






Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

 (030) 31003 - 242
 (030) 31003 - 50305
 QS-Team6@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	_____
	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

- Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten nach den Gebührenordnungspositionen 09372, 09373, 09374 und 09375
(nur für HNO-Ärzte)
- Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten nach den Gebührenordnungspositionen 20372, 20373, 20374 und 20375
(nur für Phoniater und Pädaudiologen zusätzlich)

Leistungsort

- Betriebsstätte (BSNR)
- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft
 - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
 - Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 QS-Vereinbarung

- Berechtigung zum Führen Facharztbezeichnung "Hals-Nasen-Ohrenheilkunde" **oder**
- Berechtigung zum Führen Facharztbezeichnung "Phoniatrie und Pädaudiologie" **und**
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre **und**
- Nachweis über den Erwerb von theoretischen Kenntnissen in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnissen 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 QS-Vereinbarung

- 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 Hörhilferversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)
- Binokulares Ohrmikroskop
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Audiometer

- Gerätenachweis ausgefüllt vom Hersteller oder Lieferanten ist beigefügt
- Aktuelles Mess- und Prüfprotokoll ist beigefügt (Anlage)

Bestätigung der organisatorischen Anforderungen gemäß § 6 QS-Vereinbarung

- strukturierter, regelmäßiger Austausch der an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung
- regelmäßig Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen
- regelmäßige Wartung (einmal jährlich) der im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und Dokumentation in den Gerätebüchern



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

➤ Umfang der Hörgeräteversorgung gemäß § 5 QS-Vereinbarung

➤ Ärztliche Dokumentation gemäß 7 QS-Vereinbarung

Die KV Berlin kann gemäß § 7 Abs. 4 i.V.m. Punkt 2 der Protokollnotizen zu der o.g. Vereinbarung eine Dokumentationsüberprüfung durchführen (nach 2 Jahren werden von 10% der Ärzte die Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 2 sowie gemäß Anlage 2 zu 5 abgerechneten Fällen angefordert und auf Übereinstimmung überprüft; die Ergebnisse der Überprüfung werden den Partnern der Bundesmantelverträge zur Verfügung gestellt).

Der Umfang der Hörgeräteversorgung muss aus der ärztlichen Dokumentation vollständig und nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 2 i.V.m. § 5 der o.g. Vereinbarung hervorgehen.

Die Übermittlung der Angaben zur Hörgeräteversorgung und –abnahme hat gemäß § 7 Abs. 3 der o.g. Vereinbarung – im Rahmen eines elektronischen Dokumentationsverfahrens zu erfolgen.



➤ **Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß § 8 QS-Vereinbarung**

Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 7 Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von 2 Jahren.

- Die KV Berlin kann den Nachweis der in den §§ 4, 6 und 7 der o.g. Vereinbarung genannten Anforderungen verlangen (z.B. die Vorlage der Gerätebücher gemäß § 6 Buchstabe c),
- Die Anforderungen an die Praxisausstattung richten (vgl. § 4 und 6 Buchstabe c) sich nach den DIN-Vorschriften (DIN ISO 8253-1, 8253-2, 8253-3), den Bestimmungen im EBM (etwa zur GOP 09230) und der Hilfsmittel-Richtlinie,

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 9 Abs. 4 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte Hörgeräteversorgung.**

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller