



Qualitätssiegel für Reha-Einrichtungen

**reha
spect** | 

BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Anerkanntes Qualitätsmanagement-Verfahren
Anforderungen nach § 20 II a SGB IX erfüllt

Durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation anerkanntes
Qualitätsmanagementverfahren nach der Vereinbarung
zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX

Autoren:
NoviForte GmbH
Jutta Seckler
Reinhard Dummler
Gerhard Seckler

ISBN: 978-3-00-032810-7
Andernach 2010

Diese Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdrucks und der Vervielfältigung des Buches oder von Teilen daraus, vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne schriftliche Genehmigung der NoviForte GmbH in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren), auch nicht für Zwecke der Unterrichtsgestaltung, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

0. Inhalt

0.	Einleitung und Anwendungsbereich	8
0.1.	Vorgehen zur Zertifizierung	9
1.	Normative Verweise	11
2.	Begriffe	12
3.	Einrichtungsstrukturdaten	22
3.1.	Einrichtungskonzept	22
4.	Qualitätsmanagementsystem	23
4.1.	Allgemeines	24
4.2.	Dokumentations- und Managementsysteme	24
4.2.1.	Dokumentation zum Qualitätsmanagementsystem	25
4.2.2.	Qualitätsmanagementhandbuch	26
4.2.3.	Lenkung von Formularen / Dokumenten	26
4.2.4.	Lenkung von Aufzeichnungen	27
4.2.4.1.	Sonderformen von Aufzeichnungen	27
4.3.	Grundsätze des Qualitätsmanagements	28
5.	Verantwortung der Leitung	31
5.1.	Verpflichtung der Leitung	31
5.2.	Zufriedenheitsmessungen	32
5.2.1.	Gesetzliche und behördliche Forderungen	32
5.3.	Leitbild	33
5.4.	Planung	33

5.4.1.	Zielplanung	33
5.4.2.	Planung des Qualitätsmanagementsystems	33
5.5.	Verantwortung, Befugnis und Kommunikation	34
5.5.1.	Verantwortung und Befugnis	34
5.5.2.	Beauftragte der obersten Leitung	34
5.5.3.	Interne Kommunikation	35
5.6.	Bewertung des Qualitätsmanagementsystems	36
5.6.1.	Allgemeines zur Bewertung des Qualitätsmanagementsystems	36
5.6.2.	Eingaben für die Qualitätsmanagementbewertung	36
5.6.3.	Ergebnisse der Bewertung	37
6.	Management von Ressourcen	38
6.1.	Allgemeines zu Ressourcen	38
6.2.	Personelle Ressourcen	38
6.2.1.	Allgemeines zu personellen Ressourcen	38
6.2.2.	Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung	39
6.3.	Infrastruktur	39
6.4.	Arbeitsumgebung	40
7.	Behandlung	41
7.1.	Behandlungsplanung	41
7.2.	Behandlungsprozess	41
7.2.1.	Forderungen an Rehabilitationskonzepte	42
7.2.2.	Bewertung von Rehabilitationskonzepten	42

7.2.3.	Kommunikation und Abstimmung mit Rehabilitanden und an der Behandlung Interessierten	42
7.2.4.	Kommunikation und Schnittstelle zu interessierten betroffenen und Beteiligten	43
7.3.	Entwicklung	43
7.4.	Beschaffung	43
7.5.	Durchführung der Behandlung	44
8.	Kennzahlensysteme.....	46
8.1.	Allgemeine Anleitung	46
8.2.	Überwachung und Messung.....	46
8.2.1.	Überwachung und Messung der Zufriedenheit	46
8.2.2.	Überwachung und Messung in der externen vergleichenden Qualitätssicherung	46
8.2.3.	Überwachung und Messung von Prozessen	47
8.3.	Fehlermanagement	47
8.3.1.	Internes Audit	47

0. Einleitung und Anwendungsbereich

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems sollte eine strategische Entscheidung einer Einrichtung sein. Nun ist im Bereich des SGB IX den Einrichtungen diese Entscheidung, ob ein solches Qualitätsmanagementsystem eingeführt werden soll, abgenommen. Dennoch ist es an den Einrichtungen, die Möglichkeiten der Gestaltung und Verwirklichung ihres Qualitätsmanagementsystems zu nutzen, um die Einrichtung an die sich verändernden Erfordernisse und die besonderen Anforderungen in diesem doch sehr deutlich einem Nachfragewandel unterworfenen Markt anzupassen.

Beeinflusst wird der Aufbau eines wirkungsvollen Systems zur Steuerung der Einrichtung nicht nur durch Struktur, Größe und Trägerorganisation, sondern auch und besonders durch die angewendeten Prozesse. Damit eine Einrichtung wirksam funktioniert, müssen die zahlreichen, miteinander verknüpften Tätigkeiten erkannt, gelenkt und geleitet werden. Der Vorteil eines solchen prozessorientierten Ansatzes ist die Möglichkeit der permanenten Lenkung, durch den Fokus auf die Wechselwirkungen zwischen den Prozessen und deren Kombinationsmöglichkeiten.

Es ist nicht Absicht von RehAspect zu unterstellen, dass Qualitätsmanagementsysteme einheitlich strukturiert oder einheitlich dokumentiert sein müssen. Ziel der Norm ist es vielmehr, einen Rahmen darzustellen und der Einrichtung Anhaltspunkte zu geben, um ein wirksames Steuerungssystem aufzubauen.

Dafür orientiert sich RehAspect an der internationalen Normengruppe DIN EN ISO 9000. Es kann von internen und externen Partnern einschließlich Zertifizierungsstellen verwendet werden, um die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung von Anforderungen der Interessengruppen, der Behörden, der BAR und der eigenen Organisation zu bewerten.

0.1. Vorgehen zur Zertifizierung

Nach der Einführung eines wirksamen Qualitätsmanagementsystems nach den Vorgaben von RehAspect ist eine Zertifizierung durch eine von der Herausgebenden Stelle zugelassene Zertifizierungsstelle möglich. Dabei müssen die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Zertifizierungsstelle gewährleistet sein.

Zwischen Herausgebender Stelle, zugelassener Zertifizierungsstelle und Einrichtung sind Daten- und Geheimschutz Vertragsbestandteile.

Eine Liste der zugelassenen Stellen finden Sie auf den Webseiten www.rehaspect.de oder www.noviforte.de.

Die Einrichtung schließt mit einer zugelassenen Zertifizierungsstelle einen Vertrag über ein Zertifizierungsintervall ab.

Das Zertifizierungsintervall beträgt drei Jahre und beinhaltet:

1. Die Erst- oder Rezertifizierung.
Diese Zertifizierung umfasst:
 - a. Eine Dokumentenprüfung, die in der Regel innerhalb der Einrichtung stattfindet.
 - b. Ein Audit durch die Zertifizierungsstelle in der Einrichtung.

Der für diese Bestandteile der Zertifizierung vorgesehene zeitliche Umfang richtet sich nach der Anzahl der Vollkräftestellen der Einrichtung. Eine Rezertifizierung darf nicht später als zwei Monate nach Ablauf des Zertifikats abgeschlossen sein.

Zur Erteilung des Zertifikats ist eine ausnahmslose Erfüllung der Kriterien dieser Norm und der Anforderungen der BAR notwendig. Werden im Verlauf der Zertifizierung Abweichungen von den Vorgaben der Norm oder von Anforderungen der BAR erkannt, vereinbart die Einrichtung mit der zertifizierenden Stelle einen Zeitplan zur Nachbesserung (Nachbesserungsvereinbarung). Dieser darf

höchstens 9 Monate umfassen. Die Art und der Ort des Nachweises der Normkonformität sind Teile der Nachbesserungsvereinbarung.

2. Ein Jahr nach der Zertifizierung (plus/minus 3 Monate) findet ein Systemförderungstag durch die zertifizierende Stelle statt.
3. Zwei Jahre nach der Zertifizierung (plus/minus 3 Monate) findet ein Systemförderungstag durch die zertifizierende Stelle statt.

Nach Empfehlung zur Zertifikatserteilung durch den externen Auditor der Zertifizierungsstelle werden die Unterlagen durch den Zertifizierer und die Herausgebende Stelle geprüft.

Die Einrichtung erhält ein für drei Jahre gültiges Zertifikat.

1. Normative Verweise

Die folgende Norm enthält Bestimmungen, die durch Verweisungen in diesem Text Bestimmungen der Norm darstellen. Vertragsparteien, die einen Vertrag auf der Grundlage dieser Norm abschließen, sind gehalten, die jeweils aktuelle Fassung dieser Norm zur Vertragsgrundlage zu machen.

Für Verweise auf Dokumente außerhalb dieser Norm gilt die jeweils aktuellste Fassung des Verweisdokuments.

Mitgeltende Dokumente sind ausdrücklich unter anderem:

- Die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX.
- Information für stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu den Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

2. Begriffe

Stichwort	Beschreibung
Abweichung	Eine Abweichung ist der Vermerk eines deutlichen Unterschieds zwischen tatsächlichem Vorgehen und den Vorgaben (durch diese Norm oder durch die Einrichtung aufgestellte). Eine Abweichung muss analysiert werden, Maßnahmen müssen erfolgen. Diese Maßnahmen können die Änderung des tatsächlichen Vorgehens und/oder eine Anpassung der Vorgaben umfassen. Eine deutliche Abweichung von den Vorgaben dieser Norm kann zur Nichterteilung eines Zertifikats führen.
Arbeitsumgebung	Eine Arbeitsumgebung ist ein Satz physikalischer, chemischer, sozialer sowie psychologischer Bedingungen und Umweltbedingungen, unter denen Arbeiten ausgeführt werden.
Audit	Ein Audit ist der Prozess der unabhängigen Prüfung, Bewertung und Dokumentation, ob ein Qualitätsmanagementsystem tatsächlich Anwendung findet.
Auditor	Ein Auditor ist eine Person, die aufgrund ihrer Befähigung ein Audit durchführen kann.
Auditplan	Tätigkeiten zur Vorbereitung eines Audits.
Auditprogramm	Ein Auditprogramm ist ein Satz von einem oder mehreren Audits, die für einen festgelegten Zeitraum geplant werden und auf einen festgelegten Zweck ausgerichtet werden.
Aufgaben	Aufgaben sind die zur Zielerreichung durchzuführenden Tätigkeiten.

Stichwort	Beschreibung
Aufzeichnung	In einer Aufzeichnung sind eine oder mehrere Informationen zugänglich niedergelegt. Die Form der Niederlegung kann gefordert sein (z.B. schriftlich). Es werden Daten über den tatsächlichen Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst wie etwa: Erreichte Ergebnisse Nachweis ausgeführter Tätigkeiten Aufstellung von Forderungen (z.B. ein mit Daten gefülltes Formular oder ein Geschäftsbrief).
Betroffene/ Interessengruppen und Beteiligte	Personen oder Gruppen, die vom Handeln einer Einrichtung berührt werden oder daran Anteil haben und daher ein Interesse an deren Leistung und Erfolg haben (z.B. Rehabilitanden, Bezugspersonen, Angehörige, Behandler, Leistungsträger, Selbsthilfeorganisationen).
Bewertung	Eine Bewertung ist der Prozess der Ermittlung von Eignung, Angemessenheit, Wirksamkeit und ggf. des Wirkungsgrades eines Betrachtungsgegenstandes im Hinblick auf die Fähigkeit, geforderte und festgelegte Ziele zu erreichen. Das Ergebnis beinhaltet eine Aussage über Abweichungen.
Daten	Daten sind Werte, die tatsächliche Gegebenheiten abbilden.
Dienstleistung/ Produkt	Das Ergebnis eines Prozesses ist das Produkt. Es kann materiell (z.B. ein Maschinenteil), immateriell (z.B. eine Information) oder eine Dienstleistung/Rehabilitationsleistung sein.
Dokument	Ein Dokument dient zur Erfassung von Aufzeichnungen. Die Form der Informationserfassung ist weniger streng geregelt als in Formularen (z.B. Geschäftsbriefpapier).

Stichwort	Beschreibung
Dokumentenprüfung	Überprüfung der Einhaltung aller von Rehaspect und der BAR geforderten Qualitätsmerkmale anhand von Dokumentationen und Aufzeichnungen.
Einrichtung	Eine Einrichtung ist ein System, das aus der Organisation und der Infrastruktur zur Erbringung von rehabilitationsbezogenen Dienstleistungen besteht und weitestgehend selbstständig handeln kann.
Einrichtungsleitung (oberste Leitung)	Person oder Personengruppe, die die Einrichtung auf der obersten Ebene leitet und lenkt. Die Einrichtungsleitung trägt die nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagementsystem.
Entwicklung	Entwicklung ist ein Prozess, der ausgehend von benannten Forderungen ein System bezüglich seiner Merkmale festlegt oder weiterentwickelt.
Evaluierung	Evaluieren ist der Prozess des Prüfens und Bewertens.
Fähigkeit	Fähigkeit ist die grundsätzliche Eignung, Forderungen zu erfüllen.
Fehler / Mangel	Ein Fehler ist das tatsächliche Nichterfüllen einer Forderung.
Forderung	Eine Forderung ist eine Merkmalsausprägung, die verpflichtend ist oder erwartet oder vorausgesetzt wird. Dies kann ausdrücklich geschehen. Forderungen können aber auch üblicherweise bestehen.
Formular	Ein Formular ist ein festgelegter Satz von zu erfassenden Daten.
Handbuch	siehe Konzept

Stichwort	Beschreibung
Hinweis	Ein Hinweis ist ein Vermerk in einem Auditprotokoll, der einen Verbesserungsvorschlag darstellt.
Information	Informationen sind Daten, die für einen Betroffenen einen Prozess oder anderweitig eine Bedeutung haben, also insbesondere zu einer Verhaltensänderung führen können. Sofern nichts anderes bestimmt ist, sollen Informationen in offener, nachvollziehbarer und verständlicher Form an den Betroffenen weitergegeben werden, dieser ist im Gegenzug zur aktiven Informationsbeschaffung aufgefordert.
Infrastruktur	Infrastrukturen sind die für den Betrieb einer Behandlungseinrichtung notwendigen Systeme. Hierzu zählen insbesondere: Gebäude Ausrüstungen Dienstleistungen
Kommunikation	Bei der Kommunikation wird eine Information über einen Übertragungsweg von einem Sender an einen oder mehrere Empfänger gegeben. Die Übertragung kann verschiedene Formen haben (z.B. schriftlich, mündlich, Gebärden, Zeichen, Bilder) und über eine Vielzahl von Medien erfolgen (z.B. Papier, Intranet, fernmündlich). Häufig wird dabei eine Verhaltensanpassung des Empfängers beabsichtigt. Der Sender stellt folgende drei Punkte sicher: Ist der Inhalt richtig beim Empfänger eingegangen? Hat der Empfänger den Inhalt verstanden? Kann der Empfänger den Sinn nachvollziehen? Ist der Empfänger im Zweifel, teilt er dies dem Sender mit und beide bemühen sich um Aufklärung.

Stichwort	Beschreibung
Konformität	Tatsächliches Erfüllen einer Forderung.
Konzept/Handbuch/Organisationshandbuch	Ein Konzept umfasst Informationen, die zum Umgang mit einem bestimmten Thema gehören. Soweit angemessen, enthält es: Allgemeine Ausrichtung der Organisation zum Thema Verfahrensanweisungen Prozesse Verantwortliche usw.
Korrektur	Eine Korrektur ist eine Maßnahme zur nachträglichen Herstellung von Konformität in einem Einzelfall.
Korrekturmaßnahme	Korrekturmaßnahmen verhindern das erneute Auftreten eines Fehlers.
Lieferant	Lieferanten stellen die für den Betrieb der Einrichtung notwendigen Produkte und Dienstleistungen bereit. Lieferanten können Personen oder Unternehmen sein.
Management	Management bezeichnet die planvollen und abgestimmten Maßnahmen des Leitens, Lenkens und Steuerns zur Sicherstellung der Zielerreichung.
Managementsystem	Managementsystem bezeichnet einen Satz systematischer Bestrebungen, der sich auf die Leitung und Lenkung einer Organisation bezieht. Es dient der Steuerung und Kontrolle und bestimmt die übergeordneten Absichten und Ausrichtung der Organisation. Es legt die Vorgehensweisen und Ziele fest und unterstützt das Erreichen dieser Ziele.
Messung	Eine Messung ist die Erhebung von Daten zur Informationsgewinnung.
Methode	siehe Verfahren

Stichwort	Beschreibung
Organigramm	Ein Organigramm ist die bildliche Darstellung der Organisationsstruktur einer Einrichtung.
Organisation	Eine Organisation ist ein zielgerichtetes, geordnetes System, das aus Aufgaben und Personen gebildet wird. Sie weist zumindest folgende Wechselwirkungen auf: Verantwortungen Befugnisse Sie hat ein Gründungsdatum
Organisationshandbuch	siehe Konzept
Organisations Teilnehmer	Beschäftigte und Mitarbeitende in der Organisation (z.B. Angestellte, Führungskräfte, Ehrenamtliche).
Planung	Planung ist die geistige Vorwegnahme zukünftigen Handelns und der damit verbundenen Auswirkungen. Planung soll dokumentiert werden.
Politik	Absichten und Ausrichtung der Organisation.
Projekt	Projekte sind einmalige Prozesse mit insbesondere folgenden Merkmalen: Festgelegter Anfangstermin Festgelegter Endtermin Festgelegtes Ziel Kostenbeschränkungen Ressourcenbeschränkungen
Prozess	Prozesse werden von Ereignissen gesteuert. Sie benötigen Input (Eingaben). Daraus wird durch wechselwirksame Tätigkeiten von Menschen unter Einsatz von Mitteln (Geld, Zeit, Material, Infrastruktur usw.) ein beabsichtigtes und messbares Ergebnis (Output) erstellt.
Prozessfunktion	Eine Prozessfunktion ist der kleinste beschriebene Teilprozessschritt.

Stichwort	Beschreibung
Prozesslandkarte	Dokumentierte Darstellung von Wechselwirkungen zwischen Prozessen.
Prüfung	Prüfung ist die Feststellung, ob eine oder mehrere Forderungen erfüllt sind.
Qualifikation	Eine Qualifikation setzt Wissen und Fertigkeiten voraus und die Fähigkeit, diese anzuwenden.
Qualität	Qualität ist der Grad der Forderungserfüllung.
Qualitätsmanagement	Qualitätsmanagement ist das Bestreben, durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern.
Qualitätsmanagementhandbuch	Das Qualitätsmanagementhandbuch ist ein Dokument, in dem das Qualitätsmanagementsystem einer Einrichtung angemessen schriftlich festgelegt ist.
Qualitätsmanagementsystem	Ein Qualitätsmanagementsystem ist ein Managementsystem im Hinblick auf die Qualität.
Qualitätspolitik	Von der Einrichtungsleitung festgelegte übergeordnete Absichten und Ausrichtungen zur Qualität. Diese stehen grundsätzlich im Einklang mit den übergeordneten Ausrichtungen und Absichten der Einrichtung.
Qualitätssicherung	Qualitätssicherung sind Maßnahmen, die das Ziel haben, Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit der Einrichtung bezüglich der Erfüllung von Qualitätsforderungen zu schaffen.
Rehabilitand	Ein Patient oder Rehabilitand ist eine Person, die eine rehabilitationsbezogene Dienstleistung empfängt.

Stichwort	Beschreibung
Ressourcen	Ressourcen können insbesondere sein: Mittel Menschen Infrastruktur Zeit Material Geld
Schnittstelle	Eine Schnittstelle ist die Stelle des Verantwortungsübergangs an einer festgelegten Prozessfunktion. Dies kann auch über Systemgrenzen hinweg sein. Das Verfahren des Verantwortungsübergangs ist festzulegen. Im Zweifel verbleibt die Verantwortung beim Übergebenden, bis mit dem Übernehmenden Einvernehmen hergestellt ist, worum sich beide Prozesse aktiv bemühen.
Schriftlich	Schriftlich bezieht sich auf die dauerhafte und zugängliche Niederlegung von Zeichen, Zeichnungen, Symbolen usw. unabhängig vom verwendeten Medium (z.B. Papier, CD, Festplatte). Die Papierform kann gefordert sein.
Ständige Verbesserung	Ständige Verbesserung meint regelhaft wiederkehrende Tätigkeiten mit dem Ziel, die Fähigkeit zur Erfüllung von Forderungen zu erhöhen.
Stellen	Stellen fassen Aufgaben, Verantwortungen und Befugnisse zusammen.
Struktur	Die Struktur ist das geordnete Gefüge der Bestandteile und Wechselbeziehungen eines Systems einschließlich der Schnittstellen.
System	Ein System wird von Bestandteilen gebildet, die in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehen und willentlich abgegrenzt sind.

Stichwort	Beschreibung
Systemförderung (Systemförder- ungstag)	Ein Systemförderungstag ist ein eintägiges externes Audit. Dieses Audit bezieht sich in seinem Inhalt deutlich auf die Überprüfung von Schwachstellen, Verbesserungspotenzialen und Veränderungen, die sich aus/seit vorangegangenen externen Audits ergeben.
Transparent	Transparent meint immer zumindest Folgendes: Verständlich Nachvollziehbar Richtig Offengelegt
Verfahren	Ein Verfahren oder eine Methode ist die Art und Weise der Ausführung von Tätigkeiten. Sofern dies angemessen ist, wird das Verfahren schriftlich festgelegt.
Vorbeugungs- maßnahme	Maßnahme, um die Entstehung eines Fehlers zu verhindern, indem mögliche Fehlerursachen beseitigt werden.
Wirksamkeit (Effektivität)	Wirksamkeit beschreibt die Eignung einer Maßnahme, ein beabsichtigtes Ergebnis herbeizuführen.
Wirkungsgrad (Effizienz)	Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Mitteln.
Ziele	Ziele sind etwas Angestrebtes. Sie müssen eindeutig beschrieben messbar angemessen erreichbar zeitlich festgelegt sein.
Zufriedenheit	Zufriedenheit ist die Wahrnehmung eines Forderungsstellers zu dem Grad, in dem seine Forderungen erfüllt worden sind.

Stichwort	Beschreibung
Zuweisende Stellen	Stellen, die der Einrichtung Rehabilitanden zuweisen (z.B. Akutkrankenhäuser, Ärzte).

3. Einrichtungsstrukturdaten

3.1. Einrichtungskonzept

Die Einrichtung erstellt ein schriftliches Einrichtungskonzept und vereinbart es verbindlich. Das Einrichtungskonzept muss mit dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und der fachlichen Diskussion vereinbar sein. Es unterliegt wie alle anderen Konzepte der Einrichtung den Regeln des Abschnitts „Sonderformen von Aufzeichnungen“. Dieses Einrichtungskonzept enthält zumindest:

- a. Aussagen zur Organisation.
 - I. Trägerstruktur
 - II. Geografische Lage
 - III. Größe
 - IV. Darstellung der schwerpunktmäßig behandelten Indikationen und Kontraindikationen
- b. Aussagen zu Prozessen.
- c. Aussagen zur Struktur.
- d. Das Organigramm.
- e. Die Darstellung des Leistungsspektrums.
- f. Einen Bezug zu den Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z.B. Reha-Richtlinien).

Das Einrichtungskonzept ist ein öffentliches Dokument und wird Beteiligten im Sinne von Partnern und Organisationsteilnehmern zugänglich gemacht.

4. Qualitätsmanagementsystem

Die Einrichtung muss entsprechend den in diesem Katalog beschriebenen Forderungen ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen und dokumentieren. Dieses muss die Bedürfnisse der Beteiligten und Betroffenen angemessen berücksichtigen. Die Einrichtung muss ihr Qualitätsmanagementsystem mit Leben füllen, verwirklichen, aufrechterhalten und ständig weiterentwickeln.

Dafür muss die Einrichtung:

- a. Einen qualifizierten Qualitätsbeauftragten benennen und mit den erforderlichen Ressourcen ausstatten.
- b. Die Kernprozesse und wichtige Unterstützungs- und Führungsprozesse erkennen, beschreiben und fortwährend überwachen. Dies umfasst zumindest die Prozesse in den Bereichen:
 - I. Aufnahme
 - II. Diagnose
 - III. Therapie
 - IV. Überleitung
 - V. Einschließlich ihrer Teil- und Unterstützungsprozesse
- c. Jedem Prozess einen Prozessverantwortlichen zuordnen, dies gilt jeweils auch für Teil- und Unterprozesse.
- d. Prozesse und deren Wechselwirkungen erkennen und in einer Prozesslandkarte dokumentieren.
- e. Für festgelegte Prozesse jeweils angemessene Darstellungen und Beschreibungen vorhalten.
- f. Das Prozessmanagement an fachlichen Qualitätsstandards ausrichten.

- g. Zu den Kernprozessen geeignete Messgrößen und Kennzahlen entwickeln, um die Prozesse prüfen und bewerten und somit steuern zu können.
- h. Konzepte, Verfahren, Ressourcen und Informationen zur Verfügung stellen, damit sichergestellt ist, dass die Prozesse geregelt ablaufen.
- i. Die Einrichtung zum Wohle des Rehabilitanden unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ständig verbessern.
- j. Angemessene Beschreibungen von Aufgaben oder Stellen, auch in Art und Anzahl, vorhalten.

4.1. Allgemeines

Art und Umfang der Dokumentation müssen die gesetzlichen, behördlichen und vertraglichen Forderungen erfüllen. Sie sollen die Erfordernisse und Erwartungen von Rehabilitanden, Organisationsteilnehmern und anderen Interessengruppen erfüllen und der Organisation angemessen sein. Dokumentationen können auf jeder Art von Medium und in jeder verfügbaren und sicheren Form realisiert werden.

4.2. Dokumentations- und Managementsysteme

Für die Einhaltung aller gesetzlichen, behördlichen, und vertraglichen Forderungen und für alle anderen sinnvollen Bereiche entwickelt, betreibt und erhält die Einrichtung Konzepte, Leit- bzw. Richtlinien. Darin festgelegt ist auch das zugehörige Dokumentationssystem.

Dies umfasst zumindest die Bereiche:

- a. Medizinprodukte
- b. Arbeitssicherheit
- c. Hygiene
- d. Brandschutz
- e. Medizinisches Notfallmanagement mit ausgearbeitetem „Erste-Hilfe-Plan“ und Schulungskonzept mit regelmäßigem Reanimationstraining
- f. Rückmelde- oder Beschwerdemanagement
- g. Vorgeschriebene externe Qualitätssicherung
- h. Patientendokumentation
- i. Konzept zur Einarbeitung neuer Organisationsteilnehmer

Die Handhabung und das Verteilersystem der rehabilitandenbezogenen z.B. von Formularen, Dokumenten, Aufzeichnungen (auch Sonderformen der Aufzeichnung) sind eindeutig, nachvollziehbar und offen festgelegt.

4.2.1. Dokumentation zum Qualitätsmanagementsystem

Die Dokumentation zum Qualitätsmanagementsystem muss enthalten:

- a. Zutreffende gesetzliche und behördliche Forderungen
- b. Festgelegte und dokumentierte Einrichtungspolitik und strategische Ziele der Organisation
- c. Ein Qualitätsmanagementhandbuch
- d. Dokumentierte Verfahren, die von dieser Norm gefordert werden

- e. Dokumente, die die Organisation zur Sicherstellung der wirksamen Planung, Durchführung und Lenkung ihrer Prozesse benötigt

Die Art und der Umfang der Dokumentation richten sich nach der Größe der Organisation, dem Leistungsspektrum der Einrichtung und nach Komplexität und Wechselwirkung der angebotenen Leistungen.

4.2.2. Qualitätsmanagementhandbuch

Die Einrichtung erstellt ein Qualitätsmanagementhandbuch und hält es auf aktuellem Stand.

Das Handbuch orientiert sich an den Vorgaben von ReAspect. Zusätzliche Kapitel dürfen in das Handbuch aufgenommen werden. Falls ein Kapitel für die Einrichtung nicht zutrifft, wird das im Handbuch vermerkt.

Das Qualitätshandbuch enthält mindestens Folgendes:

- a. Den Anwendungsbereich des Managementsystems
- b. Eine Beschreibung der Einrichtung
- c. Begründungen für Ausschlüsse von Teilen der Norm
- d. Die Prozesslandkarte
- e. Die für das System dokumentierten Verfahren oder Verweise darauf

4.2.3. Lenkung von Formularen / Dokumenten

Die Einrichtung führt ein geregeltes und betreutes Formular-/Dokumentenmanagement ein. Formulare /Dokumente werden erstellt und frei gegeben.

Formulare/ Dokumente haben:

- a. Einen Verantwortlichen
- b. Ein Freigabedatum
- c. Einen Aufbewahrungsort
- d. Einen Evaluationszyklus
- e. Eine eindeutige Benennung
- f. Einen Formularweg/ Dokumentenweg

4.2.4. Lenkung von Aufzeichnungen

Aufzeichnungen werden prozessbezogen gelenkt. Für sie ist zumindest Folgendes geregelt:

- a. Einhaltung der Archivierungsfrist/ Aufbewahrungsfrist
- b. Wiederauffindbarkeit
- c. Wiedererkennbarkeit
- d. Verfügbarkeit
- e. Lesbarkeit
- f. Schutz und Datenschutz
- g. Verantwortlicher
- h. Datum.

4.2.4.1. Sonderformen von Aufzeichnungen

Zumindest bei den folgenden Formen von Aufzeichnungen handelt es sich um Sonderformen, da sie allgemein gültigen Charakter haben:

- a. Konzepte
- b. Allgemein gültige Anweisungen (in Abgrenzung von der Einzelfallanweisung)
- c. Richtlinien
- d. Leitlinien.
- e. Handbücher

Für diese legt die Einrichtung einen Aufbewahrungsort fest, der für alle Betroffene zugänglich ist, sofern nicht aus wichtigem Grunde anderes bestimmt ist.

Die Einrichtung führt für diese Sonderformen von Aufzeichnungen ein Managementsystem ein. Dies gilt für alle Konzepte – auch im Behandlungsbereich. Sonderformen von Aufzeichnungen sind schriftlich festgelegt.

Konzepte und Richtlinien haben:

- a. Einen Ersteller
- b. Einen Prüfer
- c. Einen Freigabeverantwortlichen
- d. Ein Freigabedatum
- e. Einen Aufbewahrungsort
- f. Einen Evaluationszyklus (Dieser kann individuell für das Dokument festgelegt werden; nicht länger als 5 Jahre.)
- g. Eine eindeutige Benennung

4.3. Grundsätze des Qualitätsmanagements

Um als Einrichtung erfolgreich zu sein, ist es nötig, diese systematisch und wahrnehmbar zu leiten und zu lenken. Dafür entwickelt diese Norm Grundsätze, die berücksichtigt werden müssen.

Um die Einrichtung weiterzuentwickeln und zu verbessern, muss die Einrichtungsleitung diese Grundsätze der eigenen Einrichtung anpassen und mit Leben füllen.

1) Rehabilitandenorientierung

Einrichtungen hängen von ihren Rehabilitanden ab, deshalb sollte die Einrichtung die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Rehabilitanden kennen und verstehen und danach streben, deren Erwartungen zu übertreffen.

2) Führung

Führungskräfte schaffen und erhalten auf Basis der Vision und Ausrichtung der Einrichtung ein Umfeld, in dem sich Organisationsteilnehmer voll und ganz für die Ziele der Organisation einsetzen können. Sie schaffen und verankern zusammen mit den Organisationsteilnehmern eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung.

3) Einbeziehung von Personen

Auf allen Ebenen lebt die Einrichtung von und durch Menschen. Ihre Fähigkeiten und ihr Wissen sind es, die den Verbesserungsprozess antreiben. Der Dialog zwischen ihnen ermöglicht es, diese Ressource zu nutzen.

4) Prozessorientierter Ansatz

Die Zielerreichung lässt sich effizienter erreichen, wenn Tätigkeiten und dazugehörige Ressourcen als Prozess betrachtet, geleitet und gelenkt werden.

5) Systemorientierter Managementansatz

Erkennen, Verstehen sowie Leiten und Lenken von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Abläufen als System trägt zur Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Organisation beim Erreichen ihrer Ziele bei.

6) Ständige Verbesserung

Die Einrichtung verpflichtet sich auf das Ziel der ständigen Verbesserung ihrer Gesamtleistung.

7) Einbeziehung von Interessengruppen

Jede Einrichtung hat zumindest folgende Interessengruppe:

- a. Patienten/ Rehabilitanden
- b. Organisationsteilnehmern/ Mitarbeiter
- c. Leistungsträger
- d. Träger der Einrichtung
- e. Die Gesellschaft
- f. Lieferanten
- g. Leistungsträger
- h. Angehörige
- i. Zuweisende Ärzte
- j. Akutkrankenhäuser

Die faire Einbeziehung der Interessen, Erwartungen und Erfordernisse all dieser Gruppen ist für eine erfolgreiche und nachhaltige Weiterentwicklung der Einrichtung unabdingbar.

5. Verantwortung der Leitung

5.1. Verpflichtung der Leitung

Aufbau, Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems sind Aufgaben der Einrichtungsleitung. Die Werkzeuge, die mit dem Qualitätsmanagementsystem entwickelt und darin zusammengefasst werden, dienen der Steuerung und Lenkung der Einrichtung.

Um den Organisationsteilnehmern das Managementsystem nahzubringen und sie daran zu beteiligen, muss die Einrichtungsleitung:

- a. Vision, Mission, Einrichtungskonzept und Politik der Einrichtung entwickeln und dokumentieren.
- b. Strategien entwickeln und die Zukunft der Organisation planen.
- c. Regelmäßig Ziele für die Einrichtung definieren, in für die Organisationsteilnehmer verständlichen Unterziele fassen und daraus Maßnahmen ableiten und Organisationsteilnehmer über den Grad der Zielerreichung informieren.
- d. Das Qualitätsmanagementsystem regelmäßig prüfen, bewerten und verbessern.
- e. Die erforderlichen Ressourcen für die notwendigen Unternehmensprozesse sowie die Verbesserungsmaßnahmen zur Verfügung stellen.
- f. Eine Führungskultur entwickeln, in der durch eigenes Vorbild das Vertrauen der Organisationsteilnehmer in die Führungskräfte gestärkt wird.
- g. Eine Unternehmenskultur schaffen, die durch Einbeziehung der Organisationsteilnehmer einen Verbesserungsprozess begünstigt

- h. Die Rehabilitanden-, Mitarbeiter- und Zuweiserzufriedenheit bewerten.
- i. Risiken erkennen und steuern; Nutzen von Chancen zur Leistungsverbesserung,
- j. Verantwortlichkeiten und Forderungen für Prozesse, Bereiche und Schnittstellen eindeutig festlegen, delegieren, dokumentieren und kommunizieren.
- k. In angemessener Weise Arbeitsgruppen zu relevanten Themen bilden, betreiben und erhalten.

5.2. Zufriedenheitsmessungen

Die Einrichtung ermittelt mindestens die Zufriedenheit und die Wünsche ihrer Rehabilitanden, Einweiser und Organisationsteilnehmer, mit dem Ziel der Erhöhung deren Zufriedenheit zum gegenseitigen Nutzen.

Zumindest für den Bereich der Beschwerden von Rehabilitanden müssen diese Daten ausgewertet und analysiert werden. Gezogene Konsequenzen müssen dokumentiert werden.

Rückmeldungen anderer Interessengruppen werden gesammelt und ausgewertet.

5.2.1. Gesetzliche und behördliche Forderungen

Die Leitung muss sicherstellen, dass die Einrichtung Kenntnis von den gesetzlichen und behördlichen Forderungen besitzt.

Diese Forderungen sind zu erfüllen, die Erfüllung ist zu dokumentieren.

5.3. Leitbild

Die Einrichtungsleitung entwickelt unter Beteiligung der Organisationsteilnehmer ein der Einrichtung angemessenes Leitbild, legt es schriftlich fest und passt es regelmäßig und bei Bedarf an. Dieses Leitbild ist ein geschlossener und widerspruchsfreier Rahmen für Politik, Strategie und Zielentwicklung der Organisation und soll zur Umsetzung von Vision und Mission beitragen. Der Unternehmenszweck der Rehabilitation ist im Leitbild fest verankert.

Die Einrichtungsleitung stellt sicher, dass das Leitbild in der Einrichtung regelmäßig vermittelt und verstanden wird und Partnern gegenüber transparent ist.

5.4. Planung

5.4.1. Zielplanung

Das Leitbild bildet den widerspruchsfreien Rahmen zur Entwicklung von Unternehmenszielen. Die Einrichtungsleitung entwickelt – angepasst an die gegenwärtigen und zukünftigen Erfordernisse der Einrichtung – strategische Ziele. Diese strategischen Ziele werden für die verschiedenen Bereiche und Ebenen in operative, messbare Zielsetzungen heruntergebrochen und in Maßnahmen umgesetzt. Für Ziele und Maßnahmen werden Verantwortliche festgelegt und Ressourcen bereitgestellt.

Alle Ziele und Maßnahmen sollten so bekannt gegeben werden, dass die Organisationsteilnehmer zu ihrer Erreichung beitragen können.

5.4.2. Planung des Qualitätsmanagementsystems

Die Einrichtungsleitung muss sicherstellen, dass:

- a. Die Planung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt, um die in 4.1. angegebenen Forderungen zu erfüllen und die Ziele der Einrichtung zu erreichen.
- b. Die Funktionsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems aufrechterhalten bleibt, wenn Änderungen am Qualitätsmanagementsystem geplant und umgesetzt werden.

5.5. Verantwortung, Befugnis und Kommunikation

5.5.1. Verantwortung und Befugnis

Die Einrichtungsleitung muss sicherstellen, dass die Verantwortungen und Befugnisse innerhalb der Einrichtung festgelegt, delegiert und bekannt gemacht werden. Möglichst vielen Organisationsteilnehmern sollten Verantwortung und Befugnisse übertragen werden, damit sie zur Zielerreichung der Einrichtung beitragen. Ziel hierbei soll sein, die Mitwirkung, Motivation und Verpflichtung aller Organisationsteilnehmer zu fördern. Hierzu dient auch die verständliche und nachvollziehbare Offenlegung der Ziele und Forderungen an jeden Organisationsteilnehmer.

5.5.2. Beauftragte der obersten Leitung

Die Einrichtungsleitung kann interne oder externe Beauftragte zu Aufgaben und Themen in der Einrichtung benennen, sofern dies angemessen ist. Die Einrichtungsleitung bleibt aber letztverantwortlich.

Im Falle einer Beauftragung muss Folgendes sicher- gestellt sein:

- a. Angemessene Qualifikation des Beauftragten, die nachweisbar regelmäßig auf dem aktuellen Stand gehalten wird.

- b. Angemessene Erfahrung des Beauftragten.
- c. Schriftlich Benennung des Beauftragten mit Festlegung der Aufgaben und Befugnisse.
- d. Bekanntgabe der Beauftragung mit nachvollziehbarer und verständlicher Aufgaben- und Befugnisbeschreibung an die Organisationsteilnehmer.
- e. Ermittlung und Sicherstellung erforderlicher materiellen, personeller und zeitlicher Ressourcen.

Die Einrichtung stellt sicher, dass ein hinreichendes, angemessenes und wirksames System zur Berichterstattung bezüglich des Qualitätsmanagementsystems und aller anderen Beauftragungen entwickelt wird.

Die Benennung eines Qualitätsbeauftragten ist verpflichtend (siehe Kapitel 4).

5.5.3. Interne Kommunikation

Die Einrichtungsleitung muss sicherstellen, dass innerhalb der Einrichtung in verständlicher, wirksamer und angemessener Form kommuniziert wird. Dies umfasst besonders die Information und Kommunikation zu den Themen:

- a. Vision, Mission, Leitbild und Ziele der Einrichtung.
- b. Einführung, Umsetzung und Aufbau des Qualitätsmanagementsystems.
- c. Ergebnisse der Zufriedenheitsmessungen.

Dazu gehören insbesondere auch Konferenzen der Einrichtung- leitung – auch mit Beteiligung der nachfolgenden Hierarchieebenen.

5.6. Bewertung des Qualitätsmanagementsystems

5.6.1. Allgemeines zur Bewertung des Qualitätsmanagementsystems

Die Einrichtungsleitung muss mindestens jährlich eine Qualitätsmanagementbewertung durchführen. Ziel der Bewertung ist die Nutzung von Verbesserungsmöglichkeiten, die Überprüfung der Zielerreichung und die Festlegung neuer, messbarer Ziele.

Die Qualitätsmanagementbewertung dient der Überwachung des Qualitätsmanagementsystems und dessen Bewertung sowie ggf. Anpassung.

Die Qualitätsmanagementbewertungen sollten Plattformen für den Austausch neuer Ideen sein, mit offener Diskussion und Beurteilung und einen echten Mehrwert für die Organisation zu schaffen.

5.6.2. Eingaben für die Qualitätsmanagementbewertung

In die Qualitätsmanagementbewertung müssen folgende Dinge einfließen:

- a. Ergebnisse der internen Audits.
- b. Ergebnisse der Zufriedenheitsmessung.
- c. Ergebnisse der Auswertung der Kennzahlensysteme.
- d. Anstehende größere Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen.
- e. Änderungen des Qualitätsmanagementsystems.
- f. Mögliche Verbesserungsmaßnahmen.
- g. Kennzahlen zur Bewertung der Zielerreichung.

- h. Ergebnisse und Analysen der externen vergleichenden Qualitätssicherung.
- i. Ergebnisse und Vorschläge aus Arbeitsgruppen.
- j. Ergebnisse der Fehleranalyse.

5.6.3. Ergebnisse der Bewertung

Die Einrichtungsleitung soll den Prozess der Qualitätsmanagementbewertung als starkes Werkzeug für das Erkennen von Möglichkeiten für die Leistungsverbesserung der Einrichtung verwenden.

Die Diskussion soll Daten für die strategische Planung der Organisation und zur Festlegung der strategischen Ziele liefern.

Ausgewählte Ergebnisse sollen den Organisationsteilnehmern in geeigneter Form bekannt gemacht werden, um diesen zu zeigen, wie der Prozess der Qualitätsmanagementbewertung für die Einrichtung zu nützlichen Zielen führt.

6. Management von Ressourcen

6.1. Allgemeines zu Ressourcen

Die Einrichtungsleitung stellt sicher, dass notwendige und angemessene personelle, sachliche und zeitliche Ressourcen ermittelt und zur Verfügung gestellt werden.

Dazu gehören auch:

- a. Ressourcen zur Leistungsverbesserung.
- b. Ressourcen zur Umsetzung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems.
- c. Ressourcen zur Prüfung und Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems.
- d. Einsetzung interner Qualitätszirkel oder analoger Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise (erforderlich).

6.2. Personelle Ressourcen

6.2.1. Allgemeines zu personellen Ressourcen

Die Organisationsteilnehmer sind an der ständigen Verbesserung der Einrichtung beteiligt, dies wird durch offene Kommunikation, Zielvereinbarung und Sicherstellung einer erfolgsorientierten Zusammenarbeit usw. erreicht.

Dafür muss Personal angemessene Ausbildung, Schulung, Fertigkeiten und Erfahrungen besitzen.

Dafür soll die Einrichtungsleitung ihr Personal fördern. Dazu gehören:

- a. Berufsbegleitende Weiterentwicklung und Karriereplanung.
- b. Festlegung ihrer Verantwortungen und Befugnisse.
- c. Förderung und Anerkennung von Erfolg und dessen Belohnung.
- d. Entwicklung einer angemessenen Kommunikations- und Fehlerkultur.

Der Fortbildungsbedarf in der Einrichtung wird erhoben, geplant und schriftlich festgelegt. Die notwendigen Fortbildungen werden durchgeführt.

6.2.2. Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung

Die Einrichtung muss:

- a. Den Bedarf an Personal und dessen Fähigkeiten ermitteln, um ihre Leistungen anzubieten.
- b. Diese Fähigkeiten durch geeignete Maßnahmen erhalten, auf den neuesten Stand bringen und bei Bedarf neu schulen.
- c. Die Wirksamkeit von Weiterentwicklungsmaßnahmen beurteilen.
- d. Geeignete Aufzeichnungen über Ausbildung, Schulung, Fertigkeiten und Erfahrungen führen.

6.3. Infrastruktur

Die Einrichtung muss die Infrastruktur ermitteln, bereitstellen und aufrechterhalten, die zur Erbringung jetziger und zukünftig geplanter Leistungen erforderlich ist. Hierzu gehören:

- a. Gebäude
- b. Arbeitsplätze
- c. Sonstige Versorgungseinrichtungen
- d. Arbeitsmittel
- e. Unterstützende Dienstleistungen (z.B. Logistik und Kommunikation)

6.4. Arbeitsumgebung

Die Einrichtung muss die Arbeitsumgebung ermitteln, bereitstellen und aufrechterhalten, die zum Erreichen der geplanten Leistungen erforderlich ist.

Dabei muss die Einrichtung insbesondere darauf achten, dass die geforderten Hygienestandards einhaltbar sind und eingehalten werden.

7. Behandlung

7.1. Behandlungsplanung

Die Einrichtung muss die angebotenen Behandlungsprozesse interdisziplinär, strukturiert planen und entwickeln. Bei der Behandlungsplanung muss die Einrichtung Folgendes schriftlich festlegen und den Beteiligten nachvollziehbar und verständlich bekannt machen:

- a. Behandlungsziele und Behandlungsplan
- b. Notwendig Dokumentationsstandards
- c. Instrumente zur Messung der Behandlungszielerreichung

Darüber hinaus soll die Einrichtung Behandlungsstandards entwickeln.

7.2. Behandlungsprozess

Die Einrichtung muss für die Behandlungsprozesse neben der Ermittlung von Rehabilitandenerwartungen und -wünschen sicherstellen, dass vom Rehabilitanden nicht aufgestellte Forderungen, die für eine erfolgreiche Behandlung des Rehabilitanden notwendig sind, durchgeführt und dokumentiert werden.

Für die Kommunikation mit dem Rehabilitanden müssen wirksame Standards entwickelt werden. Dies betrifft unter anderem:

- a. Rehabilitandenaufklärung über die Behandlung.
- b. Die Aufklärung über Sondervereinbarungen, wie Wahlleistungen.
- c. Die Behandlung von Rehabilitandenbeschwerden.

- d. Umgang mit Angehörigen und Bezugspersonen.

Die Einrichtung soll Behandlungsstandards für häufige Behandlungsprozesse festlegen.

7.2.1. Forderungen an Rehabilitationskonzepte

Rehabilitationskonzepte sind für die Schwerpunkte im Leistungsspektrum zu erstellen. Sie müssen

- a. indikationsspezifisch
- b. ICF basiert
- c. teilhabeorientiert
- d. funktionsorientiert
- e. schriftlich festgelegt

sein. Weitere gesetzliche und behördliche Forderungen sind zu erfüllen und haben dem Stand der Wissenschaft zu entsprechen. Rehabilitationskonzepte beinhalten Instrumente zur Messung der Therapiezieleerreichung.

7.2.2. Bewertung von Rehabilitationskonzepten

Die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass Behandlungskonzepte dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Die Einrichtung bewertet diese wissenschaftlichen Erkenntnisse und adaptiert sie auf die eigenen Prozesse.

7.2.3. Kommunikation und Abstimmung mit Rehabilitanden und an der Behandlung Interessierten

Die Einrichtung muss wirksame Regelungen für die Kommunika-

tion mit den an der Behandlung interessierten Parteien einführen und aufrechterhalten. Verschiedene Interessenlagen, z.B. von Rehabilitanden, Behandlern, Leistungsträgern und Selbsthilfe, werden abgestimmt. Dies umfasst im Besonderen:

- a. Informationen zur ausreichenden Aufklärung über die Behandlung.
- b. Die Festlegung von Therapiezielen in Abstimmung mit dem Rehabilitanden sowie die Einbeziehung seiner Wünsche und Bedürfnisse.
- c. Umfassende Information zu den Bereichen Wahlleistung und Selbstzahler einschließlich Änderungen, sofern diese infrage kommen.
- d. Offenheit für positive und negative Rückmeldungen.

7.2.4. Kommunikation und Schnittstelle zu interessierten betroffenen und Beteiligten

Die Einrichtung muss die Schnittstelle zwischen den verschiedenen von ihrer Leistung Betroffenen und den Beteiligten planen und lenken. Insbesondere gilt dies auch für vor- und nachgelagerte Leistungserbringer.

7.3. Entwicklung

Wenn die Einrichtung neue Behandlungsformen oder Behandlungskonzepte entwickelt, nutzt sie die Möglichkeiten des Projektmanagements.

7.4. Beschaffung

Die Einrichtungsleitung sollte sicherstellen, dass angemessene,

wirksame und effiziente Beschaffungsprozesse festgelegt und verwirklicht werden. Die Forderungen der Betroffenen und Beteiligten sollen angemessene Berücksichtigung finden. Gesetzliche und behördliche Forderungen werden umgesetzt. Die Beschaffung soll unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgen.

Team und mit dem Rehabilitanden bewertet und ggf. den Therapiezielen angepasst.

7.5. Durchführung der Behandlung

Die Einrichtung muss Sorge dafür tragen, dass die Behandlung unter beherrschten Bedingungen erfolgt. Die beinhaltet, falls zutreffend:

- a. Behandlungskonzepte
- b. Behandlungsstandards
- c. Die Verfügbarkeit von Arbeitsanweisungen, soweit vorhanden
- d. Den Gebrauch geeigneter Arbeitsmaterialien
- e. Die Verwendung geeigneter Dokumentations- und Überwachungsmittel
- f. Die Verwendung, Überwachung und Anpassung von Behandlungszielen
- g. Die Durchführung von fallbezogenen Assessments insbesondere bei Aufnahme und Entlassung
- h. Die Durchführung von Supervisionen und Fallsupervisionen
- i. Teamfortbildungen
- j. Multiprofessionelle Teambesprechungen

In jedem Fall muss die Messbarkeit des Erreichungsgrades der Therapieziele sichergestellt sein. Die Therapiezielerreichung wird individuell im Behandlungsfall gemessen und im interdisziplinären

8. Kennzahlensysteme

8.1. Allgemeine Anleitung

Kennzahlensysteme sind für das Treffen von auf Fakten beruhenden Entscheidungen und für die fundierte Entwicklung von Zielen von entscheidender Bedeutung.

Die Einrichtungsleitung soll in ihrem Kennzahlenbereich neben den Finanzkennzahlen des Controllings immer da Kennzahlen entwickeln, wo sich Prozesse bewerten und steuern lassen und wo Kennzahlen die Einrichtung dabei unterstützen, eine fundierte Zielplanung zu betreiben.

8.2. Überwachung und Messung

8.2.1. Überwachung und Messung der Zufriedenheit

Die Einrichtung muss mindestens eine geeignete Methode zur Überwachung der Zufriedenheit von Rehabilitanden, Organisationsteilnehmern und Einweisern entwickeln und festlegen. Die Ergebnisse der Überwachung müssen strukturiert ausgewertet und dokumentiert werden.

Aus den Ergebnissen sollen geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Zufriedenheit abgeleitet werden.

8.2.2. Überwachung und Messung in der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Einrichtung nimmt an der gesetzlich geforderten externen Qualitätssicherung teil. Die Ergebnisse werden analysiert, die daraus abgeleiteten Konsequenzen werden schriftlich dokumen-

tiert. Die Ergebnisse der Analyse gehen in die Qualitätsmanagementbewertung ein.

8.2.3. Überwachung und Messung von Prozessen

Die Einrichtung muss geeignete Methoden zur Überwachung und – falls zutreffend – Messung der Prozesse anwenden. Dies gilt insbesondere für die rehabilitandenbezogenen Prozesse, aber auch für alle Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse.

Diese Methoden müssen darlegen, dass die Prozesse in der Lage sind, die geplanten Ergebnisse zu erreichen. Werden die Ergebnisse nicht erreicht, müssen angemessene Maßnahmen ergriffen werden.

8.3. Fehlermanagement

Die Einrichtung entwickelt und betreibt ein Konzept zum Fehlermanagement. Dieses enthält zumindest:

- a. Definition von Fehlern in der Einrichtung.
- b. Eine Methode zur statistischen Auswertung von Fehlern.
- c. Die Festlegung zur Einleitung von Korrektur und Vorbeugemaßnahmen.

Die Ergebnisse der Fehleranalyse gehen in die Qualitätsmanagementbewertung ein.

Fehler werden als Chance zur Verbesserung verstanden.

8.3.1. Internes Audit

Die Einrichtung muss in regelmäßigen, geplanten Abständen, aber mindestens jährlich interne Audits zumindest der wesentli-

chen Prozesse durchführen. Dafür schult die Einrichtung geeignete Organisationsteilnehmer oder unterstützt diese durch externe Kompetenz.

Ein Auditplan muss erstellt werden. Dieser sollte mindestens enthalten:

- a. Auditierete Bereiche
- b. Themenschwerpunkte des Audits

In internen Audits gilt der Grundsatz: „Kein Verantwortlicher auditiert seinen eigenen Verantwortungsbereich.“

Das Audit wird protokolliert, das Protokoll allen Beteiligten zugänglich gemacht. Das Protokoll soll mindestens enthalten:

- a. Teilnehmer
- b. Datum
- c. Auditoren
- d. Schwerpunkt des Audits
- e. Positive Besonderheiten des Bereichs
- f. Verbesserungsvorschläge
- g. Zeitrahmen für die Umsetzung von Verbesserungen

Die Audits werden ausgewertet und darin vereinbarte Veränderungen, z.B. zur Behebung von Abweichungen, werden kontrolliert. Die Ergebnisse der Audits gehen in die Qualitätsmanagementbewertung ein.