

Strukturerhebungsbogen					
zum Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen für Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung					
Für den nachfolgend genannten Leistungserbringer wird der Abschluss eines Vertrages zur Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung beantragt. Der Tätigkeitsbeginn ist für Monat 200.... vorgesehen.					
I. Allgemeine Angaben					
<input type="checkbox"/> Freie Organisationseinheit		Betriebsstättennummer:		IK-Kennzeichen:	
<input type="checkbox"/> Rechtsform des Leistungserbringers:				Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten	
Einrichtung/ Sitz					
Straße/ PLZ/ Ort					
vertretungsberechtigt (Name)					
Adresse					
Telefon/ Telefax					
Ansprechpartner (Name)					
Telefon/ Telefax					
E-Mail-Adresse					
Versorgungsgebiet					
		<i>Registerauszug etc.</i>		<i>Gesellschaftsvertrag</i>	
				RA	GV
				polizeil. FZ	

. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)		Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten		
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:			
Adresse:	Telefon/ Telefax:			
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)		ja	nein	
. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)				
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:			
Adresse:	Telefon/ Telefax:			
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)		ja	nein	

. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)		Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten			
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:				
Adresse:	Telefon/ Telefax:				
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:				
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:				
<i>Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)</i>		ja	nein		
. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)					
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:				
Adresse:	Telefon/ Telefax:				
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:				
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:				
<i>Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)</i>		ja	nein		

. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)		Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten			
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:				
Adresse:	Telefon/ Telefax:				
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:				
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:				
<i>Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)</i>		ja	nein		
. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)					
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:				
Adresse:	Telefon/ Telefax:				
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:				
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:				
<i>Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)</i>		ja	nein		

. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)		Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten		
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:			
Adresse:	Telefon/ Telefax:			
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)		ja	nein	
. Gesellschafter/Vertragspartner des Leistungserbringers (bitte nur Zutreffendes ausfüllen)				
Name (Vor-/Nachname oder Name der Gesellschaft):	Arztnummer:			
Adresse:	Telefon/ Telefax:			
Arbeitgeber/Arbeitsort (z. B. Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus):	Telefon/ Telefax:			
Vertretungsberechtigte Person (Nachname/Vorname/ Adresse):	Telefon/ Telefax:			

Vertretungsvollmacht mit Unterschrift des Vollmachtgebers/-nehmers (Original)		ja	nein	
II. Leistungsfähigkeit des SAPV-Leistungserbringers				
1.	Die Zugehörigkeit der Einrichtung/Gesellschaft zu einer Hospiz-/ Palliativvereinigung im Land ist gegeben. Wenn ja, zu welcher:	ja	nein	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
2.	Es ist sichergestellt, dass die Einrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt werden.	ja	nein	
3.	Zur Sicherstellung der geforderten Qualität der Leistungserbringung arbeitet der SAPV-Leistungserbringer nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept. In diesem Konzept sind der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung, orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams beschrieben.	ja	nein	
	<i>Ausführliches Versorgungskonzept (Bitte beigefügtes Hinweisblatt beachten)</i>	ja	nein	
4.	Der SAPV-Leistungserbringer ist Teil einer multiprofessionell vernetzten regionalen Versorgungsstruktur, gewährleistet eine psychosoziale Unterstützung der Versicherten und seiner Angehörigen und arbeitet mit Vertretern der ambulanten Hospizdienste, der Seelsorge und der Sozialarbeit zusammen.	ja	nein	
5.	Der SAPV-Leistungserbringer organisiert und koordiniert die Leistungserbringung unter besonderer Berücksichtigung des § 6 der SAPV-RL in geeigneter Weise und wirtschaftlich. Er stellt eine größtmögliche Kontinuität bei der Versorgung sicher, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen (Bezugspflege) erbracht werden. Die Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten erfolgt bedarfsgerecht und unter Nutzung effektiver Kommunikationswege.	ja	nein	
6.	Der SAPV-Leistungserbringer sichert eine tägliche 24-stündige Ruf- und Einsatzbereitschaft für den Versicherten, deren Angehörige bzw. alle an der Versorgung Beteiligten ab. Er sorgt dafür, dass ständig mindestens ein Palliativarzt und eine Palliativpflegefachkraft mit Qualifikation nach II. 7. und 8. einsatzbereit sind und der Versicherte im Krisen- bzw. Notfall innerhalb von 45 Minuten aufgesucht und versorgt wird.	ja	nein	

a	Die ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes (im Weiteren Palliativarzt) mit der geforderten Qualifikation gemäß II. 7. cc bis dd ist gegeben. (Aus Vereinfachungsgründen wird durchgehend nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils gleichberechtigt männliche und weibliche Personen.)	ja	nein	
b	Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegefachkraft mit der geforderten Qualifikation gemäß II. 8. aa bis cc ist gegeben.	ja	nein	
c	Die vertraglich eingebundenen Palliativpflegefachkräfte sowie weitere Kräfte sind während ihrer SAPV-Tätigkeit allein gegenüber dem jeweils zuständigen Palliativarzt weisungsgebunden.	ja	nein	
7.	Der SAPV-Leitungserbringer hält für die Leistungserbringung mindestens folgende ärztliche Besetzung mit palliativmedizinischer Qualifikation vor (bitte entsprechende Eintragungen zur Erfüllung der angeführten Anforderungen in der nachfolgenden Tabelle vornehmen)	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten		
a*	Mindestens 5 qualifizierte Palliativärzte, welche die Qualifikation nach 7. cc und dd nachweisen können, die ihren Tätigkeitsschwerpunkt in der Versorgung von Palliativpatienten haben und welche für die Erbringung der SAPV-Leistungen im geforderten Umfang und zur Sicherstellung der Ruf- und Einsatzbereitschaft zur Verfügung stehen.			
aa*	Zwei dieser Palliativärzte nach 7. a müssen jeweils mit einer Arbeitszeit von mindestens 19 Stunden/Woche nachweisbar und klar abgegrenzt ausschließlich für die Erbringung der SAPV zur Verfügung stehen und sind zur Leistungserbringung direkt verpflichtet. Eine vertragliche Verpflichtung über Kooperationsvereinbarungen ist unzulässig.			
bb	Für drei der unter 7. a genannten Palliativärzte kann eine vertragliche Bindung über eine Kooperationsvereinbarung in Betracht kommen.			
cc*	Die Palliativärzte sind Fachärzte und verfügen über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Std. Weiterbildung)			
dd*	Die Palliativärzte verfügen über Erfahrungen aus der palliativen ambulanten Behandlung von nachweislich mindestens 75 Palliativpatienten, z.B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens 1-jährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung.			

<p>*Zum Nachweis der geforderten Personalvorhaltung, Arbeitszeit und Qualifikation sind geeignete Nachweise beizufügen z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beiderseitig unterzeichnete Bestätigung über die Anstellung des Palliativarztes beim SAPV-Leistungserbringer mit Beginn und Arbeitszeit für Palliativärzte gem. 7. aa • Zustimmung des Arbeitgebers zur Tätigkeit des angestellten Palliativarztes beim oder als SAPV-Leistungserbringer, insbesondere für Palliativärzte nach 7. aa bzw. nicht niedergelassene Ärzte oder Erklärung des niedergelassenen Arztes über die Erfüllung der Forderung zu 7 aa bzw. bb • Zertifikatkopien zur geforderten Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für Palliativärzte gem. 7.aa • Bestätigung über die geforderte palliativmedizinische Berufserfahrung durch geeignete Einrichtung (z. B. Krankenhaus/Palliativstation, Hospiz) für Palliativärzte gem. 7.aa • Nachweise über die Behandlung der mind. 75 Palliativpatienten 													
<p>die aktuelle Kooperationspartnerübersicht (gem. Anlage 4 des Vertrages)</p>													
<p>auf Anforderung der Krankenkassen bzw. des MDK sind vorzulegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Nachweise gem. 7. cc und 7. dd für Palliativärzte gem. 7. bb, • die Kooperationsvereinbarungen für Palliativärzte gem. 7. bb 													
<p>Palliativarzt Nachname/Vorname/ Fachbezeichnung/Arbeitsstelle bzw. Praxis (Bitte verantwortlichen Palliativarzt (VA)/ stellvertretend verantwortlichen Palliativarzt (stv. VA) ausschl. Rufbereitschaftsarzt (RBA) entsprechend kennzeichnen)</p>			<p>beim SAPV- Leistungserbringer tätig</p>				<p>Zusatzweiter- bildung Pallia- tivmed. absol- viert (mind. 160 Stunden) gem. 7. cc</p>		<p>Berufserfahrungen innerhalb der letzten drei Jahre erworben gem. 7. dd</p>				<p>Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten</p>
			<p>mit mind. 19 h/Woche gem. 7. aa</p>		<p>über Koope- rationsvertrag gem. 7. bb</p>				<p>Betreuung von mind. 75 Palliativpatienten in Häuslichkeit oder stat. Hospiz</p>		<p>mind. 1jährige klinische palliativ-med. Tätigkeit in Palliativabteilung</p>		
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA	auf Anforderung		auf Anforderung		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		
<p>Bemerkungen:</p>													
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA	auf Anforderung		auf Anforderung		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		

Bemerkungen:													
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA			auf Anforderung	(für 7. bb auf Anforderung)	(für 7. bb auf Anforderung)	(für 7. bb auf Anforderung)					
Bemerkungen:													

Palliativarzt Nachname/Vorname/ Fachbezeichnung/Arbeitsstelle bzw. Praxis (Bitte verantwortlichen Palliativarzt (VA)/ stellvertretend verantwortlichen Palliativarzt (stv. VA) ausschl. Rufbereitschaftsarzt (RBA) entsprechend kennzeichnen)			beim SAPV- Leistungserbringer tätig				Zusatzweiter- bildung Pallia- tivmed. absol- viert (mind. 160 Stunden) gem. 7. cc		Berufserfahrungen innerhalb der letzten drei Jahre erworben gem. 7. dd				Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
			mit mind. 19 h/Woche gem. 7. aa		über Koope- rationsvertrag gem. 7. bb				Betreuung von mind. 75 Palliativpatienten in Häuslichkeit oder stat. Hospiz		mind. 1jährige klinische palliativ-med. Tätigkeit in Palliativabteilung		
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA			auf Anforderung		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		
Bemerkungen:													
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA			auf Anforderung		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		
Bemerkungen:													
			ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
VA	stv. VA	RBA			auf Anforderung		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		(für 7. bb auf Anforderung)		
Bemerkungen:													

Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V für **Name des Teams, in Kraft seit TTMMJJJJ**

8.	Der Leitungserbringer hält für die Leistungserbringung mindestens folgende Pflegefachkräfte mit palliativpflegerischer Qualifikation vor (bitte Eintragung zu dieser personellen Besetzung in der nachfolgenden Tabelle vornehmen)	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
a*	Mindestens 4 qualifizierte Pflegefachkräfte (im Weiteren Palliativpflegefachkräfte) in Vollzeit**, welche die Qualifikation nach 8. aa bis cc besitzen, und beim SAPV-Leistungserbringer beschäftigt sind. Davon kann die Tätigkeit von 2 Vollzeitkräften** auch in Stellensplitting erfolgen. Die Arbeitszeit muss dabei mindestens die Hälfte der Vollzeittätigkeit** betragen. Eine vertragliche Bindung über Kooperationsverträge für diese Kräfte ist ausgeschlossen.	
aa*	Die Palliativpflegefachkraft muss über eine Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger (GKP), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (GKKP) oder Altenpfleger (AP) mit 3-jähriger Ausbildung aufgrund der bundes- oder landesrechtlichen Regelung bzw. entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung verfügen.	
bb*	Die Palliativpflegefachkraft muss den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen	
cc*	Die Palliativpflegefachkraft hat Erfahrungen durch eine mindestens 2-jährige praktische Vollzeittätigkeit** als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre; davon ist eine mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachzuweisen.	
<p>*Zum Nachweis der geforderten Personalvorhaltung, Arbeitszeit und Qualifikation sind folgende Nachweise beizufügen</p> <ul style="list-style-type: none"> • beidseitig unterzeichnete Bestätigung über die Anstellung der Palliativpflegefachkraft beim SAPV-Leistungserbringer mit Beginn und Arbeitszeit • sofern selbst Inhaber/Träger - Erklärung, dass Tätigkeit im geforderten zeitlichen Rahmen sichergestellt wird • Zertifikatkopien zur geforderten Zusatzweiterbildung Palliativpflege • Bestätigung über die geforderte palliativpflegerische Berufserfahrung einschl. geleisteter Wochenarbeitszeit durch geeignete Einrichtung (z. B. Krankenhaus/Palliativstation, Hospiz) - die Aufrechnung von Teilzeitbeschäftigungen kann erfolgen 		
<p>auf Anforderung der Krankenkasse oder des MDK vorzulegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beglaubigte Kopie des polizeilichen Führungszeugnisses für verantwortliche Palliativpflegefachkraft (nicht älter als 6 Wochen vor Abschluss des Arbeitsvertrages) • Gesundheitszeugnis für verantwortliche Palliativpflegefachkraft (nicht älter als 6 Wochen vor Abschluss des Arbeitsvertrages) • Nachweis über die Beendigung des vorhergehenden Beschäftigungsverhältnisses/ bei Teilzeitbeschäftigten • Erklärung, dass kein weiteres Arbeitsverhältnis vorliegt bzw. Zustimmung des anderen Arbeitgebers zur SAPV-Tätigkeit 		

** Mit Vollzeit ist eine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 40 h gemeint, sofern im Einzelfall nicht andere tarifrechtliche Rahmenbedingungen bestehen.

Palliativ- pflegefachkraft		beim SAPV- Leistungserbringer				Berufs- erlaubnis			Palliativweiter- bildung über mind. 160 Stunden gem. 8. bb	Berufspraktische Erfahrung in der Palliativbetreuung gem. 8. cc				Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten					
		In Vollzeit gem. 8. aa beschäftigt		mit der Hälfte zur Vollzeitbe- schäftigung gem. 8. aa beschäftigt		GKP	GKKP	AP		von mind. 2 Jahren als Pflegefachkraft innerhalb der letzten 3 Jahre		davon mind. 6monatige Mitarbeit in einer spez. Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung							
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			

Palliativ- pflegefachkraft		beim SAPV- Leistungserbringer				Berufs- erlaubnis			Palliativweiter- bildung über mind. 160 Stunden gem. 8. bb	Berufspraktische Erfahrung in der Palliativbetreuung gem. 8. cc				Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten					
		In Vollzeit gem. 8. aa beschäftigt		mit der Hälfte zur Vollzeitbe- schäftigung gem. 8. aa beschäftigt		GKP	GKKP	AP		von mind. 2 Jahren als Pflegefachkraft innerhalb der letzten 3 Jahre		davon mind. 6monatige Mitarbeit in einer spez. Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung							
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			
		ja	nein	ja	nein					ja	nein	ja	nein	40	20	BE	WB	BP 2J	BP 6M
PDL	stv. PDL																		
Bemerkungen:																			

10.	Der SAPV-Leistungserbringer führt eine Handzeichenliste für die in der SAPV-Leistungserbringung eingebundenen Palliativärzte und Palliativpflegefachkräfte. Die Palliativärzte werden getrennt nach Vertragsärzten und Krankenhausärzten ausgewiesen.	ja	nein	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
	<i>Handzeichenliste (spätestens mit erster Abrechnung und bei jeder Änderung mit der Rechnung einzureichen)</i>			
11.	Der SAPV-Leistungserbringer hat zur Sicherstellung einer qualitätsgerechten und effizienten Versorgung Kooperationsverträge geschlossen mit:	ja	nein	
a	einem ambulanten Hospizdienst			
b	einem Krankenhaus im Versorgungsgebiet bzw. versorgungsnahem Gebiet (sofern Palliativstationen bestehen, sollte Kooperation mit dieser erfolgen) Das Krankenhaus verfügt über eine Palliativstation			
c	Haus-/Vertragsärzten			
d	Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen – bitte nicht Zutreffendes streichen Diese Kraft verfügt über eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen			
	<i>Kooperationsvereinbarungen zu 11. a und b</i>			
	<i>Kooperationspartnerübersicht (Anlage 5 des Vertrages nach § 132 d)</i>			
	auf Anforderung der Krankenkasse oder des MDK vorzulegen: zu 11. a bis d: - Aktuelle Kooperationspartnerübersicht (Anlage 5 des Vertrages nach § 132 d zu 11. c und d: - Kooperationsvereinbarung/-en zu 11. d - Qualifizierungsnachweis(e) gem. „Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ Ziff. 5.2 bis 5.4 (im Weiteren SAPV-Empfehlungen)			
12.	Der SAPV-Leistungserbringer hat darüber hinaus zur Sicherstellung der Versorgungsqualität Kooperationen mit weiteren Personen/Einrichtungen geschlossen (z. B. Hilfsmittelleistungserbringern, Apotheken)	ja	nein	
	auf Anforderung der Krankenkasse oder des MDK vorzulegen: - Kooperationsvereinbarung - Kooperationspartnerübersicht (Anlage 5 des Vertrages nach § 132 d)			
13.	Die Regelungen in den Kooperationsverträgen berücksichtigen die vertraglichen Verpflichtungen. Es sind mindestens der Leistungsinhalt und –umfang, die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Umfang von Fortbildungen geregelt.	ja	nein	

III. Sächliche Ausstattung des SAPV-Leistungserbringers				
1.	Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für <ul style="list-style-type: none"> - die Beratung von Patienten und Angehörigen, - Teamsitzungen und Besprechungen sowie - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmittel 	ja	nein	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
	<i>Mietvertrag/ Raumskizzen</i>			
2.	Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten.	ja	nein	
3.	Der SAPV-Leistungserbringer stellt sicher, dass jederzeit die notwendigen Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittel und Hilfsmittel) für die Notfall/Krisenintervention zur Verfügung stehen.	ja	nein	
4.	Ein Schrank zur sicheren Aufbewahrung von Betäubungsmitteln ist vorhanden.	ja	nein	
5.	Der SAPV-Leistungserbringer stellt sicher, dass für die Leistungserbringung ausreichend Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstaschen (unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen und Infusionspumpen) zur Verfügung stehen.	ja	nein	
6.	Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.	ja	nein	

IV. Qualitätssicherung				
1.	Der SAPV-Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass die Leistungserbringung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegerischen, palliativen und technischen Erkenntnisse sowie dem medizinischen Fortschritt entspricht. Er führt ein an den SAPV-Empfehlungen Ziffer 6. orientiertes internes Qualitätsmanagement ein und entwickelt dies kontinuierlich weiter.	ja	nein	Spalte ist für Kassenbearbeitung vorbehalten
2.	Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über ein geeignetes System zur Dokumentation des Leistungsgeschehens.	ja	nein	
a	Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine, für die an der Versorgung Beteiligten, jederzeit zugängliche und aktuell geführte Patientendokumentation.			
b	Die Kompatibilität zu den bestehenden Dokumentationssystemen der Netzwerkpartner ist gegeben.			
c	Die versorgungsrelevante Patientendokumentation wird, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, in der Häuslichkeit des Versicherten geführt.			
d	Der SAPV-Leistungserbringer beteiligt sich an einer Dokumentation zur bundesweiten Evaluation nach den vertraglich geforderten Maßgaben.			
3.	Der SAPV-Leistungserbringer führt Assessments und Reassessments zur Schwere des Symptomgeschehens beim Versicherten durch und reicht diese unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah zur Erstverordnung, mit der Folgeverordnung bzw. auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse oder des MDK per Fax/Mail ein. Die Assessments erfolgen:	ja	nein	
a	mit bzw. vor Ausstellung der Erstverordnung ggf. in Rücksprache mit dem verordnenden Arzt oder zeitnah nach Ausstellung der Erstverordnung im Rahmen des Erstbesuches			
b	mit jeder Folgeverordnung			
c	während der Versorgung des Versicherten bei Änderungen im Versorgungsbedarf, die eine Rückführung in die ausschließliche Primärversorgung ermöglichen			
d	Auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse oder des MDK			

V. Sonstige Forderungen			
Der Pflegedienst schließt eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab und passt diese bei Änderung der Betriebsgröße entsprechend an.	ja	nein	
Auf Anforderung – Kopie der aktuellen Versicherungspolice			
<p>Änderungen zu den in diesem Bogen vorgenommenen Angaben werden der Krankenkasse unverzüglich angezeigt. Die dafür erforderlichen Nachweise werden gleichzeitig bzw. zeitnah unter Verwendung der dem Vertrag beigefügten Meldebögen vorgelegt. Änderungen zur personellen Besetzung nach II. 7. und 8. bedürfen grundsätzlich der vorherigen Zustimmung der vertragsschließenden Krankenkassen.</p>			

Wir versichern die Richtigkeit der Angaben (einschließlich der Nachweise). Die hiermit abgegebenen Erklärungen/ Verpflichtungen werden eingehalten.

Ort, Datum

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person/en des SAPV-Leistungserbringers

Ausfüllhinweise:

Bitte alle Fragen beantworten, sofern nicht anders gefordert mit ja oder nein (ankreuzen) – geforderte Nachweise (grau unterlegt) in der erbetenen Form beifügen. Sie können zur eigenen Kontrolle den grau unterlegten Bereich nutzen (z. B. durch Abhaken der beigefügten Nachweise)

Seite 1

Mit den Angaben auf Seite 1 bis 5 soll die Organisationsstruktur des Leistungserbringers für den Vertragsschluss erfasst werden, da dieser im Rahmen der SAPV als Organisationseinheit tätig wird.

Hat der Leistungserbringer keine Gesellschaft gegründet (er wird also nicht ausschließlich als einheitliche juristische Person tätig und Vertragspartner), so ist „Freie Organisationseinheit“ anzukreuzen.

Die **Betriebsstättennummer** ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beantragen.

Das **Institutionskennzeichen** ist bei der zentralen Vergabestelle zu beantragen

Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI)
Alte Heerstraße 111
53757 Sankt Augustin
Tel.: 02241 231-1800
Fax: 02241 231-1334
www.arge-ik.de

Sitz des Leistungserbringers sind grundsätzlich die Räumlichkeiten, von denen aus die Leistungen erbracht werden sollen (siehe III. Ziffer 1.)

Vertretungsberechtigte sind auf Seite 1 nur einzutragen, sofern der Leistungserbringer in Form einer Gesellschaft auftritt oder ein ausdrücklich Bevollmächtigter für die freie Organisationseinheit im Rahmen der SAPV bestellt ist.

Das **Versorgungsgebiet** soll einen 45 Km-Umkreis nicht überschreiten bzw. muss der zu versorgende Versicherte im Krisen/Notfall innerhalb von 45 min. aufgesucht werden können.

Seiten 2 bis 5

Hier sind Eintragungen zum Leistungserbringer vorzunehmen, bitte beachten Sie dabei auch die personellen Mindestanforderungen gemäß II. Nr. 7 und 8. Diese Eintragungen sind nur für freie Organisationsformen und bei einer GbR vorzunehmen. Eintragungen sind hier nicht erforderlich, wenn der Leistungserbringer in Form einer sonstigen Gesellschaft tätig wird, dann sind die Eintagungen auf Seite 1 einschl. der vorzulegenden Nachweise relevant.

Handelt es sich beim Leistungserbringer um den Zusammenschluss von mehreren Personen (als GbR oder freie Organisationseinheit ohne Gesellschaft), so verstehen Sie bitte die Bezeichnung Gesellschafter/Vertragspartner auf S. 2 bis 5 wie folgt:

Alle Vertrags- bzw. Kooperationspartner oder Gesellschafter des Leistungserbringers, die im Rahmen der Organisationseinheit beteiligt sind und Vertragspartner der SAPV werden sollen.

Gesellschafter des Leistungserbringers können z. B. sein

- GbR mit einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und einer Pflegedienst-GmbH, die BAG und die GmbH
- GbR mit 2 einzelnen Ärzten und 4 einzelnen Palliativpflegefachkräften, die einzelnen Ärzte und Pflegefachkräfte

Vertragspartner bei Kooperationen in freier Organisationseinheit sind z. B.

- bei 2 einzelnen Palliativärzten in Kooperation mit 4 einzelnen Palliativpflegefachkräften, die einzelnen Ärzte und Pflegefachkräfte

Der Vertrag wird bei freier Organisationseinheit mit allen benannten Gesellschaftern/Vertragspartnern/Kooperationspartnern geschlossen, sofern keine (eigens) für den Leistungserbringer errichtete Gesellschaft gegründet wurde bzw. Vertragspartner werden soll.

Arbeitgeber/Arbeitsort bitte Eintragungen vornehmen, sofern der Gesellschafter/Vertragspartner neben der Tätigkeit beim Leistungserbringer noch bei einem anderen Arbeitgeber angestellt ist.

Bei Benennung **vertretungsberechtigter Personen - insbesondere bei Gesellschaften als Gesellschafter bzw. Vertrags- oder Kooperationspartner** - sind die entsprechenden Vollmachten für den angegebenen Gesellschafter bzw. Vertrags- oder Kooperationspartner beizufügen.

Seite 6

Zu Frage II. Ziffer 3. (Versorgungskonzept) beachten Sie bitte das gesondert beigefügte Hinweisblatt.

Seiten 8 und 9

Neben der namentlichen Benennung einschl. Fachbezeichnung/Arbeitsstelle kennzeichnen Sie bitte auch durch Ankreuzen, ob der Palliativarzt als verantwortlicher Arzt, stellv. Arzt oder ausschließlich zur Absicherung der Rufbereitschaft in das Team eingebunden ist.

Unter **Bemerkungen** haben Sie die Möglichkeit kurz darzustellen, wann ggf. Nachweise nachgereicht werden, wann die geforderte Qualifikation erreicht wird (z. B. bei begonnener Zusatzweiterbildung) u. ä.

Seiten 11 und 12

Neben der namentlichen Benennung kennzeichnen Sie bitte auch durch Ankreuzen, ob die Palliativpflegefachkraft als verantwortliche Pflegefachkraft, stellv. Pflegefachkraft in das Team eingebunden ist.

Unter **Bemerkungen** haben Sie die Möglichkeit kurz darzustellen, wann ggf. Nachweise nachgereicht werden, wann die geforderte Qualifikation erreicht wird (z. B. bei begonnener Palliativweiterbildung) u. ä.