**Geschäftsordnung**

**Lungenkrebszentrum Mittelhessen**

1. **Präambel**

Interdisziplinäre Strukturen in der onkologischen Versorgung und Forschung sollen gewährleisten, dass allen Patienten eine optimale und zugleich kostengerechte Betreuung angeboten werden kann, die dem neuesten evidenzbasierten Stand der Wissenschaft entspricht.

Mit der Etablierung des Lungenkrebszentrum Mittelhessen wird eine interdisziplinär abgestimmte und standortübergreifende onkologische Patientenversorgung etabliert. Ziel ist es, die erforderlichen Prozesse weiter zu entwickeln und Parallelstrukturen zu vermeiden.

Im Zentrum sollen Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Krebserkrankungen durch integrierte, multidisziplinäre Behandlung aller Tumorpatienten, durch Entwicklung verbindlicher Behandlungspfade, Transparenz der Entscheidungen sowie Qualitätskontrollen stetig verbessert werden. Dies soll in enger Zusammenarbeit mit externen Kliniken und niedergelassenen Ärzten der Region geschehen. Es sollen vermehrt Patienten im Rahmen klinischer Studien behandelt werden, da dies die einzige Möglichkeit darstellt, die Wirkung innovativer Therapien zu evaluieren.

Gemeinsam mit der Leitung der Standorte soll die Bedeutung der interdisziplinären Onkologie gegenüber Entscheidungsträgern in Politik und Öffentlichkeit dargestellt werden. Die Öffentlichkeitsarbeit wird gemeinsam mit den Pressestellen koordiniert und intensiviert.

Zur Finanzierung von Projekten wird sich das Zentrum über seine Geschäftsstelle auch um Fundraising-Projekte kümmern. Ziel ist, alle Aktivitäten, die nicht durch die Vergütung gem. Krankenhausentgeltgesetz oder andere Vereinbarungen vergütet werden, durch Drittmittel zu ermöglichen.

1. **Bezeichnung, Rechtsform und Struktur**
2. Das Zentrum / trägt die Bezeichnung:   
   Lungenkrebszentrum Mittelhessen an den Standorten Gießen, Bad Nauheim und Greifenstein
3. Das Lungenkrebszentrum ist keine eigenständige rechtsfähige juristische Person, sondern tritt als interdisziplinäre Struktur auf.
4. Das Lungenkrebszentrum Mittelhessen ist ein Kooperationsprojekt aller Disziplinen, die sich mit der Diagnostik, Therapie und Betreuung von Patienten mit Lungenkrebs beschäftigen.
5. Das Lungenkrebszentrum Mittelhessen an den Standorten Gießen, Bad Nauheim und Greifenstein kooperiert auch mit externen Partnern, die nicht Teil der 3 beteiligten Hauptstandorte sind (z.B. Praxen, Selbsthilfegruppen, o.ä.).
6. Die Struktur des Lungenkrebszentrum Mittelhessen ist in einem Organisationsschema aufgezeichnet (Anlage).

**3. Klinische Aufgaben und Ziele des Zentrums**

1. Gezielte Förderung interdisziplinärer Kompetenz,
2. Festlegung und Umsetzung interdisziplinär abgestimmter Therapiekonzepte in Tumorboards,
3. Verbesserung der Versorgungsqualität onkologischer Patienten,
4. Führen einer gemeinsamen Tumordokumentation und Darstellung der Ergebnisqualität,
5. Umsetzung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung für das Zentrum,
6. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit,
7. Organisation von Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Tagungen,
8. Kooperation mit anderen Einrichtungen in der onkologischen Versorgung,

**4. Aufgaben in der klinischen Forschung (Studien)**

Ziel des Zentrums ist es, klinische Studien im Bereich von Lungenkrebserkrankungen durchzuführen. Hierfür verfügt das Zentrum an den Standorten über geeignete Studienstrukturen. Grundlagenforschung wird standortübergreifend nicht betrieben – der Standort UKGM ist in Forschungsaktivitäten eingebunden.

**5. Aufgaben in der Lehre, in Aus- und Weiterbildung**

Das Zentrum organisiert interne Weiterbildungen und interdisziplinäre Qualitätszirkel. Ergänzt wird dieses durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, die auch externen Ärzten und Wissenschaftlern offen stehen. Des Weiteren offeriert das Zentrum, in Zusammenarbeit mit den beteiligten Kliniken und Instituten, Aus- und Weiterbildungsangebote für nichtärztliche medizinische Berufe (z.B. Arzthelferinnen, Fachschwestern für Onkologie, Psychoonkologen, Dokumentare).

**6. Leistungen der beteiligten standortbezogenen internen Behandlungspartner des Lungenkrebszentrum Mittelhessen**

1. Die Mitglieder verpflichten sich zur Erbringung der Leistungen, wie sie in den Anforderungskatalogen der Deutschen Krebsgesellschaft beschrieben sind.
2. Die Mitglieder stellen die Umsetzung der ausgewiesenen Diagnostik- und Therapiepfade in der entsprechend aktuellen Version sicher und beteiligen sich an der Erstellung derartiger Pfade.
3. Die Mitglieder verpflichten sich zur regelmäßigen wöchentlichen Teilnahme an den Tumorkonferenzen auf Facharztebene. Eine Vertretungsregelung wird sichergestellt. Sie vereinbaren gemeinsam in Verfahrensanweisungen den jeweiligen Ablauf der interdisziplinären thoraxonkologischen Konferenz (Kriterien zur Vorstellung, Anmeldung, Ablauf, Dokumentation). Aufgabe der interdisziplinären thoraxonkologischen Konferenz ist die kritische Abwägung differentialtherapeutischer Entscheidungen. Das Konferenzvotum ist die Basis der ärztlichen Therapieempfehlung und der umfassenden Information des Patienten. Abweichungen von diesen Behandlungsempfehlungen (z.B. aufgrund des Patientenwillens) werden in der Tumorkonferenz erneut vorgestellt und in adäquater Form dokumentiert.
4. Die Mitglieder verpflichten sich, die Tumordokumentation aktiv zu unterstützen und entsprechende Unterlagen, z.B. Arztbriefe oder Nachsorgeberichte zeitgerecht zur Verfügung zu stellen.
5. Die Mitglieder geben die Zustimmung, dass die externen Sachverständigen, welche die Zentren begutachten, die Einhaltung der Vorgabe in Form einer Dokumenten- / Aktenprüfung und Vorort-Begehung vornehmen dürfen. Dies findet nach einer vorherigen Anmeldung statt. Für diese Audits werden die erforderlichen Ansprechpartner genannt sowie Dokumente und Aufzeichnungen zur Verfügung gestellt. Diese Zustimmung gilt auch für interne Audits.
6. Die Mitglieder verpflichten sich, die für sie relevanten Teile der Anforderungskataloge der Deutschen Krebsgesellschaft einschließlich entsprechender Kennzahlen zur Verfügung zu stellen und jährlich zu aktualisieren. Die Fristen für die Einreichung / Aktualisierung der Erhebungsbögen sind durch das Zertifizierungssystem vorgegeben.
7. Die Mitglieder sind grundsätzlich berechtigt, an Veranstaltungen der Organzentren teilzunehmen bzw. diese mitzugestalten und werden hierzu schriftlich eingeladen.
8. Bei definierten interdisziplinären Pflichtveranstaltungen (Qualitätszirkel, Morbiditäts- / Mortalitätskonferenzen) kann gemäß den definierten Zertifizierungsanforderungen eine Teilnahmepflicht für einzelne Funktionen bestehen. Entsprechend den aktuell gültigen Anforderungen verpflichten sich die Mitglieder zur Teilnahme an diesen Veranstaltungen.
9. Die Mitglieder sind einverstanden, öffentlich als Teil des Universitätsmedizinisches Centrum für Tumorerkrankungen Gießen – UCTG und der Teileinheiten ausgewiesen zu werden (z.B. Homepage oder Flyer). Ansprechpartner werden namentlich unter Angabe der Kontaktdaten (E-Mail, Telefon, Homepage www.lungenkrebszentrum-mittelhessen.de) genannt. Die Darstellung wird in jedem Einzelfall vor Veröffentlichung mit den Mitgliedern abgestimmt.

**7. Geschäftsstelle des Lungenkrebszentrum Mittelhessen**

1. Das Zentrum wird nach Außen durch eine Geschäftsstelle vertreten und verfügt über einen entsprechenden Internetauftritt.
2. Die Geschäftsstelle ist immer beim Leiter des Zentrums lokalisiert.

Prof. Dr. Dr. Friedrich Grimminger  
Medizinische Klinik IV und V  
Klinikstr. 33  
35392 Gießen

1. Die Leitung der Geschäftsstelle erfolgt immer durch den Leiter des Zentrums.

**8. Leitung des Lungenkrebszentrum Mittelhessen**

1. Die Leitung des Zentrums wird durch das Leitungsteam im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Leitungssitzungen aus den unten genannten Akteuren festgelegt.
2. Aktuell benannte Akteure im Leitungsteam mit Stimmrecht

* Standortleitung internistische Onkologie Gießen, Standortleitung Thoraxchirurgie Gießen, Standortleitung Thoraxchirurgie Bad Nauheim, Standortleitung Pneumologie Greifenstein
* Standort-Koordinator Gießen, Standort-Koordinator Bad Nauheim, Standort-Koordinator Greifenstein (Aufgabenbeschreibung Koordinatoren siehe Anhang)
* Leiter des Zentrums (Aufgabenbeschreibung siehe Anhang), bei Stimmengleichheit (vgl. (7))
* Jeder Akteur hat eine Stimme.

Derzeitiges Leitungsteam:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lungenkrebszentrum Mittelhessen | UKGM Gießen | Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen | Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim |
| Leiter des Zentrums | Prof. Dr. Dr.  Friedrich Grimminger | -- | -- | -- |
| Gesamtkoordinator | Dr. Bastian Eul | -- | -- | -- |
| Standortleitung | -- | -- |  | -- |
| Pneumologie |  |  | Prof. Dr.  Andreas Günther |  |
| internistische / pneumologische Onkologie | -- | Prof. Dr.  Ulf Sibelius /  Prof. Dr. Dr.  Grimminger | -- | -- |
| Standortleitung Thoraxchirurgie | -- | Dr. med.  Biruta Witte | -- | Prof. Dr.  Eckhard Mayer |
| Koordinator der Standorte | -- | Dr. Bastian Eul | Dr. Maria Degen | PD Dr. Diethard Prüfer |

Weitere Akteure können als nicht stimmberechtigte Personen im Leitungsteam Einsitz nehmen (QM, Pflege, usw.).

1. Die Leitungsperiode beträgt zunächst 3 Jahre – analog den Zertifizierungsmodalitäten.  
   Die Anzahl der Perioden als Leitungsmitglied ist nicht begrenzt. Das Leitungsteam des Zentrums kann entsprechend den Erfordernissen die Leitungsperioden anpassen.
2. Vorzeitige Austritte aus der Leitungsverantwortung sind in Abstimmung mit dem Leitungsteam des Zentrums möglich.
3. Es muss mindestens jährlich eine dokumentierte Leitungssitzung des Zentrums erfolgen.  
   Zuständig: Leiter des Zentrums  
   Einladung: 2 Monate vorher mit Tagesordnung  
   Teilnehmer: Leitungsteam, ggf. zusätzlich eingeladene Akteure ohne Stimmrecht
4. Anträge von Leitungsteammitgliedern für Leitungssitzungen können unterjährig an die Leitung des Zentrums gerichtet werden (formlos, schriftlich).
5. Bei möglichen Abstimmungen im Leitungsteam gilt die einfache Mehrheit der anwesenden gültigen Stimmen. Bei Stimmengleichheit entscheidet der Leiter des Zentrums.
6. Um die weiteren beteiligten Akteure des Zentrums einzubinden und zu informieren ist eine jährliche Mitgliederversammlung des Zentrums vorgesehen. Die Mitgliederversammlung hat kein Entscheidungsrecht sondern Vorschlagsrecht für die nächste Leitungssitzung.  
   Zuständig: Leiter des Zentrums  
   Einladung: 2 Monate vorher mit Tagesordnung  
   Teilnehmer: Mitglieder des Zentrums (auch Externe, laut Stammblatt OnkoZert) und Leitungsteam

**9. Schlussbestimmungen**

1. Diese Geschäftsordnung tritt mit der Zustimmung (Unterschrift) durch die Geschäftsführungen der Standorte Gießen, Bad Nauheim und Greifenstein in Kraft.
2. Die Beratung und Beschlussfassung über Änderungen dieser Geschäftsordnung obliegt den Geschäftsführungen der Standorte Gießen, Bad Nauheim und Greifenstein. Die Freigabe von Änderungen erfolgt im Konsens aller Geschäftsführungen der Standorte.

**10. a) Unterschriften / Kenntnisnahme der Akteure Standort Gießen**

Alle internen Akteure des Zentrums an den Standorten laut Stammblatt von OnkoZert.

|  |  |
| --- | --- |
| Beteiligte Funktion im Zentrum | Unterschrift der jeweiligen Leitung |
| Prof. Dr. Dr. F. Grimminger  Leitung Lungenkrebszentrum Mittelhessen  Geschäftsführender Direktor der Medizinischen Klinik IV / V |  |
| Prof. Dr. U. Sibelius  Leitung Medizinische Klinik V, Internistische Onkologie und Palliativmedizin |  |
| Prof. Dr. W. Seeger  Geschäftsführender Direktor der Medizinischen Klinik II, Pneumologie |  |
| Fr. Dr. B. Witte  Leiterin Sektion Thoraxchirurgie |  |
| Prof. Dr. W. Padberg  Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie |  |
| Frau Prof. Dr. R. Engenhart-Cabillic  Leitung Klinik für Strahlentherapie |  |
| Prof. Dr. M. Rummel  Leitung Medizinische Klinik IV, Hämatologie |  |
| Prof. Dr. S. Gattenlöhner  Leitung Pathologie |  |
| Frau Prof. Dr. G. Krombach  Leitung Diagnostische und Interventionelle Radiologie |  |
| Prof. Dr. J. Kruse  Leitung Klinik für Psychosomatik/Psychotherapie |  |
| Fr. Dr. D. Steiner  Leitung Klinik für Nuklearmedizin |  |
| Dr. W. Blau  Geschäftsführer UCTG, Medizinische Klinik IV, Hämatologie |  |
| Stephan Rau  Koordinator Universitätsmedizinisches Centrum für Tumorerkrankungen Gießen – UCTG |  |
| Dr. M. Hecker  Medizinische Klinik II, Pneumologie |  |
| Dr. B. Eul  Koordinator Lungenkrebszentrum Mittelhessen, Medizinische Klinik V |  |
| A. Wissgott  QMB zentral Lungenkrebszentrum Mittelhessen, Medizinische Klinik V |  |
| Dr. J. Sparenberg  QMB / Koordinator Klinik für Strahlentherapie |  |
| Dr. U. Schneider  QMB / Koordinator Klinik für Strahlentherapie |  |
| Hr. L. Zörb  Pflegedirektor |  |
| Dr. F. Kauff  Leitung Tumordokumentation |  |
| PD Dr. I. Schroeder-Printzen  ZQMB |  |
| Fr. Spiegl  Leitung Apotheke |  |
| Fr. Worsch  Leitung Physiotherapie |  |
| Fr. Keppers  Leitung Sozialdienst |  |
| Fr. Erika Balser  Atem-Center |  |
| Fr. Dr. Hauenschild  Ernährungsberatung |  |
| Hr. Ohliger  QMB/Koordinator UCTG, Medizinische Klinik IV |  |
| Fr. Müller-Henderson  Logopädie |  |

Sofern ein personeller Wechsel für benannte Funktionen im Zentrum erfolgen sollte, übernimmt der Funktionsnachfolger die Rolle des Vorgängers in dieser Geschäftsordnung.

**11. a) Unterschriften / Inkraftsetzung Standort Gießen**

|  |  |
| --- | --- |
| Geschäftsführungen der Standorte | Unterschrift |
| Fr. Dr. Hinck-Kneip  **Kaufmännische Geschäftsführerin am Standort Gießen** |  |
| Prof. Dr. W. Seeger  **Ärztlicher Geschäftsführer am Standort Gießen (Stv. Vorsitzender der Geschäftsführung)** |  |

**10. b) Unterschriften / Kenntnisnahme der Akteure Standort Bad Nauheim**

Alle internen Akteure des Zentrums an den Standorten laut Stammblatt von OnkoZert.

|  |  |
| --- | --- |
| Beteiligte Funktion im Zentrum | Unterschrift der jeweiligen Leitung |
| Prof. Dr. E. Mayer  **Direktor der Abteilung Thoraxchirurgie und Standortleiter am Standort Bad Nauheim** |  |
| PD Dr. D. Prüfer  **Oberarzt der Abteilung Thoraxchirurgie und Koordinator des Standortes Bad Nauheim** |  |
| Prof. Dr. H. A. Ghofrani  **Ärztlicher Geschäftsführer** |  |
| Prof. Dr. H. A. Ghofrani  **Direktor der Abteilung Allgemeine Pneumologie** |  |
| Herr U. Jung  Kaufmännischer Geschäftsführer |  |
| Herr U. Jung  Komm. Direktor des Zentralen Pflege- und Funktionsdienst |  |
| Herr M. Müller  Kaufmännischer Direktor, BoL |  |
| Prof. Dr. Dr. F. Grimminger  Direktor der Abteilung Onkologische Pneumologie |  |
| Prof. Dr. B. Bachmann  **Direktor der Abteilung Diagnostische Radiologie** |  |
| Prof. Dr. B. Hamann  Direktorin der Abteilung Psychokardiologie |  |
| Prof. Dr. U. Lange  Direktor der Abteilung Physikalische Medizin und Osteologie |  |
| Prof. Dr. T. Mengden  Direktor der Abteilung Rehabilitation |  |
| Frau M. Ledermann  Abteilungsleitung Verwaltung Rehabilitation, Projektleitung Entlassmanagement |  |
| Frau K. Heilmann  QMB der Kerckhoff-Klinik |  |
| Herr T. Sattler  Leitung Physikalische Therapie |  |

Sofern ein personeller Wechsel für benannte Funktionen im Zentrum erfolgen sollte, übernimmt der Funktionsnachfolger die Rolle des Vorgängers in dieser Geschäftsordnung.

**11. b) Unterschriften / Inkraftsetzung Standort Bad Nauheim**

|  |  |
| --- | --- |
| Geschäftsführungen der Standorte | Unterschrift |
| Prof. Dr. H.-A. Ghofrani  **Ärztlicher Geschäftsführer am Standort Bad Nauheim** |  |
| Ulrich Jung  **Kaufmännischer Geschäftsführer am Standort Bad Nauheim** |  |

**10. c) Unterschriften / Kenntnisnahme der Akteure Standort Greifenstein**

Alle internen Akteure des Zentrums an den Standorten laut Stammblatt von OnkoZert.

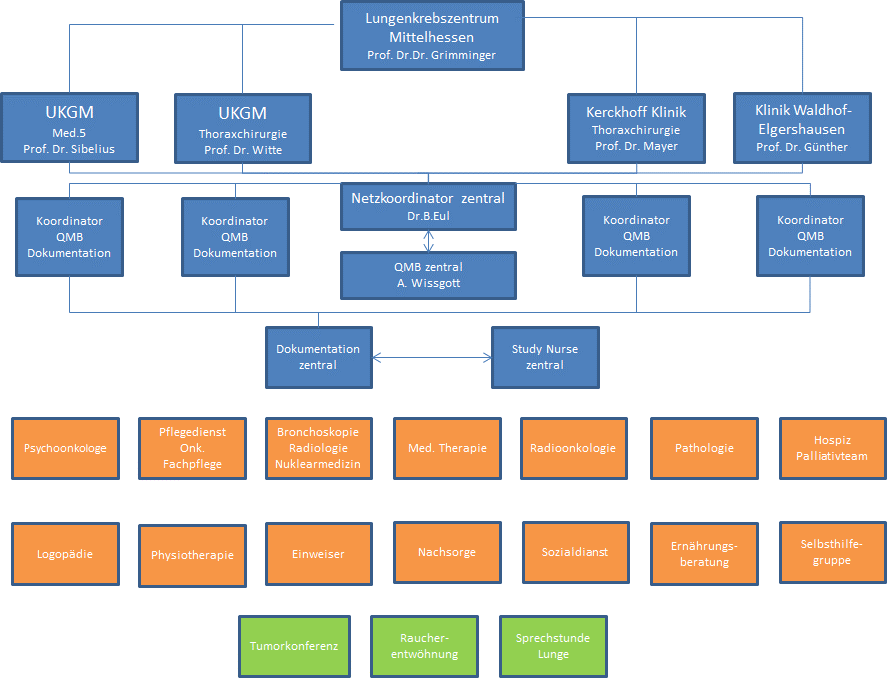
|  |  |
| --- | --- |
| Beteiligte Funktion im Zentrum | Unterschrift der jeweiligen Leitung |
| Prof. Dr. A. Günther, Chefarzt  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Dr. M. Degen, leitende Oberärztin und Vertretung des Chefarztes sowie Standortkoordinatorin  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| F. Beck, Pflegedirektorin  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Dr. U. Rühl, Leitung Tumordokumentation  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Fr. Tolson, Ernährungsberaterin  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Fr. R. Rupp, QM-Beauftragte AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Fr. C. Groos, Schlaf-Atem-Zentrum Mittelhessen |  |
| Fr. Klöpper, Sozialdienst  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |
| Fr. Bönisch, Atem- und Physiotherapie  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |  |

Sofern ein personeller Wechsel für benannte Funktionen im Zentrum erfolgen sollte, übernimmt der Funktionsnachfolger die Rolle des Vorgängers in dieser Geschäftsordnung.

**11. c) Unterschriften / Inkraftsetzung Standort Greifenstein**

|  |  |
| --- | --- |
| Geschäftsführungen der Standorte | Unterschrift |
| Tim Allendörfer, Geschäftsführer AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen gGmbH und AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH |  |
| David Laun, Klinikmanager  AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen gGmbH |  |

**Anlage: Organisationsschema Lungenzentrum Mittelhessen (interne Skizze zur Anpassung)**



**Anlage: Aufgabenbeschreibung Leitung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufgaben und Verantwortlichkeiten** | |
| Leitung der Geschäftsstelle | * Führen des Personals in der Geschäftsstelle * Sicherstellung des Geschäftsstellenbetriebs |
| Leitung des UCTG | * Einberufung der regelhaften Leitungssitzungen / Mitgliederversammlungen unter Mitteilung der Tagesordnung * Abstimmung zwischen Standorten * Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und Umsetzungscompliance |
| Strategische Entwicklung des UCTG | * Definition und Evaluation der strategischen Ziele des Zentrums * Kommunikation der Ziele im Rahmen der Leitungsaufgabe |
| Interdisziplinarität | * Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit * Betrieb eines einheitlichen Tumorkonferenzsystems * Betrieb einer Plattform für externe Konferenzteilnehmer |
| Qualitätssicherung | * Sicherstellung der Ergebnisqualität / Tumordokumentation |
| Öffentlichkeitsarbeit | * Vertretung des Zentrums nach Außen * Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten und kooperierenden Einrichtungen |
| Zertifizierung | * Vertretung des Zentrums als oberste Leitung bei Zertifizierungsverfahren. * Sicherstellung der Zertifizierbarkeit |
| Finanzen | * Verantwortung für Finanzplanung * Sicherstellung / Beobachtung der zweckmäßigen Mittelverwendung |
| Externe Kooperationen | * Entwicklung tragfähiger Kooperationsmodelle mit entsprechenden Vereinbarungen * Laufende Betreuung der Kooperationspartner * Sicherstellung / Beobachtung der vereinbarten Kooperationsregeln |
| Befugnisse | * Einsicht in die klinischen Daten aller beteiligten Standorte im Rahmen der Zertifizierungsverfahren * Disziplinarisches Weisungsrecht in der Geschäftsstelle * Fachliches Weisungsrecht in den Standorten in Verbindung mit den Zertifizierungsanforderungen – ggf. mit Unterstützung der Geschäftsleitung * Mittelverwendung laut Finanzplan |

**Anlage: Aufgabenbeschreibung Koordinatoren**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufgaben und Verantwortlichkeiten Koordinator** | |
| Sicherstellung der Einhaltung des kooperativen Netzwerks | Unterstützung bei der Umsetzung des Organisationsmodells   * Beobachtung der Festlegungen aus dem interdisziplinaren Organisationsmodell * Teilnahme bei Sitzungen des Leitungsgremiums, Protokoll, Einladung * Unterstützung bei Maßnahmen zur Weiterentwicklung des interdisziplinären Organisationsmodells |
| Finanzmanagement   * Unterstützung bei der Planung des Budgets des Zentrums * Unterstützung bei der Überwachung des Budgets und Berichterstattung an die Leitung des Zentrums |
| Jahresbericht   * Jahresberichterstellung (z.B. Datenaufbereitung zu den Bewertungsgrundlagen) * Überwachung Umsetzung Ergebnisse aus der Jahresbewertung |
| Qualifikationsbedarfsermittlung   * Unterstützung bei der Qualifikationsbedarfsermittlung in den einzelnen Bereichen |
| Öffentlichkeitsarbeit   * Unterstützung der Leitungsverantwortlichen des Zentrums bei der Öffentlichkeitsarbeit (Niedergelassene Kollegen, Selbsthilfegruppen, …) |
| Steuerung des Kooperationszustands mit Behandlungspartnern | Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Behandlungspartnern.   * Unterstützung bei der Organisation von Audits bei den Behandlungspartnern * Interne Audits zusammen mit QM * Jahresplanung |
| Ansprechpartner für die Zertifizierungsstellen | Kontakt Zertifizierungsstelle   * Terminabstimmung * Abstimmung spezieller Forderungen im Hinblick auf die Zertifizierung * Ansprechpartner für externen Gutachter * Sicherstellung der Erledigung von Beanstandungen aus Audits |
| Sonstiges | * Unterstützung der Leitung des Zentrums bei den anfallenden organisatorischen Aufgaben in den Zentren. * Sonstige außerplanmäßige Aufgaben für das Zentrum. |
| Befugnisse | * Direkte Berichterstattung an die Leitung des Zentrums * Direkte Kommunikation zu allen Behandlungspartnern * Eigenständige Bestimmung von Schwachstellen und Verbesserungspotentialen bezogen auf die Organisation des Zentrums * Unabhängige Bewertung hinsichtlich Umsetzung festgelegter Aktionen bezogen auf die Organisation des Zentrums * Weisungsbefugnis im Rahmen der Beschlüsse der Leitung des Zentrums |