

Anlage 1

SAPV-Strukturerhebungsbogen (mit Merkblatt)

Voraussetzung für einen Vertragsabschluss ist die Vorlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzeptes, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept und der Strukturerhebungsbogen ist den Krankenkassen vor Vertragsabschluss einzureichen.

Es muss eine Beschreibung folgender Inhalte vorliegen:

- Bevölkerungsbezogene Aussagen zum Versorgungsraum
- Aufbauorganisation des Palliative-Care-Teams.
Die eigenständige inhaltliche und organisatorische Struktur des PCT muss ersichtlich sein, ebenso das Verhältnis zu den vertraglich eingebundenen Kooperationspartnern
- Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten innerhalb des PCT und zwischen PCT und Kooperationspartnern
- Ablauforganisation / Versorgungsprozess,
Sicherstellung der Kommunikation innerhalb des Teams und mit den Kooperationspartnern zur Abstimmung von Behandlungsplänen, Team- und Fallbesprechungen
- Präsenzzeiten der Koordinationsstelle
- Sicherstellung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Personelle Ausstattung, Qualifikationsnachweise
- Sächliche und räumliche Ausstattung (gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die SAPV vom 23.06.2008, zuletzt geändert am 05.11.2012, in ihrer jeweils gültigen Fassung)
- Qualitätssicherung,
Qualitätsmanagement, Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepte, Supervision, Dokumentationssystem

In Ihrem Konzept sind die Schnittstellen zwischen den ggf. vertraglich eingebundenen Kooperationspartnern nach § 7 Abs. 2 und 3 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V und dem PCT zu beschreiben.

Bitte legen Sie Qualifikationsnachweise für die im Palliative-Care-Team vorgesehenen Fachkräfte und Teammitglieder vor.

Die nachfolgenden Ausführungen und Fragestellungen sollen die Erstellung bzw. die Bewertung eines Konzeptes vereinfachen. Bitte übersenden Sie daher den Vertragspartnern auf Krankenkassenseite eine ausführliche Konzeption und den nachfolgenden SAPV-Strukturerhebungsbogen ausgefüllt zurück.

1. Anbieter der SAPV

Name des Dienstes:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Ansprechpartner:

Emailadresse:

Telefonnummer:

Faxnummer:

Name des Trägers:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Ansprechpartner:

Emailadresse:

Telefonnummer:

Faxnummer:

2. Versorgungsbedarf

2.1 Welche Versorgungsregion wollen Sie versorgen? Bei Teil-Landkreisen, bitte konkrete Angaben aller Städte und Gemeinden angeben.

2.2 Wie hoch ist die Einwohnerzahl Ihrer potentiellen Versorgungsregion?

3. Personelle Anforderungen

Das PCT verfügt über das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal. Dabei wird berücksichtigt, dass durch das PCT eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sichergestellt wird. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Palliativärztin/eines Palliativarztes und einer Palliativpflegefachkraft wird gewährleistet. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

3.1 Ärztinnen und Ärzte

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. a verfügen die Ärzte für das geplante PCT?

Name				
Vorname				
Anteil einer Vollzeitstelle im PCT	%	%	%	%
Beginn von Ende bis				
Andere Beschäftigung, Wo?				
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ja/nein				
Anzahl betreuter 75 Palliativpatienten in letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Mind. 1 Jahr Tätigkeit in Palliativabteilung im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Palliativmedizinische Vollzeittätigkeit mind. 3 Jahre in den letzten fünf Jahren (Bescheinigung) ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt bis				
Bemerkungen				

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. a verfügen die Ärzte für das geplante PCT?

Name				
Vorname				
Anteil einer Vollzeitstelle im PCT	%	%	%	%
Beginn von Ende bis				
Andere Beschäftigung, Wo?				
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ja/nein				
Anzahl betreuter 75 Palliativpatienten in letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Mind. 1 Jahr Tätigkeit in Palliativabteilung im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Palliativmedizinische Vollzeittätigkeit mind. 3 Jahre in den letzten fünf Jahren (Bescheinigung) ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt bis				
Bemerkungen				

3.2 Pflegefachkräfte

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. b verfügen die Pflegekräfte für das geplante PCT?

Name				
Vorname				
Anteil einer Vollzeitstelle im PCT	%	%	%	%
Beginn von Ende bis				
Andere Beschäftigung, Wo?				
Zusatzweiterbildung Palliative Care ja/nein				
Wenn nein, Beginn ab?				
Anzahl betreuter 75 Palliativpatienten in letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Mind. 1 Jahr Tätigkeit in Palliativabteilung im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt bis				
Bemerkungen				

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. b verfügen die Pflegekräfte für das geplante PCT?

Name				
Vorname				
Anteil einer Vollzeitstelle im PCT	%	%	%	%
Beginn von Ende bis				
Andere Beschäftigung, Wo?				
Zusatzweiterbildung Palliative Care ja/nein				
Wenn nein, Beginn ab?				
Anzahl betreuter 75 Palliativpatienten in letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Mind. 1 Jahr Tätigkeit in Palliativabteilung im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Nachweis) ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt ja/nein				
Volle Qualifikation erfüllt bis				
Bemerkungen				

3.3 Koordinator/in/Koordination

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 2 Buchst. d verfügen die im geplanten PCT tätige/n Koordinatorin/Koordinator/en?

Name			
Vorname			
Berufsabschluss / Berufsbezeichnung			
Anteil einer Vollzeitstelle im PCT	%	%	%
Beginn von Ende bis			
Andere Beschäftigung, Wo?			
Zusatzweiterbildung Palliative Care ja/nein			
Wenn nein, Beginn ab?			
Anzahl von mindestens 75 Palliativpatienten/innen innerhalb der letzten drei Jahre (Nachweis) ja/nein			
Mind. 1 Jahr Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus in den letzten 3 Jahren (Nachweis) ja/nein			
Mehrjährige berufspraktische Erfahrung in der Palliativversorgung (sofern andere/weitere Fachkräfte) ja/nein			
Volle Qualifikation erfüllt ja/nein			
Volle Qualifikation erfüllt bis			
Bemerkungen			

4. 1 Kooperationspartner gemäß § 7 Abs. 4 und 5

Name der Einrichtung (Pflegedienst, Arztpraxis, Krankenhaus, etc.)	Kooperationsvertrag liegt vor

4. 2 Kooperationspartner gemäß § 7 Abs. 6

Name der Einrichtung	Ambulante Hospizdienste, Apotheken, Home Care Firmen, etc.	Kooperationsvertrag liegt vor

5. Sächliche Ausstattung

5.1 Welche Räumlichkeiten stehen zur Verfügung?

5.2 Welche administrative Infrastruktur steht zur Verfügung?

5.3 Anzahl der Dienstfahrzeuge?

5.4 Stehen Arzneimittel für die Notfall/Krisenintervention zur Verfügung?

5.5 Steht ein BTM-Schrank zur Verfügung?

5.6 Stehen Bereitschaftstaschen zur Verfügung?

6. Qualitätssicherung

- 6.1 Wie wird die interne Qualitätssicherung (Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität) umgesetzt? Beschreibung der Maßnahmen

- 6.2 Bitte nennen bzw. beschreiben Sie Ihr Dokumentationssystem

- 6.3 Wie oft finden Teambesprechungen statt?

- 6.4 Wie oft findet Supervision statt?

6.5 Wie oft finden multiprofessionelle Fallbesprechungen / Qualitätszirkel statt?

6.6 Liegt ein Einarbeitungskonzept vor?

6.7 Liegt ein Fortbildungskonzept vor?

6.8 Zeiten der Erreichbarkeit der Koordinationsstelle

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Vertreters des PCT

Merkblatt

Bitte legen Sie folgende Unterlagen für die im Palliative-Care-Team vorgesehenen Fachkräfte und Teammitglieder mit dem Strukturerhebungsbogen vor:

Für die/den verantwortliche/n und stellvertretende/n verantwortliche/n Ärztin/Arzt:

- Kopie des Nachweises über die anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- Liste von mindestens 75 behandelten Palliativpatienten (anonymisierter Name, Geburtsdatum, relevante Diagnose, Todestag) innerhalb der letzten drei Jahre
oder
Bestätigung der Klinik über die erbrachte Arbeit der letzten drei Jahre (Zeitraum, Abteilung, Funktion, Stellenumfang)

Für die/den verantwortliche/n und stellvertretende/n verantwortliche/n Pflegefachkraft:

- Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in usw.
- Kopie des Nachweises über den Abschluss einer Palliativweiterbildungsmaßnahme
- Bestätigung des Arbeitgebers über die erbrachte Arbeit der letzten drei Jahre (75 Palliativpatienten/innen in häuslicher Umgebung oder stationären Hospiz) oder mindestens einjährigen palliativpflegerische Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus in den letzten 3 Jahren (Zeitraum, Abteilung, Funktion, Stellenumfang)

Für die übrigen ärztlichen Mitarbeiter:

- Kopie des Nachweises über die anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- oder Kopie des Nachweises über den Beginn der Ausbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Liste von mindestens 75 behandelten Palliativpatienten (anonymisierter Name, Geburtsdatum, relevante Diagnose, Todestag) innerhalb der letzten drei Jahre
oder
Bestätigung der Klinik über die erbrachte Arbeit der letzten drei Jahre (Zeitraum, Abteilung, Funktion, Stellenumfang)
oder
Bestätigung einer palliativmedizinischen Vollzeittätigkeit in den letzten 5 Jahren von mindestens 3 Jahren und eine Kopie des Nachweises über die Weiterbildung Palliativmedizin (40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin und 120 Stunden Fallseminar einschl. Supervision)

Für die übrigen pflegerischen Mitarbeiter:

- Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in usw.
- Kopie des Nachweises über den Abschluss einer Palliativweiterbildungsmaßnahme
oder
- Kopie des Nachweises über den Beginn einer Palliativweiterbildungsmaßnahme
- Bestätigung des Arbeitgebers über die erbrachte Arbeit der letzten drei Jahre (75 Palliativpatienten/innen in häuslicher Umgebung oder stationären Hospiz) oder mindestens einjährigen palliativpflegerische Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus in den letzten 3 Jahren (Zeitraum, Abteilung, Funktion, Stellenumfang)

Für die übrigen Mitarbeiter:

- Kopie des Nachweises der Berufsbezeichnung
- Kopie des Nachweises über den Abschluss einer Palliativweiterbildungsmaßnahme

- oder
- Bestätigung des Arbeitgebers über eine mehrjährige Tätigkeit in der Palliativversorgung (Zeitraum, Abteilung, Funktion Stellenumfang)