

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 24 QS-Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V **Hörgeräteversorgung**

Name: _____

Facharzt für _____

1. Fachliche Anforderungen

Nachweise beigelegt

(1) Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
und		
(2) Ich versichere, dass die selbständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre durchgeführt wurde.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
und		
(3) Nachweis 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 Anzeigestellung (<i>Kopie der Fortbildungsteilnahmebestätigung ist beigelegt</i>).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Apparative Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung erfüllt werden:		
a) Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und DIN ISO 8253-1 und 8253-2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) Binokulares Ohrmikroskop	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e) Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

3. Umfang der Hörgeräteversorgung

Ich versichere, dass ich die Vorgaben zum Umfang der Versorgung und Betreuung gemäß § 5 QSV erfüllen werde:

(1) Vor Verordnung mit Hörgeräten:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) die medizinische Anamnese und Ermittlung ggf. schon erfolgter Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Befunderhebung durch binokuläre ohrmikroskopische Untersuchung des Patienten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) die audiologische Differenzialdiagnostik der Hörstörung durch Ton- und Sprachaudiometrie, Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung, Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle, Durchführung bzw. Veranlassung ergänzender diagnostischer Verfahren (z. B. Hörfeldskalierung, otoakustische Emissionen, BERA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) die Indikationsstellung und individuelle Bedarfsanalyse zur i.d.R. beiderseitigen Versorgung mit Hörgeräten, Beratung des Patienten über die aufgrund der erhobenen audiologischen Befunde im jeweiligen Einzelfall bestehenden technischen Versorgungsmöglichkeiten Hard- und Software betreffend, Ermittlung und Dokumentation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) die Verordnung eines Hörgerätes unter Verwendung des Musters 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich Information patientenindividueller Besonderheiten an den Hörgeräteakustiker | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Information des Patienten zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten seitens der Kostenträger | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

(2) Nach Verordnung von Hörgeräten:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Anamnese des Trageverhaltens (Kontrolle der Hörgerätehandhabung, Kontrolle des Sitzens des Hörgerätes), morphologische Befundkontrolle, Überprüfung des durch den Hörgeräteakustiker gemachten Versorgungsvorschlages nach vergleichender Hörgerätestung, audiologische Kontrolle (Freifeldaudiometrie mit präferierten Geräten), ggf. ergänzende evaluierende Maßnahmen, ggf. Rücksprache mit dem Hörgeräteakustiker bei Befundabweichungen, ggf. Indikationsstellung zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen, Ermittlung und Dokumentation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung einschließlich Nutzenbestimmung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Dokumentation der Hilfsmittel-Abnahme mit Angabe, inwieweit der Hörgeräteversorgungsvorschlag dem aufgestellten Versorgungskonzept entspricht und Dokumentation des erzielten Versorgungsergebnisses (i.d.R. binaural) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Ggf. Nachbetreuung (Nachsorge) nach im Rahmen der Erfolgskontrolle individuell festgelegten Intervallen (z. B. Kontrolle Hörstörung bedingender Grund- und Begleiterkrankungen des Ohres, im Falle eines Hinweises auf eine Verschlechterung des Hörvermögens und veränderten Gebrauchs des Hörgerätes, Prüfung der Möglichkeit der Ergänzung des Versorgungskonzeptes) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

4. Organisatorische Anforderungen

<p>Ich versichere, dass ich die organisatorischen Anforderungen gemäß § 6 QSV erfüllen werde:</p>	
a) Teilnahme an einem strukturierten, regelmäßigen Austausch der an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Regelmäßige Wartung der im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4 Buchstabe b entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und entsprechende Dokumentation in den Gerätebüchern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Ich versichere, dass ich die Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation gemäß § 7 QSV einhalten werde:</p>	
(2) Gewährleistung einer vollständigen und nachvollziehbaren Dokumentation des Umfangs der Hörgeräteversorgung nach § 5 QSV.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(3) Dokumentation der Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe d und Abs. 2 Buchstabe a mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstrumentes, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann (Anlage 3 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(4) Angaben zur Hörgeräteverordnung und –abnahme erfolgen elektronisch gemäß Anlage 1 QSV und mit den Dokumentationsinhalten gemäß Anlage 2 QSV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift