

Internes Qualitätsmanagement:

Auditleitfaden 4.0

zum Zertifizierungsverfahren

nach FVS / DEGEMED

für die Bereiche

„Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“

(stationäre Einrichtungen)

4. Auflage

FVS DEGEMED Auditleitfaden 4.0

Impressum

Danksagung der Herausgeber :

Das ursprüngliche DEGEMED/FVS-Verfahren wurde unter Beratung von Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow (†) als wissenschaftlichem Experten entwickelt und ist mit verschiedenen Zertifizierungsgesellschaften (EQ ZERT, LGA InterCert, DIOcert) abgestimmt worden.

Die aktualisierte Ausgabe wurde insbesondere unter Mitwirkung folgender Personen erstellt:

- Rudolf Bachmeier, AKG Dr. S. Zwick GmbH & Co. KG, Bad Füssing
- Dr. Reinhart Butsch (MBA), Wicker-Gruppe, Bad Wildungen
- Franz Herder, AHG-Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG), Düsseldorf
- Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V. (FVS), Bonn

Internes Qualitätsmanagement: Auditleitfaden 4.0 zum Zertifizierungsverfahren nach FVS/DEGEMED für die Bereiche „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ (stationäre Einrichtungen), 4. Auflage, Bonn 2010

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 herausgebenden Stelle reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 0228-26 15 55

Fax: 0228-21 58 85

www.sucht.de

E-Mail: sucht@sucht.de

Bonn, September 2010

Inhalt

	Seite
I. Vorwort der herausgebenden Stelle	8
II. Beziehung: FVS/DEGEMED Auditleitfaden 4.0 zu DIN EN ISO 9001:2008	10
III. Hinweise zum Auditleitfaden	11
IV. Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis	12
1 Verantwortung der Leitung	12
1.1 Selbstverpflichtung der Leitung	12
1.2 Patienten- und Interessenpartner – Orientierung	14
1.3 Leitbild und Einrichtungskonzept (Qualitätspolitik)	15
1.4 Planung	16
1.4.1 Qualitätsziele	16
1.4.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems	17
1.5 Verantwortung, Befugnis, Kommunikation.....	18
1.5.1 Verantwortung und Befugnis	18
1.5.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement	18
1.5.3 Interne Kommunikation.....	19
1.5.4 Externe Kommunikation	20
1.6 Managementbewertung.....	22
1.6.1 Allgemeines.....	22
1.6.2 Eingaben für die Bewertung	22
1.6.3 Ergebnisse der Bewertung	24
2 Rehaspezifische Anforderungen	25
2.1 Personelle Ausstattung.....	25
2.1.1 Allgemeines.....	25
2.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung.....	28
2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung	29
2.3 Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit.....	31

3	Realisierung der Reha-Prozesse.....	32
3.1	Projektmanagement	32
3.2	Planung der Prozesse	33
3.2.1	Rehabilitationskonzepte	34
3.3	Patientenbezogene und unterstützende Prozesse	37
3.3.1	Aufnahme	37
3.3.2	Diagnostik.....	38
3.3.3	Rehabilitation.....	40
3.3.4	Pflege	44
3.3.5	Konsile.....	44
3.3.6	Entlassung.....	45
3.3.7	Patientendokumentation.....	46
3.3.8	Weitere unterstützende Prozesse	49
3.4	Prozesse bezüglich Leistungsträger und weiterer Interessenspartner	49
3.5	Beschaffung	51
3.6	Lenkung von Überwachungsmaßnahmen	52
4	Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung).....	53
4.1	Allgemeines	53
4.2	Überwachung und Messung.....	53
4.2.1	Rehabilitandenbefragung	53
4.2.2	Zufriedenheit von Leistungsträger und weiterer Interessenspartner.....	54
4.2.3	Internes Audit	54
4.2.4	Messung und Überwachung von Rehabilitations- und unterstützenden Prozessen ..	55
4.3	Lenkung von Fehlern und Beschwerden	57
4.4	Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik.....	58
4.5	Verbesserung	61
4.5.1	Ständige Verbesserung	61
4.5.2	Externe Qualitätssicherung	61
4.5.3	Korrekturmaßnahmen.....	62
4.5.4	Vorbeugemaßnahmen.....	63
5	Qualitätsmanagementsystem	65
5.1	Allgemeine Anforderungen	65
5.2	Dokumentationsanforderungen	65
5.2.1	Allgemeines	65
5.2.2	Qualitätsmanagement-Handbuch	66
5.2.3	Lenkung von Dokumenten.....	66
5.2.4	Lenkung von Aufzeichnungen	67

V. Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen	68
VI. Übersicht über die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement	70
VII. Glossar	73
VIII. Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagement	81
IX. Qualitätsgrundsätze nach FVS/DEGEMED	86

I. Vorwort der herausgebenden Stelle

Die Entwicklung von einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen stellt eine der aktuellen Herausforderungen in den verschiedenen Feldern des Gesundheitswesens dar. Dies findet auch seinen Ausdruck darin, dass der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes die Zertifizierung von stationären Rehabilitationseinrichtungen fordert. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat zur weiteren Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem sowie an entsprechende Zertifizierungsverfahren festgelegt. Hierbei wurden auch die Erfahrungen aus bereits bestehenden Verfahren einbezogen.

Speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde von der DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.) bereits frühzeitig 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. Mit dieser neuen Version 4.0 wird der Auditleitfaden um den Bereich „Psychosomatik“ erweitert. Dies geschieht insbesondere aus dem Grund, dass Fachkliniken mit den Abteilungen für „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ sich zukünftig lediglich an diesem Auditverfahren orientieren müssen und ein Zertifikat nun für die gesamte Fachklinik erteilt werden kann. In diesem Zusammenhang wurden auch die Qualitätsgrundsätze sowie der detaillierte Auditleitfaden überarbeitet. Ziel des Verfahrens 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 fundiert und enthält Aspekte des EFQM-Modells. Von daher orientiert sich der Aufbau des aktualisierten Auditleitfadens 4.0 an der Struktur der DIN EN ISO 9001:2008. Darüber hinaus sind reha-spezifische Qualitätskriterien enthalten (z.B. Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]) 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 DIN EN ISO 9001:2008) berücksichtigt. Mit dem Zertifizierungsverfahren werden sowohl die Anforderungen zur Anerkennung von reha-spezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren wie auch die Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erfüllt (s. Kapitel VI.). In den Hinweisen für die Praxis wird jeweils der Bezug zu den Qualitätskriterien an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement der BAR sowie zur DIN-EN-ISO 9001:2008 hergestellt. Darüber hinaus wurden auch Anforderungen des Visitationsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund integriert.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass sich eine interessierte Rehabilitationseinrichtung - 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 einzusetzen sind, in welchem Zeitraum eine Zertifizierung erlangt werden soll und welche Schritte (z.B. Einsatz des Auditleitfadens zur Überprüfung einzelner Handlungsfelder, Entwicklung von exemplarischen Handlungsanweisungen) bereits im Vorfeld einer möglichen Anmeldung für das Zertifizierungsverfahren eingeleitet werden sollen.

Im Auditleitfaden (s. Kap. IV) sind den einzelnen Fragen deshalb erläuternde Hinweise zur praktischen Umsetzung zugeordnet. Darüber hinaus können dort in das Feld „Bemerkungen“ ggf. eigene Angaben der jeweiligen Einrichtung zum Stand der Umsetzung etc. eingetragen werden.

Die Zertifizierung selbst beinhaltet die Überprüfung des Erfüllungsgrades operationalisierter Qualitätskriterien einer Reha-Klinik durch einen externen, neutralen Auditor¹ einer Zertifizierungsgesellschaft². Wenn der Erfüllungsgrad dem vorab festgelegten Soll-Zustand entspricht, so erhält eine Rehabilitationsklinik das angestrebte Zertifikat. Im Mittelpunkt der Zertifizierung steht die systematische Bewertung der Gesamtorganisation „Rehabilitationsklinik“, 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. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist allerdings eine hohe Motivation und die Bereitschaft der Leitung und Mitarbeiter/innen, sich auf diesen Prozess einzulassen und entsprechende Ressourcen bereitzustellen.

Die Beteiligung an dem Zertifizierungsverfahren steht allen stationären Einrichtungen mit Schwerpunkten in den Bereichen „Abhängigkeitserkrankungen“ sowie „Psychosomatik“ offen.³ Der Fachverband Sucht e.V. übernimmt gegenüber der BAR die Funktion für das Zertifizierungsverfahren als herausgebende Stelle und meldet damit der BAR die stationären Rehabilitationseinrichtungen, denen ein Zertifikat nach dem FVS/DEGEMED-Verfahren ausgestellt wurde. Das Verfahren ist von der BAR offiziell anerkannt worden.

Der FVS hat ein spezielles Logo entwickelt (s.u.), welches nur stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die a) auf Grundlage des von der BAR anerkannten Zertifizierungsverfahrens nach FVS/DEGEMED Auditleitfaden 3.0 bzw. Auditleitfaden 4.0 zertifiziert wurden, und welche b) in der Datenbank der BAR (www.bar-frankfurt.de) zur Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX in der Liste „Zertifizierte stationäre Reha-Einrichtungen“ aufgeführt sind, verwenden können. Das Logo kann bei der Geschäftsstelle des FVS von den entsprechenden Reha-Einrichtungen angefordert werden.

Dr. Volker Weissinger
 Fachverband Sucht e.V.
 Walramstraße 3
 53175 Bonn
 Tel.: 0228-26 15 55
 Fax: 0228-21 58 85
www.sucht.de
 E-Mail: sucht@sucht.de



¹ Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird nur die männliche Schreibweise verwendet.

² Eine Zusammenarbeit erfolgt mit folgenden Zertifizierungsgesellschaften:

- EQ Zert, Einsteinstr. 59, 89077 Ulm, Tel.: 07 31/18 48 68-0, www.eqzert.de
- LGA InterCert GmbH, Tillystr. 2, 90431 Nürnberg, Tel.: 09 11/6 55-41 61, www.lga-intercert.com
- DIOcert GmbH, Hindenburgplatz 3, 55118 Mainz, Tel.: 0 61 31/6 19 29-0, www.diocert.de

³ Nähere Informationen sind beim Fachverband Sucht e.V., Tel.: 02 28/26 15 55, zu erfragen.

II. Beziehung: FVS/DEGEMED Auditleitfaden 4.0 zu DIN ISO 9001:2008

FVS/DEGEMED 2010	DIN ISO 9001:2008
<p style="text-align: center;">1 Verantwortung der Leitung</p> <p>1.1 Selbstverpflichtung der Leitung 1.2 Patienten- und Interessenspartner-Orientierung 1.3 Leitbild und Einrichtungskonzept (Qualitätspolitik) 1.4 Planung 1.5 Verantwortung, Befugnis, Kommunikation 1.6 Managementbewertung</p>	<p style="text-align: center;">4 Qualitätsmanagementsystem</p> <p>4.1 Allgemeine Anforderungen 4.2 Dokumentationsanforderungen (Allgemeines, QM-Handbuch, Lenken von Dokumenten und Aufzeichnungen)</p>
<p style="text-align: center;">2 Rehaspezifische Anforderungen</p> <p>2.1 Personelle Ausstattung 2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung 2.3 Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit</p>	<p style="text-align: center;">5 Verantwortung der Leitung</p> <p>5.1 Selbstverpflichtung der Leitung 5.2 Kundenorientierung 5.3 Qualitätspolitik 5.4 Planung (Qualitätsziele, Planung des QM) 5.5 Verantwortung/Befugnisse Kommunikation (Verantwortung/Befugnis, Beauftragte der obersten Leitung, Kommunikation) 5.6 Managementbewertung (Allgemeines, Eingabe und Ergebnisse der Bewertung)</p>
<p style="text-align: center;">3 Realisierung der Rehaprozesse</p> <p>3.1 Projektmanagement 3.2 Planung der Prozesse, Rehabilitationskonzepte 3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse (Aufnahme, Diagnostik, Rehabilitation, Pflege, Konsile, Entlassung, Patientendokumentation, weitere unterstützende Prozesse) 3.4 Prozesse bezüglich Interessenspartnern 3.5 Beschaffung (siehe auch Konsile 3.3) 3.6 Lenkung von Überwachungsmaßnahmen</p>	<p style="text-align: center;">6 Management der Ressourcen</p> <p>6.1 Bereitstellung der Ressourcen 6.2 Personelle Ressourcen (Allgemeines, Fähigkeit/Schulung und Bewusstsein) 6.3 Infrastruktur 6.4 Arbeitsumgebung</p>
<p style="text-align: center;">4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)</p> <p>4.1 Allgemeines 4.2 Überwachung und Messung (Rehabilitandenbefragungen, Zufriedenheit von Leistungsträgern und weiteren Interessenspartnern, Internes Audit, Messung und Überwachung Rehabilitations- und unterstützenden Prozessen) 4.3 Lenkung von Fehlern und Beschwerden 4.4 Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik 4.5 Verbesserung (Ständige Verbesserung, Externe Qualitätssicherung, Korrekturmaßnahmen, Vorbeugungsmaßnahmen)</p>	<p style="text-align: center;">7 Produktrealisierung</p> <p>7.1 Planung der Produktrealisierung 7.2 Kundenbezogene Prozesse (Bewertung der Anforderungen, Kommunikation mit dem Kunden) 7.3 Entwicklung (Entwicklungsplanung, -eingaben, -ergebnisse, -bewertung, -verifizierung, -validierung, Lenkung von Entwicklungsveränderungen) 7.4 Beschaffung (Beschaffungsprozess, -angaben, Verifizierung von beschafften Produkten) 7.5 Produktion und Dienstleistungserbringung (Lenkung, Validierung der Prozesse, Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit, Eigentum des Kunden, Produkterhaltung) 7.6 Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln</p>
<p style="text-align: center;">5 Qualitätsmanagementsystem</p> <p>5.1 Allgemeine Anforderungen 5.2 Dokumentationsanforderungen (Allgemeines, Qualitätsmanagement Handbuch, Lenkung von Dokumenten, Lenkung von Aufzeichnungen), siehe auch Patientendokumentation 3.3.7</p>	<p style="text-align: center;">8 Messung, Analyse, Verbesserung</p> <p>8.1 Allgemeines 8.2 Überwachung, und Messung (Kundenzufriedenheit, interne Audits, Überwachung/Messung von Prozessen und Produkten) 8.3 Lenkung fehlerhafter Produkte 8.4 Datenanalyse 8.5 Verbesserung (Ständige Verbesserung, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen)</p>

III. Hinweise zum FVS/DEGEMED Auditleitfaden 4.0

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

Der Auditleitfaden hat eine einheitliche Gliederung:

1. Verantwortung der Leitung

1.1 Verpflichtung der Leitung

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

IV. Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis

1 Verantwortung der Leitung

1.1 Selbstverpflichtung der Leitung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Kann die Einrichtung nachweisen, dass sie der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems und der ständigen Verbesserung seiner Wirksamkeit nachkommt?	Ein Qualitätsmanagement-System wird eingeführt, regelmäßig bewertet und hinsichtlich seiner Eignung und Wirksamkeit überprüft. Die Einrichtung verfügt über ein Leitbild, ein Einrichtungskonzept und hat Qualitätsziele formuliert. Entsprechende Strukturen zur Realisierung eines Qualitätsmanagement-Systems (Benennung des Beauftragten der obersten Leitung) sind gebildet worden, die Leistungen der Einrichtung und Zuständigkeiten sind beschrieben, entsprechende Daten zur Beurteilung der Behandlung und Kundenzufriedenheit werden erhoben, ausgewertet und fließen in die weiteren Planungen ein. Die Einrichtung verfügt über bzw. erarbeitet ein Qualitätsmanagementhandbuch. Dieses wird kontinuierlich überarbeitet und aktualisiert.	Anforderung: BAR 4.1, 4.2 und 5.1 DIN EN ISO 9001:2008 5.1
2	Hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen zur Verwirklichung und Aufrechterhaltung und zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems festgelegt und bereitgestellt?	Die Einrichtung hat einen Beauftragten der obersten Leitung benannt, der für die Entwicklung, Betreuung und Weiterentwicklung des QM-Systems zuständig ist. Darüber hinaus ist ein Qualitätsausschuss mit festgelegten Befugnissen und Verantwortlichkeiten etabliert, Qualitätszirkel bzw. spezifische Arbeitsgruppen entwickeln zu konkreten Problemen spezifische Verbesserungs- und Lösungsvorschläge. Das QM-System und darin enthaltene Instrumente werden kontinuierlich angewendet, um die Qualitätsziele der Einrichtung zu erreichen und bei Abweichungen entsprechende Korrekturmaßnahmen durchzuführen.	Anforderung: BAR 4.1 (3), 4.2 (1, 3) DIN EN ISO 9001:2008 5.1, 6.1

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen Ressourcen zur Erhöhung der Zufriedenheit von Patienten, Leistungsträgern und weiteren Interessenpartnern durch Erfüllung der Kundenanforderungen und zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Teilhabe von Rehabilitanden an gesellschaftlichen Lebensbereichen festgelegt und bereitgestellt?		Anforderung: BAR 4.1 (2, 3) und 5.1, 5.4 (2) DIN EN ISO 9001:2008 5.1, 5.4
4	Stellt die Einrichtung sicher, dass die Anforderungen der Leistungsträger, sowie die sozialrechtlichen Grundlagen und deren Vereinbarungen erkannt und eingehalten werden?	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzgebung • Vereinbarungen zum internen Qualitätsmanagement • Rehabilitations-Richtlinie • Vertragliche Vereinbarungen und Mitteilungen der Leistungsträger • Anforderungen durch Strukturhebungsbogen des Leistungsträgers • Leitlinien • Therapiestandards (der Deutschen Rentenversicherung) • Anforderungen durch DMP-Programme 	Anforderung: BAR 2 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.1
5	Wird die gesellschaftliche Verantwortung der Einrichtung in der Qualitätspolitik thematisiert? Wird dies durch konkrete Projekte oder Umsetzungen von Qualitätszielen belegt?	Die Einrichtung weist in verschiedener Form (z.B. Informationsveranstaltungen, Jahresberichte) auf die gesellschaftliche Bedeutung von Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen 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.	Anforderung: BAR 1 (1, 3, 4, 5), 5.3 und 5.4 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.3
6	Wird in der Einrichtung sichergestellt, dass die durchgeführten Maßnahmen dem aktuellen medizinischen und reha-wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechen?	AWMF Leitlinien, Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ der DRV Bund	Anforderung: BAR 2 (4), 3 (7)
7	Stellt die Leitung der Einrichtung sicher, dass weitere gesetzliche und behördliche Vorschriften erkannt und eingehalten werden? Werden die gesetzlich vorgeschriebenen Unterweisungen durchgeführt, die Teilnahme dokumentiert und überprüft?	Die Vorschriften müssen in der Einrichtung umgesetzt und auf Erfüllung hin geprüft werden.	Anforderung: BAR 5.2 (2)

1.2 Patienten- und Interessenpartner - Orientierung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Patienten und • der Leistungsträger und • wichtiger weiterer Interessenpartner ermittelt und diese auf Zielerreichung überprüft werden? 	<p>Weitere Interessenpartner sind zu benennen. Dies können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuweisende Ärzte und Krankenhäuser, • Sozialdienste, • weiterbehandelnde Ärzte, Einrichtungen und Therapeuten, • ambulante Pflegedienste und Home-Care-Versorgung • Selbsthilfegruppen • Mitarbeiter <p>• Träger der Einrichtung</p>	<p>Anforderung: BAR 6.3 und 9 (8, 9, 10) DIN EN ISO 9001:2008 5.2</p> <p>Anforderung: BAR 1 (2) und 5.5</p>
2	<p>Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Anforderungen der Gesellschaft (wie Verbesserung der Funktionsfähigkeit, der Aktivitäten und der Teilhabe von Rehabilitanden) unter Berücksichtigung reha-wissenschaftlicher Erkenntnisse ermittelt und diese auf Zielerreichung überprüft werden?</p>	<p>Erwerbsfähigkeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben</p>	<p>Anforderung BAR 2 (4), 3 (4,5)</p>
3	<p>Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass den Mitarbeitern die Bedeutung vermittelt wird, Anforderungen von Patienten, Leistungsträgern und weiterer Interessenpartnern und gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen?</p>	<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung in Leitbild und Einrichtungskonzept (Qualitätspolitik) • Gegenstand von Qualitätszielen • Beurteilung in der Managementbewertung • Beurteilung durch interne Audits 	<p>Anforderung: BAR 1 (2, 4) DIN EN ISO 9001:2008 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.4.2, 5.6.1, 8.2.2</p>

1.3 Leitbild und Einrichtungskonzept (Qualitätspolitik)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Verfügt die Einrichtung über ein schriftlich festgelegtes Leitbild und ist dies für den Zweck der Einrichtung angemessen? Enthält es eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Verbesserung? Wird die Mitarbeiterorientierung dabei berücksichtigt? Ist die in SGB IX dargestellte Teilhabeorientierung der Rehabilitation Grundlage des Leitbilds?	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. 3.2.1).	BAR 1 (1, 2, 3, 4) DIN EN ISO 9001:2008 5.3
2	Wird das Leitbild regelmäßig (1x pro Jahr) geprüft, ob es aktuell ist?		Anforderung: BAR 1 (6) DIN EN ISO 9001:2008 5.3
3	Verfügt die Einrichtung über ein schriftlich festgelegtes Einrichtungskonzept und ist dies für den Zweck der Einrichtung angemessen? Wird in dem Einrichtungskonzept die Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems und die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung aufgeführt?		Anforderung: BAR 2 (5-8)
4	Werden im Einrichtungskonzept folgende Aspekte dargestellt: <ul style="list-style-type: none"> • das Indikationsspektrum, • die indikationsbezogenen Rehabilitationsangebote (Leistungsspektrum), • die jeweiligen Rehabilitationsziele und • die Maßnahmen zur Reha-Nachsorge? 		Anforderung: BAR 2 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 5.3
5	Wird die Ergebnisorientierung der in der Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen im Einrichtungskonzept thematisiert?	Im Konzept wird dargelegt, wie die Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation überprüft werden.	Anforderung: BAR 3 (6) und 9 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.3

6	Wird das Einrichtungskonzept regelmäßig (1x pro Jahr) geprüft, ob es aktuell ist?		Anforderung: BAR 2 (8)
7	Ist das Einrichtungskonzept mit den federführenden Leistungsträgern abgestimmt?		Anforderung: BAR 2 (3)
8	Enthält die Qualitätspolitik (Leitbild oder Einrichtungskonzept) Hinweise für ein „konstruktives Miteinander“ im Umgang?	Mitarbeiterbeteiligung und Mitarbeiterzufriedenheit	Anforderung: BAR 5.5
9	Sind das Leitbild und das Einrichtungskonzept auf allen relevanten Ebenen bekannt? Stellt die Leitung sicher, dass die Inhalte von den Mitarbeitern verstanden und in der Alltagspraxis umgesetzt werden?	Das Leitbild und das Einrichtungskonzept sind allen Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Schulungen, Aushänge oder schriftliche Informationen bekannt zu machen.	Anforderung: BAR 1 (2, 4) DIN EN ISO 9001:2008 5.3
10	Wird das Leitbild gegenüber den Patienten, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit kommuniziert?	Die Veröffentlichung erfolgt z.B. auf der Homepage, im Qualitätsbericht.	Anforderung: BAR 1 (4)

1.4 Planung

1.4.1 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.	Anforderung: BAR 4.1 (2), 5.3 (1, 3) und 9 (3,5,6,7,8) DIN EN ISO 9001:2008 5.4.1
2	Berücksichtigen die Qualitätsziele die Anforderungen der Patienten, Leistungsträger und weiterer Interessenpartner?	Bei der Festlegung von Qualitätszielen werden auch die Anforderungen der Leistungsträger sowie entsprechende Rückmeldungen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger	Anforderung: BAR 5.3 (1) und 9 (8) DIN EN ISO 9001:2008

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
		einbezogen. Ebenfalls werden Anforderungen von weiteren Interessenspartnern (z.B. niedergelassenen Ärzte, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, behördlichen Stellen, Krankenhäusern, etc.) berücksichtigt.	5.4.1
3	Werden die Qualitätsziele in der Einrichtung in Maßnahmenplänen, Projekten und Qualitätszirkeln, etc. umgesetzt?	Die Zielerreichung wird überprüft und dokumentiert.	Anforderung: BAR 5.3 (2) und 9 (6, 9) DIN EN ISO 9001:2008 5.4.1

1.4.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Prozesse und andere Aspekte des Qualitätsmanagementsystems geplant werden? Wie erfolgt die Anpassung an die sich ändernden Anforderungen?	Die Einrichtungsleitung bewertet regelmäßig den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagement-Systems, legt Befugnisse und Verantwortlichkeiten fest (z.B. Qualitätsmanagement-Beauftragter, Qualitätsmanagement-Team), sorgt dafür, dass die Behandlungsqualität und die Kundenzufriedenheit der verschiedenen Interessenspartner erhoben werden, qualitätsrelevante Prozesse der Einrichtung dargestellt werden und Anpassungen an sich ändernde Anforderungen (z.B. der DIN/EN/ ISO-Normen, der externen Kooperationspartner) Berücksichtigung finden.	Anforderung: BAR 5.1 DIN EN ISO 9001:2008 5.4.2
2	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung interner und externer Qualitätsaudits? Liegt der Einrichtung ein externes Auditprogramm vor, das folgende Kriterien berücksichtigt: - Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche - Ergebnisse früherer externer Audits - Auditkriterien einschl. Kriterien für den externen Auditor und Auditumfang?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt. Die Qualifikation des externen Auditors ist gegenüber der Einrichtung nachgewiesen. Dieser verfügt über Reha- und möglichst indikationsspezifische Kenntnisse. Die Einrichtung wird durch den externen Auditor über Einspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten gegen die Entscheidung der Zertifizierungsstelle sachgerecht informiert.	Anforderung: BAR 5.4 (1) DIN EN ISO 9001:2008 5.4.2

1.5. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

1.5.1 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? Liegen ferner auch Stellenbeschreibungen vor?	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 Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen, Organigramme, Verfahrensanweisungen, Unterschriften- / Kompetenzregelungen dokumentiert werden. Stellenbeschreibungen sind zudem erforderlich.	Anforderung: BAR 2 (1), 5.1 (1, 2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.1

1.5.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Hat die Einrichtungsleitung einen „Beauftragten der obersten Leitung (BOL)“ für Fragen des Qualitätsmanagements schriftlich benannt?</p> <p>Kann die Einrichtung die erforderliche Qualifikation und Erfahrung des BOL bzw. QM-Beauftragten nachweisen? Werden die erforderlichen (zeitlichen) Ressourcen zur Verfügung gestellt?</p>	<p>Der Beauftragte der obersten Leitung (BOL) muss eine Person aus der Leitung der Organisation sein, welche bereichsübergreifende Kenntnisse und Kompetenzen besitzt und in die Leitung der Gesamtorganisation involviert ist (z.B. Geschäftsführer, Vorstand, Prokurist, Einrichtungsleiter, Mitglied der Geschäftsleitung). Bei der Umsetzung seiner entsprechenden Aufgaben kann der Beauftragte der obersten Leitung durch weitere interne und externe Personen (z.B. QM-Beauftragte) unterstützt werden.</p> <p>Der Beauftragte der obersten Leitung (BOL) für Qualitätsmanagement ist offiziell zu ernennen und bekannt zu machen (z.B. durch Aushang, Rundschreiben, namensbezogenes Organigramm etc.).</p> <p>Sind BOL und QM-Beauftragter zwei verschiedene Personen, gilt die Anforderung an Qualifikation, Fortbildung und zeitliche Ressourcen als erfüllt, wenn sie für den QM-Beauftragten nachgewiesen werden</p>	Anforderung: BAR 4.1 (3), 4.2 (1, 2, 4), 5.4 (2) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Sind die Aufgabenbereiche des Beauftragten der obersten Leitung sowie - falls vorhanden - weiterer zuständiger Personen (z.B. eines dem Beauftragten der obersten Leitung zugeordneten QM-Beauftragten) sowie entsprechende Verpflichtungen und Verantwortungen geregelt? Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Sicherstellung, dass die Prozesse des Qualitätsmanagementsystems eingeführt und aufrechterhalten werden. • Das Berichtswesen an die Leitung über die Leistung des Qualitätsmanagementsystems und der notwendigen Verbesserungen. • Die Förderung des Bewusstseins über die Anforderungen der Patienten, Leistungsträger und Interessenpartner. 	<p>Die Aufgaben, der Verantwortungsbereich und die Befugnisse des Beauftragten der obersten Leitung sind schriftlich geregelt. Der Beauftragte der obersten Leitung ist u.a. für die Etablierung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-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.</p> <p>Er kann hierbei durch weitere Personen (z.B. einen QM-Beauftragten, der als Stabsstelle [rechte/ausführende Hand] des Beauftragten der obersten Leitung fungiert) unterstützt werden. Verantwortungen und Befugnisse sowie die ggf. bestehende Aufgabenteilung zwischen dem Beauftragten der obersten Leitung und dem/den QM-Beauftragten bzw. den QM-Teams müssen über Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen festgelegt sein.</p>	<p>Anforderung: BAR 4.2 (4, 5), DIN EN ISO 9001:2008 5.5.2</p>
3	<p>Gibt es einen Qualitätsmanagement-Ausschuss mit festgelegten Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Tagungsrhythmus und Berichtswesen?</p>	<p>In kleinen Einrichtungen können QM-Ausschuss und Leitungsteam gemeinsam durchgeführt werden.</p>	<p>Anforderung: BAR 4.1 (1,3), 5.4 (2), 5.5 (1)</p>

1.5.3. Interne Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Ist sichergestellt, dass den Mitarbeitern notwendige Informationen für ihre Behandlung/Dienstleistungserbringung bekannt sind?</p>	<p>Relevante Informationen zum Behandlungsprozess des Patienten werden regelmäßig und im erforderlichen Umfang interdisziplinär ausgetauscht, in Form von Teambesprechungen, Übergaben etc.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.5 (1), 11 (1,2) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Ist die interne Kommunikation sichergestellt? Welche regelmäßigen Besprechungen zur Steuerung der Rehabilitation (intra- und interdisziplinäre „Fallkonferenzen“, Supervisionen) finden statt? Werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Ist die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich? Wird die Umsetzung und Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?	Die Besprechungen müssen entsprechend dokumentiert und zugänglich sein. Entsprechende Beschlüsse sind umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.	Anforderung: BAR 5.5 (1) 11 (1,2) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3
3	Welche regelmäßigen Besprechungen zu organisatorischen Fragen finden statt? Werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wird die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich gemacht? Wird die Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?	Die Besprechungen der Gremien (z.B. der Qualitätszirkel) sind zu dokumentieren und den betroffenen Mitarbeitern zugänglich zu machen. Die Umsetzung der Beschlüsse und die Wirksamkeit von beschlossenen Maßnahmen werden überprüft.	Anforderung: BAR 11 (1,2) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3
4	Welche regelmäßigen Besprechungen zwischen den Mitarbeitern bzw. der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung finden statt? Werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter über die Besprechungen informiert werden?	Die Besprechungen müssen entsprechend dokumentiert werden. Entsprechende Beschlüsse sind bekannt zu machen, umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Hierunter fallen nur solche Inhalte, die im Rahmen des Betriebsverfassungsgesetzes bzw. Personalvertretungsgesetzes den Mitarbeitern zugänglich gemacht werden dürfen.	Anforderung: BAR 11 (1) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3
5	Werden die Vorschläge, Ideen und das Wissen von Mitarbeitern erfasst, bewertet und umgesetzt? Gibt es ein „Vorschlagswesen“?		Anforderung: BAR 5.5 (1,2,3), 9 (10), 10 (1, 3, 4) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3
6	Ist sichergestellt, dass zur Informationssammlung und -verteilung die notwendigen Techniken und Medien bereitgestellt werden?	Beispiele elektronischer Kommunikation: E-Mail-System, Intranet, EDV-gestützte Patientendokumentation	Anforderung: BAR 4.1 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3

1.5.4 Externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beteiligen sich Mitarbeiter der Einrichtung an wissenschaftlichen Tagungen oder wesentlichen Fachkongressen, an „externen Qualitätszirkeln“ oder ähnlichen Arbeitsgremien?	Dokumentation der Teilnahme	DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Nehmen die Einrichtungsmitarbeiter an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil? Nehmen Einrichtungsvertreter an wichtigen Fachkongressen teil?	Dokumentation der Teilnahme	Anforderung: BAR 11 (6) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2
3	Sind Ärzte und leitende Therapeuten Mitglieder in Fachgesellschaften oder ist die Einrichtung Mitglied eines Fachverbandes?	Dokumentation der Mitgliedschaft	
4	Finden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte /Therapeuten /Pflegepersonal etc. und die Allgemeinbevölkerung durch die Einrichtung statt? (Tag der offenen Tür, Reha-Tag)	Dokumentation der Durchführung	Anforderung: BAR 11 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2
5	Besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen?	Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird von der Einrichtung aktiv gesucht, unterstützt und dokumentiert.	Anforderung: BAR 6 (1, 3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2
6	Ist der regelmäßige Kontakt zu Leistungsträgern und Interessenspartnern sichergestellt?		Anforderung: BAR 6 (3) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2
7	Ist die Zusammenarbeit mit Servicestellen, Beratungsstellen, Hausärzten etc. geregelt?		Anforderung: BAR 6 (3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 5.5.3, 6.2

1.6 Managementbewertung

1.6.1 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 Peer-Review-Verfahrens der Rentenversicherungsträger). Bei Bedarf wird das Qualitätsmanagement-System überarbeitet bzw. ergänzt.	Anforderung: BAR 5.3 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 5.6.1

1.6.2 Eingaben für die Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Besteht ein System zur Sammlung und Aufbereitung von Informationen und Daten als Input für die Durchführung der Managementbewertung?	Die Benennung von Verantwortlichen für die Sammlung von Daten und Bewertungen ist sinnvoll (z.B. QMB)	Anforderung: BAR 5.3 (1)
2	Beinhaltet die Managementbewertung: <ul style="list-style-type: none"> Einrichtungskonzept und Leitbild (Prüfung auf Aktualität) Rehabilitationskonzept (Prüfung auf Aktualität) Ergebnisse von Audits (Interne Audits, Zertifizierungsaudits) 	Die Managementbewertung ist ein zentraler Punkt des Qualitätsmanagements. Ziel ist es, einen ständigen Verbesserungsprozess in der Einrichtung zu realisieren und die strategische Ausrichtung der Einrichtung festzulegen. Die Aufstellung kann um weitere einrichtungsspezifische Anforderungen ergänzt werden.	Anforderung: BAR 1 (6), 2 (8), DIN EN ISO 9001:2008 5.6.2 Anforderung: BAR 3 (7) Anforderung: BAR 5 (4)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldungen von Patienten, Leistungsträgern und weitere Interessenpartner (Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, Visitationsergebnisse/Begehungen der Leistungsträger) • Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (auch Rehabilitations-Prozesse) • <u>Falls relevant</u>: Umsetzung von Leitlinien der AWMF sowie Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (Umsetzungsgrad, Erfüllung des geschätzten Bedarfs) und Prüfung auf Aktualität der Leitlinie • Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (wie Peer-Review, Patientenbefragung, Struktur und Konzeptanalyse und weitere Daten) • Ergebnisse der Basisdokumentation und ggf. katamnestischer Erhebungen • Umsetzung der Qualitätsziele • Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (auch zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtung) • Erfüllung gesetzlicher und behördlicher Anforderungen • Status von Korrekturmaßnahmen (z.B. Komplikationen, Infektionen, Zwischenfälle) • Status von Vorbeugungsmaßnahmen (Präventionen, Standards, etc.) • Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten) • Lieferantenbeurteilung • Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen • geplante Veränderungen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten • Empfehlungen für Verbesserungen (betriebliches Vorschlagswesen, etc.)? 	<p>Die Managementbewertung wird einmal jährlich durch die Leitung durchgeführt. Wichtige Kennzahlen sollten jedoch für die Leitung der Einrichtung unterjährig erhoben, analysiert und bewertet werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden (Definition, Messung, Verantwortung, Bewertung und Maßnahmen, Informationen, etc.). Die Ergebnisse der Kennzahlensystematik fließen wieder in die Management-Bewertung ein.</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (2), 7 (2), 8 (2, 4), 9 (7, 8)</p> <p>Anforderung: BAR 9 (2)</p> <p>Anforderung: BAR 2 (3)</p> <p>Anforderung: BAR 8 (1-4)</p> <p>Anforderung: BAR 9 (6)</p> <p>Anforderung: BAR 9 (4)</p> <p>Anforderung: BAR 9 (10), 10 (3)</p> <p>Anforderung: BAR 10 (4)</p> <p>Anforderung: BAR 5.2 (2)</p> <p>Anforderung: BAR 5.3 (1, 2), 5.4</p> <p>Anforderung: BAR 5.3 (1, 2), 5.4 (4, 5)</p> <p>Anforderung: BAR 5.5 (1,3)</p>

1.6.3 Ergebnisse der Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Enthält die Managementbewertung als Ergebnis Entscheidungen und Maßnahmen zu folgenden Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Änderungsbedarf für die Qualitätspolitik • den Änderungsbedarf für die Qualitätsziele • den Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystem • Verbesserung der Prozesse • die Beurteilung der Verbesserungsmöglichkeiten • die Verbesserung der Einrichtungsleistungen in Bezug auf Anforderungen von Patienten, Leistungsträger und weiteren Interessenpartnern • Bedarf an Ressourcen. 	<p>Die Managementbewertung soll eine selbstkritische Betrachtung der bisherigen Maßnahmen und sinnvoller Verbesserungsmöglichkeiten enthalten. Alle aufgeführten Punkte müssen sich unter Berücksichtigung der „Eingaben in die Bewertung“ wieder finden.</p> <p>Wichtige Kennzahlen sollten für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden</p>	<p>Anforderung: BAR 5.3 (1, 2), 5.4 (4) DIN EN ISO 9001:2008 5.6.3</p> <p>Anforderung: BAR 5.3 (3)</p> <p>Anforderung: BAR 5.4 (1, 4), 9 (10)</p> <p>Anforderung: BAR 6 (1, 2)</p>
2	Werden jährliche Qualitätsberichte/Jahresberichte der Einrichtung erstellt und veröffentlicht?		<p>Anforderung: BAR 5.4.3 DIN EN ISO 9001:2008 5.6.3</p>
3	Werden die Ergebnisse der Bewertung des QM-Systems aufgezeichnet und dokumentiert?		<p>Anforderung: BAR 5.3, (1, 2, 3) 5.4.3 DIN EN ISO 9001:2008 5.6.3</p>

2 Rehaspezifische Anforderungen (Ressourcen)

2.1 Personelle Ausstattung

2.1.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Entspricht die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation den indikationsspezifischen Anforderungen sowie den Vorgaben der Leistungsträger? Die Qualifikation umfasst die Bereiche Ausbildung, Schulungen (nachweisbare interne oder externe Schulungen, Unterweisungen), Fertigkeiten (spezifische Eignung im zutreffenden Bereich) und Erfahrungen. Verfügt die Einrichtung über einen Stellenplan?</p>	<p>Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der Einrichtung orientiert sich an den Vorgaben der Leistungsträger, gesetzlichen Bestimmungen und dem jeweiligen Einrichtungskonzept. Kriterien zur Grund- und Zusatzqualifikation des Personals sind in der Empfehlungsvereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Kranken- und Rentenversicherungsträger enthalten (s. auch Forderungen der Leistungsträger gemäß Anlage Empfehlungsvereinbarung mit Hinweisen zum Therapeut-Patientenschlüssel für Suchtbehandlung (Alkohol-/Medikamentenbehandlung, Drogenbehandlung)). Darüber hinaus sind spezifische Anforderungen an die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation aufgrund indikationsspezifischer Besonderheiten und entsprechender Einrichtungskonzepte möglich. Der Stellenplan der Einrichtung wird regelmäßig überprüft, darüber hinaus wird ein Fort- und Weiterbildungsplan erstellt.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.1 (1), 11 (3, 5, 6) DIN EN ISO 9001:2008 6.2</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Verfügen die leitenden Ärzte (Chefarzt, Oberärzte) über die notwendigen Gebietsbezeichnungen (ggf. Schwerpunktsbezeichnungen), sowie über notwendige Bereichsbezeichnungen (Zusatzbezeichnungen)?</p> <p>Verfügen Ärzte über die Zusatzbezeichnung "Rehabilitationswesen" oder "Sozialmedizin"?</p>	<p>Der leitende Arzt oder Stellvertreter (nicht Adaption) ist</p> <p>a) in suchtspezifischen Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder – ein Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder – ein Arzt für Psychiatrie und Neurologie (früher: Nervenarzt) mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder – ein Facharzt für innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. <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> <p>b) in psychosomatischen Einrichtungen in der Regel</p> <ul style="list-style-type: none"> – ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – ein Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 	<p>Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2</p>
3	<p>Verfügt der Leitende Therapeut über eine angemessene fachliche Qualifikation</p>	<p>a) Der leitende Therapeut verfügt in suchtspezifischen Einrichtungen über eine entsprechende Grundqualifikation (Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiter) und über eine entsprechend anerkannte Weiterbildung (z.B. suchtspezifische Weiterbildung nach DRV-Kriterien) oder er ist ein approbierter Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut). Der leitende Therapeut verfügt über Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe.</p> <p>b) In psychosomatischen Einrichtungen handelt es sich um approbierte Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut). Wünschenswert ist die Anerkennung als Supervisor eines staatlich anerkannten Ausbildungsinstituts.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Ist die fachliche Vertretung angemessen geregelt?	Die fachliche Vertretung kann z.B. über Dienstpläne, Regelungen zur Arbeitszeitvertretung, Urlaubsregelungen erfolgen.	Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2
5	Werden die wesentlichen medizinischen und therapeutischen Leistungen grundsätzlich in der Einrichtung erbracht?	Bei kleineren Einrichtungen ist z.T. auch ein Konsiliarwesen möglich. Wenn Konsile vorhanden sind, so müssen diese klar geregelt sein.	Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2
6	Wird entsprechend den rechtlichen Vorgaben ein qualifizierter ärztlicher Präsenzdienst / Nachtdienst oder ein ärztlicher Hintergrunddienst bereitgehalten? Wird in psychosomatischen Einrichtungen zudem ein qualifizierter Nachtdienst der Pflege bereit gehalten und sind examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte 24 Stunden anwesend?	Ein ärztlicher Präsenzdienst ist derzeit bei größeren Einrichtungen erforderlich, bei kleineren Einrichtungen ist zumindest eine ärztliche Rufbereitschaft sicherzustellen.	Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2
7	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.	Anforderung: BAR 5.1 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2
8	Gibt es Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Prävention oder Umsetzung des Arbeitsschutzes?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.2
9	Existiert ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement für länger erkrankte Mitarbeiter?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.2
10	Ist in der Einrichtung die Behandlung in einem multiprofessionellen Team gesichert?	Hierzu gehören: Ärzte, Psychologen, Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Funktionstherapeuten (Ergotherapeuten, Sporttherapeuten/Physiotherapeuten, Freizeit-/Kreativtherapeut etc.), Pflegepersonal, Diätberater	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.2

2.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung für das Personal, das qualitätsbeeinflussende Tätigkeiten ausübt, die notwendigen Qualifikationen ermittelt?	Der Qualifikationsbedarf für die verschiedenen Bereiche der Einrichtung ist jährlich zu ermitteln. Aus diesem Bedarf leitet sich die Erstellung eines Fort- und Weiterbildungsplans ab (u. a. für den künftigen Bedarf, für strategische und operative Pläne/Ziele, der zu erwartende Nachfolgebedarf für Führungskräfte, Veränderungen von Prozessen und Ausrüstungen, Erfüllung von zutreffenden Gesetzen und behördlichen Bestimmungen.)	Anforderung: BAR 4.1 (3), 11 (6) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
2	Führt die Einrichtung Schulungen oder andere Maßnahmen (wie interne und 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. Die Mitarbeiter sind an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung zu beteiligen.	Anforderung: BAR 11 (3, 6) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
3	Existiert ein Schulungs- und Fortbildungsplan		Anforderung: BAR 11 (6) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
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.	Anforderung: BAR 5.3 (1) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2.
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.	Anforderung: BAR 5.5 (1,2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
6	Führt die Einrichtung geeignete Aufzeichnungen zu Schul- und Berufsausbildung, sowie zusätzlichen Qualifikationen, Fertigkeiten und Erfahrungen?		Anforderung: BAR 11 (6) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
7	Wird das Personal vor der Freigabe von Konzept - Änderungen (Einrichtungs- und Rehabilitationskonzepte) entsprechend geschult bzw. darüber informiert?		Anforderung: BAR 5.5 (1,2) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
8	Gibt es schriftliche Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in ihren Arbeitsbereich, in das QMS und die gesetzlichen Grundlagen? Wie wird die Einarbeitung neuer Mitarbeiter dokumentiert?	Es existiert eine Regelung, wie neue Mitarbeiter in ihren Aufgabenbereich sachkundig und zeitlich angemessen eingearbeitet werden (z.B. Paten-System, Checklisten). Darüber hinaus erhalten die Mitarbeiter Unterlagen (z.B. Leitbild und Aussagen zur Qualitätspolitik, Konzeption, entsprechende Auszüge aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch, Arbeitsordnung, gesetzliche Grundlagen etc.).	Anforderung: BAR 11 (5) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
9	Finden bei Bedarf Schulungen der Mitarbeiter zum patientenorientierten Umgang statt?	Geschult werden sollte therapeutisches und nichttherapeutisches Personal hinsichtlich eines patientenorientierten Umgangs.	Anforderung: BAR 11 (3) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2
10	Gibt es für die therapeutischen Mitarbeiter eine regelmäßige interne Weiterbildung		Anforderung: BAR 11 (3) DIN EN ISO 9001:2008 6.2.2

2.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Hat die Einrichtung die sachliche Ausstattung, die sie zur Erreichung der Anforderungen von Patienten und Interessenspartnern benötigt</p> <ul style="list-style-type: none"> – ermittelt – bereitgestellt und – wie wird diese aufrechterhalten? <p>Werden die Ergebnisse von Begehungen zum Gebäude, Arbeitsschutz, Hygiene und Datenschutz (oder Ergebnisse von Ausschüssen), Anforderungen und Visitationen von Leistungsträgern und Begehungen von Behörden berücksichtigt?</p>	<p>Die sachliche Ausstattung beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gebäude, Arbeitsplatz und angeschlossene Versorgungseinrichtungen – Diagnose- und Therapieeinrichtungen, Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen, unterstützende Dienstleistungen (z.B. Transport, Kommunikation, externe Dienstleistungen). <p>Die Ausstattung muss entsprechend den Anforderungen der Leistungsträger und dem therapeutischen Konzept (z.B. Zweibettzimmer-Quote, Zahl der Therapie- und Funktionsräume, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Einrichtungen zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie) gestaltet sein.</p> <p>Bei kleineren Einrichtungen kann in Teilbereichen die Infrastruktur in unmittelbarer Umgebung (z.B. Sportanlagen) genutzt werden.</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4</p> <p>Anforderung: BAR 5.2 (2)</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Entspricht die medizinisch - technische Ausstattung den indikationspezifischen Qualitätsanforderungen?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
3	Entspricht die räumliche und sachliche Ausstattung den indikationspezifischen Anforderungen? Ist sichergestellt, dass es im Eingangsbereich der Einrichtung einen behindertengerechten Zugang gibt?	Die räumliche und sachliche Ausstattung muss den Qualitätsanforderungen der Leistungsträger sowie den indikationspezifischen Behandlungsanforderungen, welche im Einrichtungskonzept dargelegt werden, entsprechen.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
4	Existiert eine Investitionsplanung z. B. für das laufende Geschäftsjahr/für kürzere Zeiträume/für Zeiträume bis 5 Jahre?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
5	Wird durch geeignete Maßnahmen die Instandhaltung der Einrichtung gewährleistet (z. B. durch einen Instandhaltungsplan)?	Ein Instandhaltungsplan für kurz-, mittel- und langfristige Zeiträume ist vorzuhalten.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
6	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.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
7	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.	Anforderung: BAR 5.2 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4
8	Finden notwendige Überprüfungen zum Gerätezustand statt?	Die Wartung und Instandhaltung von elektrischen und medizinisch-technischen Geräten ist zu planen, fristgerecht durchzuführen und zu dokumentieren.	Anforderung: BAR 5.2 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.3, 6.4

2.3 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.	Anforderung: BAR 5.5 (2) DIN EN ISO 9001:2008 6.3
2	Mit welchen Methoden erhebt die Einrichtung die Mitarbeiterzufriedenheit? Werden die Ergebnisse systematisch ausgewertet und tragen diese zur Weiterentwicklung der Einrichtung bei.	Instrumente sind beispielsweise: Befragungen, strukturierte Beurteilungsgespräche, Analyse von Fehlzeiten, krankheitsbedingten Abwesenheiten, Personalfluktuaton, Personalbeschwerden.	Anforderung: BAR 5.5 (3) DIN EN ISO 9001:2008 6.3

3 Realisierung der Reha-Prozesse

3.1 Projektmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden Instrumente des Projektmanagements bei wesentlichen Neu- und Weiterentwicklungen von Reha- und Therapiekonzepten sowie weiteren Leistungsangeboten angewendet?	Im Vorfeld der Konzeption und Einführung neuer Konzepte und Angebote sind der Bedarf, die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung, das Kosten- und Nutzenverhältnis und die jeweiligen Realisierungschancen zu erheben und zu dokumentieren.	Anforderung: BAR 3 (7) BAR 9 (9) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
2	Umfasst das Projektmanagement mindestens die folgende Punkte: <ul style="list-style-type: none"> • Genehmigter Projektauftrag • Projektleiter, Projektteam/Qualitätszirkel • Ggf. Festlegung erforderlicher Ressourcen • Projektziele • Projektplan (unter Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zeitfenstern) • Freigabe der Umsetzung ggf. nach Korrektur • Umsetzung in der Praxis und ggf. Schulung der Mitarbeiter • Evaluation der Ergebnisse und ggf. Anpassung • Projektdokumentation • Ggf. Neuerstellung bzw. Anpassung von Vorgabedokumenten (z.B. Verfahrensanweisungen) 	.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.1
3	Sind die Zuständigkeiten für die Freigabe von neuen oder geänderten Konzepten/Dienstleistungen klar geregelt?	Diese Frage bezieht sich auf die Neu- wie auch die Weiterentwicklung von Dienstleistungen.	Anforderung: BAR 3 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
4	Wird sichergestellt, dass neue Erkenntnisse zur Diagnostik und Behandlung in die Behandlungskonzepte einfließen?	Neue Erkenntnisse werden z.B. über die Auswertung wissenschaftlicher Literatur, behandlungsrelevante Leitlinien, Auswertung von Kongress- und Tagungsteilnahmen etc. gewonnen.	Anforderung: BAR 2 (4), 3 (4) und 3 (7) DIN EN ISO 9001:2008 7.1

3.2 Planung der Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie hat die Einrichtung die notwendigen Prozesse zur Behandlung und die unterstützenden Prozesse geplant und entwickelt?</p> <p>Sind diese schriftlich im QM-Handbuch nachvollziehbar dargestellt? Sind die Prozessverantwortlichen benannt?</p>	<p>Die einrichtungsspezifischen Prozesse können mittels Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen oder Flussdiagrammen beschrieben werden. Hierbei werden Kernprozesse der Behandlung (z.B. Bettendisposition, Aufnahme, Diagnostik, Therapieplanung, Therapiesteuerung, Entlassung) sowie unterstützende Prozesse (Beschaffung, Wartung u. Instandhaltung, Küche, Service, Hausreinigung) berücksichtigt. Die Gestaltung der Kernprozesse erfolgt in der Regel interdisziplinär.</p>	<p>Anforderung: BAR 3 (1, 3) und 5.2 (1, 3, 4, 5) DIN EN ISO 9001:2008 7.1</p>
2	<p>Werden dabei die Erwartungen der Patienten, der Leistungsträger und weiterer Interessenpartner berücksichtigt?</p>	<p>Dies beinhaltet die Berücksichtigung der Ergebnisse von Patientenbefragungen, des Beschwerdemanagements, der Anforderungen der Leistungsträger etc.</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1, 7.2.3</p>
3	<p>Werden das biopsychosoziale Modell, die ICF und die Teilhabeorientierung bei der Planung der Rehabprozesse berücksichtigt?</p>		<p>Anforderung: BAR 2 (3, 4), 3 (3, 4)</p>
4	<p>Werden bei der Planung der Prozesse die Anforderungen an die Ergebnisqualität berücksichtigt?</p>	<p>Die Prozessplanung ist ausgerichtet an den (Teil-)Ergebnissen, die mit den Prozessen erreicht werden sollen. Die Ergebnisse können therapeutisch, betriebswirtschaftlich oder volkswirtschaftlich definiert sein.</p>	<p>Anforderung: BAR 9 (1, 2, 3, 5, 6, 8) DIN EN ISO 9001:2008 7.1</p>
5	<p>Werden bei der Planung von Rehabilitationsprozessen diese mit den Anforderungen anderer Prozesse abgestimmt, sodass es nicht zu gegenseitigen Beeinträchtigungen kommt?</p>		<p>Anforderung: BAR 5.2 (3), 6 (3) DIN EN ISO 9001:2008 7.1</p>
6	<p>Werden im Rahmen der Planung der Prozesse, soweit erforderlich, Dokumente erstellt sowie die notwendigen Mittel bereitgestellt?</p>		<p>Anforderung: BAR 5.2 (4) DIN EN ISO 9001:2008 7.1</p>
7	<p>Erhalten die Patienten geeignetes Informationsmaterial zu ihrer Rehabilitation bereits vor der Aufnahme (z. B. Einrichtungsprospekt, Informationen über spezielle Rehabilitationsangebote)?</p>		<p>Anforderung: BAR 6 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
8	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.	Anforderung: BAR 5.2 (4)
9	Besteht in der Einrichtung die Möglichkeit für ihre Prozesse die aktuellen Informationen zu beziehen, um die Anforderungen an reha-wissenschaftliche Standards, Leitlinien, Evidenz-basierte Medizin, gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen?	Die kann z.B. durch eine Fachbibliothek, Internetzugang, Fachzeitschriften erfolgen.	Anforderung: BAR 2 (4) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1
10	Sind den relevanten Mitarbeitern die entsprechenden Leitlinien bekannt?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1
11	Existiert eine Fachbibliothek und Internetzugang bzw. werden Fachzeitschriften bezogen?		Anforderung: BAR 2 (4)

3.2.1 Rehabilitationskonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Sind die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Rehabilitationskonzepten festgelegt?		Anforderung: BAR 3 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.1
2	Wie geht das Reha-/Einrichtungskonzept auf das Indikationsspektrum, auf indikationsbezogene Therapieangebote, auf die jeweiligen Behandlungsziele und auf Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge ein?	Im Reha-/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, ambulante Psychotherapie, Adaption, Integrationsmaßnahmen, etc.) sowie die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen darzulegen.	Anforderung: BAR 2 (2), 3 (2), 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.5
3	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.	Anforderung: BAR 2 (8) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.2

4	Liegen schriftlich ausgearbeitete, interprofessionelle Rehabilitations-/Behandlungskonzepte für die häufigsten Krankheitsbilder vor, so dass diese zwei Drittel aller behandelten Patienten abdecken, ODER liegen zumindest für die fünf wichtigsten Indikationsgruppen Rehakonzepte vor?	Die Reha-/Behandlungskonzepte sollen sich am biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell der ICF orientieren. Die Behandlungskonzepte und Standard-Therapiepläne umfassen insbesondere folgende Elemente <ul style="list-style-type: none"> – Gruppentherapie – Einzeltherapie – ärztliche Behandlung – Physiotherapie – Sport- und Bewegungstherapie – Arbeitstherapie/arbeitsbezogene Leistungen – Beschäftigungstherapie – Soziotherapie – Sozialberatung – Arbeit mit Angehörigen – indikative und spezialisierte therapeutische Angebote (z.B. Stressbewältigungskurse, Selbstsicherheitstraining, Frauengruppe, spezielle Angebote für Arbeitslose) – Gesundheitsinformationen – Ernährungsschulung 	Anforderung: BAR 2 (1-7), 3 (2, 3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1, 7.2.2
5	Berücksichtigen die Rehabilitationskonzepte die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten und sind diese funktionsorientiert (Orientierung an einem biopsychosozialen Krankheitsmodell und der ICF)?	Dies beinhaltet verschiedene Dimensionen wie: <ul style="list-style-type: none"> – Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit – therapeutische Leistungen zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensmodifikation – Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung – Maßnahmen zur Förderung der Nachsorge 	Anforderung: BAR 3 (3,4) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.2
6	Gehen die Rehabilitationskonzepte in angemessener Weise auf Verlaufsdagnostik, Behandlung und Therapieangebote, auf die jeweiligen Behandlungsziele und auf Maßnahmen der Einrichtung zur Reha-Nachsorge ein?	In den Rehabilitationskonzepten 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 nachstationären Angeboten (z.B. Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen) gestaltet wird.	Anforderung: BAR 5.2 (1), 6 (4, 5) 9 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.2

7	Sind diese Rehabilitationskonzepte das Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit und ist die Behandlung interdisziplinär ausgerichtet?	An der Erstellung der Rehabilitationskonzepte sind alle relevanten Berufsgruppen (Ärzte mit entsprechenden Fachgebieten, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen mit entsprechender Weiterqualifikation, Pflegekräfte, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten etc.) beteiligt. Die Behandlung erfolgt interdisziplinär.	Anforderung: BAR 3 (3) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.2, 7.5
8	Ist in den Rehabilitationskonzepten die Beteiligung und Mitwirkung der Patienten vorgesehen?	In den Rehabilitationskonzepten ist zu verankern, in welcher Art und Weise die Beteiligung und Mitwirkung des Patienten im Behandlungsprozess erfolgt; (z.B. über einen schriftlichen Therapievertrag zwischen der Einrichtung und Patienten).	Anforderung: BAR 6 (1-4) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3, 7.5
9	Sind die Rehabilitationskonzepte auf allen relevanten Ebenen bekannt? Überprüft die Einrichtung den Kenntnisstand ihrer Mitarbeiter hinsichtlich der Rehabilitationskonzepte?	Neue Mitarbeiter werden in die entsprechenden Rehabilitationskonzepte eingearbeitet. Die Kenntnis der Rehabilitationskonzepte wird im Rahmen von Fallbesprechungen, Fachsupervisionen etc. regelmäßig überprüft.	Anforderung: BAR 2 (6, 7), 5.2 (3, 4), 5.4 (1), 5.5.1 DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3, 7.5
10	Werden die Rehabilitationskonzepte jährlich überprüft und ggf. aktualisiert?	Eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Rehabilitationskonzepte ist vorzunehmen.	Anforderung: BAR 2 (8) und 3 (7) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.2, 7.5
11	Enthält das Rehabilitationskonzept eine Verweildauerplanung und Hinweise für Verlängerungen?		Anforderung: BAR 3 (5)
12	Werden im Rehabilitationskonzept die Anforderungen der Reha-Therapiestandards der DRV Bund sowie aktuellen Leitlinien der maßgeblichen Fachgesellschaften entsprechend berücksichtigt?		Anforderung: BAR 2 (3), 5 (4), 8 (1)
13	Nur suchtspezifische Einrichtungen: Liegt ein einrichtungsinternes Konzept zum Umgang mit Rückfällen während der Behandlung vor?	Die Einrichtung sollte über ein abgestimmtes Konzept zum Umgang mit Rückfällen verfügen (inkl. statistische Erfassung). Dieses sollte den therapeutischen Mitarbeitern bekannt sein.	Anforderung: BAR 3 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.5

3.3 Patientenbezogene und unterstützende Prozesse

3.3.1 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.	Anforderung: BAR 5.2 (1), 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.2
2	Gibt es festgelegte Regelungen für die Aufnahme von Rehabilitanden? Falls relevant: Werden die speziellen Aufnahme-Anforderungen an AHB-Verfahren umgesetzt (ärztliche Prüfung, Formulare)?		Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1, 7.5
3	Gibt es Regelungen für das Vorgehen bei Ausschlusskriterien und Kontraindikationen?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.2, 7.5
4	Ist sichergestellt, dass ein fehleingewiesener Patient einer adäquaten anderen Behandlung zugeleitet wird und ist der Vorgang geregelt?	Es müssen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> • Facharztvorstellung, • Weiterleitung an ein Krankenhaus/eine andere Einrichtung oder ambulante Behandlung, • Meldung an Leistungsträger 	Anforderung: BAR 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.1, 7.5.2
5	Ist die Aufnahme grundsätzlich an allen Wochentagen möglich? Existiert eine Regelung für Ausnahmen außerhalb der geplanten Aufnahmezeiten?	Der Aufnahmemodus muss inhaltlich auf das Behandlungskonzept bezogen sein.	Anforderung: 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.2
6	Wie ist die An- und Abreise von Patienten in der Einrichtung organisiert?		Anforderung: 5.2 (1)
7	Findet das Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten spätestens am Tag nach der Aufnahme statt?		
8	Ist gewährleistet, dass mit dem Patienten am Tag der Aufnahme ein Gespräch geführt oder eine körperliche Untersuchung durchgeführt wird?	Entscheidend ist hierbei die Prüfung der Aufnahmekriterien, des psychischen Befindens (z.B. Ausschluss von Suizidalität) und die Abklärung offener Fragen zur Medikation.	
9	Wird eine Erstuntersuchung durch den verantwortlichen Facharzt innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme durchgeführt?		Anforderung: 5.2 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
10	Existieren Regelungen für die von Rehabilitanden mitgebrachten Medikamente, Hilfsmittel sowie zum Umgang mit sonstigem Privateigentum?	Die Annahme und Herausgabe von Medikamenten muss dokumentiert sein, der Transport, die Entsorgung bzw. die Lagerung muss verantwortlich geregelt werden. Eine eindeutige Zuordnung der Medikamente zum jeweiligen Patienten muss bei der Lagerung gegeben sein. Die Einrichtung muss sorgfältig mit dem Eigentum des Patienten umgehen, solange es sich in ihrem Lenkungsbereich befindet. Eigentum des Kunden ist zu kennzeichnen, zu verifizieren und zu schützen. Im Falle von verloren gegangenem, beschädigtem oder anderweitig für unbrauchbar befundenem Eigentum muss dies dem Patienten berichtet werden. Zu berücksichtigen sind auch zur Verfügung gestellte Informationen und personenbezogene Daten.	Anforderung: 5.2 (2) DIN EN ISO 9008: 2008 7.5.4

3.3.2 Diagnostik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden die indikationsspezifischen Anforderungen an die Diagnostik von der Rehabilitationseinrichtung erfüllt?		Anforderung: BAR 9 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
2	Gibt es Regelungen für die Aufklärung von Patienten über vorgesehene diagnostische Verfahren?	Die Aufklärung des Patienten muss im Diagnostikverfahren verankert bzw. dokumentiert sein. Es muss im Einzelfall eine Dokumentation über die durchgeführte Aufklärung erfolgen (bei Psychodiagnosen sind besondere Regelungen zu beachten).	Anforderung: BAR 6 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
3	Enthalten die Rehabilitationskonzepte Hinweise auf diagnostische Maßnahmen (vor und/oder während des stationären Aufenthaltes)?	Die Bezüge zwischen diagnostischen Möglichkeiten und den vorhandenen Behandlungsangeboten sollte im jeweiligen Rehabilitationskonzept verdeutlicht sein. Im Rehabilitationskonzept sollten Hinweise über die diagnostischen Verfahren, welche jeweils eingesetzt werden, enthalten sein.	Anforderung: 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	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>Die Möglichkeit der internen Durchführung einer testpsychologischen Diagnostik (z.B. unter Berücksichtigung von psychopathologischen Aspekten, Persönlichkeitsaspekten) sollte gegeben sein.</p> <p>In suchtspezifischen Einrichtungen sind zudem 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.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.2 (1)</p> <p>DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.2</p>
5	Orientiert sich die Diagnostik an rehaspezifischen Therapiezielen?	<p>Biographie, klinische Anamnese und Funktionsanamnese müssen bezogen auf die rehaspezifischen Therapieziele erhoben werden (z.B. Instrumente zur Feststellung körperlicher oder sozialer Begleit- und Folgeerkrankungen, zur Abklärung von Komorbidität, zur subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, bei Suchterkrankungen zudem Instrumente zur Erhebung des Ausmaßes der Veränderungsbereitschaft und Abstinenzzuversicht, müssen vorhanden sein).</p>	<p>Anforderung: BAR 2 (2), 3 (2) DIN EN ISO 9001:2008 7.2</p>
6	<p>Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme (z.B. ICD 10, DSM) sowie andere testpsychologische Verfahren eingesetzt?</p> <p>Werden diese Verfahren sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung eingesetzt?</p>		<p>Anforderung: BAR 9 (1)</p>

3.3.3 Rehabilitation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden Reha-Zielkataloge, wenn diese für einzelne Indikationen / Indikationsspektren 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.	Anforderung: BAR 3 (2) DIN EN ISO 9001:2008 7.5
2	Werden die individuellen Rehabilitationsziele mit dem Patienten abgestimmt und hierbei das subjektive Krankheitsverständnis des Patienten berücksichtigt?	Die Rehabilitationsziele werden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt. Sie müssen ergebnisorientiert, konkret und ressourcenorientiert sein. Die Behandlung orientiert sich an den zugrunde liegenden individuellen Therapiezielen. Bereits zu Beginn der Therapie wird mit jedem Patienten ein individuelles Therapieziel erarbeitet und in der Patientenakte dokumentiert. Behandlungsanweisungen/Verordnungen sind ebenfalls auf entsprechenden Formblättern zu dokumentieren (Medikation, Art und Häufigkeit bestimmter Therapiebausteine). Reha-Ziele müssen mit Bezug auf die verantwortlichen Fachtherapeuten konkretisiert werden.	Anforderung: BAR 3 (2), 6 (4) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.3
3	Werden Assessment-Instrumente (testpsychologische Verfahren) für die Beurteilung der Rehabilitation eingesetzt?	Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt und im Behandlungsprozess überprüft bzw. abgeändert.	Anforderung: BAR 3 (6), 9 (1)
4	Werden Leitlinien, wenn diese für einzelne Indikationen vorliegen, angemessen berücksichtigt?		Anforderung: BAR 2 (3, 4)
5	Haben alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter Kenntnis von den individuellen Reha-Zielen?	Die an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter stimmen die individuellen Reha-Ziele in den verschiedenen Therapiebereichen aufeinander ab (im Rahmen von Team-Sitzungen, Fallkonferenzen, Supervision) und überprüfen die Zielerreichung im Verlauf der Behandlung. Die Reha-Ziele sind so zu dokumentieren, dass sie den beteiligten Mitarbeitern zugänglich und bekannt sind.	Anforderung: BAR 5.2 (3) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
6	Sind die Behandlungsteams aus den relevanten Berufsgruppen zusammengesetzt, und arbeiten sie interdisziplinär?	Die beteiligten Berufsgruppen und die Art ihrer Zusammenarbeit sind zu dokumentieren.	Anforderung: BAR 3 (3)

7	Haben die am Rehabilitationsprozess Beteiligten spezifische Therapieziele definiert, die die übergreifenden Rehabilitationsziele unterstützen sollen?		Anforderung: BAR 3 (3) und 9 (3)
8	Findet die Besprechung des interdisziplinären Behandlungsteams mindestens 1x pro Woche statt?		Anforderung: BAR 11 (2) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3
9	Werden im Behandlungsteam insbesondere diejenigen Rehabilitanden besprochen, deren sozialmedizinische Beurteilung problematisch ist?		Anforderung: BAR 11 (2)
10	Gibt es spezielle Einzel- oder Gruppenangebote für sozialmedizinische Problemfälle?		Anforderung: BAR 6 (2)
11	Ist die Zugehörigkeit zum Personal für die Rehabilitanden erkenntlich (z.B. Namensschilder mit Berufsbezeichnung)?	Dies ist insbesondere bei größeren Einrichtungen erforderlich.	Anforderung: BAR 6 (1)
12	Werden die Rehabilitanden über die Möglichkeit der Beschwerde unterrichtet (z.B. in der Begrüßungsveranstaltung)?		Anforderung: BAR 6 (1), 7 DIN EN ISO 9001:2008 8.2.1
13	Beginnen die Therapien innerhalb von 24 Stunden?		Anforderung: BAR 5.2 (1)
14	Werden ärztliche Visiten 1x pro Woche durchgeführt? Entspricht die Visitenfrequenz den festgelegten Vorgaben und externen Anforderungen?		Anforderung: BAR 5.2 (1)
15	Stehen den Patienten Arztsprechstundenzeiten zur Verfügung? Besteht auch außerhalb der festgelegten Visiten- und Sprechstundenzeiten für den Patienten die Möglichkeit, zeitnah mit entsprechend qualifizierten Einrichtungsmitarbeitern ein ärztliches oder therapeutisches Gespräch zu führen?		

16	Hält die Einrichtung ein dem Indikationsspektrum entsprechendes Angebot der Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung vor?	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.	Anforderung: BAR 6 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.2
17	Werden die Rehabilitanden auch darin geschult, wie sie krankheitsrelevante Informationen/Kontakte im Internet suchen können?		Anforderung: BAR 6 (1)
18	Wird von der Einrichtung schriftliches Schulungsmaterial ausgehändigt?		Anforderung: BAR 6 (1)
19	Sind die Schulungsinhalte der Einrichtung curricular miteinander verknüpft? Werden verschiedene Vermittlungsformen und Medien genutzt?		Anforderung: BAR 6 (1)
20	Besteht die Möglichkeit einer realitätsnahen (praxisnahen) Erprobung der Leistungsfähigkeit (z. B. interne oder externe Belastungserprobungen)?	Die Erprobung der Leistungsfähigkeit kann durch interne Trainings im Rahmen der Arbeitstherapie oder durch externe Praktika erfolgen. Darüber hinaus sind auch Belastungserprobungen im Rahmen der Rückfallprophylaxe (z.B. durch Heimfahrten) oder Expositionsübungen möglich.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2
21	Besteht eine Zusammenarbeit mit Rehabilitationsberatern der Rentenversicherer, Arbeitsämtern, sowie weiteren möglichen Kooperationspartnern (z.B. Berufshelfern der BG, Berufsförderungswerken)?	Aufzuführen 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.	Anforderung: BAR 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
22	Gibt es eine Regelung für eine gesunde Ernährung von Patienten? Gibt es spezielle Kostformen und ist die Kostform Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes? Werden Patienten im Umgang mit gesunder Ernährung beraten und geschult und steht eine Lehrküche zur Verfügung?	Die Regelungen zur gesunden Ernährung orientieren sich an ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen.	Anforderung: BAR 3 (2,3) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
23	Werden die Angehörigen bei Bedarf in die Behandlung einbezogen?	Die Einrichtung beschreibt im Behandlungskonzept ihre Angebote zum Einbezug von Angehörigen. Hierzu gehören Angebote von Einzel- oder Paargesprächen, Gruppenveranstaltungen, Schulungen, Informationen	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3

24	Falls relevant: Ist der Umgang der Rehabilitanden geregelt, für die ein gesetzlicher Betreuer bestellt ist oder notwendig ist?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2
25	Existieren – neben der rehaspezifischen Behandlung – 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 und der Abwägungen zwischen Gefährdung und Bewährung (z.B. Ausgangsregelungen, Situationen mit hohem Gefährdungspotential) zu treffen.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2
26	Liegen Regelungen zur Zuständigkeit, Planung und Durchführung der Freizeitorganisation vor?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.2
27	Gibt es ggf. einen Transportdienst für Veranstaltungen außerhalb des Hauses?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2
28	Hat die Einrichtung Regelungen eingeführt, wie mit den von Patienten, Auftraggebern oder Vorbehandlern bereitgestellten Unterlagen (Befunde, Röntgenbilder o. a.) zu verfahren ist?		Anforderung: BAR 5.2 (5) 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.4
29	Gibt es Regelungen für die Verlängerungen einer Reha-Maßnahme (Vertragsänderung)?		Anforderung: BAR 5.2 (1)
30	Gibt es Regelungen, den individuellen Rehabilitationsplan anzupassen, falls sich Änderungen oder neue Problembereiche ergeben?		Anforderung: BAR 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
31	Werden die Patienten rechtzeitig über Änderungen von Behandlungen informiert?		Anforderung: BAR 6 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.5
32	Werden die Patienten angemessen über die Ergebnisse der Kontroll- und Abschlussuntersuchungen informiert?		Anforderung: BAR 6 (1, 4) DIN EN ISO 9001:2008 7.5
33	Werden die Vorgaben der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) eingehalten?		Anforderung: BAR 8 (1)

3.3.4 Pflege

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es Regelungen, für welche Patienten ein Pflegeplan zu erstellen ist, und verfügt die Einrichtung über ein Instrument der Pflegeplanung und -dokumentation?	Falls im Einzelfall erforderlich: Regelungen zur Pflegeplanung sind dokumentiert. Pflegebedürftige Patienten werden in der Regel nicht in Einrichtungen der Suchtrehabilitation behandelt.	Anforderung: BAR 3 (5), 5.2 (4) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.3
2	Sind die Zuständigkeiten für die Pflegedokumentation geregelt?	Regelungen zur Pflegedokumentation sind festgelegt.	Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
3	Gibt es Pflegestandards, und sind diese rehaspezifisch ausgerichtet?	Falls Pflegestandards nicht relevant sind, werden im individuellen Fall die rehaspezifischen Pflegemaßnahmen festgelegt.	Anforderung: BAR 2 (4), 5.2 (4) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
4	Liegen in der Psychosomatik Maßnahmestandards für wesentliche Tätigkeiten und Aufgaben und Krankenpflegekräfte (z.B. Umgang mit suizidalen Patienten) vor?		

3.3.5 Konsile

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtung die Zusammenarbeit mit Konsilärzten geregelt? Die Maßnahmen erstrecken sich auf <ul style="list-style-type: none"> – eine gültige Liste der Konsilärzte, mit der die Einrichtung zusammenarbeitet, – Beschreibung von Anforderungen an das fachärztliche Konsil (z.B. in Verträgen oder Anforderungsprofilen), – Regelungen zur Anforderung von Konsilen, – Leistungsprüfungen und – Rechnungsprüfungen. 	Die Zusammenarbeit mit Konsilärzten muss geregelt sein.	Anforderung: BAR 5 (1, 2) und 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 6.2, 7.1, 7.2

3.3.6 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es Regelungen für die Entlassung (auch vorzeitige Entlassungen) aus einer Reha-Maßnahme? Findet das Entlassungsgespräch frühestens 3 Tage vor Entlassung statt?	Es gibt festgelegte Verfahren für die Entlassung eines Patienten. Die Verantwortlichkeit für das Management der Entlassung ist geregelt.	Anforderung: BAR 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
2	Werden für die Beurteilung des Rehabilitationserfolges Assessment-Instrumente eingesetzt? Werden Instrumente des Therapiezielkataloges eingesetzt, um den Rehabilitationserfolg zu bewerten und zu dokumentieren (falls vorhanden)?		Anforderung: BAR 9 (1, 3)
3	Wird der Patient über die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung informiert?		Anforderung: BAR 6 (1) DIN EN ISO 9001:2008 7.2
4	Erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung durch einen Arzt mit sozialmedizinischer Kompetenz?		Anforderung: BAR 9 (1)
5	Gehen die Informationen und Abschlussbefunde der therapeutischen Abteilungen in die Gesamtbeurteilung der Rehabilitationsmaßnahmen und den Entlassungsbericht ein?		Anforderung: BAR 9 (4)
6	Wird die Entlassung frühzeitig geplant und die notwendigen Maßnahmen eingeleitet?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.1
7	Berücksichtigt die Vorbereitung der Entlassung für die Patienten umfassende Informationen über <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen, • Angebote der Heil- und Hilfsmittelversorgung, • Beratungsstellenangebote, • psychotherapeutische Nachsorgeangebote, • weitergehende therapeutische Versorgung? 		Anforderung: BAR 6 (1, 5) DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.2
8	Werden ggf. der niedergelassene Arzt, Betriebsarzt, ambulante Pflegedienste (auch Home Care), Therapeuten, Leistungsträger oder Angehörige im Zusammenhang mit der Entlassung von der Klinik informiert?	Datenschutzrechtliche Vorgaben sind hierbei zu beachten.	Anforderung: BAR 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
9	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?	Der nachbehandelnde Arzt erhält einen Kurzbrief mit allen relevanten Informationen. Der Kurzbrief wird dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben.	Anforderung: BAR 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.3
10	Gibt es Regelungen für die Organisation der postrehabilitativen Behandlung und Betreuung (einschließlich der Berücksichtigung der Behandlungskonzepte von Kostenträgern)?	Die postrehabilitative Behandlung ist integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Die Regelung der postrehabilitativen Behandlung betreffen z.B. Vermittlung in Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Adaptionseinrichtungen.	Anforderung: BAR 6 (5) DIN EN ISO 9001:2008 7.1
11	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.	Anforderung: BAR 5.2 (5)
12	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).	Anforderung: BAR 5.2 (5) und 8 (1, 2, 4) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.2

3.3.7 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.	Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Erfüllt die Lenkung der Formulare im Rahmen der Patientendokumentation (auch EDV-Eingabemasken) folgende Anforderungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Herausgabe werden diese geprüft und genehmigt. • Aktualisierung nach Bedarf und die erneute Genehmigung. • Bei Änderungen werden diese gekennzeichnet (Änderung des Revisionsstands). • Die Sicherheit, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen. • Dass die Formulare lesbar und identifizierbar bleiben. 		<p>Anforderung: BAR 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2</p>
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>		<p>Anforderung: BAR 5.2 (5) und 9 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2, 6.1</p> <p>Anforderung: BAR 5.1 (1)</p>
4	<p>Wird sichergestellt, dass die Patientendokumentation allen davon betroffenen Mitarbeitern in ihrer aktuellen Form zur Verfügung steht?</p>	<p>Die Anforderungen des Datenschutzes sind zu berücksichtigen.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.2 (3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2</p>
5	<p>Ist die Erfassung, Dokumentation, Prüfung und Speicherung von Leistungsdaten (wie KTL-Daten) und deren Weitergabe an Leistungsträger in der Einrichtung geregelt?</p>	<p>Die Anforderungen des Datenschutzes sind zu berücksichtigen.</p>	<p>Anforderung: BAR 5.2 (2, 5) DIN EN ISO 9001:2008 8.4</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
6	<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> <p>Sind die Archivierungsfristen festgelegt?</p>	Die Anforderungen des Datenschutzes sind zu berücksichtigen.	Anforderung: BAR 5.2 (2) DIN EN ISO 9001:2008 7.5.3
7	Werden Dokumente/Daten vor ihrer Herausgabe durch befugtes Personal bzgl. Angemessenheit überprüft und genehmigt?		Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (2, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2, 7.5.3
8	Sind die Zuständigkeiten für die Speicherung, Erfassung, Prüfung, Freigabe, Kennzeichnung der Daten aus Assessment-Verfahren (sowie weiterer Diagnostik) geregelt? Sind Aufbewahrungsfristen festgelegt?	Die Anforderungen des Datenschutzes sind zu berücksichtigen.	Anforderung: BAR 5.2 (2, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2, 8.4
9	Werden die Anforderungen des Datenschutzes berücksichtigt und gesetzlich geforderte Schulungen und Unterweisungen durchgeführt?	Alle Mitarbeiter sind über datenschutzrechtliche Bestimmungen zu informieren.	Anforderung: BAR 5.2 (2) DIN EN ISO 9001:2008 4.1

3.3.8 Weitere unterstützende Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Welche zur Leistungserbringung notwendigen unterstützenden Prozesse wurden ermittelt und werden sie in der Einrichtung umgesetzt?</p> <p>Werden die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen an die Leistung berücksichtigt?</p>	<p>Unterstützende Prozesse können in folgenden Bereichen auftreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwaltung • Service • Hausreinigung • Küche • Haustechnik • Wartung und Instandhaltung • Versorgung und Entsorgung • Arzneimittel und Hilfsmittelversorgung • Umweltschutz • Gesetzliche Bereich (z.B. Hygiene, Arbeitsschutz, Gefahrstoffe, Strahlenschutz, Datenschutz, Brandschutz) • Medizintechnik • Vertragswesen 	<p>Anforderung: BAR 5.2 (2), 9 (2, 4) DIN EN ISO 9001:2008 4.1, 7.1, 7.5</p>
2	<p>Wird eine Bewertung hinsichtlich der Erfüllbarkeit von Leistungsanforderungen unterstützenden Prozesse vorgenommen?</p>		<p>Anforderung: BAR 9 (10) DIN EN ISO 9001:2008 7.5</p>

3.4 Prozesse bezüglich Leistungsträgern und weiteren Interessenspartnern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Hat die Einrichtung die Anforderungen der Leistungsträger und weiterer Interessenspartner (außer Patienten) ermittelt?</p>	<p>Gesetzliche und behördliche Anforderungen sind zu berücksichtigen.</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (3,5), 8 (1), 9 (4, 8) DIN EN ISO 9001:2008 5.2, 7.2.1 - 7.2.3</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	<p>Wird vor dem Eingehen eines/r Vertrages/Vereinbarung mit den Interessenspartnern sichergestellt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Dienstleistungsanforderungen festgelegt sind, – die bereitzustellenden Produkte und Dienstleistungen definiert sind, – Widersprüche zwischen den niedergelegten Anforderungen ausgeräumt werden, – die Einrichtung in der Lage ist, die festgelegten Anforderungen zu erfüllen, – die Vereinbarung im Sinne der Verbesserung der Funktionsfähigkeiten, der Aktivitäten und der Teilhabe von Patienten an gesellschaftlichen Lebensbereichen geschieht? 		<p>Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.1, 7.2.1 - 7.2.3</p>
3	<p>Wie stellt die Einrichtung sicher, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Änderung von Anforderungen der Interessenspartner die zutreffenden Dokumente und Aufzeichnungen ebenfalls geändert werden, – dem zuständigen Personal die geänderten Anforderungen bewusst gemacht werden? 		<p>Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 4.2, 6.2.2, 7.2.1 - 7.2.3.</p>
4	<p>Hat die Einrichtung wirksame Regelungen für die Kommunikation mit den Leistungsträgern, der herausgebenden Stelle des Zertifizierungsverfahren und weiteren Interessenspartnern zu folgenden Punkten festgelegt und verwirklicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen über die Dienstleistung • Anfragen, Verträge oder Auftragsbearbeitung einschließlich Änderungen • Rückmeldungen einschließlich Beschwerden der Interessenspartner? 	<p>Dies beinhaltet auch die herausgebende Stelle über den aktuellen Stand der Zertifizierung regelmäßig zu informieren</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (3) DIN EN ISO 9001:2008 7.2.1 - 7.2.3 8.2.1</p> <p>Anforderung: BAR 7 (2)</p>

3.5 Beschaffung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Existieren Regelungen für den Beschaffungsvorgang, den Umgang und die Lagerung von Produkten (z.B. Angebotseinholung, Bestellung, Lieferungsnachhaltung und -prüfung, Rechnungsprüfung)?	Z. B. für Medikamente, Laborleistungen, Medizinprodukte, Pflegematerialien, Lebensmittel, Geräte und Instrumente	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.4
2	Existieren Regelungen für die Beschaffung von relevanten externen Dienstleistungen (z.B. Laborleistungen, Konsile, Reinigung).		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.4
3	Gibt es eine regelmäßige Beurteilung der Lieferanten (z. B. nach der Produktpalette, den Dienstleistungen, dem Preis- Leistungsverhältnis, der Qualität) und wird diese dokumentiert?		Anforderung: BAR 9 (2) DIN EN ISO 9001:2008 7.4
4	Gibt es eine Liste der zugelassenen Lieferanten, und wird diese regelmäßig überprüft?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.4
5	Sind Qualitätsaufzeichnungen von Lieferanten in den Fällen, wo dies sinnvoll oder notwendig ist, Bestandteil der Qualitätsaufzeichnungen der Reha-Einrichtung?	Dies betrifft z.B. die Lieferung von Lebensmitteln, Hygienepläne, Sicherheitsdatenblätter	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.4
6	Beschreiben die Beschaffungsangaben das zu beschaffende Produkt oder die Dienstleistung eindeutig und wird die Angemessenheit der Anforderungen sichergestellt?	Dies betrifft z.B. Anforderungen an das Personal, an das QM-System, an die gesetzlichen Anforderungen und Bestimmungen im Arbeitsschutz.	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.4

3.6 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 erforderlichen Messinstrumente ermittelt und festgelegt und werden diese angewandt?	Geeignete Maßnahmen und Messinstrumente können sein: z.B. Visiten, interdisziplinäre Behandlungsbesprechungen, Supervisionen, Qualitätszirkel Assessment-Instrumente, diagnostische Geräte, Labordiagnostik.	Anforderung: BAR 3 (6), 5.3 (1, 2), 5.4 (1) 9 (1, 3, 5, 6, 9), 11 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 7.6
2	Werden Messinstrumente, soweit sie für qualitätsrelevante Prüfungen eingesetzt werden, gemäß den Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> • überprüft, • gekennzeichnet, • bei Bedarf justiert oder nachjustiert • vor Beschädigung und Verschlechterung während der Handhabung, Instandhaltung und Lagerung geschützt? 		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.6

4 Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung)

4.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Werden die Prüf-, Analyse- und Verbesserungsprozesse geplant und verwirklicht hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übereinstimmung der Dienstleistungen und des QMS mit den Anforderungen • der Wirksamkeit und Weiterentwicklung des QMS? 		<p>Anforderung: BAR 3 (7) DIN EN ISO 9001:2008 8.1, 8.2</p> <p>Anforderung: BAR 5.3 (2)</p> <p>Anforderung: BAR 5.4 (1, 4, 5) 5.5 (3)</p>
2	<p>Werden die zutreffenden Methoden einschließlich statistischer Verfahren und das Ausmaß ihrer Anwendung ermittelt?</p>		<p>Anforderung: BAR 5.4 (4), 9 (5) DIN EN ISO 9001:2008 8.1</p>

4.2 Überwachung und Messung

4.2.1 Rehabilitandenbefragung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Werden Rehabilitationsmerkmale durch eine systematische, regelmäßige und aussagekräftige Patientenbefragung überwacht und gemessen?</p>	<p>Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten und Interessenspartnern, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Therapieabbrüchen, Daten aus externen QS-Programmen.</p>	<p>Anforderung: BAR 6 (2), 8 (1), 9 (7, 8) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.1</p>
2	<p>Enthält die Patientenbefragung auch folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit der Patienten • Rehabilitationsprozess • Rehabilitationserfolg • Service und Hotelleistungen 		<p>Anforderung: BAR 8 (1) 9 (3, 7, 8) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.1, 8.5</p>
3	<p>Werden die Patienten im Rahmen der Patientenbefragung auch zu ihrer körperlichen und seelischen Befindlichkeit sowie zu der subjektiven Einschätzung des Behandlungserfolges befragt?</p>		<p>Anforderung: BAR 8 (1), 9 (3, 7, 8) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.1</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Führt die Klinik Maßnahmen zur Erreichung hoher Rücklaufquoten durch und werden bei den durchgeführten Befragungen Rücklauf-Statistiken geführt?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 7.2, 8.4.1
5	Werden die Ergebnisse der Patientenbefragungen regelmäßig und zeitnah evaluiert und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?		Anforderung: BAR 8 (2, 3, 4), 9 (5, 8, 9, 10), 11 (2) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.1

4.2.2 Zufriedenheit von Leistungsträgern und weiteren Interessenspartnern

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

4.2.3 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.	Anforderung: BAR 5.4 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
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.	Anforderung: BAR 5.4 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
3	Hat die Einrichtung ein jährlich aktualisiertes Audit-Programm, das folgende Kriterien berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> • Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche • Ergebnisse früherer Audits • Auditkriterien • Auditumfang • Audit Häufigkeit • Auditmethoden? 		Anforderung: BAR 5.4 (1, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Werden interne Qualitätsaudits von Personal durchgeführt, das eine entsprechende Qualifikation besitzt und soweit möglich unabhängig von der direkten Leitung der auditieren Bereiche (Objektivität und Unparteilichkeit) ist?	Die Qualifikation kann u.a. durch Schulungen und Trainings erlangt werden.	Anforderung: BAR 4.1 (3), 5.4 (2) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
5	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits dokumentiert?	Die Ergebnisse werden in Audit-Berichten dokumentiert.	Anforderung: BAR 5.4 (3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
6	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits den für den auditieren Bereich Verantwortlichen und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?	Audit-Berichte müssen den betroffenen Mitarbeitern zugänglich sein.	Anforderung: BAR 5.4 (4), 5.5 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
7	Stellt die für den auditieren Bereich verantwortliche Leitung sicher, dass Maßnahmen zur Beseitigung erkannter Fehler und ihrer Ursachen schnellstmöglich ergriffen werden?	Die Umsetzung der ergriffenen Maßnahmen muss nachvollziehbar sein.	Anforderung: BAR 5.4 (4, 5), 10 (1, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2
8	Wird die Wirksamkeit von Korrekturmaßnahmen bewertet und dokumentiert?	Die Wirksamkeit kann durch objektive Nachweise oder durch nachfolgende Audits belegt werden.	Anforderung: BAR 5.3 (1), 5.4 (5), 10 (2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.2

4.2.4 Messung und Überwachung von Rehabilitations- und unterstützenden Prozessen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es geeignete Methoden zur Überwachung und, falls zutreffend, Messung der Prozesse und wird aufgezeigt, dass mit den Prozessen die geplanten Ergebnisse zu erreichen sind?		Anforderung: BAR 5.2 (1), 9 (2, 5, 10) 10 (2) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.3
2	Werden die E-Brieflaufzeiten statistisch erfasst und regelmäßig ausgewertet?		Anforderung: BAR 9 (2, 5), 10 (2) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.3
3	Werden Komplikationen, Infektionen und Zwischenfälle in der Einrichtung erfasst? Ist der Umgang mit diesen Ereignissen geregelt? Werden die Daten regelmäßig ausgewertet und auf Tendenzen und systematische Fehler hin untersucht?		Anforderung: BAR 9 (5), 10 (1, 2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.3, 8.5.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Ist festgelegt, welche Parameter zur Beurteilung der Behandlung notwendig sind (z.B. Therapiezielkataloge, Diagnoseinstrumente, Reha-Therapiestandards)? Werden die Zielwerte vorher festgelegt und mit den erreichten Werten verglichen?	Geeignete Parameter können sein: Diagnostische Verfahren mit Eingangs- und Ausgangsmessung und vergleichender Bewertung (medizinische, psychologische, soziale Parameter), Einschätzung der Therapiezielerreichung (Therapeuten- / Patienteneinschätzung) etc.	Anforderung: BAR 3 (6), 5.2 (1), 5.3 (1), 8 (1), 9 (3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.4
5	Ist sichergestellt, dass die Entlassung und die abschließende Beurteilung des Rehaprozesses erst nach Vollendung aller festgelegten Maßnahmen erfolgt, sofern sie nicht anderweitig von einer anderen zuständigen Stelle veranlasst wurde?		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.4
6	Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme (z. B. ICD-10, DSM, testpsychologische Verfahren oder andere) und spezifische Assessment-Verfahren eingesetzt?		Anforderung: BAR 5.2 (1), 9 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.4
7	Ist der Rehabilitationsfortschritt in den einzelnen Schritten aus der Patientendokumentation erkennbar?		Anforderung: BAR 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.5.1
8	Werden die Reha-Ziele (z. B. Zielerreichungsgrad) am Ende der Rehabilitation überprüft und bewertet?		Anforderung: BAR 5.2 (1), 6 (4), 9 (3) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4
9	Ist die Beschreibung und Kodierung von therapeutischen Leistungen (z. B. KTL) geregelt und wird deren Einhaltung kontrolliert? Werden die Ergebnisse erfasst?	Es existieren differenzierte Kataloge zur Beschreibung von Qualitätsanforderungen an therapeutische Leistungen (z.B. KTL). Deren Überwachung und Einhaltung wird dokumentiert.	Anforderung: BAR 8 (1, 2, 4), 9 (5)
10	Wird von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigen eine Routine-1-Jahres-Katamnese zur Feststellung der Ergebnisqualität erhoben?		Anforderung: BAR 9 (3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.4
11	Werden diejenigen Parameter erfasst und ausgewertet, die eine Grundlage für die Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen durch die Leistungsträger darstellen (Rehabilitationsbewertungssystem)?		Anforderung: BAR 8 (1, 2, 4) DIN EN ISO 8.2.4, 8.4

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
12	Falls relevant: Wird die Erfüllung der Reha-Therapiestandards der DRV Bund für den Patienten geprüft, wie Überprüfung der Leistungsmengen je Modul?		Anforderung: BAR 8 (1, 2)

4.3 Lenkung von Fehlern und Beschwerden

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung fehlerhafter Dienstleistungen / Beschwerden?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	Anforderung: BAR 7 (1), 10 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.3
2	Beinhaltet dieses Verfahren angemessen: <ul style="list-style-type: none"> – Verantwortlichkeiten und Befugnisse zum Umgang mit Fehlen – Fehlerbewertung (einschließlich Beschwerden der Patienten und Interessenspartner), – Ermittlung der Ursachen von Fehlern, – die Ergreifung angemessener Maßnahmen, um bereits erfolgte fehlerhafte Dienstleistungen zu managen (z.B. Sofortmaßnahmen) – Dokumentation der Fehler, ihrer Ursachen sowie der ergriffenen Maßnahmen, 	Die Verfahrensweise mit Beschwerden ist analog zu handhaben.	Anforderung: BAR 7 (2), 10 (2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.3

4.4 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).	Anforderung: BAR 5.2 (1, 2), 5.3 (1, 2, 3), 9 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.1, 8.4
2	<p>Schließt die Datenanalyse folgendes ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Zufriedenheit von Patienten (Patientenbefragungen) • Rückmeldungen von Patienten, Leistungsträgern und Interessenpartner (Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, Visitationsergebnisse und Begehungen der Leistungsträger) • Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (falls relevant auch Leistungserfassung über KTL und Umsetzung von Leitlinien in der Rehabilitation) • Ergebnisse externer QS-Maßnahmen (wie Peer-Review, Patientenbefragung, Struktur und Konzeptanalyse und weitere Daten) • Status von Korrekturmaßnahmen (z.B. Komplikationen, Infektionen, Zwischenfälle) und Vorbeugemaßnahmen (Präventionen, Standards, etc.) • Ergebnisse zu Qualitätszielen, Projekten und Qualitätszirkeln • Betriebswirtschaftliche Kennzahlen (auch zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtung) 	<p>Die Datenanalyse umfasst auch die Ergebnisse der Katamnesen (bei Fachkliniken für Alkohol-Medikamentenabhängige).</p> <p>Die Datenanalyse liefert wichtige Ergebnisse für die Kontrolle von Prozessen und Kennzahlen für die Erstellung der Managementbewertung.</p> <p>Die Daten können für die Managementbewertung einmal jährlich erhoben werden. Wichtige Kennzahlen sollten jedoch für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden (Definition, Messung, Verantwortung, Bewertung und Maßnahmen, Informationen, etc.).</p>	<p>Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 8.2.4, 8.4, 8.5.2, 8.5.3 Anforderung: BAR 6 (2), 9 (7)</p> <p>Anforderung: BAR 6 (3), 7 (1), 8 (2), 9 (8)</p> <p>Anforderung: BAR 8 (2), 9 (2, 5)</p> <p>Anforderung: BAR 8 (1, 2)</p> <p>Anforderung: BAR 7 (1, 2), 10 (2, 3, 4)</p> <p>Anforderung: BAR 5 (3) und 9 (9)</p>

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> • Lieferantenbeurteilungen • Umsetzung der Qualitätsziele • Erfüllung gesetzlicher und behördlicher Anforderungen • Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten) • Empfehlungen für Verbesserungen (betriebliches Vorschlagswesen, Ideenmanagement) 		<p>Anforderung: BAR 9 (6)</p> <p>Anforderung: BAR 5.2 (2) und 9 (4)</p> <p>Anforderung: BAR 5.5 (1, 3) und 10 (4)</p>
3	Findet eine EDV-gestützte Basisdokumentation der Patientendaten statt (mindestens: soziodemographische Daten, Verweildauer, Diagnosen, sozialmedizinische Parameter, Leistungsdaten, Entlassungsbeurteilung, Zwischenfälle und besondere Ereignisse)?	Eine suchtspezifische Orientierungshilfe gibt der deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Hrsg.: DHS)	Anforderung: BAR 5.2 (1) DIN EN ISO 9001:2008 8.4
4	Gibt es Regelungen für die Auswertung der Basisdokumentation (Ergebnisse, Umgang mit Abweichungen etc.)?	<p>Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.</p> <p>Dieses beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es findet eine kontinuierliche klinikinterne Auswertung der Daten statt. - Die Daten erfüllen entsprechende Qualitätskriterien bezüglich Missing-data (vgl. beispielsweise die Vorgaben des FVS für suchtspezifische Erhebungen) - Die Daten von suchtspezifischen Einrichtungen/Abteilungen stehen für einrichtungsübergreifende Auswertungen (z. B. für den FVS) zur Verfügung und gehen in die Nationale Suchthilfestatistik für Deutschland ein. 	Anforderung: BAR 5.2 (1), 9 (5, 6) DIN EN ISO 9001:2008 8.4

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
5	Wird von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit kontinuierlich eine Routine-1-Jahres-Katamnese als Totalerhebung durchgeführt?	<p>Die Durchführung einer entsprechenden Routinekatamnese ist im Suchtbereich für Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige verpflichtend und kann von Fachkliniken für Drogenabhängige, Adaptionseinrichtungen, teilstationären Einrichtungen und Ambulanzen fakultativ erhoben werden. In der Psychosomatik sind katamnestiche Untersuchungen zum Behandlungserfolg ebenfalls fakultativer Art.</p> <p>Eine suchtspezifische Orientierungshilfe gibt der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation und Katamnestiche im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Hrsg.: DHS).</p>	Anforderung: BAR 5.3 (3), 5.4 und 9 (3, 6) DIN EN ISO 9001:2008 8.4
6	Gibt es Regelungen für die Auswertung der Katamnestiche in Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen?	<p>Das Vorgehen der Katamnesticheauswertung ist im Suchtbereich festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Dieses beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es findet eine jährliche einrichtungsinterne Auswertung der Daten gemäß DGSS-Standards statt. - Die Daten erfüllen entsprechende Qualitätskriterien bezüglich Missing-data (z. B. Kriterien des FVS). - Die Daten stehen für einrichtungsübergreifende Auswertungen (z. B. FVS) zur Verfügung 	Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 8.4

4.5 Verbesserung

4.5.1 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 einwirkt.	Anforderung: BAR 5.3 (1), 5.4 (4, 5), 8 (2, 4), 9 (10), 10 (3, 4) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.1
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.	Anforderung: BAR 5.5 (2, 3) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.1
3	Werden die zu den Rehabilitationsprozessen gewonnenen Daten genutzt, um die Rehabilitationskonzepte zu optimieren? Fördern die Untersuchungen die Effizienz der Rehabilitation?	Die Regelungen berücksichtigen u.a.: – 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?) – Wer setzt sie ein? – Wem werden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt? – Welche Datenbasis/-quelle wurde genutzt? – Welche Verfahren werden zur Erreichung hoher Rücklaufquoten eingesetzt? – Wie sind die Zuständigkeiten geregelt?	Anforderung: BAR 2 (8), 3 (7), 5.3 (1), 8 (2, 4) 9 (9, 10), 10 (3, 4) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.1, 8.5.3

4.5.2 Externe Qualitätssicherung

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.	Anforderung: BAR 8 (1, 2) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.1, 8.4

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Existiert eine Regelung für die Durchführung der externen Qualitätssicherung und den Umgang mit deren Ergebnissen?	Die abgeleiteten Maßnahmen sind zu dokumentieren.	Anforderung: BAR 8 (2, 3, 4) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.3, 8.4, 8.5.1
3	Falls relevant. 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.	Anforderung: BAR 5.5 (2)
4	Falls relevant: Gewährleistet die Einrichtung, dass die Patienten über die Abläufe informiert werden und ggf. ihr Einverständnis geben können?	Verfahren sind ggf. festgelegt (Berücksichtigung des Datenschutzes).	Anforderung: BAR 6 (1, 2, 3)
5	Werden die Ergebnisse von Einrichtungsvergleichen (z. B. Ergebnisse aus dem Peer-Review-Verfahren, der Patientenbefragung der KTL-Auswertungen der Leistungsträger, aus anderen einrichtungsvergleichenden Infosystemen) genutzt, um Fehlerursachen zu entdecken, zu analysieren und zu beseitigen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	Anforderung: BAR 8 (1, 2, 4) DIN EN ISO 9001:2008 8.3, 8.5.1

4.5.3 Korrekturmaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung von möglichen bzw. vorhandenen Fehlerursachen?</p> <p>Werden Korrekturmaßnahmen systematisch durchgeführt und werden dabei folgende Aspekte berücksichtigt?</p> <p>a. Fehlerbewertung (einschließlich Kundenbeschwerden)</p> <p>b. Ermittlung der Ursachen von Fehlern</p> <p>c. Beurteilung des Handlungsbedarfs zur Verhinderung des erneuten Auftretens von Fehlern</p> <p>d. Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen</p> <p>e. Aufzeichnung der Ergebnisse von ergriffenen Maßnahmen</p> <p>f. Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Korrekturmaßnahmen</p>	<p>Auslöser für Korrekturmaßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlermeldungen • Beschwerden • Auditergebnisse • Prozessbewertungen • Managementbewertung • Komplikationen, Zwischenfälle • Veränderte gesetzlich und behördliche Vorgaben <p>Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein.</p>	Anforderung: BAR 9 (10) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.2

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Werden die Daten regelmäßig ausgewertet und auf Tendenzen und systematische Fehler hin untersucht?		Anforderung: BAR 9 (5, 10)

4.5.4 Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Vorbeugemaßnahmen zur Beseitigung von möglichen Fehlerursachen? Enthält das Verfahren zur Durchführung von Vorbeugungsmaßnahmen folgende Aspekte? a. Erkennung potenzieller Fehler und ihrer Ursachen b. Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das Auftreten von Fehlern zu verhindern c. Festlegung und Verwirklichung der notwendigen Maßnahmen d. Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen e. Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Vorbeugungsmaßnahmen	Auslöser für Vorbeugungsmaßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none">• Risikoanalysen• Verbesserungsvorschläge• Auditergebnisse• Prozessbewertungen• Managementbewertung• Veränderte gesetzliche und behördliche Vorgaben Vorbeugungsmaßnahmen müssen den Auswirkungen der möglichen Probleme angemessen sein.	Anforderung: BAR 9 (10), 10 (4) DIN EN ISO 9001:2008 8.5.3
2	Verfügt die Einrichtung über eine Notfallregelung, die neben Brand auch Bombendrohung, Geißelnahme oder Hausbesetzung u. a. regelt?		Anforderung: BAR 5.2 (2), 10 (4)
3	Existieren ein Hygienemanagement bzw. Hygienepläne in der Einrichtung, und werden Hygienestandards eingehalten?		Anforderung: BAR 5.2 (2) DIN EN ISO 9001:2008 4.1, 8.5.3
4	Gibt es Regelungen für Zwischen- und Notfälle? Wird ein regelmäßiges Reanimationstraining für die Mitarbeiter durchgeführt? Gibt es einen schriftlich ausgearbeiteten „Erste-Hilfe-Plan“?	Diese können - je nach Patientenkonstellation einer Einrichtung - beispielsweise für psychotische Notfälle, Eigen- oder Fremdgefährdung, oder eingetretene Rückfälle erforderlich sein.	Anforderung: BAR 11 (4) DIN EN ISO 9001:2008 8.2.3, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3
5	Werden neue Mitarbeiter in das Notfallmanagement eingewiesen?	Die Einweisung ist zu dokumentieren.	Anforderung: BAR 5.5 (2), 10 (4)
6	Sind ortsfeste Notrufanlagen ausreichend installiert (Patientenzimmer, Nasszellen)		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
7	Existiert ein einsatzbereiter Notfalkoffer (mit Defibrillator)	Der Koffer muss regelmäßig überprüft werden, die Prüfung ist zu dokumentieren.	

5. Qualitätsmanagementsystem

5.1 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?		Anforderung: BAR 4.1, 5.1 (1, 2), 5.5 (1-3) DIN EN ISO 9001:2008 4.1
2	Berücksichtigt das dokumentierte QM-System ausreichend: <ul style="list-style-type: none"> • die qualitätsrelevanten Prozesse, ihre Anwendung und ihre Wechselwirkung, • die Kriterien und Methoden zum Managen und Durchführen dieser Prozesse? 		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 4.1 Anforderung: BAR 5.1, (1), 5.2 (1, 3) Anforderung: BAR 5.2 (4)
3	Sind von der Einrichtung Prozesse ausgegliedert worden und berühren diese Prozesse Anforderungen, die die Einrichtung selbst vorgegeben hat oder von außen gefordert werden? Ist die Lenkung von diesen ausgegliederten Prozessen im QM-System festgelegt?	Werden Prozesse ausgegliedert (z.B. Outsourcing, externe Lieferanten, ärztliche Leistungen), müssen Art und Umfang der Lenkung (auch Überwachung) festgelegt sein und durch geeignete Maßnahmen und Nachweise sichergestellt werden.	Anforderung: BAR 5.1 (1), 5.2 (1), 9 (2) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.1, 7.4, 7.6

5.2 Dokumentationsanforderungen

5.2.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beinhaltet die QM-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> – Aussagen zu/m/r <ul style="list-style-type: none"> a) Leitbild/Qualitätspolitik b) Qualitätszielen – ein QM-Handbuch – aus dem Auditleitfaden erforderliche dokumentierte Verfahren 		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 4.2.1 Anforderung: BAR 1 (3) Anforderung: BAR 4.1 (2), 5.3 (1, 2, 3), 9 (6) Anforderung: BAR 5.2 (1)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> – zusätzliche Dokumente zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Lenkung der Prozesse, – Anforderungen zu den Qualitätsaufzeichnungen? 		

5.2.2 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 .	Anforderung: BAR 4.1 (1, 2) 4.2 (5), 5.2 (1, 2, 3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.2
2	Beinhaltet das Qualitätsmanagementhandbuch die Beschreibung des QM-Systems einer Einrichtung?	Im QM-Handbuch werden die Tätigkeitsfelder einer Einrichtung, deren Qualitätspolitik und -ziele, deren Aufbau- und Ablauforganisation, wesentliche Prozesse etc. beschrieben und bereichsübergreifende Verfahrensregelungen festgelegt.	Anforderung: BAR 4.1 (1, 2), 5.1 (1, 2, 3), 5.2 (1, 2, 3, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.2

5.2.3. Lenkung von Dokumenten

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung geforderter Dokumente festgelegt?	Das Verfahren ist dokumentiert.	Anforderung: BAR 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.3
2	<p>Beinhaltet dieses Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Genehmigung der Dokumente vor der Herausgabe auf Angemessenheit, • die Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung, • die Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand, • die Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen, • diese lesbar und identifizierbar bleiben, • die Anforderungen an den Datenschutz? 		Anforderung: DIN EN ISO 9001:2008 4.2.3 Anforderung: BAR 5.1 (1) und 5.2 (5) Anforderung: BAR 5.1 (1) Anforderung: BAR 5.2 (5) Anforderung: BAR 5.2 (5) Anforderung: BAR 5.2 (2)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Stellt das Verfahren sicher, dass veraltete Dokumente nicht unbeabsichtigt verwendet und in geeigneter Weise gekennzeichnet werden, wenn sie aufbewahrt werden müssen?		Anforderung: BAR 5.2 (2, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.3
4	Ist sichergestellt, dass externe Dokumente gekennzeichnet, entsprechend verteilt und gelenkt werden?	Das Verfahren ist dokumentiert. Externe Dokumente können sein: Gesetze, Verordnungen, Formulare der Kostenträger etc.	Anforderung: BAR 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.3

5.2.4. Lenkung von Aufzeichnungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung, • Aufbewahrung, • Schutz, • Wiederauffindbarkeit, • Aufbewahrungsfrist, • Beseitigung und • Erfüllung der Anforderungen des Datenschutzes von Qualitätsaufzeichnungen festgelegt? 	Das Verfahren ist dokumentiert.	Anforderung: BAR 5.2 (2, 5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.4
2	Ist die Lenkung und Archivierung von Qualitätsaufzeichnungen geregelt?	Die Lenkung von Aufzeichnungen ist in entsprechenden Verfahrensanweisungen zu regeln, gesetzliche Anforderungen an die Archivierung sind einzuhalten.	Anforderung: BAR 5.2 (5) DIN EN ISO 9001:2008 4.2.4

V Hinweise zu den gesetzlichen Grundlagen

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

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

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

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

Werden die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes und die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes berücksichtigt?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI Übersicht über die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

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

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

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

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

VII Glossar

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

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

DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. , mit Sitz in Berlin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., mit Sitz in Hamm
Dokumente	Übergeordneter Begriff im Qualitätsmanagement für Vorgaben (Anforderungen an die Rehabilitation, Prozessbeschreibungen, Formularstandards) und Nachweise (siehe Aufzeichnungen).
Dokumentierte Verfahren	Begriff der DIN EN ISO 9001 für die festgelegte Art und Weise, eine Tätigkeit oder einen Prozess auszuführen. Damit sind hohe Anforderungen verbunden, wie sie in dem Auditleitfaden dargestellt sind: Beispiele: Dokumentierte Verfahren zu Internen Audits, Umgang mit Fehlern, Korrekturmaßnahmen, Vorbeugemaßnahmen, Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen. Synonym: „Verfahrensanleitung“
Einrichtung	Organisation bzw. Organisationseinheit in der Rehabilitation (Rehabilitationsklinik, Fachklinik, ambulantes Rehabilitationszentrum etc.) In der Checkliste diejenige Organisationseinheit, die ein Qualitätsmanagement einführt und entwickelt. Hinweis: das DEGEMED/FVS-Verfahren sieht als organisatorische Einheit immer eine „gesamte Einrichtung/Klinik“ vor. Die Zertifizierung von „Einrichtungs-/Klinik-Teilen“ wie z. B. Abteilungen, Fachbereichen oder Servicebereichen ist nach dem FVS/DEGEMED-Verfahren nicht möglich.
Einrichtungskonzept	Darstellung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung in der Einrichtung beschreibt.
Entwicklung	Darunter wird im Sinne der DIN EN ISO 9001 die Entwicklung neuartiger Dienstleistungen bzw. Produkte verstanden. Eine solche Entwicklung findet im Bereich der Rehabilitationseinrichtung in der Regel nicht statt. Auch die Teilnahme an klinischen Studien oder Forschungsprojekten zählt im Sinne der Norm nur dann zur Entwicklung, wenn die Aktivitäten der Einrichtung deutlich über die reine Teilnahme an Studien, deren Design anderen Ortes entwickelt wurde, hinausgehen. Daher macht der FVS/DEGEMED Auditleitfaden von der Möglichkeit Gebrauch, das Kapitel 7.3 der DIN EN ISO 9001 grundsätzlich auszuschließen. Sofern die entsprechenden Voraussetzungen allerdings vorliegen, ist es den Einrichtungen jedoch frei gestellt, die Entwicklung gemäß Kap. 7.3 wieder einzuschließen. In diesem Fall müssen die diesbezüglichen Anforderungen des Kap. 7.3 der DIN EN ISO 9001:2008 erfüllt werden.

Fehlermanagement	<p>Festlegung und Umsetzung von Maßnahmen bei Nichterfüllung einer Forderung: Die Forderung ergibt sich aus den eigenen Ansprüchen (Leitbild, Konzepte), Zwischenfällen (Behandlungsfehler), vorausgesetzten Erwartungen, Nichteinhalten von Prozessen, Anforderungen über Leistungsträger (Beschwerden von Rehabilitanden) und Interessenpartner.</p> <p>Siehe auch Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen.</p>
Formular	So genanntes Vorgabedokument zum standardisierten Ausfüllen in einem Prozess (z. B. Behandlungsablauf).
FVS	Fachverband Sucht e.V., mit Sitz in Bonn
Gesellschaft	Alle diejenigen, welche von der Organisation betroffen sind. Davon werden abgegrenzt die Rehabilitanden, die Leistungsträger, die Mitarbeiter und weitere Interessenpartner.
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (2002).
Interessenpartner	<p>Als Interessenpartner werden in dieser Checkliste betrachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Leistungsträger der Rehabilitation (DRV, GKV, GUV, Beihilfe, PKV, etc.), • die Zuweiser und Weiterbehandler von Rehabilitanden: Für eine Rehabilitationseinrichtung können typischer Weise Interessenpartner sein: Akutkrankenhäuser, niedergelassene Ärzte, niedergelassene Therapeuten, Sozialstationen, Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, Home-Care-Unternehmen, Sanitätshäuser, • Selbsthilfegruppen, Universitäts- und Forschungseinrichtungen, etc. • der Patient ist ebenfalls den Interessenpartnern der Einrichtung zuzurechnen, wird in dieser Checkliste jedoch stets explizit genannt. • die „internen Interessenpartner“ Mitarbeiter, Organisationsbereich/Abteilung (im gegenseitigen Kunden-Verhältnis) oder Träger/ Kapitalgeber werden im Rahmen dieser Checklisten nicht unter die Interessenpartner i.e.S. subsumiert – dies kann für eine Einrichtung jedoch eine sinnvolle Erweiterung des Qualitätsmanagements darstellen. • die Gesellschaft (siehe oben)
Internes Audit	Bei einem Internen Audit wird die Einrichtung durch eigene, aber von einem Arbeitsbereich unabhängige Auditoren untersucht. Siehe auch Audit.

Kennzahlen	<p>Merkmalswert, der zur Überwachung eines Prozesses oder Ergebnisses dient. Dabei handelt es sich um eine Verhältniszahl. Wichtige Kennzahlen sollten für die Leitung der Einrichtung unterjährig analysiert werden (Kennzahlensystematik). Eine Matrix mit diesen Kennzahlen sollte aufgestellt werden. Hierzu können gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierte Kennzahlen wie z.B. Rehabilitandenstruktur, Ergebnisse der Patientenbefragung, Beschwerdestatistik, Abstinenzquote, Abbruch- bzw. Nicht-Antrittsquote und Rückfallquote. • Leistungsträgerorientierte Kennzahlen wie z.B. Antrittsrate/Laufzeit/Warezeit, Laufzeit E-Berichte, Leistungsmengen (KTL-Statistik) und Re-Integration ins Erwerbsleben. • Mitarbeiterorientierte Kennzahlen wie z.B. AU-Tage bzw. Fehltage, Überstunden, Personalfuktuation und Personalentwicklung. • Betriebswirtschaftliche Kennzahlen wie z.B. Stellenschlüssel, Daten zur Kostenstruktur (inkl. Medikamentenkosten), Vergütungssatz(entwicklung), Belegungsdaten, Verweildauer, Fallzahlen (bezogen auf Diagnosen) und Budgetcontrolling.
Kontinuierliche Verbesserung (KVP)	<p>Methode des Qualitätsmanagements, die die Systematik des Plan, Do, Check und Act zur Nachverfolgung ihrer Maßnahmen, Qualitätsziele und Projekte verwendet. Man reagiert nicht nur in Krisenzeiten mit Maßnahmen der Umstrukturierung, sondern nutzt auch die „ruhigen“ Zeiten zur Steigerung der Qualität der Rehabilitation. Siehe auch PDCA-Zyklus.</p>
Korrekturmaßnahmen	<p>Maßnahme zur Beseitigung von Fehlern oder Beschwerden. Dabei wird nach der Dringlichkeit der Beseitigung unterschieden. Siehe auch Fehlermanagement und Vorbeugemaßnahmen.</p>
Leitbild	<p>Das Leitbild einer Einrichtung beschreibt kurz und prägnant einen Idealzustand, auf welches man sich zu entwickeln möchte. Dies geschieht durch jährliche messbare Qualitätsziele.</p>
Leistungsträger	<p>Kosten- und Leistungsträger. Diese werden als Interessenpartner betrachtet. Leistungsträger der Rehabilitation sind DRV, GKV, GUV, Beihilfe, PKV, etc.</p>
Leitlinien	<p>Hierunter fallen die AWMF-Leitlinien anerkannter Fachgesellschaften und Experten, wie z.B. die Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen</p>
Lenkung	<p>Definiertes und strukturiertes Vorgehen, um Anforderungen zu erfüllen. Beispiel: Lenkung bei den dokumentierten Verfahren; Lenkung von Dokumenten. Dabei sind einzelne Prozessschritte beschrieben, wie Planung, Freigabe, Inkraftsetzen, Ausschluss, Archivierung, etc.</p>
Management	<p>Gesamtheit der Prozesse, Verfahren und Instrumente, mit welchen eine Organisation sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele oder Erfüllung äußerer Anforderungen erforderlichen Aufgaben bewältigt.</p>

Managementbewertung	<p>Eine systematische, periodische (i.d.R. jährliche) Bewertung des Qualitätsmanagements hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der in der letzten Periode erzielten Ergebnisse bezogen auf die eingesetzten Maßnahmen bzw. Mittel, und bezogen auf die definierten Qualitäts- bzw. Unternehmensziele; • der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und dessen Verbesserungsmöglichkeiten; • der Verbesserungsbereiche und –potentiale in allen Einrichtungsbereichen; • Angemessenheit der Unternehmensvision und Werte, der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie des Einrichtungskonzepts und der Rehabilitationskonzepte. <p>Darüber hinaus beinhaltet die Managementbewertung die Beurteilung der Qualitätsplanung (Qualitätsziele) für die kommende Periode sowie die Bewertung der Planung/Festlegung notwendiger Strategien und Maßnahmen.</p> <p>Siehe auch Kennzahlen.</p>
Messbare Größe	<p>Größe, die in der praktischen Anwendung quantitative Daten liefert. Dies können harte Daten wie z. B. Fehlerzahlen, Dauer in Tagen, betriebswirtschaftliche Daten oder weiche Zahlen wie z. B. Fragenbogenwerte, numerische Einschätzungen sein. Qualitätsziele müssen messbar sein. Siehe auch Kennzahlen</p>
Oberste Leitung	<p>Leitungsgremium (oder Leitungsperson), das (die) die oberste Stelle in der Hierarchie der Einrichtung einnimmt. Die oberste Leitung verfügt über alle zum Management der Organisation notwendigen strategischen und operativen Entscheidungskompetenzen.</p>
Organisationsbereich	<p>Organisatorisch von anderen Bereichen abgegrenzter Teil der Einrichtung (z. B. Abteilung, Fachbereich, Indikationsbereich, Gebäudeteil, etc.).</p>
Patient	<p>Die Person, die durch die Dienstleistungen der Einrichtung „behandelt“ wird. Als Synonym kann „Rehabilitand“ angesehen werden.</p>
Projekt(management)	<p>Eine Aufgabenstellung kann und sollte in der Regel als Projekt betrachtet werden, sofern das zu lösende Problem relativ komplex erscheint, der Lösungsweg zunächst unbekannt ist, aber bereits eine Zielrichtung und ein Zeitrahmen vorliegen, und/oder eine bereichs-/fachübergreifende Zusammenarbeit erforderlich ist.</p> <p>Im Allgemeinen ist das Projektmanagement ein Handlungs- und Führungsmodell. Zum Projektmanagement gehören im Alltag alle Aufgaben, ein Projekt zu leiten. Das Projektmanagementteam und seine Leitung müssen fähig sein, Fachwissen und Methodik in der Projektabwicklung erfolgreich und effektiv umzusetzen.</p>
Prozess	<p>Eine Folge von Tätigkeiten mit einem definierten Start und Ende, die i.d.R. über verschiedene Bereiche gehen, und einen Nutzen bzw. einen Wert schaffen (wertschöpfende Prozesse).</p>

QM-Beauftragter	<p>In der Praxis findet man bei der Stelle des QM-Beauftragten meist eine der beiden folgenden Konstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • QM-Beauftragter = Beauftragter der obersten Leitung (1 Person, z.B. Einrichtungsleiter, Geschäftsführer, Vorstand) • QM-Beauftragter ist Stabsstelle (rechte/ausführende Hand) des Beauftragten der obersten Leitung <p>Das Aufgabensepektrum des QM-Beauftragten kann unterschiedlich gestaltet werden. Typische Aufgaben sind z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordination der Durchführung interner Audits • Koordination und Überprüfung von durchgeführten Änderungen im QM-System und an der QM-Dokumentation • Koordination von Korrektur-/Vorbeugungsmaßnahmen (z.B. Leitung von Qualitätsverbesserungsprojekten bzw. Qualitätszirkeln) • Ansprechpartner für die externe Zertifizierungsorganisation • Verantwortung für die Gestaltung des internen und externen Beschwerdemanagements • Aufbereitung von Daten zur Ermittlung des Erfüllungsgrades von Erwartungen der interessierten Parteien der Organisation
Qualität	<p>Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Rehabilitanden und Interessenpartner an die Dienstleistung der Einrichtung und der tatsächlichen Dienstleistung (Konkordanz-Definition).</p> <p>Anmerkung: Die Konkordanz-Definition umfasst z. B. auch „inhaltliche“, medizinische / therapeutische Qualitätsdefinitionen (z. B. Einhaltung und Übertreffen von Leitlinien und Richtlinien), da diese immer auch definierte Erwartungen bestimmter Interessenpartner sind (z. B. zuweisender Ärzte, Kliniken; Fachgesellschaften; Kostenträger, etc.).</p> <p>Siehe auch vorausgesetzte Erwartungen.</p>
Qualitätsausschuss	<p>Gremium der Einrichtung, das sich mit spezifischen Fragen der Einrichtung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beschäftigt (oft auch „Qualitätsteam“).</p>
Qualitätsbericht	<p>Dokumentation, die als Publikation der interessierten Öffentlichkeit der Einrichtung zugänglich gemacht wird. Der FVS hat zusammen mit der DEGEMED einen Muster-Qualitätsbericht entwickelt.</p>
Qualitätsaufzeichnung	<p>s. Aufzeichnungen</p>
Qualitätsmanagement	<p>Managementmodell (s. Management), das sich mit der systematischen Verbesserung der Qualität der Dienstleistung der Einrichtung befasst.</p>
Qualitätsmanagement-Handbuch	<p>Auch Managementhandbuch: es handelt sich um ein Vorgabedokument, welches das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung beschreibt.</p>

Qualitätsmanagement-system	Teil des Qualitätsmanagements, in dem die Systematik der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität niedergelegt ist. Z. B. die Systematik der Gewinnung, Auswertung und Bewertung von qualitätsbezogenen Daten; die Systematik des Management-Zyklus (z. B. P-D-C-A-Zyklus) etc.
Qualitätsziele	Es handelt sich dabei um Ziele der Einrichtung, die jährlich angestrebt werden. Zur Beurteilung der Ziele ist gefordert, dass sie gemessen werden können.
Regelung	Begriff in dem Auditleitfaden. Regelung oder „geregelt“ setzt voraus, dass es schriftliche Vorgaben für Prozesse gibt (Verfahrensanweisung, Checkliste, Formular etc.). Notwendig ist für Regelungen eine Lenkung (siehe dort). Sehr umfangreiche Verfahrensanweisungen sind notwendig bei den dokumentierten Verfahren (siehe dort).
Rehabilitationskonzept	Darstellung in schriftlicher Form, welche die Grundlagen und die Ausgestaltung der rehabilitativen Behandlung in einer Abteilung der Einrichtung beschreibt. Das Rehakonzept enthält u.a. verschiedene Therapiekonzepte zu den einzelnen in der Einrichtung behandelten Diagnosen (z.B. Depressionen, pathologisches Glücksspiel). In Einrichtungen mit nur einer Behandlungsform ist es identisch mit dem Einrichtungskonzept.
Reha-Therapiestandards	Die Deutsche Rentenversicherung hat auf der Basis der KTL-Daten Therapiestandards für verschiedene Indikationsbereiche (z.B. Alkoholabhängigkeit) in der ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation entwickelt. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten Rückmeldungen, ob sie die entsprechenden Vorgaben einzelner, in den Therapiestandards enthaltener Therapiemodule erfüllen. Ursachen für entsprechende Abweichungen sind zu prüfen bzw. zu begründen.
Rehabilitation	Maßnahmen zur Wiedereingliederung Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in die Gesellschaft. Dabei liegt der Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Durch das SGB IX hat die Rehabilitation eine Paradigmenwechsel erfahren: Von der Fürsorge und der Versorgung entwickelt sich die Rehabilitation zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe. Ein relevanter Bestandteil ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Moderne Begriffsklärungen in der Rehabilitation basieren auf dem WHO-Modell des ICF (Vorgänger ICIDH). Rehabilitation zeichnet sich nach Stähler durch folgende Prinzipien aus: Vorrang der Prävention, Vorrang der Leistungen zur Teilhabe, Interdisziplinarität, rechtzeitiger Beginn, Nahtlosigkeit und Zügigkeit der Leistungserbringung, Komplexität und Individualität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Ressourcen-orientierung.

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

VIII Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagementsystem

(Dr. Thomas Lutzmann)

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

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

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

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

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

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

In einer nächsten Phase wird die Qualitätspolitik der Rehabilitationseinrichtung überprüft und ggf. verbessert (oder - wenn sie noch nicht vorliegt – erstellt). Dies beinhaltet ein **Einrichtungskonzept** und ein **Leitbild** (Philosophie, Vision). Die verschiedenen Anforderungen der Interessenpartner (wie Patienten, Kostenträger, Angehörige, Mitarbeiter, zuweisende Ärzte, weiterbehandelnde Stellen sowie gesetzliche Betreuer) werden in diesen beiden Dokumenten berücksichtigt und dienen als 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 (1.3).

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

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

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

In einem nächsten Schritt erfolgt die **Prozesserhebung**. Diese Maßnahme ist außerordentlich umfassend und setzt einen Bearbeitungszeitraum von mehreren Wochen voraus. Die notwendigen Ressourcen sollten zur Verfügung stehen. Es bietet sich an, ein systematisches Verfahren dafür zu etablieren (z. B. durch die Ernennung von Verantwortlichen für die Prozesserhebung in den einzelnen Abteilungen (z. B. Koordinatoren/Prozessbeauftragte/Prozessverantwortliche (3.2, 3.2.1, 3.31 bis 3.3.6 und 3.4)

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

1. Qualität

Welche Prozesse sind für die Patienten und weitere Interessenpartner zur Erbringung der geforderten Qualität relevant? (Begriffe, die hier auch gerne genannt werden: Geschäftsprozesse, wertschöpfende Prozesse)

2. Fehlerorientierung

In welchen Abläufen treten häufig Fehler auf und beeinträchtigen die zu erbringende Leistung?

3. Gesetzliche Grundlagen

Welche Abläufe müssen hinsichtlich der Umsetzung von gesetzlichen Grundlagen geregelt werden?

4. Abgleich mit dem Auditleitfaden

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

5. Prüfung von Prozessen:

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

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

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

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

Die Gliederung des Handbuches kann sich z. B. an dem FVS/DEGEMED-Auditleitfaden anlehnen oder frei erstellt werden. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter die sie betreffenden Regelungen rasch finden und dieses Instrument im Arbeitsalltag einsetzen. Auch eine EDV-

gestützte Dokumentation ist, entsprechende technische Infrastruktur vorausgesetzt, möglich. Sie vereinfacht die Erstellung und spätere Pflege des Handbuchs und eröffnet darüber hinaus Möglichkeiten, effektiver mit dem Handbuch zu arbeiten (z. B. Nutzung von Suchfunktionen)

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

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

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

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

Die gesammelten Daten werden einer Analyse unterzogen (4.4). Die Verknüpfung von **externer Qualitätssicherung** und internem Qualitätsmanagement zählt zu den Besonderheiten des Zertifizierungsverfahrens nach FVS/DEGEMED (4.5.2). Die Etablierung von **Fehlerlenkung, Vorbeugung und Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen** fällt bekanntermaßen Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen, nicht leicht und sollte besonders beachtet werden (4.5.1 und 4.5.3 bis 4.5.4).

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

Nach dem bisherigen Aufbau eines Qualitätsmanagements erfolgt nun eine erste Generalprobe mit der Durchführung von **Internen Audits** (4.2.3). Dafür benötigt man ausgebildete Auditoren und ist dabei wahrscheinlich auf ein externes Training angewiesen. Nach dem Audit werden erneut **Qualitätsziele** für die nächste Periode entwickelt (1.4.1) und in einem weiteren Schritt die **Managementbewertung** durchgeführt (1.6.1 bis 1.6.3). Verfügt die Einrichtung über ein (betriebswirtschaftliches) Kennzahlensystem, so lässt sich dieses gut in jährliche Qualitätsziele integrieren. Dadurch gewinnt das Qualitätsmanagement an Gewicht, da neben den Ablaufverbesserungen auch

ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. Die parallele Planung und Steuerung dieser Messgrößen wird von Anfang an vermieden.

Auf Grundlage der Managementbewertung wird ein **Qualitätsbericht** für die interessierte Öffentlichkeit erstellt (1.6.3 Frage 2), wie er ja auch durch den Gesetzgeber im Krankenhausbereich gefordert wird. Danach werden – wenn dies nicht schon vorher geschehen ist – die **Entwicklungstätigkeiten** in der Einrichtung geregelt (3.1), so dass die Grundlagen für die Entwicklung von Rehabilitationskonzepten, Pflegestandards und weiteren Neuerungen gelegt sind. Auch sollte jetzt nochmals eine Bewertung der Verantwortung der Leitung (1.1) sowie der Planung des Qualitätsmanagementsystems (1.4.2) erfolgen.

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

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

IX Qualitätsgrundsätze von Rehabilitationseinrichtungen, die sich am Zertifizierungsverfahren in den Bereichen „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ nach FVS/DEGEMED beteiligen

Präambel

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in den Indikationsbereichen „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“, die sich am Zertifizierungsverfahren nach FVS/DEGEMED 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 und der Psychosomatik 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 und psychosomatischer Erkrankungen werden Menschen, die nach den international gültigen Klassifikationssystemen (ICD 10, DSM) als erkrankt 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 (bei Abhängigkeitserkrankungen).
- 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 Einrichtungen 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 Gesundungsprozess 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 bzw. der psychosomatischen Erkrankung in Beziehung stehen, entsprechend berücksichtigt.
- 4.2 In der Behandlung arbeiten Ärzte der verschiedener Fachrichtungen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation, 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 Rehabilitationsteams 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 der jeweiligen Erkrankung auf. Die Einrichtungen stehen 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 Fachkliniken 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 Rehabilitanden, 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 es den Patienten darüber hinaus ein würdevolles, zufriedenes und sinnerfülltes Leben in unserer Gesellschaft zu führen. Soziale und familiäre Belastungen und Probleme, die aus der Erkrankung resultieren, werden abgebaut.
- 9.3. Die Einhaltung sozialetischer Grundsätze in unserer Gesellschaft wird durch die medizinische Rehabilitation gefördert.

10. Die Weiterentwicklung einer indikationsgeleiteten medizinischen Rehabilitation wird von den Einrichtungen gefördert.

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