

Arztstempel



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten (Jugendliche und Erwachsene)  
(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung - Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)

**Persönliche Angaben des Antragstellers**

Titel, Name, Vorname: .....

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

**Ort der Leistungserbringung**

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)  
.....
- im Rahmen einer Anstellung
  - bei einem Vertragsarzt .....
  - in einem MVZ .....
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein             ja (bitte den Bescheid beifügen)

### Beantragte Leistungen

- GOP 09372, 09373, 09374 und 09375 des EBM
- GOP 20372, 20373, 20374 und 20375 des EBM

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bzw. Phoniatrie und Pädaudiologie

#### **und**

- Bescheinigung über selbständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre

#### **und**

- Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörtechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung

#### **(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der v. g. Gebietsbezeichnung als erbracht.

### Anforderungen an die Praxisausstattung (gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40dB) 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).

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Themen A-Z.

**Erklärung**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind, auch verpflichte ich mich an die Leistungserbringung nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission Hörgeräteversorgung der KV Thüringen die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis bzw. Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung entsprechen.

Mir ist bekannt, dass die KV Thüringen den Nachweis der in den §§ 4, 6 und 7 genannten Anforderungen verlangen kann.

Mir ist bekannt, dass die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung an die Erfüllung der Auflagen nach § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gebunden ist.

Mir ist bekannt, dass ich zur elektronischen Übermittlung der Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme verpflichtet bin.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*  
*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Thema Datenschutz.