

# Kurzbeschreibung zum Zertifizierungsverfahren

## Version 2.0

# Q<sup>+</sup>Reha ambulant



ZEQ  
Am Victoria-Turm 2  
68163 Mannheim

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

[www.qreha.de](http://www.qreha.de)

Ihr Ansprechpartner:  
Rüdiger Herbold

## 1 Beschreibung des Verfahrens

### 1.1 Grundkonzept

Das Zertifizierungsverfahren **QReha ambulant** ist streng an der DIN ISO 9001:2015 ausgerichtet und übersetzt deren Anforderungen auf die ambulante Rehabilitation. Gleichzeitig weist es eine enge Verwandtschaft mit dem Verfahren QReha auf, welches in der stationären Rehabilitation mit über 200 Zertifizierungen eine große Akzeptanz gefunden hat. Während Zertifizierungsverfahren für die stationäre Rehabilitation durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zugelassen werden, ist für die Prüfung und Zulassung von Zertifizierungsverfahren für die ambulante Rehabilitation der Gemeinsame Ausschuss nach § 137d SGB V maßgeblich. Nachdem QReha ambulant 1.0 bereits 2013 durch den Gemeinsamen Ausschuss akkreditiert worden ist, folgte im Frühjahr 2018 auch die Anerkennung der Verfahrensversion 2.0.

Das Zertifizierungsverfahren **QReha ambulant** ist auf Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ausgerichtet, die ambulante Rehabilitation anbieten. **QReha ambulant** beinhaltet sämtliche „Qualitätskriterien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 137d SGB V“.

Insofern vereint QReha ambulant langjährige Praxiserfahrung in der Rehabilitation mit dem internationalen Zertifizierungsstandard der ISO 9001 und den gesetzlichen Anforderungen an die ambulante Rehabilitation.

Damit bietet sich für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation die Möglichkeit, mit Hilfe des Verfahrens QReha ambulant ein hochwertiges und den gesetzlichen Anforderungen entsprechendes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Gleichzeitig entbindet die Zertifizierung nach **QReha ambulant** nicht nur von der Verpflichtung, eine Selbstbewertung des internen Qualitätsmanagementsystems durchzuführen, sondern schützt die Rehabilitationseinrichtung auch vor unangekündigten Überprüfungen des internen Qualitätsmanagements durch die Krankenkassen.

Letztlich erwirbt die ambulante Rehabilitationseinrichtung mit einer Zertifizierung nach **QReha ambulant** einen anerkannten Qualitätsnachweis nach außen, der sie nicht nur gegenüber den Leistungsträgern, sondern auch gegenüber den Patienten sichtbar heraushebt.

### 1.2 Anforderungskatalog

Kernelement des Zertifizierungsverfahrens ist der Anforderungskatalog. Die Anforderungen sind inhaltlich sowie in Bezug auf ihre Gliederung an der DIN ISO orientiert und auf die Spezifika von Rehabilitationseinrichtungen zugeschnitten. Diejenigen Kriterien, die auf die

Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Versorgung nach § 137d Abs. 1, 2, und 4 SGB V (nachfolgend bezeichnet als „Vereinbarung nach § 137“) zurückgehen, sind gesondert gekennzeichnet.

Das Manual wird von ZEQ gepflegt und entsprechend den veränderten Anforderungen an Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen, den Veränderungen der Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie Veränderungen in den Anforderungen der Vereinbarung nach § 137 oder Veränderungen an der DIN ISO weiterentwickelt.

### 1.3 Herausgebende Stelle

ZEQ als herausgebende Stelle unterstützt seit 2001 Einrichtungen im Gesundheitswesen beim Aufbau und der Weiterentwicklung ihrer Qualitätsmanagementsysteme. ZEQ hat sich verpflichtet, kontinuierlich an der weiteren Optimierung des Verfahrens **QReha ambulant** zu arbeiten. Zudem hat ZEQ entsprechende Informations- und Kommunikationskanäle eingerichtet, um Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen, die sich mit **QReha ambulant** befassen, umfassend und zeitnah zu informieren und deren Fragen zu beantworten. Die Herausgebende Stelle gibt zugleich die Verfahren „QReha“ und „QReha plus“ heraus, welche auf die stationäre Rehabilitation ausgerichtet sind.

### 1.4 Antragstellung

Eine Einrichtung, die sich nach **QReha ambulant** zertifizieren lassen möchte, meldet sich spätestens 12 Wochen vor dem geplanten Zertifizierungstermin bei einer akkreditierten Zertifizierungsstelle an. Bis spätestens 8 Wochen vor Zertifizierung reicht sie an die Zertifizierungsstelle die folgenden Unterlagen ein:

- + unterschriebener Zertifizierungsvertrag mit der Zertifizierungsstelle inkl. Angaben über
- + ausgefülltes Formular „Basisdaten“ (gibt Auskunft über Größe und Charakteristik der Rehabilitationseinrichtung)
- + Ausgefüllter Erhebungsbogen zu QReha ambulant

Die Zertifizierungsstelle prüft die Unterlagen, bestimmt den Auditor, vereinbart den Audittermin und trifft sämtliche organisatorischen Absprachen mit der Rehabilitationseinrichtung.

### 1.5 Audit

#### 1.5.1 Planung des Audits

Zum vereinbarten Termin findet ein ein- bis mehrtägiges Audit in der Einrichtung statt. Die Auditstage berechnen sich wie folgt:

Anzahl Mitarbeiter	Audittage vor Ort (1 Auditor)
1 bis 50	1
51 bis 200	2
mehr als 200	3

### 1.5.2 Durchführung des Audits

Im Audit werden die Anforderungen von **QReha ambulant 2.0** und insbesondere die Anforderungen der Vereinbarung nach § 137 und den Anforderungen an die Selbstbewertung vollständig begutachtet und beurteilt. Dies geschieht unter anderem auf Basis von Begehungen, Interviews und Einsichtnahme in entsprechende Nachweise. Alle von **QReha ambulant 2.0** explizit geforderten Konzepte sind schriftlich vorzulegen und müssen auf aktuellem Stand sein.

Im Abschlussgespräch unterrichtet der Auditor die Einrichtung über die Ergebnisse der Begutachtung.

### 1.5.3 Auditbericht

Als Auditbericht erhält die Einrichtung ein Dokument, aus dem kommentiert hervorgeht, welche Anforderungen erfüllt sind sowie welche Abweichungen aufweisen. Darin bestätigt der Auditor auch ggf. die vollständige Erfüllung der Anforderungen der Vereinbarung nach § 137d zum internen Qualitätsmanagement. Nach Freigabe des Auditberichts durch die Zertifizierungsstelle erhält die Rehabilitationseinrichtung das Zertifikat und den Auditbericht als pdf.

## 1.6 Umgang mit Abweichungen

Abweichungen sind das Nichteinhalten einer oder mehrerer Anforderungen oder eine Situation, die erheblichen Zweifel an der Fähigkeit des Managementsystems der Einrichtung aufwirft, die beabsichtigten Ergebnisse zu erreichen (insbesondere der Anforderungen nach Vereinbarung nach § 137d). Eine Abweichung, die zur Nichterteilung des Zertifikates führt, entsteht, wenn entweder die Anforderungen von **QReha ambulant** nicht eingehalten werden.

Für alle Abweichungen müssen die geplanten Korrekturen und Korrekturmaßnahmen von der Einrichtung festgelegt und von den Auditoren bewertet und angenommen werden.

## 1.7 Zertifikat und Überwachungsaudits

Nach erfolgreicher Zertifizierung erhält die Einrichtung ein Zertifikat. Das Zertifikat hat eine Laufzeit von 3 Jahren. Findet nach Ablauf der drei Jahre keine Rezertifizierung statt, so ist es der Rehabilitationseinrichtung ab dem Ablaufdatum untersagt, mit dem Zertifikat zu werben und das Logo von **QReha ambulant** zu verwenden.

Anforderungskatalog aus dem

Manual 2.0

# Q<sup>+</sup>Reha ambulant




ZeQ  
Am Victoria-Turm 2  
68163 Mannheim


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


[www.qreha.de](http://www.qreha.de)

Ihr Ansprechpartner:  
Rüdiger Herbold

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 4: Kontext der Organisation</b>					
4.1 Verstehen der Organisation und ihres Kontextes, 4.2 Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien 4.3 Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems	4a	Es findet mindestens jährlich ein Strategie-Workshop statt, zu dem ein Protokoll vorliegt.			
	4b	In den Strategie-Workshops spielen die Kundenorientierung sowie die Ableitung und Bewertung von Qualitätszielen eine wesentliche Rolle.	5.3.1	1.6a 9.5	
4.4 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	4c	Die Organisation verfügt über ein Prozessmanagementsystem, in dem die erforderlichen Prozesse und Schnittstellen festgelegt, überwacht und verbessert werden.	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		
	4e	Die Mitarbeiter sind umfassend und differenziert am Qualitätsmanagement beteiligt		4.5a	


ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 5: Führung</b>					
5.1 Führung und Verpflichtung	5a	Die Leitung der Organisation übernimmt erkennbar Verantwortung für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und eine kontinuierliche Verbesserung der Kundenorientierung.			
	5b	Es existiert ein QM-Konzept, in dem u.a. Folgendes geregelt bzw. enthalten ist: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendungsbereich des Qualitätsmanagementsystems</li> <li>• Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für das Qualitätsmanagement</li> <li>• Verantwortung für die Entwicklung, Bewertung und Weiterentwicklung von Qualitätszielen und -planungen</li> <li>• Organisation des Qualitätsmanagements</li> <li>• Bereitstellung ausreichender personeller und sachlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement</li> <li>• Aufgaben und Befugnisse des QM-Beauftragten sowie Transparenz innerhalb der Organisation hierüber</li> <li>• Ausreichende zeitliche Freistellung des QM-Beauftragten und der im QM tätigen Mitarbeiter</li> <li>• Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Erfahrung des QM-Beauftragten</li> <li>• Schulung, Einbeziehung, Beteiligung der Mitarbeiter am Qualitätsmanagement</li> </ul>	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	
	5c	Es liegen festgelegte Führungsgrundsätze vor, die einheitlich angewendet werden.		4.4	
5.2 Politik	5d	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	
	5e	Das Leitbild wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst.	1.6		
5.3 Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation	5f	Die Verantwortlichkeiten sind in allen Bereichen der Organisation klar definiert.			
	5g	Die Organisation verfügt über ein aktuelles Organigramm, das in der Organisation offen aushängt. Das Organigramm wird jedem Interessierten zur Verfügung gestellt.	5.1.3		
	5h	Es existieren Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile für alle Mitarbeiter. Hier sind auch die Befugnisse der Stelleninhaber geregelt (z.B. Unterschriftenregelungen).	5.1.2	4.6a	
	5i	Für alle Stellen liegen Vertretungsregelungen vor.		4.6b	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 6: Planung</b>					
6.1 Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen	6a	Ein Risikomanagementsystem ist etabliert. Die Leitung übernimmt dabei Verantwortung und Führung. Die Maßnahmen zur Steuerung der Risiken orientieren sich an der Auswirkung der jeweiligen Risiken auf die Einrichtung.	10.3	8.1 8.2 8.3 8.4	
	6b	Die Organisation erfasst Fehler und Vorkommnisse, 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	
6.2 Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung 6.3 Planung von Änderungen	6e	Die Erreichung der Qualitätsziele ist über einen strukturierten Maßnahmenplan sichergestellt, wird überprüft und dokumentiert.	9.6 5.3.3	9.4	





ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 7: Unterstützung</b>					
7.1 Ressourcen	7a	Es existieren ein ständig aktualisierter Stellenplan und eine Vorausplanung der Stellenbesetzung.	5.1.2	4.6a	
	7b	Die Organisation stellt den Rehabilitanden und ihren Mitarbeitern und Kunden (z.B. Rehabilitanden) eine adäquate Infrastruktur und Arbeitsumgebung bereit.		4.5b	
	7c	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		
	7d	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	
	7e	Für die Organisation wichtiges Wissen wird zentral gesammelt, aktuell gehalten und den relevanten Mitarbeitern zugänglich gemacht.			
7.2 Kompetenz, 7.3 Bewusstsein	7g	Die Mitarbeiter sind für ihre Aufgaben und Tätigkeiten ausreichend qualifiziert.			
	7h	Die Organisation verfügt über einen aktuellen „Erste-Hilfe-Plan“ und schult die Mitarbeiter in der Rehabilitandenversorgung regelmäßig in der Reanimation.	11.4		
	7i	Die Organisation gewährleistet eine systematische Einarbeitung für die Mitarbeiter in allen Bereichen und weist diese mitarbeiterbezogen nach.	11.5		
	7j	Es findet eine systematische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter statt, die auch regelmäßige interne Teamfortbildungen umfasst.	5.5.2 11.3 11.6	4.7a 4.7b 5.2b	
	7k	Die Qualitätsziele und der Grad der Zielerreichung sind den Mitarbeitern transparent. Den Mitarbeitern ist ihr Beitrag zum Qualitätsmanagementsystem bewusst.	5.3.3	9.4	
7.4 Kommunikation	7m	Die Organisation verfügt über festgelegte, transparente und verbindliche interne Kommunikationsstrukturen. Für die interne und externe Kommunikation sind geregelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminliche Festlegung</li> <li>• Teilnehmer</li> <li>• Gesprächsleitung</li> <li>• Tagesordnung</li> <li>• Anwesenheits- und Abwesenheitsregelung</li> <li>• Protokollführung</li> </ul>	5.5.1 11.1 11.2	4.1 6.6	
	7n	Ein regelmäßiger, an den Erfordernissen der Rehabilitationsprozesse orientierter Informationsfluss innerhalb der Organisation ist in allen Belangen sichergestellt.	5.5.1	4.1 6.6	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
7.5 Dokumentierte Information	7o	Es gibt ein System, das sicherstellt, dass dokumentierte Informationen nicht veraltet sind und keine veralteten dokumentierten Informationen genutzt werden. (Dokumentenlenkung)		5.3	
	7p	Für die rehabilitandenbezogenen Informationen sind Handhabung und Verteilersystem sowie Datenschutz klar geregelt.	5.2.5	5.3	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 8: Betrieb</b>					
8.1 Betriebliche Planung und Steuerung	8a	<p>Die Organisation verfügt über ein verbindliches rehaspezifisches Einrichtungskonzept, das sowohl nach innen als auch nach außen transparent ist. Es beschreibt unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation (Strukturen und Prozesse)</li> <li>• Leistungsspektrum (Behandlungen, Therapien und Verfahren)</li> <li>• Abstimmung der verschiedenen Interessenslagen von Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger und Selbsthilfe</li> <li>• Umsetzung der Rahmenvorgaben der Leistungsträger</li> <li>• Vernetzung vor Ort mit externen Leistungserbringern (z.B. Kurarzt, kurbegleitende Maßnahmen)</li> </ul> <p>Das Konzept wird inhaltlich und fachlich auf aktuellem Stand gehalten.</p>	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 6.3	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.7c 4.5b	
	8b	<p>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 weiterentwickelt.</p>	3.3 3.4 3.5 3.7	2.1 2.3 2.4 2.5	
	8c	<p>Die Zeitplanung der Therapien und der weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen berücksichtigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die individuelle Disposition des Patienten</li> <li>• die zurückzulegenden Wegstrecken zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen</li> <li>• Zeiten und Möglichkeiten für eine notwendige Nachruhe und Pausen.</li> </ul>		2.7	
	8d	<p>Die Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe sind eindeutig geregelt. Die Aufgaben der an der Behandlung Beteiligten sind sinnvoll miteinander verzahnt.</p>		2.6	
	8e	<p>Die Verantwortlichkeiten für die Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte sind geregelt.</p>	3.1		
	8f	<p>Die wesentlichen Kernprozesse sind definiert (Vorbereitung der Aufnahme, Aufnahme, Therapiefestlegung, Therapiesteuerung, Visiten, Entlassungsplanung, Entlassung, Entlassberichterstellung und -versendung), werden umgesetzt und regelmäßig überprüft.</p>	3.6 5.2.1	1.7a 1.7b 5.1	
	8g	<p>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.</p>	3.2 3.3 6.2 6.4	2.2 1.2a 4.5b 6.2a	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
8.2 Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen, 8.3 Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen	8i	Die Organisation stellt kundengerechte Informationen zu ihren Leistungen bereit (Broschüren, Internet, etc.).			
	8j	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	
	8k	Während des gesamten Aufenthalts werden die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden systematisch erfasst und einbezogen. Die Interessenlage anderer Beteiligter wird wie im Einrichtungskonzept vorgesehen ermittelt und aufeinander abgestimmt.	6.2	6.3 6.4	
	8l	Die bestehenden Vorschriften und Richtlinien zu Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Medizingeräten und -produkten, Datenschutz sowie Brandschutz werden nachweislich eingehalten. Hausinterne Vorgaben regeln die Nachweissführung (Dokumentation der Einhaltung der Vorgaben).	5.2.2 9.4	5.2a 5.2b 5.5 9.7	
	8m	Bei der Prozessgestaltung und -weiterentwicklung werden die rehabilitationsspezifischen Fachstandards und Leitlinien berücksichtigt.	2.4 5.2.4		
8.4 Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen	8n	Die Organisation führt regelmäßig Lieferantenbeurteilungen durch.		9.6	
	8o	Rückmeldungen von Krankenkassen und Rentenversicherungen sowie von Kurärzten und anderen Leistungserbringern werden erfasst und ausgewertet.		9.2	
8.5 Produktion und Dienstleistungserbringung	8q	Die Organisation führt eine vollständige, zeitnahe, verständliche, nachvollziehbare und korrekte Dokumentation aller rehabilitandenbezogenen Maßnahmen durch (Rehabilitandenakte und -kurve, Entlassbericht).		5.2a 5.4	
	8r	Der Umgang mit Eigentum von Rehabilitanden ist geregelt.			
8.6 Freigabe von Produkten und Dienstleistungen, 8.7 Steuerung nicht konformer Ergebnisse	8t	Zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme setzt die Organisation geeignete Assessments ein.	3.6 9.1		
	8u	Zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme wird mit jedem Rehabilitanden ein Entlassgespräch geführt. Dabei werten die Organisation und der Rehabilitand den Rehabilitationserfolg gemeinsam aus. Das Ergebnis wird dokumentiert.	3.6 6.4	9.3	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 9: Bewertung der Leistung</b>					
9.1 Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	9a	Es gibt einen Prüfungsplan, anhand dessen die Aktivitäten zur regelmäßigen Selbstprüfung (z.B. interne Audits) geplant werden.	5.4.1	10.1	
	9b	Die Organisation verfügt über qualifiziertes Personal zur Durchführung der Selbstprüfungen.	5.4.2		
	9c	Die Organisation führt mindestens alle drei Jahre eine Rehabilitandenbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.	9.7 9.8	9.1	
	9d	Es gibt 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	
	9e	Die Organisation führt mindestens alle drei Jahre eine Mitarbeiterbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.		4.3 4.4	
	9f	Die Organisation befragt ihre Mitarbeiter regelmäßig zur Beteiligung am Qualitätsmanagement und zu dessen Akzeptanz.	5.5.3	4.3 4.4	
	9g	Die Organisation verfügt über ein geeignetes Set von Steuerungskennzahlen, die monatlich erhoben und ausgewertet werden. Diese werden einem geeigneten Empfängerkreis in verständlicher Form zugänglich gemacht.	9.5	1.6a	
	9h	Die Erreichung der Therapieziele wird erfasst, ausgewertet und dokumentiert.	3.6 9.3	6.2b 9.3	
	9i	Die Organisation misst die Dauer der Entlassberichterstellung.	5.2.1		
	9j	Die Organisation nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren teil.	8.1		
9.2 Internes Audit	9k	Die Organisation führt regelmäßig interne Audits durch, die protokolliert werden. Jeder Bereich wird mindestens jährlich auditiert.	5.4.3	10.2	
9.3 Managementbewertung	9l	Mindestens jährlich erfolgen Managementbewertungen auf Grundlage der internen Ergebnismessungen, aus denen Maßnahmen abgeleitet werden	5.3.1 5.3.2	9.5	

ISO-Norm	Nr.	QReha ambulant Anforderungspunkt	Qualitätskriterien	Checkliste Selbstbewertung	erfüllt
<b>ISO-Abschnitt 10: Verbesserung</b>					
10.1 Allgemeines	10a	Die Organisation setzt interne Arbeitszirkel oder Projektgruppen ein, um ihre Abläufe zu optimieren.	9.9		
	10b	Die Durchführung von Verbesserungsprojekten in der Organisation folgt einem systematischen Projektmanagement.			
10.2 Nichtkonformität und Korrekturmaßnahmen	10c	Die Organisation hat schriftliche Komplikationsstandards definiert.	10.4	8.4	
10.3 Fortlaufende Verbesserung	10d	Die Organisation hat ein System zur Berücksichtigung von Mitarbeitervorschlägen eingerichtet.	5.5.2		
	10e	Aus den internen Audits, dem Beschwerdemanagement, dem Risikomanagement, 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	