

## Anlage 1 – Operativ tätiger HNO-Arzt

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragungsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

#### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

#### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

#### Fachliche Voraussetzungen\*

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Nachweis der Erfahrung bei der Durchführung von Tonsillotomien. Als Nachweis anerkannt werden Kopien der OP-Berichte, Kopien der Narkosejournale oder ähnliche dokumentierte Vorgänge, die einen Rückschluss auf die tatsächliche Durchführung des Eingriffs zulassen.

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Lasertonsillotomie

Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Laser bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 laserchirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben. **-bitte beifügen-**

Coblationstonsillotomie

Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Coblation bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 coblationschirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben. **-bitte beifügen-**

Radiofrequenztonsillotomie

Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Radiofrequenz bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 radiofrequenzchirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben. **-bitte beifügen-**

---

### Apparative Voraussetzungen

Das Lasergerät ist nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zugelassen. Für die Durchführung der Tonsillotomie wird ausschließlich nachfolgendes Gerät der HNO-Chirurgie verwendet:

**Lasergerät** (CO<sub>2</sub> Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser)

---

**Coblationsgeräte**

---

**Radiofrequenzgerät**

---

---

### Bauliche Voraussetzungen

Bereitstellung und Einhaltung der erforderlichen baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Durchführung von Tonsillotomien gemäß den Anforderungen der Qualitätsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, zum Vertrag ambulantes Operieren nach § 115b SGB V.

---

### Zustimmung

- In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 5-8, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach §§ 4-9, 11 und des Leistungsumfangs nach § 11, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem BAHN-BKK-Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.
- Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der operativ tätigen Ärzte sowie die Bestimmungen zu Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen im Vertrag aufgeführt.
- Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrags über die Durchführung einer Tonsillotomie sowie etwaige erforderliche 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 Schleswig-Holstein anzeigen.
- Weiterhin verpflichte ich mich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
- Ich erkläre mich mit der Begehung meiner Praxisräume bzw. derjenigen Räume, in denen der Eingriff der Tonsillotomie erfolgen wird in dem Umfang entsprechend der QS-Vereinbarung Ambulante Operationen zur Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag einverstanden. Ich gestatte die Überprüfung bei Begehung und wirke in dem für die Begehung

und Überprüfung erforderlichen Umfang mit. Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) veröffentlicht wird.
- die im Rahmen des Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungs- und Evaluationszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt intern in pseudonymisierter Form und bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form.
- Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Quartals widerrufen werden kann sowie ohne Einwilligungserklärung nicht möglich ist.

## Unterschrift(en)

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person