

Neue Verträge und Vorsorgen

Gesetzliche Grundlagen

§ 73 b , c SGB V
§140 SGBV

Sozialgesetzbuch (SGB) V – § 73 b,c

- Die gesetzlichen Krankenkassen sind **verpflichtet**, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung unter dem Titel „**hausarztzentrierte Versorgung**“ **anzubieten**
- Die Versicherten schreiben sich auf freiwilliger Basis in ein solches Modell ein. Sie wählen damit einen Hausarzt, den sie nur in Ausnahmefällen wechseln können. Zudem verpflichten sie sich, weitere ambulante fachärztliche Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen der Augen- und der Frauenärzte) nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

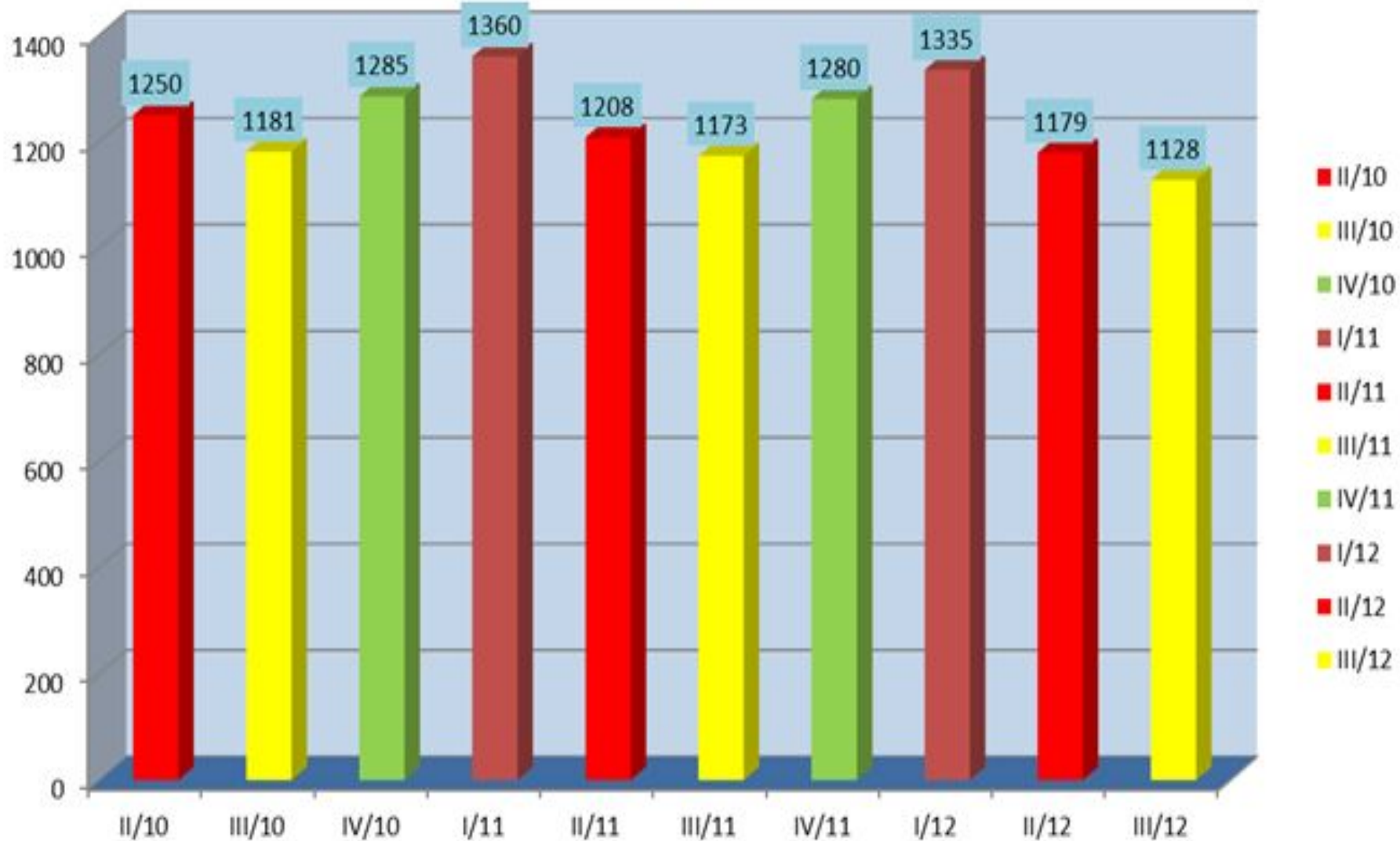
Sozialgesetzbuch (SGB) V – §140a

Integrierte Versorgung (IGV)

Einzelne Krankenkassen oder Gruppen von Krankenkassen können mit den Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen direkte Verträge abschließen

- Für die Kassen besteht die **gesetzliche Verpflichtung**, Zusatzverträge abzuschließen.
- Für Kinder und Jugendliche **können** entsprechend den gesetzlichen Bestimmung Verträge mit unterschiedlichen Leistungsanbietern abgeschlossen werden.
- Es besteht für die Kassen **keine gesetzliche Verpflichtung**, mit **uns** Verträge abzuschließen. Nur wenn wir mit öffentlichem Druck belegen, dass Kinder und Jugendliche bei uns besser versorgt werden als bei den Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten, bestehen gute Chancen, Verträge mit kinder- und jugendärztlichem Inhalt abzuschließen.

Arztfälle 2010 - 2012



darüber möchte
ich doch mehr
erfahren !!



Teilnahme



Machen wir
denn
alle mit?

Teilnahme an den einzelnen Verträgen, bundesweit

	eingeschrieben
Deutsche BKK/KKH	<p>2009: 4049/5643 = 72 % der Kinderärzte/innen 2010: 4350/5702 = 76% der Kinderärzte/innen 2011: 4542/5702 = 79% der Kinderärzte/innen 2013: 4547/5702 =79,8% der Kinderärzte/innen</p>
Barmer-GEK/HZK	<p>2009:3775/5643 = 67% der Kinderärzte/innen 2010:4451/5702 = 78% der Kinderärzte/innen 2011: 4649/5702 = 81% der Kinderärzte/innen 2013: 4788/5702 = 84% der Kinderärzte/innen</p>
Siemens BKK	<p>2009:1139/5643 = 20%der Kinderärzte/innen 2010:3303/5702 = 57% der Kinderärzte/innen 2011:3546/5702 = 62% der Kinderärzte/innen 2013: 3650/5702 = 64% der Kinderärzte/innen</p>
BKK Mobil Oil	<p>2009:1980/5643 = 35% der Kinderärzte/innen 2010:2513/5702 = 44% der Kinderärzte/innen 2011:2725/5702 = 48% der Kinderärzte/innen 2013: 2891/5702 =51% der Kinderärzte/innen</p>
GWQ Clever für Kids	<p>2011: 1115/5702 = 20% der Kinderärzte/innen 2013: 2457/5702 = 43% der Kinderärzte/innen</p>


Teilnahme an den Verträgen Kinderfrüherkennung, NRW

	eingeschrieben
AOK	738/909 = 81,2%
BKK	738/909 = 81,2%
Knappschaft	703/909 = 77,3 %
TKK	711/909 = 78,2%

Teilnahme an den Verträgen zur integrierten Versorgung

Vertrag	Teilnehmende Ärzte
Adipositasvertrag AOK, IKK NRW	2010: 196 KJÄ/871= 22% 2011: 204 KJÄ/871= 23% 2013: 333 KJÄ/909= 37%
Asthma-Vertrag, Kinder < 5 Jahre AOK NRW	2010: 121KJÄ/871= 13% 2011: 198 KJÄ/871= 23% 2013: 217 KJÄ/909= 24 %
Neurodermitisvertrag AOK NRW	2010: 52KJÄ/871= 6% 2011: 111KJÄ/871= 13% 2013: 171KJÄ/909= 19%
ADHS-Vertrag AOK NRW	2010: 119/871KJÄ= 14% 2011:198/871KJÄ= 23% 2013:177/909KJÄ= 19,5%

**Die Zahl der in die Verträgen
eingeschriebenen Kinderärzte
als auch die Zahl der
durchzuführenden
Vorsorgeuntersuchungen
könnten noch gesteigert werden**

An illustration of a brown bear with thick, textured fur. The bear is shown from the chest up, looking slightly to the right. A speech bubble is positioned above its head, containing German text. The background is a plain, light beige color with a few thin, vertical tree trunks. The bear's fur is rendered with dark brown and black strokes, giving it a shaggy appearance. Its eyes are small and light-colored, and its nose is large and black. The overall style is that of a children's book illustration.

**Ich helfe
Euch dann
mal ...**

Anmeldung zu Praxisfieber

- Ja, ich möchte an www.praxisfieber.de teilnehmen.

Vorname	_____
Nachname	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
E-Mail	_____
Tätig in Arztpraxis	_____
Datum/Unterschrift/Praxisstempel	_____

Kosten: Im Jahr 2010 und 2011 werden die Kosten durch die Kinderumwelt und den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte getragen (Ihnen wird keine Rechnung gestellt). Ab 2012 wird ggf. eine Kostenbeteiligung in Höhe von 20,- Euro pro Jahr erforderlich sein.

Eine Abmeldung ist jederzeit möglich.

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung per Brief oder Fax an: Kinderumwelt gGmbH, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück, Fax: 0541/9778-905.



Die Einwahl ist über www.praxisfieber.de möglich. Darüber hinaus bietet die Kinderumwelt unter http://www.uminfo.de/first_class.htm die internetfähige Clientsoftware FirstClass® zum kostenlosen Download an. FirstClass ermöglicht Ihnen einen schnellen, Kosten sparenden und mit Sonderrechten versehenen Zugang.

Die Kinderumwelt gGmbH und der BVKJ empfehlen die Einwahl über FirstClass®.



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

© BVKJ e. V. und Kinderumwelt

www.praxisfieber.de



Das Intranet
der Medizinischen
Fachangestellten (MFA)

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Das Intranet für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

Informationen und Tipps für die praktische Arbeit

Eine Internetplattform des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. - exklusiv von Medizinischen Fachangestellten für Medizinische Fachangestellte!

Fachlicher Austausch, QM, Fortbildung, Berufspolitik und eine Stellenbörse stehen im Mittelpunkt. www.praxisfieber.de ist auf die Belange Ihrer tagtäglichen Arbeit zugeschnitten.

www.praxisfieber.de lebt von Ihrer Mitarbeit und Ihren Anregungen – machen Sie mit!

▶▶ [LOGIN](#)

▶▶ [NEU ANMELDEN](#)



>>Bei etwaigen Zugangsproblemen bitte "[Cookies](#)" löschen ([Anleitung](#)) und Passwort neu eingeben !

Möchten Sie, dass Ihr Passwort von Google Chrome gespeichert wird?

Desktop 0 Dateien 20 Ordner Kinderumwelt: Ueberberg_Bergisch Gladbach

Suchen Erwe

The desktop environment features a sidebar on the left with icons for 'Krankenkassenverträge (4)', 'Calendar', 'Contacts', 'Documents', 'File Storage', and 'Trash Can'. The main workspace contains several application icons: 'Conferences', 'Workspaces', 'Instant Messaging', 'Bookmarks', 'ALLINFO', 'MailBox', 'UMINFO', 'Neu_bei_Praxisfieber', 'Praxisfieber-online', 'Hilfe (FC- und Webzugang)', and 'Krankenkassenverträge'. A large red arrow points from the top right towards the 'Krankenkassenverträge' icon.



Neu_bei_KK-Verträgen (1)



__Vertragsübersichten



__Gesundheits-Checkheft



__CGM (GIV)



_BAHN-BKK



_BARMER_GEK



_BIG



_BKK_Mobil_Oil (1)



_Deutsche_BKK



_GWQ_Clever_für_Kids



BKK vor Ort



_HKK



_KKH



_Knappschaft



_Siemens_BKK



_Techniker_KK



_Gesund_statt_rund



V-Baden-Württemberg (1)



KKV-Bayern (9)



KKV-Berlin (1)



KKV-Brandenburg (1)



KKV-Bremen (1)



KKV-Hamburg (1)



KKV-Hessen (1)



KKV-MV (1)



KKV-Niedersachsen (1)



KKV-Nordrhein (2)



KKV-Rheinland-Pfalz (1)



KKV-Saarland (1)



KKV-Sachsen



KKV-Sachsen-Anhalt



KKV-Schleswig-Holstein (1)



KKV-Thüringen (1)



KKV-Westfalen-Lippe (1)

Thema	Name	Größe	Letzte Änderung
-------	------	-------	-----------------



BVKJ-Vorstand



BVKJ-Mitteilungen



BVKJ-Fobi-Termine



BVKJ-Mitglieder



Juridiskurs



Kongressmanuskripte



BVKJ-Praxisvertretung



BVKJ-Pressearbeit



BVKJ-Obleute-Delegierte



BVKJ-Honorarbeauftragt.



BVKJ-Prævebeauftragte



Qualitätsmanagement



BVKJ-Honorarausschuß



BVKJ-EDV-Ausschuss



BVKJ-Prävention



BVKJ-Jugendmedizin



BVKJ-Länderrat



Netze_und_Versorgungsstruktur



BVKJ-LV Saarland



BVKJ-LV Rheinland-Pf.



BVKJ-LV Nordrhein



BVKJ-LV Westf.-Lippe



BVKJ-LV Sachsen-A.



BVKJ-LV Brandenburg



BVKJ-LV Schleswig-H.



BVKJ-LV Baden-Wtmbg.



BVKJ-LV Bayern



BVKJ-LV Niedersachsen



BVKJ-LV Sachsen



BVKJ-LV Bremen



BVKJ-LV Thüringen



BVKJ-LV Berlin



BVKJ-LV Hessen



BVKJ-LV Hamburg



BVKJ-LV MV



BVKJ-LV-Veranstaltungen

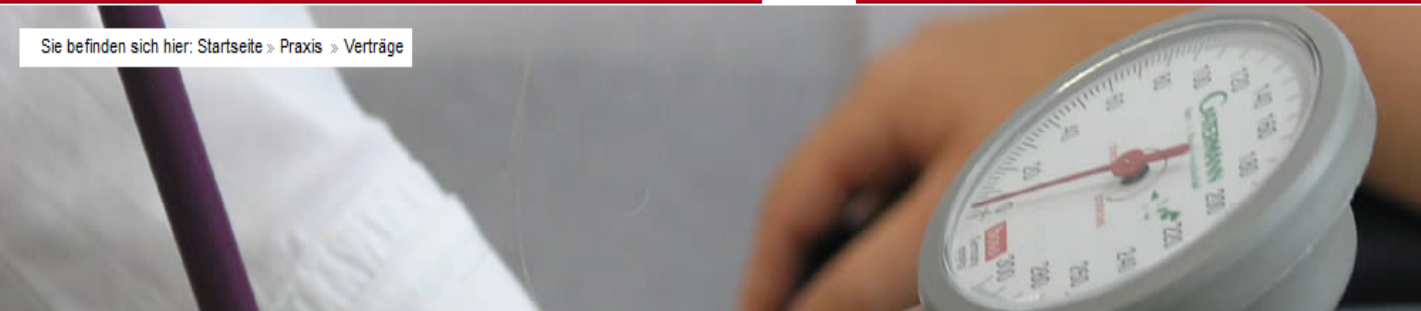


Download Präventionsdokumente

Anlage	Leitfaden zur kinde...	-	26.11.2008	15:02
 Gesundheitscheckheft 4 neue Us	BVKJ_Geschäftss...	1M	28.11.2007	13:16
 Manual	BVKJ_Geschäftss...	727K	28.11.2007	13:17
 Fragebogen U7a,U10,U11,J2	BVKJ_Geschäftss...	241K	28.11.2007	13:19
 Handanweisungen zu Fragebogen	BVKJ_Geschäftss...	776K	28.11.2007	13:20
 Elternklärung, Info zur Abrechnung	BVKJ_Geschäftss...	89K	28.11.2007	13:21
 Bestellschein	BVKJ_Geschäftss...	92K	28.12.2007	09:50
 Fragebogen U3 bis U6	BVKJ_Geschäftss...	112K	11.03.2008	16:57
 Einlegeblatt U7a optimiert	BVKJ_Geschäftss...	1.9M	19.08.2008	09:49



Sie befinden sich hier: [Startseite](#) » [Praxis](#) » [Verträge](#)



Verträge

Praxisinformationen

Niederlassung

Verträge

» ADHS-Vertrag

» AIDS Vereinbarung

Verträge

In dieser Rubrik informieren wir über Vereinbarungen, die die KV Nordrhein mit den Krankenkassen abgeschlossen hat.

[Index für Verträge](#)

- Praxisinformationen
- Niederlassung
- Verträge
 - » ADHS-Vertrag
 - » AIDS-Vereinbarung
 - » Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung
 - » Ambulante Operationen
 - » Diabetisches Fußsyndrom
 - » DMP Asthma / COPD
 - » DMP Diabetes
 - » DMP Koronare Herzkrankheit
 - » DMP Brustkrebs
 - » Gesamtverträge
 - » Hausarzt-Verträge
 - » Hautkrebsvorsorge
 - » Homöopathie
 - » Impfen
 - » Impfstoffe
 - » Infektionsscreening in der Schwangerschaft
 - » Katarakt-Operationen
 - » Kostenersatz für Anfragen
 - » LDL-Eliminations-Behandlung
 - » Onkologie-Vereinbarung
 - » Palliativversorgung

Neue Präventionsuntersuchungen für Kinder

Hinweis: Wenn Sie teilnehmende Kinder- und Jugendärzte suchen, können Sie unser [Online-Verzeichnis](#) (Behandlungsprogramme) nutzen.

[Übersicht: Symbolnummern und Vergütungen der Präventionsangebote für Kinder, Stand: Januar 2013 \(PDF, 30 KB\)](#)

AOK Rheinland / Hamburg

Zum 1. Juli 2008 wurde mit der AOK Rheinland / Hamburg und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein Vertrag über die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelten Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 vereinbart. An diesem Vertrag können Kinder- und Jugendmediziner, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten teilnehmen.

[Infomaterial zum Vertrag \(PDF, 50 KB\)](#)

[Teilnahmeerklärung \(PDF, 24 KB\)](#)

[Der Vertrag im Wortlaut \(PDF, 2.300 KB\)](#)

Teilnahmevoraussetzungen sind jährlich 25 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie, kontinuierliche Teilnahme an einem von KV oder Kammer anerkannten Qualitätszirkel mit pädiatrischer Ausrichtung (vier- bis sechsmal pro Jahr) sowie mindestens 30 Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen für Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten.

Für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung U10 (Grundschulcheck) und U11 werden extrabudgetär jeweils 35 Euro und für die Auswertung der jeweiligen Fragebögen 15 Euro vergütet.

Die für die Untersuchungen notwendigen Dokumentationshefte können direkt mit dem Bestellschein bei dem Verlag Schmid-Römhild bestellt werden. Der Bezugspreis beträgt 1 Euro je Heft.

Bestellschein für Vorsorgehefte (PDF, 65 KB)

Bergische Krankenkasse

Mit der Bergischen Krankenkasse wurde ein Vertrag zur Vorsorgeuntersuchung J2 für Jugendliche nach § 73c SGB V abgeschlossen.



Symbol-Nummern
Übersicht der Symbol-Nummern, die in den Verträgen der KV Nordrhein verwendet werden (PDF, 310 KB)

wichtig

Regelmäßig Listen aktualisieren

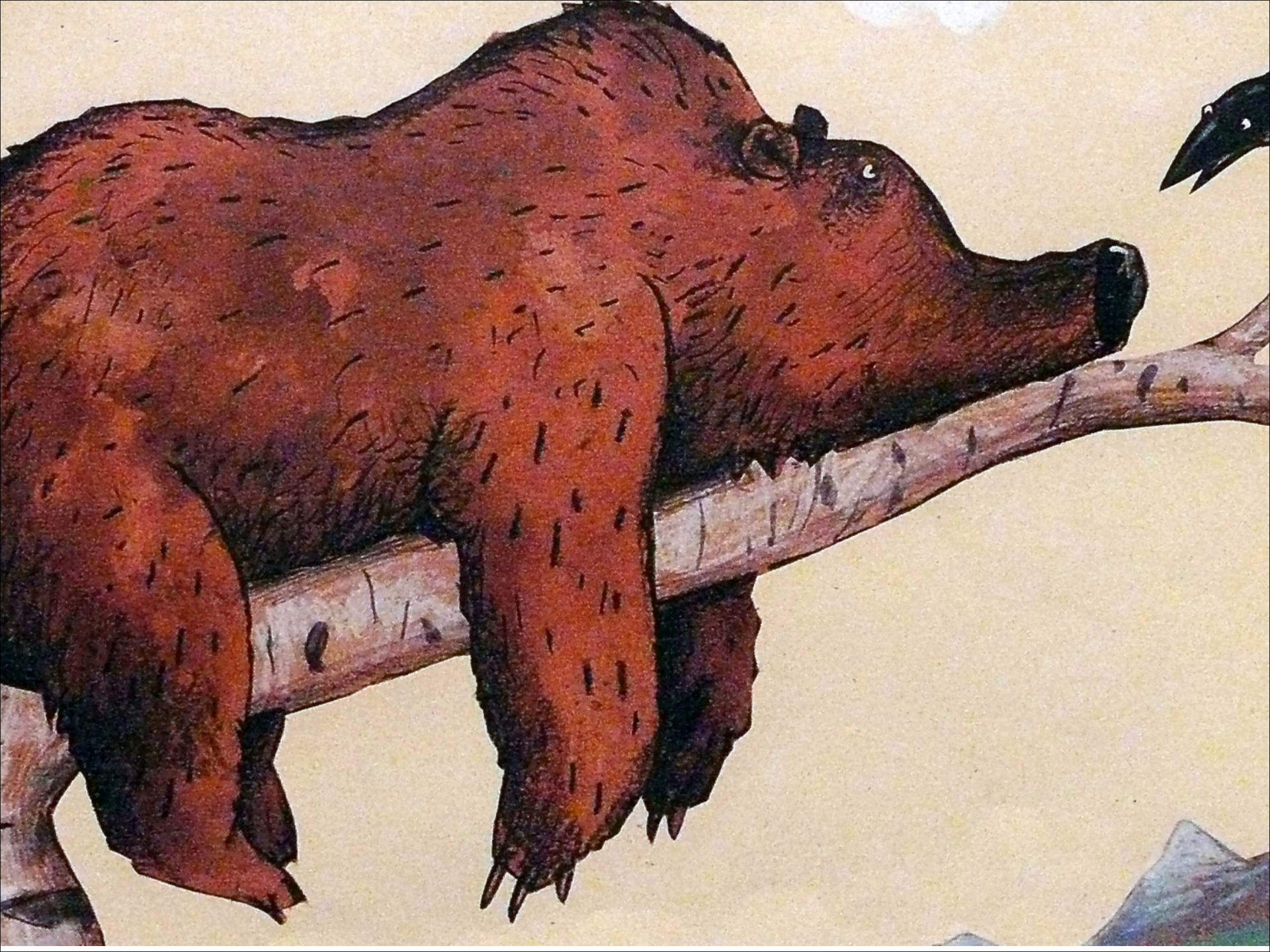


Ganz
schön
viel
Arbeit!

Bundesweite Verträge

Hausarztverträge

	Barmer GEK	Clever für Kids
Krankenkasse	Barmer GEK	s. Liste, wird ständig aktualisiert
Kostenübernahme	Einschreibepauschale 10 € Betreuungspauschale 5 € Add-on U7a 15 € U10, U11, J2 50 € Präventionsrezept 5 € Rotavirusimpfung 12 €	Einschreibepauschale 7,50 € Steuerungspauschale 5€ Add on U7a 15 € U10, U11, J2 50 € Baby-Check 1 : 25€ Baby-Check2: 25€ Kleinkinder-Sprach-Check: 25 € RV-Impfung 12 €
Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	per Fax an: 0221 – 6890929 BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln eMail: bvkjservicegmbh@uminfo.de	per Fax an: 0221 – 6890929 BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln eMail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
Teilnahmeerklärung Versicherte	bitte schicken Sie das Original an: BARMER GEK Hauptverwaltung Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd	bitte schicken Sie das Original an: GWQ ServicePlus AG „Clever für Kids“ Tersteegenstr. 28 40474 Düsseldorf

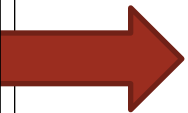


Barmer - GEK

Größte Krankenkasse
Deutschlands mit 8,7 Millionen
Versicherten - übernimmt die
Kosten für alle Vorsorgen bis
zur J2

Persönliche Qualitätsvoraussetzungen Barmer-GEK

- Vertrag gilt für Kinder- und Jugendärzte, die 30 Fortbildungspunkte im Fach Pädiatrie / Jahr erbringen
- Teilnahme an pädiatrischen Qualitätszirkeln viermal pro Jahr
- Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie
- Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln
- Durchführungen der Impfungen nach STIKO
- Förderung des DMP
- Sicherung von Fortbildungen für nichtärztliches Praxispersonal



Sachliche Qualitätsvoraussetzungen Barmer-GEK

- Bei Terminen Wartezeit auf 30 Minuten begrenzen
- Geeignete Termine für berufstätige Erziehungsberechtigte
- Impftermine mit Untersuchungsterminen verbinden
- Räumliche abgetrennter Praxisbereich für infektiöse Patienten
- Apparative Mindestausstattung: Blutzuckermessgerät, Säuglingswaage, zugelassenes Hörtestgerät, Stadiometer, Akutlabor
- Sonographie, Lungenfunktionstest (ggf. in Auftragsleistung)
- Praxis-EDV-System

Teilnahmebedingungen Versicherte

- Teilnahme bestätigt Bereitschaft, an den Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen und die Impfungen nach STIKO- Empfehlungen durchführen zu lassen
- Wechsel des Vertragsarztes frühestens nach 1 Jahr
- Ambulante fachärztliche Leistungen nur nach Überweisung durch den einschreibenden Arzt (außer Psychotherapie, Gynäkologie, Augenarzt)
- Einladungssystem durch die Krankenkasse

Vorgehen/ Formalia

- Beitrittserklärung des Arztes an den BVKJ senden
- Teilnahmeerklärung des Versicherten innerhalb von 10 Tagen nach Einschreibung an die Barmer-GEK senden, Fax: 07171-801-106
- Abrechnungsbogen an die CGM senden

Abrechnung über die CGM

- Einschreibepauschale 10 Euro
- Betreuungspauschale 5 Euro pro Quartal mit Übermittlung des Präventionsstatus
- Add-on U7a GEK Kindergartencheck 15 Euro
- U10, U11, J2 50 Euro
- Präventionsrezept 5 Euro
- Rotavirusimpfung 12 Euro

Kontaktklasse bzw. Kontaktträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsart: | Artike | Datum

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung des Versicherten



BARMER GEK Kinder- und Jugend-Programm
Original für den Versicherten –
Vorder-/ Folgeseite

Angebots Nr.:

2

Bitte faxen Sie das Original an:

(0 71 71) 80 11 06

- Erstinschreibung
- Information über Artwechsel

Ja, das oben genannte Kind/ der oben genannte Jugendliche nimmt am BARMER GEK Kinder- und Jugend-Programm (der hausärztlich orientierten pädiatrischen Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte (KJÄ) teil. Meine Krankenkasse, bzw. mein gewählter KJÄ hat mich ausführlich und umfassend über das Kinder- und Jugend-Programm sowie die Aufgabenteilung zwischen meinem KJÄ, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm freiwillig ist und dass ich nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann. Ich wurde darüber informiert, dass der KJÄ bei meiner Versorgung die Betreuung übernimmt. Weiterhin besteht meinesseits die grundsätzliche Bereitschaft die Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, den zusätzlich aufgenommenen BARMER GEK Kindergarten-Check, BARMER GEK Grundschul-, BARMER GEK Schüler- und dem BARMER GEK Jugend-Check und weiteren möglichen Präventivmaßnahmen nachzukommen. Ich bin grundsätzlich bereit die durch die Expertenkommission STIKD empfohlenen Impfungen durchführen zu lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen. Ich verpflichte mich, während der Dauer der Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm ambulante fachärztliche und stationäre Behandlung nur auf Überweisung meines gewählten KJÄs in Anspruch zu nehmen. Diese Regelung gilt nicht in Notfällen, unliebsbedingter Abwesenheit und bei der Inanspruchnahme von Augen- und Frauenärzten, sowie bei bereits genehmigten Psychotherapien. Mir ist bekannt, dass ich bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des KJÄs, oder aufgrund eines dauerhaft gestörten Vertrauensverhältnisses zum KJÄ einen anderen an diesem Vertrag teilnehmenden KJÄ wählen kann. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich). Als KJÄ wähle ich den im folgenden angegebenen Arzt:

Name

Wohnort

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherten bzw. gesetzlicher Vertreter

Einwilligungserklärung

Ich habe/ wir hatten (der Versicherte bzw. die Erziehungsberechtigten) ausreichend Gelegenheit Fragen im Rahmen der Aufklärung zur Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm bezüglich der Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung bezüglich der Einschaltung des BVKI und der Firma GIV mbH zu klären. Ich habe/ wir haben das Original der Einwilligungserklärung nach Unterschrift erhalten. Ich willige/ wir willigen darin ein, dass die mich/ unser Kind betreffende Sozialdaten von der BARMER GEK an den BVKI bzw. die Firma GIV mbH im Rahmen des Kinder- und Jugend-Programms weitergegeben werden können. Ich weiß/ wir wissen, dass ich/ wir diese Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen können und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem/ unserem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Meine Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm wird in diesem Fall beendet.

Ich habe/ wir haben die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 26.08.2009) erhalten und zur Kenntnis genommen (siehe Folgeseite). Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen der Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm einverstanden und bestätige/ bestätigen dies mit meiner/ unserer Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherten bzw. gesetzlicher Vertreter

Nur vom Arzt auszufüllen:

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag ergebenden besonderen Aufgaben als gewählter KJÄ wahrnehme und den Versicherten bzw. die Erziehungsberechtigten über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen der Teilnahme am Kinder- und Jugend-Programm umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Stempel des Arztes

Unterschrift

3200010

Kontaktklasse bzw. Kontaktträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsart: | Artike | Datum



Abrechnung zum Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73 b SGB V zwischen dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. und der BARMER GEK.

GIV mbH
Maria Trost 21
56070 Koblenz

Abrechnungs-Nr.	Leistung	Betrag	Bitte ankreuzen	Ereignis tag/ Datum
32000000	Einschreibepauschale	10,00 €		
32000001	Betreuungspauschale	5,00 €		
3210GKC1	Add-on U7a BARMER GEK Kindergarten-Check	15,00 €		
3210GSC0	U10 BARMER GEK Grundschul-Check	50,00 €		
3210GSC0	U11 BARMER GEK Schüler-Check	50,00 €		
3210GJC0	J2 BARMER GEK Jugend-Check	50,00 €		
32000002	Präventivkonzert	5,00 €		
32000003	Rotavirusimpfung	12,00 €		

Erklärung:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73 b SGB V informiert.

Ich erkläre, dass ich die hier abgerechneten ärztlichen Leistungen unter Einhaltung aller Regelungen des oben genannten Vertrages – auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind – erbracht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Leistungserbringer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Wohnort-Nr.	Kab-Nr.	Wohnort

Anlage 5 – Präventionsrezept

BARMER GEK Kinder- und Jugend-Programm - Vertrag über die hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung zwischen dem BVKJ, der KVSH und der BARMER GEK

Antrag auf Förderung einer individuellen primärpräventiven Maßnahme durch die Krankenkasse

Antrag des Versicherten

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Teilnahme an einer individuellen primärpräventiven Maßnahme.

Hinweis:

Primärpräventive Maßnahmen werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe gefördert und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum in Anspruch genommen werden.

Einverständniserklärung zum Datenschutz gemäß § 76 Abs. 2 Ziffer 1 SGB X

Hinweis:

Sie haben das Recht, der Übermittlung Ihrer in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an den Leistungserbringer, sowie Übergeleitet in durch Ihre Krankenkasse zu widersprechen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine auf dieser Verordnung enthaltenen personenbezogenen und medizinischen Daten an den Leistungserbringer zur Kenntnis des/der Maßnahmenleiter/-in, sowie mit der Abrechnung der Vergütungen auch an die Krankenkasse gelangen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Empfehlung von individuellen primärpräventiven Maßnahmen

Bestehender primärer Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf:

- Bewegungsmangel Mangel, Fehlernährung Übergewicht
 Stresssymptome Metabolische Probleme

Empfohlene primärpräventive Maßnahmen (Mehrfachauswahl möglich):

- Allgemeines Gesundheitsprogramm zur Reduzierung des Bewegungsmangels
 Spezielles Gesundheitsprogramm zur Vorbeugung spezifischer gesundheitlicher Risiken
 Ernährungsprogramm zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 Ernährungsprogramm zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 Präventionsprogramm zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken
 Entspannungsprogramme (z.B. Autogenes Training, PMR usw.)
 Sonstige _____

- Begründung zur empfohlenen sonstigen primären Präventionsmaßnahme _____
 Die Unterstützung des/der Erziehungsberechtigten bei der Durchführung ist notwendig.

Hiermit bestätige ich das Vorliegen der Voraussetzungen zur Ausstellung eines Rezeptes für die primäre Prävention gemäß § 5 des Vertrages über eine hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung. Diese Empfehlung berechtigt den o.g. Versicherten zur Teilnahme an Interventionsmaßnahmen, die den Handlungsfeldern und Präventionsprinzipien des § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprechen.

Diese Bescheinigung ist nach erfolgter Verordnung durch den Teilnehmer und/oder seine Erziehungsberechtigten bei der Krankenkasse zur Bestätigung und Vermittlung eines Kursangebotes vorzulegen.

Vertragstempel (Abender)	Stempel der Krankenkasse	Stempel Leistungserbringer
--------------------------	--------------------------	----------------------------

Gmünder ErsatzKasse GEK
73521 Schwäbisch Gmünd
info@gek.de · www.gек.de



Stand 01/08



Blutdruck-Richtwerte für Kinder

Generell wird bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer Hypertonie gestellt, wenn eine permanente Erhöhung der Blutdruckwerte über der 95er Perzentile (bezogen auf die Körpergröße) vorliegt.

Die Obergrenze für die **Gelegenheitsblutdruckmessung** bei europäischen Kindern und Jugendlichen nach de Man et al. (1991) wird hier in Tabellenform dargestellt. Valide Perzentilenkurven liegen leider nicht vor.

95. Perzentile der Gelegenheitsblutdruckmessung

cm	Jungen systolisch	Jungen diastolisch	Mädchen systolisch	Mädchen diastolisch
135	125	74	124	75
140	125	75	125	75
145	126	76	127	76
150	129	78	131	76
155	132	77	134	76
160	136	78	136	78
165	142	81	136	80
170	146	81	136	80
175	148	82	141	82
180	152	84	150	88



Verantwortlich für dieses Checkheft ist der Ausschuss für Prävention und Frühtherapie des BVKJ (Dres. U. Lindlbauer-Eisenach, München, Dr. H. J. Kahl, Düsseldorf, Dr. M. Terhardt, Ratingen) Stand dieses Heftes 1/2006,
Copyright: BVKJ, Mielenforster Str. 2, 51096 Köln



Gmünder ErsatzKasse GEK
73521 Schwäbisch Gmünd
info@gek.de · www.gек.de



Gesundheits-Checkheft für Jugendliche

für

Mit uns geht's Ihnen gut.

Clever für Kids

Teilnehmende Krankenkassen:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Essanelle
- BKK Merck
- BKK Voralb
- Salus BKK
- Securvita Krankenkasse
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK Kassana
- Die Bergische Krankenkasse

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

zum Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V zwischen der BVKJ-Service GmbH und der GWQ ServicePlus AG.

Bitte füllen Sie **alle** Felder gut leserlich aus!

Titel		Vorname		Name	
Straße, Hausnr.				PLZ, Ort	
Telefon				Fax	
Email					
LANR			BSNR der Hauptbetriebsstätte **)		
Konto-Nr.			BLZ		
Name des Kreditinstituts					

**) bei Tätigkeit an mehreren Betriebsstätten bitte Anschriften und BSNR gesondert mitteilen!!!

1. Ich erkläre verbindlich gegenüber der BVKJ-Service GmbH meine Teilnahme an o. g. Vertrag. Inhalte und Ziele des Vertrages sind mir bekannt. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind. Ich erfülle die im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen und werde die BVKJ-Service GmbH unverzüglich informieren, wenn ich diese Voraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der o. a. Daten ergeben.

- Ich bin zugelassene/r Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- Ich bin zugelassene/r Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung (bitte Nachweis beifügen)
- Ich bin Mitglied des BVKJ e. V.

2. Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist
- ich bei fortgesetzter Nichteinhaltung der Vertragspflichten nach einer schriftlichen Abmahnung von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werde
- die BVKJ-Service GmbH berechtigt ist, von den vertraglich vereinbarten Vergütungen die Verwaltungskostenpauschalen in Abzug zu bringen
- die BVKJ-Service GmbH berechtigt ist, zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben ein oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen
- meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen den Kassen und dem/den beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung gestellt werden und von diesen zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

3. Ich erkläre hiermit meine Zustimmung zu Vertragsanpassungen, die die Vertragspartner im Rahmen der Weiterentwicklung des Vertrages vornehmen. Sofern ich mit den Vertragsanpassungen nicht einverstanden bin, bin ich berechtigt, meine Teilnahme mit Wirkung des Zeitpunktes des Inkrafttretens der jeweiligen Vertragsanpassung zu kündigen.

4. Ich verpflichte mich

- zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenbearbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

5. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner praxisbezogenen Daten und deren Weitergabe an die teilnehmenden Krankenkassen einverstanden.

Vertragsarztstempel

Datum, Unterschrift des Vertragsarztes

per Fax an: 0221 – 6890929
 BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
 eMail: bvkj-servicegmbh@uminfo.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr. Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 4

Teilnahmeerklärung des Versicherten

zum Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V zwischen der BVKJ-Service GmbH und der GWQ ServicePlus AG

Bitte im Original senden an:

GWQ ServicePlus AG
„Clever für Kids“
Tersteegenstr. 28
40474 Düsseldorf

- Ersteinschreibung
- Arztwechsel

Ja, mein Kind nimmt / ich nehme am Vertrag zur besonderen ärztlichen Versorgung teil.

Der mit unterzeichnende Vertragsarzt wird von mir als Koordinierungsarzt gewählt. Ich erkläre, dass ich alle im Vertrag genannten Präventionsangebote/Untersuchungen durch meinen an diesem Vertrag teilnehmenden Koordinierungsarzt durchführen lasse und alle ambulanten fachärztlichen Leistungen nur auf Überweisung meines Koordinierungsarztes in Anspruch nehmen werde. Ausgenommen hiervon sind medizinische Notfälle sowie Augenärzte, Frauenärzte und Psychotherapeuten. Über die Inhalte der Leistungen dieses Vertrages bin ich umfassend informiert.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und dass ich nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende die Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann.

Ich bin mit der Erfassung und Weitergabe meiner patientenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken und zur Qualitätssicherung einverstanden.

Das **Patienteninformationsblatt** über die besondere ambulante ärztliche Versorgung habe ich erhalten und gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Unterschrift des Versicherten/
des gesetzlichen Vertreters

Vertragsarztstempel

Verpflichtungen der teilnehmenden Vertragsärzte

- Zugelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, die vorgesehenen Aufgaben im Bereich der Prävention, der Impfung und der kontinuierlichen Betreuung und Koordination der Behandlung der Versicherten durchzuführen und steuernd einzuleiten mit dem Ziel Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
- Wirtschaftliche Verordnung von Medikamenten
- Teilnahme an Qualitätszirkeln
- Einsatz evidenzbasierter Leitlinien
- Durchführung eines internen Qualitätsmanagementprogrammes
- Einrichtung einer persönlichen Praxishomepage bei www.bvkJ.de
- Nutzung der internen Ärztekommunikation mit Pädinform www.uminfo.de

Verpflichtung der Versicherten

- Die Eltern (resp. Jugendliche nach Vollendung des 14. Lebensjahres) wählen einen am Versorgungsmodell Clever für Kids teilnehmenden Arzt als Ihren koordinierenden „Hausarzt“ aus und bestätigen dies durch schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber ihrem Arzt.
- Alle ambulanten fachärztlichen Leistungen nimmt der Versicherte nur auf Überweisung seines Koordinierungsarztes in Anspruch, ausgenommen hiervon sind Leistungen bei medizinischen Notfällen sowie Augenärzte, Frauenärzte, Psychotherapeuten.
- Teilnehmende Versicherte können frühestens nach einem Jahr den Vertragsarzt wechseln, es sei denn, es besteht ein wichtiger Grund. Der Widerruf der Teilnahme ist vom Versicherten resp. den Eltern schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende abzugeben. Die Krankenkasse informiert den gewählten Vertragsarzt zeitnah über die Beendigung der Versichertenteilnahme.

Clever für Kids: Kostenübernahme von

- **U7a Add on**
- **U10,U11,J2**
- **RV-Impfung**
- **Einschreibepauschale 7,50€**
- **Steuerungspauschale 5€**
- **Baby-Check 1 : 25€**
- **Baby-Check2: 25€**
- **Kleinkinder-Sprach-Check: 25 €**

Baby Check 1 - bei U4

Einmalige Beratung (mind. 15 Minuten) im Rahmen des „Baby-Check I“ bei Kindern im Alter bis einschließlich des fünften Lebensmonats zur:

- **Prophylaxe des plötzlichen Kindstodes (Verwendung des Merkblattes zur SIDS-Prophylaxe der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin wird dabei empfohlen**
http://www.dgkj.de/uploads/media/sicherer_schlaf_fuer_mein-baby_pdf
- **Ernährung, Allergieprävention, Vermeidung von Übergewicht (Verwendung des Merkblattes des Netzwerks Junge Familie wird empfohlen**
<http://www.gesundinsleben.de>
- **Unfallverhütung (Verwendung der Merkblätter Kinderunfälle des G-BA wird empfohlen, besonders Merkblätter A, U2/3, U4/5,**
<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pdf/kinderunfaelle.pdf>

Baby Check 1



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

MERKBLATT KINDERUNFÄLLE

U4
+
U5

Liebe Eltern, mit Kindern kommt Leben ins Haus, und Ihr Alltag wird sich ändern. Sie werden viel Freude und manchmal Sorgen haben. Zur kindgerechten Entwicklung gehören der natürliche Bewegungsdrang und die Neugierde für die Umgebung.

Unfälle sind die größte Gefahr für Leben und Gesundheit Ihres Kindes.

Ihr Kinderarzt wird Sie in allen Phasen der Entwicklung Ihres Kindes begleiten. Die besondere gemeinsame Verantwortung liegt in der Vermeidung von Unfällen.

Vermeidung von Unfällen

Viele dieser Gefahren lassen sich durch einfache Maßnahmen entschärfen oder beseitigen.

Mit unseren Merkblättern zum Thema „Kinderunfälle“ möchten wir Ihnen helfen, Ihr Kind vor Unfällen zu bewahren.

Mit freundlicher Empfehlung

Ihre Kinderärzte und Krankenkassen

Seien Sie
der
Schutzengel
Ihres Kindes!

Übersicht durch



Elterninformationen der DGKJ

GESUNDE ERNÄHRUNG FÜR MEIN BABY

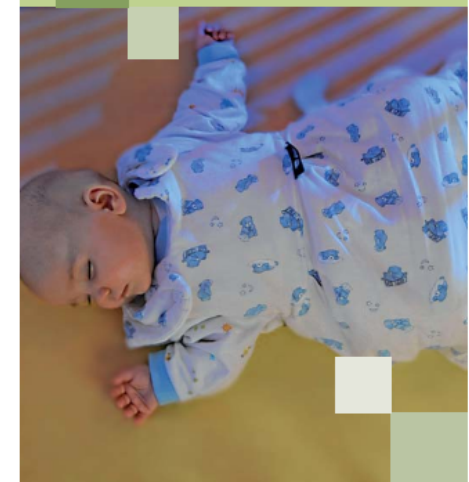
- » INFOS UND TIPPS ZUM STILLEN
- » WISSENSWERTES ZU
FLASCHENNÄHRUNGEN
- » VITAMINE FÜR DAS BABY
- » ERSTE BEIKOST UND GETRÄNKE



Elterninformationen der DGKJ

SICHERER SCHLAF FÜR MEIN BABY

- » WIE SCHÜTZE ICH MEIN KIND VOR DEM „PLÖTZLICHEN KINDSTOD“?
- » WEITERFÜHRENDE TIPPS FÜR EINEN SICHEREN SCHLAF



Baby Check 2 - bei U6

Einmalige Beratung (mind. 15 Minuten) im Rahmen des „Baby-Check II“ bei Kindern im Alter vom sechsten bis 13. Lebensmonat zu:

Schlafstörungen (Verwendung des Merkblattes zum Kinderschlaf der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin wird dabei empfohlen,

http://www.dgkj.de/uploads/media/mein_kind_schlaeft_nicht.pdf

Ernährung, Vermeidung von Übergewicht (Verwendung des Merkblattes zur gesunden Kinderernährung des Netzwerks Junge Familie wird dabei empfohlen,

<http://www.gesundinsleben.de>

Hautkrebsprävention

Verwendung der Merkblätter *Achtung-Sonne.pdf* und *Sonne ohne Schattenseite.pdf*,

<http://www.unserehaut.de>

Unfallverhütung (Verwendung der Merkblätter Kinderunfälle des G-BA wird empfohlen, besonders Merkblatt zur U6,

<http://www.kinderaerzteim-netz.de/bvkj/pdf/kinderunfaelle.pdf>

Baby-Check 2

MERKBLATT KINDERUNFÄLLE

U6

Liebe Eltern, mit Kindern kommt Leben ins Haus, und Ihr Alltag wird sich ändern. Sie werden viel Freude und manchmal Sorgen haben. Zur kindgerechten Entwicklung gehören der natürliche Bewegungsdrang und die Neugierde für die Umgebung.

Unfälle sind die größte Gefahr für Leben und Gesundheit Ihres Kindes.

Ihr Kinderarzt wird Sie in allen Phasen der Entwicklung Ihres Kindes begleiten. Die besondere gemeinsame Verantwortung liegt in der Vermeidung von Unfällen.

Vermeidung von Unfällen Viele dieser Gefahren lassen sich durch einfache Maßnahmen entschärfen oder beseitigen.

Mit unseren Merkblättern zum Thema „Kinderunfälle“ möchten wir Ihnen helfen, Ihr Kind vor Unfällen zu bewahren.

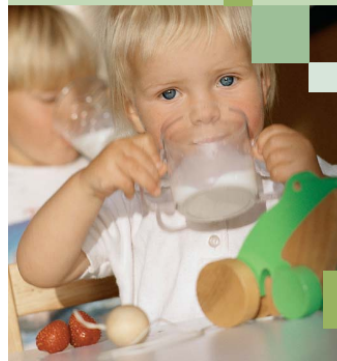
Mit freundlicher Empfehlung
Ihre Kinderärzte und Krankenkassen

Seien Sie
der
Schutzengel
Ihres Kindes!



Elterninformationen der DGKJ GESUNDES ESSEN FÜR MEIN KIND

- » REICHLICH, MÄSSIG, SPARSAM:
„DIE ERNÄHRUNGS-AMPEL“
- » WANN, WAS, WIE VIEL:
DIE MAHLZEITEN
- » TIPPS ZUR LEBENSMITTELAUSWAHL
- » ERNÄHRUNGSERZIEHUNG



Elterninformationen der DGKJ MEIN KIND SCHLÄFT NICHT!

- » WIE VIEL SCHLAF BRAUCHT EIN KIND?
- » WANN SOLLTE EIN BABY
DURCHSCHLAFEN?
- » RICHTIGE SCHLAFBEDINGUNGEN
- » UNGESTÖRTER BABYSCHLAF
- » WAS IST EINE SCHLAFSTÖRUNG?
- » TIPPS FÜR EINE GUTE NACHT



Sprachcheck – bei U7

Einmalige Auswertung und Beratung (mind. 15 Minuten) im Rahmen des „Sprach-Check“ bei Kindern im Alter vom 20. bis 27. Lebensmonat unter Verwendung des Fragebogens

- **ELFRA-2: <http://www.testzentrale.de>**
- **SBE-2-KT(Kurzversion: <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/SBE-2KT.php>)**
- **Der Fragebogen ist von den Eltern in der Praxis auszufüllen.**
- **Mit den Eltern wird der Fragebogen ausgewertet und mögliche Konsequenzen besprochen.**
Im Fall einer „late-talker“-Situation erfolgt eine Beratung zur häuslichen Sprachförderung.
In schweren Fällen muss auch eine professionelle Hilfe in Erwägung gezogen werden.

Weitere bundesweit geltende Verträge

	Bahn-BKK	BIG	BKK Mobil Oil	Dt. BKK+KKH	BKK Vor Ort	HKK	TKK+Knappschaft	Siemens BKK
Übernimmt	<i>U10,U11,J2</i>	<i>U10, U11, RV-Impfung</i>	<i>U10,U11,J2</i>	<i>U10, U11 RV-Impfung</i>	<i>U10,U11,J2</i>	<i>U10,U11,J2 RV-Impfung</i>	<i>U10,U11,J2</i>	<i>U10,U11,J2</i>
Abrechnung	<i>CGM</i>	<i>CGM</i>	<i>CGM</i>	<i>CGM</i>	<i>CGM</i>	<i>CGM</i>	<i>KV: U10: 81102 U11: 81120 J2: 81121</i>	<i>CGM</i>
Teilnahme- erklärung der Eltern	<i>Aufklärung und Einverständniserklärung 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>	<i>Aufklärung und Einverständniserklärung 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>	<i>nein</i>	<i>Unterschrift auf Doku Bogen, 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>	<i>Aufklärung und Einverständniserklärung 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>	<i>Aufklärung und Einverständniserklärung 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>	<i>nein</i>	<i>Aufklärung und Einverständniserklärung 1 Kopie für Eltern, 1 für Praxis</i>
Teilnahme- erklärung des Arztes	<i>nein</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>nein</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>

Landesweite Verträge

	AOK Rheinland/ Hamburg BKK s. Liste LKK	LKK NRW	Pronova BKK	Novitas BKK
--	--	---------	-------------	-------------



übernehmen	U10 U11	U10 U11	U10 U11	U10 U11
Abrechnung	KV Ziffer U10 : 91710, 91711 U11: 91712, 91713	KV Ziffer U10 : 91710, 91711 U11: 91712, 91713	KV Ziffer U10 : 91710, 91711 U11: 91712, 91713 J2: 91715	KV Ziffer U10 : 91710, 91711 U11: 91712, 91713 J2: 91715
Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes an	KV	KV	KV	KV
Voraussetzung	KJA 25Pk/a Fach Päd. 4QZ/a 30 Vorsorgen/Q	KJA 25Pk/a Fach Pädiatrie + Hausärzte , die 30 Früherkennungsuntersuchungen pro Q durchgeführt haben	KJA + Hausärzte die jährlich 6 pädiatrische Fortbildungspunkte nachweisen	KJA + Hausärzte die jährlich 6 pädiatrische Fortbildungspunkte nachweisen

IKK Classic

ist aus den Verträgen ausgetreten

Übernahme der Vorsorgen per Kostenerstattung

Liste der Betriebskrankenkassen, die am
erweiterten Prävention sangebot für Kinder teilnehmen
- Gesundheits-Check U10 und U11 -
NORDRHEIN

Stand: 01.04.2013
Änderungen sind in Fett

BKK	VKNR
1 actimonda Krankenkasse - vormals BKK ALP plus -	21405
2 atlas BKK ahlmann	03407
3 Audi Betriebskrankenkasse	64414
4 Bertelsmann BKK	19557
5 BKK 24	09416
6 BKK A.T.U.	68415
7 BKK Achenbach Buschhütten	18403
8 BKK B. Braun Melsungen AG	42401
9 BKK BJB GmbH & Co. KG	18415
10 BKK BPW Bergische Achsen KG	27409
11 BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408
12 BKK der Grillo Werke AG	25401
13 BKK der SIEMAG	18515
14 BKK Deutsche Bank AG	24413
15 BKK Diakonie	19402
16 BKK Die Bergische Krankenkasse Kündigung zum 31.03.2013	37436
17 BKK Dürkopp Adler	19409
18 BKK Ernst & Young	42402
19 BKK EUREGIO	21407
20 BKK exklusiv	09402
21 BKK firmus	03412
22 BKK Freudenberg	53408
23 BKK Gildemeister/Seidensticker	19410
24 BKK Heimbach	21412
25 BKK Herford Minden Ravensberg	19479
26 BKK IHV	45402
27 BKK Linde	45411
28 BKK Melitta Plus	19540
29 BKK Miele	19473
30 BKK Pfalz	49411
31 BKK Phoenix	02419
32 BKK PricewaterhouseCoopers	42405
33 BKK R+V	45405
34 BKK Rieker Ricosta Weisser	58440
35 BKK RWE	09409
36 BKK Technoform	08425

Liste der Betriebskrankenkassen, die am
erweiterten Prävention sangebot für Kinder teilnehmen
- Gesundheits-Check U10 und U11 -
NORDRHEIN

Stand: 01.04.2013
Änderungen sind in Fett

BKK	VKNR
37 BKK VBU	72421
38 BKK VDN	18544
39 BKK VerbundPlus	62461
40 BKK VICTORIA und D.A.S.	24430
41 BKK vor ORT	18405
42 BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
43 BKK Würth	61487
44 BKK ZF & Partner	47434
45 Continentale Betriebskrankenkasse	02422
46 Daimler BKK	61491
47 Debeka BKK	47410
48 E.ON Betriebskrankenkasse	31418
49 energie-BKK	09450
50 ESSO BKK	02413
51 HEIMAT KRANKENKASSE	19418
52 HypoVereinsbank BKK	63405
53 mhplus BKK	61421
54 NOVITAS BKK - Die Präventionskasse-neue VKNR	02407
55 pronova BKK	49402
56 SAINT-GOBAIN BKK Fusion zum 01.01.2013 mit DAK Gesundheit	21408
57 Securita BKK	02406
58 Shell BKK/Life	02409
59 Südzucker-BKK	52405
60 Vaillant BKK	37431
61 WMF BKK	61477

Verträge in NRW

- Information über Vertrag, Teilnahmeerklärung, Liste der teilnehmenden Ärzte, Liste der teilnehmenden BKKs
- http://www.kvno.de/mitglieder/vertraeg/praevangebote_kinder.html

Übersicht der Symbolnummern und Vergütungen der Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche U10, U11 und J 2 (Stand: April 2013)

Leistung	AOK Rheinland/ Hamburg		BKK *		SVLFG als Landwirt- schaftliche Krankenkasse		BKK Die Bergische		BKK pronova		BKK Novitas		Techniker		Knappschaft	
	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar	SNR	Honorar
U10 Grundschulscheck (7 bis 8 Jahre)	91710	35,00 €	91710	35,00 €	91710	35,00 €	Kündigung zum 31.03.2013		91710	35,00 €	91710	35,00 €	81102	53,00 €	81102	50,00 €
Dokumentation/ Auswertung Fragebogen U10	91711	15,00 €	91711	15,00 €	91711	15,00 €	Kündigung zum 31.03.2013		91711	15,00 €	91711	15,00 €				
U11 Untersuchung (9 bis 10 Jahre)	91712	35,00 €	91712	35,00 €	91712	35,00 €	Kündigung zum 31.03.2013		91712	35,00 €	91712	35,00 €	81120	53,00 €	81120	50,00 €
Dokumentation/ Auswertung Fragebogen U11	91713	15,00 €	91713	15,00 €	91713	15,00 €	Kündigung zum 31.03.2013		91713	15,00 €	91713	15,00 €				
Jugendlichen Untersuchung J 2 (16 bis 17 Jahre)	nicht vereinbart		nicht vereinbart		nicht vereinbart		91715	50,00 €	91715	50,00 €	91715	50,00 €	81121	53,00 €	81121	50,00 €



Übersicht der zusätzlich vereinbarten Satzungsimpfungen mit verschiedenen Krankenkassen und Abrechnungshinweisen (Stand: April 2013)

"Die Impfstoffe sind je nach Vereinbarung auf Muster 16 auf den Namen des Patienten zu verordnen. Sie können nicht dem Sprechstundenbedarf entnommen werden."
Änderungen gegenüber der Vorversion sind markiert

Impfung/ Kasse	Barmer GEK	Techniker NRW	Novitas BKK	BKK Victoria	BKK Demag Krauss Maffei	BIG direkt gesund	pronova BKK	BKK 24	BKK Vor Ort	Deutsche BKK	Knappschaft	
Zuzahlung Impfstoffe	nein	ja	nein	nur Gelbfieber ohne Zuzahlg.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	
SNR												
Rotavirus	89701*	x	—	x	—	—	x	—	—	—	x	x
Hepatitis A	89703	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Hepatitis B	89704	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Hepatitis A und B	89705	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
FSME	89706	7,00 €	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Meningokokken	89708	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Tollwut	89709	—	x	—	x	x	x	—	x	x	x	x
Typhus	89710	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Typhus und Hepatitis A	89711	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Cholera	89712	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Gelbfieber	89713	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x	x
Malaria prophylaxe (Tabletten) Feld 8 (Muster 16) ankreuzen, kein Bezug über Sprechstundenbedarf	89714	—	x	—	—	x	—	—	x	—	—	x
HPV für weibliche Versicherte von 18-26 Jahren/1. Impfung	89715	—	89715A	—	x	x	89715D**	x	—	89715A	89715D	—
HPV für weibliche Versicherte von 18-26 Jahren/2. Impfung	89715	—	89715A	—	x	x	89715D**	x	—	89715A	89715D	—
HPV für weibliche Versicherte von 18-26 Jahren/3. Impfung	89715	—	89715C	—	x	x	89715E**	x	—	89715C	89715E	—
Honorar in Euro												
Vergütung HPV 1. Impfung	—	6,00	—	11,50	11,50	7,00	11,50	—	6,00	7,00	—	
Vergütung HPV 2. Impfung	—	6,00	—	11,50	11,50	7,00	11,50	—	6,00	7,00	—	
Vergütung HPV 3. Impfung	—	21,00	—	11,50	11,50	15,00	11,50	—	21,00	15,00	—	
Vergütung Rotavirus	—	gesamte Impfserie 12,00	—	7,00	—	—	7,00	—	—	—	7,00	7,00
Vergütung 1. Impfung	—	12,00	15,00	15,00	12,00	15,00	—	15,00	12,00	12,00	12,00	
Vergütung jede weitere Impfung bei dem gleichen Arzt/Patientenkontakt	—	6,00	15,00	15,00	12,00	7,00	—	15,00	6,00	6,00	6,00	
Vergütung Malaria prophylaxe (Tabletten)	—	12,00	—	—	12,00	—	—	—	6,00	—	6,00	
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	—	12,00	15,00	15,00	12,00	22,00	—	21,00	12,00	12,00	12,00	
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	—	12,00	15,00	15,00	12,00	22,00	—	21,00	12,00	12,00	12,00	

* Impfungen gegen Rotavirus für Kinder, in Abhängigkeit von der Zulassung der Impfstoffe

** Impfungen gegen humane Papillomaviren für weibliche Versicherte, außerhalb der Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in Abhängigkeit von der Zulassung der Impfstoffe

Verträge nach § 140a zur integrierten Versorgung in NRW

Vertrag **Asthma bronchiale** Kinder < 5 Jahre

Vertrag **Adipositas** Rheinland

Neurodermitisvertrag mit der AOK

ADHS-Vertrag mit der AOK

Vertrag zur **Palliativversorgung**

Mucoviszidosevertrag

Voraussetzung Patienten

1. bis 5. Lebensjahr

Diagnosen nach ICD J44.X, J45.X, J46.X+

Vorliegen folgender zusätzlicher Kriterien für Kinder mit rezidivierender obstruktiver Bronchitis:

- *Mindestens zwei vorangegangene schwere bronchiale Obstruktionen in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen*
- *Notwendigkeit einer Behandlung mit Inhalierhilfen*

Vorliegen folgender zusätzlicher Kriterien für Kinder mit eindeutigen asthmaspezifischen Symptomen:

- *Drei oder mehr asthmaspezifische Episoden im letzten Jahr*
- *Ansprechen auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten*
- *Mindestens eines der folgenden Kriterien:*
 - Atopisches Ekzem bei einem Elternteil*
 - Atopisches Ekzem beim Kind*
 - nachgewiesene Sensibilisierung*
 - Giemen außerhalb viraler Infekte*
 - rezidivierende schwere untere Atemwegsinfekte (Bronchitiden)*
 - mindestens eine schwere tiefe Lungeninfektion (Pneumonie)*

Ablauf Diagnosesicherung

- *Identifikation der Kinder*
- *Aufklärung der Familienangehörigen*
- ***Erstellung eines schriftlichen Therapieplanes***
- ***Erstellung eines Notfallplanes***
- ***quartalsweise Kontrolluntersuchung und ggf. Anpassung des schriftlichen Therapieplanes***
- ***Instruktion der Patienten bzw. der Eltern***
- ***Sicherstellung der STIKO-Impfungen***
- ***Ggf. Veranlassung stationärer Maßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Überleitung an einen Vertragsarzt der zweiten Ebene***

Die eingeschriebenen Patienten haben Anspruch auf eine Schulung

Arzt/ Bezeichnung der Leistungen	Höhe der Vergütung	Abrechnungsziffer
Vertragsärzte der ersten Versorgungsebene		
Identifikationspauschale	25,00 EUR 1 x pro Patient	93260
Zuschlag zur quartalsweisen Kontrolluntersuchung	10,00 EUR 1 x pro Quartal pro Patient	93261
Instruktion	10,00 EUR pro Unterrichtseinheit (max. 2 x jährlich)	93262
Zuschlag zur Instruktion (besonderer Aufwand bei Kindern)	12,50 EUR pro Unterrichtseinheit (max. 2 x jährlich)	93263
Vertragsärzte der zweiten Versorgungsebene		
Erstuntersuchung (Nicht erneut vor Ablauf von mindestens vier Quartalen erbringbar und abrechenbar.)	15,00 EUR pro Patient	93264
Patientenschulung	22,50 EUR pro Unterrichtseinheit	93265
Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen	9,00 EUR	93266
Teamgespräche	75,00 EUR, max. 2 Teamgespräche pro Patient und Jahr (evtl. entstehende Aufwendungen für die Hinzuziehung anderer Experten sind damit abgegolten)	93267
Bericht an den Arzt der ersten Versorgungsebene	15,00 EUR, nach Erstvorstellung und bei Rücküberweisung (max. 2 x pro Versicherten pro Jahr abrechenbar)	93268

Ablauf IGV Adipositasvertrag NRW

Voraussetzung	Maßnahme
Patient 8-16 Jahre versichert bei : AOK Rheinland/ Hamburg, IKK Nordrhein, Knappschaft, LKK + BMI \geq 99.5 Perzentile oder BMI \geq 97.Perzentile + Risikofaktoren	Einschreibung und Koordination 35 Euro 35 Euro → 1 jährige Schulung von Patienten/ Eltern
	Nachuntersuchung nach 3,6,9,12
	Dokumentation nach 6 und 12 Monaten nach Beendigung der Patientenschulung 15 Euro

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Eingangsdokumentation „Adipöse Kinder im Rheinland“

Netznummer: 07

Datum der Erfassung: _____
 Ort der Erfassung (IK Adipositaszentrum) _____
 Geschlecht: männlich weiblich

Kommen andere Erkrankungen gehäuft in der Familie vor?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Erkrankung? Kardiovaskulär, z. B. Herzinfarkt
 Neurologisch, z. B. Apoplex
 Krebserkrankung
 Sonstige _____

Schulische Anamnese*

Klasse (1-13): _____
 Schule:
 Grundschule
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium
 Sonstige, z. B. Gesamtschule _____

Familiensituation*

Kind lebt bei den Eltern
 Kind lebt bei der Mutter
 Kind lebt bei dem Vater
 Kind lebt bei sonstige _____
 Geschwister: Ja Nein Wie viele? _____

Eigen-/Familienanamnese*

Seit wann besteht das Übergewicht beim Kind? Seit _____ Jahren.

Besondere familiäre Belastungen?

Besteht in der Familie Übergewicht?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Besteht in der Familie oder beim Kind eine Fettstoffwechselstörung?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Besteht in der Familie oder beim Kind ein Diabetes mellitus Typ 2?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Besteht in der Familie oder beim Kind eine arterielle Hypertonie?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Besteht in der Familie eine Hyperuricaemie?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

Besteht Nikotinabusus?
 Wer ist betroffen? Kind Eltern Mutter Vater Großeltern Ja Nein
 Geschwister Sonstige _____
 Großvater Großmutter

* Pflichtangabe

Körperliche Untersuchung*

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____
 BMI (kg/m²): _____ BMI-Perzentile: _____
 BMI-SDS: _____
 Hautfettfalten (Tr, Bi, Sub, Pa): _____
 Bauchumfang (cm): _____ Blutdruck (sys/dist): _____

Belastungstest

Maximale Leistungsfähigkeit (Watt): _____ Relative Leistungsfähigkeit (Watt/kg Körpergewicht): _____
 Belastungstest nicht durchführbar
 Grund: _____

Bewegung/Freizeitverhalten*

Ist das Kind im Sportverein oder treibt regelmäßig Sport? Ja Nein

Wenn ja:
 Welche Sportart? _____
 Wie oft pro Woche? 1x/Woche 2-3x/Woche >=4x/Woche
 Wie viele Stunden TV/Tag? <1h/Tag 1-3h/Tag 4-5h/Tag >=5h/Tag
 Wie viele Stunden Computer/Tag? <1h/Tag 1-3h/Tag 4-5h/Tag >=5h/Tag

* Pflichtangabe

„Adipöse Kinder im Rheinland“

Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherer-Nr.	Status
Berufszustand-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum der Erfassung: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Ort der Erfassung (IK Adipositaszentrum) _____
 Verlaufsdocumentation:

- Abschlussdocumentation Adipositaszentrum
- Erfolgskontrolle Adipositaszentrum
- Dokumentation Kinder- und Jugendarzt (1. Quartal nach Schulungsende)
- Dokumentation Kinder- und Jugendarzt (4. Quartal nach Schulungsende)

Geschlecht: männlich weiblich

Körperliche Untersuchung*

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____
 BMI (kg/m²): _____ BMI-Perzentile: _____ BMI-SDS: _____
 BMI-SDS Differenz** zur Eingangsdokumentation am _____ : _____
 BMI-SDS Differenz** zur Abschlussdocumentation am _____ : _____
 Hautfettfalten (Tr, Bi, Sub, Pa): _____
 Bauchumfang (cm): _____ Blutdruck (sys/dist.): _____

Bewegung/Freizeitverhalten*

Ist das Kind im Sportverein oder treibt regelmäßig Sport? Ja Nein
 Wenn ja:
 Welche Sportart? _____
 Wie oft pro Woche? 1x/Woche 2-3x/Woche >=4x/Woche
 Wie viele Stunden TV/Tag? <1h/Tag 1-3h/Tag 4-5h/Tag >=5h/Tag
 Wie viele Stunden Computer/Tag? <1h/Tag 1-3h/Tag 4-5h/Tag >=5h/Tag

Sonstiges?

Belastungstest**

Maximale Leistungsfähigkeit (Watt): _____ Relative Leistungsfähigkeit (Watt/kg Körpergewicht): _____
 Änderung in % zur Eingangsdokumentation am _____ : _____ %
 Änderung in % zur Abschlussdocumentation am _____ : _____ %
 Belastungstest nicht durchführbar
 Grund: _____

* Pflichtangabe
 **Nur vom Adipositaszentrum einzutragen

IGV „Adipöse Kinder im Rheinland“

Praxisleitfaden, Stand März 2012

Adipositas - Patientenschulung

Bei der Adipositas-Patientenschulung handelt es sich um ein einjähriges ambulantes Programm, mit 2 Terminen pro Woche. Bitte verweisen Sie die in das Projekt eingeschriebenen Kinder direkt an die jeweils zuständigen Ansprechpartner der Adipositaszentren..

Auch bei Ihren Fragen zur Schulung, Zuweisung zum Zentrum u.Ä. können Sie sich vertrauensvoll an die Ansprechpartner im Adipositaszentrum wenden.

Ansprechpartner in den Adipositaszentren

Adipositaszentrum	Ansprechpartner	
Adipositaszentrum Düren	Frau M. Grupe Tel.:02421 805-276	
Adipositaszentrum Köln (Deutsche Sporthochschule)	Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. C. Graf Tel.:0221-4982-5230 o.5290	
Adipositaszentrum Köln (Amsterdamer Strasse)	Dr. med. Hamm Tel.:0221 890715512	Frau U. Sehl Tel.:0221 890715522
Adipositaszentrum Solingen	Dr. med. Soditt Tel.: 0212 547 2611	Frau Nebermann Tel.: 0212 5470
Adipositaszentrum Duisburg/Oberhausen	Dr. med. A. Chen-Stute Tel.:0208 2053-182 o. 0203 6008-1375	
Adipositaszentrum Mönchengladbach	Dr.med. S. Keiser Tel.: 02166 3942618	
Adipositaszentrum Neuss	Frau B. Mönchmeier Tel.: 02131 888 3501	Herr N. Verfürth Tel.: 02131 888 7227
Adipositaszentrum Kinderklinik Köln- Porz/Niederkassel	Dr. med. A. Wiater Tel.: 02203 5661354	Dr. med. U. Sprenger Tel.: 02208 922880
Adipositaszentrum Asklepios Klinik Sankt Augustin	Dr. phil. K. Kuhnke Tel.: 02241 249-339	
Adipositaszentrum Euskirchen „Schwer in Form“	Dr. med. H. Waldecker-Krebs Tel.:02251 2602	Frau M. Bünger Tel.: 02251 65246
Adipositaszentrum Bonn „Durch Dick und Dünn“	PD Dr. med. Joachim Wöfle Tel.: 0228 2873-3366	Dr. med. Heike Vollbach Tel.: 0228 2873-3259

IGV „ Adipöse Kinder im Rheinland“

Praxisleitfaden, Stand März 2012

Vergütung

Zunächst weisen wir noch einmal darauf hin, dass die Honorare extrabudgetär von den Krankenkassen gezahlt werden. Gleichwohl werden die anfallenden Honorare jedoch aus Vereinfachungsgründen für Sie über die KV Nordrhein abgerechnet und an Sie gezahlt.

In Ihrer Quartalsabrechnung verwenden Sie hierfür bitte folgende „Pseudo“-Gebührenziffern:

Bezeichnung der Leistung	Vergütung	Pseudoziffer
Einschreibung und Koordination	35,00 €	93100
Nachuntersuchung 3 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	35,00 €	93101
Nachuntersuchung 6 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	35,00 €	93102
Dokumentation 3 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	15,00 €	93103
Nachuntersuchung 9 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	35,00 €	93104
Nachuntersuchung 12 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	35,00 €	93105
Dokumentation 12 Monate nach Beendigung der Patientenschulung	15,00 €	93106

Weitere Informationen zur Vergütung können Sie dem IGV-Vertrag Adipöse Kinder im Rheinland, Anlage 4a, entnehmen.

Ablauf ADHS – Vertrag / AOK/ NRW

Voraussetzung Patienten	Ablauf Diagnosesicherung
<ul style="list-style-type: none">• <i>sind im Alter von 6 -17 Jahren (im Ausnahmefall bis zum 21.Geburstag)</i>•• <i>Patienten, die schon vorab mit AD(H)S diagnostiziert wurden</i>•• <i>oder Patienten, bei denen der Verdacht auf AD(H)S besteht</i>•• <i>sind bei der AOK versichert</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Erfassungsinstrument Screeningbogen ADHS</i>•• <i>Zur Diagnosesicherung:</i>• <i>Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer Untersuchung, Beurteilung des Hör- und Sehvermögens;</i>• <i>Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes,</i>• <i>Explorationsbogen ADHS</i>• <i>Obligat: FBB-AD(H)S/HKS</i>• <i>Dokumentation auf Diagnosebogen</i>

Vergütung ADHS-Vertrag

▪ Vergütung

Leistungsinhalt	Symbolnummer	Vergütung
Diagnostik- und Explorationsmodul	91900	100,00 € einmalig je Patient
Steuerungs- und Koordinierungsmodul	91901	50,00 € je Quartal und
Schulungsmodul (4x4 Stunden)	91902	105,00 € viermal je Patient
Schulungsmodul (8x2 Stunden)	91903	52,50 € achtmal je Patient

Sämtliche Honorare werden zusätzlich zum Regelleistungsvolumen vergütet, die Kasse finanziert diese Gelder außerhalb der Gesamtvergütung

Ablauf Neurodermitisvertrag / AOK

Voraussetzung Patienten	Ablauf
<p>AOK –versicherte Patienten (0-18 Jahre) mit der Diagnose Neurodermitis + einem SCORAD>25 in zwei aufeinander- folgenden Quartalen</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Erstellung eines schriftlichen Therapieplanes in Kombination mit der Einschreibung, Anfertigen einer Kopie des Therapieplanes für den Patienten</i>• <i>Sicherstellung der quartalsmäßigen Überprüfung des Behandlungsverlaufes sowie gegebenenfalls Anpassungen des Therapieplanes</i>• <i>Instruktion der Patienten bzw. der Eltern, sofern der Arzt über ein AGNES-Trainerzertifikat verfügt</i>• <i>Überweisung des Patienten an einen Arzt der Ebene 2 zur Durchführung der Schulungen und der Instruktionen, sofern kein AGNES-Trainerzertifikat vorliegt</i>• <i>Patientenschulung muss nicht zwangsläufig durchgeführt werden</i>

SCORAD Europäische Experten-Gruppe für Atopische Dermatitis

Patient: Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____ Besuchsdatum _____

Eingesetztes topisches Steroid _____ (g/l) _____

Wirkstoff (Handelsname, Konzentration) _____ Menge/Monat _____ Anzahl der Erytheme/Monat _____

Ziffern in Klammern für Kinder unter 2 Jahren

A: Ausmaß
Bitte geben Sie die Summe der betroffenen Hautareale an.

B: Intensität
Bemessungswerte
Angaben zur Intensität (üblicherweise typische Stellen) 0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Kriterium	Intensität	Kriterium	Intensität
Erythem	<input type="checkbox"/>	Exkoriation	<input type="checkbox"/>
Ödem/Papelbildung	<input type="checkbox"/>	Lichenifikation	<input type="checkbox"/>
Nässen/Krustenbildung	<input type="checkbox"/>	Trockenheit	<input type="checkbox"/>

Die Hauttrockenheit wird an nicht betroffenen Stellen bewertet

C: Subjektive Symptome
Pruritus und Schlaflosigkeit **SCORAD A/5+7B/2+C**

Visuelle Analog-Skala (Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)

Pruritus (0-10) 0 |-----| 10

Schlaflosigkeit (0-10) 0 |-----| 10

Behandlung _____ Anmerkungen _____

Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Aust. Dermatology* 1993; 186: 23-31/Ed. S. Karger AG, Basel.

Erythem (E) oder Rötung	Grad 1 = E ₁		Grad 2 = E ₂		Grad 3 = E ₃	
Ödem/Papelbildung (P)	Grad 1 = P ₁		Grad 2 = P ₂		Grad 3 = P ₃	
Nässen/Krustenbildung (K)	Grad 1 = K ₁		Grad 2 = K ₂		Grad 3 = K ₃	
Exkoriationen (Ex)	Grad 1 = Ex ₁		Grad 2 = Ex ₂		Grad 3 = Ex ₃	
Lichenifikation (L)	Grad 2 = L ₁		Grad 2 = L ₂		Grad 3 = L ₃	

Scorad

Um eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der nach diesem Vertrag durchgeführten Behandlung zu ermöglichen, wird jeweils nach vier Behandlungsquartalen versichertenbezogen wie folgt dokumentiert:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebskassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Neurodermitisdokumentation
Integrierte Versorgung „Neurodermitis“

Region: _____
Netznummer: _____

SCORAD:

SCORAD bei Einschreibung:

(Bitte Wert eintragen)

Verbesserung des SCORAD:

- weniger als 5 Punkte
- mehr als 5 Punkte
- mehr als 10 Punkte
- mehr als 15 Punkte
- mehr als 20 Punkte

Verschlechterung des SCORAD:

- weniger als 5 Punkte
- mehr als 5 Punkte
- mehr als 10 Punkte
- mehr als 15 Punkte
- mehr als 20 Punkte

Gelöscht:

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

Ergebnisse im Sinne der Behandlungsziele:

- nicht deutlich gebessert
- deutlich gebessert
- Ziele stabil erreicht

Wurde ein Teamgespräch durchgeführt:

- ja
- nein

Nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit AGNES Trainerzertifikat und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten auszufüllen:

Ist eine Schulung erfolgt:

- ja
- nein

Wurde eine Instruktion erbracht:

- ja
- nein

Neurodermitis-Therapieplan

Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Praxisstempel:

Allgemeine Hinweise

- Kleidung:** Nicht zu warme, sondern möglichst leichte Kleidung, die nicht drückt. Baumwolle, Leinen oder luftdurchlässige Synthetikwäsche bevorzugen.
- Baden:** Nicht zu lange, nicht zu warm baden (maximal 34 °C). Als Seifenersatz pH-neutral Seifen oder Syndets verwenden. Nach dem Abtrocknen die Haut rückfetten.
- Raumtemp.:** Tagsüber nicht über 20 °C, nachts etwa 16-18 °C
- Waschmittel:** Möglichst „Sensitiv“-Produkte verwenden. Die Wäsche sollte möglichst weich sein, d.h. Weichspüler sind erlaubt. Andernfalls sollte ein Wäschetrockner verwendet werden.

Spezielle Auslöser vermeiden:

nein ja, und zwar:

Spezielle Hinweise zur Ernährung:

nein ja, und zwar:

Rückfettende Basistherapie regelmäßig mindestens x täglich:

nein ja, und zwar:

Zusätzliche Therapie mit Wirkstoffen:

nein ja, und zwar:

Antientzündliche Therapie bei Schüben:

(Datum)

(Unterschrift)

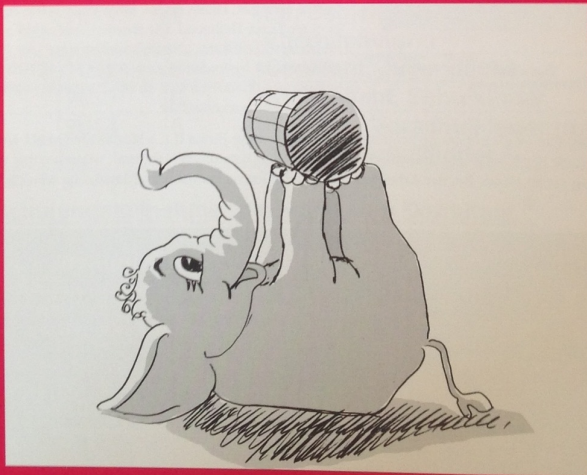


Neurodermitisschulung Dickhäuter

Killofant

Mini-Schulungsheft für Vorschul- und jüngere
Schulkinder (1.- 2. Klasse) mit Neurodermitis

von Bianca Pörings, Dagmar Wolff, Dr. Clemens Wanner



Neurodermitisschulung Dickhäuter

Knibbeifant

Midi-Schulungsheft für
Schulkinder (3.- 6. Klasse) mit Neurodermitis

von Bianca Pörings, Dagmar Wolff, Dr. Clemens Wanner



Vergütung Neurodermitisvertrag

Abrechnungsziffer	Inhalt	Honorar in EUR	Krankenkassen
93180	Einschreibung des Versicherten, Aufklärung und Beratung über die Vertragsinhalte, Erstellung des Therapieplanes Arzt der ersten Ebene, 1 x pro Patient abrechenbar	25,00	AOK Rheinland/ Hamburg
93181	Kontrolluntersuchung inklusive Anpassung des Therapieplanes ohne Dokumentation Arzt der ersten Ebene, max. 1 x pro Quartal abrechenbar,	20,00	
93182	Dokumentation nach Anlage 6 Arzt der Ebene 1, jeweils nach 4 Behandlungsquartalen pro Patient abrechenbar	5,00	
93183	Instruktion: Eine UE sind vollendete 20 Minuten. Pro Instruktion können maximal 2 UE abgerechnet werden Arzt der ersten Ebene, max. sind 3 Instruktionen pro Patient pro Jahr abrechenbar, wenn Arzt über ein AGNES Zertifikat verfügt	22,50	
93184	Telefonische Abstimmung des Therapieplanes zwischen den Ärzten der zwei Ebenen Arzt der ersten Ebene, nach Erstvorstellung beim Arzt der Ebene 2 und bei Rücküberweisung abrechenbar	10,00	
93185	Teamgespräch Arzt der ersten Ebene, max. sind 2 Teamgespräche pro Patient und Jahr abrechenbar	30,00	
93186	Erstuntersuchung einschl. Überprüfung des Therapieplanes Arzt der zweiten Ebene, nicht erneut vor Ablauf von mindestens vier Quartalen erbringbar und abrechenbar	50,00	
93187	Instruktion: Eine UE sind vollendete 20 Minuten. Pro Instruktion können maximal 2 UE abgerechnet werden Arzt der zweiten Ebene, max. 3 Instruktionen pro Patient pro Jahr	22,50	
93188	Bericht an den Arzt der Ebene 1 Arzt der zweiten Ebene, nach Erstvorstellung und bei Rücküberweisung, max. 2 x pro Versicherten pro Jahr abrechenbar	15,00	
93189	Telefonische Abstimmung des Therapieplanes zwischen den Ärzten der zwei Ebenen Arzt der zweiten Ebene, nach Erstvorstellung beim Arzt der Ebene 2 und bei Rücküberweisung an Ebene 1 Arzt abrechenbar,	10,00	
93190	Dokumentation nach Anlage 6 Arzt der Ebene 2, jeweils nach 4 Behandlungsquartalen pro Patient abrechenbar	5,00	
93191	Teamgespräch	75,00	



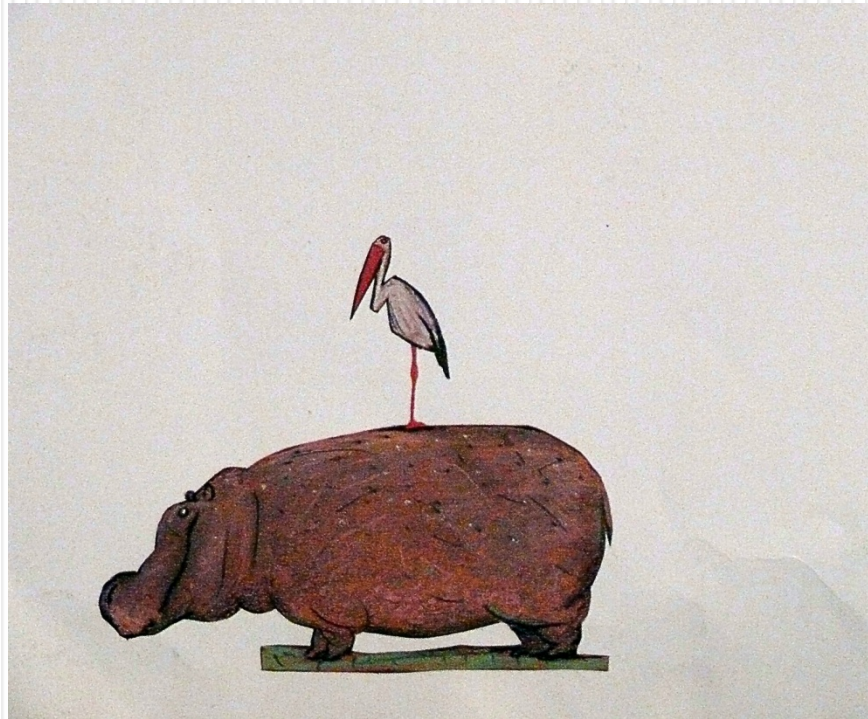
Praktisches Vorgehen

- **prüfen ob Teilnahmeerklärungen /Strukturvoraussetzungen für alle Verträge vorhanden**
- **alle Patienten / Eltern werden auf die Vorsorgen/ Rotavirusimpfung hingewiesen**
- **dann Prüfung der Kostenübernahme ggf. Kostenersatzung**
- **quartalsweises Aktualisieren der Listen**
- **Barmer GEK, Clever für Kids – Karten kennzeichnen**
Eltern auf pädiatriespezifische Hausarztverträge hinweisen
auf Teilnahmepauschalen/Zusatzleistungen achten
- **bei Diagnosen Asthma<6 Jahre, Neurodermitis, ADHS+AOK-**
versichert
Einschreibevoraussetzungen prüfen
- **bei Diagnose Adipositas + versichert bei: AOK Rheinland/ Hamburg,**
IKK Nordrhein, Knappschaft, LKK Einschreibevoraussetzungen
prüfen

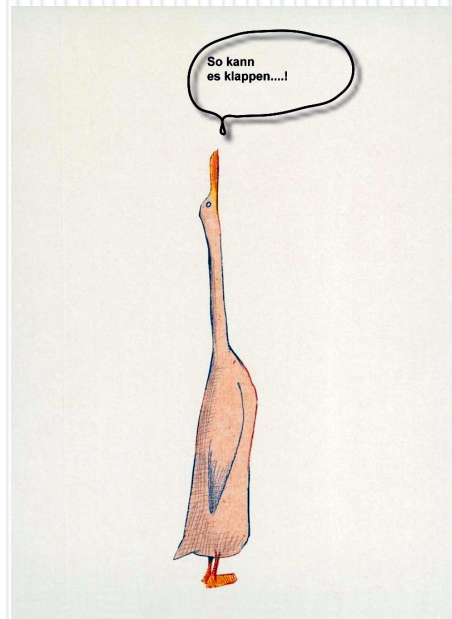
**ganz schön
kompliziert !!**



Nur durch die Zusammenarbeit von
MFA und KJA kann es klappen



Wer hilft ?



BVKJ

Information
für unsere
Patienten und Eltern

www.kinderaerzte-im-netz.de

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.
Landesverband Nordrhein

Neue Vorsorge-Untersuchungen für Kinder in Nordrhein

Liebe Eltern!

Seit 2006 bieten die Kinder- und Jugendärzte zusätzliche, modernisierte und aufwendige Früherkennungsuntersuchungen an:

die U 7a mit 3 Jahren (33-36 Monate)
die U 10 mit 7 und 8 Jahren
die U 11 mit 9 und 10 Jahren
die J 2 mit 16 und 17 Jahren

Inzwischen ist eine abgespeckte U7a bundesweit von allen Krankenkassen in das Routineprogramm übernommen worden. Die anderen „neuen“ Untersuchungen werden noch nicht von allen Krankenkassen erstattet. In Nordrhein ist die Anzahl der Krankenkassen, die diese sinnvollen Untersuchungen erstatten, aber inzwischen sehr erfreulich angestiegen!

Bei folgenden Krankenkassen können wir neue Früherkennungsuntersuchungen direkt über die Versicherungskarte Ihres Kindes abrechnen:

Neu seit 1.7.2010 !!

TK (Techniker):	U 10, U 11, J 2
Knappschaft:	U10, U11
Barmer-GEK (Vertragstellnahme!):	erweiterte U7a, U 10, U 11, J 2
AOK Rheinland/Hamburg:	U 10, U 11
IKK Nordrhein:	U 10, U 11
KKH:	U 10, U 11
Siemens BKK:	U 10, U 11, J 2
Viele BKKs aus NRW:	U 10, U 11

Alle anderen Krankenkassen erstatten diese Untersuchungen in den meisten Fällen nicht. Sie können sich gerne vorher dort erkundigen oder auch andere Konsequenzen ziehen. Die Kosten betragen in diesem Fall für Sie ca. 50 – 60€. Bitte sprechen Sie uns zur Terminvereinbarung an! Wir haben noch weitere Informationen für Sie!

Ihr Praxisteam

Verantwortlich: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein, Focher Straße 20, 42719 Solingen, Stand 7/2010

Ab sofort bei Ihrem Kinder- und Jugendarzt!

Die neuen, zusätzlichen Vorsorgen

U10

U11

J2



Liebe Eltern,

im Jahr 1971 wurde in der Bundesrepublik Deutschland erstmals ein „Kindervorsorgeprogramm“ auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Es umfasste ursprünglich 8 Untersuchungen bis zum 4. Lebensjahr. Später wurde es um die U9 im 5. Lebensjahr und 1996 um die J1 (Jugendgesundheitsberatung) zwischen dem 12.-15. Lebensjahr ergänzt. Das Vorsorgeprogramm wird, wie die TeilnehmerInnen bestätigen, hervorragend angenommen. Unser Vorsorgeprogramm ist jedoch „in die Jahre gekommen“. Es spiegelt keinesfalls mehr die tägliche Präventionsarbeit in der kinder- und jugendärztlichen Praxis wider. Eine Auswertung der erhobenen Daten findet seit Jahren nicht mehr statt, obwohl die Kostenträger gesetzlich dazu verpflichtet wären. So gehen leider sehr viele flächendeckend erhobene Daten verloren.

Lücken im bisherigen Kindervorsorgeprogramm

Es zeigte sich jedoch auch, dass die jetzige Anzahl der Kindervorsorgeuntersuchungen ungenügend ist, da wichtige Entwicklungsschritte nicht erfasst werden. Der Übergang zum Erwachsenenmediziner mit der entsprechenden Beratung z.B. zur Berufsfindung fehlt vollständig. Eine Untersuchung im 3. Lebensjahr ist überfällig, um die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes abzuklären und Eltern in Bezug auf den Kindergarten beraten zu können. Das Fehlen einer weiteren Untersuchung nach der Einschulung ist sicher mit ein Grund, warum Teilleistungsstörungen, z.B. Leserechtschreibschwäche, Rechenschwäche, sehr häufig viel zu spät diagnostiziert und behandelt werden.

Da die Überarbeitung des Vorsorgeprogramms, die vom gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (GBA) in Angriff genommen wurde, sicher noch einige Zeit auf sich warten lässt, hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein Konzept für die Durchführung von 3 neuen Vorsorgeuntersuchungen vorgelegt.

Die „neuen Vorsorgen“ des BVKJ:

die U10 im Alter von 7-8 Jahren, die U11 im Alter von 9-10 Jahren, die J2 im Alter von 16-17 Jahren

In diesem neuen Konzept ist neben der körperlichen Untersuchung auch die Früherkennung von Entwicklungsstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vorgesehen. Bei jeder der neuen Untersuchungen wird ein Fragebogen eingesetzt, der diese Probleme aufdecken soll.

Nach der derzeitigen gesetzlichen Regelung lt. § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen) ist lediglich die Sekundärprävention (Früherkennung von vorhandenen Erkrankungen/Störungen) vorgesehen. In dem neuen Konzept des BVKJ ist die Primärprävention (Vermeidung bzw. Verhinderung von Erkrankungen oder Schädigungen) erstmalig enthalten. Der Arzt soll im Rahmen dieser Untersuchungen z.B. über Vorbeugemaßnahmen zur Vermeidung von Unfällen, über Allergien, Gewalt, Zahnpflege und Ernährung, Medienverhalten, Sexualität, Sucht usw. aufklären.

Kosten der neuen Vorsorgeuntersuchungen

Diese Untersuchungen sind bisher nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherungen. Viele Krankenkassen sind aber inzwischen sehr an diesen erweiterten Vorsorge-Angeboten für Kinder und Jugendliche interessiert und bieten diese Leistungen im Rahmen von besonderen Zusatzverträgen an oder erstatten die Kosten auf Anfrage.

Sorgen Sie für eine optimale Gesundheitsvorsorge!

Kinder- und Jugendärzte sind die **Ansprechpartner** für Kinder und Jugendliche. Sie kümmern sich kompetent um das Wohl der ihnen anvertrauten jungen Patienten, indem sie Prävention in einer modernen Form umsetzen.

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis zusätzlich zu den bekannten und bewährten Früherkennungsuntersuchungen im „gelben Heft“ die neuen Untersuchungen für Ihre Kinder an.

Termine sprechen Sie bitte mit unserem Praxisteam ab!



bvkj . Service
GmbH
www.kinderaerzte-im-netz.de

Krankenkassen

- Information von Versicherten über anstehende Vorsorgen
- Zusendung der Vorsorgehefte

Pädinform/Praxisfieber

- Zusammenstellung aller aktuellen Verträge mit allen notwendigen Unterlagen
- Listen der abrechnenden Krankenkassen

Neue Vorsorgen in Nordrhein U10, U11, J2+ Rota-Impfung (Stand 13.03.2013)

Angaben nach bestem Wissen, keine Gewähr!!

	BKKen siehe Liste: http://www.kvno.de/downloads/vertaege/praev_ki_ju_praevangebot_bk2013.pdf Stand: 03/13	AOK -Rheinland-HH + Landwirtschaftl. KK	Techniker-Krankenkasse + Knappschaft	Barmer-GEK HA-Vertrag 10€/Einschrbg 5€/Quartal U7a: + €15 32-37 Monate keine Toleranzfrist!	Siemens - BKK Bahn -BKK BKK-Vorort	Deutsche BKK + KKH	BIG direkt gesund HA-Vertrag: beendet zum 01.07.12	BKK-Mobil-Oil	Clever für Kids BKKen Aesculap,Bertelsmann,Diakonie, Essanelle, Merck,Salus, Securvita,Voralp Kassana,Wirtschaft+Finanzen Stand: 03/13 HA-Vertrag
Voraussetzungen	KJA 25 Pk/a KHK 4 QZ/a	KJA 25 Pk/a KHK 4 QZ/a	KJA	KJA im BVKJ 30 Pk/a KHK 4 QZ/a	KJA im BVKJ	KJA im BVKJ	KJA, für U10+U11	JKA	KJA
Formulare	BVKJ-Vorsorge-Heft	BVKJ-Vorsorge-Heft	BVKJ-Vorsorge-Heft	Barmer-GEK-Vorsorgeheft	BVKJ-Vorsorge-Heft	BKK +KKH AbrechngsBog	BVKJ-Vorsorge-Heft	BKK Mobil AbrechgBog	BVKJ-Vorsorge-Heft
U 10	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre	7 – 8 Jahre
U 11	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre	9 – 10 Jahre
J 2	Nein nur Bergische, Pronova, Novitas Ziffer 91715	Nein	16 – 17 Jahre	16 – 17 Jahre	16 – 17 Jahre	Nein	Nein	16 – 17 Jahre	16 – 17 Jahre
Rota-Vacc	Variabel BKKNovitas: KassenRp auf Patient 89701	Nein	TK:Kostener Knappsch: KassenRp auf Patient 89701	HAVertrag oder KassenRp auf Patient 89701	Kostenerst. 70% Bahn-BKK: keine Erstattg	BKK:. KassenRp auf Patient 89701 KKH: Vertrag	Ja KassenRp auf Patient 89701	Kostenerst	Ja KassenRp auf Patient
Antrag an	KV	KV		BVKJ	BVKJ	BVKJ	BVKJ	BVKJ	BVKJ
Abrechng	KV	KV	KV	GIV/CGM	GIV/CGM	GIV/CGM	GIV/CGM	GIV/CGM	GIV
Ziffern	U10/U11 91710/11 91712/13	U10/U11 91710/11 91712/13	U10: 81102 U11: 81120 J2: 81121	keine nur Formular	keine nur Formular	keine nur Formular	keine nur Formular	keine nur Formular	keine nur Formular
Honorar	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
seit	01.01.2009	01.07.2008	01.07.2010	01.01.2010	01.04.2010	01.12.2007	01.04.2011	01.06.2009	01.06.2011

Dr. med. H. van der Gaag, Mülheim

Kassen-Check für Kinderärzte

Gültig für KV- u. BVKJ-Nordrhein
 Angaben zu GIV-Abrechnung gelten nur für Mitglieder des BVKJ

(Angab
 Stand
 Versio

Bitte Vertragsbedingungen und notwendige Fortbildungspunkte beachten!

Eingaben immer mit Tab- oder Return-Taste beenden

Hier Eingabe Kassenname

oder Eingabe VKNR

Kontakt:

Die zugehörige Kasse bitte vollständig in das Feld "Kassenname" eintragen!
 Die Angaben zu Verträgen und Leistungen beziehen sich ausschliesslich auf den Kassennamen

Hinweise

Vorsorgen

Antrag an

Ergebnisfelder für
 Abrechnung SNR

Baby-Check I
Baby-Check II
Add-on U7a
Sprachcheck
U10
U11
J2
Präv.-Rp

Verträge

Antrag an

HA-Vertr.
DMP-A1-5
DMP-A5+
ND
ADHS
Mucovisc.
Palliativ
Adipositas

Sonder-Impfungen

erklärte Übernahme Impfstoff abzurechnen über Kostenbegleichung

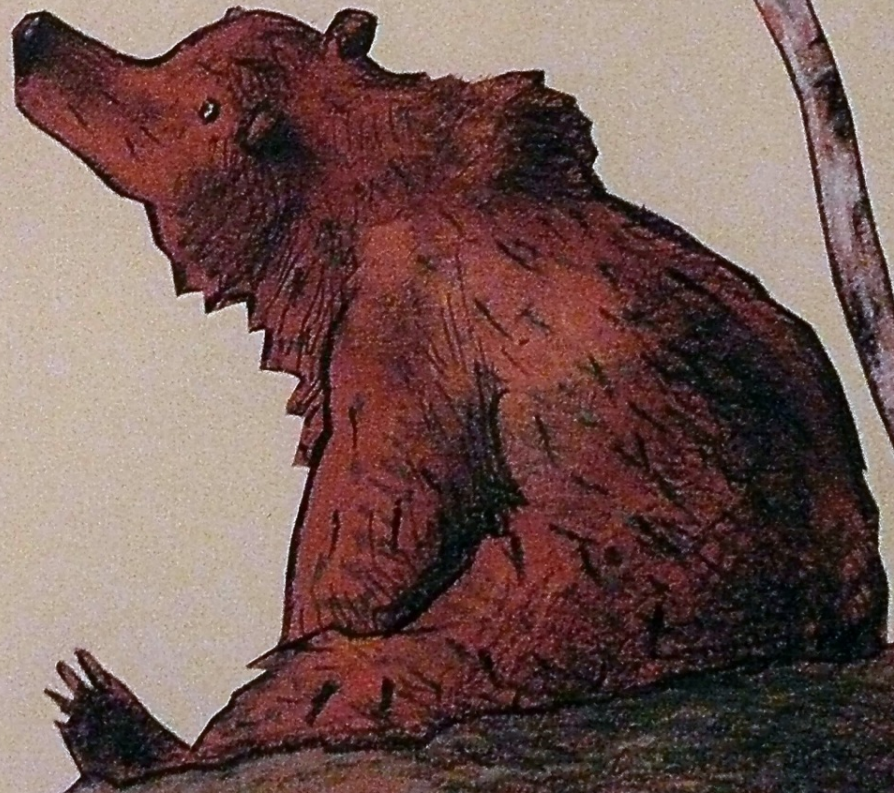
Rotaviren
Reise-FSME
HPV18-26
Meningitis C
Grippe 2011/12

Reiseimpfungen

erklärte Übernahme Impfstoff al

Typhus
Typhus+ Hep.A
Tollwut
Men. A,C,Y,W
Hep. A
Hep. B
Hep. A+B

was wünsch
ich mir noch?



die Teilnahme der Vertragsärzte muss gesteigert werden

- durch Vereinfachung der Vertragsformalitäten
- durch Informationsveranstaltungen
- durch Mithilfe der medizinischen Fachangestellten

Denn nur so bleibt die Pädiatrie angesichts sinkender
Kinderzahlen und steigender Konkurrenz zu den
Allgemeinärzten überlebensfähig





**Danke
für Ihre
Aufmerk-
samkeit**

