

Vertrag
über die Versorgung der
Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen
gemäß § 127 Abs. 1 SGB V
in der Fassung vom 01.03.2023
AC/TK: 14 00 270

zwischen der

AOK Baden-Württemberg
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
AOK Bremen/Bremerhaven
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

vertreten durch den

AOK-Bundesverband GbR,
dieser vertreten durch den Vorstand,
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

- nachfolgend AOK genannt -

und

XXX

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ab Vollendung des 18. Lebensjahres auf Grund einer ohrenärztlichen Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15) mit Hörsystemen entsprechend der WHO-Definition von 2001 „Table of grades of hearing impairment (Tonaudiogramm)“. Dieser Vertrag bezieht sich ausschließlich auf den Schwerhörigkeitsgrad der Gruppe 4 (Profound impairment including deafness) mit einem Hörverlust von mindestens 81 dB auf dem besseren Ohr. Der Versorgungszeitraum beträgt vorbehaltlich der Regelungen zur vorzeitigen Wiederversorgung grundsätzlich 6 Jahre und beginnt mit dem Tag der Leistungserbringung (Empfangsbestätigung durch den Versicherten).
- (2) Zur Versorgung nach diesem Vertrag gehören die Beratung, die vergleichende Anpassung von verschiedenen Hörsystemen, die Abgabe, die Durchführung der Nachbetreuung/Nachsorge sowie die Erbringung von Instandhaltungs-, Service und Reparaturleistungen. Die erforderliche Einweisung des Versicherten sowie ggf. seines Betreuers als auch seiner Angehörigen gehört ebenfalls zur Versorgung nach diesem Vertrag.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen der Vertragspreise eine qualitativ hochwertige, mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung, aufzahlungsfreie Versorgung mit digitalen Hörsystemen entsprechend des aktuellen Standes der Hörgerätetechnik. Zum Einsatz kommen nur Hörsysteme, die mindestens die Standards des Festbetragsgruppensystems 13.20.10 und/oder der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllen. Bisher im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hörsysteme, die die zum 01.04.2022 veränderten Mindeststandards nicht erfüllen und bis zur endgültigen Löschung in die Untergruppe 13.20.30 umgruppiert wurden, können hiervon abweichend ausschließlich auf Wunsch des Versicherten in begründeten Ausnahmefällen wie binauraler Ergänzung oder bei Verlust abgegeben werden.
- (4) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Vergütungsvereinbarung
 - Anlage 2** Reparaturpreisliste
 - Anlage 3** Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - Anlage 4** Beitritts- und Anerkenntniserklärung

§ 2 Eignungsvoraussetzungen und Beitrittsregelungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur befugt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien in der jeweils aktuellen Fassung (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 4** nachzuweisen. Ein Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V ist vom Leistungserbringer einseitig gegenüber der für ihn regional zuständigen AOK zu erklären. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V beitragsberechtigter Leistungserbringer keine rechtliche Wirkung.

- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignung bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen betreffen, erfordern das unverzügliche Tätigwerden des Leistungserbringers zur Aktualisierung der Versorgungsbefugnis nach Absatz 1. Das geänderte Präqualifizierungszertifikat hat der Leistungserbringer der AOK unverzüglich zu übermitteln.
- (4) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.
- (5) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 12 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gegenüber der für ihn regional zuständigen AOK kündigen.

§ 3 Art und Umfang der Leistung

- (1) Der Leistungsinhalt dieses Vertrages umfasst:
 - Beratung der Versicherten über die Versorgungsmöglichkeiten und das Angebot einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung,
 - Ermittlung der akustischen Kenndaten des Gehörs,
 - Abgleich mit der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15),
 - Auswahl geeigneter Hörsysteme unter Berücksichtigung der audiologischen Erfordernisse, motorischen Fähigkeiten sowie der anatomischen Gegebenheiten,
 - Fertigung der erforderlichen Otoplastiken,
 - Programmierung der Hörsysteme auf Grund der audiologischen Daten,
 - Durchführung der vergleichenden Anpassung von verschiedenen Hörsystemen,
 - im Rahmen der vergleichenden Anpassung räumt der Leistungserbringer dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung zur Ausprobe in alltäglichen Hörsituationen ein, wobei der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren hat, dass dieser nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt,
 - Optimierung der Hörsystemeinstellung (Feinanpassung unter Berücksichtigung der jeweiligen alltagsrelevanten Hörsituationen),
 - Abgabe der Hörsysteme an den Versicherten,
 - Durchführung von Hausbesuchen (nur in medizinisch begründeten Einzelfällen z. B. bei Bettlägerigkeit),
 - Neufertigung oder Nachbesserung der Otoplastik bei nicht optimalem Sitz,
 - Ausbildung im Gebrauch der Hörsysteme einschließlich des Zubehörs bis zur sicheren Bedienung,
 - Neueinstellung der Hörsysteme bei verändertem Hörvermögen,
 - Einweisung in die Pflege der Hörsysteme,
 - Nachbetreuung/Nachsorge und
 - Durchführung notwendiger Instandhaltungs-, Service- und Reparaturarbeiten.
- (2) Bei der Versorgung sind die aktuellen audiologischen Messverfahren (z. B. Ton- und Sprachaudiometrie, Hörfeldskalierung) einzusetzen. Das gewählte Messverfahren hat den jeweils gültigen Hilfsmittel-Richtlinien und den Kriterien der BSG-Rechtsprechung, insbesondere dem Urteil vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) zu genügen. Der im Rahmen der

vergleichenden Anpassung durch die Hörsystemversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand standardisierter sprachaudiometrischer Testverfahren (z. B. Freiburger Sprachverständlichkeitstest) nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren zur Dokumentation zu verwenden.

- (3) Bei der Auswahl des Hörsystems ist die Kompatibilität des bereits vorhandenen Zubehörs (z.B. Übertragungsanlagen) zu berücksichtigen. Ist das vorhandene Zubehör nicht kompatibel, ist ein Kostenvoranschlag mit Begründung zu erstellen, weshalb keine Kompatibilität herstellbar ist.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Mit den Vertragspreisen (**Anlage 1**) sind alle in § 3 dieses Vertrages genannten und die im Festbetragsgruppensystem für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit aufgeführten Leistungen inkl. der Nachbetreuung/Nachsorge für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren abgegolten. Leistungen für Instandhaltungen und Reparaturen sowie die Nachlieferung von Otoplastiken für die Zeit nach Ablauf des Versorgungszeitraumes werden nach **Anlage 2** vergütet.
- (2) Die Leistungen sind grundsätzlich in der versorgungsberechtigten Betriebsstätte vorzunehmen. Ausgenommen sind diejenigen Fertigungs-, Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten, für die der Leistungserbringer die Hersteller, eigene Zentralwerkstätten oder andere Fachbetriebe in Anspruch nimmt.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass an der Versorgung nur qualifiziertes Personal mitwirkt. Dies sind nach dem Berufsbild des Hörgeräteakustiker-Handwerks ausgebildete Mitarbeiter.
- (4) Die Versorgungsziele orientieren sich an dem BSG-Urteil vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) und der Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer garantiert zum Vertragspreis eine aufzahlungsfreie Versorgung mit modernen Hörsystemen, die geeignet sind, die individuelle Hörminderung des Versicherten im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs möglichst weitgehend auszugleichen. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein; das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Je nach Bedarf kommen dabei auch Hörsysteme zum Einsatz, die neben der im Festbetragsgruppensystem genannten Mindestausstattung, z.B. über weitere Programme, automatische Verstärkungsregelung (AGC), T-Spule oder akustisches Telefonprogramm, Audioeingang, adaptive Rückkoppelungs- und Störschallunterdrückung, adaptive Mehrmikrofontechnologie, 2,4 GHz-Bluetooth-Technologie und/oder Nano-Beschichtung verfügen. Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien Hörsystemen vor. Ein entsprechendes Verzeichnis ist der AOK auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
- (5) Dem Versicherten ist stets eine aufzahlungsfreie Versorgung, bei Bedarf auch mit weitergehenden Ausstattungsmerkmalen nach Absatz 4, anzubieten und anzupassen. Auch eine aufzahlungsfreie Versorgung setzt voraus, dass mit diesem Hörsystem das im Sprachaudiogramm ausgewiesene maximale Sprachverstehen weitestgehend erreicht wird. Bei Bedarf ist auch ein weiteres, aufzahlungsfrei angebotenes Hörsystem, z. B. mit Mehrmikrofontechnik, anzupassen. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung muss mindestens ein aufzahlungsfreies Hörsystem einen weitestgehend gleichwertigen Hörgewinn bzw. ein weitestgehend gleichwertiges Sprachverständnis wie das Hörsystem mit dem im Einzelfall besten Ergebnis erzielen. Die vergleichende Anpassung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der AOK auf Nachfrage zu übersenden.

- (6) Auf Wunsch des Versicherten können entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V auch Hörsysteme mit Aufzahlung in die Anpassung einbezogen werden. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung ist die individuelle Hörminderung des Versicherten mit den aufzahlungsfrei angebotenen Hörsystemen ebenfalls gleichwertig auszugleichen und mit diesen auch ein gleichwertiges Sprachverständnis bei Umgebungsgeräuschen und soweit möglich in größeren Personengruppen/Räumen zu erreichen. Wünscht der Versicherte keine vergleichende Anpassung mit aufzahlungsfreien Geräten, ist auch dies in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 3**) zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.
- (7) Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem bzw. eine Versorgung die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (z. B. technische Komfortmerkmale oder besonders ästhetische Bauformen), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. In einem solchen Fall ist der Versicherte nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale sind in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 3**) aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Eine beruflich bedingte Sonderausstattung ist vor dem Abschluss der Versorgung vom Versicherten zu beantragen, die Notwendigkeit ist von ihm zur Klärung der Kostenträgerschaft zu begründen.
- (8) Für den Fall, dass der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt liefern will, ist er verpflichtet, der AOK vor Abschluss der Versorgung eine technische Produktbeschreibung und einen Gleichwertigkeitsnachweis durch Bescheinigung einer unabhängigen Prüfstelle in deutscher Sprache vorzulegen, aus der hervorgeht, dass das ausgewählte Hilfsmittel die gestellten Mindestanforderungen an Qualität und Ausführung sowie die Anforderungen gemäß den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses und der Leistungsbeschreibung erfüllt. Die AOK behält sich vor den Einsatz abzulehnen, soweit der Nachweis der Gleichwertigkeit nicht eindeutig ist. In diesem Fall ist der Leistungserbringer zur Versorgung und Lieferung eines gelisteten Hilfsmittels verpflichtet.
- (9) Der Leistungserbringer übernimmt die Aufgaben, die der AOK aus der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) als Betreiber obliegen. Diese Aufgaben umfassen unter anderem die Dokumentation der Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen eines Verzeichnisses mit Angaben zum abgegebenen Medizinprodukt (sogenanntes Bestandsverzeichnis im Sinne des § 13 MPBetreibV). Der AOK steht es frei, anlassbezogen die Umsetzung der vorstehend genannten Regelungen nachzuprüfen. Die für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit der in der Anlage 1 vereinbarten Vergütung abgegolten.

§ 5 Ablauf der Versorgung

- (1) Versorgung nach diesem Vertrag werden auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) erbracht. Eine Folgeversorgung vor Ablauf des Versorgungszeitraums (vorzeitige Wiederversorgung) kann immer nur mit vorheriger Zustimmung der AOK erfolgen.
- (2) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege (elektronischer Kostenvoranschlag, eKV). Die Kosten für das eKV-Verfahren sind mit den Vertragspreisen abgegolten.
- (3) Vor der endgültigen Versorgung ist der AOK ein Kostenvoranschlag unter Beifügung der für die Indikationsstellung nötigen Informationen (insbesondere Ton- und Sprachaudiogramm, ohrenärztliche Verordnung) zur Prüfung und Entscheidung vorzulegen. Aus der

ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) muss hervorgehen, dass der Versicherte unter einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit entsprechend der WHO-Definition aus dem Jahr 2001 leidet. Die AOK kann auf die Vorlage nach Satz 1 verzichten.

- (4) Für eine Versorgung mit kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten für an Taubheit grenzend Schwerhörige ist eine ohrenärztliche Verordnung erforderlich, die neben der Hörgeräteindikation auch den Hinweis auf einen versorgungsbedürftigen, dekompenzierten Tinnitus enthält. Sofern sich im Rahmen der Anpassung herausstellt, dass die Hörgeräteversorgung vom Versicherten bereits als ausreichend zur Maskierung des Tinnitus angesehen wird, ist in Abstimmung mit dem HNO-Arzt die Abgabe eines Hörgeräts zum dort genannten Vertragspreis anstelle eines kombinierten Tinnitusgeräts/Hörgeräts möglich. Die Änderung der Verordnung ist vom HNO-Arzt bei der Abnahme der Versorgung auf der Rückseite des Musters 15 zu bestätigen.
- (5) Zur Klärung der Leistungspflicht in allen Versorgungsfällen, in denen Hörgeräte bzw. kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte mit beruflich bedingter Aufzählung abgegeben werden, legt der Leistungserbringer der AOK unverzüglich, wenn mit dem Versicherten das geeignete konkrete Hörsystem ermittelt wurde, einen Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht sowie die Mehrkostenerklärung des Versicherten (Anlage 3) vor. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten, dass die AOK hierfür Angaben zur beruflichen Tätigkeit, der konkreten Hörsituation am Arbeitsplatz, den berufsbedingten Ausstattungsmerkmalen des Hörsystems, den Anpassbericht mit Angaben zur alternativ getesteten aufzahlungsfreien Versorgung sowie des jeweiligen Gesamtpreises (Brutto) benötigt. Der Leistungserbringer übermittelt der AOK den Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht und Mehrkostenerklärung des Versicherten (**Anlage 3**). Sofern Hörsysteme mit Mehrkosten abgegeben werden, ohne dass es einer Klärung der Leistungspflicht bedarf (Versorgung ohne berufsbedingte Mehrkosten), wird die Mehrkostenerklärung des Versicherten (**Anlage 3**) vom Leistungserbringer archiviert und der AOK auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- (6) Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hörsysteme während der Anpassphase unentgeltlich. Die Anpassphase endet mit dem endgültigen Empfang des Hörsystems durch den Versicherten. Den endgültigen Empfang hat der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter unter Angabe des Datums durch handschriftliche Unterzeichnung zu bestätigen. Abrechnungsbegründende Empfangsbestätigungen im Voraus (während der Anpassphase) sind nicht zulässig. Die Anpassphase schließt die kostenlose Batterieversorgung ein.
- (7) Während der Anpassphase kann der Versicherte ohne Angabe von Gründen die Hörsysteme zurückgeben. Kosten, insbesondere auch Kosten für Otoplastiken, entstehen hierfür weder dem Versicherten noch der AOK.
- (8) Der Leistungserbringer bewahrt über den gesamten Versorgungszeitraum, mindestens 6 Jahre nach Abschluss der Anpassung, die im Zusammenhang mit der Hörsystemversorgung erstellten Anpassunterlagen zur prüffähigen Dokumentation auf und stellt diese auf Anforderung der AOK kostenfrei zur Verfügung.
- (9) Eine vorzeitige Wiederversorgung ist vor der Versorgung durch den Leistungserbringer schriftlich zu begründen und zwecks Zustimmung bei der AOK einzureichen. Eine vorzeitige Wiederversorgung kann in folgenden Fällen in Betracht kommen:
 - Verlust des Hörsystems, der konkrete Hergang des Verlustes ist vom Versicherten unter Angabe von Ort, Uhrzeit, Datum und welches Hörgerät (links oder rechts) betroffen ist, schriftlich zu schildern und zu bestätigen,
 - Beschädigung des Hörsystems durch äußere Einwirkung, soweit eine Reparatur unwirtschaftlich ist,

- Verschlechterung des Hörvermögens bei einer der 4 Frequenzen (0,5, 1, 2, oder 4 kHz gemäß WHO-Definition) von mindestens 20 dB, oder
- Verringerung des maximalen Verstehenswertes für Einsilber (dB-opt.) um 15 Prozentpunkte bzw. Verschiebung zu höheren Pegeln um mehr als 15 dB im Sprachaudiogramm (gemessen ohne Hörsystem über Kopfhörer).

In diesen Fällen beginnt ein neuer Versorgungszeitraum.

§ 5 a Beratung und Qualitätssicherung

- (1) Die Vertragspartner streben eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten an. Der Versicherte muss zu Beginn der Beratung durch den Leistungserbringer eingehend und ausführlich über die Möglichkeit einer für ihn aufzahlungsfreien Versorgung mit hochwertigen Hörsystemen informiert werden. Dieser Beratungsprozess ist zu dokumentieren und der AOK auf Nachfrage vorzulegen.
- (2) Zur Qualitätssicherung übermittelt der Leistungserbringer der AOK jeweils bis spätestens zum 31.01. des Folgejahres eine regionalisierte Jahres-Statistik über die durchgeführten Versorgungen mit folgenden Angaben:
 - Anzahl der abgegebenen Hörgeräte
 - Anzahl der aufzahlungsfrei abgegebenen Hörgeräte
- (3) Die AOK ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der AOK auf Anforderung zur Durchführung der gesetzlich normierten Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen, Information und Auskünfte über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen zu erteilen sowie die von Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Beratung gem. § 127 Abs. 5 vorzulegen.
- (4) Sofern die AOK auffällige Sachverhalte feststellt und dem Leistungserbringer schriftlich dargelegt hat, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK zu übermitteln.
- (5) Die Überprüfung der Versorgung und Qualität der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung von vier Jahren nach § 45 SGB I zeitlich begrenzt.

§ 6 Vergütung

- (1) Für Leistungen innerhalb des Versorgungszeitraums gemäß § 1 Abs. 1 gelten die Vertragspreise nach **Anlage 1**. Die Vergütung für Instandhaltungs- und Reparaturleistungen und die Nachlieferung von Otoplastiken nach Ablauf des Versorgungszeitraums (§ 7 Abs. 3) richtet sich nach **Anlage 2**.
- (2) In den in **Anlage 1** genannten Preisen sind auch die Kosten für antiallergische Beschichtung von Otoplastiken bei medizinischer Notwendigkeit, Winkel, Potentiometerabdeckung (Abdeckung des Lautstärkereglers), Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörgerätegehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material für Ohrpasstücke wird nicht erhoben. Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge werden im Rahmen einer Hörgeräteanpassung kostenfrei erstellt.

- (3) Die Hörsystemversorgung ist abgeschlossen und der Versorgungszeitraum beginnt, sobald die Hörsysteme endgültig an den Versicherten abgegeben sind und dies vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter schriftlich bestätigt wurde. Nach Abschluss der Hörsystemanpassung und endgültiger Abgabe an den Versicherten hat der Leistungserbringer Anspruch auf die Vergütung des Hörsystems.
- (4) Eine erneute Versorgung bei innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Versorgung verloren gegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen vergütet die AOK in Höhe des Vertragspreises mit einem Abschlag gemäß **Anlage 1** je Hörsystem.
- (5) Vertraglich vereinbarte oder im Festbetragsgruppensystem enthaltene Abschläge auf die Vergütung (z. B. bei Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten) dürfen dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 7 Reparaturen

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

sind mit den bereits gezahlten Vergütungen abgegolten. Sie werden vom Leistungserbringer vorbehaltlich der nachstehenden Regelungen weder gegenüber der AOK noch gegenüber dem Versicherten berechnet (**Anlage 2**).

- b) Mit Ausnahme der Reparaturen nach lit. c) werden alle übrigen Reparaturen nach **Anlage 2** pauschal je Hörsystem vergütet, sofern sie tatsächlich anfallen. Einer Entscheidung durch die AOK bedarf es in diesen Fällen nicht. Die Durchführung der Reparatur ist vom Versicherten zu bestätigen. Diese Bestätigung ist der Abrechnung beizufügen. Der Leistungserbringer übernimmt – ungeachtet der getauschten Ersatzteile – eine Reparaturgarantie auf das gesamte Hörsystem von 6 Monaten ab dem Tag der Bestätigung durch den Versicherten.
- c) Bei notwendigen Reparaturen des Verstärkers/Prozessors hat der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag einzureichen und die Reparatur erst nach Entscheidung der AOK durchzuführen. Zusätzlich zur Position für den Verstärker/Prozessor können bei Bedarf auch die weiteren Positionen der **Anlage 2** angesetzt werden. Die Abrechnung der Reparaturpauschale nach lit. b) ist in diesen Fällen nicht möglich.

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

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

§ 8 Abrechnung, Zahlung und Aufrechnung

- (1) Die AOK und der Leistungserbringer vereinbaren die Abrechnung der Leistungen gemäß § 302 SGB V, für welche die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gelten. Die Hilfsmittelkennzeichen der **Anlagen 1** und **2** dieses Vertrages sind zu beachten und der jeweiligen Versorgungssituation entsprechend zu verwenden. Im Rahmen der Abrechnung ist die versorgte Seite anzugeben. Die Abrechnung soll innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe des Hörsystems erfolgen.
- (2) Werden die Daten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der AOK erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.

- (3) Die AOK überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen. Die 4-Wochen-Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag (arbeitsfreier Tag) verschiebt sich diese auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (4) Der Rechnung ist stets die Empfangsbestätigung des Versicherten, die ohrenärztliche Verordnung (Muster 15) und der genehmigte Kostenvoranschlag (mit Begründung bei vorzeitiger Wiederversorgung), soweit nicht auf den Kostenvoranschlag nach § 5 Abs. 3 verzichtet wurde jeweils im Original beizufügen. Im Zusammenhang mit der Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages, können zwischen dem Leistungserbringer und der jeweiligen AOK anderweitige Absprachen hinsichtlich der Vorlage des genehmigten Kostenvoranschlages getroffen werden. Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur-/ Papierbelegen auch die Daten bei der AOK vorliegen.
- (5) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.
- (6) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich zu prüfen. Festgestellte Unrichtigkeiten können gegebenenfalls gekürzt oder innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Dies ist dem Leistungserbringer mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOK, so gilt diese als anerkannt.
- (7) Substantiierte Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOK mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Verrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum von dem Leistungserbringer zu begleichen.
- (8) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die AOK zahlt an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 9 Datenschutz/Vertraulichkeit

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die einschlägigen Bestimmungen über den Sozialdatenschutz nach SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen (z. B. DSGVO, Bundesdatenschutzgesetz) zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandeln-

den Vertragsärzten und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

- (3) Für den elektronischen Datenaustausch (z. B. Rechnungslegung, Kostenvoranschlag) zwischen den Vertragspartnern nutzt der Leistungserbringer die von der AOK angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherten Übertragungswege.
- (4) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit dieses Vertrages hinaus sicherzustellen.
- (5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, Vertraulichkeit zu gewährleisten.

§ 10 Werbung, unzulässige Zusammenarbeit

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

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Verstößt der Leistungserbringer gegen Vertragspflichten oder fügt er der AOK in sonstiger Weise Schaden zu, kann ihn die AOK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verwarnen, abmahnen, eine Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.

- (2) Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:
- a) Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
 - b) mangelhafte Anpassung von Hörsystemen, mit dem Ziel der Erlangung einer aufzahlungspflichtigen Versorgung,
 - c) das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Hörsystemen mit Aufzahlungen, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,
 - d) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden (§ 128 Abs. 1 SGB V),
 - e) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 1 SGB V),
 - f) Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden (§ 128 Abs. 2 S. 2 SGB V),
 - g) Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen sowie der Präqualifizierungskriterien,
 - h) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ohrenärztlichen Verordnung gefährden,
 - i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,
 - j) Verstoß gegen die Beratungs- und Qualitätssicherungspflicht nach § 5a,
 - k) die nicht unverzügliche Information an die AOK über einen Versorgungswunsch mit berufsbedingtem Mehrbedarf nach § 5 Abs. 5,
 - l) sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages der AOK nicht mehr zumutbar ist.
- (3) Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die AOK dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (4) Die AOK kann bei vorsätzlichem, grob fahrlässigem oder wiederholt fahrlässigem Verstoß im Sinne des § 11 Abs. 2 lit. a)-k) die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe verlangen. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5% des jährlichen Netto-Umsatzerlöses der jeweiligen Betriebsstätte nach diesem Vertrag.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurück zu erstatten, ggf. gemäß § 11 Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt davon unbenommen.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser zum 01.03.2023 neu gefasste Vertrag gilt für alle ab dem 01.03.2023 abgegebenen Hörsysteme (Tag der Empfangsbestätigung des Versicherten). Dieser Vertrag und/oder seine Anlagen können vom Leistungserbringer, dem AOK-Bundesverband oder jeder teilnehmenden AOK einzeln mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.03.2024, ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Der Vertrag endet in diesen Fällen auch für gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (2) Nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetretene Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.03.2024, kündigen. Die Kündigung eines nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetretenen Leistungserbringers betrifft nur seinen bilateralen Beitrittsvertrag.
- (3) Dieser Vertrag ist vorrangig gegenüber ggf. anderweitig bestehenden Vertragsverhältnissen nach § 127 SGB V anzuwenden, wenn darin Regelungen für die Hörsystemversorgung von an Taubheit grenzenden Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres getroffen sind.
- (4) Laufende Versorgungsleistungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden dem Vertrag entsprechend zu Ende geführt und zwar bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes.
- (5) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 36 Abs. 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten dann ab dem Tag ihres Inkrafttretens. Sie gelten für alle Versorgungsleistungen, bei denen die Abgabe der Leistung nach dem Stichtag erfolgt.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Inhalte nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine vertragliche Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

Ort, Datum

AOK-Bundesverband

Ort, Datum

Leistungserbringer