

Rahmenvertrag

gem. § 127 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) i.V.m. § 128 Abs. 4a SGB V

zwischen

der Firma auric Hörsysteme GmbH & Co. KG

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

und

den beigetretenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten

(im Folgenden HNO-Ärzte 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)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

(im Folgenden vdek genannt)

Datum des Inkrafttretens: 01.12.2018

Berlin,

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Vorsitzende des Vorstandes

Firma

Inhalts- und Anlagenverzeichnis

Übersicht der §§

§ 1 Vertragsgegenstand

§ 2 Fachliche Anforderungen

§ 3 Produkthanforderungen

§ 4 Qualitätsprüfung

§ 5 Vergütung

§ 6 elektronischer Kostenvoranschlag

§ 7 Rechnungslegung

§ 8 Haftung und Gewährleistung

§ 9 Beziehung zu Dritten

§ 10 Datenschutz

§ 11 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen

§ 12 Salvatorische Klausel

§ 13 Laufzeit und Kündigung

§ 14 Schlussbestimmungen

Anlage 1

Versorgung mit Hörhilfen im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges

Anhang 1

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von erwachsenen Schwerhörigen mit Ausnahme von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

Anhang 2

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

Anhang 3

Vergütungsvereinbarung HNO-Arzt

Anhang 4

Beitritts- und Ermächtigungserklärung HNO-Arzt

Anhang 5

Versicherteninformation

Anhang 6

Empfangsbestätigung

Anhang 7

Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung

Anhang 8

Anpass- und Abschlussbericht

Anhang 9

Versichertenbestätigung über Wahlfreiheit

Anhang 10

Dokumentation

Anhang 11

Begleitschreiben

Präambel

Unter dem verkürzten Versorgungsweg ist die arbeitsteilige Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen durch den Leistungserbringer und durch einen vertragsärztlich niedergelassenen HNO-Arzt in dessen Praxisräumlichkeiten zu verstehen.

§1 Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben mit neuen Hörsystemen und die anschließenden Serviceleistungen sowie die Abrechnung der Vertragspreise.

1. Für alle Versorgungen mit Hörhilfen auf Grundlage des § 128 Abs. 4a SGB V gilt für Verordnungen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausschließlich dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung.
2. Der Leistungserbringer stellt der vdek-Verbandszentrale einmal im Monat bis zum 10. des Monats eine Teilnehmerliste der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden HNO-Ärzte¹ zur Verfügung. Neue HNO-Ärzte sind zu melden und können ab dem ersten des Folgemonats beitreten und abrechnen. Eine Erbringung von Leistungen ist erst ab erfolgreichem Beitritt möglich. Änderungen die das IK, die Anschrift sowie eine Umfirmierung, beim Vertragspartner betreffen, sind in der Teilnehmerliste entsprechend farblich zu kennzeichnen. Die Beitrittserklärung des HNO-Arztes ist durch den Leistungserbringer aufzubewahren und auf Verlangen der vdek-Verbandszentrale im Original unverzüglich vorzulegen.

Die Teilnehmerliste ist mittels der Vorgabedatei der vdek - Verbandzentrale im Rahmen der darin vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form in einem Windows™ kompatiblen Programm (Excel) zu übermitteln.

Die Teilnahme eines HNO-Arztes kann in begründeten Fällen von der vdek - Verbandzentrale abgelehnt werden.

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit erscheint bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise, es sind hier selbstverständlich gleichermaßen weibliche Personen mit erfasst.

3. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.
4. Die in diesem Vertrag und seinen Anhängen/Anlagen festgelegten Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt vom Leistungserbringer und HNO-Arzt unverändert einzusetzen.

§ 2 Fachliche Anforderungen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Hilfsmitteln und übernimmt die damit verbundene Tätigkeiten und Dienstleistungen gemäß den in der Anlage 1 geregelten Leistungsbeschreibungen.
2. Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen (Grundeignung). Er hat diese Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch eine Bestätigung einer nach dieser Vorschrift geeigneten Stelle nachzuweisen.
3. Der Nachweis der Grundeignung ist den Ersatzkassen auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte die Grundeignung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer der vdek - Verbandszentrale unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 3 Produktanforderungen

1. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V haben Gültigkeit, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder eine Listung des Einzelproduktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.

Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht.

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 ist der Ersatzkasse vom Leistungserbringer eine Konformitätserklärung gemäß des Medizinproduktegesetzes (MPG) vorzulegen. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind für das jeweilige Hilfsmittel der Ersatzkasse im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlagverfahren (§ 6) vorzulegen. Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung sind auf Verlangen der Ersatzkasse 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 geregelte Produkte ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei der Ersatzkasse einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag bestehen.

Wird ein Hilfsmittel vollständig aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, darf dies ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

2. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben

und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffungsangaben zu entnehmen, ist die Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen zum Vertrag etwas anderes vereinbart.

3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten der Ersatzkassen nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des MPG in der jeweils geltenden Fassung entsprechen.

Gemäß § 139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 MPG der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör nach § 3 Nr. 9 MPG.

4. Die Produkte müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei, funktionsgerecht sind und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Sie müssen den medizinischen und technischen Anforderungen der entsprechenden Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses genügen. Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE-Kennzeichen nach dem MPG zum Einsatz kommen.
5. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass er bei der Durchführung der Versorgung sämtliche geltenden Rechtsvorschriften in der jeweils aktuellen Fassung beachtet und einhält. Er hat insbesondere die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) i.V.m. der Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MPBetreibV) einzuhalten und die sich daraus ergebenden Aufgaben als Betreiber in alleiniger Verantwortung und ordnungsgemäß zu erfüllen (vgl. insbesondere § 3 MPBetreibV). Die persönliche und telefonische Beratung der Versicherten durch den Leistungserbringer ist fachgerecht durchzuführen.
6. Der Leistungserbringer stellt die Ersatzkassen von sämtlichen Ansprüchen frei, die Dritte gegen den HNO-Arzt - insbesondere im Zusammenhang mit der Lieferung nicht vertragsgemäßer Hörgeräte bzw. nicht vertragsgemäßem Zubehör oder wegen falscher, unvollständiger oder vertragswidriger Beratung sowie wegen Verstößen gegen die Pflichten aus der MPBetreibV geltend machen sollten, soweit diese auf einem pflichtwidrigen Verhalten des HNO-Arztes beruhen. Der Leistungserbringer ist insbesondere verpflichtet, die Ersatzkassen von Schadens-, Personenschadens- oder sonstigen Ersatzansprüchen Dritter freizustellen,

wenn er oder der HNO-Arzt für einen Produktschaden oder für einen anderen Schaden verantwortlich ist.

§ 4 Qualitätsprüfung

1. Der einzelnen Ersatzkasse steht es frei, die Qualität der Versorgung aus diesem Vertrag in der ihr geeignet erscheinenden Form (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, durch Versichertenbefragung oder Einschaltung von Dritten) nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
2. Rückfragen der einzelnen Ersatzkasse im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer und HNO-Arzt kostenlos und unverzüglich zu beantworten. Eine diesbezügliche Rechnungsstellung gegenüber den Versicherten ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 5 Vergütung

1. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt haben einen Anspruch auf Vergütung nach ihren Versorgungsleistungen, sofern beide eigenständig die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht haben.
2. Die Preise für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel, für die Beratung und Nachbetreuung sowie Anpassung und Reparatur der gelieferten Hilfsmittel ergeben sich aus den jeweiligen Anhängen zu diesem Vertrag. Die in den Anhängen vereinbarten Preise sind Höchstpreise.
3. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart wird.
4. Die Erhebung von Aufzahlungen gegenüber den Versicherten der Ersatzkasse für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrages (Anlage 1) ist, mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung, unzulässig. Wünscht der Versicherte trotz ausführlicher Beratung eine höherwertige Versorgung als für den unmittelbaren Behinderungsausgleich im Sinne des Vertrages notwendig

und vertraglich vereinbart, ist die Aufzahlung von ihm selbst zu leisten. In diesem Fall haben der Leistungserbringer und der HNO-Arzt den Versicherten zu informieren, dass die Ersatzkasse diese Aufzahlung einschließlich der ggf. höheren Reparaturleistungen nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Die Erhebung einer Aufzahlung durch den HNO-Arzt für ärztliche Dienstleistungen ist unzulässig im Zusammenhang mit dem verkürzten Versorgungsweg.

5. Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu prüfen. Maßgeblich ist der Tag der Versorgung. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Leistungserbringer einzuziehen.

§ 6

Elektronischer Kostenvoranschlag

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Kostenvoranschlag der Ersatzkasse elektronisch zu übermitteln. Sofern dadurch zusätzliche Kosten entstehen, sind diese mit den Vertragspreisen entsprechend abgegolten.

§ 7

Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach endgültiger Abgabe des Hilfsmittels (§ 8 Abs.2) vorgenommen. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, einmal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Die Sammelrechnungen dürfen die Summe von 500 Verordnungen nicht übersteigen. Übersteigt die monatliche Sammelrechnung diese Anzahl, ist sie in mehrere einzelne Sammelrechnungen zu splitten. Die Sammelrechnungen sind gleichzeitig einzureichen.
2. Die Abrechnung erfolgt unter dem Institutionskennzeichen des Leistungserbringers und des HNO-Arztes.

3. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - a) Abrechnungsdaten,
 - b) Urbelege
(Verordnungsblatt/-blätter in Original- Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder nicht vereinbart ist.),
 - c) Empfangsbestätigung (Anhang 6.1, 6.2 oder 6.3) der Versicherten,
 - d) Genehmigungen der Ersatzkasse sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V),
 - e) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung),
 - f) Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung)
 - g) Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung (Anhang 7) sofern erforderlich
 - h) Abschluss- und Anpassbericht (Anhang 8).

4. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der Ersatzkasse die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.
 - a) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der Ersatzkasse benannten Abrechnungsstellen zu liefern. 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 –bezahlung sind nicht von der Ersatzkasse zu verantworten.

- b) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die Ersatzkasse gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nach Erfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der Ersatzkasse durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, soweit der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
- c) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der „Kopfstelle“ des vdek, derzeit Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, sowie bei der Abrechnungsstelle der jeweiligen Ersatzkasse anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
- d) Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein. Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die Ersatzkasse oder die von der Kasse benannte Datenannahmestelle den Leistungserbringern keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.
- e) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektroni-

schen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.

5. In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:

- IK des versorgenden Leistungserbringers (abgebende Stelle),
- Versichertendaten, insbesondere die Mitgliedsnummer,
- 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V erfolgen.
 - Pseudopositionsnummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag
- ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
- bei höherwertigen Versorgungen Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes,
- die vom Versicherten gezahlten Aufzahlung für eine höherwertigere Versorgung
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- Nettowert (Gerät und Otoplastik) der Verordnung und ggf. zu zahlender Zuzahlungsbetrag,
- Nettowert der Reparaturpauschale
- von der Kasse vergebenes Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen.

6. In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel der jeweiligen Anhänge anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgungen und Leistungen abgerechnet werden.

7. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die Ersatzkasse dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Hierdurch verursachte Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkasse.
8. 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 Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.

Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

9. Nach der Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung der Rechnungsunterlagen findet eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung statt, innerhalb derer eine Prüfung der Berechtigung der Abrechnung erfolgt. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der Ersatzkasse bleiben insoweit unberührt. Für Ansprüche aus anderem Rechtsgrund, die sich nicht unmittelbar aus den genannten Prüfverfahren ergeben, gelten die allgemeinen Regelungen zu Erstattungs- und Schadenersatzansprüchen.
10. Fehlerhafte Abrechnungen sowie formelle Beanstandungen und durch Nicht-Beachtung begründete Abrechnungsfehler müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Dies gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i.S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt.

11. Überträgt ein Leistungserbringer oder der HNO-Arzt die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so haben sie die vdek-Verbandszentrale unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-Verbandszentrale ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Abs. 2 SGB V bei der vdek-Verbandszentrale sowie bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnungen ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
12. Der Leistungserbringer und HNO-Arzt sind für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat der Leistungserbringer und/oder der HNO-Arzt dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit für die Ersatzkassen schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der vdek-Verbandszentrale unverzüglich bekannt zu machen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
13. Sofern die Rechnungslegung nach Abs. 11 einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die Abrechnungsstelle unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages, der Anlage zu § 78 a SGB X und des § 6 Abs. 1 BDSG von dem Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Abrechnungsstelle ist der Ersatzkasse auf Verlangen vorzulegen.
14. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung ist der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 8 Haftung und Gewährleistung

1. Gewährleistung und Haftung des Leistungserbringers und HNO-Arztes 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 durch den Versicherten bzw. einer durch ihn bevollmächtigte Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
3. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Bei Reparaturen nach Ablauf des sechsjährigen Reparaturpauschalenzeitraums sind Gewährleistungsansprüche eines Bauteils, die vor Ablauf des Reparaturpauschalenzeitraums entstanden sind und zum Zeitpunkt der Reparatur noch bestehen zu berücksichtigen.
4. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personen - und 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden sowie 100.000 EUR für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

§ 9 Beziehungen zu Dritten

Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen ist nach § 128 Abs. 1 SGB V grundsätzlich unzulässig. Davon ausgenommen ist die vom GKV-Spitzenverband getroffene Regelung zur Notfallversorgung in der jeweils gültigen Fassung.

§ 10 Datenschutz

Der Leistungserbringer und der HNO-Arzt verpflichten sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der Datenschutzgesetze (insbesondere Bundesdatenschutzgesetz, Datenschutzgesetze der Länder sowie Sozialgesetzbücher) zu erheben, zu verarbeiten

und zu nutzen. Sie stellen sicher, dass alle Personen, die von ihnen zur Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, auf Einhaltung des Datenschutzes unterwiesen und schriftlich verpflichtet worden sind.

§ 11 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen

1. Verstößt der Leistungserbringer oder der HNO-Arzt gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die Ersatzkasse unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nach schriftlicher oder mündlicher Anhörung:
 - a) eine Verwarnung bzw. Androhung einer Vertragsstrafe aussprechen
 - b) die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zu 5% des jährlichen Nettoumsatzerlöses nach diesem Vertrag verlangen
 - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen diesen Vertrag fristlos kündigen oder
 - d) bei schwerwiegenden und wiederholten Vertragsverstößen den Leistungserbringer oder den HNO-Arzt für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen. Die Maßnahmen können auch nebeneinander verhängt werden.

2. Als Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
 - Abrechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
 - mangelhafte Anpassung von Hörhilfen, mit dem Ziel der Erlangung einer Versorgung mit Aufzahlung,
 - das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Hörhilfen mit Aufzahlung, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,
 - Nichterfüllung der Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag bzw. des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V;
 - Forderung oder Annahme von Zahlungen für Vertragsleistungen vom Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - Verstöße gegen § 128 SGB V,
 - verdeckte Zuwendungen an den HNO-Arzt,

- Zuwiderhandlungen gegen die gesetzlichen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes,
- Erbringung von Leistungen aus Anlage 1 § 3 Abs. 2 dieses Vertrages in Betriebsstätten des Leistungserbringers,
- Erbringung, Vermittlung oder Bezahlung einer Rechtsdienstleistung durch den Leistungserbringer für den HNO-Arzt oder Versicherten im Rahmen der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber der Ersatzkassen,
- Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,
- Verstoß gegen die Beratungs- und Qualitätssicherungspflicht,
- Sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages.

Ob ein Verstoß als schwerwiegend anzusehen ist, hängt von den einzelnen Umständen ab; ebenso vom Grad des Verschuldens.

3. Bei einem Verstoß gegen wesentliche Bestimmungen dieses Vertrages entfällt der Vergütungsanspruch. Bereits gezahlte Vergütungen sind zu erstatten. Wesentliche Bestimmungen sind bspw. das Vorliegen erforderlicher Qualifikationen oder Bestimmungen, die die Art und Weise der Leistungserbringung regeln. Keine wesentlichen Bestimmungen sind reine Ordnungsvorschriften, wie bspw. Meldepflichten (Übermittlung der Teilnehmerliste nach § 1 Abs. 3).
4. Der Ersatzkassen bleibt es unbenommen, darüber hinausgehende Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

§ 12

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchsetzbar sein oder werden, so werden die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit aller übrigen Bestimmungen dieses Vertrages davon nicht berührt. Tritt solch ein Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner über notwendige Neuregelungen, die der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragspartner mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben. Dies gilt entsprechend für den Fall von Regelungslücken in diesem Vertrag. Werden niedrigere Festbeträge als die vereinbarten Vertragspreise festgesetzt, gelten dies als Vertragspreise.

§ 13 Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag gilt ab dem 01.12.2018.
2. Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 01.12.2019 schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. Bei separater Kündigung der Anlagen bleiben die nicht gekündigten Bestandteile des Vertrages weiterhin wirksam. HNO-Ärzte können innerhalb einer Frist von drei Monaten zum Monatsende den Beitritt zu diesem Vertrag schriftlich kündigen.
3. Unabhängig von der in Abs. 2 geregelten Kündigung kann die einzelne Ersatzkasse diesen Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 01.12.2019 kündigen. Mit der Kündigung dieses Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt. Die Geltung des Vertrages und seiner Anlagen für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.

§ 14 Schlussbestimmungen

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.
2. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlage und Anhänge bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGB des Vertragspartners sowie der Leistungserbringer werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die Vertragspartner sie schriftlich bestätigt haben.

Anlage 1

Versorgung mit Hörhilfen im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges

Inhalt

§ 1	2
Gegenstand der Anlage 1	2
§ 2	3
Grundsätze der Leistungserbringung	3
§ 3	7
Art und Umfang der Leistung	7
§ 4	9
Ablauf der Versorgung	9
§ 5	10
Nachbetreuung und Reparaturen	10
§ 6	11
Dokumentation	11
§ 7	12
Vergütung	12
§ 8	13
Rechnungslegung	13
§ 9	14
Qualitätssicherung, Statistik	14
§ 10	14
Werbung, unzulässige Zusammenarbeit	14
§ 11	15
Inkrafttreten / Kündigung	15
§ 12	16
Schlussbestimmungen	16

§ 1
Gegenstand der Anlage 1

1. Gegenstand dieser Anlage ist die Regelung über den Ablauf und Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Hörhilfen der Produktgruppe 13 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V auf dem verkürzten Versorgungsweg. Der Vertrag gilt nur für Versorgungen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Zu diesem Vertrag gehören folgende Anhänge und sind verbindlicher Bestandteil:

Anhang 1

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von Schwerhörigen mit Ausnahme von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

Anhang 2

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

Anhang 3

Vergütungsvereinbarung HNO-Arzt

Anhang 4

Beitritts- und Ermächtigungserklärung HNO-Arzt

Anhang 5

Versicherteninformation

Anhang 6

Empfangsbestätigung des Versicherten

Anhang 7

Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung

Anhang 8

Anpass- und Abschlussbericht

Anhang 9

Bestätigung des Versicherten über die Wahlfreiheit

Anhang 10

Dokumentation gemäß § 127 Abs. 4a SGB V

Anhang 11

Begleitschreiben Versichertenbestätigung über Wahlfreiheit

2. Zur Versorgung nach dieser Anlage gehören die Beratung, die vergleichende Anpassung von verschiedenen Hörsystemen, die Abgabe, die Durchführung der Nachbetreuung/Nachsorge sowie die Erbringung von Instandhaltungs- und Reparaturleistungen. Die erforderliche Einweisung des Versicherten sowie ggf. seines Betreuers als auch seiner Angehörigen gehört ebenfalls zur Versorgung nach diesem Vertrag.

3. Der Leistungserbringer und der mitwirkende HNO-Arzt gewährleisten im Rahmen der Vertragspreise eine bestmögliche, mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung aufzahlungsfreie Versorgung mit digitalen Hörsystemen entsprechend des aktuellen Standes der Hörgerätetechnik. Zum Einsatz kommen nur Hörsysteme, die mindestens die Standards des Festbetragsgruppensystems 13.20.10, 13.20.12 bzw. 13.20.22 erfüllen.
4. Nicht Gegenstand dieses Vertrages sind ärztliche Leistungen, die der HNO-Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber dem Versicherten erbringt und die nach den vertragsärztlichen Bestimmungen sowie Verträgen vergütet werden; insbesondere auf die Geltung der Vergütungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wird hingewiesen.

§ 2

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Mit den Vertragspreisen sind alle in diesem Vertrag genannten und die im Festbetragsgruppensystem 13.20.10, 13.20.12 bzw. 13.20.22 aufgeführten Leistungen inkl. der Nachbetreuung/Nachsorge für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren abgegolten. Der Ablauf des Versorgungszeitraumes allein rechtfertigt keine neue Hörhilfenversorgung.
2. Die Versorgungsziele orientieren sich an dem BSG-Urteil vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) und der Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer und der mitwirkende HNO-Arzt leisten zum Vertragspreis eine aufzahlungsfreie Versorgung mit modernen Hörsystemen, die geeignet sind, die individuelle Hörminderung des Versicherten im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs bestmöglich auszugleichen und dabei – soweit möglich – ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen.
3. Die Hörgeräte verfügen über folgende technische Mindestausstattung:
 - 13.20.12, 13.20.22 Digitaltechnik
 - Mehrmikrofontechnik
 - Mehrkanaligkeit (mindestens 4 Kanäle)
 - Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung
 - Mindestens drei Hörprogramme
 - automatische Verstärkerregelung
 - T-Spule oder
 - akustisches Telefonprogramm (Audioeingang)

- adaptives Rückkopplungsmanagement
- Beschichtung nach IP65/IP67

13.20.10

- Digitaltechnik
- Mehrmikrofontechnik
- Mehrkanaligkeit (mindestens 4 Kanäle)
- Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung
- Mindestens drei Hörprogramme
- Verstärkungsleistung ≥ 75 Dezibel (dB)
- automatische Verstärkerregelung
- T-Spule oder
- akustisches Telefonprogramm (Audioeingang)
- adaptives Rückkopplungsmanagement
- Beschichtung nach IP65/IP67

Eine ausreichende Verstärkungsreserve von 15 dB ist zu berücksichtigen. Sind aufgrund der notwendigen Verstärkungsreserve Hörgeräte mit einer Verstärkung von ≥ 75 dB erforderlich ohne dass der Versicherte ansonsten die WHO-4 Kriterien erfüllt, hat der Leistungserbringer Hörsysteme aus der Festbetragsgruppe 13.20.10 auszuwählen und zum in Anhang 1 vereinbarten Vertragspreis abzurechnen. Die Versorgung erfolgt auf Wunsch des Versicherten in offener Bauweise, sofern audiologische Gründe nicht dagegen sprechen (z.B. Dünnschlauchsystem/Dom, und Schirmchen). Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien HdO- und IO-Hörsystemen in diversen Standardfarben vor. Ein entsprechendes Verzeichnis ist der Ersatzkasse auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.

4. Dem Versicherten ist stets eine aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten und anzupassen. Auch eine aufzahlungsfreie Versorgung setzt voraus, dass mit diesem Hörsystem das im Sprachaudiogramm ausgewiesene maximale Sprachverstehen weitestgehend erreicht wird. Bei Bedarf sind auch weitere, aufzahlungsfrei angebotene Hörsysteme¹ dem Versicherten anzubieten. Der Leistungserbringer hält mindestens fünf aufzahlungsfreie Hörgeräte verschiedener Hersteller vor. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten können auch Hörsysteme mit Aufzahlung in die vergleichende Anpassung einbezogen werden. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung muss mindestens ein aufzahlungsfreies Hörsystem die individuelle Hörminderung des Versicherten gleichwertig wie das Hörsystem mit dem

¹ Messtoleranz liegt bei 5% Punkten

im Einzelfall besten Ergebnis ausgleichen sowie ein gleichwertiges Sprachverständnis bei Umgebungsgeräuschen und soweit möglich in größeren Personengruppen/Räumen erreichen.

5. Bei der Versorgung sind die aktuellen audiologischen Messverfahren (z. B. Ton- und Sprachaudiometrie, Hörfeldskalierung) einzusetzen. Der im Rahmen der vergleichenden Anpassung durch die Hörsystemversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand eines standardisierten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z.B. Freiburger Sprachtest, Oldenburger oder Göttinger Satztest) – auch unter Einsatz von Störgeräuschen (Störgeräuschbedingungen: 60dB, Nutzschallquelle: 65 dB) – nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren zur Dokumentation zu verwenden. Das gewählte Messverfahren hat den jeweils gültigen Hilfsmittel-Richtlinien zu genügen. Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest soll der Gewinn mit Hörgeräten im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgerät noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. Soweit ohne Hörgerät ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden. Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall (wenn audiologisch möglich, in der Regel Sprachschallpegel 65 dB und Störschallpegel 60 dB) im freien Schallfeld soll der Gewinn mit Hörgeräten im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 10 Prozentpunkte betragen.

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

6. Die vergleichende Anpassung (Anhang 8) ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Wünscht der Versicherte keine vergleichende Anpassung mit aufzahlungsfreien Geräten, ist auch dies über die Empfangsbestätigung (Anhang 6.2) zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.
7. Wird bei der vergleichenden Anpassung mit dem aufzahlungspflichtigen Hörgerät ein besseres Sprachverstehen erzielt, so muss ein weiteres aufzahlungsfreies Hörgerät zum Erreichen eines möglichst weitgehend gleichen Sprachverstehens getestet werden (Messtoleranz: 5% Punkte Einsilberverstehen und 10% Punkte beim Mehrsilberverstehen). Verfügt der Leistungserbringer über kein geeignetes weiteres Hörgerät in seinem Sortiment, ist das vergleichend angepasste aufzahlungspflichtige Hörgerät zum Vertragspreis abzugeben.

8. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem bzw. eine Versorgung die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (z.B. technische Komfortmerkmale oder besonders ästhetische Bauformen), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Aufzahlung in Rechnung stellen. In einem solchen Fall ist der Versicherte nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkostenselbst zu tragen hat. Der HNO-Arzt hat den Versicherten vor der Hörgerätewahl konkret über die Gründe für und die Höhe der von ihm zu tragenden Aufzahlung für das Hörsystem sowie über die Folgekosten/Aufzahlung für Reparaturen aufzuklären. Diese Aufklärung ist schriftlich (Anhang 10) zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Sie sind der einzelnen Ersatzkasse auf deren Verlangen vorzulegen. Die die Aufzahlung begründenden Produktmerkmale sowie die Höhe der Aufzahlung sind in der Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung² (Anhang 7) aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift der Vereinbarung auszuhändigen. Sie ist der jeweiligen Ersatzkasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.
9. Der Leistungserbringer übernimmt gegenüber dem Versicherten eine Vollgarantie auf die Gerätetechnik von insgesamt zwei Jahren. Die Garantiezeit beginnt mit der endgültigen Abgabe der Hörhilfe an den Versicherten. Sofern Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten an den Hörhilfen erforderlich werden, stellt der Leistungserbringer den Versicherten auch nach Ablauf der Garantiezeit bzw. gesetzlichen Gewährleistungsfrist kostenlos auf Wunsch Ersatzgeräte für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.
10. Soweit ein HNO-Arzt aus diesem Vertrag ausscheidet oder die Versorgung nicht mehr möglich ist bzw. gewünscht wird, kann der mit einer Hörhilfe versorgte Versicherte andere dem Vertrag beigetretene HNO-Ärzte für die weitere Nachsorge bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums von sechs Jahren in Anspruch nehmen, ohne dass hierfür weitere Kosten entstehen. Sofern die Nachsorge nicht erbracht wird, finden die Regeln zum Rückerstattungsanspruch gemäß Anhang 3 Anwendung.

² Die Vertragspartner stimmen überein, dass sie sich über den Anhang 7 hinsichtlich Umfang und Qualität der eingetragenen Informationen, nach einem Jahr des Inkrafttretens des Vertrages austauschen.

§ 3 Art und Umfang der Leistung

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Durchführung folgender Leistungen:
 - Auswertung der audiologischen Untersuchung
 - Auswahl geeigneter Hörhilfen unter Berücksichtigung der audiologischen Erfordernisse, motorischen Fähigkeiten sowie der anatomischen Gegebenheiten des Versicherten
 - Bei Bedarf Fertigung der Otoplastik³ bzw. Fertigung der Gehäuseschale für ein IO-Gerät
 - Fertigung (bei Eigengeräten) bzw. Bereitstellung (bei Fremdgeräten) der Hörhilfe
 - Anpassung der Hörhilfe an die audiologischen Daten durch Einstellung / Programmierung und ggf. Modifikation der Programmierung für die Umgebungseinstellung
 - Versand der Hörhilfe und ggf. der Otoplastik an den HNO-Arzt
 - Feinanpassung / Feinjustierung der Hörhilfe am Versicherten via Online-Verbindung in einem geschlossenen, gesicherten System zur Sicherstellung des Datenschutzes. Die Online-Verbindung für den jeweiligen Versicherten erfolgt unter Meisterpräsenz und wird beim Leistungserbringer protokolliert. Das Protokoll der Feinanpassung wird der Krankenkasse auf Anforderung übersandt oder als abrechnungsbezügliche Unterlage zur Verfügung gestellt.
 - Feinjustierung innerhalb der Erprobung via Online-Verbindung unter Berücksichtigung alltagsrelevanter Hörsituationen
 - Optimierung der Feineinstellung innerhalb der Erprobung
 - Neufertigung bzw. Nachbesserung der Otoplastik bei nicht optimalem Sitz
 - Gewährleistung, Instandhaltungs- und Reparaturleistungen
 - Veränderung der Einstellung bzw. Feinjustierung der Hörhilfen bei verändertem Hörvermögen des Versicherten
 - Bereitstellung von Hörhilfen für die vergleichende Anpassung sowie für die endgültige Abgabe an den Versicherten
 - Abgabe von 30 Batterien je Gerät
 - Bereitstellung von Ersatz-Hörhilfen während notwendiger Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten
 - nachvollziehbare Dokumentation der vergleichenden Anpassung.

³ Im Sinne dieses Vertrages können als Otoplastik auch Schlauchsysteme (Dünnschlauchsysteme/Dom und Schirmchen) zum Einsatz kommen. Fertigung, Versand und Nachbesserung sind analog zu einer Otoplastik durchzuführen. Bei Nennung der Otoplastik im weiteren Text sind daher stets auch die Schlauchsysteme gemeint.

2. Der HNO-Arzt verpflichtet sich zur Durchführung folgender Leistungen:
Information des Versicherten im Rahmen der Erstberatung über seine Wahlfreiheit hinsichtlich der Versorgung auch über niedergelassene Hörgeräteakustiker bzw. den verkürzten Versorgungsweg.

- individuelle Bedarfsanalyse im Rahmen einer erweiterten audiologischen Untersuchung
- Beratung und entsprechende Dokumentation (Anhang 10) des Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung für die konkrete Versorgungssituation über aufzahlungsfreie, zum Ausgleich der individuellen Hörbehinderung geeignete Hörhilfen unter Berücksichtigung der alltagsrelevanten Hörsituationen sowie der audiologischen und anatomischen Gegebenheiten
- Bei Bedarf Anfertigung des Ohrabdrucks vom Versicherten
- Weitergabe der vom Leistungserbringer gelieferten Hörhilfe an den Versicherten
- Einweisung in den Gebrauch und Pflege der Hörhilfen einschließlich Zubehör unter Einschluss der Erläuterung der Bedienung
- Information des Versicherten zum Ablauf der Reparaturen und Serviceleistungen
- Mitwirkung bei der Feinanpassung / Feinjustierung der Geräteeinstellungen im Online-Verfahren in einem geschlossenen, gesicherten System zur Sicherstellung des Datenschutzes mit dem Versicherten bei der Abgabe und über den gesamten Versorgungszeitraum von sechs Jahren im Rahmen der Nachsorge.
- Information des Versicherten, dass dieser bei der Erprobung des Hörgerätes im häuslichen Umfeld, das Verlustrisiko nach bürgerlichem Recht trägt.
- Abgabe der Hörhilfe an den Versicherten
- Annahme und Weiterleitung von Gewährleistungs-, Instandhaltungs- und Reparaturaufträgen an den Leistungserbringer und Aushändigung der vom Leistungserbringer bereitgestellten Ersatzgeräte (das Eigentum an Ersatzgeräten bleibt beim Leistungserbringer)
- Mitwirkung bei der Nachlieferung verlorengegangener oder unbrauchbar gewordener Hörhilfen innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Erprobung
- Beratung und Einweisung des Versicherten nach durchgeführter Reparatur
- Reinigung der Hörhilfen und Durchführung einfacher Austauscharbeiten bei Bedarf
- Dokumentation seiner nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen

3. Die vertragsärztlichen Pflichten, insbesondere auch die einschlägigen Regelungen des EBM, werden durch diesen Vertrag nicht berührt.

4. Der HNO-Arzt stellt sicher, dass er Leistungen nach diesem Vertrag vorrangig selbst oder - soweit zulässig - nur durch sein dazu audiologisch fortgebildetes Personal erbringt.

5. Der Leistungserbringer und der mitwirkende HNO-Arzt stellen sicher, dass der Versicherte während der gesamten Sprechzeiten des mitwirkenden HNO-Arztes Leistungen des Vertrages, insbesondere im Rahmen der Nachsorge, in Anspruch nehmen kann.
6. Eigentümer des Hörsystems ist während und nach Ablauf des sechs-Jahres-Zeitraums (Versorgungszeitraum) der Versicherte.

§ 4

Ablauf der Versorgung

1. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15), die der HNO-Arzt der zuständigen Ersatzkasse übersendet, erbracht werden. Der ohrenärztlichen Verordnung ist zusätzlich ein Begleitschreiben unter Angabe der IK-Nummer des HNO-Arztes beizufügen.

Eine Genehmigung der Ersatzkasse gegenüber dem HNO-Arzt erfolgt nicht.

2. Zur Klärung der Leistungspflicht legt der Leistungserbringer der Ersatzkasse in allen Versorgungsfällen vor Abschluss der Versorgung einen Kostenvoranschlag vor.⁴ Hierin ist der jeweilige Gesamtpreis des Hörgerätes mitsamt Otoplastik und der Reparaturpauschale (ohne Arztvergütung) auszuweisen. Versorgung mit Mehraufwand ist zusätzlich der Anpassbericht (Anhang 8) mit Angaben zur alternativ getesteten aufzahlungsfreien Versorgung beizufügen. Hierin sind bei beruflich bedingtem Mehraufwand die berufsbedingten Ausstattungsmerkmale verpflichtend anzugeben.
3. Der Leistungserbringer oder der mitwirkende HNO-Arzt überlässt dem Versicherten eine individuell geeignete Hörhilfe zur Erprobung. Die Erprobungsfrist beträgt je Hörgerät bis zu vier Wochen. Die Frist beginnt mit Aushändigung der angepassten Hörhilfe durch den HNO-Arzt an den Versicherten; diese kann auf Wunsch des Versicherten oder auf Veranlassung des HNO-Arztes zur Erreichung einer optimalen Hörhilfenversorgung verlängert werden. Die Erprobung schließt die kostenlose Batterieversorgung ein. Die Erprobung endet mit der endgültigen Abgabe der Hörhilfe, dokumentiert durch die Bestätigung des Verstehensgewinns durch den HNO-Arzt auf der Rückseite der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15).

⁴ Zeitpunkt an dem sich der Versicherte für ein Hörgerät entschieden hat und der Anpassprozess abgeschlossen ist.

4. Während der Erprobung kann der Versicherte ohne weitere Angabe von Gründen die Hörhilfe zurückgeben, ohne dass der Ersatzkasse oder dem Versicherten dafür Kosten entstehen. Dies gilt auch für alle mit der Hörhilfe in Zusammenhang stehenden Anfertigungen (z. B. Otoplastik).
5. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt bewahren die Anpassunterlagen zur Dokumentation sechs Jahre auf und stellen sie auf Anforderung der Ersatzkasse kostenfrei zur Verfügung.
6. Eine vorzeitige Wiederversorgung vor Ablauf von sechs Jahren (bei Hörverschlechterung oder Verlust des Hörgerätes) bedarf der vorherigen Zustimmung der Ersatzkasse. In diesem Fall beginnt ein neuer Versorgungszeitraum. Die vorzeitige Wiederversorgung mit einer neuen Hörhilfe ist nur nach Vorlage einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) möglich.

§ 5

Nachbetreuung und Reparaturen

1. Der Leistungserbringer übernimmt zusammen mit dem HNO-Arzt die Nachbetreuung/Nachsorge des Versicherten für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren ab Abgabe des Hörgerätes an den Versicherten.
2. Zur Abgeltung künftiger Reparaturleistungen für die Dauer von sechs Jahren zahlt die Ersatzkasse eine pauschale Vergütung für jedes Hörgerät (13.20.10, 13.20.12 oder 13.20.22). Die Pauschale wird mit Abrechnung der Hörhilfe fällig.
3. Mit der Reparaturpauschale sind alle Dienstleistungen und Materialkosten für Arbeiten am Hörgerät und dem Ohrpasstück, auch wenn sie von Dritten erbracht worden sind, vergütet. Hierzu gehört auch die Nach- oder Umversorgung mit Ohrpasstücken und Hörschlauchsystemen sowie die ggf. notwendige Umstellung von einem Hörschlauchsystem auf eine Otoplastik während des sechs-Jahres-Zeitraums.
4. Der HNO-Arzt ist verpflichtet, den Versicherten vor Beginn der Versorgung über den Ablauf der Reparatur zu informieren; insbesondere über die Vermittlung von Reparaturen über den HNO-Arzt. Sofern Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten an den Hörsystemen erforderlich werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Bedarf kostenlos geeignete Ersatzgeräte für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.

5. Statt der Reparatur kann der Leistungserbringer das Hörgerät austauschen, ohne dass der Krankenkasse oder dem Versicherten, bei einer aufzahlungsfreien Versorgung, Kosten dadurch entstehen. Mit dem kostenlosen Austauschen des Hörgerätes beginnt kein neuer Versorgungszeitraum.
6. Die ggf. notwendigen Gehörmessungen und Neueinstellungen nebst Feinanpassung des Hörsystems durch den Leistungserbringer und dem mitwirkenden HNO-Arzt nach einer Reparatur sind Bestandteil der jeweiligen Reparaturpauschale und nicht gesondert abrechnungsfähig. Eventuell anfallende Versandkosten werden nicht gesondert vergütet.
7. Bei Verlust, vorzeitiger Wiederversorgung oder sonstiger Verkürzung des Versorgungszeitraumes (z.B. Ende der Mitgliedschaft) erhält die Krankenkasse eine Rückvergütung (Anhänge 1, 2 und 3) für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr.

Wechselt der Versicherte innerhalb des Versorgungszeitraumes zu einem Leistungserbringer der nicht am verkürzten Versorgungsweg teilnimmt, erhält dieser HG-Akustiker vom bisherigen Leistungserbringer einen Ausgleich der Kosten. Für die Höhe des Kostenausgleichs gelten die Regelungen für die Ersatzbeschaffung (Anhang 1) entsprechend.

Für den noch nicht abgelaufenen Versorgungszeitraum entstehen der Ersatzkasse keine weiteren Kosten.

§ 6 Dokumentation

Anhang 5 - Versicherteninformation

Die Versicherteninformation ist vom HNO-Arzt an den Versicherten im Rahmen der Erstberatung auszuhändigen. Der Erhalt dieser Information ist durch den Versicherten auf dem Anhang 6 zu bestätigen.

Anhang 6 – Empfangsbestätigung

Mit der Empfangsbestätigung bestätigt der Versicherte u. a. den Erhalt des Hörgeräts. Dieser Anhang ist der Abrechnung beizufügen.

Anhang 6.1 - Die Versorgung erfolgt aufzahlungsfrei zum Vertragspreis.

Anhang 6.2 - Der Versicherte hat vor Beginn der Anpassung auf eine vergleichende Anpassung mit einem aufzahlungsfreien Hörgerät verzichtet.

Anhang 6.3 – Der Versicherte entscheidet sich nach einer vergleichenden Anpassung für ein Hörgerät mit Aufzahlung.

Anhang 7 – Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung

Die die Aufzahlung begründenden Produktmerkmale sowie die Höhe der Aufzahlung sind darin aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift auszuhändigen. Sie ist der jeweiligen Ersatzkasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Anhang 8 – Anpass- und Abschlussbericht

Im Anpass- und Abschlussbericht werden die Daten der verglichenen Hörsysteme erfasst, soweit sich der Versicherte nicht gegen eine vergleichende Anpassung entschieden hat. Dieser Anhang ist bei Versicherten mit Mehraufwand dem Kostenvoranschlag beizufügen. Für alle anderen Versicherten ist dieser Anhang der einzelnen Ersatzkasse auf Verlangen vorzulegen.

Anhang 9 – Versichertenbestätigung über Wahlfreiheit

Die Versichertenbestätigung über die Wahlfreiheit dokumentiert, dass der Versicherte während der Erstberatung in der HNO-Praxis durch den Arzt über verschiedene Versorgungsformen informiert wurde. Dieser Anhang ist der einzelnen Ersatzkasse auf Verlangen vorzulegen.

Anhang 10 – Dokumentation gemäß 127 Abs. 4a SGB V

Die Aufklärung über vom Versicherten zu tragenden Aufzahlung für das Hörgerät sowie über die sich daraus ergebenden Folgekosten/Aufzahlung für Reparaturen ist vom HNO-Arzt zu dokumentieren. Diese Dokumentation ist der einzelnen Ersatzkasse auf Verlangen vorzulegen.

Anhang 11 – Begleitschreiben Versichertenbestätigung über Wahlfreiheit

Das Begleitschreiben ist mit der ärztlichen Verordnung an die jeweilige Ersatzkasse zu senden.

§ 7 Vergütung

1. Die Höhe der Vergütung des Leistungserbringers für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel sowie der Nachbetreuung und den Reparaturen richtet sich nach den Anhängen 1 und 2. Der an der Versorgung mitwirkende HNO-Arzt erhält von der Ersatzkasse eine separate Vergütung nach dem Anhang 3. Erst nach endgültiger Abgabe des Hörgeräts können der Leistungserbringer und der HNO-Arzt ihre

jeweiligen vertraglichen Leistungen abrechnen. Reparaturleistungen können nach Ablauf von sechs Jahren zu den in den jeweiligen Anhängen vereinbarten Preisen abgerechnet werden.

2. Mit den in Anhang 1 und Anhang 2 genannten Preisen sind auch die Kosten für antiallergische Beschichtungen bei medizinischer Notwendigkeit, Winkel, Potentiometerabdeckung, Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörgerätegehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für die antiallergische Beschichtung mit Metallen. In diesen Fällen ist ein Kostenvorschlag mit fachärztlicher Begründung einzureichen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material wird nicht erhoben.

§ 8

Rechnungslegung

Für das Abrechnungsverfahren gilt § 7 des Rahmenvertrags mit folgenden Ergänzungen:

Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt ermächtigen zur Abrechnung und Einziehung ihrer jeweiligen Forderungen ein als Abrechnungsstelle im Sinne der Vorschriften des Rechtsdienstleistungsgesetzes zugelassenes externes Unternehmen. Dazu legt der Leistungserbringer der vdek- Verbandszentrale eine Ermächtigungserklärung vor. Der HNO-Arzt ermächtigt dieselbe Abrechnungsstelle im Rahmen seines Beitritts (Anhang 4). Der Leistungserbringer und der HNO-Arzt leiten Aufträge für die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen nach § 5 direkt an diese Abrechnungsstelle weiter.

Die Ersatzkassen zahlt die Vergütung mit schuldbefreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer oder dem HNO-Arzt mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

Die Rechnungen/Belege müssen insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Arztnummer
- Betriebsstätte des HNO-Arztes
- Angabe, ob Versorgung mit oder ohne Aufzahlung des Versicherten erfolgte
- Höhe der vom Versicherten gezahlten Aufzahlung (unter Angabe des Hilfsmittelkennzeichen 06 und Befüllung des Feldes „Betrag Mehrkosten“ im Segment ZUH)
- Anhang 6 – Empfangsbestätigung

Wird eine aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung durchgeführt, ist bei der Abrechnung das Hilfsmittelkennzeichen 08 zu verwenden, bei einer aufzahlungspflichtigen Versorgung das Hilfsmittelkennzeichen 06.

§ 9

Qualitätssicherung, Statistik

Die Vertragspartner streben eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten an. Zur Qualitätssicherung nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer der Ersatzkasse auf Anforderung halbjährlich eine Statistik über die durchgeführten Versorgungen mit Hörhilfen. Dabei ist nach den Hörgeräten der Produktgruppe 13 (13.20.10, 13.20.12 sowie 13.20.22) zu differenzieren. Die Übermittlung erfolgt in Form einer Exceltabelle in Dateiformat und enthält folgende Spalten bzw. Felder:

- Anzahl der Versorgungen
- Anzahl ein- bzw. beidohrigen Versorgungen
- Anzahl Hörgeräte (13.20.10, 13.20.12, 13.20.22)
- Anzahl der aufzahlungsfreien Versorgungen
- Summe der erhaltenen gesetzlichen Zuzahlungen
- Anzahl Reparaturen.

§ 10

Werbung, unzulässige Zusammenarbeit

1. Die Werbung der Vertragspartner ist auf sachliche Informationen abzustellen. Der Leistungserbringer hat darauf hinzuwirken, dass die Versicherten auch vom HNO-Arzt nicht beeinflusst werden, medizinisch nicht notwendige Leistungen (z.B. vorzeitige Folgeversorgung wegen technischen Fortschritts) in Anspruch zu nehmen.
2. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem HNO-Arzt mit dem Ziel einer Ausweitung der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten zwischen den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig. Dem Leistungserbringer ist es untersagt, einem HNO-Arzt für die Beteiligung an der Versorgung eine zusätzliche Vergütung, eine Provision oder einen geldwerten Vorteil zuzuwenden (§ 128 SGB V). Ein geldwerter Vorteil im Sinne des Satzes 1 liegt auch in der Bereitstellung von Personal. Ein geldwerter Vorteil im Sinne des Satzes 1 liegt ebenfalls in der Gestellung von Räumlichkeiten an den HNO-Arzt sowie in der

Beteiligung an den Personal- oder Raumkosten des HNO-Arztes oder Beteiligung am Unternehmen des Leistungserbringers. Derartige zusätzliche Zuwendungen an HNO-Ärzte gelten als schwerwiegender Vertragsverstoß.

3. Bietet der Leistungserbringer dem HNO-Arzt für die Mitwirkungsleistung aus § 3 Abs. 2 Materialien, Geräte, Schulungsmaßnahmen oder andere Dienstleistungen an, hat der HNO-Arzt dem Leistungserbringer bei Inanspruchnahme die dafür aufgewendeten Kosten zu erstatten.
4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass Sach- und Fachgespräche zwischen den genannten Beteiligten keine Beeinflussung im Sinne des Absatzes 2 darstellen.
5. Der Leistungserbringer darf Ärzte (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeiter nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Ärzten erbracht werden.

§ 11

Inkrafttreten / Kündigung

1. Diese Anlage tritt zum 01.12.2018 in Kraft und findet Anwendung auf alle Hörsystemversorgungen, bei denen ein Hörsystem ab dem 01.12.2018 vom HNO-Arzt verordnet wurde. (Tag der ohrenärztlichen Verordnung).
2. Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2019 ordentlich gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Die Kündigung gegenüber dem Leistungserbringer ist auch für die kooperierenden HNO-Ärzte bindend und hat zur Folge, dass auch HNO-Ärzte keine Vergütung mehr für die arbeitsteilige Mitwirkung an der Versorgung beanspruchen können. Der Leistungserbringer informiert die beigetretenen HNO-Ärzte über die Vertragsbeendigung.
3. HNO-Ärzte können innerhalb einer Frist von drei Monaten zum Monatsende den Beitritt zu dieser Anlage ordentlich schriftlich kündigen.

4. Laufende Versorgungsleistungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes nach dieser Anlage zu Ende geführt.
5. Sollten Festbeträge gem. § 36 SGB V unterhalb der vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben. In diesem Fall gelten die neuen Festbeträge. Sollte der Ersatzkassen durch gesetzliche Veränderungen, einer Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörden, einer gerichtlichen oder behördlichen Verfügung oder sonstigen rechtlichen Vorgaben die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistungen auf Grundlage dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht der Ersatzkassen ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages zu. Soweit jedoch die Anpassung des bestehenden Vertrages an geänderte gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben bzw. an eine veränderte Rechtsprechung möglich und zumutbar ist, geht diese der außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages vor.

§ 12

Schlussbestimmungen

1. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Ein Verzicht auf das Schriftformerfordernis kann ebenfalls nur schriftlich vereinbart werden.
2. Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkung der Zielsetzung möglichst nahe kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.
3. Bei Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages hat der HNO-Arzt ein Sonderkündigungsrecht, ansonsten lässt er diese unmittelbar gegen sich gelten. Die Kündigung hat bis zum Ablauf des übernächsten Monats nach Inkrafttreten der Vertragsänderung oder -ergänzung zu erfolgen. Der Leistungserbringer informiert die HNO-Ärzte umgehend über Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen.

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer: Versorgung von erwachsenen Schwerhörigen (WHO 2 und 3)

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 14 00 700

Hilfsmittel-positionsnummer	Bezeichnung	Preis in EURO (excl. MwSt)	Hilfsmittelkennzeichen
13.20.10.nnnn 13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn	erstes Hörgerät aufzahlungsfreie Versorgung	420,56 ¹	08 06 ²
13.20.09.0-4.nnn	Ohrpassstück aufzahlungsfreie Versorgung	31,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.5nnn	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	7,50 ¹	08
13.00.20.0003	Reparaturpauschale	105,00 ³	13
13.20.10.nnnn 13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn	zweites Hörgerät aufzahlungsfreie Versorgung	359,81	08 06 ²
13.20.09.0-4.nnn	Ohrpassstück aufzahlungsfreie Versorgung	31,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.5nnn	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	7,50 ¹	08
13.00.20.0002	Reparaturpauschale	105,00 ³	13
13.20.10.nnnn 13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn	Nachlieferung eines Hörgerätes innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung (z.B. bei Verlust)	336,00 ¹	11
13.20.10.nnnn 13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn	Nachlieferung des zweiten Hörgerätes bei beidseitiger Versorgung innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung (z.B. bei Verlust)	269,00 ¹	11

¹ Aktuell gültiger ermäßigter Mehrwertsteuersatz

² Das Kennzeichen Hilfsmittel 06 ist stets bei einer aufzahlungspflichtigen Versorgung anzugeben.

³ Aktuell gültiger voller Mehrwertsteuersatz

Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer und Hilfsmittelkennzeichen ist für das Hörgerät eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten anzugeben:

einohrige Versorgung:

Bei Versorgung des linken Ohres: 0501410100

Bei Versorgung des rechten Ohres: 0502410100

beidohrige Versorgung:

Bei Versorgung des linken Ohres: 0504410100

Bei Versorgung des rechten Ohres: 0505410100

Die Rückvergütung der Reparaturpauschale beträgt bei vorzeitiger Beendigung vor Ablauf des sechsjährigen Versorgungszeitraums 18,00 € netto³ für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr (beginnend ab dem 2. Jahr – angefangene Versorgungsjahre werden nicht berücksichtigt) Der Rückvergütungsbetrag wird bei der nächsten Abrechnung abgesetzt oder anderweitig von der Ersatzkasse eingefordert.

Bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörhilfen innerhalb von 6 Monaten (vgl. Anhang 1 und Anhang 2) ist die erneute Abrechnung einer Leistungserbringervergütung nicht möglich.

Auch wenn zunächst nur eine einohrige Versorgung erfolgt und innerhalb von 12 Monaten auf eine binaurale Versorgung umgestellt wird, beträgt die Leistungserbringervergütung für das zweite Hörgerät 359,81 €.

Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer: Versorgung von erwachsenen Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (WHO 4)

Schlüssel: „Leistungserbringergruppe“: 14 00 701

Hilfsmittel-positionsnummer	Bezeichnung	Preis in EURO (excl. MwSt)	Hilfsmittelkennzeichen
13.20.10.nnnn	erstes Hörgerät aufzahlungsfreie Versorgung	514,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.0-4.nnn	Ohrpassstück aufzahlungsfreie Versorgung	31,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.5nnn	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	7,50 ¹	08
13.00.20.0003	Reparaturpauschale	151,00 ³	13
13.20.10.nnnn	zweites Hörgerät aufzahlungsfreie Versorgung	428,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.0-4.nnn	Ohrpassstück aufzahlungsfreie Versorgung	31,00 ¹	08 06 ²
13.20.09.5nnn	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	7,50 ¹	08
13.00.20.0002	Reparaturpauschale	151,00 ³	13
13.20.10.nnnn	Nachlieferung eines Hörgerätes innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung (z.B. bei Verlust) ³	398,00 ¹	11
13.20.10.nnnn	Nachlieferung des zweiten Hörgerätes bei beidseitiger Versorgung innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung (z.B. bei Verlust) ³	318,00 ¹	11

¹ Aktuell gültiger ermäßigter Mehrwertsteuersatz

² Das Kennzeichen Hilfsmittel 06 ist stets bei einer aufzahlungspflichtigen Versorgung anzugeben.

³ Aktuell gültiger voller Mehrwertsteuersatz

Zusätzlich zur Hilfsmittelpositionsnummer und Hilfsmittelkennzeichen ist für das Hörgerät eine der folgenden Positionsnummern für Produktbesonderheiten anzugeben:

einohrige Versorgung:

Bei Versorgung des linken Ohres: 0506000100

Bei Versorgung des rechten Ohres: 0507000100

beidohrige Versorgung:

Bei Versorgung des linken Ohres: 0506250100

Bei Versorgung des rechten Ohres: 0507250100

Die Rückvergütung der Reparaturpauschale beträgt bei vorzeitiger Beendigung vor Ablauf des sechsjährigen Versorgungszeitraums 25,00 € netto³ für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr (beginnend ab dem 2. Jahr – angefangene Versorgungsjahre werden nicht berücksichtigt) Der Rückvergütungsbetrag wird bei der nächsten Abrechnung abgesetzt oder anderweitig von der Ersatzkasse eingefordert.

Bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörhilfen innerhalb von 6 Monaten ist die erneute Abrechnung einer Leistungserbringervergütung nicht möglich.

Auch wenn zunächst nur eine einohrige Versorgung erfolgt und innerhalb von 12 Monaten auf eine binaurale Versorgung umgestellt wird, beträgt die Leistungserbringervergütung für das zweite Hörgerät 428,00 €

Vergütungsvereinbarung

HNO-Arzt

Pseudo-positionsnummer	Bezeichnung	Preis in EURO (excl. MwSt)	Hilfsmittelkennzeichen
1300990001	Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung bei monauraler Versorgung oder binauraler Versorgung für das erste Ohr, Schwerhörigkeitsgrad WHO 2 und 3	150,00	08
1300990002	Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung bei binauraler Versorgung für das zweite Ohr, Schwerhörigkeitsgrad WHO 2 und 3	100,00	08
1300990003	Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung bei monauraler Versorgung oder binauraler Versorgung für das erste Ohr, Schwerhörigkeitsgrad WHO 4	160,00	08
1300990004	Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung bei binauraler Versorgung für das zweite Ohr, Schwerhörigkeitsgrad WHO 4	110,00	08

Bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörhilfen innerhalb von 6 Monaten (vgl. Anhang 1 und Anhang 2) ist die erneute Abrechnung einer Arztvergütung nicht möglich.

Auch wenn zunächst nur eine einohrige Versorgung erfolgt und innerhalb von 12 Monaten auf eine binaurale Versorgung umgestellt wird, beträgt die Arztvergütung für das zweite Hörgerät 100,00 € (WHO 2 und 3) bzw. 110,00 € (WHO 4).

Scheidet ein HNO-Arzt aus der Versorgung aus und wird die Nachsorge des Versicherten von keinem anderen dem Vertrag beigetretenen HNO-Arzt fortgeführt, erhält die Ersatzkasse für jedes nicht in Anspruch genommene Jahr des sechsjährigen Versorgungszeitraumes 10,00 EUR der Arztvergütung von dem HNO-Arzt zurück.

Beitrittserklärung

Zum Vertrag nach § 127 Absatz 2 SGB V i.V.m. § 128 Abs. 4a SGB V über die Versorgung mit Hörhilfen im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges

zwischen 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)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

(im Folgenden vdek genannt)

und der

Firma

und

den beigetretenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten

Hiermit trete ich als approbierter und zugelassener HNO-Arzt dem Vertrag über die Versorgung mit Hörgeräten im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges vom 01.12.2018 bei.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse ihn in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Anpassung und Abgabe der Hilfsmittel werden von mir erfüllt. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten.

Weiter erkläre ich, dass ich spätere Vertragsänderungen und –ergänzungen ohne weitere Anerkennung unmittelbar gegen mich gelten lasse, allerdings in diesem Fall auch von

meinem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen kann. Der Leistungserbringer wird mich unverzüglich über etwaige Vertragsänderungen und –Ergänzungen schriftlich informieren. Ebenso verhält es sich mit einer Kündigung dieses Vertrages gegenüber dem Leistungserbringer. Für die schuldhaftige Verzögerung bei der Informationsübermittlung trägt der Leistungserbringer ausschließlich die Verantwortung.

Angaben des HNO-Arztes:

Name, Vorname des HNO-Arztes

Arztnummer:

Ggf. Bezeichnung der Gemeinschaftspraxis oder des Medizinischen Versorgungszentrums:

Betriebsstättennummer:

Anschrift des HNO-Arztes:

(eigenes) Institutionskennzeichen des HNO-Arztes:

Mitgliedschaft bei der Ärztekammer (vollständige Adresse):

Nummer des Kammerausweises:

Mitgliedsnummer:

Änderungen der Angaben sich unverzüglich dem vdek schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum: -----

Stempel HNO-Arzt/Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum

Unterschrift: -----

Versicherteninformation

Die Ersatzkassen haben eine Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung mit einem Leistungserbringer und Ihrem HNO-Arzt geschlossen.

Ihr HNO-Arzt berät Sie, welche Hörsysteme für Ihre individuelle Versorgungssituation geeignet und notwendig sind. Für den bestmöglichen Ausgleich Ihrer Hörminderung und dem bestmöglichen Sprachverstehens werden Ihnen dazu mindestens fünf individuell geeignete aufzahlungsfreie Versorgungsangebote unterbreitet. Die Versorgungsangebote verstehen sich ohne wirtschaftliche Aufzahlung (ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) und beinhalten stets moderne volldigitale Hörsysteme entsprechend dem festgestellten Hörverlust einschließlich der erforderlichen Otoplastik.

Darüber hinaus wurde eine Reparaturpauschale vereinbart. Mit der Reparaturpauschale sind bei einer aufzahlungsfreien Versorgung für einen Zeitraum von sechs Jahren sämtliche Kosten für Reparatur-, Service- und Wartungsleistungen sowie für den Ersatz der Otoplastiken abgegolten. Kosten können Ihnen nur dann in Rechnung gestellt werden, wenn Sie die Reparatur oder den Ersatz aufgrund nicht bestimmungsgemäßen Gebrauches zu vertreten haben.

Ihre Ersatzkasse bezahlt eine Reparaturpauschale für sechs Jahre. Bitte lassen Sie daher alle erforderlichen Einstellungs-, Service- und Reparaturarbeiten an dem Hörsystem/den Hörsystemen ausschließlich über Ihren versorgenden HNO-Arzt durchführen.

Neben der aufzahlungsfreien Versorgung können Ihnen auch Hörsysteme mit zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen angeboten werden. Solche Ausstattungsmerkmale sind u.a. Bedienvorteile (z.B. Fernbedienung, Funk- und Schnittstellentechnologie), ästhetische/kosmetische Vorteile (z.B. Größe/Design), mehr Hörprogramme/mehr Kanäle als audiologisch notwendig und / oder weitere Zusatzfunktionen.

Wählen Sie keine aufzahlungsfreie Versorgung, haben Sie die Aufzahlung für das von Ihnen gewählte Hörsystem und die daraus resultierenden Mehrkosten für Reparatur- und Wartungsleistungen selbst zu tragen.

Empfangsbestätigung des Versicherten

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

Patientenbogen zur Hörsystemversorgung

Angaben zur aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung

_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems rechts	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems links	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Empfangsbestätigung der(s) Versicherten:

Ich erkläre hiermit, dass ich das/die Hörsystem(e) aufzahlungsfrei erhalten habe. Mit dem(n) Hörsystem(en) habe ich - soweit möglich - sowohl bei störenden Umgebungsgläuschen als auch in größeren Räumen und größeren Personengruppen ein bestmögliches Sprachverstehen erreicht. Die Versicherteninformation habe ich erhalten.

_____ Datum	_____ Unterschrift des Versicherten
----------------	--

Empfangsbestätigung des Versicherten

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

Patientenbogen zur Hörsystemversorgung

Angaben zur aufzahlungspflichtigen Hörsystemversorgung	
_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems rechts	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems links	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Empfangsbestätigung	
<p>Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, keine aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung zu erproben.</p>	
<p>Ich habe mich für eine Versorgung mit Aufzahlung entschieden. Das/Die Hörsystem(e) habe ich erhalten. Mit der von mir zu leistenden höheren Vergütung bin ich einverstanden. Des Weiteren bin ich darüber informiert worden, dass die aus der Mehrleistung bei einem Hörsystem mit privater Aufzahlung resultierenden Reparaturmehrkosten auch zu meinen Lasten gehen. Ich erkläre mich bereit, auch diese zu übernehmen. Die Versicherteninformation habe ich vom HNO-Arzt erhalten.</p>	
_____ Datum	_____ Unterschrift der(s) Versicherten

Empfangsbestätigung des Versicherten

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

Patientenbogen zur Hörsystemversorgung

Angaben zur aufzahlungspflichtigen Hörsystemversorgung	
_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems rechts	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ 10 stellige Hilfsmittelnummer des Hörsystems links	_____ Bezeichnung des Hörsystems
_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Empfangsbestätigung

Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Mit dem(n) getesteten aufzahlungsfreien Hörsystem(en) habe ich - soweit möglich - sowohl bei störenden Umgebungsgerauschen als auch in größeren Räumen und größeren Personengruppen ein bestmögliches Sprachverstehen erreicht.

Dennoch habe ich mich für eine Versorgung mit Aufzahlung entschieden. Das/Die Hörsystem(e) habe ich erhalten. Mit der von mir zu leistenden Aufzahlung bin ich einverstanden. Des Weiteren bin ich darüber informiert worden, dass die aus der Mehrleistung bei einem Hörsystem mit privater Aufzahlung resultierenden Reparaturmehrkosten auch zu meinen Lasten gehen. Ich erkläre mich bereit, auch diese zu übernehmen. Die Versicherteninformation habe ich vom HNO-Arzt erhalten.

_____ Datum	_____ Unterschrift der(s) Versicherten
----------------	---

Erklärung des Versicherten zur Aufzahlung

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

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

Dennoch habe ich mich entschieden ein Hörsystem mit Aufzahlung zu wählen, weil ich besondere Ausstattungsmerkmale möchte, die nichts mit meinem reinen Hörverstehen im Alltag zu tun haben.

Ich wünsche eine Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Vor meiner Entscheidung bin ich vom HNO-Arzt ausführlich darüber aufgeklärt worden, dass ich die Aufzahlung für das von mir gewählte Hörsystem und die damit in Zusammenhang stehenden Mehrkosten ggf. auch für Reparaturen selbst zu tragen habe. Folgende Ausstattungsmerkmale waren für meine Entscheidung maßgeblich:

berufliche Gebrauchsvorteile, z.B.

Private Gebrauchsvorteile, z.B.

mehr Kanäle als audiologisch notwendig (bitte Begründung angeben):

mehr Hörprogramme als audiologisch notwendig (bitte Begründung angeben):

Komfortmerkmale (bitte diese Ausstattungsmerkmale konkretisieren):

Funk-/Schnittstellentechnologie

subjektive Faktoren (Klang etc.)

sonstiges (bitte in einfachen Worten schildern):

Eine Versicherteninformation (Anhang 5) habe ich erhalten. Zudem habe ich einen Kostenvoranschlag, aus dem sich die von mir zu tragenden Mehrkosten ergeben, erhalten.

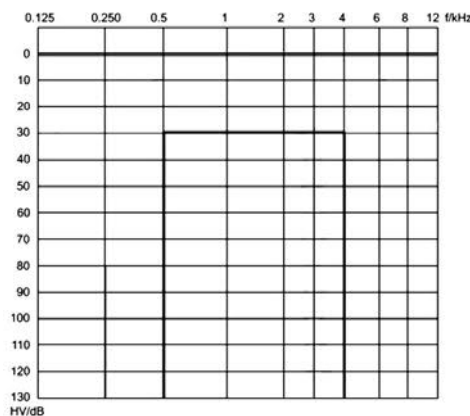
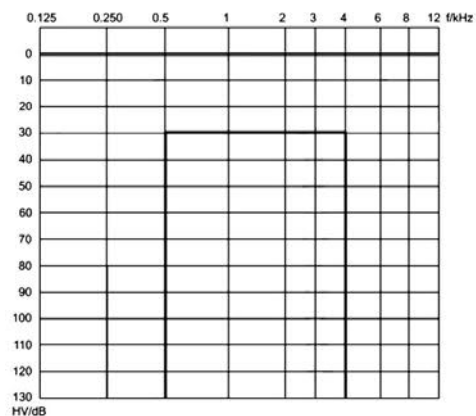
Höhe der Aufzahlung in Euro: _____

Datum

Unterschrift des Versicherten

Anpass- und Abschlussbericht des Hörgeräte-Akustikers

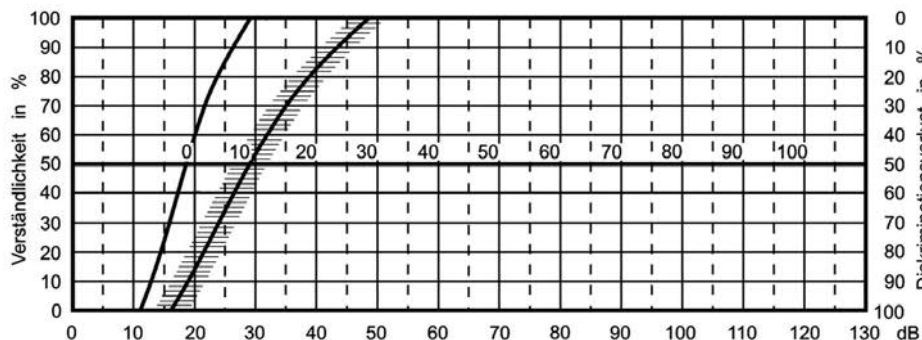
1. Name: _____
2. Vorname: _____ 3. geb.: _____
4. Anschrift: _____
5. Telefon: _____
6. Kostenträger: _____
7. Behandelnder Facharzt: _____
8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte



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 (65 dB, 1 m Abstand) DIN 45621

a) beidseitige Versorgung

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

b) einseitige Versorgung rechts links

	65dB	65dB
	-	60dB
ohne Hörsystem	_____ %	_____ %
mit Hörsystem	_____ %	_____ %
Hörgewinn	_____ %	_____ %
	(mind. 20%- Punkte)	(mind. 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

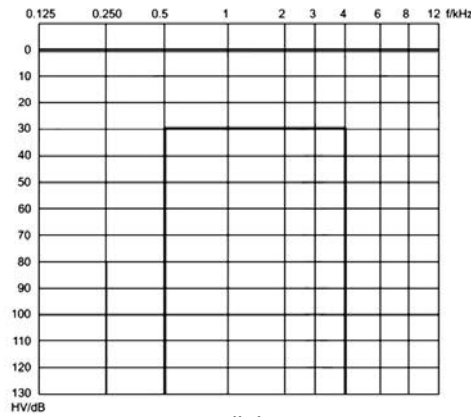
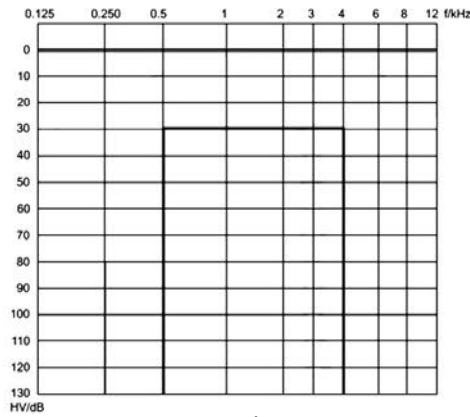
- | | | |
|--|--|--------------------------|
| 1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 HilfsM-RL (Regelversorgung) | JA | NEIN |
| a) Der тонаudiometrische Hörverlust beträgt bei wenigstens einer Prüffrequenz zwischen 500 und 4000Hz mindestens 30dB auf dem besser 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"/> |
|
2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.3 HilfsM-RL (Ausnahmeversorgung) | | |
| a) Der тонаudiometrische 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"/> |
|
3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 HilfsM-RL | | |
| 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"/> |
|
4. Hörgeräte-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gem. § 28 HilfsM-RL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|
5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|
6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 HilfsM-RL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|
7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten | Freiburger
<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	auf- zahlungs- frei	Ohr- seite R / L	Sprachverstehen	
					Freifeld: Nutzschall 65dB	Freifeld: Nutzschall 65dB Störschall 60dB
1						
1					%	%
2						
2					%	%

Anpass- und Abschlussbericht des Hörgeräte-Akustikers

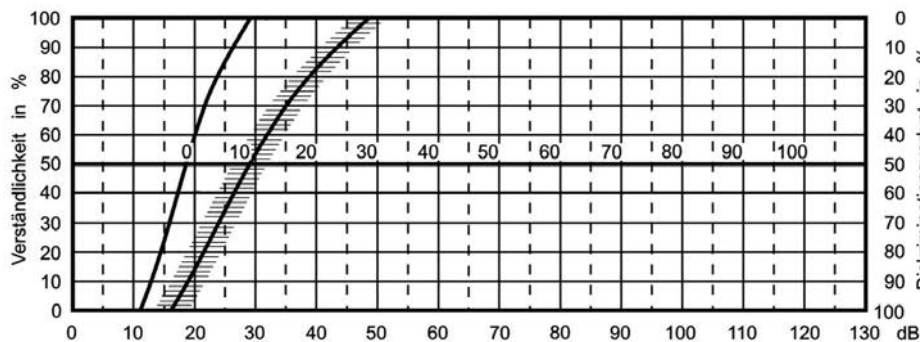
1. Name: _____
2. Vorname: _____ 3. geb.: _____
4. Anschrift: _____
5. Telefon: _____
6. Kostenträger: _____
7. Behandelnder Facharzt: _____
8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte



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

Nutzschall	65dB	65dB
Störschall	-	60dB
ohne Hörsysteme	____% ____%	
mit Hörsystemen	____% ____%	
Hörgewinn	____% ____%	
	(mind. 20%-Punkte)	(mind. 10%-Punkte)

b) einseitige Versorgung rechts links

	65dB	65dB
	-	60dB
ohne Hörsystem	____%	____%
mit Hörsystem	____%	____%
Hörgewinn	____%	____%
	(mind. 20%-Punkte)	(mind. 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 HilfsM-RL (Regelversorgung) | | |
| 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"/> |
| 2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.3 HilfsM-RL (Ausnahmeversorgung) | | |
| 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"/> |
| 3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 HilfsM-RL | | |
| 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"/> |
| 4. Hörgeräte-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gem. § 28 HilfsM-RL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 HilfsM-RL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | OLSA/GÖSA | |
| 7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten | <input type="checkbox"/> | |
| 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						dB S/N
2					dB S/N	dB S/N
2						dB S/N

Bestätigung des Versicherten zur Information über die Wahlfreiheit

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

Informationsbestätigung

Ich bin während der Erstberatung in der HNO-Praxis durch den Arzt informiert worden, dass die Hörgeräteversorgung:

- über einen niedergelassenen Hörgeräteakustiker
oder
- in der HNO-Praxis im Rahmen des sog. verkürzten Versorgungsweges
erfolgen kann.

Ich habe mich für eine Versorgung in der HNO-Praxis entschieden und habe die Versicherteninformation (Anhang 5) vorab erhalten.

Datum

Unterschrift der(s) Versicherten

Dokumentation gemäß § 127 Abs. 4 a SGB V

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender)
---	---

Wer wurde beraten?

Versicherter Bevollmächtigter/ Betreuungsperson _____

Persönliche Beratung

HNO-Arzt/Beratender Mitarbeiter: _____

Datum der Beratung: _____

Unterschrift HNO-Arzt/Mitarbeiter: _____

Beratungsverlauf:

Bitte erläutern Sie nachfolgend den Beratungsverlauf, insbesondere zu folgenden Punkten: Welche Hilfsmittel/zusätzliche Leistungen für die konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sein können und dem Versorgungsumfang entsprechen. Aufklärung über den Anspruch einer aufzahlungsfreien Versorgung. Aufklärung des Versicherten über die Durchführung der Versorgung.

Ich wurde vor Inanspruchnahme der Leistung zur Hörhilfenversorgung vom HNO-Arzt beraten, welche Hörsysteme und zusätzlichen Leistungen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.

Dem Versicherten ist eine Ausfertigung des Dokumentes zur Verfügung zu stellen.

Datum

Unterschrift Versicherter/ Bevollmächtigter

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Nachname, Vorname der Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.

IK-Nummer des HNO-Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An

.....

Ohrenärztliche Verordnung für eine Hörgeräteversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersende ich Ihnen die von mir für Ihren Versicherten ausgestellte ohrenärztliche Verordnung, verbunden mit der Bitte um Rücksendung an den Versicherten. Ich habe Ihren/Ihre Versicherte/n bereits über die beiden möglichen Versorgungswege informiert.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen