

**Checkliste zur Abfrage der Strukturmerkmale des OPS-Kodes
8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung*¹**

Version 2018

Das Krankenhaus

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

IK

Ansprechpartner

erfüllt folgende strukturellen Mindestmerkmale zur Verschlüsselung und Abrechnung des OPS-Kodes
8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung*.

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung sind für alle personengebundenen Qualifikationen
und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche ein Verantwortlicher und ein Stellvertreter
benannt.

- Vorhaltung einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:

Ja Nein

Bettenanzahl:

.....

¹ Erstellt durch die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 - Vergütung und Abrechnung (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft im Auftrag des GKV-Spitzenverbands zur Nutzung durch die Krankenkassen vor Ort

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:

Ja Nein

Spezialisiertes Team:

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung), Zusatzqualifikation:

.....
.....
.....
.....

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

Ja Nein

Titel, Name, Vorname, Facharzt- und Zusatzbezeichnungen:

.....
.....

Name der Einrichtung:

.....
.....

- Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen Behandlungsleitung durch Rufbereitschaft:

Ja Nein

Titel, Name, Vorname, Facharzt- und Zusatzbezeichnungen:

.....
.....

- Von Montag bis Freitag tagsüber ist eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativstation gewährleistet:

Ja Nein

- Vorhalten spezialisierter palliativmedizinischer Behandlungsverfahren, z. B. Schmerzpumpen und weiterer kontinuierlicher parenteraler Therapien zur Symptomkontrolle:

Ja Nein

Behandlungsverfahren:

.....
.....

- Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Sozialarbeit/Sozialpädagogik:

Ja Nein

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung):

.....
.....

Psychologie:

Ja Nein

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung):

.....
.....

Physiotherapie/Ergotherapie:

Ja Nein

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung):

.....
.....

Künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie):

Ja Nein

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung):

.....
.....

Entspannungstherapie:

Ja Nein

Name, Vorname, Berufsbezeichnung (Ausbildung):

.....
.....

- Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige:

Ja Nein

Unterstützungsangebote:

.....
.....

- Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung:

Ja Nein

Betreuungsformen:

.....
.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name des Geschäftsführers/Verwaltungsdirektors

Unterschrift