Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____ ☐

2. _____ ☐

3. _____ ☐

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

☐ Ich bin Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

☐ Ich bin Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)

Hinweis: Die entsprechende Facharzturkunde ist dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- ➔ Nachweis über 50 elektronische Reaktionsaudiometrien (ERA) im Kindesalter

- ➔ Nachweis über mindestens 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung

- ➔ 25 Kindersprachtests sowie die selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung

- ➔ Nachweis über theoretische 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 zwei Jahren vor Antragstellung.

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- ➔ Schallreduzierter Raum (Störschallpegel < 40dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- ➔ Kinderaudiometrieanlagen mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzsprezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus,
- ➔ Zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie
- ➔ Testmaterial für Sprachaudiometrie gemäß des Sprachentwicklungsalters (z. B. Mainzer, Oldenburger Kinderarzttest, Göttinger Kindersprachtests) entsprechend DIN ISO 8253-3
- ➔ Binokulares Ohrmikroskop
- ➔ Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- ➔ Einen strukturierten, regelmäßigen Austausch mit den an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung durchzuführen
- ➔ regelmäßig Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen durchzuführen
- ➔ die im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4 Buchstabe b) entsprechenden Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) regelmäßig zu warten und dies in den Gerätebüchern zu dokumentieren.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- ➔ Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Qualitätssicherungskommission Hörgeräte-versorgung der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitäts-sicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder)

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

  Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
  IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
  BIC: DAAEDEDDXXX
  Vermerk. Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Hompage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- ➔ dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Antragsteller**

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Angestellter**

Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel