

Gütesiegel Stationäres Hospiz®



Prüfhandbuch für stationäre Hospize

Handbuch zu Ablauf und Vergabe
des Gütesiegels Stationäres Hospiz

Herausgeber



Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V.
Fritzenwiese 117
29221 Celle

05141.21 98 55-8
info@hospiz-nds.de

Begleitet von:



GAB München
Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufs-
entwicklung

Gefördert von:



Land Niedersachsen



Klosterkammer Hannover

Version 2.0
Stand: Mai 2018

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort zur ersten Version	5
Vorwort zur zweiten Version	6
I. Das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘	7
1. Einführung in das Gütesiegel	7
1.1. Was ist ein Gütesiegel?	7
1.2. Warum ein Gütesiegel für stationäre Hospize	8
2. Qualitätsanforderungen für stationäre Hospize	10
2.1. Der verstehensorientierte Prüfansatz für stationäre Hospize	11
2.2. Checkliste zur Formulierung der Qualitätsanforderungen	12
2.3. Die Qualität der DIN EN ISO 9001:2015 und Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem in stationären Hospizen	17
II. Der Weg zum ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘	19
1. Beratung und Information im Vorfeld	19
2. Antragsverfahren	20
Antragsschreiben	21
Datenblatt	22
Anerkennung der Siegelsatzung	24
3. Siegelprüfung (Auditstufe 1)	25
4. Siegelprüfung (Auditstufe 2)	25
5. Siegelvergabe	26
6. Überwachungsaudit	27
7. Rezertifizierungsaudit	27
8. Entzug des Gütesiegels	28
III. Verfahrens- und Prozessbeschreibungen	29
Anhang 1: Siegelsatzung für das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘	33
Anhang 2: Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses des HPVN	39

Mitgeltende Dokumente in der jeweils aktuellen Fassung:

(siehe Website HPVN: <https://www.hospiz-nds.de/>)

- Übersicht über die Zertifizierungskosten
- Checkliste Qualitätsanforderungen für das Audit
- FAQ – Häufig gestellte Fragen

Abkürzungsverzeichnis

DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
GAB	Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung
HPVN	Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen
LA	Leitender Auditor
QA	Qualitätsausschuss
QM	Qualitätsmanagement

Vorwort zur ersten Version

Das vorliegende Handbuch bildet die Grundlage dafür, dass Mitgliedseinrichtungen der Hospiz LAG Niedersachsen das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz Niedersachsen®‘ erwerben können. Es geht zurück auf die Ergebnisse einer vom Vorstand der LAG beauftragten Projektgruppe, die in 7 Workshops zwischen Juni 2012 und Januar 2014 die Grundlagen erarbeitet hat und entspricht dem Wunsch, die gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in den stationären Hospizen so zu gestalten, dass bei ihrer Anwendung insbesondere die hospizspezifischen Grundlagen der Einrichtungen bewusst gepflegt und weiterentwickelt werden können.

In diesem Handbuch wird beschrieben, was unter dem ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz Niedersachsen®‘ zu verstehen ist, indem dessen Besonderheiten dargestellt werden. Zugleich wird ein Überblick über den Gesamtaufbau des Siegels gegeben.

Im weiteren Verlauf erfolgt eine ausführliche Beschreibung des ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz Niedersachsen®‘, eine detaillierte Erläuterung seines Aufbaus sowie eine inhaltliche Darstellung. Ferner sind diesen zentralen Kapiteln sämtliche für die Beantragung des Siegels benötigte Arbeitsunterlagen beigelegt.

Dann wird erläutert, wie das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz Niedersachsen®‘ erworben werden kann, welches die beteiligten Institutionen sind und welche konkreten Schritte dabei zu gehen sind.

Die rechtlichen Verpflichtungen sowie der sachliche und geschätzte finanzielle Aufwand werden abschließend dargestellt.

Der Anhang enthält alle notwendigen Dokumente.

Mit dem Handbuch ist allen Nutzern ein Instrument an die Hand gegeben, das mithelfen soll, den Prozess der Besiegelung transparent, verständlich, überschaubar und umsetzbar zu machen.

Celle, im Februar 2014

Marlies Wegner, Ute Reimann, Stefan Ackermann

Vorwort zur zweiten Version

Stationäre Hospize stehen zunehmend in einem Wettbewerb mit anderen Palliativ-einrichtungen. Mit steigender Versorgungsdichte wird es für Außenstehende immer schwieriger zu erkennen, in welcher Einrichtung die ursprüngliche Hospizidee gelebt wird. Das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ setzt hier ein Zeichen: Es arbeitet das Wesen sowie das Werteprofil eines Hospizes klar heraus und steht für eine geprüfte, hochwertige Pflege- und Betreuungsqualität, die dem Kern der Hospizidee entspricht.

Nachdem das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ zunächst nur für die Hospize in Niedersachsen zugänglich war, kann es nunmehr bundesweit vergeben werden. Alle Hospize haben nun die Möglichkeit, sich nach den Kriterien des ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ zertifizieren zu lassen.

Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Erfahrungen aus den bereits durchgeführten Zertifizierungsprozessen wurde das vorliegende Handbuch vollständig überarbeitet, in Teilbereichen ergänzt und weiterentwickelt. Es ist eine Arbeitshilfe und bietet zugleich eine gute Grundlage für das Verständnis der systematischen Abläufe im Beratungs- und Zertifizierungsprozess.

Das Handbuch erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit – es soll im Rahmen des ständigen Verbesserungsprozesses kontinuierlich ergänzt und gemäß den Anforderungen in der Praxis fortgeschrieben werden.

Celle, im Mai 2018

Petra Gottsand, Dr. Katja Bartlakowski, Miriam Püschel

I. Das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘

1. Einführung in das Gütesiegel

1.1. Was ist ein Gütesiegel?

Ein Gütesiegel ist ein Zeichen mit Urkunde, das nach einem in einer Siegelsatzung geregelten Vorgehen einer Einrichtung, oder auch Produkten und Dienstleistungen, dann verliehen werden kann, wenn sie nachweislich bestimmte, in der Siegelsatzung ebenfalls genau beschriebene Qualitätsmerkmale aufweisen. Das Siegel bescheinigt und garantiert somit nach außen eine bestimmte (Mindest-) Qualität: Wenn dieses Zeichen erscheint, dann kann der Verbraucher, Patient oder Gast mit Recht erwarten, dass die Einrichtung die besiegelten Eigenschaften auch tatsächlich aufweist. Das ist dann besonders wichtig und sinnvoll, wenn es sich um das Besiegeln solcher Eigenschaften handelt, die man der Einrichtung oder dem Produkt nicht leicht oder gar nicht ansehen, die man also als Laie nicht ohne weiteres selbst nachprüfen kann.

Gütesiegel dienen daher der Vertrauensbildung und sind generell Werkzeuge des Verbraucherschutzes.

Das können sie aber nur sein, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Klare Beschreibung der zu besiegelnden Qualitätsmerkmale,
- Prüfung nach klar nachvollziehbaren und sachgemäßen Regeln und Verfahren
- durch unabhängige Prüfer
- in regelmäßig wiederkehrenden Zyklen, um Verwässerungen und Missbrauch auszuschließen.

1.2. Warum ein Gütesiegel für stationäre Hospize?

Wettbewerb

Die aus bürgerschaftlichem Engagement heraus entstandene Hospizbewegung, die ihre Leistungen meist ehrenamtlich und ambulant angeboten hatte, ist inzwischen institutionalisiert. Gesetzliche Regelungen, Rahmenverträge mit den Krankenkassen und die Übernahme von Hospizen durch die Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege kennzeichnen den Übergang von der Pionier- in die Differenzierungsphase. Als Indiz dafür kann auch das 2004 veröffentlichte Qualitätshandbuch SORGSAM sowie die Entwicklung eines Anforderungskataloges durch den DHPV im Jahr 2010 gesehen werden. Aber nicht nur stationäre Hospize sind entstanden, auch Betreiber von Heimen, Krankenhäusern usw. erweiterten ihr Angebot entsprechend. Vermehrt gewinnen wirtschaftliche / organisatorische Aspekte an Bedeutung und immer häufiger dringen eher ökonomisch orientierte Organisationen in die bis dato rein bürgerschaftlich getragene Hospizbewegung vor.

Identitätsfindung, Markenbildung und Transparenz

Damit das Wesentliche der Hospizbewegung erhalten bleibt und der Begriff „Hospiz“, bedingt durch die verschiedensten (Träger- und Betreiber-) Interessen, nicht verwässert wird, ist das ‚Gütesiegel stationäres Hospiz®‘ entwickelt worden.

Das Gütesiegel stellt das spezifische Profil stationärer Hospize klar heraus und unterstützt deren selbstbewusstes Auftreten. Gegenüber anderen Einrichtungen, die Hospizarbeit leisten, sorgt es für Klarheit und Transparenz der eigenen Leistungen und des Angebotes.

Qualitätsmanagement für situative Handlungskompetenz

Mit dem Gütesiegel soll ebenso ein Beitrag geleistet werden zur Weiterentwicklung des klassischen Qualitätsmanagementdenkens bezüglich Kundenrückmeldung, Prozessmanagement und den Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis. Eine systematisierte Evaluation bezüglich der Kundenzufriedenheit oder ein kundenbezogenes Beschwerdemanagement können in diesen Einrichtungen nur bedingt durchgeführt werden, da die Verweildauer oft sehr kurz ist und Verstorbene nicht mehr befragt werden können. Sterbefälle verlaufen so individuell, dass Qualitätssicherung nicht allein durch Standardisierung von Prozessen betrieben werden kann. Kundenrückmeldungen müssen im Augenblick der Dienstleistungserbringung als solche erkannt und es muss im selben Augenblick darauf reagiert werden. Dies kann dann gelingen, wenn die Dimension der Beziehungsqualität im Qualitätsmanagement einen angemessenen Platz findet und die individuelle situative Handlungskompetenz der Mitarbeitenden eine adäquate Berücksichtigung findet.

So rücken die Qualitäten der Arbeitsanforderungen und deren zugrunde

liegenden Werte, Haltungen und übergeordneten Leit- bzw. Menschenbilder in stationären Hospizen in den Mittelpunkt.

**Entwickeln von
Erschließungsformen**

Eine Überprüfung der Qualität einer Einrichtung, deren Kernkompetenz in der Erbringung einer personenbezogenen Dienstleistung besteht, muss auch Erschließungsformen und Methoden aufweisen, die die tatsächlich gelebte Qualität in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen wahrnimmt und abbildet.

**Beitrag zur
Transparenz**

Der HPVN möchte mit seinem Gütesiegel einen Beitrag zur Pflege-
transparenzvereinbarung nach SGB XI leisten: das hospizspezifische
Vorgehen soll sichtbar, nachvollziehbar, spürbar und beschreibbar gemacht
werden. So können staatliche Prüfinstanzen auf eine adäquate
Prüfungshilfe zurückgreifen.

Ein Gütesiegel dient auch als qualitative Grundlage für strukturelle
Rahmenvereinbarungen der einzelnen stationären Hospize und unterstützt
sie dabei, die Art und Weise der Aufgabenerfüllung sowie ihren
gesellschaftlichen Auftrag gegenüber Kostenträgern, der Politik und der
Öffentlichkeit darzustellen.

Nach innen stellt es für Mitarbeitende Transparenz her und ermöglicht es
ihnen, sich mit der inneren Haltung und dem hospizlichen Menschenbild
vertraut zu machen und zu identifizieren. Es bildet die Grundlage für
Gespräche im Hospizteam, mit Patienten und Zugehörigen und sorgt für
einen Kommunikationsprozess der Hospize untereinander.

Das Gütesiegel leistet einen wesentlichen und praktischen Beitrag für ein
gemeinsames Verständnis dafür, was ein Hospiz im Sinne der
Hospizbewegung ausmacht. Es beschreibt ein Verfahren, mit dem geprüft
werden kann, ob ein Hospiz diese Anforderungen auch erfüllt.

Schlagwortartig ausgedrückt soll „da, wo stationäres Hospiz drauf steht,
auch stationäres Hospiz drin sein“.

2. Qualitätsanforderungen für stationäre Hospize

Die Ursprünge des Begriffes "Hospiz" stammen aus den Anfängen des Christentums. Das Wort Hospiz heißt aus dem Lateinischen übersetzt: Raststätte, Herberge, auch Gastfreundschaft. 1967 gründete die englische Ärztin Cicely Saunders in einem Londoner Vorort eine Klinik für Sterbende. Das ‚St. Christoph Hospiz‘ sollte ganz auf die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen ausgerichtet sein. Hier gingen die Pflegenden und Ärzte neue Wege, besonders im Blick auf die ‚palliative‘, also symptomlindernde und zugleich ganzheitliche Behandlung und Begleitung.

Was zunächst auf Skepsis stieß, ist heute international anerkannt. Inzwischen gibt es weltweit über 2000 solcher Einrichtungen für sterbenskranke Menschen.

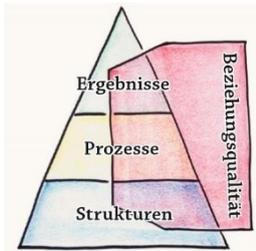
Der Begriff ‚Hospiz‘ beschreibt eine Werthaltung, die in einer umfassenden und ganzheitlichen Sterbebegleitung und in einer besonderen Abschiedskultur ihren Ausdruck findet.

Aber der Begriff ‚Hospiz‘ ist kein geschützter Begriff. Viele Krankenhäuser oder Pflegeheime eröffnen ‚Hospizbetten‘ oder ‚Hospizstationen‘ ohne der Vorstellung einer umfassenden ganzheitlichen Versorgung Sterbender und deren Zugehöriger nach dem Hospizgedanken vollständig zu entsprechen.

Um diese besondere Form der ganzheitlichen Sterbebegleitung in der immer größer werdenden Hospizlandschaft zu erhalten und weiterzuentwickeln, hat sich der HPVN dazu entschlossen, hospizeigene Kriterien zu erarbeiten und das vorliegende Hospiziegel zu entwickeln, welches für die Werthaltung und Sterbekultur der stationären Hospize steht.

2.1. Der verstehensorientierte Prüfansatz für stationäre Hospize

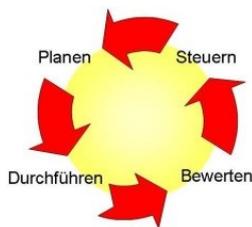
Das ‚Gütesiegel stationäres Hospiz®‘ besteht aus verschiedenen Teilen. Grundlage und Instrument für den Nachweis der Umsetzung ist eine Checkliste. Sie enthält alle formulierten Anforderungen an ein stationäres Hospiz und dient zugleich in einer gekürzten Form (Datenblatt) als Antragsformular für das Gütesiegel.



Diese Checkliste stellt somit die Strukturqualität zur Verfügung, um den stationären Hospizen eine Orientierung über die Anforderungen zu geben und der Zertifizierungsstelle¹ sowie den Auditoren eine nachvollziehbare Grundlage für ihre Urteilsbildung zur Verfügung zu stellen.

Ein gesondert erstellter Prüfleitfaden für stationäre Hospize ermöglicht es, die Qualitätsanforderungen in der Dimension der Prozessqualität zu erheben. Der Prüfleitfaden ist die Grundlage für den Auditprozess. Er lässt die Prüfenden zudem durch transparente und nachvollziehbare Methoden die Dimension der Beziehungsqualität² im Audit erschließen.

Die Nachvollziehbarkeit der Beurteilungskriterien ist durch die Übersicht, die die Checkliste bietet, gewährleistet. Die Ergebnisqualität der stationären Hospize erscheint jedoch erst Schritt für Schritt im Auditprozess durch die Form des Vorgehens und die im Prüfleitfaden beschriebene Haltung und Einstellung der AuditorInnen. Der Sinn der Checkliste ist es in diesem Zusammenhang, einen klaren Rahmen für einen dialogischen und die vorhandenen Qualitäten herausarbeitenden offenen Prüfprozess zu schaffen. So wird die Stimmigkeit und die Nachvollziehbarkeit der sich zeigenden und zu beschreibenden Ergebnisqualität vor Ort gewährleistet.



Das individuelle Qualitätsmanagementsystem eines jeden stationären Hospizes, das im Auditprozess auf seine Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit überprüft wird, gewährleistet die Nachhaltigkeit, dass alle auftauchenden Qualitätsfragen auch zwischen den Auditterminen zuverlässig und vertrauenswürdig von der Einrichtung bearbeitet werden. Deshalb ist eine Einschätzung des Qualitätsmanagementsystems ebenfalls Bestandteil des ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘.

2.2. Checkliste zur Formulierung der Qualitätsanforderungen

¹ Aktuell anerkannte Zertifizierungsstelle vom HPVN: SocialCert, München.

² Die Qualität der gestalteten Beziehung zwischen den sterbenskranken Menschen, Zugehörigen und den in der Einrichtung Tätigen sind ganz konkrete Stärken sozialer Einrichtungen. Daher ist es unerlässlich, diese als Beziehungsqualität in die Qualitätsentwicklung einzubeziehen. Die Beziehungsqualität in einem stationären Hospiz ist bestimmt durch die Geschichte der zu Begleitenden, der Begleitenden, dem Spannungsfeld der Beziehung selbst, sowie den strukturellen Rahmenbedingungen und Konzepten und der Haltung und Einstellungen der leitenden Menschen.

Diese Checkliste stellt eine Strukturhilfe dar: sie gibt den stationären Hospizen eine Orientierung über die Anforderungen und stellt der Zertifizierungsstelle und den Auditoren eine nachvollziehbare Grundlage für die Urteilsbildung zur Verfügung. Für die praktische Nutzung als Nachweis im Prüfprozess ist sie auf der Website des HPVN separat aufgeführt.

A. ANGABEN ZU DEN MITARBEITENDEN

1. Anzahl der aktuell besetzten Pflegefachkräfte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ=38,5h)
2. Stellenschlüssel: Betten im Verhältnis zu den VZÄ
3. Anzahl der Betten
4. Anzahl der Führungskräfte (GL, HL, PDL, HWL etc.)
5. Anzahl der Pflegehelfer/innen
6. Anzahl der Mitarbeitenden im Sozialdienst
7. Anzahl der Mitarbeitenden in der Hauswirtschaft
8. Anzahl der Mitarbeitenden in der Haustechnik
9. Anzahl der Ehrenamtlichen stationär
GESAMT

B. SIEGELANFORDERUNGEN

Nachweise über vorangegangene Zertifizierungen

Nachweise über die Arbeit an den folgenden qualitätsrelevanten Themenfeldern (SORGSAM, DHPV-Katalog, Gütesiegel):

1. Hospiz als Lebensort
2. Hospizaufnahme
3. Hospizbegleitung im Tageslauf
4. Körpernahe Pflege
5. Ernährung im Hospiz
6. Überleitung
7. Versorgung Verstorbener
8. Zugehörige im Hospiz
9. Abschiedskultur
10. Personalmanagement
11. Teamorganisation im Hospiz
12. Ehrenamt
13. Leistungsentwicklung
14. Aktive Umsetzung des gesellschaftlichen Auftrages

Nachweise über die Qualitätsarbeit (Qualitätsmanagementsystem)

1. QM-Dokumentation (Konzepte, Handlungsleitlinien etc.)
2. Leitbild

3.	Organigramm des stationären Hospizes, Einbettung in Trägerstruktur
4.	Internes Audit (systematische Überprüfung) zum Stand des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagementsystems
5.	Managementreview (Bewertung) der Leitung zum gesamten Qualitätsmanagementsystem, interne und externe Faktoren ³

Nachweise über die Erfüllung der Anforderungen nach dem Gütesiegel

1.	Personalmanagement
	Aufgaben- oder Stellenbeschreibungen für alle Mitarbeitenden im stationären Hospiz
	Möglichkeit einer regelmäßigen Supervision für alle ehren- und hauptamtlich tätigen Mitarbeitenden. Die Teilnahme ist Arbeitszeit
	Standardisiertes und nachvollziehbares Personalauswahlverfahren
	Für Pflegekräfte und Funktionspersonal des Hospizes bestehen Weiterbildungs- bzw. Fortbildungspläne, in denen der Erwerb und die Überprüfung der geforderten besonderen Qualifikation inhaltlich, organisatorisch und zeitlich klar strukturiert sind. Teilnahme und Erfolg werden dokumentiert
2.	Qualifizierte/r Qualitätsmanagement-Beauftragte/r mit angemessenem Stundenkontingent und regelmäßiger Anwesenheit im stationären Hospiz
3.	Hauswirtschaft / Funktionspersonal
	Mitarbeitende/r sind/ist täglich vor Ort
	Mitarbeitende sind in die Informationsflüsse des stationären Hospizes eingebunden
	Personalkontinuität ist gewährleistet
4.	Die Pflegefachkraftquote liegt bei mindestens 80%; 100% werden angestrebt
	Der mehrheitliche Teil der Pflegefachkräfte verfügt über eine Palliativ-Care-Ausbildung mit einem Umfang von mindestens 160 Stunden
5.	Pflegedienstleitung /stellv. Pflegedienstleitung
	Qualifikation in Form eines Studienabschlusses im Bereich der Pflege (BA, MA, Diplom) oder eine vergleichbare Aus- oder Weiterbildung mit einem Umfang von mindestens 720 Stunden
	Stellenumfang im Rahmen der Leitungsfunktion beträgt mindestens 75% eines VZÄ; 100% werden angestrebt

³ Die verantwortliche Leitung des stationären Hospizes nimmt einmal jährlich die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem internen Audit und aus dem allgemeinen Umgang mit dem einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagementsystem wahr, bewertet anhand der selbst gesteckten Qualitätsziele den Zielerreichungsgrad schriftlich und leitet Maßnahmen für das folgende Jahr aus diesen Erkenntnissen ab.

6. Ehrenamtliche Mitarbeitende

Nachweis über Ehrenamtsqualifikation oder -befähigung
Einsatz entsprechend der Interessen und Kompetenzen der Ehrenamtlichen
Hauptamtliche/r Ansprechpartner/in oder Koordinator/in mit entsprechender Qualifikation und angemessenem Arbeitszeitkontingent vorhanden
Für die Trauerarbeit steht ein angemessenes Zeit- oder Stundenkontingent zur Verfügung
Die Aufgabenzuweisung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ist klar geregelt; es steht ein angemessenes Stunden- oder Zeitkontingent zur Verfügung
Jedem Patient steht ein Einzelzimmer zur Verfügung; Zugehörige können mit aufgenommen werden

Nachweise über die Erfüllung der Anforderungen in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB-V

1. § 1 der RV: Stationäre Hospize

Baulich-, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen (8-16 Aufnahmeplätze) mit familiärem Charakter
Hospize sind somit nicht Bestandteil einer Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses
Hospizversorgung kann sowohl voll- als auch teilstationär erfolgen
Grundlage des Einrichtungskonzeptes ist auf die Belange schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet
Erbringung palliativ-pflegerischer, palliativ-medizinischer und psychosozialer Versorgung
Anteilig werden die Gesamtkosten durch Spenden und Ehrenamt getragen
Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem

2. § 2 der RV: Anspruchsberechtigte Versicherte

<p>Aufnahmevoraussetzung:</p> <p>a) Progredient verlaufende Erkrankung mit einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten</p> <p>- Heilung ausgeschlossen und palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische und psychosoziale Versorgung notwendig und vom Betroffenen erwünscht.</p> <p>b) Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich</p> <p>c) Die ambulante Versorgung oder die Versorgung in der bisherigen Wohn/Versorgungsform die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt</p>
<p>Ins besonders folgende Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onkologische Erkrankung - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS - neurologische Erkrankung
<p>Verlegung aus vollstationärer Pflegeeinrichtung:</p> <p>wenn Palliativer Versorgungsbedarf selbst unter Einbeziehung von amb. Leistungserbringern (häuslicher Krankenpflege, SAPV, amb. Hospizdienste, etc.) nicht sichergestellt werden kann</p>
<p>Hospiz-Notwendigkeit ist durch eingebundenen Arzt schriftlich zu bescheinigen und wird von KK befristet</p> <p>-Verlängerung ist nach Prüfung bestehender Hospiznotwendigkeit möglich (s.o.)</p> <p>-Wiederaufnahmen sind möglich</p>

3. § 3 der RV: Versorgungsumfang

Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische

und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung werden voll- oder teilstationär erbracht
Ganzheitliche, lindernde Pflege- und Therapieausrichtung incl. psychischer Leiden mit Symptomkontrolle und Krisenintervention unter Abwägung sozialer und ethischer Gesichtspunkte. Nicht primär darauf ausgerichtet Leben zu verlängern
Einbeziehung und ggf. Anleitung Zugehöriger
Ganzheitliche psychosoziale Begleitung durch Unterstützung im Verarbeitungsprozess, Kommunikation, Orientierung, Lebenssinn- und Glaubensfragen, Zugehörigen- und Trauerarbeit sowie Religiosität/Spiritualität
Ärztliche Behandlung , Arznei-Verband und Heilmittelversorgung und SAPV b. B.
Alles im Rahmen angemessener hygienischer Maßnahmen
Betreuung von Kindern im Kinderhospiz nach Entwicklungsstand. Siehe dazu Rahmenvereinbarung für Kinderhospize
4. § 4 der RV: Qualität
Pflege wird nach allgemein anerkannten und aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Expertenstandards sowie Palliative Care durchgeführt
Die Qualitätsanforderungen sind vom Träger kontinuierlich zu prüfen. Dabei ist besonders Wichtig, dass den individuellen Bedürfnissen der Patienten entsprochen werden
Der Träger ist ebenfalls für laufende Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und die Beteiligung an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung verantwortlich
Gemeinsames Konzept der unterschiedlichen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen mit konkreten Aussagen zu allen tätigkeitsspezifischen Aufgaben
Das geeignete Pflegedokumentationssystem enthält Aussagen über den Pflegeprozess und das Leistungsgeschehen
5. § 5 der RV: Qualifikationsanforderungen
Die Pflege ist bei ständiger Präsenz von Gesundheits- und Krankenpflege- oder Altenpflegepersonal ganztägig zu erbringen
Alle beschriebenen Hauptamtlichen Mitarbeiter haben bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen und müssen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. Sie sind entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation einzusetzen
Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sind entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung einzusetzen und ihrerseits regelmäßig zu Begleiten
6. § 6 der RV: Personalausstattung
Der Personalschlüssel ist der Hospizgröße anzupassen
7. § 7 der RV: Sächliche und räumliche Ausstattung
Die sächliche- und räumliche Ausstattung ist beschrieben. Für die sach- und fachgerechte An- bzw. Verwendung ist zu sorgen

Zudem sind die Hospize für die kontinuierliche Umsetzung bzw. Einhaltung der weiteren Paragraphen in den RV verantwortlich.

Nachweise über die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen

1. Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)

Bestellung einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt

	Arbeits-sicherheitsbegehungen (inkl. Unfallverhütung und Einhaltung der Arbeitsschutzrichtlinien, BGV A6, GUV-V A 1)
	Regelmäßige Schulungen durchführen, Erstellen von Gefährdungs-beurteilungen
	Regelmäßige Betreuung durch einen Betriebsmediziner (BGV A7, §19 GUV-V A1)
2.	Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)
	Benennung von Ersthelfern (Schulung)
	Benennung von Brandschutzhelfern (Schulung)
3.	Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)
	Prüfung der Notausgänge, Brandschutztüren, Feuerlöscheinrichtungen, Sicherheitsbeleuchtung (Protokoll)
	Bereitstellen von Umkleide- und Pausenraum
4.	Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV)
	Sachkundiger für Leitern und Tritte
	Sachkundiger für ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel (BGV A3)
	Regelmäßige Überprüfung von Fahrstühlen und Feuerlöschern (Prüfbericht)
5.	Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)
	Datenschutzbeauftragter ist benannt
6.	Infektionsschutzgesetz (IfSG)
	Erstellen von Hygieneplänen
	Einweisung und regelmäßige Schulung nach Infektionsschutzgesetz
	Trinkwasserbeprobung (Protokoll)
	Benennung einer Hygienebeauftragten
	Ausbildung einer /Zusammenarbeit mit einer Hygienefachkraft
	Geschirrspüler, Waschmaschine Hygienekontrolle (Ergebnisprotokoll)
	Kühlschränke Temperaturkontrollen
7.	Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBVO)
	Überprüfung Pflegebetten (Protokolle)
8.	Medizinproduktegesetz (MPG)
	Wartung, Prüfung und Einweisung Medizingeräte (Protokoll)
9.	Sicherheitsbeauftragte/r (SGB VII), GUV-V A1 § 20
10.	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz WBVG (Hospizvertrag)
11.	Beauftragte/r nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwerbG)
12.	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTM-VO)
	Vertrag Apotheke (Kontrollprotokolle, BTM-Vereinbarung)
13.	Aushangpflichtige Gesetze
	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (Allg. GleichbG)
	Arbeitszeitgesetz (ArbZG), Mutterschutzgesetz (MuSchG)
	Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

C. BEWERTUNGSLEGENDE

- 1 Siegelforderungen erfüllt
- 2 Siegelforderungen erfüllt mit Entwicklungspotential

- 3 Siegelforderungen ausreichend erfüllt mit Feststellung zur Bearbeitung
- 4 Siegelforderungen nicht erfüllt mit Abweichung zur Bearbeitung vor Zertifikatserteilung

2.3. Die Qualität der DIN EN ISO 9001:2015 und Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem in stationären Hospizen

Oft taucht die Frage auf, wie ein Qualitätsmanagementsystem in stationären Hospizen als kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter aussehen kann.

Je mehr die Verantwortlichen für die Steuerung der Qualitätsfragen in stationären Hospizen Orientierung im Außen suchen, desto mehr bedarf es eines klaren individuellen Urteilsvermögens bezüglich des Umgangs mit der international orientierenden Norm ISO 9001:2015, die Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme beschreibt.

In deren Einleitung steht: „Es ist **nicht** die **Absicht** dieser Internationalen Norm, die Notwendigkeit zu unterstellen für:

- ✓ die Vereinheitlichung der Struktur unterschiedlicher Qualitätsmanagementsysteme;
- ✓ die Angleichung der Dokumentation an die Gliederung dieser Internationalen Norm;
- ✓ die Verwendung der speziellen Terminologie dieser Internationalen Norm innerhalb der Organisation.“

Die Grundlagen dieser Norm sind der „PDCA Zyklus“ und „Risikobasiertes Denken“.

Die Grundsätze des Qualitätsmanagements sind „Kundenorientierung⁴; Führung; Einbeziehung von Personen; prozessorientierter Ansatz; Verbesserung; faktengestützte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement“.

Allen diesen Anforderungen vorangestellt sind der Norm in der Version 2015 zufolge das „Verstehen der Organisation und ihres Kontextes (4.1)“. Neu hinzugekommen ist ebenfalls „Bewusstsein“ (7.3) unter der Überschrift „Unterstützung“ (7). Das vom stationären Hospiz aufgebaute Qualitätsmanagementsystem hat also dem Verstehen der Organisation und ihres Kontextes zu dienen.

⁴ Siehe auch Rahmenvereinbarung § 4: „Ziel der permanenten Überprüfung der Leistungserbringung ist es, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen oder Patienten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde.“

Das Gütesiegel Stationäres Hospiz® erfüllt alle beschriebenen Kernanforderungen dieser ISO-Norm. Es fordert die „Orientierung an den Leitgedanken der stationären Hospizarbeit“ (Verstehen der Organisation und ihres Kontextes) der eigenen Positionierung (Leitbild), der internen Überprüfung (Internes Audit), der Verantwortung der Leitung (Management Review und Organigramm) sowie einem systematischen Vorgehen gemäß dem PDCA Zyklus (dokumentiert in einem hospizspezifischen Qualitätsmanagement). Ein Hospiz, das das Gütesiegel beantragt, muss zudem darlegen können, wie es mit Beschwerden und Fehlern umgeht, wie es die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter wahrnimmt und wie diese Informationen verwertet werden.

Orientiert an der Prozesslandschaft, die in **SORGSAM** dargestellt ist, werden alle hospizspezifischen Handlungsfelder abgedeckt. Hierbei obliegt es dem stationären Hospiz, wie es die Qualität dieser Handlungsfelder gewährleistet. Das Risikomanagement inklusive faktengestützter Entscheidungsfindung ist abgedeckt durch die Überprüfung der Umsetzung der Rahmenvereinbarungen (Nachweise über die Anforderungen nach dem Gütesiegel).

Die Anforderungen im Gütesiegel können die Entwicklung des natürlich bestehenden internen Qualitätsmanagementsystems hin zu einem systematischen unterstützen, und zwar dort, wo der jeweilige Bedarf liegt. Stationäre Hospize können sich ihr funktionierendes hospizspezifisches Qualitätsmanagement durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle bestätigen lassen.

II. Der Weg zum „Gütesiegel Stationäres Hospiz®“

Das Gütesiegel für stationäre Hospize soll nach außen hin glaubwürdig sein. Es wäre in seiner öffentlichen Wirkung unwirksam, wenn es ohne eine sachgemäße Prüfung vergeben würde. Um Glaubwürdigkeit zu erzielen, genügt es der Öffentlichkeit gegenüber nicht, dass das Hospiz eine Erklärung abgibt. Es wird erwartet, dass die Einrichtung von unabhängigen Prüfern überprüft wird. Jede Einrichtung, die das Siegel führen möchte, muss sich deshalb einer transparenten und geregelten Prüfung unterziehen. Aus methodischen, kapazitäts- und verbandspolitischen Gründen sollte diese Prüfung nicht von einem Organ des HPVN durchgeführt werden, sondern von einer anerkannten unabhängigen Zertifizierungsstelle. Diese Zertifizierungsstellen unterwerfen sich durch ihre Akkreditierung zahlreichen Regeln und unterziehen sich selbst regelmäßigen Begutachtungen und Überprüfungen.

Die Zertifizierungsstellen müssen bereit und in der Lage sein, sich eng an die im Siegel festgelegten Prüfvorgaben des HPVN zu halten.

1. Beratung und Information im Vorfeld

Auf Wunsch kann ein persönliches oder telefonisches Beratungsgespräch oder ein Beratungsaudit vor Ort stattfinden, in dem das Prozedere und die Formalitäten erläutert werden, aber auch Fragen zum jeweiligen Qualitätsmanagement geklärt werden können. Ansprechpartnerin ist zunächst die Geschäftsstelle des

Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V.
Fritzenwiese 117
29221 Celle
05141.21 98 55-8
info@hospiz-nds.de

2. Antragsverfahren

Das stationäre Hospiz, das ein ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz‘ erwerben will, stellt einen Antrag über die Durchführung eines Zertifizierungsaudits bei der akkreditierten Zertifizierungsstelle, der

SocialCert-GmbH
Lindwurmstrasse 41-43
80337 München.

In dem Antrag enthalten ist das Einverständnis für die Durchführung des Überwachungsaudits, welches für den Erhalt des Siegels bis zur Rezertifizierung notwendig ist.

Das Antragsformular besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil ist das Antragsschreiben, der zweite Teil ist ein Datenblatt, das die grundlegenden Informationen über das stationäre Hospiz erfragt.

Die Siegelsatzung ist ausgefüllt und unterzeichnet der Geschäftsstelle des HPVN zuzusenden.



Antragsschreiben

SocialCert-GmbH
z. H. Herrn Dr. Stefan Ackermann
Lindwurmstr. 41/43

80337 München

- Erstzertifizierung
- Rezertifizierung

Zertifizierungsantrag

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit stelle ich im Namen der folgenden Institution einen Antrag auf Zertifizierung nach dem Gütesiegel Stationäres Hospiz®.

Antragsteller/in:

.....
Name der Institution

.....
Ansprechpartner/in

.....
Telefon-Nr.

.....
Telefax-Nr.

.....
Straße

.....
PLZ und Ort

.....
E-Mail-Adresse

Für den Erhalt des Siegels bis zur Rezertifizierung nach 3 Jahren ist ein Überwachungsaudit notwendig. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Antragsteller/in



Datenblatt

Name des stationären Hospizes:

Gesellschaftsform:

Ggf. Kostenträger:

Geschäftsführung / Leitung / Gesetzlicher Vertreter

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

Email:

Website:

Umfang der Leistungen:

Fachverbandszugehörigkeit:

Ansprechpartner/in:

Funktion/Position:

Wie und wann erreichbar:

Abgeschlossener Versorgungsvertrag vom.....

Anzahl der Mitarbeitenden:

	Nachweis Hospiz
▪ Anzahl der aktuell besetzten Pflegefachkräfte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	
▪ Stellenschlüssel: Betten im Verhältnis zu den VZÄ	
▪ Anzahl der Betten	
▪ Anzahl der Führungskräfte (GL, HL, PDL, HWL etc.)	
▪ Anzahl der Pflegehelfer/innen	
▪ Anzahl der Mitarbeitenden im Sozialdienst	
▪ Anzahl der Mitarbeitenden in der Hauswirtschaft	
▪ Anzahl der Mitarbeitenden in der Haustechnik	
▪ Anzahl der Ehrenamtlichen	

Mitarbeitende gesamt:

Gibt es ein eingeführtes Qualitätsmanagement?

Ja

Nein

Wenn ja, nach welchem Regelwerk?

SORGSAM	<input type="checkbox"/>	DIN EN ISO 9001: 2008	<input type="checkbox"/>	Eigenes	<input type="checkbox"/>
GAB-Verfahren	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Ist dieses Qualitätsmanagement beschrieben?

Ja Nein

Wenn ja, wie?

Gibt es bestehende Zertifizierungen?

Ja Nein

Wenn ja nach welchem Regelwerk?

Welche Aufgaben müssen von der Organisation noch erledigt werden (Selbsteinschätzung)?

Ort/Datum

Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift
des Antragstellers

Anerkennung der Siegelsatzung

Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen e.V.
Geschäftsstelle
Fritzenwiese 117

29221 Celle

Anerkennung der Siegelsatzung ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit meiner Unterschrift erkenne ich die Siegelsatzung zum ‚**Gütesiegel Stationäres Hospiz®**‘ in ihrer jeweils gültigen Fassung an. Ich garantiere für den satzungsgemäßen Einsatz des Gütesiegels für das nachfolgende Hospiz:

Name der Institution

Verantwortliche/r AnsprechpartnerIn

PLZ und Ort

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Verantwortliche/r AnsprechpartnerIn

3. Siegelprüfung (Auditstufe 1)

Zunächst fordert die Zertifizierungsstelle von dem beantragenden Hospiz folgende Dokumente: Nachweise vergangener Zertifizierungen, Leitbild, Organigramm, Bereichs-

konzepte, das letzte interne Audit, das letztes Managementreview sowie Flyer und sonstiges Infomaterial.

Das Auditteam der akkreditierten Zertifizierungsstelle beschäftigt sich mit diesen eingereichten Nachweisen und Dokumenten. Es prüft sie auf Vollständigkeit und Richtigkeit bzw. Angemessenheit, stellt ggf. Unschlüssigkeiten oder Lücken fest und bewertet den jeweils erreichten Arbeitsstand nach Umfang, Tiefe und Aussagekraft. Die Leitfrage lautet: Entspricht das, was das stationäre Hospiz vorgelegt hat, den quantitativen und qualitativen Anforderungen des Siegels?

Auf der Basis der eingereichten Unterlagen erhält das Hospiz einen Auditbericht der Stufe 1, der zu den Erfolgsaussichten einer möglichen Zertifizierung Auskunft gibt.

4. Siegelprüfung (Auditstufe 2)

Ausgestattet mit diesem Vorwissen aus den eingereichten Dokumenten besucht das Auditteam das zu zertifizierende stationäre Hospiz, um dort

- an den im Prüfleitfaden dargestellten Erschließungssituationen beobachtend teilzunehmen,
- anhand von Stichproben, Augenschein, punktuellen Einzelgesprächen und Qualitätsaufzeichnungen zu überprüfen, ob das, was schriftlich dargestellt worden ist, auch tatsächlich zutrifft,
- und im Rahmen von Einzel- oder Gruppengesprächen mit der Leitung der Einrichtung bzw. mit Mitarbeitenden weitere Informationen und Erläuterungen einzuholen, Fragen zu stellen oder Wahrnehmungen zu diskutieren.

Der im Vorfeld abgestimmte Auditplan dient der Orientierung, weitere Erschließungssituationen, Stichproben oder Interviews werden entsprechend des Tageslaufes im Hospiz und des Verlaufes des Audits wahrgenommen und/oder durchgeführt.

Aus all diesen Erkenntnissen und Eindrücken erarbeitet das Auditteam sodann einen Auditbericht der Stufe 2, der neben seinen Prüfergebnissen auch Empfehlungen zu möglichen Auflagen enthalten kann und mit einem Votum zur Siegelvergabe endet.

Das Votum kann lauten:

Die Zertifizierungsstelle empfiehlt dem HPVN,

- der Einrichtung das Siegel ohne Auflagen zu verliehen.

- der Einrichtung das Siegel zu verleihen, aber mit Auflagen, deren Einhaltung bis zu einem gesetzten Termin, spätestens beim nächsten Audit nachgewiesen werden muss.
- der Einrichtung das Siegel erst zu verleihen, wenn sie genau definierte Auflagen erfüllt hat.
- der Einrichtung das Siegel aufgrund der Begutachtung nicht zu verleihen.

Der Auditbericht der Stufe 2 wird dem beauftragenden stationären Hospiz sowie dem Qualitätsausschuss des HPVN zugesendet. Der Qualitätsausschuss gleicht die Inhalte des Auditberichtes mit den Gütesiegelkriterien ab und informiert den Vorstand des HPVN über das Ergebnis.

5. Siegelvergabe

Die Siegelvergabe erfolgt durch den HPVN. Sobald der Geschäftsstelle das ausgefüllte und unterzeichnete Formular zur Anerkennung der Siegelsatzung, der Auditbericht Stufe 2 und die Freigabe des Qualitätsausschusses vorliegen, wird das Gütesiegel an das Hospiz vergeben.

Hat das stationäre Hospiz das Siegel mit Urkunde und Anlagen erhalten, darf es dieses Siegel gemäß Siegelsatzung (siehe Anlage) öffentlich führen, in allen ihr geeignet erscheinenden Zusammenhängen auf den Siegelbesitz hinweisen, insbesondere auch gegenüber Kostenträgern und Behörden das Siegel geltend machen und mit dem Siegel werben.

6. Überwachungsaudit

Das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ wird jeweils für einen Zeitraum von drei Jahren vergeben und ist nur für diesen Zeitraum gültig.

Eine Zwischenbegutachtung (Überwachungsaudit) durch die Zertifizierungsstelle sichert, dass die vereinbarten Maßnahmen eingehalten werden. Grundlage für die Zwischenbegutachtung ist die Dokumentation der Auditoren/innen aus den vorangegangenen Begutachtungen. Diese Prüfung erfolgt vor Ort. Je nach Sachlage kann sie jedoch auch im Einzelfall schriftlich durch eine umfangreichere Dokumentenprüfung erfolgen.

Eine Erinnerung für die Durchführung des Überwachungsaudits erfolgt per Mail etwa drei Monate vor dem gewünschten Begutachtungstermin durch die Zertifizierungsstelle.

7. Rezertifizierungsaudit

Nach drei Jahren verfällt das Siegel, wenn es nicht nach einem Rezertifizierungsaudit für wieder maximal drei Jahre verlängert wird. Dieses Rezertifizierungsaudit verläuft wie die Erstbegutachtung, und hat zum Ziel, alle relevanten Aspekte vor Ort zumindest stichprobenartig in Augenschein zu nehmen. Als Prüfmaßstäbe dienen hierzu die Kriterien des Gütesiegels. Ziel des Audits ist es, festzustellen, ob das stationäre Hospiz den dokumentierten Stand erhalten bzw. an seinen Qualitätszielen weitergearbeitet hat. Für das Rezertifizierungsaudit zum Erhalten des Gütesiegels muss nachgewiesen werden, dass das stationäre Hospiz mindestens den erreichten Stand ständig überprüft und lebendig erhält.

Für diesen Nachweis sind erneut das Datenblatt auszufüllen sowie die entsprechenden Dokumente einzureichen. Die Prozedur des Rezertifizierungsaudits gleicht derjenigen der Erstbegutachtung.

Die Rezertifizierungsbegutachtung stützt sich im Wesentlichen auf die der Vorbegutachtung zugrunde liegenden Dokumente, Darstellungen und Prüfberichte.

Auch hier ist der Antrag auf Durchführung eines Rezertifizierungsaudits möglichst frühzeitig, etwa drei Monate vor dem gewünschten Begutachtungstermin bei der Zertifizierungsstelle zu stellen.

8. Entzug des Gütesiegels

Ein Siegel gewinnt an Anerkennung lediglich dann, wenn seine Substanz nicht verwässert wird und ein verantwortungsvoller Umgang mit seinen Inhalten vorliegt. Daher wird die Berechtigung, es zu führen, mit Hilfe von Überwachungs- bzw. Rezertifizierungsaudits kontinuierlich geprüft. Bei diesen Gelegenheiten kann das Siegel auch im begründeten Fall verweigert bzw. entzogen werden.

Dazu bestehen folgende Regelungen:

- Das Recht auf die Siegelführung erlischt nach drei Jahren automatisch mit Ablauf des Gültigkeitsdatums auf dem Zertifikat, wenn nicht drei Monate vor Ablauf der Gültigkeit eine erneute Zertifizierung beantragt worden ist.
- Das Siegel muss der Einrichtung entzogen werden, sollte sich bei den Audits herausstellen, dass die Anforderungen der Siegelsatzung nicht mehr erfüllt werden, oder dass gegen Bestimmungen der Siegelsatzung verstoßen wird. Dies betrifft sämtliche vom Siegel vorausgesetzte Forderungen, wie etwa ein Nichtbestehen anderer gesetzlicher externer Qualitätsprüfungen, ein sonstiger gravierender Verstoß gegen gesetzliche Vorgaben oder ein Verstoß gegen das Profil des Gütesiegels.
- Ein weiterer Grund für einen Siegelentzug kann die missbräuchliche Verwendung des Zeichens des Siegels sein (siehe Zeichensatzung).

III. Verfahrens- und Prozessbeschreibung

INFORMIEREN

Nr.	Interessiertes Hospiz...	Zuständigkeit / Ansprechpartner
	wünscht die Zusendung von Infomaterial	Geschäftsstelle HPVN
	hat Fragen zur Zertifizierung, zur Siegelvergabe oder zu den Siegelkriterien und wünscht ein Informationsgespräch	Geschäftsstelle HPVN leitet Anfrage an den/die Vorsitzende/n des Qualitätsausschusses weiter, Klärung des Anliegens
	wünscht ein Beratungsaudit vor Ort (Vertrag entsteht direkt zwischen Auditor und Hospiz)	Geschäftsstelle HPVN leitet Anfrage an den/die Vorsitzende/n des Qualitätsausschusses weiter, Klärung des Anliegens

ZERTIFIZIEREN / REZERTIFIZIEREN

Nr.			Zuständigkeit / Ansprechpartner
1	Antrag auf Zertifizierung durch das Hospiz bei der akkreditierten Zertifizierungsstelle Zusendung der Anerkennung der Siegelsatzung an die Geschäftsstelle des HPVN		Beantragendes Hospiz
2	Zertifizierungsstelle unterbreitet Angebot zur Verfahrensdurchführung inkl. Kostenkalkulation, Auditberichtsabfassung Stufe 1 und 2		Akkreditierte Zertifizierungsstelle
3	Bestätigung des Angebotes der Zertifizierungsstelle (Vertragsschluss)		Beantragendes Hospiz
4	Zertifizierungsstelle fordert QM-Dokumente beim Hospiz ein		Akkreditierte Zertifizierungsstelle
5	Nach Überprüfung der zugesandten Dokumente erhält das Hospiz eine Rückmeldung zu den Erfolgsaussichten einer Zertifizierung (Auditbericht – Stufe 1)		Akkreditierte Zertifizierungsstelle
6	Erfolgsaussichten positiv Durchführung des Audits vor Ort gemäß dem Prüflitfadens für stationäre Hospize	Erfolgsaussichten negativ Von der Durchführung des Audits wird vorerst abgesehen. Abgerechnet wird nur die Prüfung der Dokumente inkl. des Auditberichts- Stufe 1	Akkreditierte Zertifizierungsstelle
7	Ausfertigung des Auditberichtes Stufe 2, Zusendung an Hospiz		Akkreditierte Zertifizierungsstelle

8	Das Hospiz hat die Möglichkeit, sachliche Korrekturen in Auditbericht Stufe 2 einzubringen Frist: eine Woche nach Zusendung Rücksendung an Zertifizierungsstelle		Beantragendes Hospiz
9	Zustellung des Auditberichtes Stufe 2 an den Qualitätsausschuss		Akkreditierte Zertifizierungsstelle
10	Abgleich der Inhalte des Auditberichtes mit den Gütesiegelkriterien Siegelkriterien erfüllt Freigabe zur Vergabe des Siegels Information an Vorstand des HPVN	Siegelkriterien nicht vollständig erfüllt	Qualitätsausschuss
11		Ggf. Nachprüfung	Akkreditierte Zertifizierungsstelle

SIEGELVERGABE

Nr.			Zuständigkeit / Ansprechpartner
12	Überprüfung des Antrags auf Siegelvergabe auf Vollständigkeit		Geschäftsstelle HPVN
13	Unterlagen vollständig vorhanden Anerkennung der Siegelsatzung, Auditbericht 2 und Freigabe des Qualitätsausschusses liegen vor. Geschäftsstelle des HPVN fertigt die Siegelurkunde aus und legt diese dem/der Vorstandsvorsitzende/n des HPVN zur Unterzeichnung vor	Unterlagen unvollständig Geschäftsstelle informiert Qualitätsausschussvorsitzende/n zur Prüfung des Vorgangs	Geschäftsstelle HPVN
14	Unterzeichnung der Siegelurkunde		Vorstandsvorsitzende/r HPVN
15	Zusendung der Siegelurkunde an das beantragende Hospiz		Geschäftsstelle HPVN

ÜBERWACHUNGSAUDIT (nach Erhalt des Gütesiegels)

Nr.

16	Erinnerung des zertifizierten Hospizes an anstehendes Überwachungsaudit per Mail (etwa drei Monate vor anstehendem Überwachungsaudit) inkl. Kostenkalkulation	Akkreditierte Zertifizierungsstelle				
17	Bestätigung des Termins und des Angebotes der Zertifizierungsstelle (Vertragsschluss)	Zertifiziertes Hospiz				
18	Zertifizierungsstelle entsendet Auditor/in zum Zwecke der Vor-Ort-Prüfung Auditor erstellt Auditbericht, Zusendung an Zertifizierungsstelle, diese sendet den Bericht an den Qualitätsausschuss.	Akkreditierte Zertifizierungsstelle				
19	Ableich der Inhalte des Auditberichtes mit den Gütesiegelkriterien <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Siegelkriterien erfüllt</td> <td style="width: 50%;">Siegelkriterien nicht vollständig erfüllt</td> </tr> <tr> <td>Zertifizierung wird aufrechterhalten</td> <td>Zertifizierung wird nicht aufrechterhalten</td> </tr> </table>	Siegelkriterien erfüllt	Siegelkriterien nicht vollständig erfüllt	Zertifizierung wird aufrechterhalten	Zertifizierung wird nicht aufrechterhalten	Qualitätsausschuss
Siegelkriterien erfüllt	Siegelkriterien nicht vollständig erfüllt					
Zertifizierung wird aufrechterhalten	Zertifizierung wird nicht aufrechterhalten					
20	Information an die Geschäftsstelle des HPVN	Qualitätsausschuss				
21	Ggf. Nachprüfung	Akkreditierte Zertifizierungsstelle				

ABERKENNUNGSVERFAHREN (nach Erhalt des Gütesiegels)

Nr.		Zuständigkeit / Ansprechpartner		
22	Kenntniserlangung der Geschäftsstelle des HPVN über die möglichen Gründe eines Siegelentzugs: . Unterlassene Überwachungsaudits . Unterlassene Rezertifizierung . Verstoß gegen die Siegelsatzung . Verstoß gegen die Siegelkriterien	Akkreditierte Zertifizierungsstelle, Auditoren		
23	Vorlage des Sachverhaltes durch Bericht bei dem/der Vorsitzenden des Qualitätsausschusses des HPVN zur Überprüfung der Sachlage im Qualitätsausschuss	Geschäftsstelle HPVN		
24	Entwurf einer Empfehlung zur Frage des Siegelentzugs und Weiterleitung der Handlungsempfehlung an den/die Vorstandsvorsitzende/n des HPVN	Qualitätsausschuss		
25	Beschluss zur Frage des Siegelentzugs in der Vorstandssitzung des HPVN (zum Verfahren s. Siegelsatzung)	Vorstandsvorsitzende/r HPVN		
26	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Gütesiegel wird entzogen</td> <td style="width: 50%;">Gütesiegel wird nicht entzogen</td> </tr> </table>	Gütesiegel wird entzogen	Gütesiegel wird nicht entzogen	Geschäftsstelle HPVN
Gütesiegel wird entzogen	Gütesiegel wird nicht entzogen			

Anhang 1

Siegelsatzung für das ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘

Präambel

Das Gütesiegel beschreibt das spezifische Profil stationärer Hospize und unterstützt deren selbstbewusstes Auftreten. Es sorgt für Klarheit und Transparenz der eigenen Leistungen und des Leistungsangebotes gegenüber verwandten Einrichtungen.

Mit diesem Gütesiegel soll auch ein Beitrag geleistet werden zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementdenkens bezüglich Kundenrückmeldung, Prozessmanagement und den Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis.

Eine systematisierte Evaluation bezüglich der Kundenzufriedenheit oder ein kundenbezogenes Beschwerdemanagement können in stationären Hospizen nur bedingt durchgeführt werden, da die Verweildauer der Patienten oft sehr kurz ist und Verstorbene nicht mehr befragt werden können. Sterbeprozesse verlaufen so individuell, dass Qualitätssicherung nicht alleine durch die Standardisierung von Prozessen betrieben werden kann.

Rückmeldungen müssen im Augenblick der Dienstleistungserbringung als solche erkannt und es muss im selben Augenblick darauf reagiert werden. Dies kann dann gelingen, wenn die Dimension der Beziehungsqualität im Qualitätsmanagement einen angemessenen Platz und die individuelle situative Handlungskompetenz der Akteure eine adäquate Berücksichtigung findet. So rücken die Qualitäten der Arbeitsanforderungen und die ihnen zugrunde liegenden Werte, Haltungen und übergeordneten Leit- bzw. Menschenbilder in stationären Hospizen in den Mittelpunkt.

Für die qualitätsrelevanten Themen müssen Erschließungsformen entwickelt werden, die die Qualität der tatsächlich geleisteten Arbeit transparent machen.

Der HPVN leistet mit dem Gütesiegel einen Beitrag zur Pflgegetransparenzvereinbarung nach SGB XI: das hospizspezifische Vorgehen soll sichtbar, nachvollziehbar, spürbar und beschreibbar gemacht werden. So können staatliche Prüfinstanzen auf eine adäquate Prüfungshilfe zurückgreifen.

Das Gütesiegel kann als qualitative Grundlage für strukturelle Rahmenvereinbarungen der einzelnen stationären Hospize dienen und es unterstützt sie dabei, die Art und Weise der Aufgabenerfüllung sowie den gesellschaftlichen Auftrag gegenüber Kostenträgern, der Politik wie auch der Öffentlichkeit auszudrücken.

§ 1 Grundsätze und Voraussetzungen

- (1) Das Gütesiegel können die stationären Hospize erwerben, die damit die hohe Qualität ihrer Arbeit im Sinne des Profils des Gütesiegels öffentlich dokumentieren wollen.
- (2) Voraussetzung für den Erwerb des Gütesiegels ist, dass das zu zertifizierende Hospiz seit mindestens drei Jahren besteht und einen gültigen Versorgungsvertrag aufweist.

§ 2 Gütesiegel

Das Gütesiegel kann vergeben werden, wenn das stationäre Hospiz

- (1) das im Prüfleitfaden zum ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ verankerte Profil der stationären Hospize als verbindliche Orientierung anerkennt und es in der eigenen Arbeit umsetzt,
- (2) alle weiteren Anforderungen erfüllt sowie sein Qualitätsmanagementsystem einen Bezug zu SORGSAM aufweist.

§ 3 Voraussetzung der Siegelvergabe

- (1) Stationäre Hospize können die Berechtigung erwerben, das Gütesiegel des HPVN zu führen, wenn aufgrund einer Auditierung durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle festgestellt wird, dass ihre hospizspezifische Pflege, Begleitung, Verwaltung und andere Dienstleistungen sowie ihr Qualitätsmanagement mit den Anforderungen des Gütesiegels übereinstimmen.
- (2) Der dafür verbindliche Weg ist im Prüfhandbuch zum ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ beschrieben.

§ 4 Siegelvergabeprozess

- (1) Der Siegelvergabeprozess wird eingeleitet durch einen Antrag, den das stationäre Hospiz unter Beifügung der notwendigen Unterlagen an die Zertifizierungsstelle stellt.
- (2) Nach einer ersten Prüfung der eingereichten Unterlagen erhält das stationäre Hospiz einen Prüfbericht der Stufe 1, der eine Aussage über die Zertifizierungsreife des Hospizes auf Grundlage der eingereichten Dokumente trifft.
- (3) Ist eine Zertifizierungsreife der beantragenden Einrichtung anzunehmen, führt die Zertifizierungsstelle in der Einrichtung die Auditierung anhand der Vergaberichtlinien des HPVN durch. Die Auditierung umfasst eine Prüfung gemäß dem Prüfleitfaden für stationäre

Hospize. Das Auditteam kann der Einrichtung in schriftlicher Form Empfehlungen und Auflagen zur Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements bzw. der Qualität seiner Arbeit geben, deren Nichtbeachtung zur Verweigerung bzw. zum Entzug des Siegels führen kann.

(4) Das Auditteam fertigt über seine Auditierung einen ausführlichen Bericht der Stufe 2 an. Auf dieser Grundlage empfiehlt es die Vergabe oder Verweigerung des Gütesiegels, ggf. unter der Voraussetzung, dass Auflagen erfüllt werden. Der Auditbericht der Stufe 2 wird dem stationären Hospiz zugestellt. Zudem erhält es im Falle seiner Zertifizierungsreife eine gesonderte Zertifizierungsempfehlung.

(5) Unter Beifügung der Zertifizierungsempfehlung sowie unter Anerkennung der Siegelssatzung kann die zu zertifizierende Einrichtung sodann beim HPVN die Siegelvergabe beantragen.

§ 5 Vergabedauer, Verweigerung und Entzug

(1) Das Siegel wird vom HPVN auf der Grundlage der Auditierung durch die unabhängige Zertifizierungsstelle auf drei Jahre vergeben und kann, sofern eine Zwischenbegutachtung durchgeführt wurde, immer wieder um drei weitere Jahre verlängert werden.

(2) Das Siegel kann verweigert bzw. innerhalb der ausgewiesenen Gültigkeitsdauer entzogen werden, wenn

(a) die geforderten Unterlagen für die Erst- bzw. Wiederholungsbegutachtung trotz Aufforderung nicht eingehen,

(b) das erforderliche Überwachungsaudit nicht stattfindet,

(c) aufgrund der eingereichten Unterlagen oder der Begutachtung erhebliche Zweifel an der Konformität der realisierten hospizspezifischen Qualität oder des Qualitätsmanagements der Einrichtung mit den Anforderungen des Siegels bestehen,

(d) begründete Zweifel am sachgemäßen Gebrauch des Siegels auftreten.

(3) Der Entzug des Siegels kann nur durch den HPVN-Vorstand nach vorheriger Prüfung des Sachverhaltes durch den Qualitätsausschuss, einer angebotenen (Wiederholungs-) Auditierung, Aufforderung zur Veränderung der für die Weiterführung des Siegels schädlichen Sachverhalte sowie nach Anhörung der Einrichtung erfolgen. Die durch den Vorstand des HPVN getroffene Entscheidung wird der betroffenen Einrichtung schriftlich mitgeteilt.

Gegen den Siegelentzug kann die betroffene Einrichtung innerhalb von 20 Werktagen nach Zugang der Entscheidung Einspruch beim Vorstand des HPVN einlegen. Dieser entscheidet nach gründlicher Prüfung sowie unter Einbeziehung des Leadauditors der Zertifizierungsstelle, ob der Einspruch zurückgewiesen wird, ob ein Mediationsverfahren

eingeleitet werden, oder ob dem Einspruch stattgegeben werden soll. Die Entscheidung des Vorstandes des HPVN ist endgültig und verbindlich. Alle Einsprüche und Streitfälle werden dokumentiert.

(4) Sofern das Siegel mit Ablauf der Dreijahresfrist nicht erneuert wurde, gilt es als vorläufig nicht mehr vergeben.

§ 6 Veröffentlichung der Siegelvergabe

(1) Der HPVN führt eine laufend aktualisierte Liste mit allen Einrichtungen, die das Gütesiegel führen dürfen. Diese Liste ist für alle Interessenten auf der Website des HPVN einsehbar.

(2) Der HPVN fördert das Siegel durch eigene Öffentlichkeitsarbeit.

§ 7 Nutzungsrechte am Siegel

(1) Das Siegel darf für Werbezwecke sowie für die Außendarstellung verwendet werden.

(2) Der Geltungsbereich des Siegels ist auf dem Siegel angegeben. Kooperationspartner bzw. Einrichtungsbestandteile, die nicht auf dem Siegel genannt sind, dürfen sich in der Außendarstellung nicht als Teil der Einrichtung mit dem Qualitätssiegel darstellen. Über die Verwendung des Siegels ist Nachweis zu führen. Die Überprüfung der Siegelverwendung kann auch Gegenstand eines Überwachungs- oder Rezertifizierungsaudits sein.

(3) Siegel und Urkunde sind geschützte Warenzeichen und dürfen weder nachgezeichnet noch verändert werden.

(4) Eine missbräuchliche Verwendung des Siegels und der Werbematerialien kann zur Aussetzung bzw. zum Entzug des Siegels führen. Näheres bestimmt § 9 dieser Satzung.

§ 8 Gebührenordnung

Für die Siegelvergabe und -überprüfung sowie für alle Beratungsleistungen gilt die jeweils aktuelle von der Zertifizierungsstelle erlassene Gebührenordnung.

§ 9 Umgang mit dem Zeichen ‚Gütesiegel‘ (Zeichensatzung)

(1) Der Name ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ und das Logo ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ sind eine eingetragene und geschützte Wort-/Bildmarke. Die Marke ist registriert beim



deutschen Patent- und Markenamt. Der HPVN (vormals LAG Niedersachsen) ist Inhaber des vorbezeichneten Dienstleistungszeichens, im Folgenden „Zeichen“ genannt.

(2) Zeichendesign:



Das Zeichen darf nur in der obigen Form und Farbgestaltung verwendet werden. Eine Verwendung in schwarz/weiß Darstellung ist ebenfalls möglich.

(3) Zeichenbenutzer sind alle nach dem ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ zertifizierten stationären Hospize.

(4) Der HPVN gestattet dem Zeichenbenutzer nach Maßgabe dieser Zeichensatzung die Benutzung des Zeichens. Der Zeichenbenutzer stellt sicher, dass die Benutzung des Zeichens in der Werbung oder bei sonstigen Maßnahmen im Rahmen dieser Zeichensatzung erfolgt. Für die Benutzung des Zeichens, insbesondere im Rahmen der Werbung, ist der Zeichenbenutzer allein verantwortlich.

(5) Die Zeichenbenutzung ist beschränkt auf den im Zertifikat genannten Geltungsbereich des stationären Hospizes. Das Zeichen darf nicht in der Weise benutzt werden, dass der Anschein erweckt werden kann, das Qualitätsmanagementsystem des Trägers oder ein nicht geprüfter Organisationsbereich des Trägers sei zertifiziert. Eine Übertragung auf nicht zertifizierte Organisationsbereiche ist nicht erlaubt.

(6) Für die Zeichenbenutzung gelten dieselben Regeln wie für die Zertifizierung. Aussetzen, Entzug, Erweiterung und Einschränkung der Zertifizierung sind in den Zertifizierungsregeln der Zertifizierungsstelle in ihrer jeweils gültigen Fassung geregelt.

Das Recht auf Zeichenführung erlischt automatisch mit Ablauf des Gültigkeitsdatums des Gütesiegelzertifikats, wenn nicht drei Monate vor Ablauf der Gültigkeit eine erneute Zertifizierung bei der zuständigen Zertifizierungsstelle beantragt worden ist.

Erlischt das Recht auf Zeichenführung, so darf der Zeichenbenutzer Unterlagen, Medien etc., die mit dem Zeichen versehen sind, ab dem Datum des Erlöschens nicht mehr benutzen.

(7) Der HPVN informiert den Zeichenbenutzer unverzüglich über Änderungen der Zeichensatzung.

§ 10 Beschluss und Inkrafttreten, Satzungsänderungen

Diese Siegelsatzung tritt in Kraft, wenn sie von der Mitgliederversammlung des HPVN mit qualifizierter Mehrheit beschlossen und verabschiedet wurde. Satzungsänderungen bedürfen ebenfalls eines Beschlusses der Mitgliederversammlung und erfordern die 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder.

Beschlossen und verabschiedet auf der Mitgliederversammlung des HPVN am 21.03.2018

Anhang 2

Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses des HPVN

§ 1 Fachausschuss

Der Qualitätsausschuss ist ein Fachausschuss des HPVN i.S.d. Vereinssatzung in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Tätigkeit im Qualitätsausschuss ist grundsätzlich ehrenamtlich.

§ 2 Ernennung der Mitglieder

(1) Dem Qualitätsausschuss gehören mindestens fünf Mitglieder an. Die Mitglieder des Qualitätsausschusses werden vom Vorstand des HPVN auf Vorschlag der Mitglieder des Qualitätsausschusses nach dem Konsensprinzip auf unbestimmte Zeit ernannt.

Mitglied im Qualitätsausschuss werden kann jede Person, die oder dessen Einrichtung Mitglied im HPVN ist, über Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zudem über mehrjährige Berufserfahrungen in stationären Hospizen verfügt.

(2) Zum Zwecke der engen Vernetzung und Kooperation zwischen dem Vorstand des HPVN und dem Qualitätsausschuss ernennt der Vorstand des HPVN ein Mitglied des Vorstandes, das dem Qualitätsausschuss angehört und an dessen Beratungen und Beschlüssen regelmäßig teilnimmt.

(3) Die Ernennung der Mitglieder oder eines Mitgliedes kann vom Vorstand des HPVN aus wichtigem Grunde widerrufen werden.

§ 3 Ausscheiden von Mitgliedern

(1) Ein dem Qualitätsausschuss angehörendes Mitglied scheidet aus diesem zu dem Zeitpunkt aus, zu dem es den Verzicht auf seine Mitgliedschaft im Qualitätsausschuss der/dem Vorsitzenden gegenüber erklärt.

(2) Im Falle des Ausscheidens eines Mitgliedes oder mehrerer Mitglieder empfehlen die verbleibenden Ausschussmitglieder nach dem Konsensprinzip dem Vorstand des HPVN die Aufnahme und Ernennung eines neuen Mitgliedes oder neuer Mitglieder.

§ 4 Aufgaben

(1) Der Qualitätsausschuss fördert und unterstützt die Qualitätsentwicklung und –sicherung im Rahmen der Arbeit mit sterbenden und trauernden Menschen. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

- (a) Erarbeitung und Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für Pflege und Begleitung in stationären Hospizen,
- (b) Steuerung und Entwicklung des Verfahrens zur Vergabe des ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ einschließlich sämtlicher Instrumente und Prozesse,
- (c) Beratung und Unterstützung des Vorstandes des HPVN im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei sämtlichen das Gütesiegel betreffenden Themen und Fragen,
- (d) Akquirierung von Auditorinnen und Auditoren sowie Vorbereitung, inhaltliche Planung, Ausgestaltung, Durchführung und Nachbereitung der Fortbildungs- bzw. Qualifizierungsmaßnahmen für Auditorinnen und Auditoren,
- (e) Beratung und Begleitung von stationären Hospizen in Fragen und Prozessen des Gütesiegels sowie des Qualitätsmanagements,
- (f) Vorbereitung, inhaltliche Planung und Ausgestaltung von Informations- und Bildungsveranstaltungen für stationäre Hospize und andere Interessengruppen,
- (g) Aktualisierung und inhaltliche Weiterentwicklung des Prüfleitfadens, des Prüfhandbuches sowie sämtlicher Dokumente zum ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘,
- (h) Enge Zusammenarbeit mit unabhängigen Zertifizierungsstellen sowie Qualitätskontrolle der Zertifizierungsprozesse.

(2) Zu den Aufgaben des im Qualitätsausschuss mitwirkenden Vorstandsmitglieds des HPVN gehören insbesondere:

- (a) Präsentation und Darstellung des ‚Gütesiegel Stationäres Hospiz®‘ in der politischen und gesellschaftlichen Öffentlichkeit,
- (b) Information der Mitglieder des HPVN (Mitgliederversammlung) über aktuelle Gütesiegel- oder QM-Entwicklungen,
- (c) Vertretung der Interessen des Qualitätsausschusses im Vorstand des HPVN sowie Berichterstattung an den Vorstand des HPVN über Themen, Ergebnisse und Beschlüsse des Qualitätsausschusses,
- (d) Berichterstattung an den Qualitätsausschuss über aktuelle Entwicklungen und Themen auf Vorstands-, Landes- oder Bundesebene.

§ 5 Vorsitz des Qualitätsausschusses

- (1) Die Mitglieder des Qualitätsausschusses wählen mehrheitlich eine/n Vorsitzende/n für die Dauer von drei Jahren. Eine Wiederwahl ist unbegrenzt möglich.
- (2) Der/ die Vorsitzende ist der/die erste Ansprechpartner/in in allen den Qualitätsausschuss betreffenden Fragen. Er/sie beruft den Qualitätsausschuss ein, legt die Tagesordnungspunkte fest und leitet die Sitzungen.

§ 6 Ausschusssitzungen

- (1) Der Qualitätsausschuss tagt nach Bedarf, mindestens aber zweimal jährlich.
- (2) Die Beratungen des Ausschusses sind grundsätzlich nicht öffentlich. Der Qualitätsausschuss kann jedoch Gäste sowie externe Fachleute zu den Sitzungen einladen, sofern dies zur Klärung bestimmter Fragestellungen oder aus sonstigen fachlichen Gründen erforderlich ist. Hierüber entscheidet der Qualitätsausschuss nach dem Konsensprinzip.

§ 7 Beschlussfähigkeit

- (1) Der Qualitätsausschuss ist beschlussfähig, sofern mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse grundsätzlich nach dem Konsensprinzip.

§ 8 Beschlussempfehlungen

Beschlüsse des Qualitätsausschusses werden in Form einer ausformulierten Beschlussempfehlung der/dem Vorstandsvorsitzende/n des HPVN zur Abstimmung im Vorstand vorgelegt.

§ 9 Sitzungsprotokolle

- (1) Über jede Sitzung des Qualitätsausschusses wird ein Ergebnisprotokoll angefertigt, das die Beschlüsse enthalten und die wesentlichen Inhalte der Beratung wiedergeben muss. Das Protokoll wird von der/dem Vorsitzenden angefertigt, sofern er/sie diese Aufgabe nicht auf ein anderes Mitglied übertragen hat.
- (2) Über Einsprüche gegen das Protokoll entscheidet der Qualitätsausschuss.

§ 10 Beschluss und Inkrafttreten, Änderungen

Diese Geschäftsordnung tritt in Kraft, wenn sie von einer Mitgliederversammlung des HPVN mit qualifizierter Mehrheit beschlossen wurde. Änderungen bedürfen eines Beschlusses der Mitgliederversammlung des HPVN und erfordern die 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung des HPVN am 21.03.2018.