




# Auditbericht


zur Konformitätsprüfung nach dem QRaha-Manual 2.0  
und dem Verfahren

## QRaha


Theresienklinik Bad Krozingen  
Am Kurpark 1  
79189 Bad Krozingen


Manual 2004 - 1183

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<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	4a	Es findet mindestens jährlich ein Strategie-Workshop statt, zu dem ein Protokoll vorliegt.			ja	Der Strategietag fand mit einer externen Firma statt. Im Rahmen einer SWOT Analyse wurden die strategischen Handlungsfelder der Theresienklinik erarbeitet.
	4b	Es werden regelmäßig externe Umfeldanalysen durchgeführt, um relevante strategische Themen zu identifizieren. Dabei werden auch politische, wirtschaftliche, soziale, technologische und gesetzliche Einflussfaktoren analysiert.		x		
	4c	Es werden regelmäßig Analysen zum internen Umfeld (z.B. Strategie, Struktur, Prozesssystem, Fähigkeiten, Personal, Kultur und Werte) durchgeführt, um relevante strategische Themen zu identifizieren. Dabei werden auch Chancen berücksichtigt.		x		
4.3 Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems	4d	Der Anwendungsbereich des Qualitätsmanagements ist aus den Umfeldanalysen hergeleitet.		x		
4.4 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	4e	Die Organisation verfügt über ein Prozessmanagementsystem, in dem die erforderlichen Prozesse und Schnittstellen (auch zu Vor- und Nachbehandlern) festgelegt, überwacht und verbessert werden.	BAR 5.2.3 6.5 9.2		ja	Das Prozessmanagement ist in einer VA geregelt. Eine Prozesslandkarte ist erstellt. Die Überwachung erfolgt durch das QM. Die Prozesse sind in Verfahrensanweisung dargestellt. Schnittstellen sind benannt.
	4f	Zu den Prozessen und Teilprozessen sind jeweils die Verantwortlichen benannt.	BAR 5.1.1		ja	Die Verantwortlichen sind in den Verfahrensanweisungen benannt.
	4g	Für die jeweiligen Prozesse sind die zu bestehenden Chancen und Risiken definiert.		x		

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<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.			ja	Die Verantwortlichkeiten der Leitung sind klar im QM Konzept benannt und werden wahrgenommen.
	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>Qualitätspolitik</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> <li>Verantwortung für die Entwicklung, Bewertung und Weiterentwicklung von Qualitätszielen und -planungen</li> </ul>	BAR 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		ja	Ein aktuelles QM Konzept liegt vor. Die Anforderungen sind bis auf die Nennung der Qualifikation der QMBs erfüllt. Diese sollten noch ergänzt werden.
	5c	Die Leitung unterstützt andere relevante Führungskräfte bei der Wahrnehmung von deren Führungsaufgaben.			ja	Für die Führungskräfte gibt es entsprechende Schulungen. In Einzelfällen werden bei Bedarf Coachings angeboten.
5.2 Politik	5d	Die Organisation verfügt über ein rehabilitationsspezifisches Leitbild, das im Unternehmen und nach außen transparent ist, die von der BAR vorgegebenen Aspekte enthält und regelmäßig kommuniziert wird. Die Mitarbeiter wurden bei der Erstellung beteiligt.	BAR 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5		ja	Das Leitbild ist erstellt und hängt in der Klinik aus. Die Mitarbeitenden waren bei der Erstellung und Überarbeitung beteiligt.


ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
	5e	Das Leitbild wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst.	BAR 1.6		ja	Das Leitbild wird überprüft und bei Bedarf angepasst.
5.3 Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation	5f	Die Verantwortlichkeiten sind in allen Bereichen der Organisation klar definiert.			ja	In Stellenbeschreibungen und Verfahrensanweisungen sind die Verantwortlichkeiten definiert.
	5g	Die Organisation verfügt über ein aktuelles Organigramm, das in der Organisation offen aushängt. Das Organigramm wird jedem Interessierten zur Verfügung gestellt.	BAR 5.1.3		ja	Ein aktuelles Organigramm liegt vor. Es ist im Handbuch einsehbar.
	5h	Es existieren Stellen-/ Aufgabenbeschreibungen für alle Mitarbeiter. Hier sind auch die Befugnisse der Stelleninhaber geregelt.	BAR 5.1.2		ja	Stellenbeschreibungen sind erstellt, Befugnisse sind benannt. In einigen könnte die Vertretungsregelung ergänzt werden (z. B. Therapeuten).

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<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.	BAR 10.3		ja	Es gibt ein etabliertes Risikomanagementsystem. Jährlich wird am Anfang des Jahres eine Risikoanalyse durchgeführt. Für die Bereiche Datenschutz und Küche erfolgt zusätzlich eine Risikoanalyse. Ein Maßnahmenplan ist erstellt. Eine VA Risikoanalyse regelt das Vorgehen.
	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.	BAR 10.1 10.2 10.3 10.4		ja	Es gibt eine BV und VA CIRS sowie eine VA Fehlermanagement. Die Mitarbeitenden werden in Teambesprechungen regelhaft auf die Nutzung des CIRS hingewiesen. Verbesserungen werden abgeleitet.
6.2 Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	6c	In den Strategie-Workshops spielen die Kundenorientierung sowie die Ableitung und Bewertung von Qualitätszielen eine wesentliche Rolle.	BAR 5.3.1		ja	Es gibt festgelegte Unternehmensziele. Qualitätsziele werden jährlich festgelegt. Die Kundenorientierung stellt ein Handlungsfeld der SWOT Analyse dar.
	6d	Die Qualitätsziele sind für alle relevanten Ebenen und Prozesse festgelegt.		x		
	6e	Die Erreichung der Qualitätsziele ist über einen strukturierten Maßnahmenplan sichergestellt, wird überprüft und dokumentiert.	BAR 9.6		ja	Die Erreichung der Qualitätsziele wird im jährlichen Managementreview betrachtet.
6.3 Planung von Änderungen	6f	Änderungen am Qualitätsmanagementsystem unterliegen einem strukturierten Prozess.		x		

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<b>ISO-Abschnitt 7: Unterstützung</b>						
7.1 Ressourcen	7a	Es existieren ein ständig aktualisierter Stellenplan und eine Vorausplanung der Stellenbesetzung.	BAR 5.1.2		ja	Die Stellenplanung erfolgt nach den Vorgaben der Kostenträger. Sie wird jährlich aktualisiert und bei Bedarf angepasst.
	7b	Die Organisation stellt den Rehabilitanden und ihren Mitarbeitern und Kunden (z.B. Rehabilitanden) eine adäquate Infrastruktur und Arbeitsumgebung bereit.			ja	Die Theresienklinik stellt für die Rehabilitanden Einbettzimmer zur Verfügung. Viele Bereiche sind renoviert. In jedem stationären Bereich gibt es Thermoandliegen für die Rehabilitanden. In den therapeutischen Bereichen werden moderne Trainings- und Therapiegeräte vorgehalten. Die Steinkapelle bietet ein sehr schönes Ambiente für Gottesdienste und kann von den Rehabilitanden genutzt werden. Die vorgesehenen Büros der Mitarbeitenden sind mit entsprechendem Equipment ausgestattet und freundlich gestaltet.
	7c	Die relevanten gesetzlichen Vorgaben zur Gewährleistung einer sicheren Infrastruktur und Umgebung werden nachweislich erfüllt (z.B. Arbeits- und Gesundheitsschutz, Brandschutz).	BAR 5.2.2 9.4		ja	Die gesetzlichen Vorgaben werden erfüllt. Es gibt entsprechende Beauftragte. Begehungen und Schulungen werden durchgeführt. In den Katastrophenschutzregelungen könnte das Vorgehen bei „Amok“ ergänzt werden.
	7d	Die Geräte für Diagnostik und Therapie werden nachweislich regelmäßig kalibriert und überprüft. Der Prozess für die Meldung und Bearbeitung von entdeckten Fehlern ist definiert.		x		
	7e	Für die Organisation wichtiges Wissen wird zentral gesammelt, aktuell gehalten und den relevanten Mitarbeitern zugänglich gemacht.			ja	Es gibt E-Learning Module und eine Wissensplattform, die von den Mitarbeitenden genutzt werden können. Die Mitarbeitenden haben Zugriff auf das QM Handbuch. Zudem werden Fachzeitschriften zur Verfügung gestellt.
	7f	Die Organisation hat erkannt, wer ihre zentralen Wissensträger sind. Sie hat Vorkehrungen getroffen, dass relevantes Wissen der Organisation unabhängig von den Wissensträgern zur Verfügung steht.		x		
7.2 Kompetenz, 7.3 Bewusstsein	7g	Die Mitarbeiter sind für ihre Aufgaben und Tätigkeiten ausreichend qualifiziert.			ja	Ein Jahresfortbildungskalender wird erstellt. Die Qualifikationen der Mitarbeitenden werden in der Personalabteilung gelistet.


ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
	7h	Die Organisation verfügt über einen aktuellen „Erste-Hilfe-Plan“ und schult die Mitarbeiter in der Rehabilitandenversorgung regelmäßig in der Reanimation.	BAR 11.4		ja	Es gibt ein Notfallmanagementkonzept. Verantwortliche sind benannt. Schulungen finden regelmäßig in einem mehrstufigen Vorgehen für die verschiedenen Berufsgruppen (Megacodetraining, Reanimationstraining, Laienreanimationstraining, Notfallalarmierung, Einführung Notfallkoffer) statt. Ein Qualitätszirkel Notfallmanagement ist etabliert.
	7i	Die Organisation gewährleistet eine systematische Einarbeitung für die Mitarbeiter in allen Bereichen und weist diese mitarbeiterbezogen nach.	BAR 11.5		ja	Es gibt ein Einarbeitungshandbuch, einen Einarbeitungsplan und Checklisten für die verschiedenen Berufsgruppen.
	7j	Es findet eine systematische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter statt, die auch regelmäßige interne Teamfortbildungen umfasst.	BAR 5.5.2 11.3 11.6		ja	siehe 7g Es gibt eine VA und eine BV, die die Fort- und Weiterbildung regeln. Teamfortbildungen finden statt.
	7k	Die Qualitätsziele und der Grad der Zielerreichung sind den Mitarbeitern transparent. Den Mitarbeitern ist ihr Beitrag zum Qualitätsmanagementsystem bewusst.	BAR 5.3.3		ja	2019 gab es einen Wettbewerb für die besten abteilungsbezogenen Qualitätsziele. Es gab eine sehr gute Beteiligung der Abteilungen.
7.4 Kommunikation	7l	Es erfolgen regelmäßige Konferenzen der Klinikleitung und der Klinikleitung mit der nachgeordneten Ebene.	BAR 11.1		ja	Das Leitungsteam trifft sich regelmäßig. Die Geschäftsführung hat regelmäßige Jour-Fix Termine mit den Abteilungsleitern.
	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>	BAR 11.1 11.2		ja	Es gibt ein Informations- und Kommunikationskonzept sowie eine ausführliche Besprechungsübersicht. Die geforderten Punkte sind festgelegt. Eine VA Protokollwesen regelt das Protokollschreiben.
	7n	Ein regelmäßiger, an den Erfordernissen der Rehabilitationsprozesse orientierter Informationsfluss innerhalb der Organisation ist in allen Belangen sichergestellt.	BAR 5.5.1		ja	Es gibt wöchentliche interdisziplinäre Stationsteambesprechung. Zudem werden wichtige Informationen im Padidoc, per Mail und telefonisch weitergegeben.
7.5 Dokumentierte Information	7o	Für die rehabilitandenbezogenen Informationen sind Handhabung und Verteilersystem sowie Datenschutz klar geregelt.	BAR 5.2.5		ja	Regelungen zur Rehabilitandendokumentation sind erstellt. Der Rehabilitand führt ein Therapiebuch mit sich, in dem alle wichtigen Dokumente (z. B. Therapieplan, Therapieziele) abgeheftet sind. Es gibt klare Regelungen zum Datenschutz.

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
	7p	Zu allen Dokumenten und Aufzeichnungen sind mindestens geregelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versionsnummer oder Datum der letzten Aktualisierung,</li> <li>• Name oder Funktion des Verantwortlichen für das Schriftstück</li> <li>• Aufbewahrungs-Ort und -Frist für relevante Qualitätsaufzeichnungen</li> </ul>		x		


ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<b>ISO-Abschnitt 8: Betrieb</b>						
8.1 Betriebliche Planung und Steuerung	8a	Die Organisation verfügt über ein verbindliches rehaspezifisches Einrichtungskonzept (Organisation der Einrichtung, Trägerstruktur, Leistungsspektrum, Umsetzung der Rahmenvorgaben der Leistungsträger, Abstimmung der verschiedenen Interessenslagen von Rehabilitand, Behandler, Leistungsträger und Selbsthilfe). Das Konzept wird inhaltlich und fachlich auf aktuellem Stand gehalten und ist sowohl nach innen als auch nach außen transparent.	BAR 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 6.3		ja	Das aktuelle Einrichtungskonzept liegt mit den geforderten Anforderungen vor und ist auf der Homepage für alle Interessierten zugänglich.
	8b	Zu den einzelnen Indikationen und Zielgruppen hat die Organisation einrichtungsspezifische funktionsorientierte Behandlungskonzepte entwickelt. Diese Konzepte sind ICF-basiert und teilhabeorientiert. Sie folgen einem interdisziplinären Behandlungsansatz und werden regelmäßig weiterentwickelt.	BAR 3.3 3.4 3.5 3.7		ja	Es gibt für die 2 Indikationen Medizinische Therapiekonzepte, die den Anforderungen entsprechen.
	8c	Die Verantwortlichkeiten für die Erstellung, Prüfung und Freigabe der Behandlungskonzepte sind geregelt.	BAR 3.1		ja	Die Verantwortlichkeiten sind klar definiert.
	8d	Die wesentlichen Kernprozesse sind definiert (Vorbereitung der Aufnahme, Aufnahme, Therapiefestlegung, Therapiesteuerung, Visiten, Entlassungsplanung, Entlassung, Entlassberichterstattung und -versendung), werden umgesetzt und regelmäßig überprüft.	BAR 3.6 5.2.1		ja	Es gibt für die Kernprozesse entsprechende Verfahrensanweisungen, die überprüft und ggf. aktualisiert werden. Diese sind im Handbuch im Intranet einsehbar.
	8e	Zu den Behandlungen werden im interdisziplinären Reha-Team unter Einbeziehung des Rehabilitanden individuelle Behandlungsziele vereinbart und in der Rehabilitandendokumentation festgehalten.	BAR 3.2 3.3 6.2 6.4		ja	Der Rehabilitand führt ein Therapiebuch mit sich, in dem alle wichtigen Dokumente (z. B. Therapieplan, Therapieziele) abgeheftet sind.
	8f	Die Dokumentation der Behandlungsziele wird dem Rehabilitanden ausgehändigt.			ja	siehe 8e

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
8.2 Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen, 8.3 Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen	8g	Die Organisation stellt kundengerechte Informationen zu ihren Leistungen bereit (Broschüren, Internet, etc.).			ja	Wichtige Informationen werden dem Rehabilitanden im Vorfeld zugesandt. In den therapeutischen Bereichen liegt Informationsmaterial aus. An der Rezeption erhalten die Rehabilitanden weitere Informationen zur Theresienklinik. Die Homepage dient zur Präsentation der Klinik und zur Weitergabe von aktuellen Informationen.
	8h	Der Rehabilitand wird über alle Therapieschritte und -alternativen ausreichend informiert.	BAR 6.1		ja	Im ärztlichen Aufnahmegespräche werden die Therapiemöglichkeiten gemeinsam mit dem Rehabilitanden besprochen und festgelegt. In den wöchentlichen Visiten werden diese überprüft und ggf. angepasst.
	8i	Während des gesamten Aufenthalts werden die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden systematisch erfasst und einbezogen.	BAR 6.2		ja	Die Rehabilitanden haben über die Befragung und das Beschwerdemanagement (grüne Karte) jederzeit die Möglichkeit ihre Erwartungen und Wünsche zu äußern. Zudem finden wöchentliche Visiten statt, bei denen sie ihre Anliegen vorbringen können.
	8j	Die bestehenden Vorschriften und Richtlinien zu Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Medizingeräten und -produkten sowie Datenschutz werden nachweislich eingehalten.	BAR 5.2.2 9.4		ja	Für alle Anforderungen gibt es Verfahrensanweisungen und Konzepte. Begehungen und Schulungen finden statt. Nachweise sind erstellt und Beauftragte benannt. Die Nachweise der Pflichtschulungen werden zentral beim QM erfasst.
	8k	Bei der Prozessgestaltung und -weiterentwicklung werden die rehabilitationsspezifischen Fachstandards und Leitlinien berücksichtigt.	BAR 2.4 5.2.4		ja	Die medizinischen Therapiekonzepte, Behandlungspfade und Pflegestandards, die sich an den aktuellen Fachstandards und Leitlinien orientieren.
8.4 Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen	8l	Sowohl die externen Anbieter als auch deren eingesetzte Produkte und Dienstleistungen unterliegen einer systematischen, kontinuierlichen Qualitätsprüfung.			x	
8.5 Produktion und Dienstleistungserbringung	8m	Die Rehabilitandenversorgung erfolgt auf Basis der erarbeiteten Behandlungskonzepte. Abweichungen hiervon werden unter Angabe einer Begründung dokumentiert.			ja	Es gibt für die 2 Indikationen Medizinische Therapiekonzepte. Abweichungen werden in der Rehabilitandenakte dokumentiert.

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
	8n	Die Organisation führt eine vollständige, zeitnahe, verständliche, nachvollziehbare und korrekte Dokumentation aller rehabilitandenbezogenen Maßnahmen durch (Rehabilitandenakte und -kurve, Entlassbericht).			ja	Die Stammdatenerfassung und Therapieplanung erfolgen in Padidoc. Die ärztliche und pflegerische Dokumentation erfolgt in der Papierakte. Die Therapeuten führen eine separate Dokumentation, die zu Teilen in die Papierakte nach Entlassung des Rehabilitanden zugefügt werden. Einige „Verlaufsdokumentationen“ (z. B. Ergotherapie, Rehabilitation) werden nach der Entlassung vernichtet. Das Vorgehen ist sehr unterschiedlich und die Einsicht in aktuelle Verläufe nicht durchgängig gewährleistet. Ein Entlassbericht wird erstellt. Der Zugriff auf einige elektronisch erfasste Daten (z. B. Ergometrie, Langzeit EKG) kann nur vor Ort erfolgen. Damit müssen die Ergebnisse ausgedruckt werden. Hier sollte die Schnittstelle zur digitalen Rehabilitandenakte bedacht werden.
	8o	Der Umgang mit Eigentum von Rehabilitanden, Mitarbeitern und externen Anbietern ist geregelt.		x		
	8p	Der Rehabilitand erhält für die Zeit nach dem Aufenthalt in der Organisation Verhaltensregeln und Kontaktmöglichkeiten ausgehändigt.			ja	Für die verschiedenen Therapien und Krankheitsbilder gibt es weiterführende Informationen und Handlungsanweisungen für die Zeit nach der Rehabilitation. Einige Therapeuten stellen den Rehabilitanden bereits während des Aufenthaltes Aufgabenblätter für Übungen zur Verfügung.
8.6 Freigabe von Produkten und Dienstleistungen, 8.7 Steuerung nicht konformer Ergebnisse	8q	Zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme setzt die Organisation geeignete Assessments ein.	BAR 3.6 9.1		ja	Assessments werden von den Berufsgruppen eingesetzt.
	8r	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.	BAR 3.6 6.4		ja	Abschlussgespräche werden mit allen Rehabilitanden geführt und dokumentiert. Die festgelegten Therapieziele werden dabei überprüft.

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<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.	BAR 5.4.1		ja	Im QM Maßnahmenplan werden die jährlichen Audits terminiert.
	9b	Die Organisation verfügt über qualifiziertes Personal zur Durchführung der Selbstprüfungen.	BAR 5.4.2		ja	Die Mitarbeitenden sind entsprechend qualifiziert.
	9c	Die Organisation führt mindestens alle drei Jahre eine Rehabilitandenbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.	BAR 9.7 9.8		ja	Es findet eine kontinuierliche Rehabilitandenbefragung statt.
	9d	Es existiert ein schriftlich definiertes Beschwerdemanagement für Rehabilitanden und andere Kunden, das regelmäßig ausgewertet wird.	BAR 7.1 7.2 9.8		ja	Das Beschwerdemanagement ist in einer VA geregelt. Für die Rehabilitanden gibt es an zentralen Orten die entsprechenden grünen Karten, auf denen sie ihr Anliegen schreiben können. Diese werden täglich bearbeitet. Eine Auswertung erfolgt durch das QM.
	9e	Die Organisation führt mindestens alle drei Jahre eine Mitarbeiterbefragung durch und leitet daraus Verbesserungsmaßnahmen ab.			ja	Die Mitarbeiterbefragung erfolgt regelmäßig in Zusammenarbeit mit einer externen Firma. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitenden präsentiert. Maßnahmen werden abgeleitet (z. B. Coachings, Schulungen).
	9f	Die Organisation befragt ihre Mitarbeiter regelmäßig zur Beteiligung am Qualitätsmanagement und zu dessen Akzeptanz.	BAR 5.5.3		ja	Dies ist Bestandteil der Mitarbeiterbefragung. Vor jeder Zertifizierung gibt es QM Quiz, an dem sich die Mitarbeitenden umfangreich beteiligen.
	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.	BAR 9.5		ja	Umfangreiche Steuerungskennzahlen werden erhoben. Es gibt eine Qualitätskennzahlenmatrix sowie eine VA Umgang mit Qualitätskennzahlen. Die Zahlen werden den entsprechenden Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.
	9h	Die Erreichung der Therapieziele wird erfasst, ausgewertet und dokumentiert.	BAR 3.6 9.3		ja	Therapieziele werden erfasst, ausgewertet und dokumentiert (siehe 8e,8r).
	9i	Die Organisation misst die Dauer der Entlassberichterstellung.	BAR 5.2.1		ja	Zur Dauer der Entlassberichterstellung gibt es eine Kennzahl, die regelmäßig überprüft wird.
	9j	Die Organisation nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsverfahren teil.	BAR 8.1		ja	Die Theresienklinik nimmt an allen vorgeschriebenen gesetzlichen QS Verfahren teil.
9.2 Internes Audit	9k	Die Organisation führt interne Audits durch, die protokolliert werden. Jeder Bereich wird mindestens jährlich auditiert.	BAR 5.4.3		ja	Es gibt eine Auditplanung für alle Klinikbereiche. Die Audits werden protokolliert.

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
9.3 Managementbewertung	9I	Mindestens jährlich erfolgen Managementbewertungen auf Grundlage der internen Ergebnismessungen, aus denen Maßnahmen abgeleitet werden.	BAR 5.3.1 5.3.2		ja	Jährlich findet ein Managementreview statt. Eine VA regelt das Vorgehen. Maßnahmen werden abgeleitet.

ISO-Norm	Nr.	QReha-Anforderungspunkt	BAR	QR plus	erfüllt	Anmerkungen
<b>ISO-Abschnitt 10: Verbesserung</b>						
10.1 Allgemeines	10a	Die Organisation setzt interne Arbeitszirkel oder Projektgruppen ein, um ihre Abläufe zu optimieren.	BAR 9.9		ja	Es gibt eine Projektmatrix, in der alle Projekte dargestellt sind. Für die Bereiche Hygiene und Notfallmanagement sind Qualitätszirkel eingerichtet.
	10b	Die Durchführung von Verbesserungsprojekten in der Organisation folgt einem systematischen Projektmanagement (mit Projektauftrag, Projektplanung, Projektcontrolling).			ja	Es gibt eine Projektmatrix, in der alle Projekte dargestellt sind.
10.2 Nichtkonformität und Korrekturmaßnahmen	10c	Die Organisation hat schriftliche Komplikationsstandards definiert.		x		
10.3 Fortlaufende Verbesserung	10d	Die Organisation hat ein System zur Berücksichtigung von Mitarbeitervorschlägen eingerichtet.	BAR 5.5.2		ja	Ein BV regelt das Vorgehen für Mitarbeitervorschläge. Ein Ausschuss zur Bewertung der Vorschläge ist eingerichtet. Zudem finden jährlich Mitarbeitergespräche statt.
	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.	BAR 5.4.4 5.4.5 8.2 8.3 8.4 9.10		ja	Im QM Maßnahmenplan werden alle Maßnahmen aufgeführt und überwacht.

## Zusammenfassung

Im Rahmen des Audits wurde überprüft, ob die Einrichtung die Anforderungen des QReha-Verfahrens und die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) gesetzten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement erfüllt.

Der Auditor empfiehlt die Zertifikatserteilung (Ja/Nein): ja

### Wichtigste Stärken

- Die Theresienklinik hat ein sehr gutes, etabliertes Qualitätsmanagementsystem. Die Weiterentwicklung und die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden sind deutlich erkennbar.
- Die Mitarbeitenden sind aktiv in die Gestaltung des Qualitätsmanagements und die Verbesserungen einbezogen (z. B. QM Wettbewerb, Kreativwerkstatt).
- Das Risikomanagementsystem ist etabliert. Risiken werden jährlich erfasst und bewertet.

### Wichtigste Verbesserungspotenziale

- Die digitale Rehabilitandenakte befindet sich im Aufbau. Ein Großteil der Dokumentation erfolgt in Papier. Das Vorgehen ist sehr unterschiedlich und die Einsicht in aktuelle Verläufe nicht durchgängig gewährleistet. (siehe 8n)
- Der Zugriff auf einige elektronisch erfasste Daten (z. B. Ergometrie, Langzeit EKG) kann nur vor Ort erfolgen. Damit müssen die Ergebnisse ausgedruckt werden. Hier sollte die Schnittstelle zur digitalen Rehabilitandenakte bedacht werden.
- In einigen Stellenbeschreibungen könnte die Vertretungsregelung ergänzt werden (z. B. Therapeuten).



*Nicole Seiffer*

Bad Krozingen, 22.-24.03.2021

Ort, Datum des Audits

Nicole Seiffer

Name des Auditors