

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

**BKK  
STARKE KIDS**



Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

➔ Jetzt online beantragen in [MEINE KVB](#)

**Teilnahmeerklärung konservativ tätiger HNO-Arzt  
an dem Vertrag mit der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft (BKK-VAG) über die Durchführung  
einer  
Tonsillotomie im Rahmen der besonderen Versorgung zum Vertrag nach § 140a SGB V, gültig  
ab dem 01.04.2018**

**1. Allgemeine Angaben**

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Titel \_\_\_\_\_

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

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Ich bin ermächtigt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_ (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_ (Name des MVZ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse      Telefonnummer

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Titel \_\_\_\_\_

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

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

## 2. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Inhalte des Vertrags nach § 140a SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung mit der BKK-VAG, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4a, der Pflichten der konservativ tätigen HNO-Ärzte nach § 6 und des Leistungsumfangs nach § 10, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an diesem Vertrag.

Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der konservativ tätigen HNO-Ärzte sowie die Bestimmungen zur Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen in dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung aufgeführt.

## 3. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:

Abrechnung der GOP 97070E/ 97070F

## 4. Fachliche Voraussetzungen

Für die Teilnahme an diesem Vertrag erfülle ich folgende Voraussetzungen:

- Facharzt** (zugelassen oder in einer niedergelassenen Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem MVZ als Vertragsarzt tätig/ angestellt oder im Bereich der KVB ermächtigt) für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Betriebsstätten und/ oder Nebenbetriebsstätten in Bayern

## 5. Einverständnis- und Verpflichtungserklärung des Antragstellers und ggf. des an dem Vertrag teilnehmenden Arztes

- Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass**
- die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) den an dem Vertrag teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse des Vertrages- unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.
  - Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.
  - arztbezogene Informationen gemäß § 16 Absatz 3 Buchstabe f) des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie an den Lenkungsausschuss zur Feststellung der Nichterfüllung der Vertragspflichten oder zum Ausschluss vom Vertrag gegeben werden können.
  - der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag sowie der Grund der Teilnahmebeendigung (§ 3 Absatz 5 bis 8 des Vertrages) der BKK-VAG Bayern mitgeteilt wird.
  - die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
  - mein Name im Verzeichnis der KVB veröffentlicht wird. Die aktuelle Fassung des Verzeichnisses befindet sich öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet (<http://arztsuche.kvb.de/>).
  - mein Name auf den Internetplattformen der BKK-VAG Bayern veröffentlicht wird.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag**
- freiwillig ist und jederzeit 6 Wochen zum Ende eines Quartals gekündigt werden kann.
  - ohne Teilnahme- und Einwilligungserklärung nicht möglich ist.
  - mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Bayern endet und dies – soweit für mich vorhersehbar – mindestens einen Monat vor dem Ende der Zulassung an die KVB mitgeteilt werden muss, § 3 Absatz 8 Buchstabe a) des Vertrages.
  - mit Beendigung der Ermächtigung zur ambulanten Leistungserbringung (Teilnahme an der ambulanten Versorgung) endet und dies - soweit vorhersehbar - mindestens einen Monat vor Beendigung der Ermächtigung der KVB mitgeteilt werden muss, § 3 Absatz 8 Buchstabe c) des Vertrages

**Mit meiner Unterschrift verpflichte ich 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 KVB anzeigen. Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten auf Beschluss des Lenkungsausschusses nach § 16 von dem Vertrag ausgeschlossen werden kann.
- Weiterhin verpflichte ich mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen und Nutzen) personenbezogener Daten geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zur Datensicherheit sowie die Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches zur Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt/ BAG-Vertretungsberechtigter/  
MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Information nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

#### 1. Teilnahmeverpflichtungen

Neben dem Ansatz der Ziffern 97070E und 97070F ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ gegenüber dem Versicherten ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für die im Zusammenhang mit der 2. und 3. Nachbehandlung stehenden Leistungen ist ausgeschlossen. Die Quartalspauschale für den Arzt-Patienten-Kontakt bleibt davon unberührt.

#### 2. Abrechnung und Vergütung

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

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt online, d.h. über D2D oder das Mitgliederportal „Meine KVB“. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist einzuhalten.

Die KVB erhebt für ihre Leistungen bei der Umsetzung dieses Vertrages eine Kostenpauschale in Höhe ihres jeweils geltenden Verwaltungskostensatzes, aktuell in Höhe von 2,5%. Die KVB ist berechtigt, die Kostenpauschale mit dem Vergütungsanspruch des Arztes aus diesem Vertrag zu verrechnen.

#### 3. Spezifische Abrechnungsbestimmungen

- Um die Zusatzvergütung zu erhalten, ist es erforderlich, dass Sie aktiv diejenige GOP, deren Leistung Sie erbracht haben (GOPs 97070E und 97070F), in Ihrer Quartalsabrechnung zum Ansatz bringen.
- Die Höhe der Zusatzvergütung finden Sie in Ihrem Honorarbescheid. In der Honorarzusammenstellung werden die GOPs 97070E und 97070F aufgeführt.
- Neben den vertragspezifischen GOPen dürfen keine EBM-GOPs für diese Leistungen abgerechnet werden.
- Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen.

#### 4. Spezifische Regelungen zum Entzug der Teilnahmeberechtigung

- Bei Nichterfüllung einer der Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 3 und 4a und der Pflichten gemäß § 10 des Vertrages bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der Unterlagen entzieht die KVB die Teilnahmeberechtigung. Die Teilnahmeberechtigung wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung durch die KVB entzogen.
- Sobald Sie wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen des Zusatzvertrages gegenüber der KVB nachweisen, sind Sie zur erneuten Teilnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung der Teilnahmeerklärung sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeberechtigung nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.