|  |
| --- |
| **Die Partner der Vereinbarung nach §§ 113, 118 und 120 SGB V:** |
| **AOK Bayern**  **Die Gesundheitskasse**  Carl-Wery-Straße 28  81739 München  Telefon (089) 62 730-0  Telefax (089) 62 730-107 |
| **BKK Landesverband**  **Bayern**  Züricher Straße 25  81476 München  Telefon (089) 74579-0  Telefax (089)74579-55399 |
| **KNAPPSCHAFT**  Regionaldirektion München  Putzbrunnerstr. 73  81739 München  Telefon (089) 38175-0  Telefax (089) 38175-103 |
| **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**  Neumarkter Str. 35  81673 München  Telefon (089) 45480-0  Telefax (089)45480-398 |
| **IKK classic**  Meglingerstraße 7  81477 München  Telefon (089)74818-0  Telefax (089)74818-315 |
| **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**  Landesvertretung Bayern Arnulfstraße 201 a 80634 München Telefon 089 552551-0 Telefax 089 552551-14  als gemeinsamer Bevollmächtigter bemäß §212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen |
| **Bayerischer Bezirketag**  Ridlerstraße 75  80339 München  Telefon (089) 212 389-0  Telefax (089) 296706 |
| **Bayerische**  **Krankenhausgesellschaft e.V.**  Radlsteg 1  80331 München  Telefon (089) 290 8300  Telefax (089) 290 83099 |

Gemeinsamer Ausschuss für die

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vorabfrage Basisdaten

Name der Einrichtung

Psychiatrische Institutsambulanz

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

BSNR: xxxxxxxxx

Prüfdatum: tt.mm.jjjj

**Formblatt „Basisdaten“ (KJP):**

zur Verwendung im Rahmen der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der PIA in Bayern gem. Anlage 4 der Rahmenvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.** | **A Bezirkskrankenhaus/Ambulanzstandort:** | **Datum:** |
|  |  | |
|  | **B Prüfdatum:** | **Prüfungsquartale:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** | **A. Versorgungsgebiet der Ambulanz:** | | | |
|  | Stadt/Landkreis: | | | |
|  | Einwohnerzahl im Versorgungsgebiet: | | | |
|  | Mitversorgung durch: | | | |
|  | Hinweis: Hier ist anzugeben, ob für die Einwohnerzahl im Versorgungsgebiet mehrere Psychiatrische Institutsambulanzen als mögliche Ansprechpartner zur Verfügung stehen. | | | |
|  | Weiteste Entfernung zur Ambulanz: | | | |
|  | Erreichbarkeit der PIA: | öffentliche Verkehrsmittel  schlechte Anbindung an öffentlichen Nahverkehr | | |
|  | **B. Weitere komplementäre Angebote im Einzugsgebiet:** | | | |
|  | Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater | | ja, Anzahl (ca.) | nein |
|  | Niedergelassene Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten | | ja, Anzahl (ca.) | nein |
|  | SPZ | | ja, Anzahl (ca.) | nein |
|  | Erziehungsberatungsstellen | | ja, Anzahl (ca.) | nein |
|  | Heilpädagogische Tagesstätten | | ja | nein |
|  | Einrichtungen zur Erziehungs- und Eingliederungshilfe | | ja, Anzahl (ca.) | nein |
|  | Therapeutische Wohngemeinschaften | | ja, Plätze (ca.) | nein |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **A. Organisationsform der Ambulanz:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Zentral  Dezentral  Mischform | | | | | | | | | | | | | |
|  | Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich der PIA zugeordnet sind: | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Eigene Ambulanzleitung(en) | Ja  Name: Vorname: | Nein | | | Schwerpunkt bzw. Spezialambulanzen | Ja  Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nein | | | Anteil der Spezialambulanzen an der Gesamtambulanz? | Welchen Anteil haben die Spezialambulanzen an der  Gesamtambulanz:  Mitarbeiter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (VK-Angabe)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  oder  Fälle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (circa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | QM-Zertifizierung vorhanden | Ja seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ggf. Rezertifizierung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Art der Zertifizierung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nein | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **B. Personelle Ausstattung der Ambulanz (bitte Gesamtzahl Vollkräfte eintragen):**  *Hinweis: Es ist das tatsächlich in der PIA eingesetzte Personal, ausgegliedert nach der BPflVO entsprechend nach-*  *gewiesen in der Kostenrechnung anzugeben. Die VK-Angaben in Spalte 1 sollen sich auf den*  *Zeitraum der Prüfungsquartale beziehen. Angaben in Spalte 2 sind nur notwendig, wenn die VK-Zahl zum Zeitpunkt der Prüfung von der VK-Zahl der Prüfungsquartale abweicht (Erläuterung: Die ausgegliederten Berufsgruppen müssen nicht ausschließlich in der PIA tätig sein, sondern können auch zusätzlich/überwiegend im stationären Bereich tätig sein. Der Therapeut muss nicht unbedingt seinen Arbeitsplatz in der Ambulanz haben, aber er muss der Ambulanz zur Verfügung stehen.)* | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | **Spalte 1** | | | **Spalte 2** |  | | | | | | **Spalte 1** | **Spalte 2** |
|  | |  | VK | | | VK |  | | | | | | VK | VK |
| Fachärzte | | |  | | |  | Ergotherapeuten | | | | | |  |  |
| Ärzte in Weiterbildung | | |  | | |  | Bewegungstherapeuten | | | | | |  |  |
| Psychologen | | |  | | |  | Kunsttherapeuten | | | | | |  |  |
| Kinder-/Jugendlichen-psychotherapeuten | | |  | | |  | Musiktherapeuten | | | | | |  |  |
| Sprachtherapeuten | | | | | |  |  |
| Sozialpädagogen | | |  | | |  | Sonstige therapeutische Berufsgruppen | | | | | |  |  |
| (Fach)Pflegepersonal | | |  | | |  | MFA/Sekretariatskräfte | | | | | |  |  |
| **C. Räumliche, technische und Sachmittelausstattung:** | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Ambulanzbetrieb | | | | | im Klinikbereich | | | | außerhalb des  Klinikbereiches | | | beides | | |
| Zahl der Mitarbeiterbüros: | | | | | | | | | | | | | | |
| Elektronische Patientenakte? | | | | Ja | | | | Nein | | | | Teilweise | | |
| Verwendete Ambulanzsoftware: | | | | Digitale AmBADO in KIS integriert  ja  nein | | | | | | | Eigene AmBADO Auswertungsmöglichkeit  ja  nein | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **D. Erreichbarkeit bzw. Öffnungszeiten (Bitte Zeiten eintragen):** | | | |
|  |  | Im Regeldienst:  (von - bis) | Im Bereitschaftsdienst:  (von - bis) |
| Werktags: | telefonisch |  |  |
|  | persönlich |  |  |
| Wochenende/Feiertage: | telefonisch |  |  |
|  | persönlich |  |  |
| Nachts: | telefonisch |  |  |
|  | persönlich |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **E. Vorhandene Angebote/Regelungen bezüglich Notfallversorgung**  **(Erreichbarkeit/ Berufsgruppen/ Komm-Geh-Struktur etc.):** | | | | |
| Während regulärer Dienstzeiten (von - bis ): | | | | |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| Außerhalb regulärer Dienstzeiten (von - bis ): | | | | |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| **F. Spezielle Versorgungsaufgaben im Einzugsgebiet** | | | | |
| Mitbetreute Einrichtungen/Heime | | | | |
| ja , Anzahl (ca.): \_\_\_\_\_\_\_\_  nein | | Art der Einrichtung  (Heime, Schulen, Kinderkliniken, Tagesstätten etc.):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **G. Terminvergabe/ Wartezeiten** |  |  |
| Die Spannbreite der Wartezeiten für Neupatienten auf einen regulären Behandlungstermin betragen  in der PIA je nach Dringlichkeit zwischen \_\_\_\_\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Tage / Wochen / Monate). | | |
| Bestehen aus Sicht der PIA im Einzugsgebiet regionale ja  nein  Versorgungsengpässe? | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **H. Gruppenangebote** |  |  |
| Welche Gruppentherapien werden angeboten?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Diagnosen** | |
| Hat sich das Diagnosespektrum im Vergleich zur AmBADO gravierend verändert? | |
| Ja , Begründung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nein |

|  |
| --- |
| **V. Dokumentation** |
| Verwendete Dokumentationsverfahren (patientenbezogen)? / Art der verwendeten Dokumente,  Formblätter, Instrumente etc.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VI. Ergänzende Angaben/Besondere Problemstellungen/Wichtige aktuelle Entwicklungen aus**  **Sicht der Ambulanz:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Für die sachliche Richtigkeit der Angaben zu den Basisdaten zeichnet:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fachärztliche Leitung PIA  Datum/Unterschrift | Kfm. Leitung  Datum/Unterschrift |

Hinweis:

Die Basisdaten stellen eine wichtige Grundlage im Rahmen der Prüfung der PIA dar. Die für die sachliche Richtigkeit

verantwortlichen Personen oder deren Stellvertreter sollen deshalb am Prüfungstag für evtl. Rückfragen zur Verfügung stehen.