



# Anforderungskatalog

zur Zertifizierung von

## Perinatalzentren Level 1

2018-01

## Vorbemerkungen

Dieser Anforderungskatalog umfasst die wesentlichen Anforderungen an ein **fachspezifisches Qualitätsmanagement-Zertifikat für Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe in Deutschland**.

Der Anforderungskatalog leitet sich aus **gesetzlichen und behördlichen Vorgaben und Richtlinien** ab und wurde in Abstimmung mit **führenden Experten der Perinatalmedizin** durch weitere Forderungen **ergänzt**. Bei der Festlegung der Grundlagen für die Zertifizierung waren neben Vertretern der **Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**, der **Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)** und der **Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin (DGPGM)** auch Vertreter der **Arbeitsgemeinschaft Materno-Fetale Medizin (AGMFM)** der DGGG, der **Arbeitsgemeinschaft Schwangerschaftshochdruck und Gestose (AGSG)** der DGGG und der **Arbeitsgemeinschaft der leitenden Feto-Maternal Mediziner** der DGGG beteiligt.

Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form, für Hebammen und Entbindungspfleger die weibliche verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

## Grundlagen für den Anforderungskatalog

**Die folgenden Richtlinien und Vereinbarungen wurden bei der Erarbeitung des Anforderungskatalogs in ihrer jeweils gültigen Fassung für das Zertifikat berücksichtigt:**

1. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("**Mutterschafts-Richtlinien**")
2. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL), insbesondere Anlage 2: **Anforderungen an die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen in der jeweils gültigen Fassung**
3. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik ("**Ultraschall-Vereinbarung**")
4. **Empfehlung zur Stillförderung** in Krankenhäusern (Nationale Stillkommission BfR (Bundesinstitut für Risikobewertung))
5. Richtlinie über den Inhalt der **Weiterbildung** der Bundesärztekammer
6. Geltende **Leitlinien und Empfehlungen** der Fachgesellschaften (DGGG, DGPM, GNPI, DGKJ, DGAI). Veröffentlicht auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF – [www.awmf.org](http://www.awmf.org))
7. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern ("**Kinder-Richtlinie**") **in der jeweils gültigen Fassung**
8. Umsetzung der Vereinbarung über **Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen** des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
9. Empfehlungen der **Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)**
10. Richtlinie für die **Organisation für geburtshilfliche und gynäkologische Versorgung in Krankenhäusern** (DKG-Empfehlung vom 24.10.1978)
11. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (**Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL**), **in der jeweils gültigen Fassung**

**Darüber hinaus wurden weitere, wichtige Kriterien in den Anforderungskatalog aufgenommen:**

12. Durchgängigkeit der **Qualitätsmanagementsysteme** von interdisziplinär zusammenwirkenden Kliniken
13. **Aus- und Fortbildung** von medizinischem Personal
14. **Transparenz** der Perinatalzentren nach Außen
15. Planung und Umsetzung von **Verbesserungsmaßnahmen**
16. **Anforderungen der Fachgesellschaften** zu verschiedenen Bereichen

**Änderungen gegenüber der Version 2016-06:**

Alle Änderungen wurden **gelb hinterlegt**.

**An der Überarbeitung haben mitgewirkt:**

Frau Dr. Babett Ramsauer, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Vertreterin der DGPM

Herr Prof. Dr. med. Holger Stepan, Universitätsklinikum Leipzig

Herr Dr. Sven Seeger, Krankenhaus St. Elisabeth St. Barbara, Halle an der Saale

Herr Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner, Universitätsklinikum Jena

Herr Prof. Dr. med. Axel Feige

Herr Prof. Dr. med. Burkhard Schauf, Klinikum Bamberg

Herr Dr. Axel von der Wense, Altonaer Kinderkrankenhaus, Hamburg

Herr Prof. Ulrich Thome, Universitätsklinikum Leipzig

Frau Dr. med. Beatrix Schmidt, St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof

Herr Dr. med. Dirk Manfred Olbertz, Klinikum Südstadt, Rostock

**Die Zertifizierung von Perinatalzentren und der Anforderungskatalog werden getragen durch die**

**Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin - DGPGM**

**Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin - DGPM**

**Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtsmedizin - DGGG**

**Arbeitsgemeinschaft Materno-Fetale Medizin (AGMFM) der DGGG**

**Arbeitsgemeinschaft Schwangerschaftshochdruck und Gestose (AGSG) der DGGG**

**Arbeitsgemeinschaft der leitenden Feto-Maternal Mediziner der DGPM**

Anregungen des Bundesverbandes „**Das frühgeborene Kind**“ e.V. wurden berücksichtigt.

Die Entscheidungen über die Forderungen, die in den Anforderungskatalog aufgenommen werden, wurden mit **Mehrheitskonsens** des Advisory Boards getroffen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Informationen / Kennzahlen des Perinatalzentrums</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Struktur und Leitung</b> .....	<b>8</b>
I.1. Definition Perinatalzentrum .....	8
I.1.1 Level 1 Zentrum .....	8
I.1.2 Kooperationspartner .....	9
I.2. Leistungserbringung und Vernetzung .....	10
I.2.1 Leistungsumfang.....	10
I.2.2 Vernetzung in der Region .....	10
I.3. Leitung des Perinatalzentrums .....	10
I.3.1 Leitung der Geburtshilfe.....	10
I.3.2 Leitung der Neonatologie.....	11
I.4. Kooperationsmanagement .....	11
I.4.1 Leitungsstrukturen des PNZ .....	11
I.4.2 Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Regeln .....	11
I.4.3 Vereinbarungen mit den Kooperationspartnern.....	11
I.4.4 Prozessbeschreibungen .....	12
I.4.5 Handbuch des PNZ.....	12
I.5. Räumliche und apparative Ausstattung.....	12
I.5.1 „Wand-an-Wand“-Lokalisation .....	12
I.5.2 Technische Ausstattung im Kreißaal.....	13
I.5.3 Anzahl der Intensivtherapieplätze der NICU.....	13
I.5.4 Mindestausstattung der NICU.....	13
I.5.5 Erstversorgung: Anforderungen an die Umgebungsbedingungen .....	13
I.5.6 Anforderungen an die Hygiene .....	13
I.5.7 Kinderchirurgische Versorgung.....	14
I.6. Ansprechpartner des PNZ.....	14
<b>II. Versorgung</b> .....	<b>15</b>
II.1. Anforderungen an den ärztlichen Dienst .....	15
II.1.1 Geburtshilfe: Ärztlicher Dienst .....	15
II.1.2 Geburtshilfe: Qualifikation für Hintergrunddienst .....	15
II.1.3 Neonatologie: Ärztlicher Dienst.....	15
II.1.4 Neonatologie: Qualifikation für Hintergrunddienst .....	15
II.2. Anforderungen an die Pflege / Stationsleitungen .....	15
II.2.1 Wöchnerinnenstation: Pflege .....	15
II.2.2 Neonatologie: Pflege.....	16
II.3. Anforderungen an die Hebammen .....	17
II.3.1 Anzahl der Hebammen .....	17
II.3.2 Ärztlich geleitete Entbindung .....	17
II.3.3 Kreißaalaufnahme durch Arzt .....	17
II.3.4 Hauptamtliche Leitung des Kreißaales .....	17
II.3.5 24-Stunden-Präsenz im Kreißaal .....	17
II.3.6 Erreichbarkeit der Hebamme .....	18
II.4. Anforderungen an die psychosoziale Betreuung.....	18

II.4.1 Professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern .....	18
II.4.2 Betreuung der Familie im häuslichen Umfeld .....	18
II.4.3 Entwicklungsbeurteilung .....	18
II.5. Anforderungen an die Physiotherapie .....	18
II.5.1 Qualifikation der Therapeuten.....	18
<b>III. Ärztliche Betreuung der werdenden Mutter während der Schwangerschaft und der Mutter nach der Geburt sowie des Neugeborenen .....</b>	<b>19</b>
III.1. Allgemeines .....	19
III.1.1 Leitlinienkonformes Handeln.....	19
III.1.2 Notfallsituationen und typische Behandlungssituationen .....	19
III.1.3 Fire-Drills .....	19
III.1.4 Trainings für "non-technical-skills" .....	20
III.2. Still- und Bindungsförderung - Anzahl der Laktationsberater.....	20
III.3. Anforderungen an Medizinprodukte und die Ultraschalldiagnostik .....	20
III.3.1 Medizinprodukte.....	20
III.3.2 Einweisungen in die Medizinprodukte.....	20
III.3.3 Dokumentation und Durchführung der Ultraschalluntersuchung .....	20
III.3.4 Früherkennungsuntersuchung der Säuglingshüfte.....	21
III.3.5 Bilddokumentation der Ultraschalluntersuchung .....	21
III.3.6 Dokumentationssystem.....	21
III.3.7 Qualifikationsnachweis für die Ultraschalldiagnostik der Geburtshelfer .....	21
<b>IV. Qualifikationen, Aus- und Fortbildung.....</b>	<b>22</b>
IV.1. Personalführung .....	22
IV.1.1 Weiterbildung im Schwerpunkt.....	22
IV.1.2 Einarbeitungskonzept .....	22
IV.1.3 Qualifikationsmatrix .....	22
IV.1.4 Schulungsplan für die Fortbildung .....	22
IV.1.5 Regelmäßige berufsgruppenübergreifende perinatalspezifische Fortbildung.....	22
IV.1.6 Fortbildungsveranstaltung für Außenstehende .....	23
IV.1.7 Mitarbeitergespräche.....	23
IV.1.8 Logbuch für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt und im Schwerpunkt.....	23
IV.1.9 Stätte für die ärztliche Weiterbildung.....	23
<b>V. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess .....</b>	<b>24</b>
V.1. QM-System des Perinatalzentrums .....	24
V.1.1 Qualitätspolitik des PNZ .....	24
V.1.2 Qualitätsziele .....	24
V.1.3 Interne Audits.....	24
V.1.4 Zertifiziertes Qualitätsmanagement-System .....	24
V.2. Qualitätszirkel und Fallkonferenzen .....	25
V.2.1 Interdisziplinäre Qualitätszirkel.....	25
V.2.2 Interdisziplinäre Fallkonferenzen.....	25
V.2.3 Etabliertes Risk- und Schadensmanagement .....	26
V.3. Externe Qualitätssicherung .....	26
V.3.1 Qualitätssicherungsverfahren.....	26
V.4. Qualitätskriterien .....	26

---

V.4.1 Qualitätsindikatoren .....	26
V.4.2 Erfassung lebendgeborener Kinder < 34 SSW .....	27
V.5. Beteiligung der Patienten .....	27
V.5.1 Patienteninformation (allgemein) .....	27
V.5.2 Kooperation mit Selbsthilfegruppen.....	27
V.5.3 Entlassungsgespräch .....	27
V.5.4 Patientenbefragung und Beschwerdemanagement .....	28
V.6. Konzepte für die Integration der Eltern .....	28

## Informationen / Kennzahlen des Perinatalzentrums

### Allgemeine Informationen zum PNZ

Bezeichnung des PNZ

---

Leiter des PNZ

---

QM-Beauftragte(r) des PNZ

---

Zertifiziertes QM-System vorhanden

JA  NEIN

Wenn ja      Zertifikat gültig bis

---

Zertifizierungsstelle

---

AFK ausgefüllt / aktualisiert am

---

### Kennzahlen des PNZ

Anzahl Geburten

---

Anzahl Kinder ... davon ...

---

< 1.500 Gramm

---

< 1.250 Gramm

---

Anzahl der Mehrlingsschwangerschaften

---

**Die Angaben beziehen sich auf das Kalenderjahr:**

## I. Struktur und Leitung

### I.1. Definition Perinatalzentrum

#### I.1.1 Level 1 Zentrum

##### Anforderungen

Definition: ein Perinatalzentrum Level 1 besteht aus **Geburtshilfe** und **Neonatologie** am gleichen Standort.

Die **Leitung des Perinatalzentrums** erfolgt kooperativ von beiden Hauptbehandlern.

Ist ein Perinatalzentrum als **Verbundzentrum** organisiert so gilt der Anforderungskatalog für jeden einzelnen Standort.

Das Perinatalzentrum erfüllt als Grundvoraussetzung für die Zertifizierung die **Anforderungen des G-BA für Level 1 Zentren** in der jeweils gültigen Fassung.

Das Perinatalzentrum wird gebildet aus

**Hauptbehandlern:**

- Geburtsmediziner
- Neonatologe



### I.1.2 Kooperationspartner

Anforderungen		
Kooperationspartner <sup>1</sup> :	intern	extern
Anästhesie <sup>a)</sup> und Intensivmedizin <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke <sup>b)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbank <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsdiagnostik oder SPZ <sup>c, d)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst <sup>2</sup> und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung <sup>c, d)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin, inkl. Nephrologie / Dialyse / Diabetologie / Kardiologie <sup>b)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderkardiologische Diagnostik als Rufbereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaushygiene <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor im Schicht <sup>4</sup> - oder Bereitschaftsdienst <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrobiologie, Virologie als Regeldienst (auch telefonisch), zusätzlich besteht an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst, auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropädiatrie als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie <sup>c, d)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie für Neugeborene <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie und Psychiatrie <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Beratung <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie als Rufbereitschaftsdienst; Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst <sup>c)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die **Ansprechpartner** (mit Angabe der Position (z. B. Chefarzt, leitender Oberarzt, etc.), ob interner oder externer **Kooperationspartner**, wenn extern: liegt ein Kooperationsvertrag vor) **inkl. Konsiliardienste** sind festgelegt, benannt und im Anforderungskatalog hinterlegt.

<sup>1</sup> obligat am Standort und

**a)** = 24 Std. verfügbar; **b)** = täglich verfügbar; **c)** = werktäglich verfügbar; **d)** Kooperationspartner am anderen Standort möglich

<sup>2</sup> Unter "Regeldienst" wird im Sinne dieses AFK die in der jeweiligen Einrichtung übliche tägliche Arbeitszeit an den Wochentagen Montag bis Freitag, außer an gesetzlichen Feiertagen, verstanden (z. B. von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr, d.h. ohne Berücksichtigung einer eventuell für einen Schichtdienst festgelegten Zeitspanne).

<sup>3</sup> Rufbereitschaftsdienst im Sinne dieses AFK erfordert, dass der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger während des Dienstes jederzeit erreichbar und auf Abruf im Rahmen der im Krankenhaus getroffenen Regelungen am Arbeitsplatz einsatzfähig ist. Das Perinatalzentrum ist verpflichtet, in den Regelungen zum Rufbereitschaftsdienst auch die Dauer bis zur Einsatzfähigkeit am Arbeitsplatz zu berücksichtigen, die innerhalb einer der Situation vor Ort angemessenen Zeit, d.h. dem voraussichtlichen Bedarf entsprechend, möglich sein muss. Der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger hat während des Dienstes seinen Aufenthaltsort so zu wählen, dass er jederzeit in der Lage ist, diese Regelung einzuhalten.

<sup>4</sup> Schichtdienst im Sinne dieses AFK erfordert, dass der Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des Dienstes am Arbeitsplatz aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall sofort seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

<sup>5</sup> Bereitschaftsdienst im Sinne dieses AFK erfordert, dass der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des Dienstes an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall innerhalb kürzester Zeit seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

## I.2. Leistungserbringung und Vernetzung

### I.2.1 Leistungsumfang

#### Anforderungen

Folgende **Erkrankungen** und **Störungen** werden im Perinatalzentrum Level 1 diagnostiziert und behandelt:

- Geschätztes **Geburtsgewicht von < 1.250 g** und/oder einem Gestationsalter von **< 29+0 SSW**
- **Mehrlinge**
- **Metabolische** und **endokrine Erkrankungen** von Mutter und Kind, **Diabetes mellitus** der Schwangeren inkl. der fetalen Komplikationen (Fetopathia diabetica / Makrosomie)
- **Risikoschwangerschaften** durch seltene Erkrankungen von Mutter und Kind (Tumorerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, HIV, Drogenabusus, etc.)
- **Schwere fetale IUGR** (< P3)
- schwere **Präeklampsie**
- **HELLP-Syndrom**
- **Fehlbildungen** mit chirurgischer Interventionsnotwendigkeit in der Perinatalzeit
- **Perinatale Asphyxie**

### I.2.2 Vernetzung in der Region

#### Anforderungen

Das Perinatalzentrum strebt an, sich mit den **Krankenhäusern in der Region** über Kooperationsverträge zu **vernetzen**.

Es findet ein **regelmäßiger** Informationsaustausch mit anderen Häusern / Zentren in der Region statt. Dies kann bei gemeinsamen Veranstaltungen, Qualitätszirkeln oder sonstigen Weiterbildungsveranstaltungen geschehen.

## I.3. Leitung des Perinatalzentrums

### I.3.1 Leitung der Geburtshilfe

#### Anforderungen

#### I.3.1.1

- Die **ärztliche Leitung der Geburtshilfe** obliegt einem **Facharzt** für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der **Qualifikation im Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**. Dieses ist der Chefarzt oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (z. B. Oberarzt oder Sektionsleiter)<sup>6</sup>.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Leiters der Geburtshilfe sind schriftlich festgelegt.

#### I.3.1.2

- Der **Stellvertreter** der ärztlichen Leitung weist die **gleiche Schwerpunktbezeichnung** nach.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Stellvertreters sind schriftlich festgelegt.

#### I.3.1.3

- Der Leiter der Geburtshilfe hat die **volle Weiterbildungsbefugnis** im Schwerpunkt "**Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**".

#### I.3.1.4

- Die **ärztliche Leitung** sowie ein weiterer Mitarbeiter der Klinik verfügen über mindestens die **DEGUM-II Qualifikation**, alternativ die **Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung** zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie vorweisen können (§ 9 Ultraschallvereinbarung, Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs.

<sup>6</sup> Ist die benannte Leitung auch mit anderen Bereichen befasst (z. B. operative Gynäkologie), so ist darzulegen, wie die organisatorischen und inhaltlichen Entscheidungen mit dem Bereichsleiter / Oberarzt geregelt sind. Darunter fallen auch die Modalitäten des Stellenplans und der Personalauswahl und -entwicklung.

2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik).

### I.3.2 Leitung der Neonatologie

#### Anforderungen

##### I.3.2.1

- Die **ärztliche Leitung** der stationären Behandlung **eines Früh- und Neugeborenen** obliegt durchgängig einem **Facharzt** für "Kinder- und Jugendmedizin" oder "Kinderheilkunde" mit der Qualifikation im **Schwerpunkt Neonatologie**. Dieses ist der Chefarzt oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (z. B. Oberarzt oder Sektionsleiter)<sup>7</sup>.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Leiters der Neonatologie sind schriftlich festgelegt.

##### I.3.2.2

- Der **Stellvertreter** der ärztlichen Leitung weist die **gleiche Schwerpunktbezeichnung** nach.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Stellvertreters sind schriftlich festgelegt.

##### I.3.2.3

- Der Leiter der Neonatologie hat die **volle Weiterbildungsbefugnis** im Schwerpunkt **"Neonatologie"**.

### I.4. Kooperationsmanagement

#### I.4.1 Leitungsstrukturen des PNZ

#### Anforderungen

##### I.4.1.1

Die **Leistungsstrukturen des Perinatalzentrums** sind festgelegt:

- Regelung des Verhältnisses der **Hauptbehandler** (Geburtsmediziner und Neonatologe) **untereinander** (z. B. in einer **Geschäftsordnung**)

##### I.4.1.2

Die **QM-Verantwortlichkeiten** sind festgelegt:

- Das Perinatalzentrum soll über einen **QM-Beauftragten** (QMB) mit entsprechender Ausbildung verfügen (z. B.: BÄK, QMB – TÜV, oder vergleichbar). Die QM-Ausbildung soll bis zur **Rezertifizierung** nachgewiesen werden.
- Die Aufgaben und Befugnisse des QMB sind schriftlich festgelegt.

#### I.4.2 Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Regeln

#### Anforderungen

##### I.4.2.1

Die Leitung des Perinatalzentrums stellt sicher, dass die **gesetzlichen und behördlichen Regeln und Vorgaben**, die jeweils relevanten und gültigen **Leitlinien und Normen** in der aktuellen Fassung dem Perinatalzentrum zur Verfügung stehen. Klinikinterne **Diagnose- und Therapiestandards** sind erstellt und werden vorgehalten.

##### I.4.2.2

Die **relevanten Regelungen** sind im Perinatalzentrum den zuständigen Mitarbeitern **bekannt**, werden **beachtet** und **eingehalten**. Bei Abweichungen liegen begründete Handlungsanweisungen vor (z. B. nach neuem Urteil oder relevanter Studie).

#### I.4.3 Vereinbarungen mit den Kooperationspartnern

#### Anforderungen

<sup>7</sup> Ist die benannte Leitung auch mit anderen Bereichen befasst (z. B. allgemeine Pädiatrie), so ist darzulegen, wie die organisatorischen und inhaltlichen Entscheidungen mit dem Bereichsleiter / Oberarzt geregelt sind. Darunter fallen auch die Modalitäten des Stellenplans und der Personalauswahl und -entwicklung.

#### I.4.3.1

Mit den **Kooperationspartnern** sind **schriftliche Vereinbarungen** (Kooperationsverträge) zu schließen, wenn diese verschiedenen Trägern angehören.

#### I.4.3.2

Die Vereinbarungen sind im 3-jährigen Rhythmus im Perinatalzentrum auf Aktualität **zu überprüfen**.

#### I.4.3.3

Die Vereinbarungen **regeln mindestens die folgenden Punkte**:

- Festlegung der konkreten Zusammenarbeit an den Nahtstellen
- Verantwortlichkeiten, Ansprechpartner
- Kapazitätsvereinbarungen und zeitliche Verfügbarkeiten
- Einhaltung der Schweigepflicht
- Umgang mit personenbezogenen Daten (vornehmlich bei digitalen Daten)
- Kommunikationsstrategien
- Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit
- Zusammenarbeit und Beteiligung bei internen und Zertifizierungsaudits

#### I.4.3.4

Sind alle Leistungserbringer an einem Standort und dem gleichen Träger angehörend, sind diese Kooperationsvereinbarungen nicht notwendig.

Das **entbindet das Zentrum jedoch nicht** von der Verpflichtung, die **übergeordneten Prozesse und Abläufe** für alle an der Versorgung und Betreuung Beteiligten schriftlich **festzulegen**.

Dies kann z. B. in einem allgemein gültigen Handbuch geschehen.

Außerdem nehmen die Kooperationspartner bzw. die Leistungserbringer an den internen und Zertifizierungsaudits regelmäßig teil.

### **I.4.4 Prozessbeschreibungen**

#### **Anforderungen**

Der **Weg der Patientin / Schwangeren im Perinatalzentrum** ist beschrieben. Dies kann z. B. als Patientenpfad dargelegt werden. Dabei sind die relevanten Leitlinien berücksichtigt.

Die **Prozessbeschreibungen** berücksichtigen den interdisziplinären Ansatz des Zentrums und die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern. Der Weg der Patientin / Schwangeren beginnt spätestens mit der Sprechstunde / Aufnahme im Perinatalzentrum.

### **I.4.5 Handbuch des PNZ**

#### **Anforderungen**

Die **Prozesse** und **Verfahren** des Perinatalzentrums sollen zusammengefasst und beschrieben werden, z. B. im Intranet oder Handbuch o. ä.

Diese Informationen sind den Mitarbeitern jederzeit zugänglich. Es existiert ein Verfahren welches sicherstellt, dass Aktualisierungen in allen Kopien vorgenommen werden und die Mitarbeiter darüber informiert werden.

## **I.5. Räumliche und apparative Ausstattung**

### **I.5.1 „Wand-an-Wand“-Lokalisation**

#### **Anforderungen**

**„Wand-an-Wand“**-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, sodass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist. Auch längere Transportwege zwischen unterirdisch miteinander verbundenen

Kliniken und Bereichen sind zu vermeiden.

**Der Sectio-OP ist am Entbindungsbereich (gleiche Etage) vorhanden.**

### I.5.2 Technische Ausstattung im Kreißsaal

#### Anforderungen

##### Mindestanforderungen für den Kreißsaal

- Ultraschallgerät
- Möglichkeiten für maternales Kreislaufmonitoring und fetale Überwachung mittels intrapartualem CTG-Gerät davon mindestens eins mit Zwillingsüberwachung
- Blutgasanalysegerät
- Reanimationseinheiten

### I.5.3 Anzahl der Intensivtherapieplätze der NICU

#### Anforderungen

Die **neonatologische Intensivstation** verfügt über mindestens **sechs neonatologische Intensivtherapieplätze** jeweils mit:

- Intensivpflege-Inkubator
- Monitoring mit EKG, Blutdruck und Pulsoximeter

Vier Plätze verfügen über je mindestens ein Beatmungsgerät für Neugeborene und jeweils die Möglichkeit zur nichtinvasiven O<sub>2</sub>- und CO<sub>2</sub>-Messung.

### I.5.4 Mindestausstattung der NICU

#### Anforderungen

Darüber hinaus ist auf **der neonatologischen Intensivstation (NICU)** oder unmittelbar benachbart folgende **Mindestausstattung** verfügbar:

- Röntgengerät
- Ultraschallgerät
- EEG (bzw. Cerebral function monitor)
- Blutgasanalysegerät
- NO-Therapie
- Zubereitung von Infusionslösungen unter Sterilbedingungen zentral in der Apotheke (alternativ: Zubereitung unter Sterilbedingungen der Infusionslösungen auf der Station)
- Stillzimmer mit Milchpumpen
- Dialyse (auch durch Kooperationspartner möglich – vgl. I.1.2)
- Gerät für induzierte Hypothermie bei HIE

Die Nachsorgebetreuung erfolgt unter der Leitung des Neonatologen am gleichen Standort.

### I.5.5 Erstversorgung: Anforderungen an die Umgebungsbedingungen

#### Anforderungen

Die Raumtemperatur für die Erstversorgung von sehr unreifen Frühgeborenen muss nach den Leitlinien des **European Resuscitation Council** (ERC-Guidelines 2015) mindestens **26 Grad** betragen.

Die Einhaltung der Raumtemperatur wird überwacht.

### I.5.6 Anforderungen an die Hygiene

#### Anforderungen

Die Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem **Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm** der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

(KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) wird beachtet.

Dabei muss das Zentrum nachweisen, dass es die strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Anteile dieser Empfehlungen in seinen wesentlichen Teilen erfüllt.

Ein Hygieneplan mit den dazugehörigen Reinigungs- und Desinfektionsplänen ist vorhanden. Die Mitarbeiter werden regelmäßig im Bereich Hygiene unterwiesen und geschult.

### **I.5.7 Kinderchirurgische Versorgung**

#### **Anforderungen**

Die Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung von speziellen Krankheitsbildern des Neugeborenen **im** Perinatalzentrum sind gegeben.

### **I.6. Ansprechpartner des PNZ**

#### **Anforderungen**

Alle **Ansprechpartner** des Perinatalzentrums, auch die der einzelnen **Kooperationspartner**, sind namentlich benannt und bekannt gegeben (z. B. Home-Page, Flyer, Infomappe, Infotafel auf der Station, etc.). Im ärztlichen Bereich müssen die Verantwortlichkeiten auf **Facharztniveau** definiert sein.

## II. Versorgung

### II.1. Anforderungen an den ärztlichen Dienst

#### II.1.1 Geburtshilfe: Ärztlicher Dienst

##### Anforderungen

Die geburtshilfliche Versorgung ist mit **permanenter Arztpräsenz** (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause ist möglich, **keine Rufbereitschaft**) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt. **Zusätzlich** ist ein **Facharzt** 24 Stunden im Hause anwesend.

#### II.1.2 Geburtshilfe: Qualifikation für Hintergrunddienst

##### Anforderungen

Im **Hintergrund** ist ein **Facharzt** für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der **Schwerpunktbezeichnung** "Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin" jederzeit erreichbar.

Dieser verfügt über mindestens die **DEGUM-II Qualifikation**, alternativ die **Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung** zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie (§ 9 Ultraschallvereinbarung, Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik).

#### II.1.3 Neonatologie: Ärztlicher Dienst

##### Anforderungen

Die ärztliche Versorgung der Früh- und Neugeborenen wird durch einen Schichtdienst mit **permanenter Arztpräsenz** (24-Stunden-Präsenz, **kein Bereitschaftsdienst**) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt.

Der Arzt steht **nicht gleichzeitig für Routineaufgaben** auf anderen Stationen oder Einheiten zur Verfügung.

#### II.1.4 Neonatologie: Qualifikation für Hintergrunddienst

##### Anforderungen

Im **Hintergrund** ist ein **Facharzt** für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit der Qualifikation im **Schwerpunkt Neonatologie** jederzeit erreichbar. Dieser muss innerhalb von **30 Minuten** vor Ort sein können.

### II.2. Anforderungen an die Pflege / Stationsleitungen

#### II.2.1 Wöchnerinnenstation: Pflege

##### Anforderungen

##### II.2.1.1

Der **Pflegedienst der Wöchnerinnenstation** besteht aus **Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern und/oder Hebammen**.

##### II.2.1.2

Die **Stationsleitungen** der Wöchnerinnenstation (Leitung und Stellvertretung) haben **einen Leitungslehrgang absolviert**.

##### II.2.1.3

Die Aufgaben und Befugnisse Stationsleitung und der Stellvertretung der Wöchnerinnenstation sind schriftlich festgelegt.

## II.2.2 Neonatologie: Pflege

### Anforderungen

#### II.2.2.1

Der **Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation** besteht aus **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern**.

40 Prozent der Mitarbeiter des Pflegedienstes (bezogen auf **Vollzeitäquivalente**) haben eine **Fachweiterbildung** im Bereich "**Pädiatrische Intensivpflege**" gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ("DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege" vom 11. Mai 1998 oder "DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie" vom 20. September 2011) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen.

#### II.2.2.2

Auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals können zudem dauerhaft Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen letztmalig angerechnet werden, die am **Stichtag 1. Januar 2017** folgende Voraussetzungen erfüllen:

- **mindestens fünf Jahre** Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und
- **mindestens drei Jahre** Berufstätigkeit im **Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1 Januar 2017** auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

**Die Erfüllung dieser Voraussetzungen** ist durch die **Pflegedienstleitung schriftlich zu bestätigen**.

#### II.2.2.3

Die **Stationsleitungen** (Leitung und Stellvertretung) der neonatologischen Intensivstation haben **einen Leitungslehrgang absolviert**.

#### II.2.2.4

Die **Aufgaben und Befugnisse** der **Stationsleitung und der Stellvertretung** der neonatologischen Intensivstation sind **schriftlich festgelegt**.

#### II.2.2.5

In jeder Schicht wird **ein** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Fachweiterbildung im Bereich "**Pädiatrische Intensivpflege**" eingesetzt.

#### II.2.2.6

Auf der **neonatologischen Intensivstation** des Perinatalzentrums Level 1 ist ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger **je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g** verfügbar.

#### II.2.2.7

Auf der **neonatologischen Intensivstation** des Perinatalzentrums Level 1 ist ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger **je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g** verfügbar.

#### II.2.2.8

Eine dokumentierte Erfüllungsquote **von mindestens 95 %** aller Schichten des vergangenen Kalenderjahres gilt als Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Personalschlüssel. Es dürfen **nicht mehr als zwei Schichten**, in denen die vorgegebenen Personalschlüssel nicht erfüllt werden, einschließlich der Schicht in der die Abweichung von dem vorgegebenen Personalschlüssel auftritt, direkt aufeinanderfolgen; von diesen wird nur die zweite, ganze Schicht für die Berechnung der Quote der Schichten, die die Anforderungen an den Personalschlüssel nicht erfüllen, berücksichtigt.

#### II.2.2.9

Das Perinatalzentrum muss über ein **Personalmanagementkonzept** verfügen, welches für den Fall von ungeplanten Neuaufnahmen oder Personalausfällen konkrete Handlungsanweisungen zur Kompensation des sich daraus ergebenden personellen Mehrbedarfs bzw. zur Wiederherstellung des vergebenen Personalschlüssels



umfasst, die von der pflegerischen Schichtleitung und dem Stationsarzt unverzüglich veranlasst werden können.

Unabhängig von der dokumentierten Erfüllungsquote ist das Perinatalzentrum verpflichtet, sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, unter Angabe der jeweiligen Gründe und der Dauer der Abweichung, zu dokumentieren.

#### II.2.2.10

Für alle weiteren Patienten auf der neonatologischen Intensivstation muss, das Perinatalzentrum **qualifiziertes Personal** (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) **in ausreichender Zahl** entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen.

#### II.2.2.11

Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung ab dem 1. Januar 2017 nicht erfüllen, teilen dies unter Angabe der Gründe dem G-BA unverzüglich mit. Sie dürfen nach erfolgter Meldung bis zum 31. Dezember 2019 von diesen Anforderungen abweichen.

Jedoch muss das Perinatalzentrum ein Konzept vorhalten und umsetzen, wie die Anforderungen an die pflegerische Versorgung spätestens ab dem 1. Januar 2020 erfüllt werden.

### **II.3. Anforderungen an die Hebammen**

#### **II.3.1 Anzahl der Hebammen**

##### **Anforderungen**

##### **Hebammen Geburtshilfe**

Die **Anzahl der Hebammen**<sup>8</sup> in der Geburtshilfe ist abhängig von den Geburtenzahlen (p. a.):

**1 Hebamme (VK-Stelle) je 100 Geburten**<sup>9</sup>

#### **II.3.2 Ärztlich geleitete Entbindung**

##### **Anforderungen**

Das Perinatalzentrum stellt eine **ärztlich geleitete Entbindung** in Kooperation mit einer Hebamme sicher. Die Hinzuziehung einer Hebamme ist bei jeder Geburt sichergestellt.

#### **II.3.3 Kreißsalaufnahme durch Arzt**

##### **Anforderungen**

Die **Kreißsalaufnahme** muss **durch** einen **Arzt** erfolgen<sup>10</sup>.

#### **II.3.4 Hauptamtliche Leitung des Kreißsaales**

##### **Anforderungen**

Die **hebammenhilfliche Leitung des Kreißsaales** ist einer **Hebamme** hauptamtlich<sup>11</sup> übertragen. Diese verfügt über eine **Leitungsweiterbildung** oder hat einen entsprechenden Studiengang absolviert.

- Es ist eine **Vertretung** der leitenden Hebamme benannt.
- Die Aufgaben und Befugnisse der leitenden Hebamme und ihrer Stellvertretung sind schriftlich festgelegt.

#### **II.3.5 24-Stunden-Präsenz im Kreißsaal**

<sup>8</sup> Die Anzahl der Hebammen bezieht sich auf die "reinen" Klinikentbindungen abzüglich der Entbindungen durch Beleghebammen.

<sup>9</sup> In Anlehnung an die Richtlinie für die Organisation für geburtshilfliche und gynäkologische Versorgung in Krankenhäusern (DKG-Empfehlung vom 24.10.1978)

<sup>10</sup> Es gelten die Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe (AWMF 015/030)

<sup>11</sup> Hauptamtlich bedeutet, dass die Hebamme mit mindestens einer 50%- Stelle ausschließlich für Leitungsaufgaben beschäftigt ist.

### Anforderungen

Im Kreißaal ist die **24-Stunden-Präsenz** von mindestens **zwei Hebammen** gewährleistet.

### II.3.6 Erreichbarkeit der Hebamme

#### Anforderungen

Die **ständige Erreichbarkeit einer Hebamme** auf der **prä- und postpartalen Station** ist sichergestellt.

## II.4. Anforderungen an die psychosoziale Betreuung

### II.4.1 Professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern

#### Anforderungen

Eine **professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern** (zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, Diplompsychologen, Psychiater und darüber hinaus Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter) ist den **Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie** im Leistungsumfang von **1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen** von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht **unter 1.500 Gramm** pro Jahr fest zugeordnet und steht montags bis freitags zur Verfügung.

### II.4.2 Betreuung der Familie im häuslichen Umfeld

#### Anforderungen

Die weitere Betreuung der Familien im häuslichen Umfeld wird durch **gezielte Entlassungsvorbereitung** und – sofern die Anspruchsvoraussetzungen dafür erfüllt sind – Überleitung in sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V sichergestellt. **Hierzu vernetzt sich das Perinatalzentrum** ggf. mit bestehenden ambulanten Institutionen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren und stellt noch während des stationären Aufenthalts den Erstkontakt her.

### II.4.3 Entwicklungsbeurteilung

#### Anforderungen

Wegen des hohen Risikopotentials für spätere Entwicklungsbeeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Behinderungen sowie mangelndes körperliches Gedeihen wird die Überleitung in eine strukturierte entwicklungsneurologische, diagnostische und ggf. therapeutische Betreuung (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligter empfohlen.

Die entlassende Klinik sollte innerhalb von sechs Monaten über Art und Ausmaß dieser Betreuung durch den weiterbehandelnden Arzt informiert werden.

## II.5. Anforderungen an die Physiotherapie

### II.5.1 Qualifikation der Therapeuten

#### Anforderungen

Die im Perinatalzentrum eingesetzten Physiotherapeuten besitzen eine Ausbildung in physiotherapeutischen Verfahren, die für Neugeborene von Bedeutung sind.

### III. Ärztliche Betreuung der werdenden Mutter während der Schwangerschaft und der Mutter nach der Geburt sowie des Neugeborenen

#### III.1. Allgemeines

##### III.1.1 Leitlinienkonformes Handeln

###### Anforderungen

Bei der Behandlung / Betreuung der werdenden Mutter während der Schwangerschaft und der Mutter nach der Geburt sowie des Neugeborenen **gelten die Leitlinien der Fachgesellschaften** (veröffentlicht durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF – www.awmf.org))

###### III.1.1.1

**Darüber hinaus gelten folgende Leitlinien und Regelungen:**

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die **Früherkennung von Krankheiten bei Kindern** ("Kinder-Richtlinie"), insbesondere

- **Ausführungen zu U1 und U2**
- **Erweitertes Neugeborenen Screening**
- **Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen**

##### III.1.2 Notfallsituationen und typische Behandlungssituationen

###### Anforderungen

**Zu Notfallsituationen und typischen medizinischen Behandlungssituationen** existieren klinikinterne schriftliche **Verfahrensweisungen**, die den dafür relevanten Mitarbeitern bekannt sind. Siehe Beispiele für Notfallsituationen bei Fire-Drills III.1.3!

Des Weiteren existieren für **schwierige Situationen** klinikinterne schriftliche **Konzepte. Beispiele für schwierige Situationen sind**<sup>12 13</sup>:

- Konzept nach Totgeburt / Geburten von Kindern mit infausten Prognosen
- Beratung bei Schwangerschaftskonflikten und psychosoziale Beratung

##### III.1.3 Fire-Drills

###### Anforderungen

Es werden darüber hinaus **regelmäßig interprofessionelle "Fire-Drills"** (praktische Übungen, z. B. am Phantom) durchgeführt und dokumentiert. Zum Beispiel:

- Schulterdystokie
- Peripartale Blutungen (PPH)
- Not-Sectio
- Eklampischer Anfall
- Reanimation von Erwachsenen
- Erstversorgung Neugeborener
- Reanimation von Neu- und Frühgeborenen
- Intubation von Neu- und Frühgeborenen

<sup>12</sup> Für schwierige Behandlungen und Notfälle müssen Konzepte vorliegen, wie die Forderungen und Empfehlungen in den Leitlinien in die tatsächliche Situation vor Ort umgesetzt werden.

<sup>13</sup> Zum Beispiel: Komplexe pränatale Situationen (Hydrops fetalis mit Transfusion; Fetofetales Transfusionssyndrom)

### III.1.4 Trainings für "non-technical-skills"

#### Anforderungen

Es werden **regelmäßig Trainings** durchgeführt für "non-technical-skills". Zum Beispiel:

- Managen unter Stress
- Kommunikation in schwierigen Situationen
- Führungskräfte-Training

### III.2. Still- und Bindungsförderung - Anzahl der Laktationsberater

#### Anforderungen

##### Stillförderung

Der Stellenplan stellt sicher, dass mindestens **zwei Laktationsberater** bzw. **speziell geschulte Hebammen / Pflegekräfte** zur Verfügung stehen.

Für das Perinatalzentrum soll **ein gemeinsames Stillkonzept** vorliegen.

Neben der Förderung des Stillens sollte auch das Vorgehen zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung schriftlich festgelegt sein.

### III.3. Anforderungen an Medizinprodukte und die Ultraschalldiagnostik

#### III.3.1 Medizinprodukte

##### Anforderungen

**Gerätebeschreibungen / Gebrauchsanweisungen** aller für die Diagnostik im Perinatalzentrum verwendeten Medizinprodukte (Medizingeräte) sind **vorhanden**.

##### Mindestanforderungen an die Medizinprodukte

- Die verwendeten Medizinprodukte erfüllen die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).
- Ein **Wartungsplan** wird geführt und eingehalten.
- Ein Bestandsverzeichnis wird geführt.
- Die notwendigen Medizinproduktebücher liegen vor.
- Die sicherheitstechnischen bzw. messtechnischen Kontrollen werden regelmäßig durchgeführt und dokumentiert.
- Die Anforderungen an die **Qualitätssicherung für medizinische Laboratorien** werden erfüllt (beachte hierzu MPBetreibV und RiLi-BÄK)

#### III.3.2 Einweisungen in die Medizinprodukte

##### Anforderungen

##### Sachgerechte Handhabung

Die **Anwender** von Medizinprodukten sind in diese **eingewiesen**. Die Einweisung ist von einer dazu befugten Person durchgeführt und dokumentiert (MPBetreibV).

#### III.3.3 Dokumentation und Durchführung der Ultraschalluntersuchung

##### Anforderungen

##### Dokumentationspflichten

Der Arzt ist verpflichtet, die Indikation und die Durchführung der **Ultraschalluntersuchung zu dokumentieren**.

Aus der ärztlichen Dokumentation **müssen hervorgehen:**

- Patientenidentität (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Untersucheridentifikation
- Untersuchungsdatum
- Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung
- Ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit
- Organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden
- (Verdachts-) Diagnose
- Abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen

### III.3.4 Früherkennungsuntersuchung der Säuglingshüfte

#### Anforderungen

Die schriftliche Dokumentation der sonographischen **Früherkennungs-Untersuchung der Säuglingshüfte** erfolgt **gemäß** den **gesetzlichen Anforderungen** (Ultraschall-Vereinbarung **und Kinder-Richtlinie des G-BA**).

### III.3.5 Bilddokumentation der Ultraschalluntersuchung

#### Anforderungen

Aus der **Bilddokumentation** gehen **mindestens hervor:**

- Durchgeführte Messungen
- Beleg des Normalbefunds
- Pathologische Befunde

**Bei der Durchführung und Dokumentation** von Ultraschalluntersuchungen werden die geltenden Standards eingehalten.

### III.3.6 Dokumentationssystem

#### Anforderungen

Ein **adäquates Dokumentationssystem** wird vorgehalten. Dabei ist auch die Befundung und Bilddokumentation in **digitaler Form** möglich. Die sichere Zusammenfügung digitaler und handschriftlicher Teile der Akte sowie Archivierung und Lesbarkeit ist für die gesetzlich vorgeschriebene Zeitdauer sichergestellt.

### III.3.7 Qualifikationsnachweis für die Ultraschalldiagnostik der Geburtshelfer

#### Anforderungen

Das **Perinatalzentrum weist nach**, dass die **Voraussetzungen** für die Ausführung der Leistungen der Ultraschalldiagnostik gem. den Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) (vgl. §§ 4 bis 7 der Ultraschall-Vereinbarung) **erlangt wurden**.

## IV. Qualifikationen, Aus- und Fortbildung

### IV.1. Personalführung

#### IV.1.1 Weiterbildung im Schwerpunkt

##### Anforderungen

Das Perinatalzentrum weist nach, dass innerhalb **der 3 vorangegangenen Kalenderjahre** in den Schwerpunkten "**Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**" und "**Neonatologie**" jeweils **Ärzte** weitergebildet wurden.

#### IV.1.2 Einarbeitungskonzept

##### Anforderungen

Die **Einarbeitung von neuen Mitarbeitern (Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen)** im Perinatalzentrum erfolgt nach einem standardisierten **Einarbeitungskonzept**.

#### IV.1.3 Qualifikationsmatrix

##### Anforderungen

Es wird eine **Qualifikationsmatrix vorgehalten**, aus der hervorgeht:

- Welche Ärzte verfügen über welche Qualifikation (Facharzt, Schwerpunkt, Weiterbildungsbefugnis)
- Welche Mitarbeiter sind Laktationsberater
- Welche Mitarbeiter haben eine Fachweiterbildung "Pädiatrische Intensivpflege"
- Welche Mitarbeiter haben eine 5-jährige Berufserfahrung "Pädiatrische Intensivpflege"
- Sonstige Qualifikationen von Pflegekräften und Hebammen (z. B. Leitungslehrgang)
- Welche Ärzte haben die Qualifikationen gemäß DEGUM I bis III, alternativ die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung der erweiterten Fehlbildungsdiagnostik, der Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems und der fetalen Echokardiographie (§ 9 Ultraschallvereinbarung, Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik)
- Anzahl und die Qualifikation der Ultraschall-Ausbilder
- Qualifikation des QMB

#### IV.1.4 Schulungsplan für die Fortbildung

##### Anforderungen

Ein **strukturierter Schulungsplan** für das Personal ist erstellt. Aus diesem gehen, prospektiv für das folgende Kalenderjahr, die geplanten Qualifizierungen, Schulungen und sonstige Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen hervor.

Im Schulungsplan werden die **ärztlichen Mitarbeiter, die Pflegenden und die Hebammen** berücksichtigt.

#### IV.1.5 Regelmäßige berufsgruppenübergreifende perinatalspezifische Fortbildung

##### Anforderungen

Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen des Perinatalzentrums nehmen an mindestens **einer perinatalspezifischen Fortbildung pro Jahr** teil.

**Inhalte und Ergebnisse** sowie die Teilnahme werden **protokolliert**.

Die Fortbildungen beinhalten auch übergreifende Themen, sog. "Softskills"<sup>14</sup>. Diese Veranstaltungen finden **im Team** statt unter der Beteiligung von:

<sup>14</sup> Themen für solche Fortbildungen könnten u. a. sein: Managen unter Stress; Auflösen von schwierigen Teamsituationen; Umgang mit schwierigen / belastenden Situationen; Empfehlungen bei schwierigen Situationen

- Ärzten
- Hebammen
- Pflegepersonal

und sonstige Interessierte.

#### IV.1.6 Fortbildungsveranstaltung für Außenstehende

##### Anforderungen

Das Perinatalzentrum bietet mindestens **1 x jährlich eine für Außenstehende offene Fortbildungsveranstaltung** zu perinatologischen Themen für Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen an.

#### IV.1.7 Mitarbeitergespräche

##### Anforderungen

Mindestens einmal pro Jahr werden **Mitarbeitergespräche** geführt. In den Gesprächen wird u. a. festgestellt, ob die vorab in dem strukturierten Schulungsplan festgelegten Lerninhalte erreicht wurden.

Diese Gespräche werden dokumentiert.

#### IV.1.8 Logbuch für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt und im Schwerpunkt

##### Anforderungen

Über die Zielerreichung der Lerninhalte wird ein **Logbuch geführt**, welches mindestens einmal pro Jahr aktualisiert wird.

#### IV.1.9 Stätte für die ärztliche Weiterbildung

##### Anforderungen

Das Zentrum ist als **Stätte für die ärztliche Weiterbildung** anerkannt.

## V. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

### V.1. QM-System des Perinatalzentrums

#### V.1.1 Qualitätspolitik des PNZ

##### Anforderungen

Das Perinatalzentrum hat eine klare Qualitätspolitik und für das Zentrum **übergeordnete und messbare Qualitätsziele definiert**. Diese sind den Mitarbeitern bekannt.

#### V.1.2 Qualitätsziele

##### Anforderungen

##### V.1.2.1

Bei der Festlegung der **Qualitätsziele** wird berücksichtigt, dass für die Durchführung ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen **entwicklungsadaptierte Konzepte** empfohlen werden, die sich an den **individuellen Bedürfnissen** des Kindes und seiner Familie orientieren. Der kurz- und langfristige Nutzen jeder therapeutischen Maßnahme ist stets für das einzelne Kind zu überdenken.

##### V.1.2.2

Der **Erreichungsgrad** der Qualitätsziele **wird regelmäßig (mind. 1 Mal p. a.) gemessen**. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer jährlichen und dokumentierten Bewertung (**Managementbewertung**) überprüft. Bei **Abweichungen von der Planung** werden Maßnahmen abgeleitet.

##### V.1.2.3

In einer **jährlichen Qualitätsplanung** unter der Verantwortung der Zentrumsleitung und des QM-Beauftragten werden **klare Strategien definiert**, welche die Zielerreichung sicherstellen.

Werden im wiederholten Fall (in zwei aufeinander folgenden Jahren) Ziele nicht erreicht, so werden im Rahmen der regelmäßigen Qualitätszirkel wirksame Maßnahmen eingeleitet.

#### V.1.3 Interne Audits

##### Anforderungen

Die **internen Audits werden im jährlichen Rhythmus** durchgeführt und durch Auditberichte nachgewiesen. Die internen Audits müssen erstmalig vor der Erstzertifizierung erfolgt sein.

**Alle Bereiche des Perinatalzentrums** (inkl. Kooperationspartner) werden innerhalb der Gültigkeitsdauer des Zertifikates (**3 Jahre**) mindestens 1 Mal intern auditiert. Das interne Audit kann auf Teilaudits über das Jahr verteilt werden.

#### V.1.4 Zertifiziertes Qualitätsmanagement-System

##### Anforderungen

Die Geburtshilfe und die Neonatologie als Hauptbehandler weisen ein **zertifiziertes QM-System** nach.

Es können beide Hauptbehandler über ein eigenständiges QM-System verfügen. In diesem Fall sind die **Schnittstellen explizit definiert** und schriftlich hinterlegt. Die **Verantwortlichkeiten** sind **klar benannt**. Die **interdisziplinären Abläufe** sind exakt beschrieben.

Es sollte ein **QM-System eingeführt** sein, dessen Anwendungsbereich **beide Hauptbehandler** abdeckt, d. h., dass es sowohl für die Geburtshilfe als auch für die Neonatologie übergreifend gültig ist.

**Anerkannte QM-Zertifizierungen** sind ISO 9001, KTQ, proCum Cert und Joint Commission.



## V.2. Qualitätszirkel und Fallkonferenzen

### V.2.1 Interdisziplinäre Qualitätszirkel

#### Anforderungen

##### V.2.1.1

Es werden mindestens **1 Mal pro Jahr interdisziplinäre Qualitätszirkel** durchgeführt, in denen perinatale Themen als Schwerpunkte betrachtet werden.

##### V.2.1.2

Eine **Teilnehmerliste** wird geführt.

##### V.2.1.3

Die **Kooperationspartner** werden nach Bedarf hinzugezogen. Der Teilnehmerkreis sollte z. B. durch ambulant tätige Ärzte und Hebammen oder auch sozialpädiatrische Zentren ergänzt werden.

##### V.2.1.4

Die **Verantwortlichkeiten** für die **Organisation und Protokollierung** der Qualitätszirkel sind **festgelegt**.

##### V.2.1.5

Die Ergebnisse **der Qualitätszirkel sind geeignet** um das Perinatalzentrum **weiterzuentwickeln** bzw. zu verbessern (= kontinuierlicher Verbesserungsprozess)  
Die Ergebnisse der Qualitätszirkel werden **protokolliert**.

##### V.2.1.6

Es hat mindestens **1 Qualitätszirkel vor der Erstzertifizierung** stattgefunden.

### V.2.2 Interdisziplinäre Fallkonferenzen<sup>15</sup>

#### Anforderungen

##### V.2.2.1

Die interdisziplinären perinatalen Fallkonferenzen finden regelmäßig mindestens einmal im Monat statt. Daran nehmen mindestens folgende Fachbereiche, Disziplinen und Berufsgruppen teil:

##### **Obligat**

- Geburtshilfe einschließlich Hebammen und Entbindungspflegern
- Neonatologie einschließlich Gesundheits- und Kinderpflegekräften

##### **Fakultativ**

- Anästhesie
- Humangenetik
- Kinderchirurgie
- Kinderkardiologie
- Krankenhaushygiene
- Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiater
- Psychologen
- Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter

Das Ergebnis der Fallkonferenz ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

##### V.2.2.2

Es ist zu beschreiben **wie die Fallkonferenzen geplant** und durchgeführt werden. Die Verantwortlichkeiten sind

<sup>15</sup> Fallkonferenzen sind keine Qualitätszirkel

festzulegen. Die Ergebnisse der Fallkonferenzen **werden protokolliert**. Die Umsetzung von sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen wird **durch das Perinatalzentrum** überprüft.

### V.2.3 Etabliertes Risk- und Schadensmanagement

#### Anforderungen

Es existieren etablierte Risk-, Schadens-, Fehler- und Beschwerdemanagementsysteme. Verantwortliche sind benannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich geregelt.<sup>16</sup>

## V.3. Externe Qualitätssicherung

### V.3.1 Qualitätssicherungsverfahren

#### Anforderungen

Das Perinatalzentrum nimmt an folgenden **Qualitätssicherungsverfahren** teil:

#### V.3.1.1

**Perinatalerhebung** für alle Geburten

Die vollständigen, jeweils aktuellen Ergebnisse der Perinatalerhebung sind zu übermitteln bzw. zur Verfügung zu stellen.

#### V.3.1.2

**Neonatalerhebung** für alle kranken und / oder verstorbenen Lebendgeborenen nicht nur bezüglich der Aufnahmen auf der NICU, sondern auch aller Lebendgeborenen des Hauses

Die vollständigen, jeweils aktuellen Ergebnisse der Neonatalerhebung sind zu übermitteln bzw. zur Verfügung zu stellen.

#### V.3.1.3

**Externe Infektions-Surveillance** für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1.500 Gramm (gleichwertig zu NEO-KISS)

#### V.3.1.4

- **Entwicklungsneurologische Nachuntersuchung** anhand des Untersuchungsscores Bayley II für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 Gramm und einem Geburtsdatum ab 01.01.2008. Dabei ist eine vollständige Teilnahme an der 2-Jahres-Untersuchung anzustreben.
- Ein Einladungs-/Erinnerungsverfahren ist etabliert.

## V.4. Qualitätskriterien

### V.4.1 Qualitätsindikatoren

#### Anforderungen

Perinatalzentren müssen **alle im zurückliegenden Erfassungsjahr verbindlichen Qualitätsindikatoren erheben, dokumentieren und veröffentlichen**. Dies gilt sowohl für die Qualitätsindikatoren der **Geburtshilfe** als auch der **Neonatologie**.

Ein wiederholtes Nichterreichen von Qualitätsindikatoren kann zur Verweigerung der Zertifizierung führen.

#### V.4.1.1

Es sind die Kennzahlen gem. **Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene** **jährlich zu erheben, und zu veröffentlichen**.

#### V.4.1.2

Die Qualitätsindikatoren sind zu bewerten und bei **kritischen Entwicklungen** adäquate Maßnahmen abzuleiten

<sup>16</sup> Qualitätsmanagement-Richtlinie / QM-RL des G-BA in der gültigen Fassung

und durchzuführen.

Dies wird dokumentiert.

#### V.4.1.3

Zusätzlich zu den verbindlichen Qualitätsindikatoren des IQTIG-Instituts werden **folgende Daten** erhoben, dokumentiert und veröffentlicht:

- Frequenz primärer und sekundärer Kaiserschnitte
- Vaginale operative Entbindungsrate

#### V.4.1.4

Bei **Abweichung der Leistungskennzahlen** von den vom IQTIG-Institut definierten **Benchmarks** sind **Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten** und zu **dokumentieren**.

### V.4.2 Erfassung lebendgeborener Kinder < 34 SSW

#### Anforderungen

Es ist sicherzustellen, dass jedes im Perinatalzentrum lebendgeborene Kind < 34 SSW über die Neonatalerhebung erfasst wird. (SOLL / IST-Abgleich)

Das Perinatalzentrum **erfasst in der Neonatalerhebung alle am Krankenhaus geborenen oder behandelten Kinder** mit einem Lebensalter von bis zu 7 vollendeten Tagen, die verstorben sind

oder Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7 Tagen, die länger als 12 Stunden stationär behandelt werden

oder im Alter von bis zu 4 Monaten verlegt werden und eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Geburts- bzw. Aufnahmegewicht von unter 2.000 Gramm oder
- Aufnahme in eine pädiatrische Fachabteilung und stationäre Behandlung länger als 3 Tage oder
- schwerwiegende Erkrankung mit einem Geburts- bzw. Aufnahmegewicht ab 2.000 Gramm oder
- Beatmung länger als 1 Stunde

## V.5. Beteiligung der Patienten

### V.5.1 Patienteninformation (allgemein)

#### Anforderungen

Das **Perinatalzentrum stellt sich und seine Therapiemöglichkeiten vor** (z. B. in einer Broschüre, Patientenmappe, über die Home-Page).

Das **Behandlungsangebot ist beschrieben**.

Die Qualitätsberichte sind für Patienten zugänglich und kommunizieren **verständlich** die wesentlichsten Parameter.

### V.5.2 Kooperation mit Selbsthilfegruppen

#### Anforderungen

Kooperationen mit **Selbsthilfegruppen** und Behindertenverbänden sind etabliert und die Ansprechpartner sind allen Mitarbeitern bekannt.

### V.5.3 Entlassungsgespräch

#### Anforderungen

#### V.5.3.1

Mit mindestens einem Sorgeberechtigten wird im Rahmen des Entlassmanagement ein Gespräch geführt in dem mindestens folgende Themen angesprochen werden:

- Sichere Schlafumgebung
- Ernährung des Neugeborenen
- Kontrollbedürftige Befunde des Kindes
- Wiedervorstellungstermine
- Beratung über Folgen des Schütteltraumas
- Vorsorgeuntersuchungen
- Vorsorgeuntersuchungen nach Kinderrichtlinien des G-BA, Beratung über sozialmedizinische Nachsorge und Notwendigkeit regelmäßiger entwicklungsneurologischer und –psychologischer Nachuntersuchungen in spezialisierter Einrichtung
- Wann zum Kinderarzt gehen
- Was tun in Notfällen
- Hinweis auf mögliche schwere Erkrankungen

Wichtige Befunde werden den Eltern für die Weitergabe an Hebamme oder Kinderarzt mitgegeben (z.B. letzte Blutzucker-, Bilirubinwerte).

Bei Entlassung der Mutter werden darüber hinaus evtl. kontrollbedürftige Befunde, Anspruch auf Hebammenhilfe sowie das Thema Kontrazeption besprochen.

#### V.5.3.2

Die **Gespräche** werden in der jeweiligen Patientenakte **dokumentiert**.

#### V.5.3.3

Für diese Gespräche liegt eine **Checkliste** vor.

### **V.5.4 Patientenbefragung und Beschwerdemanagement**

#### **Anforderungen**

##### V.5.4.1

Die **Patientinnen / Sorgeberechtigten** haben die **Möglichkeit Feedback** in Form von Lob und Beschwerden zu kommunizieren. Dafür ist ein **Verfahren etabliert**. Es ist ein niederschwelliges Angebot unterbreitet.

##### V.5.4.2

Das Verfahren enthält ein Beschwerdemanagement. Die **Feedbacks fließen in den** kontinuierlichen **Verbesserungsprozess** ein.

##### V.5.4.3

Es soll regelmäßig eine Patientenbefragung / Befragung der Sorgeberechtigten durch das Perinatalzentrum erfolgen. Das Feedback ist in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu integrieren.

Die erste Befragung muss **vor** der Erstzertifizierung durchgeführt sein.

### **V.6. Konzepte für die Integration der Eltern**

#### **Anforderungen**

Für Eltern von Kindern auf der neonatologischen Intensivstation, insbesondere für Eltern von früh und unreif Geborenen, stellt die Phase des Klinikaufenthaltes der Kinder eine ganz besondere Herausforderung dar. Sofern noch nicht umgesetzt, entwickelt das Perinatalzentrum Konzepte zu folgenden Themen / Bereichen

##### V.6.1

#### **Öffnungszeiten**

Die Eltern haben die Möglichkeit jederzeit ihre Kinder im Perinatalzentrum zu besuchen.

##### V.6.2

#### **Parkmöglichkeiten**

Den Eltern stehen in der Nähe der Neonatologie Parkmöglichkeiten durch das Klinikum zur Verfügung. Bei Langzeitbetreuung von Neugeborenen sind spezielle Kostenregulierungen anzustreben.

#### V.6.3

##### **Kittelpflicht**

Es besteht auf der neonatologischen Intensivstation keine generelle Kittelpflicht.

Besondere Situationen im Zusammenhang mit hygienischen Problemen bleiben davon ausgenommen.

#### V.6.4

##### **Zugang für Geschwister**

Es sollen Regeln zum Besuch von Geschwister vorliegen und mit den Eltern kommuniziert werden.

#### V.6.5

##### **Geschwisterbetreuung**

Das Perinatalzentrum bietet zeitlich begrenzt Möglichkeiten, vor allem kleine Geschwister, während des Aufenthaltes der Eltern beim Kind auf der Station in einer Geschwisterbetreuung zu beaufsichtigen.

#### V.6.6

##### **Elternwohnung auf dem Klinikgelände**

Für Eltern mit weiten Anfahrtswegen bietet das Perinatalzentrum Elternwohnungen auf dem Klinikgelände, in denen sich die Eltern für die Zeit des Aufenthaltes des Kindes im Perinatalzentrum einmieten können.

#### V.6.7

##### **Aufenthaltsraum für Eltern auf der Station**

Den Eltern soll auf Station ein Aufenthaltsraum zu Verfügung gestellt werden, in den sie sich zurückziehen können und die Möglichkeit haben sich mit anderen Eltern auszutauschen.

#### V.6.8

##### **Elternverpflegung**

Es sollen Regelungen für die Verpflegung von Eltern langzeitbetreuter Neugeborener festgelegt und den Eltern kommuniziert werden.

#### V.6.9

##### **Elterninformation**

Das Perinatalzentrum stellt Informationen über sinnvolle Ratgeber, Info-Broschüren, themenspezifische Bilderbücher etc. für die betroffenen Eltern zusammen. Dies kann ggf. durch eine Elternbibliothek erfolgen.

#### V.6.10

##### **Milchpumpen**

Das Perinatalzentrum stellt zum Abpumpen von Muttermilch Milchpumpen in geeigneter Anzahl zur Verfügung.

#### V.6.11

##### **Einbindung in die Pflege**

Das frühzeitige Einbinden der Eltern in die Pflege stärkt die Kompetenz der Eltern und die Eltern-Kind-Bindung sowie die Entwicklung des Kindes. Das Perinatalzentrum berücksichtigt dies in seinem entwicklungsfördernden Pflegekonzept.

#### V.6.12

##### **Känguruhen**

Das sog. Känguruhen hat einen stabilisierenden und positiven Einfluss auf sämtliche Körperfunktionen des Kindes. Dies wird im entwicklungsfördernden Pflegekonzept des Perinatalzentrums berücksichtigt.

V.6.13

**Nachsorgeteam**

Nach der Entlassung wird die Familie durch ein Nachsorgeteam unterstützt, das bereits vor Entlassung bekannt ist, um Kommunikationsverlusten vorzubeugen. Der nachbetreuende Kinderarzt erhält alle relevanten Informationen durch das Perinatalzentrum.

V.6.14

**Abschiedsraum**

Das Perinatalzentrum stellt einen Abschiedsraum zur Verfügung.