

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

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 schwerhöriger Säuglinge, Kleinkinder und Kinder 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.
- Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 50 elektrischen Reaktionsaudiometrien (ERA) im Kindesalter
- Nachweis über die selbstständige Durchführung von 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions- verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie
- Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten 5 Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes
- Nachweis über den Erwerb theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern 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
- Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachstimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischen Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus
- Zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektronischer Reaktionsaudiometrie
- Testmaterial für Sprachaudiometrie gemäß des Sprachentwicklungsalters (z.B. Mainzer, Oldenburger Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3
- Binokulares Ohrmikroskop
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tymanometrie und Stapediusreflexmessung)

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den Nachweis der in den §§ 4, 6 und 7 genannten Anforderungen verlangen kann.
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