

Änderungsvereinbarung

**zum Vertrag nach § 73 c SGB V a. F.
über die Durchführung einer Tonsillotomie
im Rahmen der Besonderen vertragsärztlichen Versorgung
vom 04.02.2015**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

der KNAPPSCHAFT

Knappschaftstraße 1, 44789 Bochum

- im Folgenden KNAPPSCHAFT genannt -

Die Vertragspartner dieses Ergänzungsvertrages haben sich darauf verständigt, den Vertrag nach § 73c SGB V a. F. über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung vom 04.02.2015 zu ändern. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen mit Wirkung zum 25.05.2018 getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

I. Änderung des § 7 (Teilnahme der Versicherten)

In § 7 (Teilnahme der Versicherten) werden die Absätze 3 bis 5 durch die die folgenden Absätze 3 bis 8 ersetzt:

- „(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 beigelegt.
- (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 der KNAPPSCHAFT 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 der KNAPPSCHAFT 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.“

II. Änderung des § 12 (Datenschutz)

§ 12 wird wie folgt vollständig neu gefasst:

- „(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.“

III. Änderung des § 13 (Salvatorische Klausel)

§ 13 wird wie folgt vollständig neu gefasst:

„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.“

IV. Neufassung der Anlagen 2 und 2.1

Die Anlagen 2 und 2.1 werden neu gefasst und sind dieser Änderungsvereinbarung als Anhang 1 (Anlage 2 Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung) und 2 (Anlage 2.1 Patienteninformation zur Teilnahme und Datenverarbeitung) beigefügt.

V. In-Kraft-treten

Die Änderungsvereinbarung tritt zum 25.05.2018 in Kraft. Die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages gelten unverändert fort.

Düsseldorf, den 25.05.2018

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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

KNAPPSCHAFT

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 kostenlos 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 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 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.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

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

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Vertragsarztstempel

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 Gehörstörungen.

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

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. Die KNAPPSCHAFT, die KV Nordrhein 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 KNAPPSCHAFT.

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

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

- Ihr Kind ist bei der KNAPPSCHAFT 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-Arztbesuches, 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-Arztbesuches (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. Die KNAPPSCHAFT 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 der KNAPPSCHAFT überwacht. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf der Homepage der KNAPPSCHAFT unter:

www.knappschaft.de

Auf Wunsch sendet Ihnen die KNAPPSCHAFT 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

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles Gute!

Ihre KV Nordrhein

Ihre