**Erhebungsbogen für Palliativstationen**

**zur Zertifizierung von Palliativstationen**

**als qualitätssichernde Maßnahme in der   
palliativmedizinischen Versorgung**

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Heiner Melching

Dr. med. Carsten Klein

Steven Kranz

Prof. Dr. med. Philipp Lenz

Andreas Müller

Christian-Martin Müller

Dipl.-Psych. Urs Münch

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke

Freigabe durch die Zertifizierungskommission am **03.12.2024**

In diesem Anforderungskatalog sind die Fachlichen Anforderungen an Palliativstationen seitens der DGP festgelegt. Sie bilden die Grundlage für die Zertifizierung von Palliativstationen. Die Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft für Onkologische Zentren wurden bei der Erstellung berücksichtigt.

Die mit Fußnoten markierten Inhalte orientieren sich an den Anforderungen des neunten Kapitels des Erhebungsbogens für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Krebshilfe.

**Angaben zur Palliativstation:**

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

**Externe Netwerkpartner: Bestand**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| QM-Standard |  | ISO 9001 | |  | KTQ |
|  |  | weitere |  | | | |

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

**Kooperationspartner eines Onkologischen Zentrums**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kooperationspartner eines Onkologischen Zentrums | ja\* |  |
|  | nein |  |

**\*** Bitte Benennung des Onkologischen Zentrums im Freitextfeld

**Erstellung / Aktualisierung**

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

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

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

**Inhaltsverzeichnis**

[Präambel 5](#_Toc157691299)

[1. Allgemeine Angaben 6](#_Toc157691300)

[1.1 Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ) 6](#_Toc157691301)

[1.1.1 Teammitglieder und palliatives Netzwerk 6](#_Toc157691302)

[1.1.2 Infrastruktur 6](#_Toc157691303)

[1.1.3 Ärztliche Versorgung 7](#_Toc157691304)

[1.1.4 Pflegerische Versorgung 8](#_Toc157691305)

[1.1.5 Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren 9](#_Toc157691306)

[1.1.6 Systematiche Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden 11](#_Toc157691307)

[1.1.7 Angemessene apparative Ausstattung 12](#_Toc157691308)

[1.2 Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit 12](#_Toc157691309)

[1.2.1 Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen mit Ergebnisdokumentation 12](#_Toc157691310)

[1.2.2 Wöchentliche multidisziplinäre und interprofessionelle Teambesprechungen 12](#_Toc157691311)

[1.2.3 Maßnahmen zur Stabilisierung und Reflexion der beruflichen Arbeit 13](#_Toc157691312)

[1.2.4 Ethische Fallbesprechungen 13](#_Toc157691313)

[1.2.5 Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnern 14](#_Toc157691314)

[1.2.6 Zufriedenheit der Netzwerkpartner 14](#_Toc157691315)

[1.3 Patienten- und Angehörigenbeteiligung 14](#_Toc157691316)

[1.3.1 Angebot von Patienten-, Angehörigen- und Familiengesprächen 14](#_Toc157691317)

[1.3.2 Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige 15](#_Toc157691318)

[1.3.3 Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement 15](#_Toc157691319)

[1.3.4 Information der (Fach-) Öffentlichkeit 16](#_Toc157691320)

[2. Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung 17](#_Toc157691321)

[2.1 Kernprozesse 17](#_Toc157691322)

[2.1.1 Kontaktaufnahme bis Aufnahme 17](#_Toc157691323)

[2.1.2 Therapiezielplanung und -evaluation 17](#_Toc157691324)

[2.1.3 Aufenthalt 18](#_Toc157691325)

[2.1.4 Entlassung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes 18](#_Toc157691326)

[2.1.5 Rituale des Abschiednehmens, der Nachsorge und Trauerbegleitung 19](#_Toc157691327)

[2.2 Führungsprozesse 20](#_Toc157691328)

[2.2.1 Ressourcenbereitstellung 20](#_Toc157691329)

[2.2.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele 20](#_Toc157691330)

[2.2.3 Verantwortung und Befugnis 20](#_Toc157691331)

[2.2.4 Risikomanagement 20](#_Toc157691332)

[2.2.5 Internes Reporting 21](#_Toc157691333)

[2.2.6 Gesetzliche und behördliche Anforderung 21](#_Toc157691334)

[2.3 Unterstützende Prozesse 21](#_Toc157691335)

[3. Qualitätssicherung 23](#_Toc157691336)

[Erläuterungen und Ausfüllhinweise 24](#_Toc157691337)

[Begriffserläuterungen 25](#_Toc157691338)

# Präambel

Mit dem kontinuierlichen Auf- und Ausbau der Palliativversorgung in Deutschland ist auch die Zahl der Palliativstationen an Krankenhäusern stetig angestiegen: Mittlerweile sind mehr als 300 Palliativstationen im „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ der DGP gemeldet. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom Dezember 2015 wurden Impulse für den weiteren Ausbau gesetzt und mit der wachsenden Anzahl von Einrichtungen nimmt auch die Qualitätssicherung der Versorgung an Bedeutung zu. Die Vereinfachung in der Anerkennung als besondere Einrichtung im Hospiz- und Palliativgesetz könnte sogar dazu führen, dass die Strukturqualität in einem Teil der Palliativstationen wieder abnimmt.

Aus diesen Gründen ist es unumgänglich, dass die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als maßgebliche Fachgesellschaft ein eigenes Zertifizierungsverfahren etabliert: Zertifizierungen und die damit verbundene Überprüfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind unstrittige und positive Errungenschaften im Gesundheitswesen. Die DGP-Zertifizierung erfüllt alle Anforderungen an ein Zertifizierungsverfahren, z. B. die strikte Trennung der normgebenden Institution (die DGP als Fachgesellschaft) von der diese Norm überprüfenden Institution (ClarCert als Zertifizierungsgesellschaft).

Die DGP-Zertifizierung bietet Palliativstationen den Nachweis, dass sie in der Lage sind, die Versorgung ihrer Patienten nach spezifizierten und normierten Vorgaben zu erbringen. Diese Vorgaben berücksichtigen unter anderem die Anforderungen der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ und sind eng mit den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für die Palliativversorgung in Onkologischen Zentren abgestimmt. Die Mehrzahl der Palliativstationen ist aber nicht an ein Onkologisches Zentrum angeschlossen und es finden zunehmend auch Patientinnen und Patienten mit anderen als onkologischen Erkrankungen Zugang zur Palliativversorgung.

Palliativstationen können deshalb eine DGP-Zertifizierung beantragen und werden dann auf der Grundlage des Erhebungsbogens und in einem Audit von Fachprüferinnen und Fachprüfern mit ausgewiesener Expertise in der Palliativversorgung bewertet.

Palliativstationen, die bereits als Teil eines Onkologischen Zentrums zertifiziert worden sind, haben damit einen Qualitätsnachweis erbracht und können die Anerkennung unter Vorlage des Zertifikates erhalten.

Die DGP-Zertifizierung ist ein wesentlicher Schritt in der Qualitätssicherung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Zertifizierung von Palliativstationen ist dabei nur ein erster Schritt. Zu einem späteren Zeitpunkt ist die Ausweitung auf die Zertifizierung von anderen Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung geplant. Nur so können wir garantieren, dass schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten die bestmögliche Palliativversorgung erhalten!

*Autor: Prof. Dr. med. Lukas Radbruch*

# Allgemeine Angaben

## Versorgungsstruktur (räumlich, personell, apparativ)

* + 1. Teammitglieder und palliatives Netzwerk

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Teammitglieder (krankenhausintern) der Palliativstation sind: | | |
| Palliativmedizin und Palliativpflege | **X** | ja  nein |
| Soziale Arbeit / Sozialpädagogik | **X** | ja  nein |
| Physiotherapie | **X** | ja  nein |
| Seelsorge | **X** | ja  nein |
| Psychologie, Psychoonkologie | **X** | ja  nein |
| andere |  | ja:  nein |
| Die Netzwerkpartner (krankenhausextern) der Palliativstation sind: | | |
| Ambulanter Hospizdienst | **X** | ja  nein |
| SAPV | **X** | ja  nein |
| Therapeutinnen / Therapeuten, wenn nicht krankenhausintern vorhanden | **X** | ja  nein |
| Stationäres Hospiz | **X** | ja  nein |
| regionales Netzwerk, z.B. nach §39d SGB V, sofern vorhanden | **X** | ja  nein |
| andere |  | ja:  nein |
| Mit den externen Netzwerkpartnern sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die Vereinbarungen berücksichtigen regionale Strukturen und werden jährlich auf Aktualität geprüft. | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Infrastruktur

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Räumlich abgetrennte Palliativstation | **X** |  |
| Personell eigenständige Palliativstation | **X** |  |
| Einrichtung spezieller Räumlichkeiten als abgeschlossener Bereich, der an das Krankenhaus angegliedert ist[[1]](#footnote-2) | **X** |  |
| ≥ 5 Betten in 1- oder 2-Bettzimmern (Anzahl)[[2]](#footnote-3) | **X** | Anzahl 1-Bettzimmer:  Anzahl 2-Bettzimmer: |
| Neuaufnahmen: ≥ 100 stationäre Fälle/Jahr (Anzahl)[[3]](#footnote-4) | **X** | Anzahl pro Jahr: |
| Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen[[4]](#footnote-5) | **X** |  |
| Gesprächs- und / oder Abschiedsraum[[5]](#footnote-6) | **X** |  |
| Multifunktionaler Raum mit wohnlicher Atmosphäre | **X** |  |
| Optional: Zugang zum Raucherbereich, wenn möglich mit Bett erreichbar |  |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Ärztliche Versorgung

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalschlüssel Ärzte** | | | |
| Benennung Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und Beschäftigungsumfang (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 0,2 VK pro aufgestelltem Bett[[6]](#footnote-7) + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen (Gesamtanzahl) | **X** | Gesamtanzahl in VK: | |
| Mo-Fr (ohne Feiertage) ist tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. (Nachweis über Dienstplan) | **X** |  | |
| Die Vertretung ist gewährleistet. | **X** |  | |
| **Qualifikation Ärztinnen und Ärzte** | | | |
| **Fachliche Behandlungsleitung** | | | |
| Fachärztinnen und Fachärzte mit anerkannter Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten in einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung liegt vor. | **X** |  | |
| Die **Leitung und Vertretung** sind namentlich und mit Qualifikation benannt. (namentliche Nennung, Qualifikation und Stellenumfang in VK)[[7]](#footnote-8) | **X** | **Leitung**  Name:  Qualifikation:  Stellenumfang in VK:  **Vertretung**  Name:  Qualifikation:  Stellenumfang in VK: | |
| Die 24-stündige Behandlungsleitung wird durch Ruf-/Hintergrunddienste eines Facharztes / einer Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** |  | |
| Eine Fachärztin / ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin steht für Konsile und ggf. Tumorkonferenzen zur Verfügung, sofern vorhanden: im Rahmen der Leistungen eines multiprofessionellen Palliativdienstes. | **X** | ja  nein | |
| Mindestens zwei Fachärztinnen / Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin stehen der Station zur Verfügung (namentliche Nennung und Stellenumfang in VK)[[8]](#footnote-9). | **X** | **Name:** | **Stellenumfang in VK:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Pflegerische Versorgung

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalschlüssel Pflegefachkräfte** | | | |
| Benennung Anzahl der Pflegefachkräfte und Beschäftigungsumfang. | **X** | Anzahl der Pflegefachkräfte: | |
| ≥ 1,2 VK pro aufgestelltem Patientenbett[[9]](#footnote-10)[[10]](#footnote-11) + adäquater Stellenumfang für Leitungsfunktionen. | **X** | Gesamtanzahl in VK: | |
| Die Vertretung ist gewährleistet. | **X** |  | |
| Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Pflegefachkräften ist gewährleistet (Nachweis über Dienstplan). | **X** |  | |
| **Qualifikation Pflegefachkräfte** | | | |
| Die pflegerische Leitung und deren Stellvertretung haben die Palliative Care-Qualifikation.  (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP, namentliche Nennung und Stellenumfang)[[11]](#footnote-12) | **X** | **Name:** | **Stellenumfang:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten in einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung liegt vor. | **X** |  | |
| Eine Qualifikation in Teamführung liegt vor. | **X** |  | |
| Über 75% der Pflegefachkräfte (Bezug: Mitarbeiterin / Mitarbeiter, nicht VK) besitzen die Qualifikation „Palliative Care“.  (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung, s.o.; Fachweiterbildungsquote Palliative Care in %)[[12]](#footnote-13) | **X** | Anzahl der Pflegekräfte in %: | |
| **Beschreibung durch die Einrichtung** | | | |
|  | | | |

* + 1. Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren  Qualifikation:   * Psychologin / Psychologe * Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter, Sozialpädagogin / Sozialpädagoge * Physiotherapeutin / Physiotherapeut * Ergotherapeutin / Ergotherapeut * Kunst-Musik-Therapeutin / Kunst-Musik-Therapeut * Case-Managerin / Case-Manager * Seelsorgerin / Seelsorger   Ressourcen: In der Summe 0,2 VK / aufgestelltem Patientenbett.[[13]](#footnote-14)[[14]](#footnote-15) | | |
| Physiotherapie (Angabe der Anzahl und der VK) | **X** | Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten:  Stellenumfang in VK: |
| Spezielle Qualifikation der Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten: Basiskurs in „Palliative Care“ liegt vor (Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit Basiskurs) | **X** | Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: |
| Musiktherapie  (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK) |  | ja:  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:  nein |
| Kunsttherapie  (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK) |  | ja:  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:  nein |
| Schreibtherapie  (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK) |  | ja:  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:  nein |
| Weitere Qualifikationen (Angabe der Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK und Qualifikation) |  | ja:  Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in VK:    Qualifikation:  nein |
| **Soziale Arbeit/Sozialpädagogik** | | |
| Benennung Anzahl der Mitarbeitenden der sozialen Arbeit/Sozialpädagogik und Beschäftigungsumfang. | **X** | ja:  Anzahl Sozialarbeiterinnen /-pädagoginnen und Sozialarbeiter /-pädagogen:  nein |
| ≥ 0,05 VK pro aufgestelltem Patientenbett [[15]](#footnote-16) | **X** | Gesamtanzahl in VK: |
| Spezielle Qualifikation: Palliative Care für Psychosoziale Berufsgruppen | **X** |  |
| Ein eigener Arbeitsraum ist vorhanden bzw. die Nutzung eines Gesprächszimmers ist sichergestellt. | **X** | ja:  nein |
| **Psychologie** | | |
| Benennung Psychologin / Psychologe Qualifikation: analog zu den Kriterien für das Zertifikat Fachpsychologin / Fachpsychologe Palliative Care (BDP-DGP)[[16]](#footnote-17)  (Angabe der Anzahl und der Zusatzqualifikation) | **X** | ja  Anzahl Psychologinnen / Psychologen:  Zusatzqualifikation:  nein |
| ≥ 0,05 VK pro aufgestelltem Patientenbett [[17]](#footnote-18) | **X** | Gesamtanzahl in VK: |
| Ein eigener Arbeitsraum ist vorhanden bzw. die Nutzung eines Gesprächszimmers ist sichergestellt. | **X** | ja:  nein |
| **Seelsorge** | | |
| Angabe der Anzahl und der möglichen Zusatzqualifikation Palliative Care / Spiritual Care  Für Anerkennung des Stellenumfangs Seelsorge in der Ressourcenberechnung „Psychosoziale Versorgung und sonstige Therapieverfahren“ ist eine Einbindung in das Team der Palliativstation mit Teilnahme an den Teambesprechungen und gemeinsamer Dokumentation notwendig. | **X** | Anzahl Seelsorgerinnen und Seelsorger:  Stellenumfang in VK:  Zusatzqualifikation Palliative Care / Spiritual Care (optional):  ja  nein |
| **Stationshilfe oder Hauswirtschaftskraft** | | |
| Der Station sind Mitarbeitende fest zugeordnet. | **X** | ja  nein |
| Eine Basisschulung zur Palliativversorgung (auch stationsintern durch die Stationsleitung) liegt vor. | **X** | ja  nein |
| **Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator/Case Manager** | | |
| Eine Case-Managerin / ein Case-Manager oder fallbezogene Koordinatorin / fallbezogener Koordinator (= ein verantwortliches Teammitglied aus einer der behandelnden Professionen), der / die als Koordinatorin / Koordinator und Ansprechpartnerin / Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Kolleginnen und Kollegen in allen Belangen der Behandlung und Überleitung zur Verfügung steht, ist benannt. | **X** | ja:  Stellenumfang in VK:  nein |
| **Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Systematiche Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden

sowie regelmäßige Teilnahme an internen oder externen Fortbildungen

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es ist eine systematische, protokollierte Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicherzustellen, die Kenntnisse zum onkologischen Zentrum in Beziehung zum jeweiligen Tätigkeitsbereich vermittelt.[[18]](#footnote-19) | **X** |  |
| Diese Einarbeitung hat innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsbeginn zu erfolgen .[[19]](#footnote-20) | **X** |  |
| Es liegt ein schriftliches Einarbeitungskonzept für jede Berufsgruppe vor, das alle wesentlichen palliativspezifischen Themen beinhaltet. | **X** |  |
| Es ist ein Qualifizierungsplan für das ärztliche, pflegerische und psychosoziale Personal vorzulegen, Qualifizierungen dargestellt sind.[[20]](#footnote-21) | **X** |  |
| Jährlich wird mindestens eine spezifische Qualifizierung pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter (mindestens 16 UE pro Jahr) durchgeführt, sofern diese / dieser qualitätsrelevanten Tätigkeiten für die Palliativstation wahrnimmt.[[21]](#footnote-22) | **X** |  |
| Regelmäßige Fortbildung des Teams zu folgenden Themen, z. B.:   * Neues aus der Forschung, internationale Standards, Psychohygiene und Selbstfürsorge * Diskussion sensibler Themen (Sterbehilfe etc.) * Konfliktlösung im Team (z. B. Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg) * Spirituelle Anamnese (SPIR) bei Patientinnen und Patienten * Regelmäßige Fortbildungen innerhalb der Berufsgruppen * Dokumentation | **X** |  |
| Die Fort- und Weiterbildung wird vom Arbeitgeber aktiv unterstützt (Freistellung / Kostenübernahme). | **X** |  |
| Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen wird ausgewertet. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Angemessene apparative Ausstattung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Anwendung der Geräte erfolgt durch geschultes Personal. | **X** |  |
| Verfügbare apparative Ausstattung von mindestens:   * Sauerstoff * Absauggerät * Ernährungspumpe * Schmerzpumpe / PCA-Pumpe * Infusomat * Perfusor * Anti-Decubitusmatratze (auch über Leasing) | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

* + 1. Werktägliche multiprofessionelle Fallbesprechungen mit Ergebnisdokumentation

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

* + 1. Wöchentliche multidisziplinäre und interprofessionelle Teambesprechungen

mit wochenbezogener Dokumentation der Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Eine Gesamtteambesprechung aller Patientinnen und Patienten aus der Perspektive aller beteiligten Berufsgruppen zur Feststellung des erzielten Therapiefortschritts und zur Anpassung der weiteren multidimensionalen Planung findet statt:   * Wöchentlicher Zyklus * Besprechung der Behandlungspläne aller anwesenden Patientinnen und Patienten * Dokumentation der Ergebnisse (Befunde, Therapieziele, Änderungen, Maßnahmen) fallbezogen (Akte, Therapieplan) und gesprächsbezogen (Kurzprotokoll) * Eine Dokumentation der Teilnehmer ist erfolgt * Teilnahme von >75% aller anwesenden Mitarbeitenden auf Station; mindestens 1 Vertreterin oder Vertreter aus den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung | **X** |  |
| Es finden klinikinterne Konsile und Beratungen, z. B. Psychosomatik, Psychoonkologinnen / Psychoonkologen, Stoma- und Wundtherapeutinnen / Stoma- und Wundtherapeuten, statt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Supervision / Praxisbegleitung in Gruppen- und / oder Einzelgespräche für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist nachgewiesen (namentliche Nennung des Supervisors / der Supervisorin und seiner / ihrer Qualifikation, Supervisionszyklus in Wochen).[[22]](#footnote-23) | **X** | **Name** | **Qualifikation** | **Zyklus in Wochen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ein Jahresplan und Teilnehmerlisten liegen vor. (Angebot von mindestens 12 Zeitstd. im Jahr pro Mitarbeiterin / Mitarbeiter)[[23]](#footnote-24) | **X** |  | | |
| Der Prozess der Supervision / Praxisbegleitung ist schriftlich in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Hierbei sind berücksichtigt:   * Bedarfsgerechter Zugang * Externe Supervisorin / externer Supervisor * Supervision zählt als Arbeitszeit * Rhythmus mindestens alle 8 Wochen | **X** | ja  nein | | |
| Weitere Maßnahmen wie Balint-Gruppen oder Debriefing werden angeboten. | **X** | ja  nein | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

* + 1. Ethische Fallbesprechungen

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

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

* + 1. Qualitätszirkel mit allen Netzwerkpartnern

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es sind mindestens 3x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen oder an solchen mitzuwirken[[24]](#footnote-25), in denen palliative Themen bearbeitet werden. | **X** | Anzahl pro Jahr: |
| Die terminliche Planung erfolgt z. B. über den Qualifizierungsplan.[[25]](#footnote-26) | **X** |  |
| Die Qualitätszirkel sind protokolliert.[[26]](#footnote-27) | **X** |  |
| Die Teilnahme der Netzwerkpartner ist zu ermöglichen, weitere Partnerinnen und Partner werden themenbezogen eingeladen. | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Zufriedenheit der Netzwerkpartner

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

## Patienten- und Angehörigenbeteiligung

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

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

* + 1. Bedarfsgerechte Vermittlung für Angehörige

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

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

* + 1. Zufriedenheits-, Lob- und Beschwerdemanagement

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

* + 1. Information der (Fach-) Öffentlichkeit

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es wird mindestens 1x jährl. eine Informations- / Fortbildungsveranstaltung mit Inhalten der Palliativversorgung durchgeführt. Dies kann auch als Teil einer gemeinsamen Veranstaltung mit anderen Fachrichtungen erfolgen, wenn palliative Themen behandelt werden.[[27]](#footnote-28) | **X** | Anzahl pro Jahr: |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Prozesse der palliativmedizinischen Versorgung

## Kernprozesse

* + 1. Kontaktaufnahme bis Aufnahme

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten festgelegt, in dem u. a. definiert ist:   * Aufnahmekriterien, die an die Kooperationspartner kommuniziert werden[[28]](#footnote-29) * Systematische Entscheidung über eine Aufnahme nach Situation, Symptomlast und Dringlichkeit | **X** | ja  nein | | |
| Die Palliativstation nimmt Patientinnen und Patienten aller Grunderkrankungen auf. | **X** |  | | |
| Nennung der fünf häufigsten Diagnose**gruppen** (nach ICD 3-stellig) in der Palliativstation mit prozentualer Verteilung: | **X** | **Diagnose-gruppen:** | **Anzahl**  **absolut:** | **Anteil**  **in %:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Die Information zum Zugang der Patientinnen und Patienten und Zugehörigen zu den Vertreterinnen und Vertretern aller Berufsgruppen sowie qualifizierten Ehrenamtlichen ist sichergestellt. | **X** | ja  nein | | |
| Das Aufnahmegespräch zur Therapiezielplanung findet (eventuell gemeinsam) durch die Ärztin oder den Arzt und die Pflegefachkraft statt. | **X** | ja  nein | | |
| Ein multidimensionales Basisassessment (z. B. Kerndatensatz der DGP/DHPV) wird erhoben. | **X** |  | | |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung ist beschrieben. | **X** |  | | |
| Die Vorgehensweise zum Erfassen von Symptomen und Belastungen mittels validierter Instrumente (z. B. MIDOS, iPOS, AKPS, Palliativphase) ist beschrieben. | **X** |  | | |
| Eine standardisierte Symptomverlaufsdokumentation ist erstellt. | **X** |  | | |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | | | |
|  | | | | |

* + 1. Therapiezielplanung und -evaluation

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Therapieplanung erfolgt fortlaufend für jede Patientin und jeden Patienten individuell und wird entsprechend dokumentiert.[[29]](#footnote-30) | **X** |  |
| Die Einschätzung der aktuellen Patientensituation erfolgt in jeder Schicht. | **X** | ja  nein |
| Ein dokumentiertes Verfahren zu schwierigen Entscheidungen (palliative Sedierung, Sterben zulassen, Einbeziehung der Patientin / des Patienten und des Teams in schwierige Entscheidungen etc.) ist hinterlegt. | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

* + 1. Aufenthalt

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

* + 1. Entlassung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Es ist ein Prozess für die Entlassung von Patientinnen und Patienten festzulegen.[[30]](#footnote-31) | **X** |  |
| Es besteht eine systematische, dokumentierte Entlassungsplanung mit Information aller relevanten beteiligten Behandler (z. B. Hausarzt / Einweiser, Fachbereiche des Krankenhauses).[[31]](#footnote-32) | **X** |  |
| Folgende Verfahren / Prozesse sind festgelegt:   * strukturierte Anleitung von Angehörigen, sozialrechtliche Beratung und bedarfsgerechte Zuweisung * bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod der Patientin / des Patienten hinaus) | **X** | ja  nein |
| Bei Entlassung in häusliche Umgebung, bei Befundveränderung und wenn Familie / Zugehörige vorhanden sind, wird im Rahmen der Entlassungsplanung ein Familiengespräch angeboten (mit Beteiligung mindestens einer entsprechend qualifizierten Fachkraft, siehe 1.3.1). | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

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

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Informationsabfolge im Todesfall ist geregelt  (Angehörige, Hausärztin / Hausarzt, Pflegedienst, andere Kooperationspartner usw.). | **X** |  |
| Im Todesfall erfolgt die Information betroffener Kooperationspartner innerhalb von 3 Werktagen.[[32]](#footnote-33) | **X** |  |
| Ein dokumentiertes Verfahren zur Versorgung und zum Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen liegt vor. Hierbei finden folgende Kriterien Berücksichtigung:   * Angebot an Angehörige, beim Waschen und Anziehen mitzuwirken * Möglichkeit der Aufbahrung bzw. Verbleiben der Toten / des Toten auf Station für längeren Zeitraum, um Abschiednahme zu ermöglichen * Angebot psychologischer, psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung der Angehörigen bei der Verabschiedung * Sicherstellung individueller Wünsche der Patienten zum Umgang mit ihrem Leichnam * kultursensibler Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen * Vernetzung mit Religionsgemeinschaften und Glaubensrichtungen, Festlegen eines Bereitschaftsplanes | **X** |  |
| Der Verstorbene / die Verstorbene kann für 24 Stunden in der Station verbleiben. | **X** |  |
| Es existiert ein Ritual für Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Abschied von Verstorbenen. Hierzu wird die Möglichkeit geboten, notwendige Utensilien bereitzustellen. | **X** |  |
| Angehörigen und Mitarbeitenden werden regelmäßig Gedenkveranstaltungen angeboten. | **X** |  |
| Folgende Verfahren sind beschrieben:   * Risikoeinschätzung hinsichtlich komplizierter Trauer * Überleitung zu Trauerbegleitungsangeboten | **X** | ja  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

## Führungsprozesse

* + 1. Ressourcenbereitstellung

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

* + 1. Qualitätspolitik und Qualitätsziele

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

* + 1. Verantwortung und Befugnis

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

* + 1. Risikomanagement

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

* + 1. Internes Reporting

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

* + 1. Gesetzliche und behördliche Anforderung

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

## Unterstützende Prozesse

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Konsiltätigkeit von folgenden Fachabteilungen und -disziplinen ist geregelt:   * Onkologie * Neurologie * Geriatrie * Wundmanagement * andere | **X** |  |
| Folgende diagnostische Möglichkeiten stehen zur Verfügung:   * Radiologie * Labor * Ultraschall | **X** |  |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Qualitätssicherung

| **Anforderung zur Zertifizierung nach DGP**  „X“ = verpflichtende Anforderung | **X** | **Erläuterung durch die**  **Einrichtung** |
| --- | --- | --- |
| Die Palliativstation nimmt am Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland teil. | **X** |  |
| Die Palliativstation hat ein CIRS (Critical Incident Reporting System) eingeführt bzw. beteiligt sich am klinikübergreifenden CIRS oder nimmt am CIRS-Palliativ (ab Januar 2024) teil. Eine auf die Palliativstation bezogene Jahresauswertung kann vorgewiesen werden. | **X** |  |
| Mindestens zwei der Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie werden erfasst und messbar ausgewertet:  QI 1. Reduktion Atemnot  QI 2. Reduktion Schmerz QI 3. Opiate und Laxantien QI 4. Symptomassessment in der Sterbephase QI 5. Erfassung von Unruhe in der Sterbephase  QI 6. Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase QI 7. Mundpflege  QI 8. Assessment maligner Wunden  QI 9. Dokumentation von Therapiezielen  QI 10. Screening mittels MIDOS und IPOS  QI 11. Spezialisierte Palliativversorgung | **X** | ja:  Folgende Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie werden erfasst und messbar ausgewertet:  QI 1  QI 2  QI 3  QI 4  QI 5  QI 6  QI 7  QI 8  QI 9  QI 10  QI 11  nein |
| **Weitergehende Beschreibung durch die Einrichtung** | | |
|  | | |

# Erläuterungen und Ausfüllhinweise

Allgemein

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

In den Vereinbarungen sind folgende Punkte zu regeln:

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

1. Kap. 1.2.3

Inhalte der Supervision/Praxisbegleitung können sein:

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

1. Kap. 1.2.4

Inhalte der ethischen Fallbesprechung können sein:

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

# Begriffserläuterungen

**Kriterien für das Zertifikat Palliativpsychologie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Analog Zertifikat Palliativpsychologie oder mit (min. angefangener) Psychotherapieausbildung* | | | | | | | | |
| 1.Studiumsabschluss | Psychologin oder Psychologe mit Abschluss Diplom, oder Bachelor und Master | | | | | | | | |
| 2.Nachweis von Kompetenzen für das Tätigkeitsfeld in Gesprächsführung/Beratung | Berufserfahrung klinische Psychologie oder Gesundheits-psychologie min. 2 J. VZ/3 J. TZ (50%) | oder | Beratungs- bzw. Gesprächsführungsfortbildung 120 UE | | | oder | Wissenschaftlich anerkannte Verfahren (min. Ausbildung angefangen):  Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse, Systemische Familientherapie, Gesprächspsychotherapie  Unter Umständen alternativ folgende Therapieausbildungen möglich (min. 3 Jahre Ausbildung m. 300 UE Theorie, sowie Praxis unter begleitender Supervision):  Hypnotherapie, Logotherapie/ Existenzanalyse, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie | | |
| 3. Aufbaukenntnisse und Fertigkeiten Palliativpsychologie | Palliative Care für Psychologinnen und Psychologen / Übergangsweise auch für Psychosoziale Berufsgruppen (Bestandswahrung langjährig palliativ tätiger Psychologeninnen und Psychologen) | | | oder | Master Palliative Care | | | oder | DKG Zertifikat Psychoonkologie |

Psychologin oder Psychologe[[33]](#footnote-34) mit Voraussetzungen für das Zertifikat Palliativpsychologie oder mit (begonnener) psychotherapeutischer Zusatzqualifikation.

Für das Zertifikat Palliativpsychologie bedarf es:

* Psychologie Diplom oder Bachelor und Master
* Berufserfahrung in klinischer oder Gesundheitspsychologie 2 Jahre VZ (kann auch auf Palliativmedizin oder Psychoonkologie sein) **oder** 3 Jahre TZ (50%) **oder alternativ** Fortbildung in Beratung / Gesprächsführung mit min. 120UE[[34]](#footnote-35)
* Palliative Care für Psychologinnen und Psychologen / Psychosoziale Berufsgruppen (letzteres als Bestandsschutz) **oder**Master Palliative Care **oder**DKG-Zertifikat Psychoonkologie (letzteres bis einschl. 2026).

Psychotherapeutische Zusatzqualifikationen sind:

* in Deutschland wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren
* alle Therapieverfahren, die zur Approbation führen:
  + kognitive Verhaltenstherapie,
  + Tiefenpsychologische Psychotherapie,
  + Psychoanalyse
* Systemische (Familien-) Therapie
* Gesprächspsychotherapie

Es können auch folgende Psychotherapieverfahren anerkannt werden, wenn deren Theoriestundenumfang nachweislich bei mindestens 300UE beträgt, sowie sie Praxis unter Supervision beinhalten[[35]](#footnote-36):

* Hypnotherapie (z.B. bei Milton Erikson Instituten)
* Körpertherapie
* Gestalttherapie
* Logotherapie/Existenzanalyse

Sollte eine Psychologin / ein Psychologe nicht fester Bestandteil des Teams sein, ist sicherzustellen, dass dieser ausreichend verfügbar ist und neben sorgfältiger Dokumentation an den relevanten Teambesprechungen teilnimmt, damit ein adäquater Informationsfluss gewährleistet ist.

**Kernprozess**

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

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

**Pflegefachkraft**Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit 3-jähriger Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege.

**Qualitätszirkel**Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit zum konstruktiven Austausch aller an der palliativen und hospizlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apothekern und Ehrenamtlichen.

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

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

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

Eine Risikoanalyse könnte wie folgt aussehen (beispielhaft):

**Klinik Stand:**

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

**Stützprozess**

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

**Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (www.leitlinienprogrammonkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html)**

**QI 1: Reduktion Atemnot**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Reduktion der Atemnot innerhalb von 48h

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht-heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerer / starker Atemnot

Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): Modifizierter Borg, Visuelle Analogskala, Numeric Rating Scale, MIDOS, IPOS, (HOPE)

**QI 2: Reduktion Schmerz**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48h

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerem/starkem Schmerz

Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): McGill- Pain Questionnaire, Verbal Rating Scale, Numeric Rating Scale, MIDOS, IPOS, (HOPE), bei Verdacht auf neuropathischen Schmerz auch: painDETECT od. DN4

**QI 3: Opiate und Laxantien**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten ohne Therapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit Opiatmedikation

Qualitätsziel: niedrig

**QI 4: Symptomassessment in der Sterbephase**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Symptomassessment mit Hilfe eines validierten Screeninginstruments in den letzten 72h vor Versterben

Nenner:

Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten (APV und SPV)

Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): IPOS,MIDOS,(HOPE)

**QI 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Evaluation von Unruhe in den letzten 72h vor Versterben

Nenner:

Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten (APV und SPV)

Screeninginstrumente: Wird künftig über IPOS und MIDOS zu erfassen sein

**QI 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit tumorspezifischen Maßnahmen (system. Th, Radioth.) innerhalb von 14 Tagen vor Versterben

Nenner:Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten (APV und SPV)Qualitätsziel: niedrig

**QI 7: Mundpflege:**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Mundpflege

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) und Mundtrockenheit (ICD-10-GM R 68.2)

**QI 8: Assessment maligner Wunden:**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Assessment des exulzerierenden Tumors mittels spezifischen Assessmentinstrument laut Leitlinie

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)

**QI 9: Dokumentation und Therapieziele:**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Therapiezielen zum Zeitpunkt der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)

**QI 10: Screening mittels MIDOS und IPOS**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten mit Screening mittels MIDOS oder IPOS bei Therapieplanung

Nenner:

Alle Patientinnen und Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)

**QI 11: Spezialisierte Palliativversorgung:**

Zähler:

Anzahl Patientinnen und Patienten, die eine spezialisierte Palliativversorgung (stationär: Palliativstation, Palliativdienst, palliativmedizinische Tagesklinik, stationäres Hospiz, ambulant: SAPV, spezialisierte Palliativambulanz) erhalten haben

Nenner:

Alle an einer Tumorerkrankung verstorbenen Patienten

1. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.8 [↑](#footnote-ref-2)
2. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 51, Kap. 9.3.3 [↑](#footnote-ref-3)
3. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 51, Kap. 9.3.3 [↑](#footnote-ref-4)
4. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.8 [↑](#footnote-ref-5)
5. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.8 [↑](#footnote-ref-6)
6. Gemeint ist die Anzahl von Betten auf der Palliativstation, die ausschließlich für die palliative Patientenversorgung ständig zur Verfügung steht. [↑](#footnote-ref-7)
7. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.4 [↑](#footnote-ref-8)
8. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.5 [↑](#footnote-ref-9)
9. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.7 [↑](#footnote-ref-10)
10. Gemeint ist die Anzahl von Betten auf der Palliativstation, die ausschließlich für die palliative Patientenversorgung ständig zur Verfügung steht. [↑](#footnote-ref-11)
11. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.6 [↑](#footnote-ref-12)
12. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.7 [↑](#footnote-ref-13)
13. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 53 Kap. 9.3.14 [↑](#footnote-ref-14)
14. Gemeint ist die Anzahl von Betten auf der Palliativstation, die ausschließlich für die palliative Patientenversorgung ständig zur Verfügung steht. [↑](#footnote-ref-15)
15. Es gilt eine Übergangsfrist bis 31.12.2027 zur Umsetzung dieser Anforderung. [↑](#footnote-ref-16)
16. Die Kriterien für das Zertifikat Palliativpsychologie sind in den Begriffserläuterungen genauer beschrieben. [↑](#footnote-ref-17)
17. Es gilt eine Übergangsfrist bis 31.12.2027 zur Umsetzung dieser Anforderung. [↑](#footnote-ref-18)
18. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.19 [↑](#footnote-ref-19)
19. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.19 [↑](#footnote-ref-20)
20. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.20 [↑](#footnote-ref-21)
21. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54Kap. 9.3.20 [↑](#footnote-ref-22)
22. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.21 [↑](#footnote-ref-23)
23. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.21 [↑](#footnote-ref-24)
24. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.22 [↑](#footnote-ref-25)
25. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.22 [↑](#footnote-ref-26)
26. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.22 [↑](#footnote-ref-27)
27. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 54 Kap. 9.3.18 [↑](#footnote-ref-28)
28. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52, Kap. 9.3.9 [↑](#footnote-ref-29)
29. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 52 Kap. 9.3.10 [↑](#footnote-ref-30)
30. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 53 Kap. 9.3.12 [↑](#footnote-ref-31)
31. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 53 Kap. 9.3.12 [↑](#footnote-ref-32)
32. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren (2024), S. 53 Kap. 9.3.12 [↑](#footnote-ref-33)
33. In Einzelfällen können auch ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anerkannt werden, wenn sie als Hauptaufgabe die psychologische Betreuung von Patienten, Nahestehenden und dem Team haben und nicht primär palliativärztlich tätig sind. [↑](#footnote-ref-34)
34. In Einzelfällen kann auch die große Basisqualifikation Trauerbegleitung als Nachweis für Beratung-/Gesprächsführungsfortbildung anerkannt werden. [↑](#footnote-ref-35)
35. Diese Voraussetzungen können auch als Maßstab angelegt werden, wenn eine Psychologin / ein Psychologe eine Therapieausbildung im Ausland absolviert hat. [↑](#footnote-ref-36)