



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten (Kinder)**  
gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit in / als:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung                     | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt                     |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis |
| bei: _____   |  |

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

**II. Beantragte Leistungen**

- EBM-GNR 20338, 20339, 20340, 20377, 20378 (Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/Phoniatrie/Pädaudiologie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### **III. Fachliche Anforderungen**

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Sprach-, Stimm- und kindl. Hörstörungen“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Phoniatrie und Pädaudiologie“

#### **Fachliche Befähigung nach § 3**

- Nachweis über 50 elektrische Reaktionsaudiometrien (ERA) im Kindesalter
- Nachweis über 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spieldiagnostischen Verfahren
- Nachweis über 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten 5 Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes
- Bescheinigung über den Erwerb theoretischer 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

### **IV. Anforderungen an die Praxisausstattung**

Hiermit versichere ich, dass folgende Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung gemäß § 4 der QS-Vereinbarung erfüllt werden:

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- 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 1m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem 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 Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3
- Binokulares Ohrmikroskop
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

### **V. Weitere Anforderungen an die Leistungsdurchführung**

Hiermit verpflichte ich mich, dass ich bzw. der angestellte Arzt die Anforderungen an die Durchführung der Leistungen gemäß den §§ 5 bis 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung erfülle/erfüllt.

- Umfang der Hörgeräteversorgung nach § 5

- Organisatorische Anforderungen nach § 6
  - regelmäßiger strukturierter Austausch mit an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung
  - Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich Audiometrie und der audiologischen Grundlagen
  - regelmäßige Wartung der Untersuchungsgeräte und Instrumentarien nach den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Dokumentation der Wartung in den Gerätebüchern
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 7
  - Umfang der Hörgeräteversorgung nach § 5 der Vereinbarung geht aus der ärztlichen Dokumentation vollständig und nachvollziehbar hervor
  - Übertragung der Daten erfolgt ab 01.07.2013 elektronisch nach Maßgabe von Anlage 1 und mit Dokumentationsinhalten gemäß Anlage 2 (Ergänzungsblatt zur Verordnung)
  - Ärztliche Dokumentationen sind der KVBB auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit vorzulegen
- Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 8
  - Durchführung einer (mindestens einmal jährlich) messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV durch einen zugelassenen Wartungsdienst
  - 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 regelmäßig innerhalb von 2 Jahren

## VII. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
..... erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

## VIII. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Brandenburg die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß der o.g. Vereinbarung in meiner/unserer Praxis überprüfen kann.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
-------	---------------------------------	--

### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.  
Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [QS@kvbb.de](mailto:QS@kvbb.de).