

## 2. Nachtrag

zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

zwischen der

**KNAPPSCHAFT**  
**Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum**  
**- nachgehend Knappschaft genannt -**

und der

**Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination**  
**vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung**  
**Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin**

und der

**bvkj.Service GmbH**  
**Mielenforster Str. 2, 51069 Köln**

I. Der Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin wird wie folgt geändert:

1. Der § 4 Teilnahme der Versicherten wird wie folgt geändert:

§ 4 wird wie folgt neu gefasst:

- (1) Die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der Krankenkasse versicherten Personen von Geburt an bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Eine Vertretung des Kindes bzw. des Jugendlichen durch die Erziehungsberechtigten findet entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen statt, auch ohne dass jeweils explizit der Erziehungsberechtigte erwähnt wird. Die Regelungen nach §§ 2 und 3 sind zu beachten.
- (3) Die anspruchsberechtigten Versicherten erklären schriftlich ihre Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2. Die Teilnahmeerklärungen werden den Arztpraxen durch die bvkj.Service GmbH und die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Download zur Verfügung gestellt.
- (4) Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, ärztliche Leistungen im Rahmen des Vertrages nur von teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen. Ferner verpflichtet er sich, im Rahmen des Versorgungsauftrages andere Ärzte nur auf Überweisung durch an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist durch die Krankenkasse darüber informiert, dass ihm bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten die daraus entstandenen Mehrkosten durch die Krankenkasse auferlegt werden können. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur

Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Im Falle eines Widerrufs trägt die Krankenkasse für bereits durchgeführte ärztliche Leistungen die entstandenen Kosten. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme des Versicherten regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.

- (5) Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Arzt. Die zur Durchführung berechtigten Ärzte übermitteln der Krankenkasse die vom Versicherten unterzeichnete Teilnahmeerklärung unverzüglich an die auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 genannte Faxnummer bzw. Annahmestelle.
- (6) Die Teilnahme der Versicherten endet:
  - bei schriftlichem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gegenüber der Krankenkasse,
  - bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke
  - bei Kündigung der Teilnahme an dem Vertrag
  - mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der Krankenkasse,
  - mit Ende dieses Vertrages.
- (7) Die Krankenkasse informiert den Arzt über das Ende der Teilnahme eines Versicherten innerhalb von fünf Werktagen.
- (8) Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung nach dieser Vereinbarung (J2) wahrnehmen und die durch die Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

## 2. Der § 5 Teilnahme der Ärzte wird wie folgt geändert:

§ 5 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

Die Teilnahme der Ärzte erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die KV dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

## 3. Ein neuer § 11 Datenschutz wird eingefügt:

§ 11 wird wie folgt gefasst:

Die vertragsschließenden Parteien sowie die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die vertragsschließenden Parteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur

Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach dem Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

4. Der § 11 Schlussbestimmungen wird neuer § 12.

5. Die Teilnahmeerklärung Versicherte wird als Anlage 2 Bestandteil des Vertrages.

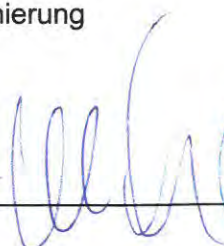
II. Der Nachtrag tritt mit Wirkung zum 1. April 2017 in Kraft. Die Umsetzung der schriftlichen Teilnahmeverfahren nach § 4 und § 5 erfolgt ab dem 1. Juli 2017.

#### Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Versicherter

Für die AG Vertragskoordination

Berlin, den

04.04.17



Für die KNAPPSCHAFT

Bochum, den

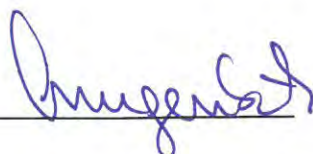
20.04.17



Für die bvkj Service GmbH

Köln, den

07.04.2017



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



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)

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in     | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> 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)