

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98e

### Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

**Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:**

Ja      Nein

Beschreibung der Palliativeinheit und Angabe der Bettenanzahl

**Behandlung durch ein multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:**

Ja      Nein

Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:

Namen, Vornamen

**Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Erfahrung (Name der Station oder Einrichtung)

**Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen Behandlungsleitung mindestens durch Rufbereitschaft:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Werktags (Montag bis Freitag) ist eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit gewährleistet:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden**

**und**

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Erfahrung (Name der Einrichtung)

---

**Verfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, z. B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle:**

Ja      Nein

Behandlungsverfahren

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_