



**integrative-kliniken.ch**

cliniques-integratives.ch | cliniche-integrative.ch

**Reglement**

**Zertifizierung**

**integrative-kliniken.ch ikli**

**Version 4.0**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
Art. 1 Grundlagen .....	3
Art. 2 Geltungsbereich.....	3
Art. 3 Begriff: Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren .....	3
<b>II. Organisation .....</b>	<b>3</b>
Art. 4 ikli-Vorstand.....	3
Art. 5 Zertifizierungs-Ausschuss.....	4
Art. 6 Rekurskommission .....	4
Art. 7 ikli-Geschäftsstelle .....	4
<b>III. Zulassung zum Verfahren.....</b>	<b>5</b>
Art. 8 Anmeldung.....	5
Art. 9 Fortführen/Nichtfortführen des Zertifizierungsverfahrens.....	5
Art. 10 Eigentum der Unterlagen .....	6
Art. 11 Geheimhaltung .....	6
<b>IV. Durchführung des Audits .....</b>	<b>6</b>
Art. 12 Dauer des Audits .....	6
Art. 13 Auditorinnen/Auditoren .....	7
Art. 14 Audit-Team .....	7
Art. 15 Ablauf des Audits.....	7
Art. 16 Bewertung.....	8
Art. 17 Schriftliche Berichterstattung .....	8
Art. 18 Eigentum des Audit-Bericht .....	8
<b>V. Gebühren.....</b>	<b>9</b>
Art. 19 Gebühren.....	9
<b>VI. Zertifizierung.....</b>	<b>9</b>
Art. 20 Voraussetzungen für die Vergabe des Labels .....	9
Art. 21 Entscheid/Vergabe .....	9
Art. 22 Beschwerdeverfahren.....	9
Art. 23 Gültigkeit des Labels .....	10
<b>VII. Aussetzung/Entzug .....</b>	<b>10</b>
Art. 24 Allgemeines .....	10
Art. 25 Zertifikatsaussetzung.....	11
Art. 26 Zertifikatsentzug .....	11
Art. 27 Aufhebung der Sanktionen .....	11
<b>VIII. Weitere Bestimmungen.....</b>	<b>12</b>
Art. 28 Änderungen offizieller Dokumente.....	12
<b>IX. Schlussbestimmung .....</b>	<b>12</b>
Art. 29 Inkraftsetzung .....	12
<b>X. Glossar zum Q-Label.....</b>	<b>12</b>
<b>Anhang 1 Liste der bei der Anmeldung mitzusendenden Dokumente .....</b>	<b>14</b>
<b>Anhang 2 Tarifliste .....</b>	<b>15</b>

## I. Allgemeines

### Art. 1 Grundlagen

1. Der Verband integrative-kliniken.ch ikli verleiht ein Qualitätslabel an Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren in der Schweiz, die in der integrativen Behandlung und Betreuung von stationären Patientinnen und Patienten tätig sind und definierte Kriterien erfüllen.
2. Die normative Grundlage des Qualitätslabels für Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren basiert auf Kriterien, die von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet worden sind.
3. Das Qualitätslabel wird aufgrund der eingereichten Unterlagen und eines Audits vor Ort durch einen Zertifizierungs-Ausschuss vergeben.

### Art. 2 Geltungsbereich

1. Das vorliegende Reglement gilt für die Zertifizierung von Integrativen Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren in der Schweiz.

### Art. 3 Begriff: Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren

1. In Integrativen Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren werden Fachrichtungen/Therapien gemäss Kriterienkatalog ausgewiesen und angeboten.
2. Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren werden von einer klinischen Leiterin/einem klinischen Leiter geführt, die/der gleichzeitig als Fachvertreterin/Fachvertreter einer Fachrichtung auftritt.

## II. Organisation

### Art. 4 ikli-Vorstand

1. Der Vorstand wählt drei ständige Mitglieder und ein Vertretungsmitglied in den Zertifizierungsausschuss.
2. Der Vorstand ist verantwortlich für die fachlichen und strukturellen Inhalte des Labels.
3. Er benennt die Auditorinnen/Auditoren aus den verschiedenen Fachrichtungen/Therapien.
4. Er koordiniert die Kommunikation mit den Fachrichtungen/Therapien.
5. Er ist für die Information gegen innen und aussen über Belange des Labels zuständig.

## **Art. 5      Zertifizierungs-Ausschuss**

1. Die Zusammensetzung des Zertifizierungs-Ausschusses muss interprofessionell sein.
2. Die drei Mitglieder und das Vertretungsmitglied werden vom ikli-Vorstand für eine Amtsdauer von drei Jahren gewählt und können höchstens zweimal wiedergewählt werden (maximal neun Jahre).
3. Der Zertifizierungs-Ausschuss hat die Leitung des Zertifizierungsverfahrens inne und legt auf Verlangen dem Vorstand jährlich schriftlich Rechenschaft ab.
4. Die drei Mitglieder konstituieren und organisieren sich selbst.
5. Der Zertifizierungs-Ausschuss ist administrativ der ikli-Geschäftsstelle angegliedert.

## **Art. 6      Rekurskommission**

1. Die Rekurskommission setzt sich aus zwei bis drei Personen zusammen und wird – um die Unparteilichkeit zu gewährleisten – durch eine externe Juristin/einen externen Juristen geleitet
2. Ergänzt wird diese juristische Personen durch ein bis zwei weitere Personen, welche die integrative Behandlung und Betreuung durch die eigene praktische Tätigkeit in Kliniken kennen.
3. Die Mitglieder der Rekurskommission werden vom ikli-Vorstand gewählt.

## **Art. 7      ikli-Geschäftsstelle**

1. Die Administration (Korrespondenz, Rechnungswesen usw.) und die Durchführung der Dossier-Prüfung auf Vollständigkeit nach Einreichung der Unterlagen sind deren Aufgaben.
2. Sie kann diese Aufgaben an eine andere Organisation, die sich auf Zertifizierungen spezialisiert hat, delegieren.
3. Sie dient als Anlaufstelle für Antragsteller, Interessierte sowie als Koordinationsstelle (Auditorinnen/Auditoren, Ausschuss, Vorstand).
4. Sie ist zuständig für die Veröffentlichung von relevanten Informationen für interessierte Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren.
5. Sie führt eine öffentlich zugängliche Liste mit Integrativen Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren, welche mit dem Label ausgezeichnet sind.

### III. Zulassung zum Verfahren

#### Art. 8 Anmeldung

1. Die Anmeldung steht allen interessierten Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren offen, welche ein Integrativmedizinisches Angebot anbieten. Die Anmeldung zum Audit erfolgt durch die interessierte Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum spätestens sechs Monate vor einem möglichen Audit.
2. Interessierte Integrative Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren melden sich über die Website des Vereins [www.integrative-kliniken.ch](http://www.integrative-kliniken.ch) an und reichen alle verlangten Unterlagen ein. Diese Unterlagen enthalten Kriterien aus dem Kriterienkatalog, die erfüllt sein müssen, damit die Zulassung zum Audit erfolgen kann. Die Geschäftsstelle prüft innerhalb von acht Wochen, ob diese Anforderungen erfüllt sind und teilt der Institution das Ergebnis mit. Sind die Zulassungskriterien nicht erfüllt, kann sich die Institution frühestens ein Jahr später nochmals anmelden. Die interessierte Integrative Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum gibt bei der Anmeldung an, für welche der drei Stufen des Kriterienkatalogs die Anmeldung erfolgen soll. Für die Zulassung zur Zertifizierung müssen alle Kriterien für die Anmeldung zur Zertifizierung der gewählten Stufe erfüllt sein. Für eine erfolgreiche Zertifizierung müssen 90% des Gesamtkriterienkatalogs der gewählten Stufe erfüllt sein.
3. Ist die Institution zum Audit zugelassen, meldet sie sich spätestens 6 Monate nach Erhalt des positiven Zulassungsbescheids schriftlich per E-Mail zum Audit an, entrichtet die Zertifizierungsgebühr und legt gemeinsam mit der Auditstelle den Audittermin fest. Ist die Frist überschritten, erfolgt eine erneute Prüfung."

#### Art. 9 Fortführen/Nichtfortführen des Zertifizierungsverfahrens

1. Die Geschäftsstelle informiert die antragstellende Klinik nach Prüfung (Art. 7.1) in der Regel innert 6 Wochen über den Entscheid zur Fortführung oder Nichtfortführung des Zertifizierungsverfahrens. Der Entscheid wird begründet.
2. Ein positiver Entscheid (= Fortführen des Zertifizierungsverfahrens) bedeutet, dass sich die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum zum Audit anmelden kann. Nicht jedoch, dass die Zertifizierung zwingend erfolgreich sein wird.
3. Die Empfehlung «Nicht-Fortführen des Zertifizierungsverfahrens» wird dem Zertifizierungsausschuss vorgelegt. Dieser entscheidet über die Empfehlung.
4. Bei einem Entscheid zum «Nicht-Fortführen des Zertifizierungsverfahrens» wird die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum zu diesem Zeitpunkt nicht zum Zertifizierungsverfahren zugelassen. Eine erneute Anmeldung ist frühestens ein Jahr später möglich. Dafür müssen aktuelle Dokumente insbesondere mit Daten zu den letzten 12 Monaten eingereicht werden.

5. Wenn eine Klinik/Spitalabteilung/ein Zentrum sehr komplexe Strukturen aufweist (z.B. grenzwertige Entfernung der Standorte), kann die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren mit einer gebührenpflichtigen Strukturbewertung verbunden werden. Einen entsprechenden Antrag kann die Geschäftsstelle an den Zertifizierungs-Ausschuss stellen, den Entscheid darüber fällt der Zertifizierungs-Ausschuss.  
Die Strukturbewertung dient in Ergänzung zu den eingereichten Dokumenten dazu, über die Zulassung der Klinik/Spitalabteilung/des Zentrums zum weiteren Zertifizierungsverfahren zu entscheiden.

#### **Art. 10 Eigentum der Unterlagen**

1. Die Klinik/die Spitalabteilung/das Zentrum bleibt Eigentümerin und Datenherrin aller dem Audit-Team zur Verfügung gestellten Unterlagen.
2. Ohne ausdrückliche Einwilligung der Datenherrin dürfen keine Unterlagen an Dritte zugänglich gemacht oder für eigene Zwecke verwendet werden.

#### **Art. 11 Geheimhaltung**

1. Die Mitglieder des Audit-Teams und des Zertifizierungs-Ausschusses sowie die Geschäftsstelle sind zur strikten Geheimhaltung verpflichtet. Dasselbe gilt für alle weiteren bei dem Verein ikli tätigen oder den von ihm beauftragten Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit den Unterlagen/Dossiers in Kontakt kommen.
2. Die erhaltenen Unterlagen sind ausschliesslich zum Zweck der Zertifizierung zu verwenden und müssen in angemessener Weise gegen unbefugten Zugriff geschützt werden.
3. Feststellungen aus dem Audit werden von Seiten des Audit-Teams weder an Krankenversicherer noch an Behörden (z.B. Gesundheitsdepartement bzw. Sanitätsdirektion eines Kantons) oder an andere Stellen weitergeleitet.

### **IV. Durchführung des Audits**

#### **Art. 12 Dauer des Audits**

1. Das Audit dauert in der Regel einen Tag. Bei grösseren Institutionen kann ein Audit 1.5 bis 3 Tage dauern.

### **Art. 13 Auditorinnen/Auditoren**

1. Der Lead-Auditor wird von der akkreditierten Zertifizierungsstelle gestellt.
2. Die Peer-Auditorinnen/Auditoren werden vom Zertifizierungs-Ausschuss vorgeschlagen.
3. Peer-Auditorinnen/Auditoren sind Personen, welche die integrative Behandlung und Betreuung durch die eigene praktische Tätigkeit in Kliniken kennen und Erfahrungen in leitenden Funktionen haben.
4. Die Ernennung der Peer-Auditorinnen/Auditoren erfolgt durch den Vorstand.
5. Die ikli-Geschäftsstelle führt eine Liste mit ernannten Peer-Auditorinnen/Auditoren.
6. Die Zuteilung der Peer-Auditorinnen/Auditoren für ein Audit wird von der ikli-Geschäftsstelle in Absprache mit der Zertifizierungsstelle vorgenommen.

### **Art. 14 Audit-Team**

1. Die ikli-Geschäftsstelle beauftragt die vom Zertifizierungs-Ausschuss bestimmte akkreditierte Zertifizierungsstelle mit der Durchführung des Audits.
2. Das Audit wird durch einen Lead- Auditor der Auditstelle sowie von einer Auditorin/einem Auditor durchgeführt.
3. Das Audit-Team kann in besonderen Fällen (z. B. komplex strukturierte oder besonders grosse Kliniken/Spitalabteilungen mit mehreren Standorten) durch weitere Auditorinnen/Auditoren erweitert werden.
4. Die ikli-Geschäftsstelle oder die von ihr beauftragte Auditstelle unterbreitet der interessierten Klinik/Spitalabteilung/dem Zentrum mindestens 3 Monate vor dem Audit-Termin einen Vorschlag zur personellen Zusammensetzung des Audit-Teams.
5. Der zu auditierenden Klinik/Spitalabteilung/dem Zentrum steht das Recht zu, bis spätestens 10 Wochen vor dem Audit-Termin einzelne oder alle vorgeschlagenen Mitglieder des Audit-Teams unter Angabe von Gründen abzulehnen.

### **Art. 15 Ablauf des Audits**

1. Am Audit hat die zu auditierende Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum zwingend alle im Kriterienkatalog verlangten Dokumente zur Einsicht bereitzustellen.
2. Das Auditprogramm und der Auditplan werden von der Auditstelle durch den Lead-Auditor erstellt.

3. Die Leitung der antragstellenden Klinik/Spitalabteilung/des Zentrums ist am Eröffnungs- und Schlussgespräch des Audits vertreten.
4. Die Leitung der antragstellenden Klinik/Spitalabteilung/des Zentrums bestimmt eine verantwortliche Mitarbeitende/einen verantwortlichen Mitarbeiter, welcher für den gesamten Ablauf des Audits zuständig ist.
5. Anlässlich des Schlussgesprächs gibt der Lead-Auditor der Leitung der auditierten Klinik/Spitalabteilung/des Zentrums die hauptsächlichen Ergebnisse des Audits und die Anträge des Audit-Teams mündlich bekannt.

#### **Art. 16 Bewertung**

1. Die Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt mittels folgender Niveaus:
  - Das Qualitätskriterium ist zum Zeitpunkt des Audits erfüllt.
  - Das Qualitätskriterium ist zum Zeitpunkt des Audits nicht erfüllt.
2. 90% der Qualitätskriterien der gewählten Stufe des gesamten Katalogs müssen am Audit zum Erlangen des Labels vollständig erfüllt sein.
3. Für nicht erfüllte Qualitätskriterien (Nichtkonformität) können Empfehlungen ausgesprochen werden.

#### **Art. 17 Schriftliche Berichterstattung**

1. Das Audit-Team übermittelt der auditierten Klinik/Spitalabteilung/dem Zentrum den Entwurf des Berichts innerhalb eines Monats nach dem Audit zur Stellungnahme.
2. Die auditierte Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum kann in den zwei darauffolgenden Wochen die Korrektur von Fehlern und Missverständnissen im Audit-Bericht verlangen.

#### **Art. 18 Eigentum des Audit-Bericht**

1. Die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum bestimmt in eigener Kompetenz darüber, ob dieser veröffentlicht bzw. an Dritte weitergegeben wird.
2. Die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum kann den Bericht veröffentlichen, allerdings muss der Bericht als Ganzes veröffentlicht werden. Eine Veröffentlichung von einzelnen Ausschnitten ist nicht erlaubt.



## V. Gebühren

### Art. 19 Gebühren

1. Für das Audit stellt die ikli-Geschäftsstelle der auditierten Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum gemäss Tarifliste (Anhang 2) eine Gebühr in Rechnung.
2. Bei der Anmeldung sind 10% der Gesamtgebühr für die Prüfung der Zulassung zum Audit zu zahlen.
3. Die Restzahlung ist bis 30 Tage vor dem Audit zu entrichten.

## VI. Zertifizierung

### Art. 20 Voraussetzungen für die Vergabe des Labels

1. Das bestandene Audit ist die Voraussetzung zur Vergabe des Labels «Integrative Klinik»
2. Für die Erteilung des Labels müssen 90% der Qualitätskriterien der gewählten Stufe erfüllt sein (*siehe auch «Art. 16 Bewertung»*).
3. Stellt das Audit-Team fest, dass einzelne Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wird die Leitung der Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum *am Audit-Schlussgespräch* darüber informiert. Die nicht erfüllten Qualitätskriterien werden entsprechend im schriftlichen Auditbericht festgehalten.
4. Wird Nichtkonformität festgestellt, kann das Audit-Team Empfehlungen aussprechen.
5. Das Qualitätslabel wird verliehen, nachdem der Auditbericht abgeschlossen ist.

### Art. 21 Entscheid/Vergabe

1. Der Zertifizierungs-Ausschuss entscheidet auf der Grundlage des Auditberichts über die Zertifizierung der Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren.
2. Das Label wird durch den Vorstand vergeben.

### Art. 22 Beschwerdeverfahren

1. Gegen den Entscheid des Zertifizierungs-Ausschusses kann innert 30 Tagen nach deren Zustellung schriftlich Einspruch bei der ikli-Rekurskommission eingereicht werden.
2. Das Rekurs-Verfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig. Die Rekurskommission entscheidet über die Kostenauflegung. Die Maximalbetrag der Verfahrenskosten ist im Anhang 2 festgehalten.

## **Art. 23 Gültigkeit des Labels**

1. Das Label wird für maximal vier Jahre, gerechnet vom Tag des positiven Entscheides des Zertifizierungs-Ausschusses zur Zertifizierung, verliehen.
2. Zwei Jahre nach der Zertifizierung führt die Zertifizierungsstelle mit der Klinik/Spitalabteilung/ dem Zentrum ein Zwischenaudit durch. Anhand eines Fragenkatalogs werden in einer zweistündigen Online-Sitzung relevante Themen besprochen.
3. Spätestens im vierten Jahr nach der Erst-Zertifizierung muss ein Re-Zertifizierungsaudit durchgeführt werden, ansonsten wird das Label nach Ablauf der vier Jahre entzogen.
4. Spätestens neun Monate vor Ablauf des Zertifikats fordert die Geschäftsstelle ikli die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum zur Re-Zertifizierung auf und leitet die Planung ein.
5. Die Re-Zertifizierung findet im gleichen Umfang wie die Erst-Zertifizierung statt. Für die Anmeldung zum Re-Zertifizierungsaudit gelten die gleichen Bestimmungen, welche bei der «Anmeldung zum Audit» festgelegt sind.
6. Die geforderten Qualitätskriterien müssen zum Zeitpunkt des Re-Zertifizierungsaudits erfüllt sein, ansonsten kann im Anschluss an das Audit kein Antrag auf Re-Zertifizierung beim Zertifizierungs-Ausschuss gestellt werden. Eine Label-Aussetzung wäre die Folge.
7. Bei Nichterfüllung der geforderten Qualitätskriterien müssen spätestens zum Zeitpunkt des Antrags zur Re-Zertifizierung (9 Monate vor Ablauf des Zertifikats) beim Zertifizierungs-Ausschuss eine Ursachenanalyse sowie ein Massnahmenplan mit Zeitangaben vorliegen.

## **VII. Aussetzung/Entzug**

### **Art. 24 Allgemeines**

1. Das Label kann vom Zertifizierungs-Ausschuss unter bestimmten Voraussetzungen ausgesetzt oder entzogen werden. Sowohl bei der Aussetzung als auch beim Entzug darf die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum sich nicht mehr als mit dem Label zertifizierte Klinik/Spitalabteilung/ Zentrum bezeichnen. Entsprechende Hinweise (z.B. auf der Webseite, im Zentrum selbst) müssen entfernt bzw. dürfen nicht mehr verwendet werden (z.B. Briefpapier).
2. Der Entscheid über eine Aussetzung oder einen Entzug des Labels wird vom Zertifizierungs-Ausschuss gefällt.

## **Art. 25    Zertifikatsaussetzung**

Das Label wird ausgesetzt, wenn:

1. die Qualitätskriterien zu weniger als 90% erfüllt sind.
2. die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum die ikli-Geschäftsstelle wiederholt nicht über relevante Veränderungen in der Klinik/Spitalabteilung/dem Zentrum informiert, wie z.B. Leitungswechsel, Änderung des Leistungsauftrages, Änderung der Trägerschaft, Änderung des Angebots.
3. geschuldete Gebühren von Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren nicht fristgerecht beglichen werden.

## **Art. 26    Zertifikatsentzug**

Das Label wird entzogen, wenn:

1. zwei oder mehr der zur Aussetzung des Labels führenden Nichtkonformitäten festgestellt werden oder eine zur Aussetzung des Labels führende Nichtkonformität zweimal in Folge festgestellt wird.
2. Die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum den Nachweis nicht erbringt, dass die Anforderungen in den 12 Monaten nach der zur Aussetzung führenden Zeitperiode erfüllt wurden.
3. Die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum das Re-Zertifizierungs-Audit nicht im erforderlichen Zeitraum durchführt.
4. Wenn in relevantem Zusammenhang mit der Zertifizierung Betrug oder arglistige Täuschung festgestellt wird.

## **Art. 27    Aufhebung der Sanktionen**

1. Die Aussetzung des Labels wird aufgehoben, wenn die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum nachweist, dass die Forderungen (Art. 24) erfüllt sind.
2. Nach einem Entzug des Labels muss die Klinik/Spitalabteilung/das Zentrum zur Wiedererlangung des Labels den gesamten Zertifizierungsprozess wie bei einer Erstzertifizierung durchlaufen.

## VIII. Weitere Bestimmungen

### Art. 28 Änderungen offizieller Dokumente

1. Änderungen werden durch die ikli-Geschäftsstelle koordiniert.
2. Sämtliche Änderungen des Reglements und der Qualitätskriterien müssen vom Zertifizierungsausschuss beantragt und vom Vorstand genehmigt werden.
3. Änderungen der Anhänge kann die ikli-Geschäftsstelle mit Genehmigung durch den Zertifizierungsausschuss vornehmen.
4. Änderungen der Tarifliste kann die ikli-Geschäftsstelle mit Genehmigung durch den Zertifizierungsausschuss vornehmen.
5. Sind aktuelle Kunden von den Änderungen betroffen, werden sie von der Geschäftsstelle informiert.

## IX. Schlussbestimmung

### Art. 29 Inkraftsetzung

1. Dieses Reglement tritt mit der Genehmigung durch den Vorstand in Kraft.

## X. Glossar zum Q-Label

Ein **Audit** untersucht, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Ein solches Untersuchungsverfahren erfolgt im Rahmen des Qualitätsmanagements. Die Audits werden von speziell hierfür geschulten Auditoren durchgeführt.

Eine Auditorin/ein **Auditor** ist eine Person, die ein Audit durchführt und dabei durch Befragen, Beobachten, Zuhören und Einsicht in die Dokumentation, ggf. Patientenakten überprüft, wie eine Klinik/Spitalabteilung/ein Zentrum organisiert ist und ob alle Vorgaben eingehalten werden. Die Auditorinnen/Auditoren sind zur strikten Geheimhaltung gegenüber Dritten verpflichtet.

Der **Zertifizierungsausschuss** ist interprofessionell mit drei Mitgliedern besetzt, welche die integrative Behandlung und Betreuung durch die eigene praktische Tätigkeit kennen, davon ein Mitglied des Vorstands, und hat die Leitung des Zertifizierungsverfahrens inne.

Eine **Klinik/Spitalabteilung/ein Zentrum** ist eine Einheit der Integrativen Medizin.

Die ikli-**Geschäftsstelle** ist die administrative und organisatorische Drehscheibe für alle Belange in Zusammenhang mit der Zertifizierung.

**ikli** ist ein Verein für stationäre integrative Kliniken, Spitalabteilungen und Zentren in der Schweiz.

Eine **Nichtkonformität** ist die Nichterfüllung einer Anforderung des Referenzsystems, die auf objektiven Elementen, welche während des Audits beobachtet wurden, basiert.

**Qualitätskriterien** sind solche Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen integrativen medizinischen Versorgung erwartet werden. Sie ergeben sich aus wissenschaftlicher Erkenntnis und jahrelanger praktischer Erfahrung.

Im **Reglement** sind die Regeln zusammengefasst, die die allgemeinen Grundsätze für die Zertifizierung festlegen und die Rechte und Pflichten der Kliniken/Spitalabteilungen/Zentren beschreiben.

Für die **Re-Zertifizierung** wird ein Zwischenaudit durchgeführt.

Als **Zertifizierung** bezeichnet man ein Verfahren, mit dessen Hilfe die Einhaltung bestimmter Anforderungen nachgewiesen wird.

Die **Erst-Zertifizierung** ist die erste Zertifizierung.

Die **Re-Zertifizierung** ist die Wiederholung der Zertifizierung nach Ablauf von vier Jahren.

**Genehmigt, Arlesheim, 24.10.2023**

**Vorstand ikli**

## Anhang 1 Liste der bei der Anmeldung mitzusendenden Dokumente

- Gültiges Organigramm der Gesamtklinik/des Gesamt-Spitals/des Zentrums
- Organigramm der integrativmedizinischen Einheit
- Reglement komplementäres Angebot und integrative Versorgung (kurz: Reglement «Integrative Medizin»)
- Situationsplan der Integrativen Klinik/Spitalabteilung/des Zentrums
- Liste der vorhandenen integrativmedizinischen Prozesse
- Zulassungsformular (Excel). Dieses kann auf der Website bei der Anmeldung zur Zertifizierung heruntergeladen werden.
- Ausbildungs- und Fortbildungsnachweise aller integrativmedizinisch tätigen Mitarbeitenden
- Stellenpläne integrativmedizinisch tätige Ärzt\*innen, Pflegende, Therapeut\*innen
- Stellenbeschreibungen integrativmedizinisch tätige Ärzt\*innen, Pflegende, Therapeut\*innen
- Integrativmedizinisches Pflegekonzept
- Konzept Komplementäre Therapien
- Ausbildungskonzepte integrativmedizinisch tätige Ärzt\*innen, Pflegende, Therapeut\*innen (Stufe 2 und 3)
- Fort- und Weiterbildungskonzepte integrativmedizinisch tätige Ärzt\*innen, Pflegende, Therapeut\*innen (Stufe 2 und 3)

## Anhang 2 Tarifliste

### 1. Audit

Zertifizierungsfirma EdelCert	CHF 3'800.-
Peer-Auditor*in	Ganzer Tag Audit: CHF 800.- pro Person
Aufwand Ausschuss/-Geschäftsstelle	CHF 2'400.-
<b>Gesamtkosten</b>	<b>CHF 7'000.- Audit einen ganzen Tag mit einem Peer-Auditor</b>

### Weitere Abklärungen

Strukturabklärungen für grössere Institutionen	Nach Bedarf
Audits länger als einen Tag	Nach Absprache

### 2. Gebühren für das Zwischenaudit

Zertifizierungsfirma EdelCert	CHF 750.-
Aufwand Ausschuss/-Geschäftsstelle	CHF 250.-
<b>Gesamtkosten</b>	<b>CHF 1000.-</b>

### 3. Rekursverfahren

Die Rekurskommission entscheidet über die Kostenauflegung. Die Verfahrenskosten betragen maximal CHF 5'000.00.