**Versorgungskonzept** für eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich

**Versorgungskonzept**

für eine

Primärversorgungseinheit

für Kinder- und Jugendheilkunde

in Niederösterreich

**www.gesundheitskasse.at**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name der  Primärversorgungseinheit für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder-PVE) | Text eingeben | **Ansprechperson für Rückfragen** | |
| Name | Text eingeben |
| Telefon | Text eingeben |
| E-Mail | Text eingeben |

[1 Einleitung 4](#_Toc162253054)

[2 Vision, Ziele und Schwerpunkte 5](#_Toc162253055)

[3 Organisatorische Informationen zur geplanten PVE 6](#_Toc162253056)

[3.1 Beschreibung der Aufbauorganisation, des Standorts / der Standorte 6](#_Toc162253057)

[3.1.1 Beteiligte Berufsgruppen 8](#_Toc162253058)

[3.1.2 Örtliche Erreichbarkeit/örtlicher Zusammenhang 11](#_Toc162253059)

[3.1.3 Barrierefreiheit 12](#_Toc162253060)

[3.1.4 Zeitliche Erreichbarkeit 13](#_Toc162253061)

[3.2 Ablauforganisation 17](#_Toc162253062)

[3.2.1 Arbeits- und Aufgabenverteilung 17](#_Toc162253063)

[3.2.2 Regelungen zur Zusammenarbeit im Kinder-PVE-Team 17](#_Toc162253064)

[3.2.3 Lotsenfunktion 19](#_Toc162253065)

[3.2.4 Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben 20](#_Toc162253066)

[3.3 Qualitätsmanagement 20](#_Toc162253067)

[3.4 Administrative Aufgaben 21](#_Toc162253068)

[3.5 Gemeinsamer Auftritt nach außen 22](#_Toc162253069)

[3.6 Gesundheitsförderung und Prävention 23](#_Toc162253070)

[4 Interessensbekundung 24](#_Toc162253071)

# Einleitung

Die Übergangsvereinbarung für eine gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde (Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE) in Niederösterreich sieht vor, dass Interessenten an einer Primärversorgungseinheit für Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder-PVE) ein vollständiges und schlüssiges Versorgungskonzept im Ausschreibungs- und Auswahlverfahren vorzulegen haben[[1]](#footnote-1). Um den Kinder-PVE-Interessenten in Niederösterreich die Erstellung eines Konzepts zu erleichtern und die Vollständigkeit der übermittelten Unterlagen sicherzustellen, wird vorliegendes Formular seitens der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) bereitgestellt.[[2]](#footnote-2)

Nach Übermittlung des ausgefüllten Formulars werden die laut Kammer und Kasse für geeignet erachteten Interessenten zu weiteren Verhandlungsgesprächen eingeladen. Bei diesen haben die Interessenten die Möglichkeit ihr Versorgungskonzept näher zu präsentieren.

Die Entscheidung über die Invertragnahme neuer Kinder-PVE wird durch eine paritätisch besetzte Kommission aus drei Mitgliedern der Kammer und drei Mitgliedern der Kasse auf Basis der Versorgungskonzepte sowie der daraus berechneten Punkteanzahl gemäß den in § 8 der Übergangsvereinbarung vereinbarten Kriterien getroffen.

Nähere Informationen zum Auswahlverfahren und den Kriterien zur Auswahl geeigneter PVE-Interessenten entnehmen Sie bitte der Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE.[[3]](#footnote-3)

# Vision, Ziele und Schwerpunkte

Bitte geben Sie eine kurze Zusammenfassung Ihrer Vision, Ziele und Schwerpunkte ihrer PVE.

|  |
| --- |
| Vision: |
| z.B.: Wir möchten als primärer Ansprechpartner für die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesehen werden. |
| Ziele: |
| z.B.: Unser Ziel ist es, dass wir unseren Patientenstamm erweitern und auch an Randzeiten als Ansprechpartner wahrgenommen werden. |
| **Schwerpunkte:** |
| z.B.: Mithilfe der Psychotherapeutin in unserem Team wollen wir einen Fokus auf die mentale Gesundheit legen. |

|  |
| --- |
| Bitte beschreiben Sie die konkreten Versorgungsziele die Sie mit Ihrer Kinder-PVE erreichen wollen |
| *z. B.:*   * Steigerung der Zufriedenheit der versorgten Bevölkerung mit dem Versorgungsangebot, * Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung * Stärkung der Präventionsmaßnahmen * Unterstützung bei der Orientierung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsversorgungssystem und im Sozialbereich * schwellenloser Zugang für alle sozialen Gruppen |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Organisatorische Informationen zur geplanten PVE

## Beschreibung der Aufbauorganisation, des Standorts / der Standorte

Die Aufbauorganisation einer Primärversorgung kann je nach regionalen Anforderungen als Primärversorgungs-Einrichtung an einem Standort (Zentrum[[4]](#footnote-4)) oder an mehreren Standorten (Netzwerk[[5]](#footnote-5)) strukturiert sein. Bitte führen Sie nachstehend aus, welche Organisations- und Rechtsform für die neu zu schaffende Kinder-PVE geplant ist, und welche Standorte bzw. Ärzte in die geplante PVE eingebunden werden sollen:

**Aufbauorganisation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kinder-PVE-Name | Name der Einrichtung | | | |
| **Kinder-PVE Organisationsform** | Zentrum | | Netzwerk *(max.3 Standorte)* | |
| **Organisationsform bisher** | keine | Einzelordination | Gruppenpraxis | \*selbständiges  Ambulatorium |
| **Organisationsform neu** | Gruppenpraxis | \*selbstständiges  Ambulatorium | sonstiges: | |
| **Rechtsform** | OG | GmbH | andere Rechtsform (z. B. Verein) | |
| **geplante Inbetriebnahme** | Bitte Datum eingeben | | | |

**Kinder-PVE-Ärztinnen und Ärzte pro Standort**

Bitte tragen Sie pro Standort alle Ärztinnen und Ärzte der geplanten Kinder-PVE in die nachfolgende Tabelle ein:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse Standort (Zentrum) | Name | Zusatzqualifikation | Telefonnummer | E-Mail |
| Adresse Zentrum | Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

|  |  |
| --- | --- |
| Optional:  Adresse Zweitordination | Adresse eingeben |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Netzwerkstandort Nr.** | **Adresse Standort (Netzwerk)** | **Name der  Ärztin/ des Arztes** | **Zusatzqualifikation** | **Telefonnummer** | **E-Mail** |
| **1** | Adresse des Netzwerkstandorts | Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| **2** | Adresse des Netzwerkstandorts | Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| **3** | Adresse des Netzwerkstandorts | Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| Name | Zusatzqualifikationen | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

**Besonderer Hinweis:** Gemäß § 10 PrimVG dürfen Gesellschafter:innen einer PVE in Form eines **selbstständigen Ambulatoriums** nur gemeinnützige Anbieter:innen gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

|  |  |
| --- | --- |
| **für Gesellschaften in selbstständigen Ambulatorien: Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an** | |
| gemeinnütziger Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste (§ 35 Bundesabgabenordnung) | Gebietskörperschaften / von Gebietskörperschaften  eingerichtete Körperschaften und Fonds |

Im Anhang dieses Konzeptes sind folgende Pläne angefügt:

Pläne zu Behandlungsräumen

Pläne zu Vortragsräumen

### Beteiligte Berufsgruppen

Die Kinder-PVE besteht aus einem Kernteam, einem erweiterten Team und ggf. einem Primärversorgungsmanager (im Folgenden PV-Manager). Bitte beschreiben Sie nachfolgend die Zusammensetzung Ihres Kernteams:

**Kernteam**

Welche Berufsgruppen bilden das Kernteam Ihrer Kinder-PVE, welche Zusatzqualifikationen haben diese, und in welchem Ausmaß sollen diese in Ihrer PVE eingesetzt werden?

**Kinder-PVE gesamt** (gesamtes Netzwerk oder Zentrum):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berufsgruppe | Zusatzqualifikation(en) | Ausmaß |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde | Zusatzqualifikationen | Anzahl Planstellen  (besetzt durch Anzahl Personen),  Anzahl VZÄ[[6]](#footnote-6) (nachweislich mind. 20 Wochenstunden in Kinder-PVE) |
| Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche[[7]](#footnote-7) |
| Ordinationsassistenz | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche |
| Anmerkungen zum Kernteam | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

Im Falle eines Netzwerkes bitte zusätzlich die Informationen je Standort befüllen:

Standort 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berufsgruppe | Zusatzqualifikation(en) | Ausmaß |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde | Zusatzqualifikationen | Anzahl Planstellen  (besetzt durch Anzahl Personen),  Anzahl VZÄ[[8]](#footnote-8) (nachweislich mind. 20 Wochenstunden in Kinder-PVE) |
| Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche[[9]](#footnote-9) |
| Ordinationsassistenz | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche |
| Anmerkungen zum Kernteam | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

Standort 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berufsgruppe | Zusatzqualifikation(en) | Ausmaß |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde | Zusatzqualifikationen | Anzahl Planstellen  (besetzt durch Anzahl Personen),  Anzahl VZÄ[[10]](#footnote-10) (nachweislich mind. 20 Wochenstunden in Kinder-PVE) |
| Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche[[11]](#footnote-11) |
| Ordinationsassistenz | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche |
| Anmerkungen zum Kernteam | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

Standort 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berufsgruppe | Zusatzqualifikation(en) | Ausmaß |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde | Zusatzqualifikationen | Anzahl Planstellen  (besetzt durch Anzahl Personen),  Anzahl VZÄ[[12]](#footnote-12) (nachweislich mind. 20 Wochenstunden in Kinder-PVE) |
| Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche[[13]](#footnote-13) |
| Ordinationsassistenz | Zusatzqualifikationen | Anzahl Stunden pro Woche |
| Anmerkungen zum Kernteam | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Erweitertes Team**

Mit welchen weiteren Berufsgruppen werden Sie in Ihrer Kinder-PVE verbindlich und strukturiert zusammenarbeiten?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Berufsgruppe | Anstellung | Kooperation | Zusatzqualifikation | Stunden pro Woche | Anzahl Köpfe |
| Logopäden |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Physiotherapeuten |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Psychotherapeuten |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Ergotherapeuten |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Sozialarbeiter |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Diätologen |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Klinische Psychologen |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Hebammen |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |
| Sonstige:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  | Zusatzqualifikationen | Anzahl | Anzahl |

**Primärversorgungsmanager**

Die Unterstützung eines PV-Managers ist in einem wöchentlichen Ausmaß von Anzahl Stunden, für einen Zeitraum von Anzahl Monaten geplant.

Name des PV-Managers: Name

**Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention:** Name

**Primärversorgungspartnerinnen und –partner**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mit welchen Primärversorgungspartnern (=Kooperationspartnern) werden Sie zusammenarbeiten?**  *Bitte geben Sie jedenfalls die Art der Primärversorgungspartner:innen (z.B. Apotheke, Schule, Facharzt) an, sofern bekannt bitte auch den Namen und die Adresse:* | |
| zB Internistin | zB Musterweg 7; 1234 Musterdorf |
| zB Apotheke zum grünen Fuß | zB Musterweg 10; 1234 Musterdorf |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |
| Primäversorgungspartnerin oder Primärversorgungspartner | Adresse |

### Örtliche Erreichbarkeit/örtlicher Zusammenhang

|  |
| --- |
| Bitte beschreiben Sie die örtliche Erreichbarkeit des Kinder-PVE-Standorts (Zentrum) bzw. der Kinder-PVE-Standorte (Netzwerk)  *Bitte beachten Sie, dass im Falle eines Netzwerkes laut § 6 Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE ein örtlichter Zusammenhang gegeben sein muss* |
| *z. B.:*   * *Wie ist die PVE öffentlich (Zug, Bus, U-Bahn, Straßenbahn) und im Straßenverkehr angebunden?* * *Welche Fahrtzeit liegt zwischen den verschiedenen Standorten?* * *Sind Parkplätze vorhanden?* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

### Barrierefreiheit

Gemäß § 4 PrimVG hat eine PVE der Anforderung an einen barrierefreien Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen zu entsprechen.

Bitte machen Sie die Angaben im Falle eines Netzwerks pro Standort

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barrierefreiheit | Barrierefreier Zugang | Barrierefreie Räumlichkeiten | Anmerkungen zur Barrierefreiheit und bedarfsgerechten  Sprachdienstleistungen |
| PVE-Zentrum |  |  | Text eingeben |
| Standort 1 |  |  | Text eingeben |
| Standort 2 |  |  | Text eingeben |
| Standort 3 |  |  | Text eingeben |

### Zeitliche Erreichbarkeit

**Kinder-PVE-Zentrum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordinationszeiten:** z.B.: Montag – Freitag, 7 - 19 Uhr | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Berufsgruppe** | **Montag** | | **Dienstag** | | **Mittwoch** | | | **Donnerstag** | | | **Freitag** | | | **Samstag** | | |
| **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** |
| z.B. Dr. Max Muster-mann | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr |
| z.B. Physiotherapeut 1 | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | Uhrzeit | Uhrzeit | | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| **telefonische Erreichbarkeit der PVE:** z.B.: Mo-Fr. 07:00-19:00 Uhr. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten** (Anbindung/Teilnahme an Notdiensten/Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaft):Text eingeben | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Optional:** Ordinationszeiten einer Zweitordination[[14]](#footnote-14): Text eingeben | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Standort 1:** *bei Netzwerk füllen Sie bitte pro Standort ein Tabellenblatt aus*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordinationszeiten:** z.B.: Montag – Freitag, 7 - 19 Uhr | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Berufsgruppe** | **Montag** | | **Dienstag** | | **Mittwoch** | | | **Donnerstag** | | | **Freitag** | | | **Samstag** | | |
| **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** |
| z.B. Dr. Max Muster-mann | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr |
| z.B. Physiotherapeut 1 | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | Uhrzeit | Uhrzeit | | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| **telefonische Erreichbarkeit der PVE:** z.B.: Mo-Fr. 07:00-19:00 Uhr. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten** (Anbindung/Teilnahme an Notdiensten/Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaft):Text eingeben | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Standort 2:** *bei Netzwerk füllen Sie bitte pro Standort ein Tabellenblatt aus*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordinationszeiten:** z.B.: Montag – Freitag, 7 - 19 Uhr | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Berufsgruppe** | **Montag** | | **Dienstag** | | **Mittwoch** | | | **Donnerstag** | | | **Freitag** | | | **Samstag** | | |
| **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** |
| z.B. Dr. Max Muster-mann | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr |
| z.B. Physiotherapeut 1 | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | Uhrzeit | Uhrzeit | | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| **telefonische Erreichbarkeit der PVE:** z.B.: Mo-Fr. 07:00-19:00 Uhr. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten** (Anbindung/Teilnahme an Notdiensten/Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaft):Text eingeben | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Standort 3:** *bei Netzwerk füllen Sie bitte pro Standort ein Tabellenblatt aus*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordinationszeiten:** z.B.: Montag – Freitag, 7 - 19 Uhr | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Berufsgruppe** | **Montag** | | **Dienstag** | | **Mittwoch** | | | **Donnerstag** | | | **Freitag** | | | **Samstag** | | |
| **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** | | **Ordinationszeit** | **Hausbesuche** |
| z.B. Dr. Max Muster-mann | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr | | z.B. 15 bis 16 Uhr | z.B. 15 bis 16 Uhr |
| z.B. Physiotherapeut 1 | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | Uhrzeit | Uhrzeit | | z.B. 8 bis 16 Uhr | z.B. 16 bis 18 Uhr | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| Berufsgruppe | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit | | Uhrzeit | Uhrzeit |
| **telefonische Erreichbarkeit der PVE:** z.B.: Mo-Fr. 07:00-19:00 Uhr. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten** (Anbindung/Teilnahme an Notdiensten/Bereitschaftsdiensten, Rufbereitschaft):Text eingeben | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Ablauforganisation

Die Ablauforganisation legt die Prozesse der Zusammenarbeit innerhalb der Kinder-PVE fest.

|  |
| --- |
| Beschreiben Sie grob den organisatorischen Prozess, den ein Patient / eine Patientin von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Verlassen der PVE durchlaufen könnte. |
| z.B.: Kontaktaufnahme mit PVE, Terminvereinbarung, Triagierung, Wartezeitenmanagement |

### Arbeits- und Aufgabenverteilung

|  |
| --- |
| Bitte beschreiben Sie, wie die Aufgabenverteilung (Klärung der Rollen- und Aufgabenteilung im Team) umgesetzt wird: |
| z. B.:   * *Was sind die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im PVE-Team? Wer ist wofür zuständig?* * *Welche Aufgaben werden von der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege übernommen?* * *Beachten Sie dabei, die freie Arzt- und Behandlerwahl sicherzustellen sowie planbare Behandlungen so zu organisieren, dass Patientinnen und Patienten in der Regel möglichst von demselben Angehörigen eines Gesundheits- und/oder Sozialberufes behandelt werden*. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

### Regelungen zur Zusammenarbeit im Kinder-PVE-Team

|  |
| --- |
| Bitte beschreiben Sie hier die Zusammenarbeit im Team generell: |
| z. B.:   * *Wie erfolgt die Kommunikation im Team?* * *Wie erfolgt die Weiterleitung von PatientInnen innerhalb des Kinder-PVE-Teams?* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Team- und Fallbesprechungen |
| z. B.:   * *Wo und wie finden die Besprechungen statt (an einem Ort, per Telefonkonferenz, Videotelefonie etc.)?* * *Wie bzw. von wem werden die Besprechungen organisiert?* * *Wie häufig werden die Besprechungen durchgeführt?* * *Wer nimmt an den Besprechungen teil (Kernteam, erweitertes Primärversorgungsteam)?* |
| **Bitte beschreiben Sie näher, wie Sie Teambesprechungen durchführen möchten:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bitte beschreiben Sie näher, wie Sie Fallbesprechungen durchführen möchten:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte beschreiben Sie die Vertretungsregelungen zur wechselseitigen Übernahme von PatientInnen näher: |
| z. B.:   * *Wie erfolgt die ärztliche Vertretung bei Abwesenheit einer Ärztin/eines Arztes innerhalb der Kinder-PVE?* * *Wie ist die Vertretung bei anderen Gesundheits- und Sozialberufen organisiert?* * *Gibt es z.B. in der Versorgung chronisch Kranker bei Abwesenheit des behandelten Arztes/der behandelten Ärztin persönliche Fallübergaben vorab?* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte beschreiben Sie die technische Umsetzung der gemeinsamen Patientenakte im Kinder-PVE-Team näher: |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

### Lotsenfunktion

Die Lotsenfunktion untergliedert sich laut Anlage 1 der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung in folgende Teilbereiche:

* Übernahme der zugehörigen Terminorganisation bei Weiterleitung  
  Die Terminvereinbarung bei PVE-externen Leistungserbringern bzw. Leistungen/ Überweisungen von nicht-ärztlichem Verwaltungspersonal soll als Patientenservice unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen (freie Arztwahl) aktiv angeboten werden, wenn dies im Zusammenhang mit dem Behandlungsfall steht und dies aufgrund des Alters, der Kommunikationsfähigkeit bzw. der Spezifität des Krankheitsbildes des Patienten, der Komplexität der Weiterverweisung oder der Dringlichkeit des Behandlungsfalles geboten ist.
* Kooperation und Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe
* Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern (z.B. Selbsthilfegruppen und -organisationen)
* Sicherstellung des Zugangs zu weiteren Versorgungseinrichtungen (Nahtstellenma-nagement)
* Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement
* Informationsweitergabe/Kommunikation/Teambesprechungen
* Befundmanagementsystem
* Beratung und Angebot von Information für Angehörige und über Selbsthilfegruppen
* Telefonberatung für Patienten

|  |
| --- |
| Bitte gehen Sie im Textfeld näher darauf ein, wie Sie die Lotsenfunktion im Rahmen der PVE umsetzen möchten: |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

### Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben

|  |
| --- |
| Welche Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung chronisch und multimorbid  Erkrankter sind geplant: |
| *z. B.:*   * *Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen* * *Erinnerungssysteme (Termine)* * *Kontinuität bzgl. AnsprechpartnerInnen* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte beschreiben Sie, wie Sie aktiv auf vulnerable Gruppen wie z. B. Personen mit Migrationshintergrund,  sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen oder Risikogruppen zugehen möchten und wie Sie diese  Gruppen beim Zugang zur Versorgung unterstützen möchten: |
| *z. B.:*   * *Wie wird mit fremdsprachigen PatientInnen umgegangen?* * *Welche Sprachdienstleistungen werden angeboten?* * *Gibt es Kooperationen mit Vereinen/Einrichtungen mit Fokus auf bestimmte vulnerable Gruppen?* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Qualitätsmanagement

Kriterien entsprechend der QS-Verordnung müssen durch die Mitglieder der PVE abgedeckt werden, beispielsweise hinsichtlich:

* Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems ein­schließlich begleitende Evaluierung
* Möglichkeit zum Patientenfeedback einschließlich Beschwerdemanagement
* Teilnahme an bzw. Organisation von Qualitätszirkeln
* Behandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, die zur Erbringung des in der Anlage 1 der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung definierten Leistungsspektrums relevant sind

|  |
| --- |
| **Bitte gehen Sie im Textfeld näher darauf ein, wie Sie diese Aufgaben im Rahmen der PVE umsetzen möchten:** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Administrative Aufgaben

Folgende Aufgaben sind durch die Kinder-PVE sicherzustellen:

* Verwaltung und Organisation
* Termin- und Wartezeitenorganisation einheitlich an allen Standorten
* Etablierung von Erinnerungssystemen
* Erheben, Bereitstellen und Nutzen von Daten und Informationen

|  |
| --- |
| Wie werden Sie diese Aufgaben in der Kinder-PVE umsetzen?  *Bitte beschreiben Sie im Textfeld näher, wie Sie diese Aufgaben in der PVE organisatorisch als auch technisch (IT-Lösung) umsetzen können:* |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

## Gemeinsamer Auftritt nach außen

|  |  |
| --- | --- |
| Die untenstehenden Punkte können Teil des Auftritts der Kinder-PVE nach außen sein. Bitte kreuzen Sie an, welche dieser Punkte von der Kinder-PVE erfüllt werden:  *Im Textfeld können Sie weitere Anmerkungen und Konkretisierungen zum Auftritt nach außen vornehmen.* | Ja |
| * eine gemeinsame E-Mail-Adresse für die Kinder-PVE |  |
| * gemeinsame Homepage |  |
| * Informationen über Öffnungszeiten aller Standorte |  |
| * Information bzgl. Anfahrt (öffentlich, Straßenverkehr, Parkmöglichkeiten) |  |
| * Informationen über Anwesenheitszeiten in der Kinder-PVE tätiger Personen |  |
| * Informationen über Abwesenheiten/Vertretungen/Urlaube |  |
| * Informationen über Nacht- und Wochenendbereitschaftsdienste |  |
| * Informationen über das Leistungsangebot |  |
| * Auflage gemeinsamer Broschüren |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

Ausbildung – lehrende Organisation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erfüllen der Kriterien betreffend  Aus- und Weiterbildungstätigkeit  (Lehrpraxis und Praktika) | Ausbildungsplätze  pro Jahr | Anmerkungen |
| * Famulatur | Anzahl | Text eingeben |
| * Klinisch-Praktisches Jahr | Anzahl | Text eingeben |
| * Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen | Anzahl | Text eingeben |

Bitte geben Sie nachfolgend an, für welche sonstigen Berufsgruppen Ihre Kinder-PVE Praktika bzw. folgende Ausbildungsstellen zur Verfügung stellt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Praktika und Ausbildungsstellen** | **Ja** | **Anmerkung (zB Anzahl der Plätze, Zeithorizont)** |
| Diätologie |  | Text eingeben |
| Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege |  | Text eingeben |
| Ergotherapie |  | Text eingeben |
| Gesundheitspsychologie (Praktische Fachausbildungstätigkeit) |  | Text eingeben |
| Hebammen |  | Text eingeben |
| Klinische Psychologie (Praktische Fachausbildungstätigkeit) |  | Text eingeben |
| Logopädie |  | Text eingeben |
| Ordinationsassistenz |  | Text eingeben |
| Physiotherapie |  | Text eingeben |
| Psychotherapie |  | Text eingeben |
| PVE-Management |  | Text eingeben |
| Soziale Arbeit |  | Text eingeben |
| Sonstige: Text eingeben |  | Text eingeben |

## Gesundheitsförderung und Prävention

Bitte erläutern Sie in diesem Textfeld, welche Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch Ihre Kinder-PVE umgesetzt werden:

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

# Interessensbekundung

Hiermit bekunden wir unser Interesse an der Zusammenarbeit in einer Primärversorgungseinrichtung für Kinder- und Jungendheilkunde (Kinder-PVE), entsprechend dem dargebrachten Versorgungskonzept:

|  |  |
| --- | --- |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |
| Name in Blockbuchstaben | Datum, Unterschrift |

1. Siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 6 [↑](#footnote-ref-1)
2. Das vorliegende Formular wurde in Anlehnung an das Muster-Versorgungskonzept der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. [↑](#footnote-ref-2)
3. Siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 7 [↑](#footnote-ref-3)
4. Definition Zentrum siehe Übergangsvereinbarung Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-4)
5. Definition Netzwerk siehe Übergangsvereinbarung Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-5)
6. mind. 2 Planstellen und mind. 2 VZÄ-Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
   1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 20 Wochenstunden für die Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-6)
7. Mind. 0,5 VZÄ DGKP pro Planstelle für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
   1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 40 Wochenstunden für Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-7)
8. mind. 2 Planstellen und mind. 2 VZÄ-Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
   1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 20 Wochenstunden für die Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-8)
9. Mind. 0,5 VZÄ DGKP pro Planstelle für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
   1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 40 Wochenstunden für Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-9)
10. mind. 2 Planstellen und mind. 2 VZÄ-Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
    1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 20 Wochenstunden für die Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-10)
11. Mind. 0,5 VZÄ DGKP pro Planstelle für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
    1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 40 Wochenstunden für Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-11)
12. mind. 2 Planstellen und mind. 2 VZÄ-Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
    1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 20 Wochenstunden für die Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-12)
13. Mind. 0,5 VZÄ DGKP pro Planstelle für Kinder- und Jugendheilkunde, siehe Übergangsvereinbarung für Kinder-PVE § 2,   
    1 VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mind. 40 Wochenstunden für Kinder-PVE [↑](#footnote-ref-13)
14. Allfällige in einer Zweitordination angebotenen Öffnungszeiten können nur zusätzlich zu den Mindestöffnungszeiten der PVE lt § 3 der Gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheiten in NÖ angeboten werden. [↑](#footnote-ref-14)