



SanaCERT Suisse

Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Effingerstrasse 55, CH-3008 Bern, Tel. 031 333 72 63
info@sanacert.ch, www.sanacert.ch



Center da sandà Engiadina Bassa Gesundheitszentrum Unterengadin CSEB

Bericht zum

Überwachungsaudit 2022

vom 1. November 2022

Auditor: Peter Ueberschlag

Bern, 04.11.2022

Auftrag AH 2022.13.02

Inhalt

| | Seite |
|--|-------|
| 1 Einleitung | 3 |
| 2 Auditteam | 3 |
| 3 Auditziele | 4 |
| 4 Normative Grundlage | 5 |
| 5 Auditprogramm | 6 |
| 6 Begehung | 7 |
| 7 Ergebnisse des Audits | 7 |
| a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht | 7 |
| b) Allgemeine Überprüfung | 8 |
| c) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen | 9 |
| 8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen | 17 |
| 9 Auflage | 17 |
| 10 Empfehlung | 17 |
| 11 Anträge | 17 |

1 Einleitung

Am 1. November 2022 hat der Auditor im Auftrag der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach der zweiten Re-Zertifizierung überprüft.

CSEB Netzwerk

| | |
|---|-------------------------|
| Erst-Zertifizierungs-Audit Ospidal | 22./23. November 2006 |
| Erstes Re-Zertifizierungs-Audit Ospidal | 29./30. November 2011 |
| Erst-Zertifizierungsaudit im Netzwerk (Ospidal, Langzeit und Spitex) | 3./4. November 2014 |
| Erstes Re-Zertifizierungsaudit im Netzwerk | 8./9. Mai 2018 |
| Zweites Re-Zertifizierungsaudit im Netzwerk | 26. und 27. August 2020 |

Das aktuell gültige Zertifikat trägt das Datum vom 7. November 2020 und ist bis zum 10. Februar 2024 gültig.

Diese Überprüfung vom 1. November 2022 ist im Einzelnen im Spezialreglement der Stiftung SanaCERT Suisse für das Überwachungsaudit vom 4. November 2005 (zuletzt revidiert am 14. September 2021) geregelt und entspricht der Norm ISO/IEC 17021-1:2015.

Die Überprüfung geschah in folgenden Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete der Auditor den vom Unternehmen vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsbericht.
- Am Audit-Tag nahm der Auditor Einsicht in zusätzlich aufgelegte Unterlagen.
- Schliesslich führte der Auditor zu ausgewählten Standards Gespräche mit dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung CSEB, einem Mitglied der Geschäftsleitung, den beiden Verantwortlichen Qualität und Patientensicherheit und mit Standardmitgliedern.

2 Auditteam

Auditor: Dr. med. Peter Ueberschlag, Leitender Auditor SanaCERT Suisse, St. Gallen

3 Auditziele

Der Auditor hatte zu beurteilen, ob das am 7. November 2020 von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem des CSEB weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 10. Februar 2024 gegeben sind.

Der Auditor hatte insbesondere zu ermitteln:

1. Verfügt das CSEB weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen und strategischen Führung verankert ist?
2. Haben sich seit dem letzten externen Audit im Jahr 2020 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit des Unternehmens ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?
3. Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?

Der Auditor hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zur Re-Zertifizierung im Jahr 2023 zu formulieren. Empfehlungen sollen vom CSEB später thematisiert und, falls für nützlich befunden, umgesetzt werden.

Der Auditor formuliert auch Anregungen, die der Qualitätsentwicklung dienen. Das CSEB soll die Anregungen zur Kenntnis nehmen, braucht diese aber nicht zu thematisieren oder umzusetzen.

4 Normative Grundlage

Das Unternehmen hat zu den nachfolgenden Standards einen Selbstbewertungsbericht eingereicht.

Qualitätsstandards für die Akutsomatik Version 23 und Langzeitpflege Version 8.1

Grundstandard Qualitätsmanagement

Standard 51: Qualitätsentwicklung

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Standard 61: Infektionsprävention und Hygiene

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Standard 7: Chirurgie

Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen

Standard 54: Kritische Ereignisse

Standard 25: Palliative Betreuung

Standard 66: Palliative Betreuung

Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung

Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung

Standard 29: Sturzprävention

Standard 63: Sturzprävention

Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Standard 53: Pflege und Betreuung

5 Auditprogramm

| | |
|---------------|---|
| Ort | Chasa Puntota |
| 13:00 – 14:00 | Beginn des Audits. Einsichtnahme durch den Auditor in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen (<i>gemäss Liste Aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Überwachungsaudit</i>) |
| 14:00 – 14:15 | Eröffnungssitzung: Zusammenkunft mit einer Vertretung der Unternehmensleitung und der Qualitätskommission, Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Rebekka Hansmann, Gerhard Hauser, Agnes Leu, Marianne Florinett, Sarah Peer |
| 14:15 – 15:00 | Gespräch zum Grundstandard / Qualitätsentwicklung 51 Sowie ausgewählte Fragen zum Selbstbewertungsbericht Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Rebekka Hansmann, Marianne Florinett, Sarah Peer |
| 15:00 – 15:25 | Gespräch zur Arbeit an den Standards Standard: Standard 2 Erhebung von Patienturteilen Teilnehmende des CSEB: Aldo Platz, Aldo Sala, Marianne Florinett |
| 15:30 – 15:55 | Standard: Standard 7 Chirurgie Teilnehmende des CSEB: Alexander Kerber, Jorinde Vellenga |
| 16:00 – 16:25 | Standard: Standard 53 Pflege und Betreuung Teilnehmende des CSEB: Uwe Höllrigl, Anita Noggler |
| 16:30 – 17:15 | Bewertung (<i>Auditor allein</i>) |
| 17:15 – 17:45 | Schlussgespräch: Abschliessende Zusammenkunft mit einer Vertretung der Unternehmensleitung und der Qualitätskommission: mündlicher Bericht über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch den Auditor Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Rebekka Hansmann, Gerhard Hauser, Marianne Florinett, Sarah Peer, Aldo Platz, Aldo Sala, Uwe Höllrigl, Alexander Kerber, Agnes Leu, Anita Noggler, Jorinde Vellenga |
| 17:45 | Ende des Audits |

6 Begehung

Es wurde keine Begehung durchgeführt.

7 Ergebnisse des Audits

a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht

Grundlage: Selbstbewertungsbericht des CSEB vom 19.08.22 zur normativen Grundlage

| Überprüfungsfrage | Antwort | Bemerkungen |
|---|-----------|-----------------------------------|
| 1. Ist der Selbstbewertungsbericht nicht älter als acht Monate (gerechnet vom Datum des Überwachungsaudits an)? | trifft zu | |
| 2. Ist der Selbstbewertungsbericht von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der zertifizierten Einrichtung genehmigt worden? Trägt der Selbstbewertungsbericht einen entsprechenden Vermerk? Trägt der Selbstbewertungsbericht ein Datum der Genehmigung? | trifft zu | Q-Kommission (GL) 19.08.22 |
| 3. Hat die Selbstbewertung auf der Grundlage von Ergebnissen interner Audits stattgefunden? | trifft zu | |
| 4. Enthält der Selbstbewertungsbericht Angaben über die Art und Weise der Durchführung der internen Audits, das heisst, darüber, was durch wen, wann und mit welchen Methoden überprüft worden ist? | trifft zu | |
| 5. Enthält der Selbstbewertungsbericht für jeden Standard einen kurzen Bericht über die Ergebnisse der durchgeführten Selbstbewertung? | trifft zu | |
| 6. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass das Qualitätsmanagementsystem auf seine Zweckmässigkeit und Wirksamkeit überprüft worden ist? | trifft zu | |
| 7. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass die Erreichung von festgelegten Qualitätszielen beurteilt worden ist? | trifft zu | |
| 8. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass Massnahmen zu Nichtkonformitäten (Empfehlungen, zwingende Auflagen) ergriffen worden sind, die während des vorhergehenden externen Audits festgestellt wurden? | trifft zu | |

b) Allgemeine Überprüfung

| Überprüfungsfrage | Antwort | Bemerkungen |
|--|----------------------------|--|
| <p>1. Beteiligung der obersten operativen Entscheidungsinstanz</p> <p>1.1 Ist das Thema Qualitätsmanagement bzw. Risikomanagement in den vergangenen zwölf Monaten anlässlich von Sitzungen der obersten operativen Entscheidungsinstanz traktandiert und behandelt worden?</p> | trifft zu | Vor Ort in elektronischer Ablage eingesehen (fortlaufende Traktanden/Beschlüsse, Aufgaben, Pendenzen in Excelliste der Q-Kommission) |
| <p>2. Rückmeldungen (Beschwerden)</p> <p>2.1 Sind Rückmeldungen (Beschwerden) aus den vergangenen zwölf Monaten dokumentiert?</p> | trifft zu | Beschwerden vom 1.8.22-30.9.22 stichprobenartig eingesehen im IT- Tool: 27 Meldungen, davon noch 3 offen |
| <p>3. Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen</p> <p>3.1 Ist eine aktuelle Liste verfügbar?</p> | trifft zu | 14.9.22 |
| <p>4. Organigramm</p> <p>4.1 Liegt ein aktuelles Organigramm der zertifizierten Einrichtung vor?</p> | trifft zu | 1.7.2021 |
| <p>5. Funktionsbeschreibungen</p> <p>5.1 Sind für alle mit der Leitung und Koordination des Qualitätsmanagementsystems beauftragten Personen aktuelle Funktionsbeschreibungen verfügbar?</p> <p>5.2 Sind in den Funktionsbeschreibungen die Stellvertretungen geregelt?</p> | trifft zu trifft zu | Von beiden Beauftragten Qualität und Patientensicherheit vorhanden (Fr. M. Florinett, 19.11.21) (Fr. S. Peer, 1.5.22) gegenseitig |

c) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen

Allgemeine Bemerkungen

Seit dem Überwachungsaudit 2021 gab es in der Organisationsstruktur des CSEB Änderungen. So wurde gemäss Organisation Stabsdienste (vom 1. Juli 2022) zwischen dem Vorstand und der Geschäftsleitung die Unternehmensentwicklung eingegliedert. Nach wie vor bleibt die Direktorin Chüra – Pflege & Betreuung Qualitätsbeauftragte auf Stufe Geschäftsleitung.

Seit 1. Mai 2022 sind zwei Beauftragte Qualität und Patientensicherheit im CSEB tätig. So ist Frau Marianne Florinett Beauftragte mit Schwerpunktbereich Ospidal/CCU und Frau Sarah Peer Beauftragte mit Schwerpunkt Chüra.

Mit dem Wechsel von Frau Florinett als Beauftragte Bereich Ospidal/CCU wird neuer Schwung in die Qualitätsarbeit dieses Bereichs gebracht. Das langjährige Wissen aus dem Chüra Bereich kann der Qualitätsarbeit insgesamt nur einen Mehrwert bringen.

Die Zusammenarbeit der beiden Beauftragten Qualität und Patientensicherheit stärkt die Qualitätsarbeit im gesamten CSEB.

Im CSEB wurde die Qualitätsarbeit in allen Bereichen weiter vorangetrieben trotz Corona-Pandemie und Fachkräftemangel im Pflegebereich.

Von der Geschäftsleitung wird die Arbeit in der Standardgruppen konsequent unterstützt. Interne Audits und den Fokus auf Erfüllung des PDCA-Kreislaufes legen werden konsequent angewendet.

Der Selbstbewertungsbericht 2021 spiegelt die geleistete Qualitätsarbeit gut wider. Die standardisierte Form bei allen Standards dient der Übersichtlichkeit, und somit der Nachvollziehbarkeit.

Eine offene vertrauensvolle Atmosphäre zeigte sich bei allen Gesprächen.

Grundstandard Qualitätsmanagement

Teilnehmende des CSEB: Joachim Koppenberg, Rebekka Hansmann, Marianne Florinett, Sarah Peer

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Bedeutung der «Direktion-Information»
- Änderungen in den verschiedenen Organigrammen
- Strategie
- Neues KIS
- Q-Ziele 2021/2022
- Rund um neue und alte IT-Tools
- Interne Audits im Bereich Chûra -> und in anderen Bereichen folgend
- Neue Standards beim Re-Zertifizierungsaudit 2023
- Leitbild 2017: allfällige Revision?
- Umgang und Bedeutung des Qualitäts-Dashboards
- Wie wurde die Verbesserung beim Beschwerdemanagement umgesetzt
- Jahresthema: Sicherheitskultur
- Bedeutung des Netzwerkgedankens für die Mitarbeitenden
- Wie ist der Umgang mit den Nationalen Qualitätsindikatoren/den Inhalten des Nationalen Qualitätsvertrages
- Neues Schulungskonzept

Feststellungen des Auditors

Die Umstrukturierung im Bereich Qualität und Patientensicherheits-Management hat gezielt stattgefunden und sich auch schon bewährt.

Der Netzwerkgedanke hat sich ins gesamte CSEB noch feiner «infiltriert».

Die «kleine» Geschäftsleitung und die Zusammensetzung der Qualitätskommission ist effizient und effektiv -> der Netzwerkgedanke wird so vorangetrieben.

Die Standardleitungen sind hoch motiviert und wissen was sie wollen und wohin sie gehen möchten.

Es besteht ein grosser «Wagenpark» von IT-Tools. Dieser ist aber gut abgestimmt und wird auch gut «gewartet».

Das QM-Team, ein Dreibein (es kann nicht wackeln), hat eine klare Vorstellung der zukünftigen Stossrichtung und wie diese umgesetzt werden soll.

Die neu eingeführten «Schulungen SanaCERT» bringen einen klaren Mehrwert.

Das vorhandene Konzept *Internes Audit* kann nun gut auf alle Bereiche ausgerollt werden.

Es ist zu bemerken, dass zurzeit die Strukturen (allgemeine Organigramme CSEB und der Stabsdienste) im Fluss sind. Dies hat aber auf die Qualitätsarbeit keinen negativen Einfluss.

Die verschiedenen Jahresziele (Vielfalt) sind für das CSEB so stimmig und auch für die Mitarbeitenden nachvollziehbar.

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfanglich in Bearbeitung.

Ebenso ist festzustellen, dass die am Überwachungsaudit 2022 nicht explizit besprochenen Standards umfanglich in Bearbeitung sind.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregungen:

- Bis zum Re-Zertifizierungsaudit 2023 bei den vielen bestehenden Aufgaben, Projekten, Neuerungen, etc. immer im Auge behalten:
 - Ressourcen
 - Planung im Sinne des Pareto Prinzips
- Der Bereich Spitex ist im Selbstbewertungsbericht eher im Hintergrund -> unbedingt daran denken, dass dieser zum Netzwerk gehört.

Standard 2: Erhebung von Patientenerurteilen

Teilnehmende des CSEB: Aldo Platz, Aldo Sala, Marianne Florinett

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Sind genügend Daten oder gar zu viele Daten für eine Beurteilung vorhanden
- Was wurde und warum am Konzept geändert
- Umgang mit den Beschwerden (Grundstandard/Standard 33)
- Einbezug von PROMs und PREMs
- Sind alle relevanten Patientensegmente einbezogen
 - besonders das ambulante Segment
- Wie ist die Zusammenarbeit mit den anderen Standards
- Gibt es ein genaues Vorgehen zum Wechsel vom Standard 2 zum Standard 33
- Sollwerte, wie werden diese definiert
- Ist mit den benützten Messinstrumenten ein Benchmark (intern/extern möglich)
- Wie wird dieser Benchmark genutzt und in allfällige Massnahmen umgesetzt
- Welche Informationen zu den Ergebnissen der erhobenen Patientenerurteilen werden stufengerecht durch wen, wie, wann und an wen übermittelt

Feststellungen des Auditors

Mit den erhobenen Daten wird bewusst im Sinne des PDCA-Kreislaufes gearbeitet.

Die Ergebnisse werden zuhanden der Q-Kommission und Geschäftsleitung aufgearbeitet.

Das Segment der ambulanten Patienten und Patientinnen ist nicht vernachlässigt. Dieses ist aber schwierig zu händeln (Patientenzahlen, Touristen, etc.).

Das Arbeiten mit den «PROMs und PREMs» ist zurzeit noch nicht ein ganz vordergründiges Thema.

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- Nun klar festlegen wie der Übergang vom Standard 2 zum Standard 33 bis zum Re-Zertifizierungsaudit 2023 umgesetzt werden soll.

Standard 7: Chirurgie

Teilnehmende des CSEB: Alexander Kerber, Jorinde Vellenga

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Seit 1.7.22 hat der neue Chefarzt Chirurgie die Standardleitung übernommen -> neue oder andere Prioritäten in der Standardarbeit
- Bei welchen Standardelement bestehen die grössten Schwierigkeiten zur Umsetzung
- Warum besteht eine Diskrepanz zwischen den Werten der Selbstbewertung und dem dazugehörigen Text.
- Was wurde seit dem letzten Überwachungsaudit 2021 schon umgesetzt, was ist in Planung
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegedienst <-> ärztlicher Dienst
- AWMF -> Rad nicht neu erfinden sollte als Grundgedanke einfließen
- Umgang mit den nun zusätzlich erhobenen Daten im neuen KIS bei der dadurch zusätzlich möglichen Analyse innerhalb des AQC
- Interprofessionelles Zusammenwirken bei: Fallbesprechungen, CIRS, etc.
- Bedeutung der verschiedenen Teilnehmenden an den verschiedenen Teambesprechungen

Feststellungen des Auditors

Seit Juli 2022 ist der neue Chefarzt auch in der Funktion der Standardleitung.

Zurzeit ist die Phase der «Sortierung» vorüber (im PDCA-Kreislauf bei B).

Der Standardleiter hat eine klare Vorstellung zur Umsetzung der Inhalte des Standards und hat eine ausführliche Analyse dazu durchgeführt.

Die Interprofessionalität wird in einem deutlich erkennbaren Ansatz vermehrt angestrebt (z.B. Richtlinie Commotio).

Die Problematik der klaren Festlegung zur Umsetzung von vorgegebenen Richtlinien im ärztlichen Chirurgen-Team wird schrittweise angegangen.

Die Messung AQC soll nun auf eine breitere Kennzahlen-Basis gestellt werden.
-> Die Daten der nun erweiterten Auswertung könnten das angestrebte – noch nicht erreichte – einheitliche chirurgische Vorgehen unterstützen.

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregungen:

- Unbedingt die erreichte «Gewichtung» mit dem neuen Chefarzt Chirurgie, als verantwortlicher Standardleiter, weiter konsequent erhalten -> dadurch ist garantiert, dass der neue, durch den Chefarzt eingebrachte, Schwung und der jetzt gelebte interprofessionelle Ansatz Bestand hat.
- Klare Pläne zu Meilensteinen, Prioritäten und Ressourcen bis zum Re-Zertifizierungsaudit 2023 festlegen und mit dem Qualitätsmanagement auf etwaige nützliche Unterstützung absprechen.
- Konsequenz das Erreichen der gesetzten Meilensteine auf deren Umsetzung überprüfen.

Standard 53: Pflege und Betreuung

Teilnehmende des CSEB: Uwe Höllrigl, Anita Noggler

Im Gespräch wurden folgende Themen angesprochen:

- Ist das Pflegekonzept noch uptodate
- Umgang mit den verschiedenen Klinikinformationssystemen KIS (*Phönix/Lobos/Perigon*)
- Was sind die Ziele 2022
- Interne Audits 2022 und geplante 2023
- Verschiedene Pflegeleitbilder innerhalb der Chüra Bereiche
- Viele Aspekte im Bereich Pflege und Betreuung werden durch andere Standards auch tangiert -> Umgang damit
- Pflegemodell
- Überprüfen der Umsetzung von Richtlinien/Pflegestandards durch das Durchführen von *Begleitete Arbeitssituationen*
- Mögliche Unterschiede der Chüra Betriebe (z.B. Pflege-Einstufungen)
- Neuer Standardverantwortlicher: neue Prioritäten?
- Erfahrung mit der Einführung des Pflege-Tablets in der Chasa Puntota
- Schulungen zum Standard 53
- Angestrebte Erarbeitung des Konzeptes zum Thema *Ernährung*

Feststellungen des Auditors

Die Fusion zwischen den verschiedenen Pflege-Institutionen ist schon weit fortgeschritten. Es kann schon fast von einer «Ehe» mit all deren möglichen Facetten gesprochen werden.

Die Problematik der verschiedenen IT-Tools ist ein ständiges Thema und es wird eine Lösung bis zur Einführung eines neuen KIS des CSEB (geplant ca. 2027) gesucht und wohl auch gefunden.

Die Internen Audits sind ein Teil des «*Tafelsilbers*» und werden auch so von den Mitarbeitenden gesehen und geschätzt.

Ein Pflegemodell wird bald bestimmt werden und wohl auch einen Mehrwert bringen.

Der Umgang mit dem up to date Halten von Richtlinien und Pflegestandards ist klar definiert und wird in die Schulungen konsequent einbezogen.

Der Bereich Spitex ist im «Chüra-Boot» fest integriert.

Die einzelnen Elemente dieses Standards sind umfänglich in Bearbeitung.

Der Auditor spricht keine Empfehlung aus.

Der Auditor gibt folgende Anregung:

- Die Beobachtungen der verschiedenen Bereichsleitungen in die Themen der Internen Audits übergreifend einfließen lassen.

8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen

| Fragen | Antwort | Bemerkungen |
|--|----------------|---|
| 1. <i>Verfügt das Unternehmen weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen (und strategischen) Führung verankert ist?</i> | Ja | |
| 2. <i>Haben sich seit dem Audit im Jahr 2021 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?</i> | Nein | Seit 1.5.22 zwei Beauftragte Qualität und Patientensicherheit ->Zusätzliche Stärkung der Qualitätsarbeit |
| 3. <i>Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?</i> | ja | |

9 Auflage

Es wird keine Auflage formuliert.

10 Empfehlung

Es wird keine Empfehlung formuliert.

11 Anträge

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungsaudits vom 1. November 2022 stellt der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Zertifizierung des CSEB ist bis zum 10. Februar 2024 aufrecht zu erhalten.*
- 2) Im Jahr 2023 ist ein Re-Zertifizierungsaudit fällig.*