

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

An alle Fachärztinnen und Fachärzte mit der Weiterbildung in 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

08.07.2010

Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin Neue Verträge mit TK und Knappschaft (§ 73 c SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die KV Berlin hat mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Knappschaft **zum 01.07.2010** Verträge über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen geschlossen.

Die neuen Untersuchungen sollen dazu beitragen, möglichen Entwicklungsstörungen frühzeitig entgegenzuwirken und so die Entwicklung der Kinder zu fördern.

Die folgenden zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen beinhalten Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation:

Techniker Krankenkasse und Knappschaft

Alter	Schwerpunkte	SNR	Vergütung
7 bis 8 Jahren (U10)	Schulleistungsstörungen Sozialisations- und Verhaltensstörungen Zahn-, Mund- und Kieferanomalien	81102	50 €
9 bis 10 Jahren (U11)	Medienverhalten Pubertätsentwicklung (nur bei U11)	81120	50 €

Techniker Krankenkasse

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

Die Symbolnummern sind noch nicht in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt und müssen zunächst von Ihnen manuell eingepflegt werden.

ab 1. Juli zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

Neue SNR

Vergütung 50 € je Untersuchung

J2 für Versicherte der Techniker Krankenkasse

Teilnahmeberechtigt sind folgende Ärzte:

- Fachärzte mit Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin (nur bei der TK),
- Hausärzte, die 30 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen je Quartal in den letzten 4 Quartalen nachweisen können* **oder** die bis zum 31.03.2010 Leistungen gemäß dem „Vertrag zur Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“ erbracht und abgerechnet haben, den die AG Vertragskoordinierung mit der BIG direkt gesund und den KVen geschlossen hat,
- nur bei J2: Hausärzte mit Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin

* Hausärzte, die 30 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen je Quartal in den letzten 4 Quartalen nachweisen können, fügen bitte eine formlose Patientenliste, aus der Ihre Untersuchungen hervorgehen, Ihrer Teilnahmeerklärung bei. Die Patientenliste sollte folgende Angaben enthalten:

- Patientename
- Quartal
- Abgerechnete GOP (01718 und 01719)

Wenn Sie die Untersuchungen abrechnen möchten, erklären Sie bitte mit dem beigefügten Formular Ihre Teilnahme. Legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen bei.

Einen Nachweis über die Abrechnung der Leistungen gemäß dem „Vertrag zur Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“ den die AG Vertragskoordinierung mit der BIG direkt gesund und den KVen geschlossen hat, ist nicht erforderlich.

Die Versicherten der TK und Knappschaft müssen keine schriftliche Teilnahmeerklärung abgeben.

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

Mit freundlichen Grüßen


Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender


Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Teilnahmeberechtigte Ärzte

**Teilnahme:
Erklärung nötig**

Der Teilnahmeerklärung ist eine formlose Patientenliste beizufügen

 **31003-999**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Stempel der Arztpraxis

Teilnahmeerklärung
zu den Verträgen nach § 73 c SGBV über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
der Techniker Krankenkasse
gültig ab dem 01.07.2010

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 an den o.g. Verträgen und

habe als zugelassener Facharzt auch die abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin

oder

habe mich als Hausarzt in besonderem Maße in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen engagiert und führe den Nachweis über die Durchführung von mind. 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale über eine formlose Patientenliste (Patientenname, Quartal, abgerechnete GOP)

oder

- ich habe als Hausarzt an dem „Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin“ mit der BIG direkt gesund teilgenommen und bereits bis zum 31.03.2010 Leistungen nach diesem Vertrag erbracht und abgerechnet (GOP 81102)

oder/und

- ich erbringe als Hausarzt jährlich den Nachweis von mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin (**nur bei J2**)

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

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme an den 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 meine Teilnahme an den o.g. Verträgen endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen der Verträge nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung der Verträge erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

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

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



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Stempel der Arztpraxis

**Teilnahmeerklärung
zu Vertrag nach § 73 c SGBV über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
(U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin der Knappschaft
gültig ab dem 01.07.2010**

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

habe mich als Hausarzt in besonderem Maße in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen engagiert und führe den Nachweis über die Durchführung von mind. 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale über eine formlose Patientenliste (Patientenname, Quartal, abgerechnete GOP)

oder

ich habe als Hausarzt an dem „Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin“ mit der BIG direkt gesund teilgenommen und bereits bis zum 31.03.2010 Leistungen nach diesem Vertrag erbracht und abgerechnet (GOP 81102)

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)