

Anforderungskatalog aus dem

Manual 1.0

Q⁺Reha ambulant




ZeQ
Am Victoria-Turm 2
68163 Mannheim


Tel.: (0621) 300 8 400
Fax: (0621) 300 840-10
info@zeq.de


www.greha.de


Ihr Ansprechpartner:
Rüdiger Herbold

Name der Einrichtung: _____ Datum: _____


ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
ISO-Abschnitt 4: Qualitätsmanagementsystem					
4.1 Allgemeine Anforderungen	4a	<p>Es existiert ein Qualitätsmanagement-Konzept, in dem unter anderem geregelt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des Qualitätsmanagements • Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für das Qualitätsmanagement • Verantwortung für die Entwicklung, Bewertung und Weiterentwicklung von Qualitätszielen und -planungen • Bereitstellung ausreichender personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement • Aufgaben und Befugnisse des QM-Beauftragten sowie Transparenz innerhalb der Organisation hierüber • ausreichende zeitliche Freistellung des QM-Beauftragten und der im QM tätigen Mitarbeiter • Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung des QM-Beauftragten • Schulung, Einbeziehung, Beteiligung der Mitarbeiter am Qualitätsmanagement 	4.1.1 4.1.2 4.1.3 4.2.1 4.2.2 4.2.3 4.2.4 4.2.5 5.5.2	3.1 3.2 4.5b 4.7b	
	4b	Die Mitarbeiter sind umfassend und differenziert am Qualitätsmanagement beteiligt		4.5a	
	4c	Die Organisation verfügt über ein Prozessmanagementsystem, in dem die erforderlichen Prozesse und Schnittstellen (auch zu Vor- und Nachbehandlern sowie kurbegleitenden Leistungsbringern) festgelegt, überwacht und verbessert werden. Die Organisation hat auch den Informationsaustausch an den Schnittstellen geregelt.	5.2.3 6.5 9.2	1.7b 1.7d 5.1 6.5	
	4d	Zu den Prozessen und Teilprozessen sind jeweils die Verantwortlichen benannt.	5.1.1		
4.2 Dokumentation, 4.3 Dokumentation und Qualitätsmanagement-handbuch	4e	Die Organisation verfügt über ein Organisationshandbuch, in dem alle organisationsrelevanten Vorgaben und Unterlagen einsehbar und ggf. abrufbar sind.			
4.4 Lenkung von Dokumenten, 4.5 Lenkung von Aufzeichnungen	4f	Es gibt ein System, das sicherstellt, dass Dokumente nicht veraltet sind und keine veralteten Dokumente genutzt werden (Dokumentenlenkung mit Vorgabe- und Nachweisdokumenten)		5.3	
	4g	Für die rehabilitandenbezogenen Dokumente sind Handhabung und Verteilersystem sowie Datenschutz klar geregelt.	5.2.5	5.3	

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
ISO-Abschnitt 5: Verantwortung der Leitung					
5.1 Selbstverpflichtung der Leitung, 5.2 Kundenorientierung, 5.3 Qualitätspolitik, 5.4 Planung, 5.6 Managementbewertung	5a	Es liegen festgelegte Führungsgrundsätze vor, die einheitlich angewendet werden.		4.4	
	5b	Die Organisation verfügt über ein rehabilitationsspezifisches Leitbild, das im Unternehmen und nach außen transparent ist und regelmäßig kommuniziert wird. Die Mitarbeiter wurden bei der Erstellung beteiligt. Das Leitbild geht unter anderem auf die Mitarbeiterorientierung ein.	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5	1.8a 1.8b 4.2	
	5c	Das Leitbild wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst.	1.6		
	5d	Es finden mindestens zweijährlich Strategie-Workshops statt, zu denen Protokolle vorliegen.			
	5e	In den Strategie-Workshops spielen die Kundenorientierung sowie die Ableitung und Bewertung von Qualitätszielen eine wesentliche Rolle.	5.3.1	1.6a 9.5	
	5f	Die Qualitätsziele und der Grad der Zielerreichung sind in der Organisation transparent.	5.3.3 9.6	9.4	
	5g	Mindestens jährlich erfolgen Managementbewertungen auf Grundlage der internen Ergebnismessungen, aus denen Maßnahmen abgeleitet werden.	5.3.1 5.3.2	9.5	
5.5 Verantwortung, Befugnis und Kommunikation	5h	Die Verantwortlichkeiten sind in allen Bereichen der Organisation klar definiert.			
	5i	Die Verantwortlichkeiten für die Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte sind geregelt.	3.1		
	5j	Die Organisation verfügt über festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen.	5.5.1 11.1 11.2	4.1 6.6	
	5k	Für die interne Kommunikation sind geregelt: <ul style="list-style-type: none"> • Terminliche Festlegung • Tagesordnung • Protokollführung • Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung • Gesprächsleitung 	11.1 11.2		

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
ISO-Abschnitt 6: Management der Ressourcen					
6.1 Bereitstellung von Ressourcen, 6.2 Personelle Ressourcen	6a	Die Organisation verfügt über ein aktuelles Organigramm, das in der Organisation offen aushängt. Das Organigramm wird jedem Interessierten zur Verfügung gestellt.	5.1.3		
	6b	Es existieren ein ständig aktualisierter Stellenplan und eine Vorausplanung der Stellenbesetzung.	5.1.2		
	6c	Es existieren Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile für alle Mitarbeiter. Hier sind auch die Befugnisse der Stelleninhaber geregelt (z.B. Unterschriftenregelungen).	5.1.2	4.6a	
	6d	Für alle Stellen liegen Vertretungsregelungen vor.		4.6b	
	6e	Die Mitarbeiter sind für ihre Aufgaben und Tätigkeiten ausreichend qualifiziert.			
	6f	Die Organisation gewährleistet eine systematische Einarbeitung für die Mitarbeiter in allen Bereichen und weist diese mitarbeiterbezogen nach.	11.5		
	6g	Es findet eine systematische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter statt, die auch regelmäßige interne Teamfortbildungen umfasst. Themenbereiche sind u.a. das Qualitätsmanagement sowie Pflichtschulungen.	5.5.2 11.3 11.6	4.7a 4.7b 5.2b	
6.3 Infrastruktur, 6.4 Arbeitsumgebung	6h	Die relevanten gesetzlichen Vorgaben zur Gewährleistung einer sicheren Infrastruktur und Arbeitsumgebung werden nachweislich erfüllt (z.B. Arbeits- und Gesundheitsschutz, Brandschutz).	5.2.2 9.4		
	6i	Die Organisation stellt ihren Mitarbeitern und Kunden (z.B. Rehabilitanden) eine adäquate Infrastruktur und Arbeitsumgebung bereit.			

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
ISO-Abschnitt 7: Produktrealisierung					
7.1 Planung der Produktrealisierung	7a	Die Organisation verfügt über ein verbindliches rehaspezifisches Einrichtungskonzept, das sowohl nach innen als auch nach außen transparent ist. Es beschreibt unter anderem: <ul style="list-style-type: none"> • Organisation (Strukturen und Prozesse) • Leistungsspektrum (Behandlungen, Therapien und Verfahren) • Abstimmung der verschiedenen Interessenslagen von Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger und Selbsthilfe • Umsetzung der Rahmenvorgaben der Leistungsträger • Vernetzung vor Ort mit externen Leistungserbringern (z.B. Kurarzt, kurbegleitende Maßnahmen) 	2.1 2.2 2.3 2.5 2.6 2.7 6.3	1.1 1.2 1.3 1.5 1.7c	
	7b	Das Einrichtungskonzept ist auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und versorgungswissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse unter Beteiligung der Mitarbeiter erstellt und wird regelmäßig inhaltlich und fachlich überprüft, aktualisiert und angepasst.	2.4 2.8	1.4 1.5 4.5b	
	7c	Zu den einzelnen Indikationen hat die Organisation einrichtungsspezifische funktionsorientierte Behandlungskonzepte entwickelt. Diese Konzepte sind ICF-basiert und teilhabeorientiert. Sie folgen einem interdisziplinären Behandlungsansatz und werden regelmäßig fachlich überprüft, angepasst und aktualisiert.	3.3 3.4 3.5 3.7	2.1 2.3 2.4 2.5	
	7d	Die Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe sind eindeutig geregelt. Die Aufgaben der an der Behandlung Beteiligten sind sinnvoll miteinander verzahnt.		2.6	
	7e	Zu den Behandlungen werden im interdisziplinären Reha- oder Vorsorge-Team unter Einbeziehung des Rehabilitanden individuelle Behandlungsziele für alle Beteiligten vereinbart und in der Rehabilitandendokumentation festgehalten. In der Vorsorge basieren diese auf dem Vorsorgeplan des Kurarztes.	3.2 3.3 6.2 6.4	2.2 1.2a 4.5b 6.2a	
	7f	Die Zeitplanung der Therapien und weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen berücksichtigt <ul style="list-style-type: none"> • die individuelle Disposition des Patienten • die zurückzulegenden Wegstrecken zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen • Zeiten und Möglichkeiten für eine notwendige Nachruhe und Pausen. 		2.7	
	7g	Der Rehabilitand wird über alle Therapieschritte und -alternativen ausreichend informiert, z.B. Inhalt, Dauer, Wirkung, mögliche Wechselwirkungen und Möglichkeiten zum Selbstmanagement und zur Nachsorge.	6.1	6.1	
7.2 Kundenbezogene Prozesse	7h	Die Organisation stellt kundengerechte Informationen zu ihren Leistungen dar (Broschüren, Internet, etc.).			
	7i	Es existiert ein schriftlich definiertes Beschwerdemanagement mit festgelegten Verantwortlichkeiten für Rehabilitanden und andere Kunden, Das Beschwerdemanagement wird regelmäßig ausgewertet.	7.1 7.2 9.8	7.1 7.2	

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
	7j	Die bestehenden Vorschriften und Richtlinien zu Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Medizingeräten und –produkten, Datenschutz sowie Brandschutz werden nachweislich eingehalten. Hausinterne Vorgaben regeln die Nachweisführung (Dokumentation der Einhaltung der Vorgaben).	5.2.2 9.4	5.2a 5.2b 5.5 9.7	
	7k	Rückmeldungen von Krankenkassen und Rentenversicherungen sowie von Kurärzten und anderen Leistungserbringern werden erfasst und ausgewertet.		9.2	
	7l	Die wesentlichen Kernprozesse sind definiert (Vorbereitung der Aufnahme, Aufnahme, Therapiefestlegung, Therapiesteuerung, Visiten, Entlassungsplanung, Entlassung, Entlassberichterstellung und -versendung), werden umgesetzt und regelmäßig überprüft.	3.6 5.2.1	1.7a 1.7b 5.1	
7.4 Beschaffung	7m	Die Organisation führt regelmäßig Lieferantenbeurteilungen durch.		9.6	
7.5 Dienstleistungserbringung	7n	Bei der Prozessgestaltung werden die rehabilitationsspezifischen Fachstandards und Leitlinien berücksichtigt.	2.4 5.2.4		
	7o	Während des gesamten Aufenthalts werden die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden systematisch erfasst und einbezogen. Die Interessenlage anderer Beteiligten wird wie im Einrichtungskonzept vorgesehen ermittelt und aufeinander abgestimmt.	6.2	6.3 6.4	
	7p	Zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme setzt die Organisation geeignete Assessments ein.	3.6		
	7q	Die Organisation führt eine vollständige, zeitnahe, verständliche, nachvollziehbare und korrekte Dokumentation aller rehabilitandenbezogenen Maßnahmen durch (Rehabilitandenakte und -kurve, Entlassbericht).		5.2a 5.4	
7.6 Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln	7r	Die Erreichung der Therapieziele wird erfasst, ausgewertet und dokumentiert.	3.6 9.3	6.2b 9.3	
	7s	Die Geräte zur Diagnostik (z.B. zur Messung der Vitalparameter) werden nachweislich regelmäßig kalibriert und überprüft. Der Prozess für die Meldung und Bearbeitung von entdeckten Fehlern ist definiert.		5.2b 9.7	

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
ISO-Abschnitt 8: Messung, Analyse und Verbesserung					
8.1 Allgemeines	8a	Es gibt einen Prüfungsplan, anhand dessen die Aktivitäten zur regelmäßigen Selbstprüfung (z.B. interne Audits) geplant werden.	5.4.1	10.1	
	8b	Die Organisation verfügt über qualifiziertes Personal zur Durchführung der Selbstprüfungen.	5.4.2		

ISO-Norm	Nr.	Anforderung QReha ambulant	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
8.2 Überwachung und Messung	8c	Die Organisation führt mindestens alle zwei Jahre eine Rehabilitandenbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.	9.7 9.8	9.1	
	8d	Die Organisation führt regelmäßig interne Audits durch, die protokolliert werden. Jeder Bereich wird mindestens jährlich auditiert.	5.4.3	10.2	
	8e	Die Organisation misst die Dauer der Entlassberichtserstellung.	5.2.1		
	8f	Zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme werten die Organisation und der Rehabilitand den Rehabilitationserfolg gemeinsam aus.	3.6 6.4	9.3	
	8g	Die Organisation nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren teil.	8.1		
	8h	Die Organisation führt mindestens alle drei Jahre eine Mitarbeiterbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.		4.3 4.4	
	8i	Die Organisation befragt ihre Mitarbeiter regelmäßig zur Beteiligung am Qualitätsmanagement und zu dessen Akzeptanz.	5.5.3		
	8j	Die Organisation führt regelmäßig Lieferantenbeurteilungen durch.		9.6	
8.3 Lenkung fehlerhafter Produkte	8k	Die Organisation erfasst Fehler, wertet diese aus und leitet Verbesserungsmaßnahmen ab, die einen vorbeugenden Charakter haben. Hierfür liegt ein schriftliches Konzept vor, das den Fehlerbegriff einrichtungsspezifisch klärt.	10.1 10.2 10.3 10.4	8.1 8.2 8.3 8.4	
	8l	Die Organisation hat schriftliche Komplikationsstandards definiert.	10.4	8.4	
8.4 Datenanalyse	8m	Die Organisation verfügt über ein geeignetes Set von Steuerungskennzahlen, die monatlich erhoben und ausgewertet werden.	9.5	1.6a	
8.5 Verbesserung	8n	Die Organisation setzt interne Arbeitszirkel oder Projektgruppen ein, um ihre Abläufe zu optimieren.	9.9		
	8o	Die Durchführung von Verbesserungsprojekten in der Organisation folgt einem systematischen Projektmanagement.			
	8p	Die Organisation verfügt über einen aktuellen „Erste-Hilfe-Plan“ und schult die Mitarbeiter in der Patientenversorgung regelmäßig in der Reanimation.	11.4		
	8q	Die Organisation hat ein System zur Berücksichtigung von Mitarbeitervorschlägen eingerichtet.	5.5.2		
	8r	Aus den Steuerungskennzahlen, den internen Audits, dem Beschwerdemanagement, der internen Ergebnismessung und der Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsverfahren leitet die Organisation Verbesserungsmaßnahmen ab und setzt diese um.	5.4.4 5.4.5 8.2 8.3 8.4 9.10	1.6b 7.3 9.8 10.3 10.4	