

## Prüfbestätigung der KTQ-Visitoren® für die BAR

Institution	Institutionskennzeichen
Anschrift	
Visitationsbegleitung, Zertifizierungsstelle	Visitationszeitraum

In der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX sind die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtung internes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen festgelegt. Diese Anforderungen werden im Nachfolgenden einzeln genannt und deren explizite Prüfung wird von den KTQ-Visitoren® bestätigt.

### 1. Teilhabeorientiertes Leitbild

- 1.1 Das Leitbild enthält einen Bezug zum Unternehmenszweck (Rehabilitation)
- 1.2 Die Beteiligung der Mitarbeiter ist gegeben
- 1.3 Das Leitbild ist schriftlich festgelegt
- 1.4 Die Kommunikation des Leitbildes erfolgt regelmäßig
- 1.5 Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern ist gegeben
- 1.6 Interne Überprüfung, Anpassung, Aktualisierung erfolgt regelmäßig

### 2. Einrichtungskonzept

- 2.1 Aussagen zur Organisation der Einrichtung werden gemacht (Strukturen und Prozesse)
- 2.2 Das Leistungsspektrum wird dargestellt
- 2.3 Die Übereinstimmung mit den Rahmenvorgaben der Leistungsträger wird dargestellt (z.B. Reha-Richtlinie)
- 2.4 Vereinbarkeit mit dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand ist gegeben
- 2.5 Das Einrichtungskonzept ist schriftlich festgelegt
- 2.6 Das Einrichtungskonzept ist verbindlich vereinbart
- 2.7 Transparenz im Unternehmen und gegenüber Partnern ist gegeben
- 2.8 Das Einrichtungskonzept wird regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert

### 3. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte

- 3.1 Die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte sind schriftlich festgelegt
- 3.2 Die Rehabilitationsziele sind definiert und für alle Beteiligten transparent
- 3.3 Der Rehabilitationsansatz ist interdisziplinär
- 3.4 Die indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte sind ICF-basiert und teilhabeorientiert
- 3.5 Die Behandlungskonzepte sind schriftlich festgelegt, indikationsspezifisch und funktionsorientiert
- 3.6 Die Therapiezieleerreichung wird regelhaft gemessen/überprüft
- 3.7 Die Konzepte werden regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert

### 4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung

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

- 4.1.1 Die Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements einschließlich der Verpflichtung der obersten Leitungsebene wird beschrieben
- 4.1.2 Es werden Angaben zur Verantwortlichkeit bei der Entwicklung von Qualitätszielen, der Qualitätsplanung, Überwachung und Bewertung gemacht
- 4.1.3 Angemessene personelle und sachliche Ressourcen für das Qualitätsmanagement werden bereitgestellt

Bereich	Dokumentenname	Version	Gültig ab	Vorversion	
2	Prüfbestätigung BAR	1.2	08/02/18	1.1	Seite 1 von 3

## 4.2 Qualitätsmanagement-Beauftragter (QM-Beauftragter)

- 4.2.1 Ein qualifizierter Qualitätsmanagement-Beauftragter mit den erforderlichen Ressourcen wird bereitgestellt
- 4.2.2 Die erforderliche Qualifikation und Erfahrung wird sichergestellt
- 4.2.3 Die erforderlichen zeitlichen Ressourcen werden bestimmt und bereitgestellt
- 4.2.4 Der Qualitätsmanagement-Beauftragte ist schriftlich benannt sowie dessen Aufgaben und Befugnisse
- 4.2.5 Die Aufgaben und Befugnisse des Qualitätsmanagement-Beauftragten werden transparent vermittelt

## 5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems

### 5.1 Organisationsstruktur

- 5.1.1 Die Verantwortung in den Prozessen ist eindeutig zugeordnet
- 5.1.2 Es existieren Stellenbeschreibungen/Aufgabenbeschreibungen
- 5.1.3 Ein Organigramm der Einrichtung liegt vor

### 5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung

- 5.2.1 Die rehabilitandenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie und Überleitung einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse werden beschrieben und kontinuierlich überwacht.
- 5.2.2 Die Dokumentationssysteme und die Maßnahmen zur Einhaltung aller gesetzlichen und behördlichen Anforderungen werden beschrieben (z.B. Medizinprodukte, Hygiene, Brandschutz)
- 5.2.3 Das interne Schnittstellenmanagement wird dargelegt
- 5.2.4 Das Prozessmanagement ist an fachlichen Qualitätsstandards ausgerichtet
- 5.2.5 Handhabung und Verteilersystem der rehabilitandenbezogenen Dokumente sind klar geregelt

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

- 5.3.1 Es werden regelmäßige interne Managementbewertungen durchgeführt und messbare Qualitätsziele auf Grundlage der internen Ergebnismessungen abgeleitet
- 5.3.2 Aufgrund der Bewertungen werden Maßnahmen abgeleitet sowie deren Überwachung durchgeführt
- 5.3.3 Die Qualitätsziele und Zielerreichung in der Einrichtung werden transparent gemacht

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

- 5.4.1 Es wird ein Prüfungsplan zur regelmäßigen Selbstprüfung wesentlicher Prozesse geführt
- 5.4.2 Qualifiziertes Personal wird bereitgestellt
- 5.4.3 Die Selbstprüfung wird dokumentiert
- 5.4.4 Der Umgang mit den Ergebnissen wird dargelegt
- 5.4.5 Die Korrekturmaßnahmen werden dargelegt

### 5.5 Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche

- 5.5.1 Es existieren festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen
- 5.5.2 Die Mitarbeiter im QM werden umfassend einbezogen mit differenzierter Beteiligung und Einsatz geeigneter Instrumente (z.B. regelmäßige Schulungen und andere Informationsmaßnahmen zum QM)
- 5.5.3 Zum Mitarbeiter-Feedback werden Angaben gemacht

## 6. Beziehungen zu Rehabilitanden/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe

- 6.1 Die Rehabilitanden werden im erforderlichen Umfang informiert
- 6.2 Die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden werden einbezogen
- 6.3 Verschiedene Interessenslagen werden abgestimmt (Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger, Selbsthilfe)
- 6.4 Reha-Ziele werden vereinbart und gemeinsam ausgewertet
- 6.5 Das Schnittstellenmanagement zu Vor- und Nachbehandlern wird beschrieben

## 7. Systematisches Beschwerdemanagement

- 7.1 Das Verfahren und der Prozess einschließlich der Verantwortlichkeiten werden beschrieben
- 7.2 Statistik, Auswertung, Analyse und Konsequenzen von Beschwerden erfolgt

## 8. Externe Qualitätssicherung

- 8.1 Am gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren wird teilgenommen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)
- 8.2 Die Ergebnisse werden analysiert und die gezogenen Konsequenzen dokumentiert
- 8.3 Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen sind schriftlich nachgewiesen
- 8.4 Die Berücksichtigung im internen QM wird dargelegt

Bereich	Dokumentenname	Version	Gültig ab	Vorversion	
2	Prüfbestätigung BAR	1.2	08/02/18	1.1	Seite 2 von 3

**9. Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)**

- 9.1 Es erfolgt ein rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung
- 9.2 Die Leistungen der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse werden gemessen und analysiert (Prozessqualität)
- 9.3 Die Therapiezielerreichung wird nachgewiesen (Ergebnisqualität)
- 9.4 Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen werden dokumentiert
- 9.5 Das Arbeiten mit qualitätsorientierten Kennzahlen wird dokumentiert
- 9.6 Die Ergebnisse zu Qualitätszielen werden dokumentiert
- 9.7 Die Rehabilitandenzufriedenheit wird ermittelt
- 9.8 Rückmeldungen von Kunden werden eingeholt und analysiert (Rehabilitanden, Leistungsträger und Interessenspartner)
- 9.9 Interne Qualitätszirkel oder analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise werden eingesetzt
- 9.10 Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen werden abgeleitet

**10. Fehlermanagement**

- 10.1 Es existiert ein Konzept zum Fehlermanagement
- 10.2 Es existiert eine Statistik, die ausgewertet und analysiert wird
- 10.3 Es werden Konsequenzen gezogen und Korrekturmaßnahmen eingeleitet
- 10.4 Vorbeugemaßnahmen werden durchgeführt

**11. Interne Kommunikation und Personalentwicklung**

- 11.1 Es finden regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene statt
- 11.2 Es werden regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. der Klinikleitung nachgeordneten Ebene mit ihren Mitarbeitern durchgeführt (z. B. Fallbesprechungen)
- 11.3 Es werden regelmäßige interne Teamfortbildungen durchgeführt
- 11.4 Es wird ein regelmäßiges Reanimationstraining durchgeführt und es existiert ein schriftlich ausgearbeiteter „Erste-Hilfe-Plan“
- 11.5 Es existieren schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- 11.6 Der Fortbildungsbedarf wird erhoben, Fort- und Weiterbildung werden geplant und durchgeführt

Institution	Institutionskennzeichen
Anschrift	
Visitationsbegleitung, Zertifizierungsstelle	Unterschrift Visitationsbegleiter
Visitationszeitraum	

**Die KTQ-Visitoren® bestätigen, dass die obengenannten Kriterien in der Einrichtung explizit überprüft und positiv bewertet wurden:**

Visitor*	Name	Datum, Unterschrift

\*entsprechend der Beteiligung am durchgeführten Verfahren eintragen

Bereich	Dokumentenname	Version	Gültig ab	Vorversion	
2	Prüfbestätigung BAR	1.2	08/02/18	1.1	Seite 3 von 3