**Erhebungsbogen für pädiatrische**

**Palliativstationen**

**zur Zertifizierung**

**von pädiatrischen Palliativstationen**

**als qualitätssichernde Maßnahme in der   
palliativmedizinischen Versorgung**

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Autorengruppe:

Prof. Dr. med. Boris Zernikow

Dörte Garske

Yvonne Hülsheger

Monika Führer

Holger Hauch

Christian-Martin Müller

Andreas Müller

Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Heiner Melching

Dr. med. Carsten Klein

Steven Kranz

Prof. Dr. med. Philipp Lenz

Andreas Müller

Christian-Martin Müller

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke

Dipl.-Psych. Peter Friedrich-Mai

Freigabe durch die Zertifizierungskommission am **23.02.2024**

In diesem Anforderungskatalog sind die fachlichen Anforderungen an pädiatrische Palliativstationen seitens der DGP festgelegt. Sie bilden die Grundlage für die Zertifizierung von pädiatrischen Palliativstationen.

**Angaben zur Palliativstation:**

|  |  |
| --- | --- |
| Palliativstation, Name: |  |
| Leitung der Station: |  |
| QM-Beauftragte / QM-Beauftrager: |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Standort (Anschrift): |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Externe Netwerkpartner: Bestand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung Kooperationspartner  Anschrift (Straße / PLZ / Ort) | Datum Zugang | Datum Abgang |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Erstellung / Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung der pädiatrischen Palliativstation gemäß der Zertifizierungsanforderungen der DGP. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

|  |  |
| --- | --- |
| **Eingabe durch Station** |  |
| Die eingegebenen Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr |  |
| Erstellungsdatum des Erhebungsbogens |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Leitung der Station bestätigt die Richtigkeit der Daten. Das Dokument wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig. | |  | | --- | |  |   Gez.: Leitung der Einrichtung |

**Inhaltsverzeichnis**

[Präambel 5](#_Toc157691495)

[1. Allgemeine Angaben 6](#_Toc157691496)

[1.1 Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ) 6](#_Toc157691497)

[1.1.1 Teammitglieder und palliatives Netzwerk 6](#_Toc157691498)

[1.1.2 Infrastruktur 6](#_Toc157691499)

[1.1.3 Ärztliche Versorgung 7](#_Toc157691500)

[1.1.4 Pflegerische Versorgung 8](#_Toc157691501)

[1.1.5 Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren 9](#_Toc157691502)

[1.1.6 Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, Ausbildung 10](#_Toc157691503)

[1.1.7 Angemessene apparative Ausstattung 11](#_Toc157691504)

[1.2 Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit 12](#_Toc157691505)

[1.2.1 Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen mit Ergebnisdokumentation 12](#_Toc157691506)

[1.2.2 Wöchentliche multidisziplinäre und interprofessionelle Teambesprechungen 12](#_Toc157691507)

[1.2.3 Maßnahmen zur Stabilisierung und Reflexion der beruflichen Arbeit 12](#_Toc157691508)

[1.2.4 Ethische Fallbesprechungen 13](#_Toc157691509)

[1.2.5 Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnern 13](#_Toc157691510)

[1.2.6 Zufriedenheit der Netzwerkpartner 14](#_Toc157691511)

[1.3 Patienten- und Angehörigenbeteiligung 14](#_Toc157691512)

[1.3.1 Angebot von Patienten-, Angehörigen- und Familiengesprächen 14](#_Toc157691513)

[1.3.2 Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige 15](#_Toc157691514)

[1.3.3 Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement 15](#_Toc157691515)

[1.3.4 Information der (Fach-) Öffentlichkeit 15](#_Toc157691516)

[2. Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung 16](#_Toc157691517)

[2.1 Kernprozesse 16](#_Toc157691518)

[2.1.1 Kontaktaufnahme bis Aufnahme 16](#_Toc157691519)

[2.1.2 Therapiezielplanung und -evaluation 16](#_Toc157691520)

[2.1.3 Aufenthalt 17](#_Toc157691521)

[2.1.4 Entlassung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes 17](#_Toc157691522)

[2.1.5 Rituale des Abschiednehmens, der Nachsorge und Trauerbegleitung 18](#_Toc157691523)

[2.2 Führungsprozesse 19](#_Toc157691524)

[2.2.1 Ressourcenbereitstellung 19](#_Toc157691525)

[2.2.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele 19](#_Toc157691526)

[2.2.3 Verantwortung und Befugnis 19](#_Toc157691527)

[2.2.4 Risikomanagement 19](#_Toc157691528)

[2.2.5 Internes Reporting 20](#_Toc157691529)

[2.2.6 Gesetzliche und behördliche Anforderung 20](#_Toc157691530)

[2.3 Unterstützende Prozesse 20](#_Toc157691531)

[3. Qualitätssicherung 22](#_Toc157691532)

[Erläuterungen und Ausfüllhinweise 23](#_Toc157691533)

# Präambel

Die Zertifizierung für Palliativstationen ist in den letzten Jahren durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Zusammenarbeit mit ClarCert erfolgreich implementiert worden. Um den besonderen Belangen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und den Anforderungen der pädiatrischen Palliativmedizin gerecht zu werden, wurde jetzt basierend auf dem Erhebungsbogen für Palliativstationen für erwachsene Patientinnen und Patienten ein eigener Erhebungsbogen für pädiatrischen Palliativstationen erarbeitet und beschlossen.

Derzeit gibt es in Deutschland zwei eigenständige Palliativstationen für Kinder und Jugendliche mit über fünf Betten. Pädiatrische Palliativstationen unterscheiden sich grundsätzlich von Palliativstationen für Erwachsene hinsichtlich der zu versorgenden Patientinnen und Patienten, des Versorgungsablaufes, der palliativen Netzwerke, der Qualifizierung von Mitarbeiterenden und den Kriterien für eine gute Ergebnisqualität. Auf pädiatrischen Palliativstationen werden pädiatrische Patientinnen und Patienten mit einer Vielzahl von Erkrankungen, insbesondere schweren seltenen (neurologischen) Erkrankungen versorgt, auf Palliativstationen für Erwachsene im Gegensatz dazu vor allem Menschen mit einem Krebsleiden. Aus diesen Gründen ist es unumgänglich, dass die DGP als maßgebliche Fachgesellschaft ein eigenes Zertifizierungsverfahren für pädiatrische Palliativstationen etabliert, da Zertifizierungen und die damit verbundene Überprüfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unstrittige und positive Errungenschaften im Gesundheitswesen sind.

Die DGP-Zertifizierung erfüllt alle Anforderungen an ein Zertifizierungsverfahren, z.B. die strikte Trennung der normgebenden Institution (die DGP als Fachgesellschaft) von der diese Norm überprüfenden Institution (ClarCert als Zertifizierungsgesellschaft). Damit können pädiatrische Palliativstationen den Nachweis erbringen, dass sie in der Lage sind, ihre Patientinnen und Patienten nach spezifizierten und normierten Vorgaben zu versorgen.

Die DGP-Zertifizierung ist ein wesentlicher Schritt in der Qualitätssicherung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Zertifizierung von pädiatrischen Palliativstationen stellt hier einen weiteren Meilenstein dar. Zu einem späteren Zeitpunkt ist die Ausweitung der Zertifizierung für andere Leistungsbereiche der pädiatrischen Palliativversorgung, z.B. in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geplant. Nur so können wir garantieren, dass schwerstkranke und sterbende Kinder, Jugendliche und Erwachsene die bestmögliche Palliativversorgung erhalten!

*Autorin: Prof. Dr. Claudia Bausewein, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*

# Allgemeine Angaben

## Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ)

* + 1. Teammitglieder und palliatives Netzwerk

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Palliativmedizin und Palliativpflege | **X** | ja  nein |
| Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Heilpädagogik / Heilerziehungspflege | **X** | ja  nein |
| Physiotherapie | **X** | ja  nein |
| Seelsorge | **X** | ja  nein |
| Psychologie | **X** | ja  nein |
| Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst | **X** | ja  nein |
| SAPV-KJ | **X** | ja  nein |
| Stationäres Kinder- und Jugendhospiz |  | ja  nein |
| regionales Netzwerk, z.B. nach §39d SGB V, sofern vorhanden | **X** | ja  nein |
| Sozialmedizinische Nachsorge |  | ja  nein |
| Andere |  | ja  nein |
| Mit den externen relevanten Netzwerkpartnern sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die Vereinbarungen berücksichtigen regionale Strukturen und werden jährlich auf Aktualität geprüft. | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Infrastruktur

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Räumlich abgetrennte pädiatrische Palliativstation | **X** | ja  nein |
| Die gesamte Abteilung ist rollstuhl- und behindertengerecht ausgebaut mit genügend Raum auch für E-Rollstühle mit Halterungen für externe Beatmungsgeräte und Zubehör | **X** | ja  nein |
| Für jede Patientin und für jeden Patienten wird ein Angehörigenapartment in unmittelbarer Nähe vorgehalten |  | ja  nein |
| Personell eigenständige pädiatrische Palliativstation | **X** | ja  nein |
| Einrichtung spezieller Räumlichkeiten als abgeschlossener Bereich, der an eine Kinder- und Jugendklinik angegliedert ist | **X** | ja  nein |
| ≥ 5 Betten in 1- oder 2-Bettzimmern (Anzahl) | **X** | Anzahl 1-Bettzimmer:  Anzahl 2-Bettzimmer: |
| Neuaufnahmen (Leistungsfall): ≥ 50 stationäre Fälle/Jahr (Anzahl) | **X** | Anzahl pro Jahr: |
| Möglichkeit der Unterbringung von Familie / Angehörigen | **X** | ja  nein |
| Gesprächs- und Abschiedsraum | **X** | ja  nein |
| Multifunktionaler Aufenthaltsraum mit wohnlicher Atmosphäre | **X** | ja  nein |
| Patientenzimmer bieten ausreichend Platz, um ein zweites (Eltern-)Bett aufzustellen |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Ärztliche Versorgung

(Angaben zu VK beziehen sich auf die jeweilige Einsatzzeit in der Palliativstation)

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Benennung Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 0,4 VK pro aufgestelltem Bett[[1]](#footnote-2) + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen (Gesamtanzahl) | **X** | Gesamtanzahl in VK: | |
| Mo-Fr (ohne Feiertage) ist tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. (Nachweis über Dienstplan) | **X** |  | |
| Die Vertretung ist gewährleistet. | **X** |  | |
| Fachärztinnen und Fachärzte mit anerkannter Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Leitung und Vertretung** sind namentlich und mit Qualifikation benannt. (namentliche Nennung, Qualifikation und Stellenumfang in VK)  Die ärztlich-fachliche Leitung erfolgt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin | **X** | **Leitung**  Name:  Qualifikation:  Schwerpunkt:  Zusatzbezeichnung:  Stellenumfang in VK:  **Vertretung**  Name:  Qualifikation:  Schwerpunkt:  Zusatzbezeichnung:  Stellenumfang in VK: | |
| Die 24-stündige Behandlungsleitung wird durch Ruf-/Hintergrunddienste einer Fachärztin / eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** |  | |
| Erfahrungen aus der pädiatrischen palliativen Behandlung von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus. | **X** | ja  nein | |
| Eine Fachärztin / ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin steht für Konsile und ggf. Fallbesprechungen zur Verfügung, sofern vorhanden: im Rahmen der Leistungen eines multiprofessionellen Palliativdienstes. | **X** | ja  nein | |
| Mindestens zwei Fachärztinnen / Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin stehen der Station zur Verfügung (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK). | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Pflegerische Versorgung

(Angaben zu VK beziehen sich auf die jeweilige Einsatzzeit in der Palliativstation)

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Benennung Anzahl der Pflegefachkräfte und Beschäftigungsumfang. | **X** | Anzahl der Pflegekräfte: | |
| ≥ 2,0 VK pro aufgestelltem Patientenbett + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen. | **X** | Gesamtzahl in VK: | |
| Die Vertretung ist gewährleistet. | **X** | ja  nein | |
| Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Pflegefachkräften ist gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** | ja  nein | |
| Die pflegerische Leitung und deren Stellvertretung haben den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/ Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums | **X** | **Name:** | **Stellenumfang:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Erfahrung aus der pädiatrischen palliativen Pflege von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativpflegerischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus | **X** | ja  nein | |
| Eine Qualifikation in Teamführung liegt vor. | **X** | ja  nein | |
| Über 50% der Pflegefachkräfte (Bezug: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nicht VK) besitzen die Qualifikation „Pädiatrische Palliative Care“ oder andere Qualifikationen mit mindestens gleichem Stundenaufwand, die für die Versorgung von pädiatrischen Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen sinnvoll ist (z.B. Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege; Onkologie, außerklinische Beatmung, etc.) oder sie sind in Ausbildung hierzu.  (Definition Pädiatrische Palliative Care-Qualifikation: ≥150 Std. Weiterbildung, s.o.; Fachweiterbildungsquote Palliative Care in %) | **X** | Anzahl der Pflegekräfte in % | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren

(Angaben zu VK beziehen sich auf die jeweilige Einsatzzeit in der Palliativstation)

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Physiotherapie (Angabe der Anzahl und der VK) | **X** | Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten:  Stellenumfang in VK: |
| Spezielle Qualifikation der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: Basiskurs in „Paediatric Palliative Care“ liegt vor. |  | Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: |
| Musiktherapie  (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK) |  | ja  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:  nein |
| Weitere Qualifikationen (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK und Qualifikation) |  | ja  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:  Qualifikation:  nein |
| 1 Sozialarbeiterin/-pädagogin / Sozialarbeiter/ -pädagoge steht der Station zur Verfügung (Angabe der Anzahl und der VK) | **X** | Anzahl Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen / Sozialarbeiter/ -pädagogen:  Stellenumfang in VK: |
| Spezielle Qualifikation: pädiatrische Palliativversorgung oder Palliative Care – Soziale Arbeit | **X** | ja  nein |
| Ein eigener Arbeitsraum ist vorhanden bzw. die Nutzung eines Gesprächszimmers ist sichergestellt. | **X** | ja  nein |
| Eine Psychologin / ein Psychologe Qualifikation: pädiatrischen Palliativversorgung oder Palliative Care für Psychologinnen und Psychologen  (Angabe der Anzahl, der VK und der Zusatzqualifikation) | **X** | ja  Anzahl Psychologinnen / Psychologen:  Stellenumfang in VK:  nein |
| Ein eigener Arbeitsraum ist vorhanden bzw. die Nutzung eines Gesprächszimmers ist sichergestellt. | **X** | ja  nein |
| Angabe der Anzahl und der möglichen Zusatzqualifikation Palliative Care/Spiritual Care |  | Anzahl Seelsorgerinnen und Seelsorger: |
| Der Station sind Mitarbeitende fest zugeordnet. | **X** | ja  nein |
| Eine Basisschulung zur Palliativversorgung (auch stationsintern durch die Stationsleitung) liegt vor. | **X** | ja  nein |
| Eine fallbezogene Koordinatorin / ein fallbezogener Koordinator (= ein verantwortliches Teammitglied aus einer der behandelnden Professionen), die als Koordinatorin und Ansprechpartnerin / der als Koordinator und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, die Familie, weitere Angehörige und Kolleginnen und Kollegen in allen Belangen der Behandlung und Überleitung zur Verfügung steht, ist benannt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, Ausbildung

sowie regelmäßige Teilnahme an internen oder externen Fortbildungen

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die spezifische Kenntnisse in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt, ist sichergestellt. | **X** | ja  nein |
| Diese Einarbeitung erfolgt innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn. | **X** | ja  nein |
| Es liegt ein schriftliches Einarbeitungskonzept für jede Berufsgruppe vor. | **X** | ja  nein |
| Es liegt ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale Personal vor, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. | **X** | ja  nein |
| Jährlich wird mindestens eine spezifische Qualifizierung pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter (mindestens 16 UE pro Jahr) durchgeführt, sofern diese / dieser qualitätsrelevante Tätigkeiten für die pädiatrische Palliativstation wahrnimmt. | **X** | ja  nein |
| Regelmäßige Fortbildung des Teams zu folgenden Themen, z. B.:   * Neues aus der Forschung, internationale Standards, Psychohygiene und Selbstfürsorge * Diskussion sensibler Themen (Sterbehilfe etc.) * Konfliktlösung im Team (z. B. Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg) * Heimbeatmung * Symptomkontrolle * Elternarbeit * Seltene Erkrankungen * Dokumentation | **X** | ja  nein |
| Die Fort- und Weiterbildung wird vom Arbeitgeber aktiv unterstützt (Freistellung / Kostenübernahme). | **X** | ja  nein |
| Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen wird ausgewertet. | **X** | ja  nein |
| Die Palliativstation beteiligt sich an der Fachärztinnenausbildung / Facharztausbildung sowie an der Pflegeausbildung. |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Angemessene apparative Ausstattung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Anwendung der Geräte erfolgt durch geschultes Personal. | **X** | ja  nein |
| Unterschiedliche Lagerungshilfen ermöglichen den Patientinnen und Patienten Positionswechsel, wodurch Ressourcen entdeckt bzw. erhalten werden können (Wahrnehmung, Teilhabe an Kreativangeboten) |  | ja  nein |
| Verfügbare apparative Ausstattung von mindestens:   * Sauerstoff * Absauggerät * High-Flow (ggf. in Kooperation mit der Intensivstation) * Cough-Assist (ggf. in Kooperation mit der Intensivstation) * Ernährungspumpe * PCA-Pumpe * Infusomat * Perfusor * Anti-Dekubitusmatratze (auch über Leasing) * Überwachungsmonitoring * Eine Geräteeinweisung für patienteneigene Geräte ist vor oder unmittelbar bei Aufnahme gewährleistet. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

* + 1. Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen mit Ergebnisdokumentation

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es findet eine werktägliche Besprechung (Ärztin / Arzt plus Pflege) der aktuellen Probleme der Patientinnen und Patienten statt. | **X** | ja  nein |
| Die Dokumentation der Besprechungszeiten und ggfs. bei Einfluss auf die Therapie der Besprechungsergebnisse findet statt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Wöchentliche multidisziplinäre und interprofessionelle Teambesprechungen

mit wochenbezogener Dokumentation der Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine Gesamtteambesprechung aller Patientinnen und Patienten aus der Perspektive aller beteiligten Berufsgruppen zur Feststellung des erzielten Therapiefortschritts und zur Anpassung der weiteren multidimensionalen Planung findet statt:   * Wöchentlicher Zyklus * Besprechung der Behandlungspläne aller anwesenden Patientinnen und Patienten * Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll) * Eine Dokumentation der Teilnehmenden ist erfolgt * Teilnahme von >75% aller anwesenden Mitarbeitenden auf Station; mindestens ein Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung | **X** | ja  nein |
| Es finden klinikinterne Konsile und Beratungen durch z. B. Neuropädiatrie, Intensivmedizin, pädiatrische Gastroenterologie, Neurochirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik statt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Maßnahmen zur Stabilisierung und Reflexion der beruflichen Arbeit

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung |  | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Supervision / Praxisbegleitung in Gruppen- und / oder Einzelgespräche für alle Mitarbeitenden ist nachgewiesen (namentliche Nennung der Supervisorin / des Supervisors und ihrer / seiner Qualifikation, Supervisionszyklus in Wochen). | **X** | **Name** | **Qualifikation** | **Zyklus in Wochen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ein Jahresplan und Teilnehmerlisten liegen vor (Angebot von mindestens 12 Zeitstd. im Jahr pro Mitarbeiterin / Mitarbeiter) | **X** | ja  nein | | |
| Der Prozess der Supervision / Praxisbegleitung ist schriftlich in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Hierbei sind berücksichtigt:   * Bedarfsgerechter Zugang * Externe Supervisorin / externer Supervisor * Supervision zählt als Arbeitszeit * Rhythmus mindestens alle 8 Wochen | **X** | ja  nein | | |
| Weitere Maßnahmen wie Balint-Gruppen oder Debriefing werden angeboten. |  | ja  nein | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

* + 1. Ethische Fallbesprechungen

(= moderierte multidisziplinäre Teambesprechungen über ein konkretes ethisches Problem in der Behandlung / Versorgung einer Patientin / eines Patienten)

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Ethische Fallbesprechungen sind implementiert. | **X** | ja  nein |
| Der Prozess der ethischen Fallbesprechung ist schriftlich festgelegt. | **X** | ja  nein |
| Für die ethischen Fallbesprechungen stehen speziell qualifizierte Moderatorinnen / Moderatoren zur Verfügung. Diese müssen nicht im pädiatrischen Palliativteam selbst vorzuweisen sein, sind aber in das Netzwerk eingebunden und kurzfristig erreichbar. | **X** | ja  nein |
| Ethische Fallbesprechungen sind im Ergebnis dokumentiert. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnern

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es wird mindestens 2x jährlich Netzwerktreffen (im Sinne eines Qualitätszirkel) durchgeführt oder an solchen mitgewirkt, in denen palliative Themen betrachtet werden. (Netzwerk) | **X** | Anzahl pro Jahr: nichtzutreffend |
| Die terminliche Planung erfolgt z. B. über den Qualifizierungsplan. | **X** | ja  nein |
| Die Qualitätszirkel sind protokolliert. | **X** | ja  nein |
| Die Teilnahme der Netzwerkpartnerinnen / Netzwerkpartner ist zu ermöglichen, weitere Partnerinnen / Partner werden themenbezogen eingeladen. | **X** |  |
| Es wird mindestens 2x jährlich ein Runder Tisch durchgeführt, an dem fallbezogen alle notwendigen Versorger zusammenkommen, um sich in der komplexen Versorgung abzustimmen (ggf. auch digital-kollegiale Fallbesprechung) |  |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zufriedenheit der Netzwerkpartner

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine systematische Rückmeldung (schriftliche Erfassung, Analyse und Bewertung) der Kooperations- bzw. Netzwerkpartner zur Zusammenarbeit wird mindestens alle 3 Jahre durchgeführt. Dies kann auch im Rahmen der Qualitätszirkel erfolgen. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Patienten- und Angehörigenbeteiligung

* + 1. Angebot von Patienten-, Angehörigen- und Familiengesprächen

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung |  | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden aktiv angeboten und können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden. | **X** | ja  nein |
| Für Gespräche mit Familien, die nicht ausreichend die deutsche Sprache beherrschen, sind regelhaft professionelle Dolmetscherinnen / Dolmetscher anwesend. | **X** | ja  nein |
| Moderation von Familiengesprächen bei ethisch sensiblen Themen, bei hoher Familiendynamik oder Konflikten erfolgt durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter (z. B. Psychologin / Psychologen, Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen oder Ethikberaterinnen / Ethikberater), die / der eine Weiterbildung in Mediation, systemischer Beratung / Therapie, anderer Beratungs- / Therapieausbildung vorweisen kann (namentliche Nennung des Moderators, Art der Weiterbildung). | **X** | ja  nein |
| Aufklärungs- und Familiengespräche können einzeln oder im multiprofessionellen Team geführt werden. Eine multiprofessionelle Herangehensweise wird aktiv gefördert. | **X** | ja  nein |
| Die Gesprächsergebnisse werden dokumentiert. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige

zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod der Patientin / des Patienten hinaus)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung |  | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Aktuelle Informationen für Patientinnen und Patienten und Angehörige (z. B. Flyer, Homepage) sind vorhanden und werden aktiv angeboten (Nennung der Medien und der Art des aktiven Angebots). | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Allen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen wird ermöglicht, ihre Meinung zum stationären Aufenthalt anonym äußern zu können (z. B. über Lob- und Beschwerdemanagement). | **X** | ja  nein |
| Eine auf die Palliativstation bezogene Auswertung wird jährlich durchgeführt und nachgewiesen. | **X** | ja  nein |
| Eine strukturierte Angehörigenbefragung (schriftlich / telefonisch) ist nachgewiesen. |  | ja  nein |
| Die Angehörigenbefragung wird nach dem Therapieende durchgeführt. Ein Einverständnis der Angehörigen zu einer Nachbefragung wird, auch nach Versterben der Patienten / des Patienten, eingeholt. Hierbei wird auf den Zeitraum hingewiesen. |  | ja  nein |
| Befragungsinhalte sind mindestens:   * Symptomkontrolle * Kommunikation / Interaktion |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Information der (Fach-) Öffentlichkeit

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es wird mindestens 1x jährlich eine Informations- / Fortbildungsveranstaltung mit Inhalten der pädiatrischen Palliativversorgung durchgeführt. Dies kann auch als Teil einer gemeinsamen Veranstaltung mit anderen Fachrichtungen erfolgen, wenn palliative Themen behandelt werden. | **X** | Anzahl pro Jahr: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung

## Kernprozesse

* + 1. Kontaktaufnahme bis Aufnahme

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten festgelegt, in dem u. a. definiert ist:   * Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner kommuniziert werden * Systematische Entscheidung über eine Aufnahme nach Situation, Symptomlast und Dringlichkeit | **X** | ja  nein | | |
| Die pädiatrische Palliativstation nimmt Patientinnen und Patienten aller Grunderkrankungen, die mit einer Lebensbedrohung/-verkürzung einhergehen, auf. | **X** | ja  nein | | |
| Nennung der fünf häufigsten Diagnose**gruppen** (nach ICD 3-stellig) auf der pädiatrischen Palliativstation mit prozentualer Verteilung: | **X** | **Diagnosegruppen:** | **Anzahl**  **absolut:** | **Anteil**  **in %:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Das Aufnahmegespräch zur Therapiezielplanung findet (eventuell gemeinsam) durch Ärztin / Arzt, Pflegefachkraft und Mitarbeitende des psychosozialen Teams statt. | **X** | ja  nein | | |
| Ein multidimensionales Basisassessment wird erhoben. | **X** | ja  nein | | |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung ist beschrieben. | **X** | ja  nein | | |
| Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z. B. FPS-R; FASETS-OF-PPC) ist beschrieben. | **X** | ja  nein | | |
| Eine standardisierte Symptomverlaufsdokumentation ist erstellt. | **X** | ja  nein | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

* + 1. Therapiezielplanung und -evaluation

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Therapieplanung erfolgt fortlaufend für jede Patientin und jeden Patienten individuell und wird entsprechend dokumentiert. | **X** | ja  nein |
| Die Einschätzung der aktuellen Patientensituation erfolgt in jeder Schicht. | **X** | ja  nein |
| Ein dokumentiertes Verfahren zu schwierigen Entscheidungen (palliative Sedierung, sterben zu lassen, Einbeziehung der Patientin / des Patienten und des Teams in schwierige Entscheidungen etc.) ist hinterlegt. Hierzu gehört auch die Verwendung einer Vorausverfügungen für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige junge Erwachsene. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Aufenthalt

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die definierte und dokumentierte Symptomerfassung und Verfahren zur Behandlung sind anhand von Patientinnen- und Patienten-Beispielen der pädiatrischen Palliativstation (Patientenakten) nachgewiesen. | **X** | ja  nein |
| Zu beschreiben sind z. B.:   * frühzeitige und strukturierte Einbindung aller Berufsgruppen * strukturierte Angehörigenberatung und -schulung * komplementär pflegerische Maßnahmen, Anwendung von Aromapflege * Ernährung und Flüssigkeit in der palliativen Situation * bedarfsgerechte Anwendung spezifischer apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren * vorausschauende Versorgungsplanung * Notfallvorausplanung, palliative Notfälle * Sterbephase * Überprüfung einer möglichen Reduktion von Therapiemaßnahmen bei Sterbenden * Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen / mit anderen Religionen * Umgang mit ethischen Konflikten | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Entlassung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Entlassung von Patientinnen und Patienten festgelegt. | **X** | ja  nein |
| Es besteht eine systematische, dokumentierte Entlassungsplanung mit Information aller relevanten beteiligten Behandler (z. B. Kinder- und Jugendärztinnen / Kinder- und Jugendärzte, Hausärztinnen / Hausärzte, pädiatrische SAPV, ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst, SPZ, Einweiserin / Einweiser, Fachbereiche des Krankenhauses). | **X** | ja  nein |
| Folgende Verfahren / Prozesse sind festgelegt:   * strukturierte Anleitung von Angehörigen, sozialrechtliche Beratung und bedarfsgerechte Zuweisung * bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod der Patientin / des Patienten hinaus) | **X** | ja  nein |
| Bei Entlassung in häusliche Umgebung, bei Befundveränderung und mindestens einmal wöchentlich, wird ein Familiengespräch angeboten (mit Beteiligung mindestens einer entsprechend qualifizierten Fachkraft, siehe 1.3.1). | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Rituale des Abschiednehmens, der Nachsorge und Trauerbegleitung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt  (Angehörige, Kinder- und Jugendärztinnen / Kinder- und Jugendärzte, Hausärztinnen / Hausärzte, pädiatrisches SAPV-Team, SPZ, Pflegedienst, ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst, andere Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner usw.). | **X** | ja  nein |
| Im Todesfall erfolgt die Information betroffener Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner innerhalb von 3 Werktagen. | **X** | ja  nein |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Versorgung und zum Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen liegt vor. Hierbei finden folgende Kriterien Berücksichtigung:   * Angebot an Angehörige, beim Waschen und Anziehen mitzuwirken * Möglichkeit der Aufbahrung bzw. Verbleiben der Toten / des Toten auf Station für längeren Zeitraum, um Abschiednahme zu ermöglichen * Angebot psychologischer, psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung der Angehörigen bei der Verabschiedung * Sicherstellung individueller Wünsche der Patientinnen und Patienten zum Umgang mit ihrem Leichnam * kultursensibler Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen * Vernetzung mit Religionsgemeinschaften und Glaubensrichtungen, Festlegen eines Bereitschaftsplanes | **X** | ja  nein |
| Die Verstorbene / der Verstorbene kann für 24 Stunden auf der Station verbleiben. | **X** | ja  nein |
| Es existiert ein Ritual für Angehörige und Mitarbeitende für den Abschied von Verstorbenen. Hierzu wird die Möglichkeit geboten, notwendige Utensilien bereitzustellen. | **X** | ja  nein |
| Angehörigen und Mitarbeitenden werden regelmäßig Gedenkveranstaltungen angeboten. | **X** | ja  nein |
| Folgende Verfahren sind beschrieben:   * Risikoeinschätzung hinsichtlich komplizierter Trauer * Überleitung zu Trauerbegleitungsangeboten | **X** | ja  nein |

|  |
| --- |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** |
|  |

## Führungsprozesse

* + 1. Ressourcenbereitstellung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Verfügbarkeit der Ressourcen (personell, infrastrukturell) ist sichergestellt. | **X** | ja  nein |
| Eine Selbstverpflichtung mit Darlegung des Bestrebens nach ständiger Verbesserung ist formuliert und veröffentlicht. | **X** | ja  nein |
| Zur gezielten Ressourcensteuerung und deren Einsatz ermittelt die Leitung der Abteilung den Bedarf der zugehörigen Berufsgruppen. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Qualitätspolitik und Qualitätsziele

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Qualitätspolitik wird den Mitarbeitenden vermittelt und entspricht den ethischen Grundsätzen der Palliativmedizin. Die Qualitätspolitik ist auch den Patientinnen und Patienten und Zugehörigen bekanntzumachen. | **X** | ja  nein |
| Messbare Qualitätsziele sind formuliert und werden in regelmäßigen Abständen auf Durchführbarkeit und Erreichung überprüft. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Verantwortung und Befugnis

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Mitarbeitenden sind in Kenntnis ihrer Verantwortungsbereiche, die Befugnisse sind definiert und werden durch regelmäßige Mitarbeitergespräche supervidiert. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Risikomanagement

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine Beschreibung der internen Risiken bezüglich der Kern-, Stütz- und Führungsprozesse ist vorhanden. | **X** |  |
| Es wird mindestens alle drei Jahre eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Eintrittswahrscheinlichkeit und des möglichen Schadensausmaßes durchgeführt. | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Internes Reporting

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Das Interne Reporting erfolgt mindestens einmal jährlich schriftlich durch die Leitung und wird allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht. | **X** |  |
| Inhalte sind neben den Kennzahlen der Einrichtung (Bettenanzahl, Mitarbeiteranzahl, Qualifikation) u. a. die Stellungnahme der Leitung zu den Qualitätszielen und deren Erreichung, Veränderungen im Berichtszeitraum, neue Ziele, Verbesserungen, Maßnahmen aus den letzten Reports. | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Gesetzliche und behördliche Anforderung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Leitung stellt die Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Anforderungen (insbesondere Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Umgang mit Medizinprodukten) sicher. | **X** | ja  nein |
| Schriftliche Regelung inklusive der Festlegungen zum Umgang mit Abweichungen der Krankenhaushygiene (u. a. die Aufbewahrung und Zubereitung von Wunschkost, Haustiere mit auf die Station, angepasster Umgang mit Isolationspatienten) sind vorhanden. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Unterstützende Prozesse

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Konsiltätigkeit von allen folgenden Fachabteilungen und -disziplinen ist geregelt:   * Neuropädiatrie * Pädiatrische Gastroenterologie * Intensivmedizin * Kinder- und Jugendpsychiatrie * Neurochirurgie * Radiologie * Spezielle Schmerztherapie * Pädiatrische Pulmologie | **X** | ja  nein |
| Intrathekale Baclofenpumpen können selbstständig auf der pädiatrischen Palliativstation oder in Kooperation mit anderen Fachabteilungen befüllt und gesteuert werden. |  | ja  nein |
| Folgende diagnostische Möglichkeiten stehen verbindlich zur Verfügung:   * Radiologie (Röntgen, MRT) * Labor * Ultraschall * Endoskopie * Echo, EKG * EEG | **X** | ja  nein |
| Die Patientinnen und Patienten können in der Krankenhausschule unterrichtet werden |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Qualitätssicherung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die pädiatrische Palliativstation nimmt am Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland teil. | **X** | ja  nein |
| Die pädiatrische Palliativstation hat ein CIRS (Critical Incident Reporting System) eingeführt bzw. beteiligt sich am klinikübergreifenden CIRS oder nimmt am CIRS-Palliativ (ab Januar 2024) teil. Eine auf die Palliativstation bezogene Jahresauswertung kann vorgewiesen werden. | **X** | ja  nein |
| Qualitätsindikatoren werden erfasst und messbar ausgewertet z.B. mit QUASI | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Erläuterungen und Ausfüllhinweise

Allgemein

1. Sämtliche Angaben und Kennzahlen beziehen sich auf ein gesamtes Kalenderjahr.
2. Die unten angefügte Tabelle zeigt in der linken Spalte die detaillierten Anforderungen. Die Spalte „Erläuterung durch die Einrichtung“ bietet Platz zur ersten Stellungnahme durch die Einrichtung.
3. In das Feld **„Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung“** sollen weitere Details, die die Anforderung betreffen, durch die Einrichtung erläutert werden.
4. Kap. 1.1.1

In den Vereinbarungen sind folgende Punkte zu regeln:

* Sicherstellung der Verfügbarkeit
* Beschreibung der für die pädiatrische Palliativstation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen
* Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien
* Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich der Dokumentation
* Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit hinsichtlich interner / externer Audits
* Verpflichtungserklärung für die Einhaltung der Kriterien der Fachlichen Anforderungen an pädiatrische Palliativstationen sowie der jährlichen Bereitstellung der relevanten Daten
* Einverständniserklärung des Netzwerkpartners, öffentlich als Teil des Behandlungsteams ausgewiesen zu werden (z. B. Homepage)

1. Kap. 1.2.3

Inhalte der Supervision / Praxisbegleitung können sein:

Gruppen und Teams, Führungshandeln, Kooperation mit Angehörigen, Stärkung der Professionellen, Umgang mit der Dynamik komplexer Systeme, Belastungsbilanz der Helfenden, Umgang mit der besonderen gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit, die diesen Bereich zunehmend betrifft.

1. Kap. 1.2.4

Inhalte der ethischen Fallbesprechung können sein:

* Therapiezieländerung
* Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen
* Abwehrverhalten bei pflegerischen Maßnahmen
* Konflikte mit Angehörigen
* Konflikte zwischen den Berufsgruppen usw.

**Kernprozess**

Die Kernprozesse umfassen alle Tätigkeiten, die zur Erfüllung der im Mittelpunkt stehenden Aufgabe der Einrichtung erforderlich sind und von der Einrichtung selbst erbracht werden. Im engeren Sinne handelt es sich dabei um Behandlungspfade mit einer standardisiert dargestellten Ablaufkette aller Prozesse, die an den Patientinnen und Patienten entrichtet werden.

**Kooperationspartner**Sämtliche Personen bzw. Institutionen, die für die Einrichtung an der medizinischen Versorgung (Diagnostik und Therapie) von Patientinnen und Patienten beteiligt sind, werden als „Kooperationspartner“ bezeichnet. Da sie maßgeblich zur Versorgungsqualität im Gesamtprozess beitragen, ist im Rahmen schriftlicher Regelungen ("Kooperationsvereinbarungen") festzulegen, wie die Umsetzung der bestehenden Anforderungen sichergestellt wird.

**Pflegefachkraft**(siehe 1.1.3): Mitarbeitende mit 3-jähriger Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege bzw. Pflegefachkraft

**Qualitätszirkel**Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit zum konstruktiven Austausch von an der palliativen und hospizlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen / Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern, Psychologinnen / Psychologen, Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen, Apothekerinnen / Apothekern, Ehrenamtlichen und weiteren Berufsgruppen.

Neben aktuellen Informationen zur Palliativversorgung aus Politik, Wissenschaft und Lehre wie auch der Vernetzung und Weiterentwicklung überregionaler und regionaler Strukturen werden Probleme- und Fragestellungen in der täglichen Patientenbegleitung von den Teilnehmenden eingebracht und multiprofessionell diskutiert. Das Ergebnis ist schriftlich festzuhalten.

**Risikobewertung**Die Risikobewertung beurteilt auf Grundlage der [Risikoanalyse](https://de.wikipedia.org/wiki/Risikoanalyse), ob das [Risiko](https://de.wikipedia.org/wiki/Risiko), das von einer Ware, einer Dienstleistung oder dem Betrieb einer Produktionsanlage ausgeht, unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen akzeptabel und eventuelle [Restrisiken](https://de.wikipedia.org/wiki/Restrisiko) vertretbar sind. Für die Bewertung des Risikos können verschiedene Beurteilungsmethoden verwendet werden, die meist auf einem Vergleich mit anderen Risiken basieren (siehe das [GAMAB](https://de.wikipedia.org/wiki/GAMAB)-Prinzip). Um den Umfang von Risiken vergleichen zu können, werden Risikomaße berechnet. Weitere Beispiele für Verfahren sind [ALARP](https://de.wikipedia.org/wiki/ALARP) oder die [Minimale endogene Mortalität](https://de.wikipedia.org/wiki/Minimale_endogene_Mortalit%C3%A4t) (MEM).

Die Risikobewertung erfolgt jeweils vor und nach der Durchführung von Abhilfemaßnahmen und ist Teil des [Risikomanagements](https://de.wikipedia.org/wiki/Risikomanagement) wie der systematischen Anwendung der Managementpolitik, der Verfahren und Maßnahmen zur Analyse, Bewertung und Beherrschung des Risikos. Das Risikomanagement ist durch die DIN EN ISO 14971 definiert.

**Stützprozess**

Ein Stützprozess ist definiert als ein Prozess, der die Durchführung der Kernprozesse unterstützt und ermöglicht, jedoch nicht im Mittelpunkt der Aktivitäten der Einrichtung steht.

Eine Risikoanalyse könnte wie folgt aussehen (beispielhaft):

Klinik

Stand:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **hoch = 10** | **hoch = 10** | **hoch = 1** |  |  |  |
|  |  | **gering = 1** | **gering = 1** | **gering = 10** | **Bedeutung**  **x Auftreten**  **x Entdeckung** |  |  |
| **Gemeldet von Berufsgruppen** | **Risiko (aus Sicht der Patientinnen / Patienten und Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern)** | **Bedeutung / Schwere der Folgen** | **Auftretenswahrscheinlichkeit** | **Entdeckungswahrscheinlichkeit** | **Risikoprioritätszahl** | **Maßnahmen zur Vermeidung der Risiken** | **umgesetzt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Qualitätsindikatoren**

Zur Erfassung der Ergebnisqualität wird z.B. der „Quasi“ Bogen eingesetzt (s.u.). Er wird durch die Bezugspflegefachkräfte der pädiatrischen Palliativstation zu zwei festgelegten Zeitpunkten (am 3. Tag nach Aufnahme (wobei der Aufnahmetag Tag 1 ist) und bei Entlassung) für jede Patientin / jeden Patienten ausgefüllt. Der ausgefüllte Fragbogen wird in der Patientenakte abgeheftet, eine Kopie wird zur Auswertung an einem extra dafür bestimmten Ort gesammelt.

Das Vorgehen bei Abweichungen von üblichen Patientenaufnahmen und -entlassungen ist wie folgt festgelegt:

* Bei Patientinnen / Patienten, die weniger als 3 Tage auf der pädiatrischen Palliativstation sind, wird nur der Aufnahmebogen ausgefüllt
* ab 4 Tagen Aufenthaltsdauer wird der Aufnahme- (am 3. Tag) und der Entlassbogen (bei Entlassung) ausgefüllt
* bei Verlegung (gleichgültig ob intern oder extern) unterhalb einer 3-tägigen Aufenthaltsdauer wird nur der Aufnahmebogen ausgefüllt
* bei Verlegung (gleichgültig ob intern oder extern) nach mehr als 3 Tagen Aufenthaltsdauer gilt das Procedere wie oben beschrieben (Fragebogen am 3. Tag nach Aufnahme und bei Entlassung)
* bei Rückverlegung (nach mindestens 24 Std. Aufenthalt auf einer externen Station) ist das Vorgehen wie bei Neuaufnahme
* bei Versterben einer Patientin / eines Patienten, wird bei kurzer Liegedauer nur der Aufnahmebogen ausgefüllt, sonst wird auf dem Entlassbogen „Verstorben“ vermerkt

**Aufbau des Fragebogens**

Der Fragebogen ist in drei Bereiche gegliedert:

**Abschnitt A**

Abschnitt A mit 10 Fragen bezieht sich auf die Einschätzung der Pflegefachkraft zur aktuellen Situation der Familie. Die Antworten (6 Items): von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“.

**Abschnitt B**

Abschnitt B erfasst die Ausprägung der Symptome in den letzten drei Tagen für sieben der am häufigsten in der pädiatrischen Palliativversorgung auftretenden Symptome (Sekretprobleme, Atemstörungen, Unruhe, Schmerzen, Schlafstörungen,

Krampfanfälle, Spastik) sowie ein mögliches weiteres Symptom (Freifeld). Die Symptomausprägung liegt zwischen „nicht vorhanden“ bis „sehr stark ausgeprägt“ (6 Ausprägungen).

**Abschnitt C**

Im Abschnitt C erfolgt eine allgemeine Einschätzung, bezogen auf die letzten drei Tage. Dabei richtet sich die erste Frage nach der Ausprägung der Symptome (1-10) (Anker: 1=nicht vorhanden; 10=sehr ausgeprägt). Die letzten drei Fragen beziehen sich auf den allgemeinen Zustand des Kindes und die Lebensqualität des Kindes sowie der Familie (1-10) (Anker: 1=sehr schlecht; 10=sehr gut).

**Auswertung des Fragebogens**

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt einmal jährlich nach folgender Methode. Die Einzelitems werden auf Itemebene ausgewertet. Die Handlungskompetenz der Familie wird auf einer gleichnamigen Skala eingeschätzt, welche sich aus den 3 Einzelitems

* „Die Familie kann selbstständig Maßnahmen durchführen, um Symptome ihres Kindes zu lindern“,
* „Die Familie ist auf Krisen ihres Kindes vorbereitet“, und
* „Die Familie hat eine klare Vorstellung davon, was in einer medizinischen Notfallsituation für ihr Kind getan werden soll“

zusammensetzt („Handlungskompetenz“).

Durch den Prä-Post-Vergleich sollten mögliche, durch die stationäre Behandlung induzierte, Veränderungen in den o.g. Parametern festgestellt werden können. In die Analyse der Symptome zum Prä- und Post-Messzeitpunkt wurden ausschließlich die Kinder einbezogen, die zur Prä- Erhebung eine bedeutsame Ausprägung des entsprechenden Symptoms aufwiesen (3 – mäßig ausgeprägt bis 5- sehr stark ausgeprägt) und sowohl eine Prä- als auch eine Posterhebung haben. Die Anzahl der Kinder, die in die jeweiligen Analysen der Symptome eingehen wird deskriptiv aufgeführt. Die Patientencharakteristiken, sowie Unterschiede zwischen den Prä- und Post-Werten wollen mittels deskriptiver Statistik und einem angemessenen statistischen Testverfahren (z.B. Wilcoxon-Test) ermittelt werden. Bei einem p-Wert von <0.05 wird eine prä-post-Veränderung angenommen. Eine Bonferroni-Korrektur muss nicht vorgenommen werden.

Zu berichten sind für eine Jahreszeitraum, Anzahl

* Aufnahmen
* Vollständig ausgefüllter Prä-Fragebögen
* Vollständig ausgefüllte Post-Fragebögen

Für mindestens 50% der Aufnahmen sollten vollständig ausgefüllte Prä- und Postbögen vorliegen. Gründe für das Nichtvorliegen komplett ausgefüllter Bögen sind deskriptiv zu benennen.

Qualitätskriterien

Auf die Benennung und Bewertung von Qualitätsindikatoren wird so lange verzichtet, bis genügend Daten vorliegen, um diese valide benennen zu können.

1. Gemeint ist die Anzahl von Betten auf der pädiatrischen Palliativstation, die ausschließlich für die palliative Patientenversorgung ständig zur Verfügung steht. [↑](#footnote-ref-2)