

An alle Fachärztinnen und Fachärzte für  
Kinder- und Jugendmedizin und  
Ärzte in der hausärztlichen Versorgung

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:** Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 – 900  
service-center@kvberlin.de

28.09.2010

**Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin  
Neuer Vertrag mit Knappschaft zur J2 (§ 73 c SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die KV Berlin hat mit der Knappschaft **zum 01.10.2010** einen Vertrag über eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung geschlossen.

Die neue Untersuchung soll dazu dienen, den allgemeinen Entwicklungsstand des Jugendlichen über das bisherige Maß hinaus weiter zu beurteilen und Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch zu erkennen. Die Leistung beinhaltet Beratung, Aufklärung, Untersuchung und Dokumentation:

Alter	Schwerpunkte	SNR	Vergütung
16 bis 17 Jahren (J2)	Schilddrüsenerkrankung, Diabetes Körperhaltung und Fitness Sozialisations- und Verhaltensstörungen Entwicklung und Sexualität Medienverhalten Umgang mit Drogen	81121	50 €

Teilnahmeberechtigt sind folgende Ärzte:

Ohne Antrag: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Auf Antrag: Hausärzte mit Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin.

Hausärzte erklären die Teilnahme auf dem beigefügten Formular. Legen Sie bitte den entsprechenden Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzung bei. Der Fortbildungsnachweis ist jährlich zu erbringen und bei der KV Berlin einzureichen.

Die Versicherten der Knappschaft müssen keine schriftliche Teilnahmeerklärung abgeben.

**ab 1. Oktober  
zusätzliche  
Vorsorge-  
Untersuchung  
J2**

**Neue SNR  
81121**

**Teilnahmeberechtigte Ärzte**

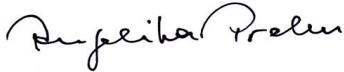
**Teilnahme:  
Erklärung für  
Hausarzt nötig**

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

 **31003-999**

Der Vertrag befindet sich im Unterschriftenverfahren und wird nach Abschluss auf unserer Homepage veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

**Teilnahmeerklärung des Arztes über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen – Knappschaft**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Stempel der Arztpraxis

**Teilnahmeerklärung  
zum Vertrag nach § 73 c SGBV über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der Knappschaft  
gültig ab dem 01.10.2010**

Name des Arztes.: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR):  
(ersatzweise Stempelnummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft* niedergelassener Arzt  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ angestellter Arzt/Vertragsarzt  
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den bei mir/ im MVZ/ angestellten Arzt  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Teilnahme am o.g. Vertrag und**

erbringe als Hausarzt jährlich den Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Kinder und Jugendmedizin

**(Nachweis/e ist/sind in Kopie beigefügt)**

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,
- dass meine Teilnahme am o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)