Praxisadresse/ Stempel

Plausibilitätsprüfung Quartal

bkjpp Formular

Sehr geehrte/r _____, bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom _____ nehme ich wie folgt Stellung:

Seit _____ besteht meine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit sozialpsychiatrischen Schwerpunkt. Diese Versorgungsform ermöglicht eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Den Antrag und die Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung der füge ich diesem Schreiben im Anhang bei.
Im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) bin ich verpflichtet, therapeutisch-beratende Angebote im personellen Umfang von zusätzlich mind. 1,5 Vollzeitstellen neben meiner vollumfänglichen ärztlichen Tätigkeit zu schaffen. Das Praxisteam in meiner Praxis setzt sich aus mir sowie meiner MitarbeiterInnen _____ zusammen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Arbeitszeiten finden Sie in der Tabelle im Anhang.

Die Vergütung der Leistungen der nichtärztlichen Mitarbeiter erfolgt nach §6 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Die delegierbaren Leistungen werden durch mich angeordnet, fachlich überwacht und bei entsprechender Qualifikation der Mitarbeiter von diesen durchgeführt.

Wir arbeiten in unserer Praxis nach einem sozialpsychiatrischen Konzept. Es finden während der Sprechstundenzeiten Termine im Rahmen der kinderpsychiatrischen Sprechstunde mit Medikamentenverordnung und Beratung der Eltern im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit statt.
Es finden weiterhin regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen statt - im SPV-Team 1x/Woche, mit kooperierenden Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden 1x/Monat bzw. 1x/Quartal. Von den Mitarbeitern der SPV-Praxis werden den Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen Einzeltermine sowie verschiedene, zum Teil parallel laufende Gruppentherapien angeboten.

Die Zeitüberschreitungen im **Quartal** _____ resultieren aus den verschiedenen Leistungen, die zeitgleich durch mich und die Mitarbeiter angeboten werden. Die Überschreitung der Plausibilitätszeit von 12 Stunden an _____ erklärt sich folgendermaßen:

Datum

Von mir als Arzt erbrachte Leistungen (z.T. nicht delegierbar)

Leistungsziffer 14220, Hfkt._____, Zeit _____
Leistungsziffer 35302, Hfkt._____, Zeit _____
Leistungsziffer 14222, Hfkt._____, Zeit _____ Gesamtzeit Arzt: _____ h

Delegierbare Leistungen der Mitarbeiter

Leistungsziffer 35301, Hfkt._____, Zeit _____ h – Mitarbeiter _____
Leistungsziffer 35300, Hfkt._____, Zeit _____ h – Mitarbeiter _____
Leistungsziffer 14310, Hfkt _____, Zeit _____ h – Mitarbeiter _____
Leistungsziffer 14222, Hfkt._____, Zeit _____ h – Mitarbeiter _____ Gesamtzeit Mitarbeiter: _____ h

Ich beantrage die Aussetzung bzw. Befreiung meiner Praxis von der Plausibilitätsprüfung bzw. die Beschränkung der Überprüfung auf die nicht delegierbaren ärztlichen Leistungen. Für eventuell weitere Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum _____

Anlage Arbeitszeiten Mitarbeiter