

# **Qualitätskriterien**

## **für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement**

für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre  
Vorsorgeeinrichtungen nach § 137d SGB V

Stand 08.12.2011

# Erläuterungen zu den Qualitätskriterien

## 1. Teilhabeorientiertes Leitbild

### **Einführung:**

Das teilhabeorientierte Leitbild veranschaulicht den Mitarbeitern, Versicherten, Rehabilitanden, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit die Ziele und Werte der Einrichtung. Es beschreibt die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln in der Einrichtung. Für die ambulante Rehabilitationseinrichtung ist die im SGB IX dargestellte Teilhabeorientierung der Grundlage des Leitbildes.

### **Ziele:**

Das Selbstverständnis und der Auftrag der Einrichtung, ihre Handlungsfelder und die ihrer Dienstleistungen zugrunde liegenden Wertevorstellungen sind schriftlich dargelegt.

Das Verhalten und das Handeln der Führungskräfte und der Mitarbeiter 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 Unternehmenszweck (Vorsorge bzw. Rehabilitation)**

Die Ziele und Werte der Einrichtung, die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln werden dargelegt. Das Leitbild macht insbesondere Aussagen zum Selbstverständnis, dem Auftrag, den Handlungsfeldern, der Werteorientierung und dem Menschenbild, den Führungsgrundsätzen, dem Qualitätsmanagement (QM), der Wirtschaftlichkeit, der Mitarbeiterpflege, der Kooperationen und der Ökologie.

#### ■ **Beteiligung der Mitarbeiter**

Die gesamte Führung der Einrichtung ist verantwortlich für die Entwicklung und Umsetzung des Leitbildes in der Alltagspraxis, die Mitarbeiter 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 kontinuierlich mit allen Mitarbeitern, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit (z.B. im Internet, durch Flyer, durch Aushang) kommuniziert. Die Mitarbeitenden kennen die für ihre Arbeitsbereiche relevanten Inhalte des Leitbildes.

#### ■ **Transparenz im Unternehmen 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 dem federführenden Leistungsträger vereinbarten Konzept der Einrichtung werden das Aufgabenverständnis, sowie die Leistungen beschrieben. Es ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter.

### Ziele:

Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise. Bei Vorsorgeeinrichtungen informiert es über die angewandten Therapien, bei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen darüber hinaus auch über die Indikationen.

Die Vorsorge- bzw. 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).

#### ■ Darstellung des Leistungsspektrums

Das gesamte Spektrum der möglichen Vorsorgeleistungen bzw. Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, wird dargestellt. Relevante Kontraindikationen werden hierbei bedacht.

#### ■ Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger

(z.B. Reha-Richtlinie, BAR-Rahmenempfehlungen, Kurarztvertrag, Gemeinsame Leistungsbeschreibung von Spitzenverbände der Krankenkassen und Heilbäderverband, Anforderungsprofile der Leistungsträger)

Es wird dargestellt, auf welche Rahmenvorgaben der Leistungsträger Bezug genommen wird und wie diese z.B. in das Konzept der Einrichtung eingebunden sind und den Mitarbeitern 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 Mitarbeiter.

#### ■ 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. Vorsorgekonzept bzw. indikationsspezifisches Rehabilitationskonzept

#### Einführung:

Das Vorsorgekonzept benennt alle Vorsorge- und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen. Im Rehabilitationskonzept werden indikationsspezifisch die Rehabilitations- und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben. Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzept sind verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter.

#### Ziele:

Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und informiert über Indikationen und therapeutische Leistungen.

#### Qualitätsindikatoren:

##### ■ **Schriftlich festgelegte Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte**

Die Behandlungskonzepte liegen in schriftlicher Form vor. Sie umfassen Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe.

##### ■ **Definierte Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele, Transparenz der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele für alle Beteiligten**

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

##### ■ **Interdisziplinärer Ansatz**

Die Vorsorge- bzw. Rehabilitationskonzepte berücksichtigen einen interdisziplinären Ansatz. Die Mitarbeitenden der relevanten Berufsgruppen verstehen sich als interdisziplinäres Team.

##### ■ **Bei Rehabilitation: ICF-basiert und teilhabeorientiert**

Die Rehabilitationskonzepte basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und beachten die im Sozialgesetzbuch IX formulierte Teilhabeorientierung.

##### ■ **Bei Rehabilitation: 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 Teilhabeorientierung 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 Leistungsträger 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). Dies kann durch einen internen oder externen QM-Beauftragten wahrgenommen werden.

### 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 Qualitätsmanagementbeauftragter (QM-Beauftragter)

- **Bestellung eines qualifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten 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 sowie die Durchführung von dessen Aufgaben wird transparent dargestellt und nachgewiesen.

- **Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung**

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

- **Schriftliche Benennung mit Aufgabenbeschreibung und Befugnissen**

Für den Qualitätsbeauftragten 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 Mitarbeiter.

## 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 Mitarbeiter 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 patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse.

Von der Einrichtung ist dargelegt, in welcher Art und Weise die patientenbezogenen 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)

Die Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlich und behördlich geforderten Anforderungen werden beschrieben. Nach Möglichkeit wird die Einhaltung nachgewiesen.

#### ■ **Internes Schnittstellenmanagement**

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

#### ■ **Optimierung der versorgungsnahen Abläufe**

Die Lenkung der qualitätsrelevanten Abläufe bzw. Prozesse orientiert sich am jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

#### ■ **Lenkung der patientenbezogenen Dokumente**

Handhabung und Verteilersystem der patientenbezogenen 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**

Die interne Managementbewertung überprüft regelmäßig (mindestens einmal jährlich), ob das QM-System geeignet ist, die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele der Einrichtung zu realisieren und die Anforderungen entsprechend weiter zu entwickeln. Auf der Grundlage der internen Ergebnismessungen wird das Erreichen messbarer Qualitätsziele überprüft und es werden neue Qualitätsziele zur Verbesserung des Prozessmanagements abgeleitet. Dabei steht die Optimierung der patienten- und versorgungsnahen Abläufe im Vordergrund. Die regelmäßige Managementbewertung ist 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 Regelmäßige 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 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 Managementbewertung ein. Die Führung der Einrichtung 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 und geplanten Korrekturmaßnahmen bzw. deren Ergebnisse dargelegt.

## **5.5 Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche**

### ■ **Festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen**

Die interne Kommunikation umfasst alle geplanten und strukturierten Kommunikationsmedien und -gremien zum Informationsaustausch der Mitarbeiter untereinander und mit der Führung der Einrichtung. Ein regelmäßiger, an den Erfordernissen der Behandlungsprozesse orientierter Informationsfluss innerhalb der Einrichtung ist in allen Belangen sichergestellt.

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

Die Mitarbeiter aller Bereiche und Berufsgruppen werden in das interne Qualitätsmanagement einbezogen. Sie haben die Möglichkeit, Optimierungsvorschläge 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 Mitarbeiter-Feedback**

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



## **6. Aktive Einbeziehung der Versicherten / Rehabilitanden / Bezugspersonen / Angehörigen / Behandlern / Leistungsträgern / Selbsthilfe**

### **Einführung:**

Der komplexe Ansatz der Vorsorge- bzw. der Rehabilitationsleistungen bedingt auch eine systematische, ggf. vertraglich geregelte Kooperation zwischen verschiedenen Partnern. Nur durch eine ausreichende Berücksichtigung der Kontextfaktoren des Versicherten bzw. des Rehabilitanden lässt sich der Erfolg der Leistung nachhaltig sichern.

### **Ziele:**

Die Zusammenarbeit der Einrichtung mit den im Einzelfall erforderlichen Kooperationspartnern zum Wohle des Versicherten bzw. des Rehabilitanden ist sichergestellt.

Die Beziehungen zu den Kooperationspartnern sind aufeinander abgestimmt und funktionieren reibungslos. Die Beziehungen werden in der Art und Weise gelebt, dass das Erreichen der Ziele der Leistung gefördert und ggf. vorhandene Konflikte aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen partnerschaftlich gelöst werden. Das Selbstbestimmungsrecht und die gleichberechtigte Teilhabe des Versicherten bzw. des Rehabilitanden am Leben in der Gesellschaft werden gefördert.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### **■ Information der Versicherten bzw. der Rehabilitanden**

Die Einrichtung hat die organisatorische Sicherstellung der ausreichenden/erforderlichen Information der Patienten über alle für die Leistung wichtigen Belange beschrieben.

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

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

#### **■ Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der der Versicherten bzw. der Rehabilitanden**

Die Einrichtung hat die Regeln beschrieben, wie sie die berechtigten Wünsche und Ziele der Versicherten bzw. der Rehabilitanden berücksichtigt und zum Gegenstand einer Zielvereinbarung macht und wie sie dabei den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen, Männer und Kindern Rechnung trägt.

#### **■ Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandlern sowie zu den Leistungsträgern und den Selbsthilfegruppen**

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

## 7. 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. Es ist Aufgabe des Beschwerdemanagements, die Belange des Beschwerdeführers 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 Mitarbeiter sind für Beschwerden offen. Beschwerden werden systematisch, zügig und kundenorientiert bearbeitet. Die Korrekturmaßnahmen dienen der weiteren Qualitätsverbesserung.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten**

Von der Einrichtung sind die schriftlichen Regelungen und Verantwortlichkeiten zum Beschwerdemanagement dargelegt (Erfassung, Behebung und Bearbeitung).

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

Von der Einrichtung wird dargelegt, dass die Beschwerden einzeln und statistisch erfasst, die Ursachen analysiert, geeignete Korrekturmaßnahmen bewertet und erforderliche Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Die Mitarbeiter sind für den Umgang mit Beschwerden geschult, sie bewerten die ergriffenen Korrekturmaßnahmen und setzen die sie betreffenden auch um.

## 8. Externe Qualitätssicherung

### **Einführung:**

Qualitätssicherung bezeichnet alle Maßnahmen, die geeignet sind, bei den Kunden Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit des Unternehmens zu gewinnen.

Externe Qualitätssicherung im engeren Sinne umfasst die Formulierung und Überprüfung von externen Qualitätsanforderungen an eine Einrichtung. 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 Einrichtung gefördert.

Die Erfüllung der Kundenanforderungen wird nachgewiesen.

### **Qualitätsindikatoren:**

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

Die Einrichtung weist nach, dass sie an den gesetzlich vorgeschriebenen und implementierten externen Qualitätssicherungsverfahren teilnimmt.

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

Die Einrichtung verdeutlicht, wie sie den systematischen Umgang mit den Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung durchführt. In die Analyse gehen ein die intern dokumentierten Informationen aus der Zeitspanne, 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 Einrichtung weist schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen nach.

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

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

## 9. 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.

In der Ergebnisqualität spiegelt sich die Wirksamkeit der Prozesse in der Einrichtung gemessen. Im Sinne der Effizienz und Effektivität ist darüber hinaus die Qualität der patientenbezogenen 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, patientenbezogen die Ergebnisqualität der Leistung zu messen. Dazu bedarf es in der Rehabilitation indikations- und störungsspezifischer Indikatoren und Messinstrumente. Bezogen auf die Prozessqualität gilt die Zufriedenheit der Versicherten bzw. der Rehabilitanden und Mitarbeitenden mit den Arbeitsprozessen als Ziel genauso wie ein effizientes Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Leistungen.

### Qualitätsindikatoren:

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

Die Einrichtung weist nach, dass bei Aufnahme und Entlassung der gesundheitliche Status Versicherten bzw. der Rehabilitanden unter Berücksichtigung der ICFsystematisch und regelhaft erhoben wird. Dazu können geeignete und spezifische Assessments eingesetzt werden.

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

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

#### ■ Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)

Die Einrichtung weist die Ergebnisse der überprüften Therapiezielerreichungen nach.

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

Die Einrichtung dokumentiert die Umsetzung der gesetzlichen und behördlichen Qualitätsforderungen zur Sicherheit der Versicherten und Rehabilitanden.

#### ■ Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen

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

#### ■ Ergebnisse zu Qualitätszielen

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

#### ■ Ermittlung der Zufriedenheit der Versicherten und Rehabilitanden

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

■ **Rückmeldungen von Versicherte und Rehabilitanden**

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Vorgehen, um Rückmeldungen von Versicherten und Rehabilitanden bezüglich der Qualität der Leistungen 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 Einrichtung hat Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen aus der internen Ergebnismessung abgeleitet.

## 10. 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 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 Mitarbeitern und der Einrichtung 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 Versicherte, Rehabilitanden und Mitarbeitende angestrebt. Auf der Ebene der Einrichtung gelten der Aufbau und die Pflege einer „Fehlerkultur“ als Ziel.

Einerseits soll die Wiederholung von Fehlern vermieden werden. Andererseits sollen, vorbeugende Maßnahmen getroffen werden, die Fehler erst gar nicht entstehen lassen.

### **Qualitätsindikatoren:**

#### ■ **Konzept zum Fehlermanagement**

Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zum Fehlermanagement und über schriftliche Regelungen zum Umgang mit Fehlern.

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

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

#### ■ **Konsequenzen, Korrekturmaßnahmen**

Die Einrichtung überprüft die Dokumentation der fehlerhaft erbrachten Leistungen und die entsprechenden Regelungen (Verfahrensweisung) und leitet erforderliche Korrekturmaßnahmen ein. Einrichtungsleitung und Mitarbeiter bewerten mit dem QM-Beauftragten die ergriffenen Korrekturmaßnahmen.

#### ■ **Vorbeugemaßnahmen**

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

## 11. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

### Einführung:

Interne Kommunikation erfasst alle vorgesehenen und strukturierten Kommunikationsmedien zum Informationsaustausch der Mitarbeiter untereinander und mit der Führung der Einrichtung. Sie beinhaltet relevante Informationen zwischen Abteilungen und Mitarbeitern, 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 Einrichtung zielorientiert geplant, realisiert und evaluiert werden.

### Ziele:

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

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

Eine an den Bedürfnissen der Versicherten und Rehabilitanden ausgerichtete Leistung ist gewährleistet.

Die Mitarbeiter 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 Einrichtungsleitung und der Einrichtungsleitung 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 werden geprüft und sichergestellt. Die Einrichtung legt fest, wie Informationen an Mitarbeiter weitergeleitet werden, die nicht an den Besprechungen teilgenommen haben.

#### ■ **Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. der Einrichtungsleitung nachgeordneten Ebene mit ihren Mitarbeitern (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 werden geprüft und sichergestellt. Die Einrichtung legt fest, wie Informationen an Mitarbeiter weitergeleitet werden, die nicht an den Besprechungen teilgenommen haben.

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

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

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

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

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

Die Einrichtung legt die schriftlichen Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter vor. Alle neuen Mitarbeiter 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 Einrichtung berücksichtigt den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter und plant und organisiert dementsprechend deren Fort- und Weiterbildung. Die Mitarbeiter werden an der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung beteiligt. Die absolvierten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die Teilnehmer werden dokumentiert. Die Fortbildungsplanung berücksichtigt neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis. Aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind für jeden Mitarbeiter verfügbar.