

## Anlage 8.4 des Leitfadens Zertifizierung | Anlage 6.7 der Prüfsystematik Tierwohl: Eigenkontrollcheckliste für Zertifizierungsstellen

Diese Checkliste dient der Dokumentation der Eigenkontrolle der im QS-System (QS) und/oder der Initiative Tierwohl (ITW) tätigen Zertifizierungsstellen. Um die Nutzung der Eigenkontrollcheckliste zu vereinfachen, wird für das QS-System und die Initiative Tierwohl ein gemeinsames Dokument zur Verfügung gestellt.

Die Eigenkontrolle ist mindestens einmal im Kalenderjahr durchzuführen und muss alle für QS bzw. die ITW relevanten Scopes und Verfahren berücksichtigen. Es empfiehlt sich, die Eigenkontrolle zum Ende eines Jahres durchzuführen und das ablaufende Kalenderjahr als Betrachtungszeitraum zu verwenden. Die Zertifizierungsstelle dokumentiert die Ergebnisse der Eigenkontrolle, die sich ggf. daraus ergebenden Maßnahmen sowie deren Ergebnisse und übermittelt diese **spätestens zum 31. Januar des Folgejahres unaufgefordert per E-Mail an [systemkontrolle@q-s.de](mailto:systemkontrolle@q-s.de)**.

Angaben zur Zertifizierungsstelle (ZS)	
Name der Zertifizierungsstelle	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Betrachtungszeitraum der Eigenkontrolle	
Eigenkontrolle wurde durchgeführt von	

Kriterium/Anforderung	Relevant für...?		Bemerkung/Korrekturmaßnahme (KM) sowie ggf. Nr. der Anlage	ggf. Frist zur Umsetzung von KM
	QS	ITW		
<b>1 Organisation</b>				
1.1 Liegt ein QM-Handbuch vor, in dem alle relevanten Scopes und Verfahren aktuell abgebildet sind?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
1.2 Wurde das QM-Handbuch auf Berücksichtigung der aktuell gültigen Revisionen überprüft und ggf. angepasst (Vollständigkeit, Richtigkeit)?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
1.3 Wurde die Eigenkontrollcheckliste für den vorherigen Betrachtungszeitraum an QS bzw. ITW übermittelt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
1.4 Wurden alle für QS bzw. ITW relevanten und beim Programmeigner hinterlegten Kontaktdaten auf Aktualität geprüft? Z.B. - Leitung Zertifizierungsstelle, - Ansprechperson und dessen Vertreter - Krisenmanager und dessen Vertreter	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:

Kriterium/Anforderung	Relevant für...?		Bemerkung/Korrekturmaßnahme (KM) sowie ggf. Nr. der Anlage	ggf. Frist zur Umsetzung von KM
	QS	ITW		
1.5 Treffen die von der Zertifizierungsstelle über das QS-System bzw. die ITW veröffentlichten Informationen (noch) zu? (z.B. Internet, Broschüren, Verträge, AGBs,...)	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
1.6 Wurde die Unparteilichkeit der im QS-System bzw. in der ITW tätigen Personen auf Aktualität überprüft und ggf. erneut von diesen bestätigt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
1.7 Gab es im Betrachtungszeitraum Vorkommnisse, bei denen die Unparteilichkeit nicht gewährleistet werden konnte?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Name der Person, Begründung, Maßnahme).	Datum:
1.8 Gab es im Betrachtungszeitraum Beschwerden im Zusammenhang mit der Tätigkeit im QS-System bzw. der ITW?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Anlass, Kunde/Standortnummer, Entscheidung berechtigt/unberechtigt, ggf. Maßnahmen).	Datum:
1.9 Gab es im Betrachtungszeitraum Informationen, die Auswirkungen auf eine bestehende Zertifizierung gehabt haben (z.B. Hinweise vom Programmeigner, Ereignis-/Krisenfälle, sonstige externe Hinweise, Medienberichte, ...)?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Informationen, Bewertung, Maßnahmen).	Datum:

Kriterium/Anforderung	Relevant für...?		Bemerkung/Korrekturmaßnahme (KM) sowie ggf. Nr. der Anlage	ggf. Frist zur Umsetzung von KM
	QS	ITW		
1.10 Wurde eine Kundenzufriedenheitsanalyse im Hinblick auf die Tätigkeit im QS-System bzw. der ITW durchgeführt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte Übersicht mit den für das QS-System relevanten Ergebnissen als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Zeitraum, Umfang, Ergebnisse)	Datum:
<b>2 Auditoren und Freigebende Personen</b>				
2.1 Können die erforderlichen QS- bzw. ITW-Kontrollen mit den vorhandenen Personal-Ressourcen frist- und ordnungsgemäß durchgeführt werden?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
2.2 Wurden die im Betrachtungszeitraum erforderlichen internen Schulungen durchgeführt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Datum, QS-/ITW-Scope, Art der Schulung (Präsenz, online, Telefon, ...)).	Datum:
2.3 Wurden die im Betrachtungszeitraum erforderlichen internen Begleitaudits durchgeführt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Datum, QS-/ITW-Scope, begleiteter Auditor, Begleitauditor).	Datum:
2.4 Ist sichergestellt, dass die Mindestanzahl an Audits pro Auditor u. Zulassungsstufe zum nächsten Stichtag (30.6.) eingehalten wird?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:

Kriterium/Anforderung	Relevant für...?		Bemerkung/Korrekturmaßnahme (KM) sowie ggf. Nr. der Anlage	ggf. Frist zur Umsetzung von KM
	QS	ITW		
<b>3 Zertifizierungsverfahren</b>				
3.1 Liegen sowohl für gebündelte wie nicht gebündelte Betriebe geeignete vertragliche Vereinbarungen zur Durchführung der erforderlichen QS- bzw. ITW-Kontrollen vor (Zutritts- und Durchgriffsrechte, Durchführung von Begleitaudits und von zusätzlichen Überwachungsaudits)?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
3.2 <b>Nur QS:</b> Ist sichergestellt, dass alle im Betrachtungszeitraum erforderlichen Spotaudits fristgemäß durchgeführt werden (u.a. Stichprobenumfänge bei Landwirtschafts-/Erzeugungsbetrieben)?	Wählen Sie aus.	Nicht anwendbar		Datum:
3.3 <b>Nur QS:</b> Wurden die Betriebe auf der Stufe Landwirtschaft/Erzeugung risikoorientiert zur Durchführung der Spotaudits ausgewählt?	Wählen Sie aus.	Nicht anwendbar		Datum:
3.4 <b>Nur ITW:</b> Wurden die im Betrachtungszeitraum durchzuführenden Bestandschecks frist- und ordnungsgemäß durchgeführt?	Nicht anwendbar	Wählen Sie aus.		Datum:

Kriterium/Anforderung	Relevant für...?		Bemerkung/Korrekturmaßnahme (KM) sowie ggf. Nr. der Anlage	ggf. Frist zur Umsetzung von KM
	QS	ITW		
3.5 Sind im Betrachtungszeitraum Zertifizierungen/ Lieferberechtigungen ausgelaufen, ohne dass ein erforderliches Folgeaudit durchgeführt worden ist?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Standortnummer, Produktionsart, Begründung). Für gebündelte Standorte besteht die Möglichkeit, anstelle einer tabellarischen Übersicht die in der Zertifizierungsstelle diesbezüglich praktizierte Verfahrensanweisung als nummerierte Anlage an QS zu übermitteln.	Datum:
3.6 Befinden sich Korrekturmaßnahmen im Zustand offen oder begonnen, obwohl die Umsetzungsfrist der jeweiligen Korrekturmaßnahme bereits abgelaufen ist?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.		Datum:
3.7 Wurde die Durchführung von Audits im Betrachtungszeitraum von Unternehmen abgelehnt?	Wählen Sie aus.	Wählen Sie aus.	Falls ja, bitte tabellarische Übersicht als <b>nummerierte Anlage</b> beifügen (Name des Programms (QS/ITW), Kunde/Standortnummer, Datum, Begründung, Entscheidung der Zertifizierungsstelle (begründet/unbegründet))	Datum:

Ort, Datum

Unterschrift (ZS)

**Initiative Tierwohl GmbH**

Schwertberger Straße 14, 53177 Bonn  
Tel +49 (0) 228 336485-0, info@initiative-tierwohl.de  
Geschäftsführer: Dr. A. Hinrichs, R. Römer

**QS Qualität und Sicherheit GmbH**

Schwertberger Straße 14, 53177 Bonn  
Tel +49 228 35068-0, info@q-s.de  
Geschäftsführer: Dr. A. Hinrichs