**Erhebungsbogen für Teams**

**der Spezialisierten Ambulanten**

**Palliativversorgung für Kinder und**

**Jugendliche (SAPV-KJ)**

**zur Zertifizierung**

**von SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche**

**als qualitätssichernde Maßnahme in der   
palliativmedizinischen Versorgung**

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Autorengruppe:

Prof. Dr. med.Boris Zernikow

Dörte Garske

Dr. rer. medic. Maria Janisch

Dr. med.Holger Hauch

Michaela Hach

Dr. med. Miriam van Buiren

Dr. med. Gisela Janßen

Christian-Martin Müller

Andreas Müller

Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Heiner Melching

PD 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 17.09.2024

In diesem Anforderungskatalog sind die fachlichen Anforderungen an SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche seitens der DGP festgelegt. Sie bilden die Grundlage für die Zertifizierung von SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche.

**Angaben zum SAPV-KJ- Team:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name SAPV-KJ-Team: |  |
| Pflegerische Leitung des Teams: |  |
| Ärztliche Leitung des Teams: |  |
| QM-Beauftragte / QM-Beauftragter: |  |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |
| Standort (Anschrift): |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Die Einreichung des ausgefüllten Erhebungsbogen dient der Zertifizierung der SAPV-KJ-Teams nach den Anforderungen der DGP.**

**Kooperierende Einrichtungen:**

(z. B. ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste, Kinder- und Jugendkliniken, Sozialpädiatrische Zentren, Kinderkrankenpflegedienste, …)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung kooperierende Einrichtung (Straße / PLZ / Ort) | Datum Zugang | Datum Abgang |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kooperierende Palliativeinrichtungen:**

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

**Erstellung / Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung des SAPV-KJ-Teams gemäß der Zertifizierungsanforderungen der DGP. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

|  |  |
| --- | --- |
| **Eingabe durch SAPV-KJ-Team:** |  |
| Die eingegebenen Daten beziehen sich auf das Kalenderjahr |  |
| Erstellungsdatum des Erhebungsbogens |  |

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

**Inhaltsverzeichnis**

[Präambel 5](#_Toc169620947)

[1. Allgemeine Angaben 6](#_Toc177551922)

[1.1 Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ) 6](#_Toc177551923)

[1.1.1 Teammitglieder 6](#_Toc177551924)

[1.1.2 Netzwerk 7](#_Toc177551925)

[1.1.3 Infrastruktur 9](#_Toc177551926)

[1.1.4 Multiprofessionelles Behandlungsteam 10](#_Toc177551927)

[1.1.5 Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, Ausbildung 14](#_Toc177551928)

[1.1.6 Angemessene apparative Ausstattung 15](#_Toc177551929)

[1.2 Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit 16](#_Toc177551930)

[1.2.1 Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen / Übergaben mit Ergebnisdokumentation 16](#_Toc177551931)

[1.2.2 Wöchentliche multidisziplinäre Fallbesprechungen 16](#_Toc177551932)

[1.2.3 Maßnahmen zur Stabilisierung und Reflexion der beruflichen Arbeit 17](#_Toc177551933)

[1.2.4 Ethische Fallbesprechungen 17](#_Toc177551934)

[1.2.5 Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern 18](#_Toc177551935)

[1.2.6 Zufriedenheit der Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern 18](#_Toc177551936)

[1.2.7 Information der (Fach-) Öffentlichkeit 18](#_Toc177551937)

[1.2.8 Forschung 19](#_Toc177551938)

[1.3 Patienten- und Angehörigenbeteiligung 20](#_Toc177551939)

[1.3.1 Angebot von Patienten-, Angehörigen- und Familiengesprächen 20](#_Toc177551940)

[1.3.2 Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige 20](#_Toc177551941)

[1.3.3 Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement 21](#_Toc177551942)

[2. Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung 22](#_Toc177551943)

[2.1 Kernprozesse 22](#_Toc177551944)

[2.1.1 Kontaktaufnahme bis Assessment 22](#_Toc177551945)

[2.1.2 Therapieplanung 23](#_Toc177551946)

[2.1.3 Versorgung 24](#_Toc177551947)

[2.1.4 SAPV-KJ-Versorgung im Netzwerk 24](#_Toc177551948)

[2.1.5 Zusammenarbeit Netzwerkpartnern 25](#_Toc177551949)

[2.1.6 Rituale des Abschiednehmens, der Nachsorge und Trauerbegleitung 25](#_Toc177551950)

[2.2 Führungsprozesse 26](#_Toc177551951)

[2.2.1 Ressourcenbereitstellung 26](#_Toc177551952)

[2.2.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele 26](#_Toc177551953)

[2.2.3 Verantwortung und Befugnis 26](#_Toc177551954)

[2.2.4 Risikomanagement und Compliance 27](#_Toc177551955)

[2.2.5 Internes Reporting 28](#_Toc177551956)

[2.2.6 Gesetzliche und behördliche Anforderung 28](#_Toc177551957)

[3. Qualitätssicherung 29](#_Toc177551958)

[Erläuterungen und Ausfüllhinweise 30](#_Toc177551959)

**Präambel**

Mit dem kontinuierlichen Auf- und Ausbau der pädiatrischen Palliativversorgung in Deutschland ist auch die Zahl der Teams für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen (SAPV-KJ-Teams) stetig angestiegen, mittlerweile gibt es mehr als 30 SAPV-KJ-Teams in Deutschland.

Mit dem Rahmenvertrag zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V vom 26.10.2022 werden Mindestanforderungen der Struktur- und Prozessqualität der SAPV-KJ-Teams bundesweit einheitlich definiert. Damit steigt auch die Bedeutung der Qualitätssicherung der SAPV-KJ.

Aus diesen Gründen hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als maßgebliche wissenschaftliche Fachgesellschaft ein eigenes Zertifizierungsverfahren für SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche etabliert: Zertifizierungen und die damit verbundene Überprüfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind unstrittige und positive Errungenschaften im Gesundheitswesen. Die DGP-Zertifizierung erfüllt alle Anforderungen an ein Zertifizierungsverfahren wie z.B. die strikte Trennung der anforderungsgebenden Institution (die DGP als Fachgesellschaft) von der diese Anforderungen überprüfenden Institution (ClarCert als Zertifizierungsgesellschaft).

Die DGP-Zertifizierung ermöglicht SAPV-KJ-Teams den Nachweis, dass sie in der Lage sind, die Versorgung ihrer pädiatrischen Patientinnen und Patienten nach spezifizierten und normierten Vorgaben zu erbringen. Diese Vorgaben berücksichtigen unter anderem die Anforderungen des Rahmenvertrages zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ).

SAPV-KJ-Teams können eine DGP-Zertifizierung beantragen und werden dann auf der Grundlage des Erhebungsbogens und in einem Audit von Fachprüfern mit ausgewiesener Expertise in der pädiatrischen Palliativversorgung bewertet.

Die DGP-Zertifizierung ist ein wesentlicher Schritt in der Qualitätssicherung der Hospizarbeit und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in Deutschland. So können wir garantieren, dass schwerstkranke und sterbende Kinder und Jugendliche in Deutschland die bestmögliche pädiatrische Palliativversorgung erhalten!

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

# Allgemeine Angaben

## Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ)

* + 1. Teammitglieder

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Fachärztin / Facharzt für Kinder und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie oder Anästhesie oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ | **X** | ja  nein |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger mit dem Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort- / Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden (200 UE) oder dem Abschluss eines vergleichbaren Studiums | **X** | ja  nein |
| Psychosoziale Fachkraft mit Hochschulabschluss aus den Bereichen Sozialpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit, Psychologie und Abschluss einer Pädiatrischen Palliative-Care-Fort- / Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden (200 UE) oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums | **X** | ja  nein |
| Andere |  | ja  nein |

* + 1. Netzwerk

**Ambulant**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst | **X** | ja  nein |
| Ambulante (Kinder-) Krankenpflegedienste |  | ja  nein |
| Pädiatrische Fachambulanzen an Kinder- und Jugendkliniken | **X** | ja  nein |
| Sozialpädiatrische Zentren | **X** | ja  nein |
| Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) |  | ja  nein |
| Zentren für seltene Erkrankungen |  | ja  nein |
| Apotheken |  | ja  nein |
| Spirituelle Angebote, Seelsorge |  | ja  nein |
| Home Care Versorger, z.B. für parenterale Ernährung, PCA-Pumpen |  | ja  nein |
| SAPV-KJ-Teams, SAPV-Teams |  | ja  nein |
| Professionelles Dolmetscherbüro |  | ja  nein |
| Andere |  | ja  nein |

**Stationär**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhospizarbeit | **X** | ja  nein |
| Kinder- und Jugendkliniken | **X** | ja  nein |
| Wohngruppen für erkrankte Kinder und Jugendliche |  | ja  nein |
| Einrichtungen der Kurzzeitpflege |  | ja  nein |
| Andere |  | ja  nein |

**Ambulant und stationär**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mit den externen verpflichtenden Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die Vereinbarungen berücksichtigen relevante regionale Strukturen und werden jährlich auf Aktualität geprüft. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Infrastruktur

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eigenständige Adresse | **X** | ja  nein |
| Geeignete administrative Infrastruktur inklusive Büro und Kommunikationstechnik | **X** | ja  nein |
| Geeignetes Dokumentationssystem für die sachgerechte und kontinuierliche Führung einer elektronischen Patientenakte | **X** | ja  nein |
| Geeignetes Dokumentationssystem für den Verbleib in der Häuslichkeit inklusive Behandlungsplan | **X** | ja  nein |
| Notfallvorrat an Betäubungsmitteln | **X** | ja  nein |
| BtM-Rezepte sind vorhanden und ordnungsgemäß gelagert | **X** | ja  nein |
| BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln | **X** | ja  nein |
| Geeignete Mobilitätsausstattung mit für die SAPV-KJ notwendigen Fahrzeuge | **X** | ja  nein |
| Geeignete Räumlichkeiten für die Beratung von Versicherten (behindertengerecht, kindgerecht, rollstuhlgerecht) und deren Eltern / Sorgeberechtigten, sowie von weiteren Zugehörigen, Pflegefachkräften und Ärztinnen oder Ärzten | **X** | ja  nein |
| Geeignete Räumlichkeiten für die Arbeit der SAPV-KJ-Team-Mitglieder einschließlich Teamsitzungen, Besprechungen sowie Telefonie, Dokumentation und Administration | **X** | ja  nein |
| Geeignete Räumlichkeiten für die sachgerechte Lagerhaltung von Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Multiprofessionelles Behandlungsteam

**Personalschlüssel und Qualifikation Ärztinnen/Ärzte**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Benennung Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Kernteam** | **Anstellung bei SAPV-KJ Träger[[1]](#footnote-2)** | **Anerkannte Zusatzbezeichnung Palliativmedizin[[2]](#footnote-3)** | **Erfahrung aus der pädiatrisch palliativen Behandlung[[3]](#footnote-4)** |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| 1,5 VK für 40 Patienten im Kalenderjahr (weitere Steigerung von 0,04 VK je weiterer Patient) + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen (Gesamtanzahl) | **X** | Gesamtanzahl in VK: |
| Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung (inklusive Hausbesuche) mit qualifizierten Ärztinnen / Ärzten ist gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** | ja  nein |
| Überwiegender Anteil der Fachärzte des SAPV-KJ-Teams (>50% der Gesamt-VK) sind Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | **X** | ja  nein |

**Fachlich ärztliche Behandlungsleitung**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ärztlich- fachliche Leitung** | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** |
|  |  | ja  nein |
| **Vertretung ärztlich - fachliche Leitung** | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** |
|  |  |  |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

**Personalschlüssel und Qualifikation Pflegefachkräfte**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Benennung Anzahl der Pflegefachkräfte und Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Kernteam** | **Anstellung bei SAPV-KJ Träger[[4]](#footnote-5)** | **Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort- / Weiterbildungsmaßnahme [[5]](#footnote-6)** | **Erfahrung aus der pädiatrisch palliativen Pflege[[6]](#footnote-7)** |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| 3,0 VK für 40 Patienten im Kalenderjahr (weitere Steigerung um 0,08 VK je weiterer Patient) + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen (Gesamtanzahl) | **X** | Gesamtanzahl in VK: |
| Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung (inklusive Hausbesuche) mit qualifizierten Pflegefachkräften ist gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** | ja  nein |
| Überwiegender Anteil der im SAPV-KJ-Team tätigen Pflegefachpersonen (>50% der Gesamt-VK) trägt die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. | **X** | ja  nein |

**Fachlich pflegerische Leitung**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **pflegerisch- fachliche Leitung** | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin[[7]](#footnote-8)** |
|  |  | ja  nein |
| **Vertretung pflegerisch- fachliche Leitung** | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** | **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin** |
|  |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

**Personalschlüssel und Qualifikation psychosoziale Fachkräfte**

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Benennung Anzahl der psychosozialen Fachkräfte[[8]](#footnote-9) und Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | | **Stellenumfang in VK:** | | **Kernteam** | **Anstellung bei SAPV-KJ Träger[[9]](#footnote-10)** | **Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/ Weiterbildungsmaßnahme [[10]](#footnote-11)** | **Erfahrung aus der pädiatrisch palliativen aus der psychosozialen Betreuung [[11]](#footnote-12)** |
|  | |  | | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
|  | |  | | ja  nein | ja  nein | ja  nein | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | | | **verpflichtend** | | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | | | |
| 0,5 VK für 40 Patienten im Kalenderjahr (weitere Steigerung um 0,01 VK je weiterer Patient) (Gesamtanzahl) | | | **X** | | Gesamtanzahl in VK: | | | | |

* + 1. Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, Ausbildung

sowie regelmäßige Teilnahme an internen oder externen Fortbildungen

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **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 |
| Die 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 Mitarbeitenden (mindestens 16 Stunden pro Jahr) durchgeführt, | **X** | ja  nein |
| Regelmäßige Fortbildung des Teams zum Beispiel zu folgenden Themen:   * Neues aus der Forschung, internationale Standards, Psychohygiene und Selbstfürsorge * Diskussion sensibler Themen (Autonomie von Kindern und Jugendlichen etc.) * Ethische Entscheidungsfindung * Zusammenarbeit und Konfliktlösung im Team * Spirituelle Dimension der Arbeit * Symptomkontrolle * Elternarbeit * 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 |
| Das SAPV-KJ-Team 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** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Anwendung der Geräte erfolgt durch geschultes Personal. | **X** | ja  nein |
| Verfügbare apparative Ausstattung von mindestens:   * Versorgungs- und Behandlungskoffer (für Regel- als auch Krisenhausbesuche) * Transportables Absauggerät | **X** | ja  nein |
| Einweisungen gemäß MPBetreibVo / MPG sind nachweislich vorhanden | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

* + 1. Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen / Übergaben mit Ergebnisdokumentation

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es findet eine werktägliche Besprechung, auch im Sinne einer Übergabe (Ärztin / Arzt plus Pflege), der aktuellen Probleme der Patientin / des Patienten statt. | **X** | ja  nein |
| Die Dokumentation der Besprechungsergebnisse bei Einfluss auf die Therapie findet statt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Wöchentliche multidisziplinäre Fallbesprechungen

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine Gesamtfallbesprechung aller Patientinnen und Patienten aus der Perspektive aller beteiligten Berufsgruppen zur Evaluation der Behandlung und zur Anpassung der weiteren multidimensionalen Planung findet statt.   * zur Besprechung der Behandlungspläne aller durch das SAPV-KJ-Team versorgten Patientinnen und Patienten * mit Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll) * mit Dokumentation der Teilnehmenden * Teilnahme von >75% aller anwesenden Mitarbeitenden des SAPV-KJ-Teams; mindestens ein Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Supervision / Praxisbegleitung in Gruppen- und / oder Einzelgesprächen 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 acht Zeitstunden 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 12 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** | **verpflichtend** | **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 SAPV-KJ-Team selbst vorzuweisen sein, sind aber in das Netzwerk eingebunden und kurzfristig erreichbar. | **X** | ja  nein |
| Ethische Fallbesprechungen werden im Ergebnis dokumentiert. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es werden mindestens zweimal jährlich Netzwerktreffen (im Sinne eines Qualitätszirkels) durchgeführt oder an solchen mitgewirkt, in denen palliative Themen betrachtet werden. (Netzwerk) | **X** | ja  nein  Anzahl pro Jahr: |
| 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** | ja  nein |
| Es wird mindestens einmal jährlich ein Runder Tisch durchgeführt, an dem fallbezogen alle notwendigen Versorgerinnen / Versorger zusammenkommen, um sich in der komplexen Versorgung abzustimmen (ggf. auch digital-kollegiale Fallbesprechung) |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zufriedenheit der Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern

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

* + 1. Information der (Fach-) Öffentlichkeit

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **Verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Mitglieder des SAPV-KJ-Teams bringen sich mindestens einmal jährlich aktiv in Fortbildungen ein oder führen diese durch. | **X** | ja  Anzahl pro Jahr:  nein |
| Informationen zur Arbeit und Erreichbarkeit des SAPV-KJ-Teams sind allgemein zugänglich auf einer Website veröffentlicht. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Forschung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Das SAPV-KJ-Team führt eigene Forschungsprojekte durch oder beteiligt sich an Forschungsprojekten, welche das Ziel haben, die SAPV-KJ qualitativ weiterzuentwickeln. |  | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Patienten- und Angehörigenbeteiligung

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **Verpflichtend** | **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 / Psychologe, Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter, Sozialpädagogin / Sozialpädagoge oder Ethikberaterin / 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 (auch über den Tod des Patienten hinaus)

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **Verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Aktuelle Informationen für Patientinnen / Patienten und Angehörige (z. B. Flyer, Homepage) sind vorhanden und werden aktiv angeboten und bei Bedarf vermittelt (Nennung der Medien und der Art des aktiven Angebots). | **X** | Benennung des Mediums:    Art des aktiven Angebotes: |
| Das SAPV-KJ-Team hat ein Nachsorgekonzept und bietet den Familien auch nach dem Tod des Kindes / des Jugendlichen Unterstützung an. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement

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

# Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung

## Kernprozesse

* + 1. Kontaktaufnahme bis Assessment

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten für die SAPV-KJ Versorgung festgelegt, in welchem unter anderem definiert ist:   * Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner / Kooperationspartnerinnen kommuniziert werden * Systematische Entscheidung über eine Aufnahme nach Situation, Symptomlast und Dringlichkeit | **X** | ja  nein | | |
| Das SAPV-KJ-Team 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) mit prozentualer Verteilung: | **X** | **Diagnosegruppen:** | **Anzahl**  **Jahrespatienten absolut:** | **Anteil**  **Jahrespatienten in %:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Auflistung der Altersverteilung | **X** | **Altersgruppen** | **Anzahl**  **Jahrespatienten absolut:** | **Anteil**  **Jahrespatienten in %:** |
| < 1 Jahr |  |  |
| 1 -5 Jahre |  |  |
| 6 -12 Jahre |  |  |
| 13 -18 Jahre |  |  |
| > 18 Jahre |  |  |
| Das Assessment zur Therapiezielplanung findet gemeinsam durch Ärztin / Arzt und Pflegefachkraft 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; FACETS-OF-PPC) ist beschrieben. | **X** | ja  nein | | |
| Eine standardisierte Verlaufsdokumentation des Symptomgeschehens ist erstellt. | **X** | ja  nein | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

* + 1. Therapieplanung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Therapieplanung erfolgt fortlaufend für jede Patientin / jeden Patienten individuell und wird entsprechend dokumentiert. | **X** | ja  nein |
| Für jede Patientin / jeden Patienten existiert ein, in Kopie in der Häuslichkeit verbleibender, Behandlungsplan inklusive:   * Erreichbarkeit des SAPV-KJ-Teams (je nach verordneter Leistung 24-stündige Erreichbarkeit) * Diagnose und ausgeprägte Symptomkomplexe, * geplante, regelmäßige Medikation (Medikamentenplan), * Bedarfs- und Notfallmedikation in Bezug auf die relevanten Symptomkomplexe (Medikamentenplan), * weitere ressourcenorientierte Bedarfsinterventionen, * Vorgehensweisen und Maßnahmen in Notfallsituationen und bei Kriseninterventionen, * Einbindung medizinischer Versorgungs- und Notfallbehandlungssysteme (Versorgungssetting) einschließlich deren Erreichbarkeit/Verfügbarkeit,   weitere geplante Maßnahmen (z. B. zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität). | **X** | ja  nein |
| Der Behandlungsplan wird regelmäßig mit den an der Versorgung Beteiligten abgestimmt. | **X** | ja  nein |
| Ein dokumentiertes Verfahren zu schwierigen Entscheidungen (Beginn – oder Beendigung einer Beatmung, erneuter Klinikaufenthalt bei Pneumonie oder Sterben zulassen, etc.) ist hinterlegt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Versorgung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die definierte und dokumentierte Symptomerfassung und Verfahren zur Behandlung sind anhand von Patientenbeispielen nachgewiesen. | **X** | ja  nein |
| Kernprozesse sind in SOPs beschrieben. Das sind mindestens die folgenden:   * Aufnahme in die SAPV inklusive Erstkontakt und   (Erst-/Re-) Assessment   * Hausbesuch und Krisenintervention * Sozialrechtliche Beratung * Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen vor Ort * Behandlung im Voraus planen (vorausschauende Versorgungsplanung) * Versorgung am Lebensende (Notfallvorausplanung, palliative Notfälle) * Verordnung und Anwendung einer patientenkontrollierten Analgesie (PCA) * Versorgung beatmeter Patientinnen / Patienten * Versorgung von Patientinnen / Patienten in Wohngruppen und Kinderhospizen * Palliative Sedierung * Umgang mit Patientinnen / Patienten aus anderen Kulturkreisen / mit anderen als der christlichen Religion * Umgang mit ethischen Konflikten und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen * Blutabnahmen und Labor * Versorgung von Patientinnen / Patienten mit multiresistenten Erregern * Schutzkonzept „Kindeswohlgefährdung“ und Umgang mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung * Aufgaben unmittelbar nach dem Tod des Kindes / Jugendlichen * Nachsorge | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. SAPV-KJ-Versorgung im Netzwerk

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Beendigung der SAPV-KJ-Versorgung von Patientinnen und Patienten festgelegt. | **X** | ja  nein |
| Es besteht eine systematische, dokumentierte Planung für die Beendigung der SAPV mit Information aller relevanten beteiligten Behandler, sowohl beim regulären Abschluss als auch beim Tod des Kindes / Jugendlichen. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zusammenarbeit Netzwerkpartnern

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Versorgung mit Hilfsmitteln auch für den Notfall ist sichergestellt. | **X** | ja  nein |
| Die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung ist geregelt. | **X** | ja  nein |
| Die Zusammenarbeit mit ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten ist verbindlich geregelt | **X** | ja  nein |
| Die Durchführung von Labordiagnostik ist verbindlich geregelt | **X** | ja  nein |

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

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt (Kinder- und Jugend- oder Hausärztin / -arzt, andere Netzwerkpartnerinnen / -partner usw.). | **X** | ja  nein |
| Im Todesfall erfolgt die Information betroffener Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner innerhalb von drei 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 * Aufbahrung bzw. Verbleiben des/der Verstorbenen in der Häuslichkeit, um ein Abschiednehmen zu ermöglichen * Angebot psychologischer, psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung der Angehörigen bei der Verabschiedung * kultursensibler Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen | **X** | ja  nein |
| Es existiert ein Ritual für die Familie und Mitarbeitende für den Abschied von Verstorbenen. Hierzu stehen notwendige Utensilien zur Verfügung. | **X** | ja  nein |
| Den Familien 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** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Der Träger des SAPV-KJ-Teams stellt die Ressourcen (personell, infrastrukturell) für eine Durchführung der SAPV gemäß gültigem Bundesrahmenvertrag sowie des Versorgungskonzeptes sicher. | **X** | ja  nein |
| Das SAPV-KJ-Team verfügt über eine eigene Kostenstelle. | **X** | ja  nein |
| Das Bestreben der Mitarbeitenden nach ständiger Verbesserung der SAPV-KJ wird durch die Leitung des SAPV-KJ-Teams unterstützt. | **X** | ja  nein |
| Zur gezielten Ressourcensteuerung und deren Einsatz ermittelt die jeweilige fachliche Leitung des SAPV-KJ-Teams den Bedarf der zugehörigen Berufsgruppen. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Qualitätspolitik und Qualitätsziele

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Qualitätspolitik wird den Mitarbeitenden vermittelt und entspricht den ethischen Grundsätzen der Palliativversorgung. Die Qualitätspolitik ist auch den Patientinnen / 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** | **verpflichtend** | **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 und Compliance

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine Beschreibung der internen Risiken bezüglich der Kern-, Stütz- und Führungsprozesse ist vorhanden. | **X** | ja  nein |
| Es wird mindestens alle drei Jahre eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Eintrittswahrscheinlichkeit und des möglichen Schadensausmaßes durchgeführt. | **X** | ja  nein |
| Das SAPV-KJ-Team hat ein Compliance-Konzept, welches mindestens die nachfolgenden Inhalte hat:   * Bekenntnis zur Compliance * Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten bzgl. der Compliance * Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen   + Abrechnung von Leistungen   + Annahme von Spenden   + Schutz des Eigentums im Haushalt der Patienten und Patientinnen   + Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern * Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems * Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter * Information der Patientinnen und Patienten | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Internes Reporting

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Das Interne Reporting erfolgt mindestens einmal jährlich schriftlich durch die Leitung und wird allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht. | **X** | ja  nein |
| Inhalte sind neben den Kennzahlen des SAPV-KJ-Teams (Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten) u. a. die Stellungnahme der Leitung zu den Qualitätszielen und deren Erreichung, Veränderungen im Berichtszeitraum, neue Ziele, Verbesserungen, Maßnahmen aus den letzten Reports. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Gesetzliche und behördliche Anforderung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Leitung des SAPV-KJ-Teams stellt die Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Anforderungen (insbesondere Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Umgang mit Medizinprodukten) sicher. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Qualitätssicherung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP** | **verpflichtend** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Das SAPV-KJ-Team ist im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland aufgenommen. | **X** | ja  nein |
| Im Rahmen der Qualitätssicherung hat das SAPV-KJ-Team ein schriftliches Versorgungskonzept gemäß §5 des Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) vom 26.10.2022 erstellt. | **X** | ja  nein |
| Das SAPV-KJ-Team hat ein CIRS (Critical Incident Reporting System) eingeführt bzw. beteiligt sich an einem übergreifenden CIRS (z.B. CIRS-palliativ). Eine auf das SAPV-KJ-Team bezogene Jahresauswertung kann vorgewiesen werden. | **X** | ja  nein |
| Alle Familien werden gebeten, zu Beginn der SAPV-KJ-Versorgung und bei Ende der SAPV-KJ-Versorgung den FACETS of PPC-Fragebogen (FAmiliy CEntered multidimenSional Outcome measure for Paediatric Palliative Care) oder ein vergleichbares Instrument auszufüllen. |  | ja  nein |
| Einmal im Jahr erfolgt eine Auswertung des Erfassungsinstrumentes FACETS of PPC -auf Skalenebene und bei der Skala „Symptome“ auf Einzelebene, sowie eine Kommunikation der Auswertungsergebnisse im SAPV-KJ-Team. |  | ja  nein |
| Qualitätsindikatoren werden erfasst und messbar ausgewertet | **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 obigen Tabellen zeigen 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. ***Begriffserläuterungen***
   1. Kernprozess

Die Kernprozesse umfassen alle Tätigkeiten, die zur Erfüllung der im Mittelpunkt stehenden Aufgaben des SAPV-KJ-Teams erforderlich sind und von dem SAPV-KJ-Team selbst erbracht werden.

* 1. Kooperationspartner

Sämtliche Personen bzw. Institutionen, die für das SAPV-KJ-Team an der palliativen Versorgung von 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.

* 1. Pflegefachkraft

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dreijähriger Ausbildung zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger.

* 1. Qualitätszirkel

Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit zum konstruktiven Austausch aller an der palliativen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Ehrenamtlichen. Neben aktuellen Informationen zur Palliativversorgung aus Politik, Wissenschaft und Lehre wie auch der Vernetzung und Weiterentwicklung überregionaler Strukturen werden Problem- und Fragestellungen in der täglichen Patientenbegleitung von den Teilnehmern eingebracht und multiprofessionell diskutiert. Das Ergebnis ist schriftlich festzuhalten. In der pädiatrischen SAPV sind Qualitätszirkel im engeren Sinne auch Treffen der AG-SAPV-KJ der DGP oder Treffen aller regionalen und in einem Bundesland tätigen SAPV-KJ-Teams.

* 1. Jahrespatienten

Ein Jahrespatient ist ein Patient, der in mindestens einem Quartal im betreffenden Jahr eine SAPV-KJ-Versorgung erhielt und der eine für dieses Quartal gültige SAPV-Verordnung hatte. Ein individueller Patient kann nur einmal im Jahr als Jahrespatient gezählt werden.

* 1. Team

Die SAPV-KJ wird durch ein multiprofessionelles Team erbracht. Dieses kann als Gesamtheit beim Träger des SAPV-KJ-Teams angestellt sein oder sich aus einem Kernteam und weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammensetzen. Für die Mindestpersonalausstattung des SAPV-KJ-Kernteams gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Maßgaben (in Vollzeitäquivalenten/VZÄ):

• 1,5 VZÄ Ärztinnen oder Ärzte

• 3,0 VZÄ qualifizierte Pflegefachkräfte

• 0,5 VZÄ psychosoziale Fachkraft

Die vorgenannten Mindestpersonalvorgaben sind zu mindestens 50 % über bei dem Träger des SAPV-KJ-Teams angestelltes Personal abzudecken. Dem angestellten Personal gleichgestellt sind Eigentümerinnen und Eigentümer oder Gesellschafterinnen und Gesellschafter des SAPV-KJ-Teams sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte sowie gestellte (überlassene) Mitglieder der Schwesternschaften vom Roten Kreuz. Bei den Mitarbeitenden im SAPV-KJ-Kernteam muss aus der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppe jeweils mindestens eine Person mit einem Umfang von mindestens 50 % VZÄ beim SAPV-KJ-Team angestellt sein, die neben der Tätigkeit in der Versorgung auch die jeweilige fachliche Leitung des SAPV-KJ-Teams innehaben.

Die Personaläquivalenzen wurden für 40 Patienten (Versicherte) pro Jahr festgelegt.

Pro weiteren Patienten (Versicherten) wird die Personaläquivalenz im ärztlichen Bereich um 0,04 VzÄ, im pflegerischen Bereich um 0,08 VzÄ und im psychosozialen Bereich um 0,01 VzÄ gesteigert.

*Beispiel eines SAPV-KJ-Teams mit 58 Patienten im Kalenderjahr:*

*• insgesamt 2,22 VZÄ Ärztinnen oder Ärzte (1,5 VZÄ + 1,5 VZÄ für die 18 weiteren Patienten)*

*• insgesamt 4,44 qualifizierte Pflegefachkräfte (3,0 VZÄ + 1,44 VZÄ für die 18 weiteren Patienten)*

*• insgesamt 0,68 psychosoziale Fachkraft (0,5 VZÄ + 0,18 VZÄ für die 18 weiteren Patienten)*

* 1. Risikobewertung

Die Risikobewertung beurteilt auf Grundlage der Risikoanalyse, ob das Risiko, das von einer Ware, einer Dienstleistung oder dem Betrieb einer Produktionsanlage ausgeht, unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen akzeptabel und eventuelle Restrisiken vertretbar sind. Für die Bewertung des Risikos können verschiedene Beurteilungsmethoden verwendet werden, die meist auf einem Vergleich mit anderen Risiken basieren (siehe das GAMAB-Prinzip). Um den Umfang von Risiken vergleichen zu können werden Risikomaße berechnet. Weitere Beispiele für Verfahren sind ALARP oder die minimale endogene Mortalität (MEM). Die Risikobewertung erfolgt jeweils vor und nach der Durchführung von Abhilfemaßnahmen und ist Teil des Risikomanagements, 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.

Eine Risikoanalyse könnte wie folgt aussehen (beispielhaft):

Klinik

Stand:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **hoch = 10** | **hoch = 10** | **hoch = 10** |  |  |  |
|  |  | **gering = 1** | **gering = 1** | **gering = 1** | **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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. oder Eigentümerin/Eigentümer [↑](#footnote-ref-2)
2. Nach der aktuell gültigen Weiterbildung der Landesärztekammer [↑](#footnote-ref-3)
3. 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 Jugend)Hospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv, Palliativ), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. [↑](#footnote-ref-4)
4. oder Eigentümerin/Eigentümer [↑](#footnote-ref-5)
5. im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums [↑](#footnote-ref-6)
6. Erfahrungen aus der pädiatrischen palliativen Pflege 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 Jugend)Hospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv, Palliativ), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. [↑](#footnote-ref-7)
7. oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger [↑](#footnote-ref-8)
8. Psychosoziale Fachkräfte im Sinne des Rahmenvertrages SAPV nach §132d SGB V haben folgende Grundqualifikationen: Hochschulabschluss aus dem Bereich Sozialpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit oder Psychologie [↑](#footnote-ref-9)
9. oder Eigentümerin/Eigentümer [↑](#footnote-ref-10)
10. im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums [↑](#footnote-ref-11)
11. Erfahrungen aus der psychosozialen Betreuung 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 Jugend) Hospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv, Palliativ), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. [↑](#footnote-ref-12)