

## Anlage 8b Kooperationsvereinbarung für Pflegedienste

*Anschrift des Pflegedienstes*

-----

-----  
IK-Nummer)

-----  
(Straße/Hausnummer)

-----  
(Postleitzahl/Ort)

Hiermit erkläre/n ich/wir uns bereit im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGBV in Zusammenhang mit §132d SGB V mit dem SAPV- Leistungserbringer (Name, Anschrift)

-----  
in der Versorgungsregion\_\_\_\_\_

für die von mir/uns betreuten Patienten zusammenzuarbeiten.

Die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Leistungserbringer umfasst folgende Leistungen:

- Abstimmung der Behandlungsplanung
- Übernahme, der im Rahmen der Behandlungsplanung festgelegten, notwendigen medizinischen/pflegerischen Maßnahmen
- Regelmäßiger, fallbezogener Austausch mit dem SAPV-Leistungserbringer, insbesondere wenn eine Anpassung der Behandlungsplanung notwendig erscheint
- Anwendung der elektronischen Patientenakte, bzw. erstellen der vereinbarten Dokumentation
- Verpflichtung zur Teilnahme an zwei Qualitätszirkeln Reflexion-Weiterbildung/Jahr

Im Gegenzug verpflichtet sich der o.g. SAPV-Leistungserbringer an den jeweiligen Kooperationspartner die Pauschale (Mehraufwand Pflegedienste) weiterzugeben.

Leistungskomplexe SAPV	Vergütung	kann abgerechnet werden von	Hintergrund Leistungsmengen
Mehraufwand für zugelassene Pflegedienste i.R. der SAPV, die eine Kooperationsvereinbarung gemäß Anlage 8 mit dem SAPV-Team eingegangen sind, verpflichtet den Kooperationspartner zur abgestimmten Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team, das SAPV-Team stellt den Kassen jeweils zum Ende des Quartals eine Liste mit der Anschrift, IK Nummer der Kooperationspartner zur Verfügung	2,00 €	vom SAPVT unter patientenbezogener Angabe des jeweiligen Pflegedienstes, ist nur abzurechnen bei Patienten in Zusammenhang mit einer der folgenden verordneten Leistungen: Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung, Vollversorgung, muss weitergegeben werden an Pflegedienst	1x je betreuenden Pflegedienst /Tag/Patient

Die Pauschale kann nicht abgerechnet werden, wenn ausschließlich Beratung verordnet wurde bzw. notwendig ist oder wenn der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde.

-----  
Ort/ Datum

-----  
Unterschrift des teilnehmenden  
Pflegedienstes

-----  
Unterschrift SAPV  
Leistungserbringers