

# **Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten**

## **Tonsillotomie in Hessen**

**Vertrag gem. § 140a (neu) SGB V**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen  
Georg – Voigt – Str. 15  
60325 Frankfurt am Main  
(nachfolgend KV Hessen genannt)

und der

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Basler Straße 2  
61352 Bad Homburg  
(nachfolgend AOK Hessen genannt)

## Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	3
§ 1 Ziele des Vertrages.....	4
§ 2 Gegenstand des Vertrages und Leistungsbeschreibung .....	4
§ 3 Teilnahme der Versicherten .....	5
§ 4 Teilnahme der Fachärzte .....	6
§ 5 Aufgaben der KV Hessen.....	7
§ 6 Abrechnung und Vergütung .....	7
§ 7 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit und Kündigung .....	8
§ 8 Datenschutz.....	8
§ 9 Sonstiges.....	8
Anlagen: .....	9

## **Präambel**

Erklärtes Ziel der Vertragspartner ist die Etablierung einer hochwertigen und qualitätsgesicherten Patientenversorgung. In dem Bestreben, diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Vertragspartner fortlaufend bemüht, die medizinische Versorgung der Versicherten zu verbessern und im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten 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.

Mit diesem Vertrag soll die Tonsillotomie im ambulanten Rahmen ermöglicht und dabei eine hohe und gleichbleibende Qualität dieser neuen Behandlungsmethode durch Vorgabe definierter Struktur-, Prozess- und Qualitätsanforderungen etabliert werden. Die Vertragspartner möchten dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend das ambulante Operieren fördern und Rahmenbedingungen schaffen, die eine weitere Verlagerung von bisher stationär erbrachten Operationen in den ambulanten Sektor ermöglichen. Gleichzeitig leistet der Vertrag einen Beitrag zur wirtschaftlichen Versorgung, da die Kosten einer ambulanten Tonsillotomie die Kosten einer stationären Versorgung unterschreiten.

## **§ 1 Ziele des Vertrages**

Ziel des Vertrages ist es, den Versicherten der AOK Hessen die Inanspruchnahme einer qualitäts-gesicherten und wohnortnahen ambulanten Tonsillotomie (Teilentfernung der Gaumenmandeln) zu ermöglichen und dadurch stationäre Behandlungen zu vermeiden. Gleichzeitig stellt das Versorgungsangebot der ambulanten Tonsillotomie im Vergleich zur Tonsillektomie das schonendere, schmerzärmere und somit weniger risikoreiche Verfahren dar. Intra- und postoperative Komplikationen sollen dadurch vermieden bzw. reduziert werden.

## **§ 2 Gegenstand des Vertrages und Leistungsbeschreibung**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung einer ambulanten Tonsillotomie alleine oder als Zusatzleistung zu einer Adenotomie ggf. mit einer Parazentese und/ oder Paukendrainage ein-/beidseitig.
- (2) Der teilnehmende Arzt erbringt eine Versorgung mit folgenden Leistungsinhalten:
  - a) Indikationsstellung gemäß § 3 Abs. 1.
  - b) Aushändigung der Anlage 4 an den/die Erziehungsberechtigten des Versicherten und Abwicklung des Teilnahmeverfahrens des Versicherten gemäß § 3 Abs. 5 - 9.
  - c) Aufklärungsgespräch mit dem/ den Erziehungsberechtigten des Versicherten über die Inanspruchnahme der vom Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie.
  - d) Sicherstellung, dass vor Durchführung des Eingriffs eine die Operationsfähigkeit des Versicherten bestätigende Untersuchung vorliegt.
  - e) ambulante Durchführung der Tonsillotomie sowie die ambulante Durchführung etwaiger Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit/ ohne Paukendrainage).
  - f) postoperative Überwachung (ggfs. auch vom Anästhesisten zu erbringen), dem/ den Erziehungsberechtigten ist bei Entlassung des Versicherten nach Hause eine Telefonnummer auszuhändigen, unter welcher der Arzt für mind. 24 h (gerechnet ab Zeitpunkt der Entlassung) zu erreichen ist.
  - g) Anwesenheit des teilnehmenden Arztes am Operationsstandort innerhalb von 30 Minuten nach Alarmierung.
  - h) die Aushändigung eines Merkblattes mit Verhaltensregelungen nach der Operation und über mögliche selten auftretende Komplikationen. Das Merkblatt wird dem teilnehmenden Arzt in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.
  - i) Dokumentation entsprechend den berufs- und vertragsärztlichen Vorschriften.
  - j) Abrechnung der vertragsgegenständlichen Leistungen sowie der Begleitleistungen gegenüber der KV Hessen gemäß § 6.
  - k) Kodierung aller im Rahmen der Versorgung identifizierten und gesicherten Erkrankungen des Versicherten auf Basis des aktuell gültigen ICD 10 – GM, endstellig und gesichert (Kennzeichen „G“).
  - l) Individueller Arztbrief an den überweisenden Arzt und ggfs. an den an der postoperativen Nachbehandlung beteiligten (HNO)Arzt.

- (3) Die operativen Leistungen des Vertrages sind von den teilnehmenden Ärzten persönlich zu erbringen.
- (4) Bei Laserbehandlung ist nach dem Eingriff vom teilnehmenden Arzt, abweichend von Abs. 2 lit f), eine telefonische Rufbereitschaft von 3 Tagen zu gewährleisten.
- (5) Es ist vom teilnehmenden Arzt sicherzustellen, dass für die angewandten Verfahren dieses Vertrages eine Deckungszusage seiner Haftpflichtversicherung vorliegt.
- (6) Die AOK Hessen ist im Einzelfall berechtigt, die Indikationsstellung sowie die Qualität und Angemessenheit der Behandlung durch Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme gemäß §§ 275 ff. SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen.

### § 3 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK Hessen, die zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs zwischen 3 und 6 Jahre alt sind und jeweils eine Voraussetzung nach Nr. 1 und 2 erfüllen und kein Ausschlusskriterium nach Nr. 3 besteht.
  1. Diagnosen gemäß ICD – GM in der jeweils gültigen Fassung
    - a) Hyperplasie der Gaumenmandeln (**J 35.1**), gesichert oder
    - b) Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln (**J 35.3**), gesichert
  2. Indikationen in der Krankengeschichte des Versicherten
    - a) obstruktive Schlafapnoe
    - b) nachgewiesene Gedeihstörung
    - c) gestörtes Ess- und Trinkverhalten
    - d) chronische Mittelohrentzündungen
    - e) Paukenerguss
    - f) erfolglose konservative Therapie beim HNO-Arzt
    - g) gute Luxierbarkeit der Tonsillen
  3. Bei Vorliegen nachfolgend benannter Kontraindikationen in der Krankengeschichte des Versicherten besteht keine Teilnahmeberechtigung:
    - a) Retonsillotomie
    - b) mehr als 3 antibiotikpflichtige Tonsillitiden im Jahr vor der Operation und mehr als 4 antibiotikpflichtige Tonsillitiden seit der Geburt des Versicherten
    - c) schwerwiegende Nebenerkrankungen
    - d) Gerinnungsstörungen
    - e) akute Tonsillitis
    - f) submuköse Gaumenspalte
    - g) Nasen-Rachen-Fibrom
    - h) Druckschmerzhaftigkeit der Tonsillen
    - i) Fehlende Luxierbarkeit der Tonsillen
    - j) Exprimat sichtbar

- (2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig. Sie erfolgt durch Abgabe einer Teilnahmeerklärung (Anlage 4) nach ausführlicher Information (Anlage 5).
- (3) Die Einschreibung des Versicherten erfolgt durch den teilnehmenden Arzt. Der Erziehungsberechtigte des Versicherten füllt die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 aus, erklärt per Unterschrift die Teilnahme und wählt hiermit den, im Rahmen dieses Vertrages, behandelnden Arzt. Bei diesem ist durch die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) das Versicherungsverhältnis bei der AOK Hessen nachzuweisen. Es gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV – Ä) in der jeweils aktuellen Form.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung gegenüber dem behandelnden Arzt, der diese im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt. Die Teilnahmeerklärung im Original verbleibt beim behandelnden Arzt und ist der Patientenakte zuzufügen. Dem Versicherten bzw. dessen Erziehungsberechtigten ist eine Kopie der Teilnahmeerklärung sowie die Anlage 5 (Elterninformation und Informationen zum Datenschutz) auszuhändigen. Die AOK Hessen ist berechtigt, beim behandelnden Arzt eine Kopie der Teilnahmeerklärung – auch in Form der Faxübersendung - anzufordern.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten endet automatisch mit vollständiger Erbringung der operativen und der Nachsorgeleistungen.
- (6) Die Anlagen 4 und 5 werden dem teilnehmenden Arzt in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

#### **§ 4 Teilnahme der Fachärzte**

- (1) Versorgungsberechtigt sind an der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gemäß § 95 oder § 116 SGB V teilnehmende Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Zulassung, Anstellung bei einem zugelassenen Arzt oder in einem MVZ oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung), die die Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen. Die Teilnahme ist freiwillig.
- (2) Die Ärzte beauftragen die KV Hessen mit dem Abschluss dieses Vertrags und erklären ihre Teilnahme gegenüber der KV Hessen unter Verwendung der Teilnahmeerklärung nach Anlage 1. Die KV Hessen erteilt dem Arzt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung. Die Genehmigung kann mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden, wenn dies zur Erbringung der vertragsgemäßen Leistung erforderlich ist.
- (3) Die Ärzte können die Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der KV Hessen zum Ende eines Quartals beenden. Der Bestand dieses Vertrags wird durch die Beendigung einer Vertragsteilnahme durch einen einzelnen Arzt nicht berührt.
- (4) Die Teilnahme endet automatisch bei
  - a) Beendigung des Vertrages oder
  - b) Wegfall der fachlichen Voraussetzungen gemäß Abs. 1 der Anlage 2.
- (5) Der Arzt erklärt sich mit der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten in einem internetbasierten Verzeichnis einverstanden.

## **§ 5 Aufgaben der KV Hessen**

Die KV Hessen:

- (1) informiert die Ärzte umfassend und unverzüglich über den Vertragsschluss und dessen Inhalte.
- (2) nimmt die Bevollmächtigungen und Teilnahmeerklärungen der Ärzte entgegen, prüft diese auf das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 1 – 3 der Anlage 2 und erteilt den Ärzten eine schriftliche Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- (3) führt nach sachlich rechnerischer Prüfung die arzt- und kassenseitige Abrechnung durch.
- (4) gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung der vertragsgegenständlichen Leistungen.
- (5) kennzeichnet die teilnehmenden Ärzte auf ihrer Homepage unter „Arztuche der KV Hessen“ mit der Genehmigung „Tonsillotomie AOK Hessen“.

## **§ 6 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden von der AOK Hessen nach dem Leistungs- und Vergütungsverzeichnis nach Anlage 3 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- (2) Die kassenseitige Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütung erfolgt über die KV Hessen. Insoweit gelten die jeweils gültigen Bestimmungen des Gesamtvertrages (Zahlungstermine, sachlich-rechnerischen Berichtigung usw.). Der Ausweis der besonderen Gebührenordnungspositionen nach diesem Vertrag erfolgt in der GKV Kontenart 400, Kapitel 91 (hessenspezifische GOP's) auf Ziffernebene.
- (3) Die arztseitige Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen erfolgt über die KV Hessen. Die Abrechnung von durch angestellten Ärzten erbrachten Leistungen erfolgt über den Vertragsarzt oder das MVZ, bei der die Anstellung besteht. Es gelten insoweit insbesondere die Abrechnungsrichtlinien der KV Hessen in der jeweils gültigen Fassung. Die KV Hessen ist berechtigt, für die Durchführung der Abrechnung arztseitig den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz sowie weitere satzungsgemäße Abzüge einzubehalten.
- (4) Leistungen zur Operation, die nicht zwingend vom operierenden HNO-Arzt ausgeführt werden müssen (prä- und postoperative Versorgung), können auch von anderen Teilnehmern der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der kollektivvertraglichen Abrechnung nach EBM über die KV Hessen abgerechnet werden.
- (5) Vertragsgegenständliche Leistungen sowie Begleitleistungen zur Operation können nur einmal je Tonsillotomiefall abgerechnet werden, auch wenn diese Leistungen gemeinschaftlich zwischen dem operierendem HNO-Arzt und weiteren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht worden sind. Regelungen zu einer ggfs. notwendigen anteiligen Vergütung der beteiligten Ärzte stehen dem operierenden HNO-Arzt frei.
- (6) Stellt sich durch Abrechnungsprüfung der AOK Hessen heraus, dass Vergütungen ohne Grundlage von der KV Hessen in Rechnung gestellt wurden, so ist die KV Hessen verpflichtet, die entsprechenden Beträge an die AOK Hessen zurückzuzahlen.
- (7) Es besteht im Fall der Kündigung gemäß § 7 dieses Vertrages die Möglichkeit, zum Zeitpunkt der Kündigung bereits terminierte Operationen bis einen Monat nach Beendigung des Vertrages durchzuführen und abzurechnen.

- (8) Soweit für die vertragsgemäße Versorgung eine Versorgung mit Arzneimitteln erforderlich ist, erfolgt diese im Rahmen der Regelversorgung. Eine privatärztliche Abrechnung sowie privatärztliche Verordnungen von Medikamenten für Leistungen dieses Vertrages sind unzulässig.

## **§ 7 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.10.2015 in Kraft. Er gilt unbefristet und kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden, erstmalig zum 31.12.2017.
- (2) Abweichend von der Bestimmung zur Laufzeit des Vertrages ist eine außerordentliche Kündigung des Vertrages nur aus einem wichtigen Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn:
- a) aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag seine Grundlage entziehen und die Erfüllung des Vertrages rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird. Die Vertragsparteien bemühen sich vor einer außerordentlichen Kündigung in diesem Fall um eine Vertragsanpassung.
  - b) aufsichtsrechtliche Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V getroffen werden und
  - c) bei wiederholten Verstößen eines Vertragspartners gegen Inhalte dieses Vertrages
- (3) Es besteht das Recht zur Kündigung des Vertrages für den Fall, dass die Tonsillotomie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird. Die Kündigung aufgrund dieses Umstands beendet den Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit des neuen Leistungstatbestandes.
- (4) Eine Kündigung bedarf der Schriftform.

## **§ 8 Datenschutz**

- (1) Bei der Abwicklung der vertragsgemäßen Leistungen und Zahlungen bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern und Ärzten zu beachten.
- (2) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Anlage 6 zum BMV – Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern) geregelt.
- (3) Die Datenschutzbestimmungen dieses Vertrages bleiben auch über das Vertragsende hinaus bestehen.

## **§ 9 Sonstiges**

- (1) Leistungspflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben und über die Vertragslaufzeit hinaus wirken, bleiben unverändert bestehen.
- (2) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages, einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (3) Die Anlagen sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (4) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, berührt dies nicht die Gültigkeit des Vertrages insgesamt. Die Vertragspartner treffen in diesem Fall zeitnah eine Regelung, die



dem Sinn und Zweck dieses Vertrages am nächsten kommt. Dies gilt insbesondere dann, wenn durch Gesetz oder Rechtsprechung Inhalte des Vertrages angepasst werden müssen.


**Anlagen:**

- Anlage 1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 2: Fachliche, technische und organisatorische Voraussetzungen
- Anlage 3: Leistungs- und Vergütungspositionen/ Abrechnungsvoraussetzungen
- Anlage 4: Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter
- Anlage 5: Elterninformation und Informationen zum Datenschutz

Bad Homburg, Frankfurt, den 23. September .2015

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN  
AOK  
Die Gesundheitskasse  
in Hessen  


KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

  
Frank Dastych  
Vorstandsvorsitzender  


## Anlage 1: Teilnahmeerklärung Arzt

**Persönliche Angaben** (bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

- Arzt (zugelassen)  Arzt (angestellt in Praxis)  Arzt (angestellt in MVZ)  
 Arzt (ermächtigt)

Name (teilnehmender Arzt)	Vorname (teilnehmender Arzt)
Name (anstellender Arzt oder anstellendes MVZ)	Vorname (anstellender Arzt)
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Betriebsstättennummer	Lebenslange Arztnummer
Telefonnummer	Faxnummer
E-Mail-Adresse	

(1) In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen und der Pflichten der teilnehmenden Ärzte nach Anlage 3 beauftrage ich die KV Hessen mit dem Abschluss dieses Vertrages und erkläre meine Teilnahme an dem Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie in Hessen.

(2) Für die Durchführung der Tonsillotomie verwende ich folgende Geräte gemäß Anlage 3 Abs. 2:

- Lasergerät: CO2 Laser; Diodenlaser; Nd: YAG Laser (*nicht Zutreffendes bitte streichen*)  
 Radiofrequenzgerät des Typs \_\_\_\_\_  
 Coblationsgerät des Typs \_\_\_\_\_

(3) Nachweise und Erklärungen

- Eine Kopie des Kaufbelegs bzw. eine Kopie des letzten Wartungsbelegs für das unter Nr. 2 benannte Gerät habe ich beigefügt.

nur bei Verwendung eines Lasergerätes:

- Den Nachweis zur erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs habe ich beigefügt.  
 Eine Deckungszusage meiner Haftpflichtversicherung für das von mir unter Nr. 2 angewandte Verfahren liegt mir vor.

(4) 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 nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KV Hessen anzeigen.

(5) Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Teilnahme am Vertrag auf der Homepage der KV Hessen unter „Arztsuche – Genehmigungen“ bekannt gegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** des teilnehmenden/anstellenden Arztes/ ärztl. Leiters  
des anstellenden MVZ und **Praxisstempel**

## **Anlage 2: Fachliche, technische und organisatorische Voraussetzungen**

### **(1) Fachliche Voraussetzungen**

- a) Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- b) Zulassung, Anstellung bei einem zugelassenen Arzt oder in einem MVZ oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung
- c) Genehmigung der KV Hessen zur Erbringung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V
- d) Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs gemäß den Empfehlungen der Qualitätskommission der Deutschen Gesellschaft für Lasermedizin (DGML) und der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft (DDL), soweit ein Lasergerät verwendet wird

Die Voraussetzungen sind bei Antragsstellung zu erklären und während der gesamten Teilnahme am Vertrag aufrecht zu halten.

### **(2) Technische Voraussetzungen**

- a) Vorhaltung eines Lasergerätes (CO<sub>2</sub>, Diodenlaser, Nd: YAG Laser) oder
- b) Vorhaltung eines Coblationsgerätes oder
- c) Vorhaltung eines Radiofrequenzgerätes
- d) einmalige Vorlage eines Wartungs- bzw. Kaufbelegs (Kopie)

Die Voraussetzungen sind bei Antragsstellung zu erklären und während der gesamten Teilnahme am Vertrag aufrecht zu halten. Entsprechende Wartungsintervalle sind einzuhalten

### **(3) Organisatorische Voraussetzungen**

- a) Bereitstellung und Einhaltung der baulichen, apparativ technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren
- b) Zulassung der Lasergeräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt
- c) Einhaltung der Leitlinie für ambulantes Operieren und Tageschirurgie
- d) Einhaltung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur Überwachung nach Anästhesieverfahren

Die Voraussetzungen sind während der gesamten Teilnahme am Vertrag aufrecht zu halten.

- (4) Anästhesisten (es gilt Abs. 1 lit. b) nehmen an diesem Vertrag durch Abrechnung der Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 97822T bis 97828T nach Anlage 3 teil. Ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt. Bei einer Teilnahme gilt § 2 Abs. 2 lit. f des Vertrages verpflichtend.

## Anlage 3: Leistungs- und Vergütungspositionen/ Abrechnungs Voraussetzungen (Stand 01.01.2017)

### 1. Operateur

GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung in EUR	OPS	entspricht Kategorie	Zusatzinformationen
97232T	Tonsillotomie	lt. EBM = 191,99	5-281.5	N2	alle Begleitleistungen der Tonsillotomie - außer der postoperativen Überwachung oder postoperativen Behandlung - sind gemäß EBM abzurechnen
97234T	Zuschlag Tonsillotomie	165,00			
97233T	Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	lt. EBM = 279,37	5-281.5 i.V.m. 5-285.ff	N3	alle Begleitleistungen der Tonsillotomie - außer der postoperativen Überwachung oder postoperativen Behandlung - sind gemäß EBM abzurechnen
97235T	Zuschlag Tonsillotomie	165,00			
97238T	Zuschlag Parazentese	lt. EBM = 60,50	5-200.4-5	n.n.	Abrechnung als Simultaneingriff, nur wenn die zusätzlichen 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) vollendet werden, max. 1x je Tonsillotomiefall
97503T	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Leistung Nr. 97232T	lt. EBM = 59,73			nur von einem Fachgebiet vollumfänglich abzurechnen
97504T	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Leistung Nr. 97233T	lt. EBM = 86,51			nur von einem Fachgebiet vollumfänglich abzurechnen
97659T	Postoperative Behandlung nach Erbringung einer Leistung entspr. Nr. 97232T oder 97233T durch den Operateur	lt. EBM = 26,78			einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung entspr. Nr. 97232T oder 97233T, das Datum der OP ist anzugeben
Die gleichzeitige Abrechnung der GOPs 31231, 31232, 31233, 31503, 31504 oder 31659 EBM ist am Behandlungstag ausgeschlossen.					
Die Abrechnung der 31238 ist möglich, wenn zusätzlich zu den aufgeführten Operationen weitere Simultaneingriffe (keine Parazentese) durchgeführt und die zusätzlich benötigten 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) vollendet werden. Der entsprechende OPS der zusätzlichen Operation ist anzugeben.					

## 2. Anästhesist

GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung in EUR	OPS	entspricht Kategorie	Zusatzinformationen
97822T	Anästhesie zur Tonsillotomie	lt. EBM = 151,49	5-281.5	N2	alle Begleitleistungen der Anästhesie, z.B. präanästhesiologische Untersuchung, Aufsuchen eines Kranken in einer anderen Praxis - außer der postoperativen Überwachung - sind gemäß EBM abzurechnen
97824T	Zuschlag Tonsillotomie	20,00			
97823T	Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	lt. EBM = 185,84	5-281.5 i.V.m. 5-285.ff	N3	alle Begleitleistungen der Anästhesie, z.B. präanästhesiologische Untersuchung, Aufsuchen eines Kranken in einer anderen Praxis - außer der postoperativen Überwachung - sind gemäß EBM abzurechnen
97825T	Zuschlag Tonsillotomie	20,00			
97828T	Zuschlag Parazentese	lt. EBM = 34,47	5-200.4-5	n.n.	Abrechnung als Simultaneingriff, nur wenn die zusätzlichen 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) vollendet werden, max. 1x je Tonsillotomiefall
97503T	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Leistung Nr. 97232T	lt. EBM = 59,73			nur von einem Fachgebiet vollumfänglich abzurechnen
97504T	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Leistung Nr. 97233T	lt. EBM = 86,51			nur von einem Fachgebiet vollumfänglich abzurechnen
Die gleichzeitige Abrechnung der GOPs 31821, 31822, 31823, 31503 oder 31504 EBM ist am Behandlungstag ausgeschlossen.					
Die Abrechnung der 31828 ist möglich, wenn zusätzlich zu den aufgeführten Operationen weitere Simultaneingriffe (keine Parazentese) durchgeführt und die zusätzlich benötigten 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) vollendet werden. Der entsprechende OPS der zusätzlichen Operation ist anzugeben.					

### **Allgemeine Abrechnungsgrundsätze**

- (1) Behandlungstage, die mit einer Tonsillotomie in Zusammenhang stehen, sind von Operateur und Anästhesist mit der Schalterziffer 97900: „Kennzeichnung Leistungen Tonsillotomie-Vertrag“ zu kennzeichnen.
- (2) Mit den aufgeführten Vergütungen (incl. Begleitleistungen) sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen und Sachkosten des Operateurs und des Anästhesisten abgegolten. Komplikationsbedingte Folgeeingriffe durch den Operateur, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem nach diesem Vertrag erbrachten Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen.
- (3) Es gelten die Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.
- (4) Die geforderten OPS-Codierungen sind als Begründung zu den GOPs 97822T bis 97828T bzw. 97232T bis 97238T anzugeben.
- (5) Leistungserbringung durch mehrere beteiligte Ärzte:  
Mit Abrechnung der GOP 97503T/97504T versichert der abrechnende Arzt, dass mit den ggf. weiteren beteiligten Ärzten/Arztpraxen eine Regelung darüber getroffen wurde, dass nur er allein diese Leistungen abgerechnet hat.

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

**Teilnahme- und datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung**  
für Versicherte der AOK Hessen

Anlage 4 des Vertrages zur **Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie in Hessen**

**Vertragsnummer:**

**Vertragskennzeichen: 12046100141**

IK									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Arztwechsel**

**Teilnahmeerklärung**  
Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages ambulanten Tonsillotomie in Hessen informiert. Die Versicherteninformationen habe ich erhalten. Ich habe diese Informationen verstanden und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich erkläre gegenüber der AOK Hessen meine freiwillige Teilnahme am Vertrag ambulanten Tonsillotomie in Hessen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt die Teilnahmeerklärung im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt. Die Teilnahmeerklärung verbleibt im Original in der Praxis, ich erhalte eine Kopie.

**Recht zum Widerruf der Teilnahmeerklärung**  
Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme an dieser Versorgung ohne Begründung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift im Beratungscenter der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**  
Die Versicherteninformationen zum Datenschutz, in der die Verarbeitung meiner Daten beschrieben sind, habe ich erhalten. Hiermit bin ich über den Zweck der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. In der beiliegenden Versicherteninformation zum Datenschutz wird konkret beschrieben, wer meine Daten empfängt. Ich habe diese Informationen verstanden und willige ein, dass die AOK Hessen meine Daten im Rahmen des Vertrages verarbeitet wie in den Punkten I bis III der Datenschutzinformationen beschrieben.

**Recht zum Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung**  
Mein Einverständnis kann ich ohne nachteilige Folgen für mich verweigern, bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung endet automatisch auch meine Teilnahme an dem Vertrag.

Widerrufserklärungen kann ich an AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, APM – Fallmanagement, 35387 Gießen richten.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte)

ICD	OPS

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte(r) bzw. gesetzliche Vertretung  
(Der Betreuungsausweis oder eine Vollmacht liegt in Kopie bei)

\_\_\_\_\_

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

## Anlage 5 - Versicherteninformationen

### Allgemeine Informationen zum Vertrag

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, 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 den Krankheitserregern (z.B. Viren und Bakterien) kommt es zu einer physiologischen Größenzunahme der Gaumenmandeln. Diese Größenzunahme ist keine Erkrankung an sich, 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.

Die ambulante Tonsillotomie ist eine Leistung, die nicht zur medizinischen Regelversorgung gehört. Deshalb wird der Eingriff auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen und ist als iGel (individuelle Gesundheitsleistung) selbst zu zahlen.

Seit dem 01.10.2015 bieten Ihnen die AOK Hessen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und Ihr HNO-Arzt/Ihre HNO-Ärztin den Versorgungsvertrag „Tonsillotomie“ an. Bei einer Teilnahme Ihres Kindes am Versorgungsvertrag haben Sie Anspruch auf die volle Kostenübernahme des Eingriffs. Ihr/e HNO – Arzt/Ärztin führt die Operation durch und rechnet diese, wie jeden anderen Arztbesuch auch, über ihre Krankenkasse ab. Sie bekommen keine Rechnung, weder von ihrem/r HNO – Arzt/Ärztin noch von Ihrer Krankenkasse.

### Ihre Teilnahme am Vertrag

Versicherte Kinder können an diesem Vertrag teilnehmen, sofern ihr Alter zwischen 3 und 6 Jahre ist und sie an vergrößerten Rachenmandeln oder an vergrößerten Rachen- und Gaumenmandeln leiden. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Es entstehen Ihrem Kind keine Nachteile im Rahmen Ihrer Versicherung, wenn Sie nicht teilnehmen.

Um an der Versorgung teilnehmen zu können, geben die Erziehungsberechtigten eine Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung ab. Diese können Sie bei ihrem/r behandelnden HNO-Arzt/Ärztin datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung unterschreiben. Sie erhalten eine von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gegengezeichnete Kopie der Erklärung. Die Teilnahmeerklärung im Original verbleibt bei der/dem behandelnden Ärztin/ Arzt und wird der Patientenakte zugefügt. Die AOK Hessen ist berechtigt eine Kopie der Teilnahmeerklärung anzufordern. Wird Ihre Teilnahme abgelehnt, zum Beispiel wegen eines ungeklärten Versichertenstatus, erhält die Praxis eine Mitteilung.

Sie erklären sich damit bereit, das Kind ausschließlich von der/m gewählten Ärztin/ Arzt behandeln zu lassen, die/ der an dieser besonderen Versorgung teilnimmt. Des Weiteren sind Sie einverstanden, aktiv an der Behandlung mitzuwirken. Wenn Sie diese Bedingungen nicht einhalten, können Sie aus diesem Vertrag ausgeschlossen werden.

Die Teilnahme am Vertrag endet automatisch mit vollständiger Erbringung der operativen und der Nachsorgeleistungen.



## **Kündigung**

Sie sind bis zum Behandlungsabschluss an diesen Vertrag gebunden. In begründeten Ausnahmefällen ist eine Kündigung möglich, zum Beispiel, wenn Sie umziehen oder das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt gestört ist. Die Kündigung kann formlos in Textform (z.B. E-Mail, Brief) gegenüber der AOK Hessen erfolgen. Bei Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses, informieren Sie bitte unverzüglich die AOK Hessen. Gegebenenfalls ist eine Teilnahme an dem Vertrag dann nicht mehr möglich. Mit dem Ende Ihrer Mitgliedschaft bei der AOK Hessen endet auch Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag. Ihre Teilnahme kann längstens für die Laufzeit des Vertragsangebotes erfolgen.

## **Widerruf**

Die Teilnahme beginnt mit dem Datum Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Sie können die Teilnahme innerhalb von zwei Wochen schriftlich widerrufen.

Sollten Sie erst nach der Durchführung der Operation die Teilnahme widerrufen, ist eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse nicht möglich. Die Operation ist dann als IGeL (individuelle Gesundheitsleistung) von Ihnen selbst zu zahlen.

## **Versicherteninformationen zum Datenschutz**

Alle Beteiligten sind verpflichtet, personenbezogene Daten, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit innerhalb dieses Vertrages „Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie in Hessen“ bekannt werden, nach den jeweiligen gültigen datenschutzrechtlichen Vorschriften zu behandeln.

Die Rechtsgrundlage gemäß § 140 a SGB V sieht vor, dass alle Versicherten, die an einem besonderen Versorgungsvertrag teilnehmen, über die Datenverarbeitung informiert werden. Deshalb lesen Sie sich die Versicherteninformation zum Datenschutz bitte sorgfältig durch.

### **I. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stellen weitergegeben?**

#### **1. Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ihre Teilnahmeerklärung verbleibt im Original bei/m der behandelnden Ärztin/ Arzt und ist der Patientenakte zuzufügen. Die AOK Hessen ist berechtigt, sich eine Kopie der Teilnahmeerklärung zuschicken zu lassen. Dort werden Ihre Daten (Name, Vorname, Anschrift, Versichertennummer, Geburtsdatum, Versichertenstatus, vertragsrelevante Diagnosen) geprüft und für die ärztliche Abrechnung verwendet.

#### **2. Abrechnung**

Ihre behandelnde Ärztin/ Ihr behandelnder Arzt rechnet die erbachten Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), 60486 Frankfurt, Europaallee 90, mit der AOK Hessen ab. Damit der/die behandelnde HNO-Arzt/-Ärztin eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss dieser/diese eine Abrechnung erstellen. Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage des vertraglich definierten Abrechnungsprozesses, der die aktuell gültigen Bedingungen zum Datenschutz erfüllt.

## **II. Befundaustausch**

Um eine optimale Versorgung innerhalb dieser ambulanten Versorgung sicherstellen zu können, ist es notwendig, dass die vom operierenden HNO-Arzt/von der operierenden HNO-Ärztin erhobenen Behandlungsdaten und Befunde auch dem nachbehandelnden HNO-Arzt/der nachbehandelnden HNO-Ärztin (sofern ein anderer HNO-Arzt/eine andere HNO-Ärztin die Nachsorge ausführt) zur Verfügung stehen. Mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erklären Sie sich einverstanden, dass der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an den nachbehandelnden HNO-Arzt/die nachbehandelnde HNO-Ärztin weitergeben darf. Dabei unterliegen die Beteiligten der ärztlichen Schweigepflicht.

## **III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung stimmen Sie freiwillig der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten nach Punkt I zu.

Bitte beachten Sie, dass durch einen Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligung Ihre Teilnahme an dem Versorgungsvertrag beendet wird.

Zum Hintergrund: Im Rahmen des Vertrags werden Ihre Daten unter anderem für die Einschreibung und Abrechnung verarbeitet. Ohne diese Datenerhebung ist eine Teilnahme an diesem Vertrag leider nicht möglich. Sie können Ihr Einverständnis ohne nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihnen ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Wenn Ihre Teilnahme am Vertrag endet, werden die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.



## Postoperatives Merkblatt für die Eltern

### Versorgungsvertrag Tonsillotomie

#### Liebe Eltern!

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 der unten stehenden Telefonnummer 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 auch mit Eiter verwechselt werden kann. Es handelt sich jedoch nicht um Eiter, so dass auch hier meist keine Antibiotikagabe erforderlich 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 der 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 verschlossen 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 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 wünschen Ihnen und Ihrem Kind

Ihr

HNO - Arzt