Anlage 9 (Muster)

Strukturerhebungsbogen

Ausgefüllt mit den entsprechenden Anlagen an die Krankenkasse senden.

An die zuständige Krankenkasse

Sollten sich bezüglich der nachfolgenden Angaben Änderungen ergeben, werden diese durch den SAPV-Leistungserbringer unverzüglich den beteiligten Vertragspartnern schriftlich mitgeteilt.

1. Angaben zum SAPV-Leistungserbringer

Name des SAPV-Leistungserbringers

Straße

Postfach

PLZ/Ort

Träger der Einrichtung

Rechtsform

- ❑ Einzelunternehmen
- ❑ GbR
  - ❑❑ Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung und Unternehmenszweck in Kopie anliegend
- ❑ GmbH
  - ❑❑ Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend
- ❑ eingetragener Verein (e.V.)

□□ Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend
□□ beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister anliegend

❑ andere:
□□ entsprechende Nachweise anliegend beigefügt.

_____
Gesellschafter

_____
Gesetzlicher Vertreter/Funktion

_____
Ansprechpartner für Krankenkassen

Telefon	E-Mail
Telefax	Internet
Institutionskennzeichen	Betriebsstättennummer

Betriebshaftpflicht
Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird.

❑ Antrag in Kopie anliegend ❑ Versicherungsschein in Kopie anliegend

Abgeschlossen am:_____
Vers.-Nr.:_____
bei:_____

2. Qualifizierte Palliativ-Ärzte/qualifizierte Pflegefachkräfte/weitere qualifizierte Fachkräfte (Qualifikationsnachweise gemäß des Vertrages sind in der Anlage beizufügen)

2.1 Bitte die Namen der qualifizierten Palliativ-Ärzte angeben

_____
_____
_____
_____
_____

- ❑ jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ❑ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Weiterbildung Palliativmedizin im Umfang von 160 Stunden
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen
- ❑ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.
- ❑ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

2.2 Bitte die Namen und Qualifikation der qualifizierten Pflegefachkräfte angeben:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- ❑ jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ❑ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen
- ❑ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.
- ❑ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

2.3 Bitte den Namen und Qualifikation der weiteren qualifizierten Fachkräfte angeben:

_____
_____
_____
_____

- ❑jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ❑ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden
- ❑ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen

- ❑ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.
- ❑ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

2.4 Handzeichenliste
Die Handzeichenliste über das nach diesem Vertrag eingesetzte Personal mit Namen, Berufbezeichnung/Zusatzqualifikation, wöchentlicher Arbeitszeit und Handzeichen ist ausgefüllt für jeden Mitarbeiter beizufügen.

2.5 Personelle Zuständigkeit und Verantwortlichkeit im SAPV-Team (u.a. Weisungsgebundenheit, Weisungsbefugnisse), Organigramm beifügen

_____
_____
_____
_____
_____

3. Versorgungskonzept

Das verbindliche, strukturierte und schriftlich beigefügte Versorgungskonzept des SAPV-Teams enthält mindestens folgende Punkte:

3.1 Standort des SAPV-Leistungserbringers,

Der SAPV-Leistungserbringer muss bestätigen, dass er über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten verfügt

- ❑ zur Beratung von Patienten und Angehörigen
- ❑ für Teamsitzungen und Besprechungen
- ❑ die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln
- ❑ für die Aufbewahrung von Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist ein BtM-Schrank (§15 BtM-G) erforderlich

Ggf. eine Kopie der Baupläne mit der Ausweisung der o.g. Erfordernisse dem Konzept beifügen.

3.2 Versorgungsgebiet, bitte mit PLZ und Orten ausweisen (ggf. Karte beifügen)

3.3 Versorgungsprozess, Darstellung wer wird wann, wie, vom wem in den Versorgungsprozess integriert

Wer trägt die Prozessverantwortung in der Zusammenarbeit der Kooperationspartner untereinander, interne/externe organisatorische Abläufe der SAPV müssen transparent dargestellt werden

3.4 Kooperationspartner, beiliegende Liste ausgefüllt übersenden Kooperationsvereinbarungen mit im Rahmen des Netzwerkes (vgl. § 1 Abs. 3 und § 3 Abs. 3) mit an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet (z. B. ambulante Hospizdienste, Seelsorge, u.s.w.) zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung sind beizufügen.

3.5 Mitarbeiterkapazität (Stellenplan) ist auf der beigefügten Handzeichenliste auszuweisen

3.6 sächliche Ausstattung

- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation (Muster beifügen)
- Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall-/Krisenintervention werden in ausreichender Menge vorgehalten (Arzneimittelliste und Liste der Bevorratungsmenge beilegen)
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen) werden vorgehalten (Liste mit Anzahl der Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche, der vorgehaltenen Verbrauchsmaterialien beifügen)
- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik (vorhandene Struktur beschreiben, Anzahl Telefone, Handy, Anrufbeantworter, EDV Ausstattung etc.)

3.7 Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 11, zusätzlich Ausführungen welche Qualitätsmanagementtools in Ihrem Konzept zum Einsatz kommen (wie Leitlinien/Standards, allgemeine und/oder medizinische/pflegerische Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer etc.)?

3.8 Ein Konzept, das darstellt wie eine Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gewährleistet wird, ist beizufügen.

3.9 Ein Konzept, das die Sicherstellung der psychosozialen und seelischen Unterstützung darstellt ist beizulegen.

3.10 Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft, schriftliche Darstellung wie und von wem diese sichergestellt wird, ist beizufügen.

_____

Ort, Datum, Stempel/Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers