**Erhebungsbogen für Palliativdienste**

**zur Zertifizierung**

**von Palliativdiensten**

**als qualitätssichernde Maßnahme in der   
palliativmedizinischen Versorgung**

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Autoren und Autorinnen:

Dr. Carsten Klein, Prof. Dr. Philipp Lenz, Michael Terborg, Tanja Treibig

Konzept: Frank Gunzelmann, Maximilian Bildt, Melissa Häußler, Jürgen Fischer

Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Heiner Melching

Dipl.-Psych. Peter Friedrich-Mai

Dr. med. Carsten Klein

Steven Kranz

Prof. Dr. med. Philipp Lenz

Andreas Müller

Christian-Martin Müller

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke

Freigabe durch die Zertifizierungskommission am **23.02.2024**

In diesem Anforderungskatalog sind die Fachlichen Anforderungen an Palliativdienste festgelegt. Sie bilden die Grundlage für die Zertifizierung von Palliativdiensten.

**Angaben zum Palliativdienst:**

|  |  |
| --- | --- |
| Palliativdienst, Name: |  |
| Leitung des Palliativdienstes: | Name: |
|  | Profession: |
| QM-Beauftragte / QM-Beauftragter: |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| Standort (Anschrift)[[1]](#footnote-2): |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**QM-Systemzertifizierung (zur Zertifizierung der Palliativdienste nicht zwingend erforderlich)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| QM-Standard |  | ISO 9001 | |  | KTQ |
|  |  | Andere: |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Zertifizierungsstelle QM |  |

**Erstellung / Aktualisierung**

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

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

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

**Inhaltsverzeichnis**

[Präambel 4](#_Toc190073925)

[1. Allgemeine Angaben 5](#_Toc190073926)

[1.1 Versorgungsstruktur 5](#_Toc190073927)

[1.1.1 Teammitglieder und palliatives Netzwerk 5](#_Toc190073928)

[1.1.2 Infrastruktur 6](#_Toc190073929)

[1.1.3 Ärztliche Versorgung 6](#_Toc190073930)

[1.1.4 Pflegerische Versorgung 7](#_Toc190073931)

[1.1.5 Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren 7](#_Toc190073932)

[1.1.6 Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden / Fort- und Weiterbildung 7](#_Toc190073933)

[1.2 Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit 8](#_Toc190073934)

[1.2.1 Zusammenarbeit und Team des Palliativdienstes 8](#_Toc190073935)

[1.2.2 Zusammenarbeit mit fallführender Abteilung und weiteren Behandlern 9](#_Toc190073936)

[1.2.3 Maßnahmen zur Stabilisierung und Reflexion der beruflichen Arbeit 9](#_Toc190073937)

[1.2.4 Ethische Fallbesprechungen 10](#_Toc190073938)

[1.2.5 Zufriedenheit mit Behandlungspartnern 10](#_Toc190073939)

[1.3 Patienten- und Angehörigenbeteiligung 10](#_Toc190073940)

[1.3.1 Angebot von Patienten-, Angehörigen- und Familiengesprächen 10](#_Toc190073941)

[1.3.2 Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige 11](#_Toc190073942)

[2. Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung 11](#_Toc190073943)

[2.1 Kernprozesse 11](#_Toc190073944)

[2.1.1 Kontaktaufnahme bis Aufnahme 11](#_Toc190073945)

[2.1.2 Behandlung und Therapie inklusive Zielplanung und -evaluation 12](#_Toc190073946)

[2.2 Führungsprozesse 12](#_Toc190073947)

[2.2.1 Ressourcenbereitstellung 12](#_Toc190073948)

[2.2.2 Qualitätsziele 13](#_Toc190073949)

[2.2.3 Verantwortung und Befugnis 13](#_Toc190073950)

[2.2.4 Gesetzliche und behördliche Anforderung 14](#_Toc190073951)

[3. Qualitätssicherung 14](#_Toc190073952)

# Präambel

Durch das 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde der Auf- und Ausbau der stationären spezialisierten Palliativversorgung durch Palliativdienste explizit gestärkt. Die mobilen multiprofessionellen Palliativteams im Krankenhaus, die ergänzend zur spezifischen Therapie durch die weiterhin federführende Fachabteilung Patientinnen und Patienten mit palliativmedizinischen Bedürfnissen im Sinn der spezialisierten Palliativversorgung mitbetreuen, bieten eine hervorragende Möglichkeit, palliativmedizinische Versorgung noch mehr in die Breite zu tragen und mehr Menschen mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf früher zu erreichen.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht Palliativdienste als zentrale Säule der spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus. Neben der Verbesserung der Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten sind sie zudem gut geeignet, um die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus durch Edukation und Sensibilisierung erheblich zu befördern.

Zertifizierungen und die damit verbundene Überprüfung und Sicherung von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen sind wirkungsvolle Instrumente, um die Qualität der Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu definieren und zu sichern. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte Palliativversorgung in Deutschland nicht flächendeckend geregelt ist und häufig standardisierte Abläufe und Vorgehensweisen fehlen, ist es zwingend notwendig und ein weiterer wichtiger Schritt, dass die DGP als maßgebliche Fachgesellschaft ein eigenes Zertifizierungsverfahren für Palliativdienste einführt.

Die Entwicklung dieses zweiten DGP-Zertifizierungsverfahrens nachdem seit 2017 bereits Palliativstationen nach den Anforderungen der DGP zertifiziert werden können, dient der Verbesserung dieser Situation und unterstützt damit auch die Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und ihrer Handlungsempfehlungen.

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

# Allgemeine Angaben

## Versorgungsstruktur

* + 1. Teammitglieder und palliatives Netzwerk

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Abteilungsübergreifend tätiges, eigenständiges, im Dienstplan ausgewiesenes, multiprofessionelles Team: | ja  nein |
| Multiprofessionelles Team (mind. 2 Ärztinnen / Ärzte, 2 Pflegende und Vertreter zweier weiterer Berufsgruppen[[2]](#footnote-3), z.B. soziale Arbeit, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie inkl. Vertretungsregelung). | ja  nein |
| Es stehen für die behandelten Patientinnen und Patienten ausreichend VK[[3]](#footnote-4) zur Verfügung. | Gesamtzahl VK Ärztinnen / Ärzte:  Gesamtzahl VK Pflegende:  Gesamtzahl VK weitere Berufsgruppen: |
| Ein werktäglicher[[4]](#footnote-5) Dienstplan liegt vor[[5]](#footnote-6). | ja  nein |
| Regelarbeitszeiten des Palliativdienstes  (werktäglich mindestens 3 Stunden pro Tag) | Mo, von       Uhr bis       Uhr  Di, von       Uhr bis       Uhr  Mi, von       Uhr bis       Uhr  Do, von       Uhr bis       Uhr  Fr, von       Uhr bis       Uhr  (Sa, von       Uhr bis       Uhr)  (So, von       Uhr bis       Uhr) |
| Ein schriftliches Personalkonzept inklusive Vertretungsregelungen mit Nachweis der Multiprofessionalität, definierten Stellenanteilen, geforderten Qualifikationsnachweisen der Leitungen und ein Konzept für den Hintergrunddienst liegt vor. | ja  nein |
| **Kooperationspartner – Bestand:**  **Verpflichtende Kooperationen mit Mitarbeitenden / Abteilungen des Hauses, die nicht dem eigenen Team zugeordnet sind (z.B. Soziale Arbeit, Physiotherapie, Psychologie).**  **Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit externen Palliativeinrichtungen (z.B. SAPV, Hospize, ambulanten Hospizdienste, ambulanten Palliativpflegedienste) liegen vor.**  **Sofern vorhanden: Kooperationen mit Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Bezeichnung Kooperationspartnerinnen / Kooperationspartner  Anschrift (Straße / PLZ / Ort) | Datum Zugang | Datum Abgang | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Infrastruktur

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Ein adäquater Raum für Besprechungen und Dokumentation steht zu den Dienstzeiten des Palliativdienstes zu Verfügung. | Bitte beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Ärztliche Versorgung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| Benennung der Ärztinnen / Ärzte und deren Beschäftigungsumfang  (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Mindestens zwei Fachärztinnen / Fachärzte mit anerkannter Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung stehen dem Palliativdienst zur Verfügung. | Bitte namentliche Nennung: | |
| Eine 24-stündige Erreichbarkeit und – bei fachlicher Notwendigkeit – Anwesenheit einer Fachärztin / eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung ist gewährleistet.  Außerhalb der werktäglichen[[6]](#footnote-7) (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss diese Fachärztin / dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patientinnen und Patienten vertraut sein. | ja  nein | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Pflegerische Versorgung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| Benennung der Pflegefachkräfte und deren Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Die pflegerische Leitung (Pflegefachkraft) verfügt über die Palliative Care-Qualifikation (mind. 160 Stunden eines durch die DGP anerkannten Curriculums) und über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung. | Bitte namentliche Nennung: | |
| Über 50% der Pflegefachkräfte (Bezug: Mitarbeitende, nicht VK) besitzen die Qualifikation „Palliative Care“. (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung, s.o.) | Anteil der Pflegekräfte in %: | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| Benennung des Vertreters / der Vertreterin des weiteren Bereiches / der weiteren Bereiche  (Profession, Name und Stellenumfang in VK, verfügt über die Palliative Care- Qualifikation) | **Profession**: | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Systematische Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden / Fort- und Weiterbildung

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Die systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeitenden, die spezifische Kenntnisse in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt, ist sichergestellt. | ja  nein |
| Diese Einarbeitung erfolgt innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn. | ja  nein |
| Es liegt ein schriftliches Einarbeitungskonzept für jede Berufsgruppe vor das alle wesentlichen palliativspezifischen Themen beinhaltet. | ja  nein |
| Es liegt ein prospektiver Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale / therapeutische Personal vor, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. | ja  nein |
| Regelmäßige externe Fortbildungen[[7]](#footnote-8) / Hospitationen sind für die Mitglieder des Kernteams erforderlich.  Jährlich wird mindestens eine spezifische Qualifizierung pro Mitarbeitenden (mindestens 16 UE pro Jahr) durchgeführt. | ja  nein |
| Die Fort- und Weiterbildung wird vom Arbeitgeber aktiv unterstützt (Freistellung / Kostenübernahme). | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

## Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

* + 1. Zusammenarbeit und Team des Palliativdienstes

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Es finden wöchentliche Teambesprechungen des Palliativdienstes mit Anwesenheit der palliativmedizinischen ärztlichen Behandlungsleitung und der pflegerischen Leitung oder deren Stellvertretung sowie mindestens einer weiteren Vertreterin / einem weiteren Vertreter der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes statt.  Hier werden alle aktuell in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten besprochen sowie die Anwesenheit und die therapiezielrelevanten Ergebnisse dokumentiert. | ja  nein |
| Eine regelmäßige Evaluation des Therapieziels und der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen findet statt. | ja  nein |
| Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechung finden statt und werden nach Behandlungsbeginn und bei der Festlegung / Änderung von Therapiezielen dokumentiert. | ja  nein |
| Eine patientenindividuelle Dokumentation der palliativmedizinischen Behandlungsziele, des Verlaufs und der Ergebnisse liegt vor. | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Zusammenarbeit mit fallführender Abteilung und weiteren Behandlern

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Einbindung des Palliativdienstes in die Gesamtbehandlung (inkl. Anforderung des Palliativdienstes, Abstimmungsmodus und -frequenz mit dem primärbehandelnden Team) ist vorhanden und im Krankenhaus bekannt. Ziel ist eine kontinuierliche Mitbehandlung der Patientinnen und Patienten, bei denen ein entsprechender Bedarf vorliegt. | ja  nein |
| Die **Indikationskriterien** sind in den Abteilungen bekannt, für die der Palliativdienst angeboten wird. | ja  nein |
| Die **Teamstruktur des Palliativdienstes** ist in den Abteilungen bekannt, für die der Palliativdienst angeboten wird. | ja  nein |
| Die **Erreichbarkeit und Arbeitsweise** sind in den Abteilungen bekannt, für die der Palliativdienst angeboten wird. | ja  nein |
| Die **Angebote der bedarfsgerechten Unterstützung** der Mitglieder des primären Behandlungsteams sind in den Abteilungen bekannt, für die der Palliativdienst angeboten wird. | ja  nein |
| Eine Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten findet statt. | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| Eine Supervision / Praxisbegleitung in Gruppen- und / oder Einzelgesprächen für alle Mitarbeitenden ist nachgewiesen (namentliche Nennung / der Supervisorin / des Supervisors und ihrer / seiner Qualifikation, Supervisionszyklus in Wochen). | **Name** | **Qualifikation** | **Zyklus in Wochen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ein Jahresplan und Teilnehmerlisten liegen vor (Angebot von mindestens 12 Zeitstd. Im Jahr pro Mitarbeitenden). | ja  nein | | |
| Der Prozess der Supervision / Praxisbegleitung ist schriftlich in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Hierbei sind berücksichtigt:   * Bedarfsgerechter Zugang * Externe Supervisorin / Externer Supervisor * Supervision zählt als Arbeitszeit | Bitte beschreiben: | | |
| Weitere Maßnahmen wie z.B. Balint-Gruppen oder Debriefing / Nachbesprechung werden angeboten. | ja  nein  Bitte beschreiben: | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Ethische Fallbesprechungen

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Ethische Fallbesprechungen sind implementiert. | Bitte beschreiben: |
| Der Prozess der Indikationsstellung und Anforderungen an ethische Fallbesprechungen sind schriftlich festgelegt. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Für die ethischen Fallbesprechungen stehen speziell qualifizierte Moderatorinnen / Moderatoren zur Verfügung. Diese müssen nicht im Team selbst vorzuweisen sein, sind aber kurzfristig im Haus erreichbar. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Ethische Fallbesprechungen sind im Ergebnis dokumentiert. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Zufriedenheit mit Behandlungspartnern

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Eine systematische Rückmeldung (schriftliche Erfassung, Analyse und Bewertung) der Kooperations- bzw. Netzwerkpartner zur Zusammenarbeit wird mindestens alle 3 Jahre durchgeführt. Dies kann auch im Rahmen eines Qualitätszirkels erfolgen. | ja  nein  Häufigkeit: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

## Patienten- und Angehörigenbeteiligung

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

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden aktiv angeboten. | Bitte beschreiben: |
| Moderation von Familiengesprächen bei ethisch sensiblen Themen, bei hoher Familiendynamik oder Konflikten erfolgt durch einen Mitarbeitenden (z. B. Psychologin / Psychologe, Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter, Sozialpädagogin / Sozialpädagoge oder Ethikberaterin / Ethikberater) die / der eine Weiterbildung in Mediation, systemischer Beratung / Therapie, anderer Beratungs- / Therapieausbildung vorweisen kann.  (namentliche Nennung der Moderatorin / des Moderators, Art der Weiterbildung). | ja  nein  Name der Moderatorin / des Moderators:    Art der Weiterbildung: |
| Aufklärungs- und Familiengespräche können einzeln oder im multiprofessionellen Team geführt werden. Eine multiprofessionelle Herangehensweise wird aktiv gefördert. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Die Gesprächsergebnisse werden dokumentiert. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige

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

# Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung

## Kernprozesse

* + 1. Kontaktaufnahme bis Aufnahme

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Der Palliativdienst steht Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Grunderkrankungen zur Verfügung. | ja  nein |
| Anzahl der Patientinnen und Patienten, die im vergangenen Kalenderjahr vom Palliativdienst behandelt wurden. | Anzahl pro Jahr: |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der Behandlung liegt vor. | ja  nein |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Erstellung einer mit der fallführenden Abteilung abgestimmten Therapieplanung liegt vor. | ja  nein |
| Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z. B. MIDOS, iPOS, AKPS, Palliativphase) ist beschrieben. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Behandlung und Therapie inklusive Zielplanung und -evaluation

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Eine ressourcenorientierte Unterstützung der Patientin / des Patienten und ihrer / seiner Angehörigen bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung findet statt. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Eine Verfahrensanweisung zur Beachtung von existierenden Vorausverfügungen sowie deren Umsetzung während und nach der Behandlung liegt vor. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Eine Verfahrensanweisung zur Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung liegt vor, z.B. durch Überleitung zu nachsorgenden Betreuungsformen der allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung. | ja  nein |
| Eine Mitbegleitung in der Sterbephase wird angeboten. | ja  nein |
| Den primärbehandelnden Abteilungen wird Unterstützung bei der Entwicklung von Ritualen für Angehörige und Mitarbeitende oder für den Abschied von Verstorbenen angeboten. Hierzu wird die Möglichkeit geboten, notwendige Utensilien bereitzustellen. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| Eine Vermittlung von Trauerbegleitung wird nach Bedarf angeboten. | ja  nein  Bitte beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

## Führungsprozesse

* + 1. Ressourcenbereitstellung

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

* + 1. Qualitätsziele

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Messbare Qualitätsziele[[8]](#footnote-9) sind formuliert und werden in regelmäßigen Abständen auf Durchführbarkeit und Erreichung überprüft. | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Verantwortung und Befugnis

| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- |
| Die Mitarbeitenden sind in Kenntnis ihrer Verantwortungsbereiche, ihre Befugnisse sind definiert und sie werden durch regelmäßige Mitarbeitergespräche supervidiert. | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

* + 1. Gesetzliche und behördliche Anforderung

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

# Qualitätssicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung zur Zertifizierung**  **des Palliativdienstes nach DGP** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| Instrumente zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele und die entsprechenden Auswertungen sind etabliert. | ja  nein  Bitte Instrumente beschreiben: |
| Der Palliativdienst nimmt am Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland teil. |  |
| Der Palliativdienst hat ein Fehlermanagementsystem etabliert. | ja  nein  Bitte Fehlermanagementsystem beschreiben: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | |
|  | |

**Erläuterungen und Ausfüllhinweise**

**Definitionen:**

**Kernprozess**

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

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

**Pflegefachkraft**(siehe 1.1.4): Mitarbeitende mit 3-jähriger Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin / zum Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger.

**Anforderung an die Gesamt-VK Zahl des Kernteams des Palliativdienstes:**

(siehe 1.1.1) Die Mindestzahl VK, die das Kernteam des Palliativdienstes umfassen muss, ergibt sich aus der Anzahl der behandelten Patientinnen / Patienten im betrachteten Kalenderjahr:

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandelte Patienten** | **Mindestzahl VK** |
| bis 200/Jahr | 3,2 VK |
| 201 - 300/Jahr | 3,5 VK |
| 301 - 400/Jahr | 3,8 VK |
| 401 - 500/Jahr | 4,1 VK |
| 501 - 600/Jahr | 4,4 VK |
| 601 - 700/Jahr | 4,7 VK |
| 701 - 800/Jahr | 5,0 VK |
| 801 - 900/Jahr | 5,3 VK |
| 901 - 1000/Jahr | 5,6 VK |

Die geforderte Gesamt-VK Zahl wird anhand der Auditergebnisse mindestens einmal jährlich überprüft.

Das Multiprofessionelles Team muss aus mind. 2 Ärztinnen / Ärzten, 2 Pflegenden und Vertreterinnen / Vertretern zweier weiterer Berufsgruppen, z.B. soziale Arbeit, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Seelsorge inkl. Vertretungsregelung bestehen (siehe Anforderung 1.1.1). (Die Aufzählung der Berufsgruppen ist nicht abschließend).

Die VK-Aufteilung zwischen den Berufsgruppen ist so zu gestalten, dass eine multiprofessionelle Betreuung und Versorgung gewährleistet ist und wird im Audit überprüft.

**Qualitätsziele**

Mögliche auswertbare Qualitätsziele wären beispielweise:

* Rate der innerhalb von 24h beantworteten Anfragen (> 70%)
* Rate der Versorgungen, in denen ein Familiengespräch durchgeführt wurde (> 50%)
* Rate der Versorgungen, in denen die Erhebung des Basisassessments multiprofessionell durchgeführt wurde (> 85%)
* Frühzeitiger multiprofessioneller Kontakt (innerhalb der ersten 2 Tage) (> 85%)

1. Sofern mehrere Standorte versorgt werden, bitte alle Standorte benennen, die der Palliativdienst versorgt [↑](#footnote-ref-2)
2. Die Mitarbeitenden der beiden weiteren Berufsgruppen müssen kein Anstellungsverhältnis im Palliativdienst haben, müssen aber in das Team eingebunden sein mit Teilnahme an Teambesprechungen und gemeinsamer Dokumentation. [↑](#footnote-ref-3)
3. Die Tabelle anhand der sich die Mindestzahl der VK-Zahl ableitet befindet sich am Ende des Erhebungsbogens bei „Erläuterungen und Ausfüllhinweise“ [↑](#footnote-ref-4)
4. Die Angaben sind analog zu den Vorgaben des OPS –Codes 8-98h.0 zu betrachten. [↑](#footnote-ref-5)
5. Wenn es einen Gesamtdienstplan für die Palliativmedizin (z.B. Palliativstation und Palliativdienst) gibt, muss klar gekennzeichnet sein, wer im Palliativdienst eingesetzt ist. [↑](#footnote-ref-6)
6. Die Angaben sind analog zu den Vorgaben des OPS –Codes 8-98h.0 zu betrachten. [↑](#footnote-ref-7)
7. Dies impliziert sowohl externe Fortbildungen als auch Inhouse-Schulungen durch externe Dozenten. [↑](#footnote-ref-8)
8. Beispiele werden am Ende des Erhebungsbogens bei „Erläuterungen und Ausfüllhinweise“ genannt. [↑](#footnote-ref-9)