

Arztrelevante Auszüge aus dem
Vertrag

**über die Hausarztzentrierte Versorgung von
Kindern und Jugendlichen gemäß § 73 b SGB V**

zwischen der

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD

- vertreten durch den BKK - Landesverband NORD -
- nachfolgend BKK-VAG NORD genannt -

und der

Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG

Bahnhofstraße 1-3, 23795 Bad Segeberg
- nachfolgend Ärztegenossenschaft genannt -

unter Beteiligung des

Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

vertreten durch den Präsident

- nachfolgend BVKJ genannt -

Präambel

Zur Förderung der hausärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber ein neues Versorgungsmodell eingeführt. Die BKK-VAG NORD, die Ärztegenossenschaft und der BVKJ stellen durch diese Vereinbarung eine qualitativ besonders hochwertige hausärztliche Versorgung bereit. Sie hat das Ziel, die kinder- und jugendärztliche Versorgung für Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen in Zusammenarbeit mit engagierten und zusätzlich qualifizierten Kinder- und Jugendärzten - nachfolgend Vertragsärzte genannt - hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung zu verbessern. Dadurch sollen die Lücken in der kontinuierlich pädiatrischen-hausärztlichen Versorgung, insbesondere im Bereich der Prävention, geschlossen werden.

§ 1

Gegenstand und Ziele

Grundlage dieses Vertrages sind die Regelungen der §§ 73 Abs. 1b und 1c, 73b und 95d sowie der Anlage 5 zum BMV-Ä. Zur Verbesserung der Koordinierungsfunktion und für eine qualitativ besonders hochwertige kinder- und jugendärztliche Versorgung werden in diesem Vertrag die grundsätzlichen Regelungen sowie die besonderen Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen an die teilnehmenden Vertragsärzte festgelegt.

§ 2

Teilnahme- und Qualitätsanforderungen für die Vertragsärzte und deren Aufgaben

- (1) Der Vertrag gilt für die Leistungserbringer, die ihren Praxissitz in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein haben und über eine Zulassung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.
- (2) Teilnehmen können*
 - zugelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, auch solche in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren, die mindestens 50 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie pro Jahr erbringen,
 - zugelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin, die eine vollständige, fünfjährige Weiterbildung in Pädiatrien nachweisen können und mindestens 50 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie pro Jahr erbringen.

Die Ärzte verpflichten sich im Rahmen der Qualitätssicherung pädiatrische Themen in ihren Qualitätszirkeln zu behandeln sowie die Anforderungen des § 73b Abs. 2 einzuhalten.

- (3) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, die vorgesehenen Aufgaben im Bereich der Prävention, der Impfung und der kontinuierlichen Betreuung durch ein Recallsystem sicherzustellen um Vorsorge- u. Impflücken zu vermeiden. Die Koordination der Behandlung der Versicherten ist ebenso durchzuführen und steuernd einzuleiten mit dem Ziel Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
- (4) Die Ärzte verpflichten sich zu einer wirtschaftlichen Verordnung von Medikamenten.
- (5) Disease Management Programme (DMP's), wie z.B. für die Indikationen Diabetes Mellitus Typ I oder Asthma, werden den Versicherten erklärt und bei Vorliegen der Voraussetzungen die Teilnahme empfohlen.
- (6) Die qualitativ hochwertige Versorgung wird durch die Teilnahme der Ärzte an Qualitätszirkeln, in denen insbesondere pädiatrische Pharmakotherapie und die in § 1 genannten besonderen Zielbereiche aufgearbeitet werden, durch die Verpflichtung zum Einsatz evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in Diagnostik und Therapie, durch die vorgeschriebene Weiterbildung und die gesetzeskonforme Durchführung eines internen Qualitätsmanagementprogrammes gesichert im Sinne der §§ 135 a und 136 a SGB V.
- (7) Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen wird vor Beitritt und fortlaufend von der Ärztegenossenschaft bzw. dem BVKJ überprüft.
- (8) Der Beitritt der Ärzte nach Abs. 1 bis 3 erfolgt mit einer Beitrittserklärung nach der Anlage 1 und Übersendung der entsprechenden Qualifikationsnachweise gegenüber der Ärztegenossenschaft bzw. dem BVKJ. Die Ärztegenossenschaft bzw. der BVKJ prüft die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag und informiert regelmäßig zum Monatsende den Vertragspartner anhand von aktualisierten Listen über die beigetretenen Ärzte unter Angabe von Name, Anschrift, Telefonnummer, Telefax, Arztnummer und Bankverbindung mit der Anlage 3.

* in Abänderung des Vertragstextes wird auf den Nachweis der 50 Pkt. als Teilnahmevoraussetzung verzichtet. Stattdessen sollen diese in den folgenden 2 Jahren erbracht werden.

- (9) Die Teilnahme eines beigetretenen Arztes endet, wenn dieser schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende seine Teilnahme kündigt. Die bereits begonnenen Behandlungen zuzüglich Dokumentationen nach diesem Vertrag sind vom Arzt zu Ende zu führen.
- (10) Die Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2) wird der Ärztegenossenschaft umgehend vom Vertragsarzt per Fax oder Mail übermittelt, ebenso wird die Kündigung umgehend angezeigt.

§ 3

Betriebskrankenkassen

- (1) Der Vertrag gilt für die in der Anlage 7 aufgeführten Betriebskrankenkassen, die Mitglieder der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD sind. Die Veröffentlichung erfolgt im Internet auf der Homepage des BKK Landesverbandes NORD oder eines beauftragten Dienstleisters. Die BKK-VAG NORD aktualisiert regelmäßig die Anlage 7 des Vertrages und informiert den Vertragspartner.
- (2) Die Betriebskrankenkassen unterstützen durch Veröffentlichungen in Medien sowie durch die direkte Ansprache der Versicherten die Bemühungen der Ärzte eine lückenlose Prävention sicherzustellen.

§ 4

Teilnahme und Information der Versicherten

- (1) Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Sie schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.
- (2) Die Eltern (bzw. Jugendliche nach Vollendung des 14. Lebensjahres) wählen einen an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt als ihren Koordinationsarzt aus. Sie bestätigen dies durch die schriftliche Teilnahmeerklärung (siehe Anlage 2) gegenüber dem Arzt. Die Teilnahme beinhaltet die Verpflichtung, den Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, der Jugendgesundheitsuntersuchung sowie den zusätzlich aufgenommenen U 7 a, U 10 und U 11 (siehe Anlage 4, 5 und 6), nachzukommen und durch die Expertenkommission STIKO öffentlich empfohlenen Impfungen durchführen zu lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.
- (3) Alle ambulanten fachärztlichen Leistungen nimmt der Versicherte nur auf Überweisung seines Koordinationsarztes in Anspruch; ausgenommen hiervon sind Leistungen bei medizinischen Notfällen sowie Augenärzte, Frauenärzte, Psychotherapeuten.
- (4) Der teilnehmende Versicherte kann frühestens nach einem Jahr den Vertrags-Arzt wechseln, es sei denn, es besteht ein wichtiger Grund. Der Widerruf der Teilnahme ist vom Versicherten bzw. den Eltern schriftlich gegenüber seiner Betriebskrankenkasse formlos 4 Wochen zum Quartalsende abzugeben. Die Betriebskrankenkasse informiert den gewählten Vertragsarzt zeitnah über die Beendigung der Versichertenteilnahme.
- (5) Der Anspruch nach diesem Vertrag erlischt nach Erbringung der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) und vorbehaltlich des § 19 Abs. 2 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

§ 5
Vergütung

- (1) Folgende Leistungen werden unter den nachfolgend festgelegten Pseudoziffern unmittelbar vergütet:

Pseudoziffer	Erläuterung	Vergütung
KIP1	Einschreibepauschale	7,50 €
KIP2	Steuerungspauschale: je Quartal, wenn Kontakt stattgefunden hat	5,00 €
KIP4	Vorsorge U10: 7 bis 8 Jahre	50,00 €
	Formular Gesundheitscheck; Mannheimer Elternfragebogen	
KIP5	Vorsorge U11: 9 bis 10 Jahre	50,00 €
	Formular Gesundheitscheck; Mannheimer Elternfragebogen	

(Vergütung U 7a ist wegen Aufnahme in den gesetzl. Leistungskatalog entfallen)

- (2) Die Abrechnung der Pauschalen KIP3, KIP4 u. KIP5 ist nur von Ärzten gem. § 2 Abs. 2 dieses Vertrages abrechnungsfähig.
- (3) Wenn die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung U 7 a gem. Anlage 2 dieses Vertrages Teil der Regelversorgung wird, entfällt der Anspruch der teilnehmenden Ärzte auf Vergütung gem. § 5 dieses Vertrages automatisch. Die weiteren vertraglichen Regelungen bleiben unberührt.
- (4) Die Abrechnung der vereinbarten Leistungen gegenüber den teilnehmenden Betriebskrankenkassen erfolgt durch die Ärztegenossenschaft.
- (5) Der teilnehmende Arzt übersendet seine Abrechnung anhand der Anlage 6 zusammen mit einer Kopie der Dokumentationsbögen mit den Inhalten der Untersuchungen U 7 a, U 10 und U 11 grundsätzlich unmittelbar nach der Leistungserbringung, spätestens am Ende des jeweiligen Quartals, an die Ärztegenossenschaft oder die BVKJ. Eine Vergütung von Leistungen nach Ablauf eines Jahres seit Leistungserbringung ist ausgeschlossen.
- (6) Die Kopien der Teilnahmeerklärungen und Dokumentationsbögen verbleiben bei der Ärztegenossenschaft. Diese können auf Anforderung durch die Betriebskrankenkasse jederzeit eingesehen werden.
- (7) Die Ärztegenossenschaft stellt der jeweils zuständigen Betriebskrankenkasse quartalsweise die Kosten für die erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag in Rechnung (Anlage 8). Die zuständige Betriebskrankenkasse bezahlt diese innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach Rechnungsstellung an die Ärztegenossenschaft unter Abzug der von den Ärzten zu tragenden Verwaltungskosten.
- (8) Zahlungsschuldner bleibt die jeweilige Betriebskrankenkasse, für deren Versicherten die ärztliche Leistung geltend gemacht wird. Kommt eine teilnehmende Betriebskrankenkasse ihren Zahlungsverpflichtungen nach diesem Vertrag nicht nach, werden die dann entstehenden Verzugszinsen von der Ärztegenossenschaft beim Zahlungsschuldner eingezogen und an die Ärzte weitergeleitet. Es gelten die Vorschriften des Zahlungsverzuges nach §§ 286 ff. BGB.
- (9) Die Ärztegenossenschaft haftet nicht für Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsablehnungen (z.B. für ungeklärte Versicherungsverhältnisse) der Betriebskrankenkassen.

- (10) Sollte bei der praktischen Umsetzung des Vertrages Klärungsbedarf entstehen, bemühen sich die Vertragspartner um eine einvernehmliche Lösung.

6

Evaluation und Qualitätssicherung

- (1) Die Vertragspartner streben eine Evaluation anhand dieses Vertrages an.
- (2) Die inhaltliche Grundlage bieten die Dokumentationsbögen gemäß den Untersuchungen U 7a, U 10 und U 11.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte haben die Durchschriften der Dokumentationsbögen der Untersuchungen U 7a, U 10 und U 11 in Kopie der Rechnung an die Ärztegenossenschaft. Die Patientendaten werden von der Ärztegenossenschaft pseudonymisiert und von dem BKK-Landesverband NORD bzw. einem beauftragten Dienstleister unter Mithilfe eines wissenschaftlichen Institutes oder unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung sind dem Vertragspartner in Kopie zur Verfügung zu stellen.

§ 7

Datenschutz

- (1) Die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten und die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach den allgemeinen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) sowie einschlägige Rechtsvorschriften, insbesondere § 203 Strafgesetzbuch (StGB), werden von den Vertragspartnern beachtet.
- (2) Die Zustimmung der Patienten zur erweiterten Datenerfassung und –verwendung ist vom teilnehmenden Arzt einzuholen (Anlage 2). Diese Informationen dürfen nur für den anstehenden Behandlungsfall genutzt werden und nur von zur Geheimhaltung verpflichteten Personenkreis verwendet werden.

§ 8

Vertragsverstöße

- (1) Bei Verletzung von Bestimmungen dieser Vereinbarung kommen unbeschadet gesetzlicher Haftungsregelungen folgende Maßnahmen in Betracht.
 - Schriftliche Verwarnung bei Nichterfüllung der obliegenden Pflichten durch die BKK-VAG NORD mit Fristsetzung zur Vertragserfüllung
 - Vergütungskürzung bei ausbleibender Behebung des Vertragsverstoßes und bei nicht erfüllten Vertragspflichten der teilnehmenden Ärzte
 - Kündigung der Vereinbarung bei schwerwiegenden Verstößen
- (2) Als Vertragsverstöße gelten insbesondere:
 - Abrechnung nicht (persönlich) erbrachter Leistungen
 - Unzureichender oder nicht erbrachter Dokumentationen gemäß diesem Vertrag