

**Leitfaden für Partner der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V.
zur internen Zertifizierung**

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Das Zertifizierungssystem	5
2.1 Ziele	5
2.2 Zertifizierungsverfahren	5
2.2.1 Voraudit (optional)	5
2.2.2 Zertifizierungsaudit:	5
2.2.3 Technical Review / Auswertung der Checklisten/Zertifikatserteilung:.....	5
2.2.3.1 Zertifikatserteilung / Bestätigung	6
2.2.3.2 Verlängerung des Zertifikates	7
2.2.3.3 Entzug/Suspendierung des Zertifikates	7
2.2.4 Folgeaudits	7
2.2.5 Auditoren.....	7
2.2.5.1 Zulassung von Auditoren	7
2.2.5.2 Aufrechterhaltung der Zulassung.....	8
2.2.5.3 Aufhebung der Zulassung.....	8
3 Kriterienkatalog	9
Q1 Strukturqualität des KIP – Fragekomplexe 1 – 5	9
Q2 Prozessqualität des KIP – Fragekomplexe 6 - 7	14
Q3 Ergebnisqualität des KIP – Fragenkomplexe 8 – 10	15
Anhang Checklisten.....	18
Q1 Strukturqualität des KIP	19
Q2 Prozessqualität des KIP	26
Q3 Ergebnisqualität des KIP.....	29
Auswertung der Checklisten Q1 – Q3.....	31

1 Einleitung

Die Anzahl der jedes Jahr neu auftretenden Krebserkrankungen hat in Deutschland laut Robert-Koch-Institut von 1980 bis 2006 bei Frauen um mehr als 35% und bei Männern um mehr als 80% zugenommen. Grund dafür ist vor allem die demografische Entwicklung. In den letzten Jahren haben sich jedoch auch die Behandlungs- und Betreuungsmethoden weiter entwickelt, auch wenn das sozialrechtliche und gesundheitspolitische Umfeld dynamisch und immer für eine Überraschung gut war.

Erschwerend kommt hinzu, dass die demografische Entwicklung auch dramatische Auswirkungen auf das Lebens- und Arbeitsumfeld der Menschen im Freistaat Sachsen hat. Die aktuelle Entwicklung ist geprägt von einem stetig rückläufigen Trend der Einwohnerzahlen, einer anhaltenden demografischen Alterung und einer Zunahme der regionalen Differenzierung zwischen Stadt und Land. Dies wirkt sich natürlich auch auf die onkologische Versorgungslandschaft aus.

Die 1990 gegründete **Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (im Folgenden SKG genannt)** verfolgt das Ziel, alle Bestrebungen zur Bekämpfung von Krebskrankheiten zu fördern. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft mit sozial- und gesundheitspolitisch breit gefächertem Spektrum ist sie Partner aller in der Krebsbekämpfung tätigen Institutionen, Organisationen und Vereinen sowie von an Krebs erkrankten Menschen. Entsprechend ihrer Satzung engagiert sie sich mit vielfältigen Aktivitäten insbesondere

- bei der Wissensvermittlung zu allen Fragen rund um das Thema Krebs,
- in der konsequenten Unterstützung der Selbsthilfe **und**
- bei der Bereitstellung psychosozialer Beratung für alle Menschen in Sachsen.

Vor dem Hintergrund der zunehmend unterschiedlichen Informationsangebote zum Thema Krebs für ratsuchende Betroffene und deren Angehörige sowie Interessierte im städtischen und ländlichen Raum hat die SKG bereits 2010 damit begonnen, gemeinsam mit Partnern aus dem onkologischen Versorgungsbereich, die beruflich bereits täglich mit Krebserkrankungen zu tun haben, flächendeckend Krebsinformationspunkte im Freistaat Sachsen zu schaffen.

Durch die **Krebsinformationspunkte (im Folgenden KIP genannt)** u.a. in Arzt-, Physiotherapie-, Ergotherapie-Praxen oder Apotheken im ländlichen Raum soll eine Verbesserung der psychosozialen Hilfsangebote für Krebspatienten und ihre Angehörigen zur Bewältigung des Lebens mit der Krebserkrankung erreicht, sowie Mitarbeiter mit qualitätsgesicherten Informationen

zur Prävention und Früherkennung von Krebs versorgt werden, um damit den Unterschied zwischen dem Informationsangebot im ländlichen Raum und in den Ballungszentren Sachsens mittelfristig zu verringern. In den Krebsinformationspunkten halten die Partner, unterstützt von der SKG, qualitätsgesicherte Informationen und Broschüren bereit, organisieren bedarfsorientiert Kurse und Vorträge zur Unterstützung des Lebens mit der Krebserkrankung sowie bei Bedarf auch psychosoziale Beratung.

Hierzu wurden Partnerschaften zwischen der Sächsischen Krebsgesellschaft und Partnern aus dem Gesundheitswesen eingegangen, die sich den satzungsgemäßen Zielen der SKG verpflichtet fühlen und sich aktiv an der Verbesserung der onkologischen Versorgung für Betroffene und Angehörige beteiligen wollen.

Um die Zusammenarbeit zwischen den Partnern und der Sächsischen Krebsgesellschaft kontinuierlich weiter zu entwickeln und sowohl die hohe Qualität der Angebote gegenüber den Betroffenen und Angehörigen als auch die beiderseitig vorteilhafte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Partnern und der SKG langfristig zu sichern wird der erreichte Stand zukünftig in regelmäßigen Abständen evaluiert.

Dabei sollen die Betreuung der Betroffenen und Angehörigen, die gemeinsame Zusammenarbeit, die daraus entstandenen Ergebnisse sowie die sich daraus neu ergebenden Aufgaben regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden.

Um diese Idee mit Leben füllen zu können, wurde in einem ersten Schritt ein Eigenkontrollsystem entwickelt. Dieses sollte dabei helfen, anhand von einfachen Checklisten den Stand der gemeinsamen Zusammenarbeit unkompliziert zu prüfen, Erfolge und Stärken transparent zu machen und Verbesserungspotentiale sowohl in der Betreuung der Betroffenen und Angehörigen als auch der gemeinsamen Zusammenarbeit zu erkennen, um den zukünftigen Herausforderungen gemeinsam gestärkt entgegenzutreten zu können.

Entsprechend eines Beschlusses des Vorstandes soll nun - in einem zweiten Schritt - die Zertifizierung der Partner, die gleichzeitig Mitglied der Sächsischen Krebsgesellschaft sein sollen, auf der Grundlage des vorliegenden Kriterienkataloges erfolgen.

2 Das Zertifizierungssystem

2.1 Ziele

Das vorliegende Zertifizierungssystem orientiert es sich an den im Kooperationsvertrag zum Ausdruck gebrachten 4 Zielen der Partnerschaft, deren aktueller Umsetzungsstand gemeinsam beurteilt werden soll:

1. Betroffene und ihre Angehörigen stehen im Mittelpunkt,
2. Durchführung der Arbeit nach aktuellen fachlichen Standards,
3. gegenseitige partnerschaftliche Unterstützung der Arbeit **und**
4. positive Außenwirkung der Partnerschaft.

Basierend auf diesen Zielen wurden der Kriterienkatalog und die Checklisten entwickelt.

2.2 Zertifizierungsverfahren

Folgender Ablauf zur Erlangung des Status „Zertifizierter Partner der Sächsischen Krebsgesellschaft“ ist vorgesehen:

2.2.1 Voraudit (optional)

Die Voraudits bieten eine optimale Vorbereitung für das spätere Zertifizierungsaudit. Sie zeigen Stärken und Schwächen auf und bieten einen ersten externen Blick auf die aktuelle Situation. Das Voraudit sollte dabei jedoch nicht vom späteren „Zertifizierungs-Auditor“ durchgeführt werden.

2.2.2 Zertifizierungsaudit:

Vor-Ort-Prüfung des Partners durch den Auditor auf Grundlage des Kriterienkatalogs. Das Zertifizierungsaudit sollte nicht vom „Voraudit-Auditor“ durchgeführt werden. Bei nicht erfüllten k.o.-Kriterien ist ein Maßnahmenplan mit Umsetzungsterminen in Abstimmung mit dem auditierten Partner zu erstellen. Sollte ein Partner über mehr als einen Standort verfügen, sind mindestens 25 % der Standorte in das Audit einzubeziehen.

2.2.3 Technical Review / Auswertung der Checklisten/Zertifikatserteilung:

Im Technical Review (TR) prüft ein Zertifizierungsauditor den Auditbericht gegen den Standard (Bewertung). Hier wird anschließend auch die Zertifikatsentscheidung getroffen (4-Augen-Prinzip). Für den TR werden fachlich geeignete Personen eingesetzt.

Auswertung der Checklisten Q1 – Q3

Maximale Gesamtpunktzahl: 300 Punkte

Strukturqualität: 150 Punkte (= 50,0 %)

Prozessqualität: 50 Punkte (= 16,7 %)

Ergebnisqualität: 100 Punkte (= 33,3 %)

Punktzahl	Ergebnis	Umsetzungsniveau	Zertifikatslaufzeit/ Auditfrequenz
Gesamtpunktzahl zwischen 240 und 300 (mind. 80%), keine KO-Kriterien	Sehr guter Stand der Umsetzung der KIPs/des Partnerschaftskonzeptes vor Ort	sehr gut	3 Jahre
Gesamtpunktzahl zwischen 195 und 239 (mind. 65%), keine KO-Kriterien Keine KO-Kriterien und Gesamtpunktzahl zwischen 195 und 239 (mind. 65%)	Guter Stand der Umsetzung	gut	2 Jahre
Gesamtpunktzahl zwischen 150 und 194 (mind. 50%), keine KO-Kriterien	Optimierungspotenzial vorhanden	ausreichend	1 Jahr
Gesamtpunktzahl unter 150 (< 50%) und/oder KO-Kriterien	Nicht ausreichend. Grundsätzliche Beschäftigung mit dem Konzept der KIPs bzw. dem Partner-Konzept erforderlich	nicht ausreichend, Nachaudit erforderlich	kein Zertifikat

2.2.3.1 Zertifikatserteilung / Bestätigung

Bei Erfüllung aller notwendigen Kriterien erhält die Einrichtung das Zertifikat „Zertifizierter Partner der Sächsischen Krebsgesellschaft“

→ Anhang: Zertifikatsinhalt (Muster)

2.2.3.2 Verlängerung des Zertifikates

In begründeten Fällen ist eine einmalige Verlängerung um max. 3 Monate auf Antrag möglich, wenn der neue Audittermin zu vor fest vereinbart wurde. Die Laufzeit des Zertifikates beginnt mit dem Ende der der Laufzeit des vorherigen Zertifikates.

2.2.3.3 Entzug/Suspendierung des Zertifikates

Der Entzug des Zertifikates muss erfolgen bei:

- schweren Verstößen gegen den Partnerschaftsvertrag
- Kündigung/Erlöschen/Aufhebung des Partnerschaftsvertrages

Die Suspendierung des Zertifikates stellt eine vorübergehende Außerkraftsetzung des Zertifikates dar.

2.2.4 Folgeaudits

Überwachungsaudits erfolgen entsprechend dem erreichten Umsetzungsniveau, d.h. spätestens nach 3 Jahren. Sie können frühestens 3 Monate vor Ablauf des Zertifikates stattfinden. Eine einmalige Verlängerung um max. 3 Monate ist auf Antrag möglich, wenn der neue Audittermin fest vereinbart wurde. Die Laufzeit des Zertifikates beginnt mit dem Ende der vorherigen Zertifikates.

Auf Wunsch kann eine Veröffentlichung der Partner auf der Webseite www.skg-partner.de erfolgen.

2.2.5 Auditoren

2.2.5.1 Zulassung von Auditoren

Die Grundlage für die Zulassung als Auditor sind eine geeignete Ausbildung bzw. nachweisbare Berufserfahrung. Dazu können gehören:

- Abschluss als QM, QMB, Auditor
- Mehrjährige Tätigkeit im Bereich Qualitätssicherung
- Grundsätzliche Kenntnis über die Durchführung von Audits
- Auditerfahrung, mind. 5 begleitete Audits oder Schulung durch SKG
- Umfassenden Kenntnisse des Kriterienkataloges

Darüber hinaus wird eine Integritätserklärung entsprechend Verhaltenskodex gefordert

Verhaltenskodex Redlichkeit und Regeltreue

1. Ausschluss jeglicher Diskriminierung
2. Offenlegung von Interessenkonflikten
3. Keine Verquickung privater und/oder beruflicher Interessen
4. Keine Korruption
5. Schutz vertraulicher Daten
6. Angemessene Kommunikation

2.2.5.2 Aufrechterhaltung der Zulassung

Um die Zulassung als Auditor aufrechterhalten zu können sind notwendig:

- Mindestanzahl von 10 Audits in den letzten 2 Jahren
- Jährliche Teilnahme an einer Schulung

2.2.5.3 Aufhebung der Zulassung

Eine Aufhebung der Zulassung als Auditor kann erfolgen bei:

- Nachgewiesener unzureichende Qualifikation
- Sachlichen Gründe für eine vorübergehende oder dauerhafte Aufhebung (z.B. Aufgabe der Auditorentätigkeit o.ä.)

3 Kriterienkatalog

Q1 Strukturqualität des KIP – Fragekomplexe 1 – 5

(generell sind, soweit verfügbar, Mehrfachnennungen möglich)

1. Erreichbarkeit des KIP

1.1 Bekanntmachung der Einrichtung als KIP in der Umgebung

Durch diesen Punkt soll der Bekanntheitsgrad der Einrichtung als KIP erfragt und möglicherweise Potenzial zur Erhöhung aufgedeckt werden. Hinweise für alle Anreiseformen i

1.2 Erkennbarkeit der Einrichtung als KIP

Die Sichtbarkeit der Partnerschaft ist vertraglich geregelt. Es soll die Erkennbarkeit der Einrichtung als KIP sichergestellt werden, damit das Angebot von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten genutzt wird. Die Erkennbarkeit sollte für Pkw wie für Fußgänger gleichermaßen leicht möglich sein (Lesbarkeit des Partnerschaftsschildes, Haus-Nr.).

1.3 Erreichbarkeit des KIPs

Der KIP sollte auch für Menschen erreichbar sein, welche nicht mit dem PKW anfahren können. Deshalb wird die Möglichkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr anzureisen erfragt. Hinweis auf Haltestelle(n). Die Barrierefreiheit der Haltestelle ist wichtig, um auch körperlich beeinträchtigten Patienten/Kunden die Möglichkeit zur Nutzung des Angebotes zu geben. Weiterhin ist es von Vorteil, wenn der Weg von der Haltestelle bis zum KIP nicht allzu weit ist.

Für mit dem PKW anführende Kunden/Patienten sollten auch barrierefreie Parkplätze vorhanden sein, um die Teilhabe körperlich Beeinträchtigter zu ermöglichen. Parkplätze für Behinderte/Nicht Behinderte. Auch hier ist eine kurze Entfernung vom Parkplatz bis zur Einrichtung vorteilhaft. Die Checkliste orientiert sich an der Selbstauskunft zur Barrierefreiheit anerkannter Krebsberatungsstellen.

1.4 Zugang zum KIP während der Öffnungszeiten

Durch diesen Punkt soll sichergestellt werden, dass während der gesamten Öffnungszeiten der KIP mit Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte zugänglich ist. Weiterhin ist die Beratung/Betreuung durch einen Mitarbeiter sinnvoll. Bei Terminabsprachemöglichkeit: Einhaltung der Terminzeiten?

1.5 Kontaktmöglichkeiten außerhalb der Öffnungszeiten

Manchmal ergeben sich auch außerhalb der Öffnungszeiten Gesprächsbedarf oder Fragen. Dieser Punkt im Zertifizierungssystem stellt sicher, dass der Partner Wege findet, mit solchen Anfragen angemessen umzugehen.

2. Ausstattung des KIP

2.1 Behindertengerechte(r) Zugang und Ausstattung

Krebspatienten leben oft mit körperlichen Einschränkungen, welche ihnen den Zugang zu verschiedenen Gebäuden unmöglich machen. Die Teilhabe sollte, gerade in Gesundheitseinrichtungen, auch für körperlich beeinträchtigte Menschen möglich sein. Örtliche Gegebenheiten des Partners werden in der Eigenkontrollcheckliste erfragt, um sie zu erfassen und ggf. Verbesserungspotenziale aufzudecken. Die Checkliste orientiert sich an der Selbstauskunft zur Barrierefreiheit anerkannter Krebsberatungsstellen.

2.2 Verfügbare Räumlichkeiten

2.2.1 Rückzugsmöglichkeit zum Vertraulichen Gespräch

Bei der Versorgung krebskranker Menschen ist Diskretion sehr wichtig. Damit sich Betroffene und Angehörige individuell wahrgenommen fühlen, ist eine Rückzugsmöglichkeit und die Bereitschaft zum vertraulichen Gespräch unerlässlich. Die Abfrage im Zertifizierungssystem soll auf die Prüfung der Gegebenheiten hinweisen.

2.2.2 Gruppen-/Veranstaltungsraum

An dieser Stelle werden die räumlichen Gegebenheiten im KIP zur Durchführung von Gruppengesprächen und Veranstaltungen erfragt. Um diese durchführen zu können, benötigt man Platz. Sollte dieser Platz in der Einrichtung nicht verfügbar sein, kann möglicherweise auf externe Räume zugegriffen werden. Der Partner wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, die Gegebenheiten in seiner Umgebung zu prüfen. Vielleicht ergeben sich neue Möglichkeiten zur Zusammenarbeit.

3. Angebote des KIP und Qualitätssicherung

3.1 Bereitstellung von Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte

Die Wissensvermittlung spielt bei der Bekämpfung von Krebs eine wichtige Rolle. Früherkennung und Prophylaxe kann nur durch Aufklärung der Bevölkerung stattfinden. Den Ängsten von Betroffenen und Angehörigen kann durch gezielte Information entgegengewirkt werden. Der Partner wird mit der Abfrage im Zertifizierungssystem darauf hingewiesen, Informationen frei

zugänglich zu machen und auf Nachfrage bzw. im Gespräch mit Kunden/Patienten weiterzugeben.

3.2 Persönliche Gespräche

In den Checklisten sind mit persönlichen Gesprächen Unterhaltungen gemeint, welche während der normalen Handlungsabläufe bei der täglichen Arbeit entstehen. Der direkte Patienten-/Kundenkontakt ermöglicht es, Gesprächsbedarf zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren.

Persönliche Gespräche, welche mit der gebotenen Wertschätzung und Empathie geführt werden, können wesentlich zur Genesung beitragen und die Situation Betroffener und Angehöriger erleichtern. Die Frage im Zertifizierungssystem soll zur Reflexion des eigenen Umganges mit Gesprächsbedarf beitragen.

Sollte sich der Partner einmal nicht in der Lage fühlen, ausreichend auf Gesprächsbedarf einzugehen, ist es sinnvoll, auf professionelle psychosoziale Beratungsstellen zu verweisen.

3.3 Informationsangebote und/oder Gruppenvorträge zur Wissensvermittlung

Die SKG strebt mit ihrem Partnerschaftskonzept Vernetzungen zur Wissensvermittlung im Gesundheitswesen an. Diese sind notwendig, damit in allen Bereichen des Gesundheitswesens Fachberatung und onkologischer Wissenstransfer stattfinden können. Das Wissen über das Wesen der Krebserkrankung kann so vertieft und die Krebsforschung in Wissenschaft, Klinik und Praxis gefördert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse werden durch Informationsveranstaltungen und/oder Gruppenvorträge Ärzten und anderem medizinischen Personal nahegebracht, um durch Anwendung des aktuellen wissenschaftlichen Standards optimale Behandlungs- und Nachsorgeerfolge zu erzielen. Veranstaltungen sind ihrerseits wiederum eine gute Möglichkeit, Vernetzungen auszubauen. Durch Erweiterung des Veranstaltungsangebotes wird ein Beitrag zu weiterer Wissensvermittlung im Gesundheitswesen geleistet.

4. Ablauforganisation

4.1 Zeitkontingente der Mitarbeiter

Eine ordnungsgemäße Beratung bei entspannter Atmosphäre ist sehr wichtig für Ratsuchende. Manchmal fehlt den Mitarbeitern jedoch die Zeit, um wirklich auf Betroffene, Angehörige und Interessierte einzugehen. Die Frage im Zertifizierungssystem soll zur Reflexion des Umganges mit Gesprächsbedarf bei Zeitnot beitragen. Möglicherweise können Regelungen getroffen werden, welche die Betreuung/Beratung verbessern.

Wie bei Frage 3.2 erfolgt hier der Hinweis an den Partner: Sollte der Gesprächsbedarf über seine

Möglichkeiten hinausgehen, ist der Verweis an professionelle psychosoziale Beratungsstellen sinnvoll. Hier sollte der Hinweis aus 3.2 stattdessen wiederholt werden.

4.2 *Urlaubs- und Krankheitsregelungen*

Um das Informationsangebot auch im Urlaubs- (plus Vertretungsregelung?) und Krankheitsfall sicherzustellen, müssen entsprechende Regelungen getroffen werden. Der Partner soll auch an dieser Stelle auf die Prüfung der Gegebenheiten aufmerksam gemacht werden.

4.3 *Datenschutz*

Die besondere Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen muss berücksichtigt und mit der nötigen Empathie, Wertschätzung und Vertraulichkeit behandelt werden. Der Umgang mit sensiblen Daten muss kontrolliert werden. Vertrauliche Unterlagen sollten sich sichtbar nur auf den jeweiligen Beratungsfall beschränken. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz sind unter allen Umständen einzuhalten.

Dem Partner soll an dieser Stelle die Wichtigkeit der Vertrauensbeziehung nahegelegt werden. Ziel ist die Reflexion des Umganges mit Daten und ggf. das Erkennen von Handlungsbedarf. Die Mitarbeiter sind regelmäßig über die geltenden Datenschutzbestimmungen zu informieren, damit sie in der Lage sind diese einzuhalten.

5. Qualifikation der Mitarbeiter und Qualitätssicherung

5.1 *Qualifikation der Mitarbeiter*

Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter ist wichtig, um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Mitarbeiter im KIP müssen über fachliches Wissen verfügen, damit sie qualitativ gesicherte Informationen weitergeben (können). Die aufgeführte Liste enthält Fortbildungsschwerpunkte, welche eine weitergehende fachgerechte Beratung ermöglichen.

Die Einbindung der Mitarbeiterqualifikation in alle Managementsysteme beweist den hohen Stellenwert dieses Punktes im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Durch die Aufnahme in das Zertifizierungssystem soll dieser Sachverhalt herausgestellt werden.

5.2 *Qualitätsmanagementsystem*

In vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind bereits zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme vorhanden. Das liegt vor allem an der teilweise existierenden gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung.

Auch wenn die Qualitätssicherung noch nicht für alle Partner gesetzlich verpflichtend ist, bietet die Implementierung eines Systems zur Qualitätsarbeit wesentliche Vorteile.

Qualitätsmanagementsysteme sollen zu einer alle Abteilungen und Prozesse umfassenden

Qualitätspolitik führen, welche in einem ständigen Prozess angepasst und weiterentwickelt wird, um langfristig eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Qualität der Versorgung sollte kein zufälliges Produkt sein, sondern aktiv von der Einrichtung geplant und gesteuert werden. Ein zertifiziertes System allein schafft jedoch nicht die Verankerung des Qualitätsgedankens in der gesamten Einrichtung. Die Umsetzung muss systematisch und passgenau für die jeweilige Organisation erfolgen. Dazu bieten etablierte Zertifizierungssysteme meist eine Orientierung, können aber nicht 1 zu 1 für alle Unternehmungen übernommen werden. Die Einrichtung sollte ihren eigenen Weg bei der Umsetzung mit einem ggf. integrierten hausinternen System finden.

5.3 Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätszirkel

Mit Qualitätszirkeln sind an dieser Stelle externe Veranstaltungen gemeint, welche die Vernetzung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen untereinander fördern. Dazu gehören z.B. Tumorboards oder ähnliche Treffen, welche das Festlegen von Behandlungspfaden für spezielle Erkrankungen erleichtern sollen. Der Partner soll durch die Frage ggf. auf diese Möglichkeit der Qualitätssicherung hingewiesen werden.

5.4 Teilnahme der Mitarbeiter an Weiterbildungsveranstaltungen

Die regelmäßige Weiterbildung der Mitarbeiter wurde durch den Kooperationsvertrag vom Partner zugesichert. Um eine qualitativ hochwertige Information und Beratung Ratsuchender leisten zu können, muss das Wissen der Mitarbeiter stets auf dem aktuellen Stand sein. Der Partner wird dazu angehalten, die Mitarbeiter im KIP bei der ständigen Aktualisierung ihres Fachwissens zu unterstützen.

5.5 Teilnahme der Mitarbeiter an Supervisionen

Im psychotherapeutischen Bereich gehören Supervisionen zur Ausbildung. Sie sollen eine qualitätsgesicherte Therapie und Bewältigungsstrategien für den Therapeuten sicherstellen. Die Checkliste soll auf diese Möglichkeit der Qualitätssicherung im Rahmen des KIP hinweisen. Der Besuch entsprechender Veranstaltungen kann für die Mitarbeiter des KIP vorteilhaft sein, um Kompetenzen bei der Bewältigung von Belastungen zu entwickeln.

Q2 Prozessqualität des KIP – Fragekomplexe 6 - 7

6. Art und Weise der internen Leistungserbringung

6.1 Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen

Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen werden erfragt, um Vernetzungsmöglichkeiten innerhalb der Versorgungsstruktur aufzuzeigen. Die SKG unterstützt die Kooperation zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens, da durch Vernetzung Synergien genutzt und aktuelle Informationen für Betroffene und Angehörige flächendeckend verbreitet werden können. Des Weiteren werden durch Kooperation Vermittlungen an vor- oder nachsorgende Gesundheitseinrichtungen möglich, welche den Aufwand für die Patienten bei der Suche nach geeigneten Versorgern verringern. Durch die Frage im Zertifizierungssystem sollen Nutzung und Kenntnis von Kooperationen sichergestellt und ggf. neue Möglichkeiten zur Vernetzung aufgezeigt werden.

6.2 Ambulante psychosoziale Beratung Betroffener und Angehöriger

Die psychosoziale Beratung ist in stationären Einrichtungen flächendeckend vorhanden. Doch nach dem stationären Aufenthalt sind Betroffene und Angehörige oft auf sich allein gestellt und wissen nicht, an wen sie sich bei Bedarf wenden können. Die ambulante psychosoziale Beratung soll diese Lücke schließen. Die Abfrage soll sicherstellen, dass der Partner bei fehlendem ambulanten Angebot auf qualifizierte Beratungsstellen verweist.

6.3 Hinweis auf beratende, unterstützende und/oder informierende Organisationen

Hintergrund dieses Punktes ist die Sicherstellung flächendeckender Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Dieser Gedanke war und ist einer der wesentlichen Beweggründe für die Etablierung des Partnerschaftskonzeptes der SKG. Betroffene, Angehörige und Interessierte müssen von Angeboten unterstützender Organisationen erfahren. Diese Leistung ist besonders gut durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung abzudecken, da sie nah an der Zielgruppe sind. Es sollen qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt werden, welche bei individuellen Anliegen weiterhelfen. Dazu müssen die beteiligten Mitarbeiter wissen, auf wen sie ggf. verweisen können. Die Checkliste soll dazu eine Orientierung bieten.

7. Betreuung und Dokumentation

7.1 Nutzung von Leitlinien

Für medizinische Berufe gibt es speziell zugeschnittene Leitlinien, welche explizit ausformuliert sind und konkrete Entscheidungshilfen bereitstellen. Sie sollen die wissenschaftliche Evidenz und

klinische Praxiserfahrung zu speziellen Versorgungsproblemen bewerten, gegensätzliche Standpunkte klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl definieren. Sie sind nicht bindend, können aber die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung verbessern.¹

Mit der Abfrage im Zertifizierungssystem soll auf möglicherweise bestehende Leitlinien aufmerksam gemacht werden. Der Partner wird darauf hingewiesen sich über bestehende Leitlinien zu informieren und diese bei der Durchführung seiner Arbeit zu nutzen. Weiterhin ist für die Sicherung der Arbeit psychosozialer Beratungsstellen ein Handbuch der SKG verfügbar (*Musterhandbuch der SKG für psychosoziale Beratungsstellen für Menschen mit Tumorerkrankungen, Prof. Dr. Friedrich Balck, Axel Bartels*).

7.2 Dokumentation der Beratung/Betreuung

Durch Dokumentation der Beratung/Betreuung können wesentliche Merkmale der Nutzer des KIPs festgestellt werden. So wird es beispielsweise möglich festzustellen wie viele Ratsuchende den KIP durchschnittlich aufsuchen und welche Anliegen überwiegen. Durch diese Erkenntnisse kann man sich besser auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden einstellen und somit den Nutzen des KIPs steigern. Die Dokumentation hat in jedem Fall unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu erfolgen.

Q3 Ergebnisqualität des KIP – Fragenkomplexe 8 – 10

8. Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen

8.1 Betroffene, Angehörige und Interessierten

Durch diese Frage soll abgeglichen werden, ob und wie viel Kontakt im KIP zu Betroffenen, Angehörigen und Interessierten besteht. Damit wird sichergestellt, dass diese mit den Angeboten erreicht werden.

9. Ergebnisqualität aus Sicht der Betroffenen, Angehörigen und Interessierten

9.1 Befragung der Ratsuchenden

Um herauszufinden, welche Punkte bei der Beratung/Betreuung gut sind und welche verbessert werden können, bietet sich die Befragung der Ratsuchenden an. Mit Aufnahme in das Zertifizierungssystem wird auf die Möglichkeit der schriftlichen Befragung hingewiesen. Ein entsprechender Fragebogen befindet sich im Anhang des Handbuches (F).

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt nach Schulnotensystem (1 – 5), welches es ermöglicht

¹ Vgl. Grimshaw 2004; Thomas 2000

einen Notendurchschnitt für den KIP zu ermitteln. Weiterhin werden Lob und Kritik erfragt, um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden.

Ein weiterer Ansatz um die Meinung der Kunden/Patienten zum geleisteten Service zu erfahren ist die Recherche in Internetforen oder auch ein Fragebogen wie Anlage F zur Nutzung mit zeitlich vergrößertem Abstand.

Ohne die Notwendigkeit dieser „Befragungen“ in Zweifel zu ziehen, ist die Möglichkeit von gezielter Einflussnahme zu berücksichtigen.

9.2 Positive Rückmeldungen von Betroffenen, Angehörigen und/oder Interessierten

Positive Rückmeldungen sind ein Indiz für die Zufriedenheit!?. Sie können u.a. mit Hilfe des Fragebogens (F) erfasst werden.

9.3 Weiterempfehlungen

Die Weiterempfehlung ist ebenfalls ein Indiz für Zufriedenheit. Ist bekannt, das Ratsuchende aufgrund einer Empfehlung kommen, kann von einer zufriedenstellenden Beratung/Betreuung gegenüber dem Empfehlenden ausgegangen werden. Durch schriftliche Befragung (Fragebogen F), kann dieser Punkt sicher abgeklärt werden. Aber auch mündliche Hinweise von Patienten/Kunden können beim Ausfüllen der Checkliste berücksichtigt werden.

10. Ergebnisqualität aus externer fachlicher Sicht

10.1 Anerkanntes externes Qualitätszertifikat

Anerkannte externe Qualitätszertifikate (z.B. DIN) werden in der Regel alle 3 Jahre rezertifiziert. Dazu muss die Einrichtung Qualitätsanforderungen erfüllen, welche mittels Dokumentation nachgewiesen werden. Ein externer Auditor der Zertifizierungsstelle besucht die Einrichtung und überprüft die Gegebenheiten vor Ort. Externe Audits sind glaubwürdiger als interne, da die Auditoren von der bewerteten Einrichtung unabhängig sind. Diese Unabhängigkeit wird durch die Akkreditierung der Zertifizierungsstelle gewährleistet.

Durch ein Zertifikat kann die Einrichtung glaubhaft belegen, dass festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Das heißt, es hat u.a. auch eine breite Außenwirkung für die Einrichtung. Mit den Checklisten soll auf diese Möglichkeit im Rahmen des Qualitätsmanagements aufmerksam gemacht werden.

10.2 Mitglied im Versorgungsnetzwerk zertifizierter Orgazentren

Orgazentren sind auf die Versorgung von Patienten mit bestimmten Krebserkrankungen

spezialisiert (z.B. Darm-, Brust- oder Lungenkrebs). Es wird davon ausgegangen, dass sich die Versorgungsqualität und -sicherheit mit steigender Zahl der behandelten Fälle verbessert. Deshalb wird auf diese Form der Spezialisierung bei der Behandlung gesetzt. „Gekennzeichnet sind Organzentren durch eine enge Zusammenarbeit von Experten verschiedener Fachrichtungen und Einrichtungen innerhalb und außerhalb eines Krankenhauses. So sollen zusätzliche Belastungen wie Doppeluntersuchungen und lange Wege für Patienten vermieden werden. ...“ „Die medizinische und pflegerische Versorgung wird nach nationalen und internationalen Standards durchgeführt“, um sie auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten. „Ein Organzentrum darf sich nur dann als solches bezeichnen, wenn es von externen Prüfern im Auftrag von Fachgesellschaften wie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geprüft und zertifiziert wurde.“ Weiterhin finden in regelmäßigen Abständen Rezertifizierungen der Zentren statt.² Der Partner soll an dieser Stelle auf die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit zertifizierten Organzentren aufmerksam gemacht werden, um sich bei der qualitätsgesicherten Versorgung zu beteiligen.

2 <http://www.bethanien-moers.de/krankenhaus/zentren1> Onlineversion v. 16.09.2013

Anhang Checklisten

Q1 Strukturqualität des KIP

Fragenkomplexe 1-5

Maximal erreichbare Punktzahl: 150 Punkte

Lfd. Nr.	Frage und Antwortmöglichkeiten		Punkte	
			ein-zeln	max.
1.	Erreichbarkeit des KIP			35
1.1	Ist Ihre Einrichtung in ihrem Ort/Umgebung als KIP bekannt?			5
	Ja, durch	Flyer-/Info-Auslage in der Einrichtung	1	
		Flyer-/Info-Auslage bei kooperierenden Einrichtungen	1	
		Wenn Webseite vorhanden: Hinweis auf Funktion als KIP	1	
		Nutzung Präsentation im Partnerregal der SKG in Zwickau	1	
		Regionale Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	1	
	Nein		0	
1.2	Ist Ihre Einrichtung sofort als KIP erkennbar?			10
	Ja, durch	Partnerschaftsschild an der Einrichtung	6	
		Poster der SKG in der Einrichtung	2	
		Auslage Informationsmaterialien	2	
	NEIN		0	KO!
1.3	Ist Ihr KIP für Betroffene und Ihre Angehörigen gut erreichbar?			10
	Ja, ÖPNV	Haltestelle am Haus bzw. Shuttle Service	2	

		Haltestellen barrierefrei	1	
		Kurzer Fußweg von Haltestelle zum KIP (max. 5 Minuten)	2	
	Ja mit PKW	Parkplatz am Haus	2	
		Parkplatz barrierefrei, behindertengerecht (mind. 3,50 m breit)	2	
		Kurzer Fußweg vom Parkplatz zum KIP (max. 5 Minuten)	1	
	Nein		0	
1.4	Ist der Zugang zum KIP während der gesamten Öffnungszeiten möglich?			5
	Ja, mit	Stand und Infoportal	2	
		betreuendem Mitarbeiter/Ansprechpartner	3	
	Nein		0	
		Feste Sprechzeiten vorhanden	3	
		Individuelle Terminabsprache möglich	2	
1.5	Gibt es Kontaktmöglichkeiten zu betreuenden Mitarbeitern außerhalb der Öffnungszeiten?			5
	Ja, via	Telefonbereitschaft	2	
		Anrufbeantworter	1,5	
		E-Mail	1,5	
	Nein		0	
2.	Ausstattung des KIP			30
2.1	Sind Zugang und Ausstattung der Einrichtung behindertengerecht?			15

2.1.1	Zugang zur Einrichtung			4
	Ja	stufenfreier Haupt- oder Nebeneingang	1	
		Treppenlifte oder anlegbare Rampen (mobil oder stationär)	1	
		Eingangstüren mindestens 90 cm breit	1	
		Türschwellen maximal 3 cm hoch	1	
	Nein		0	
2.1.2	Innerhalb der Einrichtung			4
	Ja	Gänge mindestens 120 cm breit	2	
		Empfangstresen z.T. abgesenkt, offen oder separater Beratungsraum in unmittelbarer Nähe zum Empfang	2	
	Nein		0	
2.1.3	Aufzug in der Einrichtung			5
	Einrichtung ebenerdig, kein Aufzug notwendig		5	
	Einrichtung nicht ebenerdig, Aufzug wäre hilfreich			
	Ja	Aufzug vorhanden	1	
		Bewegungsfläche vor dem Fahrstuhl 150x150 cm	1	
		▪ Fahrstuhltür mindestens 90 cm breit	1	
		▪ Fahrstuhltür nicht ggü. Treppen/Rampen gelegen	1	
		▪ Bedienungselemente/Haltestangen vom Rollstuhl aus erreichbar	1	
	Nein	▪ Aufzug nicht vorhanden	0	
2.1.4	Toiletten			2

		Türbreite zum WC mindestens 80 cm	0,2	
		Zugang barrierefrei oder Rampe mit maximal 6 % Steigung	0,2	
		Schiebetüren oder nach außen zu öffnende Türen	0,2	
		Rechts/links neben Toilettenbecken 95cm breite und 70 cm tiefe Bewegungsfläche	0,2	
		Bewegungsfläche vor Toilette und Waschbecken mindestens 150x150 cm	0,2	
		WC-Sitz 48 cm hoch	0,2	
		Haltegriffe mit Papier beidseitig neben dem WC	0,2	
		Spülung im Sitzen erreichbar	0,2	
		Waschtisch unterfahrbar	0,2	
		Armaturenbrett, Seifenspender, Trockenvorrichtung selbständig erreichbar	0,2	
		Trifft nicht zu, da keine Kundentoiletten vorhanden sind	0	
2.2	Verfügbare Räumlichkeiten			15
2.2.1	Steht eine Rückzugsmöglichkeit für die Gespräche mit Krebspatienten und/oder Angehörigen zur Verfügung?			10
	Ja	Rückzugsmöglichkeit vorhanden	3	
		Separater Raum, um vertrauliche Gespräche unter Wahrung Datenschutzes zu ermöglichen	5	
		Einladende Einrichtung für angenehme Gesprächsatmosphäre	2	
	Nein	Aktuell noch nicht vorhanden	0	
2.2.2	Haben Sie einen Gruppen-/Veranstaltungsraum bzw. einen Raum um Infoveranstaltungen oder Gruppengespräche – auch für SHG - durchführen zu können?			5
	Ja	Wir haben einen solchen Raum.	5	
	Nein	Wir haben selbst in der Einrichtung keinen Raum, nutzen bei Bedarf aber einen externen Raum für Veranstaltungen.	5	

	Nein	Deshalb bieten wir solche Veranstaltungen nicht an.	0	
3.	Angebote des KIP und Qualitätssicherung			25
3.1	Stellen Sie Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte zur Verfügung?			10
	Ja	Frei zugänglich im Info- bzw. Wartebereich.	10	
		Bei Bedarf auf Nachfragen bzw. im Gespräch.	5	
	Nein		0	KO!
3.2	Werden persönliche Gespräche mit Ratsuchenden geführt?			10
	Ja		10	
	Nein		0	KO!
3.3	Bieten Sie Informationsveranstaltungen und/oder Gruppenvorträge zur Wissensvermittlung an?			5
	Ja		5	
	Nein		0	
4.	Ablauforganisation			25
4.1	Stellen Sie Ihren Mitarbeiter ausreichende Zeitkontingente zur Verfügung um Ratsuchende in einer entspannten Atmosphäre betreuen zu können?			10
	Ja	Die Mitarbeiter haben genügend Zeit um alle Fragen zu beantworten und Informationswünsche zu erfüllen.	10	
	Nein	Aufgrund des hohen Patienten-/Kundenaufkommens bleibt nicht immer genug Zeit. Wir vereinbaren dann einen neuen Termin oder ein Telefonat.	5	
	Nein		0	

4.2	Bestehen Urlaubs- bzw. Krankheitsregelungen für Mitarbeiter, welche den KIP betreuen?			5
	Ja	Es bestehen klar geregelte Urlaubs- und Krankheitsregelungen für den KIP.	5	
	Nein	Wir klären das ad hoc.	0	
4.3	Ist die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Anforderungen sichergestellt?			10
	Ja	Die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Anforderungen ist jederzeit sichergestellt. Eine entsprechende Information der Mitarbeiter findet regelmäßig statt.	10	
	Nein		0	KO!
5.	Qualifikation der Mitarbeiter und Qualitätssicherung			35
5.1	Haben Sie qualifizierte Mitarbeiter, die sich um die Betreuung und Beratung von Ratsuchenden im KIP kümmern?			5
	Ja, mit	Schwerpunkt Psychoonkologie	2	
		Schwerpunkt Sozialrechtliche Fragen	1	
		Schwerpunkt Regionale Versorgungsnetzwerke/Onkolotse	1	
		Spezifische medizinische/therapeutische Ausbildung	1	
	Nein	Wir versuchen die Fragen bestmöglich zu beantworten	0	
5.2	Existiert ein Qualitätsmanagementsystem?			5
	Ja	Nutzung eines zertifizierten externen Systems	3	
		Nutzung eines hausinternen Systems	2	
	Nein		0	

5.3	Nimmt die Einrichtung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil bzw. finden externe Qualitätszirkel (z.B. Tumorboards) statt?			5
	Ja	... und zwar:	5	
	Nein		0	
5.4	Nehmen die Mitarbeiter, welche den KIP betreuen, regelmäßig an Weiterbildungsveranstaltungen teil?			15
	Ja	Interne Weiterbildungsveranstaltungen.	5	
		Themen:		
		Externe Weiterbildungsveranstaltungen.	10	
		Wo?		
		Themen:		
	Nein		0	KO!
5.5	Nehmen die Mitarbeiter welche den KIP betreuen regelmäßig an Supervisionen teil bzw. räumt der Partner entsprechende Möglichkeiten hierfür ein?			5
	Ja	Interne Supervisionen	2	
		Externe Supervisionen	3	
	Nein		0	

Q2 Prozessqualität des KIP

Fragenkomplexe 6 - 7

Maximal erreichbare Punktzahl: 50 Punkte

Lfd. Nr.	Frage und Antwortmöglichkeiten		Punkte	
			ein-zeln	max
6.	Art und Weise der internen Leistungserbringung			35
6.1	Kooperieren Sie bei der Beratung und Betreuung der Betroffenen, Angehörigen und Interessierten im KIP neben der SKG mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens?			15
	Ja, mit	Zertifizierten Organzentren bzw. Onkologische Zentren	1	
		Regionalen Krankenhäusern	1	
		Medizinischen Versorgungszentren	1	
		Niedergelassenen Onkologen	1	
		Weiteren Fachärzten	1	
		Selbsthilfegruppen	1	
		Physiotherapeuten	1	
		Ergotherapeuten	1	
		Onkolotsen	1	
		Apotheken	1	
		Sanitätshäusern	1	
		Rehakliniken	1	
		Ambulanten Reha-Dienstleistern	1	
		Hospizen bzw. Hospizdienst	1	

		Pflegediensten	1	
		Weiteren:	1	
	Nein	Wir können alle relevanten Fragestellungen durch eigene Experten in unserer Einrichtung abdecken.	15	
	Nein	Wir kooperieren nicht, es hat sich nicht bewährt.	0	
6.2	Findet in der Einrichtung ambulante psychosoziale Beratung von Betroffenen und Angehörigen durch qualifizierte ³ Sozialarbeiter statt?			10
	Ja, durch	Eigene qualifizierte Sozialarbeiter oder	10	
		Externe, kooperierende qualifizierte Sozialarbeiter	10	
	Nein	Wir verweisen auf die Sächsische Krebsgesellschaft bzw. die Gesundheitsämter der jeweiligen Landkreise	10	
	Nein	Wir bieten weder den Service an, noch verweisen wir bei Bedarf.	0	KO!
6.3	Werden Ratsuchende und SHG auf beratende, informierende und/oder unterstützende Organisationen hingewiesen?			10
	Ja, auf	Sächsische Krebsgesellschaft e.V.	2	
		Tumorberatungsstellen der Gesundheitsämter	2	
		Selbsthilfegruppen	1	
		Service-Hotline des Krebsinformationsdienstes (KID)	1	
		Deutsche Krebsgesellschaft e.V.	1	

3 Zusatzfort-/ Weiterbildung in psychosozialer Onkologie, gemäß der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Förderung der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitshilfe (RL Gesundheitsvorsorge und Gesundheitshilfe).

		Deutsche Krebshilfe e.V.	1	
		Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (z.B. Pflegenetz Sachsen)	1	
		Onkolotsen		
		Weitere:	1	
	Nein		0	
7.	Betreuung und Dokumentation			15
7.1	Werden die für das Berufsfeld der Einrichtung verfügbaren Leitlinien/Vorgaben genutzt?			10
	Ja		10	
	Keine vorhanden	Interne Vorgaben/Qualitätsleitbild	5	
		Nutzung des Handbuchs für Psychosoziale Beratungsstellen der SKG	5	
	Nein		0	KO!
7.2	Dokumentieren Sie die Beratung/Betreuung der Ratsuchenden im KIP unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Anforderungen?			5
	Ja	Elektronisch oder	5	
		Auf Papier	5	
	Nein		0	

Q3 Ergebnisqualität des KIP

Fragenkomplexe 8-10

Maximal erreichbare Punktzahl: 100 Punkte

Lfd. Nr.	Frage und Antwortmöglichkeiten		Punkte	
			ein-zeln	max
8.	Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen			20
8.1	Ratsuchende Betroffene, Angehörige oder Interessierte melden sich regelmäßig im KIP und wollen beraten/betreut werden.			20
	Ja	Täglich (Arbeitstäglich)	20	
		Mindestens 3-4 mal pro Woche	16	
		Mindestens 1-2 mal pro Woche	12	
		Mehrmals im Monat	6	
		Selten (1-2 mal im Monat)	2	
	Nein	Kein Kontakt mit Betroffenen, Angehörigen oder Interessierten im KIP	0	KO!
9.	Ergebnisqualität aus Sicht der Betroffenen, Angehörigen und Interessierten			60
9.1	Wird die Zufriedenheit mit der Beratung/Betreuung im KIP bei Ratsuchenden erfragt?			15
	Ja	mündlich, im/nach dem Gespräch	5	
		regelmäßig schriftlich oder via Internet (Recherche von Forenbeiträgen im Internet)	10	
		in unregelmäßigen Abständen schriftlich	5	

	Nein		0	
9.2	Gibt es positive Rückmeldungen von Krebspatienten, Angehörigen und/oder Interessierten?			25
	Ja	Positives Feedback aus Befragungen	10	
		Positives Feedback aus Briefen/Internet	10	
		Positives Feedback hat uns mündlich erreicht.	5	
	Nein		0	
9.3	Wird der KIP weiterempfohlen?			20
	Ja	regelmäßig	20	
		vereinzelt	10	
	Nein	nicht bekannt	0	
10.	Ergebnisqualität aus externer fachlicher Sicht			20
10.1	Hat die Einrichtung ein anerkanntes externes Qualitätszertifikat?			10
	Ja		10	
	Nein		0	
10.2	Ist die Einrichtung Mitglied eines regionalen Versorgungsnetzwerkes im Rahmen der zertifizierten Organzentren?			10
	JA		10	
	NEIN		0	

Auswertung der Checklisten Q1 – Q3

Maximale Gesamtpunktzahl:	300 Punkte
Strukturqualität:	150 Punkte (= 50,0 %)
Prozessqualität:	50 Punkte (= 16,7 %)
Ergebnisqualität:	100 Punkte (= 33,3 %)
Erreichte Punktzahl:
Umsetzungsniveau:
Zertifikatslaufzeit:
Name Auditor:
Ort, Datum:
Unterschrift: