

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Sachsen
zum Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen für Leistungserbringer der spezialisierten
ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Angaben zu den Voraussetzungen für einen Vertrag gemäß § 132 d Abs. 1 Satz 6 SGB V

Beantragt wird die Zulassung als Leistungserbringer für die SAPV durch Abschluss eines Vertrages gemäß § 132 d Abs. 1 Satz 6 SGB V. Als Beginn ist der **Monat** **20**.... vorgesehen.

1. Angaben zum SAPV-Team

Name des SAPV-Teams	
verantwortlicher Vertreter/Ansprechpartner	
Ärztlich fachliche Leitung	
Pflegerisch fachliche Leitung	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon/Fax	
E-Mail	
Angabe Institutionskennzeichen	
Betriebsstättennummer	
Versorgungsgebiet	
Name des Trägers	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon/Fax	
E-Mail	
Ansprechpartner	
Leistungserbringerverband (freiwillige Angabe)	
Zeichnungsberechtigte/r des Trägers (Name/Funktion):	
Rechtsform des Trägers des SAPV-Teams	<input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck

gern. § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages	in Kopie anliegend	
	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend <input type="checkbox"/> beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts anliegend
	<input type="checkbox"/> eingetragener Verein (e. V.)	<input type="checkbox"/> Auszug aus der Vereinssatzung mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend sowie ein beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie anliegend
	<input type="checkbox"/> andere Rechtsform:	<input type="checkbox"/> entsprechende Nachweise gemäß § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages in Kopie anliegend

2. Angaben zur Struktur des Leistungserbringers

2.1. Die wirtschaftliche und organisatorische **Selbständigkeit** des SAPV-Teams ist ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und -Verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der SAPV klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben abgegrenzt sind.

- ja
 nein

2.2. Das SAPV Team verfügt über Räumlichkeiten für:

- Beratung für Patienten und Zugehörige
- Teamsitzung und Besprechung
- Administration
- Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/ Kriseninterventionen und Hilfsmitteln

2.3. Folgende **sächliche Ausstattung** wird vorgehalten bzw. sichergestellt:

- Patientendokumentation
- Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung
- Notfallvorrat an Betäubungsmitteln gemäß § 5d Abs. 1 Nr. 3 BtMVV
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche für die Notfall- / Krisenintervention
- geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik etc.)
- BtM-Schrank

3. Angaben zur Personalstruktur des SAPV-Teams

Anlage 3a): qualifizierte Palliativärztinnen und -ärzte nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages

Anlage 3b): qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages

Anlage 3c): Handzeichenliste

4. Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner

Anlage 4): Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner (z. B. ambulante/r Hospizdienst/e, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) nach § 6 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages

5. Sonstiges

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/r verantwortlichen
Vertreter/in des SAPV-Teams

Stempel/Unterschrift des Trägers

Anlage 3a - Meldebogen – qualifizierte Palliativ-Ärztinnen und -Ärzte nach § 10 des Versorgungsvertrages gem. § 132 d Abs.1 Satz 6 SGB V

(Stand: 10.11.2023)

Name, Vorname	Berufsbezeichnung/ ggf. Zusatz- qualifikation	Zusatz- weiterbildung Palliativ- medizin (grds. mind. 160 h) gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages ja / nein	Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mind. 75 Palliativpatienten/innen innerhalb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein	mind. einjährige klinische palliativmed. Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre ja / nein	Arbeitszeit pro Woche im SAPV Team Stunden	Angestellt beim SAPV-Team/ Sonstiges Vertragsverhältnis A = Anstellung K = Kooperation wenn Kooperation, dann niedergelassen in (Name Praxis, oder tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis	Bemerkungen A) Unterlagen Liegen bereits vor B) Berufserfahrung wird im Team erworben (siehe § 10 des Vertrages)

Anlage 3b) Meldebogen zum Strukturhebungsbogen Anlage 3 - qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages (Stand: 10.11.2023)

Name, Vorname	Berufsbezeichnung	Palliative-Care-Fort- /Weiterbildung oder Abschluss eines vergleichbaren Studiums gem. § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages ja / nein	Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein	mind. einjährige palliativpflegerische Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre ja / nein	Arbeitszeit pro Woche im SAPV- Team in Stunden	Angestellt beim SAPV-Team/ Sonstiges Vertragsverhältnis A = Anstellung K = Kooperation S = Sonstiges (Welches?) tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis	Bemerkungen A)Unterlagen liegen bereits vor B)Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 10 Abs.2 des Vertrages)

Anlage 3c) zum Strukturhebungsbogen_Anlage 3 - Handzeichenliste (Stand: 10.11.2023)

Name, Vorname	Qualifikation(Funktion)	Handzeichen

Anlage 4 Meldebogen - Kooperierende Netzwerkpartner (z. B. ambulanter Hospizdienst, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) gern § 7 des SAPV-Versorgungsvertrages gern. § 132 d Abs. 1 Satz 6 SGB V (Stand: 10.11.2023)

Name des kooperierenden Netzwerkpartners	Aufgabe	Kontaktdaten (Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)	Beginn der Zusammenarbeit TT.MM.JJJJ	Vereinbarung liegt bei ja / nein