

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag</b>  <b>Hörgeräteversorgung Kinder</b>	Bereich QS/QM
		Stand 18.06.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
 Europaallee 7 – 9  
 66113 Saarbrücken

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung Kinder**

**Leistungserbringer/in**

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

✉ Anschrift

@ E-Mail-Adresse

☎ Telefonnummer

**Tätigkeitsart**

Ab/Seit: \_\_\_\_\_  niedergelassen  angestellt  ermächtigt  
 Gemeinschaftspraxis  Einzelpraxis  MVZ  Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Teilnahme an  hausärztlicher Versorgung  fachärztlicher Versorgung

\_\_\_\_\_  
 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

**Tätigkeitsorte** (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

\_\_\_\_\_  
 ✉ Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
 ✉ Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
 ✉ Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
 ✉ Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

### § 3 Fachliche Befähigung

Gemäß § 1 gilt die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 belegt sind:

1.) Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung

„Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ („Phoniatrie u. Pädaudiologie“)

oder

„Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

berechtigt.

2.) Anbei Nachweis über mindestens

50 elektrische Reaktionsaudiometrien (ERA) im Kindesalter,

50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und

25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter, sowie selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten 5 Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes.

3.) Anbei 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 2 Jahren vor Antragstellung.

### § 4 Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung nach § 4 der Qualitätsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder erfüllt werden:

- a) Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld,
- b) Kinderaudiometrieanlage 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 Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus,
- c) zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie,
- d) Testmaterial für Sprachaudiometrie gemäß des Sprachentwicklungsalters (z. B. Mainzer, Oldenburger Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3,
- e) Binokulares Ohrmikroskop,
- f) Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung).

## Sonstige Vorgaben / Anforderungen

Ich versichere, dass ich den sonstigen Vorgaben/Anforderungen der Vereinbarung (Umfang der Hörgeräteversorgung, Organisatorische Anforderungen, ärztliche Dokumentation, Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung) in vollem Umfang nachkommen werde.

## Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der v. g. Angaben.

Mir ist bekannt, dass die KVS die zuständige Kommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Klinik daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.

Mir ist bekannt, dass gemäß § 20 Abs. 2 der Satzung der KV Saarland eine Gebühr zu entrichten ist.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Leistungserbringer/in

\_\_\_\_\_

ggf. Stempel

### Bei angestellten Ärzten:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin  
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

\_\_\_\_\_

Stempel