

Rahmenvertrag zur Versorgung mit Hörsystemen

zwischen

der Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR

(im Folgenden biha genannt)

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) der Ersatzkassen,  
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

## § 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten<sup>1</sup> der Ersatzkassen mit Hörsystemen im Rahmen des § 33 Absatz 1 SGB V einschließlich aller damit verbundenen Dienst- und Serviceleistungen sowie die Abrechnung für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel.

Die Anlagen 1-2 und die Anhänge 1-7 der Anlage 1 sind Bestandteil des Vertrages.

## § 2 Geltungsbereich

1. Die BIHA stellt durch ihre Mitgliedsbetriebe die bundesweite Versorgung mit sämtlichen im Rahmenvertrag sowie in den vereinbarten Anlagen und Anhängen aufgeführten Produkten und Leistungen insgesamt sicher. Alle an diesem Vertrag teilnehmenden Mitgliedsbetriebe (nachfolgend Leistungserbringer genannt) sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages und der vereinbarten Anlagen und Anhänge verpflichtet.
2. Die BIHA stellt dem vdek mit Abschluss dieses Vertrages eine aktuelle Teilnehmerliste der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer einschließlich deren Filialen zur Verfügung (Meldung). Der Vertrag tritt für die in der Teilnehmerliste gemeldeten Leistungserbringer mit Wirksamkeit dieses Vertrags in Kraft sofern die Teilnehmerliste vor Vertragsbeginn beim vdek eingeht. Geht die Teilnehmerliste zu einem späteren Zeitpunkt beim vdek ein, tritt für die in der Teilnehmerliste gemeldeten Leistungserbringer der Vertrag zum 1. des folgenden Monats nach Eingang der Teilnehmerliste beim vdek in Kraft. § 17 Absatz 6 wird berücksichtigt. Der Vertrag gilt für alle Versorgungen, bei denen die Verordnung (soweit diese notwendig ist) nach dem Vertragsbeginn erfolgt ist. Bedarf es keiner Verordnung, ist das Datum des Beginns der Versorgung durch den Leistungserbringer maßgeblich.
3. Die Teilnehmerliste ist monatlich zu aktualisieren. Die BIHA stellt dem vdek hierzu einmal im Monat, jeweils zum 1. eines Monats, eine aktuelle Teilnehmerliste zur Verfügung. Für neue Leistungserbringer sowie neue Filialen bereits teilnehmender Leistungserbringer tritt der Vertrag zum 1. des folgenden Monats in Kraft. In begründeten Fällen kann der Beitritt zu diesem Vertrag durch die Ersatzkassen abgelehnt werden.
4. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der BIHA stellt den Eintritt einer auflösenden Bedingung dar.
5. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die in diesem Vertrag, seinen Anlagen und Anhängen festgelegten Formen, Formulare, Übersichten, Erklärungen und Listen, etc. in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt entsprechend zu verwenden. Die Teilnehmerliste gemäß Absatz 2 ist in elektronischer Form in einem Windows™ kompatiblen Programm (ab Excel 2003) zu übermitteln.
6. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen und Anhänge bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGBs der BIHA sowie der Leistungserbringer werden nicht Bestandteil des Vertrages.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen besserer Lesbarkeit erscheint bei Personenangaben sowohl im Rahmenvertrag als auch in den Anlagen und Anhängen die männliche Schreibweise. Es sind jedoch immer alle Geschlechter angesprochen.

### **§ 3 Fachliche Anforderungen**

1. Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel entsprechend den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen. Sie haben diese vor dem Beitritt zu diesem Vertrag durch Vorlage eines Zertifikats einer gemäß § 126 Absatz 2 SGB V geeigneten unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle) bei der BIHA nachzuweisen.
2. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte sich die Zertifizierung in den vertragsgegenständlichen Produktbereichen ändern oder entfallen, hat der Leistungserbringer die BIHA unverzüglich schriftlich zu informieren.
3. Der durch den Beitritt des Leistungserbringers mit den Ersatzkassen geschlossene Versorgungsvertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Erlöschen der Präqualifizierung gleich aus welchem Rechtsgrund, insbesondere durch Fristablauf sowie wenn das Zertifikat zurückgezogen, zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben wurde. In diesem Fall entfällt die Berechtigung des Leistungserbringers, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrags abzugeben und abzurechnen. Wird die Präqualifizierung ausgesetzt, ruht der Versorgungsvertrag und entfällt die Berechtigung des Leistungserbringers, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages abzugeben und abzurechnen, soweit und solange die Aussetzung andauert. Wird die Präqualifizierung eingeschränkt, ist der Leistungserbringer nur insoweit zur Abgabe von Leistungen berechtigt, als eine Präqualifizierung vorliegt.

### **§ 4 Persönliche und personelle Anforderungen**

1. Die Tätigkeit für die Ersatzkassen stellt besondere Anforderungen an die persönliche Eignung und Zuverlässigkeit eines Leistungserbringers. Der Leistungserbringer muss diesen besonderen Anforderungen an die Qualität und Zuverlässigkeit der Leistungserbringung jederzeit gerecht werden. Er muss jederzeit die Gewähr dafür bieten, die Versicherten bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich in der fachlich gebotenen Qualität nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu versorgen, wobei auch das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden darf. Mit dem Beitritt zu diesem Vertrag entsteht daher ein besonderes Vertrauensverhältnis.
2. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich ausgebildetes Fachpersonal ein, das die für eine fachgerechte Anpassung und Beratung der Versicherten notwendigen Kenntnisse nachweisen kann.
3. Die Mitarbeiter des Leistungserbringers, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
4. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, fachspezifisch geschult ist und im Rahmen des Erforderlichen an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt. Folgende Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
  - a) fachspezifische medizinische und handwerkliche Fortbildung,
  - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte, Handhabung von neuen Produkten

5. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und der einzelnen Ersatzkasse anlassbezogen auf Verlangen nachzuweisen.
6. Die Anforderungen gemäß den Absätzen 1 bis 5 gelten auch für Dritte, die der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten einsetzt.

## **§ 5 Produkthanforderungen**

1. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sind in der jeweils geltenden Fassung bindend, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder eine Listung des Einzelproduktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.
2. Es werden ausschließlich Hilfsmittel abgegeben, die in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht, es sei denn, in den Anlagen sind abweichende Regelungen vereinbart. Werden einzelne Produkte, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.
3. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Die Produkte müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Es werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei sowie funktionsgerecht sind und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Sie müssen den medizinischen Anforderungen der entsprechenden Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis genügen. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffenheitsangaben zu entnehmen, ist die Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen und Anhängen zum Vertrag etwas anderes vereinbart.

## **§ 6 Betreiberpflichten**

1. Die Ersatzkasse hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des MPBetreibV und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Aufgrund von § 139 Absatz 5 SGB V gilt für Medizinprodukte der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör. Ausgenommen sind hiervon Sonderanfertigungen. In diesem Falle ist der Ersatzkasse auf Anfrage eine Konformitätserklärung zur Verfügung zu stellen.

3. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBtreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Er gewährleistet insbesondere, dass
  - die Hilfsmittel für die Dauer der Versorgung einen vertragsgemäßen Zustand aufweisen,
  - die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung der Medizinprodukte (§ 4 Absatz 3 Satz 1 MPBtreibV) und die Dokumentation der Einweisung (§ 4 Absatz 3 Satz 3 MPBtreibV) erfolgt,
  - die persönliche und telefonische Beratung der Versicherten durch den Leistungserbringer fachgerecht durchgeführt wird (vgl. Insbesondere § 5 MPBtreibV),
  - für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter eingesetzt werden, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBtreibV erfüllen,
  - die Instandhaltung der Medizinprodukte unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und ggf. nach Durchführung einer angemessenen Risikoanalyse (§ 7 MPBtreibV) erfolgt,
  - Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBtreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte erfolgt,
  - die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBtreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBtreibV erfolgt. Die Kosten für die aus diesem Absatz resultierenden Aufgaben sind mit den Vertragspreisen abgegolten.
4. Der Ersatzkasse steht es frei, anlassbezogen die Umsetzung der vorstehend genannten Regelungen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen. Daten aus dem Medizinproduktebuch oder dem Bestandsverzeichnis sind den Ersatzkassen in schriftlicher oder elektronischer Form auf Verlangen zu übersenden.

### **§ 7 Kostenübernahme bzw. Genehmigung**

1. Alle Leistungen gemäß diesem Vertrag sind genehmigungspflichtig, sofern sich aus den Anlagen und Anhängen nichts anderes ergibt.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Kostenvoranschlag der Ersatzkasse elektronisch zu übermitteln. Die Kosten für das eKV-Verfahren sind mit den Vertragspreisen abgegolten. Näheres regelt die Anlage 2 – Elektronischer Kostenvoranschlag (eKV). Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Genehmigungszeitraumes ist die Abgabe des Produktes. Unabhängig vom Genehmigungszeitraum endet der Auftrag spätestens mit Ausscheiden des Versicherten aus der Ersatzkasse, soweit sich aus den Anlagen und Anhängen nichts anderes ergibt.
3. Genehmigungen sind ausschließlich für eine Leistungserbringung durch den dort genannten Betrieb (Leistungserbringer-IK) gültig.
4. Genehmigungsfreie Leistungen müssen direkt abgerechnet werden.
5. Sofern im Einzelfall Gründe vorliegen, die bei grundsätzlich genehmigungsfreien Leistungen aus leistungsrechtlichen Gründen eine Vorlage zur Genehmigung erfordern, z. B.
  - bei einer Mehrfachversorgung
  - bei einer Versorgung außerhalb des Vertragspreises (Sonderanfertigung, Sondergröße)und der Vertrag sieht für das zu beantragende Produkt neben der Hilfsmittelpositionsnummer bereits eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten vor, ist für die Beantragung des Produktes die vorgesehene Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben. Diese ist je-

doch an der 7. Stelle abzuändern. Anstelle der Ziffer „xxxxxx0xxx“ ist die „xxxxxx9xxx“ anzugeben. Die Änderung der Positionsnummer für Produktbesonderheiten ist nur bei einer Beantragung eines ansonsten genehmigungsfreien Produktes im Einzelfall vorzunehmen.

Werden Kostenvoranschläge für genehmigungsfreie Leistungen vom Mitgliedsbetrieb ohne die oben genannte Ergänzung der Positionsnummer für Produktbesonderheiten eingereicht, werden diese von den Ersatzkassen unmittelbar zurückgewiesen bzw. nicht bearbeitet.

6. Die Ersatzkassen sind berechtigt, im Rahmen der §§ 12 und 70 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist. Der Versorgungsauftrag kann von der Ersatzkasse dann einem anderen Vertragspartner unter Berücksichtigung des Wahlrechts des Versicherten erteilt werden.
7. Rückfragen der einzelnen Ersatzkasse im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten. Eine diesbezügliche Rechnungsstellung gegenüber den Versicherten ist ebenfalls ausgeschlossen. Soweit die Ersatzkasse Anforderungen stellt, die über die vertraglich vereinbarten Dokumentationen hinausgehen, sind diese nach Aufwand zu vergüten. Der Leistungserbringer hat einen Kostenvoranschlag einzureichen.

## **§ 8 Leistungserbringung**

1. Voraussetzung für die Abgabe von Hörsystemen ist die vollständig ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (Muster 15). Für die Versorgung mit Hörsystemen sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung (Hilfsmittel-Richtlinie) anzuwenden.
2. Die Lieferung eines Produktes kann, sofern in den Anlagen und Anhängen nichts anderes vereinbart ist, nur bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung im Original durch den Versicherten und nach Bewilligung durch die Ersatzkasse erfolgen.
3. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder Mindestmengenabgabe besteht nicht. Die Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten kann erst ab der Auftragserteilung erfolgen.
4. Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Kostenübernahmeerklärung der leistungspflichtigen Ersatzkasse vorliegt. Vor einer Auftragserteilung ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten oder der Ersatzkasse zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet.
5. Die Verordnung verliert gemäß Hilfsmittel-Richtlinie ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung vom Leistungserbringer aufgenommen worden ist. Die Versorgung gilt als aufgenommen, sobald die Verordnung beim Leistungserbringer nachweislich eingegangen ist. Das Eingangsdatum der Verordnung ist zu dokumentieren. Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagement beträgt die Frist 7 Kalendertage gemäß § 6a der Hilfsmittel-Richtlinie.

6. Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Leistungserbringer, ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Der Leistungserbringer hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln entsprechend der beim Versicherten vorliegenden individuellen audiologischen medizinischen Notwendigkeit anzubieten. Näheres ist in den Anlagen und Anhängen geregelt.
7. Die Beratung ist unter Nutzung des Anhangs 5, bei berufsbedingten Mehrkosten (Anlage 1 § 7 Absatz 2) Anhang 4 im Rahmen des Kostenvoranschlages und Anhang 5 bei der Abrechnung der Anlage 1 schriftlich zu dokumentieren.
8. Der Leistungserbringer darf die Versorgung mit einem in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel nicht ablehnen. In begründeten Einzelfällen kann die Versorgung abgelehnt werden. Diese Gründe sind zu dokumentieren.
9. Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der vertraglich vereinbarten Empfangsbestätigung (Anlage 1/Anhang 5) zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

### **§ 9 Qualität und Wirtschaftlichkeit**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der Ersatzkassen entsprechend der gesetzlichen Vorschriften und Bestimmungen des Vertrages zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten. Sofern für die Versorgung mehrere gleichartige Produkte geeignet sind, wählt der Leistungserbringer vorrangig das wirtschaftlichste Produkt, für welches ein Vertragspreis vereinbart worden ist.
2. Dem vdek sowie der einzelnen Ersatzkasse steht es frei, die Qualität der nach diesem Vertrag und seinen Anlagen und Anhängen geregelten Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nach § 33 Abs. 5b SGB V (z.B. Medizinischer Dienst oder Versichertenbefragung) nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

Sofern nach dem Ergebnis einer solchen Begutachtung aus anderen Gründen gegebenenfalls eine weitere Kostenübernahme ausscheidet, hat die Ersatzkasse die Entscheidung über das Ende der Leistungspflicht unverzüglich dem Leistungserbringer und dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

### **§ 10 Vergütung, Zuzahlung und Mehrkosten**

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn er die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag vollständig erbracht hat. § 12 Absatz 7 ist zu beachten.
2. Die Preise für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel, für die Beratung und Nachbetreuung sowie Anpassung, Anprobe und Reparatur der gelieferten Hilfsmittel ergeben sich aus dem Anhang 1 (Preisvereinbarung WHO 2/3) und Anhang 2 (Preisvereinbarung WHO 4) sowie dem Anhang 7 (Sonderversorgung) zu diesem Vertrag. Die im Anhang 1, Anhang 2 und Anhang 7 vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Es steht dem Leistungserbringer frei, Angebote/Abrechnungen unterhalb der dort geregelten Konditionen einzureichen. Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrages vertraglich vereinbart werden.

3. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern in den Anhängen nichts anderes vereinbart wird.
4. Mit der Zahlung der vereinbarten Vertragspreise sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.
5. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können im Rahmen der aufzahlungsfreien Versorgung weder bei den Versicherten noch bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse geltend gemacht werden, soweit in der Anlage 1 nichts anderes geregelt ist. Privatrechtliche Vereinbarungen über die aufzahlungsfreie Versorgung mit dem Ziel, diese Regelung zu umgehen, gelten als einfacher Vertragsverstoß durch den jeweiligen Leistungserbringer, der nach § 17 verfolgt werden kann; § 17 Abs. 3 findet keine Anwendung. Dies gilt nicht, soweit die Mehrkosten für die Otoplastik maximal 93,46 Euro netto betragen, oder entgegen dem fachlichen Rat des Hörakustikers auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten im Einzelfall ein IdO-Hörsystem angefertigt wurde. Der Hörakustiker legt der Ersatzkasse bei Bedarf die schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherten bezüglich der IdO-Versorgung vor.
6. Die Erhebung von Mehrkosten gegenüber den Versicherten der Ersatzkasse für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrages durch den Leistungserbringer ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig. Wünscht der Versicherte trotz ausführlicher Beratung durch den Leistungserbringer eine höherwertige Versorgung als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart, hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren (Anhänge 3 bis 5 der Anlage 1 erfüllen die Anforderungen des § 127 Absatz 5 S.4 SGB V), dass die Ersatzkasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Ersatzkasse unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Die Beratung zu den anfallenden Mehrkosten ist gemäß § 127 Absatz 5 Satz 2 SGB V schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen (Anhang 4 der Anlage 1). Sofern der Versicherte sich trotz ausführlicher Beratung des Leistungserbringers für eine Versorgung mit Mehrkosten entscheidet, ist der Anhang 4 im Rahmen des Kostenvoranschlagsverfahrens gemäß § 7 Abs. 2 der Anlage 1 verpflichtend mit einzureichen. Die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V ist bei der Abrechnung der Leistung anzugeben.
7. Nachträgliche Änderungen an einem Hilfsmittel können nur dann gesondert der Ersatzkasse in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden und nicht durch die in den Anlagen geregelten Vergütungen abgedeckt sind.
8. Die Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel nach § 33 SGB V versorgt werden, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Absatz 1 SGB V ergebenden Betrag. Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung.
9. Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Maßgeblich ist der Tag der Versorgung. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Leistungserbringer einzuziehen.



## § 11 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Der Leistungserbringer und dessen Abrechnungsstelle verfügen jeweils gemäß § 293 SGB V über das Institutionskennzeichen (IK), das sowohl im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKV) als auch bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet wird. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK vom Leistungserbringer zu führen.
2. Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE-IK; [www.dguv.de/arge-ik/index.jsp](http://www.dguv.de/arge-ik/index.jsp)) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung etc.) sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen sowie dem vdek und der Präqualifizierungsstelle unverzüglich mitzuteilen, da sie für die Abrechnungsbegleichung maßgeblich sind. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder deren mit der Abrechnungsprüfung beauftragte Dienstleister können nicht berücksichtigt werden. Der Leistungserbringer haftet für Schäden, die durch eine Unterlassung der ordnungsgemäßen Meldung von Änderungen an die ARGE IK entstehen.
3. Das IK ist sowohl beim eKV als auch in jeder Abrechnung anzugeben. Elektronische Kostenvoranschläge oder Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für eKV oder Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.
4. Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Zahlungen auf die bei der ARGE-IK hinterlegte Bankverbindung erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung.

## § 12 Rechnungslegung

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Vertragspartnern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301 a SGB V)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.

Neben den aus den Richtlinien erforderlichen Urbelegen sind zusätzlich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) Urbelege (Verordnungsblatt/-blätter, sofern eine ärztliche Verordnung notwendig ist),
  - b) Empfangsbestätigungen der Versicherten (Anhang 5),
  - c) Genehmigungen der Ersatzkasse sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V),
  - d) der Abschluss- und Anpassbericht (Anhang 6) für Versicherte mit Versichertenstatus 1 (die nicht berufstätig sind), 3 und 5.
2. Die zuständigen Daten- und Belegannahmestellen der Ersatzkassen sind den jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V zu entnehmen (siehe z. B. „Kostenträgerdateien“ unter [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)). Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der Ersatzkasse benannte Abrechnungsstelle zu liefern.

3. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet.

Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und Rechnungsbezahlung sind nicht von der Ersatzkasse zu verantworten.

4. Alle Rechnungen nach diesem Vertrag werden unter den in der Meldemaske der Teilnehmerliste aufgeführten IK abgerechnet.
5. Pro Kostenträger (hier: Ersatzkasse bzw. Pflegekasse der Ersatzkasse) und je Leistungsbereich (z. B. Hilfsmittel, Arznei-/Verbandmittel) sind separate Abrechnungen zu erstellen; sogenannte „Mischrechnungen“ sind nicht zulässig. Sofern der Vertrag eine Skontoregelung enthält oder vom Leistungserbringer eine Skontogewährung angeboten wird, hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsvorfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Andernfalls erfolgt ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung.
6. Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die Ersatzkasse innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem jeweils zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielelen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.

Die Frist beginnt mit Eingang aller der vollständigen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei den von den Ersatzkassen benannten Daten- und Belegannahmestelle(n). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.

7. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, einmal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen.

Die Abrechnung erfolgt binnen 12 Monate nach Abgabe des Hilfsmittels. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch (Ausschlussfrist). Für jährliche Folgereparaturpauschalen nach Absatz 8, Unterabsatz 2, für die bei Vertragsbeginn bereits das Versorgungsjahr begonnen hat, verlängert sich die Ausschlussfrist nach Satz 2 und 3 bis zum 30.04.2023.

Formale Beanstandungen, d.h. rein formale Fehler der Rechnung und ihrer rechnungsbegründende Unterlagen (Urbelege), die Abrechnungsvorgaben des § 302 SGB V, dieses Vertrages und seiner Anlagen betreffend, sind von der Ersatzkasse oder dem von der Ersatzkasse beauftragten Dienstleister innerhalb von 12 Monaten geltend zu machen. Hierzu werden die eingereichten Unterlagen oder Datensätze für die jeweils konkret beanstandeten Versorgungsfälle unbezahlt zur weiteren Veranlassung an den Leistungserbringer bzw. dessen beauftragtes Abrechnungszentrum zurückgegeben. Die pauschale Zurückweisung einer Sammelabrechnung wegen der Beanstandung einzelner Rechnungsbestandteile ist unzulässig. Die Beanstandungsfrist beginnt mit Eingang der maßgeblichen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der von der Ersatzkasse benannten Daten- und Belegannahmestelle.

Die Vertragspartner gehen grundsätzlich davon aus, dass rein formale Fehler der Rechnung und ihrer rechnungsbegründende Unterlagen (Urbelege) innerhalb der genannten Fristen durch nachgelagerte Bearbeitung des Leistungserbringers heilbar sind und den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers nicht beeinflussen, es sei denn dieser Vertrag oder seine Anlagen enthält hierzu konkrete Ausnahmetatbestände.

Rechnungskorrekturen, Vervollständigungen oder Einwände (im folgenden Einwände) gegen Beanstandungen sind vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Beanstandung einzureichen oder geltend zu machen. Dabei ist die Belegnummer, der von der Ersatzkasse benannten Stelle anzugeben. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Geltendmachung der Einwände trägt der Leistungserbringer.

Die Prüfung von Einwänden gegen eine ausgesprochene Beanstandung seitens der Ersatzkasse hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Einwände bei der von der jeweiligen Ersatzkasse benannten Stelle zu erfolgen.

Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einwände als anerkannt. Bei Fristwahrung beginnt ab dem formellen Abschluss des Beanstandungsprozesses (Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer) durch die Ersatzkasse der Fristlauf für Abrechnungsfristen des Leistungserbringers in Bezug auf den maßgeblichen Versorgungsfall zu diesem Zeitpunkt neu.

Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung nach § 12 Absatz 7 hinaus eine nachgelagerte Rechnungsprüfung stattfindet, innerhalb derer eine vollständige Überprüfung der materiell-rechtlichen Berechtigung der Ansprüche erfolgt. Insofern gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen.

Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der Ersatzkasse sowie das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleiben insoweit unberührt.

8. Für die Vergütungspauschalen (Service- und Reparaturpauschale) ist der Beginn und das Ende des jeweils maßgeblichen Versorgungszeitraumes (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“) zu übermitteln. Die Vergütungspauschalen (Service- und Reparaturpauschale) nach Ablauf des sechsjährigen Versorgungszeitraums können frühestens am Tag nach Ende des maßgeblichen Versorgungszeitraums (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum bis“ plus ein Kalendertag) abgerechnet werden.

Folgevergütungspauschalen können abgerechnet werden, sofern ab dem 01.01.2023 der sechsjährige Versorgungszeitraum abgelaufen ist und bis zum 01.01.2023 keine Neuversorgung durchgeführt wurde.

Bei der Abrechnung der Folge-Service- und Reparaturpauschale handelt es sich um einen reinen Datenaustausch ohne Urbelege. Für die Abrechnung sind die Angaben des Anhangs 1 Ziffer 1 und Anhang 2 Ziffer 1 ab dem 7. Jahr zu verwenden.

9. Existiert kein Verordnungsdatum (Segment ZHI, Feld „Verordnungs-, Ausstell- oder Einsatzdatum“), ist dafür das Datum der Leistungserbringung bei der Abrechnung anzugeben.
10. In Abweichung zu Absatz 7 kann trotz Vorliegen einer elektronischen Genehmigung der Ersatzkasse die Versorgung nicht abgerechnet werden, wenn die Genehmigung auf Angaben des Vertragspartners beruht, die dieser unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Diese Genehmigungen sind ungültig und verwirken den Vergütungsanspruch des Vertragspartners. Zu den unrichtigen oder unvollständigen Angaben im eKV gehören insbesondere:
  - fehlende oder unrichtige Angabe des Abgabedatums, wenn die Abgabe bereits vor der Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags erfolgte
  - die angegebenen (Hilfsmittel) Positionsnummern entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen

die angegebene Kombination von Hilfsmittelkennzeichen und/oder Produktbesonderheiten entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen.

### **§ 13 Haftung, Gewährleistung und Insolvenz**

1. Gewährleistung und Haftung des Leistungserbringers richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
2. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels (Leistungserbringungsdatum) durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
3. Für Instandsetzungen und Um-/Aufrüstungen an Hilfsmitteln, die im Rahmen des Wiedereinsatzes ausgeliefert werden sowie bei Wartungen und Reparaturen wird mit der Aushändigung an den Versicherten ebenfalls eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Vorschriften auf die neu eingebauten Teile übernommen.
4. In jedem Fall verpflichtet der Leistungserbringer sich, die jeweilige Gewährleistung des Herstellers zu gewährleisten. Der Leistungserbringer tritt eventuelle Rechte aus vom Hersteller gewährten Gewährleistungen an die Ersatzkassen ab.

Davon ausgenommen bleiben Leistungen auf Grund unsachgemäßer Behandlung und Pflege.

5. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Ersatzkassen die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, sind die Ersatzkassen auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen der jeweiligen Ersatzkasse umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsungen ihrer Versicherten zu übermitteln.
7. Gemäß Präqualifizierungs-Kriterien ist der Leistungserbringer verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 Euro pauschal für Personen- und 1.000.000 Euro pauschal für Sachschäden sowie 100.000 Euro für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

### **§ 14 Beziehungen zu Dritten**

1. Der Leistungserbringer ist berechtigt, die einzelnen Leistungen dieses Vertrages auf einen externen Dienstleister zu übertragen. Ausgeschlossen davon sind alle originären Leistungen, d. h. solche Leistungen bzw. Versorgungsungen, die direkt am Versicherten vorzunehmen sind.
2. Bedient sich der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner Verpflichtung eines externen Dienstleisters, so hat er dessen Verschulden im gleichen Umfang zu vertreten, wie eigenes Verschulden (§ 278 BGB). Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch den externen Dienstleister verantwortlich. Unabhängig davon hat die Ersatzkasse für ein Verschulden des externen Dienstleisters nicht einzustehen.

3. Die Unterhaltung von Produktdepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen durch den Leistungserbringer ist nicht zulässig.
4. Eine Vergütung von Dienstleistungen, zusätzlichen privatärztlichen Leistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Personal im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. § 128 Absatz 2 SGB V gilt gegebenenfalls ergänzend.
5. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch den Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer Anreize durch Dritte ist unzulässig.
6. Werbemaßnahmen der biha sowie der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Ersatzkassen beziehen.

Es ist unzulässig, Ärzte, Versicherte oder andere Dritte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines nicht notwendigen Hilfsmittels oder dessen nicht notwendige Instandsetzung zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben.

Ebenfalls ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung aufzusuchen. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.

## **§ 15 Datenschutz**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere EU-DSGVO, SGB I, SGB V, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG, etc.) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Art. 32 EU - DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU- DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten etc.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Absatz 3 EU - DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

6. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Versicherten und deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Ersatzkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkassen erforderlich sind.

### **§ 16 Compliance und Antikorrption**

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zusätzlich zu den bereits im Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für ihn maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Anti-Korruptions- und Geldwäschegeetze, kartell-, wettbewerbsrechtliche, vergaberechtliche und strafrechtliche Vorschriften (insbesondere Betrug, Untreue und Insolvenzstraftaten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.

### **§ 17 Vertragsverletzungen und Vertragsstrafen**

1. Die BIHA sowie die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer haften gegenüber der Ersatzkasse für die schuldhafte Verletzung ihrer Pflichten aus diesem Vertrag, unbeschadet der gesetzlichen Regelungen.
2. Verstößt ein Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß"), so sind die betroffenen Ersatzkassen nach dessen Anhörung berechtigt,
  - a. bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
  - b. eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn der Verstoß nicht mehr andauert,
  - c. bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen eine angemessene Vertragsstrafe gemäß Absatz 4 zu verlangen.
3. Gleichartige Vertragsverstöße auch gegenüber einzelnen Ersatzkassen berechtigen alle Ersatzkassen –auch einzeln- zur fristlosen Kündigung des Vertragsverhältnisses. Voraussetzung ist, dass die BIHA oder der Leistungserbringer wegen eines solchen Verstoßes zuvor durch eine oder mehrere Ersatzkassen abgemahnt wurde. Ein Wiederholungsfall liegt auch vor, wenn der wiederholte Verstoß bei unterschiedlichen Ersatzkassen festgestellt wird.
4. Schwerwiegende Vertragsverstöße auch gegenüber einzelnen Ersatzkassen berechtigen alle Ersatzkassen –auch einzeln- ohne vorherige Abmahnung nach Anhörung der BIHA oder des Leistungserbringers zur fristlosen Kündigung des Vertrages gegenüber dem Leistungserbringer.

Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:

- a. Nichterfüllung von personellen, räumlichen, und sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung,
- b. die Abrechnung nicht erbrachter, nicht verordneter (soweit notwendig) oder nicht durch gemäß § 4 Absatz 2 qualifiziertes Personal erbrachter Leistungen
- c. nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen gemäß Absatz 2,
- d. die Forderung oder Annahme von Mehrkosten durch den Leistungserbringer, welche nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,

- e. Vertragsverstöße, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,
- f. Verstöße gegen § 16 (Antikorruptionsklausel), sowie unerlaubte Handlungen oder Straftaten.

Im Übrigen ist Absatz 2 zu beachten.

- 5. Der vdek ist bevollmächtigt, die Kündigungen gemäß Absatz 2, 3 und 4 im Namen der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auszusprechen. Das Recht zur Kündigung durch jede einzelne Ersatzkasse bleibt hiervon unberührt. In diesem Falle bleibt der Vertrag für die übrigen Ersatzkassen bestehen.
- 6. Sofern die Ersatzkasse das Vertragsverhältnis mit einem Leistungserbringer aufgrund eines schwerwiegenden Vertragsverstoßes gekündigt hat, steht der Wille der Ersatzkassen dem Zustandekommen eines Versorgungsvertrages durch erneute Teilnahmeerklärung/Beitritt gemäß § 127 Absatz 2 SGB V zu diesem Rahmenvertrag ausdrücklich entgegen. Ein erneuter Beitritt zu diesem Rahmenvertrag ist in diesem Fall erst nach erneuter Prüfung der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers (§ 4 Absatz 1) durch die Ersatzkassen und frühestens nach Ablauf von zwei Jahren möglich.
- 7. Verstößt die biha oder ein Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, ist der vdek ermächtigt für jeden Einzelfall eines Vertragsverstoßes eine Vertragsstrafe festsetzen. Die Vertragsstrafe beträgt für jeden Verstoß gemäß § 17 Absatz 2 dieses Vertrages 500 Euro. Für jeden schwerwiegenden Vertragsverstoß gemäß § 17 Absatz 4 beträgt diese bis zu 5.000 Euro. Die Einrede des Fortsetzungszusammenhangs ist ausgeschlossen. Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen sowie das Recht zur fristlosen Kündigung bleiben unberührt.

### **§ 17a Vertragsausschuss**

- 1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen hinsichtlich dieses Vertrages bilden der vdek und die biha einen Vertragsausschuss. Dieser ist durch die jeweiligen Vertragspartner paritätisch zu besetzen. Die Entscheidungen des Vertragsausschusses haben für die Ersatzkassen und die Mitglieder der biha empfehlende Wirkung.
- 2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
- 3. Unbeschadet dieser Regelungen stehen dem vdek, der biha und/oder den Leistungserbringern jederzeit der Rechtsweg sowie andere Rechtsbehelfe bzw. Beschwerden offen.

### **§ 18 Laufzeit und ordentliche Kündigung**

- 1. Dieser Vertrag ersetzt den Rahmenvertrag und die Anlagen 1, 2, 4\* und 5 einschließlich der Anhänge vom 01.07.2015 / 01.10.2017 und tritt am 01.01.2023 in Kraft. Die Vereinbarung kann durch die BIHA, die Leistungserbringer und die Ersatzkassen mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden. Der vdek ist bevollmächtigt, diese Kündigung im Namen der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auszusprechen.

Maßgeblich ist das Ausstellungsdatum der Verordnung.

\*Anlage 4 ist fristgerecht zum 31.10.2022 gekündigt worden.

2. Unabhängig von der in Absatz 1 geregelten Kündigung können die BIHA, der vdek oder die Ersatzkassen die Anlagen und Anhänge einzeln zu diesem Vertrag jederzeit ohne Angaben von Gründen mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich kündigen. Die Geltung des Anhangs für die anderen Ersatzkassen bleibt im Falle der Kündigung durch eine einzelne Ersatzkasse unberührt. Mit Kündigung der letzten gültigen Anlage zu diesem Vertrag gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.
3. Auch im Falle einer Kündigung ist der Leistungserbringer verpflichtet, die bereits genehmigten Versorgungsgüter bis zum Ende des Genehmigungszeitraumes nach den Bestimmungen dieses Vertrages durchzuführen.
4. Mit Inkrafttreten dieses Vertrages treten für die am Vertrag teilnehmenden Ersatzkassen alle weiteren bisher für die BIHA geltenden Vereinbarungen über die Versorgung Ersatzkassenversicherter mit Hörsystemen mit Wirkung dieses Vertrages außer Kraft.
5. Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem Mitgliedsbetrieb/Vertragspartner erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Mitgliedsbetrieb. Die Kündigungserklärung des Mitgliedsbetriebes erfolgt gegenüber der BIHA. Soweit die Kündigung des Vertrages durch die oder gegenüber der BIHA erklärt wird, enden gleichzeitig sämtliche Verträge mit den Mitgliedern der BIHA und beigetretenen Leistungserbringern.

### § 19 Salvatorische Klausel

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.
2. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2023

Berlin/Mainz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

\_\_\_\_\_  
Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR

\_\_\_\_\_  
Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR



## Anlage 1

### Versorgung der schwerhörigen Erwachsenen WHO 2/3 und WHO 4

#### **§ 1 Regelungsgegenstand**

Gegenstand dieser Anlage ist die Regelung der Einzelheiten der individuellen und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten der Ersatzkasse mit Hörsystemen, insbesondere der Voraussetzungen und die Abrechnung der Preise auf Basis der Festbeträge. Diese Anlage gilt nur für Hörsystemversorgungen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Die Versorgung der nicht an Taubheit grenzenden schwerhörigen Versicherten nach WHO 2/3 findet mit den Produktgruppen 13.20.10, 13.20.12, 13.20.22 und 13.20.23 sowie 13.20.14.1 und 13.20.14.3-8 statt.

Die Versorgung der an Taubheit grenzend schwerhörigen Versicherten nach WHO 4 findet mit den Produktgruppen 13.20.10 und 13.20.14.2 sowie 13.20.14.9 statt.

#### **§ 2 Versorgungsziel**

Mit der Hörsystemversorgung ist ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts bestmöglich auszugleichen und dabei ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen sowie das räumliche Hören durch eine beidohrige Versorgung zu ermöglichen. Die Versorgung muss im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleiches individuell ausreichend und zweckmäßig sein. Dies ist entsprechend nach § 6 dieser Anlage zu dokumentieren.

#### **§ 3 Leistungsumfang**

1. Der Versicherte erhält für seine Hörsituation mindestens ein individuell und bedarfsgerecht geeignetes mehrkostenfreies Versorgungsangebot (=ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) mit volldigitalen Hörsystemen (Hörsysteme mit digitaler Signalverarbeitung) entsprechend dem festgestellten Hörverlust einschließlich der erforderlichen Ankopplung (z. B. Otoplastik) an das Ohr, unter Berücksichtigung dessen anatomischer Besonderheiten. Über diesen Versorgungsanspruch berät der Leistungserbringer den Versicherten gemäß § 127 Absatz 5 SGB V vor Inanspruchnahme der Leistung. Diese Beratung ist im Anhang 5 zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen.
2. Im Sinne dieses Vertrages können als Otoplastik auch andere Ankopplungssysteme (z.B. Schlauchsysteme, Dünnschlauchsysteme, Dome und Schirmchen für Exhörer und Im-Ohr-Schalen) zum Einsatz kommen. Fertigung, Versand und Nachbesserung sind analog zu einer Otoplastik durchzuführen. Bei Nennung der Otoplastik im weiteren Text sind daher stets alle Ankopplungsmöglichkeiten an das Ohr gemeint.

3. Bei der Auswahl des Hörsystems ist das bereits vorhandene Zubehör (z. B. Übertragungsanlage) auf Kompatibilität zu berücksichtigen. Ist das vorhandene Zubehör nicht kompatibel ist ein Kostenvoranschlag bei der Ersatzkasse zu stellen. Es ist zu begründen, weshalb keine Kompatibilität herstellbar ist.
4. Mit mindestens einem der angebotenen Hörsysteme ist das im Sprachaudiogramm ermittelte maximale Sprachverstehen ( $dB_{opt}$  mit Freiburger Sprachtest gemessen mit Kopfhörern) - soweit möglich - zu erreichen. Hierzu hält der Leistungserbringer ein ausreichendes Sortiment von mehrkostenfreien Angeboten zum bestmöglichen Ausgleich des Hörverlustes vor. Das maximale Sprachverstehen (bei  $dB_{opt}$ ) ist mit dem nach Satz 1 ausgewählten Hörsystem erreicht, wenn zum Zeitpunkt der vergleichenden Anpassung (nach Erprobungsphase, Ausnahme siehe Absatz 7) mit dem nach § 5 vorgesehenen Testverfahren dieses belegt ist. Dies ist gemäß § 6 dieser Anlage im Anpass- und Abschlussbericht (Anhang 6) vollständig zu dokumentieren. Der Anpass- und Abschlussbericht ist erst nach Abschluss der Anpassphase zu erstellen. Nach Feststellung einer nicht ausreichenden Versorgung durch den Versicherten oder des Leistungserbringers, muss eine erneute Testung im Alltag mit einem weiteren individuell geeigneten Hörsystem eine Anpassung erfolgen. Dies gilt sowohl für mehrkostenfreie als auch für mehrkostenpflichtige Versorgungsleistungen.
5. Die Versorgung des Versicherten durch den Leistungserbringer umfasst neben der Ausstattung mit dem Hörsystem die individuelle Beratung, die Auswahl, Anpassung und Lieferung des Hörsystems, die Einweisung in den Gebrauch der individuell und bedarfsgerecht geeigneten Hörsysteme sowie die Nachbetreuung, und die Erbringung von Reparaturleistungen.
6. Zu Beginn des Anpassungsverfahrens wird eine Ton- und Sprachaudiometrie durchgeführt. Bei der Sprachaudiometrie ist ein Testverfahren gemäß der Hilfsmittelrichtlinie einzusetzen. Zu dokumentieren ist auch, wenn keine Hörschwelle zu ermitteln ist (z.B. Taubheit) oder ein normales Hörvermögen besteht. Ein normales Hörvermögen ist mit seinen Tonaudiogrammwerten ebenso darzustellen, wie mit den Sprachaudiometriewerten. Die ermittelten Werte sind immer für das rechte und das linke Ohr im Anpass- und Abschlussbericht (Anhang 6) zu dokumentieren.
7. Im Einzelnen erbringt der Leistungserbringer folgende Leistungen:
  - Anamnese, Daten zur Schwerhörigkeit, Erfassung der sozialen Umfeldsituation, Dokumentation durch den Hörakustiker,
  - Betrachtung der äußeren Ohren, der Gehörgänge und der Trommelfelle,
  - Ermittlung der akustischen Kenndaten (Ton- und Sprachaudiometrie beidseitig, Tinnitusbestimmung) des Gehörs, Audiometrie,
  - Kontrollotoskopie,
  - Auswahl des individuell geeigneten Hörsystems unter Berücksichtigung der audiologischen, anatomischen und motorischen Erfordernisse,
  - Voreinstellung der ausgewählten Hörsysteme: z. B. Dynamikanpassung (z. B. PC, AGC), Frequenzanpassung, Kanalgigkeit etc.,
  - Maßnahmen zur Rückkopplungsunterdrückung,
  - Anpassung störschallreduzierender Technologien,
  - Fertigung/Lieferung der Otoplastik beziehungsweise Fertigung/Lieferung der Gehäuseschale für das IO-Gerät,
  - Fertigung (bei Eigengeräten) beziehungsweise Bereitstellung (bei Fremdsystemen) des Hörsystems,
  - Programmierung des Hörsystems aufgrund der audiologischen Daten und der individuellen Bedürfnisse,
  - Programmierung von Hörprogrammen (ggf. Tinnitusfunktionen),

- Einweisung in die Bedienung, Handhabung, Pflege und Sorgfaltspflicht im Rahmen der Hörsystemanpassungen,
  - Durchführung der vergleichenden Anpassung mit optimal eingestellten Hörsystemen im Anpassraum. Die Optimierung der vergleichenden Anpassung erfolgt unter Einbeziehung der jeweils alltagsrelevanten Hörsituationen,
  - mehrtägige Testung des individuell geeigneten, auf den Hörverlust des Versicherten individuell eingestellten mehrkostenfreien Hörsystems im Alltag. Auf Wunsch des Versicherten kann auf eine Testung im Alltag verzichtet werden,
  - gegebenenfalls Neufertigung beziehungsweise Nachbesserung der Otoplastik bei nicht optimalem Sitz,
  - Wartungs- und Reparaturleistungen
  - Ton- und Sprachaudiometrie sowie, soweit audiologisch erforderlich, weitere überschwellige Hörtests (bei fehlendem Sprachverstehen oder mangelnden Deutschkenntnissen ist das audiologische Messverfahren mittels Aufblähkurve durchzuführen),
  - Durchführung von Hausbesuchen in begründeten medizinischen Einzelfällen
8. Mit der Zahlung der Vergütung nach Anhang 1 (WHO 2 und 3) bzw. Anhang 2 (WHO 4) ist bei mehrkostenfreien Versorgung (= ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) ab dem Datum der Empfangsbestätigung des Hörsystems, die Nachbetreuung für einen Zeitraum von sechs Jahren abgegolten.
9. Die Nachbetreuung umfasst die Einweisung des Versicherten in den sicheren und korrekten Gebrauch des Hörsystems, die gleitende Anpassung (Rehaphase – „wieder Hören lernen“) des Hörsystems an das akustische Umfeld sowie die turnusmäßige Überprüfung (mindestens einmal jährlich) und Wartung des Hörsystems und der Otoplastik.

Der Leistungserbringer übernimmt, beginnend mit dem Tag der Empfangsbestätigung alle für eine einwandfreie Funktion des jeweiligen Produktes notwendigen Wartungs- und Instandsetzungsarbeiten gem. § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V auf Basis einer pauschalen Vergütung (Service- und Reparaturpauschale). Hierzu zählen auch Arbeiten an der Otoplastik sowie erforderliche Nachversorgungen mit Otoplastiken. Die Reparaturpauschale umfasst alle Dienstleistungs- und Materialkosten; weitere Kosten können der Ersatzkasse nicht in Rechnung gestellt werden.

10. Zudem müssen die abgegebenen Hörsysteme über eine ausreichende Verstärkungsreserve von 10 -15 dB (Ermittelt nach dem  $dB_{opt} -65 \text{ dB} = \text{Verstärkungsbedarf plus } 10 - 15 \text{ dB Reserve}$ , unter Berücksichtigung der Tonaudiometrie) verfügen, um die in der Regelgebrauchszeit zu erwartende, progrediente Hörverschlechterung auszugleichen. Die akustische Verstärkung (VaK) ist gemäß den Vorgaben des aktuellen Hilfsmittelverzeichnisses zu ermitteln. Sind aufgrund der notwendigen Verstärkungsreserve Hörsysteme mit einer Verstärkung von  $\geq 65 \text{ dB}$  erforderlich, hat der Leistungserbringer Hörsysteme aus der Festbetragsgruppe 13.20.10 auszuwählen und zum vereinbarten Vertragspreis (Anhang 1) abzurechnen.
11. Wählt der Versicherte ein vom Leistungserbringer mehrkostenfrei angebotenes Produkt, entstehen ihm keine weiteren Kosten für z.B. Reparaturen, Wartungen, Ersatzotoplastiken. Statt der Reparatur kann der Leistungserbringer auch das Hörsystem austauschen. Schäden, die der Versicherte vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht, sind nicht durch die Reparaturpauschale abgegolten und werden nicht von den Ersatzkassen vergütet.
12. Sofern der Versicherte nach der Anpassung der angebotenen mehrkostenfreien Versorgung (siehe Abs. 1) eine Mehrausstattung wählt, die nicht dem Ausgleich der Hörbehinderung im Sinne des Erreichens des maximalen Sprachverstehens (bei  $dB_{opt}$ ) gemäß Abs.1 – soweit möglich - dient, fällt diese nicht in die Leistungspflicht der Ersatzkasse. Dies ist gemäß § 6 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten die Mehrkosten gemäß § 33 Abs.1

S.5 SGB V in Rechnung stellen. Wird bei der vergleichenden Anpassung nach § 5 Abs. 1 mit dem mehrkostenpflichtigen Hörsystem ein besseres Sprachverstehen erzielt, so muss ein weiteres mehrkostenfreies Hörsystem zum Erreichen eines möglichst weitgehend gleichen Sprachverstehens getestet werden (Messtoleranz 5 % Punkte bei Einsilbverstehen und 10 %-Punkte bei Mehrsilbverstehen). Verfügt der Leistungserbringer über kein geeignetes weiteres Hörsystem in seinem Sortiment, ist das vergleichend angepasste mehrkostenpflichtige Hörsystem zum Vertragspreis abzugeben.

13. Entscheidet sich der Versicherte nach vorheriger Beratung gegen eine vergleichende Anpassung mit einem mehrkostenfreien Hörsystem (siehe Abs.1) und wählt er ein Hörsystem das über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (betreffend allein den Komfort und der Bequemlichkeit sowie Bedienvorteile, ästhetische oder kosmetische Wünsche) ist dies gemäß § 6 zu dokumentieren. Die Abrechnung der Mehrkosten mit dem Versicherten ist in diesen Fällen zulässig.
14. Bei einer mehrkostenpflichtigen Versorgung ist der Versicherte gemäß § 127 Abs. 5 Satz 4 SGB V vor seiner Entscheidung für ihn nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Diese Beratung ist auf dem Anhang 4 zu dokumentieren.
15. Die die Mehrkosten begründenden Produktmerkmale sowie die Höhe der Mehrkosten sind in der Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung zu den Mehrkosten (Anhang 4) aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen.  
  
Dem Versicherten ist eine Durchschrift der Vereinbarung auszuhändigen. Der Anhang 4 im Rahmen des Kostenvoranschlagsverfahrens verpflichtend mit einzureichen bei Versichertenstatus 1, die berufstätig sind.
16. Erfolgt nach der Abgabe der Hörsysteme ein Umtausch (z. B. im Rahmen der Zufriedenheitsgarantie) ist die Ersatzkasse hierüber zu informieren (Systemnachricht über den eKV) und die neuen Hörsysteme sind unter Angabe des 10-Stellers zu benennen. Auf Verlangen der Ersatzkasse ist der neue Anpass- und Abschlussbericht (Anhang 6) nachzureichen.
17. Eigentümer der Hörsysteme ist der Versicherte.

#### **§ 4 Technische Mindestvoraussetzungen**

1. Im Rahmen der Versorgung der Versicherten gemäß § 3 setzt der Leistungserbringer Hörsysteme der Produktgruppen des jeweils gültigen Hilfsmittelverzeichnis ein. Für die Versorgung von Versicherten sind mindestens folgende Features zu berücksichtigen:
  - Digitaltechnik
  - Mehrkanaligkeit (mindestens 6 Kanäle)
  - adaptive Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung
  - Mindestens 3 Hörprogramme
  - adaptive omnidirektionale und gerichtete Schallaufnahme / Mehrmikrofontechnik (adaptive Mehrmikrofontechnik sofern nicht vom Versicherten aus kosmetischen Gründen eine IdO Versorgung ohne Mehrmikrofontechnik gewünscht wird oder die Schallaufnahme im Gehörgang erfolgt)

zusätzlich bei WHO4

Verstärkung mind. 65dB

2. Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer bzw. ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die Ersatzkasse vom Leistungserbringer die Vorlage einer Konformitätserklärung gemäß der Medizinprodukterichtlinie (MDR) fordern. Der Hersteller muss darüber hinaus eine einsatz-/indikationsbezogene Prüfungen, entsprechend der Prüfmethode des DHI, durch eine geeignete Prüfstelle vorlegen, die bestätigt, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der Ersatzkasse innerhalb von zwei Wochen vorzulegen.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses Hilfsmittel ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in dieser Vereinbarung jedoch geregelten Produkte ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei der Ersatzkasse einzureichen, sofern in den Anlagen und Anhängen nichts anderes geregelt ist. Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag bestehen.

Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht, es sei denn, in den Anlagen und Anhängen sind abweichende Regelungen vereinbart. Werden einzelne Produkte, welche in den Anlagen und Anhängen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

## **§ 5 Testverfahren**

1. Die Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses hat mit dem Freiburger Einsilbertest in Ruhe sowie einem Testverfahren im Störschall (§ 21 HilfsM-RL) zu erfolgen bei der Versorgung von nicht an Taubheit grenzend Schwerhörigen.

Testverfahren sind:

- a) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest soll der Gewinn mit Hörsystemen im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörsysteme noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. Soweit ohne Hörsysteme ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden. Die Überprüfung des Hörhilfen-Ergebnisses im Störschall ist mit dem Freiburger Sprachtest im Störschall von 60 dB zu dokumentieren, oder:

- b) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem GÖSA oder OLSA soll im sprachsimulierenden Störschall von 65 dB die beidohrig ohne Hörhilfen ermittelte Sprachverständlichkeitsschwelle (SVS) in derselben räumlichen Situation um > 2 dB gemindert werden. Das Ergebnis der Überprüfung ist gemäß § 6 dieser Anlage zu dokumentieren. Die vergleichende Anpassung hat mit dem gleichen Sprachpegel zu erfolgen.

Es sind pro Störschalltestung mindestens zwei Testreihen (2 x 20 Wörter) durchzuführen. Jedes Wort wird mit 2,5% bewertet.

2. Die Überprüfung des Hörsystemversorgungs-Ergebnisses hat bei an Taubheit grenzen Schwerhörigen – soweit möglich - mit dem Freiburger Einsilbertest in Ruhe bzw. sofern möglich auch im Störschall zu erfolgen. Bei der Überprüfung des Hörsystemversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest soll der Gewinn mit Hörsystemen im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörsysteme noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. Soweit ohne Hörsysteme ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahegekommen werden.

Die Überprüfung des Hörsystemversorgungs-Ergebnisses hat mit dem Freiburger Mehrsilbertest in Ruhe bzw. sofern möglich auch im Störschall zu erfolgen, soweit die Überprüfung nach Satz 1 bis 3 nicht möglich ist. Es sind pro Störschalltestung mindestens zwei Testreihen (2 x 10 Zahlen) durchzuführen. Jede Zahl wird mit 5 % bewertet.

Kann der Versicherte weder ein Einsilberverstehen noch ein Mehrsilberverstehen wahrnehmen, ist - soweit audiologisch erforderlich -, die Messung einer Aufblähkurve durchzuführen.

3. Werden mehrere Hörsysteme vergleichend angeboten, müssen die Messergebnisse der mehrkostenfreien Versorgung und der Versorgung mit Mehrkosten im Störschall in derselben räumlichen Situation (Anpassraum) ein weitestgehend (§ 3 Absatz 12) gleichwertiges Sprachverständnis erzielen.

## **§ 6 Dokumentation**

Die nachfolgenden Anhänge müssen soweit vertraglich vorgesehen ausgefüllt werden.

### Anhang 3 - Versicherteninformation

Die Versicherteninformation ist vom Leistungserbringer an den Versicherten im Rahmen der Erstberatung auszuhändigen. Der Erhalt dieser Information ist durch den Versicherten im Anhang 4/5 zu bestätigen.

### Anhang 4 – Erklärung des Versicherten zu den Mehrkosten

Die mehrkostenbegründenden Produktmerkmale sowie die Höhe der Mehrkosten sind darin aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift auszuhändigen. Sie ist der jeweiligen Ersatzkasse im Kostenvoranschlagsverfahren gemäß § 7 Abs. 2 zu übermitteln. In allen anderen Fällen ist der Anhang 4 auf Verlangen gem. § 127 Absatz 7 SGB V der zuständigen Ersatzkasse vorzulegen.

### Anhang 5 – Empfangsbestätigung

Mit der Empfangsbestätigung bestätigt der Versicherte u. a. den Erhalt des Hörsystems. Dabei ist das abgegebene Hörsystem namentlich zu benennen.

Die Empfangsbestätigung (Anhang 5) ist erst im Rahmen der Abrechnung (§ 12 Rahmenvertrag) einzureichen.

### Anhang 6 a/b - Anpass- und Abschlussbericht

Im Anpass- und Abschlussbericht werden die Daten des aufzahlungsfrei angebotenen Hörsystems und ggf. des letztlich vom Versicherten ausgewählten Hörsystems erfasst und als mehrkostenfrei bzw. aufzahlungspflichtig gekennzeichnet. Dieser ist der jeweiligen Ersatzkasse im Kostenvoranschlagsverfahren gemäß § 7 Abs. 2 und Abs. 6 (ausgenommen bei Verlust) zu übermitteln. In allen anderen Fällen im Rahmen der Abrechnung gemäß § 12 Absatz 1 (d) des Rahmenvertrages.

Die Anhänge 4, 5 und 6a/b können auch elektronisch dokumentiert und durch elektronische Unterschrift des Versicherten bestätigt werden.

## **§ 7 Voraussetzungen zur Leistungserbringung**

1. Die Erstversorgung mit Hörsystemen erfolgt auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung.

Für die Folgeversorgung nach Ablauf von sechs Jahren ist die Vorlage einer neuen vertragsärztlichen Verordnung bei WHO 2,3-Versorgungen (=nicht an Taubheit grenzend Schwerhörige) nicht erforderlich. Auch für Versorgungen mit Tinnitusgeräten und kombinierten Tinnitusgeräten ist stets eine Verordnung notwendig. Ebenso bei Verlust innerhalb der Frist nach § 31 der Hilfsmittel-Richtlinie und vorzeitiger Wiederversorgung.

2. Für Versicherte mit Versichertenstatus 1, die berufstätig sind übersendet der Leistungserbringer unverzüglich einen Kostenvoranschlag nachdem mit dem Versicherten das geeignete konkrete Hörsystem ermittelt wurde. Die Ersatzkasse entscheidet über den Kostenvoranschlag innerhalb der Frist nach § 14 Absatz 1 SGB IX, ob eine Weiterleitung notwendig ist oder innerhalb der Frist nach § 14 Absatz 2 SGB IX, sofern eine Weiterleitung nicht stattfindet. Bei dieser Versorgung ist ein Kostenvoranschlag zzgl. dem ausgefüllten Anhang 4 erst nach erfolgreicher Anpassung und Dokumentation im Abschluss – und Anpassbericht (Anhang 6) einzureichen. Der Abschluss- und Anpassbericht ist einmalig einzureichen. Dieser beinhaltet soweit vertraglich vorgesehen Angaben (§ 3 Absatz 13) zur getesteten mehrkostenfreien Hörsystemversorgung und zum getesteten mehrkostenpflichtigen Hörsystem incl. Angabe der nach § 5 ermittelten Testwerte für die Hörsysteme und des jeweiligen Gesamtpreises. Die Empfangsbestätigung (Anhang 5) ist erst im Rahmen der Abrechnung (§ 12 Rahmenvertrag) einzureichen. Darüber hinaus erforderliche Unterlagen zu ggf. weiter getesteten Hörsystemen und deren Messergebnissen sind im Einzelfall der Ersatzkasse zur Verfügung zu stellen.
3. Für die übrigen Versicherten erstellt der Leistungserbringer je Versorgung vor Beginn des Anpassprozesses einen Kostenvoranschlag an die leistungspflichtige Ersatzkasse. Die Ersatzkasse entscheidet über den versorgungsanzeigenden Kostenvoranschlag innerhalb der gesetzlichen Fristen (nach § 13 Absatz 3a SGB V oder § 14 Abs. 2 SGB IX). Im Rahmen dieses Kostenvoranschlags werden die Produktuntergruppen an den Positionen 7 bis 10 mit 0900 (XX.XX.XX.0900) und bei Tinnitusversorgungen an den Positionen 8 bis 10 mit 900 (XX.XX.XX.X900) einschließlich der Produktbesonderheiten gemäß der Anhänge 1 und 2 und der vereinbarte Vertragspreis sowie ein Ton – und Sprachaudiogramm oder in den in Absatz 1 genannten Fällen die vollständige ausgefüllte HNO-ärztliche Verordnung (Muster 15) elektronisch übermittelt.
4. Bei einer Wiederversorgung durch Verlust des Hörsystems sind ein Kostenvoranschlag, eine persönliche schriftliche Erklärung des Versicherten über das Zustandekommen des Verlustes sowie innerhalb der Frist nach § 31 der Hilfsmittel-Richtlinie eine ärztliche Verordnung einzureichen. Die Ersatzkasse entscheidet über die vorzeitige Wiederversorgung innerhalb der Frist nach § 14 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB IX.

5. Ist eine Wiederversorgung erforderlich, weil der Versicherte das Hörsystem innerhalb von 6 Jahren nach der endgültigen Abgabe des Hörsystems verliert, begründet dies grundsätzlich keinen Anspruch auf eine beidohrige Neuversorgung.
6. Bei anderweitigen vorzeitigen Wiederversorgungen sind im Rahmen des Kostenvoranschlags folgende Unterlagen vorzulegen:
  - ärztliche Verordnung,
  - Abschluss- und Anpassbericht der vorherigen Versorgung mit entsprechender Kennzeichnung (händische Ergänzung beim Datum möglich und ggf. ohne erneute Unterschrift) , soweit der Leistungserbringer die vorherige Versorgung durchgeführt hat
  - Abschluss- und Anpassbericht der neuen Hörsystemversorgung

Jeder Kostenvoranschlag ist unter Angabe der Gründe für die vorzeitige Wiederversorgungen vom Leistungserbringer unverzüglich an die Ersatzkasse zur Prüfung einzureichen. Die Versorgung kann abgerechnet werden, wenn das zur Versorgung geeignete Hörsystem genehmigt, nach der Anpassung an den Versicherten ausgeliefert wurde und der Versicherte den Erhalt des geeigneten Hörsystems auf dem als Anhang 5 vereinbarten Formular unterzeichnet hat.

7. Eine Folgeversorgung nach Ablauf von sechs Jahren nach der endgültigen Abgabe des Hörsystems bedarf der Genehmigung durch die Ersatzkasse. Diese ist zu erteilen, wenn
  - die Verstärkungsleistung nicht ausreichend ist, oder
  - die Reparatur unwirtschaftlich ist oder nicht mehr angeboten wird, oder
  - die Folgeversorgung zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten aus § 33 Abs. 1 S. 1 und 5 SGB V angezeigt ist.

Der Grund der Folgeversorgung ist im Kostenvoranschlag anzugeben. Soweit sich dieser auf Messungen des Hörakustikers bezieht, ist dieser auf einem neuen Anpassbericht 6a oder 6b mit dem vorhandenen Hörsystem zu dokumentieren.

Die Ersatzkasse entscheidet über die Folgeversorgung innerhalb der Frist nach § 14 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB IX.

8. Die Versorgung kann abgerechnet werden, wenn das zur Versorgung geeignete Hörsystem genehmigt, nach der Anpassung an den Versicherten ausgeliefert wurde und der Versicherte den Erhalt des geeigneten Hörsystems auf dem als Anhang 5 vereinbarten Formular unterzeichnet hat.
9. Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Leistungserbringer den Versicherten zur weiteren Klärung an einen HNO-Arzt. Ist eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten, ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.

## **§ 8 Serviceleistungen und Reparaturen**

1. Der Leistungserbringer übernimmt gegenüber dem Versicherten die Gewährleistung auf die Gerätetechnik von insgesamt zwei Jahren. Die Gewährleistung beginnt mit der endgültigen Abgabe des Hörsystems an den Versicherten.

Sofern Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten an den Hörhilfen erforderlich werden, stellt der Leistungserbringer den Versicherten nach Ablauf der gesetzlichen Gewährleistungsfrist kostenlos auf Wunsch – soweit möglich - Ersatzgeräte für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.



Entscheidet die Ersatzkasse nicht innerhalb der Frist nach Absatz 2 über den Kostenvorschlag oder lehnt sie den Kostenvorschlag ab, entfällt die Pflicht zur Bereitstellung von Ersatzgeräten.

2. Für Servicearbeiten und Reparaturen, die an Hörsystemen nach der ersten Service- und Reparaturpauschale anfallen, erhält der Akustiker eine jährliche Service- und Reparaturpauschale. Diese Pauschale kann vom Hörakustiker direkt mit der leistungspflichtigen Ersatzkasse abgerechnet werden. Die Vergütungspauschalen (Service- und Reparaturpauschale) nach Ablauf des sechsjährigen Versorgungszeitraums können frühestens am Tag nach Ende des maßgeblichen Versorgungszeitraums (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum bis“ plus ein Kalendertag) abgerechnet werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten über Service- und Reparaturleistungen an mehrkostenfreien Hörsystemen sind ausgeschlossen.
3. Die Abrechnungsregelungen in § 12 des Rahmenvertrages gelten entsprechend.

### **§ 9 Vergütung**

1. Der Anhang 1 regelt die Vergütung der Versorgung mit standardfarbigen Hörsystemen der Produktarten 13.20.10 (vgl. § 3 Abs. 10) 13.20.12, 13.20.22, 13.20.23 sowie 13.20.14.1 und 13.20.14.3-8 einschließlich sämtlicher (Nach-) Lieferungen von Otoplastiken (13.20.09) sowie Serviceleistungen und Reparaturen einschließlich Otoplastikreparaturen und Ersatzotoplastiken sowie die im Rahmen der gesamten Versorgung erforderlichen Dienstleistungen des Rahmenvertrages.

Der Anhang 2 regelt die Vergütung der Versorgung mit standardfarbigen Hörsystemen der Produktarten 13.20.10 und 13.20.14.2 sowie 13.10.14.9 einschließlich sämtlicher (Nach-) Lieferungen von Otoplastiken (13.20.09) sowie Serviceleistungen und Reparaturen einschließlich Otoplastikreparaturen und Ersatzotoplastiken sowie die erforderlichen Dienstleistungen des Rahmenvertrages.

2. Die Otoplastiken können bei Erst- und Folgeversorgungen jeweils einmalig mit der Empfangsbestätigung des Versicherten abgerechnet werden. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem oder beschichtetem Material für Ohrpassstücke wird nicht erhoben. Alle Otoplastiken, die nach der Empfangsbestätigung des Versicherten abgegeben werden, sind durch die Service- und Reparaturpauschale abgegolten.
3. Separate Abrechnung von Otoplastiken:

Eine zweite Otoplastik neben der geregelten Vergütung kann ausnahmsweise separat abgerechnet werden, wenn die medizinische Notwendigkeit einer beidseitigen Versorgung des Versicherten durch den HNO-Arzt verordnet bzw. schriftlich bestätigt worden und eine beidseitige Anpassung mit Hörsystemen erfolgt ist, sich der Versicherte jedoch aus in ihm liegenden Gründen nur für eine einseitige Versorgung entscheidet. Die Vergütung für die zweite Otoplastik ergibt sich aus dem Anhang 1 bzw. Anhang 2.

4. Spezielle Anfertigungen von Otoplastiken (z. B. Vergoldungen einer Otoplastik, oder Otoplastik aus Titan) können nur dann separat berechnet werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch entsprechende dermatologisch-allergologische Tests nachgewiesen und ärztlich bescheinigt wurde. Der Ersatzkasse ist im Vorfeld der Anfertigung des Ohrpassstückes ein Kostenvorschlag unter Beifügung der ärztlichen Bescheinigung und des Allergienachweises zur

Genehmigung vorzulegen. Dies gilt auch für notwendige Folgeotoplastiken während der ersten Service- und Reparaturpauschale.

5. Wird eine mehrkostenpflichtige Hörsystemversorgung durchgeführt, sind bei der Abrechnung die Mehrkosten nach § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V anzugeben.
6. Das Datum der Empfangsbestätigung des Hörsystems muss mit dem Datum im Abrechnungsdatensatz (Tag der Leistungserbringung) übereinstimmen.

### **§ 10 a Vorzeitige Beendigung der Versorgung**

Wird die Versorgung eines Versicherten vor Ablauf der ersten Service- und Reparaturpauschale aus den nachstehenden Gründen vorzeitig beendet, gelten die folgenden Regelungen:

#### 1. Ersatzbeschaffung (Neuversorgung)

Bei Ersatzbeschaffung, d. h. Neuversorgung nach abgeschlossener Anpassung, aber vor Beendigung der ersten Service- und Reparaturpauschale, wird der nicht in Anspruch genommene Teil der Reparaturpauschale nach der Regelung zur Ersatzbeschaffung in Anhang 1/Anhang 2 zurückerstattet. Für die Ersatzbeschaffung erhält der Leistungserbringer die Vergütung nach Anhang 1/Anhang 2.

#### 2. Wechsel der Krankenkasse

Wechselt der Versicherte innerhalb der ersten Service- und Reparaturpauschale zu einer anderen Krankenkasse, ist der ursprünglich leistungspflichtigen Ersatzkasse die nicht in Anspruch genommene Reparaturpauschale nach den Regelungen zur Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2) zurückzuerstatten. Wechselt der Versicherte innerhalb der ersten Service- und Reparaturpauschale zu der leistungspflichtigen Ersatzkasse, erfolgt eine Vergütung der anteiligen Reparaturpauschale (Anhang 1/Anhang 2).

#### 3. Wechsel des Hörakustikers

Wechselt der Versicherte innerhalb der ersten Service- und Reparaturpauschale zu einem anderen Leistungserbringer, regeln die Hörakustiker, für die dieser Vertrag gilt, den Ausgleich der Kosten untereinander. Für die Höhe des Kostenausgleichs gelten die Regelungen für die Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2) entsprechend.

Können sich die Leistungserbringer nicht über eine Verrechnung auf der Basis dieses Vertrages verständigen, sind die Ersatzkassen berechtigt, den Ausgleich dergestalt vorzunehmen, dass sie beim abgebenden Leistungserbringer die auszugleichenden Beträge mit zukünftigen Forderungen verrechnen. Der die Versorgung übernehmende Hörakustiker erhält von der Ersatzkasse eine Gutschrift in entsprechender Höhe. Die Höhe der Ausgleichszahlung wird nach den Regelungen zur Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2) ermittelt. Für den damit verbundenen Aufwand berechnen die Ersatzkassen eine Kostenpauschale in Höhe von 30,00 EUR je Fall, die sie ebenfalls mit künftigen Forderungen des abgebenden Hörakustikers verrechnen.

#### 4. Veräußerung – Gesamtrechtsnachfolge

Veräußert ein Leistungserbringer sein Unternehmen oder eine Betriebsstätte seines Unternehmens, tritt der Käufer in alle Rechte und Pflichten des Verkäufers ein. Die Veräußerung ist der vdek - Verbandszentrale anzuzeigen.

5. Betriebsaufgabe

Stellt ein Leistungserbringer die Geschäftstätigkeit ein, so haben die Ersatzkassen gegenüber diesem Leistungserbringer einen Erstattungsanspruch. Für die Höhe des Erstattungsanspruches gelten die Regelungen der Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2). Wenden sich Versicherte, die von der Betriebsaufgabe betroffen sind, an andere Hörakustiker, so haben diese Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber den Ersatzkassen für jedes noch nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr. Für die Höhe des Erstattungsanspruches gelten die Regelungen der Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2).

Die Betriebsaufgabe ist der vdek - Verbandszentrale anzuzeigen.

6. Insolvenz

Im Falle der Insolvenz des Leistungserbringers können die Ersatzkassen ihre Forderungen aus der Reparaturpauschale nur als Gläubiger der Insolvenzmasse gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen.

Wenden sich Versicherte, die von der Betriebsaufgabe durch Insolvenz betroffen sind, an andere Hörakustiker, so haben diese Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber den Ersatzkassen für jedes noch nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr. Für die Höhe des Erstattungsanspruches gelten die Regelungen der Ersatzbeschaffung (Anhang 1/Anhang 2).

7. Abgeltung von Vorleistungen

Während der Anpassphase kann der Versicherte ohne weitere Angabe von Gründen die Hörsysteme zurückgeben, ohne dass der Ersatzkasse Kosten entstehen. Die tatsächlich gefertigten Otoplastiken werden nach Anhang 1/Anhang 2 vergütet.

8. Verlust des Hörsystems in der Anpassphase

Im Rahmen der vergleichenden Anpassung (Ausnahme § 3 Abs. 13) räumt der Leistungserbringer dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung zur Ausprobung in alltäglichen Hörsituationen ein. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten darüber, dass er nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt.

### **§ 10 b Folgeversorgung vor Ablauf der Service-/Reparaturpauschale ab dem 7ten Jahr**

1. Erfolgt die Folgeversorgung eines Versicherten innerhalb der ersten sechs Monate des jeweiligen Versorgungsjahres beginnend ab dem 7ten Versorgungsjahr ist die Service-/Reparaturpauschale nach Anhang 1 und 2 zurückzuerstatten.

2. Wechsel des Hörakustikers

Wechselt der Versicherte vor dem Stichtag für die Folge-Service-/Reparaturpauschale nach Absatz 1 zu einem anderen Leistungserbringer, so hat der neue Leistungserbringer den Anspruch auf die gesamte jährliche Pauschale. Wechselt der Versicherte nach dem Stichtag für die Folge-Service-/Reparaturpauschale aber innerhalb der ersten sechs Monate nach Absatz 1 zu einem anderen Leistungserbringer, so behält der alte Leistungserbringer den Anspruch für die ersten sechs Monate. Die Hörakustiker, für die dieser Vertrag gilt, regeln den Ausgleich untereinander.

Können sich die Leistungserbringer nicht über eine Verrechnung auf der Basis dieses Vertrages verständigen, sind die Ersatzkassen berechtigt, den Ausgleich dergestalt vorzunehmen, dass sie beim abgebenden Leistungserbringer die auszugleichenden Beträge mit zukünftigen Forderungen verrechnen. Der die Versorgung übernehmende Hörakustiker erhält von der Ersatzkasse eine Gutschrift in entsprechender Höhe. Die Höhe der Ausgleichszahlung wird nach den Regelungen (Anhang 1/Anhang 2) ermittelt. Für den damit verbundenen Aufwand berechnen die Ersatzkassen eine Kostenpauschale in Höhe von 30,00 EUR je Fall, die sie ebenfalls mit künftigen Forderungen des abgebenden Hörakustikers verrechnen.

3. Die Ersatzkassen prüfen im Rahmen der Regelungen nach § 12 Abs. 7 des Rahmenvertrages die Fälle entsprechend § 10a Absatz 1, 2, 4, 5 und 6.

### **§ 11 Geltung der Anlage**

1. Diese Anlage tritt am 01.01.2023 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich durch einen der beiden Vertragspartner gekündigt werden.
2. Mit der Kündigung dieser Anlage gelten auch die Anhänge zu dieser Anlage als gekündigt.

Versorgung von schwerhörigen Erwachsenen WHO 2/3

Vergütung

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 14 00 424

1. Versorgungspauschalen für ein Hörsystem (Erst- und Folgeversorgung nach sechs Jahren)	
<p>Material:</p> <p>Es ist die vollständige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gem. dem Hilfsmittelverzeichnis für das einzelne Produkt (je Gerät) anzugeben.</p> <p>13.20.10.0-9xxx 13.20.12.0-9xxx 13.20.22.0-9xxx 13.20.23.0-9xxx</p> <p>13.20.14.1xxx 13.20.14.3-8xxx 13.20.24.xxxx</p> <p>13.20.09.0-4xxx</p> <p>13.20.09.5xxx</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 00 oder Kennzeichen Hilfsmittel: 10</p> <p><u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer für das Hörgerät ist eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten zwingend anzugeben:</u></p> <p>bei Versorgung des linken Ohrs: 0501410000</p> <p>bei Versorgung des rechten Ohrs: 0502410000</p> <p>Service- und Reparaturpauschale 1.-6. Jahr:</p> <p>13.00.20.0003</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>Die Pauschale setzt sich aus den folgenden Bestandteilen zusammen:</p> <p>Materialkosten: Gerät            645,00 € netto</p> <p>707,51 € netto</p> <p>Otoplastik      40,00 € netto</p> <p>Hörschlauchsystem für die offene Hörsystemversorgung (mit Dome oder Schirm) 11,61 € netto</p> <p>Die Bestandteile sind getrennt aufzuführen.</p> <p>130,00 € netto</p>

<p>Service- und Reparaturpauschale 7. Jahr:</p> <p>13.00.20.0024</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p> <p>Service- und Reparaturpauschale 8. Jahr:</p> <p>13.00.20.0025</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p> <p>Service- und Reparaturpauschale ab dem 9. Jahr:</p> <p>13.00.20.0026</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>130,00 € netto</p> <p>140,00 € netto</p> <p>150,00 € netto</p>
<p>2. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale 1.-6. Jahr an die Ersatzkasse bei vorzeitiger Beendigung der Versorgung gem. § 10a Absatz 1, 2, 3, 5 und 6 der Anlage 1</p>	
<p>Der Rückvergütungsbetrag wird bei der nächsten Abrechnung abgesetzt oder anderweitig von der Ersatzkasse eingefordert.</p>	<p>21,66 € netto für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr innerhalb des sechsjährigen Versorgungszeitraums (beginnend ab dem 2. Jahr – angefangene Versorgungsjahre werden nicht berücksichtigt)</p>
1. Jahr	-
2. Jahr	108,30
3. Jahr	86,64
4. Jahr	65,00
5. Jahr	43,32
6. Jahr	21,66
<p>3. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate des 7. Versorgungsjahres gem. § 10b Absatz 1 der Anlage 1</p>	
<p>Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,</li> </ul>	<p>-65,00 € netto</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie</li> <li>- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 3</li> </ul> <p>13.00.20.0027</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	
<p>4. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate des 8. Versorgungsjahres gem. § 10b Absatz 1 der Anlage 1</p>	
<p>Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie</li> <li>- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 4</li> </ul> <p>13.00.20.0028</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>-70,00 € netto</p>
<p>5. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate ab dem 9. Versorgungsjahr gem. § 10b Absatz 1 der Anlage 1</p>	
<p>Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie</li> <li>- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 5</li> </ul> <p>13.00.20.0029</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>-75,00 € netto</p>

6a Vergütung bei Verlust einer Hörhilfe gem. § 7 Abs. 4 der Anlage 1	
13.20.10.0-9xxx 13.20.12.0-9xxx 13.20.22.0-9xxx 13.20.23.0-9xxx	645,00 € netto
13.20.14.1-9xxx 13.20.24.xxxx	707,51 € netto
13.20.09.0-4xxx	40,00 € netto
13.20.09.5xxx	11,61 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 11	
<p><u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer</u> für das Hörgerät ist eine der folgenden <u>Positionsnummern für Produktbesonderheiten</u> zwingend anzugeben:</p> <p>bei Versorgung des linken Ohrs: 0501410003</p> <p>bei Versorgung des rechten Ohrs: 0502410003</p> <p>Reparaturpauschale:</p>	
13.00.20.0003	130,00 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 13	



6b Vergütung bei Verlust einer Hörhilfe innerhalb der ersten 6 Monate nach Abgabe des Hörsystems  
gem. § 7 Ziffer 4 der Anlage 1

<p>13.20.10.0-9xxx 13.20.12.0-9xxx 13.20.22.0-9xxx 13.20.23.0-9xxx</p> <p>innerhalb der ersten 6 Monate</p> <p>13.20.14.1-9xxx 13.20.24.xxxx</p> <p>innerhalb der ersten 6 Monate</p> <p>13.20.09.0-4xxx</p> <p>13.20.09.5xxx</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 11</p> <p><u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer</u> für das Hörgerät ist eine der folgenden <u>Positionsnummern für Produktbesonderheiten</u> zwingend anzugeben:</p> <p>bei Versorgung des linken Ohrs: 0501410004</p> <p>bei Versorgung des rechten Ohrs: 0502410004</p> <p>Service- und Reparaturpauschale:</p> <p>13.00.20.0003</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>519,23 € netto</p> <p>548,53 € netto</p> <p>40,00 € netto</p> <p>11,61 € netto</p> <p>130,00 € netto</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Vergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung eines Hörsystems gem. § 7 Abs. 6 der Anlage 1

<p>13.20.10.0-9xxx 13.20.12.0-9xxx 13.20.22.0-9xxx 13.20.23.0-9xxx</p> <p>13.20.14.1-9xxx 13.20.24.xxxx</p> <p>13.20.09.0-4xxx</p>	<p>645,00 € netto</p> <p>707,51 € netto</p> <p>40,00 € netto</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

13.20.09.5xxx Kennzeichen Hilfsmittel: 10  <u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer für das Hörgerät ist eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten zwingend anzugeben:</u>  bei Versorgung des linken Ohrs: 0501410005  bei Versorgung des rechten Ohrs: 0502410005  Reparaturpauschale:  13.00.20.0003  Kennzeichen Hilfsmittel: 13	11,61 € netto         130,00 € netto
8. Vergütung einer zweiten Otoplastik gem. § 9 Ziffer 3 der Anlage 1	
13.20.09.0-4xxxx Kennzeichen Hilfsmittel: 12	40,00 € netto
9. Vergütung eines zweiten Dünnschlauchsystems gem. § 9 Ziffer 3 der Anlage 1	
13.20.09.5xxxx Kennzeichen Hilfsmittel: 12	11,61 € netto

Versorgung von schwerhörigen Erwachsenen WHO 4

Vergütung

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 14 00 524

1. Versorgungspauschalen für ein Hörsystem (Erst- und Folgeversorgung nach sechs Jahren)	
<p>Material:</p> <p>Es ist die vollständige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gem. dem Hilfsmittelverzeichnis für das einzelne Produkt (je Gerät) anzugeben.</p> <p>13.20.10.0-9xxx</p> <p>13.20.14.2xxx 13.20.14.9xxx</p> <p>13.20.09.0-4xxx</p> <p>13.20.09.5xxx</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 00 oder Kennzeichen Hilfsmittel: 10</p> <p><u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer für das Hörgerät ist eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten zwingend anzugeben:</u></p> <p>bei Versorgung des linken Ohrs: 0506410000</p> <p>bei Versorgung des rechten Ohrs: 0507410000</p> <p>Service- und Reparaturpauschale 1.-6. Jahr:</p> <p>13.00.20.0008</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>Die Pauschale setzt sich aus den folgenden Bestandteilen zusammen:</p> <p>Materialkosten:</p> <p>Gerät 734,81 € netto</p> <p>781,92 € netto</p> <p>Otoplastik 40,00 € netto</p> <p>Hörschlauchsystem für die offene Hörsystemversorgung (mit Dome oder Schirm) 11,61 € netto</p> <p>Die Bestandteile sind getrennt aufzuführen.</p> <p>187,00 € netto</p>

Service- und Reparaturpauschale 7. Jahr: 13.00.20.0030 Kennzeichen Hilfsmittel: 13	140,00 € netto
Service- und Reparaturpauschale 8. Jahr: 13.00.20.0031 Kennzeichen Hilfsmittel: 13	150,00 € netto
Service- und Reparaturpauschale ab dem 9. Jahr: 13.00.20.0032 Kennzeichen Hilfsmittel: 13	160,00 € netto
2. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale 1.-6. Jahr an die Ersatzkasse bei vorzeitiger Beendigung der Versorgung gem. § 10 Ziffern 1, 2, 3, 5 und 6 der Anlage 1	
Der Rückvergütungsbetrag wird bei der nächsten Abrechnung abgesetzt oder anderweitig von der Ersatzkasse eingefordert.	31,16 € netto für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr innerhalb des sechsjährigen Versorgungszeitraums (beginnend ab dem 2. Jahr – angefangene Versorgungsjahre werden nicht berücksichtigt)
1. Jahr	-
2. Jahr	155,80
3. Jahr	124,64
4. Jahr	93,48
5. Jahr	62,32
6. Jahr	31,16

3. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate des 7. Versorgungsjahres

Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:

- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,
- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,
- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie
- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 3

13.00.20.0033

Kennzeichen Hilfsmittel: 13

-70,00 € netto

4. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate des 8. Versorgungsjahres

Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:

- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,
- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,
- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie
- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 4

13.00.20.0034

Kennzeichen Hilfsmittel: 13

-75,00 € netto

5. Rückvergütung der Service- und Reparaturpauschale an die Ersatzkasse bei Neuversorgung innerhalb der ersten sechs Monate ab dem 9. Versorgungsjahr	
<p>Der Rückvergütungsbetrag wird bei der Neuversorgung in Abzug gebracht. Bei der Neuversorgung sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionsnummer + Vergütung des Hörsystems in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der Otoplastik/Dünnschlauch in Ziffer 1,</li> <li>- Positionsnummer + Vergütung der jeweiligen Servicepauschale unter Ziffer 1 sowie</li> <li>- Positionsnummer + Vergütungsabzug der Ziffer 5</li> </ul> <p>13.00.20.0035</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	<p>-80,00 € netto</p>
6a Vergütung bei Verlust einer Hörhilfe gem. § 7 Absatz 4 der Anlage 1	
<p>13.20.10.0-9xxx</p> <p>734,81 € netto</p> <p>13.20.14.2xxx 13.20.14.9xxx</p> <p>781,92 € netto</p> <p>13.20.09.0-4xxx</p> <p>40,00 € netto</p> <p>13.20.09.5xxx</p> <p>11,61 € netto</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 11</p> <p><u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer für das Hörgerät ist eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten zwingend anzugeben:</u></p> <p>bei Versorgung des linken Ohrs: 0506410003</p> <p>bei Versorgung des rechten Ohrs: 0507410003</p> <p>Service- und Reparaturpauschale:</p> <p>13.00.20.0008</p> <p>187,00 € netto</p> <p>Kennzeichen Hilfsmittel: 13</p>	

6b Vergütung bei Verlust einer Hörhilfe innerhalb der ersten 6 Monate gem. § 7 Ziffer 5 der Anlage 1

13.20.10.0-9xxx	
innerhalb der ersten 6 Monate	576,95 € netto
13.20.14.2xxx 13.20.14.9xxx	
innerhalb der ersten 6 Monate	598,47 € netto
13.20.09.0-4xxx	40,00 € netto
13.20.09.5xxx	11,61 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 11	
<u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer für das Hörgerät ist eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten zwingend anzugeben:</u>	
bei Versorgung des linken Ohrs: 0506410004	
bei Versorgung des rechten Ohrs: 0507410004	
Service- und Reparaturpauschale:	
13.00.20.0008	187,00 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 13	

7. Vergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung eines Hörsystems gem. § 7 Abs. 5 der Anlage 1	
13.20.10.0-9xxx	734,81 € netto
13.20.14.2xxx 13.20.14.9xxx	781,92 € netto
13.20.09.0-4xxx	40,00 € netto
13.20.09.5xxx	11,61 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 10	
<u>Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer</u> für das Hörgerät ist eine der folgenden <u>Positionsnummern für Produktbesonderheiten</u> zwingend anzugeben:	
bei Versorgung des linken Ohrs: 0506410005	
bei Versorgung des rechten Ohrs: 0507410005	
Service- und Reparaturpauschale:	
13.00.20.0008	187,00 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 13	
8. Vergütung einer zweiten Otoplastik gem. § 9 Ziffer 3 der Anlage 1	
13.20.09.0-4xxxx	40,00 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 12	
9. Vergütung eines zweiten Dünnschlauchsystems gem. § 9 Ziffer 3 der Anlage 1	
13.20.09.5xxxx	11,61 € netto
Kennzeichen Hilfsmittel: 12	



## Versicherteninformation der Ersatzkassen

Mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen vor Beginn der Versorgung mit einem Hörsystem einige Informationen mit auf den Weg geben.

Ihre Krankenkasse hat mit der Bundesinnung der Hörakustiker (biha) einen Vertrag über die Versorgung mit Hörsystemen geschlossen. Ziel ist es, ein Defizit des Hörvermögens auf beiden Ohren bestmöglich auszugleichen und Sprache trotz Geräuschen in der Umgebung und in größeren Personengruppen wieder zu verstehen und die räumliche Orientierung zu ermöglichen.

Auf Basis dieses Vertrages wird Ihr Hörakustiker, Ihnen mindestens ein individuell geeignetes volldigitales Hörsystem anbieten, für das Ihre Krankenkasse die Kosten übernimmt. Dazu gehört auch das nötige Ankopplungssystem wie zum Beispiel eine Otoplastik. Abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung entstehen Ihnen dafür keine Mehrkosten.

Darüber hinaus zahlt Ihre Krankenkasse dem Hörakustiker eine Service- und Reparaturpauschale für zunächst sechs Jahre. Diese deckt alle Reparatur-, Service- und Wartungskosten ab. Benötigen Sie in dieser Zeit Ersatz, zum Beispiel für die Otoplastik, müssen Sie dafür ebenfalls nichts bezahlen.

Da Ihre Krankenkasse eine Service- und Reparaturpauschale bezahlt, lassen Sie bitte alle erforderlichen Einstellungs-, Service- und Reparaturarbeiten an dem Hörsystem/den Hörsystemen ausschließlich von dem ausliefernden Hörakustiker durchführen. So vermeiden Sie unnötige Kosten für sich und Ihre Krankenkasse.

Möchten Sie das vom Hörakustiker angebotene mehrkostenfreie Hörsystem nicht, zahlen Sie die Mehrkosten für das von Ihnen gewählte Hörsystem und die daraus resultierenden Mehrkosten für Service- und Reparaturleistungen selbst. Ihr Hörakustiker wird Sie dazu vor Beginn der Versorgung aufklären. Sie können sich zudem auch direkt an Ihre Krankenkasse wenden. Diese steht Ihnen für weitere Auskünfte gerne persönlich zur Verfügung und wird Sie über Ihre Versorgung mit Hörsystemen und möglicherweise anfallenden Mehrkosten vor Empfang der Hörsysteme beraten.

### Hörsysteme mit Extras

Neben den mehrkostenfreien Versorgungungen kann Ihnen der Hörakustiker auch Hörsysteme mit zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen anbieten.

Das können sein:

- Bedienvorteile (z.B. Fernbedienung, Funk- und Schnittstellentechnologie),
- ästhetische/kosmetische Wünsche (Design),
- erhöhter Hörkomfort (automatische Hörprogramme),
- mehr Hörprogramme oder
- mehr Kanäle als audiologisch notwendig.

Wir weisen darauf hin, dass ein besseres Sprachverstehen im Testverfahren keine Mehrkosten begründen kann.

Bitte achten Sie darauf, jedes Hörsystem sachgerecht zu nutzen, zu pflegen und vor Beschädigungen durch Dritte oder vor Verlust zu schützen. Für Verluste oder Schäden, die grob fahrlässig oder vorsätzlich herbeigeführt worden sind, kann Ihre Krankenkasse nicht aufkommen.

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 4 SGB V  
Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hörsystemen

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

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Der o. g. Hörakustiker hat  mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten  
oder Angehörigen)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter (sofern bekannt)

vor der Übergabe des Hörsystems/der Hörsysteme umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Hörsysteme für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind.
- welche Serviceleistungen/Reparaturleistungen ich in Anspruch nehmen kann.
- welche Hörsysteme ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Ich habe mich für folgendes Hörsystem/folgende Hörsysteme entschieden und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung (links): \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung (rechts): \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Ich habe mich für das ausgewählte Hörsystem ausschließlich aus folgenden Gründen entschieden:

- |                                                                 |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bedienvorteile                         | <input type="checkbox"/> ästhetische/kosmetische Vorteile             |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Hörkomfort                    | <input type="checkbox"/> mehr Hörprogramme als audiologisch notwendig |
| <input type="checkbox"/> mehr Kanäle als audiologisch notwendig | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                              |

Die Mehrkosten\*\* betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung, sowie die Versicherteninformation habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\* Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

\*\* Freiverkäufliche Artikel wie z. B. Batterien und Reinigungszubehör gehören nicht zu den Mehrkosten

## Empfangsbestätigung des Versicherten

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

## Patientenbogen zur Hörsystemversorgung

<b>Angaben zur Hörsystemversorgung</b>	
10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems links	Bezeichnung des Hörsystems
10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems rechts	Bezeichnung des Hörsystems
Datum	Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

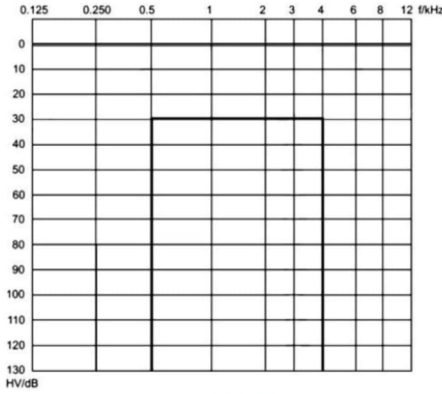
Der Hörakustiker hat mich persönlich vor der Übergabe des Hörsystems/der Hörsysteme umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Hörsysteme für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind.
- welche Serviceleistungen/Reparaturleistungen ich in Anspruch nehmen kann.
- welche Hörsysteme ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

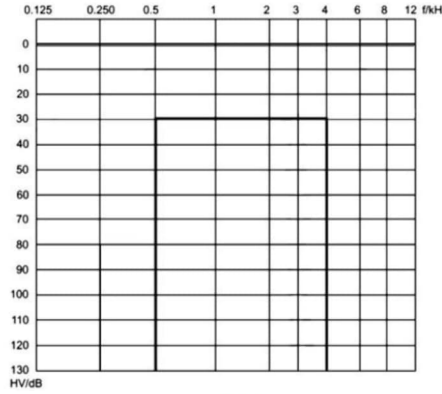
<b>Empfangsbestätigung der(s) Versicherten:</b>	
Ich erkläre hiermit, dass ich	
<input type="checkbox"/> das/die Hörsystem(e) mehrkostenfrei erhalten habe. oder	
<input type="checkbox"/> mich für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden habe. oder	
<input type="checkbox"/> mich für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden habe und es mein ausdrücklicher Wunsch war keine mehr-kostenfreie Hörsystemversorgung zu erproben.	
Mit dem(n) Hörsystem(en) habe ich sowohl bei störenden Umgebungsgerauschen als auch in größeren Räumen und größeren Personengruppen ein bestmögliches Sprachverstehen erreicht. Auch die räumliche Orientierung wurde wieder ermöglicht. Die <u>Versicherteninformation</u> habe ich erhalten.	
Datum	Unterschrift der(s) Versicherten

# Anpass- und Abschlussbericht des Hörakustikers

1. Name: \_\_\_\_\_
2. Vorname: \_\_\_\_\_ 3. geb.: \_\_\_\_\_
4. Anschrift: \_\_\_\_\_
5. Telefon: \_\_\_\_\_
6. Kostenträger: \_\_\_\_\_
7. Behandelnder Facharzt: \_\_\_\_\_
8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte



rechts

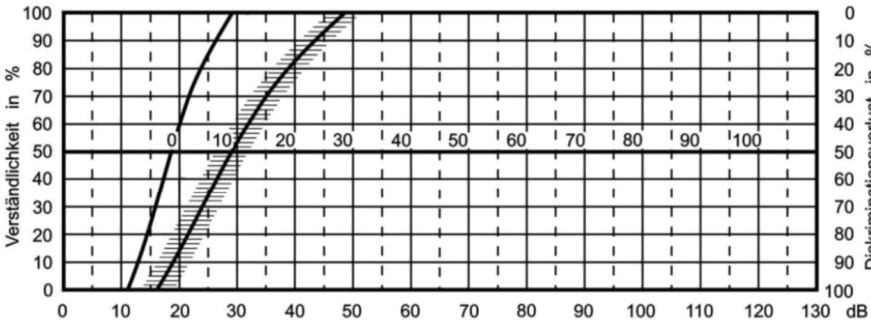


links

Luftleitung:  
 rechts: ○ — ○  
 links: x — x  
 U-Grenze: □□□  
 Vertäubung: —

Knochenleitung:  
 rechts: > - - - >  
 links: < - - - <  
 Vertäubung: ww

## 9. Sprachtest nach DIN 45621 (gemäß DIN ISO 8253-3 12 u. 13)



- Versorgungsart: LL  KL
- HdO  IdO  CROS  BICROS
- Angepasste/s Hörsystem/e:  
 R: \_\_\_\_\_  
 L: \_\_\_\_\_  
 für bestmögliches Sprachverstehen bei 65 dB  
 Angepasste Otoplastik/en: R \_\_\_\_ L \_\_\_\_
- SE  IO-Schale/Plastik
- hart  weich  Schirm  Dome
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Versorgung über LL: R , L , bds  über KL: R , L , bds

## 10. Freifeldmessungen (65 dB, 1 m Abstand) DIN 45621

Zusatzbohrung: mm  offen

### a) beidseitige Versorgung

### b) einseitige Versorgung

rechts links

Nutzschall	65dB	65dB
Störschall	-	60dB
ohne Hörsysteme	_____ %	_____ %
mit Hörsystemen	_____ %	_____ %
Hörgewinn	_____ %	_____ %
	(≥ 20%-Punkte)	(≥ 10%-Punkte)

65dB	65dB
-	60dB
ohne Hörsystem	_____ %
mit Hörsystem	_____ %
Hörgewinn	_____ %
	(≥ 20%-Punkte) (≥ 10%-Punkte)

## 11. Die Hörgeräteanpassung erfolgt unter Berücksichtigung aller wesentlichen Mess- und Anpassdaten sowie des individuellen Hörempfindens.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Angaben zur Hörgeräte-Anpassung nach den geltenden Hilfsmittel-Richtlinien

- |                                                                                                                                                      | JA                       | NEIN                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 HilfsM-RL (Regelversorgung)</b>                                  |                          |                          |
| a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt bei wenigstens einer Prüffrequenz zwischen 500 und 4000Hz mindestens 30dB auf dem besser hörenden Ohr,   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem besser hörenden Ohr bei 65dB nicht größer als 80%,                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) und es besteht der Entschluss des Patienten das Hörsystem, zu tragen § 27 Abs.3 HilfsM-RL,                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) und das Hörsystem kann durch den Patienten oder deren Hilfspersonen bedient werden § 27 Abs.3 HilfsM-RL.                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.4 HilfsM-RL (Ausnahmeversorgung)</b>                      |                          |                          |
| a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt auf dem schlechteren Ohr mindestens 30dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000Hz, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem schlechteren Ohr bei 65dB nicht größer als 80%.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 HilfsM-RL</b>                                                                                                  |                          |                          |
| a) einseitige Taubheit (nicht versorgbares Ohr)                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) BiCROS Versorgung, da Hörverlust gem. § 21 Abs.1 HilfM-RL zusätzlich am besseren Ohr                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) hochgradige Asymmetrie des Gehörs                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Hörgeräte-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gem. § 28 HilfsM-RL</b>                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen</b>                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 HilfsM-RL</b>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Freiburger**

- |                                                                               |                          |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| 7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | Einsilber  |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | Mehrsilber |
8. Bemerkungen: \_\_\_\_\_

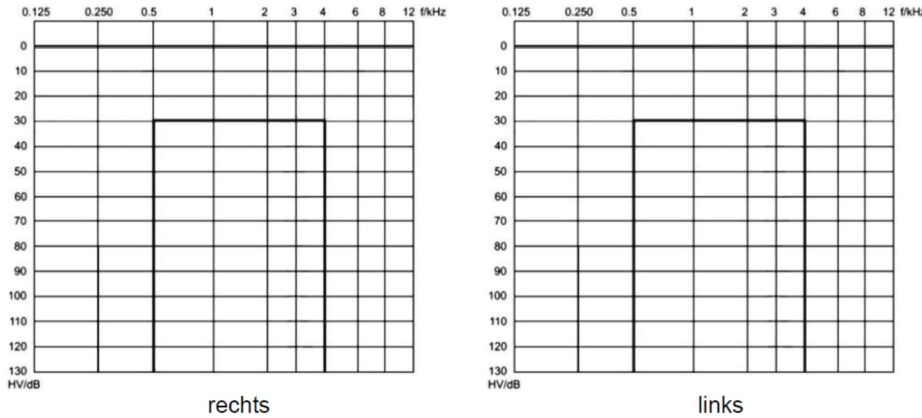
Nachweis mittels Freiburger Sprachtest zum Hörgewinn bei der Hörgeräteversorgung

Hörgerät	Hilfsmittel- Positionsnummer	Eigen- anteils- frei	Ohr- seite R / L	Sprachverstehen	
				Freifeld: Nutzscha 65dB	Freifeld: Nutzscha 65dB Störscha 60dB
1				%	%
1				%	%
2				%	%
2				%	%

# Anpass- und Abschlussbericht des Hörgeräte-Akustikers

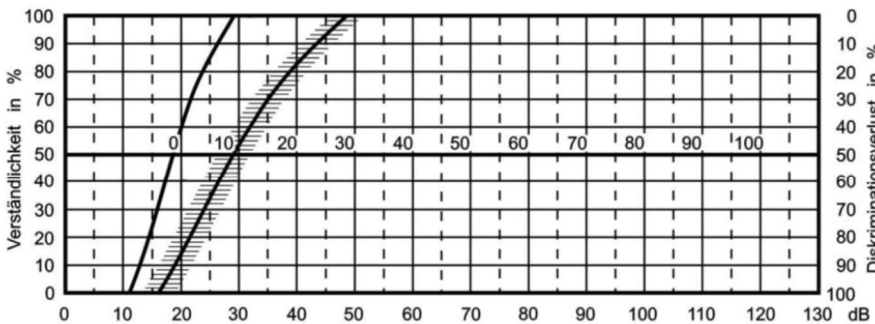
1. Name: \_\_\_\_\_
2. Vorname: \_\_\_\_\_ 3. geb.: \_\_\_\_\_
4. Anschrift: \_\_\_\_\_
5. Telefon: \_\_\_\_\_
6. Kostenträger: \_\_\_\_\_
7. Behandelnder Facharzt: \_\_\_\_\_

## 8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte



- Luftleitung:**  
 rechts: O — O  
 links: x — x  
 U-Grenze: □□□  
 Vertäubung: —
- Knochenleitung:**  
 rechts: > --- >  
 links: < --- <  
 Vertäubung: ww

## 9. Sprachtest nach DIN 45621 (gemäß DIN ISO 8253-3 12 u. 13)



- Versorgungsart: LL  KL
- HdO  IdO  CROS  BICROS
- Angepasste/s Hörsystem/e:  
 R: \_\_\_\_\_  
 L: \_\_\_\_\_  
 für bestmögliches Sprachverstehen bei 65 dB  
 Angepasste Otoplastik/en: R \_\_\_\_ L \_\_\_\_
- SE  IO-Schale/Plastik
- hart  weich  Schirm  Dome
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- Zusatzbohrung: mm    offen

Versorgung über LL: R , L , bds  über KL: R , L , bds

## 10. Freifeldmessungen

a) beidseitige Versorgung

ohne Hörsysteme    \_\_\_\_ dB S/N  
 mit Hörsystemen    \_\_\_\_ dB S/N  
 Hörgewinn    \_\_\_\_ dB S/N  
 (> 2dB)

b) einseitige Versorgung

	rechts	links
ohne Hörsysteme	____ dB S/N	____ dB S/N
mit Hörsystem	____ dB S/N	____ dB S/N
Hörgewinn	____ dB S/N	____ dB S/N

11. Die Hörgeräteanpassung erfolgt unter Berücksichtigung aller wesentlichen Mess- und Anpassdaten sowie des individuellen Hörempfindens.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Angaben zur Hörgeräte-Anpassung nach den geltenden Hilfsmittel-Richtlinien

- 1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 HilfsM-RL (Regelversorgung)** **JA**    **NEIN**
- a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt bei wenigstens einer Prüffrequenz zwischen 500 und 4000Hz mindestens 30dB auf dem besser hörenden Ohr,
- b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem besser hörenden Ohr bei 65dB nicht größer als 80%,
- c) und es besteht der Entschluss des Patienten das Hörsystem, zu tragen § 27 Abs.3 HilfsM-RL,
- d) und das Hörsystem kann durch den Patienten oder deren Hilfspersonen bedient werden § 27 Abs.3 HilfsM-RL.

- 2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.4 HilfsM-RL (Ausnahmeversorgung)**
- a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt auf dem schlechteren Ohr mindestens 30dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000Hz,
- b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem schlechteren Ohr bei 65dB nicht größer als 80%.

- 3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 HilfsM-RL**
- a) einseitige Taubheit (nicht versorgbares Ohr)
- b) BiCROS Versorgung, da Hörverlust gem. § 21 Abs.1 HilfsM-RL zusätzlich am besseren Ohr
- c) hochgradige Asymmetrie des Gehörs

**4. Hörgeräte-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gem. § 28 HilfsM-RL**    

**5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen**    

**6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 HilfsM-RL**    

**OLSA/GÖSA**

**7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten**

**8. Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Nachweis mittels OLSA/GÖSA zum Hörgewinn bei der Hörgeräteversorgung					
Hörgerät	Hilfsmittel- Positionsnummer	Eigen- anteils- frei	Ohr- seite R / L	Sprachverstehen	
				Sprachverständ- lichkeitsschwelle (SVS) ohne Hörgerät (e)	Sprachverständ- lichkeitsschwelle (SVS) mit Hörgerät (en)
1				dB S/N	dB S/N
1					
2					
2					dB S/N

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 14 00 324

Hilfsmittel- Positions- Nummer	Kurzbezeichnung	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel (Anlage 3 zum DTA) *
13.99.01.5000	CROS – Versorgungen mit Kabel (Zuschlag)	155,40 €	00, 04, 05, 10, 11
13.99.01.6000	BICROS – Versorgungen mit Kabel (Zuschlag)	155,40 €	00, 04, 05, 10, 11
13.99.03.	drahtlose Übertragungsanlagen		
13.99.03.0nnn	Mikrofongerät	KVA €	00, 04, 05, 10, 11
13.99.03.0nnn	Streaming Mikrofon	KVA €	00, 04, 05, 10, 11
13.99.03.0nnn	Empfänger	KVA €	00, 04, 05, 10, 11
13.99.01.8nnn	Handmikrofone zur Verwendung bei FM- /Übertragungs-anlagen	KVA €	00, 04, 05, 10, 11
13.00.99.9xxx	Reparatur Mikrofon	KVA €	01
13.00.99.9xxx	Reparatur Empfänger	KVA €	01



## **§ 1 Gegenstand**

1. Die Vereinbarung regelt die Umsetzung des eKV zwischen dem Leistungserbringer und den teilnehmenden Ersatzkassen.
2. Sie gilt für alle Produkte gemäß des Vertrages, die zwischen den Leistungserbringern einerseits und den Ersatzkassen andererseits bei der Abgabe von Hilfsmitteln Anwendung finden.
3. Ziel des eKV ist es, durch die Vermeidung von Medienbrüchen und durch die Beschleunigung der Abläufe Wirtschaftlichkeitspotenziale zu realisieren, die Datenqualität zu erhöhen und die Zufriedenheit der Versicherten zu steigern.

## **§ 2 Grundlagen des eKV**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Ersatzkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister den Kostenvoranschlag in elektronischer Form – in jeweils von der Ersatzkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister genannten Format zu übermitteln. Sind gemäß diesem Vertrag eine Verordnung bzw. begleitende Unterlagen erforderlich, sind auch diese in elektronischer Form mit einzureichen und zu benennen bzw. zu kennzeichnen, sofern die technischen Möglichkeiten vorhanden sind.
2. Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Kostenvoranschläge werden von der Ersatzkasse abgewiesen. Rückfragen zu Abweisungen sind mit der zuständigen Ersatzkasse zu klären. Der Kostenvoranschlag ist mit korrigierten Daten erneut einzureichen. Eventuelle Forderungen auf Grund von Verfristungen beim Einreichen des eKV nach dem Patientenrechtegesetz oder Bundesteilhabegesetz gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Bei unvollständigen oder fehlenden Anlagen hat die Ersatzkasse das Recht, diese nachzufordern. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Unterlagen unverzüglich nach Eingang der entsprechenden Aufforderung der Kasse auf elektronischem Weg nachzureichen.
4. Die Datenlieferungen im Rahmen des eKV erfolgen ausschließlich an die von den Ersatzkassen beauftragten Dienstleister (eKV-Annahmestellen).

## **§ 3 Vertrags- und Stammdaten**

Die Stamm- und Vertragsdaten des Leistungserbringers (Adresse, Telefon, Email, Preise, Kombinationen aus Mehrwertsteuer, Produktbesonderheit, LEGS etc.) sind nach den Maßgaben der jeweiligen Ersatzkasse selbständig vom Leistungserbringer zu pflegen. Für Änderungen und Ergänzungen auf der eKV-Plattform trägt der Leistungserbringer die alleinige Verantwortung.

## **§ 4 Nachrichtenaustausch**

Sofern die Ersatzkasse das vorgangsbezogene Modul „Nachrichten/Notizen“ nutzt, ist der Nachrichtenaustausch darüber sicherzustellen. Dieses Modul erfüllt die Anforderungen an den Datenschutz. E-Mails und Faxe sind aus datenschutzrechtlichen Gründen für den Nachrichtenaustausch nicht zulässig.

## **§ 5 Inkrafttreten und Laufzeit der Anlage**

Diese Anlage tritt ab 01.01.2023 in Kraft. Sie gilt unbefristet. Änderungen dieser Anlage bedürfen der Schriftform. Mit der Kündigung des Rahmenvertrages gelten auch die Anlagen und der Anhang als gekündigt.

# Protokollnotiz zum Vertrag

## **Rahmenvertrag zur Versorgung mit Hörsystemen**

zwischen

der Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR

(im Folgenden biha genannt)

und

### **den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) der Ersatzkassen,  
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

Datum des Inkrafttretens: 15.06.2023

Berlin,

Mainz,

---

---

Der dieser Protokollnotiz zu Grunde liegende Vertrag ist vom 01.01.2023. Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt nachstehende Anpassungen, **betreffend die Angabe der Produktuntergruppe im versorgungsanzeigenden Kostenvoranschlag**, sowie einen **Hinweis hinsichtlich der Abrechnung von Otoplastiken nach Abbruch der Versorgung** vorzunehmen. Die Anpassungen bezüglich § 7 Absatz 3 gelten ab dem 01.08.2023.

### Anlage 1

§ 7 Voraussetzungen zur Leistungserbringung

Absatz 3

#### Alte Version

Für die übrigen Versicherten erstellt der Leistungserbringer je Versorgung vor Beginn des Anpassprozesses einen Kostenvoranschlag an die leistungspflichtige Ersatzkasse. Die Ersatzkasse entscheidet über den versorgungsanzeigenden Kostenvoranschlag innerhalb der gesetzlichen Fristen (nach § 13 Absatz 3a SGB V oder § 14 Abs. 2 SGB IX). Im Rahmen dieses Kostenvoranschlags werden die Produktuntergruppe **mit 4 Nullen (bei Tinnitusversorgungen mit 3 Nullen) (XX.XX.XX.0000)** einschließlich der Produktbesonderheiten gemäß der Anhänge 1 und 2 und der vereinbarte Vertragspreis sowie ein Ton – und Sprachaudiogramm oder in den in Absatz 1 genannten Fällen die vollständige ausgefüllte HNO-ärztliche Verordnung (Muster 15) elektronisch übermittelt.

#### Neue Version

Für die übrigen Versicherten erstellt der Leistungserbringer je Versorgung vor Beginn des Anpassprozesses einen Kostenvoranschlag an die leistungspflichtige Ersatzkasse. Die Ersatzkasse entscheidet über den versorgungsanzeigenden Kostenvoranschlag innerhalb der gesetzlichen Fristen (nach § 13 Absatz 3a SGB V oder § 14 Abs. 2 SGB IX). Im Rahmen dieses Kostenvoranschlags werden die Produktuntergruppen **an den Positionen 7 bis 10 mit 0900 (XX.XX.XX.0900) und bei Tinnitusversorgungen an den Positionen 8 bis 10 mit 900 (XX.XX.XX.X900)** einschließlich der Produktbesonderheiten gemäß der Anhänge 1 und 2 und der vereinbarte Vertragspreis sowie ein Ton – und Sprachaudiogramm oder in den in Absatz 1 genannten Fällen die vollständige ausgefüllte HNO-ärztliche Verordnung (Muster 15) elektronisch übermittelt.

### Begründung

Ein Auffüllen mit „000“ ist nicht korrekt, da einige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummern auf „000“ enden und es so zu Verwechslungen kommen kann.

### Anlage 1

§ 9 Vergütung Absatz 3 sowie

§ 10a Vorzeitige Beendigung der Versorgung Absatz 7

In den betreffenden Absätzen ist die separate Vergütung der Otoplastik nach Abbruch der Versorgung durch den Versicherten mit Verweis auf die Anhänge 1 und 2 (Vergütungsvereinbarungen) geregelt. In den Vergütungsvereinbarungen werden Nettobeträge genannt und der jeweils zutreffende Umsatzsteuersatz ist vom Leistungserbringer in der Rechnungslegung anzusetzen. Handelt es sich jedoch um eine Otoplastik gem. der hier genannten §§, ist nach der derzeitigen Auslegung des

Umsatzsteuergesetzes durch die Finanzbehörden vom Leistungserbringer keine Umsatzsteuer anzusetzen.

**Begründung**

Aus umsatzsteuerrechtlicher Sicht handelt es sich in diesen Fällen nach der derzeitigen Auslegung durch die Finanzbehörden um einen sog. „echten Schadenersatz“ aufgrund der Nichtversorgung mit einem Hörsystem. Die Vergütung der Sachkosten für die Otoplastik unterliegt danach als „echter Schadenersatz“ nicht der Umsatzsteuer.