



Anforderungskatalog

zur Zertifizierung von

Perinatalzentren Level 2

2018-01

Vorbemerkungen

Dieser Anforderungskatalog umfasst die wesentlichen Anforderungen an ein **fachspezifisches Qualitätsmanagement-Zertifikat für Perinatalzentren des Level 2 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**.

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)
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 einrichtungsinernes 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 2016-01:

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

Inhaltsverzeichnis	4
Informationen / Kennzahlen des Perinatalzentrums	7
I. Struktur und Leitung	8
I.1. Definition Perinatalzentrum	8
I.1.1 Level 2 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	12
I.4.4 Prozessbeschreibungen	12
I.4.5 Handbuch des PNZ.....	13
I.5. Räumliche und apparative Ausstattung	13
I.5.1 „Wand-an-Wand“-Lokalisation	13
I.5.2 Technische Ausstattung im Kreißsaal.....	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	14
I.5.6 Anforderungen an die Hygiene	14
I.5.7 Kinderchirurgische Versorgung.....	14
I.6. Ansprechpartner	14
I.6 Ansprechpartner des PNZ	14
II. Versorgung	15
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 Kreißsaalaufnahme durch Arzt	17
II.3.4 Hauptamtliche Leitung des Kreißsaales	18

II.3.5 24-Stunden-Präsenz im Kreißsaal	18
II.3.6 Erreichbarkeit der Hebamme	18
II.3.7 Teilnahme an internen Fort- und Weiterbildungen	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	19
II.5. Anforderungen an die Physiotherapie	19
II.5.1 Qualifikation der Therapeuten	19
III. Ärztliche Betreuung der werdenden Mutter während der Schwangerschaft und der Mutter nach der Geburt sowie des Neugeborenen	20
III.1. Allgemeines	20
III.1.1 Leitlinienkonformes Handeln.....	20
III.1.2 Notfallsituationen und typische Behandlungssituationen	20
III.1.3 Fire-Drills	20
III.1.4 Trainings für "non-technical-skills"	20
III.2. Still- und Bindungsförderung	21
III.2 Anzahl der Laktationsberater	21
III.3. Anforderungen an Medizinprodukte und die Ultraschalldiagnostik	21
III.3.1 Medizinprodukte.....	21
III.3.2 Einweisungen in die Medizinprodukte.....	22
III.3.3 Dokumentation und Durchführung der Ultraschalluntersuchung.....	22
III.3.4 Früherkennungsuntersuchung der Säuglingshüfte.....	22
III.3.5 Bilddokumentation der Ultraschalluntersuchung	22
III.3.6 Dokumentationssystem.....	22
III.3.7 Qualifikationsnachweis für die Ultraschalldiagnostik der Geburtshelfer	22
IV. Qualifikationen, Aus- und Fortbildung.....	23
IV.1. Personalführung	23
IV.1.1 Weiterbildung im Schwerpunkt.....	23
IV.1.2 Einarbeitungskonzept	23
IV.1.3 Qualifikationsmatrix	23
IV.1.4 Schulungsplan für die Fortbildung	23
IV.1.5 Regelmäßige berufsgruppenübergreifende perinatalspezifische Fortbildung.....	23
IV.1.6 Fortbildungsveranstaltung für Außenstehende	24
IV.1.7 Mitarbeitergespräche	24
IV.1.8 Logbuch für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt und im Schwerpunkt.....	24
IV.1.9 Stätte für die ärztliche Weiterbildung.....	24
V. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	25
V.1. QM-System des Perinatalzentrums	25
V.1.1 Qualitätspolitik des PNZ	25
V.1.2 Qualitätsziele	25
V.1.3 Interne Audits.....	25
V.1.4 Zertifiziertes Qualitätsmanagement-System	25
V.2. Qualitätszirkel und Fallkonferenzen	26
V.2.1 Interdisziplinäre Qualitätszirkel.....	26

V.2.2 Interdisziplinäre Fallkonferenzen	26
V.2.3 Etabliertes Risk- und Schadensmanagement	27
V.3. Externe Qualitätssicherung	27
V.3.1 Qualitätssicherungsverfahren	27
V.4. Qualitätskriterien	27
V.4.1 Qualitätsindikatoren	27
V.4.2 Erfassung lebendgeborener Kinder < 34 SSW	28
V.5. Beteiligung der Patienten	28
V.5.1 Patienteninformation (allgemein)	28
V.5.2 Kooperation mit Selbsthilfegruppen	28
V.5.3 Entlassungsgespräch	29
V.5.4 Patientenbefragung und Beschwerdemanagement	29
V.6. Konzepte für die Integration der Eltern	30

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 2 Zentrum

Anforderungen

Definition: ein Perinatalzentrum Level 2 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 2 Zentren** in der jeweils gültigen Fassung.

Das Perinatalzentrum wird gebildet aus

Hauptbehandlern:

- Geburtsmediziner
- Neonatologe

I.1.2 Kooperationspartner

Anforderungen		
Kooperationspartner ¹ :	intern	extern
Anästhesie ^{a)} und Intensivmedizin ^{a)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke ^{b)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsdiagnostik oder SPZ ^{c, d)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie ^{a)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst ² und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung ^{c, d)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderkardiologische Diagnostik als Rufbereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaushygiene ^{c)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor im Schicht ⁴ - oder Bereitschaftsdienst ⁵	<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"/>
Neuropädiatrie als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil ^{c)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil ^{c)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie für Neugeborene ^{c)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Beratung ^{c)}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie als Rufbereitschaftsdienst; Durchführung von Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst ^{c)}	<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.

¹ obligat am Standort und

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

² 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).

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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 2 diagnostiziert und behandelt:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW
- Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Schwangere mit folgenden Kriterien werden in ein Perinatalzentrum der nächst höheren Versorgungsstufe (Level 1) zugewiesen:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW
- Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen
- Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.
- Können Schwangere oder Neugeborene mit Level 1 – Kriterien nicht in das Level 1-Zentrum verwiesen werden, so ist der Grund hierfür in den Behandlungsunterlagen des Level 2-Zentrums zu dokumentieren.
- Zusätzlich führt das Level 2-Zentrum eine tabellarische Übersicht über alle Patienten, die am Zentrum behandelt wurden, obwohl Sie den Kriterien Level 1 entsprechen haben.

I.2.2 Vernetzung in der Region

Anforderungen

Das Perinatalzentrum strebt an, sich mit den **Krankenhäusern in der Region** über Kooperationsverträge zu **vernetzen**. Insbesondere wird eine Kooperation mit (den) Level 1 Zentren in der Region hergestellt, um die risikoadjustierte Versorgung von Früh- und Neugeborenen sicher zu stellen.

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)⁶.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Leiters der Geburtshilfe sind schriftlich festgelegt.

I.3.1.2

⁶ 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.

Die **Stellvertretung** der ärztlichen Leitung der Geburtshilfe verfügt als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe über eine mindestens **dreijährige klinische Erfahrung** in der Geburtsmedizin und Pränataldiagnostik.

- Die Aufgaben und Befugnisse des Stellvertreters sind schriftlich festgelegt.

I.3.1.3

Der Leiter der Geburtshilfe hat die **Weiterbildungsbefugnis** im Schwerpunkt "**Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**" für mind. 12 Monate.

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. 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)⁷.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Leiters der Neonatologie sind schriftlich festgelegt.

I.3.2.2

- Die **Stellvertretung** der ärztlichen Leitung der Neonatologie verfügt über die gleiche Qualifikation wie die Leitung.
- Die Aufgaben und Befugnisse des Stellvertreters sind schriftlich festgelegt.

I.3.2.3

- Der Leiter der Neonatologie hat die **Weiterbildungsbefugnis** im Schwerpunkt "**Neonatologie**" für mind. 12 Monate.

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

⁷ 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.

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

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** können **in einem Handbuch** des Perinatalzentrums zusammengefasst und dort beschrieben werden. Es ist auch eine andere Art der Dokumentation möglich. Z. B. im Intranet o. ä. Das Handbuch ist 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 Kreißaal

Anforderungen

Mindestanforderungen für den Kreißaal

- mind. 2 Kreißsäle mit Möglichkeiten für maternales Kreislaufmonitoring und fetale Überwachung mittels intra-partualem CTG-Gerät davon mindestens eins mit Zwillingsüberwachung
- Ultraschallgerät
- Blutgasanalysegerät
- Reanimationseinheiten

I.5.3 Anzahl der Intensivtherapieplätze der NICU

Anforderungen

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

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

Zwei Plätze verfügen über je mindestens ein Beatmungsgerät für Neugeborene und jeweils die Möglichkeit zur nichtinvasiven O₂- und CO₂-Messung.

I.5.4 Mindestausstattung der NICU

Anforderungen

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

- Röntgengerät
- Ultraschallgerät (inkl. Echokardiografie)
- EEG (Standard-EEG oder Amplituden-integriertes EEG)
- Blutgasanalysegerät
- Zubereitung von Infusionslösungen unter Sterilbedingungen zentral in der Apotheke (alternativ: Zubereitung unter Sterilbedingungen der Infusionslösungen auf der Station)
- Stillzimmer mit Milchpumpen

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, insbesondere 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 sind gegeben. Hierfür ist eine Kooperation mit einer anderen Klinik möglich. Der sichere neonatologische Transport muss sichergestellt sein.

Für nicht transportfähige Frühgeborene soll eine Operation im Level 2 Zentrum möglich sein (evtl. durch den Kooperationspartner).

I.6. Ansprechpartner

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. Facharztstandard ist sichergestellt (Facharzt für Gynäkologie und Geburtsmedizin).

Zusätzlich besteht ein **Rufbereitschaftsdienst**. Sofern der Arzt im Präsenzdienst keine abgeschlossene Facharztweiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtsmedizin hat, so muss zumindest der Arzt im Rufbereitschaftsdienst über diese abgeschlossene Weiterbildung verfügen.

II.1.2 Geburtshilfe: Qualifikation für Hintergrunddienst

Anforderungen

Sollte weder der präsenzte Arzt noch der Arzt im Rufbereitschaftsdienst ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung bzw. fakultativen Weiterbildung "Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin" sein, muss im **Hintergrund** ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung bzw. fakultativen Weiterbildung "**Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**" jederzeit erreichbar sein.

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) mit mind. 3-jähriger Erfahrung in der Pränataldiagnostik.

II.1.3 Neonatologie: Ärztlicher Dienst

Anforderungen

Die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen wird mit **permanenter Arztpräsenz** (Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal).

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

Zusätzlich besteht ein **Rufbereitschaftsdienst**. Dieser ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde.

II.1.4 Neonatologie: Qualifikation für Hintergrunddienst

Anforderungen

Sollte weder der präsenzte Arzt noch der Arzt im Rufbereitschaftsdienst ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit der Schwerpunktbezeichnung "**Neonatologie**" sein, muss im Hintergrund ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit der Schwerpunktbezeichnung "**Neonatologie**" jederzeit erreichbar sein.

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 haben **einen Leitungslehrgang absolviert**.
Einstimmig angenommen.

II.2.1.3

Die Aufgaben und Befugnisse Stationsleitung und der Stellvertretung (soweit vorhanden) der Wöchnerinnenstation sind schriftlich festgelegt.

II.2.1.4

Sofern eine Stellvertretung nicht explizit benannt ist muss für den Urlaubs- / Krankheitsfall eine Vertretungsregelung vorliegen.

II.2.2 Neonatologie: Pflege

Anforderungen

II.2.2.1

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

30 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** der neonatologischen Intensivstation haben **einen Leitungslehrgang absolviert**.

II.2.2.4

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

II.2.2.5

Sofern eine Stellvertretung nicht explizit benannt ist muss für den **Urlaubs- / Krankheitsfall eine Vertretungsregelung vorliegen**.

II.2.2.6

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

II.2.2.7

Auf der **neonatologischen Intensivstation** eines Perinatalzentrums Level 2 ist ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger **je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen** mit einem **Geburtsgewicht < 1.500 g** verfügbar.

II.2.2.8

Auf der **neonatologischen Intensivstation** eines Perinatalzentrums Level 2 ist ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger **je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen** mit einem **Geburtsgewicht < 1.500 g** verfügbar.

II.2.2.9

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.2.2.10

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.2.2.11

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.2.2.12

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**⁸ in der Geburtshilfe ist abhängig von den Geburtenzahlen (p. a.):

1 Hebamme (VK-Stelle) je **100 Geburten**⁹

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

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

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

Die **Kreißsalaufnahme** muss **durch** einen **Arzt** erfolgen¹⁰.

II.3.4 Hauptamtliche Leitung des Kreißsaales

Anforderungen

- Die hebammenhilfliche **Leitung des Kreißsaales** ist einer **Hebamme** hauptamtlich¹¹ übertragen. Die Übertragung der Leitungsfunktion an eine Beleghebamme ist zulässig.
- Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) müssen eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion, unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses, sicherstellen. Die leitende Hebamme verfügt über eine Leitungsweiterbildung oder hat einen entsprechenden Studiengang absolviert.
- Sofern eine Stellvertretung nicht explizit benannt ist muss für den Urlaubs- / Krankheitsfall eine Vertretungsregelung vorliegen.
- Die Aufgaben und Befugnisse der leitenden Hebamme sind schriftlich festgelegt.

II.3.5 24-Stunden-Präsenz im Kreißsaal

Anforderungen

Im Kreißsaal ist die **24-Stunden-Präsenz** von mindestens **einer Hebamme** gewährleistet.

Zusätzlich steht mindestens eine weitere Hebamme im Rufbereitschaftsdienst bzw. von einer anderen Station jederzeit abrufbar zur Verfügung.

II.3.6 Erreichbarkeit der Hebamme

Anforderungen

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

II.3.7 Teilnahme an internen Fort- und Weiterbildungen

Anforderungen

- Die Hebammen nehmen regelmäßig an internen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil. Dies sind z. B.: Qualitätszirkel, Fall- oder Perinataalkonferenzen.
- Die Teilnahmen werden dokumentiert.

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

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

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

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 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 **Verfahrensanweisungen**, 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**^{12 13}:

- 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
- Eklamptischer Anfall
- Reanimation von Erwachsenen
- Erstversorgung Neugeborener
- Reanimation von Neu- und Frühgeborenen
- Intubation von Neu- und Frühgeborenen

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

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

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

Anforderungen

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

- Managen unter Stress
- Kommunikation in schwierigen Situationen
- Führungskräftetraining

III.2. Still- und Bindungsförderung

III.2 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**" **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"¹⁴. Diese Veranstaltungen finden **im Team** statt unter der Beteiligung von:

- 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.

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

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.

Wenn im wiederholten Fall (in zwei aufeinander folgenden Jahren) Ziele nicht erreicht werden (10% Abweichung), 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 sollten ein **zertifiziertes QM-System** nachweisen.

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.

Falls **kein zertifiziertes QM-System nachgewiesen** wird, so ist eine **erweiterte Prüfung** im Rahmen der periZert-Zertifizierung nötig.

Das Zentrum beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als **Prozessqualitätsmerkmal**.

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 Fallkonferenzen¹⁵

Anforderungen

V.2.2.1

Die interdisziplinären perinatalen Fallkonferenzen finden regelmäßig mindestens einmal im Monat statt. Unter Beteiligung mindestens folgender Fachbereiche, Disziplinen / Berufsgruppen:

Obligat

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

Fakultativ

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

¹⁵ Fallkonferenzen sind keine Qualitätszirkel

V.2.2.2

Es ist zu beschreiben **wie die Fallkonferenzen geplant** und durchgeführt werden. Die Verantwortlichkeiten sind 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.¹⁶

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

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

Die Qualitätsindikatoren sind zu bewerten und bei **kritischen Entwicklungen** adäquate Maßnahmen abzuleiten 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. Aufnahmegegewicht von unter 2.000 g oder
- Aufnahme in eine pädiatrische Fachabteilung und stationäre Behandlung länger als 3 Tage oder
- schwerwiegende Erkrankung mit einem Geburts- bzw. Aufnahmegegewicht ab 2.000 g 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 Geschwisterkinder

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

V.6.5

Geschwisterbetreuung

Das Perinatalzentrum bietet zeitlich begrenzt Möglichkeiten, vor allem kleine Geschwisterkinder, 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.