

An alle Fachärzte für Kinder- und Jugend-  
medizin

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

08. Mai 2017

## Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11, J2) mit der Knappschaft (§ 73 c SGB V) 2. Nachtrag

Sehr geehrte Damen und Herren,  
aufgrund von aufsichtsrechtlichen Vorgaben des Bundesversicherungsamt ergeben sich zum **01.07.2017** zwei wichtige Änderungen bezüglich der Teilnahme an den o.g. Verträgen.

### 1) Ihre Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an den Verträgen zur Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11 und J2) mit der Knappschaft erfolgte in der Vergangenheit durch konkludenten Handelns, also durch die Abrechnung der Symbolnummern (U10 = 81102; U11 = 81120; J2 = 81121).

Ab dem **01.07.2017** ist die Abrechnung nur noch möglich, wenn Sie Ihre Teilnahme (beigefügtes Formular) erklärt und eine Abrechnungsgenehmigung durch die KV Berlin erhalten haben.

### 2) Teilnahmeerklärung der Versicherten

Auch die Versicherten müssen ab dem 01.07.2017 ihre Teilnahme erklären. Die Formulare liegen dem Rundschreiben bei und stehen auf der Homepage der KV Berlin zum Download bereit. Die KV Berlin empfiehlt, die Teilnahmeerklärung für jede Untersuchung gesondert auszufüllen (da die Teilnahme automatisch nach einem Jahr endet). Die vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärungen sind dann innerhalb einer Woche an die Knappschaft zu senden:

per Fax: 0234 304 – 87388 oder  
per Post: Knappschaft  
Dezernat VIII.3.1  
Knappschaftstr. 1  
44799 Bochum

Die Verträge können Sie auf der Homepage der KV Berlin [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) unter *Verträge und Recht* finden.

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Margret Stennes  
Vorstandsvorsitzende



Günter Scherer  
Vorstandsmitglied

Ab 01.07.2017:

**Teilnahme-  
erklärung des  
Arztes**

**Teilnahme-  
erklärung der  
Versicherten**

 **31003-999**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 564, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung  
gemäß der 2. Nachträge  
zu den Verträgen nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher  
Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2 ) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin  
mit der Knappschaft  
In Kraft getreten am 01.04.2017 - gültig ab dem 01.07.2017**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

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

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



**Teilnahmeerklärung für Kinder- und Jugendärzte  
über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen  
– Knappschaft**



Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen:

U10 / U11

und/ oder

J2

und nehme als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Verträge informiert worden. Der Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme am o.g. Verträgen freiwillig ist und ich die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass meine Teilnahme an diesen Verträgen in dem Quartal beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich bestätigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesen Verträgen berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die KV Berlin quartalsweise eine Gebühr für die Tätigkeit der BVKJ Service GmbH in Höhe von 1,7% der Vergütung für die nach diesem Vertrag durch den teilnehmenden Arzt abgerechneten Leistungen einzieht und die Beträge an die BVKJ Service GmbH im Auftrag des teilnehmenden Arztes abführt und
- dass meine Teilnahme am o.g. Verträgen endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung der Verträge erfolgt
- dass ich zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses sowie der Schweigepflicht verpflichtet bin.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

---

Ort, Datum

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

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

## Anlage 2 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11) zwischen der Knappschaft, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der bvkj.Service GmbH**

### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11).
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11) informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
  - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
  - c) mit der Bindungsfrist von einem Jahr.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### 2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### Information für den einschreibenden Arzt / die einschreibende Ärztin:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung innerhalb einer Woche per Fax oder Post an die Krankenkasse:

**Knappschaft**  
 Dezernat VIII.3.1  
 Knappschaftstr. 1  
 44799 Bochum

Fax: 0234 304 – 87388

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

## Anlage 2 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2) zwischen der Knappschaft, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der bvkj.Service GmbH**

### 1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2).
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- **Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung.**
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
  - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
  - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
  - c) mit der Bindungsfrist von einem Jahr.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, während der Dauer der Teilnahme unseres Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### 2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

### Information für den einschreibenden Arzt / die einschreibende Ärztin:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung innerhalb einer Woche per Fax oder Post an die Krankenkasse:

**Knappschaft**  
 Dezernat VIII.3.1  
 Knappschaftstr. 1  
 44799 Bochum

Fax: 0234 304 – 87388