

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Hörgeräteversorgung

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten (Jugendliche und Erwachsene) mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung

### Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung  
Team 1

Heike Sentner  
Tel 069 24741-6649  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.5@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt  
in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung
- Instituts-  
Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-  
Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

**Leistungsspektrum** (Gebührenordnungsposition = GOP)

**Beantragte Leistungen:** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten (Jugendliche und Erwachsene) mit Hörgeräten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

- Für Fachärzte für Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde**  
(GOP 09372, 09373, 09374 und 09375 EBM)
- Für Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen / Phoniatrie und Pädaudiologie**  
(GOP 20372, 20 373, 20374 und 20375 EBM)

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

## Genehmigungsvoraussetzungen

### Fachliche Anforderungen

Nach § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt und durch beigefügte Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden:

- Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

#### ODER

- Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen / Phoniatrie und Pädaudiologie

#### UND

- Zeugnis über die selbständige 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. **(Bitte Nachweise beifügen!)**

#### UND

- Bescheinigung 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. **(Bitte Nachweise beifügen!)**

### Sonstige Anforderungen

#### Räumliche Anforderungen (Praxisausstattung):

Folgende Anforderungen nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung an die räumliche Praxisausstattung werden erfüllt:

- 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 (Tympandrometrie und Stapediusreflexmessung)

### Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung:

Hiermit verpflichte ich mich, die folgenden weitere Anforderungen der Leistungserbringung nach § 9 Abs. 3 Nr. 2 in Verbindung mit §§ 5 bis 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung dauerhaft zu erfüllen:

- Umfang der Hörgeräteversorgung nach § 5 der QS-Vereinbarung
- Organisatorische Anforderungen nach § 6 der QS-Vereinbarung
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 7 der QS-Vereinbarung
- Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 8 der QS-Vereinbarung

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen (Bescheinigungen, Nachweise, o.ä.) zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

### Erklärungen und Hinweise

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Fachkommission beauftragen, die räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis darauf zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung entsprechen.  
**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung durch die zuständige Fachkommission der KV Hessen.**
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung vom an der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung teilnehmenden Arzt den Nachweis der in den §§ 4, 6 und 7 genannten Anforderungen verlangen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich Änderungen hinsichtlich meiner Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten (Jugendliche und Erwachsene) mit Hörgeräten sowie Änderung des Zulassungsstatus unverzüglich der Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge mitzu teilen habe.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben. Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

