

Auditbericht

CERT 2024 9534
ATZ-03601

für

Johanniter-Krankenhaus Stendal
ATZ Stendal
Wendstraße 31
DE - 39576 Stendal

über die Zertifizierung eines Managementsystems gemäß Nachweisstufe

[AltersTraumaZentrum DGU®](#)

- AltersTraumaZentrum Rezertifizierung Stufe 1 remote | Jahr 2025
 AltersTraumaZentrum Rezertifizierung | Jahr 2025

Ihr Ansprechpartner

Frau Daniela Heine

CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Gustav-Weißkopf-Str.5
90768 Fürth

Telefon: 0911 - 23 98 0210

Telefax: 0911 - 23 98 0219

alterstraumazentrum@cert-iq.de

www.cert-iq.de

Geltungsbereich	ATZ Johanniter-Krankenhaus Stendal
Auditierter Standort/Bereich	Johanniter-Krankenhaus Stendal
Kundenanschrift	Wendstraße 31 39576 Stendal
Zentrumskoordinator	Frau Dr. med. Silke Naumann d´Alnoncourt
Auditgrundlagen	AltersTraumaZentrum DGU®
Auditdurchführung von	27.02.2025 09:00
Auditdurchführung bis	27.02.2025 14:45
Audit-Nr./Berichtsnummer	AB-CERT-2024-9534-ATZ-PDREH-RZ
Systemauditor	Frau Daniela Heine
Fachexperte	Herr Prof. Dr. med. Erich Hartwig
Auditchecklisten	ATZ Kriterienkatalog 1.3.1
Besonderheiten	Remote am 22.01.2025 mit D. Heine via QS-Meeting von 9:00-11:30 Uhr

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Einleitung

Bei der Dokumentenprüfung wurde die Dokumentation auf die Erfüllung der Normforderungen überprüft. Im Rahmen des Zertifizierungsaudits wurde vor Ort geprüft, wie die Qualitätsdokumentation in die Praxis umgesetzt wurde und ob sie wirksam ist. Beobachtete Abweichungen oder Feststellungen sind im Auditbericht dargestellt.

Bei einem Audit handelt es sich immer um ein Stichprobenverfahren. Es können grundsätzlich noch Schwachstellen vorhanden sein, die im Audit oder im Auditbericht nicht thematisiert wurden.

Ein Zertifizierungsaudit (Erst- oder Rezertifizierungsaudit) eines AltersTraumaZentrums ist kein Audit zur Bestätigung der Einhaltung von GBA-Richtlinien.

Die Kategorien haben folgende Bedeutungen:

Kategorie	Abkürzung	Resultierende Maßnahmen für das Unternehmen
Abweichungen	A	führen zur Nichterteilung des Zertifikates
Feststellung ohne Frist	F	sind bis zum nächsten Audit zu beheben
Feststellung mit Frist	F	sind spätestens bis zur vereinbarten Frist zu beheben
Beobachtungspunkte	B	stellen keine Abweichungen der Normforderung dar. Sie weisen jedoch auf Themen hin, welche beim nächsten Audit erneut bzw. erstmalig bewertet werden
Empfehlung	E	stellen keine Abweichungen der Normforderung dar. Sie zeigen jedoch Optimierungsmöglichkeiten in der QM-Dokumentation bzw. im QM-System auf.

Die Dokumentationsunterlagen [Checkliste, Auditplan, Teilnehmerliste, Konformitätsnachweise, Abweichungs-Feststellungsblätter] sind Grundlage für die Entscheidung über das Zertifizierungsaudit.

Wurden die Abweichungen aus dem vorangegangenen Audit bearbeitet?

- Ja
 Nein
 Zum Teil
 Keine Vorhanden

Wurden die Feststellungen aus dem vorangegangenen Audit bearbeitet?

- Ja
 Nein
 Zum Teil
 Keine Vorhanden

Umgang mit Empfehlungen aus dem vorangegangenen Audit

Empfehlungen wurden in der Klinik diskutiert und umgesetzt (Beispiel in der Präsentation im Datenaustausch)

Allgemeine Informationen zum Alterstraumazentrum sowie der Ausgestaltung der Interdisziplinarität

Allgemeines

Das Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal ist ein Schwerpunktkrankenhaus und eines der zehn Krankenhäuser des Klinikverbunds Johanniter GmbH. Mit rund 800 Mitarbeitenden ist das Johanniter-Krankenhaus Stendal eines der bedeutendsten Gesundheitszentren der Region. Circa 50.000 Patienten werden jährlich stationär und ambulant versorgt. Mehr als 8.000 Operationen werden jährlich im Johanniter Krankenhaus durchgeführt. Das Krankenhaus ist für ein Einzugsgebiet mit 250.000 Einwohnern (Stadt/Landkreis Stendal) zuständig und verfügt über 423 Planbetten.

Die Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Vierzehn klinische Fachabteilungen stehen am Krankenhaus zur Verfügung. Der Bereich Onkologie, Orthopädie und Unfall- und Wiederherstellungschirurgie mit Geriatrie verfügen über interdisziplinär- interprofessionelle Zentren für die multiprofessionelle Versorgung der Patienten.

Die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie unter der Leitung von Dr. Senat Krasnici verfügt gemeinsam mit der Orthopädie über 40 Betten. Der Fachbereich bietet das gesamte Spektrum einer modernen Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an: von der Erstversorgung und Operation bis hin zur Wiederherstellung nach Verletzungen, posttraumatischen und degenerativen Zuständen aller Altersstufen. Die Klinik besitzt die Zulassung zur Versorgung von Unfallverletzten im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens (VAV) der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung). Die Klinik ist zertifiziertes "Regionales Traumazentrum des Traumanetzwerkes Sachsen-Anhalt Nord" und verfügt über ein ATZ (DGU).

Das Alterstraumazentrum, das sich auf die Zusammenarbeit der Unfallchirurgie und Geriatrie gründet, besteht aus der Klinik für Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie und der Klinik für Neurologie und Geriatrie. Die geriatrische Abteilung verfügt sowohl über internistische als auch neurologische Kompetenz. Die unfallchirurgische Station sowie die geriatrische Station werden von beiden Fachdisziplinen im regen Austausch betreut, wobei die Kernkompetenz jeweils bei der bettenführenden Fachdisziplin liegt. Räumlich hat die Station eine U-Form mit einem chirurgischen und einem frührehabilitativen Arm. Teambesprechungen konnten in allen Phasen der Therapie nachvollzogen werden. Alle Professionen zur Durchführung der geriatrischen Komplextherapie sind vorhanden.

Beginnend mit einer Kennzeichnung im KIS werden die Patienten im Behandlungsverlauf mindestens 2x wöchentlich in interdisziplinären Visiten betreut, hinzukommen tägliche Fachbereichsvisiten. Besteht eine Indikation zur Übernahme in die frührehabilitative Komplexbehandlung, werden die Patienten zeitnah nach der operativen/konservativen unfallchirurgischen Versorgung in die Geriatrie übernommen. Die Verlegung in die Frühreha wird für den 3.-7. postoperativen Tag angestrebt. Bei Verlegung wird ein unfallchirurgischer Entlassbrief erstellt, welcher die wichtigsten Informationen enthält.

Notfallaufnahme

Die interdisziplinäre Notaufnahme des Johanniter-Krankenhauses hat eine ansprechende bauliche Infrastruktur und wird geleitet durch Herrn Dr. med. Khaled Youssef als Internist und der Oberärztin Frau Altenkirch als Unfallchirurgin. Beide verfügen über die Fachkompetenz der Zusatzweiterbildung "Klinische Akut- und Notfallmedizin". Die pflegerische Leitung der interdisziplinären Notfallambulanz hat Frau Anke Peters. Die interdisziplinäre Notfallambulanz ist strukturiert nach GBA- Bestimmungen Stufe 2, 6 pflegerische Mitarbeiter verfügen über die Fachweiterbildung der Notfallpflege. Eine ZERCUR-Ausbildung ist bisher nicht vorhanden oder geplant.

Neben den Behandlungsräumen und dem Schockraum existieren ein Kinderhandlungsraum und ein Isolationszimmer (s.a. TZ). Fünf Überwachungsbetten sind an die Notaufnahme angeschlossen. Die pflegerische Besetzung ist 3-3-2, nachts steht zusätzlich ein(e) MFA für administrative Aufnahmen zur Verfügung. Eine Personalanalyse für die Situation in Belastungsspitzen sollte erwogen werden. Alle Patienten werden nach MTS triagiert. Ein geriatrisches Screening nach ISAR sowie ein Delirscreening (NUDESC) konnte im Audit nachvollzogen werden. Der Frailty-Score wird erhoben und handschriftlich dokumentiert. Die Alterstraumapatienten werden im KIS markiert. Die jetzige EDV-Struktur bildet die erforderlichen Screeningmodule nur ungenügend ab.

Die Behandlung/Erstversorgung traumatologischer Patienten erfolgt in der ZNA im Präsenz- und Hintergrundsystem. Außerhalb der regulären Arbeitszeit befindet sich ein Oberarzt der Unfallchirurgie im Rufdienst, welcher bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten beim Patienten sein kann. Auch am Wochenende und an Feiertagen stehen Geriater zur Verfügung. Die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik für Innere Medizin und Intensivmedizin stehen 24/7 bei Notfällen und konsiliarischen Anforderungen allen Patienten zur Verfügung. Zur Regelarbeitszeit stehen Fachärzte der Klinik für Geriatrie als Ansprechpartner zur Verfügung.

Die integrierte Erstversorgung auf der ZNA umfasst die Schmerztherapie, die traumatologische Diagnosesicherung, die Indikationsstellung, die Untersuchung durch den Narkosearzt mit Risikoabschätzung sowie die Thromboseprophylaxe. Nach Durchführung der Röntgendiagnostik erfolgt die Vorstellung des Patienten beim entsprechenden Facharzt oder Oberarzt. Dieser entscheidet über das weitere operative oder konservative Vorgehen. Die im Audit befragten Mitarbeiter kennen die Prozesse, Dokumentationsvorgaben und die klinischen Standards des ATZ und können diese im Intranet sicher aufrufen. Dies gilt insbesondere auch für medizinische Standards und Palliativkonzepte. Alle Patienten werden zur und von der Röntgenabteilung begleitet.

Anästhesie

Im Fachbereich der Anästhesie und Intensivmedizin kommen alle modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie zum Einsatz. Die Abteilung wird geleitet von Herrn Dr. med. Georg Rehmert. Die zeitgerechte operative Therapie der alterstraumatologischen Patienten konnte im Audit nachvollzogen werden. Die Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie ist schriftlich geregelt. Eine Intensivstation mit 14 Betten steht für die Patienten zur Verfügung. Zusätzlich gibt es Überwachungsbetten im Rahmen der Stroke Unit.

Radiologie

Die radiologische Klinik wird geleitet durch Herrn Dr. med. Andreas Trusen. Es besteht ein umfassendes radiologisches Angebot mit einem modernen Gerätepark. Neu angeschafft wurden 2 CTs, ein Gerät mit der Option kardiologischer Untersuchungen. Das vorhandene MRT ist ebenfalls für kardiologische Fragestellungen ausgerüstet. Eine digitale Subtraktionsangiographie ermöglicht neben der Diagnostik Gefäßinterventionen und Embolisationen. Für Schockraumeinsätze und Notfallinterventionen steht ein Rufdienst zur Verfügung. Die konventionellen Röntgenbilder des Skeletts werden außerhalb des Regeldienstes durch die Unfallchirurgie befundet. Zusätzlich steht eine strukturierte Teleradiologie zur Verfügung. Die Einweisung der Mitarbeiter in die Strukturen der Teleradiologie ist gewährleistet. Eine Vernetzung der Fachabteilungen ist durch die Regelkommunikation gewährleistet.

OP

nicht auditiert

Physiotherapie

Die Physiotherapie im Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal ist eine hausinterne Abteilung mit fest zugeordneten Therapeuten. Die GBA-Bestimmungen zur Physiotherapie am Wochenende werden eingehalten. Regelmäßig sind 2 Physiotherapeuten am Wochenende in der Klinik tätig. Die räumliche Infrastruktur der Physiotherapie ist gut, die Ausstattung mit geriatricspezifischen Trainingsgeräten ist in Anbetracht der Größe der Einheit ausbaufähig. Die zeitnahe Mobilisierung der Patienten konnte im Audit nachvollzogen werden.

Ergotherapie

Ergotherapie und Logopädie gehören zum Portfolio der geriatrischen Komplextherapie. Patienten im geriatrischen Bereich erhalten täglich Ergotherapie. Die MA stehen aber bei Bedarf auch für unfallchirurgische Patienten zur Verfügung.

Hilfsmittelversorgung

Regelungen für die Hilfsmittelversorgung wurden getroffen. Eine strukturierte technische Überprüfung der im Stationsbereich befindlichen Hilfsmittel und Trainingsgeräte sollte sichergestellt werden.

Entlassungsmanagement

Ein strukturiertes Entlassmanagement steht zur Verfügung. Der Sozialdienst ist Bestandteil der Teamsitzungen und täglich auf der Station präsent.

Weiterentwicklung

Gute Weiterentwicklung des ATZ mit hohem Grad der interdisziplinären Kommunikation.

Unfallchirurgie

Zusammenfassung

Die Klinik für Unfallchirurgie steht unter der Leitung von Herrn Dr. Krasnici. Der Fachbereich bietet das gesamte Spektrum einer modernen Unfall- und Wiederherstellungschirurgie einschließlich der Handchirurgie. Die Klinik besitzt die Zulassung zur Versorgung von Unfallverletzten im Rahmen des Verletztenartenverfahrens der DGUV. Außerdem ist die Klinik zertifiziertes regionales Traumazentrum des Traumanetzwerkes Sachsen-Anhalt Nord. Unfallchirurgische Expertise steht 24/7 zur Verfügung. Die Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie ist gegeben. CA Dr. Krasnici verfügt über eine WB-Befugnis spezielle Unfallchirurgie über 24 Monate. Ausgewiesene operative Expertise ist vorhanden und alterstraumatologische Behandlungsalgorithmen sind vereinbart. Die SOPs sind aussagekräftig und gut strukturiert. Zu empfehlen ist die Aufnahme der OF-Klassifikation von Schnake in die SOP der Wirbelfrakturen oder ein entsprechender Verweis darauf. Im Haus ist neben der Unfallchirurgie eine orthopädische Abteilung etabliert. Frakturendoprothetik einschließlich der periprothetischen Frakturen werden im unfallchirurgischen Bereich versorgt.

Geriatric

Zusammenfassung

Die Geriatric am Johanniterkrankenhaus Stendal wird geleitet durch Herrn PD Dr. med. Cornelius Werner, Chefarzt für Neurologie und Geriatric, und Herrn Dr. med. Christoph Bobrowski, Internist und Leiter des Departments Geriatric. Somit besteht neben der internistische auch die neurologische Kompetenz im geriatricen Bereich. Alle Voraussetzungen des Kriterienkataloges Kapitel III für ein ATZ sind erfüllt. Es besteht eine gute Durchdringung der geriatricspezifischen Fortbildungen im Pflegebereich im Bereich der Geriatric. Ein großer Anteil der Pflegenden ist ZERCUR geschult. Durch die strukturierte Zusammenarbeit, die etablierten Teambesprechungen in beiden Bereichen und die räumliche Nähe der Abteilungen ergibt sich ein Informationstransfer für geriatriche Fragestellungen in die Unfallchirurgie.

Die geriatriche Station verfügt über einen Gemeinschaftsraum sowie auch über gut ausgestattete Therapieräume und zwei demenzfreundliche Zimmer.

Interdisziplinarität

Zusammenfassung

Die Kooperationsstrukturen des ATZ erlauben eine strukturierte gelebte Zusammenarbeit der beteiligten Fachdisziplinen und dem therapeutischen Team. Die Erstidentifikation geriatrischer Patienten konnte regelhaft nachvollzogen werden. Wechselseitige Visiten werden in beiden beteiligten Bereichen regelhaft durchgeführt und dokumentiert. Alle erforderlichen SOPs wurden erstellt. Die praktische Umsetzung der Osteoporosetherapie entspricht nicht regelhaft den Vorgaben der DVO-Leitlinie 2023. Hier ist eine Bearbeitung der SOP erforderlich.

Qualitätsmanagement und Dokumentation

Zusammenfassung

Das Alterstraumazentrum Johanniter-Krankenhaus Stendal verfügt über ein sehr gut eingeführtes QM-System. Ein QMH für das ATZ ist vorhanden und die Qualitätspolitik für das ATZ wurde darin beschrieben. Eine Weiterentwicklung des Systems und seiner Anwendung konnte belegt werden. QM-Methoden, wie z. B. gemeinsame Qualitätszirkelarbeit, kontinuierliche Patientenbefragungen wird fortlaufend umgesetzt. Mit der Betrachtung von geringen Rücklaufzahlen hat die Klinik ein wissenschaftliches Projekt gemeinsam mit der Hochschule Stendal geplant. CIRS-Meldeverfahren ist eingeführt (keine Vorkommnisse im ATZ), Fehler- und Beschwerdemanagement sind über die Klinik eingeführt (keine ATZ Fälle).

Das Besprechungsmanagement ist in einer Kommunikationsmatrix (ATZ Termine) sowie anteilig im Handbuch für das ATZ geregelt. In Teamsitzungen, QZ-Treffen oder Leitungskonferenzen wird dies abgebildet.

M&M-Konferenzen und den vom Kriterienkatalog geforderten Visiten sind umgesetzt.

Strukturierte interne Audits werden regelhaft geplant und umgesetzt. Die Inhalte aus dem ATZ-Kriterienkatalog sind abgebildet. Anhand eines Maßnahmenplanes werden die Ergebnisse bearbeitet. Ein internes Audit für diesen Zyklus ist für 2025 geplant.

Empfehlungen und Beobachtungspunkte aus dem letzten Audit wurden strukturiert anhand eines Gesamtmaßnahmenplans bearbeitet.

Ein Risikomanagement ist über das CIRS-Eingabeverfahren installiert sowie eine regelmäßige M&M-Konferenz für das ATZ.

Gesetzliche Anforderungen, wie z. B. Arbeitssicherheit, Hygiene etc. werden über die Klinik/Träger umgesetzt. Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen werden geplant und, wo sinnvoll, wird auf interprofessionale Teilnahme geachtet.

Verantwortungen und Befugnisse sind geregelt. Ein Organigramm gibt Aufschluss über die Struktur des ATZ. Selbstdefinierte Kennzahlen werden ermittelt und ausgewertet.

Die Dokumentenlenkung ist EDV basiert und anhand von Beispielen belegt (aktuell oder evaluiert).

Fallbesprechungen

Zusammenfassung

85 j weibl. pertrochantäre Fraktur komplettes Screening, Einbindung Geriatrie innerhalb von 24 Std. Nagelversorgung. Geriatriische Mitbehandlung während der unfallchirurgischen Behandlungsphase, Teambesprechungen auch in der Unfallchirurgie. Entlassung nach Hause.

Männl. Patient, Schenkelhalsfraktur, Pneumonie Rippenserienfraktur, Dekubitus II. Im Verlauf Verschlechterung des Dekubitus, OP Indikation gestellt, plastische Deckung, Pneumonie. Patient verstirbt bei pulmonaler Insuffizienz.

Die Fallbesprechungen dokumentieren das hohe Niveau der unfallchirurgischen Versorgung, auch komplexe Verletzungen werden durch die bestehende Interdisziplinarität und das breite medizinische Spektrum am Haus beherrscht und strukturiert behandelt. Selbstkritische interdisziplinäre Diskussion komplikationsbehafteter Verläufe

Bewertung der Dokumentationsqualität/Fallkontrollen

Folgende Patientenakten wurden bewertet [Traumacode lt. TR-DGU]
1624044264; 1622072636;1624068018; 1623071832; 1623071832;1623074435; 1623048899; 1624048868; 1624021131

Dokumentationsqualität von mindestens 80% erfüllt	
Dokumentationsqualität von mindestens 80% erfüllt	[X] Ja [] Nein

Dateneingabequalität (Proximale Femurfraktur) von mindestens 80% erfüllt	
Dateneingabequalität (Proximale Femurfraktur) von mindestens 80% erfüllt	[X] Ja [] Nein

Abweichungen/Feststellungen/Empfehlungen/Stärken/Beobachtungspunkte

Abweichungen

Feststellungen

Die Dateneingabe ins Register liegt nicht bei mind. 80% Erfüllung. Umsetzung bis zur REZERTIFIZIERUNG

Empfehlungen

I.2 Überarbeitung der Kommunikationsmatrix (Wer mit wem, wie häufig, wer nimmt teil, Protokoll ...)

I. 2.2.4 Ein gemeinsamer geriatrisch-unfallchirurgischer Arztbrief ist anzustreben.

II.3 Zu empfehlen ist die Aufnahme der OF-Klassifikation von Schnake in die SOP der Wirbelfrakturen oder ein entsprechender Verweis darauf.

III Die Einführung geriatrischer Kennzahlen für den frührehabilitativen Therapiebereich sind zu empfehlen.

V Qualitätsziele: auf Messbarkeit achten (Zeitachse); zu empfehlen sind geriatrische Kennzahlen zur Beurteilung des Behandlungsprozesses.

V Ein bewertender Charakter sollte über die dreijährige Entwicklung in der folgenden Checkliste 2 (wo sinnvoll) beschrieben werden (wenn keine Managementbewertung hinzugezogen wird).

V.6 Eine Arbeitsbeschreibung der Eingabe in die Registerdaten wäre für einen evtl. vertretenden Mitarbeiter prozesssicherer.

Stärken

Hohes QM Bewusstsein (alle Beteiligten), gute Kommunikationsstrukturen

Aktive Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema ATZ

Gute Infrastruktur der Station mit unmittelbarer Nachbarschaft der beteiligten Fachdisziplinen

Frühe Einbindung der Geriater in den Behandlungsprozess alterstraumatologischer Patienten

Ein Bewegungspark für geriatrische Patienten ist geplant, ggf. könnte eine Evaluation erfolgen.

Beobachtungspunkte

I. 2.3.3 Jedes intraoperative Röntgenbild muss über eine Indikationsstellung und einen Befund verfügen.

IV.2 Digitale Patientenakte seit 11/2024. Ein geriatrisches Screening nach ISAR sowie ein Delirscreening (NUDESC) konnte im Audit nachvollzogen werden. Der Frailty-Score wird erhoben und handschriftlich dokumentiert. Die jetzige EDV Struktur bildet die erforderlichen Screeningmodule des Behandlungsprozesses nur ungenügend ab.

IV. 6.5 Die SOP zur Osteoporose muss an die Leitlinie 2023 angepasst werden, bei Entlassung der Patienten muss eine strukturierte Therapieempfehlung nachvollziehbar sein.

IV 7 Die Wartung der auf der Station gelagerten Hilfsmittel und Gehhilfen muss nachvollziehbar regelhaft erfolgen.

Beobachtungspunkte

IV 11.3 der G-BA festgestellt, dass mit dem Einsatz eines geeigneten Testverfahrens für dezidierte präoperative Konstellationen bei Noak/Doak die Sicherheit der Entscheidung bezüglich des frühestmöglichen Operationszeitpunktes richtungsweisend erhöht werden kann. (17.12.2020). Der Einsatz einer Anti Xa Messung oder eines Rotems sollte strukturiert diskutiert werden.

V Planung nächstes int. Audit Ende 2025

V die SOP zum Blaseninfekt wurde noch nicht mit einer strukturierten Lenkung versehen. Die täglich ärztliche Indikation zum Blasenkatheter muss in den Akten nachvollziehbar sein.

Stellungnahme

- Die Erteilung eines Zertifikates kann empfohlen werden
- Die Weiterführung des Zertifikates kann empfohlen werden
- Die Erteilung/Weiterführung eines Zertifikates kann erst empfohlen werden, wenn dem Auditor die vereinbarten Nachweise zu den Abweichungen/Feststellungen innerhalb einer vereinbarten Frist [max. 8 Wochen] vorliegen.
- Die Erteilung eines Zertifikates kann nicht empfohlen werden, es sollte ein Nachaudit innerhalb von 180 Tagen stattfinden.
- Die Erteilung eines Zertifikates kann für eine Dauer von einem Jahr empfohlen werden. Vor Ablauf der Frist ist eine Bewertung folgender Kriterien durchzuführen.
- Die Erteilung eines Zertifikates kann nicht empfohlen werden.

- Logos/Siegel/Zeichen/Zertifikate werden entsprechend den Anforderungen des Überwachungsvertrages genutzt [nur bei Überwachungsaudit]

Freigabe Bericht durch Zertifizierungsstelle

Freigegeben am: 18.03.2025

Freigabe Auditbericht

CERT
iQ
S. Hied

Unterschrift

G. Hartwig

Systemauditor

Anlagen

- Abweichungen siehe Abweichungsprotokoll
- Feststellungen siehe Feststellungsprotokoll

Stichproben

27.02.2025 Johanniter-Krankenhaus Stendal, ATZ Stendal, Wendstraße 31, DE - 39576 Stendal