

Vertrag

über die Versorgung der
Versicherten

ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

in der Fassung vom 01.Mai 2016

AC/TK: 14 00 120

AC/TK: 14 00 121

zwischen der

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

AOK Bremen/Bremerhaven

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

vertreten durch den

AOK-Bundesverband GbR,

dieser vertreten durch den Vorstand,

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

- nachfolgend AOK genannt -

und der

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

Präambel

Der in dieser Form erstmals zum 01. November 2014 neu gefasste Vertrag verfolgt das Ziel, den bisher erreichten Anteil von über 70% aufzahlungsfrei abgegebener Hörgeräte langfristig zu sichern und die administrativen Versorgungsabläufe weiter zu verbessern. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und zur Wahrung des wohlverstandenen Interesses des Versicherten an einem möglichst weitgehenden Ausgleich seiner Hörminderung sind sich die Vertragspartner einig, bei Unterschreiten dieser Quote im Jahresdurchschnitt Gegensteuerungsmaßnahmen einzuleiten und/oder Vertragspreisreduktionen vorzunehmen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres auf Grund einer ohrenärztlichen Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15) mit Hörsystemen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses (HMV) gemäß § 139 SGB V. Dieser Vertrag gilt nicht für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (WHO 4). Der Versorgungszeitraum beträgt vorbehaltlich der Regelungen zur vorzeitigen Wiederversorgung grundsätzlich 6 Jahre und beginnt mit dem Tag der Leistungserbringung (Empfangsbestätigung durch den Versicherten).
- (2) Zur Versorgung nach diesem Vertrag gehören die Beratung, die vergleichende Anpassung von verschiedenen Hörsystemen, die Abgabe, die Durchführung der Nachbetreuung/Nachsorge sowie die Erbringung von Instandhaltungs-, Service- und Reparaturleistungen. Die erforderliche Einweisung des Versicherten sowie ggf. seines Betreuers als auch seiner Angehörigen gehört ebenfalls zur Versorgung nach diesem Vertrag.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen der Vertragspreise eine qualitativ hochwertige, mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung aufzahlungsfreie Versorgung mit digitalen Hörgeräten entsprechend des aktuellen Standes der Hörgerätetechnik. Zum Einsatz kommen nur Hörgeräte, die mindestens die Standards der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des HMV sowie des Festbetragsgruppensystems 13.20.12 erfüllen. Hörgeräte der bisherigen Festbetragsgruppen 13.20.01 -13.20.03 bzw. 13.20.13, können hiervon abweichend ausschließlich auf Wunsch des Versicherten in begründeten Ausnahmefällen wie binauraler Ergänzung oder bei Verlust abgegeben werden (**Anlage 5**).
- (4) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Vergütungsvereinbarung
 - Anlage 2** Reparaturpreisliste
 - Anlage 3** Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - Anlage 4** Beitritts- und Anerkenntniserklärung
 - Anlage 5** Vergütungsvereinbarung für Hörgeräte nach den bis zum 31.10.2013 geltenden Festbetragskriterien

§ 2 Eignungsvoraussetzungen und Beitrittsregelungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur befugt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien in der jeweils aktuellen Fassung (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraus-

setzungen bzw. Präqualifikierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK.

- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen spätestens mit Vertragsabschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 4** nachzuweisen. Ein Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V ist vom Leistungserbringer einseitig gegenüber der für ihn regional zuständigen AOK zu erklären. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V beitragsberechtigter Leistungserbringer keine rechtliche Wirkung.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignung bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen betreffen, hat der Leistungserbringer innerhalb von 4 Wochen der AOK mitzuteilen. Die Verpflichtung zur Mitteilung entfällt, sobald entsprechende Informationen des GKV-SV auf elektronischem Wege für die AOK nutzbar sind.
- (4) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.
- (5) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 12 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gegenüber der für ihn regional zuständigen AOK kündigen.

§ 3 Art und Umfang der Leistung

- (1) Der Leistungsinhalt dieses Vertrages umfasst:
 - Beratung der Versicherten über die Versorgungsmöglichkeiten und das Angebot einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung,
 - Ermittlung der akustischen Kenndaten des Gehörs,
 - Abgleich mit der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15), soweit diese vorliegt,
 - Auswahl geeigneter Hörsysteme unter Berücksichtigung der audiologischen Erfordernisse, motorischen Fähigkeiten sowie der anatomischen Gegebenheiten,
 - Fertigung der erforderlichen Otoplastiken oder Im-Ohr-Schalen,
 - Programmierung der Hörsysteme auf Grund der audiologischen Daten,
 - Durchführung der vergleichenden Anpassung von verschiedenen Hörsystemen,
 - im Rahmen der vergleichenden Anpassung räumt der Leistungserbringer dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung zur Ausprobe in alltäglichen Hörsituationen ein, wobei der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren hat, dass dieser nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt,
 - Optimierung der Hörsystemeinstellung (Feinanpassung unter Berücksichtigung der jeweiligen alltagsrelevanten Hörsituationen),
 - Abgabe der Hörsysteme an den Versicherten,
 - Durchführung von Hausbesuchen in medizinisch begründeten Einzelfällen (z. B. bei Bettlägerigkeit),
 - Neufertigung oder Nachbesserung der Otoplastik bei nicht optimalem Sitz,
 - Ausbildung im Gebrauch der Hörsysteme einschließlich des Zubehörs bis zur sicheren

- Bedienung,
- Neueinstellung der Hörsysteme bei verändertem Hörvermögen,
 - Einweisung in die Pflege der Hörsysteme,
 - Nachbetreuung/Nachsorge und
 - Durchführung notwendiger Instandhaltungs-, Service- und Reparaturarbeiten.
- (2) Bei der Versorgung sind die aktuellen audiologischen Messverfahren (z. B. Ton- und Sprachaudiometrie, Hörfeldskalierung) einzusetzen. Der im Rahmen der vergleichenden Anpassung durch die Hörsystemversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand standardisierter sprachaudiometrischer Testverfahren (z. B. Freiburger Sprachverständlichkeitstest) - auch unter Einsatz von Störgeräuschen (Störgeräuschbedingungen: 60 dB, Nutzschallquelle: 65 dB) - nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren zur Dokumentation zu verwenden. Das gewählte Messverfahren hat den jeweils gültigen Hilfsmittel-Richtlinien zu genügen.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Mit den Vertragspreisen (**Anlage 1**) sind alle in § 3 dieses Vertrages genannten und die im Festbetragsgruppensystem aufgeführten Leistungen inkl. der Nachbetreuung/Nachsorge für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren abgegolten. Leistungen für Instandhaltungen und Reparaturen sowie die Nachlieferung von Otoplastiken für die Zeit nach Ablauf des Versorgungszeitraumes werden nach **Anlage 2** vergütet. Nachlieferungen von Hörgeräten entsprechend den bis zum 31.10.2013 geltenden Festbetragskriterien werden nach **Anlage 5** vergütet.
- (2) Die Leistungen sind grundsätzlich in der versorgungsberechtigten Betriebsstätte vorzunehmen. Ausgenommen sind diejenigen Fertigungs-, Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten, für die der Leistungserbringer die Hersteller, eigene Zentralwerkstätten oder andere Fachbetriebe in Anspruch nimmt.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass an der Versorgung nur qualifiziertes Personal mitwirkt. Dies sind nach dem Berufsbild des Hörgeräteakustiker-Handwerks ausgebildete Mitarbeiter.
- (4) Die Versorgungsziele orientieren sich an dem BSG-Urteil vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) und der Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer garantiert zum Vertragspreis eine aufzahlungsfreie Versorgung mit modernen Hörsystemen, die geeignet sind, die individuelle Hörminderung des Versicherten im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs möglichst weitgehend auszugleichen. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein; das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Je nach Bedarf kommen dabei auch Hörsysteme zum Einsatz, die neben der im Festbetragsgruppensystem genannten Mindestausstattung, z.B. über manuelle Mehrmikrofontechnik und/oder weitere Programme, automatische Verstärkungsregelung (AGC), T-Spule oder akustisches Telefonprogramm, Audioeingang und/oder Nano-Beschichtung verfügen. Eine ausreichende Verstärkungsreserve von 10-15 dB je nach Anpassformel ist zu berücksichtigen. Sind aufgrund der notwendigen Verstärkungsreserve Hörgeräte mit einer Verstärkung von ≥ 75 dB erforderlich, hat der Leistungserbringer Hörsysteme aus der Festbetragsgruppe 13.20.10 auszuwählen und zum in Anlage 1 vereinbarten Vertragspreis abzurechnen. Die Versorgung erfolgt auf Wunsch des Versicherten in offener Bauweise, sofern audiologische Gründe nicht dagegen sprechen. Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien HdO- und IO-Hörsystemen in diversen Standardfarben vor. Ein entsprechendes Verzeichnis ist auf Anfrage der AOK zur Verfügung zu

stellen.

- (5) Dem Versicherten ist stets eine aufzahlungsfreie Versorgung, bei Bedarf auch mit weitergehenden Ausstattungsmerkmalen nach Absatz 4, anzubieten und anzupassen. Auch eine aufzahlungsfreie Versorgung setzt voraus, dass mit diesem Hörsystem das im Sprachaudiogramm ausgewiesene maximale Sprachverstehen weitestgehend erreicht wird. Bei Bedarf sind auch weitere, aufzahlungsfrei angebotene Hörsysteme, z.B. mit Mehrmikrofontechnik, anzupassen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten können auch Hörsysteme mit Aufzahlung in die vergleichende Anpassung einbezogen werden. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung muss mindestens ein aufzahlungsfreies Hörsystem die individuelle Hörminderung des Versicherten gleichwertig wie das Hörsystem mit dem im Einzelfall besten Ergebnis ausgleichen und auch ein gleichwertiges Sprachverständnis bei Umgebungsgeräuschen und soweit möglich in größeren Personengruppen/Räumen erreichen (Nachweis entsprechend § 3 Abs. 2).
- (6) Die vergleichende Anpassung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der AOK auf Nachfrage zu übersenden. Wünscht der Versicherte keine vergleichende Anpassung mit aufzahlungsfreien Geräten, ist auch dies in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 3**) zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.
- (7) Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem bzw. eine Versorgung die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (z. B. technische Komfortmerkmale oder besonders ästhetische Bauformen), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. In einem solchen Fall ist der Versicherte nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale sind in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 3**) aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Eine beruflich bedingte Sonderausstattung ist vor dem Abschluss der Versorgung vom Versicherten zu beantragen, die Notwendigkeit ist von ihm zur Klärung der Kostenträgerschaft zu begründen.
- (8) Für den Fall, dass der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt liefern will, ist er verpflichtet, der AOK vor Abschluss der Versorgung eine technische Produktbeschreibung und einen Gleichwertigkeitsnachweis durch Bescheinigung einer unabhängigen Prüfstelle in deutscher Sprache vorzulegen, aus der hervorgeht, dass das ausgewählte Hilfsmittel die gestellten Mindestanforderungen an Qualität und Ausführung sowie die Anforderungen gemäß den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses und der Leistungsbeschreibung erfüllt. Die AOK behält sich vor den Einsatz abzulehnen, soweit der Nachweis der Gleichwertigkeit nicht eindeutig ist. In diesem Fall ist der Leistungserbringer zur Versorgung und Lieferung eines gelisteten Hilfsmittels verpflichtet.

§ 5 Ablauf der Versorgung

- (1) Erstversorgung und vorzeitige Wiederversorgung werden auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) erbracht. Eine Folgeversorgung vor Ablauf des Versorgungszeitraums (vorzeitige Wiederversorgung) kann nur mit vorheriger Zustimmung der AOK erfolgen. Ebenso ist für Hörhilfen, für die in den Anlagen kein Vertragspreis vereinbart worden ist, vor Abgabe die Zustimmung der AOK einzuholen.
- (2) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen sollte grundsätzlich auf elektronischem Wege erfolgen. Der Leistungserbringer und jede teilnehmende AOK können ergänzend Absprachen über den Austausch von Kostenvorschlägen im Wege des elektronischen Datenaustauschs (elektronischer Kostenvoran-

schlag) treffen.

- (3) Für eine Erst- oder vorzeitige Wiederversorgung mit kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten der Produktart 13.20.14.1 ist eine ohrenärztliche Verordnung erforderlich, die neben der Hörgeräteindikation auch den Hinweis auf einen versorgungsbedürftigen, dekompensierten Tinnitus enthält. Sofern sich im Rahmen der Anpassung herausstellt, dass die Hörgeräteversorgung vom Versicherten als bereits ausreichend zur Maskierung des Tinnitus angesehen wird, ist in Abstimmung mit dem HNO-Arzt die Abgabe eines Hörgeräts der Produktart 13.20.12 oder 13.20.10 zum vereinbarten Vertragspreis anstelle eines kombinierten Tinnitusgeräts/Hörgeräts der Produktart 13.20.14.1 möglich. Die Änderung der Verordnung ist vom HNO-Arzt bei der Abnahme der Versorgung auf der Rückseite des Musters 15 zu bestätigen. Im Falle einer Mengenausweitung besteht für jede teilnehmende AOK die Möglichkeit eine Genehmigungspflicht für kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte der Produktart 13.20.14.1 einzuführen.
- (4) Zur Klärung der Leistungspflicht legt der Leistungserbringer der AOK in allen Versorgungsfällen, in denen Hörgeräte bzw. kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte mit beruflich bedingter Aufzählung abgegeben werden, vor Abschluss der Versorgung einen Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht sowie die Mehrkostenerklärung des Versicherten (**Anlage 3**) vor. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten, dass die AOK hierfür Angaben zur beruflichen Tätigkeit, der konkreten Hörsituation am Arbeitsplatz, den berufsbedingten Ausstattungsmerkmalen des Hörsystems, den Anpassbericht mit Angaben zur alternativ getesteten aufzahlungsfreien Versorgung sowie des jeweiligen Gesamtpreises (Brutto) benötigt. Der Leistungserbringer übersendet der AOK bei entsprechendem Kundenwunsch den Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht und Mehrkostenerklärung des Versicherten (**Anlage 3**). Sofern Mehrkostengeräte abgegeben werden, ohne dass es einer Klärung der Leistungspflicht bedarf (Versorgung ohne berufsbedingte Mehrkosten), wird die Mehrkostenerklärung des Versicherten (**Anlage 3**) vom Leistungserbringer archiviert und der AOK auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- (5) Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hörsysteme während der Anpassphase unentgeltlich. Die Anpassphase endet mit dem endgültigen Empfang des Hörsystems durch den Versicherten. Den endgültigen Empfang hat der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter durch handschriftliche Unterzeichnung zu bestätigen. Die Anpassphase schließt die kostenlose Batterieversorgung ein.
- (6) Während der Anpassphase kann der Versicherte ohne Angabe von Gründen die Hörsysteme zurückgeben. Kosten, insbesondere auch Kosten für Otoplastiken, entstehen hierfür weder dem Versicherten noch der AOK.
- (7) Der Leistungserbringer bewahrt über den gesamten Versorgungszeitraum, mindestens 6 Jahre nach Abschluss der Anpassung, die im Zusammenhang mit der Hörsystemversorgung erstellten Anpassunterlagen zur prüffähigen Dokumentation auf und stellt diese auf Anforderung der AOK kostenfrei zur Verfügung.
- (8) Eine vorzeitige Wiederversorgung ist vor der Versorgung durch den Leistungserbringer schriftlich zu begründen und zwecks Zustimmung bei der AOK einzureichen. Eine vorzeitige Wiederversorgung kann in folgenden Fällen in Betracht kommen:
 - Verlust des Hörsystems,
 - Beschädigung des Hörsystems durch äußere Einwirkung, soweit eine Reparatur unwirtschaftlich ist,
 - Verringerung des maximalen Verstehenswertes für Einsilber (dB-opt.) um 15 Prozentpunkte bzw. Verschiebung zu höheren Pegeln um mehr als 15 dB im Sprachaudiogramm (gemessen ohne Hörsystem über Kopfhörer).

In diesen Fällen beginnt ein neuer Versorgungszeitraum.

- (9) Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Leistungserbringer den Versicherten zur weiteren Klärung an einen HNO-Arzt.

§ 5 a Beratung und Qualitätssicherung

- (1) Die Vertragspartner streben eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten an. Der Versicherte muss zu Beginn der Beratung durch den Leistungserbringer eingehend und ausführlich über die Möglichkeit einer für ihn aufzahlungsfreien Versorgung mit hochwertigen Hörsystemen informiert werden. Dieser Beratungsprozess ist zu dokumentieren und der AOK auf Nachfrage vorzulegen.
- (2) Bei der Abrechnung ist durch Nutzung der entsprechenden Hilfsmittelkennzeichen kenntlich zu machen, ob die Versorgung mit oder ohne Aufzahlung des Versicherten erfolgte.
- (3) Zur Qualitätssicherung übermittelt der Leistungserbringer der AOK auf Anfrage eine Statistik über die durchgeführten Versorgungen mit folgenden Mindestangaben:
- Anzahl der Versorgungen
 - Anzahl ein- bzw. beidohrigen Versorgungen
 - Anzahl Hörgeräte
 - Anzahl der aufzahlungsfreien Versorgungen
 - Summe der erhaltenen gesetzlichen Zuzahlungen

§ 6 Vergütung

- (1) Für Leistungen innerhalb des Versorgungszeitraums gemäß § 1 Abs. 1 gelten die Vertragspreise nach **Anlage 1**. Die Vergütung für Instandhaltungs- und Reparaturleistungen und die Nachlieferung von Otoplastiken nach Ablauf des Versorgungszeitraums (§ 7 Abs. 3) richtet sich nach **Anlage 2**.
- (2) In den in **Anlage 1** genannten Preisen sind auch die Kosten für antiallergische Beschichtung von Otoplastiken bei medizinischer Notwendigkeit, Winkel, Potentiometerabdeckung (Abdeckung des Lautstärkereglers), Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörgerätegehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. In diesen Fällen ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material für Ohrpassstücke wird nicht erhoben. Kostenvoranschläge werden im Rahmen einer Hörgeräteanpassung kostenfrei erstellt.
- (3) Die Hörsystemanpassung ist abgeschlossen und der Versorgungszeitraum beginnt, sobald die Hörsysteme endgültig an den Versicherten abgegeben sind und dies vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter schriftlich bestätigt wurde. Nach Abschluss der Hörsystemanpassung und endgültiger Abgabe an den Versicherten hat der Leistungserbringer Anspruch auf die Vergütung des Hörsystems.
- (4) Eine erneute Versorgung bei innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Versorgung verloren gegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen vergütet die AOK in Höhe des Vertragspreises mit einem Abschlag gemäß **Anlage 1** je Hörsystem.
- (5) Vertraglich vereinbarte oder im Festbetragsgruppensystem enthaltene Abschläge auf die Vergütung (z. B. bei beidohriger Versorgung) dürfen dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 7 Reparaturen

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt nach abgeschlossener Anpassung für die Dauer des Versorgungszeitraumes alle für eine einwandfreie Funktion des jeweiligen Hörsystems der Produktuntergruppe 13.20.12 bzw. 13.20.10 notwendigen Instandhaltungs-, Service- und Reparaturarbeiten auf Basis einer Reparaturpauschale (**Anlage 1**). Diese umfasst alle Dienstleistungs-, Arbeits- und Materialkosten für Instandhaltungen, Service und Reparaturen am Hörsystem und Otoplastik, die Nachlieferungen von Otoplastiken, eine ggf. notwendige Umstellung von einem Dünnschlauchsystem auf eine Otoplastik sowie die Nachbetreuung für den Versorgungszeitraum von 6 Jahren. Weitere Kosten können der AOK nicht in Rechnung gestellt werden. Wählt der Versicherte ein von dem Leistungserbringer aufzahlungsfrei angebotenes Produkt, sind alle anfallenden Instandhaltungs-, Service- und Reparaturarbeiten sowie Materialkosten durch die Reparaturpauschale abgegolten. Statt der Reparatur kann der Leistungserbringer auch das Hörsystem austauschen. Mit dem kostenlosen Austauschen des Hörsystems beginnt kein neuer Versorgungszeitraum.
- (2) In folgenden Fällen ist die Reparaturpauschale anteilig, und zwar für jedes nicht in Anspruch genommene Jahr, beginnend mit dem 2. Jahr des Versorgungszeitraumes, der AOK zu erstatten:
 - a) Schließung einer Betriebsstätte, sofern eine weitergehende Betreuung in einer anderen Betriebsstätte des Leistungserbringers ausscheidet,
 - b) Versicherung bzw. Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, dies gilt nicht im Falle des Wechsels zu einer anderen AOK,
 - c) vorzeitige Wiederversorgung oder
 - d) Wechsel des Leistungserbringers; abweichend von Satz 1 kann der Ausgleich im Einvernehmen auch unter den beteiligten Leistungserbringern erfolgen.
- (3) Für die Durchführung von Reparaturen nach Ablauf des 6-jährigen Versorgungszeitraums gilt:
 - a) Kleinreparaturen/Service-Arbeiten wie
 - Ausbohren und Erneuerung des Schallleitungsschlauchs,
 - Austausch Hörwinkel,
 - Austausch von Sieb/Filter,
 - Winkelstück für Otoplastik erneuern und/oder
 - Potentiometer- (Lautstärkeregler-)Abdeckung erneuern

sind mit den bereits gezahlten Vergütungen abgegolten. Sie werden vom Leistungserbringer vorbehaltlich der nachstehenden Regelungen weder gegenüber der AOK noch gegenüber dem Versicherten berechnet (**Anlage 2**).
 - b) Mit Ausnahme der Reparaturen nach lit. c) werden alle übrigen Reparaturen nach **Anlage 2** pauschal je Hörsystem vergütet, sofern sie tatsächlich anfallen. Einer Entscheidung durch die AOK bedarf es in diesen Fällen nicht. Die Durchführung der Reparatur ist vom Versicherten zu bestätigen. Diese Bestätigung ist der Abrechnung beizufügen. Der Leistungserbringer übernimmt – ungeachtet der getauschten Ersatzteile – eine Reparaturgarantie auf das gesamte Hörsystem von 6 Monaten ab dem Tag der Bestätigung durch den Versicherten.
 - c) Bei notwendigen Reparaturen des Verstärkers/Prozessors hat der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag einzureichen und die Reparatur erst nach Entscheidung der

AOK durchzuführen. Zusätzlich zur Position für den Verstärker/Prozessor können bei Bedarf auch die weiteren Positionen der **Anlage 2** angesetzt werden. Die Abrechnung der Reparaturpauschale nach lit. b) ist in diesen Fällen nicht möglich.

Die Durchführung von Reparaturen nach 6 Jahren setzt grundsätzlich die Verfügbarkeit von Ersatzteilen durch den Hersteller voraus. Mehrkosten für Instandhaltungen, Service und Reparaturen sind vom Versicherten auch nach Ablauf des 6-jährigen Versorgungszeitraums nur dann zu tragen und können nicht zu Lasten der AOK abgerechnet werden, wenn diese durch die Wahl des Versicherten für eine Hörsystemversorgung mit Aufzahlung anfallen.

- (4) Sofern Reparaturarbeiten an den Hörsystemen erforderlich werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten auf Wunsch kostenlos geeignete Ersatzgeräte in HdO-Bauform für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.
- (5) Auch bei Versorgungsleistungen mit Aufzahlung wird die Reparaturpauschale für den gesamten Versorgungszeitraum an den Leistungserbringer vergütet. Jede Reparatur innerhalb des Versorgungszeitraums beinhaltet daher den Anteil der AOK analog einer aufzahlungsfreien Versorgung.
- (6) Wird die Neueinstellung des Hörsystems auf Grund einer Reparatur notwendig, ist diese Leistung mit der Reparaturpauschale abgegolten.

§ 8 Abrechnung, Zahlung und Aufrechnung

- (1) Die AOK und der Leistungserbringer vereinbaren die Abrechnung der Leistungen gemäß § 302 SGB V, für welche die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gelten. Die Hilfsmittelkennzeichen der **Anlagen 1** und **2** dieses Vertrages sind zu beachten und der jeweiligen Versorgungssituation entsprechend zu verwenden. Im Rahmen der Abrechnung ist die versorgte Seite anzugeben. Die Abrechnung soll innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe des Hörsystems erfolgen.
- (2) Werden die Daten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der AOK erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (3) Die AOK überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen. Die 4-Wochen-Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag (arbeitsfreier Tag) verschiebt sich diese auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (4) Der Rechnung ist immer die Empfangsbestätigung des Versicherten sowie bei einer Erst- oder vorzeitigen Wiederversorgung die ohrenärztliche Verordnung (Muster 15) und bei vorzeitiger Wiederversorgung der genehmigte Kostenvoranschlag jeweils im Original beizufügen. Im Rahmen der Einführung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens können zwischen dem Leistungserbringer und der AOK anderweitige Absprachen hinsichtlich der Vorlage des genehmigten Kostenvoranschlages getroffen werden.

Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur-/ Papierbelegen auch die Daten bei der AOK vorliegen.

- (5) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine

Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.

- (6) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich zu prüfen. Festgestellte Unrichtigkeiten können gegebenenfalls gekürzt oder innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Dies ist dem Leistungserbringer mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOK, so gilt diese als anerkannt.
- (7) Substantiierte Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOK mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und spätestens zum Ablauf dieser Frist von dem Leistungserbringer zu begleichen.
- (8) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die AOK zahlt an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 9 Datenschutz/Vertraulichkeit

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die einschlägigen Bestimmungen über den Sozialdatenschutz nach SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen (z. B. Bundesdatenschutzgesetz) zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Für den elektronischen Datenaustausch (z. B. Rechnungslegung, Kostenvoranschlag) zwischen den Vertragspartnern nutzt der Leistungserbringer die von der AOK angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherten Übertragungswege.
- (4) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit dieses Vertrages hinaus sicherzustellen.
- (5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, Vertraulichkeit zu gewährleisten.

§ 10 Werbung, unzulässige Zusammenarbeit

- (1) Die Werbung der Vertragspartner ist auf sachliche Informationen abzustellen.
- (2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem HNO-Arzt mit dem Ziel einer Ausweitung der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten zwischen den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, dass Sach- und Fachgespräche zwischen den genannten Beteiligten keine Beeinflussung im Sinne des Absatzes 2 darstellen.
- (4) Der Leistungserbringer darf Ärzte (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeiter nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Ärzten erbracht werden.
- (5) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen ist grundsätzlich unzulässig.

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Verstößt der Leistungserbringer gegen Vertragspflichten oder fügt er der AOK in sonstiger Weise Schaden zu, kann ihn die AOK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit warnen, abmahnen, eine Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Warnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (2) Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:
 - a) Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
 - b) mangelhafte Anpassung von Hörsystemen, mit dem Ziel der Erlangung einer aufzahlungspflichtigen Versorgung,
 - c) das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Hörsystemen mit Aufzahlungen, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,
 - d) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden (§ 128 Abs. 1 SGB V),
 - e) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 1 SGB V),
 - f) Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden (§ 128 Abs. 2 S. 2 SGB V),
 - g) Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen sowie der Präqualifizierungskriterien,

- h) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ohrenärztlichen Verordnung gefährden,
 - i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,
 - j) Verstoß gegen die Beratungs- und Qualitätssicherungspflicht nach § 5a,
 - k) sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages der AOK nicht mehr zumutbar ist.
- (3) Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die AOK dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (4) Die AOK kann bei vorsätzlichem, grob fahrlässigem oder wiederholt fahrlässigem Verstoß im Sinne des § 11 Abs. 2 lit. a)-j) die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe verlangen. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5% des jährlichen Netto-Umsatzerlöses der jeweiligen Betriebsstätte nach diesem Vertrag.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurück zu erstatten, ggf. gemäß § 11 Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt davon unbenommen.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag vom 01.11.2013 wurde zuletzt mit Wirkung zum 01.05.2016 geändert und gilt für alle ab dem 01.05.2016 abgegebenen Hörsysteme (Tag der Empfangsbestätigung des Versicherten). Dieser Vertrag und / oder seine Anlagen können vom Leistungserbringer, dem AOK-Bundesverband oder jeder teilnehmenden AOK einzeln für die Versorgung ihrer Versicherten mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2017, ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Der Vertrag endet in diesen Fällen auch für gemäß § 127 Absatz 2a SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (2) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden dem Vertrag entsprechend zu Ende geführt und zwar bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes.
- (3) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 36 Abs. 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten dann ab dem Tag ihres Inkrafttretens. Sie gelten für alle Versorgungen, bei denen die Abgabe der Leistung nach dem Stichtag erfolgt.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw.

rechtswidrig sein oder werden, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Inhalte nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine vertragliche Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

Ort, Datum

AOK-Bundesverband

Ort, Datum

Leistungserbringer

Vergütungsvereinbarung

AC/TK: 14 00 120

Hilfsmittelpositionsnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.12.nnnn ¹	Vertragspreis je Hörsystem		
13.20.10.nnnn ²	aufzahlungsfreie Versorgung ³ mit Aufzahlung des Versicherten ⁴	700,00€	00,10,11 06
13.20.04.nnnn	Taschenhörgeräte	310,00 €	00,10,11
13.20.06.nnnn	Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern	KVA	00,10,11,
13.20.07.0003	Kinnbügelhörer Sennheiser A 200 Set	270,00 €	00,10,11
13.20.09.0-4nnn ⁵	Ohrpassstücke (Otoplastiken, einschließlich einer notwendigen Zusatzbohrung bzw. Vario-Vent) Erst-/Neuversorgung ⁶ Folgeversorgung ⁷ mit Aufzahlung des Versicherten ⁸	30,00€	00 10, 11 06
13.20.09.5001	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung Erst-/Neuversorgung Folgeversorgung mit Aufzahlung des Versicherten	10,00€	00 10, 11 06
13.20.14.0nnn	Vertragspreis je Tinnitusgerät aufzahlungsfreie Versorgung mit Aufzahlung des Versicherten	300,00 €	00,10,11 06
13.20.14.1nnn	Vertragspreis je kombiniertes Tinnitusgerät/Hörgerät aufzahlungsfreie Versorgung mit Aufzahlung des Versicherten	780,00 €	00,10,11 06
13.20.15.nnnn	Knochenleitungshörbügel; monaural	KVA	00,10,11, 06
13.99.99.1007	Abschlag für das zweite Hörgerät (13.20.12 und 13.20.10) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-140,00€	00,10,11
13.99.99.1001	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-260,00€	11
13.99.99.1016	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Tinnitusgeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-100,00 €	11
13.99.99.1015	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-290,00 €	11
13.99.99.1010	Abschlag für das zweite Tinnitusgerät (13.20.14.0nnn) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-60,00€	00,10,11

¹Die Abrechnung erfolgt unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer. Sofern Hilfsmittel abgegeben werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, ist die Abrechnung mit der AOK zu klären.

² Hörgeräte der Festbetragsgruppe 13.20.10 können abgegeben werden wenn dies aufgrund der Verstärkungsreserve notwendig ist.

³ Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung keine weitere Aufzahlung für die Versorgung mit dem Hörsystem, ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.

⁴ Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung für die Versorgung mit dem Hörsystem, so ist das Hilfsmittelkennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst-, Folge- oder vorzeitige Wiederversorgung handelt. Das Hilfsmittelkennzeichen „06“ hat immer Priorität.

⁵ Ausgenommen sind Produkte mit der Hilfsmittelnummer 13.20.09.5nnn (Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung)

⁶ Für die erstmalige Versorgung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ zu verwenden.

⁷ Für Folgeversorgungen von Otoplastiken im Zusammenhang mit einer Hörsystemversorgung ist das Hilfsmittelkennzeichen „10“ (Folgeversorgungen) bzw. „11“ (vorzeitige Wiederversorgungen) zu verwenden.

⁸ Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung für die Versorgung mit dem Hörsystem, so ist das Hilfsmittelkennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst-, Folge- oder vorzeitige Wiederversorgung handelt. Das Hilfsmittelkennzeichen „06“ hat immer Priorität.

Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.11.2013 in der Fassung vom 01.05.2016

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.1011	Abschlag für das zweite kombinierte Tinnitusgerät/Hörgerät (13.20.14.1nnn) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-156,00 €	00,10,11
13.99.99.9499 ⁹	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme und Otoplastiken sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken für die Dauer von 6 Jahren	130,00€	13
13.00.99.9504	Rückvergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung, Wechsel der Krankenkasse oder des Leistungserbringers oder Schließung der Betriebsstätte für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr (beginnend ab dem 2. Jahr) innerhalb des Dienstleistungszeitraums ¹⁰	-21,00€	13
13.99.01.5000 13,99.01.6000	Zuschlag für alle Arten von CROS/Bi-CROS-Anschlusssatzvarianten inkl. Mikrofon	150,00 €	00
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	15,00 €	01

Besondere Bestimmungen.

Mit den in **Anlage 1** genannten Preisen sind auch die Kosten für antiallergische Beschichtung von Otoplastiken bei medizinischer Notwendigkeit, Winkel, Potentiometerabdeckung (Abdeckung des Lautstärkereglers), Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörgerätegehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material für Ohrpassstücke wird nicht erhoben.

Die notwendigen Gehörmessungen und Neueinstellungen nebst Feinanpassung des Hörsystems nach einer Reparatur sind Bestandteil der jeweiligen Reparaturpauschale und nicht gesondert abrechnungsfähig. Eventuell anfallende Versandkosten werden nicht gesondert vergütet.

Bei Veränderungen der MwSt. werden die Vertragspreise entsprechend angepasst.

Die Regelungen zur Mindest- und Zusatzausstattung des § 4 Abs. 4 finden keine Anwendung auf Taschenhörgeräte, Knochenleitungshörbügel, Kinnbügelhörer und Tinnitusgeräte.

⁹ Nur abrechenbar bei Hörsystemen der Festbetragsgruppen 13.20.12 und 13.20.10.

¹⁰ Eine Rückvergütung im Rahmen des DTA ist im Einzelfall mit der jeweiligen AOK abzustimmen.

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.11.2013 in der Fassung vom 01.05.2016

Reparaturpreisliste

Folgende Reparaturpositionen können erst nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale in Ansatz gebracht werden.

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.00.99.9535 *)	Pauschales Reparaturentgelt nach § 7 Abs. 3 lit. b)	80,00 €	13
13.99.99.9150	Verstärker/Prozessor	160,00 €	01
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	15,00 €	01
13.20.09.0-4nnn	Otoplastik	30,00 €	01

Folgende Reparaturpositionen stellen auch nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale Serviceleistungen dar und sind weder gesondert abrechenbar noch dem Versicherten in Rechnung zu stellen (§7 Abs. 3)

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.09.5001	Erneuerung des Hörschlauchsystems mit Dom oder Schirm	ohne Berechnung	01
13.99.99.9190	Austausch Hörwinkel	ohne Berechnung	01
13.99.99.9200	Austausch Sieb/Filter/Cerumenschutz	ohne Berechnung	01
13.99.99.9420	Winkelstück für Otoplastik erneuern	ohne Berechnung	01
13.99.99.9430	Ausbohren und Erneuerung des Schallleitungsschlauchs	ohne Berechnung	01
13.99.99.9580	Potentiometer- (Lautstärkeregler-) Abdeckung erneuern	ohne Berechnung	01

Folgende Reparaturpositionen können im Rahmen einer Reparatur des Verstärkers / Prozessors (13.99.99.9150) nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale in Ansatz gebracht werden. Sie sind auch anzuwenden für Reparaturen an Hörsystemen und kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten, die vor Abschluss dieses Vertrages abgegeben wurden und/oder für die keine Reparaturpauschalregelung bestehen.

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9010	Fehlerdiagnose	9,00 €	01
13.99.99.9230	Leistungskontrolle	7,50 €	01
13.99.99.9020	Mikrofon	65,00 €	01
13.99.99.9030	Hörer	65,00 €	01
13.99.99.9080	Lautstärke-Steller	43,00 €	01
13.99.99.9090	Trimmer	24,00 €	01
13.99.99.9091	Programmierkontakte Einheit	55,00 €	01
13.99.99.9100	Schalter/Programmtaster	30,00 €	01
13.99.99.9110	Hör-/Telefon-/Empfangsspule	19,50 €	01
13.99.99.9120	Gehäuse komplett	35,00 €	01
13.99.99.9130	Gehäuseteil	19,50 €	01
13.99.99.9140	Batteriekontakte	15,50 €	01
13.99.99.9150	Verstärker/Prozessor	160,00 €	01
13.99.99.9170	Lagerung Hörer oder Mikrofon	14,00 €	01
13.99.99.9190	Hörwinkel	10,00 €	01
13.99.99.9200	Sieb/Cerumenschutz	ohne Berechnung	01
13.99.99.9250	Akustikrohr Hörer oder Mikrofon	12,00 €	01
13.99.99.9270	Anschlussstutzen Hörer/Mikrofon	12,00 €	01
13.99.99.9340	Audioeingang reparieren	21,00 €	01
13.99.99.9370	Innenreinigung	13,00 €	01

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.11.2013 in der Fassung vom 01.05.2016

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9420	Winkelstück für Otoplastik erneuern	ohne Berechnung	01
13.99.99.9430	Ausbohren und Erneuerung des Schalleitungsschlauchs	14,00 €	01
13.99.99.9440	Otoplastik-Reparatur	8,00 €	01
13.99.99.9450	Hornschlauch/Horn ersetzen	18,50 €	01
13.20.09.0-4nnn	Ohrpassestücke	30,00 €	04
13.20.09.5001	Erneuerung des Dünnschlauchsystems für die offene Versorgung	10,00 €	04

Besondere Bestimmungen.

Die notwendigen Gehörmessungen und Neueinstellungen nebst Feinanpassung des Hörsystems nach einer Reparatur sind Bestandteil der jeweiligen Reparaturpreise und nicht gesondert abrechnungsfähig. Eventuell anfallende Versandkosten werden nicht gesondert vergütet.

Bei Veränderungen der MwSt. werden die Vertragspreise entsprechend angepasst.

Für Reparaturen an Hörsystemen, die vor Abschluss dieses Vertrages abgegeben wurden und für die keine Reparaturpauschalregelung bestehen gilt: Hörgeräte reparaturen über einem Gesamtwert von 100,00 € inkl. MwSt. sind genehmigungspflichtig. Reparaturen bis zu einem Gesamtbetrag von 100,00 € können ohne vorherige Prüfung abgerechnet werden. Für die AOK Rheinland/Hamburg gilt eine Reparaturfreigrenze von 80,00 € inkl. MwSt.

- *) Diese Position umfasst sämtliche notwendigen Reparaturen nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale mit Ausnahme der Reparatur des Verstärkers/Prozessors (§ 7 Abs. 3 lit. c) sowie der Nachlieferung von Otoplastiken und beinhaltet eine 6-monatige Garantie für das gesamte Hörsystem ab dem Tag der Bestätigung der Reparatur durch den Versicherten (§ 7 Abs. 3 lit. b). Bei der Abrechnung sind die tatsächlich durchgeführten Reparaturen anzugeben. Eine Fehlerdiagnose 13.99.99.9010 und/oder Leistungskontrolle 13.99.99.9230 allein stellt keine Reparatur nach diesem Vertrag dar und berechtigt nicht zur Abrechnung des pauschalen Reparaturentgeltes 13.00.99.9535. Weitere Reparaturen können erst nach Ablauf des 6-monatigen Zeitraums erneut mit dieser Position zur Abrechnung gebracht werden.

Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse - IK
---	--

Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot eines Hörsystems zum Ausgleich meiner individuellen Hörminderung in allen alltagsrelevanten Hörsituationen informiert.

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen**. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem**. Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere durch

Merkmale des Bedienungskomforts: _____ und/oder,

Merkmale der Ästhetik: _____ und/oder,

sonstiges: _____ bedingt.

Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.

Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden, das folgende besondere Eigenschaften aufweist:

Angabe der ausgeübten Tätigkeit: _____

Beschreibung der Arbeitssituation, in der Hörprobleme auftreten:

Ich bin mit der Weitergabe des Kostenvoranschlags (inklusive der Mehrkosten) an meine Krankenversicherung einverstanden. ja nein

Datum

Unterschrift des Versicherten

Beitritts- und Anerkennungserklärung

Leistungserbringer

Name:
Str. Nr.
PLZ, Ort

1. Hiermit trete ich nach § 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V als versorgungsberechtigter bzw. präqualifizierter Leistungserbringer dem **Vertrag über die Versorgung der Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.11.2013, in der Fassung vom 01.05.2016**, (AC/TK: 14 00 120 / 14 00 121) bei und erkenne alle im Vertrag enthaltenen Rechte und Pflichten an.
2. Der Beitritt ist erst wirksam, wenn die Eignungsvoraussetzungen bzw. Präqualifizierung nachgewiesen sind. Die Nachweise stelle ich mit Übersendung der Beitrittserklärung der AOK zur Verfügung.
3. Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.
4. Gleichzeitig erkläre ich, dass dieser Vertrag die Grundlage für die Leistungserbringung bei Versicherten der AOK ab Vollendung des 18. Lebensjahres darstellt und von mir geschlossene anderweitige Vereinbarungen/Verträge für diese Versicherte keine Anwendung mehr finden.
5. Weiterhin erkläre ich, dass ich meinem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich gelten lasse, soweit ich nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem Sonderkündigungsrecht nach § 2 Abs. 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

IK-Nr: _____

**Vergütungsvereinbarung für Hörgeräte
nach den bis zum 31.10.2013 geltenden Festbetragskriterien**

AC/TK: 14 00 121

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis inkl. MwSt.	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.01.nnnn 13.20.02.nnnn 13.20.03.nnnn 13.20.13.nnnn ¹⁾	Vertragspreis je Hörsystem aufzahlungsfreie Versorgung ²⁾ mit Aufzahlung des Versicherten ³⁾	360,00 €	00,04,10,11 06
13.20.09.0 13.20.09.1 13.20.09.2 13.20.09.3 13.20.09.4	Ohrpasstücke (Secret Ear, Secret Ear-Stöpsel, Otoplastik-adaptionsfähig für Modul-IO-Geräte, Schale für Semi-Modul- und Custom-Made-IO-Geräte, Ohrmulde) einschließlich einer notwendigen Zusatzbohrung bzw. Vario-Vent zusammen mit einer Hörsystemversorgung ⁴⁾ mit Aufzahlung des Versicherten ⁵⁾	30,00 € 30,00 €	00,10,11 06
13.20.09.5001	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung mit Aufzahlung des Versicherten ⁵⁾	10,00 € 10,00 €	00,10,11 06
13.99.99.1001	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen (13.20.01, 13.20.02, 13.20.03, und 13.20.13.) innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-132,00 €	11
13.99.99.1002	Abschlag für das zweite Hörgerät (13.20.01) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-72,00 €	00,04,10,11
13.99.99.1003	Abschlag für das zweite Hörgerät (13.20.02) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-72,00 €	00,04,10,11
13.99.99.1004	Abschlag für das zweite Hörgerät (13.20.03 bzw. 13.20.13) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	-72,00 €	00,04,10,11
13.99.99.9499	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme der Produktgruppen 13.20.01.n, 13.20.02.n, 13.20.03.n, 13.20.13.n, und Otoplastiken sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken für die Dauer von 6 Jahren	130,00 €	13
13.00.99.9504	Rückvergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung, Wechsel der Krankenkasse oder des Leistungserbringers oder Schließung der Betriebsstätte für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr (beginnend ab dem 2. Jahr) innerhalb des Dienstleistungszeitraums ⁶⁾	-21,00 €	
13.99.01.5000 13.99.01.6000	Zuschlag für alle Arten von CROS/BiCROS-Anschlusssatzvarianten inkl. Mikrofon, wahlweise kabelgebunden oder kabellos	150,00 €	00
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	15,00 €	01

Besondere Bestimmungen.

Hörgeräte der bisherigen Festbetragsgruppen 13.20.01 -13.20.03 bzw. 13.20.13 können ausschließlich auf Wunsch des Versicherten in begründeten Ausnahmefällen wie binauraler Ergänzung oder bei Verlust abgegeben werden.

Die notwendigen Gehörmessungen und Neueinstellungen nebst Feinanpassung des Hörsystems nach einer Reparatur sind Bestandteil der jeweiligen Reparaturpauschale und nicht gesondert abrechnungsfähig. Eventuell anfallende Versandkosten werden nicht gesondert vergütet.

Bei Veränderungen der MwSt. werden die Vertragspreise entsprechend angepasst.

Anlage 5 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.11.2013, in der Fassung vom 01.05.2016

- 1) Die Abrechnung erfolgt unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer. Sofern Hilfsmittel abgegeben werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, ist die Abrechnung mit der AOK zu klären.
- 2) Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung keine weitere Aufzahlung für die Versorgung mit dem Hörsystem, ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „04“ (Nachlieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.
- 3) Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung für die Versorgung mit dem Hörsystem, so ist das Hilfsmittelkennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst-, Folge- oder vorzeitige Wiederversorgung handelt. Das Hilfsmittelkennzeichen „06“ hat immer Priorität.
- 4) Leistet der Versicherte für das Ohrpassstück neben der gesetzlichen Zuzahlung keine weitere Aufzahlung, ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.
- 5) Für Ohrpassstücke, für die der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung leistet, ist das Hilfsmittelkennzeichen „06“ zu verwenden.
- 6) Eine Übermittlung von Gutschriften im Rahmen des DTA ist z. Zt. nicht möglich (vgl. Anlage 3 – Schlüsselverzeichnis, Abschnitt 8.1.7 zu den Richtlinien nach § 302 SGB V). Die AOK informiert den Leistungserbringer im Einzelfall über die Abwicklung.