

**Vertrag gemäß §§ 127 Abs. 1, 128 Abs. 4, 4 a SGB V  
über die Versorgung mit Hörhilfen  
im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges**

zwischen der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**  
Sternplatz 7, 01067 Dresden

vertreten durch den Vorstand,  
dieser hier vertreten durch Frau Nicole Baumgart

**- im Folgenden „AOK“ genannt -**

und der

Firma

diese vertreten durch ihre alleinvertretungsberechtigten **Geschäftsführer**

**- im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt -**

und den

beigetretenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten

**- im Folgenden „HNO-Arzt“ genannt -**

in der Fassung vom 1. August 2023

## § 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand dieses Vertrages ist die Regelung über den Ablauf und Einzelheiten der Versorgung der Versicherten oder Betreuten gemäß § 264 SGB V der AOK (nachfolgend: Versicherte) mit Hörhilfen der Produktgruppe 13 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges. Der Vertrag gilt nur für Versorgungen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Folgende Anlagen sind Bestandteil des Vertrages:

<b>Anlage 1</b>	Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von erwachsenen Schwerhörigen mit Ausnahme von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit
<b>Anlage 2</b>	Vergütungsvereinbarung HNO-Arzt
<b>Anlage 3</b>	Mehrkostenerklärung des Versicherten
<b>Anlage 4</b>	Versicherteninformation
<b>Anlage 5</b>	Beitritts- und Ermächtigungserklärung HNO-Arzt
<b>Anlage 6</b>	Vergütungsvereinbarung Reparaturen
<b>Anlage 7</b>	Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

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- 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 eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung mit digitalen Hörsystemen entsprechend des aktuellen Standes der Hörgerätetechnik. Zum Einsatz kommen nur Hörsysteme, die mindestens die aktuellen Standards der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses sowie des Festbetragsgruppensystems für Hörhilfen erfüllen. Bisher im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hörsysteme, die die zum 1. April 2022 verschärften 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. 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 Vertragsparteien

1. Dieser Vertrag gilt zwischen
  - a) der AOK PLUS,
  - b) dem Leistungserbringer und

- c) dem mit dem Vertragspartner zu b) kooperierenden, diesem Vertrag beigetretenen HNO-Arzt in einer Einzelpraxis, einer Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), soweit eine vertragsärztliche Zulassung für das Fachgebiet des Hals-Nasen-Ohren-Arztes besteht.
2. Voraussetzung ist, dass der HNO-Arzt nach Maßgabe der Anlage 5 dieses Vertrages unter Angabe des Ortes seiner Niederlassung und seines eigenen Institutionskennzeichens (IK) vor Beginn seiner Mitwirkung den Beitritt zu diesem Vertrag schriftlich erklärt. Die Beitritts- und Ermächtigungserklärung ist vor Beginn der Versorgung an die AOK PLUS im Original zu übermitteln. Der Beitritt des HNO-Arztes wird erst wirksam, wenn die AOK PLUS nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang der unterzeichneten Beitritts- und Ermächtigungserklärung bei der AOK PLUS dem Beitritt widerspricht.
3. Die AOK informiert die zuständige Ärztekammer über die Mitwirkung des HNO-Arztes, indem die AOK PLUS eine Kopie dessen Beitritts- und Ermächtigungserklärung der Ärztekammer übermittelt (§ 128 Abs. 4 Satz 3 SGB V).
4. Sofern die Kooperation mit einem HNO-Arzt endet, informiert der Leistungserbringer die AOK PLUS innerhalb von 14 Kalendertagen.

### **§ 3**

#### **Eignungsvoraussetzung**

1. Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur berechtigt, wenn der Leistungserbringer die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Sobald eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt wird, ist eine Versorgung nach diesem Vertrag ausgeschlossen. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK PLUS.
2. Der an der Durchführung der Hilfsmittelversorgung mitwirkende HNO-Arzt muss für die von ihm erbrachten Teilleistungen die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Anpassung und Abgabe der Hilfsmittel erfüllen. Der mitwirkende HNO-Arzt hat die Einhaltung der in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) in der jeweils gültigen Fassung genannten Anforderungen zu gewährleisten. Sobald ein HNO-Arzt die vertraglichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, kann dieser an der Versorgung nach diesem Vertrag nicht mehr mitwirken. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.
3. Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen spätestens mit Vertragschluss und der HNO-Arzt mit Erklärung des Beitritts nach § 2 Abs. 2 nachzuweisen.
4. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche die Eignungsvoraussetzungen oder Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer bzw. der HNO-Arzt unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK PLUS schriftlich mitzuteilen.

## § 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Mit den Vertragspreisen sind alle in diesem Vertrag genannten und die im Festbetragsgruppensystem für Hörhilfen oder der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Leistungen inkl. der Nachbetreuung/Nachsorge für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren abgegolten.
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 leistet 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. Die eingesetzten Hörsysteme müssen den Standards des Hilfsmittelverzeichnis entsprechen und darüber hinaus mit adaptiver Rückkoppelungs- und Störschallunterdrückung sowie adaptiver omnidirektionaler und gerichteter Schallaufnahme/ Mehrmikrofontechnik ausgestattet sein (adaptive Mehrmikrofontechnik nur sofern nicht vom Versicherten aus kosmetischen Gründen eine IdO Versorgung ohne Mehrmikrofontechnik gewünscht wird oder die Schallaufnahme im Gehörgang erfolgt). Je nach Bedarf kommen auch Hörsysteme zum Einsatz, die neben der im Festbetragsgruppensystem genannten Mindestausstattung, z. B. über weitere Programme, automatische Verstärkungsregelung, T-Spule oder akustisches Telefonprogramm, Audioeingang und/oder Nano-Beschichtung verfügen. Eine ausreichende Verstärkungsreserve von 10 - 15 dB je nach Anpassformel ist zu berücksichtigen. Sind aufgrund der notwendigen Verstärkungsreserve Hörgeräte mit einer Verstärkung von  $\geq 75$  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 Anlage 1 vereinbarten Vertragspreis abzurechnen. Die Versorgung erfolgt auf Wunsch des Versicherten in offener Bauweise, sofern audiologische Gründe nicht dagegen sprechen. Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien HdO- und IO-Hörsystemen in diversen Standardfarben vor. Ein entsprechendes Verzeichnis ist der AOK auf Anfrage kostenfrei zur Verfügung zu stellen.
3. Dem Versicherten ist stets eine aufzahlungsfreie Versorgung, bei Bedarf auch mit weitergehenden Ausstattungsmerkmalen nach Satz 3, anzubieten und anzupassen. Auch eine aufzahlungsfreie Versorgung setzt voraus, dass mit diesem Hörsystem das im Sprachaudiogramm ausgewiesene maximale Sprachverstehen weitestgehend erreicht wird. Bei Bedarf sind auch weitere aufzahlungsfrei angebotene Hörsysteme anzupassen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten können auch Hörsysteme mit Aufzahlung in die vergleichende Anpassung einbezogen werden. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung muss mindestens ein aufzahlungsfreies Hörsystem die individuelle Hörminderung des Versicherten gleichwertig wie das Hörsystem mit dem im Einzelfall besten Ergebnis ausgleichen und auch ein gleichwertiges Sprachverständnis bei Umgebungsgeräuschen und soweit möglich in größeren Personengruppen/Räumen erreichen.
4. 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 standar-

disierten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Sprachverständlichkeitstest), auch unter Einsatz von Störgeräuschen (Störgeräuschbedingungen: 60 dB, Nutzschallquelle: 65 dB), nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren zur Dokumentation zu verwenden. Das gewählte Messverfahren hat der jeweils gültigen Hilfsmittel-Richtlinie zu entsprechen.

5. Die vergleichende Anpassung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der AOK PLUS auf Nachfrage zu übersenden. Wünscht der Versicherte keine vergleichende Anpassung mit aufzahlungsfreien Geräten, ist auch dies in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.
6. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen 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. Dies gilt auch für ausschließlich beruflich bedingte Sonderausstattungen.
7. Für den Fall, dass der Leistungserbringer ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt liefern will, ist der Leistungserbringer verpflichtet, der AOK PLUS 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 PLUS 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.
8. Der Leistungserbringer übernimmt gegenüber dem Versicherten eine Vollgarantie auf die Gerätetechnik von insgesamt zwei Jahren. Defekte aufgrund von Missbrauch oder offensichtlich unsachgemäßer Behandlung sind von der Garantie ausgeschlossen. Die Garantiezeit beginnt mit der endgültigen Abgabe der Hörhilfe an den Versicherten. Sofern Reparatur- und/oder 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.
9. Soweit ein HNO-Arzt aus diesem Vertrag ausscheidet, 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 Regelungen zum Rückerstattungsanspruch gemäß Anlage 2 Anwendung.
10. Der Leistungserbringer übernimmt die Aufgaben, die der AOK PLUS aus der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) als Betreiber obliegen; dies gilt auch bei der Beauftragung/Einbindung von Unterauftragnehmern. 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 PLUS 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 den Anlagen 1, 6 und 7 vereinbarten Vergütung abgegolten.

## **§ 5 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 Otoplastik 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,
  - im Rahmen der vergleichenden Anpassung räumt der Leistungserbringer dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung von Hörhilfen zur Ausprobe in alltäglichen Hörsituationen ein, wobei der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren hat, dass dieser nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt, dabei wird auch eine mehrtägige Testung des individuell geeigneten, auf den Hörverlust des Versicherten individuell eingestellten mehrkostenfreien Hörsystems im Alltag ermöglicht. Auf Wunsch des Versicherten kann auf eine Testung im Alltag verzichtet werden.
  - Feinanpassung/Feinjustierung der Hörhilfe am Versicherten via Online-Verbindung in einem geschlossenen, gesicherten System zur Sicherstellung des Datenschutzes. Die Online-Verbindung für die jeweiligen Versicherten erfolgt unter Meisterpräsenz und wird beim Leistungserbringer protokolliert. Das Protokoll der Feinanpassung wird der AOK auf Anforderung übersandt oder als abrechnungsbegründende Unterlage zur Verfügung gestellt,
  - Feinjustierung innerhalb der Erprobung via Online-Verbindung unter Berücksichtigung alltagsrelevanter Hörsituationen,
  - Optimierung der Feineinstellung innerhalb der Erprobung bei dem Versicherten in häuslicher Umgebung,
  - 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,
  - nachvollziehbare Dokumentation der vergleichenden Anpassung.

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 Hörakustiker bzw. den verkürzten Versorgungsweg,
- Übergabe der Versicherteninformation (Anlage 4),
- individuelle Bedarfsanalyse im Rahmen einer erweiterten audiologischen Untersuchung,
- umfassende Beratung des Versicherten 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,
- im Rahmen der vergleichenden Anpassung räumt der HNO-Arzt dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung von Hörhilfen zur Ausprobe in alltäglichen Hörsituationen ein, wobei der HNO-Arzt den Versicherten zu informieren hat, dass dieser nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt,
- dabei wird auch eine mehrtägige Testung des individuell geeigneten, auf den Hörverlust des Versicherten individuell eingestellten mehrkostenfreien Hörsystems im Alltag ermöglicht. Auf Wunsch des Versicherten kann auf eine Testung im Alltag verzichtet werden.
- 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,
- 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,
- Abgabe der Hörhilfe an den Versicherten,
- Annahme und Weiterleitung von Gewährleistungs-, Instandhaltungs- und/oder 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 diese 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 Ablauf der Versorgung

1. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15), die der HNO-Arzt der AOK übersendet und einer von der AOK nach § 128 Abs. 4 b SGB V erteilten Genehmigung erbracht werden. Ebenso ist für Hörhilfen, für die in den Anlagen kein Vertragspreis vereinbart worden ist, vor Abgabe die Zustimmung der AOK PLUS einzuholen.
2. Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege. Der Leistungserbringer und die AOK PLUS treffen ergänzend Absprachen über den Austausch von Kostenvoranschlägen im Wege des elektronischen Datenaustauschs (elektronischer Kostenvoranschlag).
3. Für eine Versorgung mit kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten ist eine ohrenärztliche Verordnung erforderlich, die neben der Hörgeräteindikation auch den Hinweis auf einen versorgungsbedürftigen Tinnitus enthält. Sofern sich im Rahmen der Anpassung herausstellt, dass die Hörgeräteversorgung vom Versicherten als bereits ausreichend zur Maskierung des Tinnitus angesehen wird, ist die Abgabe eines Hörgerätes zum jeweils vereinbarten Vertragspreis anstelle eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes möglich. Die Änderung der Verordnung ist vom HNO-Arzt bei der Abnahme der Versorgung auf der Rückseite des Musters 15 zu bestätigen.
4. Zur Klärung der Leistungspflicht in allen Versorgungsfällen, in denen Hörgeräte bzw. kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte mit beruflich bedingter Aufzahlung abgegeben werden, legt der Leistungserbringer der AOK PLUS unverzüglich, wenn mit dem Versicherten das geeignete konkrete Hörsystem ermittelt wurde, einen Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht vor. Dieser Kostenvoranschlag nebst Anpassbericht enthält auch Angaben zur alternativ getesteten aufzahlungsfreien Versorgung, inklusive des jeweiligen Gesamtpreises (brutto) sowie die Mehrkostenerklärung des Versicherten (Anlage 3). Dabei sind die berufliche Tätigkeit, die konkrete Hörsituation am Arbeitsplatz sowie die berufsbedingten Ausstattungsmerkmale des Hörsystems, welche die Aufzahlung bedingen, in der Anlage 3 darzulegen. Sofern Mehrkostengeräte abgegeben werden, ohne dass es einer Klärung der Leistungspflicht bedarf (Versorgung ohne berufsbedingte Mehrkosten), wird die Mehrkostenerklärung des Versicherten (Anlage 3) vom Leistungserbringer archiviert und der AOK PLUS auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
5. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hörhilfe zur Erprobung. Die Erprobungsfrist beträgt 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 Verstehensgewinnes durch den HNO-Arzt auf der Rückseite der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15). Sodann beginnt der Versorgungszeitraum von sechs Jahren. Der Ablauf des Versorgungszeitraumes allein rechtfertigt nicht eine neue Hörhilfenversorgung.
6. Während der Erprobung kann der Versicherte die Hörhilfe ohne weitere Angabe von Gründen zurückgeben, ohne dass der AOK PLUS oder dem Versicherten dafür Kosten

entstehen. Dies gilt auch für alle mit der Hörhilfe in Zusammenhang stehenden Anfertigungen (z. B. Otoplastik).

7. Der Leistungserbringer übernimmt zusammen mit dem HNO-Arzt die Nachbetreuung/Nachsorge des Versicherten für den Versorgungszeitraum von sechs Jahren.
8. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt bewahren die Anpassunterlagen zur Dokumentation sechs Jahre auf und stellen diese auf Anforderung der AOK PLUS kostenfrei zur Verfügung.
9. Eine vorzeitige Wiederversorgung vor Ablauf von sechs Jahren bedarf der vorherigen Zustimmung der AOK PLUS. Die Gründe für eine vorzeitige Wiederversorgung sind vom Leistungserbringer ausführlich schriftlich darzulegen. In diesem Fall beginnt ein neuer Versorgungszeitraum. Die vorzeitige Wiederversorgung mit einer neuen Hörhilfe ist nur nach Vorlage einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) möglich.

## **§ 7 Vergütung**

1. Die Höhe der Vergütung für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel richtet sich nach den Anlagen 1, 2, 6 bzw. 7. Der an der Versorgung mitwirkende HNO-Arzt erhält von der AOK PLUS eine Vergütung nach der Anlage 2. Erst mit der Beendigung der Erprobung können der Leistungserbringer und der HNO-Arzt die vereinbarte Vergütung für ihre jeweiligen vertraglichen Leistungen abrechnen. Reparaturleistungen können von dem Leistungserbringer nach Anlage 6 abgerechnet werden.
2. Mit den in Anlage 1, 2, 6 bzw. Anlage 7 genannten Preisen sind auch die Kosten für anti-allergische 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 Kostenvoranschlag einzureichen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material wird nicht erhoben. Kostenvoranschläge werden im Rahmen einer Hörgeräteanpassung kostenfrei erstellt.
3. Wählt der Versicherte eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, zahlt die AOK PLUS nur die vertraglich vereinbarte Vergütung. Bei diesen Versorgungsleistungen entstehende Mehrkosten können nicht zu Lasten der AOK PLUS abgerechnet werden.
4. Vertraglich vereinbarte oder im Festbetragsgruppensystem enthaltene Abschläge auf die Vergütung (z. B. bei Nachversorgung innerhalb von sechs Monaten) dürfen dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden. Dies gilt auch für die Differenz zwischen Vertragspreis und Festbetrag.

## **§ 8 Abrechnung, Zahlung, Aufrechnung**

1. Rechnungsdaten sind an die zentrale Datenannahmestelle der AOK PLUS unter [da@dta.aok.de](mailto:da@dta.aok.de) zu senden. Zeitgleich mit dem Senden der Rechnungsdaten sind die Rechnungen an folgende Adresse zu übermitteln:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.  
Bereich Gesundheitspartnerservice  
Fachbereich Abrechnung Verordnete Leistungen  
Rosa-Luxemburg-Straße 30  
04103 Leipzig.

2. Für die Abrechnung der Hörhilfen und der Kooperationsdienstleistung gilt die Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach §§ 302 SGB V ff. in der jeweils gültigen Fassung. Sowohl der Leistungserbringer als auch der HNO-Arzt sind verpflichtet, die Abrechnung nach § 302 SGB V vorzunehmen.
3. Der Leistungserbringer rechnet einmal je Monat für alle erbrachten Versorgungen im Wege einer Sammelrechnung ab.
4. Werden die Daten 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.
5. 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 AOK eine Ermächtigungserklärung vor. Der HNO-Arzt ermächtigt dieselbe Abrechnungsstelle im Rahmen seines Beitritts (Anlage 5). Der Leistungserbringer und der HNO-Arzt leiten Aufträge für ihre abzurechnenden Vergütungen für erbrachte Leistungen nach § 5 direkt an die Abrechnungsstelle weiter. Die AOK 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.
6. Gemäß § 302 Abs. 1 in Verbindung mit § 303 Abs. 3 SGB V sind der Leistungserbringer und die HNO-Ärzte verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen u. a. nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen. Die Richtlinie nach §§ 302 SGB V ff. sowie die dazu gehörigen technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung sind einzuhalten. Die für die Anlagen 1, 2, 6 und 7 vergebenen Bezeichnungen (Schlüssel Leistungserbringerguppe, Abrechnungscode und Tarifikennzeichen gemäß der Anlage 3 - Schlüsselverzeichnis - zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V) sind anzugeben.

Die Rechnungen müssen - soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht - folgende Mindestangaben enthalten:

- Name der Kasse,
- Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kostenträger-IK),
- Institutionskennzeichen der beauftragten Abrechnungsstelle,
- Institutionskennzeichen vom Leistungserbringer,
- Institutionskennzeichen des HNO-Arztes (Angabe im Segment „EHI“, Textfeld „TXT“),
- Krankenversicherturnummer,
- Name und Vorname sowie das Geburtsdatum des Versicherten,
- Versichertenstatus,
- Einzelbetrag der Leistung,

- Gesamtsumme netto je Versicherten,
- Gesamtsumme brutto je Versicherten bei der Rechnung vom Leistungserbringer, mit Angabe der Höhe der vom Versicherten geleisteten Aufzahlung (soweit zutreffend),
- Art der abgegebenen Leistung,
- Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungspositionsnummer,
- Verwendungskennzeichen,
- Datum/Daten der Leistungserbringung,
- Versorgungszeitraum,
- Genehmigungsnummer,
- Höhe des einbehaltenen gesetzlichen Zuzahlungsbetrages nach § 33 Abs. 8 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V (soweit zutreffend),
- Höhe der Mehrkosten.

Zusätzlich sind den Rechnungen des Leistungserbringers folgende Belege je Versorgungsfall beizufügen:

- ohrenärztliche Verordnung,
- Bestätigung des Versicherten (gilt nur für die Reparaturpauschale nach Ablauf von sechs Jahren, Anlage 6 Ziffer 6 des Vertrages).

Der HNO-Arzt hat neben der Rechnung keine zusätzlichen rechnungsbegründenden Unterlagen zur Abrechnung einzureichen.

Im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Systeme (z. B. elektronischer Kostenvoranschlag, elektronische Abrechnung inklusive Beleganlieferung als signiertes Image) können zwischen dem Leistungserbringer und der AOK PLUS anderweitige Absprachen getroffen werden. Zudem kann zwischen dem Leistungserbringer und der AOK PLUS vereinbart werden, dass die im Original einzureichenden Unterlagen "ohrenärztliche Verordnung", "Mehrkostenerklärung" und "Bestätigung des Versicherten (gilt nur für die Reparaturpauschale nach Ablauf von sechs Jahren – Anlage 4 Ziffer 6)" auch jeweils mittels einer elektronischen Signatur vom Versicherten unterzeichnet werden können.

7. Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang bei der AOK PLUS zu begleichen. Die Zahlung erfolgt rechtzeitig, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt die Frist auf einen arbeitsfreien Tag (Samstag, Sonntag oder Feiertag), so verschiebt sie sich auf den folgenden Arbeitstag. Die Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
8. Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.
9. Beanstandungen müssen von der AOK PLUS innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Forderungen aus Vertragsleistungen können die Leistungserbringer und die HNO-Ärzte nach Ablauf von zwölf Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr verlangen.

10. Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die AOK PLUS nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen vom Leistungserbringer und/oder dem HNO-Arzt zurückfordern oder bei der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist der Abrechnungsstelle mitzuteilen. Rückgeforderte Beträge, die nicht aufgerechnet werden, sind innerhalb von vier Wochen, beginnend mit dem Zugang des Rückforderungsverlangens bei der Abrechnungsstelle, fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer bzw. vom HNO-Arzt oder in deren Namen von der Abrechnungsstelle zu begleichen.

## **§ 9**

### **Beratung, Qualitätssicherung und Statistik**

1. Die Vertragspartner streben eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten an. Der Versicherte muss zu Beginn der Beratung durch den HNO-Arzt eingehend und ausführlich über die Möglichkeit einer für ihn aufzahlungsfreien Versorgung mit hochwertigen Hörsystemen informiert werden. Bei einer Aufzahlung durch den Versicherten ist dieser ausführlich über die wirtschaftlichen Folgen aufzuklären. Diese Beratung ist eine Hauptleistungspflicht, diese ist zu dokumentieren und der AOK PLUS auf Nachfrage vorzulegen. Sofern keine Dokumentation über die Beratung vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Aufklärung stattfand.
2. Zur Qualitätssicherung übermittelt der Leistungserbringer der AOK PLUS auf Anfrage eine Statistik über die durchgeführten Versorgungen mit Hörhilfen. Dabei ist insbesondere nach den Hörgeräten bzw. Hörgeräten für an Taubheit grenzend Schwerhörige, Tinnitusgeräten, kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten und kombinierten Tinnitusgeräten/Hörgeräten für an Taubheit grenzend Schwerhörige zu differenzieren. Die Übermittlung erfolgt in Form einer Exceltabelle und enthält folgende Spalten bzw. Felder:
  - Anzahl der Versorgungen,
  - Anzahl ein- bzw. beidohrige Versorgungen,
  - Anzahl Hörgeräte,
  - Anzahl Hörgeräte für an Taubheit grenzend Schwerhörige,
  - Anzahl Tinnitusgeräte,
  - Anzahl kombinierter Tinnitusgeräte/Hörgeräte,
  - Anzahl kombinierter Tinnitusgeräte/Hörgeräte für an Taubheit grenzend Schwerhörige,
  - Anzahl der aufzahlungsfreien Versorgungen,
  - Summe der Mehrkosten,
  - Summe der erhaltenen gesetzlichen Zuzahlungen,
  - Anzahl Reparaturen.
3. Stellt die AOK PLUS Auffälligkeiten bei der Versorgung fest, so finden auf ihre Aufforderung Gespräche mit dem Leistungserbringer bzw. mit dem jeweiligen HNO-Arzt zur Klärung der Auffälligkeiten statt.

## **§ 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 zum Beispiel in der Bereitstellung von Personal, 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 vor. Derartige zusätzliche Zuwendungen an HNO-Ärzte gelten als schwerwiegender Vertragsverstoß.
3. Bietet der Leistungserbringer dem HNO-Arzt für die Mitwirkungsleistung aus § 5 Absatz 2 Materialien, Geräte, Schulungsmaßnahmen oder andere Dienstleistungen an, hat der HNO-Arzt dem Leistungserbringer bei Inanspruchnahme die dafür aufgewendeten Kosten zu erstatten. Bei langjährigen Investitionsgütern (z. B. Computern) gilt eine Erstattung auf der Grundlage der vom Leistungserbringer aufgewendeten Anschaffungskosten unter Berücksichtigung der steuerrechtlichen Abschreibungsfristen als angemessen. Die AOK PLUS ist berechtigt, sich die Erstattungsbeträge und Kosten durch Vorlage der Rechnungen nachweisen zu lassen. Die zur Verfügung gestellte hörgerätespezifische Software stellt keinen geldwerten Vorteil dar, wenn die Software im Internet kostenfrei für Hörakustiker verfügbar ist.
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. Jede Mitwirkung des Leistungserbringers an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der vom Arzt erbrachten Leistungen ist unzulässig.
6. Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen ist grundsätzlich unzulässig.

## **§ 11**

### **Datenschutz/Vertraulichkeit**

1. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt gewährleisten für die direkt von ihnen von den und über die Versicherten der AOK PLUS erhobenen Daten bei deren Verarbeitung und Nutzung die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.
2. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt werden für die von Sozialleistungsträgern/der AOK PLUS an ihnen übermittelten personenbezogenen und Sozialdaten von Versicherten der AOK PLUS auf seine Pflichten nach § 78 Abs. 1 Sätze 1 und 2 sowie Abs. 2 Sozialgesetzbuch, Zehntes

Buch (SGB X) hingewiesen. Diese dürften die Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie diesen übermittelt worden sind.

3. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt stellen sicher, dass die Beschäftigten (einschließlich Unterauftragnehmer) in den Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten (Gesundheitsdaten) eingewiesen und zur Verschwiegenheit, auch über das Vertragsende hinaus, verpflichtet worden sind.
4. Für den elektronischen Datenaustausch (Kostenanschlag, Rechnungslegung) zwischen den Partnern dieses Vertrages nutzen der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt die von der AOK PLUS angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherte Übertragungswege.
5. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt stellen sicher, dass die von der AOK PLUS übermittelten personenbezogenen und Sozialdaten nach Ablauf der für ihnen geltenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach datenschutzrechtlichen Anforderungen vernichtet oder gelöscht werden.
6. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt gewährleisten die Vertraulichkeit zu den im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsdurchführung bekanntgewordenen Interna des Vertragspartners.
7. Der Leistungserbringer sowie der HNO-Arzt werden darauf hingewiesen, dass datenschutzrechtliche Verstöße Maßnahmen im Sinne des § 12 dieses Vertrages bzw. Rechtsfolgen und Schadenersatzansprüche nach den genannten Gesetzen/Regelungen nach sich ziehen können.

## **§ 12**

### **Vertragsverstöße, -maßnahmen und -strafen**

1. Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die AOK PLUS 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 v. H. 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 für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.

Die Maßnahmen können auch nebeneinander verhängt werden.

2. Die Regelungen des Absatzes 1, (ausgenommen lit. d), gelten entsprechend im Verhältnis zwischen der AOK und dem HNO-Arzt.
3. Als Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
  - Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
  - mangelhafte Anpassung von Hörhilfen, mit dem Ziel der Erlangung einer aufzahlungspflichtigen Versorgung,

- das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Hörhilfen mit Aufzahlungen, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,
- schuldhafte Nichterfüllung der Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag bzw. des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V; insbesondere die Nichtanzeige vom Wegfall der Voraussetzung/en über einen Zeitraum von mehr als einem Monat seit Wegfall der Voraussetzung/en,
- Forderung oder Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen vom Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen. Ausgenommen bleibt die Annahme von Zahlungen nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V bei Versichertenwünschen für Hilfsmittel, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen,
- Verstöße gegen § 128 SGB V,
- verdeckte Zuwendungen an den HNO-Arzt,
- Zuwiderhandlungen gegen die gesetzlichen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes,
- Erbringung von Leistungen aus § 5 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 AOK PLUS,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,
- Verstoß gegen die Beratungs- und Qualitätssicherungspflicht,
- die nicht unverzügliche Information an die AOK PLUS über einen Versorgungswunsch mit berufsbedingtem Mehrbedarf nach § 6 Abs. 4,
- 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.

4. Der AOK PLUS bleibt es unbenommen, darüberhinausgehende Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

### **§ 13 Inkrafttreten/Kündigung**

1. Der Vertrag vom 1. April 2015 wurde mit Wirkung zum 1. August 2023 geändert und findet in geänderter Form Anwendung für alle ab dem 1. August 2023 abgegebenen Hörsystemversorgungen (§ 6 Absatz 5 des Vertrages).
2. Dieser Vertrag kann - ganz, in Teilen oder in seinen Anlagen - mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31. Dezember 2025 ordentlich schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Vor einer fristlosen Kündigung wird dem Leistungserbringer im Rahmen einer Anhörung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Kündigung der AOK PLUS oder des Leistungserbringers 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 diesem Vertrag gegenüber dem Leistungserbringer ordentlich schriftlich kündigen. Der Leistungserbringer informiert die AOK PLUS über die Vertragsbeendigung.
4. Der Leistungserbringer informiert die am Vertrag beteiligten HNO-Ärzte umgehend über Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen. Bei Änderungen und/oder Ergänzungen dieses

Vertrages hat der HNO-Arzt ein Sonderkündigungsrecht, dass dieser innerhalb von 30 Tagen nach schriftlicher Information durch den Leistungserbringer ausüben kann. Nach Ablauf der 30-Tagefrist lässt der informierte HNO-Arzt die Vertragsänderungen und/oder -ergänzungen unmittelbar gegen sich gelten; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

5. Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes nach diesem Vertrag zu Ende geführt.
6. Der Vertrag endet bei der Kündigung auch für gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Bei der einvernehmlichen Änderung dieses Vertrages ohne Kündigung endet der Vertrag für beigetretene Vertragspartner zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des geänderten Vertrages.
7. Sollten Festbeträge gemäß § 36 SGB V unterhalb der vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben. In diesem Fall gelten die neuen Festbeträge.
8. Sollte der AOK PLUS durch gesetzliche Veränderungen, einer Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörden, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung oder sonstige rechtliche Vorgaben die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistungen auf Grundlage dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht der AOK PLUS 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.

**§ 14**  
**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 nichtig 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 nahekommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
AOK PLUS  
Nicole Baumgart

**Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von erwachsenen Schwerhörigen mit Ausnahme von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit**

AC/TK: 14 13 023			
Hilfsmittel-positionsnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto in EUR	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn 13.20.23.nnnn 13.20.10.nnnn <sup>1)</sup>	Vertragspreis je Hörsystem (inkl. Nachbetreuung) <sup>2)</sup>	450,00	00, 10, 11
13.20.09.0nnn 13.20.09.1nnn 13.20.09.2nnn 13.20.09.3nnn 13.20.09.4nnn	Ohrpassstücke (Otoplastiken, einschließlich einer notwendigen Zusatzbohrung bzw. Vario-Vent)	40,00	00, 10, 11
13.20.09.5001	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	10,00	00, 10, 11
13.20.14.0nnn	Tinnitusgerät	320,00	00, 10, 11
13.20.14.1nnn 13.20.14.3-8nnn 13.20.24.nnnn	Tinnituskombigerät	515,00	00, 10, 11
13.99.99.1016 <sup>3)</sup>	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-218,00	11
13.00.99.1120 <sup>3)</sup>	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Tinnitusgeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-153,00	11
13.99.99.1015 <sup>3)</sup>	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Tinnituskombigeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-247,00	11
13.20.30.nnnn	Vertragspreis je Hörsystem (inkl. Nachbetreuung)	420,56	00, 10, 11

- 1) Die Abrechnung erfolgt unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer. Sofern Hilfsmittel abgegeben werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, ist die Abrechnung mit der AOK PLUS zu klären. Hörgeräte der Festbetragsgruppe 13.20.10 können abgegeben werden, wenn dies aufgrund der Verstärkungsreserve notwendig ist.
- 2) Für die erstmalige Versorgung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ zu verwenden, bei Folgeversorgungen das Hilfsmittelkennzeichen „10“ und bei vorzeitiger Wiederversorgung das Hilfsmittelkennzeichen „11“.
- 3) Arztvergütung nach 13.99.99.0003, 13.00.99.9903 und 13.00.99.9904 entfällt.

### **Besondere Bestimmungen**

Hörgeräte der Festbetragsgruppe 13.20.30. können ausschließlich auf Wunsch des Versicherten in begründeten Ausnahmefällen wie binauraler Ergänzung oder bei Verlust abgegeben werden.

Die vorgenannten Vertragspreise sind Höchstpreise.

## Anlage 2 - Vergütungsvereinbarung HNO-Arzt

### Arztvergütung

Hilfsmittelpositionsnnummer	Kurzbezeichnung	Vergütung in EUR	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.0003 <sup>1)</sup>	Arztvergütung für die Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung je Ohr (gilt auch für Versorgungen mit Tinnitusgeräten oder kombinierten Tinnitus-/Hörgeräten)	125,00	00
13.00.99.9903 <sup>1)</sup>	Arztvergütung für die Mitwirkung bei der Hörgeräteversorgung eines Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit bei monauraler Versorgung je Ohr (gilt auch für die Versorgung eines Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit kombinierten Tinnitus-/Hörgeräten)	135,00	00

<sup>1)</sup> Bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörhilfen, Tinnitusgeräten oder kombinierten Tinnitus-/Hörgeräten innerhalb von sechs Monaten (Anlage 1 Hilfsmittelpositionsnnummern 13.99.99.1016, 13.99.99.1120, 13.99.99.1015) ist die erneute Abrechnung einer Arztvergütung nicht möglich.

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 AOK PLUS für jedes nicht in Anspruch genommene Jahr des sechsjährigen Versorgungszeitraumes 10,00 EUR der Arztvergütung von dem HNO-Arzt zurück.

Die Arztvergütung beinhaltet eine ggf. anfallende gesetzliche Mehrwertsteuer.

### Anlage 3 - Mehrkostenerklärung des Versicherten

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

**Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie** (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) **Angebot eines Hörsystems zum Ausgleich meiner individuellen Hörminderung in allen alltagsrelevanten Hörsituationen informiert.** Die entsprechende Versicherteninformation habe ich erhalten.

- Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen.** Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.
- Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem.**

Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere durch:  
*(Bitte die aufzahlungsauslösenden Wunschleistungen konkret auführen.)*

- Merkmale des Bedienungskomforts: \_\_\_\_\_ und/oder,
- Merkmale der Ästhetik: \_\_\_\_\_ und/oder,
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ bedingt.

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

- Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden.**

Angabe der ausgeübten Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Arbeitssituation, in der Hörprobleme auftreten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Eigenschaften des Hörsystems: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

## Anlage 4 – Versicherteninformation

### Versicherteninformation Ihrer AOK PLUS

Ihre AOK PLUS bietet Ihnen eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Hörgeräten an. Dafür wurden Verträge mit niedergelassenen Hörakustikern sowie im verkürzten Versorgungsweg unter Einbindung Ihres Hals-Nasen-Ohren-Arztes abgeschlossen. Gutes Hören ist ohne Aufpreis möglich.

Sie haben die Möglichkeit, sich von einem Hörakustiker im Fachgeschäft oder von einem Hörakustiker, der arbeitsteilig mit einem niedergelassenen HNO-Arzt zusammenarbeitet, in dessen Praxisräumlichkeiten versorgen zu lassen.

#### AOK-Leistungen auf einen Blick

Ziel der Versorgung ist es, Ihre individuelle Hörminderung möglichst weitgehend auszugleichen. Dazu stehen Ihnen qualitativ hochwertige Hörgeräte ohne Aufpreis zur Verfügung. Diese digitalen Hörsysteme verfügen insbesondere über adaptive Mehrmikrofontechnik, automatische Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung sowie über mindestens drei Hörprogramme. Die Ihnen ohne Aufpreis angebotenen Hörgeräte müssen sich so einstellen lassen, dass ein möglichst weitgehendes Sprachverstehen in allen im Alltag üblichen Situationen erreicht wird, zum Beispiel im Gespräch mit einer oder mehreren Personen, bei Umgebungsgeräuschen sowie in größeren Räumen.

Nutzen Sie die Möglichkeit, kostenfrei verschiedene Hörgeräte in Ihrem Alltag zu testen. Auch nach Erhalt Ihres aufzahlungsfreien Hörgerätes sind Beratungen, sämtliche Reparatur- und Wartungsleistungen sowie der Ersatz von Ohrpassstücken für Sie kostenlos. Ihr Hörakustiker - sowie der Hals-Nasen-Ohren-Arzt im verkürzten Versorgungsweg - bleiben dabei stets Ihre Ansprechpartner.

#### Gesetzliche Zuzahlung

Je Hörgerät ist lediglich eine gesetzliche Zuzahlung von 10,00 EUR zu leisten. Diese wird direkt an den Hörakustiker bezahlt.

#### Mehrkosten

Entscheiden Sie sich, trotz des Angebotes von Hörgeräten ohne Aufpreis, für spezielle Ausstattungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, kann Ihre AOK PLUS die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht übernehmen. Deshalb sind die Kosten für diese speziellen Ausstattungen (zum Beispiel Komfortfunktionen) von Ihnen selbst zu tragen. Dies gilt auch für die daraus resultierenden Mehrkosten insbesondere für Reparatur- und Instandhaltungsleistungen.

Bitte gehen Sie mit Ihrem Hörgerät sehr sorgsam um, pflegen Sie es regelmäßig und schützen Sie es vor Beschädigung oder Verlust. Vielen Dank.

Haben Sie Fragen, sprechen Sie uns bitte an. Wir beraten Sie gern.

Ihre AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

## Anlage 5 - Beitritts- und Ermächtigungserklärung HNO-Arzt

~~AC/TK: 14 13 023 für Sachsen (Versorgungen WHO 2-3)~~  
~~AC/TK: 14 13 004 für Sachsen (Versorgungen WHO 4)~~  
~~AC/TK: 14 16 023 für Thüringen (Versorgungen WHO 2-3)~~  
~~AC/TK: 14 16 004 für Thüringen (Versorgungen WHO 4)~~

**Beitrittserklärung**  
**zum Vertrag gemäß §§ 127 Abs. 1, 128 Abs. 4, 4 a SGB V**  
**über die Versorgung mit Hörhilfen im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges**

zwischen der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen  
Sternplatz 7  
01067 Dresden**

und

**Firma**

und den

**beigetretenen HNO-Ärzten**

Hiermit trete ich als approbierter und zugelassener HNO-Arzt dem Vertrag über die Versorgung mit Hörgeräten im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges vom 1. August 2023 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, insbesondere die Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), 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.

### **Ermächtigungserklärung**

Gleichzeitig ermächtige ich folgende Abrechnungsstelle mit der Abrechnung meiner Leistungen als Vertragspartner dieses Vertrages und trete alle daraus erwachsenden Ansprüche an die Abrechnungsstelle ab:

---

### **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):

**Landesärztekammer** \_\_\_\_\_

Nummer des Kammerausweises: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Änderungen der Angaben sind unverzüglich der AOK PLUS schriftlich mitzuteilen.**

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_



---

Bestätigung AOK PLUS

## Anlage 6 - Vergütungsvereinbarung Reparaturen

Hilfsmittel-positionsnummer	Kurzbezeichnung	Preis in EUR netto	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9499	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme, <u>Tinnituskombigerät und Otoplastiken</u> sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken für die Dauer von sechs Jahren	120,00	13
13.00.99.9498	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme, <u>Tinnituskombigerät</u> sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken nach Ablauf des Versorgungszeitraumes von sechs Jahren für jedes weitere Versorgungsjahr	25,00	13
13.00.99.9532	Rückvergütung der Reparaturpauschale bei Verlust, vorzeitiger Wiederversorgung oder sonstiger Verkürzung des Versorgungszeitraumes für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr (ab dem zweiten Jahr) innerhalb des Versorgungszeitraumes von sechs Jahren	-20,00	13

- Zur Abgeltung künftiger Reparaturleistungen für die Dauer von sechs Jahren zahlt die AOK PLUS eine pauschale Vergütung in Höhe von 120,00 EUR für jedes Hörgerät. Die Pauschale wird mit Abrechnung der Hörhilfe fällig. Die Reparaturpauschalregelungen gelten auch für die Hörgeräteversorgung von an Taubheit grenzenden Schwerhörigen (13.20.10). Bei der Versorgung mit einem Tinnitusgerät kann keine Reparaturpauschale abgerechnet werden.
- Mit der Reparaturpauschale sind alle Dienstleistungen und Materialkosten für Arbeiten am Hörgerät und dem Ohrpassstück/Hörschlauchsystem für die offene Versorgung (Dom oder Schirm) - auch wenn sie von Dritten erbracht worden sind - vergütet. Hierzu gehört auch die Nach- oder Umversorgung mit Ohrpassstücken/Hörschlauchsystem für die offene Versorgung (Dom oder Schirm) bzw. die ggf. notwendige Umstellung von einem Hörschlauchsystem auf eine Otoplastik während des Versorgungszeitraumes von sechs Jahren.
- Der Leistungserbringer und der HNO-Arzt sind verpflichtet, den Versicherten vor Beginn der Versorgung über den Ablauf der Reparatur zu informieren; insbesondere über die Vermittlung von Reparaturen über den HNO-Arzt. Ziel ist es, die Reparaturen durch den Leistungserbringer durchführen zu lassen. 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.
- Statt der Reparatur kann der Leistungserbringer das bisherige Hörgerät durch ein gleiches Hörgerät ersetzen, ohne dass der AOK oder dem Versicherten bei einer aufzahlungsfreien Versorgung Kosten dadurch entstehen. Mit dem kostenlosen Austausch des Hörgerätes beginnt kein neuer Versorgungszeitraum.
- Bei Verlust, vorzeitiger Wiederversorgung oder sonstiger Verkürzung des Versorgungszeitraumes (z. B. Ende der Mitgliedschaft) erhält die AOK PLUS eine Rückvergütung in Höhe von 20,00 EUR für jedes nicht in Anspruch genommene Versorgungsjahr.

6. Für Reparaturen nach Ablauf des Versorgungszeitraumes von sechs Jahren erhält der Leistungserbringer für jedes weitere Versorgungsjahr eine Reparaturpauschale in Höhe von 25,00 EUR, sofern diese tatsächlich anfallen. Die Durchführung der Reparatur ist vom Versicherten zu bestätigen. Diese Bestätigung fügt der Leistungserbringer der Abrechnung bei.

#### **Besondere Bestimmungen**

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

Die vorgenannten Vertragspreise sind Höchstpreise.

**Anlage 7 - Vergütungsvereinbarung Leistungserbringer für die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit**

AC/TK: 14 13 004			
Hilfsmittel-positionsnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto in EUR	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.10.nnnn <sup>1</sup>	Vertragspreis je Hörsystem <sup>2</sup>	550,00	00,10,11
13.20.09.0nnn 13.20.09.1nnn 13.20.09.2nnn 13.20.09.3nnn 13.20.09.4nnn	Ohrpassstücke (Otoplastiken, einschließlich einer notwendigen Zusatzbohrung bzw. Vario-Vent)	40,00	00,10,11
13.20.09.5001	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung	10,00	00,10,11
13.20.14.2nnn <sup>3</sup>	Vertragspreis je kombiniertes Tinnitusgerät/Hörgerät	KVA	00,10,11
13.99.99.1017	Abschlag bei Nachlieferung eines verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystems innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Anpassung	-280,00	11
13.99.99.1014	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen kombinierten Tinnitusgeräten/-Hörgeräten für an Taubheit grenzend Schwerhörige innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Anpassung	KVA	11
13.20.30.1nnn	Vertragspreis je Hörsystem	514,02	10,11

**Besondere Bestimmungen**

Hörgeräte der Festbetragsgruppe 13.20.30.1 können ausschließlich auf Wunsch des Versicherten in begründeten Ausnahmefällen wie binauraler Ergänzung oder bei Verlust abgegeben werden.

Die vorgenannten Vertragspreise sind Höchstpreise.

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

<sup>2</sup> Je nach Art der Versorgung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.

<sup>3</sup> Vertragspreis gilt entsprechend für alle Produktarten des HMV, in denen kombinierte Tinnitus-/Hörgeräte für WHO 4 Versorgungen gelistet sind (aktuell: 13.20.14.2,13.20.14.9)