Lesefassung

# 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**

dem BKK-Landesverband NORDWEST (BKK-LV NW) handelnd für die beigetretenen Betriebskrankenkassen**,**
**Hatzper Straße 36, 45149 Essen**
- im Folgenden BKK-LV NW genannt -

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

**Inhaltsverzeichnis**


Präambel ... 4
§ 1 ... 4
Geltungsbereich / Vertragsgegenstand ... 4
§ 2 ... 5
Pflichten der KV Nordrhein ... 5
§ 3 ... 5
Teilnehmende Betriebskrankenkassen ... 5
§ 4 ... 6
Teilnahme der Ärzte ... 6
§ 5 ... 7
Teilnahmevoraussetzungen für den operativ tätigen HNO-Arzt ... 7
§ 5 a ... 8
Teilnahmevoraussetzungen für den konservativ tätigen HNO-Arzt ... 8
§ 5 b ... 9
Teilnahmevoraussetzungen für den Facharzt für Anästhesiologie ... 9
§ 6 ... 9
Pflichten der operativ tätigen HNO-Ärzte ... 9
§ 7 ... 12
Pflichten der konservativ tätigen HNO-Ärzte ... 12
§ 8 ... 12
Teilnahme der Versicherten ... 12
§ 9 ... 13
Leistungen ... 13
§ 10 ... 14
Evaluation ... 14
§ 11 ... 15
Vergütung ... 15
§ 12 ... 15
Abrechnungsverfahren ... 15
§ 13 ... 16
Verwaltungskosten ... 16
§ 14 ... 16
Datenschutz ... 16
§ 15 ... 17
Salvatorische Klausel ... 17
§ 16 ... 17
Schlussbestimmungen ... 17

Übersicht der Anlagen:

| | |
|---|---|
| Anlage 1: | Teilnahmeantrag HNO-Operateur |
| 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 HNO-Operateur |
| Anlage 7: | Postoperatives Merkblatt für die Eltern |
| Anlage 8: | Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen |
| Anlage 9 | Teilnahmeantrag konservativ tätiger HNO-Arzt |
| Anlage 10 | Teilnahmeantrag Anästhesist |

## 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 Tonsillenhyperplasie nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist. Die Operation wird daher nur als private IGeL-Leistung angeboten. Da die von einer Tonsillenhyperplasie 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 gleich bleibenden Qualität dieser neuen Behandlungsmethode durch Vorgabe folgender Struktur-, Prozess- und Qualifikationsanforderungen etabliert werden.

## § 1
## Geltungsbereich / Vertragsgegenstand

1. Der Vertrag findet Anwendung in der Versorgungsregion der KV Nordrhein.

2. Der Vertrag gilt für die Versicherten der teilnehmenden Betriebskrankenkassen des BKK-LV NW in der Versorgungsregion der KV Nordrhein, die die entsprechenden Voraussetzungen nach § 8 dieses Vertrages erfüllen.

3. Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen.

## § 2
## Pflichten der KV Nordrhein

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

2. 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, dem BKK-LV NW öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet (www.kvno.de) zur Verfügung. Der BKK-LV NW kann auf die Seite verlinken, auf der die KV Nordrhein das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte veröffentlicht.

3. Die KV Nordrhein informiert den BKK-LV NW im Rahmen der monatlichen Lieferung des Arztverzeichnisses über den Beginn und das Ende der Teilnahme der Ärzte nach § 4.

## § 3
## Teilnehmende Betriebskrankenkassen

1. An dem Vertrag können Betriebskrankenkassen teilnehmen, sofern sie gegenüber dem BKK-LV NW ihre Teilnahme schriftlich erklärt haben.

2. Die Teilnahme einer Betriebskrankenkasse beginnt frühestens zum jeweiligen Abrechnungsquartal, sofern die Teilnahme durch den BKK-LV NW mit einer Frist von 4 Wochen zu Beginn eines jeweiligen Abrechnungsquartals schriftlich gegenüber der KV Nordrhein angezeigt wurde.

3. Abweichend zu § 16 Abs. 2 kann die Teilnahme einer Betriebskrankenkasse gegenüber dem BKK-LV NW und der KV Nordrhein mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

4. Die KV Nordrhein erhält mit einer Frist von 14 Tagen vor dem nachfolgenden Quartal vom BKK-LV NW eine aktuelle Übersicht über die an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen (Anlage 8).

## § 4
## Teilnahme der Ärzte

1. Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen bzw. in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt angestellten Fachärzte der folgenden Fachgruppen, die ihren Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein haben sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bezirk der KV Nordrhein Leistungen zu erbringen und abzurechnen:

   a. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
   b. Fachärzte für Anästhesiologie.

2. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.

3. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren Heilkunde mit Genehmigung zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V, die im Rahmen dieses Vertrages operativ tätig werden möchten (HNO-Operateur), beantragen ihre Teilnahme am Vertrag mittels der Teilnahmeerklärung nach Anlage 1 unter Beifügung der erforderlichen Nachweise gemäß § 5 bei der Hauptstelle, Abteilung Qualitätssicherung, der KV Nordrhein.

4. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren Heilkunde, die konservativ tätig sind, beantragen ihre Teilnahme am Vertrag mittels der Teilnahmeerklärung nach Anlage 9 bei der Hauptstelle, Abteilung Qualitätssicherung, der KV Nordrhein.

5. Fachärzte für Anästhesiologie beantragen ihre Teilnahme am Vertrag mittels der Teilnahmeerklärung nach Anlage 10 bei der Hauptstelle, Abteilung Qualitätssicherung, der KV Nordrhein.

6. Mit der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzte die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.

7. Bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Vertragsarzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

8. Zur Aufrechterhaltung der Teilnahme haben die in Absatz 3 bis 5 genannten Fachärzte die jeweils in den §§ 4 bis 6 beschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen.

9. Die Fachärzte können ihre Teilnahme an dem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigung ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige

Bezirksstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.

10. Der teilnehmende Facharzt 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 § 9 dieses Vertrages verstößt.

11. Die Teilnahme des Facharztes am Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf

    a. mit dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit
    b. mit Weigerung des HNO-Operateurs, die gemäß § 6 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 Absatz 10

    Die Teilnahme der Ärzte endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Beendigung des Vertrages.

12. Konservativ tätige Fachärzte für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde sowie Anästhesisten, die bereits am zum 31.03.2015 beendeten Vertrages zwischen der KV Nordrhein und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen vom 13.05.2011 teilgenommen haben, können an diesem Vertrag nur teilnehmen, wenn diese entsprechend dieses Paragraphen einen Antrag zur Teilnahme stellen und die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfüllen.

## § 5
## Teilnahmevoraussetzungen für den operativ tätigen HNO-Arzt

1. **Teilnahmeerklärung**: Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung (Anlage 1).

2. **Geräte**: Durchführung der Tonsillotomie mit folgenden Geräten der HNO-Chirurgie:
    - Lasergeräte ($CO_2$ 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 Medizin-Produkte-Betreiberverordnung

   c. Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizin-Produkte-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. Der BKK-LV NW 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 a
## Teilnahmevoraussetzungen für den konservativ tätigen HNO-Arzt

1. Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung nach Anlage 9.

2. Durch die KV Nordrhein erteilte Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

## § 5 b
## Teilnahmevoraussetzungen für den Facharzt für Anästhesiologie

1. Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung nach Anlage 10.
2. Durch die KV Nordrhein erteilte Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

## § 6
## Pflichten der operativ tätigen HNO-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). Weiterhin erklärt der Arzt sein Einverständnis zur Veröffentlichung des Namens, der Adresse sowie der Telefon- und Faxnummer der Praxis auf der Homepage des BKK-Landesverbandes NORDWEST unter www.bkk-nordwest.de.

   **Einschreibung der Versicherten;** Prüfung der Eignung für die Teilnahme und Einschreibung in den Vertrag mittels Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2). Die teilnehmenden Ärzte übersenden die Teilnahmeerklärungen der Versicherten jeweils monatlich an ihre Bezirksstelle; die KV Nordrhein wird ein elektronisches Verzeichnis über die teilnehmenden Patienten erstellen. Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten werden durch die KV Nordrhein monatlich an die jeweilige BKK weitergeleitet. Die Vertragspartner streben an, das elektronische Patientenverzeichnis auch an die jeweilige BKK zu übersenden, so bald dort die entsprechende Infrastruktur besteht.

3. **Abrechnung**: Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt mittels zertifizierter Praxissoftware an die KV Nordrhein.

4. **Geräteanschaffung**: Pflicht zur umgehenden Anzeige von Gerätekauf bzw. –abmeldung für Geräte nach § 5 Absatz 2 des Vertrages. Die Anzeige ist zu richten an die Hauptstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung.

5. **Gerätewartung**: Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizin-Produkte-Betreiberverordnung zu erfüllen.

6. **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.

7. **Indikationsstellung**: Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach § 9 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 Absatz 9 zu dokumentieren.

8. **Photodokumentation**: Darüber 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.

9. **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.

10. **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 § 6 Absatz 9.

11. **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).

12. **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.

13. **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.

## § 7
## Pflichten der konservativ tätigen HNO-Ärzte

1. Mit der Abrechnung 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.

## § 8
## Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind alle im Geltungsbereich dieses Vertrages bei einer teilnehmenden Betriebskrankenkasse Versicherten, die mindestens das zweite Lebensjahr, jedoch noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben und die Einschlusskriterien zur Indikationsstellung nach § 6 Abs. 7 erfüllen und bei denen keine der unter Buchstabe c genannten Ausschlusskriterien vorliegen.

2. Sorgeberechtigte, die an der Durchführung einer Tonsillotomie ihres nach dem Vertrag teilnahmeberechtigten Kindes interessiert sind, werden von ihrer am Vertrag teilnehmenden BKK 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 Tonsillenhyperplasie, 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 des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Datenverarbeitung durch den/die Sorgeberechtigte/n. Die Teilnahmeerklärung wird den Ärzten von der KV Nordrhein 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 und Patienteninformation ist diesem Vertrag als Anlage 2 und Anlage 2.1 zum Zwecke der Information beigefügt.

4. 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.

5. Die Versicherten bzw. der/die Sorgeberechtigte/n können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe 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 die Krankenkasse den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

6. Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit in Textform oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Quartals kündigen.

7. Die Krankenkasse 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 automatisch mit
   - dem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Krankenkasse,
   - dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
   - dem Wechsel zu einem nicht an dem Vertrag teilnehmenden Arzt,
   - dem Widerruf der Teilnahme- und/oder der Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung,
   - als auch mit vollständiger Leistungserbringung nach diesem Vertrag oder bei Beendigung des Vertrages.

## § 9
## Leistungen

Im Rahmen dieses Vertrages haben die nach § 8 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 HNO-Operateurs am Operationstag.

Die Leistungen nach § 8 Nr. d bis f des Vertrages haben gegenüber dem/den Sorgeberechtigten zu erfolgen.

## § 10
## 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.

## § 11
## 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, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen.

2. Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 9 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen nach § 9 dieses Vertrages ist ausgeschlossen, sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

3. Die Vergütung sämtlicher Honorare erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

## § 12
## Abrechnungsverfahren

1. Die erbrachten Leistungen nach § 9 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 J 35.1 bzw. ICD 10 J 35.3.

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 jeweiligen Betriebskrankenkasse ab.

3. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages wird detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt 3 in der Kontenart 409 erfasst und separat in der Ebene 6 ausgewiesen.

4. Der BKK-Landesverband NORDWEST erhält halbjährlich komprimierte Abrechnungsdaten über die abgerechneten Leistungen.

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

## § 13
## Verwaltungskosten

Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten für die Durchführung der Abrechnung einen Verwaltungskostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils aktuellen Fassung.

## § 14
## 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 ergebenen 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.

## § 15
## 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.

## § 16
## Schlussbestimmungen

1. Der Vertrag tritt am 01.04.2015 in Kraft, geändert am 01.01.2019 und ersetzt den bisherigen Vertrag zwischen der KV Nordrhein und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen vom 13.05.2011.

2. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2015.

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, Essen, den 27.02.2015 / 20.12.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

*gezeichnet*

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

*gezeichnet*

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

**BKK-Landesverband NORDWEST**

*gezeichnet*

Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**
**Hauptstelle**
**Qualitätssicherung**
Tersteegenstraße 3
40474 Düsseldorf

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

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

Telefax: (0211) 5970-8160

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung des HNO-Operateurs am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.04.2015

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich** | | ☐ **Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**<br>• angestellt seit::<br>• bei: |
| 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 § 9 und der Evaluation nach § 10, erkläre ich

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

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: $CO_2$ 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, § 5 Absatz 3
- Kopie des Wartungsbelegs (bei eigenen Geräten) bzw. bei einem Neugerät Kopie des Kaufbelegs, § 6 Absatz 6)

**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 und www.bkk-nordwest.de veröffentlicht wird.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Vertragsarztes
Vertretungsberechtigten

_____
Unterschrift des angestellten Arztes bzw. des MVZ-

_____
Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

BKK Landesverband NORDWEST

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

# Erklärung des Patienten
## zur Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung

- Besondere Versorgung **Tonsillotomie** -

**- Original bei der KV Nordrhein einreichen -**

**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 Ärzte/Ärztinnen**

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 Ärzte/Ärztinnen. 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 Ärzte/Ärztinnen zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Ärzte/Ärztinnen 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 Ärzte/Ärztinnen 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 beigefügt) 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 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 bei meiner Krankenkasse 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.

**Bitte das heutige Datum eintragen**

| T T | M M | J J J J |
|---|---|---|
| | | 2 0 |

Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

**Bestätigung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin**

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | |
|---|---|---|
| | | 2 0 |

Unterschrift Vertragsarztstempel

Stand: 01.01.2019

# 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.

➢ **Tonsillotomie, eine besondere Versorgung Ihrer Krankenkasse in Nordrhein**

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 IGeL-Leistung gehört. IGeL-Leistung steht für individuelle Gesundheitsleistung und bezeichnet Leistungen, die von Ärzten gegen Selbstzahlung angeboten werden, so wie beispielsweise auch die Tonsillotomie. Ihre Betriebskrankenkasse, die KV Nordrehin und Ihr HNO-Arzt bieten Ihnen 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 der teilnehmenden

➢ **Wie können Ihr Kind an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie teilnehmen?**

Zur Teilnahme an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie müssen Sie lediglich folgende Voraussetzungen erfüllen:
- Ihr Kind ist bei einer teilnehmenden Betriebskrankenkasse versichert
- Ihr Kind hat das 2. Lebensjahr erreicht 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; sie kann jederzeit schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gekündigt werden.

➢ **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

➢ **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**
Verstoßen Sie während der Teilnahme an dieser Versorgung gegen Ihre Pflicht, ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, sind bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten HNO-Arztes (z. B. Urlaub).

**Datenschutz**
Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.Ihre Betriebskrankenkasse behandelt die Daten Ihres Kindes vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Betriebskrankenkasse überwacht.
Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf der Homepage Ihrer Betriebskrankenkasse. Auf Wunsch sendet Ihnen Ihre Betriebskrankenkasse diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht,sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden: Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de

Verantwortliche/r für den Datenschutz nach Artikel26 DSG -VO sind gemeinsam :
- BKK Landesverband NORDWEST, Hatzper Straße36, 45149 Essen, info@bkk-nordwest.de
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, info@kvno.de

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles Gute!

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# Vergütung und Abrechnung der Leistungen aus dem Vertrag nach § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.04.2015

## 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 sind von den teilnehmenden HNO-Operateuren bei Vorliegen der Genehmigung zum ambulanten Operieren kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abzurechnen.

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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

Die nachstehenden Symbolnummern sind von den teilnehmenden Anästhesisten kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abzurechnen

| Leistungen Anästhesist | | |
|---|---|---|
| **Symbolnummer** | **Leistungsbeschreibung** | **Vergütung in Euro** |
| 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 nachstehenden Symbolnummern sind von den teilnehmenden konservativ tätigen HNO-Ärzten sowie von HNO-Operateuren –sofern es sich um die eigenen und nicht überwiesenen Patienten handelt- kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abzurechnen.

| Postoperative Leistungen | | |
|---|---|---|
| **Symbolnummer** | **Leistungsbeschreibung** | **Vergütung in Euro** |
| 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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

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 § 9 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen nach § 9 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, 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, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen.

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 teilnehmenden Betriebskrankenkasse 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 §13 des Vertrages Verwaltungskosten auf die Honorare zu erheben.

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# 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 01.04.2015

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gem. § 6 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 teilnehmenden Betriebskrankenkasse oder der KV Nordrhein bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität bei den am Versorgungsvertrag teilnehmenden HNO-Operateuren.

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 Anschnitt 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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

## b. Apparativ-technische Voraussetzungen

### Operationsraum

- Raumoberflächen (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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

## 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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# 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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# Versorgungsvertrag Tonsillotomie

**(Nachbehandlung durch 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐ komplikations-

los.

**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

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wundheilung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Schmerzverlauf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ess- und Trinkverhalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Besserung der Symptome | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Auftreten von Nachblutungen ☐ nein ☐ ja

Behandlung ☐ konservativ ☐ operativ

Bemerkung _____

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wundheilung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Schmerzverlauf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ess- und Trinkverhalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Besserung der Symptome | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Bemerkung: .....

Ort, Datum

Unterschrift

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# Dokumentationsbogen – für den Operateur

## Patient

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer ☐☐☐☐☐

Alter: ☐☐

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten 3 Ziffern): ☐☐☐

Unterschriebene Teilnahmeerklärung des Patienten liegt vor ☐

## Krankenkasse

Krankenkasse des Versicherten: ☒ Betriebskrankenkasse (BKK)

## 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 Tosillektomie bei dem Patienten durchgeführt?
- ☐ ja
- ☐ nein

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden im vergangen Jahr? ☐☐

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden seit Geburt? ☐☐

**Symptome**

| | ständig | gelegentlich | selten | nie |
|---|---|---|---|---|
| Schnarchen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| OSAS bzw. Schnarchen mit Atemaussetzern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mittelohrinfekte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Erkältungskrankheiten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| Trinkverhalten | ☐ normal | ☐ reduziert |
| Essverhalten | ☐ normal | ☐ 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wundheilung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Schmerzverlauf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ess- und Trinkverhalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Besserung der Symptome | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Auftreten von Nachblutungen ☐ ja ☐ nein

Behandlung ☐ konservativ ☐ operativ

Bemerkung

_____

_____

_____

Arztstempel- und Unterschrift des Operateurs

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

# 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, Ohrenschmerzen 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

# Tonsillotomie-Vertrag BKK Landesverband NORDWEST
## - Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen -
## - Stand: 01.04.2015 -

| Nr. | VKNR | BKK | PLZ Ort | Bemerkung |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |
| 40 | | | | |
| 41 | | | | |
| 42 | | | | |
| 43 | | | | |
| 44 | | | | |
| 45 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |
| 49 | | | | |
| 50 | | | | |
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |
| 53 | | | | |
| 54 | | | | |
| 55 | | | | |
| 56 | | | | |
| 57 | | | | |
| 58 | | | | |
| 59 | | | | |
| 60 | | | | |
| 61 | | | | |
| 62 | | | | |
| 63 | | | | |
| 64 | | | | |
| 65 | | | | |

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**
**Hauptstelle**
**Qualitätssicherung**
Tersteegenstraße 3

40474 Düsseldorf

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

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

Telefax: (0211) 5970-8160

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung des konservativ tätigen HNO-Facharztes am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.04.2015

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich** | | ☐ **Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**<br>• angestellt seit::<br>• bei: |
| 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)*: | | |

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

1. **Fachliche Voraussetzungen**
   Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Mit der Abrechnung der Symbolnummern 97070E und 97070F für die zweite und dritte Nachbehandlung des erfolgten Eingriffs verpflichtet sich der konservativ tätige nachbehandelnde HNO-Arzt, einen vom HNO-Operateur in geeigneter Form (FAX oder postalisch) übermittelten Dokumentationsbogen (Anlage 5.1) in Papierform auszufüllen und unverzüglich, ebenfalls in geeigneter Form, an den HNO-Operateur zurück zu übermitteln. Die Rückübermittlung des ausgefüllten Dokumentationsbogens ist für die Abrechnung der vorgenannten Symbolnummern verpflichtende Voraussetzung.

2. **Teilnahmeerklärung**
   In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

3. **Verpflichtungserklärung**
   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 und www.bkk-nordwest.de veröffentlicht wird.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift des Vertragsarztes | Unterschrift des angestellten Arztes bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

_____
Praxisstempel

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**
**Hauptstelle**
**Qualitätssicherung**
Tersteegenstraße 3

40474 Düsseldorf

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

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

Telefax: (0211) 5970-8160

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Anästhesisten am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.04.2015

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich** | | ☐ **Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**<br>• angestellt seit::<br>• bei: |
| 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)*: | | |

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

BKK Landesverband NORDWEST

1. **Fachliche Voraussetzungen**
   Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Anästhesie.

2. **Teilnahmeerklärung**
   In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

3. **Verpflichtungserklärung**
   Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie sowie etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) 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 und www.bkk-nordwest.de veröffentlicht wird.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Vertragsarztes

_____
Unterschrift des angestellten Arztes
bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

_____
Praxisstempel