

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Leistungen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen**

Name _____

Praxisanschrift
Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung von schwerhörigen Jugendlichen und Erwachsenen mit Hörgeräten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 3

Ich mache entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteverordnung nach § 3 Punkt 1-3 folgende **verbindliche Angaben** gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt:

- Facharzt für „Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“
- Facharzt für „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ bzw.
- Facharzt für „Phoniatrie und Pädaudiologie“
 - Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag beigelegt.
- Zeugnis über die selbstständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes** einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre
- Nachweis** über den Erwerb theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung.

Anforderungen an die Praxisausstattung gemäß § 4

Folgende Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung sind zu erfüllen:

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2
- Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie DIN ISO 8253-3
- Binokulares Ohrmikroskop
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympantometrie und Stapediusreflexmessung)

Weitere Anforderungen an die Leistungsdurchführung

Hiermit verpflichte ich mich, die Anforderungen an die Durchführung der Leistungen nach § 5-8 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen:

- Umfang der Hörgeräteversorgung nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung
- Organisatorische Anforderungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung
 - › Strukturierter, regelmäßiger Austausch der an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung
 - › Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen
 - › regelmäßige Wartung und Dokumentation in Gerätebüchern der im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4 Buchstabe b) entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich die Anforderungen der Vereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die konkrete Leistungserbringung, die Dokumentation gemäß § 7 und die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zu Erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gem. § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in der Betriebsstätte zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages. Jede Änderung, insbesondere betreffend die Anforderungen an die Praxisausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte