzeichnung, Verteilung) der Daten der Basisdokumentation?</p>	<p>Zu Inhalten der Basisdokumentation s. Kap. 4 Ergebnisse / Datenanalyse</p>	
7	<p>Werden die Akten bereits entlassener Patienten (die aus gesetzlichen Gründen und/oder zur Erhaltung des Wissensstandes aufbewahrt werden) angemessen und eindeutig gekennzeichnet?</p> <p>Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum Kennzeichnung, Aufbewahrung, Schutz, Wiederauffindbarkeit, Aufbewahrungsfrist und Beseitigung von Patientenaufzeichnungen festgelegt?</p>		
8	<p>Werden Dokumente/Daten vor ihrer Herausgabe durch befugtes Personal bzgl. Angemessenheit überprüft und genehmigt?</p> <p>Sind die Archivierungsfristen festgelegt?</p>	<p>Die Zuständigkeiten zur Durchführung, Prüfung, Genehmigung und Verteilung sind festgelegt.</p>	
9	<p>Sind die Zuständigkeiten für die Speicherung, Erfassung, Prüfung, Freigabe, Kennzeichnung der Daten aus Assessmentverfahren (sowie weiterer Diagnostik) geregelt?</p>	<p>Die Zuständigkeiten sind festgelegt.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
10	Sind für Daten und Dokumente Aufbewahrungsfristen festgelegt?		

#### 4.4 Prozesse bezüglich Interessenspartnern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Verfügt die Einrichtung über Verfahren die Patientenanforderungen zu ermitteln?	Die Einrichtung legt dar, auf welche Weise sie Patientenanforderungen ermittelt. Dies kann durch die Einrichtung eines Patientenrates, Patientenbefragungen, die Auswertung von Beschwerden etc. erfolgen.	
2	Hat die Einrichtung für weitere Interessenspartner (außer Patienten) folgendes ermittelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>– die festgelegten Anforderungen (einschließlich der Anforderungen an Entlassung, Vor- und Weiterbehandlung und Nachsorge),</li> <li>– gesetzliche und behördliche Anforderungen an die Leistung (siehe auch Kap.5).</li> <li>– die nicht angegebenen Erwartungen (Anforderungen, die jedoch für die durchgeführte oder beabsichtigte Dienstleistung notwendig sind)</li> </ul>		
3	Wie werden die Anforderungen der anderen Interessenspartner ermittelt (Anforderungen von Kostenträgern, wissenschaftliche Standards, gesetzliche Anforderungen, weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten/Pflegedienste, Angehörige, etc.)?	Dies kann erfolgen z.B. durch systematische Befragungen, die Auswertung von Kontakten und Gesprächen, ein Beschwerdemanagement für Interessenspartner.	
4	Wird vor dem Eingehen einer Vertrages/Vereinbarung mit den Interessenspartnern sichergestellt, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Dienstleistungsanforderungen festgelegt sind,</li> <li>– Widersprüche zwischen den niedergelegten Anforderungen ausgeräumt werden,</li> <li>– die Einrichtung in der Lage ist, die festgelegten Anforderungen zu erfüllen?</li> </ul>		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
5	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass – bei Änderung von Anforderungen der Interessenspartner die zutreffenden Dokumente und Aufzeichnungen ebenfalls geändert werden, – dem zuständigen Personal die geänderten Anforderungen bewusst gemacht werden?		
6	Hat die Einrichtung Regelungen für die Kommunikation mit Interessenpartnern festgelegt und verwirklicht zu folgenden Punkten: – Information über die Dienstleistung – Anfragen, Verträge oder Auftragserteilungen einschließlich Änderungen – Rückmeldungen einschließlich Beschwerden der Interessenpartner?		

**4.5 Beschaffung**

<b>Nr.</b>	<b>Fragen</b>	<b>Hinweise für die Praxis</b>	<b>Bemerkung</b>
1	Existieren Regelungen für den Beschaffungsvorgang z.B. für Laborleistungen, Lebensmittel, Geräte und Instrumente (z.B. Angebotseinholung, Bestellung, Lieferungs-nachhaltung und -prüfung, Rechnungsprüfung)?		
2	Werden die erforderlichen Prüfungen/Verifizierungen oder sonstige Maßnahmen festgelegt, um festzustellen, ob die Beschaffungsanforderungen erfüllt werden?		
3	Gibt es eine regelmäßige Beurteilung der Lieferanten (z.B. nach der Produktpalette, den Dienstleistungen, dem Preis- Leistungsverhältnis, der Qualität) und wird diese dokumentiert?		
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 Reha-Einrichtung?		

## 4.6 Hygiene , Arbeitsschutz, Brandschutz

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist durch geeignete Maßnahmen bei entsprechenden Einrichtungstypen (ganztagig ambulante Behandlung) die Hygiene geregelt und sichergestellt?	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und /oder Empfehlungen (z.B. Hygieneverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung) werden von entsprechenden Einrichtungen erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p> <p>Regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter (z.B. durch Fort- und Weiterbildung) sind sichergestellt.</p> <p>Eine Risikoanalyse und -bewertung hinsichtlich des Einsatzes von Patienten/innen für allgemeine Aufgaben (z.B. Reinigung der eigenen Sanitärräume und Zimmer oder im Rahmen der Mitwirkung bei der Essensversorgung) ist vorzunehmen, um spezifische Unfallrisiken zu erkennen oder Krankheitsübertragung zu unterbinden.</p>	
2	<p>Ist durch geeignete Maßnahmen der Arbeitsschutz im Hinblick auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsplätze (Klima, Beleuchtung etc.)</li> <li>– Gefahren für Mitarbeiter (z.B. Unfallschutz, Vorsorgeuntersuchungen)</li> <li>– Gefahrstoffe</li> <li>– Strahlenschutz</li> </ul> <p>geregelt und sichergestellt?</p>	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen (z.B. Unfallverhütungsvorschriften, Strahlenschutzverordnung usw.) werden erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p> <p>Existieren, falls erforderlich, dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen? Sind diese den Mitarbeitern bekannt?</p> <p>Regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter (z.B. durch Übungen, Schulungen) sind sichergestellt.</p>	
3	Ist durch geeignete Maßnahmen der Brandschutz geregelt und sichergestellt?	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen (z.B. Arbeitsstätten- und Bauverordnung, Fluchtpläne usw.) werden erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p> <p>Existieren, falls erforderlich, dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen? Sind diese den Mitarbeitern bekannt?</p>	

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

### 5.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden die Prüf-, Analyse- und Verbesserungsprozesse geplant und verwirklicht hinsichtlich: – Übereinstimmung der Dienstleistungen und des QMS mit den Anforderungen – der Wirksamkeit und Weiterentwicklung des QMS?	Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen des Kapitels konkretisiert.	
2	Werden die zutreffenden Methoden einschließlich statistischer Verfahren und das Ausmaß ihrer Anwendung ermittelt?	Hierbei geht es z.B. um die Ermittlung geeigneter systematischer Methoden zur Prüfung, Analyse und Verbesserung	

### 5.2 Überwachung und Messung

#### 5.2.1 Zufriedenheit von Patienten und weiteren Interessenspartnern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wird die Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern systematisch ermittelt und gibt es hierfür Messgrößen?	Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern, Informationen aus dem Verbesserung- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Behandlungsabbrüchen, Daten aus externen QS-Programmen (soweit vorhanden).	
2	Sind Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Angaben festgelegt?	Regelungen zur Sammlung, Bewertung und Integration dieser Daten sind dokumentiert.	

#### 5.2.2 Internes Audit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung interner Qualitätsaudits?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.	
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.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Hat die Einrichtung ein 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>– Audithäufigkeit</li> <li>– Auditmethoden</li> </ul>		
4	Werden interne Qualitätsaudits von Personal durchgeführt, das eine entsprechende Qualifikation besitzt und soweit möglich unabhängig von der direkten Leitung der auditierten Bereiche (Objektivität und Unparteilichkeit) ist?	Die Qualifikation kann u.a. durch Schulungen und Trainings erlangt werden.	
5	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits dokumentiert?	Die Ergebnisse werden in Audit-Berichten dokumentiert.	
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.	
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.	
8	Wird die Wirksamkeit von Korrekturmaßnahmen bewertet und dokumentiert?	Die Wirksamkeit kann durch objektive Nachweise oder durch nachfolgende Audits belegt werden.	
9	Wird bei Folgeaudits die Wirksamkeit der durchgeführten Korrekturmaßnahmen geprüft und dokumentiert?		

### 5.2.3 Messung und Überwachung von Prozessen und Dienstleistungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es geeignete Methoden und Messinstrumente zur Überwachung und, falls zutreffend, Messung der Prozesse und wird aufgezeigt, dass mit den Prozessen die geplanten Ergebnisse zu erreichen sind?		
2	Werden die E-Brieflaufzeiten statistisch erfaßt und regelmäßig ausgewertet?		

### 5.2.4 Messung und Überwachung von Behandlungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist festgelegt, welche Parameter zur Beurteilung der Behandlung notwendig sind (z.B. Therapiezielkataloge)? 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.	
2	Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme eingesetzt (z. B. ICD-10, DSM IV, ICF oder andere)?		
3	Werden verbreitete Skalen zur Disability bzw. Fähigkeitsassessment verwendet?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
4	Sind Qualitätsmerkmale für die therapeutischen Leistungen (z. B. KTL) beschrieben und wird deren Einhaltung kontrolliert?	Es existieren differenzierte Kataloge zur Beschreibung von Qualitätsanforderungen an therapeutische Leistungen (z. B. Gruppengröße, Dauer). Deren Überwachung und Einhaltung wird dokumentiert.	
5	Wird von ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängigen eine Katamnese zur Feststellung der Ergebnisqualität erhoben?	Vgl. 5.4, Frage 5	

### 5.2.5 Patientenbefragungen und -zufriedenheit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wird die Zufriedenheit von Patienten systematisch ermittelt und gibt es hierfür Messgrößen?	Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Behandlungsabbrüchen, Daten aus externen QS-Programmen.	
2	Sind Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Angaben festgelegt?	Regelungen zur Sammlung, Bewertung und Integration dieser Daten sind dokumentiert.	
3	Werden Behandlungsmerkmale durch eine systematische und regelmäßige Patientenbefragung überwacht und gemessen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Enthält die Patientenbefragung folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beurteilung des Behandlungsprozesses</li> <li>– Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung</li> <li>– Einschätzung des Behandlungserfolgs</li> <li>– Beurteilung der Service- und Hotelleistungen</li> </ul>		
5	Werden die Ergebnisse der Patientenbefragungen regelmäßig und zeitnah evaluiert und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

### 5.2.6 Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumenten

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung für die Überwachungen und Messungen geeignete Maßnahmen und die erforderliche Messinstrumente ermittelt und festgelegt und werden diese angewandt?	Prüfmittel sind z.B. Visiten, interdisziplinäre Therapiebesprechungen, Supervisionen, Assessmentinstrumente, diagnostische Geräte, Labordiagnostik.	
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>		

### 5.3 Lenkung von Fehlern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung fehlerhafter Dienstleistungen mit Regelung der Verantwortlichkeiten und Befugnisse?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Beinhaltet dieses Verfahren angemessen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fehlerbewertung (einschließlich Beschwerden der Patienten und Interessenspartner),</li> <li>– Ermittlung der Ursachen von Fehlern,</li> <li>– Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das erneute Auftreten von Fehlern zu verhindern,</li> <li>– Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen,</li> <li>– Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen,</li> <li>– Bewertung der ergriffenen Korrekturmaßnahmen?</li> </ul>		
3	Wie werden erkannte Fehler und deren Ursachen dokumentiert?	Im Verfahren zur Lenkung von Fehlern ist der Begriff „Fehler“ definiert.	
4	Werden angemessene Maßnahmen ergriffen, um fehlerhafte Dienstleistungen zu managen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
5	Wie wird ausgeschlossen, dass fehlerhafte Dienstleistungen und Produkte versehentlich an den Patienten oder Interessenspartner gelangen?		
6	Wie werden fehlerhafte Dienstleistungen/Produkte, die der Patient/Interessenspartner bereits erhalten hat, behandelt?	Das Vorgehen (z.B. Umgang mit Beschwerden) ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

#### 5.4 Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
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).	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Schließt die Datenanalyse folgendes ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angaben zur Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern</li> <li>– Prozess- und Dienstleistungsmerkmale und deren Trends einschließlich Möglichkeiten für vorbeugende Maßnahmen</li> <li>– Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (soweit vorhanden)</li> <li>– Patientenbefragungen</li> <li>– Lieferantenbeurteilungen</li> <li>– EDV-gestützte Basisdokumentation (siehe unten)?</li> </ul> <p>Siehe auch 1.5 Managementbewertung</p>	<p>Die Datenanalyse umfasst ggf. auch die Ergebnisse der Katamnesen (bei Einrichtungen für Alkohol- Medikamentenabhängige).</p>	
3	<p>Findet eine EDV-gestützte Basisdokumentation der Patientendaten statt (mindestens: soziodemographische Daten, Verweildauer, Diagnosen, sozialmedizinische Parameter, Leistungsdaten, Entlassungsbeurteilung, Zwischenfälle und besondere Ereignisse)?</p>	<p>Eine suchtspezifische Orientierungshilfe gibt der deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Hrsg.: DHS)</p>	
4	<p>Gibt es Regelungen für die Auswertung der Basisdokumentation (Ergebnisse, Umgang mit Abweichungen etc.)?</p>	<p>Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Dieses beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es findet eine kontinuierliche einrichtungsinterne Auswertung der Daten statt.</li> <li>– Die Daten erfüllen entsprechende Qualitätskriterien bezüglich Missingdata (vgl. beispielsweise die Vorgaben des FVS).</li> <li>– Die Daten stehen für einrichtungsübergreifende Auswertungen (z. B. für den FVS) zur Verfügung und gehen in die Nationale Suchthilfestatistik für Deutschland ein.</li> </ul>	
5	<p>Wird ggf. von Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit kontinuierlich eine Routine-1-Jahres-Katamne als Totalerhebung durchgeführt?</p>	<p>Die Durchführung einer entsprechenden Routinekatamnese ist für ambulante Rehabilitationseinrichtungen fakultativ. Eine suchtspezifische Orientierungshilfe gibt der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation und Katamnese im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Hrsg.: DHS).</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
6	Gibt es Regelungen für die Auswertung der Katamnestik?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Dieses beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es findet eine jährliche einrichtungsinterne Auswertung der Daten gemäß DGSS-Standards statt.</li> <li>- Die Daten erfüllen entsprechende Qualitätskriterien bezüglich Missing-data (z.B. Kriterien des FVS).</li> <li>- Die Daten stehen für einrichtungsübergreifende Auswertungen (z. B. FVS) zur Verfügung</li> </ul>	

## 5.5 Verbesserung

### 5.5.1 Ständige Verbesserung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
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 einwirken.	
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.	
3	Gibt es Regelungen zur Prozess- und Ergebnisevaluation und zur Nutzung der dokumentierten Daten für die Optimierung von Behandlungskonzepten sowie für kontinuierliche Verbesserungen, oder fördert die Einrichtung Untersuchungen zur Effizienz der Rehabilitation?	Die Regelungen berücksichtigen u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Methoden werden eingesetzt (z.B. Patientenbefragung, Analyse der Abbruchquoten und Rückfälle, Quote der arbeitsfähig entlassenen Patienten, Quote individueller Patientenbeschwerden, Quote der abstinenten Patienten ein Jahr nach Entlassung ?)</li> <li>- Wer setzt sie ein?</li> <li>- Wem werden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt?</li> <li>- Welche Datenbasis/-quelle wurde genutzt?</li> <li>- Welche Verfahren werden zur Erreichung hoher Rücklaufquoten eingesetzt?</li> <li>- Wie ist die Häufigkeit der Auswertung?</li> <li>- Wie sind die Zuständigkeiten geregelt?</li> </ul>	

**5.5.2 Externe Qualitätssicherung (Findet nach Einführung eines entsprechenden Programms durch die Leistungsträger auch auf ambulante Rehabilitationseinrichtungen Anwendung, derzeit in: Projektphase)**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beteiligt sich die Einrichtung an Qualitätssicherungsprogrammen der Kosten- und Leistungsträger, und berücksichtigt sie deren Ergebnisse? Beteiligt sich die Einrichtung an anderen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen?	Das Verfahren ist festgelegt, wie externe QS-Programme mit dem Qualitätsmanagement verbunden sind.	
2	Wie 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.	
3	Falls notwendig: Wie gewährleistet die Einrichtung, dass die Patienten über die Abläufe informiert werden und ggf. ihr Einverständnis geben können?	Verfahren sind ggf. festgelegt (Berücksichtigung des Datenschutzes).	
4	Werden die Ergebnisse von Einrichtungsvergleichen (z. B. Ergebnisse aus der Patientenbefragung der Leistungsträger aus anderen einrichtungsvergleichenden Infosystemen) genutzt, um Fehlerursachen zu entdecken, zu analysieren und zu beseitigen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

## 5.5.3 Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen zur Beseitigung/Vermeidung von vorhandenen bzw. möglichen Fehlern und Fehlerursachen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen konkretisiert.	
2	Gibt es ein Beschwerdemanagement mit eindeutiger Zuordnung der Verantwortlichkeiten (z.B. in Bezug auf die Patienten, die Kostenträger oder die Zuweiser)? Gibt es Regelungen zur Bewertung der o. g. Beschwerden (z.B. Nachbearbeitung oder Rückweisung)?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
3	Wie ist sichergestellt, dass ggf. die Qualitätspolitik und die Behandlungskonzepte entsprechend den Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen angepasst werden?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
4	Gibt es Regelungen für Zwischen- und Notfälle?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
5	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass gesetzliche und behördliche Vorschriften erkannt und eingehalten werden?	Gesetzliche Grundlagen, Verordnungen und Vorschriften (zum Datenschutz, zur Arbeitssicherheit, Hygieneverordnung, etc.) werden von der Einrichtung ermittelt und den jeweils Betroffenen zur Verfügung gestellt; hierzu sind Verantwortlichkeiten festzulegen. Die Einhaltung der Regelungen wird im Rahmen des QM-Systems regelmäßig geprüft.	

## V. Glossar<sup>1</sup>

Beauftragter der Leitung	Mitarbeiter der Organisation, der spezifisch mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems betraut ist. Wird in der Regel als „Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB)“ bezeichnet.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Westring 2, 59065 Hamm
Einrichtung	ambulante, ganztätig ambulante (teilstationäre) Einrichtung
FVS , DEGEMED	Fachverband Sucht e.V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
Gesellschaft	Alle diejenigen, welche von der Organisation betroffen sind oder es glauben und nicht zu den Patienten, Interessenspartnern, Mitarbeitern, und Kooperationspartnern gehören.
Interessenspartner	Als Interessenspartner werden in dieser Checkliste betrachtet: die Kostenträger der Rehabilitation, die Zuweiser von Patienten und die Gesellschaft. Der Patient ist ebenfalls den Interessenspartnern der Klinik/Einrichtung zuzurechnen, wird in dieser Checkliste jedoch stets explizit genannt. Die „internen Interessenspartner“ Mitarbeiter, Organisationsbereich/Abteilung (im gegenseitigen Kunden-Lieferanten-Verhältnis) oder Träger/Kapitalgeber werden im Rahmen dieser Checklisten nicht unter die Interessenspartner i.e.S. subsummiert – dies kann für eine Einrichtung jedoch eine sinnvolle Erweiterung des Qualitätsmanagements darstellen.
Einrichtung	Organisation bzw. Organisationseinheit in der Rehabilitation (Rehabilitationsklinik, Fachklinik, Ambulanz, teilstationär Einrichtung, Adaptionseinrichtung 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“ vor; die Zertifizierung von „Einrichtungs-Teilen“ wie z.B. Abteilungen, Fachbereichen oder Servicebereichen ist nach dem DEGEMED/FVS-Verfahren nicht möglich.
Einrichtungskonzept	Darlegung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung beschreibt. Das Einrichtungskonzept kann als fachliches Leitbild gestaltet sein.
Einrichtungsleitbild	s. Mission

<sup>1</sup> Zur Beachtung: im vorliegenden Glossar wird erläutert, mit welcher Bedeutung die Autoren der Checkliste die unten aufgeführten Begriffe gebrauchen. Damit sind die aufgeführten Erläuterungen nicht als allgemeinverbindliche Definitionen zu verstehen.

Kooperationspartner	Als Kooperationspartner werden Personen und Organisationen bezeichnet, die gemeinsam mit der Einrichtung/Einrichtung ergänzende oder ersetzende Leistungen in einer komplexen Behandlung anbieten bzw. durchführen. Für eine Rehabilitationseinrichtung können typischer Weise Kooperationspartner sein: Akutkrankenhäuser, Fachkliniken, niedergelassene Ärzte, niedergelassene Therapeuten, Sozialstationen, Beratungsstellen, etc. aber auch Kostenträger (z.B. Modell-Projekte), Universitäts- und Forschungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen etc.
Management	Gesamtheit der Prozesse , Verfahren und Instrumente, mit welchen eine Organisation sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele erforderlichen Aufgaben bewältigt.
Managementbewertung	Eine systematische, periodische (i.d.R. jährliche) Bewertung des Qualitätsmanagements hinsichtlich: der in der letzten Periode erzielten Ergebnisse bezogen auf die eingesetzten Maßnahmen bzw. Mittel und bezogen auf die definierten Qualitäts- bzw. Unternehmens-Ziele; der Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems und dessen Verbesserungsmöglichkeiten; der Verbesserungsbereiche und -potentiale in allen Einrichtungsbereichen; Angemessenheit der Unternehmensmission, -vision und -werte, der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie des Einrichtungskonzeptes. Darüber hinaus beinhaltet die Managementbewertung die Beurteilung der Qualitäts-Planung (Qualitäts-Ziele) für die kommende Periode sowie die Bewertung der Planung/Festlegung notwendiger Strategien und Maßnahmen.
Management-Review	s. Managementbewertung
messbare Größe	Größe, die in der praktischen Anwendung quantitative Daten liefert. Dies können harte Daten wie z.B. Fehlerzahlen, Dauer in Tagen, Betriebswirtschaftliche Daten, etc. oder weiche Zahlen wie z.B. Fragenbogenwerte, numerische Einschätzungen, etc. sein.
Mission	Eine Formulierung, welche den Zweck einer Einrichtung/Organisation beschreibt.
oberste Leitung	Leitungsgremium (oder –person), das (die) die oberste Stelle in der Hierarchie der betrachteten Organisationseinheit bzw. Einrichtung einnimmt. Die oberste Leitung verfügt über alle zum Management der Organisation notwendigen strategischen und operativen Entscheidungskompetenzen.
Organisationsbereich	Organisatorisch von anderen Bereichen abgegrenzter Teil der betrachteten Organisation (z.B. Abteilung, Fachbereich, Indikati-

	onsbereich, Haus, etc.).
Patient	Die Person (Personen), die durch die Dienstleistungen der Einrichtung „behandelt“ wird (werden). Als Synonyme können „Klient“, oder „Rehabilitand“ angesehen werden. Je nach fachlicher Richtung der Einrichtung kann „der Patient“ auch eine (Teil-) Familie, ein Paar oder ein soziales System sein.
Prozess	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.
Qualität	Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Patienten und Interessenspartner an die Dienstleistung der Einrichtung und der tatsächlichen Dienstleistung (Konkordanz-Definition).  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 Interessenspartner sind (z.B. zuweisender Ärzte, Kliniken; Fachgesellschaften; Kostenträger, etc.).
Qualitätsausschuss	Gremium der Einrichtung, das sich mit spezifischen Fragen der Einrichtung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beschäftigt (oft auch „Qualitäts-Team“).
Qualitätsbericht	Dokumentation, die die wesentlichen Informationen enthält, die Grundlage des Management-Reviews sind; ggf. enthält der Qualitätsbericht auch die Ziel- und Planungsinformationen für die kommende Periode.
Qualitätsmanagement	Managementmodell (s. Management), das sich mit der systematischen Verbesserung der Qualität (s.d.) der Dienstleistung (der Produkte) der Organisation widmet.
Qualitätsmanagement-System	Teil des Qualitätsmanagements, in dem die Systematik der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität (s.d.) 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.
relevante ...	(...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 Qualitätsmanagementinhaltes verbunden. Die jeweilige Einrichtung selbst definiert und legt nachvollziehbar dar, was im Einzelfall als „relevant“ betrachtet wird.
Unternehmensleitbild	s. Mission
Unternehmenswerte	Auch „Werte“, „Values“: Das Einvernehmen und die Erwartun-

	gen, welche beschreiben, wie sich die Mitarbeiter der Organisation verhalten und auf denen alle Geschäftsbeziehungen beruhen (z. B. Offenheit, Vertrauen, Unterstützung und Freundlichkeit).
Unternehmensziele	s. Vision
Vision	Eine Formulierung, bzw. ein Bild das beschreibt, wie die Organisation in der Zukunft aussehen wird. Damit beschreibt die Vision längerfristige Unternehmensziele.

## **VI. Qualitätsgrundsätze von Einrichtungen der Suchtrehabilitation, die sich am Zertifizierungsverfahren im Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ nach DEGEMED/FVS beteiligen**

### **Präambel**

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen, die sich am Zertifizierungsverfahren nach DEGEMED/FVS beteiligen, verpflichten sich, die nachfolgend aufgeführten Qualitätsgrundsätze in ihren Einrichtungen einzuhalten sowie deren Umsetzung kontinuierlich sicherzustellen und zu überprüfen. Sie sehen in der Beachtung dieser Qualitätsgrundsätze einen wichtigen Schritt, eine hohe Versorgungsqualität in der medizinischen Rehabilitation auf der Basis anerkannter rehabilitationsspezifischer Standards in einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis zu gewährleisten und weiterzuentwickeln.

### **1. Das Ziel, die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft zu fördern, ist bestimmend für das gesamte Rehabilitationsgeschehen.**

- 1.1 In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden auf der Grundlage umfassender und individualisierter Behandlungskonzepte vorhandene körperliche, psychische und seelische Beeinträchtigungen behandelt und entsprechende Ressourcen der Patienten gefördert.
- 1.2 Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden Menschen, die nach den international gültigen Klassifikationssystemen (ICD 10, DSM IV) als abhängigkeitskrank einzustufen sind, behandelt. Zielsetzung ist es, rehabilitationsbedürftigen Menschen weitgehende und wirkungsvolle Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft zu sichern. Als Teilziele können hierzu z.B. benannt werden:
  - Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,
  - Stabilisierung der körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung,
  - Förderung der Funktionsfähigkeit und der Entwicklung psychosozialer Kompetenzen,
  - Entwicklung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen,
  - dauerhafte Abstinenz und Rückfallprävention.
- 1.3 Das Ziel, die Teilhabe zu fördern, beinhaltet eine übergreifende Orientierung der Rehabilitation an einem biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell, in dessen Rahmen der Rehabilitand in die Lage versetzt werden soll, ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu führen.

### **2. Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.**

- 2.1 Die medizinische Rehabilitation stellt ein komplexes Teilsystem der Gesundheitsversorgung dar. Die beteiligten Einrichtungen streben an, im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Zusammenarbeit mit vor- und nachbehandelnden Stellen und Ein-

richtungen so zu gestalten, dass möglichst gleitende und nahtlose Übergänge bestehen.

Sie verpflichten sich darüber hinaus, erprobte und erfolgreiche Vorgehensweisen aufzugreifen und deren Umsetzung zu fördern.

- 2.2 In den Einrichtungen wird ein aktiver Einbezug der Rehabilitanden in den Gesundheitsprozess gewährleistet. Im Behandlungsprozess werden auch längerfristige Zielsetzungen, welche die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft betreffen, entsprechend berücksichtigt.

### **3. Die Bedeutung und Erfolge der Rehabilitation sowie der volkswirtschaftliche Nutzen werden über eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit dargestellt.**

- 3.1 Die Einrichtungen setzen sich zum Ziel, vorhandene Ergebnisse zur Wirksamkeit und Effizienz der Rehabilitation, (z. B. über Auswertungen einer Basisdokumentation, der Patientenbefragungen) in Berichten und wissenschaftlichen Publikationen etc. der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
- 3.2 Das Verständnis in der Bevölkerung für den Nutzen einer adäquaten und effizienten Rehabilitation wird durch aktive Maßnahmen gefördert. Hierzu gehört z. B. Presseinformationen zu entsprechenden Anlässen herauszugeben, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Im Rahmen dieser Aktivitäten wird auch auf die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Effektivität der medizinischen Rehabilitationsleistungen an entsprechender Stelle hingewiesen.

### **4. Eine qualifizierte Rehabilitation erfolgt auf der Basis differenzierter therapeutischer Konzepte.**

- 4.1 Eine fachgerechte Behandlung basiert auf rehabilitationsspezifischen Behandlungskonzepten. In den Behandlungskonzepten werden die beruflichen, psychischen, somatischen und sozialen Aspekte, welche mit der Abhängigkeitserkrankung in Beziehung stehen, entsprechend berücksichtigt.
- 4.2 In der Behandlung von Abhängigkeitskranken arbeiten Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation sowie ggf. weitere Berufsgruppen wie Arbeits- und Ergotherapeuten, Dipl.-Sport- und Gymnastiklehrer etc. in einem Behandlungsteam zusammen. Dadurch wird eine interdisziplinäre und ganzheitliche Behandlung gewährleistet.
- 4.3 Entsprechend den Veränderungen der Indikationen und Zielgruppen sowie den wissenschaftlichen Erkenntnissen werden die Konzepte angepasst oder, falls erforderlich, neu entwickelt.

### **5. Die Rehabilitanden stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen des Reha-Team und Managements.**

- 5.1 In einem individuellen Behandlungsplan werden die differenzierten Rehabilitationsziele beschrieben. Grundlage hierfür bildet eine rehabilitationsspezifische Diagnostik.
- 5.2 Das Verständnis der Rehabilitanden für die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit ist die Voraussetzung für die aktive Mitgestaltung des Rehabilitationsverlaufs. Das Ziel der Einrichtungen muß es sein, über die Interaktion mit den Rehabilitanden deren Wünsche und Erwartungen in den Rehabilitationsprozess einzubringen. Darüber hinaus werden, falls erforderlich, auch Angehörige in den Rehabilitationsprozess einbezogen.
- 5.3 Die Anforderungen von Kostenträgern, Zuweisern, Nachbehandlern und sonstigen Beteiligten werden entsprechend berücksichtigt.

## **6. Eine angemessene Strukturqualität ist Voraussetzung für eine hochwertige Rehabilitation.**

- 6.1 Eine entsprechende Strukturqualität der Einrichtungen, die sich u. a. an rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen zu orientieren hat, ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine qualitativ hochwertige Rehabilitation zu sichern.
- 6.2 Die fachliche Leitung weist eine ausgewiesene Kompetenz in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen auf. Ferner steht die Einrichtung unter ärztlicher Verantwortung.
- 6.3 Grundlagen für die personelle und die technisch-apparative Ausstattung sowie die Servicequalität sind die mit den Kosten- und Leistungsträgern abgeschlossenen Versorgungsverträge bzw. die in der Empfehlungsvereinbarung Sucht enthaltenen Vorgaben.
- 6.4 Der individuelle Rehabilitationsverlauf wird durch das therapeutische Milieu in den Einrichtungen unterstützt und gefördert.

## **7. Die Durchführung der Rehabilitation erfordert ein fundiertes Management in den Einrichtungen.**

- 7.1 Das Management in den Einrichtungen zur Rehabilitation muß unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte dafür Sorge tragen, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung realisiert werden kann.
- 7.2 Zu den Managementaufgaben gehört auch die Einführung und Weiterentwicklung eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagementsystems.
- 7.3 Zur Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems werden in den Einrichtungen entsprechende organisatorische Strukturen geschaffen, wie z. B. die Verantwortung in der Leitung, Qualitätsbeauftragte, Qualitätsausschüsse sowie die Einrichtung und Förderung weiterer Arbeitsgruppen (z. B. Qualitätszirkel, Projektgruppen).
- 7.4 Die Umsetzung der Qualitätsziele und -anforderungen und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems werden in regelmäßigen Abständen überprüft.

## **8. Die Effektivität und Effizienz der Rehabilitation werden systematisch überprüft.**

- 8.1 Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Rehabilitationskonzepte und -praxis wird in qualifizierten Einrichtungen zur Rehabilitation eine Basisdokumentation erhoben. Darüber hinaus führen Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige Routine-1-Jahres-Katamnesen als Totalerhebung durch, des weiteren können wissenschaftliche Studien zum Verlauf, den Ergebnissen und der Effizienz der Rehabilitation durchgeführt werden. Neue therapeutische Konzepte und deren Wirkungen werden systematisch evaluiert.
- 8.2 Voraussetzung für eine effektive Behandlung ist, dass diese qualifiziert und differenziert, an den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiert, und mit einer angemessenen Dauer erfolgt.

**9. Die Behandlung nutzt nachweisbar den suchtkranken Menschen, der Volkswirtschaft und der Gesellschaft.**

- 9.1. Durch die Behandlung werden Krankheitsfolgekosten (z. B. akutmedizinische Behandlung, Arbeitsunfähigkeit) verringert und eine krankheitsbedingte Frühberentung verzögert. Darüber hinaus wird die Leistungsfähigkeit erkrankter Erwerbstätiger wiederhergestellt bzw. gefördert. Die Einrichtungen der qualifizierten medizinischen Rehabilitation tragen damit zur Sicherung des Wirtschaftsstandorts Deutschland bei.
- 9.2. Die Behandlung ermöglicht Abhängigkeitskranken darüber hinaus ein würdevolles, zufriedenes und sinnerfülltes Leben in unserer Gesellschaft zu führen. Soziale und familiäre Belastungen und Probleme, die aus der Abhängigkeitserkrankung resultieren, werden abgebaut.
- 9.3. Die Einhaltung sozialethischer Grundsätze in unserer Gesellschaft wird durch die Rehabilitation Abhängigkeitskranker gefördert.

**10. Die Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird von den Einrichtungen gefördert.**

- 10.1 Die Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird, orientiert an den Bedürfnissen der Rehabilitanden sowie an zukünftigen gesellschaftlichen und sozialen Anforderungen, auf allen Handlungsebenen kontinuierlich gefördert.