

**Lesefassung, Stand: 15.05.2018**

# **Vertrag**

nach § 73c SGB V  
über die Durchführung einer

## **Tonsillotomie**

im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**  
**Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**  
- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

**und**

**der AOK Rheinland/Hamburg Hamburg – Die Gesundheitskasse**  
**Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf**  
- vertreten durch den Vorstand -  
- im Folgenden AOK genannt -

## Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 .....	3
Geltungsbereich / Vertragsgegenstand / Ziel .....	3
§ 2.....	3
Pflichten der KV Nordrhein.....	3
§ 3.....	4
Teilnahme der Ärzte.....	4
§ 4.....	5
Teilnahmevoraussetzungen .....	5
§ 5.....	6
Pflichten der operativ tätigen Ärzte .....	6
§ 6.....	9
Pflichten der konservativ tätigen Ärzte .....	9
§ 7.....	9
Teilnahme der Versicherten .....	9
§ 8.....	11
Leistungen .....	11
§ 9.....	11
Evaluation .....	11
§ 10.....	12
Vergütung .....	12
§ 11 .....	12
Abrechnungsverfahren.....	12
§ 12.....	13
Kostenpauschale .....	13
§ 13.....	13
Datenschutz .....	13
§ 14.....	13
Salvatorische Klausel.....	13
§ 15.....	14
Schlussbestimmungen .....	14

### Übersicht der Anlagen:

Anlage 1:	Teilnahmeantrag HNO-Operator
Anlage 2:	Teilnahmeantrag Versicherte
Anlage 2.1:	Versicherteninformation
Anlage 3:	Vergütung - Abrechnung
Anlage 4:	Praxisbegehung
Anlage 5:	Arztbrief an überweisenden Arzt
Anlage 5.1:	Arztbrief an überweisenden Arzt incl. Dokumentationsbogen 2. und 3. Nachbehandlung
Anlage 6:	Dokumentationsbogen Operator
Anlage 7:	Postoperatives Merkblatt für die Eltern

## **Präambel**

Erklärtes Ziel der Vertragspartner ist die Etablierung einer hochwertigen und qualitätsgesicherten Patientenversorgung. In dem Bestreben, diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Vertragspartner fortwährend bemüht, die medizinische Versorgung der Versicherten zu verbessern und den Zugang zu neuen Behandlungsmethoden zu ermöglichen.

Aus Sicht der Vertragspartner besteht Anlass zum Handeln, da der Eingriff der Tonsillotomie bei Kindern mit der Indikation einer nichtinfektiösen kindlichen Tonsillenhypertrophie nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist. Die Operation wird daher nur als private iGe-Leistung angeboten. Da die von einer Tonsillenhypertrophie betroffenen Kinder jedoch unter schwerwiegenden Symptomen leiden, ist der Eingriff der Tonsillotomie medizinisch geboten und stellt im Vergleich zu dem alternativen und über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbaren Eingriff der Tonsillektomie das schonendere, schmerzärmere und zugleich risikolosere Verfahren dar.

Mit diesem Vertrag soll daher die Schaffung einer hohen und gleichbleibenden Qualität dieser neuen Behandlungsmethode durch Vorgabe folgender Struktur-, Prozess- und Qualifikationsanforderungen etabliert werden.

### **§ 1**

#### **Geltungsbereich / Vertragsgegenstand / Ziel**

- (1) Der Vertrag findet Anwendung in der Versorgungsregion der KV Nordrhein.
- (2) Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen.
- (3) Ziele des Vertrags sind:
  - Vermeidung nicht notwendiger stationärer Eingriffe.
  - Vermeidung von Rezidiven; eine 2-Jahres-Rezidivrate von weniger als 5 v.H. wird angestrebt.
  - Reduzierung der Komplikationsrate intra- und postoperativ.
  - Gesicherte Indikationsstellung.

### **§ 2**

#### **Pflichten der KV Nordrhein**

- (1) Die KV Nordrhein informiert die teilnahmeberechtigten Ärzte im Geltungsbereich dieses Vertrages über die Anforderungen und Inhalte des Vertrages.

- (2) Die KV Nordrhein überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten und übersendet dem Arzt eine Bestätigung seiner Teilnahmeberechtigung. Der Arzt kann ab Erhalt der Teilnahmeberechtigung die in § 10 Vertrages geregelte Vergütung abrechnen.
- (3) Die KV Nordrhein erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung des Verzeichnisses monatlich, bei Bedarf auch häufiger, der AOK zur Verfügung und stellt dieses öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet ([www.kvno.de](http://www.kvno.de)) zur Verfügung.
- (4) Die KV Nordrhein informiert die AOK im Rahmen der monatlichen Lieferung des Arztverzeichnisses über den Beginn und das Ende der Teilnahme der Ärzte nach § 3 Absätze 4 und 5.

### **§ 3 Teilnahme der Ärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein und der Genehmigung zum ambulanten Operieren, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 erfüllen. Angestellte Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde gehören auch zu dem berechtigten Personenkreis.
- (2) Anästhesisten nehmen an diesem Vertrag durch Abrechnung der Anästhesieleistungen nach den Symbolnummern 97071A, B, C, D, H und I teil, ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt.
- (3) Die Symbolnummern 97070E und 97070F können auch ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung von jedem konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein abgerechnet werden, wenn die entsprechende Leistung nach § 6 dieses Vertrages erbracht wurde.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der HNO-Operateur beantragt seine Teilnahme mittels einer Teilnahmeerklärung (Anlage 1) und erbringt den Nachweis der initialen und fortwährend zu gewährleistenden Voraussetzungen nach den §§ 4 und 5 dieses Vertrages.
- (5) Der HNO-Operateur kann seine Teilnahme an dem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Nordrhein widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung. Die Widerrufsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.

- (6) Der teilnehmende HNO-Operateur kann nach vorheriger Ermahnung und Abstimmung der Vertragspartner untereinander von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden, wenn er die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 8 dieses Vertrages verstößt.
- (7) Die Teilnahme des HNO-Operateurs an dem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf
- a. mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.
  - b. mit Weigerung des Arztes, die gemäß § 5 Absatz 1 zu der Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung beizubringen.
  - c. mit Ausschluss aus dem Vertrag durch die Vertragspartner gemäß § 3 Absatz 6.

#### **§ 4**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) **Teilnahmeerklärung:** Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung (Anlage 1).
- (2) **Geräte:** Durchführung der Tonsillotomie mit folgenden Geräten der HNO-Chirurgie:
- Lasergeräte (CO<sub>2</sub> Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser)
  - Radiofrequenzgeräte und
  - Coblationsgeräte.
- (3) **Sachkundenachweis, sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt:** Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutz-Kurs, der zur Erbringung der im Vertrag genannten Operationsleistungen qualifiziert. Die Anforderungen der Unfallverhütungsvorschrift BGV B2 in der jeweils gültigen Fassung sind zu erfüllen.
- (4) **Bauliche und apparative Ausstattung:** Nachweis folgender Voraussetzungen mittels unterschriebener Teilnahmeerklärung durch den teilnehmenden Arzt:
- a. Bereitstellung und Einhaltung der erforderlichen baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Durchführung von Tonsillotomien gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V.
  - b. Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

- c. Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu erfüllen.
- (5) Zur Überprüfung der Aufgaben und Pflichten der Ärzte aus diesem Vertrag behält sich die KV Nordrhein das Recht vor, in regelmäßigen Abständen Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Die AOK wird über eine bevorstehende Praxisbegehung und Stichprobenprüfung und anschließend über das Ergebnis der Überprüfung informiert. Näheres zum Ablauf der Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen ist in Anlage 4 des Vertrages geregelt.
- (6) Sobald der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt, teilt er dies der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich mit.

## § 5

### Pflichten der operativ tätigen Ärzte

- (1) **Praxisbegehung:** Mit der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt, Praxisbegehungen und Überprüfungen bei Begehung durch die KV Nordrhein zu gestatten und im erforderlichen Umfang mitzuwirken. Näheres zum Ablauf der Praxisbegehung, zum Umfang der Prüfung und zum Vorhalten erforderlicher Unterlagen ist in Anlage 4 dieses Vertrages geregelt.
- (2) **Namentliche Veröffentlichung:** Der Arzt erklärt mit seiner Teilnahme sein Einverständnis zur namentlichen Veröffentlichung im Verzeichnis der KV Nordrhein. Die aktuelle Fassung des Verzeichnisses befindet sich öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet ([www.kvno.de](http://www.kvno.de)).
- (3) **Information und Einschreibung der Versicherten; Aushändigung eines Informationsblatts:** Information der Versicherten über die Möglichkeit einer Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 7 und über die vertraglich vorgesehenen Leistungen nach § 8. Im Nachgang zu dem Gespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhypertrophie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag (Anlage 2.1). Prüfung der Eignung für die Teilnahme und Einschreibung in den Vertrag mittels Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2). Die teilnehmenden Ärzte übersenden die Teilnahmeerklärungen der Patienten jeweils monatlich an ihre Bezirksstelle; die KV Nordrhein wird ein elektronisches Verzeichnis über die teilnehmenden Patienten erstellen und monatlich an die AOK weiterleiten.
- (4) **Abrechnung:** Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt mit Diskette, CD oder im Rahmen von D2D mittels zertifizierter Praxissoftware an die KV Nordrhein. Sofern die Möglichkeit der Online-Abrechnung besteht, soll diese genutzt werden.

- (5) **Geräteanschaffung:** Pflicht zur umgehenden Anzeige von Gerätekauf bzw. –abmeldung für Geräte nach § 4 Absatz 2 des Vertrages. Die Anzeige ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung.
- (6) **Gerätewartung:** Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu erfüllen.
- (7) **Einhaltung Leitlinien:** Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich - entsprechend der Erbringung der Leistungen - zur Einhaltung folgender Leitlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung:
- Leitlinie für ambulantes Operieren und Tageschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.
  - HNO-Leitlinien.
  - Leitlinie zur postoperativen Überwachung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten.
  - Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen, Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V.
- (8) **Indikationsstellung:** Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach § 8 dieses Vertrages ist der Nachweis der Indikationsstellung durch den Arzt, der den Eingriff durchführt. Dazu sind die folgenden Kriterien in vollem Umfang zu belegen:
- a. Diagnose  
Vorliegen der Diagnose Tonsillenhyperplasie (ICD-10 J35.1 oder J35.3)
- b. Alter  
Der Patient darf zum Zeitpunkt der Durchführung der Tonsillotomie das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und muss mindestens das zweite Lebensjahr vollendet haben.
- c. Anamnese  
Die Krankheitsgeschichte des Patienten muss folgende, klinisch relevante Indikationen aufweisen; ein alternatives Vorliegen ist ausreichend:
- schlafbezogene Atmungsstörungen/obstruktive Schlafapnoe,
  - nachgewiesene Gedeihstörung,
  - nachgewiesenes gestörtes Ess- und Trinkverhalten,
  - chronische Mittelohrentzündungen.
- Die Krankheitsgeschichte des Patienten darf keine der folgenden Indikationen aufweisen:

- Retonsillotomie,
- mehr als 3 antibiotikapflichtige Tonsillitiden,
- schwerwiegende Nebenerkrankungen,
- Gerinnungsstörungen,
- akute Tonsillitis.

Die Indikation ist nach § 5 Absatz 10 zu dokumentieren.

- (9) **Photodokumentation:** Darüber hinaus soll eine die Indikationsstellung begleitende und unterstützende prä- und postoperative Photodokumentation über den Zustand der Tonsillen erstellt werden. Die Photos sind jeweils im narkotisierten Zustand des Patienten unmittelbar vor der bevorstehenden Operation und direkt im Anschluss an die Operation aufzunehmen. Die Photodokumentation verbleibt in der Praxis des Arztes und ist der KV Nordrhein nach Aufforderung vorzulegen.
- (10) **Dokumentation:** Um eine bestmögliche Patientenversorgung im Rahmen dieses Vertrages zu gewährleisten, sollen die teilnehmenden Ärzte ihre prä-, intra- und postoperativ erbrachten Leistungen elektronisch dokumentieren (Anlage 6). Ist eine Realisierung durch die Arztpraxis zurzeit noch nicht möglich, kann übergangsweise die Dokumentation auch in herkömmlicher Art (Papier) erfolgen, die Dokumentationen sind in der Arztpraxis zu archivieren und können durch die KV Nordrhein im Einzelfall angefordert werden.
- (11) **Anwesenheit weiterer Personen bei der Operation:** Bei Durchführung der Tonsillotomien ist die Anwesenheit folgender Personen während der gesamten Dauer der Operation verpflichtend: Anästhesist und Anästhesie-Schwester. Gegebenenfalls und nach Bedarf kann eine OP-Schwester hinzugezogen werden. Der Arzt bestätigt die Anwesenheit der genannten Personen in der Dokumentation nach § 5 Absatz 10.
- (12) **Kooperation mit dem zuweisenden Arzt:** Der Arzt hat sicherzustellen, dass vor Durchführung des Eingriffs eine die Operationsfähigkeit des Patienten bestätigende Untersuchung vorliegt. Im Nachgang zu der Operation erstellt der Arzt einen Arztbrief mit einem Verlaufsbericht der Operation und Empfehlungen hinsichtlich der zu treffenden Nachsorge und leitet diesen an die Sorgeberechtigten oder den zuweisenden Arzt weiter (Anlage 5).
- (13) **Merkblatt über Verhaltensregeln; Erreichbarkeit des Arztes:** Der Arzt händigt den Sorgeberechtigten des Patienten im Anschluss an die durchgeführte Tonsillotomie ein Merkblatt mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche Komplikationen aus (Anlage 7). Alternativ kann auch ein bereits in der Praxis verwendetes Merkblatt mit identischen Inhalten der Anlage 7 verwendet werden. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation für Rückfragen der Sorgeberechtigten telefonisch erreichbar ist. Zusätzlich führt der Operateur eine Befundkontrolle oder eine telefonische Rücksprache mit den Sorgeberechtigten des Patienten am Operationstag durch.



- (14) **Kooperation mit dem nachbehandelnden HNO-Arzt:** Der operativ tätige Arzt übermittelt einen Dokumentationsbogen in Papierform (Anlage 5.1) zur Dokumentation der Nachbehandlung zwei und drei – sofern er diese nicht selbst erbringt – sowie einen Arztbrief mit einem Verlaufsbericht der Operation und Empfehlungen hinsichtlich der zu treffenden Nachsorge in geeigneter Form an den konservativ tätigen nachbehandelnden HNO-Arzt.

## § 6

### **Pflichten der konservativ tätigen Ärzte**

- (1) Mit Ansetzen der Symbolnummern Ziffern 97070E und 97070F für die zweite und dritte Nachbehandlung verpflichten sich die konservativ tätigen Ärzte, einen von dem operativ tätigen Arzt in geeigneter Form übermittelten Dokumentationsbogen in Papierform auszufüllen und in ihrer Patientenakte im Rahmen der normalen Aufbewahrungsfristen zu archivieren. Im Bedarfsfalle kann die KV Nordrhein die Dokumentation anfordern.
- (2) Neben den Symbolnummern 97070E und 97070F ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ gegenüber dem Patienten sowie nach EBM gegenüber der KV Nordrhein ausgeschlossen.

## § 7

### **Teilnahme der Versicherten**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Geltungsbereich dieses Vertrages bei der AOK Versicherten, die mindestens das zweite Lebensjahr, jedoch noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben.
- (2) Sorgeberechtigte, die an der Durchführung einer Tonsillotomie ihres nach dem Vertrag teilnahmeberechtigten Kindes interessiert sind, werden von den teilnehmenden Ärzten umfassend über Inhalte, Sinn, Zweck und Umfang der vertraglichen Leistungen informiert. Im Nachgang zu dem Aufklärungsgespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhypertrophie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend Anlage 2.1. Alternativ kann auch ein bereits in der Praxis verwendetes Merkblatt mit identischen Inhalten der Anlage 2.1. verwendet werden.
- (3) Die Teilnahme wird gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg in der Praxis des Vertragsarztes erklärt. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den/die Sorgeberechtigte/n. Der Vertragsarzt übermittelt der KV Nordrhein die Teilnahmeerklärung. Die KV Nordrhein leitet die Teilnahmeerklärung an die AOK Rheinland/Hamburg weiter.

Die Teilnahmeerklärung wird den Ärzten zur Verfügung gestellt und bei Anpassungsbedarf, z. B. infolge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten, aktualisiert und verbindlich zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Änderung dieses Vertrages bedarf. Das derzeitige Muster der Teilnahmeerklärung ist diesem Vertrag als Anlage 2 zum Zwecke der Information beigelegt.

- (4) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse den Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (5) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt worden sind und eine Versicherteninformation zum Versorgungsangebot erhalten haben.
- (6) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen zum Ende eines Quartals kündigen.
- (7) Die AOK Rheinland/Hamburg wird die KV Nordrhein unverzüglich über den Widerruf oder die Kündigung und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit des Widerrufs bzw. der Kündigung hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag; er behält diesen Vergütungsanspruch längstens bis zum Zugang der Mitteilung über den Widerruf bzw. der Kündigung.
- (8) Die Teilnahme des Versicherten endet sowohl mit dem Wechsel des Versicherten zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V als auch mit vollständiger Leistungserbringung nach diesem Vertrag oder bei Beendigung Vertrages.

## **§ 8 Leistungen**

Im Rahmen dieses Vertrages haben die nach § 7 des Vertrages teilnahmeberechtigten Versicherten Anspruch auf folgende Leistungen:

- a. Durchführung einer Tonsillotomie sowie Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden Arzt.
- b. Durchführung der zu den operativen Eingriffen notwendigen Anästhesien.
- c. Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen. Die Durchführung der ersten Nachbehandlung erfolgt durch den Arzt, der den Eingriff vorgenommen hat. Die weiteren zwei Nachbehandlungen können auch von einem konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde erbracht werden. Für die Durchführung der Nachbehandlungen gelten folgende Zeitabstände:
  1. Nachbehandlung: 1 bis 2 Tage nach erfolgter Operation,
  2. Nachbehandlung: 1 Woche nach erfolgter Operation,
  3. Nachbehandlung: 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation.
- d. Umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der vom Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie. Im Nachgang zu dem Aufklärungsgespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhyperplasie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend Anlage 2.1.
- e. Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen entsprechend Anlage 7. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch erreichbar ist.
- f. Befundkontrolle/Anruf des Arztes am Operationstag.

Die Leistungen nach Buchstaben d. bis f. haben gegenüber dem/den Sorgeberechtigten zu erfolgen.

## **§ 9 Evaluation**

- (1) Die Partner dieses Vertrages stimmen darin überein, dass eine Evaluation zur Bewertung der Versorgungseffekte und zum Ausbau der Versorgungsforschung durchgeführt werden soll.

- (2) Über die weiteren Details, Umsetzung und Kosten der Evaluation werden sich die Vertragspartner im Konsens verständigen.

## **§ 10**

### **Vergütung**

- (1) Die nach diesem Vertrag abrechenbaren Leistungen sowie deren Vergütung sind in Anlage 3 des Vertrages geregelt. Mit den dort aufgeführten Vergütungen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen des Operateurs und des Anästhesisten, inklusive der anfallenden prä- und postoperativen Konsultationen, des Medikamenten- und Sprechstundenbedarfs, der Kosten für Radiofrequenzsonden und der Sachkosten im Rahmen der Coblation sowie der durch die Verwendung der Geräte zur Durchführung der Tonsillotomien anfallenden Sachkosten abgegolten. Komplikationsbedingte Folgeeingriffe durch den Operateur, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem nach diesem Vertrag erbrachten Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen. Insbesondere stationäre Folgeeingriffe sind hiervon ausgenommen.
- (2) Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 8 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen, sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Die Vergütung sämtlicher Honorare erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

## **§ 11**

### **Abrechnungsverfahren**

- (1) Die erbrachten Leistungen nach § 8 dieses Vertrages sind von den teilnehmenden Ärzten kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abzurechnen. Die Abrechnung ist nur bei vollständiger Leistungserbringung möglich und erfolgt unter Angabe der festgelegten Symbolnummern und der ICD-10 J35.1 bzw. ICD-10 J35.3.
- (2) Die KV Nordrhein erfasst die von den teilnehmenden Ärzten abgerechneten Leistungen kalendervierteljährlich im Rahmen der Abrechnung für kurative Leistungen und rechnet sie mit der AOK ab.
- (3) Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Kapitel 90 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene erfasst und separat unter den in Anlage 3 genannten Symbolnummern ausgewiesen.

- (4) Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren für Leistungen aus diesem Vertrag (Ablauf und Inhalt der Abrechnung, Zahlungsstermine, sachlich/rechnerische Berichtigung, etc.) entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein durchgeführt.

## **§ 12 Kostenpauschale**

Die KV Nordrhein erhebt für ihre Leistungen für die Umsetzung dieses Vertrages bei den ärztlichen Vertragsteilnehmern den sich aus ihrer Satzung ergebenden Verwaltungskostensatz.

## **§ 13 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere die ab 25.05.2018 geltende EU-DSGVO, den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht - einzuhalten und ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung nach der EU-DSGVO ist jeweils der Vertragspartner für die im Rahmen seiner sich aus diesem Vertrag ergebenden Datenverarbeitung.
- (2) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und Nutzung seiner Daten aufgeklärt. Ab 25.05.2018 sind hierbei die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO zu erfüllen.

## **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

**§ 15**  
**Schlussbestimmungen**

- (1) Die Änderungsvereinbarung tritt zum 01.04.2018 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2012.
- (3) Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss während der Laufzeit des Vertrages eine Entscheidung zur Aufnahme der Tonsillotomie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung trifft, tritt der Vertrag ab dem Zeitpunkt außer Kraft, ab dem diese Leistung über eine entsprechende EBM-Nummer abrechenbar ist.
- (4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.
- (5) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

**Düsseldorf, den 22.05.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

- gezeichnet -

\_\_\_\_\_  
Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

- gezeichnet -

\_\_\_\_\_  
Dr. med. Carsten König, M. san.  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg**  
**Die Gesundheitskasse**

- gezeichnet -

\_\_\_\_\_  
Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes



**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

**Hauptstelle**

**Qualitätssicherung**

Tersteegenstraße 3

40474 Düsseldorf

Ansprechpartnerin: Silke Schlick  
Durchwahl: (0211) 5970 8388  
[Silke.Schlick@kvno.de](mailto:Silke.Schlick@kvno.de)

Ansprechpartnerin: Christine Dammrath  
Durchwahl: (0211) 5970 8069  
[Christine.Dammrath@kvno.de](mailto:Christine.Dammrath@kvno.de)

Telefax: (0211) 5970-8160

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2012**

<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich		<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt <ul style="list-style-type: none"> <li>• angestellt seit:</li> <li>• bei:</li> </ul>	
Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon Nr.		Fax Nr.	
E-Mail:			
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Berufsausübungsgemeinschaft mit:			
Tätigkeit im MVZ		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten (Bitte Standorte angeben):			

1. In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach § 5, des Leistungsumfangs nach § 8 und der Evaluation nach § 9, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.



2. Für die Durchführung der Tonsillotomie verwende ich folgende/s gemäß dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie zugelassene/s Gerät/e:

- Lasergerät: CO<sub>2</sub> Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser (*nicht Zutreffendes bitte streichen*)
- Radiofrequenzgerät des Typs \_\_\_\_\_
- Coblationsgerät des Typs \_\_\_\_\_

Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, müssen folgende Nachweise vorgelegt werden:

- Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Sachkundenachweis durch Absolvierung eines Laserschutz-Kurses, § 4 Absatz 3
- Kopie des Wartungsbelegs (bei eigenen Geräten) bzw. bei einem Neugerät Kopie des Kaufbelegs, § 4 Absatz 4 lit. c)

3. Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein anzeigen.

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und Praxistelefonnummer / FAX unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) veröffentlicht wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel



# Erklärung des Patienten zur Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der AOK Rheinland/Hamburg

Ausfertigung für die KV Nordrhein  
Für Praxis und Patienten bitte Kopien anfertigen!

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

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

### 1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

#### Freiwilligkeit und zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Sie können Ihre Teilnahme jedoch mit Wirkung zum Quartalsende bei Ihrer Krankenkasse kündigen. Für den Fall, dass Sie Ihre Einwilligungserklärung aus datenschutzrechtlichen Gründen widerrufen, endet die Teilnahme mit dem Folgetag. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

#### Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

#### Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Leistungserbringers entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.

Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

### 2. Teilnahmeerklärung

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die "Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Leistungserbringer über einen Kassenwechsel informieren werde.

#### Widerrufsbelehrung

- **Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### 3. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass ich meine Teilnahme zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grund kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich ggfs. um die regionale Kassenärztliche Vereinigung, den Arzt, das Krankenhaus, sonstige Leistungserbringer sowie externe Abrechnungsdienstleister. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsdienstleister (gemäß Bundesdatenschutzgesetz) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

# Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz an dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mit der AOK Rheinland/Hamburg

## • Inhalte, Ziele und Leistungen des Versorgungsvertrages

Der Versorgungsvertrag Tonsillotomie beinhaltet folgende Leistungen, die von Ihnen ab dem Zeitpunkt Ihrer Teilnahme in Anspruch genommen werden können:

- Die Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden HNO-Arzt.
- Die Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen.
- Ein umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen und Aushändigung eines Merkblatts.
- Die Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des HNO-Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch für Sie erreichbar ist.
- Befundbericht / Anruf des Arztes am Operationstag.

## • Zeitraum der Teilnahme

- *Sie nehmen bis zum Abschluss der Nachbehandlung an dieser besonderen Versorgung teil.*

## • Datenschutz

### Welche Daten werden von Ihnen benötigt?

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die des Sozialgesetzbuchs (SGB) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

### 1. Daten bei Ihren behandelnden Ärzten

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern vorhanden sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den teilnehmenden Leistungserbringern und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von den Leistungserbringern gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen.

Es ist vorgesehen, dass die erhobenen Daten in anonymisierter/pseudonymisierter Form, d.h. ohne dass ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die ärztlichen Vertragspartner oder durch von diesem beauftragte und strikt dem Datenschutz unterworfenen Sachverständige verwendet werden.

Zur Überprüfung der Ergebnisse der Behandlung wird die im Rahmen der besonderen Versorgung eingesetzte Dokumentation von Ihren behandelnden Ärzten an Ihre Krankenkasse übermittelt und ausgewertet. Ebenfalls erhält Ihre Krankenkasse die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten. Eine datenschutzkonforme Abrechnung der Leistungserbringer wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die regionale Kassenärztliche Vereinigung. Sofern die Abrechnung durch einen externen Abrechnungsdienstleister erfolgt, wird das Nähere zur Durchführung der Abrechnung, der Zweckbindung der Datenverwendung, zur Verschwiegenheit und zu Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen in einem gesonderten Vertrag zwischen den Leistungserbringern und dem externen Abrechnungsdienstleister geregelt.

### 2. Daten bei Ihrer Krankenkasse

Durch die besondere Versorgung möchte Ihre Krankenkasse eine bessere Versorgung gemeinsam mit Ihren behandelnden Ärzten anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt Ihre Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten). Hierzu werden darüber hinaus die von Ihrer Krankenkasse im Falle einer Teilnahme am Chroniker Programm [Disease-Management-Programm (DMP)] gespeicherten Daten ebenfalls von Ihrer Krankenkasse zur Überprüfung der Versorgungsqualität genutzt.

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a SGB V bzw. § 73 c a.F. SGB V erhoben und gespeichert. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder deren Datenschutzbeauftragten, für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg unter [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).

### 3. Wissenschaftliche Begleitung/Auswertung durch einen Sachverständigen

Im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung werden die Daten aus der Dokumentation sowie die gefilterten Leistungs-, Abrechnungsdaten und DMP-Daten Ihrer Krankenkasse von einem Sachverständigen ausgewertet. Hierzu werden die Daten für den Zeitraum von einem Jahr vor der Einschreibung bis zu max. fünf Jahren nach Beendigung der Teilnahme genutzt.

Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Begleitung/Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden pseudonymisiert – wenn möglich anonymisiert. Die wissenschaftliche Begleitung/Auswertung überprüft, ob und wie die besondere Versorgung von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob und wie die besondere Versorgung sich auf die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

## Versicherteninformation Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Ihr Arzt hat bei Ihrem Kind vergrößerte Gaumenmandeln diagnostiziert. Vergrößerte Gaumenmandeln (Tonsillenhyperplasie) bei Kindern in diesem Alter sind nicht ungewöhnlich und eine Folge der hohen immunologischen Aktivität speziell bei jüngeren Kindern, da sich ihr Immunsystem noch im Aufbau befindet.

Die Mandeln zählen zu den lymphatischen Organen und dienen als solche der primären Auseinandersetzung des Körpers mit Antigenen. Durch die regelmäßige Konfrontation mit möglichen Krankheitserregern (zum Beispiel Viren oder Bakterien) kommt es zu einer physiologischen Größenzunahme der Gaumenmandeln. Diese Größenzunahme an sich ist keine Krankheit, die Mandeln sind nicht entzündet wie bei einer Mandelentzündung. Sie sind lediglich vergrößert.

Erreicht die Tonsillenhyperplasie jedoch eine bestimmte Größe, kann es zu Funktionsstörungen und zu behandlungsbedürftigen Begleiterscheinungen kommen. Sie bemerken dies beispielsweise an deutlichen nächtlichen Schnarchgeräuschen Ihres Kindes, zum Teil kann es sogar zu Atemaussetzern kommen, an häufigen Mittelohrinfekten oder an Sprech- und Artikulationsstörungen bis hin zu Gedeihstörungen.

Durch die Tonsillotomie, also der bloßen Verkleinerung der Gaumenmandeln, bleibt die immunologische Funktion des Mandelgewebes erhalten. Die Tonsillotomie ist damit eine echte Alternative zur vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln, soweit es lediglich um die Verminderung der übermäßigen Größe der Mandeln geht.

### ➤ **Neue Leistung Tonsillotomie ab dem 1. Januar 2012**

Die Tonsillotomie ist eine Leistung, die nicht zur medizinischen Regelversorgung gehört. Deshalb wird der Eingriff auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Vielleicht haben Sie schon einmal den Begriff iGe-Leistung gehört. iGe-Leistung steht für individuelle Gesundheitsleistung und bezeichnet Leistungen, die von Ärzten gegen Selbstzahlung angeboten werden, so wie beispielsweise auch die Tonsillotomie.

Ab dem 1. Januar 2012 bieten Ihnen die AOK Rheinland/Hamburg, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Ihr HNO-Arzt den Versorgungsvertrag Tonsillotomie an. Bei Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag haben Sie einen Anspruch auf volle Kostenerstattung des Eingriffs. Ihr HNO-Arzt führt die Operation durch und rechnet diese wie jeden anderen Arztbesuch auch über ihre Krankenkasse ab. Sie bekommen keine Rechnung, weder von Ihrem HNO-Arzt noch von Ihrer Krankenkasse.

### ➤ **Wie können Sie bzw. Ihr Kind an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie teilnehmen?**

Zur Teilnahme an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie müssen Sie lediglich folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie bzw. Ihr Kind ist Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg in Nordrhein
- Ihr Kind hat das 2. Lebensjahr vollendet und das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet
- Sie haben die beigefügte Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben an Ihren HNO-Arzt übergeben

Ihre Teilnahme an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie ist selbstverständlich freiwillig.

➤ **Welche Leistungen beinhaltet der Versorgungsvertrag Tonsillotomie?**

Der Versorgungsvertrag Tonsillotomie beinhaltet folgende Leistungen, die von Ihnen ab dem Zeitpunkt Ihrer Teilnahme in Anspruch genommen werden können:

- Die Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden HNO-Arzt
- Die Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen
- Ein umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen und Aushändigung dieses Merkblatts
- Die Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des HNO-Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch für Sie erreichbar ist
- Befundbericht / Anruf des Arztes am Operationstag

➤ **Datenerhebung**

Die Befunddaten Ihres Kindes werden von Ihrem HNO-Arzt unter Einhaltung seiner ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert und in anonymisierter Form an die KV Nordrhein weitergeleitet. Die KV Nordrhein erfasst die übermittelten Daten. Diese werden anschließend von einer externen Institution wissenschaftlich ausgewertet. Durch die Anonymisierung ist sichergestellt, dass keinerlei Bezug zu den Daten Ihres Kindes oder zu Ihren eigenen Daten hergestellt werden kann, weder durch die KV Nordrhein noch durch Ihre Krankenkasse. Jeder einzelne Schritt der Datenübermittlung unterliegt höchsten technischen Sicherheitsvorkehrungen, so dass der Schutz Ihrer Daten fortwährend gewährleistet ist.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles Gute!

Ihre  
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Ihre  
AOK Rheinland/Hamburg

**Vergütung und Abrechnung der Leistungen  
aus dem Vertrag nach § 73c SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg  
über die Durchführung einer Tonsillotomie  
im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung  
gültig ab dem 01.01.2012**

**1. Vergütung**

Leistungen Operateur		
Symbolnummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung in Euro
97070A	Durchführung einer Tonsillotomie	440,--
97070B	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	550,--
97070C	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	585,--
97070D	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	600,--
97070H	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	475,--
97070I	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	490,--

Die vorgenannten Symbolnummern können ausschließlich von den am Vertrag teilnehmenden operativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein und der Genehmigung zum ambulanten Operieren abgerechnet werden.

Die Symbolnummern beinhalten neben den Operationsleistungen ebenfalls den Aufwand für die erste postoperative Nachbehandlung ein bis zwei Tage nach erfolgter Operation.

Die Abrechnung der nachstehend genannten Leistungen setzt voraus, dass der Anästhesist sich verpflichtet, die Bedingungen des Vertrages einzuhalten.

<b>Leistungen Anästhesist</b>		
<b>Symbolnummer</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Vergütung in Euro</b>
97071A	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie	150,--
97071B	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,--
97071C	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,--
97071D	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	185,--
97071H	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	185,--
97071I	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	185,--

Die Abrechnung der nachstehend genannten Leistungen setzt voraus, dass der konservativ tätige HNO-Arzt sich verpflichtet, die Bedingungen des Vertrages einzuhalten.

<b>Postoperative Leistungen</b>		
<b>Symbolnummer</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Vergütung in Euro</b>
97070E	Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung 1 Woche nach erfolgter Operation	10,--
97070F	Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation	10,--



Die Symbolnummern 97070E und 97070F dürfen sowohl von teilnehmenden operativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde als auch von konservativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde abgerechnet werden. Die Symbolnummern 97070E und 97070F beinhalten für den konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde neben den Leistungen der Nachbehandlung auch das Ausfüllen der Dokumentation

Die Symbolnummern 97070E und 97070F dürfen nicht am selben Behandlungstag wie die Symbolnummern 97070A, B, C, D, H und I angesetzt werden. Die Symbolnummer 97070E darf erst eine Woche, die Symbolnummer 97070F darf erst vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation angesetzt werden.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 8 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen nach § 8 dieses Vertrages ist ausgeschlossen, sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

## 2. Abrechnung

Mit den Pauschalen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen des Operateurs und Anästhesisten inklusive der anfallenden prä- und postoperativen Konsultationen durch den HNO-Arzt, des Medikamenten- und Sprechstundenbedarfs, der Kosten für Radiofrequenzsonden und der Sachkosten im Rahmen der Coblation sowie der durch die Verwendung der Lasergeräte anfallenden Sachkosten abgegolten.

Komplikationsbedingte Folgeeingriffe durch den Operateur, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem nach diesem Vertrag erbrachten Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen. Insbesondere stationäre Folgeeingriffe sind hiervon ausgenommen.

Die erbrachten Leistungen werden von den teilnehmenden Ärzten kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abgerechnet.

Die KV Nordrhein erfasst die von den Ärzten abgerechneten Leistungen kalendervierteljährlich im Rahmen der Abrechnung für kurative Leistungen und rechnet sie mit der AOK Rheinland/Hamburg ab.

Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Kapitel 90 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfasst.

Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein durchgeführt, diese ist berechtigt gemäß § 12 Verwaltungskosten auf die Honorare zu erheben.



**Ablauf der Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen  
bei dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer  
Tonsillotomie  
im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung  
gültig ab dem 01.01.2012**

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gem. § 5 Absatz 1 des Versorgungsvertrags Tonsillotomie zu den von ihnen durchzuführenden Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen. Die Stichprobenprüfungen sind beschränkt auf eine Vollständigkeitsprüfung der laut Vertragsinhalt in der Praxis vorzuhaltenden Unterlagen, Dokumente und Nachweise:

## 1. Allgemeines

- a. Die Praxisbegehung erfolgt auf Antrag der AOK Rheinland/Hamburg oder der KV Nordrhein bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität bei den am Versorgungsvertrag teilnehmenden Ärzten.
- b. Für die Praxisbegehungen wird eine Kommission gebildet. Die Kommission besteht aus:
  - 2 Mitarbeitern der KV Nordrhein
  - 1 Facharzt für HNO-Heilkunde mit der Genehmigung zum ambulanten Operieren
- c. Die Kommission überprüft die baulich-apparativen und hygienischen Bedingungen der Praxisräume gemäß Abschnitt C § 6 der „QS-Vereinbarung Ambulante Operationen“ (siehe Punkt 2) und die Vertragsinhalte des Versorgungsvertrags Tonsillotomie (siehe Punkt 3).

## 2. Überprüfung der baulich-apparativen und hygienischen Bedingungen

gemäß Abschnitt C § 6 der „QS-Vereinbarung Ambulante Operationen“

### a. Räumliche Ausstattung

- Operationsraum
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich
- Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten



## **b. Apparativ-technische Voraussetzungen**

### **Operationsraum**

- Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
- zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen

### **Wascheinrichtung**

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

### **Instrumentarium und Geräte**

- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

### **Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial**

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

### **Hygienische Voraussetzungen**

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- Dokumentation über Infektionen nach § 23 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
- Hygieneplan nach § 36 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz

### **Notfälle**

- Organisationsplan für Notfälle / Notfallplan für Zwischenfälle
- regelmäßige Fortbildungen im Notfall-Management
- geeignetes Instrumentarium für Reanimationsmaßnahmen
- Sicherstellung der Notfallversorgung

### 3. Überprüfung der Vertragsinhalte des Versorgungsvertrags Tonsillotomie

Folgende Unterlagen werden in der Praxis des Arztes auf Vollständigkeit geprüft. Die Unterlagen sind von den Ärzten in pseudonymisierter Form vorzulegen, so dass keinerlei Patientenbezug möglich ist.

- OP-Bericht
- Narkosejournal
- Photodokumentation vor und nach der Operation
- falls Verwendung von Lasergeräten: Zulassung der Lasergeräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- den von dem nachbehandelnden HNO-Arzt rückübermittelten Dokumentationsbogen in Papierform über die zweite und dritte Nachbehandlung - sofern diese nicht von dem Operateur selbst erbracht worden sind



## Versorgungsvertrag Tonsillotomie

(Nachbehandlung durch Operateur)

Arztbrief an den überweisenden Arzt	Praxisstempel des Operateurs
-------------------------------------	------------------------------

Ort/Datum .....

Sehr geehrte(r) .....

vielen Dank für die Überweisung Ihres/r Patienten/in

Name:		Vorname:	
Geb. am:	Strasse:		
PLZ:	Wohnort:		

Bei den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Diagnose:**
- Hyperplasie der Gaumenmandeln (ICD J35.1) ja
  - Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln (ICD J35.3) ja
  - ICD H65.3 oder H65.4 oder H65.9 einseitig / beidseitig

- Befunde:** Die Spiegeluntersuchung ergab:
- eine ausgeprägte Hyperplasie der Tonsillen ja
  - vergrößerte Adenoide im Nasenrachenraum ja
  - einen Paukenerguss einseitig / beidseitig

**Therapie:** Am  wurde bei dem Patienten folgender Eingriff durchgeführt:

- Tonsillotomie ja
- Adenotomie ja
- Paukendrainage einseitig / beidseitig
- Legen von Paukenröhrchen ja

### Postoperativer Verlauf:

Der postoperative Verlauf bis zur 3. Nachkontrolle am

war komplikationslos. Sollten sich im weiteren Heilungsverlauf noch Probleme ergeben, werde ich Ihnen erneut berichten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



## Versorgungsvertrag Tonsillotomie (Nachbehandlung durch konservativ tätigen HNO-Arzt)

Arztbrief an den nachbehandelnden HNO-Arzt	Praxisstempel des Operateurs
--	------------------------------

**Ort/Datum** .....

**Sehr geehrte(r)** .....

vielen Dank für die Überweisung Ihres/r Patienten/in

Name:	Vorname:
Geb. am:	Strasse:
PLZ:	Wohnort:

Bei den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Diagnose:**
- Hyperplasie der Gaumenmandeln (ICD J35.1) ja
  - Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln (ICD J35.3) ja
  - ICD H65.3 oder H65.4 oder H65.9 einseitig  / beidseitig

- Befunde:** Die Spiegeluntersuchung ergab:
- eine ausgeprägte Hyperplasie der Tonsillen ja
  - vergrößerte Adenoide im Nasenrachenraum ja
  - einen Paukenerguss einseitig  / beidseitig

**Therapie:** Am  wurde bei dem Patienten folgender Eingriff durchgeführt:

- Tonsillotomie ja



- Adenotomie ja
- Paukendrainage einseitig / beidseitig
- Legen von Paukenröhrchen ja

Schnittnahtzeit (SNZ):  Minuten

### **Postoperativer Verlauf:**

#### **Erste Nachbehandlung**

Der postoperative Verlauf war bis zur ersten Nachbehandlung am  komplikationslos.

#### **Zweite und dritte Nachbehandlung**

- Bitte führen Sie die zweite Nachbehandlung ca. 1 Woche nach der Operation und die dritte Nachbehandlung ca. 4-6 Wochen nach der Operation durch.
- Bitte füllen Sie zeitgleich den beigefügten Dokumentationsbogen in Papierform aus.

Vielen Dank!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



## Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Dokumentationsbogen – 2. Nachbehandlung

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Datum der 2. Nachbehandlung:

2. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name:.....

LANR:.....

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen  nein  ja

Behandlung  konservativ  operativ

Bemerkung \_\_\_\_\_



## Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Dokumentationsbogen – 3. Nachbehandlung

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Datum der 3. Nachbehandlung:

3. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name:.....

LANR:.....

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Dokumentationsbogen – für den Operateur

#### Patient

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Alter:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten 3 Ziffern):

Unterschiedene Teilnahmeerklärung des Patienten liegt vor

#### Krankenkasse

Krankenkasse des Versicherten:  AOK Rheinland/Hamburg

#### Arztkontakt

Datum der Untersuchung

Überweisung des Patienten  durch Kinderarzt  
 durch HNO-Arzt  
 keine Überweisung (d.h. Erstkontakt findet beim Operateur statt)

#### Allgemeine Informationen

Entwicklungsstand des Kindes dem Alter entsprechend?  ja  nein

Beschreibung/Grund





**Indikation**

**Diagnose**

- J35.1 Hyperplasie der Gaumenmandeln
- J35.3 Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel
- H65.3 Chronische muköse Otitis media (Paukenerguss)
- J34.3 Hypertrophie der Nasenmuscheln
- Allergie (Benennung) \_\_\_\_\_
- Sonstiges (ICD-10) \_\_\_\_\_

- Tonsillengröße
- kissing tonsils
  - stark vergrößert
  - mäßig vergrößert

Wurde bereits eine Tonsillektomie bei dem Patienten durchgeführt?  ja  
 nein

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden im vergangen Jahr?

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden seit Geburt?

**Symptome**

	ständig	gelegentlich	selten	nie
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSAS bzw. Schnarchen mit Atemaussetzern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert		
Essverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert		

- Gedeihstörungen
- Behinderung der Nasenatmung
- Konzentrationsstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Allergien
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Präoperative Diagnostik**

- Präoperative Diagnostik wurde durchgeführt
- Labordiagnostik wurde durchgeführt



**Operation**

**Datum der Operation**

**Ort der Operation**

- eigene Praxis
- Belegkrankenhaus
- OP-Zentrum
- MVZ

**Geräteart**

- Lasergerät
- Coblationsgerät
- Radiofrequenzgerät

Typ \_\_\_\_\_

**Art des Eingriffs**

- Tonsillotomie
- Adenotomie
- Parazentese einseitig
- Parazentese zweiseitig

**Intensität des Eingriffs**

Wattzahl

Intensitätsregler auf Stufe

von max. Stufe

**Operationsverlauf**

- unproblematisch
- Komplikationen

Art der Komplikationen \_\_\_\_\_

**Durchführung des**

**Eingriffs**

- ambulant
- 1 Nacht Verweildauer

Grund \_\_\_\_\_

OP-Blockierungszeit

Minuten

Schnittnahtzeit

Minuten

Nachbeobachtungszeit im Aufwachraum

Minuten

Anwesenheit folgender Personen während der OP

- Anästhesist
- Anästhesieschwester
- OP-Schwester

Fotodokumentation vor und nach der OP gemäß Vertragsbedingungen liegt vor

ja  nein

OP Bericht wurde erstellt

ja  nein

Narkosejournal wurde erstellt

ja  nein

**Arzneimittel**

Ausgegebene Arzneimittel \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_



### 1. Nachbehandlung

Datum der 1. Nachbehandlung

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftreten von Nachblutungen		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Behandlung		<input type="checkbox"/> konservativ		<input type="checkbox"/> operativ		

Bemerkung

---



---



---

Arztstempel- und Unterschrift des Operateurs

## Postoperatives Merkblatt für die Eltern bzw. Sorgeberechtigten Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Ihr Kind nimmt am Versorgungsvertrag Tonsillotomie teil. Mit diesem Merkblatt möchte ich Ihnen Informationen zu möglichen Komplikationen und wichtige Verhaltensregeln nach dem Eingriff mitgeben. Sollten Sie dringenden Rat benötigen, stehe ich Ihnen unter den unten stehenden Telefonnummern zur Verfügung.

### 1. Mögliche Komplikationen

#### Vorübergehende Komplikationen

Nach der Operation können Schluck- und Sprechbeschwerden sowie Geschmacksveränderungen auftreten. Auftretende Schmerzen wie Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Ohrenscherzen oder Nackensteifigkeit können mit Hilfe von Medikamenten verringert werden. Bitte geben Sie Ihrem Kind nur die von mir verordneten/empfohlenen Medikamente und keine Schmerzmittel, die Acetylsalicylsäure enthalten (z.B. Aspirin®, Thomapyrin® oder ähnliches). Es kann auch Fieber bis 39 – 40 Grad auftreten. Im Allgemeinen reicht es auch hier aus, Paracetamol zu verabreichen. Ein Antibiotikum ist selten erforderlich. Auf den Wundflächen bildet sich weißlich grauer Fibrinbelag, der von einem unerfahrenen Arzt mit Eiter verwechselt werden kann. Es handelt sich jedoch nicht um Eiter, so dass auch hier meist keine Antibiose nötig ist.

Immer wenn Sie das Gefühl haben, das ist nicht das Verhalten meines Kindes (verweigert Nahrungsaufnahme, trinkt nicht, ist weinerlich, spricht nicht) hat es vermutlich Schmerzen, auch wenn es nach außen nicht so aussieht. Dann seien Sie nicht sparsam mit Schmerzmitteln im Rahmen des Möglichen.

#### Seltene Komplikationen

Nach der Operation können bis zu 3 Wochen Nachblutungen auftreten, diese sind aber sehr selten. Nachblutungen sind durch Blutaustritt aus Nase oder Mund, Bluthusten und vermehrtes unwillkürliches Schlucken bemerkbar. In diesem Fall verständigen Sie mich sofort, da nur ein HNO-Arzt entsprechende Maßnahmen ergreifen kann (Ihr Kind muss sofort in einer HNO-Klinik behandelt werden.) Selten, vor allem bei bereits vorgeschädigten Zähnen, können Zahnschäden auftreten.

### 2. Verhaltensregeln nach dem Eingriff (ca. 1 Woche in Abhängigkeit von Beschwerden)

#### Körperliche Anstrengung

Ihr Kind sollte sich **körperlich nicht anstrengen!**

### **Essen/Trinken**

Bitte geben Sie Ihrem Kind **keine harten Speisen** sowie **keine säurehaltigen Getränke und Speisen** (z.B. Bananen oder Tomaten). Ihr Kind kann jegliche Form von Gemüse, Kartoffelbrei, Nudeln (außer scharfe Soßen), Fleischpflänzchen, Hackbraten, Suppenfleisch, frische Suppen aus Hühnerfleisch, Rindfleisch oder Suppenknochen (keine Fertigsuppen) essen. Zu vermeiden sind Leberknödel oder Leberspätzle; Semmelknödel, Kartoffelknödel, Pfannkuchen, Kaiserschmarrn (ohne Puderzucker) o.ä. sind erlaubt. Wichtig ist, dass Ihr Kind trinkt.

### **Baden**

Bitte vermeiden Sie **heißes Baden** sowie **Haare waschen**. Am besten körperwarm vom Hals abwärts duschen! Bitte sehen Sie auch von Schwimmbad-, Saunabesuchen und Dampfbädern ab!

Bei Kindern mit Trommelfellperforation: So lange bei einer Nachuntersuchung nicht festgestellt wurde, dass die Trommelfelle wieder geschlossen sind, darf **kein Wasser in den Gehörgang** kommen.

### **Sonnenbestrahlung**

Bitte schützen Sie Ihr Kind nach dem Eingriff vor direkter Sonnenbestrahlung!

### **Sonstiges**

Bitte achten Sie auch darauf, dass Ihr Kind **keinen engen Kontakt mit anderen kranken Kindern** hat. Die nächste eventuell anfallende Schutzimpfung sollte **frühestens 4 Wochen nach dem Eingriff** durchgeführt werden. Bitte unternehmen Sie in den ersten Wochen nach der Operation **keine größeren Ausflüge**. Es muss sichergestellt sein, dass Ihr Kind im Fall einer stärkeren Blutung innerhalb kurzer Zeit versorgt werden kann.

### **3. Telefonische Erreichbarkeit**

Bei dringenden Fragen erreichen Sie mich unter den folgenden Telefonnummern:

Praxis:

Handy:

Freundliche Grüße und eine baldige Genesung wünscht Ihnen und Ihrem Kind

Ihr

HNO-Arzt