# Anlage 1 - Strukturerhebungsbogen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Angaben zum SAPV-Team** | | | | | | | | | | | |
| Name des SAPV-Teams | | | |  | | | | | | | |
| verantwortlicher Vertreter | | | |  | | | | | | | |
| ärztliche Leitung | | | |  | | | | | | | |
| pflegerische Leitung | | | |  | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |  | | | | | | | |
| Postleitzahl, Ort | | | |  | | | | | | | |
| Telefon | | | |  | | | | | | | |
| Fax | | | |  | | | | | | | |
| E-Mail | | | |  | | | | | | | |
| Angabe Institutionskennzeichen | | | |  | | | | | | | |
| Versorgungsgebiet | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| Name des Trägers | | | |  | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |  | | | | | | | |
| Postleitzahl, Ort | | | |  | | | | | | | |
| Telefon | | | |  | | | | | | | |
| Fax | | | |  | | | | | | | |
| E-Mail | | | |  | | | | | | | |
| Leistungserbringerverband *(freiwillige Angabe]* | | | |  | | | | | | | |
| Zeichnungsberechtigte/r des Trägers (Name/Funktion): | | | |  | | | | | | | |
| Rechtsform  des Trägers  des SAPV-Teams gem. § 4 Abs. 5  des Rahmenvertrages | | | |  | | GbR   | | | Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend | | |
|  | | GmbH     | | | Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend  beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts anliegend | | |
|  | | eingetragener Verein (e. V.)   | | | Auszug aus der Vereinssatzung mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend sowie ein beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie anliegend | | |
|  | | andere Rechtsform:   | | | 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. | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | |
| 2.2.   Das SAPV-Team verfügt über die **Räumlichkeiten** für: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Beratung von Patienten und Zugehörigen | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  Teamsitzungen und Besprechungen | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  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 | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche für die Notfall- / Krisenintervention | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik etc.) | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  BtM-Schrank | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | |
| **3. Angaben zur Personalstruktur des SAPV-Teams** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anlage I**: qualifizierte Palliativ-Ärztinnen und -Ärzte nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Anlage II**: qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages  **Anlage III**: Handzeichenliste | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anlage IV**: Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner (z. B. ambulante/r Hospizdienst/e, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) nach § 6 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Ort, Datum | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |
| Unterschrift des/r verantwortlichen Vertreters/in des SAPV-Teams | | | | | | | |  | | Stempel/Unterschrift des Trägers | | | | | |
| **Checkliste** | | | | | | | | | | | | |
| CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN gemäß § 4 des Rahmenvertrages: | | | | | | | | | | | | |
|  **Versorgungskonzept des SAPV Teams**    **Nachweis der Gesellschaftsform** | | | | | | | | | | | | |
|  **Mietvertrag** für die Räumlichkeiten nach Ziffer 2.2 (Kopie anliegend)  🞏 Unterlagen zum Nachweis der Zuverlässigkeit des SAPV-Teams | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte** gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages | | | | | | | | | | | | |
|  Facharzturkunde    Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (beglaubigte Kopie anliegend) | | | | | | | | | | | | |
|  Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Behandlung (Kopie/n anliegend) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Pflegefachpersonen** gemäß § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages | | | | | | | | | | | | |
|  Staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung (beglaubigte Kopie anliegend) | | | | | | | | | | | | |
|  Nachweis des Abschlusses der Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleich-  baren Studiums (beglaubigte Kopie anliegend) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Pflege (Kopie/n anliegend) | | | | | | | | | | | | |
| **Betriebs- / Berufshaftpflicht** | | | | | | | | | | | | |
|  Kopie des Versicherungsscheins | | | | | | | | | | | | |
|  ggf. Antrag (Kopie) | | | | | | | | | | | | |
| **Berufsgenossenschaft** | | | | | | | | | | | | |
|  Bestätigung der Anmeldung | | | | | | | | | | | | |
|  ggf. Antrag (Kopie) | | | | | | | | | | | | |
| **Handzeichenliste** | | | | | | | | | | | | |
|  Liste der nach § 3 des Rahmenvertrages eingesetzten Mitglieder des SAPV-Teams mit   Namen, Qualifikation (Funktion) und Handzeichen – im Original anliegend | | | | | | | | | | | | |
| **Weitere mit SAPV-Teammitgliedern getroffenen vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) gemäß § 3 Abs. 5/3d des Rahmenvertrages**    abgeschlossene vertragliche Vereinbarung (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen | | | | | | | | | | | | |
| **Kooperationsvereinbarungen mit Netzwerkpartnern** | | | | | | | | | | | | |
|  mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten gem. § 6 Abs. 3 des Rahmenvertrages | | | | | | | | | | | | |
|  Sonstige (z. B. Apotheken, sonstige Leistungserbringer) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |  |  |  |
| Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
|
| Ort, Datum Unterschrift der verantwortlichen Vertreterin/  des verantwortlichen Vertreters des SAPV-Teams | | | | | | | | | | | | |

**Anlage I zum Strukturerhebungsbogen – qualifizierte Ärztinnen und Ärzte**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name,  Vorname | Berufsbezeichnung/ ggf. Zusatz-qualifikation | Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (grds. mind. 160 h) gem. § 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 in Stunden | Angestellt beim SAPV-Team/  Sonstiges Vertragsverhältnis  niedergelassen in (Name Praxis, Ort)  oder  tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis | Bemerkungen  Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Anlage II zum Strukturerhebungsbogen - qualifiziertes Pflegefachpersonal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 / wird im Team erworben | 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  tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis | Bemerkungen  Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Anlage III zum Strukturerhebungsbogen - Handzeichenliste**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Qualifikation(Funktion) | Handzeichen |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Anlage IV zum Strukturerhebungsbogen - Kooperierende Netzwerkpartner (z. B. ambulanter Hospizdienst, Apotheken, sonstige Leistungserbringer)**

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