

# **Vereinbarung**

## **zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX**

Nach § 37 Abs. 3 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 SGB IX im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen (im Sinne von Mindestanforderungen) an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Die Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben nach § 37 Abs. 2 SGB IX ein Qualitätsmanagement sicher zu stellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund schließen

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

über ihre Spitzenverbände bzw. -organisationen und

- die Träger der Sozialen Entschädigung und Träger der Soldatenentschädigung

die nachfolgende Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX.

Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie den Verbänden von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden (§ 37 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

## **§ 1**

### **Regelungsgegenstand**

In der Vereinbarung werden Festlegungen zu grundsätzlichen Anforderungen an ein in stationären Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellendes Qualitätsmanagement getroffen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Festgelegt wird ferner ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen von den stationären Rehabilitationseinrichtungen nachgewiesen wird.

## **§ 2**

### **Qualitätsmanagement**

Die Anwendung des Qualitätsmanagements in stationären Rehabilitationseinrichtungen ist gekennzeichnet durch das kontinuierliche Bestreben, die Bedürfnisse der Rehabilitand:innen, Leistungsträger, Mitarbeitenden, Angehörigen oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzt:innen und Akutkrankenhäuser zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifenden Zusammenarbeit sowie der stetigen internen, systematischen Bewertung des erreichten Standes von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung zu. Die Unternehmensleitung trägt dabei eine nicht delegierbare Verantwortung. Qualitätsmanagement im vorliegenden Sinne bezeichnet systematische und kontinuierliche Verfahren, welche auf die Identifizierung, Analyse und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gerichtet sind. Auf die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX in der jeweils gültigen Fassung wird ergänzend verwiesen.

## **§ 3**

### **Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes**

### **Qualitätsmanagement**

(1) Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen beziehen sich auf nachfolgende Qualitätskriterien:

- Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept

- Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
- Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems
- Beziehungen zu Rehabilitand:innen/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe
- Externe Qualitätssicherung
- Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)
- Systematisches Beschwerdemanagement
- Risiko- und Chancenmanagement
- Fehlermanagement
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung.

Einzelheiten sind in den Abschnitten A. „Übersicht über die Qualitätskriterien“ und B. „Erläuterungen zu den Qualitätskriterien“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX festgelegt. Das Manual ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

(2) Das rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Verfahren muss eine Dokumentenprüfung und eine Vor-Ort-Prüfung durch die Zertifizierungsstelle vorsehen.

#### **§ 4**

##### **Anerkennung von rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren und Aufgaben der herausgebenden Stelle**

(1) Die herausgebende Stelle eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens kann bei der BAR einen Antrag auf Anerkennung ihres Verfahrens stellen.

(2) Die Rehabilitationsträger (Vereinbarungspartner) werden auf Ebene der BAR die rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren daraufhin überprüfen, ob die in § 3 genannten Anforderungen erfüllt werden. Der entsprechende Nachweis ist von der jeweiligen herausgebenden Stelle durch Vorlage geeigneter Unterlagen zu erbringen.

(3) Werden bei der Prüfung nach Abs. 2 Verfahrensmängel festgestellt, besteht für die herausgebende Stelle die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb festgelegter Frist. Die Nichteinhaltung der in Abs. 2 und § 3 genannten Anforderungen hat das Versagen der Anerkennung oder den Entzug der Anerkennung des betreffenden Qualitätsmanagement-Verfahrens zur Folge. Dies gilt auch, wenn nicht fristgerecht nachgebessert wird.

(4) Wesentliche inhaltliche Änderungen im Qualitätsmanagement-Verfahren hat die herausgebende Stelle gegenüber der BAR unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Abs. 2 und Abs. 3 gelten entsprechend.

(5) Änderungen der „Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“ gemäß § 3 sind von der herausgebenden Stelle in der von der BAR-Arbeitsgruppe nach § 7 festzulegenden angemessenen Frist umzusetzen. Abs. 2 und Abs. 3 gelten entsprechend.

(6) Die herausgebende Stelle trägt die Verantwortung für die Auswahl geeigneter Zertifizierungsstellen. Sie erklärt gegenüber der BAR schriftlich, dass die von ihr benannten Zertifizierungsstellen die in Abschnitt D. „Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX aufgeführten Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen erfüllen. Die herausgebende Stelle hat die Zertifizierungsstelle zu verpflichten, ihr die stationären Rehabilitationseinrichtungen zu melden, denen ein Zertifikat ausgestellt wurde. Die herausgebende Stelle ist verpflichtet, diese Informationen an die BAR weiterzuleiten. Hierbei stellt die herausgebende Stelle in geeigneter Weise auch sicher, dass Informationen über wesentliche Änderungen bei den nach ihrem Verfahren zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen, z. B. Schließung oder Verkauf der Einrichtung oder auch Aussetzung/Entzug eines Zertifikates, ihr über ihre jeweilige Zertifizierungsstelle umgehend gemeldet und durch sie als entsprechend verpflichtete herausgebende Stelle sowohl der BAR als auch den Vertragspartnern unverzüglich übermittelt werden. Die BAR behält sich vor, die Angaben und Verfahrensvorgaben zu überprüfen. Weitergehende Informationen oder Nachweise sind auf Anforderung der BAR von der herausgebenden Stelle oder gegebenenfalls direkt von der betreffenden Zertifizierungsstelle vorzulegen.

(7) Einzelheiten ergeben sich aus den Abschnitten C. „Anforderungen zur Anerkennung von rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren auf Ebene der BAR“ und D. „Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX.

## § 5

### Zertifizierungsverfahren

(1) Alle stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, an einem Qualitätsmanagement-Verfahren teilzunehmen, das von den Rehabilitationsträgern auf Ebene der BAR anerkannt worden ist.

(2) Mit einem Zertifikat auf der Grundlage eines nach § 4 anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahrens ist für den Zeitraum der Gültigkeit des Zertifikats der Nachweis erbracht, dass die stationäre Rehabilitationseinrichtung die „Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“ erfüllt. Zum Nachweis dieses Tatbestandes wird der stationären Rehabilitationseinrichtung von der Zertifizierungsstelle ein Zertifikat ausgestellt, das die Anerkennung nach § 37 SGB IX dokumentiert.

(3) Nach erfolgter Zertifizierung hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung innerhalb von jeweils drei Jahren eine Re-Zertifizierung nachzuweisen. Um eine Re-Zertifizierung im Sinne dieser Vereinbarung handelt es sich auch dann, wenn eine stationäre Rehabilitationseinrichtung von einem auf Ebene der BAR anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren zu einem anderen auf Ebene der BAR anerkannten QM-Verfahren wechselt.

(4) Neu auf dem Markt hinzutretende stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben innerhalb eines Jahres nach Inbetriebnahme der Einrichtung die geforderte Zertifizierung nachzuweisen. Werden bei der Erstzertifizierung Mängel festgestellt, wird der stationären Rehabilitationseinrichtung für erforderliche Nachbesserungen eine Frist von bis zu neun Monaten eingeräumt. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat.

(5) Werden bei einer Re-Zertifizierung Mängel festgestellt, erhält die stationäre Rehabilitationseinrichtung eine Nachbesserungsfrist von bis zu sechs Monaten ab dem Ende der Gültigkeitsdauer des Zertifikats.

(6) Einzelheiten ergeben sich aus Abschnitt E. „Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX.

## § 6 Auditierung

(1) Die Auditdauer (Erst-Zertifizierung, Überwachungsaudit, Re-Zertifizierungsaudit) richtet sich nach den Gegebenheiten der Rehabilitationseinrichtung, z. B. der Anzahl der Behandlungsplätze, Anzahl der Mitarbeitenden, Anzahl und Besonderheiten der indikationsbezogenen Organisationseinheiten (Fachabteilungen). Die Auditdauer beträgt in der Regel bei Einrichtungen mit 100 Behandlungsplätzen (Regelbeispiel):

Audit	Vor-Ort-Audit Dauer in Personentagen	Vor- und Nachbereitung Dauer in Personentagen
Erstzertifizierung	2	1,5
Überwachungsaudit (ggf. online)	1	0,75
Re-Zertifizierung	1,5	1,13

Abweichungen nach oben kann es je nach Umständen in der Einrichtung (z.B. „Hochrisikopatienten“) geben. Für die Mindestdauer eines Audits gilt unabhängig von der Einrichtungsgröße: für das Vor-Ort-Audit 1 Personentag und für Vor- und Nachbereitung zusätzlich 0,75 Personentage. Ausgehend von vorstehenden Bezugsgrößen legt die Herausgebende Stelle des jeweiligen Verfahrens nähere Vorgaben fest.

(2) Überwachungsaudits sind bei Gültigkeitsdauer eines Zertifikats von bis zu drei Jahren spätestens nach Ablauf der Hälfte dieses Zeitraums durchzuführen; soweit keine Beanstandungen im Rahmen der vorherigen Auditierung vorlagen, ist deren Durchführung auch in digitaler Form möglich. Die Verpflichtung hierzu entfällt, sofern die Gültigkeitsdauer des Zertifikats zwei Jahre oder weniger beträgt. Eine zwischenzeitliche Re-Zertifizierung wiederum setzt einen neuen Zertifizierungs-/ Auditzeitraum in Gang. Davon unabhängig ist es medizinischen Rehabilitationseinrichtungen freigestellt, auch für Teilbereiche ihrer jeweiligen Einrichtung vorzeitige Überwachungsaudits durchzuführen.

(3) Bei ergänzender Zertifizierung nach der DIN EN ISO kann dies ggf. zu einer längeren Auditdauer führen.

## **§ 7**

### **Arbeitsgruppe nach § 37 Abs. 3 SGB IX**

(1) Zur Erfüllung der in dieser Vereinbarung für die Ebene der BAR festgelegten Aufgaben wird dort eine Arbeitsgruppe gebildet.

(2) Die Arbeitsgruppe trägt die Bezeichnung „Arbeitsgruppe nach § 37 Abs. 3 SGB IX“. Sie setzt sich aus jeweils höchstens zwei Vertretern aus den diese Vereinbarung schließenden Rehabilitationsträgerbereichen (Vereinbarungspartner) zusammen, bedarfsweise ergänzt durch Rehabilitationswissenschaftler:innen oder andere Expert:innen (z. B. Vertreter:innen der auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer, der Verbände von Menschen mit Behinderungen) mit beratender Funktion. Die Geschäftsführung obliegt der BAR.

## **§ 8**

### **Datenschutz**

Der gesetzlich vorgeschriebene Schutz der Daten einschließlich Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist zu gewährleisten. Insbesondere sind Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse vertraulich zu behandeln.

## **§ 9**

### **Inkrafttreten / Salvatorische Klausel**

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Sie ersetzt die bisherige Vereinbarung i.d.F. vom 30.04 2015.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vereinbarungspartner mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich die Vereinbarung als lückenhaft erweist.

(3) Bei Bedarf wird die „Arbeitsgruppe nach § 37 Abs. 3 SGB IX“ prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX mitzuwirken.

(4) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31.12.2026, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.

# **MANUAL**

## **für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement**

für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach  
§ 37 SGB IX

# Gliederung:

Seite

Vorbemerkung.....	11
A. Übersicht über die Qualitätskriterien.....	13
B. Erläuterungen zu den Qualitätskriterien.....	17
1. Teilhabeorientiertes Leitbild.....	17
2. Einrichtungskonzept.....	19
3. Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept.....	20
4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung.....	21
5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems.....	22
6. Beziehungen zu Rehabilitand:innen/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandelnden, Leistungsträgern, Selbsthilfe.....	25
7. Externe Qualitätssicherung.....	27
8. Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren).....	28
9. Systematisches Beschwerdemanagement.....	30
10. Risiko- und Chancenmanagement.....	31
11. Fehlermanagement.....	32
12. Interne Kommunikation und Personalentwicklung.....	33
C. Anforderungen zur Anerkennung von rehabilitations- spezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren auf Ebene der BAR.....	35
D. Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle.....	38
E. Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens.....	42

## Vorbemerkung

In § 37 Abs. 3 SGB IX ist festgelegt, dass die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 SGB IX im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren vereinbaren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird.

Nach Satz 2 der Vorschrift ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Unter Qualitätsmanagement wird eine Managementmethode verstanden, die – auf die Mitwirkung aller Mitarbeitenden gestützt – die Qualität in den Mittelpunkt der Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die Bedürfnisse der Rehabilitand:innen, Mitarbeitender, Angehörigen, Leistungsträger oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzt:innen und Akutkrankenhäuser zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit sowie die stetige interne, systematische Bewertung des erreichten Standes von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.

Das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements ist die Grundlage für ein anwendbares Qualitätsmanagementmodell und beinhaltet Elemente wie

- Rehabilitand:innenorientierung,
- Verantwortung und Führung,
- Wirtschaftlichkeit,
- Prozessorientierung,
- Mitarbeitendenorientierung und -beteiligung,
- Zielorientierung,
- Umgang mit Chancen, Risiken und Fehlern sowie
- einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Dabei werden die Elemente verknüpft mit der Verpflichtung zu einer ethisch-moralischen und humanitären Werteorientierung (Qualitätskultur).

Qualitätsmanagement kommt als Instrument der Organisationsentwicklung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung nicht nur den Rehabilitand:innen zugute, sondern dient ebenso der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist somit auch Bestandteil der Leistungserbringung.

Qualitätsmanagement ist Ausdruck der Führungs- und Verantwortungsstruktur der einzelnen Rehabilitationseinrichtung. Es ist somit ein Bestandteil der Unternehmenspolitik von Rehabilitationseinrichtungen und sollte als Unternehmensziel vom Träger verankert sein. Primäres Ziel ist aber die rehabilitandenorientierte Prozessoptimierung.

Qualitätsmanagement muss von allen Mitarbeitenden gelebt werden sowohl im Innen- als auch im Außenverhältnis. Die Initiative zur Umsetzung des betriebsinternen Qualitätsmanagements muss aus der Führungsebene heraus erfolgen und kann nicht auf die bloße Existenz einer Stabsstelle „Qualitätsmanagement“ minimiert werden.

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements und bieten Erkenntnisse und Unterstützung für ein systematisches einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden „Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“ erarbeitet und zu ihrer Präzisierung und Anwendung ein Manual erstellt, das Erläuterungen zu jedem geforderten Qualitätskriterium enthält. Im Weiteren enthält das Manual Regelungen zur Umsetzung für die herausgebende Stelle eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens, für die Zertifizierungsstelle nach § 37 SGB IX und die stationäre Rehabilitationseinrichtung.

## A. Übersicht über die Qualitätskriterien

<b>Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX</b>		
<b>1</b>	<b>Teilhabeorientiertes Leitbild</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation)</li> <li>■ Beteiligung der Mitarbeitenden</li> <li>■ Schriftlich festgelegt</li> <li>■ Kommunikation des Leitbildes</li> <li>■ Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern</li> <li>■ Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Einrichtungskonzept</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse, auch unter Berücksichtigung vorliegender Aspekte der Barrierefreiheit)</li> <li>■ Darstellung des Leistungsspektrums</li> <li>■ Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z.B. 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)</li> <li>■ Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand</li> <li>■ Schriftlich festgelegt</li> <li>■ Verbindlich vereinbart</li> <li>■ Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern</li> <li>■ Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Indikations-/ zielgruppenspezifisches Reha- bilitationskonzept</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte</li> <li>■ Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten</li> <li>■ Interdisziplinärer Rehabilitationsansatz</li> <li>■ ICF-basiert und teilhabeorientiert</li> <li>■ Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte</li> <li>■ Messung/Überprüfung der Therapiezielerreichung</li> <li>■ Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung</b>	<p><b>4.1 Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der obersten Leitungsebene</li> <li>■ Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung</li> <li>■ Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement</li> </ul> <p><b>4.2 Qualitätsmanagement-Beauftragte/r (QM-Beauftragte/r)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bestellung eines/einer qualifizierten Qualitätsmanagement-Beauftragten mit den erforderlichen Ressourcen</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung</li> <li>■ Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen</li> <li>■ Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen</li> <li>■ Transparenz der Aufgaben und Befugnisse</li> </ul>
5	<b>Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems</b>	<p><b>5.1 Organisationsstruktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen</li> <li>■ Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen</li> <li>■ Organigramm</li> </ul> <p><b>5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse.</li> <li>■ Beschreibung des Dokumentationssystems sowie Maßnahmen zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlich geforderten Anforderungen (z.B. Medizinprodukte; Hygiene; Brandschutz; Datenschutz; Arbeitsschutz; Gewaltschutz)</li> <li>■ Internes Schnittstellenmanagement</li> <li>■ Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards</li> <li>■ Lenkung der rehabilitandenbezogenen (elektronischen) Dokumente</li> </ul> <p><b>5.3 Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Regelmäßige interne Managementbewertung und Ableitung messbarer Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen Transparenz der Qualitätsziele und Zielerreichung in der Einrichtung</li> <li>■ Bewertung und Ableitung von Maßnahmen sowie deren Überwachung</li> </ul> <p><b>5.4 Regelmäßige Selbstprüfung wesentlicher Prozesse</b> (z.B. interne Audits oder Self-Assessments)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prüfungsplan</li> <li>■ Bereitstellung von qualifiziertem Personal</li> <li>■ Dokumentation der Prüfung</li> <li>■ Umgang mit Ergebnissen</li> <li>■ Korrekturmaßnahmen</li> </ul> <p><b>5.5 Mitarbeitendenbeteiligung aller Ebenen und Bereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen</li> <li>■ Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeitenden im QM und Einsatz geeigneter Instrumente (z.B. regelmäßige Schulungen und andere Informationsmaßnahmen zum QM)</li> <li>■ Angaben zum Mitarbeitenden-Feedback</li> </ul>

6	<b>Beziehungen zu Rehabilitand:innen/ Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandelnden, Leistungsträgern, Selbsthilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information der Rehabilitand:innen</li> <li>■ Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitand:innen</li> <li>■ Gewährleistung von Gewaltschutz</li> <li>■ Abstimmung verschiedener Interessenslagen (Rehabilitand:innen, Behandelnde, Leistungsträger, Selbsthilfe oder Vertretungen von Menschen mit Behinderungen)</li> <li>■ Reha-Zielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung</li> <li>■ Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandelnden</li> </ul>
7	<b>Externe Qualitätssicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)</li> <li>■ Analyse der Ergebnisse und dokumentiertes Ziehen von Konsequenzen</li> <li>■ Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen</li> <li>■ Berücksichtigung im internen QM</li> </ul>
8	<b>Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rehabilitand:innenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung</li> <li>■ Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)</li> <li>■ Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)</li> <li>■ Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen</li> <li>■ Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen</li> <li>■ Ergebnisse zu Qualitätszielen</li> <li>■ Ermittlung der Rehabilitand:innenzufriedenheit</li> <li>■ Rückmeldungen von Kund:innen (Rehabilitand:innen, Leistungsträger und Interessenspartner)</li> <li>■ Interne Qualitätszirkel und analoge Formen</li> <li>■ Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen</li> </ul>
9	<b>Systematisches Beschwerdemanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dokumentierter Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten</li> <li>■ Erfassung, Analyse und Konsequenzen</li> </ul>
10	<b>Risiko- und Chancenmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement</li> <li>■ Regelungen in Schriftform</li> <li>■ Dokumentation und Analyse</li> <li>■ Einbezug von Mitarbeitenden</li> </ul>
11	<b>Fehlermanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konzept zum Fehlermanagement, Regelungen in Schriftform</li> <li>■ Statistik, Auswertung und Analyse</li> <li>■ Konsequenzen, Korrekturmaßnahmen</li> <li>■ Vorbeugungsmaßnahmen</li> </ul>
12	<b>Interne Kommunikation und Personalentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene</li> <li>■ Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. der Einrichtungsleitung nachgeordneten Ebene mit ihren Mitarbeitenden (z. B. Fallbesprechungen)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Regelmäßige interne Teamfortbildungen</li><li>■ Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“</li><li>■ Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender</li><li>■ Erhebung des Fortbildungsbedarfs, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung</li><li>■ Sicherung von Wissen innerhalb der Einrichtung</li></ul>
--	--

## **B. Erläuterungen zu den Qualitätskriterien**

### **1. Teilhabeorientiertes Leitbild**

#### **Einführung:**

Das teilhabeorientierte Leitbild veranschaulicht den Mitarbeitenden, Rehabilitand:innen, Kooperationspartner:innen, Interessent:innen und der Öffentlichkeit die Ziele und Werte der Rehabilitationseinrichtung. Es beschreibt die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln in der Rehabilitationseinrichtung. Die im SGB IX dargestellte Teilhabeorientierung der Rehabilitation ist Grundlage des Leitbildes.

#### **Ziele:**

Das Selbstverständnis und der teilhabeorientierte Auftrag der Rehabilitationseinrichtung, ihre Handlungsfelder und die ihrer Dienstleistungen zugrunde liegenden Wertevorstellungen sind schriftlich dargestellt.

Das Verhalten und das Handeln der Führungskräfte und der Mitarbeitenden folgen dem Leitbild der Einrichtung.

Die Inhalte des Leitbildes der Einrichtung sind Grundlage für die Leitbilder und Konzepte der einzelnen Bereiche der Einrichtung. Die Inhalte des Einrichtungsleitbildes werden von den Mitarbeitenden in ihrem Arbeitshandeln berücksichtigt.

#### **Qualitätsindikatoren:**

##### **■ Bezug zum Zweck der Rehabilitationseinrichtung**

Die Teilhabeorientierung der Rehabilitation wird im Leitbild deutlich, die Ziele und Werte der Rehabilitationseinrichtung, die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln werden dargelegt. Das Leitbild macht insbesondere Aussagen zu dem Selbstverständnis, dem Auftrag, den Handlungsfeldern, der Werteorientierung und dem Menschenbild, den Führungsgrundsätzen, dem Umgang mit den Mitarbeitenden, dem Qualitätsmanagement (QM), der Wirtschaftlichkeit, der Kooperationen und der Ökologie.

##### **■ 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.

##### **■ Schriftlich festgelegt**

Das Leitbild liegt in schriftlicher Form vor.

##### **■ Kommunikation des Leitbildes**

Das Leitbild wird regelmäßig (mindestens einmal jährlich) in geeigneter Weise mit allen Mitarbeitenden kommuniziert und Rehabilitanden, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die Mitarbeitenden kennen die für ihre Arbeitsbereiche relevanten Inhalte des Leitbildes.

##### **■ Transparenz in der Rehabilitationseinrichtung und gegenüber Partnern**

Das Leitbild ist zielgruppenspezifisch in Entstehung und Weiterentwicklung nach innen und außen nachvollziehbar und plausibel.

■ **Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung**

Das Leitbild wird regelmäßig intern überprüft, den ggf. neuen Erfordernissen angepasst und aktualisiert.

## 2. Einrichtungskonzept

### Einführung:

In dem in der Regel mit den Rehabilitationsträgern vereinbarten Konzept der Rehabilitationseinrichtung werden das Aufgabenverständnis beschrieben sowie die Rehabilitationsleistungen und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen benannt. Es ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeitenden.

### Ziele:

Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und benennt die Indikationen und Therapien.

Die Rehabilitationsleistungen werden in der Leistungsbeschreibung dargestellt.

### Qualitätsindikatoren:

#### ■ Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse)

Es werden Aussagen gemacht zur Trägerstruktur und zu den Rahmenbedingungen (z. B. geographische Lage, Größe, Indikation, Aspekte der Barrierefreiheit)

#### ■ Darstellung des Leistungsspektrums

Das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wird dargestellt, auf relevante Kontraindikationen wird eingegangen.

#### ■ Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger

(z.B. 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)

Es wird dargestellt, auf welche Rahmenvorgaben der Leistungsträger Bezug genommen wird, welche Leitlinien zur Rehabilitation z.B. in das Konzept der Einrichtung eingebunden sind und den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden.

#### ■ 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.

#### ■ Schriftlich festgelegt

Das Einrichtungskonzept liegt in schriftlicher Form vor.

#### ■ Verbindlich vereinbart

Das Einrichtungskonzept ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeitende.

#### ■ Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern

In zielgruppenspezifischer Art und Weise wird das Einrichtungskonzept nach innen und außen kommuniziert.

#### ■ Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung

Das Einrichtungskonzept wird regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert.

### 3. Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept

#### **Einführung:**

Im Rehabilitationskonzept werden indikationsspezifisch die Rehabilitations- und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben. Es ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeitende.

#### **Ziele:**

Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und benennt die Indikationen und Therapien.

#### **Qualitätsindikatoren:**

- **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.

- **Definierte Rehabilitationsziele, Transparenz der Rehabilitationsziele für alle Beteiligten**

Konzeptionell werden indikationsbezogen die Rehabilitationsziele benannt und zielgruppenspezifisch allen Beteiligten in geeigneter Art und Weise vermittelt. Die Rehabilitationsziele sind ergebnisorientiert, konkret und ressourcenorientiert.

- **Interdisziplinärer Rehabilitationsansatz**

Die Rehabilitationskonzepte berücksichtigen einen interdisziplinären Rehabilitationsansatz. Die Mitarbeitenden der relevanten Berufsgruppen verstehen sich als interdisziplinäres Reha-Team.

- **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 Sozialgesetzbuch IX formulierten Anforderungen an die Teilhabe um.

- **Schriftlich festgelegte, indikationsspezifische und funktionsorientierte Behandlungskonzepte**

Die Konzepte der therapeutischen Leistungen sind schriftlich dargelegt und indikationsspezifisch und insbesondere funktions- bzw. fähigkeitsorientiert im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung ausgerichtet, ggf. sind zielgruppenspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

- **Messung/Überprüfung der Therapiezielerreichung**

Regelhaft wird in geeigneter Form das Erreichen der Therapieziele überprüft

- **Regelmäßige interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung**

Die Konzepte werden kontinuierlich intern weiterentwickelt und an die Anforderungen der Rehabilitationsträger angepasst.

## 4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung

### Einführung:

Um die Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung kontinuierlich an die sich verändernden Umfeldanforderungen anzupassen und den Nutzen der Einrichtung nach innen und außen darzulegen, bedarf es einer klaren Festlegung der Verantwortung für das Qualitätsmanagement (QM).

### Ziele:

Die Verantwortung der Klinikleitung und der nachgeordneten Führungskräfte der verschiedenen Hierarchieebenen für das Qualitätsmanagement wird transparent dargestellt.

### Qualitätsindikatoren:

#### 4.1 Verantwortlichkeit für das interne QM auf der Leitungsebene

- **Beschriebene Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich Verpflichtung der obersten Leitungsebene**

Die Organisationsstruktur des QM ist transparent beschrieben und die Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für das QM dargelegt.

- **Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung**

Die Einrichtungsleitung stellt dar, wer für welche Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse Verantwortung bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung trägt.

- **Bereitstellung angemessener personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement**

Die Einrichtung verfügt über eine Regelung zur Erfassung und Überprüfung des für das QM erforderlichen Mittelbedarfs und weist die Erfüllung nach.

#### 4.2 Qualitätsmanagement-Beauftragter (QM-Beauftragter)

- **Bestellung eines qualifizierten Qualitätsmanagement-Beauftragten mit den erforderlichen Ressourcen**

Der namentlich benannte QM-Beauftragte ist für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des QM-Systems zuständig. Er berichtet routinemäßig unmittelbar der Leitung der Einrichtung. Die Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen und materiellen Mittel für den QM-Beauftragten wird transparent dargestellt.

- **Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung**

Die Einrichtung weist die erforderliche Qualifikation und Erfahrung des QM-Beauftragten nach und sorgt für eine kontinuierliche Fortbildung.

- **Bestimmung und Bereitstellung der erforderlichen zeitlichen Ressourcen**

Die Einrichtung verfügt über eine Regelung zur Erfassung und Überprüfung des für das QM erforderlichen Zeitbedarfes und weist die Bereitstellung der erforderlichen (zeitlichen) Ressourcen nach.

- **Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen**

Für den Qualitätsmanagement-Beauftragten liegt eine Aufgabenbeschreibung und eine schriftliche Ernennung vor.

- **Transparenz der Aufgaben und Befugnisse**

Allen Beteiligten werden die Aufgaben und Befugnisse des QM-Beauftragten in geeigneter Form vermittelt.

## 5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems

### Einführung:

Für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement ist es erforderlich, alle qualitätsrelevanten Strukturmerkmale und Prozesse zu dokumentieren und transparent nach innen und außen darzulegen.

### Ziele:

Die Einrichtung informiert über ihre Organisationsstruktur, die Art und Weise der Dokumentation, der Kontrolle und Steuerung, der Entwicklung der Qualitätsziele, der regelhaften Selbstprüfung wesentlicher Prozesse und der Beteiligung ihrer Mitarbeitenden.

### Qualitätsindikatoren:

#### 5.1 Organisationsstruktur

##### ■ Eindeutige Verantwortungszuordnung in den Prozessen

Zu den einzelnen Prozessen sind die jeweils zugeordneten verantwortlichen Personen benannt.

##### ■ Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen

Es existieren Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen für Mitarbeitende mit qualitätsrelevanten Aufgaben. Ein Stellenplan dient als Grundlage für die Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung. Nicht besetzte Stellen sind gekennzeichnet, der Abgleich zwischen Soll- und Ist-Stellen findet in regelmäßigen (mindestens einmal jährlich) Abständen statt.

Die Stellen- bzw. 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.

##### ■ 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 qualitätsrelevanten Arbeitsbereiche. Die Darstellung ist verständlich und leicht nachvollziehbar. Das Organigramm hängt in der Einrichtung offen aus und wird Interessierten auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

#### 5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung

##### ■ Beschreibung und kontinuierliche Überwachung der rehabilitand:innenbezogenen wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse.

Von der Rehabilitationseinrichtung ist dargelegt, in welcher Art und Weise die rehabilitand:innenbezogenen wesentlichen Kernprozesse dokumentiert und regelhaft überwacht werden. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind alle diese Maßnahmen und Prozesse nachvollziehbar dargestellt.

##### ■ Beschreibung des Dokumentationssystems sowie Maßnahmen zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlich geforderten Anforderungen (z.B. Medizinprodukte; Hygiene; Brandschutz; Datenschutz gem. DSGVO; Arbeitsschutz; Gewaltschutz)

##### ■ Internes Schnittstellenmanagement

Von der Einrichtung ist dargelegt, wie die interne Zusammenarbeit geregelt ist (z.B. zwischen verschiedenen Abteilungen, Funktionsbereichen).

### ■ **Ausrichtung des Prozessmanagements an fachlichen Qualitätsstandards**

Die Lenkung der qualitätsrelevanten Prozesse orientiert sich an rehabilitationsspezifischen Fachstandards.

### ■ **Lenkung der rehabilitand:innenbezogenen Dokumente**

Handhabung und Verteilersystem der rehabilitand:innenbezogenen (elektronischen) Dokumente sind klar geregelt, die Dokumente sind jederzeit auffindbar, verfügbar, auf dem neuesten Stand und archiviert. Die Anforderungen des Datenschutzes sind erfüllt.

## **5.3 Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis der internen Managementbewertung**

### ■ **Regelmäßige interne Managementbewertung und Ableitung messbarer Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen**

Im Rahmen der internen Managementbewertung wird regelmäßig überprüft (mindestens einmal jährlich), ob das QM-System 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 messbarer Qualitätsziele überprüft, und es werden neue Qualitätsziele abgeleitet. Die Ergebnisse der Bewertung werden dokumentiert.

### ■ **Bewertung und Ableitung von Maßnahmen sowie deren Überwachung**

Von identifiziertem Korrektur- und Verbesserungsbedarf werden nach Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Laufende Verbesserungsmaßnahmen werden überwacht. Durchgeführte Verbesserungsmaßnahmen werden bewertet.

### ■ **Transparenz der Qualitätsziele und Zielerreichung in der Einrichtung**

Die Entwicklung der Qualitätsziele und die entsprechende Zielerreichung werden allen Beteiligten in geeigneter Weise vermittelt.

## **5.4 Regelhafte Selbstprüfung wesentlicher Prozesse (z. B. interne Audits oder Self-Assessments)**

### ■ **Prüfungsplan**

Die Einrichtung führt einen schriftlichen Plan zur regelhaften Selbstprüfung der wesentlichen Prozesse. Die Teilnehmer:innen sind informiert über Termin, Dauer und Ablauf der internen Überprüfungen. Die internen Überprüfungen werden regelmäßig (mindestens einmal jährlich), unter Einbeziehung der Ergebnisse aus vorangegangenen Überprüfungen, durchgeführt. Die Dauer für die Überprüfung des gesamten QM-Systems überschreitet nicht den Zeitraum von drei Jahren.

### ■ **Bereitstellung von qualifiziertem Personal**

Die Einrichtung weist das erforderliche qualifizierte Personal für die regelhaften Selbstprüfungen nach (z.B. fachliche, methodische, soziale Kompetenz).

### ■ **Dokumentation der Prüfung**

Die Ergebnisse der Selbstüberprüfungen sind schriftlich dokumentiert.

### ■ **Umgang mit Ergebnissen**

Von der Einrichtung ist dargelegt, wie sie mit den Ergebnissen der Selbstprüfung umgeht. Die Ergebnisse der internen Überprüfungen führen gegebenenfalls zu Korrekturmaßnahmen und fließen in die jährlichen Bewertungen des Qualitätsmanagements ein. Die Führung der Rehabilitationseinrichtung hat aus dem Soll-Ist-Vergleich Verbesserungsbedarfe abgeleitet, die Vorgehensweise geplant und die Durchführung festgelegt.

### ■ **Korrekturmaßnahmen**

Von der Einrichtung sind die bislang aus dem Selbstprüfungsprozess erfolgten Korrekturmaßnahmen dargelegt.

## **5.5 Mitarbeitendenbeteiligung aller Ebenen und Bereiche**

### ■ **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 ist in allen Belangen sichergestellt.

### ■ **Umfassende Einbeziehung und differenzierte Beteiligung der Mitarbeitenden im QM und Einsatz geeigneter Instrumente (z.B. regelmäßige Schulungen und andere Informationsmaßnahmen zum QM)**

Die Mitarbeitenden aller Bereiche und Berufsgruppen werden in das interne Qualitätsmanagement einbezogen. Sie haben die Möglichkeit, Optimierungspotentiale in das QM einzubringen. Sie sind über das Qualitätsmanagementsystem informiert. Die Einrichtung verfügt dazu über festgelegte Informations- und Partizipationsinstrumente (z.B. Fortbildungen, Vorschlagswesen).

### ■ **Angaben zum Mitarbeitenden-Feedback**

Von der Einrichtung sind die Rückmeldungen der Mitarbeitenden über ihre Beteiligung am QM dargelegt.

## **6. Beziehungen zu Rehabilitand:innen/Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe**

### **Einführung:**

Der komplexe Ansatz der Leistungen zur Teilhabe bedingt im Sinne der ICF auch eine systematische, ggf. vertraglich geregelte Kooperation zwischen verschiedenen Partner:innen. Nur durch eine ausreichende Berücksichtigung der Kontextfaktoren der Rehabilitand:innen lässt sich der Reha-Erfolg nachhaltig sichern.

### **Ziele:**

Die Zusammenarbeit der Einrichtung mit den im Einzelfall erforderlichen Kooperationspartnerinnen zum Wohle des Rehabilitand:innen ist sichergestellt.

Die Beziehungen zu den Kooperationspartner:innen sind aufeinander abgestimmt und funktionieren reibungslos.

Die Beziehungen werden in der Art und Weise gelebt, dass das Erreichen der Rehabilitationsziele gefördert und ggf. vorhandene Konflikte aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen partnerschaftlich gelöst werden.

Das Selbstbestimmungsrecht und die gleichberechtigte Teilhabe des Rehabilitand:innen am Leben in der Gesellschaft werden gefördert.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### **■ Information der Rehabilitand:innen**

Die Einrichtung hat die organisatorische Sicherstellung der ausreichenden/erforderlichen Information der Rehabilitand:innen über alle für die Rehabilitation wichtigen Belange beschrieben.

(Z.B. Informationelles Selbstbestimmungsrecht, Datenschutz, Verpflichtung zur Zusammenarbeit, Abläufe in der Rehabilitation, medizinische Aufklärung)

Die Einrichtung hat ihr Konzept der Angehörigenarbeit bzw. Einbindung der Bezugspersonen beschrieben.

#### **■ Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitand:innen**

Die Einrichtung hat die Regeln beschrieben, nach denen die berechtigten Wünsche der Rehabilitand:innen berücksichtigt werden und wie dabei den besonderen Bedürfnissen von Frauen, Männern und Kindern mit (drohenden) Behinderungen Rechnung getragen wird.

#### **■ Gewährleistung von Gewaltschutz**

Die Einrichtungen treffen geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für die Leistungsberechtigten, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderungen. Zur Erfüllung ihres Gewaltschutzauftrags setzen die Einrichtungen ein auf sie zugeschnittenes Gewaltschutzkonzept um, das insbesondere folgende Punkte berücksichtigt: die zu treffenden Maßnahmen zur Gewaltprävention; die einzuleitenden Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen; die Festlegung von festen Ansprechpersonen zur Umsetzung des Gewaltschutzes innerhalb der Einrichtung (z. B. Vertrauensperson, Gleichstellungsbeauftragte); die Einbindung des Gewaltschutzes als festen Bestandteil in das Fort- und Weiterbildungskonzept für das Fachpersonal; die Überprüfung und Aktualisierung des Konzepts in regelmäßigen Abständen.

■ **Abstimmung verschiedener Interessenslagen (Rehabilitand:innen, Behandelnde, Leistungsträger, Selbsthilfe)**

Die Einrichtung hat die Regeln beschrieben, nach denen die ggf. verschiedenen Interessenslagen der an der Rehabilitation Beteiligten abgestimmt werden.

■ **Reha-Zielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung**

Von der Einrichtung ist nachgewiesen, dass regelhaft Rehabilitationsziele mit den Rehabilitand:innen vereinbart und wie diese gemeinsam ausgewertet werden.

■ **Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandlern**

Die Einrichtung hat ihr Schnittstellenmanagement zu den Vor- und Nachbehandlern beschrieben. Die Einrichtung kennt die Anforderungen, die von den Vor- und Nachbehandlern an sie gestellt werden.

## 7. Externe Qualitätssicherung

### **Einführung:**

Qualitätssicherung bezeichnet alle Maßnahmen, die geeignet sind, bei den Kundinnen und Kunden Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit der Rehabilitationseinrichtung zu gewinnen. Externe Qualitätssicherung im engeren Sinne umfasst die Formulierung und Überprüfung von externen Qualitätsanforderungen an eine Rehabilitationseinrichtung. Diese Anforderungen leiten sich aus gesetzlichen Verpflichtungen ab und werden in der Regel mit fachlicher und wissenschaftlicher Beteiligung von den Leistungsträgern umgesetzt.

### **Ziele:**

Durch eine externe Qualitätssicherung erfolgt eine bewertende vergleichende Qualitätsanalyse auf der Basis der verfügbaren einrichtungsspezifischen qualitätsrelevanten Indikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Unterstützung einer Qualitätsorientierung der Einrichtung.

Durch die externe Qualitätssicherung wird die ständige Verbesserung der Gesamtleistung der Rehabilitationseinrichtung gefördert.

Die Erfüllung der Kundenanforderungen wird nachgewiesen.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Teilnahme an gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)**

Die Rehabilitationseinrichtung weist nach, dass sie an den gesetzlich vorgeschriebenen und implementierten externen Qualitätssicherungsverfahren teilnimmt. Rehabilitationseinrichtungen ohne einen Versorgungs-/Belegungsvertrag unterliegen dieser Nachweispflicht nicht.

#### ■ **Analyse der Ergebnisse und dokumentiertes Ziehen von Konsequenzen**

Die Rehabilitationseinrichtung verdeutlicht, wie sie den systematischen Umgang mit den Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung durchführt. In die Analyse gehen die intern dokumentierten Informationen aus der Zeitspanne ein, in der die Daten der externen Qualitätssicherung erhoben wurden. Diese Darstellung muss die Beschreibung der abgeleiteten Konsequenzen und Verbesserungsprojekte enthalten.

#### ■ **Schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen**

Die Rehabilitationseinrichtung weist schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen nach.

#### ■ **Berücksichtigung im internen QM**

Die Rehabilitationseinrichtung hat dargelegt, wie sie die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im internen Qualitätsmanagement berücksichtigt.

## 8. Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)

### Einführung:

Die interne Qualitätssicherung umfasst die Regelungen, die gewährleisten sollen, dass angestrebte Ergebnisse und Qualitätsverbesserungen geplant und gezielt erreicht werden.

Mit der Ergebnisqualität wird die Wirksamkeit der Rehabilitationsprozesse gemessen. Im Sinne der Effizienz und Effektivität ist die Qualität der rehabilitandenbezogenen Prozesse und Unterstützungsprozesse ebenfalls zu messen. Dazu bietet es sich an, für ausgewählte, im Sinne der Ergebnisqualität besonders relevante Prozesse Bewertungsparameter festzulegen und kontinuierlich zu überwachen.

### Ziele:

Mit der internen Ergebnismessung wird das Ziel verfolgt, rehabilitand:innenbezogen die Ergebnisqualität der Rehabilitationsleistung zu messen. Dazu bedarf es indikations- und störungsspezifischer Indikatoren und Messinstrumente. Bezogen auf die Prozessqualität gilt die Zufriedenheit der Rehabilitand:innen und Mitarbeitenden mit den Arbeitsprozessen als Ziel genauso wie ein effizientes Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Leistungen.

### Qualitätsindikatoren:

#### ■ Rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung

Die Rehabilitationseinrichtung weist nach, dass bei Aufnahme und Entlassung der Rehabilitand:innen zur Ergebnismessung jeweils systematisch und regelhaft der Einsatz von geeigneten Assessments erfolgt.

#### ■ Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)

Wesentliche qualitätsrelevante Leistungen der rehabilitand:innenbezogenen Prozesse und der die Kernprozesse unterstützenden Prozesse werden gemessen und im Hinblick auf Verbesserungspotential analysiert.

#### ■ Therapiezieelerreichung (Ergebnisqualität)

Die Rehabilitationseinrichtung weist die Ergebnisse der überprüften Therapiezieelerreichung transparent nach.

#### ■ Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen

Die Rehabilitationseinrichtung dokumentiert die Umsetzung der gesetzlichen und behördlichen Qualitätsforderungen zur Rehabilitand:innensicherheit.

#### ■ Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen

Die Rehabilitationseinrichtung dokumentiert, mit welchen ausgewählten qualitätsorientierten Kennzahlen bei ihr gearbeitet wird.

#### ■ Ergebnisse zu Qualitätszielen

Die Rehabilitationseinrichtung überprüft die Erreichung der Qualitätsziele und dokumentiert die Ergebnisse.

#### ■ Ermittlung der Rehabilitandenzufriedenheit

Die Rehabilitationseinrichtung weist nach, dass sie zur Erhebung und Bewertung der Zufriedenheit ihrer Kundinnen und Kunden mit dem Leistungsangebot und den erbrachten Leistungen der Einrichtung „Erhebungen zur Rehabilitand:innenzufriedenheit“ durchführt.

■ **Rückmeldungen von Kunden und Kundinnen (Rehabilitand:innen, Leistungsträger und Interessenspartner)**

Die Rehabilitationseinrichtung verfügt über ein systematisches Vorgehen, um Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden bezüglich der Qualität der Rehabilitationsmaßnahme einzuholen und zu analysieren.

■ **Interne Qualitätszirkel und analoge Formen**

Zur umfassenden Nutzung der Problemlösungskompetenz der Mitarbeitenden werden interne Qualitätszirkel oder analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise eingesetzt.

■ **Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen**

Die Rehabilitationseinrichtung hat Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen aus der internen Ergebnismessung abgeleitet.

## 9. Systematisches Beschwerdemanagement

### **Einführung:**

Mit der Beschwerde wird eine Unzufriedenheit geäußert, die aufgrund einer negativen Differenz zwischen der erwarteten und der von der Einrichtung erbrachten Leistung resultiert. Daraus leitet sich als Aufgabe für die Einrichtung ab, die Belange des Beschwerdeführenden ernst zu nehmen, seiner Beschwerde nachzugehen, ihn zufrieden zu stellen und ggf. den Grund für die Beschwerde für Verbesserungen zu nutzen und mit der Beschwerde verbundene mögliche negative Auswirkungen auf die Einrichtung zu minimieren. Die Angaben zum Beschwerdemanagement sind Orientierungshilfen beim Umgang mit Kritik. Das Beschwerdemanagement ist ein wichtiges Instrument zur Beseitigung von Beschwerdeanlässen, Fehlern und deren Ursachen.

### **Ziele:**

Die Beschwerden sind als konstruktive Kritik erwünscht. Die Mitarbeitenden sind für Beschwerden offen. Beschwerden werden systematisch, zügig und kundenorientiert bearbeitet. Die Korrekturmaßnahmen dienen der weiteren Qualitätsverbesserung, möglichst auch der künftigen Verhinderung von Anlässen von Beschwerden (z.B. bezogen auf Maßnahmen zum Gewaltschutz).

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Dokumentierter Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten**

Die Einrichtung hat schriftliche Regelungen und Verantwortlichkeiten zum Umgang mit Beschwerden festgelegt (Erfassung, Behebung und Bearbeitung).

#### ■ **Erfassung, Analyse und Konsequenzen**

Die Einrichtung weist nach, dass Beschwerden erfasst, die Ursachen analysiert, erforderliche Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Die Mitarbeitenden sind für den Umgang mit Beschwerden geschult. Geeignete Aufzeichnungen werden geführt (einzelne Beschwerden und statistische Auswertungen).

## 10. Risiko- und Chancenmanagement

### **Einführung:**

Mit dem Risiko- und Chancenmanagement werden Risiken, Chancen und Herausforderungen identifiziert, analysiert und priorisiert. Daraus resultiert, dass Maßnahmen ergriffen werden, der Erfolg der Maßnahmen überprüft wird und dieser fortlaufende Prozess zur ständigen Verbesserung des Unternehmens/ der Einrichtung beiträgt.

### **Ziele:**

Das Ziel des Risiko- und Chancenmanagements liegt in der frühzeitigen Identifizierung potenzieller Chancen und Risiken, sodass ggf. geeignete Maßnahmen oder Gegenmaßnahmen ergriffen werden können.

Risiko- wie Chancenmanagement ist als Prävention zu verstehen. Ausgehend von einer strukturierten Chancen- und Risikoanalyse, auch dem Lernen aus Fehlern sind einerseits Vorbeugungsmaßnahmen für wesentliche Risiken zu treffen wie auch andererseits entsprechende Maßnahmen für die Ergreifung erkannter Chancen zu definieren.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement**

Die Einrichtung verfügt über ein schriftliches Konzept zum Risiko- und Chancenmanagement. In diesem sind z.B. die Instrumente zur präventiven Fehleranalyse, zur Risikoeinschätzung sowie zur Erkennung von Chancen beschrieben.

#### ■ **Dokumentation und Analyse**

Der Prozess zur Erfassung und zum Umgang mit Risiken und Chancen wird dokumentiert (PDCA-Zyklus) unter Nutzung von Instrumenten zur präventiven Fehleranalyse, Risikoeinschätzung und Erfassung von Chancen.

Die Einrichtung stellt sicher, dass in regelmäßigen Abständen die Auswirkungen eventuell neu auftretender Chancen und Risiken bzw. Krisen (beispielsweise bei auftretenden Pandemien) analysiert und bewertet werden und daraus entsprechende Maßnahmen (mit vertretbarem Aufwand) eingeleitet werden können. Auch diese werden schriftlich dokumentiert.

#### ■ **Einbezug von Mitarbeitenden**

Mitarbeitende werden regelmäßig über Maßnahmen, die sich aus dem Risiko- und Chancenmanagement ergeben, informiert und ggf. auch geschult, insbesondere bezüglich der Instrumente zur Erhebung von Kennzahlen bezüglich der Risiko- und Chanceneinschätzung. Rückmeldungen von Mitarbeitenden finden Berücksichtigung im Rahmen des Risiko- und Chancenmanagements.

# 11. Fehlermanagement

## **Einführung:**

Grundsätzlich kann es zu Abweichungen von der geforderten Qualität von Leistungen kommen, wenn die erbrachte Dienstleistung oder damit verbundene Tätigkeiten fehlerhaft waren. Solche Fehler lassen sich in der Regel nachträglich (von der Rehabilitationseinrichtung) nicht mehr oder nur mit hohem Aufwand korrigieren. Die resultierenden Abweichungen von der Soll-Vorgabe sind für das Fehlermanagement wichtige Indikatoren zur Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten und Optimierung von Prozessen. Fehlerquellen werden aufgedeckt, wichtige Lerneffekte bei den Mitarbeitenden werden ermöglicht und somit zukünftig Fehler vermieden und „Fehlerkosten“ minimiert.

## **Ziele:**

Durch ein Fehlermanagement als einem System zur Identifizierung, Analyse, Behebung und präventiven Vermeidung von Fehlern wird eine Erhöhung der Sicherheit für Rehabilitand:innen und Mitarbeitende angestrebt. Auf der Ebene der Einrichtung gelten der Aufbau und die Pflege einer „Fehlerkultur“ als Ziel. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern wird als Chance zur Verbesserung und zum Lernen verstanden.

Korrektur- und Präventionsmaßnahmen in diesem Sinne vermeiden eine Wiederholung von Fehlern. Dementsprechend werden Präventionsmaßnahmen getroffen, die Fehler erst gar nicht entstehen lassen.

## **Qualitätsindikatoren:**

### ■ **Konzept zum Fehlermanagement**

Die Rehabilitationseinrichtung verfügt über ein Konzept zum Fehlermanagement und über schriftliche Regelungen (z. B. in Form einer Verfahrensanweisung) zum Umgang mit Fehlern.

### ■ **Statistik, Auswertung und Analyse**

Die schriftlichen Regelungen zum Umgang mit Fehlern beinhalten die systematische Erfassung der Fehler, die Einleitung von Sofortmaßnahmen, die Behebung, das Sammeln, das Auswerten und die Bewertung der Fehler und die Analyse der Fehlerursache.

### ■ **Konsequenzen, Korrekturmaßnahmen**

Die Rehabilitationseinrichtung analysiert die Ursachen der fehlerhaft erbrachten Leistungen (inklusive Überprüfung der Dokumentation und der entsprechenden Regelungen) und leitet erforderliche Korrekturmaßnahmen ein. Einrichtungsleitung und Mitarbeitende bewerten mit dem QM-Beauftragten die ergriffenen Korrekturmaßnahmen. Falls ein Fehler festgestellt wird, ist jeweils zu prüfen, ob zusätzlich zu einer Korrekturmaßnahme eine weitere Vorbeugungsmaßnahme abgeleitet werden kann, um das erneute Auftreten des Fehlers zu verhindern.

### ■ **Vorbeugungsmaßnahmen**

Die Mitarbeitenden sind für den Umgang mit potentiellen Fehlern sensibilisiert und geschult, sie sind motiviert, die Arbeitsprozesse laufend auf mögliche Fehler oder Fehlerquellen hin zu prüfen und Fehler zu vermeiden.

## 12. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

### **Einführung:**

Interne Kommunikation erfasst alle vorgesehenen und strukturierten Kommunikationsmedien zum Informationsaustausch der Mitarbeitenden untereinander und mit der Führung der Rehabilitationseinrichtung. Sie beinhaltet rehabilitanden- und rehabilitationseinrichtungsrelevante Informationen zwischen Abteilungen und Mitarbeitenden, die für die allgemeine Organisation des Arbeitsalltages und dessen Abläufe erforderlich sind.

Personalentwicklung umfasst alle vorgesehenen Maßnahmen der Bildung, der Förderung und der Organisationsentwicklung, die von der Rehabilitationseinrichtung zielorientiert geplant, realisiert und evaluiert werden.

### **Ziele:**

Ein regelmäßiger Informationsfluss innerhalb der Rehabilitationseinrichtung ist in allen Belangen sichergestellt.

Die Mitarbeitenden sind über alle sie betreffenden Sachverhalte aktuell und umfassend informiert.

Eine an den Bedürfnissen der Rehabilitand:innen ausgerichtete Leistung zur Teilhabe ist gewährleistet.

Die Mitarbeitenden sind befähigt, ihre Aufgaben im betrieblichen Arbeitssystem erfolgreich und effizient zu bewältigen und sich neuen Herausforderungen selbstbewusst und motiviert zu stellen.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene**

Die interne Kommunikation umfasst mindestens folgende Kriterien:

Terminliche Festlegung (Wochentag, Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit), Tagesordnung, Protokollführung, Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung, Gesprächsleitung.

Die Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse wird geprüft und sichergestellt. Die Rehabilitationseinrichtung legt fest, wie Informationen an Mitarbeitende weitergeleitet werden, die nicht an den Besprechungen teilgenommen haben.

#### ■ **Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. der Klinikleitung nachgeordneten Ebene mit ihren Mitarbeitenden (z. B. Fallbesprechungen)**

Die interne Kommunikation umfasst mindestens folgende Kriterien:

Terminliche Festlegung (Wochentag, Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit), Tagesordnung, Protokollführung, Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung, Gesprächsleitung.

Die Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse wird geprüft und sichergestellt. Die Rehabilitationseinrichtung legt fest, wie Informationen an Mitarbeitende weitergeleitet werden, die nicht an den Besprechungen teilgenommen haben.

#### ■ **Regelmäßige interne Teamfortbildungen**

Die Rehabilitationseinrichtung hat festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit die internen Teamfortbildungen durchgeführt werden.

#### ■ **Regelmäßiges Reanimationstraining und schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“**

Die Rehabilitationseinrichtung legt den schriftlichen „Erste-Hilfe-Plan“ vor. Sie hat festgelegt, welche Mitarbeitenden in welcher Form und Häufigkeit an dem Reanimationstraining teilnehmen.

### ■ **Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender**

Die Rehabilitationseinrichtung legt die schriftlichen 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 zur Einarbeitung. Ein Nachweis über die Einarbeitung wird erbracht.

### ■ **Erhebung des Fortbildungsbedarfs, Planung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung**

Die Rehabilitationseinrichtung erhebt regelmäßig (mindestens jährlich) in geeigneter Form den Fortbildungsbedarf der Mitarbeitenden, plant dementsprechend die Fort- und Weiterbildung und organisiert bzw. vermittelt diese. Die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele der Maßnahmen der Personalentwicklung sind berücksichtigt. Die Mitarbeitenden werden an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung beteiligt. Die realisierten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit Angabe der Teilnehmer:innen 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 Pflichtschulungen sind nachgewiesen.

### ■ **Sicherung von Wissen innerhalb der Einrichtung**

Die Rehabilitationseinrichtung verfügt über strukturierte Prozesse der Wissenssicherung. Das vorhandene Erfahrungswissen wird als wertvolle Ressource erkannt und unter anderem im Hinblick auf die Mitarbeitendenzufriedenheit und Bindung von Beschäftigten eingebunden („lernende Organisation“).

## **C. Anforderungen zur Anerkennung von rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren auf Ebene der BAR**

In den Abschnitten A. „Übersicht über die Qualitätskriterien“ und B. „Erläuterungen zu den Qualitätskriterien“ des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX sind die *„Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“* festgelegt.

Das rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Verfahren beinhaltet die Erstellung eines ggf. elektronischen Regelwerkes (z. B. in Form eines Handbuches) durch die herausgebende Stelle des jeweiligen Verfahrens, in welchem die Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements beschrieben wird. Das rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Verfahren muss zudem eine Dokumentenprüfung und eine Vor-Ort-Prüfung durch eine geeignete Zertifizierungsstelle nach § 37 SGB IX vorsehen.

Voraussetzung für die Anerkennung von rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren durch die BAR-Arbeitsgruppe nach § 7 der Vereinbarung ist die Erfüllung der *„Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“* (§ 3 der Vereinbarung).

Die herausgebende Stelle eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens hat einen Antrag auf Anerkennung ihres Verfahrens bei der BAR zu stellen. Ein ordnungsgemäßer Antrag setzt voraus, dass die herausgebende Stelle unter Verwendung der von der BAR zur Verfügung gestellten Formulare, einschließlich der Verpflichtungserklärung, und durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nachweist, dass ihr rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement-Verfahren den *„Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“* entspricht.

Der herausgebenden Stelle wird von der BAR der Eingang des Antrags bestätigt.

Sofern der Antrag vollständig ist, bereitet die BAR die Sitzung der bei ihr eingerichteten Arbeitsgruppe nach § 37 SGB IX (§ 7 der Vereinbarung) vor. Die Arbeitsgruppe bewertet auf Grundlage einer Vorprüfung durch die BAR, ob sich in der Verfahrensbeschreibung der herausgebenden Stelle die von der BAR definierten *„Grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX“* wiederfinden.

Bei positiver Bewertung spricht die Arbeitsgruppe die Anerkennung des von der herausgebenden Stelle vorgelegten rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens aus und teilt dies der herausgebenden Stelle über die BAR mit. Die herausgebende Stelle verpflichtet sich gegenüber der BAR auf einem dafür vorgesehenen Formular (Verpflichtungserklärung) zur Erfüllung der in § 4 der Vereinbarung aufgestellten Forderungen.

Bei negativem Prüfergebnis lehnt die Arbeitsgruppe die Anerkennung ab. Ihre ablehnende Entscheidung begründet sie der herausgebenden Stelle gegenüber und gibt ihr zugleich die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb festgelegter Frist. Sofern nicht fristgerecht nachgebessert wird, führt dies zum Versagen oder Entzug der Anerkennung des rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens.

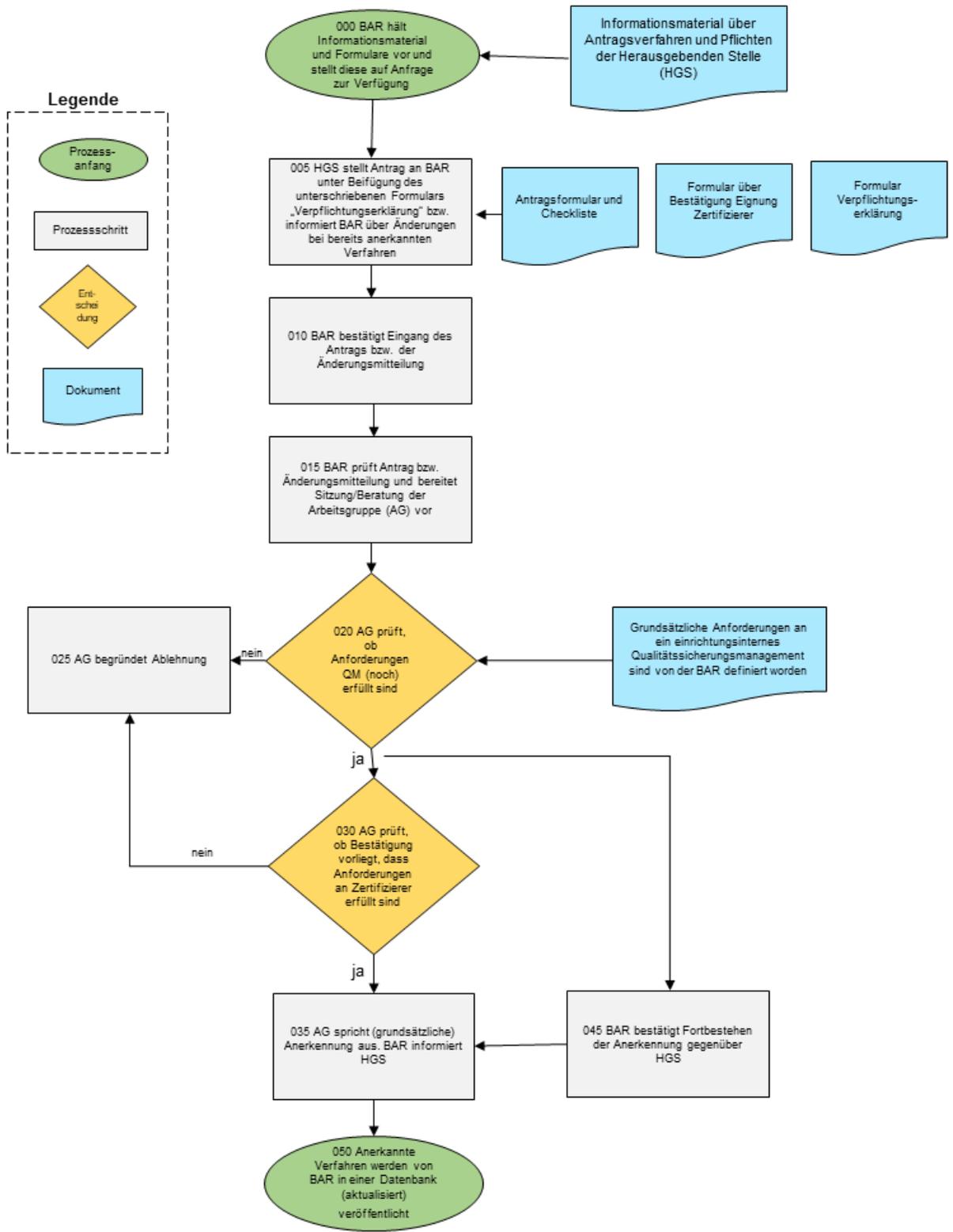
Bei Neueinreichung gestaltet sich das Verfahren wie oben beschrieben.

**Erläuterung:**

Anerkannte rehabilitationsspezifische Qualitätsmanagement-Verfahren veröffentlicht die BAR in einer Liste.

Weitergehendes Informationsmaterial zu dem Verfahren zur Anerkennung von rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren auf Ebene der BAR und den Pflichten der herausgebenden Stelle dieses Verfahrens hält die BAR auf ihrer Internetseite bereit.

# Übersicht Prozessbeschreibung Anerkennung QM - Verfahren nach § 37 Abs. 3 SGB IX



## **D. Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle**

Die Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 37 SGB IX richten sich maßgeblich nach folgenden allgemeinen Prinzipien:

### **- Unabhängigkeit und Unparteilichkeit**

Die (auch wirtschaftliche) Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Zertifizierungsstellen sowohl gegenüber stationären Rehabilitationseinrichtungen als auch herausgebenden Stellen eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens sind von besonderer Bedeutung. Jede Zertifizierungsstelle muss die Risiken für ihre Unparteilichkeit durch verbundene Stellen oder auch durch andere Tätigkeiten identifizieren, analysieren und entsprechende Schlussfolgerungen aus dieser Analyse ziehen. Die Zertifizierungsstelle muss sich dabei öffentlich zur Unparteilichkeit verpflichten, entsprechende Interessenkonflikte lenken und die Objektivität sichern; die Verpflichtungserklärung ist gegenüber der herausgebenden Stelle des Verfahrens abzugeben. Darüberhinaus muss die Zertifizierungsstelle über einen Prozess verfügen, der die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit sicherstellt, überwacht und dokumentiert. Auf Aufforderung der HGS hat sie die entsprechenden Informationen und Dokumentationen zur Verfügung zu stellen.

Zur Wahrung der Unparteilichkeit darf eine Zertifizierungsstelle auch keine Audits an eine Beratungsorganisation für Managementsysteme ausgliedern. Die Zertifizierungsstelle oder auch Teile derselben juristischen Person dürfen ihren zertifizierten Kunden und Kundinnen keine internen Audits anbieten oder bereitstellen. Eine Zertifizierungsstelle darf ein Managementsystem, zu dem es interne Audits oder Beratungsleistungen durchgeführt hat, nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Ende des internen Audits zertifizieren. Weiterhin müssen die Aufzeichnungen über das Personal alle relevanten Beratungsdienstleistungen enthalten, die vom Personal der Zertifizierungsstelle zur Verfügung gestellt wurden. Zudem muss die zu zertifizierende Organisation im Antrag auf Zertifizierung Informationen bereitstellen, welche Beratungsdienstleistungen bezüglich des Managementsystems benutzt und erhalten wurden.

- **Kompetenz**

Die Zertifizierungsstelle ist verpflichtet, für das Personal, das in die Zertifizierungstätigkeiten einbezogen ist, eine Kompetenzanalyse durchzuführen. Zudem ist eine Antragsüberprüfung erforderlich, ob die Zertifizierungsstelle über die notwendige Kompetenz verfügt, den Auftrag durchzuführen. Bezüglich der Annahme des Auftrags sind die Begründungen zur Entscheidung aufzubewahren.

Die eingesetzten Auditor:innen müssen über einschlägige Kenntnisse oder Erfahrungen (medizinisch, therapeutisch oder pflegerisch) in dem medizinischen Rehabilitationswesen, den entsprechenden administrativen Prozessen sowie angrenzenden Versorgungsbereichen (z.B. Akutversorgung) verfügen. Die eingesetzten Auditor:innen müssen zudem über eine anerkannte Auditorenqualifikation oder eine andere anerkannte Qualifikation (z. B. KTQ-Visitor, EFQM-Assessor) verfügen einschließlich der Teilnahme an der geforderten Anzahl an Audits (Visitationen). Geeignete Auditor:innen müssen ferner Moderationsfähigkeiten, analytisches Verständnis und die erforderliche kommunikative Kompetenz aufweisen.

Sofern ein Auditteam aus mehreren Personen eingesetzt wird, sind bei dessen Zusammensetzung die vorstehenden Anforderungen an die Kompetenz zu berücksichtigen. Das Auditteam selbst sollte Vertreter:innen unterschiedlicher Professionen enthalten (gemischtes Team bei Visitationen, Anzahl in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung).

- **Verantwortung**

Die Zertifizierungsstelle muss eine juristische Person oder ein festgelegter Teil einer juristischen Person sein, damit sie für alle ihre Zertifizierungstätigkeiten (u.a. versicherungs-) rechtlich verantwortlich gemacht werden kann. Eine staatliche Zertifizierungsstelle gilt aufgrund ihres behördlichen Status´ als juristische Person; die Behörde muss diesen Teil festlegen, der als Zertifizierungsstelle gilt und mögliche Interessenkonflikte zu anderen Teilen der entsprechenden staatlichen Einrichtungen verhindern.

- **Offenheit**

Die Zertifizierungsstelle ist zu einer angemessenen Offenheit verpflichtet. Offenheit bezeichnet dabei das von ihr zu wahrende Prinzip des öffentlichen Zugangs bzw. der Offenlegung der sachgemäßen und rechtzeitigen Informationen über ihren Audit- und Zertifizierungsprozess sowie über den Zertifizierungsstatus (Erteilung, Erweiterung, Aufrechterhaltung, Erneuerung, Aussetzung, Einschränkung oder Zurückziehung der Zertifizierung). Auf diese Weise schafft die Zertifizierungsstelle zugleich Vertrauen in die Integrität und Glaubwürdigkeit der von ihr durchgeführten Zertifizierungen.

- **Vertraulichkeit**

Die Zertifizierungsstelle hat die Vertraulichkeit geschützter Informationen zwingend zu wahren. Sie hat somit unbedingt darauf zu achten und dies durch geeignete Maßnahmen bzw. Vorkehrungen sicherzustellen, dass alle geschützten Informationen (z.B. in Dokumenten und anderen Aufzeichnungen), die sie über die Einrichtungen erlangt hat, nur für Befugte zugänglich sind, somit Unbefugte zu diesen Informationen gerade keinen Zugang haben. Nur durch Wahrung der Vertraulichkeit ist letztlich sichergestellt, dass die Zertifizierungsstelle auch tatsächlich bevorrechtigten Zugang zu all denjenigen Informationen erhält, die sie braucht, um die Konformität gemäß den Anforderungen an eine Zertifizierung angemessen bewerten zu können. Über Informationen, die nach Ansicht der Zertifizierungsstelle anderen Stellen zur Verfügung gestellt oder auch frei zugänglich gemacht werden sollen, hat die Zertifizierungsstelle die Einrichtungen im Voraus in Kenntnis zu setzen, ebenso über Maßnahmen, die sie im Zuge dessen zu ergreifen beabsichtigt.

- **Offenheit für Beschwerden**

Diejenigen, die sich auf die Zertifizierung verlassen, müssen darauf vertrauen können, dass Beschwerden, die sich auf die von der Zertifizierungsstelle zu verantwortenden Zertifizierungstätigkeiten beziehen, auch nachgegangen und, sofern diese berechtigt sind, auch Abhilfe geschaffen wird. Das Verfahren zum Umgang mit Beschwerden muss daher transparent bzw. öffentlich zugänglich sein. Aufgabe eines systematischen Beschwerdemanagements muss sein, die Belange des/der Beschwerdeführenden ernst zu nehmen, seiner/ihrer Beschwerde nachzugehen, ihn/sie zufrieden zu stellen und ggf. den Grund für die Beschwerde für Verbesserungen zu nutzen und mit der Beschwerde verbundene mögliche negative Auswirkungen auf die Zertifizierungsstelle bzw. auf das Zertifizierungsverfahren insgesamt zu minimieren. Sofern sich Beschwerden gegen zertifizierte Einrichtungen richten, hat die Zertifizierungsstelle diese innerhalb eines angemessenen Zeitraumes auch an betreffende zertifizierte Einrichtungen weiterzugeben.

- **Berücksichtigung von Risiken und Umgang damit**

Zertifizierungsstellen müssen ihre eigenen Risiken in Bezug auf ihre Tätigkeit bei der Zertifizierung berücksichtigen und diesen Rechnung tragen.

Zu den Risiken zählen insbesondere solche im Zusammenhang mit (ergänzend zu vorstehend genannten Grundanforderungen): Auditzielen; Stichprobenprüfung, die im Auditprozess angewendet wird; Einfluss des Audits auf Arbeitsabläufe in der Einrichtung (in zeitlicher und räumlicher Hinsicht); irreführenden Aussagen von der zu zertifizierenden

den Einrichtung; einem Wechsel des Zertifizierers während bestehender Gültigkeit des Zertifikats; der Gesundheit und Sicherheit der Auditor:innen.

Die herausgebende Stelle eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens hat der BAR auf dem von dieser ihr zur Verfügung gestellten Formular die Eignung der von ihr in Anspruch genommene(n) Zertifizierungsstelle(n), insbesondere bezogen auf die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit, zu bestätigen sowie anlassbezogen auf Aufforderung durch die BAR nachzuweisen; sie übernimmt insofern die Verantwortung für die Auswahl der Zertifizierungsstellen.

Der herausgebenden Stelle wird von der BAR der Eingang der Bestätigung mitgeteilt.

Die bei der BAR nach § 7 der Vereinbarung eingerichtete Arbeitsgruppe prüft, ob die vorliegende Bestätigung der herausgebenden Stelle, dass die Anforderungen an Zertifizierungsstellen erfüllt sind, ausreicht.

Bei (nach DIN EN ISO/IEC 17021-1:2015) für Scope 38 akkreditierten Zertifizierungsstellen wird vorausgesetzt, dass sie die (insbesondere) vorstehenden Grundanforderungen für Zertifizierungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation erfüllen.

**Erläuterung:**

Zertifizierungsstellen, die geeignet sind, veröffentlicht die BAR.

Weitergehendes Informationsmaterial zur Bestätigung der Eignung von Zertifizierungsstellen und den Pflichten der herausgebenden Stelle hält die BAR ebenso auf ihrer Internetseite bereit.

## **E. Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens**

Die stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen müssen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement-Verfahren implementieren und weiterentwickeln sowie sich an einem Zertifizierungsverfahren beteiligen. Hierbei muss es sich um ein Qualitätsmanagement-Verfahren handeln, welches von der BAR anerkannt ist (§ 4 der Vereinbarung).

Die stationäre Rehabilitationseinrichtung muss im Rahmen ihres Qualitätsmanagement-Verfahrens über ein Handbuch oder eine andere geeignete Dokumentationsgrundlage über die Umsetzung ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verfügen. Andere Nachweise (z. B. Selbstbericht) sind ebenfalls möglich.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen können sich bei der BAR (z.B. auf deren Internetseite) über die getroffenen Festlegungen zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 37 SGB IX für stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowie zum einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird, informieren. Im Weiteren stehen Informationen zur Verfügung, welche rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahren anerkannt sind und welche Zertifizierungsstellen in Anspruch genommen werden können.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen können sowohl Kontakt mit der herausgebenden Stelle eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens (sofern sie nicht selbst ein Qualitätsmanagement-Verfahren herausgeben) als auch mit einer oder mehreren Zertifizierungsstellen aufnehmen, die für sie zur Durchführung einer Zertifizierung ihrer Einrichtung in Betracht kommen.

Die Zertifizierungsstelle unterbreitet der stationären Rehabilitationseinrichtung ein Preisangebot für die Durchführung des Zertifizierungsverfahrens.

Sofern die stationäre Rehabilitationseinrichtung das Angebot annimmt, führt die Zertifizierungsstelle das Verfahren durch und erteilt bei positivem Prüfergebnis das Zertifikat, aus dem die Erfüllung der Voraussetzungen des § 37 SGB IX hervorgeht. Bei negativem Prüfergebnis hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb festgelegter Frist. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat (siehe § 5 Abs. 4 der Vereinbarung).

Die Zertifizierungsstelle gibt die Information zur erfolgten Zertifikatserteilung an die herausgebende Stelle, diese informiert ihrerseits unverzüglich hierüber die BAR. Die stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen mit einem Belegungsvertrag der Deutschen Rentenversicherung informieren darüberhinaus den federführenden Träger der Rentenversicherung.

Die Erteilung eines Zertifikats ebenso wie die Verweigerung, die Aussetzung der Gültigkeit des Zertifikats bzw. des Zertifizierungsverfahrens oder Rücknahme eines auf Zertifizierung gerichteten Antrags ist durch die Zertifizierungsstelle zu datieren (Ausstellungsdatum, Gültigkeitsdauer). Die BAR ist durch die herausgebende Stelle unverzüglich über den jeweiligen Tatbestand zu informieren. Die auf diese Weise mitgeteilten Daten werden bei der BAR zentral erfasst, den Vereinbarungspartnern mitgeteilt und der Öffentlichkeit bereitgestellt. Der Datenschutz (§ 8 der Vereinbarung) ist zu beachten.

Nach erfolgter Zertifizierung hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung spätestens innerhalb von jeweils drei Jahren eine Re-Zertifizierung nachzuweisen. Werden bei einer Re-Zertifizierung Mängel festgestellt, hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb festgelegter Frist, d. h., das bisher gültige Zertifikat hat längstens sechs Monate nach Ablauf noch Gültigkeit (siehe § 5 Abs. 5 der Vereinbarung). Die Gültigkeit des neuen Zertifikats gilt im direkten Anschluss an den Ablauf des vorherigen Zertifikats. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, ist die stationäre Rehabilitationseinrichtung nicht mehr zertifiziert im Sinne von § 37 Abs. 3 SGB IX.

**Erläuterung:**

Weitergehendes Informationsmaterial zur Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens durch die stationäre Rehabilitationseinrichtung hält die BAR auf ihrer Internetseite bereit.

## Übersicht Prozessbeschreibung Zertifizierungsverfahren aus Sicht einer stationären Rehabilitationseinrichtung

