

Reglement für die Vergabe des Labels „Qualität in Palliative Care“

A. Geltungsbereich

1. Dieses Reglement regelt die Voraussetzungen und das Verfahren für die Erteilung des Labels «Qualität in Palliative Care» an stationäre Einrichtungen und mobile Dienste in Palliative Care, wie sie als Versorgungsstrukturen für Palliative Care von palliative.ch definiert sind.

Die Beurteilung erfolgt nach den Qualitätsstandards und -kriterien, welche durch palliative.ch festgelegt werden.

Alle Beurteilungsunterlagen gelten jeweils in jener Fassung, welche im Zeitpunkt der Zulassung beschlossen und auf der Internetseite von qualité palliative veröffentlicht ist. Mit der Terminbestätigung für das Audit werden die relevanten Dokumente in der massgebenden Version mitgeteilt.

B. Organisation und Beteiligte

2. Die Geschäftsstelle von qualité palliative steht unter der Leitung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers und
 - a) nimmt die Anmeldung der Einrichtung für die Erst- oder Re-Zertifizierung entgegen,
 - b) entscheidet nach Prüfung der Voraussetzungen über die Zulassung zur Erst- oder Re-Zertifizierung (in Zweifelsfällen nach Rücksprache mit dem Vorstand),
 - c) bestimmt die Zusammensetzung des Auditteams,
 - d) entscheidet über Ablehnungsgesuche von Einrichtungen gegen Auditierende,
 - e) stellt die rechtzeitige Einladung aller Beteiligten zum Audittermin sicher,
 - f) erteilt den Auftrag zur Durchführung des Audits an eine anerkannte Auditstelle und legt den zu auditierenden Bereich fest,
 - g) regelt vertraglich die Vorbereitung und Durchführung des Audits mit der Einrichtung sowie den Auditierenden,
 - h) stellt den rechtzeitigen Versand der Unterlagen für Zwischenevaluationen sicher, wertet diese aus und teilt das Ergebnis der Einrichtung bzw. dem Vorstand mit,
 - i) führt eine Liste sämtlicher erteilter Labels und veröffentlicht diese auf der Homepage,
 - j) führt eine Liste der anerkannten Auditstellen und Auditierenden,
 - k) setzt Beschlüsse und Aufträge des Vorstands gemäss diesem Reglement um,
 - l) stellt das Inkasso der Gebühren sicher.

3. Der Vorstand von qualitépalliative
 - a) entscheidet über die Erteilung und den Entzug des Labels,
 - b) entscheidet über Einsprachen gegen seine Entscheide oder solche der Geschäftsstelle gemäss Ziffer 2,
 - c) entscheidet über Massnahmen aufgrund der Ergebnisse von Zwischenevaluationen,
 - d) erlässt Weisungen über die Anforderungen an die Auditierenden,
 - e) legt die Gebühren gemäss diesem Reglement fest
 - f) ist zuständig für alle weiteren Handlungen und Entscheide, welche dieses Reglement keinem anderen Beteiligten zuweist.

4. Die Auditstelle
 - a) bereitet in Zusammenarbeit mit der Einrichtung das Programm und die Durchführung des Audits vor,
 - b) bestimmt und fordert die nötigen Unterlagen bei der Einrichtung ein,
 - c) verfasst einen Bericht gestützt auf die Beurteilung des Auditteams,
 - d) stellt die regelmässige Schulung der Auditierenden sicher.

5. Das Auditteam besteht aus dem/der leitenden Auditor/in der Auditstelle sowie je einer Fachperson aus den Bereichen Medizin, Pflege und psychosoziale Berufe. Die Fachpersonen verfügen über eigene berufliche Erfahrung in spezialisierter Palliative Care und eine Fortbildung in der Durchführung von Audits.

Das Auditteam führt die Erst- oder Re-Zertifizierung gemäss den Bestimmungen dieses Reglements und allfälligen ergänzenden Weisungen von qualitépalliative durch.

6. Die Einrichtung nimmt die Rechte und Pflichten gemäss diesem Reglement wahr und unterstützt mit sorgfältiger Vorbereitung insbesondere die Durchführung von Audits und Zwischenevaluationen.

C. Ablauf der Erst- oder Re-Zertifizierung

7. Die Einrichtung meldet die Erst-Zertifizierung mindestens acht Monate vor dem gewünschten Durchführungstermin bei der Geschäftsstelle an und schlägt mindestens drei konkrete Termine vor.

Für die Re-Zertifizierung muss die Anmeldung mindestens 20 Monate vor Ablauf der Gültigkeit des Labels erfolgen. Das Re-Zertifizierungsaudit erfolgt in der Regel 12 Monate vor Ablauf der Gültigkeit des Labels.

Mit der Anmeldung bestätigt die Einrichtung die Richtigkeit der gemachten Angaben. Sie trägt sämtliche Konsequenzen allfälliger fehlerhafter Angaben.

8. Die Anmeldung wird wirksam, nachdem die Geschäftsstelle die Zulassung bestätigt hat.

9. Die Geschäftsstelle beauftragt anschliessend die Auditstelle mit der Durchführung des Audits, welches in der Regel einen Tag dauert.

10. Die Geschäftsstelle orientiert die Einrichtung über die vorgesehenen Auditierenden, gegen welche innert zwei Wochen ein schriftlich begründetes Ablehnungsgesuch gestellt werden kann. Über Ablehnungsgesuche entscheidet die Geschäftsstelle.
11. Mit der definitiven Bestimmung der Auditierenden legt die Geschäftsstelle in Absprache mit allen Beteiligten den Termin des Audits fest. Die Auditstelle veranlasst danach alle nötigen Vorbereitungen für dessen Durchführung.
12. Die Einrichtung stellt der Auditstelle die verlangten Unterlagen mindestens fünf Wochen vor dem Audittermin in der vorgegebenen Form zur Verfügung.

Sind diese Unterlagen unvollständig und werden sie nicht innert zwei Wochen gemäss den Anforderungen der Auditstelle ergänzt, kann die Auditstelle der Geschäftsstelle die Verschiebung oder Annullation des Audittermins beantragen.
13. Die Auditstelle stellt allen Beteiligten mindestens drei Wochen zuvor ein ausführliches Programm über den Ablauf des Audits samt Dokumentation zu. Die Einrichtung trifft alle nötigen Vorbereitungen für eine reibungslose Durchführung dieses Programms.
14. Das Auditteam führt seine Beurteilung in der Einrichtung gemäss dem erwähnten Programm und anhand der anwendbaren Qualitätsstandards und -kriterien gemäss Ziffer 1 durch (die verwendete Version der Beurteilungsunterlagen ist jeweils ausdrücklich festzuhalten). Die Beurteilungsunterlage bezeichnet alle Qualitätskriterien, deren minimale Erfüllung obligatorisch ist.

Das Auditteam hält zu jedem Qualitätskriterium schriftlich fest, ob dieses nicht, minimal, durchschnittlich oder vollständig erfüllt ist.

Am Ende des Audits orientiert das Auditteam die Leitung der Einrichtung mündlich über seine Feststellungen und formuliert zu nicht erfüllten Qualitätskriterien Auflagen samt einer Frist für deren Umsetzung. Diese Frist dauert bei Re-Zertifizierungen längstens bis sechs Monate vor Ablauf der Gültigkeit des Labels.

Die fristgerechte Erfüllung sämtlicher Auflagen ist zwingende Voraussetzung für die Erteilung des Labels.
15. Anhand der Unterlagen des Auditteams erstellt die Auditstelle innert vier Wochen einen Entwurf des Auditberichts und holt die Stellungnahme der Auditierenden ein. Danach stellt die Auditstelle den Berichtsentwurf der Einrichtung zu, welche dazu innert zwei Wochen schriftlich Stellung nehmen und Korrekturen verlangen kann.
16. Falls das Auditteam die verlangten Korrekturen nicht vollständig akzeptiert, orientiert die Auditstelle die Einrichtung sowie die Geschäftsstelle darüber innert zwei Wochen schriftlich und mit entsprechender Begründung.
17. Der definitive Auditbericht ist der Geschäftsstelle zu Händen des Vorstands von qualité-palliative unter Einhaltung folgender Fristen einzureichen
 - a) bei Erst-Zertifizierungen: innert drei Monaten nach dem Audittermin;
 - b) bei Re-Zertifizierungen ohne Auflagen im Auditbericht: innert drei Monaten nach dem Audittermin

- c) bei Re-Zertifizierungen mit Auflagen im Auditbericht und Nachaudit: innert zwei Monaten nach dem Audittermin.

D. Zwischenaudit und Nachaudit

18. Spätestens zwei Jahre nach der Erteilung des Labels muss ein Zwischenaudit erfolgen. Es wird durch die Auditstelle durchgeführt.

Im Zwischenaudit wird besonderes Gewicht auf jene Kriterien gelegt, deren Verbesserung Massnahmen erfordern, welche erfahrungsgemäss längere Zeit dauern.

19. Die Geschäftsstelle orientiert die Auditstelle und die Einrichtung über das bevorstehende Zwischenaudit jeweils mindestens vier Monate vor der Durchführung.

20. Die Auditstelle trifft alle nötigen Vorbereitungen für die Durchführung der Zwischenaudits. Sie stellt der Einrichtung insbesondere das Dokument «Bericht zum Zwischenaudit» mindestens drei Monate vor dem Durchführungstermin zu. Die Einrichtung sendet das bearbeitete Dokument spätestens zwei Wochen vor dem Audittermin an die Auditstelle zurück.

21. Bei erfolgreich bestandenem Zwischenaudit informiert die Auditstelle die Einrichtung innert vier Wochen mit einem entsprechenden Bericht. Sie stellt diesen in Kopie gleichzeitig auch der Geschäftsstelle zu.

22. Ergibt das Zwischenaudit erhebliche Mängel bzw. die Nichterfüllung definierter Qualitätskriterien, hält die Auditstelle diese und die formulierten Auflagen im Berichtsentwurf fest. Danach geht sie gemäss den Ziffern 15 und 16 vor.

23. Ein Nachaudit wird angeordnet, wenn beim Erst-, Zwischen- oder Re-Zertifizierungsaudit Auflagen ausgesprochen wurden.

Für die Vorbereitung des Nachaudits und die Berichterstattung gelten die Ziffern 10 ff. sinngemäss, aber mit jeweils halbierten Fristen.

Ergibt das Nachaudit weiterhin nicht erfüllte Kriterien, muss die Auditstelle die Nichterteilung des Labels beantragen. Sie geht dabei gemäss den Ziffern 15 und 16 vor.

E. Zwischenevaluation

24. Am Ende des ersten Jahres nach der Erteilung des Labels erfolgt eine Zwischenevaluation.

In der Zwischenevaluation wird besonderes Gewicht auf jene Kriterien gelegt, zu welchen im Rahmen der Erteilung des Labels Empfehlungen für Verbesserungen formuliert worden waren.

25. Die Geschäftsstelle stellt der Einrichtung hierfür den Fragebogen «Zwischenevaluation» zu und räumt ihr eine Frist von mindestens einem Monat für dessen Beantwortung und Rücksendung ein.

26. Die Geschäftsstelle wertet den Fragebogen aus. Ergeben sich daraus keine wesentlichen Mängel, bestätigt die Geschäftsstelle dies der Einrichtung schriftlich.
27. Ergeben sich aus der Zwischenevaluation erhebliche Mängel bzw. die Nichterfüllung von Qualitätskriterien, berichtet die Geschäftsstelle darüber dem Vorstand. Dieser entscheidet über das weitere Vorgehen.

F. Erteilung, Erneuerung und Entzug des Labels

28. Der Vorstand erteilt das Label, wenn alle gemäss Ziffer 14 obligatorischen Qualitätskriterien mindestens minimal erfüllt sind. Er stützt sich bei seiner Entscheidung auf den Auditorbericht und auf den allfälligen Bericht über das Nachaudit.
29. Das Label wird für die Dauer von fünf Jahren erteilt und kann erneuert werden, wenn die Re-Zertifizierung bzw. das Nachaudit ergibt, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.
30. Der Vorstand kann das Label jederzeit entziehen, wenn die Voraussetzungen während der Gültigkeitsdauer offensichtlich nicht mehr erfüllt sind oder wenn die Einrichtung aus anderen schwerwiegenden Gründen Anlass zum Entzug gibt.
31. Die Verleihung des Labels erfolgt vorbehaltlos. Es dürfen damit keine Auflagen oder Bedingungen verbunden werden.

G. Gebühren und Kosten

32. Der Vorstand regelt im Anhang die Gebühren, die gemäss diesem Reglement erhoben werden, insbesondere für die Erst- und Re-Zertifizierungsaudits, das Zwischenaudit, die Zwischenevaluation und das Nachaudit.
33. Die Geschäftsstelle legt die Zahlungstermine und die weiteren Einzelheiten fest.
34. Die Einrichtung verpflichtet sich mit der Anmeldung, alle mit der Ausstellung des Labels verbundenen Kosten (inkl. jene für ein Nachaudit) vollständig zu bezahlen.
35. Von der Einrichtung zu übernehmen sind auch die Kosten, welche durch die Verschiebung oder Annullation eines Auditortermins wegen ungenügender Dokumentation oder Vorbereitung entstehen.

H. Weitere Bestimmungen

36. Entscheide des Vorstands gemäss diesem Reglement enthalten den Hinweis, dass dagegen innert 30 Tagen nach deren Zustellung schriftlich Rekurs bei der Rekurskommission von qualité palliative eingereicht werden kann.

37. Alle im Rahmen eines Audits verwendeten Unterlagen der Einrichtung bleiben deren Eigentum. Sie wird auch Eigentümerin des Auditberichts und entscheidet über dessen weitere Verwendung.
38. Die Auditorinnen und Auditoren unterliegen der strikten Geheimhaltung und sind insbesondere nicht befugt, im Rahmen eines Audits erhaltene Informationen und gemachte Feststellungen an Behörden, Versicherer oder andere Dritte weiterzugeben.
39. Die zertifizierten Institutionen dürfen das Label-Logo während der Gültigkeit des Zertifikats für ihre Kommunikationsaktivitäten verwenden. Das Label-Logo darf ausschliesslich im Zusammenhang mit der Kommunikation rund um das Label verwendet werden. Vor der Publikation von Kommunikationsaktivitäten mit diesem Logo sind diese vorgängig der Geschäftsstelle von qualitépalliative für ein „Gut zum Druck“ vorzulegen.

I. Übergangsbestimmungen und Inkrafttreten

40. Dieses Reglement ersetzt das Reglement vom 10. Dezember 2015. Es tritt unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen per 1.1.2019 in Kraft.
41. Das Reglement vom 10. Dezember 2015 gilt
- a) für Erstzertifizierungen, falls die Zulassung (Ziffer 2 Buchstabe b und Ziffer 8) bis spätestens 31. Dezember 2018 erfolgt ist,
 - b) für Re-Zertifizierungen all jener Institutionen, deren bestehendes Label spätestens am 30. Juni 2020 ausläuft.

Bern, 13. Dezember 2018



Pia Hollenstein,
Präsidentin



Walter Brunner,
Geschäftsleiter