Qualitätsmanagementsystem QMS-REHA

→ Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems QMS-REHA für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen

→ Version 3.1 mit Anpassung der Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX vom 01.07.2025

Deutsche Rentenversicherung Bund

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **2**

Änderungsübersicht **4**

Grundstruktur QMS-REHA **5**

Die Bestandteile des QMS-REHA **6**

Teil A - Angaben über die Rehabilitationseinrichtung **8**

A 0 Grundstruktur des Handbuches **8**

A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung **8**

A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot der Rehabilitations-einrichtung **9**

A 2.1 Indikationen 9

A 2.2 Leistungsspektrum 10

A 3. Struktur der Rehabilitationseinrichtung **11**

A 3.1 Strukturdaten 11

A 3.2 Organigramm 12

A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement 13

Teil B – Qualitätselemente **15**

B 1 Politik und Strategie **17**

B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen 17

B 1.2 Qualitätspolitik 19

B 1.3 Qualitätsziele 19

B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung **21**

B 2.1 Rehabilitanden und weitere Interessenpartner 21

B 2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen 22

B 3 Verantwortung der Leitung 23

B 3.1 Leitung 24

B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung 24

B 3.3 Führungsinstrumente 26

B 4 Mitarbeitende 26

B 4.1 Aufbauorganisation 27

B 4.2 Personalplanung 28

B 4.3 Personalentwicklung 29

B 4.4 Einbeziehung der Mitarbeitenden 30

B 4.5 Konstruktives Miteinander 31

B 5 Kommunikation und Information 32

B 5.1 Interne Kommunikation 32

B 5.1.1 Kommunikationsstruktur 32

B 5.1.2 Nutzung von Technik und Medien 34

B 5.2 Externe Kommunikation 34

B 5.3 Erreichbarkeit 35

B 5.4 Datenschutz 36

B 6 Infrastruktur 37

B 6.1 Raumstruktur 37

B 6.2 Arbeits- und Hilfsmittel 38

B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement 38

B 7 Prozess- und Ergebnisqualität 41

B 7.1 Kunden und Interessengruppen 43

B 7.2 Finanzen 44

B 7.3 Struktur und Prozesse 45

B 7.4 Beschäftigte und Innovation 45

B 8 Kontinuierliche Verbesserung 46

B 8.1 PLAN = Qualitätsmanagementhandbuch 46

B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation 47

B 8.3 CHECK = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung 49

B 8.4 ACT = Umsetzen von Optimierungspotenzialen 50

Teil C – Die Prozesslandkarte 52

C 1 Struktur der Prozesslandkarte 54

C 1.1 Kernprozesse 54

C.K.1 Vorbereitung 54

C.K.2 Aufnahme 54

C.K.3 Planung des Rehabilitationsprozesses 55

C.K.4 Überprüfung des Rehabilitationsprozesses 55

C.K.5 Rehabilitationsprozess 55

C.K.6 Nachsorge 55

C.K.7 Dokumentation des Rehabilitationsprozesses 56

C.K.8 Abschluss der Rehabilitation 56

C.K.9 Freizeitbereich (optional) 56

C.K.10 Spezielle Programme (optional) 56

C 1.2 Unterstützende Prozesse 57

C.U.1 Rehabilitandenangelegenheiten 57

C.U.2 Versorgung/Entsorgung 57

C.U.3 Verwaltung 58

C.U.4 Infrastruktur 58

C.U.5 Sicherheits-, Risiko- und Chancenmanagement 58

C 1.3 Mitarbeiterbezogene Prozesse 59

C.M.1 Personalmanagement und Qualifizierung 59

C.M.2 Betriebliche Gesundheitsförderung 59

C 1.4 Führungsprozesse 60

C.F.1 Wirtschaftlichkeit 60

C.F.2 Führung von Mitarbeitenden 60

C.F.3 Qualitätsmanagement 60

C.F.4 Strategie 60

C 1.5 Innovations- und Wissensmanagement 61

C.I.1 Optimierungspotenziale 61

C.I.2 Entwicklung 61

C 2 Vorgaben zur Prozessdarstellung 61

Hinweise zur inhaltlichen Gestaltung von Prozessen 62

Teil D – Dokumente 64

Anhang 1 – Abkürzungsverzeichnis 65

Anhang 2 – Zuordnung der BAR-Kriterien im QMS-REHA 66

Anhang 3 – Glossar 87

Nutzungsbedingungen

Die Urheberrechte für dieses Manual liegen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und begründen sich auf den Markenschutz QMS-REHA. Die Verwendung ist bei der Deutschen Rentenversicherung Bund anzuzeigen, eine Nutzungsgenehmigung für die Verwendung des QMS-REHA ist erforderlich. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ausdrücklich verboten.

Sehr geehrte Anwenderinnen und Anwender,

mit dem **QMS-REHA** 3.1 ist ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) entstanden, das speziell auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation Anwendung findet. Aufgrund der konsequenten Ausrichtung an der Normenreihe der DIN EN ISO (Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Organization for Standardization) sowie des EFQM-Modells (European Foundation for Quality Management) ist gewährleistet, dass Leistungserbringer alle Parameter eines umfassenden Qualitätsmanagements abdecken.

Am 12.01.2010 wurde das QMS-REHA der Deutschen Rentenversicherung Bund als eigenständiges Qualitätsmanagementsystem für Rehabilitationseinrichtungen von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zugelassen.

Damit wurde die uneingeschränkte Eignung des Systems bestätigt, um Rehabilitationseinrichtungen gemäß des § 37 Abs. 3 SGB IX zertifizieren zu können. Es wird trägerweit in den Rehabilitationszentren der Deutschen Rentenversicherung Bund und in Einrichtungen freier oder privater Trägerschaft eingesetzt.

Nach den Grundsätzen eines modernen Qualitätsmanagements wird auch das QMS-REHA im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiterentwickelt. Bei der Version 3.1 des Manuals wurde nochmals besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass die getroffenen Regelungen noch transparenter, einfacher und präziser formuliert sind. Selbstverständlich erfüllt auch diese neue Version des QMS-REHA alle gesetzlichen Anforderungen für ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen und wurde am 18.01.2019 und mit der geänderten Version 3.1 am 02.12.2025 von der BAR bestätigt. Im Ergebnis steht Ihnen mit dieser kontinuierlichen Weiterentwicklung des QMS-REHA ein in der Nutzerfreundlichkeit und Praxisnähe gesteigertes Instrument zur Implementierung und Weiterentwicklung eines wirksamen internen Qualitätsmanagementsystems zur Verfügung.

Brigitte Gross
Mitglied des Direktoriums der Deutschen Rentenversicherung Bund

Einleitung

Das QMS-REHA ist ein Qualitätsmanagementsystem, das speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation entwickelt wurde. Nach einer Überarbeitung liegt es jetzt in der Version 3.1 vor. Die Kompatibilität mit bestehenden Qualitätsmanagementmodellen wurde verifiziert (Crosswalk) und positive Effekte aus bestehenden Systemen integriert. Das Ergebnis ist ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem mit einer modellübergreifenden Orientierung an bestehenden Zertifizierungsverfahren und Qualitätsmodellen (zum Beispiel DIN EN ISO 9001:2015, EFQM, KTQ®).

Dieses Manual beschreibt den Aufbau des rehaspezifischen Qualitätsmanagementsystems QMS-REHA unter Berücksichtigung der auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) getroffenen Festlegungen zu den „Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX“. Das QMS-REHA wurde am 12. Januar 2010 von der BAR als Qualitätsmanagementsystem für das gesetzlich geforderte Qualitätsmanagement anerkannt.

Das QMS-REHA bietet auch großen Organisationen die Möglichkeit, in einem kurzen Zeitraum die Grundlage für ein strukturiertes und effizientes Handeln unter den Gesichtspunkten des Qualitätsmanagements zu schaffen. Darüber hinaus ist das Manual für die Zertifizierungsstellen Grundlage für die Dokumentenprüfung und die Auditierung. Dadurch wird sichergestellt, dass die Zertifizierung nach einheitlichen Grundsätzen stattfindet und die QMS-REHA-Kliniken von den Rückmeldungen aus den Audits profitieren.

Das Manual enthält Vorgaben, die durch die Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt und nachgewiesen werden müssen, um die geschützte Marke QMS-REHA verwenden zu können und sich damit zertifizieren zu lassen. Eine Zertifizierung nach der Version 3.1 mit Stand 18.01.2019 ist nur noch bis **31.01 2026** zulässig. Ab **01.02 2026** tritt die Version 3.1 mit Anpassung der Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX vom 01.07.2025 in Kraft. Eine Zertifizierung nach dieser Version ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach der Veröffentlichung zulässig. Die Gültigkeit eines Zertifikates nach QMS-REHA beträgt drei Jahre.

Mit Inkrafttreten der Verfahrensabsprache vom 1. Juli 2021 zwischen der Deutschen Akkreditierungsstelle, den Spitzenorganisationen der Träger und Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Herausgebenden Stellen anerkannter Qualitätsmanagement-Verfahren

nach § 37 Abs. 3 SGB IX erfolgt eine Überwachung durch akkreditierte Zertifizierungsstellen grundsätzlich **jährlich**. Die Überwachung kann - unter Wahrung des Datenschutzes - einmal als Remote-Audit (Dokumentenprüfung und Auditgespräche via Fernbegutachtung) erfolgen.
Akkreditierungsfreie Zertifizierungsstellen führen die Überwachung **einmal** im Zeitraum der Gültigkeit des Zertifikates durch.
Bei der Überarbeitung wurde darauf geachtet, den Normcharakter des Manuals herauszuheben. Verstärkt wurde auf den Punkt Risikomanagement geachtet. Im Verständnis des QMS-REHA umfasst das Qualitätsmanagement auch das Management von Risiken, welche die Sicherheit von Patienten, Mitarbeitenden und externen Personen wie Besuchern betreffen. Die Integration des Risikomanagements in das Qualitätsmanagement soll die verantwortliche Klinikleitung unterstützen, entlässt diese aber nicht aus der Verantwortung, die gesetzlichen Anforderungen in allen Bereichen zu kennen und eigenverantwortlich umzusetzen.

Durch das Bundesteilhabegesetz sind im SGB IX einige Anforderungen an die medizinische Rehabilitation, die das Qualitätsmanagement berühren, konkretisiert worden. Dies betrifft insbesondere:

- → Die Unterstützung der Rehabilitationsträger bei der Erkennung weiterer Teilhabebedarfe während der Rehabilitation und
- → Die Sicherung der Nahtlosigkeit der Rehabilitation durch die Vorbereitung von erforderlichen Nachsorgeleistungen.

Das QMS-REHA ermöglicht den Rehabilitationseinrichtungen, diese Anforderungen in den verbindlichen geforderten Prozessen (C.K.1 bis C.K.6) zu berücksichtigen. Von daher bitten wir Sie das Manual 3.1 zum Anlass zu nehmen, Ihre Prozesse an die neuen Anforderungen anzupassen.

Die Selbstbewertung zum QMS-REHA ist als eigenständiges Dokument erhältlich. Sie dient lediglich als Hilfsmittel zur Vorbereitung der Zertifizierung, Re-Zertifizierung sowie eines internen Audits, die Nutzung stellt keine Verpflichtung dar.

Die im Manual gewählten einheitlichen Personenbezeichnungen/Formulierungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Die Anforderungen der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX vom 01. Juli 2025 sind den entsprechenden Qualitätselementen und Prozessen zugeordnet und farblich gekennzeichnet. Diese müssen bis 31. Januar 2026 in das Qualitätsmanagementhandbuch eingepflegt werden, da ab 01. Februar 2026 die Zertifizierungen und Überwachungen nach diesen Anforderungen erfolgen.

Änderungsübersicht

Manual 3.0	**Manual 3.1**
	Überarbeitung des Einleitungstextes (Hinweise Risikomanagement und Neufassung des SGB IX)
Leitung der Einrichtung	Klinikleitung
Anforderungen und Erläuterungen	Erläuterungen
	Teil B – Qualitätselemente - Überarbeitung des Einleitungstextes
	Teil D – Dokumente - Überarbeitung des Einleitungstextes
	Teil C – Die Prozesslandkarte - geänderte Grafik der Prozesslandkarte
	B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Ergänzung des Textes
B 4.3 Personalentwicklung Punkt 4 Anforderungen und Erläuterungen: Sonder- und Linienaufgaben	B 4.3 Personalentwicklung Punkt 4 Erläuterungen: Sonder- und Routineaufgaben
B 6.3 Sicherheit	B 6.3 Sicherheit, Fehler- und Risikomanagement - Ergänzung des Textes
B 7.2 Finanzen, Punkt 3 Anforderungen und Erläuterungen: konfligierende Zielgröße	B 7.2 Finanzen, Punkt 3 Erläuterungen: kollidierende Zielgröße
B 7.3 Struktur und Prozesse	Komplette Änderung des Textes und der Erläuterungen
B 8.3 CHECK = Datenanalyse und Ergebnis-überprüfung	B 8.3 CHECK = Datenanalyse und Ergebnisüber-prüfung - Änderung des Textes unter Erläuterungen Nr. 2 Prüfungsplan
C.U.5 Sicherheitsmanagement	C.U.5 Sicherheitsmanagement - neuer Punkt Prozessrisiken
C.F.2 Mitarbeiterorientierung	C.F.2 Führung von Mitarbeitenden
C.F.3 Interne Reviews	C.F.3 Interne Audits
	Empfehlung eines Zwischenaudits im Einleitungstext
	C.K.4 Überprüfung des Rehabilitationsprozesses - zusätzliche Vorgabe zu den Rehabilitations-bedarfen C.K.6 Nachsorge - Ergänzung des Textes

Die Bezeichnung „Internes Review“ wurde im gesamten Manual auf „Internes Audit“ geändert.

Es erfolgte eine sprachliche Anpassung im gesamten Manual.

Grundstruktur QMS-REHA

Die Gliederung für das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) ist durch die Grundstruktur des QMS-REHA-Manuals verbindlich vorgegeben. Auf der ersten Ebene befinden sich die Teile A bis D, in zweiter und dritter Ebene befinden sich die dazu gehörenden Unterkapitel. Im Handbuch sind alle relevanten Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung sowie der Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser drei Dimensionen zu beschreiben.

Das folgende Schaubild verdeutlicht den Aufbau der einzelnen Handbuchteile A bis D.

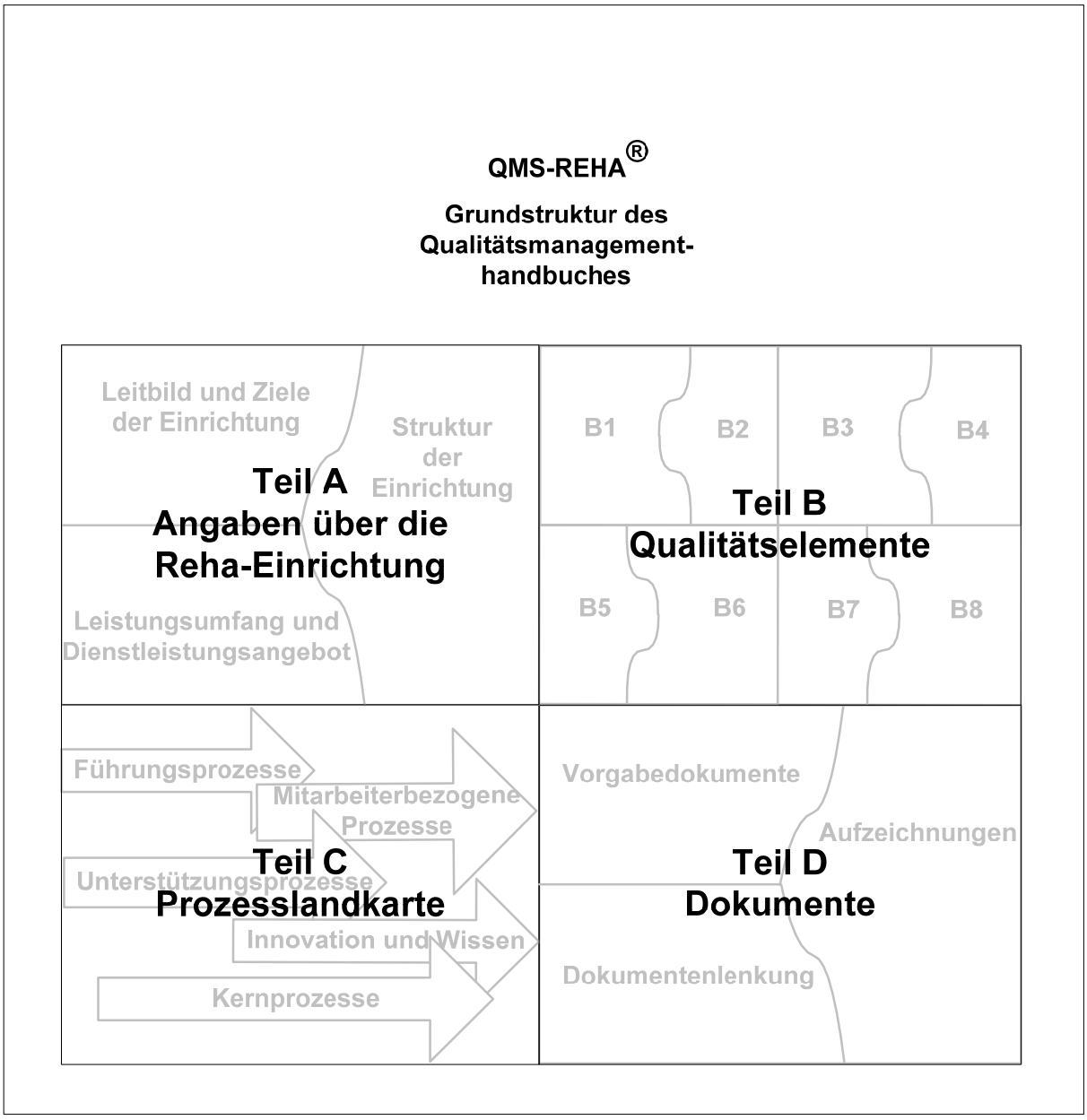

Abbildung 1 – Gliederung des Qualitätsmanagementhandbuches nach QMS-REHA

Die Bestandteile des QMS-REHA

Der folgende Abschnitt beschreibt die Struktur des QMS-REHA und gilt als Leitfaden für die Einführung und Weiterentwicklung dieses rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagementsystems. Die Teile A - D mit den entsprechenden Unterkategorien sind hierbei Mindestbestandteile, die in einem eigenen QMH zu beschreiben sind. Zusätzliche Kategorien unterhalb dieser vorgegebenen Unterkategorien sind zulässig. Auf den vorgegebenen Gliederungsebenen dürfen keine Änderungen vorgenommen werden.

Teil A - Angaben über die Rehabilitationseinrichtung

- A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele
- A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebote
- A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung

Teil B - Qualitätselemente

- B 1 Politik und Strategie
- B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung
- B 3 Verantwortung der Leitung
- B 4 Mitarbeitende
- B 5 Kommunikation und Information
- B 6 Infrastruktur
- B 7 Prozess- und Ergebnisqualität
- B 8 Kontinuierliche Verbesserung

Alle Qualitätselemente sind zu beschreiben, in definierte Prozesse umzusetzen und regelmäßig zu überprüfen und zu bewerten. Die im Kapitel B.8.3 genannten Grundsätze sind zu beachten.

Teil C - Prozesslandkarte

Teil C beinhaltet die Vorgaben zum prozessorientierten Vorgehen. Unter Nutzung einer Prozesslandkarte und von Prozessbeschreibungen ist darzustellen, wie die in Teil B beschriebenen Anforderungen und Qualitätsziele erreicht werden sollen. Für die Messung der Qualität sind entsprechende Kennzahlen festzulegen und zu ermitteln. Nachfolgend aufgeführte Prozesskategorien mit den dazugehörigen Prozessen werden unterschieden:

Prozesslandkarte

- **Kernprozesse**
- C.K.1 Vorbereitung
- C.K.2 Aufnahme
- C.K.3 Planung des Rehabilitationsprozesses
- C.K.4 Überprüfung des Rehabilitationsprozesses
- C.K.5 Rehabilitationsprozess
- C.K.6 Nachsorge
- C.K.7 Dokumentation
- C.K.8 Abschluss
- C.K.9 Freizeitbereich (optional)
- C.K.10 Spezielle Programme (optional)
- **Unterstützende Prozesse**
- C.U.1 Rehabilitandenangelegenheiten
- C.U.2 Versorgung/Entsorgung
- C.U.3 Verwaltung
- C.U.4 Infrastruktur
- C.U.5 Sicherheits-, Risiko- und Chancenmanagement
- **Mitarbeiterbezogene Prozesse**
- C.M.1 Personalmanagement und Qualifizierung
- C.M.2 Betriebliche Gesundheitsförderung
- **Führungsprozesse**
- C.F.1 Wirtschaftlichkeit
- C.F.2 Führung von Mitarbeitenden
- C.F.3 Qualitätsmanagement
- C.F.4 Strategie
- **Innovations- und Wissensmanagement**
- C.I.1 Optimierungspotenziale
- C.I.2 Entwicklung

Die Kernprozesse C.K.9 sowie C.K.10 sind speziell für ambulante Einrichtungen vorgesehen.

Teil D - Dokumente

Teil D umfasst alle mitgeltenden Dokumente, die Vorgaben enthalten, auf die in den Teilen A, B und C Bezug genommen wird.

Teil A - Angaben über die Rehabilitationseinrichtung

Der Teil A enthält als Einleitung die wesentlichen Informationen über die Rehabilitationseinrichtung sowie die Beschreibung der Organisation des eigenen Qualitätsmanagements.

A 0 Grundstruktur des Handbuches

Abzubilden sind mindestens

- das Inhaltsverzeichnis
- das Abkürzungsverzeichnis
- die Symbolerläuterungen der Prozessbeschreibungen
- ein Glossar.

Eine rein elektronische Abbildung des Handbuches ist zulässig.

A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung

Das Leitbild enthält die grundsätzlichen und damit allgemeingültigen Vorgaben über angestrebte Ziele, Verhaltensweisen und Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung. Das Leitbild soll die Identifikation der Mitarbeitenden mit der Einrichtung und den formulierten Zielen fördern. Das Leitbild ist unter Beteiligung der Mitarbeitenden schriftlich niederzulegen. Es ist Aufgabe der Klinikleitung sicherzustellen, dass das Leitbild in der Einrichtung bekannt ist. Das Leitbild soll auch den Partnern der Einrichtung zugänglich gemacht werden. Das Leitbild ist gemäß Kapitel B 8.3 regelmäßig auf Aktualität hin zu überprüfen und zu dokumentieren.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Teilhabeorientiertes Leitbild gemäß Teil A** **1. Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation)** Die Teilhabeorientierung der Rehabilitation wird im Leitbild deutlich, die Ziele und Werte der Rehabilitationseinrichtung, die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln sind dargelegt. **2. Beteiligung der Mitarbeitenden** Die gesamte Führung der Einrichtung ist verantwortlich für die Entwicklung und Umsetzung des Leitbildes in der Alltagspraxis. Die Mitarbeitenden sind an der Erstellung und Aktualisierung des Leitbildes aktiv beteiligt. **3. Kommunikation des Leitbildes** Das Leitbild wird mindestens einmal jährlich mit allen Mitarbeitenden, Rehabilitanden, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit kommuniziert. Die Mitarbeitenden kennen die für ihre Arbeitsbereiche relevanten Inhalte des Leitbildes. **4. Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern** Das Leitbild ist in seiner Entstehung und Weiterentwicklung nach innen und außen nachvollziehbar und plausibel. **5. Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung** Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, an neue Erfordernisse angepasst und aktualisiert.

A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot der Rehabilitationseinrichtung

A 2.1 Indikationen

Hier erfolgt die Darstellung der angebotenen Indikationen sowie des Rehabilitationskonzeptes der Rehabilitationseinrichtung. Die Anzahl der ambulanten Plätze und stationären Betten ist ebenfalls anzugeben.

A 2.2 Leistungsspektrum

In diesem Bereich erfolgen Angaben zum Therapie- und Behandlungsspektrum.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Einrichtungskonzept** 1. **Darstellung des Leistungsspektrums** Das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wird dargestellt, auf relevante Kontraindikationen wird eingegangen. 2. **Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (zum Beispiel Rehabilitationsrichtlinie, Strukturanforderungen der DRV)** Es wird dargestellt, auf welche Rahmenvorgaben der Leistungsträger Bezug genommen wird, welche Leitlinien zur Rehabilitation gegebenenfalls im Konzept eingebunden sind und den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden. 3. **Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand** Das Konzept wird regelmäßig überprüft und ist vereinbar mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und der fachwissenschaftlichen Diskussion. 4. **Schriftlich festgelegt** Das Konzept liegt in schriftlicher Form vor. 5. **Verbindlich vereinbart** Das Konzept ist verbindlich vereinbart. 6. **Regelmäßige Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung** Das Einrichtungskonzept wird nachweislich regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert.
2.	**Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte** 1. **Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten** Konzeptionell werden indikationsbezogen die Rehabilitationsziele benannt und zielgruppenspezifisch vermittelt. Die Rehabilitationsziele sind konkret, ergebnis- und ressourcenorientiert. 2. **Interdisziplinärer Behandlungsansatz** Die Rehabilitationskonzepte berücksichtigen einen interdisziplinären Rehabilitationsansatz. Die Mitarbeitenden der relevanten Berufsgruppen verstehen sich als interdisziplinäres Team. 3. **ICF-basiert und teilhabeorientiert** Die Rehabilitationskonzepte basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit und setzen die im SGB IX formulierten Anforderungen an die Teilhabe um. 4. **Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte** Die Konzepte der therapeutischen Leistungen sind schriftlich dargelegt. Sie sind indikationsspezifisch und insbesondere funktions- beziehungsweise fähigkeitsorientiert im Sinne der ICF und Teilhabezielerreichung ausgerichtet.

Nr.	Erläuterungen
	5. **Messung und Überprüfung der Therapiezielerreichung** Regelhaft wird in geeigneter Form das Erreichen der Therapieziele überprüft. 6. **Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung** Die Konzepte werden kontinuierlich intern weiterentwickelt und an veränderte Anforderungen und Entwicklungen angepasst. 7. **Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte** Die indikationsspezifischen Behandlungskonzepte liegen in schriftlicher Form vor. Sie umfassen Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe.

A 3. Struktur der Rehabilitationseinrichtung

A 3.1 Strukturdaten

Es sollten folgende Strukturinformationen der Rehabilitationseinrichtung dargestellt werden:

- Überblick über die Fachabteilungen
- die apparativen Ausstattungen
- Lage und Anbindung der Einrichtung an das öffentliche Verkehrsnetz.

Darüber hinaus können weitere Informationen zu Besonderheiten der Einrichtung gegeben werden.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Einrichtungskonzept** **1. Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse auch unter Berücksichtigung vorliegender Aspekte der Barrierefreiheit)** Es werden Aussagen zur Trägerstruktur und zu den Rahmenbedingungen getroffen. **2. Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern** In zielgruppenspezifischer Art und Weise wird das Einrichtungskonzept nach innen und außen kommuniziert. **3. Regelmäßige Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung** Das Einrichtungskonzept wird nachweislich regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert.

A 3.2 Organigramm

Die Aufbauorganisation der Rehabilitationseinrichtung ist in einem Organigramm darzustellen. Das Organigramm gliedert sich in seine Funktionsbereiche. Für die Einrichtung müssen jedoch eine namentliche Liste der Beauftragten sowie eine Stellenbesetzungsliste existieren.

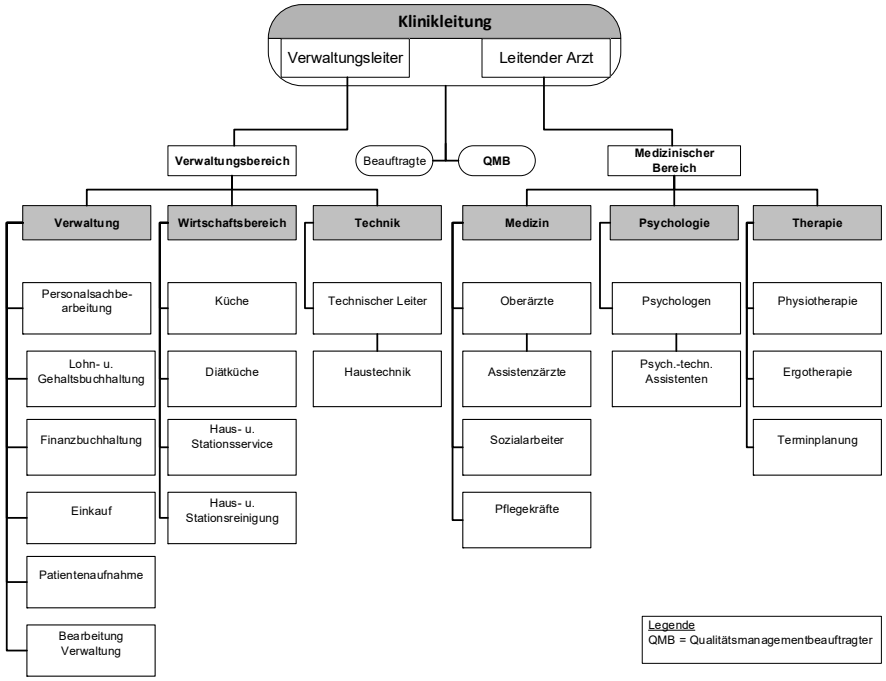

Abbildung 2 - Beispiel für ein Organigramm

A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement

Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines nachhaltigen und lebendigen Qualitätsmanagementsystems ist es erforderlich, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der verschiedenen betrieblichen Akteure zu definieren. Auf den unterschiedlichen Handlungsebenen sind folgende Personengruppen beteiligt:

- die Mitarbeitenden
- die Prozessverantwortlichen
- die internen Auditoren
- der/die Qualitätsmanagementbeauftragte
- der Lenkungskreis Qualitätsmanagement
- die Klinikleitung.

Die **Mitarbeitenden** der Rehabilitationseinrichtung tragen als Experten für ihre jeweilige Aufgabe die Verantwortung für die Qualität in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld. Dazu gehört u. a. die zuverlässige Einhaltung der beschriebenen Prozesse und die Verwendung der vorgegebenen Dokumente sowie die Ausführung einzelner Tätigkeiten entsprechend den jeweiligen beruflichen beziehungsweise fachlichen Standards. Die Mitarbeitenden wirken in Abstimmung mit den zuständigen Prozessverantwortlichen an der Erstellung, der Weiterentwicklung und der Umsetzung der sie betreffenden Elemente aus dem Teil B des Qualitätsmanagementsystems mit.

Die **Prozessverantwortlichen** haben den Überblick über die Prozesse, die ihnen zugeordnet sind. Sie sind verantwortlich für die vollständige Erstellung und Überarbeitung der Prozesse. Für die inhaltliche Qualität der Prozessergebnisse tragen sie die Verantwortung nur, wenn sie gleichzeitig verantwortlicher Akteur im Prozess sind. Die Prozessverantwortlichen achten auf die sinnvolle und geplante Weiterentwicklung in ihrem Zuständigkeitsbereich. Sie sind Ansprechpartner für mögliche Fragen oder Probleme bei der Organisation der Arbeitsabläufe. Bei Bedarf erarbeiten sie Veränderungsvorschläge gemeinsam mit den betroffenen Mitarbeitenden und informieren den QMB darüber.

Die **internen Auditoren** überprüfen im Rahmen von Audits durch Befragen, Beobachten und Zuhören die dargestellten Prozessabläufe und Entwicklung der Organisation. Die Ergebnisse werden dokumentiert. Sie unterstützen die Organisation durch interne Audits bei der Weiterentwicklung. Gemeinsam bilden sie den so genannten Auditorenpool, der sich unabhängig der Funktion aus qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Organisation zusammensetzt.

Der/die **Qualitätsmanagementbeauftragte** koordiniert die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems im Auftrag der Klinikleitung. Diese Tätigkeit umfasst u. a. folgende Aufgaben:

- Pflege des QMH
- Koordination der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems u. a. in Projekten, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel(n)
- Organisation der Arbeit des Lenkungskreises Qualitätsmanagement
- Koordination der internen Audits
- Vorbereitung der Managementbewertung
- Beratung der Klinikleitung und Vorbereitung von Entscheidungen.

Die **Klinikleitung** trägt die zentrale Verantwortung für die Qualität der Leistungserbringung in der Rehabilitationseinrichtung. Diese Verantwortung ist nicht delegierbar. Es können lediglich einzelne Aufgaben bei der Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems an den QMB übertragen werden. Die Klinikleitung hat u. a. die Verpflichtung, ausreichende Ressourcen für die Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagements zur Verfügung zu stellen. Die Klinikleitung führt jährliche Managementbewertungen durch und gibt den strategischen Rahmen für die Entwicklung der Rehabilitationseinrichtung vor.

Der **Lenkungskreis Qualitätsmanagement** ist ein erweitertes Gremium und unterstützt die Klinikleitung bei der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Der Lenkungskreis trifft sich regelmäßig sowie bei besonderem Bedarf. Die Klinikleitung entscheidet in Abstimmung mit dem Lenkungskreis über die Umsetzung von Veränderungen.

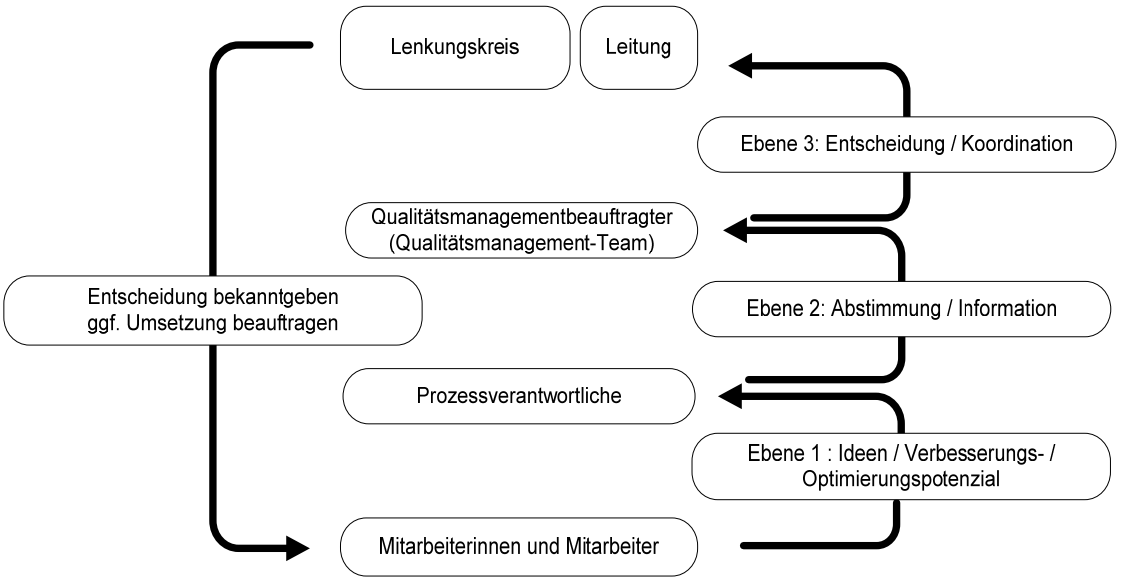

Abbildung 3 – Beteiligte im Qualitätsmanagement, soweit prozessrelevant

Teil B – Qualitätselemente

Teil B enthält grundsätzliche Beschreibungen zu zentralen Aspekten einer Rehabilitationseinrichtung, aufgeteilt in acht Qualitätselemente. Die Qualitätselemente selbst enthalten Themenfelder, die zu beschreiben sind.

Die in den Qualitätselementen genannten Erläuterungen geben Hinweise, welche Themen in diesem Qualitätselement geregelt werden sollten.

Zusätzlich zu diesem Manual gibt es eine Selbstbewertung, die Fragen zu den normativen Anforderungen des QMS-REHA enthält. Diese können der Vorbereitung auf Audits und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems dienen.

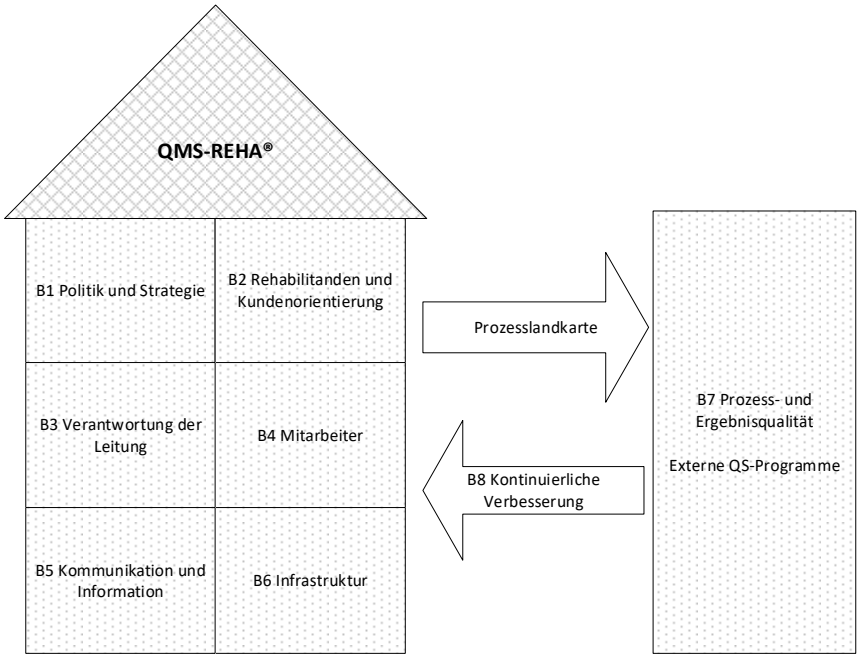

Abbildung 4 – Die acht Qualitätselemente des QMS-REHA

Der Aufbau des QMS-REHA sieht vor, dass im Teil B allgemeine Vorgaben für die Arbeit in der Rehabilitationseinrichtung definiert werden, die eher langfristige Gültigkeit besitzen. Detaillierte Regelungen einzelner Verfahren, die gegebenenfalls häufigeren Änderungen unterliegen sowie die zugehörigen Dokumente und Hilfsmittel sind in den Teilen C und D beschrieben.

Im Überblick ergibt sich folgender Zusammenhang:

Qualitätselemente (Teil B)	**Prozesskategorien (Teil C)**
1. Politik und Strategie	F. Führungsprozesse
2. Rehabilitanden- und Kundenorientierung	K. Kernprozesse U. Unterstützende Prozesse
3. Verantwortung der Leitung	F. Führungsprozesse U. Unterstützende Prozesse
4. Mitarbeitende	M. Mitarbeiterbezogene Prozesse U. Unterstützende Prozesse
5. Kommunikation und Information	U. Unterstützende Prozesse
6. Infrastruktur	U. Unterstützende Prozesse
7. Prozess- und Ergebnisqualität	K. Kernprozesse
8. Kontinuierliche Verbesserung	F. Führungsprozesse M. Mitarbeiterbezogene Prozesse U. Unterstützende Prozesse I. Innovations- und Wissensmanagement

Tabelle 1 – Zuordnung Qualitätselemente und Prozesse

B 1 Politik und Strategie

Die Klinikleitung hat sicherzustellen, dass die Qualitätspolitik sich in einem angemessenen Rahmen, analog des Leitbildes, bewegt, um vereinbarte Qualitätsziele erreichen zu können. Zudem muss ein Rahmen zum Festlegen und Bewerten von Qualitätszielen vorgegeben werden. Die Qualitätspolitik muss die Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen und zur ständigen Verbesserung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems enthalten. Im Rahmen der Strategie müssen auf Grundlage der Kundenerwartungen Maßnahmen entwickelt werden, mit denen diese Erwartungen erfüllt werden. Die Wirksamkeit der Maßnahmen muss überprüft werden.

B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen

Es ist zu beschreiben, wie die unterschiedlichen Kunden- und Interessengruppen ermittelt werden. Das können insbesondere sein:

im engeren Sinne

- Rehabilitanden und deren Angehörige
- Kostenträger und Zuweiser
- Behandler
- Kooperationspartner

im weiteren Sinne

- Dienstleister und Lieferanten
- Selbsthilfeorganisationen
- Behörden und andere öffentliche Einrichtungen.

Die identifizierten Gruppen sind zu benennen und zu beschreiben. Angaben zur Marktposition und zu Wettbewerbern sowie wichtiger Kooperationspartner können ebenfalls festgehalten werden. Die Stärken der Rehabilitationseinrichtung sind darzustellen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Differenzierte Beschreibung der Kundenstruktur der Rehabilitationseinrichtung** Die unterschiedlichen Kundengruppen sind beschrieben; die Beziehung zur Einrichtung ist dargelegt.
2.	**Überprüfung bestehender Kundengruppen** Es werden Verfahren etabliert, die die Aktualität bestehender Kundengruppen überprüfen.
3.	**Differenzierte Beschreibung der Interessengruppen der Rehabilitationseinrichtung** Die unterschiedlichen Interessengruppen sind beschrieben; die Beziehung zur Einrichtung wird dargelegt.
4.	**Überprüfung bestehender Interessengruppen** Es werden Verfahren etabliert, die die Aktualität bestehender Interessengruppen überprüfen.
5.	**Kooperationsbeziehungen** Partner, mit denen Kooperationsbeziehungen bestehen sowie die Kooperationsinhalte sind beschrieben.
6.	**Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden** Die Einrichtung hat die Regeln beschrieben, nach denen die Erwartungen, berechtigten Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden berücksichtigt werden und wie dabei den besonderen Bedürfnissen von Frauen, Männern und Kindern mit (drohenden) Behinderungen Rechnung getragen wird.
7.	**Information der Rehabilitanden und weiterer Interessengruppen** Die Einrichtung hat die organisatorische Sicherstellung der erforderlichen Informationen an die Rehabilitanden und weiterer Interessengruppen beschrieben (zum Beispiel informationelles Selbstbestimmungsrecht, Datenschutz, Verpflichtung zur Zusammenarbeit, Abläufe in der Rehabilitation, medizinische Aufklärung).
8.	**Abstimmung der verschiedenen Interessenslagen (zum Beispiel Rehabilitanden, Behandelnde, Selbsthilfe oder Vertretungen von Menschen mit Behinderungen)** Die Einrichtung hat die Regeln beschrieben, nach denen verschiedene Interessenslagen von Beteiligten an der Rehabilitation abgestimmt werden.
9.	**Rehabilitationszielvereinbarung und gemeinsame Auswertung** Von der Einrichtung wird nachgewiesen, dass Rehabilitationsziele mit den Rehabilitanden regelhaft vereinbart werden und wie diese gemeinsam ausgewertet werden.
10.	**Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandelnden** Die Einrichtung hat ihr Schnittstellenmanagement zu den Vor- und Nachbehandelnden beschrieben und kennt deren Anforderungen.

B 1.2 Qualitätspolitik

Die Klinikleitung muss, auch unter Beachtung des Leitbildes, eine Qualitätspolitik entwickeln, die:

- für den Zweck der Rehabilitationseinrichtung angemessen ist
- eine Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen und zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems enthält
- Vorgaben zum Festlegen und Bewerten von Qualitätszielen entwerfen
- in der Einrichtung vermittelt wird
- auf ihre fortdauernde Angemessenheit bewertet wird
- in schriftlicher Form vorliegt.

Es muss dargestellt werden können, dass die Qualitätspolitik im Hause durchgängig bekannt ist. Die Verpflichtung zur kontinuierlichen Verbesserung muss in der Qualitätspolitik enthalten sein. Die Qualitätspolitik muss regelmäßig aktualisiert und den sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst werden. Die Klinikleitung muss auf der Basis der Qualitätspolitik messbare Ziele für alle relevanten Funktionen und Ebenen festlegen. Dazu gehören auch Ziele hinsichtlich der Prozesse zur Realisierung der Rehabilitation.

B 1.3 Qualitätsziele

Es erfolgen Aussagen über das Wie und durch Wen die Ziele in Bezug auf die strategische Entwicklung der Rehabilitationseinrichtung regelmäßig formuliert und überprüft werden.

Die Klinikleitung muss sicherstellen, dass für die Funktionsbereiche und Ebenen innerhalb der Rehabilitationseinrichtung Qualitätsziele festgelegt sind. Dies sind nicht nur Ziele, die sich allein auf die Erfüllung der Anforderungen an die erbrachte Rehabilitation beziehen. Die Qualitätsziele müssen messbar sein und im Einklang mit der Qualitätspolitik stehen. Bei der Entwicklung und Festlegung von Qualitätszielen sollten die betroffenen Mitarbeitenden beteiligt werden.

Die Klinikleitung muss die Tätigkeiten und Mittel zur Erreichung von Qualitätszielen im Einklang mit dem QMS-REHA bestimmen und planen sowie die Ergebnisse der Zielerreichung dokumentieren.

Die Verbesserung der Leistungen muss nachvollziehbar sein. Die Bewertung der Zielerreichung muss im Rahmen einer jährlichen Managementbewertung stattfinden.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Regelmäßige Managementbewertung** Die Managementbewertung überprüft intern mindestens einmal jährlich, ob das Qualitätsmanagementsystem geeignet ist, die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele der Einrichtung zu realisieren und die Anforderungen entsprechend weiterzuentwickeln. Auf der Grundlage der internen Ergebnismessungen wird das Erreichen der Qualitätsziele überprüft und neue Qualitätsziele abgeleitet. Die Managementbewertung wird dokumentiert.
2.	**Bewertung und Ableitung von Maßnahmen und deren Überwachung** Von identifiziertem Korrektur- und Verbesserungsbedarf werden nach Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet beziehungsweise nachvollziehbare Hinderungsgründe angegeben. Laufende Verbesserungsmaßnahmen werden überwacht. Durchgeführte Verbesserungsmaßnahmen werden bewertet.
3.	**Transparenz, Kontrolle und Dokumentation der Qualitätsziele** Die Entwicklung der Qualitätsziele und die Zielerreichung werden allen Beteiligten in geeigneter Weise vermittelt. Der Stand zum Zielerreichungsgrad der Qualitätsziele wird unterjährig überprüft. Der Status wird dokumentiert.

B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung

In diesem Qualitätselement ist festzulegen, wie Kundenanforderungen ermittelt werden. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird als Ziel die Erhöhung der Kundenzufriedenheit angestrebt.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Systematische Ermittlung und Erfassung der Anforderungen der unterschiedlichen Kundengruppen in der Rehabilitationseinrichtung** Es werden Verfahren angewandt, nach denen die Ermittlung und Erfassung der Anforderungen der unterschiedlichen Kundengruppen regelmäßig erfolgt.
2.	**Rückkopplung und Überprüfung von Erwartungen** Es werden Verfahren etabliert, mit denen Rückmeldungen der Kundengruppen systematisch ausgewertet werden. Es wird nachgewiesen, wie Verbesserungserfordernisse umgesetzt werden.
3.	**Vermittlung der Anforderungen der Rehabilitationseinrichtung an ihre Kundengruppen** Die Anforderungen der Rehabilitationseinrichtung an ihre Kunden werden regelmäßig vermittelt.

B 2.1 Rehabilitanden und weitere Interessenpartner

In diesem Kapitel sind die im Qualitätselement B 1 identifizierten und beschriebenen Kunden- und Interessengruppen aufzuführen. Es ist darzustellen, welche Relevanz die einzelnen Kunden- und Interessengruppen für die Einrichtung haben.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Maßnahmen zur Erfüllung der Rehabilitanden- und Kundenorientierung** Es wird aufgezeigt, welche Maßnahmen zur Erfüllung der Rehabilitanden- und Kundenorientierung eingeleitet werden.
2.	**Berücksichtigung der Bedürfnisse der Rehabilitanden im Rahmen der festzulegenden Rehabilitationsziele** Es wird dargelegt, in welcher Form die Bedürfnisse der Rehabilitanden bei der Rehabilitationszielvereinbarung berücksichtigt werden und wie mit Diskrepanzen umgegangen wird.
3.	**Abstimmung mit den Zuweisern im Rahmen des Rehabilitationsauftrages der Rehabilitationseinrichtung** Das fest etablierte Verfahren zur Abstimmung mit den Zuweisern wird beschrieben.

B 2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen

Hier wird beschrieben, welche Erwartungen die Rehabilitanden und weiteren Interessenpartner an die Rehabilitationseinrichtung haben und welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung an diese hat. Es wird dargelegt, wie diese Anforderungen erhoben, bewertet, überprüft und so weit umsetzbar, realisiert werden.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Erhebung der Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit** Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Vorgehen, um Rückmeldungen von Rehabilitanden und weiteren Kunden bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahme sowie darauf einwirkender Leistungen einzuholen und zu analysieren.
2.	**Maßnahmen bei Abweichungen** Es wird dargelegt, welche Maßnahmen bei Abweichungen eingeleitet werden.
3.	**Transparenter Umgang mit den Ergebnissen in der Rehabilitationseinrichtung** Der transparente Umgang mit den Ergebnissen der Erhebung der Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit wird belegt.
4.	**Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie, Überleitung einschließlich der relevanten Unterstützungsprozesse** Von der Rehabilitationseinrichtung wird dargelegt, in welcher Art und Weise die rehabilitandenbezogenen wesentlichen Kernprozesse dokumentiert und regelhaft überwacht werden. Im QMH sind alle Instrumente und Prozesse nachvollziehbar und schriftlich darzustellen.
5.	**Gewährleistung von Gewaltschutz** Es wird beschrieben, welche geeigneten Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Rehabilitanden und Mitarbeitenden, insbesondere für Frauen und Kinder sowie Menschen mit (drohenden) Behinderungen, getroffen werden. Ein zugeschnittenes Gewaltschutzkonzept wird umgesetzt. Nachfolgende Punkte werden insbesondere berücksichtigt: • zu treffende Maßnahmen zur Gewaltprävention, • einzuleitende Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen, • Festlegung von festen Ansprechpartnern zur Umsetzung des Gewaltschutzes innerhalb der Einrichtung (zum Beispiel Vertrauenspersonen, Gleichstellungsbeauftragte), • die Einbindung des Gewaltschutzes als festen Bestandteil in das Fort- und Weiterbildungskonzept für das Fachpersonal, • die Überprüfung und Aktualisierung des Konzeptes in regelmäßigen Abständen.

B 3 Verantwortung der Leitung

In diesem Qualitätselement muss die Klinikleitung ihre Verpflichtung im Hinblick auf die Entwicklung und Verwirklichung des Qualitätsmanagementsystems sowie die ständige Verbesserung und dessen Wirksamkeit darstellen. Darüber hinaus ist die originäre Aufgabenteilung der medizinischen und verwaltungsseitigen Leitung in Bezug auf das Qualitätsmanagement darzustellen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Verantwortlichkeiten für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung** **1. Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der obersten Leistungsebene** Die Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements ist transparent beschrieben und die Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für das Qualitätsmanagement wird dargestellt. **2. Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, -überwachung und –bewertung** Die Leitung stellt dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und der Bewertung trägt. **3. Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement** Die Einrichtung verfügt über eine Regelung zur Erfassung und Überprüfung des für das Qualitätsmanagement erforderlichen Mittelbedarfs und weist die Erfüllung nach.
2.	**Qualitätsmanagementbeauftragte/r** **1. Bestellung eines qualifizierten QMB mit den erforderlichen Ressourcen** Der namentlich benannte Qualitätsmanagementbeauftragte ist zuständig für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems. Er berichtet regelmäßig unmittelbar an die Leitung. Die Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen und materiellen Mittel für den Qualitätsmanagementbeauftragten wird transparent dargestellt. **2. Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung** Die Einrichtung weist die erforderliche Qualifikation und Erfahrung des Qualitätsmanagementbeauftragten nach und sorgt für eine kontinuierliche Fortbildung. **3. Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen** Die Einrichtung verfügt über eine Regelung zur Erfassung und Überprüfung des für das Qualitätsmanagement erforderlichen Zeitbedarfs und weist die Bereitstellung der erforderlichen (zeitlichen) Ressourcen nach. **4. Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen** Für den Qualitätsmanagementbeauftragten liegt eine Beschreibung der Aufgaben und Befugnisse vor. Der QMB ist schriftlich zu benennen. **5. Transparenz der Aufgaben und Befugnisse** Allen Mitarbeitenden der Einrichtung werden die Aufgaben und Befugnisse des Qualitätsmanagementbeauftragten in geeigneter Form vermittelt. Bei Bedarf gilt dies auch für die Kunden- und Interessengruppen.

B 3.1 Leitung

Hier wird beschrieben, wer die Klinikleitung innehat und wie die Leitungsverantwortung verteilt ist. Der Begriff Leitung muss definiert sein. Die Aufgabenteilung der medizinischen und verwaltungsseitigen Leitung in Bezug auf das Qualitätsmanagement muss beschrieben sein. Die Führungskreise und die Kommunikation innerhalb der Leitungsebenen müssen erläutert werden.

B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung

Darzulegen sind die Verpflichtungen der Klinikleitung zur:

- Schaffung und Erhaltung des Bewusstseins, dass die Erfüllung von Kundenanforderungen sowie behördlicher und gesetzlicher Forderungen von wesentlicher Bedeutung ist
- Festlegung von Qualitätspolitik und Qualitätszielen
- Durchführung der Managementbewertung
- Sicherstellung der Verfügbarkeit von Ressourcen zur Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems
- Entscheidung über und Initiierung von Verbesserungsprojekten
- Etablierung eines Verfahrens, durch das sie Zugang zu den gesetzlichen Forderungen erlangt, die für den Alltag der Einrichtung relevant sind.

Funktionsbereiche und ihre Wechselbeziehungen müssen bekannt gemacht werden.

Ein Beauftragter der Klinikleitung muss mit den folgenden Aufgaben betraut sein:

- Einführung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems
- Berichterstattung über Leistungen und Verbesserungspotenzial
- Fördern des Bewusstseins über die Kundenanforderungen in der gesamten Rehabilitationseinrichtung.

Die Verantwortung der Leitung umfasst die Verantwortung für das Risikomanagement. Unter Risiken werden mögliche und vorhersehbare unerwünschte Ereignisse verstanden, die sich mittelbar oder direkt negativ auf die Sicherheit von Rehabilitanden, Mitarbeitenden und weiteren externen Personen auswirken.
Die Klinikleitung trägt die Gesamtverantwortung für die Entwicklung, Umsetzung und Aufrechterhaltung des Risikomanagements. Dazu zählt auch die Verantwortung dafür, dass Risiken regelhaft identifiziert, analysiert, bewertet, bewältigt, evaluiert und berichtet werden (s. Kap. 8.2).

Nr.	Erläuterungen
1.	**Wahrnehmung von Verpflichtungen bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements** Es wird nachgewiesen, in welcher Art und Weise die Klinikleitung die Verpflichtung bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements wahrnimmt. Hierbei sind einerseits die normativen Anforderungen und andererseits die individuelle Umsetzungspraxis anzuführen.
2.	**Vorgehen – ärztliche/verwaltungsseitige Klinikleitung** Es wird dargelegt, wie die ärztliche/verwaltungsseitige Trennung in der Leitung im Rahmen des Qualitätsmanagements umgesetzt wird.
3.	**Befugnisse** Es wird geregelt, wie Befugnisse verteilt werden. Die Nachvollziehbarkeit lässt sich anhand des Organigramms belegen.
4.	**Führungsgrundsätze** Es wird dargelegt, welche Führungsgrundsätze angewandt werden und wie deren Transparenz und einheitliche Anwendung sichergestellt wird.
5.	**Zusammenarbeit mit QMB** Es wird nachgewiesen, dass eine intensive Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten als Basis für dessen Aufgabenwahrnehmung erfolgt.
6.	**Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung** **1. Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse** Es wird dargelegt, in welcher Art und Weise die rehabilitationsbezogenen Kernprozesse dokumentiert und regelhaft überwacht werden. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind diese Maßnahmen und Prozesse nachvollziehbar dargestellt. **2. Beschreibung des Dokumentationssystems zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlichen Anforderungen (zum Beispiel Medizinprodukte, Hygiene, Brandschutz, Datenschutz, Arbeitsschutz, Gewaltschutz)** Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Anforderungen sind beschrieben. Die Einhaltung wird durch geeignete Aufzeichnungen nachgewiesen. **3. Internes Schnittstellenmanagement** Von der Einrichtung wird dargelegt, wie die interne Zusammenarbeit geregelt ist (in/zwischen Abteilung, Führungsebenen). **4. Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards** Die Lenkung der Prozesse orientiert sich an rehabilitationsspezifischen Fachstandards. **5. Lenkung der rehabilitandenbezogenen (elektronischen) Dokumente und Aufzeichnungen** Handhabung und Verteilersystem der rehabilitandenbezogenen Dokumente und Aufzeichnungen sind klar geregelt. Die Dokumente und Aufzeichnungen sind jederzeit auffindbar, verfügbar, auf dem neuesten Stand und archiviert. Die Anforderungen des Datenschutzes werden beachtet

B 3.3 Führungsinstrumente

In diesem Bereich erfolgt die Beschreibung, welche Führungsinstrumente insbesondere zur Erreichung von Qualitätszielen eingesetzt werden.

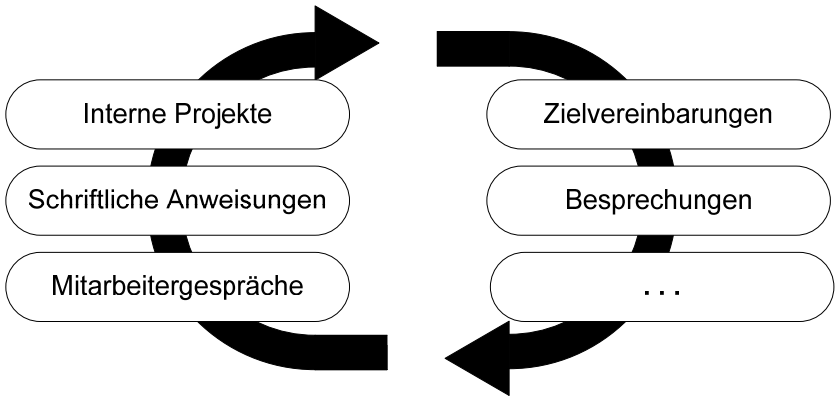

Abbildung 5 – Beispiele für Führungsinstrumente

Nr.	Erläuterungen
1.	**Führungsinstrumente** Es wird dargelegt, welche Führungsinstrumente mit welchem Ziel eingesetzt werden und wie deren einheitliche Anwendung gewährleistet werden sollen.
2.	**Bereitstellung von Ressourcen zur Erreichung der Qualitätsziele** Es wird nachgewiesen, welche Ressourcen zur Erreichung der Qualitätsziele bereitgestellt werden und wie diese ermittelt werden.

B 4 Mitarbeitende

Die wichtigste Ressource im Rehabilitationsbereich sind die Mitarbeitende. Bei der Auseinandersetzung mit diesem Qualitätsmanagementelement sind Rahmenbedingungen und Maßnahmen zu beschreiben, die eine qualitätsorientierte Leistungserbringung durch die Mitarbeitenden ermöglichen.

B 4.1 Aufbauorganisation

Die im Kapitel A 3 genannten Stellen im Organigramm sind näher zu beschreiben. Es sind Angaben zur detaillierten Beschreibung der einzelnen Stellen durch Aufgabenbeschreibungen oder Anforderungsprofile sowie zum Beauftragtenwesen notwendig. Entscheidungs- und Unterschriftsbefugnisse sind darzustellen. Der Verweis auf bestehende Regelungen und Dokumente ist zulässig.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Organigramm** Das Organigramm stellt die Aufbauorganisation der Einrichtung graphisch dar und dient als Orientierungshilfe über die Führungsebenen sowie die einzelnen Funktions- und Tätigkeitsbereiche und Zuständigkeiten. Das Organigramm umfasst die Verantwortlichkeiten für alle Arbeitsbereiche. Die Darstellung ist verständlich und leicht nachvollziehbar. Das Organigramm ist in der Einrichtung allen Beteiligten bekannt und wird Interessierten auf Wunsch zur Verfügung gestellt.
2.	**Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen** Es existieren Stellen- und Aufgabenbeschreibungen. Ein Stellenplan dient als Grundlage für die Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung. Nicht besetzte Stellen sind gekennzeichnet, der Abgleich zwischen IST- und SOLL-Stellen findet in regelmäßigen Abständen statt. Die Stellen- beziehungsweise Aufgabenbeschreibung ist die verbindliche Darstellung eines Arbeitsplatzes mit Angabe der Rechte, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Stelleninhaber. Die Anforderungen an die Stelleninhaber sind transparent dargestellt, die Befugnisse sind klar geregelt und sichern reibungslose Arbeitsabläufe.
3.	**Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen (Teil C)** Zu den einzelnen Prozessen sind die jeweils zugeordneten verantwortlichen Personen benannt. Befugnisse sind festgelegt und dokumentiert.
4.	**Beauftragtenwesen** Das aus gesetzlichen Verpflichtungen resultierende Beauftragtenwesen ist geregelt und belegbar.

B 4.2 Personalplanung

An dieser Stelle wird dargelegt, wie die Personalplanung in der Einrichtung aufgebaut ist und welche Methoden und Instrumente eingesetzt werden. Darüber hinaus sind die Vorgaben zur Personaleinsatzplanung, speziell zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender darzustellen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Personalbedarfsplanung** Es wird dargelegt, nach welchen Gesichtspunkten die Personalplanung erfolgt und wie das Verfahren (Prozess) hierzu abläuft.
2.	**Personalbeschaffung** Es wird beschrieben, wie die Personalbeschaffung erfolgt.
3.	**Verfahren zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender** Die Einrichtung hält schriftliche Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender vor. Alle neuen Mitarbeitenden erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit alle für ihre Tätigkeit und Verantwortung erforderlichen Informationen und ausreichend Zeit für die Einarbeitung. Ein Nachweis über die Einarbeitung wird erbracht.
4.	**Vertretungsreglungen für alle Mitarbeitende** Es wird nachgewiesen, dass für alle qualitätsrelevanten Tätigkeiten Vertretungsregelungen vorhanden sind, bekannt sind und umgesetzt werden.

B 4.3 Personalentwicklung

Hier wird beschrieben, ob Personalentwicklung in der Einrichtung als Teil der Personalbeschaffung und/oder zur fachlichen sowie persönlichen Weiterentwicklung eingesetzt wird.
Die hierfür genutzten Instrumente der Personalentwicklung sind zu benennen und zu beschreiben.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Systematische Personalentwicklung** Es wird beschrieben, wie in der Einrichtung Personalentwicklung umgesetzt wird. Dies sind zum Beispiel gezielte Förderung der Mitarbeitenden, durch Rotation, Hospitation, Einsatz als Vertretung, Übertragung spezifischer Aufgaben, Mitarbeit an Projekten und Qualitätsgruppen.
2.	**Fortbildungsbedarf, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung** Die Einrichtung erhebt regelmäßig (mindestens jährlich) in geeigneter Form den Fortbildungsbedarf der Mitarbeitenden, plant dementsprechend die Fort- und Weiterbildung und organisiert beziehungsweise vermittelt diese. Die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele der Maßnahmen zur Personalentwicklung werden berücksichtigt. Die Mitarbeitenden werden an die Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung beteiligt. Die realisierten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die Teilnehmer werden dokumentiert und dargelegt. Die Fortbildungsplanung berücksichtigt neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis. Aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind verfügbar. Absolvierte Pflichtveranstaltungen sind nachgewiesen.
3.	**Qualifizierungsmöglichkeiten** Es wird dargelegt, dass Qualifizierungsmöglichkeiten transparent sind und aufgabenbezogen angeboten werden.
4.	**Wissensmanagement zur Identifikation, Analyse und Mobilisierung des vorhandenen Wissens** Es wird beschrieben, welche Fähigkeiten und Kompetenzen in der Einrichtung vorhanden sind, auf die für Sonder- und Routineaufgaben zurückgegriffen werden kann. Es wird beschrieben, wie vorhandenes Wissen in der Einrichtung weitergegeben und gesichert wird (zum Beispiel Teamfortbildungen).
5.	**Gezielte Nachwuchsförderung** Es wird festgelegt, dass eine gezielte und systematische Nachwuchsförderung erfolgt.
6.	**Verfahren zur Ausbildung** Es wird beschrieben, auf welche Art und Weise unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften ausgebildet wird.
7.	**Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter Erste-Hilfe-Plan** Die Einrichtung legt den schriftlichen Erste-Hilfe-Plan vor. Sie hat festgelegt, welche Mitarbeitenden in welcher Form und Häufigkeit an dem Reanimationstraining teilnehmen.

B 4.4 Einbeziehung der Mitarbeitenden

Hier werden Angaben zu den Vorgaben der Beteiligung beziehungsweise betrieblichen Mitbestimmung aufgeführt. Die Aufgaben der Personalvertretung, die Erreichbarkeit und die Zusammenarbeit mit der Klinikleitung sollten benannt werden. Darüber hinaus sind Aussagen über die vorhandenen Instrumente erforderlich.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Mitarbeitendenbeteiligung auf allen Ebenen** **1. Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeitenden im Qualitätsmanagement und Einsatz geeigneter Instrumente (zum Beispiel Schulungen und anderen Informationsmaßnahmen zum Qualitätsmanagement)** Die Mitarbeitenden aller Bereiche und Berufsgruppen werden in das interne Qualitätsmanagement einbezogen. Sie haben die Möglichkeit Optimierungspotenziale in das Qualitätsmanagement einzubringen. Sie sind über das Qualitätsmanagementsystem informiert. Die Einrichtung verfügt hierzu über festgelegte Informationsinstrumente (zum Beispiel Fortbildungen, Vorschlagswesen). **2. Angaben zum Mitarbeitendenfeedback** Von der Einrichtung sind die Rückmeldungen der Mitarbeitenden über ihre Beteiligung am Qualitätsmanagement dargelegt.
2.	**Beachtung gesetzlicher Regelungen zur Beteiligung und Mitbestimmung** Es wird beschrieben, in welcher Form die gesetzlichen Regelungen zur Beteiligung und Mitbestimmung Berücksichtigung finden.
3.	**Zusammenarbeit zwischen der Klinikleitung und der Personalvertretung** Es wird beschrieben, wie die Zusammenarbeit zwischen der Klinikleitung und der Personalvertretung erfolgt und wie Diskrepanzen geregelt werden.

B 4.5 Konstruktives Miteinander

Hier erfolgt die Festlegung von Maßnahmen zur Mitarbeitenden Orientierung und Beteiligung, die über die unter B 4.4 gemachten normativen Vorgaben hinausgehen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Einbeziehung der Personalvertretung über die gesetzliche Mitbestimmung hinaus** Es wird dargelegt, in welcher Art und Weise die Personalvertretung über die gesetzliche Mitbestimmung hinaus in die Umsetzung des Qualitätsmanagements einbezogen wird.
2.	**Aktivitäten zur Förderung des Betriebsklimas** Es wird beschrieben, welche Aktivitäten zur Förderung des Betriebsklimas umgesetzt werden, zum Beispiel Betriebssport, Betriebsfest.
3.	**Regelmäßige Mitarbeitendenbefragung** Es werden Verfahren zur regelmäßigen Mitarbeitendenbefragung und deren Auswertung festgelegt.
4.	**Regelmäßige Mitarbeitendengespräche nach einem festgelegten Verfahren** Es wird nachgewiesen, dass regelmäßige Mitarbeitenden Gespräche nach einem festgelegten Verfahren durchgeführt werden.
5.	**Einsatz motivationsfördernder Instrumente** Der Einsatz und die Methodik motivationsfördernder Instrumente werden festgelegt.

B 5 Kommunikation und Information

Es wird beschrieben, welche Instrumente der internen und externen Kommunikation eingesetzt werden und wie deren Wirksamkeit sichergestellt wird. Hierzu zählen insbesondere transparente und verbindliche Kommunikationsstrukturen, die Nutzung unterschiedlicher Medien, die Erreichbarkeit der Ansprechpartner, die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

B 5.1 Interne Kommunikation

Hier erfolgt die Vorstellung des Kommunikationskonzeptes der Rehabilitationseinrichtung. Es sollten Voraussetzungen geschaffen werden, dass Politik und Strategie der Einrichtung hausintern effizient kommuniziert werden und allen Mitarbeitenden bekannt sind. Die Klinikleitung gewährleistet, dass die für die Leistungserbringung erforderliche Kommunikationskontinuität unter den Prozessbeteiligten und Interessenpartnern sichergestellt ist, die es den Mitarbeitenden ermöglicht, ihre originären Aufgaben und gegebenenfalls Beauftragtenfunktionen effizient und vollständig zu realisieren.

B 5.1.1 Kommunikationsstruktur

Um die Kommunikationsstruktur zu veranschaulichen, ist eine Übersicht über alle regelmäßigen Besprechungen mit Angaben zum Ziel beziehungsweise Zweck, zum Sitzungszyklus, zu den Teilnehmenden, zur Protokollierung und zur Lenkung der Dokumente zu pflegen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Kommunikationskonzept** Ein Kommunikationskonzept ist vorhanden, dass die Umsetzung des Qualitätsmanagements, insbesondere die Umsetzung der Politik und Strategie unterstützt.
2.	**Informationskultur** Es werden Festlegungen getroffen, nach welchen Regeln und Verfahren Informationen innerhalb der Einrichtung eingeholt und weitergegeben werden.
3.	**Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen** Die interne Kommunikation umfasst alle geplanten und strukturierten Kommunikationsmedien und –gremien zum Informationsaustausch der Mitarbeitenden untereinander und mit der Führung der Einrichtung. Ein regelmäßiger, an den Erfordernissen der Rehabilitationsprozesse orientierter Informationsfluss innerhalb der Einrichtung wird sichergestellt.
4.	**Regelmäßige Besprechungen, Konferenzen und ähnliches** Die interne Kommunikation umfasst mindestens folgende Kriterien: Terminliche Festlegung (Wochentag, Uhrzeit, Dauer und Häufigkeit), Tagesordnung, Protokollführung, An- und Abwesenheitsregelung, Gesprächsleitung. Die Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und der Festlegungen wird geprüft und sichergestellt. Die Rehabilitationseinrichtung legt fest, wie Informationen an Mitarbeitende weitergeleitet werden, die nicht an den Besprechungen teilgenommen haben.
5.	**Teamfortbildungen** Es wird festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit interne Teamfortbildungen durchgeführt und wie die Bedarfe ermittelt werden.
6.	**Interdisziplinäre Besprechungen zu bereichsübergreifenden Problemen** Es wird dargelegt, nach welchem Verfahren interdisziplinäre Besprechungen zu bereichsübergreifenden Problemen durchgeführt werden.
7.	**Informationsfluss bei Abwesenheit** Es wird festgelegt, wie der Informationsfluss bei Abwesenheit von Mitarbeitenden geregelt ist.

B 5.1.2 Nutzung von Technik und Medien

In diesem Kapitel erfolgen Regelungen zum Umgang mit vorhandener Technik und zum Medieneinsatz. Vorgaben zur IT-Sicherheit und des Datenschutzes sind zu beachten. Darüber hinaus sind Regelungen zum Umgang mit der Technik und den Medien im Vertretungsfall zu treffen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Nutzung verschiedener Kommunikationsmedien** Die verschiedenen Kommunikationsmedien sind beschrieben. Das sind zum Beispiel Protokolle, Teambuch, Übergabebuch, Aushänge, Hauszeitung, Postfächer, E-Mails, Netzwerk, Intranet, Teamkalender und Telefone.

B 5.2 Externe Kommunikation

Hier sind Angaben zur Außendarstellung der Rehabilitationseinrichtung erforderlich.
Es erfolgt die Darstellung eines strukturierten Verfahrens, um die Bedürfnisse von Rehabilitanden, Lieferanten und weiteren externen Interessenpartnern nach Kontakten im Tagesgeschäft zu ermitteln und zu befriedigen. Im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung sind die Maßnahmen zur externen Kommunikation zu überprüfen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Nutzung verschiedener Medien für die Außendarstellung der Einrichtung** Es wird dargelegt, welche Medien für die wirksame Außendarstellung der Einrichtung genutzt werden Dies können Aussagen sein • zur Internet-Darstellung, • zu bereitgestelltem Informationsmaterial, • über die Zusammenarbeit mit Presse und Medien, • zu Vorgaben zur Corporate Identity • zu Informationen zum Qualitätsbericht.
2.	**Regelung der Informationsweitergabe** Es werden Regelungen getroffen, wie die Informationen an externe Partner erfolgen, über regelmäßige Besprechungen, Tagungen und Arbeitskreisen.
3.	**Fremdsprachige Informationen** Es werden Festlegungen getroffen, in welchem Umfang für fremdsprachige Rehabilitanden allgemein gültige Regelungen, die Hausordnung und die Brandschutzordnung vorgehalten werden und bei Bedarf angepasst werden.

Nr.	Erläuterungen
4.	**Pflege des Images der Einrichtung** Es wird nachgewiesen, dass Maßnahmen zur Pflege des Images der Einrichtung umgesetzt werden.
5.	**Berichtswesen (zum Beispiel Qualitätsbericht)** Ein wirksames Berichtswesen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung gesetzlicher Verpflichtungen, kann vorgehalten werden.

B 5.3 Erreichbarkeit

Hier sind die besonderen Erfordernisse und Regelungen zur Erreichbarkeit aller Bereiche der Rehabilitationseinrichtung aufzuführen. Insbesondere ist sicherzustellen, dass:

- eingehende zentrale oder persönliche Faxe, Mails und Post zügig verteilt und zeitnah bearbeitet werden,
- Rufumleitungen geplant und abgesprochen (Vertretungsregelung) werden,
- Mailboxen/Anrufbeantworter abgehört werden,
- die Telefonzentrale zu den normalen Arbeitszeiten besetzt ist, über aktuelle Verzeichnisse verfügt und die Technik beherrscht.

Für technische und medizinische Notfälle sind gesonderte Regelungen festzulegen. Für die Erreichbarkeit außerhalb der regulären Dienstzeiten sind, gesonderte Regelungen festzuhalten (s. B 4.1 Nr. 1 Organigramm).

Nr.	Erläuterungen
1.	**Regelung der telefonischen Erreichbarkeit** Die telefonische Erreichbarkeit, auch bei Abwesenheit, ist geregelt.
2.	**Verteilung und Beantwortung eingehender Informationen und Anfragen** Es wird festgelegt, in welcher einheitlichen Form eingehende Informationen und Anfragen beantwortet beziehungsweise verteilt werden.
3.	**Erste-Hilfe-Plan** Die Einrichtung legt einen schriftlich fixierten Erste-Hilfe-Plan vor. In diesem sind verantwortliche und qualifizierte Mitarbeitende benannt.
4.	**Regelungen für medizinische und technische Notfälle** Es wird festgelegt, wie in medizinischen und technischen Notfällen vorgegangen wird. Ein Verfahren zur präventiven Risikobearbeitung ist etabliert.

B 5.4 Datenschutz

Datenschutz ist der vertrauliche Umgang mit personenbezogenen Daten. Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener). Es ist zu beschreiben, welche Maßnahmen ergriffen werden, damit gesetzliche Bestimmungen zum Datenschutz eingehalten werden. Betroffen sind medizinische und nicht-medizinische Daten der Rehabilitanden, aber auch Daten von Beschäftigten sowie Geschäfts- und Dienstgeheimnisse. Neben der Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datenarchivierung müssen auch Regelungen zur Datenlöschung getroffen werden. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen sind zu beachten. Für den datenschutzgerechten Umgang mit elektronisch gespeicherten Daten sind ebenfalls Regelungen zu treffen.
Beispiele für personenbezogene Daten/Datenträger sind:

- Daten in der Rehabilitandenakte
- sonstige Informationsträger mit Rehabilitandendaten
- Verwaltungsdaten zu Rehabilitanden, wie zum Beispiel Daten über Ausleihe von Geräten
- Personalaktendaten
- Einsatzpläne
- Urlaubslisten
- dienstliche Beurteilungen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Verbindliche Regelungen zum Datenschutz** Aus den gesetzlichen Vorgaben werden verbindliche Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten getroffen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft.
2.	**Beauftragter/Ansprechpartner zum Datenschutz** Ein Beauftragter/Ansprechpartner zum Datenschutz ist benannt. Eine Vertretungsregelung existiert.
3.	**Transparenz der Regelungen zum Datenschutz** Es wird dargelegt, in welcher Form die Regelungen zum Datenschutz transparent und bekannt gemacht werden.
4.	**Verfahren zur Regelung der Zugriffsrechte hinsichtlich geschützter Daten** Ein Verfahren zur Regelung von Zugriffsrechten hinsichtlich geschützter Daten ist beschrieben.

B 6 Infrastruktur

Hier werden Aussagen getroffen, welche Rahmenbedingungen zur Infrastruktur vorhanden sind und wie diese effizient genutzt und ausgebaut werden. In den Unterkapiteln sind die Zuständig- und Verantwortlichkeiten für die Infrastruktur zu beschreiben.

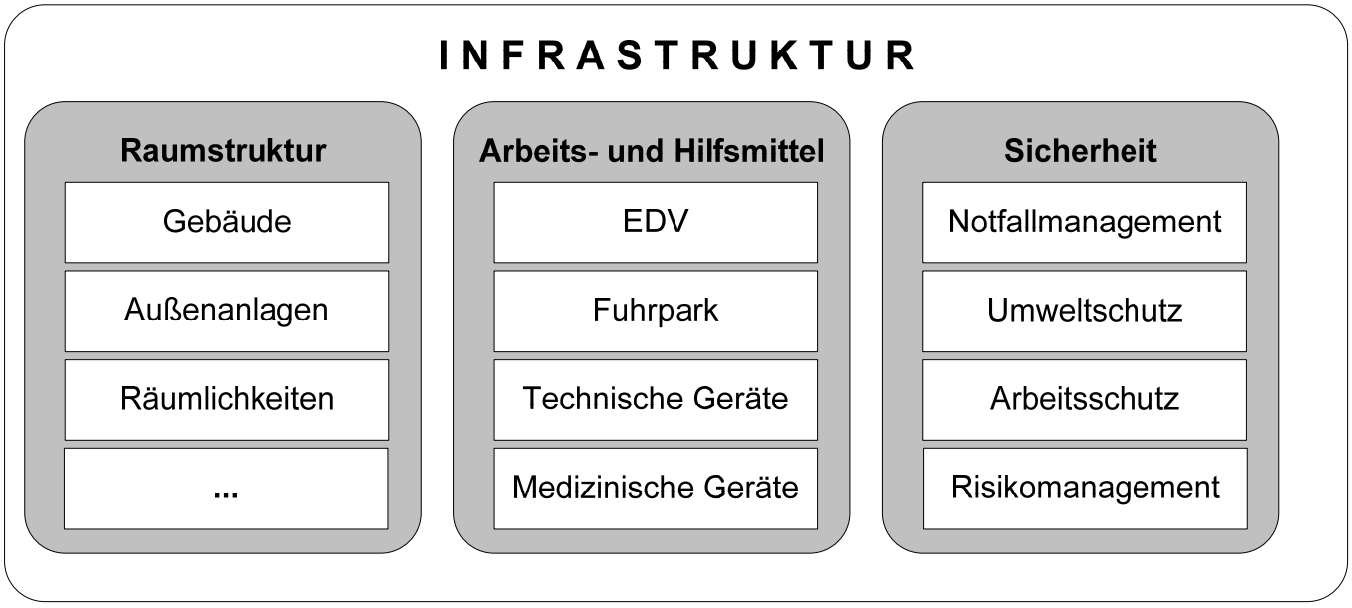

Abbildung 6 – Beispiele für Elemente der Infrastruktur

B 6.1 Raumstruktur

Es sind Regelungen zu treffen, durch die ein strukturiertes Management von Gebäuden und Außenanlagen gewährleistet wird. Die entsprechenden Vermögenswerte sind zu sichern und eine bestmögliche Dienstleistung zu unterstützen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Gebäudemanagement** Es wird nachgewiesen, dass ein Gebäudemanagement etabliert ist, das Regelungen zur Erhaltung von Gebäuden und Außenanlagen umfasst.
2.	**Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung** Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich des Gebäudemanagements stehen Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung zur Verfügung.
3.	**Zuständigkeiten für Gebäude und Außenanlagen** Es bestehen für die Komponenten Gebäude und Außenanlagen festgelegte Zuständigkeiten.

B 6.2 Arbeits- und Hilfsmittel

Es sind Regelungen zur Bereitstellung und der Erhaltung der Einsatz-/Betriebsbereitschaft der notwendigen Arbeits- und Hilfsmittel zu treffen. Die Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben muss gewährleistet werden. Dies gilt insbesondere für die Inbetriebnahme, die Bedienung sowie die Wartung von Arbeits- und Hilfsmitteln.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Gerätelisten und Inventarübersichten** Geräte- und Inventarlisten können eingesehen werden und befinden sich auf dem aktuellen Stand.
2.	**Verfügbarkeit von Arbeits- und Hilfsmitteln** Erforderliche und dokumentierte Arbeits- und Hilfsmittel sind nachweislich verfügbar.
3.	**Aufstellung aller Arbeits- und Hilfsmittel** Verwendete Arbeits- und Hilfsmittel sind aktuell und dokumentiert.
4.	**Unterweisung und Wartung bei der Nutzung von technischen und medizinischen Geräten und Anlagen** Die Durchführung von vorgeschriebenen Ersteinweisungen durch den Hersteller sowie Unterweisungen und Wartungen sind nachweisbar und nachvollziehbar dokumentiert.
5.	**Zuständigkeit für den Fuhrpark** Es besteht für die Komponente Fuhrpark eine festgelegte Zuständigkeit.

B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement

Der Betrieb der Einrichtung unterliegt Gesetzen, Vorschriften und Regelungen, die zu beachten sind. Ein Teil dient dem Schutz der Rehabilitanden, ein anderer den Mitarbeitenden und der Umwelt. Es sind Nachweise zur Durchführung und Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen zu entwickeln. Zum Nachweis erfolgen Dokumentationen, wer welche Kontrollen zu welchem Zeitpunkt durchgeführt hat. Eine Übersicht über interne und externe Beauftragte ist zu erstellen. Für interne Beauftragte ist die regelmäßige Qualifikation und Fortbildung sicherzustellen.
Fehler treten auf, wenn die für die Rehabilitationseinrichtung geltenden Anforderungen nicht erfüllt werden. Risiken betreffen unerwünschte Ereignisse, die negative Auswirkungen auf den Klinikbetrieb und die Sicherheit haben können.
Teil des Risiko- und Chancenmanagements ist die Erfüllung der geltenden gesetzlichen Anforderungen. Die Berücksichtigung des Fehler-, Risiko- und Chancenmanagements im täglichen Handeln stellt ein wichtiges Element des Qualitätsmanagementsystems dar. Für die Umsetzung des Fehler-, Risiko- und Chancenmanagements im QMS-REHA gelten die folgenden Anforderungen:

1. **Identifikation von Fehlern, Risiken und Chancen**

   Alle Mitarbeitenden haben die Aufgabe, Fehler, Risiken und Chancen zur erkennen und der zuständigen Stelle zu melden. Ist der eigene Verantwortungsbereich betroffen, kann unverzüglich reagiert werden. Alle verfügbaren Informationen und Melden werden zur Identifikation von Fehlern, Risiken und Chancen genutzt. Dazu gehören unter anderem:

   - Beschwerden
   - Befragungsergebnisse
   - Arbeitsunfälle
   - Rehabilitandenunfälle
   - Haftpflichtfälle
   - Komplikationsstatistiken
   - Ergebnisse aus Audits und Begehungen
   - Hinweise aus vergleichbaren Rehabilitationseinrichtungen
   - Hinweise aus der Fachliteratur.

2. **Analyse und Bewertung von Fehlern, Risiken und Chancen**

   Identifizierte Fehler, Risiken und Chancen werden unverzüglich auf sofortigen Handlungsbedarf geprüft. Umfang und Ausmaß werden regelmäßig mittels geeigneter Methoden, wie zum Beispiel der SWOT-Analyse, analysiert und bewertet.

3. **Konsequenzen, Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen**

   Fehler ohne konkrete negative Auswirkungen sind zu erfassen und durch Vorbeugemaßnahmen in Zukunft zu vermeiden. Für Fehler mit negativen Auswirkungen sind Korrekturmaßnahmen durchzuführen. Für erkannte und als relevant bewertete Risiken ist eine Maßnahmeplanung zu erstellen. Ziel ist es, das Risiko zu vermeiden, im Ausmaß zu verringern oder die Auswirkungen zu kontrollieren. Bei hohem Risiko sollte die Wirksamkeit der Maßnahmen im Vornherein überprüft werden.

4. **Dokumentation, Statistik und Bericht**

   Die einzelnen Schritte des Fehler- und Risikomanagement sind zu dokumentieren. Fehler und Risiken sind statistisch aufzubereiten und mindestens jährlich in der Managementbewertung zu berichten.

5. **Prozessorientierung**

   Die identifizierten Risiken werden den Prozessen in Teil C des Handbuches zugeordnet.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Gewährleistung der Sicherheit der Infrastruktur und Arbeitsumgebung** Es wird dargelegt, wie die Sicherheit der Infrastruktur und Arbeitsumgebung gewährleistet wird. Es ist darauf zu achten, dass erforderliche Aushänge, Datenblätter, Betriebsanweisungen und ähnliches regelmäßig auf Aktualität hin überprüft werden.
2.	**Beachtung der einschlägigen Bestimmungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Jugend- und Mutterschutz** Es wird nachgewiesen, dass die Bestimmungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zum Jugend- und Mutterschutz beachtet werden.
3.	**Beachtung der einschlägigen Bestimmungen zur Hygiene** Es wird nachgewiesen, dass die Bestimmungen zur Hygiene beachtet werden.
4.	**Beachtung der einschlägigen Bestimmungen zum Brandschutz** Es wird dargelegt, dass die Bestimmungen zum Brandschutz beachtet werden.
5.	**Beachtung der einschlägigen Bestimmungen im Umgang mit Gefahrstoffen** Es wird nachgewiesen, dass die Bestimmungen im Umgang mit Gefahrstoffen beachtet werden.
6.	**Beachtung der einschlägigen Bestimmungen zum Umweltschutz** Es wird beschrieben, in welcher Form die Bestimmungen zum Umweltschutz beachtet werden.
7.	**Über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehende Maßnahmen zum Umweltschutz und zur Ressourcenschonung** Es wird dargelegt, welche Maßnahmen zum Umweltschutz und zur Ressourcenschonung über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus ergriffen werden.
8.	**Risiko- und Chancenmanagement** Die Einrichtung implementiert ein Konzept zum prozessbasierten Risiko- und Chancenmanagement, welches schriftlich festgelegt ist. Hier werden alle Maßnahmen zur Identifikation, Dokumentation, Analyse, Bewertung und Bewältigung von Risiken zusammengefasst. In den Geschäftsprozessen werden die Risiken und deren möglichen Kontrollen dargestellt. Positive Auswirkungen aus Risiken werden als Chance für die Qualitätsentwicklung erfasst und genutzt. Mitarbeitende werden regelmäßig über Maßnahmen, die sich aus dem Risiko- und Chancenmanagement ergeben, informiert und gegebenenfalls auch geschult.

B 7 Prozess- und Ergebnisqualität

Der Erreichungsgrad der Ziele der Einrichtung und die Prozessqualität sind zu messen. Dies erfolgt mit Hilfe von entsprechenden Kennzahlen. Die Kennzahlen werden nach ihrer Relevanz gewichtet. Aus den Veränderungen der Kennzahlen und deren Bewertung werden Maßnahmen abgeleitet. Methodisch kann hier zum Beispiel eine Balanced Scorecard als Managementinstrument genutzt werden. Damit können bestimmte Handlungsschwerpunkte in den Mittelpunkt der qualitätsbezogenen Aktivitäten gestellt und beobachtet werden. Werden zu einem Prozess keine Kennzahlen ermittelt, so ist dies in der Prozessbeschreibung schriftlich zu begründen.

Zum Kennzahlenvergleich können auch externe Erhebungen herangezogen werden (Benchmarking). Nachfolgend ist eine beispielhafte Kennzahlenzuordnung zu den vier Perspektiven einer Balanced Scorecard dargestellt.

Perspektive	**Kennzahlenkategorie**
Kunden und Interessengruppen	▪ Rehabilitationsergebnis
Finanzen	▪ Pflegesätze ▪ optimierter Ressourceneinsatz ▪ Wirtschaftliches Handeln
Struktur und Prozesse	▪ Personalstruktur ▪ Prozessqualität ▪ Infrastruktur
Beschäftigte und Innovation	▪ Personalentwicklung ▪ Pilot- und Forschungsprojekte

Nr.	Erläuterungen
1.	**Interne Ergebnismessung** Es wird nachgewiesen, dass interne Ergebnismessungen, zum Beispiel auch durch regelmäßige Audits, vorgenommen werden.
2.	**Externe Qualitätssicherung** **Die Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird umgesetzt.** Die Einrichtung weist nach, dass sie an den gesetzlich vorgeschriebenen und implementierten externen Qualitätssicherungsverfahren teilnimmt. Einrichtungen ohne einen Versorgungs-/Belegungsvertrag unterliegen dieser Nachweispflicht nicht.
3.	**Analyse der Ergebnisse und dokumentierte Ableitungen von Konsequenzen** Die Einrichtung stellt dar, wie die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung analysiert und mit intern dokumentierten Informationen desselben Bemessungszeitraums gegenübergestellt werden. Die abgeleiteten Maßnahmen und Verbesserungsprojekte sind zu beschreiben.
4.	**Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen** Die Einrichtung hat Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen aus der internen Ergebnismessung abgeleitet.
5.	**Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen** Die Maßnahmen zu den Ergebnisauswertungen sind schriftlich festgelegt.
6.	**Berücksichtigung der externen Qualitätssicherung im internen Qualitätsmanagement** Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden im Rahmen der Umsetzung des internen Qualitätsmanagements nachweislich berücksichtigt.
7.	**Zuordnung/Verzahnung der Parameter der internen Ergebnismessung sowie der Parameter der externen Qualitätssicherung mit Prozessen der Prozesslandkarte Teil C** Die Parameter der internen Ergebnismessung sowie der externen Qualitätssicherung finden als Bewertungsparameter in den Prozessen der Prozesslandkarte Berücksichtigung.

B 7.1 Kunden und Interessengruppen

Es sind Kennzahlen zu berücksichtigen, die dem Ziel der Erreichung der Kundenzufriedenheit dienen, diese können aus internen wie auch aus externen Parametern, zum Beispiel dem Rehabilitationsergebnis oder der Lieferantenbewertung erhoben werden. Ausgelagerte Prozesse sind zu berücksichtigen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Nachfolgende Kennzahlen werden zur Erhebung der Perspektive Versicherte und Kunden herangezogen:** Es wird nachgewiesen, dass interne Ergebnismessungen, zum Beispiel auch durch regelmäßige Audits, vorgenommen werden. • Rehabilitationsergebnis • Beschwerdestatistik • Klassifikation therapeutischer Leistungen (Leistungsdichte/Woche/Rehabilitand) • Entlassungsberichtslaufzeit • Externe Rehabilitandenbefragung • Peer-Review-Bewertung • Gesamtergebnis Visitation • Pflegesatz • Indikationsbezogener Pflegesatz
2.	**Verfahren zur Erhebung und Evaluation der Kennzahlen** Verfahren zur Erhebung und Evaluation der Kennzahlen sind etabliert und können erläutert werden.
3.	**Rehabilitationsbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung** Die Einrichtung wird nachweisen, dass bei Aufnahme und Entlassung der Rehabilitanden zur Ergebnismessung jeweils systematisch und regelhaft der Einsatz von geeigneten Assessments zum Einsatz kommt.
4.	**Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)** Die qualitätsrelevanten Leistungen der rehabilitandenbezogenen Prozesse und der die Kernprozesse unterstützenden Prozesse werden gemessen und im Hinblick auf Verbesserungspotenzial analysiert.
5.	**Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)** Die Einrichtung wird die Ergebnisse der überprüften Therapiezielerreichungen transparent nachweisen.
6.	**Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen** Die Einrichtung dokumentiert die Umsetzung der gesetzlichen und behördlichen Qualitätsanforderungen zur Rehabilitandensicherheit. Dazu gehören zum Beispiel auch Ergebnisse aus behördlichen Begehungen.

Nr.	Erläuterungen
7.	**Ergebnisse aus Qualitätszielen** Die Einrichtung überprüft die Erreichung der Qualitätsziele und dokumentiert die Ergebnisse.
8.	**Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit** Die Einrichtung weist nach, dass sie zur Erhebung und Bewertung der Zufriedenheit ihrer Kunden mit dem Leistungsangebot und den erbrachten Leistungen der Einrichtung „Erhebungen zur Rehabilitandenzufriedenheit“ durchführt.
9.	**Interne Qualitätszirkel und analoge Formen** Zur umfassenden Nutzung der Problemlösungskompetenz der Mitarbeitenden werden intern Qualitätszirkel oder analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise eingesetzt.

B 7.2 Finanzen

Es sind Regelungen zur Erhebung von Kennzahlen aus dem Bereich Finanzen zu treffen. Die hier erhobenen Kennzahlen spiegeln den wirtschaftlichen Status der Einrichtung wider und belegen damit deren Wirtschaftlichkeit. Die Kennzahlen können intern erhoben werden, es sind aber auch Kennzahlen, wie Pflegesätze, „optimierter Ressourceneinsatz“ und „Wirtschaftliches Handeln“ zu berücksichtigen.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Nachfolgende Kennzahlen werden zur Erhebung der Perspektive Finanzen herangezogen:** • Pflegesätze und abgeleitete Einflussgrößen • Optimierter Ressourceneinsatz und abgeleitete Einflussgrößen • Wirtschaftliches Handeln und abgeleitete Einflussgrößen • Belegungsgrad
2.	**Verfahren zur Erhebung der Finanzperspektive** Es wird dargelegt, welche Verfahren zur Erhebung der Finanzperspektive angewandt werden und welche Prozesse hierzu beschrieben sind.
3.	**Umgang mit kollidierenden Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit** Es wird dargelegt, wie mit den oftmals kollidierenden Zielgrößen Qualität und Wirtschaftlichkeit umgegangen wird.

B 7.3 Struktur und Prozesse

Es sind Regelungen zur Erhebung von Kennzahlen aus dem Bereich Struktur und Prozesse zu treffen. Die hier erhobenen Kennzahlen spiegeln die Struktur- und Prozessqualität wider.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Personalstruktur** Die Kennzahlen zur Beschreibung der Strukturqualität im Bereich Personal sind aktuell vorhanden sowie deren Verwendung schriftlich dokumentiert.
2.	**Prozessqualität** Die Kennzahlen zur Beschreibung der Prozessqualität (Ergebnisse des Leistungsprozesses) können aktuell eingesehen werden.
3.	**Infrastruktur** Die Kennzahlen zur Beschreibung der Infrastrukturqualität sind aktuell beschrieben und können eingesehen werden.

B 7.4 Beschäftigte und Innovation

Es wird aufgezeigt, welche Messgrößen im Bereich der Beschäftigtenorientierung und -förderung sowie der Erfüllung gesellschaftlicher Erfordernisse abgeleitet werden. Zur Messung können Kennzahlen zur „Personalentwicklung“ und „Pilotfunktion“ herangezogen werden.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Personalentwicklung** Die Einflussgrößen im Bereich Personalentwicklung sind aktuell beschrieben. Hierbei sind Kennzahlen zu integrieren, die die Umsetzung der Personalentwicklung in der Rehabilitationseinrichtung beschreiben.
2.	**Pilotfunktion** Die Einflussgrößen im Bereich Pilotfunktion sind aktuell beschrieben. Hierbei sind Kennzahlen zu verwenden, die die Aktivitäten der Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Wahrnehmung von Pilotfunktionen begründen.

B 8 Kontinuierliche Verbesserung

In diesem Qualitätselement erfolgt die Darstellung, wie die Rehabilitationseinrichtung die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems ständig verbessert. Hierzu gehören:

- die Qualitätspolitik
- die Qualitätsziele
- die Auditergebnisse
- die Datenanalyse
- die Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- die Managementbewertung.

Als Grundorientierung sämtlicher qualitätsbezogener Aktivitäten dient der Deming-Zyklus (PDCA-Zyklus), der sowohl die Entwicklung und Weiterentwicklung des QMS-REHA als auch Projekte strukturiert.

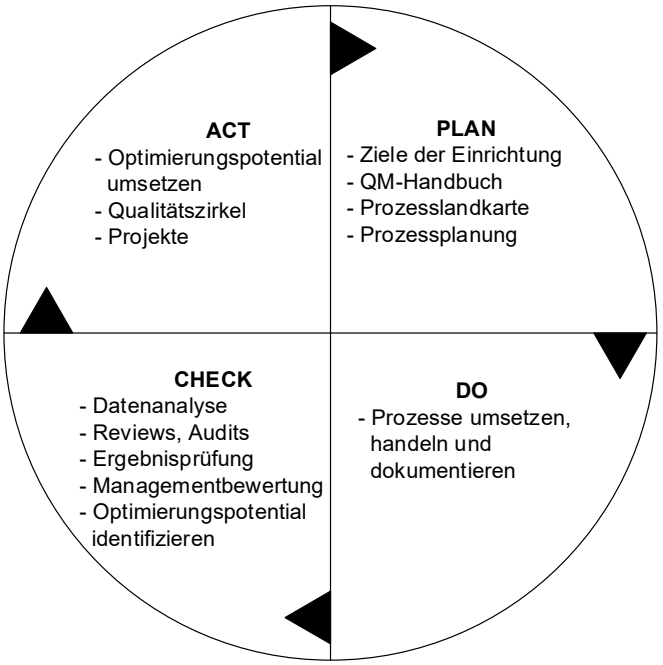

Abbildung 7 – Deming-Zyklus (PDCA-Zyklus)

B 8.1 PLAN = Qualitätsmanagementhandbuch

Im QMH wird festgelegt, wie die Aufbau- und Ablauforganisation der Rehabilitationseinrichtung grundsätzlich geregelt ist und beschreibt somit die Planung des Handelns. Die strategische Planung der Rehabilitationseinrichtung wird durch die Qualitätspolitik bestimmt und durch die aktuellen Qualitätsziele konkretisiert beziehungsweise operationalisiert.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Berücksichtigung der Erwartungen aller Beteiligten** Es wird dargelegt, dass die Erwartungen aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten bei der Festlegung der strategischen Planung berücksichtigt werden.
2.	**Operationalisierung festgelegter Zielsetzungen** Es wird beschrieben, in welcher Art und Weise strategische Zielsetzungen operationalisiert werden.
3.	**Beachtung von Wechselwirkungen** Es wird nachgewiesen, dass Wechselwirkungen beachtet werden.
4.	**Festlegung und Beschreibung der angewandten Methodik** Die im Planungsprozess angewandte Methodik kann erläutert werden. Hierbei sollte es sich um regelhafte strukturierte Verfahren handeln.

B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation

Das Handeln soll sich an der Planung im QMH als „Gebrauchsanweisung" für die Rehabilitationseinrichtung orientieren. Begleitend zur Aufgabenerledigung erfolgt die Dokumentation beziehungsweise Datenerfassung unter anderem in den Bereichen Dokumentation und Sicherheitsmanagement. Zusätzlich werden gezielt qualitätsrelevante Daten erhoben, zum Beispiel in den Bereichen Ideen-, Beschwerde- und Fehlermanagement. Die erfassten Daten und Informationen bilden dann die Grundlage für den Soll-Ist Abgleich unter „Check".

Nr.	Erläuterungen
1.	**Einheitliches und systematisches Dokumentenmanagement** Ein einheitliches und systematisches Dokumentenmanagement ist vorgegeben.
2.	**Abgleich des Arbeitshandelns mit dem geplanten Vorgehen** Es wird nachgewiesen, in welcher Form und mit welchen Methoden ein Abgleich des Arbeitshandelns mit dem geplanten Vorgehen erfolgt.
3.	**Vorbild der Führungskräfte** Die Vorbildwirkung der Führungskräfte sowie die Umsetzung in den Arbeitsbereichen kann umfassend dargelegt werden.
4.	**Fehlermanagement** **1. Konzept mit Regelungen in Schriftform** Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zum Fehlermanagement und über schriftliche Regelungen zum Umgang mit Fehlern. **2. Statistik, Auswertung und Analyse** Die schriftlichen Regelungen zum Umgang mit Fehlern beinhalten die Erfassung der Fehler, die Einleitung von Sofortmaßnahmen, die Behebung, das Sammeln, das Auswerten und die Bewertung der Fehler sowie die Analyse der Fehlerursache. **3. Konsequenzen und Korrekturmaßnahmen** Die Einrichtung überprüft die Dokumentation der fehlerhaft erbrachten Leistungen und die entsprechenden Regelungen und leitet erforderliche Korrekturmaßnahmen ein. Leitung und am Prozess beteiligte Mitarbeitende bewerten mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten die ergriffenen Korrekturmaßnahmen. **4. Vorbeugemaßnahmen** Die Mitarbeitenden sind für den Umgang mit Fehlern sensibilisiert und methodisch geschult. Sie werden motiviert, die Arbeitsprozesse laufend auf mögliche Fehler oder Fehlerquellen hin zu prüfen, um damit Fehler zu vermeiden.
5.	**Systematisches Beschwerdemanagement** **1. Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten** Von der Einrichtung werden die schriftlichen Regelungen und Verantwortlichkeiten zum Beschwerdemanagement dargelegt und beinhalten die Erfassung, die Bearbeitung und die Behebung. **2. Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen** Von der Einrichtung wird dargelegt, dass die Beschwerden einzeln und statistisch erfasst, die Ursachen analysiert, geeignete Korrekturmaßnahmen bewertet und erforderliche Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Die Mitarbeitenden sind im Umgang mit Beschwerden geschult. Sie arbeiten an Korrekturmaßnahmen mit und setzen diese in ihren Arbeitsbereichen um.

B 8.3 CHECK = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung

Der Soll-Ist-Abgleich, hier das Prüfen der Deckung von ‚Plan' und ‚Do' soll regelmäßig mit vertretbarem Aufwand erfolgen. Grundlage für die Ergebnisprüfung sind die im Qualitätselement 7 beschriebenen Indikatoren. Die wichtigsten Instrumente in diesem Bereich sind das **interne Audit** und die **Managementbewertung.**

- Das **interne Audit** dient dazu, die Funktionsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems in den einzelnen Bereichen im Rahmen eines interdisziplinären, kollegialen Dialogs zu überprüfen und Optimierungspotenziale zu identifizieren.
- Bei der **Managementbewertung** werden die wesentlichen Daten und Ergebnisse des zurückliegenden Bewertungszeitraumes analysiert, um daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Eine wichtige Rolle spielt hierbei das Prüfen bisheriger und Formulieren neuer Qualitätsziele sowie die strategische Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Grundsätzlich sind bei der Überprüfung die mit der Planung verbundenen Zielerreichungen sowie Trends und Entwicklungen, bezogen auf die Vorjahre, zu dokumentieren. Vergleichsdaten anderer Einrichtungen (Benchmarking) sollten zur Bestimmung des eigenen Leistungsniveaus herangezogen werden. Es sind verbindliche und fundierte Aussagen bezüglich der Frage zu treffen, inwieweit die Ergebnisse auf eigenes Handeln zurückzuführen sind.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Verfahren zur Durchführung der Managementbewertung** Ein strukturiertes Verfahren zur Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Managementbewertung einschließlich Verantwortlichkeiten kann nachgewiesen werden.
2.	**Audit wesentlicher Prozesse sowie des Qualitätsmanagementsystems** **1. Prüfungsplan** Die Einrichtung führt einen schriftlichen Plan zum regelhaften internen Audit der wesentlichen Prozesse der Prozesslandkarte (Teil C) sowie der Teile A und B. Die Teilnehmer sind informiert über Termin, Dauer und Ablauf der Audits. Die Auditplanung hat die Objektivität und Unparteilichkeit des Auditprozesses sicherzustellen. Das gesamte Qualitätsmanagementsystem ist innerhalb von drei Jahren zu überprüfen. Es ist darauf zu achten, dass in allen wichtigen Bereichen der Einrichtung jährliche Audits stattfinden. Liegen Hinweise auf qualitätsrelevante Abweichungen etwas aus Patientenbefragungen, Beschwerden oder aus der externen Qualitätssicherung vor, sind diese in der jährlichen Auditplanung zu berücksichtigen, wenn sie nicht durch andere Maßnahmen bearbeitet werden. Die Ergebnisse vorangegangener Audits sind heranzuziehen. Die festgestellten notwendigen Maßnahmen sind zu dokumentieren. Eine Bearbeitungszeit zur Umsetzung der Maßnahmen ist festzulegen.

Nr.	Erläuterungen
	2. Bereitstellung von qualifiziertem Personal Die Einrichtung weist das erforderliche qualifizierte Personal für die regelhaften Selbstüberprüfungen nach (fachliche, methodische und soziale Kompetenzen). **3. Dokumentation der Prüfung** Die Ergebnisse der internen Audits sind schriftlich dokumentiert. **4. Umgang mit Ergebnissen** Von der Einrichtung wird dargelegt, wie sie mit den Ergebnissen der Selbstüberprüfung umgeht. Die Ergebnisse der internen Überprüfungen führen gegebenenfalls zu Korrekturmaßnahmen und fließen in die Managementbewertung ein. Die Führung der Rehabilitationseinrichtung hat aus dem Soll-Ist-Vergleich Verbesserungsbedarfe abgeleitet, die Vorgehensweise geplant und die Durchführung festgelegt. **5. Korrekturmaßnahmen** Von der Einrichtung sind die bislang aus internen Audits erfolgten Korrekturmaßnahmen dargelegt.
3.	**Vorschlagwesen** Ein Verfahren zum internen Vorschlagwesen ist etabliert und den Mitarbeitenden bekannt.
4.	**Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen** Regelmäßige Erfahrungsaustausche mit anderen Einrichtungen hinsichtlich der Umsetzung des Qualitätsmanagements werden durchgeführt. Die Ergebnisse und evtl. Aktivitäten sind zum Zwecke des Benchmarkings dokumentiert.

B 8.4 ACT = Umsetzen von Optimierungspotenzialen

Das „Agieren“ beruht auf einem Lernprozess, dessen Grundlage die unter „Check“ erhobenen und bewerteten Daten bilden. Dieser Lernprozess bildet sich sowohl einrichtungsintern über Arbeitsgruppen, Erfahrungsaustausch und Hospitationen ab, wie auch extern durch Praktika, Kooperationen und Benchmarking. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen werden Veränderungen konzipiert und umgesetzt. Hierfür sollten drei Instrumente zur Verfügung stehen, die in Abhängigkeit von der Komplexität der Problemstellung zum Einsatz kommen:

- **Dienstbesprechungen** und **Teamsitzungen**: Kleinere Probleme im täglichen Arbeitsablauf werden während der Routinetätigkeiten bearbeitet.

- **Qualitätszirkel**: Sobald ein spezielles Thema bearbeitet werden muss, sollte sich ein Qualitätszirkel mit der Aufgabe befassen. Qualitätszirkel können regelmäßig und zeitlich unbefristet oder bei Bedarf durchgeführt werden. Die Qualitätszirkel können abteilungsübergreifend

und/oder berufsübergreifend organisiert sein. Die Teilnehmer sind gleichberechtigt. Auftrag, Verlauf und Ergebnisse sind in geeigneter Form zu dokumentieren.

- **Verbesserungsprojekte**: Bei größeren Vorhaben, komplexen Problemen oder längeren Veränderungsprozessen wird ein internes Verbesserungsprojekt definiert, welches mit Hilfe entsprechender Standards geplant, durchgeführt und dokumentiert wird. Verbesserungsprojekte weisen in der Regel die Merkmale eines Projekts gemäß der Definition der DIN 69901 auf.

Nr.	Erläuterungen
1.	**Instrumente zur Umsetzung von Optimierungspotenzialen** Instrumente und Verfahren zur Umsetzung von Veränderungen sind dargelegt und beschrieben.
2.	**Verfahren zum Einsatz und Durchführung von Qualitätszirkeln oder analogen Arbeitsgruppen** Der Einsatz und die Durchführung von Qualitätszirkeln oder analogen Arbeitsgruppen sind festgelegt und methodisch beschrieben.
3.	**Durchführung von Verbesserungsprojekten** Die Ermittlung und Durchführung von Verbesserungsprojekten ist dargelegt. Diese können anhand von bereits durchgeführten Verbesserungsprojekten nachgewiesen werden.
4.	**Regelmäßige Überprüfung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems** Es wird festgelegt, in welcher Form die regelmäßige Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt und wie die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems vorgenommen wird.

Teil C – Die Prozesslandkarte

QMS-REHA stellt vor allem das Prozessmanagement in den Mittelpunkt der qualitätsbezogenen Aktivitäten. Die systematische Identifizierung, Analyse, Optimierung und Steuerung der Arbeitsabläufe bringt nachhaltige organisatorische Effekte, erhebliche Effizienzgewinne sowie eine verbesserte Zufriedenheit aller Beteiligten im Alltagsgeschehen. Als gemeinsame Grundlage des Prozessmanagements wurde eine einheitliche Gliederung der Prozesslandkarte für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Diese lässt sich an die spezifische Situation jedes einzelnen Rehabilitationszentrums anpassen. Durch die Strukturierung in fünf Prozesskategorien in der ersten Ebene werden die Einrichtungsabläufe abgebildet. Zu beschreiben sind mindestens die in der Grafik aufgeführten verpflichtenden 21 von 23 Prozessen. Die Kernprozesse C.K.9 und C.K.10 können optional beschrieben werden. Die in Abb. 8 (QMS-REHA Prozesslandkarte) dargestellte verbindliche zweite Gliederungsebene bietet individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Die in den Teilprozessen genannten Unterpunkte sind Aufzählungen, die nicht abgeschlossen sind. Sie stellen Hinweise zu den erwarteten Inhalten dar.

Es ist ein Überblick über die im Teil C des QMHs festgelegten Prozesse zu geben. Die Beschreibung der zur Leistungserbringung in der Einrichtung wesentlichen Arbeitsprozesse soll einen ersten orientierenden Überblick hinsichtlich des Zusammenwirkens der verschiedenen Abteilungen und Arbeitsbereiche geben und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Rehabilitationseinrichtung aufzeigen.

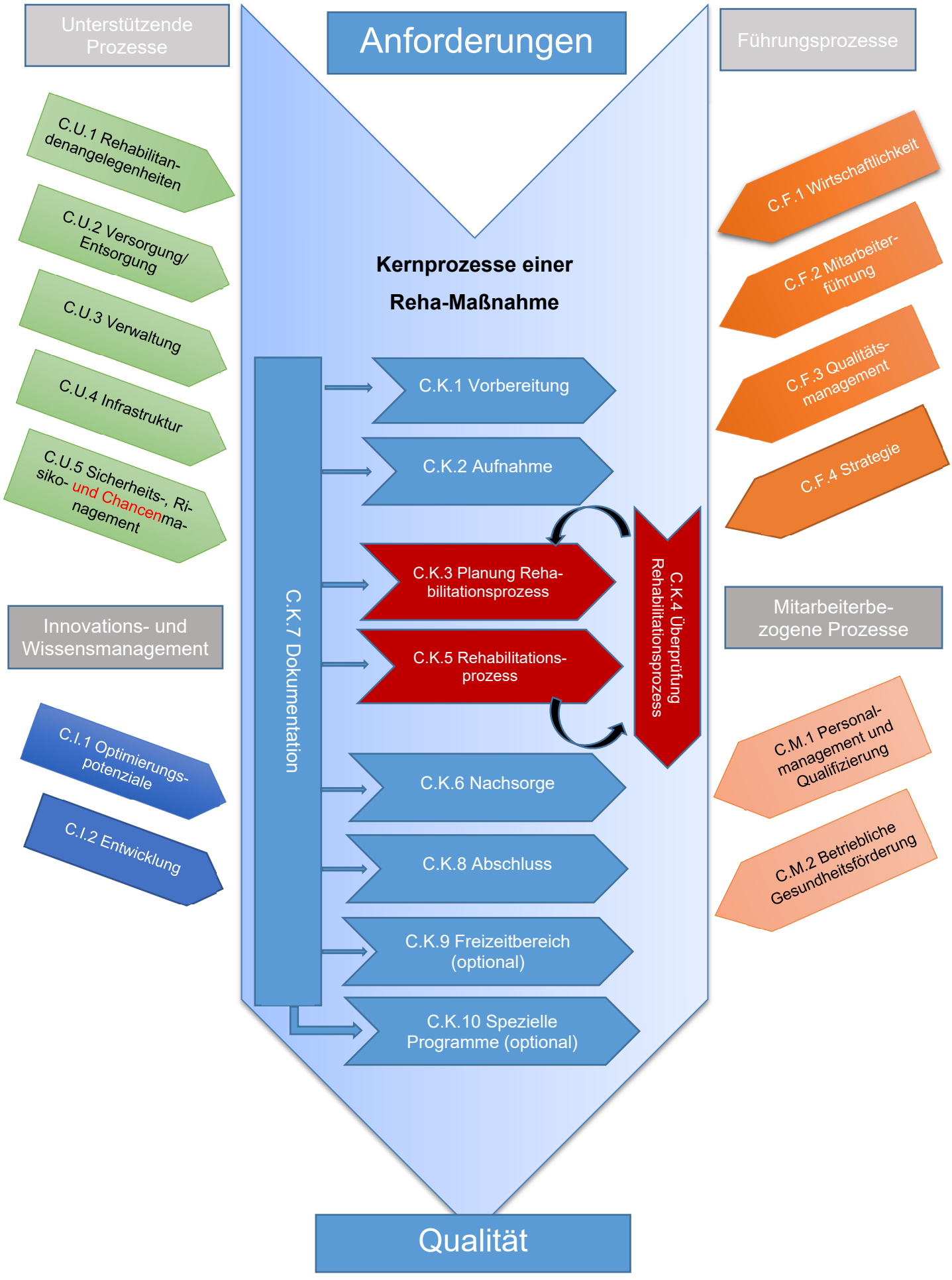

Abbildung 8: QMS-REHA Prozesslandkarte, Erstellung der Grafik in Zusammenarbeit mit Berit Wichmann, RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH

C 1 Struktur der Prozesslandkarte

Auf der ersten Gliederungsebene werden die Prozesse in folgenden Kategorien dargestellt:

- K = Kernprozesse
- U = Unterstützende Prozesse
- M = Mitarbeiterbezogene Prozesse
- F = Führungsprozesse
- I = Innovations- und Wissensmanagement

Die weiteren Gliederungsebenen werden zur Verbesserung der Übersichtlichkeit in Form von Teil-Prozesslandkarten genutzt. Hierbei können inhaltlich zusammengehörige Prozesse gebündelt aufgeführt werden. Anderenfalls beginnt ab der zweiten Gliederungsebene die eigentliche Prozessdarstellung.

C 1.1 Kernprozesse

Dies sind die eigentlichen Wertschöpfungsprozesse im Leistungserstellungsprozess, da sie unmittelbaren Einfluss auf den Erfolg der Rehabilitationseinrichtung nehmen. Sie entfalten in ihrer Kette als Ergebnis der Dienstleistung direkt am Rehabilitanden und den weiteren Kunden Wirksamkeit.
Auf der Grundlage der Politik und Strategie der Einrichtung werden die Kernprozesse festgelegt.
Die Festlegung der Übergänge zwischen den Prozesskategorien sollte vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsstrukturen und unter Berücksichtigung der Interessengruppen erfolgen. Folgende Prozesse sind als Kernprozesse zu beschreiben.
Die Prozesse C.K.9 und C.K.10 sind optional und nicht relevant für die Zertifizierung.

C.K.1 Vorbereitung

Im Rahmen des Prozesses Vorbereitung werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt

- zur Klärung der Aufnahme-Indikation
- zur Zuweisung und Disposition.

C.K.2 Aufnahme

Im Prozess Aufnahme sind zum Beispiel die Vorgaben hinterlegt

- zur Aufnahme des Rehabilitanden
- zum Ein-Checken
- zur ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und psychologischen Aufnahme
- zur Funktionsdiagnostik
- zur psychologischen Diagnostik
- zu Laborarbeiten
- zu notwendigen Konsilen.

C.K.3 Planung des Rehabilitationsprozesses

Zur Planung des Rehabilitationsprozesses gehören zum Beispiel Vorgaben

- zur Zielvereinbarung mit dem Rehabilitanden
- zur Maßnahmenfestlegung
- zur Organisation und Therapieplanung
- zu Therapiestandards.

C.K.4 Überprüfung des Rehabilitationsprozesses

Zur Überprüfung des Rehabilitationsprozesses sind zum Beispiel Vorgaben zu hinterlegen

- zur Durchführung von Teambesprechungen und Visiten
- zur Prüfung der Rehabilitationsdauer
- zur Durchführung von Abschlussuntersuchungen
- Prüfungen auf das Erreichen des Rehabilitationsziels
- Erkennen von Hinweisen auf weitere Teilhabebedarfe.

C.K.5 Rehabilitationsprozess

Im Rehabilitationsprozess sind zum Beispiel Vorgaben zu hinterlegen

- zur Rehabilitations-Pflege
- zur Therapie, wie zum Beispiel Pharmakotherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie Ergotherapie, Psychotherapie und klinischen Psychologie
- zum Gesundheitstraining
- zur Ernährungsberatung, gegebenenfalls unter Nutzung einer Lehrküche
- zu berufsorientierten Maßnahmen
- zur medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR)
- zur Sozial-/Rehabilitations-Beratung
- zur Unterbrechung des Rehaprozesses.

C.K.6 Nachsorge

Im Nachsorgeprozess werden zum Beispiel Empfehlungen sowie Vorgaben zur Kontaktaufnahme, zur ärztlichen Stellungnahme und zur Information des Hausarztes beschrieben.

C.K.7 Dokumentation des Rehabilitationsprozesses

Im Rahmen der Dokumentation des Rehabilitationsprozesses werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt

- zur Aufnahme- und Entlassungsmeldung
- zur Aktenführung
- zur Erfassung der therapeutischen Leistungen (KTL)
- zur Statistik der Entlassungsberichte
- zum Verlauf und Therapiepass
- zur Erstellung des Entlassungsberichts.

C.K.8 Abschluss der Rehabilitation

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt

- zum Feedback
- zum Entlassungsbrief
- zur Entlassung.

C.K.9 Freizeitbereich (optional)

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt

- zu Aufenthalts- und Ruhebereichen
- zur Pausengestaltung.

C.K.10 Spezielle Programme (optional)

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt

- zur Erweiterten ambulanten Physiotherapie
- zum Rehabilitationssport
- zum Funktionstraining.

C 1.2 Unterstützende Prozesse

Diese Prozesse dienen der Ermittlung, Verwaltung und dem Einsatz derjenigen Ressourcen, die eine Erbringung der Dienstleistung am Rehabilitanden erst ermöglichen – ohne selbst direkt wertschöpfend zu sein. Hierzu gehören die Prozesse des Informationsmanagements, der Ver- und Entsorgung, der Verwaltung, des Sicherheitsmanagements sowie die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur.

Bei der Auswahl der Bezeichnungen für die einzelnen Abläufe ist darauf zu achten, dass diese tatsächlich den jeweiligen Prozesscharakter widerspiegeln und nicht etwa Abteilungen, Bereiche oder Personen (zum Beispiel „Wartung und Instandhaltung“ anstelle von „Haustechnik“). Für Prozesse, die die Wertschöpfungskette unterstützen (zum Beispiel „Dokumentenlenkung“, „Kommunikation“, „Informationsmanagement“ und so weiter), lassen sich hingegen Anfang und Ende nicht immer prozessbezogen definieren.

C.U.1 Rehabilitandenangelegenheiten

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt für

- Aktuelle Tagesinformationen
- Service und Dienstleistungen
- Fahrdienst.

C.U.2 Versorgung/Entsorgung

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt für

- die Speisenversorgung
- den Service
- die Hauswirtschaft und Reinigung
- die Abfallentsorgung
- den Umweltschutz.

C.U.3 Verwaltung

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt für

- das Vertragswesen und die Versicherungen
- die Beschaffung
- die Bestellung und den Einkauf
- die Lieferantenbewertung
- den Dienstbetrieb.

C.U.4 Infrastruktur

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt für

- die Wartung und Instandhaltung
- die Medizintechnik.

C.U.5 Sicherheits-, Risiko- und Chancenmanagement

In diesem Prozess werden zum Beispiel Vorgaben hinterlegt für

- den Datenschutz
- den Arbeitsschutz
- den Umgang mit Gefahrstoffen
- den Brandschutz
- die Einhaltung von Vorschriften für Hygiene/Sterilisation
- das Notfallmanagement
- die Handhabung von Arzneimitteln
- die Regelungen zum Strahlenschutz und Sicherheitsmanagement
- die Prozessrisiken (es werden mögliche, im Rahmen des Risikomanagements, identifizierte Risiken genannt und auf den zugehörigen Maßnahmeplan verwiesen)
- das Risiko- und Chancenmanagement.

C 1.3 Mitarbeiterbezogene Prozesse

Insbesondere bei Dienstleistungsprozessen, wie sie in der Rehabilitation im Vordergrund stehen, kommt den Mitarbeitenden und deren Qualifikation ein zentraler Stellenwert zu. Personalgewinnung und Personalentwicklung sind von zentraler Bedeutung im Hinblick auf die zu erbringende Dienstleistungsqualität.

C.M.1 Personalmanagement und Qualifizierung

Im Prozess Personalmanagement sind zum Beispiel Vorgaben zu hinterlegen

- zur Personalplanung
- zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender
- zur Personalentwicklung
- zum Schulungsmanagement
- zur Ausbildung.

C.M.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

In diesem Prozess sind zum Beispiel Vorgaben zu hinterlegen

- zu Personal- und betriebsärztlichen Untersuchungen
- zur Prävention
- zu Verhaltens- und verhältnisorientierten Strukturen
- zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM).

C 1.4 Führungsprozesse

Die Führungsprozesse werden von der Klinikleitung verantwortet. Dazu zählen die Aufgaben der Planung der Unternehmenspolitik, der Unternehmensziele und der dazu gehörigen Programme und Maßnahmen. Es werden die organisatorischen Strukturen festgelegt und der Rahmen für die Bewertung und Verbesserung des Managementsystems geschaffen.

C.F.1 Wirtschaftlichkeit

In diesem Prozess werden zum Beispiel die Vorgaben hinterlegt

- zum Marketing
- zur Wirtschaftlichkeits- und Haushaltsplanung
- zum Controlling und Reporting.

C.F.2 Führung von Mitarbeitenden

In diesem Prozess sind zum Beispiel Vorgaben zu hinterlegen

- zur Planung und Erstellung von Dienstplanungen und Anweisungen
- zur Planung und Durchführung von Gesprächen mit Mitarbeitenden
- zur Planung und Durchführung von Befragungen von Mitarbeitenden.

C.F.3 Qualitätsmanagement

In diesem Prozess sind zum Beispiel Vorgaben zu beschreiben

- zur Planung und Durchführung der Managementbewertung
- zur Entwicklung der Qualitätsziele
- zur Planung und Durchführung von internen Audits
- zur Erstellung von Qualitätsberichten.

Alle diese Prozesse haben eine lenkende Funktion für die Prozesse der anderen Prozesskategorien.

C.F.4 Strategie

Hier werden zum Beispiel die Vorgaben zur Weiter- und Konzeptentwicklung der Einrichtung dargelegt.

C 1.5 Innovations- und Wissensmanagement

Diese Prozesse dienen der Weiterentwicklung der Einrichtung und Optimierung der Abläufe. Dabei wird auch auf die Ergebnisse von Benchmarks, internen und externen Audits sowie von Managementbewertungen zurückgegriffen.

C.I.1 Optimierungspotenziale

In diesem Prozess werden zum Beispiel die Vorgaben hinterlegt

- zum Fehlermanagement
- zum Ideenmanagement
- zum Beschwerdemanagement
- zur internen Rehabilitandenbefragung.

C.I.2 Entwicklung

Es erfolgt eine Darstellung, mit welchen Methoden die Weiterentwicklung erfolgt. Das können zum Beispiel Vorgaben zur Planung und Durchführung von Projekten oder Qualitätszirkeln sein.

C 2 Vorgaben zur Prozessdarstellung

Der Begriff Prozess beschreibt in der Systematik des QMS-REHA als Oberbegriff den Ablauf der für die Leistungserstellung relevanten Arbeitsabläufe. Hierbei sind direkt wertschöpfende Abläufe und indirekt einwirkende Abläufe zu berücksichtigen. Durch das Abbilden von vorhandenen Schnittstellen werden Wechselwirkungen und Beziehungen zwischen Arbeitsabläufen verdeutlicht.

Diese Art der Prozessdarstellung schaffen die Grundlage für eine zielgerichtete Prozessplanung, Prozesssteuerung und Prozessentwicklung (Prozessmanagement) sowie der daran geknüpften kritischen Punkte:

- Zielsetzungen
- Geltungsbereich
- Prozessauslöser und Prozessende
- Verbindungsstellen (= Schnittstellen)
- Bewertungsparameter
- Prozessverantwortlicher
- Dokumente
- Bemerkungen.

Diese Punkte werden im Einzelnen erläutert.

Hinweise zur inhaltlichen Gestaltung von Prozessen

Zielsetzungen

Hier wird formuliert, welches Ziel mit der Durchführung des Prozesses erreicht werden soll. Das Ziel sollte so formuliert werden, dass daraus ein Bewertungsparameter abgeleitet werden kann.

Geltungsbereich und Festlegung

Für welchen einrichtungsinternen Bereich gilt diese Regelung?

Prozessauslöser und Prozessende

Jeder Ablauf wird durch ein Ereignis ausgelöst beziehungsweise gestartet. Das kann ein geplantes Ereignis sein (zum Beispiel laut Plan) oder ein nicht geplanter Auslöser (zum Beispiel Beschwerde). Innerhalb des Prozesses wird ein Sachverhalt/Gegenstand bearbeitet. Die Bearbeitung schließt mit einem Ereignis/Ergebnis, gegebenenfalls für nachfolgende Schritte, ab.

Verbindungsstellen (= Schnittstellen)

Verbindungsstellen liegen dann vor, wenn andere Prozesse oder Verfahren den vorliegenden Prozess beeinflussen oder von diesem beeinflusst werden. Die Verbindungsstellen zu diesen anderen Verfahren oder Prozessen werden hier aufgeführt, um die komplexen Zusammenhänge transparenter zu machen.

Bewertungsparameter

Die Bewertungsparameter eines Prozesses geben Auskunft darüber, „wie gut“ der Prozess momentan läuft. Mit „gut“ im Sinne von Qualität ist gemeint, in welchem Maß eine Übereinstimmung zwischen dem Prozessablauf/-ergebnis und den Erwartungen der externen und internen Interessenpartner an diesem Prozess gegeben ist.

Die Bewertungsparameter sollen mit angemessenem Aufwand zu erfassen und aussagekräftig für den Prozess sein. Sie sollen den Zielerreichungsgrad abbilden. Wird kein Bewertungsparameter festgelegt, ist die Begründung nach Möglichkeit schriftlich festzuhalten.

Prozessverantwortlicher

Der Prozessverantwortliche supervidiert einen festgelegten Prozess, zeichnet verantwortlich für die Dokumentation im Prozess, die Betreuung der laufenden Maßnahmen, die Dokumentation und Weiterleitung der aktuellen Bewertungsparameter und die Schulung der beteiligten Mitarbeitenden. Er achtet darauf, ob der Ablauf so, wie festgelegt, umgesetzt wird.

Dokumente

Die Tabelle der internen Prozessdokumente enthält alle im Flussdiagramm aufgeführten Dokumente. Diese Tabelle wird vom Prozessverantwortlichen und/oder dem Qualitätsmanagement-Team aus dem Flussdiagramm erstellt. Im Flussdiagramm wie auch in dieser Tabelle sollten alle Dokumente verzeichnet sein, die im jeweiligen Prozess zur Anwendung kommen.

Als externe Prozessdokumente werden einerseits Dokumente bezeichnet, die im Prozess verwendet werden, jedoch nicht von der Einrichtung erstellt wurden. Die mitgeltenden Unterlagen sind bedeutend für die richtige Ausführung des Verfahrens oder Prozesses.

Bemerkungen

An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, weitere Informationen, die für die Prozesse wichtig sind, abzulegen.

Matrix der Prozessbeteiligten

Die VDMI-Matrix (V=Verantwortung, D=Durchführung, M=Mitwirkung, I=Information) beschreibt, welche Mitarbeitende der Einrichtung für die jeweiligen Handlungsschritte verantwortlich sind, welche Mitarbeitende sie tatsächlich durchführen oder daran mitwirken sowie welche Mitarbeitende über einen Handlungsschritt informiert werden.

Prozessdarstellung als FlowChart

Der Prozessablauf sollte in Form eines FlowCharts (Flussdiagramms) bildhaft dargestellt werden. Die standardisierte Form der Darstellung ermöglicht einen raschen Überblick über die relevanten und kritischen Anteile des Ablaufs. Die in der Rehabilitationseinrichtung realisierten Abläufe und Prozesse werden im Teil C des Handbuches als FlowCharts (Flussdiagramm) dargestellt. Die verwendete Symbolik sollte auf der ISO 66001 basieren. Der Prozessablauf kann auch in einer anderen, geeigneten Art dargestellt werden.

Teil D – Dokumente

Der Teil D umfasst alle internen und externen mitgeltenden Dokumente, die ergänzende Informationen zu den Beschreibungen aus Teil C enthalten.

Nr.	Erläuterungen
1.	Übersicht aller in der Rehabilitationseinrichtung verwendeten Dokumente
2.	Wie ist die Änderung, Erstellung und Freigabe von Dokumenten geregelt?
3.	Wie ist die Archivierung und Löschung von Dokumenten und Aufzeichnungen geregelt?

Anhang 1 – Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
DIN	Deutsches Institut für Normung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
ggfs.	gegebenenfalls
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MBOR	Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/r
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QS	Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
u. a.	unter anderen/anderem

Anhang 2 – Zuordnung der BAR-Kriterien im QMS-REHA

1. Teilhabeorientiertes Leitbild	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation)	A 0 Grundstruktur des Handbuches A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 9, Nummer 1, Punkt 1: Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation)
Beteiligung der Mitarbeitenden	A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 9, Nummer 1, Punkt 2: Beteiligung der Mitarbeitenden
Schriftlich festgelegt	A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 8
Kommunikation des Leitbildes	A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 9, Nummer 1, Punkt 3: Kommunikation des Leitbildes
Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern	A 1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 9, Nummer 1, Punkt 4: Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern
Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung	A 1 **Teilhabeorientiertes** Leitbild und Ziele der Rehabilitationseinrichtung • Erläuterungen: Seite 9, Nummer 1, Punkt 5: Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung

2. Einrichtungskonzept	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse, auch unter Berücksichtigung vorliegender Aspekte der Barrierefreiheit)	A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung A 3.1 Strukturdaten - Seite 11 • Erläuterungen: Nummer 1, Punkt 1: Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse auch unter Berücksichtigung vorliegender Aspekte der Barrierefreiheit) A 3.2 Organigramm - Seite 12
Darstellung des Leistungsspektrums	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum – Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 1: Darstellung des Leistungsspektrums
Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (zum Beispiel Gemeinsame Empfehlungen nach SGB IX, v. a. GE Reha-Prozess, für die GKV: Reha-Richtlinie des G-BA, Rahmenempfehlungen nach § 111 Abs. 7 SGB V, für die DRV: „Strukturanforderungen“ der DRV)	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 2: Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (zum Beispiel Rehabilitationsrichtlinie, Strukturanforderungen der DRV)
Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 3: Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand
Schriftlich festgelegt	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 4: Schriftlich festgelegt

BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Verbindlich vereinbart	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 5: Verbindlich vereinbart
Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern	A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung A 3.1 Strukturdaten - Seite 11 • Erläuterungen: Nummer 1, Punkt 2: Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern
Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum – Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 1, Punkt 6: Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung A 3.1 Strukturdaten - Seite 11 • Erläuterungen: Seite 11, Nummer 1, Punkt 3: Regelmäßige Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung

3. Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 11, Nummer 2, Punkt 7: Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte
Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 2, Punkt 1: Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten
Interdisziplinärer Rehabilitationsansatz	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 2, Punkt 2: Interdisziplinärer Behandlungsansatz
ICF-basiert und teilhabeorientiert	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 2, Punkt 3: ICF-basiert und teilhabeorientiert
Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 10, Nummer 2, Punkt 4: Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte

3. Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Messung/Überprüfung der Therapiezielerreichung	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 11, Nummer 2, Punkt 5: Messung und Überprüfung der Therapiezielerreichung
Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung	A 2 Leistungsumfang und Dienstleistungsangebot A 2.2 Leistungsspektrum - Seite 10 und 11 • Erläuterungen: Seite 11, Nummer 2, Punkt 6: Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung

4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung 4.1 Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der obersten Leitungsebene	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 1, Punkt 1: Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der Klinikleitung A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung, Seite 11 A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement - Seite 14 • Klinikleitung und Lenkungskreis QM
Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 1, Punkt 2: Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, -überwachung und -bewertung A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung - Seite 11 A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement – Seite 14 • Klinikleitung

4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung **4.1 Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 1, Punkt 3: Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung - Seite 11 A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement – Seite 14 • Klinikleitung

4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung **4.2 Qualitätsmanagement-Beauftragte/r (QMB)**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Bestellung eines qualifizierten Qualitätsmanagement-Beauftragten mit den erforderlichen Ressourcen	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 2, Punkt 1: Bestellung eines qualifizierten QMB mit den erforderlichen Ressourcen
Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 2, Punkt 2: Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung
Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 2, Punkt 3: Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen

4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung **4.2 Qualitätsmanagement-Beauftragte/r (QMB)**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 2, Punkt 4: Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen A 3 Struktur der Rehabilitationseinrichtung - Seite 11 A 3.3 Beteiligte im Qualitätsmanagement - Seite 14 • Qualitätsmanagementbeauftragte
Transparenz der Aufgaben und Befugnisse	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 • Erläuterungen: Seite 23, Nummer 2, Punkt 5: Transparenz der Aufgaben und Befugnisse B 3.1 Leitung – Seite 24

5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.1 Organisationsstruktur**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.1 Aufbauorganisation - Seite 27 • Erläuterungen: Seite 27, Nummer 3: Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen (Teil C)
Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.1 Aufbauorganisation - Seite 27 • Erläuterungen: Seite 27, Nummer 2: Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen
Organigramm	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.1 Aufbauorganisation - Seite 27 • Erläuterungen: Seite 27, Nummer 1: Organigramm

BAR Zuordnung	Nachweis/Bemerkung Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Gegebenenfalls weitere Hinweise	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.1 Aufbauorganisation - Seite 27 • Erläuterungen: Seite 27, Nummer 4: Beauftragtenwesen

5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Seite 24 und 25 • Erläuterungen: Seite 25, Nummer 6, Punkt 1: Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung - Seite 21 B 2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen - Seite 22 • Erläuterungen: Seite 22, Nummer 4: Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie, Überleitung einschließlich der relevanten Unterstützungsprozesse
Beschreibung des Dokumentationssystem sowie Maßnahmen zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlich geforderten Anforderungen (zum Beispiel Medizinprodukte, Hygiene, Brandschutz, Datenschutz, Arbeitsschutz, Gewaltschutz)	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Seite 24 und 25 • Erläuterungen: Seite 25, Nummer 6, Punkt 2: Beschreibung des Dokumentationssystems zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlichen Anforderungen (zum Beispiel Medizinprodukte, Hygiene, Brandschutz, Datenschutz, Arbeitsschutz, Gewaltschutz)
Internes Schnittstellenmanagement	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Seite 24 und 25 • Erläuterungen: Seite 25, Nummer 6, Punkt 3: Internes Schnittstellenmanagement

5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Seite 24 und 25 • Erläuterungen: Seite 25, Nummer 6, Punkt 4: Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards
Lenkung der rehabilitandenbezogenen (elektronischen) Dokumente	B 3 Verantwortung der Leitung - Seite 23 B 3.2 Wahrnehmung der Verantwortung - Seite 24 und 25 • Erläuterungen: Seite 25, Nummer 6, Punkt 5: Lenkung der rehabilitandenbezogenen (elektronischen) Dokumente und Aufzeichnungen

5.Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.3 Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Regelmäßige interne Managementbewertung und Ableitung messbarer Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.3. Qualitätsziele - Seite 19 und 20 • Erläuterungen: Seite 20, Nummer 1: Regelmäßige Managementbewertung B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung – Seite 49, 50 • Erläuterungen: Seite 49, Nummer 1: Verfahren zur Durchführung der Managementbewertung

5.Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.3 Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Transparenz der Qualitätsziele und Zielerreichung in der Einrichtung	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.3. Qualitätsziele - Seite 19 und 20 • Erläuterungen: Seite 20, Nummer 3: Transparenz, Kontrolle und Dokumentation der Qualitätsziele B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.1.1 Kommunikationsstruktur – Seite 32 und 33 • Erläuterungen: Seite 33, Nummer 3 und 4: Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen; Regelmäßige Besprechungen, Konferenzen und ähnliches
Bewertung und Ableitung von Maßnahmen sowie deren Überwachung	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.3. Qualitätsziele - Seite 19 und 20 • Erläuterungen: Seite 20, Nummer 2: Bewertung und Ableitung von Maßnahmen und deren Überwachung B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 50, Nummer 2, Punkte 4 und 5: Umgang mit Ergebnissen; Korrekturmaßnahmen

5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.4 Regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse (zum Beispiel interne Audits oder Self-Assessments)**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Prüfungsplan	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 49, Nummer 2, Punkt 1: Prüfungsplan
Bereitstellung von qualifiziertem Personal	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 50, Nummer 2, Punkt 2: Bereitstellung von qualifiziertem Personal
Dokumentation der Prüfung	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 50, Nummer 2, Punkt 3: Dokumentation der Prüfung
Umgang mit Ergebnissen	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 50, Nummer 2, Punkt 4: Umgang mit Ergebnissen
Korrekturmaßnahmen	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.3 Check = Datenanalyse und Ergebnisüberprüfung Seite 49 und 50 • Erläuterungen: Seite 50, Nummer 2, Punkt 5: Korrekturmaßnahmen

5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems **5.5 Mitarbeitendenbeteiligung aller Ebenen und Bereiche**	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen	B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.1.1 Kommunikationsstruktur – Seite 32 • Erläuterungen: Seite 33, Nummern 2, 3 und 4: Informationskultur; Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen; Regelmäßige Besprechungen, Konferenzen und ähnliches
Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeitenden im QM und Einsatz geeigneter Instrumente (zum Beispiel regelmäßige Schulungen und andere Informationsmaßnahmen zum QM)	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.4 Einbeziehung der Mitarbeitenden - Seite 30 • Erläuterungen: Seite 30, Nummer 1, Punkt 1: Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeitenden im Qualitätsmanagement und Einsatz geeigneter Instrumente (zum Beispiel Schulungen und anderen Informationsmaßnahmen zum Qualitätsmanagement)
Angaben zum Mitarbeitendenfeedback	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4.4 Einbeziehung der Mitarbeitenden - Seite 30 • Erläuterungen: Seite 30, Nummer 1, Punkt 2: Angaben zum Mitarbeitenden-Feedback

6. Beziehungen zu Rehabilitandinnen und Rehabilitanden/Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandelnden, Leistungsträgern, Selbsthilfe	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Information der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen Seite 17 • Erläuterungen: Seite 18, Nummer 7: Information der Rehabilitanden und weiterer Interessengruppen
Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen Seite 17 • Erläuterungen: Seite 18, Nummer 6: Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der unterschiedlichen Interessengruppen B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung - Seite 21 B 2.1 Rehabilitanden und weitere Interessenpartner Seite 21 • Erläuterungen: Seite 21, Nummer 2: Berücksichtigung der Bedürfnisse der Rehabilitanden im Rahmen der festzulegenden Rehabilitationsziele
Gewährleistung von Gewaltschutz	B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung – Seite 22 B 2.2 Rehabilitanden und Kundenanforderungen Seite 22 • Erläuterungen: Seite 22, Nummer 5: Gewährleistung von Gewaltschutz
Abstimmung verschiedener Interessenslagen (Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Behandelnde, Leistungsträger, Selbsthilfe oder Vertretungen von Menschen mit Behinderungen)	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen - Seite 17 • Erläuterungen: Seite 18, Nummer 8: Abstimmung der verschiedenen Interessengruppen (zum Beispiel Rehabilitanden, Behandelnde, Selbsthilfe oder Vertretungen von Menschen mit Behinderungen)
Reha-Zielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen Seite 17 • Erläuterungen: Seite 18, Nummer 9: Rehabilitationszielvereinbarung und gemeinsame Auswertung

6. Beziehungen zu Rehabilitandinnen und Rehabilitanden/Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandelnden, Leistungsträgern, Selbsthilfe	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandelnden	B 1 Politik und Strategie - Seite 17 B 1.1 Identifizierung der Kunden- und Interessengruppen Seite 17 • Erläuterungen: Seite 18, Nummer 10 Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandelnden

7. Externe Qualitätssicherung	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren (Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität)	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 • Erläuterungen: Seite 42, Nummer 2: Die Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird umgesetzt
Analyse der Ergebnisse und dokumentiertes Ziehen von Konsequenzen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 • Erläuterungen: Seite 42, Nummer 3: Analyse der Ergebnisse und dokumentierte Ableitungen von Konsequenzen
Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 • Erläuterungen: Seite 42, Nummer 5: Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen
Berücksichtigung im internen QM	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 • Erläuterungen: Seite 42, Nummer 6: Berücksichtigung der externen Qualitätssicherung im internen Qualitätsmanagement

8. Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Rehabilitandinnen- und Rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 43, Nummer 3: Rehabilitationsbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung
Leistungen der Rehabilitandinnen- und Rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 43, Nummer 4: Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)
Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 43, Nummer 5: Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)
Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 43, Nummer 6: Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen
Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 43, Nummer 1: Nachfolgende Kennzahlen werden zur Erhebung der Perspektive Versicherte und Kunden herangezogen B 7.1 Kunden- und Interessengruppen - Seite 43 und 44 Erläuterungen: Seite 43, Nummer 2: Verfahren zur Erhebung und Evaluation der Kennzahlen
Ergebnisse zu Qualitätszielen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 Erläuterungen: Seite 44, Nummer 7: Ergebnisse aus Qualitätszielen

8. Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Ermittlung der Rehabilitandinnen- und Rehabilitandenzufriedenheit	B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung - Seite 21 B 2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen, Seite 22 • Erläuterungen: Seite 22, Nummer 1: Erhebung der Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 44, Nummer 8: Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit
Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden, (Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Leistungsträger und Interessenspartner)	B 2 Rehabilitanden- und Kundenorientierung - Seite 21 B 2.2 Rehabilitanden- und Kundenanforderungen, Seite 22 • Erläuterungen: Seite 22, Nummer 1: Erhebung der Rehabilitanden- und Kundenzufriedenheit B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 44, Nummer 8: Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit
Interne Qualitätszirkel und analoge Formen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44 • Erläuterungen: Seite 44, Nummer 9: Interne Qualitätszirkel und analoge Formen
Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen	B 7 Prozess- und Ergebnisqualität - Seite 41 • Erläuterungen Seite 42, Nummern 1 und 4: Interne Ergebnismessung; Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen B 7.1 Kunden- und Interessengruppen, Seite 43 und 44

9. Systematisches Beschwerdemanagement	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Dokumentierter Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation, Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 5, Punkt 1: Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten
Erfassung, Analyse und Konsequenzen	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation, Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 5, Punkt 2: Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen

10. Risiko- und Chancenmanagement	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement	B 6 Infrastruktur – Seite 37 B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement, Seite 38 • Erläuterungen: Seite 40, Nummer 8 Risiko- und Chancenmanagement
Regelungen in Schriftform	B 6 Infrastruktur – Seite 37 B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement, Seite 38 • Erläuterungen: Seite 40, Nummer 8 Risiko- und Chancenmanagement
Dokumentation und Analyse	B 6 Infrastruktur – Seite 37 B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement, Seite 38 • Erläuterungen: Seite 40, Nummer 8 Risiko- und Chancenmanagement
Einbezug von Mitarbeitenden	B 6 Infrastruktur – Seite 37 B 6.3 Sicherheit, Fehler-, Risiko- und Chancenmanagement, Seite 38 • Erläuterungen: Seite 40, Nummer 8 Risiko- und Chancenmanagement

11. Fehlermanagement	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Konzept zum Fehlermanagement, Regelungen in Schriftform	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation, Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 4, Punkt 1: Konzept mit Regelungen in Schriftform
Statistik, Auswertung und Analyse	B 8 Kontinuierliche Verbesserung – Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation – Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 4, Punkt 2: Statistik, Auswertung und Analyse
Konsequenzen, Korrekturmaßnahmen	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation, Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 4, Punkt 3: Konsequenzen und Korrekturmaßnahmen
Vorbeugungsmaßnahmen	B 8 Kontinuierliche Verbesserung - Seite 46 B 8.2 DO = Handeln und Dokumentation, Seite 47 und 48 • Erläuterungen: Seite 48, Nummer 4, Punkt 4: Vorbeugungsmaßnahmen

12. Interne Kommunikation und Personalentwicklung	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene	B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.1.1 Kommunikationsstruktur – Seite 32 • Erläuterungen: Seite 33, Nummer 6: Interdisziplinäre Besprechungen zu bereichsübergreifenden Problemen • Erläuterungen: Seite 33, Nummer 4: Regelmäßige Besprechungen, Konferenzen und ähnliches
Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen beziehungsweise der Einrichtungsleitung nachgeordneten Ebene mit ihren Mitarbeitenden (zum Beispiel Fallbesprechungen)	B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.1.1 Kommunikationsstruktur – Seite 32 • Erläuterungen: Seite 33, Nummer 6: Interdisziplinäre Besprechungen zu bereichsübergreifenden Problemen
Regelmäßige interne Teamfortbildungen	B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.1.1 Kommunikationsstruktur – Seite 32 • Erläuterungen: Seite 33, Nummer 5: Teamfortbildungen
Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4. 3 Personalentwicklung – Seite 29 • Erläuterungen: Seite 29, Nummer 7: Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter Erste-Hilfe-Plan B 5 Kommunikation und Information - Seite 32 B 5.3. Erreichbarkeit - Seite 35 • Erläuterungen: Seite 35, Nummer 3: Erste-Hilfe-Plan
Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4. 2 Personalplanung – Seite 28 • Erläuterungen: Seite 28, Nummer 3: Verfahren zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender
Erhebung des Fortbildungsbedarfs, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4. 3 Personalentwicklung – Seite 29 • Erläuterungen: Seite 29, Nummer 2: Fortbildungsbedarf, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung

12. Interne Kommunikation und Personalentwicklung	
BAR Zuordnung	**Nachweis/Bemerkung** Die vollständige Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien des Manuals ergibt sich aus:
Sicherung von Wissen innerhalb der Einrichtung	B 4 Mitarbeitende - Seite 26 B 4. 3 Personalentwicklung – Seite 29 • Erläuterungen: Seite 29, Nummer 4: Wissensmanagement zur Identifikation, Analyse und Mobilisierung des vorhandenen Wissens

Anhang 3 – Glossar

Audit	Untersuchungsverfahren zur Bewertung der Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien von Prozessen,
Benchmarking	Benchmarking ist die vergleichende Analyse von Prozessen mit festgelegten Kennzahlen oder Vergleichsprozessen.
Ergebnisqualität	Bezieht sich im Gesundheitswesen auf das Behandlungsergebnis. Lässt sich am Grad der Zielerreichung messen.
FlowCharts	Flussdiagramm
Kennzahlen	Im prozessbasierten Qualitätsmanagement wird mit Kennzahlen objektiv der Grad der Zielerreichung gemessen.
Managementbewertung	Bei der Managementbewertung werden die wesentlichen Daten und Ergebnisse des zurückliegenden Bewertungszeitraumes analysiert, um daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Eine wichtige Rolle spielt hierbei das Prüfen bisheriger und Formulieren neuer Qualitätsziele.
Marketing	Bezeichnet die Ausrichtung eines Unternehmens auf die Förderung des Absatzes durch Betreuung der Kunden, Werbung, Beobachtung und Lenkung des Marktes.
PDCA-Zyklus	P=Plan, D=Do, C=Check, A=Act Beschreibt die vier Schritte eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.
Ressource	Materielles oder immaterielles Mittel um eine Handlung zu tätigen
Peer-Review-Verfahren	Mit dem Peer Review-Verfahren wird die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Dazu werden von erfahrenen Reha-Medizinern des jeweiligen Fachgebietes (Peers) zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Bewertet werden die Regelhaftigkeit der Behandlung, die fallgerechte Festlegung und Vermittlung von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen.

Prozessqualität	Stellt die Erbringung der Leistung mit den Mitteln der Strukturqualität dar und umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
Risiko	Unter Risiko im Sinne von Qualitätsmanagement verstehen wir die Kennzeichnung der Eventualität, dass mit einer Wahrscheinlichkeit ein Schaden bei einer Entscheidung eintreten oder ein erwarteter Vorteil ausbleiben kann.
Risikomanagement	Unter Risikomanagement werden alle Maßnahmen zur Identifikation, Analyse, Bewertung und Bewältigung von Risiken zusammengefasst. Im prozessbasierten Risikomanagement werden die Risiken inklusive der Kontrollprozesse direkt den Geschäftsprozessen zugeordnet. Die systematische Erfassung soll künftige Risiken minimieren.
Strukturqualität	Beinhaltet die materiellen und personellen Rahmenbedingungen zur Erbringung der Leistung, insbesondere die Anforderungen an die Ausstattung und Qualifikationen.
VDMI-Matrix	V=Verantwortung, D=Durchführung, M=Mitwirkung, I=Information
verhaltensorientiert	Stärkung der individuellen Ressourcen einer einzelnen Person. Jede Person nimmt selbst Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand oder das individuelle Gesundheitsverhalten (zum Beispiel Maßnahmen im Gesundheitsmanagement).
verhältnisorientiert	Veränderungen auf struktureller Ebene. Durch Veränderungen der Lebensbedingungen von Personen wir Einfluss genommen (zum Beispiel Arbeitsplatzausstattung durch den Arbeitgeber).

Impressum

Herausgeberin:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
10709 Berlin, Ruhrstraße 2
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon: 030 865-8 17 10, Telefax: 030 865-8 21 19
Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
E-Mail: qms-reha@drv-bund.de

Herausgebende Stelle

Manual 3.1
Erika van der Heide, Sylke Schmidt

Manual 3.0
Michael Weschen

Manual 2.0
Achim Schimmer, Dennis Narr-Michalak, Ursula Baer

Manual 1.0 Konzeption
Tatjana Semling, Norman Kabuß

4. Auflage, Stand 01/2019, Änderung Einleitungstext 02/2022, Änderung Vereinbarung der BAR vom 01.07.2025 mit Freigabe vom 02.12.2025