



KTQ-Manual und KTQ-Katalog **REHABILITATION**

Version 3.1



Das Verfahren KTQ Reha 3.1 ist eine punktuelle Weiterentwicklung der Version 3.0. Hintergrund der Weiterentwicklung sind ergänzende Vorgaben der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) an zugelassene Zertifizierungsverfahren. Die BAR hat die Version 3.1 für Zertifizierungen ab Februar 2026 anerkannt.

Die Version KTQ Reha 3.1 ist für Zertifizierungen ab Februar 2026 verpflichtend, wenn das KTQ-Zertifikat die Konformität mit den Anforderungen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) bestätigen soll. Dies bedeutet, dass alle neuen inhaltlichen Anforderungen (siehe unten gelb markiert) erfüllt sein müssen. Grundsätzlich müssen alle Anforderungen der BAR erfüllt sein, damit das KTQ-Zertifikat mit dem BAR-Siegel vergeben werden kann.

Zudem verlangt die BAR bei Zertifikaten, die ab Februar 2026 ausgestellt werden, eine Zwischenprüfung nach 18 Monaten. Bitte sprechen Sie mit Ihrer Zertifizierungsstelle über die Vorgehensweise bei der Durchführung dieser Zwischenprüfung. Die Durchführung der Zwischenprüfung ist wichtig für die Aufrechterhaltung des Zertifikats.

Für eine Zusammenfassung der Veränderungen gegenüber der Version 3.0 wenden Sie sich gerne an info@ktq.de.

Die Erarbeitung der Version 3.1 erfolgte durch das KTQ-Team auf Basis der Version 3.0. Für die Erarbeitung der Version 3.0 danken wir Frau Cillie Zoller-Gold, Herrn Jörg Biebrach und Herrn Dr. Roland Krahlf. Die Version 3.1 beinhaltet die von der BAR überarbeitete Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX vom 01.07.2025. Bitte beachten Sie insbesondere die gelb markierten Texte in diesem Dokument.

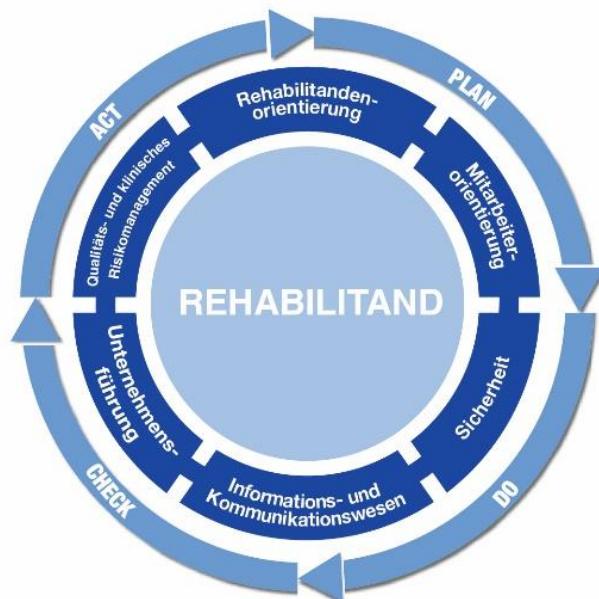
Die Marken und Logos der KTQ und der BAR sind urheberrechtlich geschützt. Die auf dem Deckblatt verwendeten Bilder wurden über iStockPhoto bezogen. Oberes Bild: #2184957697 (AleksandarGeorgiev). Unterer Bild: #1501185766 (andresr).

**KTQ - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
Garnisonkirchplatz 1
10178 Berlin**

Vorwort

Die KTQ-GmbH und der KTQ-Beirat (die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) stellen den Einrichtungen im Gesundheitswesen mit dem KTQ-Verfahren eine hochwertige und praxisnahe Orientierung für ihr Qualitätsmanagement zur Verfügung.

Durch das Verfahren werden alle Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen angehalten, die Prozesse in der täglichen Arbeit hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in den Kategorien des KTQ-Modells darzustellen. Diese Darstellung ist die Grundlage der Selbstbewertung durch die Mitarbeitenden und damit ein Kernstück des Verfahrens, welches die Rehabilitationseinrichtungen bei der Implementierung und stetigen Verbesserung des internen Qualitätsmanagements unterstützt.



Das KTQ-Modell mit den sechs Kategorien

- Rehabilitandenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit,
- Informations- und Kommunikationswesen,
- Unternehmensführung und
- Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

ist die Form, mit der im KTQ-Verfahren sämtliche Prozesse in den Rehabilitationseinrichtungen dargestellt werden können.

Alle Kategorien sind mit den Rehabilitandeninteressen verknüpft. Sie dienen dazu, die Prozesse so zu verbessern, dass den Rehabilitanden eine bestmögliche Versorgung geboten werden kann. Der permanent durchlaufene PLAN-DO-CHECK-ACT-Zyklus als Regelkreis zur kontinuierlichen Verbesserung dient somit dem Interesse der Rehabilitanden und aller Prozessbeteiligten.

Die Selbstbewertung wird durch die KTQ-Visitoren in einer Fremdbewertung – der KTQ-Visitation – in Kollegialen Dialogen, Dokumentenprüfungen und Begehungen überprüft. Nach einer Zertifizierung erfolgt die Kommunikation von Stärken und Verbesserungspotenzialen zur Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts durch die Rehabilitationseinrichtungen und die KTQ-GmbH, unterstützt die externe Transparenz in einer verständlichen Sprache für die Rehabilitanden bzw. die Öffentlichkeit.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 : Das KTQ-Verfahren im Überblick	5
1.1 Akteure des KTQ-Verfahrens.....	5
1.2 Ablauf einer Zertifizierung / Überwachungsvisitation / Re-Zertifizierung nach KTQ/BAR.....	7
Kapitel 2 : Die KTQ-Selbstbewertung.....	8
2.1 Das neue Verständnis ab 2026	8
2.2 Plan – Do – Check – ACT : Deming als Grundlage des KTQ-Verfahrens	9
2.3 Die klassische Selbstbewertung in Punkten und die 55 Prozent-Verpflichtung.....	10
Kapitel 3 : Die KTQ-Fremdbewertung	11
3.1 Maßgeblichkeit des Urteils der Visitoren und formaler Ablauf des Verfahrens	11
3.2 Die Visitation	12
3.3 Nachbereitung der Visitation	15
Kapitel 4 Der Katalog.....	16

Kapitel 1 : Das KTQ-Verfahren im Überblick

Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen die Qualität ihrer Leistungen im Hinblick auf Abläufe, Behandlungs- und Versorgungsergebnisse ständig überprüfen und optimieren (§135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V), Rehabilitationseinrichtungen sind zudem verpflichtet, sich ihr Qualitätsmanagement von unabhängiger Stelle zertifizieren zu lassen (§20 Abs. 2a SGB IX). Zugleich sollen die Leistungen für die Öffentlichkeit nachvollziehbar dargestellt werden. Um diese Anforderungen systematisch und fachlich fundiert umzusetzen, wurde am 17. Dezember 2001 die KTQ-GmbH gegründet.

1.1 Akteure des KTQ-Verfahrens

Der Beirat

Den Beirat der KTQ bilden die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR). Damit ist die unmittelbare Anbindung an die Praxis des Gesundheitswesens sichergestellt.



Die Geschäftsstelle

Die KTQ ist für die Zertifikatvergabe verantwortlich. Zu den Aufgaben der Geschäftsstelle gehören zudem die Pflege und Weiterentwicklung der KTQ-Zertifizierungsverfahren, die Aus- und Fortbildung der KTQ-Visitoren und die Zulassung der KTQ-Zertifizierungsstellen.

Expertinnen- und Experten sowie Arbeitsgruppen

Ohne die Unterstützung von Expertinnen und Experten aus der Praxis ist es für die KTQ unmöglich, das KTQ-Verfahren und die KTQ-Kataloge auf einem aktuellen Stand zu halten. Die KTQ führt Beteiligungsverfahren durch, bildet Arbeitsgruppen und erprobt Neuerungen gemeinsam mit Zertifizierungsstellen in Pilotverfahren.

KTQ-Zertifizierungsstellen

Die KTQ-Zertifizierungsstellen sind Institutionen, die von der KTQ-GmbH zur Antragsüberprüfung und Organisation der Zertifizierungsverfahren zugelassen werden. Sie verpflichten sich vertraglich, die Dokumente und Inhalte des KTQ-Verfahrens anzuerkennen und anzuwenden sowie die verbindlich festgelegten Verfahrensgrundsätze umzusetzen. Somit ist sichergestellt, dass jede KTQ-Zertifizierung nach festgelegten Vorgaben und in vergleichbarer Weise abläuft. Die für ein KTQ-Verfahren zuständige Zertifizierungsstelle stellt auch den Visitationsbegleiter.

Visitationsbegleiter

Dem Visitationsbegleiter kommt eine wichtige Rolle an der Schnittstelle zwischen der KTQ, den Visitoren und der zu zertifizierenden Einrichtung zu. Er fungiert als direkter Ansprechpartner für die Einrichtung und die Visitoren und ist für die gesamte Organisation und Durchführung der Visitation unter Einhaltung der KTQ-Regeln verantwortlich.

Visitoren

Die Visitoren sind Fachexperten, die als Prüfer im Zertifizierungsverfahren agieren. Innerhalb der Visitation sind sie im Sinne der Ergebnisfindung für den Vergleich der Praxis vor Ort mit der Selbstbewertung der Einrichtung und für die Empfehlung zur Zertifikat-vergabe verantwortlich. Die KTQ-Visitoren werden von der KTQ ausgebildet und zugelassen. Die hohen Qualifikationsanforderungen, insbesondere die langjährige Erfahrung aus einer Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung, tragen wesentlich zur Güte des KTQ-Verfahrens und somit zum Nutzen für die zu zertifizierenden Einrichtungen bei. Die Tätigkeit als Visitor ist eine Nebentätigkeit. Visitoren bestätigen die Unabhängigkeit ihres Urteils durch Unterzeichnung des KTQ-Kodex.

Die KTQ-Schiedsstelle

Gemäß ihren Verfahrensregeln hält die KTQ eine Schiedsstelle vor, deren Einberufung von Beteiligten bei eventuellen Einsprüchen im Rahmen des Zertifizierungsprozesses eingefordert werden kann. Die Schiedsstelle wird von der Geschäftsstelle geleitet. Der Einspruch wird dem Beirat und der Zertifizierungsstelle zur Bewertung vorgelegt. Die KTQ entscheidet über den Einspruch unter Berücksichtigung der Bewertungen.

1.2 Ablauf einer Zertifizierung / Überwachungsvisitation / Re-Zertifizierung nach KTQ/BAR

1. Schritt: Selbstbewertung der Einrichtung

- Die Einrichtung erstellt den KTQ-Selbstbewertungsbericht mit Hilfe der speziellen KTQ-Software (**NEXUS oder Tool der KTQ**).
- Optional: Die Einrichtung erstellt den KTQ-Qualitätsbericht, eine Kurzform des Selbstbewertungsberichtes für die Öffentlichkeit.

2. Schritt: Einleitung des Zertifizierungs-Verfahrens

- Die Einrichtung beauftragt eine von der KTQ zugelassene Zertifizierungsstelle mit der Durchführung des Verfahrens.
- Die Einrichtung reicht den KTQ-Selbstbewertungsbericht (optional: und den KTQ-Qualitätsbericht) ein.
- Die Zertifizierungsstelle überprüft die Antragsunterlagen.
- Die Zertifizierungsstelle stellt den Visitationsbegleiter und schlägt ein Visitoren-Team vor.

3. Schritt: Fremdbewertung der Einrichtung

- Die Visitoren prüfen die eingereichten Berichte.
- Die Visitoren besuchen die Einrichtung: Visitation mit Begehungen, Studium der Dokumente, kollegialen Dialogen.
- Das Visitoren-Team erstellt den Visitationsbericht und gibt eine Empfehlung zur Zertifikatsvergabe ab.

4. Schritt: Abschluss des Zertifizierungs-Verfahrens

- Der Visitationsbegleiter prüft die Vorgehensweise und leitet die Empfehlung an die KTQ weiter.
- Die KTQ verleiht der Einrichtung das KTQ-Zertifikat. Es hat eine Gültigkeit von 3 Jahren, **vorbehaltlich der erfolgreichen Zwischenprüfung**.
- Die Einrichtungsleitung erhält den Visitationsbericht.

5. Schritt: Zwischenprüfung nach (spätestens) 18 Monaten

- Die Einrichtung beauftragt die Zertifizierungsstelle mit der Durchführung der Zwischenprüfung.
- Die Zertifizierungsstelle informiert die KTQ über das Ergebnis der Zwischenprüfung

Kapitel 2 : Die KTQ-Selbstbewertung

2.1 Das neue Verständnis ab 2026

Die KTQ-Selbstbewertung ist ein Kern-Element des KTQ-Zertifizierungsverfahrens. Die Selbstbewertung ermöglicht dem Qualitätsmanagement einer Organisation einen direkten Austausch mit den Expertinnen und Experten der Einrichtung – sei es im Kernprozess der Patienten-, Bewohner- oder Rehabilitanden-Versorgung, oder in allen unterstützenden Prozessen der Einrichtung.

Das Qualitätsmanagement hat hierbei eine starke unterstützende Rolle als Instrument der Geschäftsführung. Es begleitet die Prozesseigner vor dem Hintergrund der KTQ-Qualitätskriterien (und den in diesen Kriterien aufgeführten Aspekten der Qualität) bei der Identifikation von Stärken und Verbesserungspotenzialen, der Ableitung von Maßnahmen – und unterstützt zudem die Kommunikation von Problemen und Ressourcenbedarfen an die Geschäftsleitung. Zudem kann das Qualitätsmanagement in vielen Fällen eine wertvolle Ressource bei der Umsetzung von Verbesserungspotenzialen sein.

Diese Aufgabe des Qualitätsmanagements bündelt sich im KTQ-Verfahren bei der Erstellung des KTQ-Selbstbewertungsberichts, der einerseits für die Organisation selbst die Vorlage für eine strukturierte Managementbewertung ist – und andererseits die Ausgangsbasis für die Arbeit der Visitoren für ihre Tätigkeit im Rahmen der KTQ-Visitation.

Derzeit (Stand Anfang 2026) ist die Selbstbewertung ein schriftlicher Vorgang, der alle drei Jahre (künftig mit Auffrischung nach 18 Monaten im Rahmen der erforderlichen Zwischenbewertung) viele Ressourcen in Anspruch nimmt. Die KTQ arbeitet aktuell daran, KTQ zu einem Managementverfahren weiterzuentwickeln, welches den Prozess der Selbstbewertung in einen laufenden, die tatsächliche Alltagstätigkeit unterstützenden Vorgang überführt. Wenn diese Weiterentwicklung erfolgreich ist, wird der klassische Selbstbewertungsbericht optional abgelöst werden.

2.2 Plan – Do – Check – ACT : Deming als Grundlage des KTQ-Verfahrens

Das KTQ-Verfahren hat das Ziel, die kontinuierliche Verbesserung der Qualität durch ein systematisches Arbeiten an relevanten Aspekten der Qualität zu unterstützen. Hierzu nutzt die KTQ den Plan-Do-Check-Act-Zyklus von Deming.

PLAN

Es geht um den IST-Zustand bezüglich der Strukturen und Regeln einer Organisation. Es geht nicht um Zukunftsvisionen bezüglich der Organisation. Zu bewerten ist: hat die Organisation ihre Verantwortlichkeiten klar geregelt, hat sie Regelwerke erarbeitet und kommuniziert, welche Methoden zur Überprüfung hat sie festgelegt und dergleichen. Das PLAN beschreibt, wie eine Organisation ihre Strukturen und Prozesse für sich selbst beschlossen hat.

DO

Im DO geht es darum, wie eine Organisation die von ihr selbst festgelegten Strukturen und Prozesse im Alltag „lebt“. Es geht um die Umsetzung des PLAN. Einige Einrichtungen verzichten im Selbstbewertungsbericht auf tiefere Ausführungen und verdeutlichen das DO lieber im Rahmen der Visitation. Diese Vorgehensweise ist in Ordnung. Bitte unterstützen Sie die Visitoren mit Stichworten und einer realistischen Selbstbewertung (Punkte).

CHECK

Im CHECK geht es um die Vorgehensweisen zur regelmäßigen Überprüfung – mit mehreren Blickrichtungen: halten wir unsere Regeln ein? Sind unsere Strukturen ein Garant für gute Qualität? Sind unsere Ergebnisse so gut, dass sie unsere Strukturen und Prozesse bestätigen? Beschrieben werden hier Audits, Kennzahlen, Befragungen und dergleichen.

ACT

Beim ACT geht es um den Lernprozess der Organisation. Was hat man aus dem CHECK gelernt und welche Verbesserungen konnte man umsetzen? In den aktuellen KTQ-Verfahren sind hierbei vor allem die Verbesserungen wichtig, die man seit der vorangegangenen Zertifizierung umsetzen konnte. Künftig (KTQ als Managementverfahren) rücken optional auch die Verbesserungen in den Blick, an denen die Organisation gerade arbeitet.

2.3 Die klassische Selbstbewertung in Punkten und die 55 Prozent-Verpflichtung

Für jedes Kriterium können maximal 18 Punkte erreicht werden. Das Ergebnis setzt sich zusammen aus den Punktewerten für die vier PDCA-Schritte. Der DO-Schritt (0 bis 9 Punkte) wird dabei höher bewertet als die PLAN-, CHECK- und ACT-Schritte (jeweils 0 bis 3 Punkte). Das KTQ-Verfahren gibt der praktischen Umsetzung eines Prozesses somit das höchste Gewicht.

Die Bepunktung erfolgt unter Berücksichtigung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades. Der Erreichungsgrad bewertet die Güte der Kriterien-Erfüllung. Der Durchdringungsgrad bewertet die Breite der Umsetzung über die einzelnen Bereiche der Einrichtung. Wird der Erreichungs- oder der Durchdringungsgrad mit 0 Punkten bewertet, dann folgt daraus eine Gesamtbewertung mit 0 Punkten.

Ein Beispiel:

PDCA-Schritt	Maximal erreichbare Punkte für (E) und (D)	Erreichungsgrad (E)	Durchdringungsgrad (D)	Ergebnis
PLAN	3	E: 3	D: 1	$\frac{1}{2} (E + D): 2$
DO	9	E: 4	D: 4	$\frac{1}{2} (E + D): 4$
CHECK	3	E: 1	D: 2	$\frac{1}{2} (E + D): 1,5$
ACT	3	E: 1	D: 1	$\frac{1}{2} (E + D): 1$
Summe	18			Aufrunden: 9
Endergebnis	Maximal 18			Prozent: 50%

Bei einer ERST-Zertifizierung muss die Einrichtung in jeder Kategorie eine Bewertung von 55 % erreichen. Dies bedeutet, dass ein Kriterium mit weniger als 55% (wie in diesem Beispiel der Fall) ausgeglichen werden kann. Bei einer Rezertifizierung muss die Einrichtung bei der Selbstbewertung jedes Kriteriums mindestens 55% erreichen. Somit wäre ein Antreten zur Rezertifizierung bei dieser Bewertung nicht möglich. Bei KTQ als Managementverfahren ist optional eine Alternative zu dieser Bewertungssystematik vorgesehen.

Kapitel 3 : Die KTQ-Fremdbewertung

3.1 Maßgeblichkeit des Urteils der Visitoren und formaler Ablauf des Verfahrens

Die Bewertung (Punkte) der Visitoren ist für die Vergabe des KTQ-Zertifikats entscheidend. Diese KTQ-Fremdbewertung erfolgt nach der gleichen Vorgehensweise, die für die Selbstbewertung beschrieben wurde, zunächst durch jeden Visitor. Der Visitationsbegleiter hat, wenn die Visitoren zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, die Aufgabe, bezüglich der Fremdbewertung einen Konsens herbeizuführen.

Damit die Fremdbewertung ordnungsgemäß ablaufen kann, ist die Einhaltung folgender Punkte erforderlich:

- Die Organisation muss einen Vertrag zur KTQ-Zertifizierung mit einer von der KTQ zugelassenen Zertifizierungsstelle abgeschlossen haben.
- Die Organisation muss den Einsatz des von der Zertifizierungsstelle vorgeschlagenen Visitations-Teams (Visitoren und Visitationsbegleiter) bestätigt haben.
- Die Organisation muss den Selbstbewertungsbericht und die Selbstbewertung zwölf Wochen vor der Visitation mit Hilfe eines von der KTQ hierfür zugelassenen Software-Tools (**NEXUS oder Tool der KTQ**) einreichen.
- Die Selbstbewertung muss bei Erstzertifizierungen in jeder KTQ-Kategorie bei mindestens 55% liegen. Bei Rezertifizierungen muss die Bewertung bei jedem KTQ-Kriterium bei mindestens 55% liegen. **ALLE BAR-ANFORDERUNGEN MÜSSEN ERFÜLLT SEIN.**
- Der vorläufige Visitationsplan muss zwei Wochen vor der Visitation feststehen und von der Zertifizierungsstelle an die Einrichtung und die KTQ-Visitoren geschickt werden.
- Die Einrichtung muss den KTQ-Visitationsplan fünf Arbeitstage nach Erhalt mit ihren Ergänzungen an die Zertifizierungsstelle zurückschicken.
- Die Zertifizierungsstelle sendet den endgültigen KTQ-Visitationsplan an die KTQ-Visitoren und die Einrichtung. Der endgültige KTQ-Visitationsplan muss fünf Arbeitstage vor der Visitation feststehen.

3.2 Die Visitation

Willkommenstreffen

Ein Gespräch von ca. 30 Minuten im kleinen Kreis zu Beginn der Visitation ist für den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen der Einrichtungsleitung und dem KTQ-Visitorenteam wichtig. Die KTQ-Visitoren und der Visitationsbegleiter stellen sich in dieser Runde vor, erklären Ziel und Zweck der Visitation sowie die Vorgaben der KTQ zum Ablauf der Visitation. Es folgt ebenso eine Vorstellungsrunde der Vertreter der Rehabilitationseinrichtung. An dem Willkommenstreffen nehmen die beiden KTQ-Visitoren, der Visitationsbegleiter, die Leitung der Rehabilitationseinrichtung und ggf. Vertreter des Trägers, der verantwortliche Mitarbeiter für die Visitation (in der Regel der KTQ-Ansprechpartner / Qualitätsmanagementbeauftragte) sowie Mitarbeiter der Personalvertretung und evtl. weitere ausgewählte Mitarbeiter teil. Die Besprechung der KTQ-Kriterien ist nicht Bestandteil des Willkommenstreffens.

Übersichtsbegehung

Teilnehmer der Übersichtsbegehung sind das KTQ-Visitorenteam, der Visitationsbegleiter, der Ansprechpartner der Einrichtung und evtl. die Geschäftsführung. Die Übersichtsbegehung findet bei einer dreitägigen Visitation ggf. im Anschluss an das Willkommenstreffen, sonst am Anfang des zweiten Tages der Visitation statt. Sie dient der allgemeinen Orientierung der KTQ-Visitoren und soll einen Überblick über die baulichen, strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten vermitteln. Die Einrichtung wählt hierfür eine geeignete Route aus und plant die Übersichtsbegehung in Abstimmung mit der Zertifizierungsstelle. Bereits bei dieser Übersichtsbegehung stellen die KTQ-Visitoren Fragen zum KTQ-Katalog an die Mitarbeiter in den jeweiligen Bereichen.

Begehung von spezifischen Bereichen

Bei der Begehung von Bereichen der Einrichtung sollten sowohl Orte der direkten Rehabilitandenversorgung als auch Orte der indirekten Rehabilitandenversorgung (z. B. Technik) berücksichtigt werden. Die Begehungen und die darauf folgenden Kollegialen Dialoge stehen im direkten Zusammenhang. Dabei ist in der Organisation zu beachten, dass es nicht zu doppelten Begehungen kommt, wenn sich verschiedene Themen auf gleiche Orte beziehen. Grundsätzlich ist die Begehung vor oder nach den Kollegialen Dialogen denkbar. Es hat sich allerdings gezeigt, dass es von Vorteil ist, die Begehung vor dem jeweiligen Kollegialen Dialog einzuplanen. Durch die Begehung erhalten die KTQ-Visitoren eine gute Vorstellung davon, wie geplante Prozesse in der Praxis umgesetzt werden. Die einzelnen Themen und die zu begehenden Bereiche sind im Visitationsplan festgelegt.

Kollegiale Dialoge

Die Kollegialen Dialoge sind das zentrale Element der Visitation. Sie nehmen daher auch den größten zeitlichen Raum ein. Es hat sich gezeigt, dass die Kollegialen Dialoge ca. 60–90 Minuten dauern sollten, um jedem der Gesprächsteilnehmer (Hinweis der KTQ: es sollten in der Regel nicht mehr als 6 bis 8 Teilnehmer von Seiten der Rehabilitationseinrichtung eingeplant werden) die Möglichkeit der direkten Beteiligung zu bieten. Die Kollegialen Dialoge können sowohl in einem separaten Besprechungsraum, als auch auf den Stationen bzw. in einzelnen Bereichen vor Ort geführt werden. Orientiert an den zuvor erarbeiteten Interviewleitfäden erfragen die KTQ-Visitoren hier die Informationen, die sie zur Beurteilung und Bewertung der Kriterien benötigen.

Studium der Dokumente

Generell müssen Dokumente, die einen direkten Bezug zum Qualitätsmanagement haben, zur Visitation verfügbar sein. Hierzu zählen zum Beispiel das Leitbild, Befragungsergebnisse und wichtige Verfahrensanweisungen, SOPs und dergleichen. Das Visitoren-Team soll die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die entsprechenden Unterlagen erhalten. Es dürfen grundsätzlich keine Unterlagen der Einrichtung vom Visitoren-Team mitgenommen werden. Darüber hinaus sind die KTQ-Visitoren an die KTQ-Verfahrensgrundsätze gebunden, in denen es u.a. heißt: Die KTQ, die Zertifizierungsstellen und die KTQ-Visitoren sichern zu, dass sie die erhobenen Daten nur zweckgebunden verwenden und absolut vertraulich, unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht behandeln.

Besprechungen des KTQ-Visitoren-Teams

Für die Besprechungen der KTQ-Visitoren wird ein Besprechungsraum mit Intranet-Zugang benötigt. Dieser sollte dem Visitoren-Team für die gesamte Dauer der Visitation zur alleinigen Nutzung zur Verfügung stehen und abschließbar sein. Möglichst soll der Raum zudem mit Tagungstechnik ausgestattet sein, um die Zusammenarbeit des Visitoren-Teams zu erleichtern. Es gehört zu den Aufgaben der Zertifizierungsstelle, diese organisatorischen Belange im Vorfeld der Visitation mit der Rehabilitationseinrichtung abzustimmen. Während der Visitation sind regelmäßige Besprechungen des Visitoren-Teams täglich zu Beginn, nach jedem Kollegialen Dialog und zum Abschluss des jeweiligen Visitationstages einzuplanen. An der morgendlichen Besprechung soll ein Ansprechpartner (z. B. der Qualitätsmanagementbeauftragte) der Einrichtung teilnehmen. Ansonsten entscheidet das Visitoren-Team über den Teilnehmerkreis.

Schlussbesprechung des KTQ-Visitoren-Teams

Am Ende der Visitation kommt das Visitoren-Team zu einer Schlussbesprechung zusammen, für die ein Zeitrahmen von mindestens zwei Stunden einzuplanen ist. In dieser Schlussbesprechung stimmen die KTQ-Visitoren die endgültige Bewertung aller Kriterien ab, und treffen eine Konsensescheidung über das Gesamtergebnis der Visitation einschließlich der Empfehlung zur Zertifikatsvergabe. Wenn sich noch kein Konsens ergibt, besteht optional die Möglichkeit, zu fraglichen Kriterien kurzfristig einen weiteren Kollegialen Dialog anzusetzen.

Abschlussgespräch

Die KTQ-Visitoren teilen zunächst der Geschäftsführung der Rehabilitationseinrichtung ihre Gesamteinschätzung einschließlich der Empfehlung zur Zertifikatvergabe mit. Zum anschließenden Abschlussgespräch sollen gerne auch weitere Mitarbeiter eingeladen werden. Die KTQ empfiehlt, den Teilnehmerkreis weit zu fassen, um das Engagement der Mitarbeiter im Rahmen des KTQ-Verfahrens zu würdigen. Das Abschlussgespräch sollte mindestens 30 Minuten dauern. Die KTQ-Visitoren fassen die Ergebnisse der Visitation zusammen und benennen zentrale Stärken und Verbesserungspotenziale der Einrichtung. Ziel des Abschlussgespräches ist es, der Einrichtung die Vorgehensweise der KTQ-Visitoren und ihre Einschätzung nachvollziehbar zu erläutern. Eine Diskussion über die Ergebnisse der Visitation auf der Ebene der Bepunktung wird im Abschlussgespräch nicht geführt, Verständnisfragen seitens der Einrichtung zur Vorgehensweise sind jedoch möglich.

3.3 Nachbereitung der Visitation

Der Visitationsbericht wird aufgrund der Konsensbewertung des KTQ-Visitoren-Teams vom Visitationsbegleiter erstellt und anschließend von den KTQ-Visitoren freigegeben.

Der Entwurf des Visitationsberichtes wird der Einrichtung und der Zertifizierungsstelle unmittelbar (innerhalb von fünf Werktagen) nach der Visitation zur Kenntnisnahme zur Verfügung gestellt.

Rückmeldungen seitens der Einrichtung können innerhalb von fünf Werktagen an die Zertifizierungsstelle gesandt werden. Änderungen am Visitationsbericht können nur nach Freigabe durch alle Mitglieder des Visitations-Teams erfolgen.

Nach Ablauf dieses Zeitraums und der Klärung von Rückfragen übermittelt die Zertifizierungsstelle den finalen Visitationsbericht vertraulich an die Geschäftsführung der Einrichtung. Wenn die KTQ-Visitoren die Zertifikatvergabe empfohlen haben, dann informiert die Zertifizierungsstelle die KTQ darüber, dass das Zertifikat ausgestellt und übermittelt werden soll.

Die KTQ hat jederzeit das Recht, sich Unterlagen wie zum Beispiel der Selbstbewertungsbericht oder den Visitationsbericht zu Prüfungszwecken übermitteln zu lassen.

Werden die Bedingungen für die Zertifikatvergabe nur knapp verfehlt, so besteht eine Möglichkeit zur Nachbesserung im Rahmen des KTQ-Konfidenzintervalls. Möglich ist dies, wenn die Rehabilitationseinrichtung

- Bei einer Erstzertifizierung (in der Fremdbewertung) in vier der sechs KTQ-Kategorien mindestens 55 % der Punkte erreicht hat, in den restlichen Kategorien mindestens 50% der Punkte erreicht hat und maximal zwei BAR-Kriterien noch nicht erfüllt sind.
- Bei einer Rezertifizierung (in der Fremdbewertung) nicht mehr als zwei Kriterien weniger als 50% erreicht haben.

Eine Einrichtung, die das Konfidenzintervall in Anspruch nimmt, muss innerhalb von vier Monaten eine Nachvisitation erfolgreich bestehen. In dieser Nachvisitation überprüft ein Mitglied des ursprünglichen Visitoren-Teams gezielt die Kriterien, die zunächst noch unzureichend waren. Für die Vergabe des KTQ-Zertifikats ist es unerlässlich, dass ALLE BAR-Anforderungen erfüllt werden.

Kapitel 4 Der Katalog

Zeichenerklärung

***Der Stern**:**

Themen und Teilbereiche von Themen, die unter **haftungsrechtlichen Aspekten** besonders sicherheitsrelevant sind, werden in der Katalogversion 3.1 durch einen Stern* gekennzeichnet.

- Wenn das gesamte Thema betroffen ist, steht der Stern am Textanfang. Beispiel: Kriterium 1.1.2 Leitlinien und Standards
 - Thema 1: * Leitlinien der med. Fachgesellschaften und Standards der Fachgesellschaften und der Kostenträger, z. B. DRV-Reha-Therapiestandards
- Wenn nur ein Teilbereich betroffen ist, steht der Stern direkt hinter diesem Textteil.
 - Beispiel: Kriterium 1.2.1 Maßnahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung
 - Thema 2: Übergabe des Rehabilitanden an Notarzt bzw. Rettungsdienst, sichere Identifikation, z. B. Armband*, Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen
 - In diesem Fall bezieht sich der Stern auf den Abschnitt „sichere Identifikation, z. B. Armband“

Der KTQ-Katalog Rehabilitation in der Version 3.1 enthält insgesamt 91 Sterne, von denen sich 80 auf ein ganzes Thema und 11 auf einen Thementeil beziehen. Durch diesen zusätzlichen Service kann die KTQ-Zertifizierung zugleich als Nachweis gegenüber der Haftpflichtversicherung genutzt werden.

Mitgeltendes Dokument: Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX inkl. Manual für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 SGB IX, jeweils in der aktuellen Version.

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.1	SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Rehabilitandenversorgung
1.1.1	Kriterium: Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung
1	Erreichbarkeit der Einrichtung, Parkplatzsituation (einschließlich Behinderten-Parkplätze), öffentlicher Nahverkehr und Ausschilderung
2	Beschichterung und Wegeleitsystem auf dem Einrichtungsgelände und innerhalb der Einrichtung, z.B. Piktogramme, Sehkraft eingeschränkte Personen, internationale Symbole, Vorhandensein eines Begleitervices
3	Elektive Aufnahmeplanung, elektronische Anmeldeverfahren, Aufnahmeverbereitung, Abstimmung mit einweisenden Einrichtungen und Kostenträgern, strukturiertes Rehabilitandenaufnahmesystem*, Ermittlung vorhandener Sprachbarrieren, Abgleich mit im Haus verfügbaren Dolmetschern
4	Aufnahmeplanung für Rehabilitanden mit unterschiedlicher akuter Einweisungsgrundlage, z.B. AHB vs. Heilverfahren
5	Information der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen/Bezugsperson zur Vorbereitung der Aufnahme, Hinweise auf notwendig mitzubringende Dokumente und andere Dinge (z.B. Medikamentenplan, Medikamente etc.)
6	Einrichtungsübergreifendes Belegungsmanagement der Rehabilitandenzimmer für besondere Indikationen, z. B. TEP im rechten oder linken Bein

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.1	SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Rehabilitandenversorgung
1.1.2	Kriterium: Leitlinien und Standards
1 BAR 2.3, 2.4	* Leitlinien der med. Fachgesellschaften und Standards der Fachgesellschaften und der Kostenträger, z. B. DRV-Reha-Therapiestandards
2 BAR 2.4	* Expertenstandards in der Pflege und Pflegestandards
3 BAR 5.2.4	* Behandlungspfade (interdisziplinär, interprofessionell, ausgerichtet an fachlichen Qualitätsstandards), klinische Leitlinien, Pflegestandards, Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen/Standard Operating Procedures
4	* Nachvollziehbarkeit der Abweichung von Leitlinien/Behandlungspfaden/Standards
5 BAR 2.5, 2.6 2.7, 2.8	Einrichtungskonzept: schriftlich festgelegt, verbindlich vereinbart, transparent nach Innen und Außen, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.1	SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Rehabilitandenversorgung
1.1.3	Kriterium: Information und Beteiligung der Rehabilitanden
1 BAR 6.2 2.1	* Rehabilitandenrechte, Berücksichtigung von Rehabilitandenverfügungen, Vollmachten, Betreuungsstatus, Einbeziehung der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden, Berücksichtigung vorliegender Aspekte der Barrierefreiheit
2 BAR 6.1	* Rehabilitandenaufklärung unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben; umfassende Information der Rehabilitanden
3	* Informationsmaterial und -medien während der Behandlung
4	Einbeziehung des Rehabilitanden zur Krankheitsbewältigung
5 BAR 6.1	Einbeziehung der Angehörigen, Bezugs- und Begleitpersonen
6	* Umgang mit Fremdsprachlichkeit
7	Respektierung der Privat- und Intimsphäre
8	Spezifische Angebote, z.B. Seelsorge, Krisenintervention etc.
9 BAR 6.4 6.5	Information der Rehabilitanden über die Grundgedanken von Rehabilitation und den Ablauf der Rehabilitation mit für den Rehabilitanden transparenter Abstimmung verschiedener Interessenlagen (Rehabilitand, Behandler, gesetzlicher Betreuer, Leistungsträger, Selbsthilfe), gemeinsame Auswertung der Reha-Zielvereinbarungen
10 BAR 6.4	Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und Vertretungen von Menschen mit Behinderungen
11	Rechtsstatus, sichere Unterbringung

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.1	SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Rehabilitandenversorgung
1.1.4	Kriterium: Service und Ausstattung
1	Versorgung der Rehabilitanden mit Essen und Trinken unter Berücksichtigung der z.B. kulturellen und religiösen Rehabilitandenwünsche
2	Für Mitarbeitende der Empfangsbereiche: Qualifikation inkl. Pflichtschulungen, z. B. Kommunikations- und Deeskalationstraining, Reanimationsschulung
3	Empfang, Rehabilitandeninformation und Telefonzentrale, Zugriff auf Dienstpläne und relevante Telefonnummern, auch externer Dienstleister inkl. Diskretion, Anonymität und Datenschutz
4	Unterstützung in der Orientierung, z. B. Lageplan, Begleitung der Rehabilitanden zur Station
5	Ausstattung der Rehabilitandenzimmer und spezifisches Raumangebot
6	Umgang mit und Aufbewahrung von Wertsachen
7	Raumangebot für bestimmte Rehabilitandengruppen und Angehörige/Bezugspersonen, Gestaltung von Warte- und Therapiebereichen
8 BAR 12.2	Informations- und Kommunikationsstruktur, Besprechungsmatrix abteilungsübergreifender und abteilungsinterner Besprechungen
9	Alarmserver, Alarmierungsschleifen, Alarmierungskette, Krisenmanagement

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.2	SUBKATEGORIE: Akut-/Notfallversorgung
1.2.1	Kriterium: Maßnahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung
1	Notfallbereitschaft und Organisation der Notfallmaßnahmenaufnahme (für Rehabilitationseinrichtungen die ggfs. eine Intensivstation, Stroke-Unit etc. haben)
2	Übergabe des Rehabilitanden an Notarzt bzw. Rettungsdienst, sichere Identifikation, z. B. Armband*, Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen
3 BAR 12.4	* Algorithmen der Notfallversorgung (Erste-Hilfe-Plan) / Standards zur Erstversorgung, Regelungen zur initialen Zuständigkeit, zur Erstdiagnostik und -therapie und Zeitziele für die Leitsymptome
4	* Dokumentation in der Notfallversorgung, interne Belegungssteuerung
5	Organisation der präklinischen und klinischen Versorgung, Kooperation mit den Rettungsdiensten

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.3	SUBKATEGORIE: Ambulante/teilstationäre Rehabilitation
1.3.1	Kriterium: Ambulante/teilstationäre Diagnostik und Behandlung
1 BAR 6.6	Planung, Abstimmung und Nutzung von Vorbefunden, Schnittstellenmanagement zu Vorbehandlern
2	Vernetzung der ambulanten/teilstationären und stationären Versorgung, Zentren, Nachvollziehbarkeit und Kontinuität der Informationen zwischen Ambulanzen und Stationen bei der stationären Aufnahme
3	Langfristige Sicherung der ambulanten/teilstationären Versorgung zur Behandlungskontinuität
4	Koordination der erforderlichen Diagnostik im Rahmen eines zentralen Rehabilitandenmanagements
5	Information und Absprachen mit den zuweisenden Ärzten/weiterbehandelnden Einrichtungen, z.B. Stand der beruflichen Wiedereingliederung, Klärung der Zuständigkeit bei der Erstellung der dafür notwendigen Dokumente, Zuständigkeit für die Beantragung einer LTA (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) etc.
6	Gesteuertes Ressourcenmanagement für die ambulante/teilstationäre Versorgung

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.4	SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung
1.4.1	Kriterium: Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite
1 BAR 6.6	* Diagnostik und Behandlungsplanung unter Berücksichtigung von Status, Lebensumständen und Begleiterkrankungen inkl. fachärztlicher und fachtherapeutischer Begutachtung, Schnittstellenmanagement zu Vorbehandlern
2 BAR 8.9 12.2	* Interprofessionelle und multiprofessionelle Abstimmung, standardisierte Schichtübergabe, Einbeziehung niedergelassener Ärzte, berufsgruppenübergreifende Besprechungen, interdisziplinäre Visiten und Fallbesprechungen, interne Qualitätszirkel oder analoge Formen innerbetrieblicher Arbeitskreise
3	* Umgang mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Nichtärzte und psychotherapeutischer Tätigkeiten an Nicht-Psychotherapeuten
4	Besondere Behandlungsangebote, z.B. Angebote für demenziell Erkrankte, für Familien
5	Konsilwesen (Intern und Extern)
6	Qualifikation und Fortbildung von Mitarbeitenden für eine spezialisierte Versorgung, z.B. zur Wundversorgung, zum Umgang mit dementen Rehabilitanden
7	Zusammenarbeit mit den Justizbehörden unter Berücksichtigung nicht-medizinischer Unterlagen, z.B. Gerichtsentscheidungen, Gutachten
8	* Visitenorganisation: Beteiligte, Zeiten, am Wochenende und an Feiertagen (und Frequenz der Visiten, Chef-/Oberarztvisiten, Kurvenvisiten, Pflegevisiten, Therapeutenvisiten)
9	Rehabilitandenorientierte Kommunikation, Wahrung der Intimsphäre des Rehabilitanden
10	* Dokumentation der Visiten, Mobile Visite, Stand der Etablierung einer elektronischen Rehabilitandenakte
11	* Pflegevisiten, Therapeutische Visiten
12	Teambesprechungen, Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.4	SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung
1.4.2	Kriterium: Therapeutische Prozesse und Ernährung
1 BAR 3.1 3.2, 3.7	Steuerung des rehabilitativen Prozesses und seiner Vorgabedokumente (indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte) inkl. fachärztlicher und fachtherapeutischer Begutachtung*, Einbeziehung von Case Management und medizinischer Assistenz, Festlegung von Rehabilitationszielen im Dialog mit den Rehabilitanden und transparente Handhabung im Reha-Prozess, Abstimmung bei Verlegungen
2	* Planung und Durchführung von Prophylaxen (z.B. Sturz, Dekubitus, Thrombose, Pneumonie)
3	* Schmerztherapie für Akutschmerz-, Chronische Schmerz-, ggf. Multimodalschmerztherapie inklusive Schmerzmessung, Medikationsstandards, geschultes Personal
4	* Umgang mit auftretenden Komplikationen, u.a. Standards, Verantwortlichkeiten, Auswertung, Kommunikation, Schlussfolgerungen
5	* Information und Vorgehen zur Reduktion von Komplikationen, Meldewesen zum Komplikationsmanagement
6 BAR 3.3 3.4, 3.5	Interdisziplinärer, indikationsspezifischer, ICF-orientierter rehabilitativer Prozess mit funktionsorientierten Behandlungskonzepten
7	Ernährungsstatus bei Aufnahme, systematisches Assessment
8	Ernährung zur Unterstützung der Therapie, spezifische Vorgehensweisen zur Therapieoptimierung und bei Mangelernährung, Ernährung von Risikorehabilitanden mit z.B. Schluckstörungen
9	Einsatz von Messtechniken zur Überwachung des Ernährungszustandes, Abklärung eines Bilanzierungsbedarfs im Trinkverhalten
10	Ernährungs-, Diätberatung und ernährungsmedizinische Betreuung, bedarfsgerechte Unterstützung der Rehabilitanden bei der Nahrungsaufnahme

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.4	SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung
1.4.3	Kriterium: Spezielle rehabilitative Prozesse
1	Rehabilitandenschulung im Sinne des allgemeinen Gesundheitsbildungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung
2	Rehabilitandenschulungen bei speziellen Krankheitsbildern oder Problemlagen
3	Rehabilitandenidentifikation in den verschiedenen Therapiebereichen der Einrichtung, Empfehlungen Aktionsbündnis Patientensicherheit
4	Transferorientierung des therapeutischen Prozesses (Selbstmanagement im Hinblick auf die Anforderungen des Alltags)
5 BAR 3.6 6.5 8.2	Regelhafter Umgang mit Therapiezielen, z. B. Messung/Überprüfung der Therapiezielerreichung im Dialog mit den Rehabilitanden, Dokumentation der Therapiezielerreichung; interne Ergebnismessung der rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozesse

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.5	SUBKATEGORIE: Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche
1.5.1	Kriterium: Entlassungsprozess
1	* Organisation und Steuerung, Aufgaben, Qualifikation und Integration des Sozialdienstes und ggf. der Casemanager
2	Weiterversorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln
3 BAR 6.6	* Planung, Kommunikation und Organisation der Entlassung an weiterversorgende Einrichtungen / niedergelassene Ärzte, auch bei besonderen Situationen wie z.B. Entlassungen gegen ärztlichen Rat
4	* Abschlussdokumentation, u.a. Überleitungsbogen, Arztbrief, Befunde, Umgang mit nachkommenden Befunden
5	* Ärztliches Entlassungsgespräch inklusive Dokumentation
6	* Informationsmaterialien für Rehabilitanden und Angehörige zum Verhalten nach der Entlassung
7 BAR 6.6	Kooperation und Abstimmung mit z.B. niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, regionalen Pflegestützpunkten
8	Interdisziplinäres Zustandekommen der sozialmedizinischen Stellungnahme und Vermittlung gegenüber dem Rehabilitanden

1	KATEGORIE: Rehabilitandenorientierung
1.6	SUBKATEGORIE: Sterben und Tod
1.6.1	Kriterium: Umgang mit sterbenden Rehabilitanden und Verstorbenen
1	Organisation, Planung und Umsetzung der Verlegung Sterbender oder der Sterbebegleitung.
2	Regelungen und Standards zur Symptomtherapie und palliativen Schmerztherapie, palliativmedizinischer Konsiliardienst
3	Einbeziehung der Angehörigen / Bezugspersonen und externer Dienste, z.B. Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, Hospizen
4	Kooperation zur speziellen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung
5	Regelung zur Leichenschau und zum Ausfüllen der Totenscheine
6	Umgang mit verschiedenen Religionen und Weltanschauungen, Berücksichtigung persönlicher, kultureller und religiöser Wünsche des Rehabilitanden und der Angehörigen
7	Qualifizierung und Fortbildung von Mitarbeitenden zum Umgang mit sterbenden Rehabilitanden; Supervisionsangebote
8	Kommunikation mit Angehörigen / Bezugspersonen und Kommunikation mit z.B. Hausärzten
9	Aufbewahrung und Herausgabe des Leichnams, Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmen, Umgang mit Wertgegenständen

2	KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung
2.1	SUBKATEGORIE: Personalplanung / Personalentwicklung
2.1.1	Kriterium: Personalbedarf und Akquise
1	* Berechnungs- und Planungsverfahren inkl. Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen und Bereiche, Berücksichtigung von Leistungs- und Erlösveränderungen
2	* Qualifikationsquoten, u.a. Facharztquote, Anteil examinerter Pflegekräfte, Therapeuten, Art und Anteil von Weiterbildungen unter Berücksichtigung der Vorgaben seitens der Kostenträger, Qualifikationsmatrix
3	Umgang mit Fluktuationsraten, Personalausfall- und Überstundenquoten auch im Vergleich zu anderen Einrichtungen, Einbeziehung der Personalvertretung/Betriebsrat
4	Personalakquise und Einstellungsprozess

2	KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung
2.1	SUBKATEGORIE: Personalplanung / Personalentwicklung
2.1.2	Kriterium: Personalentwicklung
1	Organisation und Systematik der Personalentwicklung unter Berücksichtigung der individuellen Qualifikation
2 BAR 5.1.2	Stellen- und Funktionsbeschreibung inkl. Kompetenzprofile
3	Führungskräfteentwicklung in der mittleren Führungsebene als Bestandteil der Personalentwicklung
4	Mitarbeitergespräche mit dialogischem Feedback zur Zusammenarbeit inkl. Zielvereinbarungen, Fort- und Weiterbildung und Karriereplanung
5	Beurteilungswesen

2	KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung
2.1	SUBKATEGORIE: Personalplanung / Personalentwicklung
2.1.3	Kriterium: Einarbeitung
1 BAR 12.5	Organisation, Verantwortlichkeit und Systematik, Informationshilfen, z.B. Einführungstag, Veranstaltungen, Handbücher, Intranet; spezielle Angebote für Nicht-Muttersprachler
2	* Berufsgruppen- und bereichsspezifische Einarbeitung inkl. Betreuung/Begleitung
3	Mitarbeitergespräche zur Einarbeitung
4	Umgang mit der Dokumentation/ Nutzung von Checklisten während der Einarbeitung, Erfolgskontrolle, Kündigungen während der Probezeit

2	KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung
2.1	SUBKATEGORIE: Personalplanung / Personalentwicklung
2.1.4	Kriterium: Ausbildung, Fort- und Weiterbildung
1	Angebote zur beruflichen Ausbildung und deren Inhalte
2	Sicherstellung der Theorie-Praxis-Vernetzung zwischen Ausbildungsstätte und Einrichtung/Klinik
3	Sicherstellung des Lernerfolges u.a. mit Mentoren/Praxisanleitern
4 BAR 6.3	Umgang mit Facharztweiterbildung, pflegerischen und therapeutische / andere Berufsgruppen (Fachweiterbildungen, Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen, inkl. Zusatzbezeichnung (z.B. Sozialmedizin, Rehabilitationswesen). Einbindung des Gewaltschutzes als festen Bestandteil in das Fort- und Weiterbildungskonzept für das Fachpersonal; die Überprüfung und Aktualisierung des Konzepts in regelmäßigen Abständen
5 BAR 12.6	Datenerhebung zum Fortbildungsbedarf, zielorientierte Jahresplanung der Fort- und Weiterbildung (intern/extern); Einsatz von team-/abteilungsbezogenen Verantwortlichen
6	Gesamtkonzeption und Koordination von Pflichtfortbildungen
7	Finanzierung und Freistellung zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

2	KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung
2.1	SUBKATEGORIE: Personalplanung / Personalentwicklung
2.1.5	Kriterium: Arbeitszeiten / Work-Life-Balance
1	Erfassung und Umgang mit Arbeitszeit, Dienst- und Urlaubsplanung unter Berücksichtigung der Qualifikationsquoten*, Mehrarbeit/Überstunden, Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen
2	Familienfreundliche Einrichtung, z.B. flexible Arbeitszeitgestaltung, Betriebskindergarten, Mitarbeiterkindertag, Ferienbetreuung
3	Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement inkl. Prävention
4	Umgang mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz
5	Umgang mit Mobbing/Bossing, Suchterkrankungen, sexueller Belästigung, etc.

3	KATEGORIE: Sicherheit – Risikomanagement
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.1	Kriterium: Eigen- und Fremdgefährdung
1	* Einschätzung bei Aufnahme, Dokumentation und Prävention z.B. Sturz, Dekubitus, Suizidalität, Erfüllung des Medikationsplanes bei wichtigen Medikamenten (z.B. rechtzeitige Insulingabe), Notwendigkeit der Bilanzierung der Trinkmenge, Erfassung kognitiver Defizite sowie der Geschäftsfähigkeit
2	* Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit oder alternative Bündnisse
3	* Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Deeskalationstraining
4 BAR 5.2.2 6.3	Gewaltprävention, Gewaltschutzkonzept insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung. Maßnahmen bei Verdachtsfällen und bei akuten Gewaltfällen; Festlegung von festen Ansprechpersonen zur Umsetzung des Gewaltschutzes innerhalb der Einrichtung z. B. Vertrauensperson
5	* Zugangsbeschränkungen /Schließsysteme, Überwachungsregelungen, z.B.: Kinder-Station, bei kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden
6	* Berücksichtigung technischer Risiken, z.B. Treppen, Aufzüge, Balkone, Steckdosen, Geräten

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.2	Kriterium: Medizinisches Notfallmanagement
1	* Definition des Notfalls (auch des psychiatrischen Notfalls), Organisation, inkl. Verantwortung und Ausstattung für das Notfallmanagement aller Rehabilitandengruppen, ggf. auch in Sicherheitsbereichen
2	* Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen/ Reanimationstraining mit aktuellen Inhalten
3	* Notruf- und Alarmierungssystematik, Kooperation mit Krankentransportdiensten, Kriterien für die rechtzeitige Alarmierung eines externen Notarztes
4	* Berichtswesen, interne Information und Kommunikation, Angebot zur Fall-/Nachbesprechung

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.3	Kriterium: Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement
1	* Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Hygienekommission
2 BAR 5.2.2	* Umsetzung von Empfehlungen und gesetzlichen Vorgaben, Handlungsanweisungen, Meldewesen
3	* Screeningverfahren
4	* Ausbruchsmanagement/Pandemieplanung, Organisation von Isolationsstationen und Schutzausrüstungen
5	* Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltung mit aktuellen Inhalten
6	* Hygienepläne, Desinfektionspläne, Hygieneüberwachung (z.B. Legionellen) inkl. Klima und Wasser, Hygieneaudit / Hygienebegehungen entsprechend der Hygieneverordnung der Länder
7	* Nahrungsmittelzubereitung nach Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept (HACCP)

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.4	Kriterium: Hygienerelevante Daten
1	* Erfassung, Kommunikation und Evaluation von Nosokomialen Infektionen, Meldewesen und Zuständigkeiten bei meldepflichtigen Erkrankungen
2	* Technische Übermittlung der Daten und Befunde, Keim- und Resistenzstatistiken
3	* Antibiotikaverbrauch, Desinfektionsmittelverbrauch
4	* Beteiligung an externen Hygienemaßnahmen (z.B. Aktion Saubere Hände)

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.5	Kriterium: Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit
1	* Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Arzneimittelkommission, Arzneimittelaudits/Arzneimittelbegehungen
2	* Bestellwesen und Lagerung von Arzneimitteln, Umgang mit Betäubungsmitteln
3	* Umsetzung von Empfehlungen zur Kennzeichnung zubereiteter Injektionen und Infusionen
4	* Sichere Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln, rechtzeitige Anpassung der externen Medikation lt. Plan an die intern verfügbaren Medikamente, Berücksichtigung normativer Vorgaben, Erfassung der Fähigkeit des Rehabilitanden, seine Medikamententagesration selbst zusammenzustellen, Meldewesen inkl. Meldung an das BfArM
5	* Berücksichtigung Rehabilitandensicherheit inkl. Information über Wirkung, Wechselwirkung und Kompatibilität, Medikamenteninteraktionen und Interaktionsprüfungen, Umgang mit Arzneimittelrückrufen und Arzneimittelzwischenfällen
6	<ul style="list-style-type: none"> * Blutkomponenten und Plasmaderivate * Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Transfusionskommission und Audits / Begehungen * Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben, Meldewesen inkl. Meldung an die Landesärztekammer * Regelmäßige Schulungen / Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.1	SUBKATEGORIE: Rehabilitandenbezogene Risiken
3.1.6	Kriterium: Medizinprodukte
1	* Organisation, Struktur, Systematik und Verantwortung inkl. Verantwortlicher, Beauftragte, Umsetzung der IT-Sicherheit bei Medizinprodukten
2 BAR 5.2.2	* Einweisungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben
3	* Prüfung und Wartung inkl. rehabilitandennaher Geräte, Point of Care Testing (POCT), Berücksichtigung verschiedener Geräteklassifizierungen, Wartungsverträge
4	* Umgang mit Leih- und Teststellungen
5	* Umgang mit Gerätezwischenfällen oder -ausfällen -24h Bereitschaftsdienst, Meldewesen
6	* Verfügbarkeit von technischen Medizinprodukten inkl. prospektiver Investitionsplanung
7 BAR 5.2.2	* Aufbereitung von Medizinprodukten (AEMP)

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.2	SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte
3.2.1	Kriterium: Arbeitsschutz
1 BAR 5.2.2	Organisation, Qualifikation und Verantwortung entsprechend gesetzlicher Vorgaben inkl. Arbeitsschutzausschuss, Arbeitsschutzaudits /-begehungen
2	Betriebsärztliche Untersuchungen
3	Umgang und Meldewesen bei Arbeitsunfällen, Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft
4	Gefährdungsbeurteilungen, Umgang mit Gefahrstoffen inkl. Gefahrstoffverzeichnis, Sicherheitsdatenblätter, Berücksichtigung der technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe und Unfallverhütung
5	Qualifikation und Nachweise zum Strahlenschutz
6	Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten
7	RKI-konforme hausinterne Regelung zum Mitarbeitendenschutz insbesondere bei Pandemien, Schutzausrüstung für Mitarbeiter, Screeningan gebote für Mitarbeiter

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.2	SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte
3.2.2	Kriterium: Brandschutz
1 BAR 5.2.2	* Organisation, Qualifikation und Verantwortung entsprechend gesetzlicher Vorgaben inkl. baulicher und technischer Brandschutz, Fluchtwegpläne, Brandschutzaudits /-begehungen
2	* Meldekette, Alarmierungssystematik, Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr
3	* Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten inkl. Feuerlöschübungen, Anzahl der Brandschutzhelfer
4	* Planspiele, Evakuierungsübungen, Kommunikation mit der Leitstelle und Feuerwehr

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.2	SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte
3.2.3	Kriterium: Einrichtungsalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen
1	Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Einrichtungseinsatzleitung, stationsspezifischer Evakuierungslisten/Belegungslisten unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesrechts
2	Einrichtungsalarm und -einsatzplanung inkl. der für die Rehaeinrichtung relevanten Lagen, z. B. Ausfall/Manipulation von Technik (IT und Subsystemen, AEMP, Wasser, Abwasser, Heizung, Telefonanlage, Strom, medizinischen Gasen, Ver- und Entsorgung), MANV, Epidemie/Pandemie, CBRN, lebensbedrohliche Einsatzlagen (z. B. Bomben, Terror, Amok, Geiselnahme, Sabotage)
3	Katastrophenschutzplan, Alarmierungskette inkl. technischer Unterstützung für Reihenalarmierungen
4	Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten
5	Moderne Lernmethoden (Übungen/Planspiele) z. B. zur Evakuierung, Kommunikation mit der Leitstelle, den Rettungsdiensten und der zuständigen Behörde

3	KATEGORIE: Sicherheit
3.2	SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte
3.2.4	Kriterium: Umweltschutz
1	Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Audits / Begehungen und Berichtswesen
2	Energie- und Wassereinsparung, Energieaudit, Energiezertifizierung
3	Abfall und Wertstoffmanagement inkl. Umgang mit Einweg-/Mehrwegprodukten
4	Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Aktivitäten zum Umweltschutz, z.B. „Green Hospital“, „BUND“, Lademöglichkeiten für E-Autos/E-Bikes für Mitarbeiter, Job-Ticket

4	KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen
4.1	SUBKATEGORIE: Informations- und Kommunikationstechnologie
4.1.1	Kriterium: Netzwerkstruktur und Datensysteme
1	Einrichtungsinformationssysteme inkl. Regelungen zum externen Datenzugriff*
2	Datensicherung, redundante Systeme
3	Zentrales Rechenzentrum
4	Austausch medizinischer Daten, z. B. Endoprothesenregister, Tumorregister, externe Laborbefunde
5	Service-Leistungen für die Nutzer, z.B. Hotline, Helpdesk-Funktionalitäten

4	KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen
4.1	SUBKATEGORIE: Informations- und Kommunikationstechnologie
4.1.2	Kriterium: Einsatz von Software
1	Elektronische Rehabilitandenakte, deren interne und externe Nutzung; Berücksichtigung internationaler Standards zum Datenaustausch
2	Telemedizin, Vernetzung mit externen Dienstleistern, Zuweiserportale, elektronischer Arztbrief- und Befundübermittlung
3	Schulungen für Softwareanwendungen

4	KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen
4.2	SUBKATEGORIE: Rehabilitandendaten
4.2.1	Kriterium: Klinische Dokumentation
1 BAR 5.2.5	* Erfassung, Führung und Dokumentation (mit Dokumentationsverteilung/-kommunikation) des Behandlungsverlaufes inklusive der Dokumentation von therapeutischen Beratungen, Entlassungsgesprächen und Umgang mit mündlichen / telefonischen Anordnungen
2	Schulungsunterlagen / Musterakten
3	Integration der Vorbefunde und externen Befunde vor, während und nach dem Aufenthalt
4	Handzeichenlisten / digitale Signatur
5	IT-Unterstützung für den Prozess der Rehabilitandendatendokumentation, Vernetzung der IT- und papiergestützten Dokumentation*
6	Zeitnahe und vollständige Verfügbarkeit relevanter Daten
7	Archivierung rehabilitandenbezogener Daten, revisionssichere Langzeitarchivierung*
8	Zugriffsberechtigungen auf Rehabilitandendaten
9	Internes Schnittstellenmanagement der Einrichtungsinformationssysteme
10	Aktenworkflow und Aktenmonitoring während und nach der Behandlung*, Mahnverfahren

4	KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen
4.2	SUBKATEGORIE: Rehabilitandendaten
4.2.2	Kriterium: Datenschutz
1 BAR 5.2.2	Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Audits / Begehungen und Berichtswesen, unter Berücksichtigung der DSGVO und nationaler und DVR- Vorgaben
2	Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten
3	Umgang mit dem Rollen-und Rechte-Konzept für Einrichtungs-Informations- externer Datentransfer und Auftragsdatenverarbeitung
4	* Umgang mit Papierakten / Digitale Akte inkl. Archivakten und Fotodokumentationen
5	Umgang mit klinikinternen – externen Telefonaten und Faxübermittlungen
6	Datenschutzgerechte Übermittlung des Entlassungsbrieves an den Kostenträger und die weiterbehandelnden Einrichtungen

4	KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen
4.3	SUBKATEGORIE: Internes Informationsmanagement
4.3.1	Kriterium: Einsatz neuer Medien
1	Nutzung von Social Media
2	Kommunikationstool zur kurzfristigen, einrichtungsunabhängigen Informationsweitergabe (Mitarbeiter-App)
3	Einsatz von Kommunikations-/Informationstechnologien z. B. Videokonferenzen, Tablets
4	Audiovisuelle Medien, E-Learning

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.1	SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur
5.1.1	Kriterium: Unternehmenskultur/Teilhabeorientiertes Leitbild
1 BAR 1.2	Beteiligung der Mitarbeitenden bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung eines Leitbildes
2	Führungsgrundsätze in Verbindung mit dem Leitbild
3 BAR 1.3 1.4 1.5 1.6	Vorgehensweise, um Philosophie / Leitbild präsent und aktuell zu halten (schriftliche Festlegung, Kommunikation nach Innen und Außen, regelmäßige Aktualisierung), z.B. das Leitbild wird regelmäßig überprüft
4 BAR 1.1	Relevanz von Philosophie / Leitbild bei der Unternehmensstrategie und beim Unternehmenszweck (Rehabilitation – insbesondere Aussagen zum Selbstverständnis, dem Auftrag, den Handlungsfeldern, der Werteorientierung und dem Menschenbild, den Führungsgrundsätzen, dem Qualitätsmanagement, der Wirtschaftlichkeit, der Mitarbeitendenpflege, der Kooperationen und der Ökologie)
5	Operationalisierung von Philosophie / Leitbild im Sinne einer Markenbildung
6	Systematische Berücksichtigung der Unternehmenskultur/Leitbilds z. B. bei der Auswahl der Mitarbeitenden, der Einarbeitung, bei Mitarbeitendengesprächen und -Befragungen
7	Relevanz der Unternehmenskultur/des Leitbilds bei der Unternehmensstrategie und Markenbildung

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.1	SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur
5.1.2	Kriterium: Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen
1 BAR 1.1	Einbindung des Themas Führung in das Leitbild / die Unternehmensphilosophie / die Marke
2	Führungskräfteentwicklung unter Berücksichtigung der Führungsgrundsätze
3	* Förderung der Sicherheitskultur, z.B. durch adäquaten Umgang mit Kritik / Fehlern in Verbindung mit den Führungsgrundsätzen
4	Vertrauensfördernde Maßnahmen wie z.B. Teamentwicklung, Supervision und Coaching
5	Förderung der Unternehmenskultur, Vermittlung klinikinterner Zielvorstellungen

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.1	SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur
5.1.3	Kriterium: Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung
1	Ziele und Verantwortlichkeiten zu ethischen und weltanschaulichen Themen, Berücksichtigung in Philosophie / Leitbild,
2	Organisationsstruktur, Wirkungsbereich und Aufgaben des Ethikkomitees, Leitlinien und Empfehlungen
3	Ethische Reflexion, Nutzung ethischer Fallbesprechungen
4	Einbindung der Seelsorge
5	Umgang mit den verschiedenen Religionen / Glaubensrichtungen / Weltanschauungen
6	Berücksichtigung ethischer, kultureller und religiöser Themen, z.B. Veranstaltungen, innerbetriebliche Fortbildung
7	Soziale, kulturelle und ökologische Projekte

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.1	SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur
5.1.4	Kriterium: Unternehmenskommunikation
1	Marketingkonzept, Pressestandards, Umgang mit Pressemitteilungen
2	Strategie und Umgang mit verschiedenen Medien wie Internet, Intranet, Mitarbeitendenzeitung, Social Media, z.B. Broschüren, Flyer, Informationsveranstaltungen; Zusammenarbeit mit Presse, TV, Radio
3	Abstimmung und Kommunikation der Jahresplanung der Unternehmenskommunikation, Kooperation mit den Kliniken zur Darstellung der Leistungsangebote, z.B. jährliche Ereignisse wie Informationsveranstaltungen zu einzelnen Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten
4	Kommunikation in Krisensituationen, Einbindung der Öffentlichkeitsarbeit bei besonderen Ereignissen / Katastrophenfällen
5 BAR 2.2	Corporate Identity und Corporate Design / Markenbildung inkl. Darstellung des Leistungsspektrums
6	Informations- und Kommunikationsstruktur, Besprechungsmatrix
7 BAR 8.4	* Information der Unternehmensleitung über alle relevanten internen und externen Ereignisse, insbesondere Dokumentation von Daten aus der Umsetzung einschlägiger gesetzlicher und behördlicher Forderungen wie dem Beschaffungsverfahren
8	Angebote für einen niederschwelligen Zugang zur Einrichtungsleitung/Unternehmensleitung

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.2	SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung
5.2.1	Kriterium: Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung
1	Zukunftsorientierte Ausrichtung des Unternehmens in Übereinstimmung mit dem Leitbild/der Unternehmenskultur und unter Berücksichtigung von Marktanalysen und Demographie und dem DRV-Benchmark
2	Einbindung der Führungskräfte aller Ebenen, des QM und der Mitarbeitenden bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Strategie
3	Berichtswesen inkl. Qualitätskennzahlen und Public Reporting zur Zielplanung für die Einrichtungsleitung und Führungskräfte
4	Nutzung der Zielvereinbarungsgespräche zur Umsetzung und Steuerung der Zielplanung
5	Ausrichtung der Projekte zur Umsetzung der Zielplanung

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.2	SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung
5.2.2	Kriterium: Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement
1	Wirtschaftsplan mit Finanz-, Investitions- und Liquiditätsplan, Regelungen der Budgetverantwortlichkeiten
2	Kaufmännisches Risikomanagement: Ziele, Themen, Verantwortlichkeiten, Einbindung der Führungskräfte, Methodik; Berichtswesen inkl. Kennzahlensystem und Public Reporting
3	* Abgrenzung und Verbindung zum klinischen Risikomanagement
4	Regelungen der internen Revision
5	Regelungen zum Umgang mit Drittmitteln und Forschungsgeldern
6	Konzeption zum Thema Compliancemanagement, inkl. Regelungen zur Vermeidung und Bekämpfung von Korruption

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.2	SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung
5.2.3	Kriterium: Partnerschaften und Kooperationen
1	Entwicklung von Kooperationen und Partnerschaften inkl. Ziele und Kriterien, Bewertung, Umgang mit vertraglichen Regelungen inkl. Haftungsabsprachen *, Koordination
2	Kooperation mit z.B. Schulen, Hochschulen und Kliniken, Selbsthilfegruppen, regionale Pflegestützpunkte
3	Austausch/Rückmeldungen/Befragung der Kooperationspartner, z. B. Einweiser, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste, soziale Dienste, Gesundheitsfachberufe, Krankenkassen

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.3	SUBKATEGORIE: Unternehmensentwicklung
5.3.1	Kriterium: Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien
1 BAR 12.1	Geschäftsordnungen, Geschäftsverteilungspläne, Gesellschafterverträge, Übersicht und Organisation der Gremien und Kommissionen, regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung und der Einrichtungsleitung mit der nachgeordneten Ebene
2	Kommunikation der Ergebnisse der Gremienarbeit inkl. Protokollwesen, Nutzung weiterer Medien wie Intranet, Mitarbeitendenzeitung
3 BAR 5.1.3	* Beauftragtenwesen, Übersicht und Kompetenzen / Aufgaben; Darstellung der Beauftragten im Organigramm des Unternehmens

5	KATEGORIE: Unternehmensführung
5.3	SUBKATEGORIE: Unternehmensentwicklung
5.3.2	Kriterium: Innovation, Wissens- und Ideenmanagement
1 BAR 12.3 12.7	Instrumente des Wissensmanagements inklusive regelmäßige interne Teamfortbildungen, barrierefreier Zugang zu aktueller Fachliteratur, strukturierte Weitergabe aktuellen Wissens zur Sicherung innerhalb der Einrichtung , z.B. Fachtagungen
2	Systematische Einbindung der Abteilungen zur Gestaltung von Innovationen; Kommunikation umgesetzter Innovationen
3	Methoden des Projektmanagements inkl. Projektkoordination, Projektauftrag, -status und -abschlussbericht, sowie Kommunikation zu den laufenden und abgeschlossenen Projekten
4	Ideenmanagement / Innerbetriebliches Vorschlagswesen: Organisation, Systematik inkl. Bewertungskriterien und Beurteilungszeiträumen, Verantwortlichkeiten
5	Motivation und Anreize für Mitarbeitende zur Beteiligung, Transparenz und adäquate Anerkennung, interne Öffentlichkeitsarbeit inkl. Veröffentlichung der Ergebnisse

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.1	SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf
6.1.1	Kriterium: Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts-, Chancen- und klinischen Risikomanagements
1 BAR 4.1.1 4.1.3 4.2.1, 4.2.2 4.2.3, 5.4.2 10.1	Anzahl, zeitliche Ressourcen, Qualifikation der Mitarbeitende für das Qualitäts-, Chancen- und klinische Risikomanagement, Qualitätsmanagement-Beauftragter, Benannte/Beauftragte in den einzelnen Abteilungen und für interne Audits
2 BAR 4.1.1	Verpflichtung der obersten Leitungsebene, Lenkungs- / Steuerungsgremium, Qualitätspolitik als strategisches Merkmal
3 BAR 4.1.2, 4.2.4	Schriftliche Ernennung und Tätigkeitsbeschreibung des Qualitätsmanagement-Beauftragten, Verantwortlichkeiten und Vorgehen zur Priorisierung, Abstimmung und Kommunikation der Jahresplanung des Qualitätsmanagements, Qualitätsziele
4 BAR 4.2.5	Transparente Vermittlung der Aufgaben und Befugnisse des Qualitätsmanagement-Beauftragten nach Innen und Außen
5 BAR 4.2.2, 5.3.2 5.5.2, 8.6	Fortbildungsangebote für die Benannten / Beauftragten und alle Mitarbeitenden, umfassende und differenzierte Beteiligung aller Mitarbeitenden, Abteilungen und Bereiche, transparente Entwicklung von Qualitätszielen mit Umsetzungsplan und transparenter Überprüfung ihrer Erreichung
6 BAR 5.3.1 5.3.3 5.4.3, 5.4.4	Dokumentierte interne Ergebnismessung, Methoden, Instrumente und deren Weiterentwicklung inkl. Managementbewertung zur Ableitung von messbaren Qualitätszielen, Benchmarking, systematisch geplante interne Audits, QM-Berichtswesen

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.1	SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf
6.1.2	Kriterium: Methoden des klinischen Risiko-, Chancen- und Fehlermanagements
1 BAR 10.1 10.2 10.3 11.1 11.2	* Verantwortlichkeiten, Qualifikationen, Schulungen, Zielsetzung und Berichtswesen, schriftliches Konzept zum Risiko-, Chancen- und Fehlermanagement, Statistik, Auswertung und Analyse
2 BAR 10.4 11.4	* Vorgehen zur Optimierung/Etablierung einer Fehler- / Sicherheitskultur mit Etablierung von Vorbeugemaßnahmen / Prävention, Einbeziehung der Mitarbeitenden
3 BAR 10.2 11.1	* Methoden, u.a.: Risikoaudit, Critical Incident Reporting System (CIRS), Beschwerdemanagement und Befragungen zum Thema Rehabilitandensicherheit, Beteiligung an einem einrichtungsübergreifendem Meldesystem, Instrumente zur Erkennung von Chancen
4 BAR 11.3	* Umgang mit Behandlungsfehlervorwürfen und Schadenfällen mit Ableitung von Maßnahmen, Kooperation mit dem Qualitätsmanagement und der Haftpflichtversicherung, etc.

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.1	SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf
6.1.3	Kriterium: Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung
1 BAR 2.1, 5.1.1 5.1.3 5.2.1	Identifikation, Definition, Gestaltung und Überwachung der Kern-, Führungs-, Stützprozesse (insbesondere der rehabilitandenbezogenen Prozesse) und Darlegung der Strukturen der Einrichtung/des Organigramms
2 BAR 5.1.1 5.2.3 5.5.1	Festgelegte, transparente, verbindliche interne Kommunikationsstrukturen und abteilungsübergreifende Organisation des Prozessmanagements und der Prozess-Verantwortlichkeiten inkl. Schnittstellenmanagement, Qualifikation / Schulungsangebote
3 BAR 8.2	Instrumente / Methoden zur Messung und Analyse von rehabilitandenbezogenen und unterstützenden Prozessen
4 BAR 5.4.4 5.4.5 5.5.2	Umfassende Einbeziehung aller Mitarbeitenden in das QM der Einrichtung und differenzierte Beteiligung, Optimierung von Prozessen unter Einbindung der jeweils betroffenen Kliniken / Abteilungen, systematischer Umgang mit den Ergebnissen / Korrekturmaßnahmen interner Selbstprüfungen

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.2	SUBKATEGORIE: Befragungen
6.2.1	Kriterium: Rehabilitanden / externe Kooperationspartner / Kunden
1 BAR 8.7	Verantwortlichkeiten, Berücksichtigung aller Bereiche, Ziele, Themen inkl. sicherheitsrelevanter Aspekte, Einbindung der Mitarbeitenden, Art und Methode der Befragung inkl. Validität, Rücklaufquote, Datenschutz, Intervall, Auswertung auf Einrichtungs- und Stationsebene
2 BAR 8.8	Verknüpfung der Instrumente Rehabilitandenbefragung und Meinungs-/Beschwerdemanagement, der Einweiserbefragung mit den weiteren Bausteinen des Einweisermanagements, Berücksichtigung verschiedener Zielgruppen von Rehabilitanden, z.B. ambulante Rehabilitanden, onkologische Rehabilitanden
3 BAR 6.3	Transparente Kommunikation und Nutzung der Befragungsergebnisse unter sicherheitsrelevanten Aspekten*
4 BAR 8.8	Befragung weiterer Kooperationspartner, z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste, soziale Dienste, Heilmittelerbringer, Krankenkassen, als ein Baustein einer nachhaltigen Kooperation

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.2	SUBKATEGORIE: Befragungen
6.2.2	Kriterium: Mitarbeitendenbefragung
1 BAR 5.5.3	Verantwortlichkeiten, Einbeziehung der Personalabteilung und der Personalvertretung, Ziele, Themen inkl. sicherheitsrelevanter Aspekte, Einbindung der Mitarbeitenden, Art und Methode der Befragung, Validität, Rücklaufquote, Datenschutz, Anonymität, Intervall, Auswertung, Berücksichtigung der Stations-/Abteilungsebene, Benchmarking, Festlegung von Kommunikationswegen
2	Umfassende Kommunikation in allen Phasen der Befragung
3 BAR 5.5.3	Transparente Kommunikation und Nutzung der Befragungsergebnisse *, z.B. Mitarbeitendenversammlung, Intranet, Handout, Mitarbeiterzeitung, Newsletter, Ableitung von Maßnahmen

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.3	SUBKATEGORIE: Meinungsmanagement
6.3.1	Kriterium: Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitenden, Rehabilitanden und weiteren Externen
1 BAR 9.1	* Ablauf, Verantwortlichkeiten, Festlegung von Ansprechpartnern für die unterschiedlichen Beschwerdeführer, Bearbeitungszeiten / Fristen, Auswertung
2	Instrumente wie Fragebogen, Meinungskasten, Beschwerdehotline, Internetkontaktformular
3	Maßnahmen zur Beschwerdemotivation, Schulungsangebote, Fortbildung
4 BAR 9.2	Transparente Auswertung und Kommunikation der Befragungsergebnisse mit Ableitung von Maßnahmen

6	KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
6.4	SUBKATEGORIE: Qualitätsrelevante Daten
6.4.1	Kriterium: Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren
1 BAR 7.1 8.4	Verantwortlichkeiten in allen Abteilungen, Kriterien, Übersicht der genutzten Qualitätsindikatoren, Methode, Validität, Auswertung, Berichtswesen, Intervall, Beteiligung an freiwilligen Verfahren, Teilnahme an der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), z. B. durch Beteiligung an Peer Review Verfahren, dokumentierte Arbeit mit qualitätsrelevanten Kennzahlen
2 BAR 7.2, 7.3 7.4	Zusammenarbeit zwischen Qualitätsmanagement, Controlling und den verantwortlichen Leitungen bei der systematischen und geregelten Analyse der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und der Ableitung von Konsequenzen mit Umsetzung im internen QM
3 BAR 8.1, 8.3 8.5	Routinemäßiger rehabilitandenbezogener Einsatz von Assessments bei Aufnahme und Entlassung und Nutzung vorhandener Routinedaten wie Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität), Wartezeiten, Hygienedaten; Systematik und interne Kommunikation outcome Komplikationsstatistik; Einspeisung der qualitätsorientierten Kennzahlen und ggf. Ableitung von Maßnahmen
4	* Nutzung pflegerischer / therapeutische Qualitätsindikatoren, z.B. Dekubitus, Sturz
5	Vergleich mit den Daten auf Länder- und Bundesebene sowie mit anderen Abteilungen und Rehabilitationseinrichtungen
6 BAR 8.10	Transparente Kommunikation und Nutzung der Daten (z. B. der Qualitätsberichterstattung der DRV / Public Reporting) mit Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen
7 BAR 5.4.1 5.4.2, 5.4.3 5.4.4, 5.4.5	Regelhafte, geplante Selbstprüfung wesentlicher Prozesse mittels interner Audits und Managementbewertungen, durchgeführt von qualifiziertem Personal, systematischer Dokumentation der Ergebnisse zur Kommunikation und Ableitung von Maßnahmen