

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/396104](http://www.kv-rlp.de/396104)

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen**  
**zur Hörgeräteversorgung**

Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<b>I. Angaben zum Leistungserbringer</b>
--

.....  
ggf. Titel, Vorname, Name geb. am

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

Folgende Leistungen (GOP-EBM) werden beantragt:

- 09372, 09373, 09374, 09375 Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 20372, 20373, 20374, 20375 Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Hörgeräteversorgung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja  nein

**Die Anforderung wird nachgewiesen durch:**

- die Facharztbezeichnung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die Facharztbezeichnung Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)  
und
- 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 vor Antragstellung  
und
- theoretische 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 fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

## IV. Ort der Leistungserbringung

in folgender Betriebsstätte / Nebenbetriebsstätte:

.....

.....  
(Betriebs-/ Nebenbetriebsstätten-Nr., Straße und Ort angeben)

in folgendem Zentrum/Krankenhaus/Institut:

.....

.....

(Name, Straße und Ort angeben)

## **V. Anforderung an die Praxisausstattung**

Folgende Anforderungen sind 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 (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

## **VI. Organisatorische Anforderungen**

Ich verpflichte mich:

- zu einem strukturierten, regelmäßigen 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 sicherzustellen.
- die im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4 Buchstabe b entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) regelmäßig zu warten und dies in den Gerätebüchern zu dokumentieren.

## **VII. Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung**

Ich verpflichte mich:

- zur messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV, mindestens einmal jährlich
- und
- theoretische 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 nachzuweisen.

## VIII. Allgemeines

Leistungen nach der Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Hörgeräteversorgung durch die KV RLP erteilt wurde.

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

## IX. Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Gegebenheiten in der Praxis durch die KV RLP.

Ich werde die KV RLP über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen.

Ich werde die Vorgaben der Dokumentation nach § 7 in Verbindung mit den Anlagen 1-3 sowie Punkt 2 der Protokollnotizen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene einhalten. Es ist bekannt, dass Überprüfungen der Dokumentationen durch die KV RLP durchgeführt werden (Stichprobenprüfungen).

Ich werde unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht eine vollständige Dokumentation entsprechend des § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung vornehmen. Erhebung der nach § 7 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung geforderten Daten und Übermittlung dieser Daten an die Datenannahmestelle in elektronischer Form jeweils spätestens bis zum 14. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)