

Vertrag
über die bundesweite Versorgung von
Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK)
mit Hörsystemen

LEISTUNGSERBRINGERGRUPPENSCHLÜSSEL – ABRECHNUNGSCODE/TARIFKENNZEICHEN (AC/TK):

AC/TK 14 90 360	Versorgung mittel- u. hochgradig schwerhöriger Erwachsener
AC/TK 14 90 362 und 364	Versorgung von Kindern/Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
AC/TK 14 90 363	Versorgung von an Taubheit grenzender Schwerhöriger
AC/TK 14 90 361	Reparaturvereinbarung
AC/TK 14 90 365	Versorgung mit Wasserschutzotoplastiken bei Kindern/Jugendlichen

Zwischen

dem BKK Landesverband Bayern, München,

dem BKK Landesverband Süd, Kornwestheim,

dem BKK Landesverband Mitte, Hannover,

(im Folgenden BKK LV genannt)

für die **Betriebskrankenkassen (BKK)**

(im Folgenden BKK genannt)

und

der Bundesinnung der Hörakustiker (KdöR)
Wallstraße 5 in 55122 Mainz

(im Folgenden biha genannt)

für die dem Vertrag angeschlossenen **Hörgeräteakustiker** (im Folgenden Leistungserbringer oder Hörgeräteakustiker genannt)

wird folgender Grundvertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V geschlossen:

ANMERKUNG: Soweit in diesem Vertrag nebst Anlagen Personenbezeichnungen verwendet werden, sind selbstverständlich Angehörige aller Geschlechter gemeint.

Vertrag zur bundesweiten Hörsystemeversorgung BKK-Versicherter durch vertragsgebundene Hörgeräteakustiker zwischen den BKK LVn und der biha vom 25.04.2023 – Vertragsfassung gültig ab 01.06.2023
(AC/TK: 14 90 360 - 365)

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit Hörsystemen entsprechend der Festbetragsgruppe 13.20.12/22/23 unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V. Der Versorgungszeitraum beträgt vorbehaltlich der Regelungen zur vorzeitigen Wiederversorgung grundsätzlich 6 Jahre und beginnt mit dem Tag der Leistungserbringung (Empfangsbestätigung durch den Versicherten). Nach Ablauf des Versorgungszeitraums besteht bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen die Möglichkeit des Versicherten auf eine Folgeversorgung. Vor Ablauf des Versorgungszeitraums muss eine Versorgung als sogenannte „vorzeitige Wiederversorgung“ gemäß § 5 Abs. 7 von der BKK genehmigt werden.
- (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 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 13.20.12/22/23 erfüllen. Bisher im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hörsysteme, die die zum 01.04.2022 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) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Vergütungsvereinbarung für die Versorgung mittel-/hochgradig schwerhöriger Erwachsener
 - Anlage 2** Reparaturpreisliste
 - Anlage 3** Mehrkostenerklärung
 - Anlage 4** Vertragsbeitritts- und Anerkenntniserklärung gem. § 1 Abs. 5 Nr. 4
 - Anlage 5** Versicherteninformation
 - Anlage 6** Versorgung von Kindern/Jugendlichen mit Hörsystemen
 - Anlage 7** Selbstauskunft Kinderversorgung nach Anlage 6 zum Grundvertrag
 - Anlage 8a** Vergütungsvereinbarung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
 - Anlage 8b** Vergütungsvereinbarung ab dem 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr
 - Anlage 9** Versorgung von an Taubheit grenzender Schwerhöriger (WHO 4)
 - Anlage 10** Vergütungsvereinbarung für die Versorgung an Taubheit grenzender Schwerhöriger
 - Anlage 11** Beitrittserklärung für Betriebskrankenkassen (BKK)
 - Anlage 12** Versorgung mit Wasserschutzotoplastiken bei Kindern/Jugendlichen
 - Anlage 13** Grundsätze zur Datenlieferung über eKV
- (5) Dieser Vertrag nebst aller zugehörigen Anlagen gilt bundesweit für:
 1. Betriebskrankenkassen (BKK), soweit sie dem Vertrag zwischen den BKK LVn und der biha zur bundesweiten Versorgung von BKK-Versicherten mit Hörsystemen vom 13.09.2013 beigetreten sind und nicht widersprochen haben;
 2. Betriebskrankenkassen (BKK), die nicht unter 1.) fallen und nun diesem Vertrag vom 25.04.2023 beigetreten sind (Anlage 11);
 3. die Mitglieder der biha, sofern sie die notwendigen Voraussetzungen (§ 2) erfüllen und der Vertragsteilnahme nicht widersprochen haben;

4. Betriebe, die nicht der biha angehören, soweit sie diesem Vertrag nach Maßgabe der Bestimmungen des § 1 und 2 ebenfalls mittels Vertragsbeitritts- und Anerkenntniserklärung (Anlage 4) beigetreten sind;
5. Mit diesem Vertrag werden die Beziehungen der an diesem Vertrag beteiligten BKKn zu dritten Stellen nicht berührt.

§ 2

Eignungsvoraussetzungen

- (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 Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der BKK.
- (2) Für die Versorgungen von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 10. Lebensjahr müssen zusätzlich zu den in § 2 Abs.1 genannten Voraussetzungen die Voraussetzungen nach § 2 der Anlage 6 (Kindervertrag) erfüllt sein und mit der Selbstauskunft (Anlage 7) bestätigt werden.
- (3) Nicht der biha angehörende Leistungserbringer/Nicht-Innungsmitglieder haben die Erfüllung der Voraussetzungen mit Vertragsbeitritts- und Anerkenntniserklärung sowie Selbstauskunft in Form der Anlage 4 und 7 nachzuweisen. Der Vertragsbeitritt hat bei nicht der biha angehörende Leistungserbringer/Nicht-Innungsmitgliedern gegenüber dem BKK LV Mitte zu erfolgen. Der BKK LV Mitte prüft die Voraussetzungen nach § 2 und archiviert die Verpflichtungserklärungen sowie die Belege über den Nachweis der Voraussetzungen. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen sowie der Beitrittsbestätigung in Schriftform durch den BKK LV Mitte entfaltet auch ein schriftlich erklärter Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V beitragsberechtigter Leistungserbringer keine rechtliche Wirkung.
- (4) Für Mitglieder der biha prüft die biha die Voraussetzungen nach § 2 und archiviert die Belege über den Nachweis der Voraussetzungen. Die Bundesinnung übermittelt für ihre Mitglieder den beteiligten BKK Landesverbänden einmal monatlich elektronisch eine aktuelle Gesamtliste in Excel-Format mit den am Vertrag teilnehmenden Hörakustikbetrieben (jede Filiale ist gesondert zu benennen), die die Eignungsvoraussetzungen nach Abs.1 entsprechend erfüllen und der Vertrags Teilnahme nicht widersprochen haben. Die biha stellt die archivierten Nachweise über die Präqualifizierungen und ggf. die Originalerklärungen nach Anlage 7 (Selbstauskunft Kinderversorgung) den BKK LV auf Wunsch unentgeltlich zur Verfügung.
- (5) 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 biha oder dem BKK LV Mitte unverzüglich zu übermitteln.

§ 3

Art und Umfang der Leistung

- (1) Der Leistungsinhalt dieses Vertrages umfasst:
 - Beratung der Versicherten über die Versorgungsmöglichkeiten und das Angebot einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung,
 - Ermittlung der akustischen Kenndaten des Gehörs,
 - Abgleich mit der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15), soweit diese vorliegt,
 - Auswahl geeigneter Hörsysteme unter Berücksichtigung der audiologischen Erfordernisse,

- motorischen Fähigkeiten sowie der anatomischen Gegebenheiten,
 - Ggf. Fertigung der erforderlichen Otoplastiken oder Im-Ohr-Schalen,
 - Programmierung der Hörsysteme auf Grund der audiologischen Daten,
 - Durchführung der vergleichenden Anpassung von verschiedenen Hörsystemen,
 - im Rahmen der vergleichenden Anpassung räumt der Leistungserbringer dem Versicherten die Möglichkeit der zeitweiligen Überlassung zur Ausprobe in alltäglichen Hörsituationen ein, wobei der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren hat, dass dieser nach bürgerlichem Recht das Verlustrisiko trägt,
 - 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,
 - 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- und Reparaturarbeiten.
- (2) Bei der Versorgung sind die aktuellen audiologischen Messverfahren (z.B. Ton- und Sprachaudiometrie, Hörfeldskalierung) einzusetzen. Der im Rahmen der vergleichenden Anpassung durch die Hörsystemversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand eines standardisierten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z.B. Freiburger Sprachtest) – auch unter Einsatz von Störgeräuschen (Störgeräuschbedingungen: 60 dB, Nutzschallquelle: 65 dB) – nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren zur Dokumentation zu verwenden. Das gewählte Messverfahren hat den jeweils gültigen Hilfsmittel-Richtlinien zu genügen. Neue bzw. alternative audiologische Messverfahren (z.B. Oldenburger oder Göttinger Satztest) sollen etabliert werden, sobald diese sich zum Standard der täglichen Praxis in der Diagnostik und zum Nachweis der Hörverbesserung und der Dokumentation entwickelt haben.
- (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 oder der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses 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 vertraglichen Leistungen sind grundsätzlich in der versorgungsberechtigten Betriebsstätte vorzunehmen. Ausgenommen sind diejenigen Fertigungs-, Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten, für die der Leistungserbringer die Hersteller 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 Hörakustiker-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 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 Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und darüber hinaus mit adaptiver Rückkopplungs- 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 ≥ 65 dB erforderlich, hat der Leistungserbringer Hörsysteme aus der Festbetragsgruppe 13.20.10 auszuwählen und zum in Anlage 1 vereinbarten Vertragspreis abzurechnen. Die Versorgung erfolgt auf Wunsch des Versicherten in offener Bauweise, sofern audiologische Gründe nicht dagegen sprechen. Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien HdO- und IO-Hörsystemen in diversen Standardfarben vor. Ein entsprechendes Verzeichnis ist der BKK 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 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 (Nachweis entsprechend § 3 Abs. 2).
- (6) Die vergleichende Anpassung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der BKK auf Nachfrage zu übersenden. Wünscht der Versicherte keine vergleichende Anpassung mit aufzahlungsfreien Geräten, ist auch dies in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.
- (7) Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem bzw. eine Versorgung die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (z.B. technische Komfortmerkmale oder besonders ästhetische Bauformen), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. In einem solchen Fall ist der Versicherte nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale sind in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Dies gilt auch für ausschließlich beruflich bedingte Sonderausstattungen.
- (8) Für den Fall, dass der Leistungserbringer ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt liefern will, ist er verpflichtet, der BKK 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 BKK 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) Die BKK hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben; dies gilt auch bei der Beauftragung/Einbindung von Unterauftragnehmern. Diese Pflichten umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung im Sinne des § 3 Abs. 1 des Vertrags insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Hilfsmittelabgabe (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV). Der BKK steht es frei, anlassbezogen die Umsetzung der vorstehend genannten Regelungen nachzuprüfen. Die dafür erforderlichen Aufgaben des Leistungserbringers sind mit der in der Anlage 1 vereinbarten Vergütung abgegolten.

§ 5 Ablauf der Versorgung

- (1) Erstversorgung und vorzeitige Wiederversorgung werden auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) erbracht. Eine Folgeversorgung vor Ablauf des Versorgungszeitraums (vorzeitige Wiederversorgung) kann nur mit vorheriger Zustimmung der BKK erfolgen.
- (2) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung notwendigen Daten und Unterlagen hat grundsätzlich auf elektronischem Wege zu erfolgen (elektronischer Kostenvoranschlag bzw. eKV). Die konkrete Umsetzungsvereinbarung ist Anlage 13 zu diesem Vertrag zu entnehmen. Sollte eine am Vertrag teilnehmende BKK im eKV-Verfahren von der Umsetzungsvereinbarung abweichende Forderungen (z.B. zusätzliche bzw. abweichende Pflichtfelder oder Anlagen) fordern, entfällt die Pflicht zur Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens und die Einreichung von Kostenvoranschlägen in Papierform ist weiterhin möglich. Die Kosten für das eKV-Verfahren sind mit den Vertragspreisen abgegolten.
- (3) Zur Klärung der Leistungspflicht in allen Versorgungsfällen, in denen Hörgeräte mit beruflich bedingter Aufzählung abgegeben werden, legt der Leistungserbringer der BKK 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 Aufzählung 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 BKK auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- (4) 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. Derart abrechnungsbegründende Empfangsbestätigungen im Voraus (während der Anpassphase) sind nicht zulässig. Die Anpassphase schließt die kostenlose Batterieversorgung ein.
- (5) 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 BKK.
- (6) 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 BKK kostenfrei zur Verfügung.

- (7) Eine vorzeitige Wiederversorgung ist vor der Versorgung durch den Leistungserbringer schriftlich zu begründen und zwecks Zustimmung bei der BKK einzureichen. Eine vorzeitige Wiederversorgung kann z.B. 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, 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.
- (8) Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Hörakustiker den Versicherten zur weiteren Klärung an einen HNO-Arzt.

§ 5 a **Beratung und Qualitätssicherung**

- (1) Die Vertragspartner streben eine qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten an. Der Versicherte muss zu Beginn der Beratung durch den Leistungserbringer eingehend und ausführlich über die Möglichkeit einer für ihn aufzahlungsfreien Versorgung mit hochwertigen Hörsystemen informiert werden. Bei einer Aufzahlung durch den Versicherten ist dieser ausführlich über die wirtschaftlichen Folgen aufzuklären. Diese Beratung ist eine Hauptleistungspflicht, sie ist zu dokumentieren, vom Versicherten zu unterschreiben (Versicherteninformation **Anlage 5**) und der BKK auf Nachfrage vorzulegen. Sofern keine Dokumentation über die Beratung vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Aufklärung stattfand.
- (2) Die BKK 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 informiert der Leistungserbringer die BKK auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V.
- (3) Sofern die BKK auffällige Sachverhalte feststellt und dem Leistungserbringer schriftlich dargelegt hat, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der BKK zu übermitteln.
- (4) 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, Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörgerätegehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. In diesen Fällen ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material für Ohrpassestücke wird nicht erhoben. Kostenvoranschläge werden im Rahmen einer Hörgeräteanpassung kostenfrei erstellt.

- (3) Die Hörsystemanpassung ist abgeschlossen und der Versorgungszeitraum beginnt sobald die Hörsysteme endgültig an den Versicherten abgegeben sind und dies vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter schriftlich bestätigt wurde. Nach Abschluss der Hörsystemanpassung und endgültiger Abgabe an den Versicherten hat der Leistungserbringer Anspruch auf die Vergütung des Hörsystems.
- (4) Eine erneute Versorgung bei innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Versorgung verloren gegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen vergütet die BKK 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 Nachversorgung innerhalb von sechs 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 notwendigen Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten auf Basis einer Reparaturpauschale (Anlage 1). Diese umfasst alle Dienstleistungs-, Arbeits- und Materialkosten für Instandhaltungen und Reparaturen und an der Otoplastik, die Nachlieferungen von Otoplastiken sowie eine ggf. notwendige Umstellung von einem Hörschlauchsystem mit Dom oder Schirm auf eine individuell gefertigte Otoplastik für den Versorgungszeitraum von 6 Jahren. Weitere Kosten können der BKK nicht in Rechnung gestellt werden. Defekte aufgrund von Missbrauch oder offensichtlich unsachgemäßer Behandlung sind von der Instandhaltung im Rahmen der Pauschale ausgenommen. Wählt der Versicherte ein von dem Leistungserbringer aufzahlungsfrei angebotenes Produkt, sind alle anfallenden Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten sowie Materialkosten durch die Reparaturpauschale abgegolten. Statt der Reparatur kann der Hörakustiker 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 BKK zu erstatten:
 - a) Veräußerung – Gesamtrechtsnachfolge: Veräußert ein Hörakustiker sein Unternehmen oder eine Betriebsstätte seines Unternehmens und tritt der Käufer in alle Rechte und Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben, ein, ist die Veräußerung der BKK unverzüglich anzuzeigen. In diesem Fall hat der Käufer die vertraglichen Leistungen zur Versorgung der Versicherten weiterhin zu erbringen, sodass die Regelung über die anteilige Erstattung der Reparaturpauschale keine Anwendung findet.
 - b) Betriebsaufgabe, sofern eine weitergehende Betreuung in einer anderen Betriebsstätte ausscheidet / Insolvenz:

Stellt ein Leistungserbringer die Geschäftstätigkeit in einer oder mehreren Betriebsstätten oder des ganzen Unternehmens ein, so hat die teilnehmende BKK gegenüber diesem Hörakustiker einen Erstattungsanspruch. Der Hörakustiker hat die Einstellung seiner Tätigkeit unverzüglich nach seiner Entscheidung, spätestens jedoch 2 Monate vor Einstellung der Geschäftstätigkeit der BKK zu melden.
 - c) Versicherung bzw. Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse, dies gilt nicht im Falle des Wechsels zu einer anderen BKK,
 - d) vorzeitige Wiederversorgung oder
 - e) Wechsel des Hörakustikers: Die beteiligten Hörakustiker regeln den Ausgleich in der Regel im Innenverhältnis. Können sich die Hörakustiker nicht über eine Verrechnung auf der Basis die-

ses Vertrages (§ 7 Abs. 2) verständigen, ist die BKK berechtigt, den Ausgleich dergestalt vorzunehmen, dass sie beim abgebenden Hörakustiker die auszugleichenden Beträge – nach dessen schriftlicher Anhörung – mit zukünftigen Forderungen verrechnen kann. Der die Versorgung übernehmende Hörakustiker erhält von der Krankenkasse eine Gutschrift in Höhe der Regelung nach Anlage 1. Für den damit verbundenen Aufwand berechnet die BKK eine Kostenpauschale in Höhe von 45,00 € je Fall, die sie ebenfalls mit den künftigen Forderungen des abgebenden Hörakustikers verrechnen kann.

(3) Für die Durchführung von Reparaturen nach Ablauf des 6-jährigen Versorgungszeitraums gilt:

a) Kleinreparaturen/Service-Arbeiten wie

- Hörwinkel ersetzen
- Austausch von Sieb/Filter
- Winkelstück für Secret Ear erneuern und/oder
- Ausbohren und Erneuerung des Schalleitungsschlauches

sind mit den bereits gezahlten Vergütungen abgegolten. Sie werden vom Leistungserbringer vorbehaltlich der nachstehenden Regelungen weder gegenüber der BKK noch gegenüber dem Versicherten gesondert 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 BKK 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 BKK 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 und Reparaturen sind vom Versicherten auch nach Ablauf des 6-jährigen Versorgungszeitraums nur dann zu tragen und können nicht zu Lasten der BKK 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 für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.
- (5) Auch bei Versorgung mit Aufzahlung wird die Reparaturpauschale für den gesamten Versorgungszeitraum an den Leistungserbringer vergütet. Jede Reparatur innerhalb des Versorgungszeitraums beinhaltet daher den Anteil der BKK 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 BKK 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 erfolgt innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe des Hörsystems.
- (2) Werden die Daten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der BKK 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 BKK 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. Nach Ablauf der 4-Wochen-Frist kommt die BKK erst mit gesonderter Mahnung in Verzug und nicht durch die bloße Übersendung der Rechnung; auch wenn dort eine Zeit bestimmt ist.
- (4) Der Rechnung ist immer die Empfangsbestätigung des Versicherten sowie bei einer Erst- oder vorzeitigen Wiederversorgung die ohrenärztliche Verordnung (Muster 15) grundsätzlich im Original beizufügen. Im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Systeme (z. B. elektronische Abrechnung inklusive Beleganlieferung als signiertes Image) können zwischen dem Leistungserbringer und der BKK anderweitige Absprachen getroffen werden. Bei genehmigten Kostenvorschlägen, z.B. bei vorzeitiger Wiederversorgung ist die Genehmigungsnummer anzugeben. Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur-/ Papierbelegen auch die Daten bei der BKK vorliegen.
- (5) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.
- (6) Die BKK 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 BKK, so gilt diese als anerkannt.
- (7) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die BKK 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 behandelnden Vertragsärzten und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Für den elektronischen Datenaustausch (z.B. Rechnungslegung, Kostenvoranschlag) zwischen den Vertragspartnern nutzt der Leistungserbringer die von der BKK 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 BKK in sonstiger Weise Schaden zu, kann ihn die BKK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit warnen, abmahnen, eine Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder bei Verstößen gegen die Regelungen des § 128 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Warnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.

- (2) Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:
- a) Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
 - b) mangelhafte Anpassung von Hörsystemen, mit dem Ziel der Erlangung einer aufzahlungs-
pflichtigen 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 Ver-
sorgung 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 Leistun-
gen, 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 Zielset-
zung 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 BKK über einen Versorgungswunsch mit berufsbe-
dingten Mehrbedarf nach § 5 Abs. 3,
 - l) sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertra-
ges. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z.B. dann gegeben, wenn der Leistungserbrin-
ger seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages
der BKK nicht mehr zumutbar ist.
- (3) Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die BKK dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur
Stellungnahme.
- (4) Die BKK 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 Tatbe-
stände bleibt davon unbenommen.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag nebst aller zugehörigen Anlagen tritt am 01.06.2023 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Vertragsanwendung kann bereits für alle ab dem 01.05.2023 abgegebenen Hörsystemversorgungen (Tag der Empfangsbestätigung des Versicherten) vollzogen werden.
- (2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages nebst aller zugehörigen Anlagen wird der bisher gültige Vertrag mit alle seinen Anlagen über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen vom 13.09.2013 (AC/TK: 14 90 360 – 14 90 363), die 1. Nachtragsvereinbarung vom 05.11.2014 (mit Wirkung ab 15.12.2014), die 2. Nachtragsvereinbarung vom 27.04.2017 (mit Wirkung ab 01.08.2017) und die 3. Nachtragsvereinbarung vom 16.09.2020 (mit Wirkung ab 01.10.2020), jeweils geschlossen zwischen den BKK LVn und der biha, abgelöst.
- (3) Dieser Vertrag kann in seiner Gesamtheit mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderquartalsende, frühestens zum 31.12.2024 von jedem einzelnen Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Wird der Vertrag durch einen Vertragspartner gekündigt, haben die anderen Vertragspartner ein außerordentliches Kündigungsrecht zum gleichen Termin.
Bis zum Inkrafttreten einer neuen vertraglichen Regelung gelten die bisherigen Bestimmungen weiter. Diese Zeit ist auf sechs Monate nach Vertragsende begrenzt, es sei denn, die Vertragspartner treffen eine anderweitige Regelung.
Der Vertrag endet im Falle der Anwendung des § 12 Abs. 3 Satz 1 auch für gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (4) Nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetretene Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderquartalsende, frühestens zum 31.12.2024, mittels eingeschriebenen Briefes kündigen. Diese Kündigung wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer.
- (5) Jede einzelne Betriebskrankenkasse (BKK) kann diesen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderquartalsende, frühestens zum 31.12.2024, mittels eingeschriebenen Briefes kündigen. Diese Kündigung hat gegenüber der biha und den sonstigen vertragsbeigetretenen Leistungserbringern (vgl. § 1 Abs. 5 Nr. 4) zu erfolgen. Die BKK hat zeitgleich den BKK LV Mitte schriftlich zu informieren.
- (6) Bei einer Kündigung des Vertrages durch die biha oder die einzelnen BKK Landesverbände entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber den diesem Vertrag beigetretenen Hörakustikern und Betriebskrankenkassen. Es bedarf keiner gesonderten Kündigung durch den einzelnen Hörakustiker oder durch eine vertragsbeigetretene BKK.
- (7) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden dem Vertrag und den zugehörigen Anlagen entsprechend zu Ende geführt und zwar bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes.
- (8) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 36 Abs. 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten dann ab dem Tag ihres Inkrafttretens. Sie gelten für alle Versorgungen, bei denen die Abgabe der Leistung nach dem Stichtag erfolgt.
- (9) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die vertragsbeigetretenen Leistungserbringer und Betriebskrankenkassen, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 10 Gebrauch gemacht haben.
- (10) Ein vertragsbeigetretener Leistungserbringer oder eine vertragsbeigetretene Betriebskrankenkasse kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 4 bzw. 5 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages oder einer vertragszugehörigen Anlage ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gegenüber dem BKK Landesverband Mitte zum nächsten Kalendermonatsende kündigen.

- (11) In den vertragszugehörigen Anlagen können gesonderten Kündigungsfristen vereinbart werden, ansonsten gelten auch dort die hier aufgeführten Regelungen des §12.

§ 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.

München, Kornwestheim,
Hannover, Mainz, den

BKK Landesverband Bayern

Ort, Datum

BKK Landesverband Süd

BKK Landesverband Mitte

Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR

Vergütungsvereinbarung

für die Versorgung mittel-/hochgradig schwerhöriger Erwachsener

AC/TK: 14 90 360

Hilfsmittelpo- sitionsnum- mer	Kurzbezeichnung	Preis in € (netto)	Kennzei- chen Hilfs- mittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.20.12.nnnn 13.20.22.nnnn 13.20.23.nnnn 13.20.10.nnnn ¹⁾	Vertragspreis je Hörsystem (inkl. Nachbetreuung) ²⁾	635,00 €	00, 10, 11
13.20.09.0nnn 13.20.09.1nnn 13.20.09.2nnn 13.20.09.3nnn 13.20.09.4nnn	Ohrpassestücke (Otoplastiken, einschließlich einer notwendi- gen Zusatzbohrung bzw. Vario-Vent)	40,00 €	00, 10, 11
13.20.09.5001	Hörschlauchsystem für die offene Hörgeräteversorgung (mit Dom oder Schirm)	11,61 €	00, 10, 11
13.99.99.1016	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen innerhalb von 6 Mo- naten nach Abschluss der Anpassung	- 123,85 €	11
13.99.99.9499	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme und Otoplastiken sowie der Folgeversor- gung mit Otoplastiken für die Dauer von 6 Jahren	120,00 €	13
13.00.99.9504	Rückvergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung, Wechsel der Krankenkasse oder des Leistungserbringers oder Schließung der Betriebsstätte für jedes nicht in Anspruch ge- nommene Versorgungsjahr (beginnend ab dem 2. Jahr) in- nerhalb des Dienstleistungszeitraums ³⁾	- 20,00 €	13
13.99.01.5000 13.99.01.6000	Zuschlag für CROS-Anschlusssatz inkl. Mikrofon	155,00 €	00, 10, 11
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	13,87 €	01
13.20.14.0nnn	Tinnitusgerät	635,00 €	00,10,11
13.20.14.1nnn 13.20.14.3-8nnn 13.20.24.nnn	Tinnituskombigerät	707,51 €	00,10,11
13.99.99.1015	Abschlag bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Tinnituskombigeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	- 158,98 €	11
13.20.30.nnnn	Vertragspreis je Hörsystem (inkl. Nachbetreuung)	568,70 €	00,10,11

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 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.

- 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 BKK 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) Eine Rückvergütung im Rahmen des DTA ist im Einzelfall mit der jeweiligen BKK abzustimmen. Auch bei zwischenzeitlicher Änderung der Reparaturpauschale wird die Rückvergütung stets auf Basis des Betrages 13.00.99.9504 der jeweils aktuellen Vergütungsvereinbarung (Anlage 1 zum Vertrag zur bundesweiten Hörsystemeversorgung BKK-Versicherter zwischen BKK LVn / biha vom 25.04.2023 – AC/TK: 14 90 360) berechnet.

Reparaturpreisliste

AC/TK: 14 90 361

Folgende Reparaturpositionen können erst nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale in Ansatz gebracht werden. Sie gelten auch für Hörgeräte für die nach vorherigen Verträgen eine Reparaturpauschale gezahlt wurde.

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.00.99.9535 *)	Pauschales Reparaturentgelt nach § 7 Abs. 3 lit.b)	82,50 €	13
13.99.99.9150	Verstärker/Prozessor	147,90 €	01
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	13,87 €	01
13.20.09.0003**)	Otoplastik	40,00 €	01

Folgende Reparaturpositionen stellen auch nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale Serviceleistungen dar. Sie sind nicht gesondert abrechenbar, lösen kein pauschales Reparaturentgelt 13.00.99.9535 aus und können auch nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Dies gilt auch für Hörgeräte für die nach vorherigen Verträgen eine Reparaturpauschale gezahlt wurde.

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9190	Hörwinkel ersetzen	ohne Berechnung	01
13.99.99.9200	Austausch von Sieb/Filter	ohne Berechnung	01
13.99.99.9420	Winkelstück für Secret Ear erneuern	ohne Berechnung	01
13.99.99.9430	Ausbohren und Erneuerung des Schallleitungsschlauchs	ohne Berechnung	01
13.20.09.5001	Erneuerung des Hörschlauchsystems mit Dom oder Schirm	ohne Berechnung	01

Folgende Reparaturpositionen können, mit Ausnahme der 13.99.99.9190, 13.99.99.9430 und 13.20.09.5001, im Rahmen einer Reparatur des Verstärkers / Prozessors (13.99.99.9150) nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale in Ansatz gebracht werden.

Die folgenden Reparaturpositionen sind außerdem insgesamt anzuwenden für Reparaturen an Hörsystemen, die vor Abschluss dieses Vertrages abgegeben wurden und für die keine Reparaturpauschalregelung bestehen.

Hilfsmittelpositionnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9010	Fehlerdiagnose	8,32 €	01
13.99.99.9230	Leistungskontrolle	6,93 €	01
13.99.99.9020	Mikrofon	60,08 €	01
13.99.99.9030	Hörer	60,08 €	01
13.99.99.9080	Lautstärke-Steller / Volume Control Wippe	39,75 €	01
13.99.99.9091	Programmierkontakte Einheit	50,84 €	01
13.99.99.9100	Schalter/Programmtaster	27,73 €	01
13.99.99.9110	Hör-/Telefon-/Empfangsspule	18,03 €	01
13.99.99.9120	Gehäuse komplett	32,35 €	01
13.99.99.9130	Gehäuseteil	18,03 €	01
13.99.99.9140	Batteriekontakte	14,33 €	01
13.99.99.9150	Verstärker/Prozessor	147,90 €	01
13.99.99.9170	Lagerung Hörer oder Mikrofon	12,94 €	01
13.99.99.9190	Hörwinkel ersetzen	9,24 €	01
13.99.99.9200	Austausch von Sieb/Filter	ohne Berechnung	01
13.99.99.9250	Akustikrohr Hörer oder Mikrofon	11,09 €	01

Anlage 2 zum Vertrag zur bundesweiten Hörsystemeversorgung BKK-Versicherter durch vertragsgebundene Hörgeräteakustiker zwischen den BKK LVn und der biha vom 25.04.2023 – Vertragsfassung gültig ab 01.06.2023
(AC/TK: 14 90 360 - 365)

Hilfsmittelpositionsnummer	Kurzbezeichnung	Preis netto	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
13.99.99.9270	Anschlussstutzen Hörer/Mikrofon	11,09 €	01
13.99.99.9340	Audioeingang reparieren	19,41 €	01
13.99.99.9350	CROS-Kabel reparieren	13,87 €	01
13.99.99.9370	Innenreinigung	12,02 €	01
13.99.99.9420	Winkelstück für Secret Ear erneuern	ohne Berechnung	01
13.99.99.9430	Ausbohren und Erneuerung des Schallleitungsschlauchs	12,94 €	01
13.99.99.9440	Otoplastik-Reparatur	7,39 €	01
13.99.99.9450	Hornschlauch/Horn ersetzen	17,10 €	01
13.20.09.0003**)	Otoplastik	40,00 €	01
13.20.09.5001	Erneuerung des Hörschlauchsystems mit Dom oder Schirm	11,61 €	01

Besondere Bestimmungen.
Die notwendigen Gehörmessungen und Neueinstellungen nebst Feinanpassung des Hörsystems nach einer Reparatur sind Bestandteil der jeweiligen Reparaturpreise und nicht gesondert abrechnungsfähig. Eventuell anfallende Versandkosten werden nicht gesondert vergütet.
Für Reparaturen an Hörsystemen, die vor Abschluss dieses Vertrages abgegeben wurden und für die keine Reparaturpauschalregelung bestehen gilt: Hörgeräte Reparaturen über einem Gesamtwert von 84,00 € netto sind genehmigungspflichtig. Reparaturen bis zu einem Gesamtbetrag von 84,00 € netto können ohne vorherige Prüfung abgerechnet werden.

- *) Diese Position umfasst sämtliche notwendigen Reparaturen nach Ablauf der 6-jährigen Reparaturpauschale mit Ausnahme der Reparatur des Verstärkers/Prozessors (§ 7 Abs. 3 lit. c) sowie der Nachlieferung von Otoplastiken und beinhaltet eine 6-monatige Garantie für das gesamte Hörsystem ab dem Tag der Bestätigung der Reparatur durch den Versicherten (§ 7 Abs. 3 lit. b). Bei der Abrechnung sind die tatsächlich durchgeführten Reparaturen anzugeben. Eine Fehlerdiagnose 13.99.99.9010 und/oder Leistungskontrolle 13.99.99.9230 allein stellt keine Reparatur nach diesem Vertrag dar und berechtigt nicht zur Abrechnung des pauschalen Reparaturentgeltes 13.00.99.9535. Weitere Reparaturen können erst nach Ablauf des 6-monatigen Zeitraums erneut mit dieser Position zur Abrechnung gebracht werden.
- **) Ausgenommen sind Produkte mit der Hilfsmittelnummer 13.20.09.5001 (Hörschlauchsystem mit Dom oder Schirm). Zur Instandhaltung des Hörsystems nachgelieferte Otoplastiken unterliegen nicht der gesetzlichen Zahlung.

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 den für mich 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 <u>Mehrkosten</u>, ggf. auch für Reparaturen, trage ich (vgl. Versicherteninformation). ☐ Obwohl ich über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung 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 aufführen) ☐ Merkmale des Bedienungskomforts: _____ und/oder, ☐ Merkmale der Ästhetik: _____ und/oder, ☐ sonstiges: _____ bedingt. Die daraus entstehenden <u>Mehrkosten</u>, 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: _____ Mit der Weitergabe des Kostenvoranschlags (inklusive der Mehrkosten) an meine Krankenversicherung bin ich einverstanden. _____ Datum _____ Unterschrift des Versicherten	

Vertragsbeitrittserklärung / Anerkenntniserklärung / Verpflichtungsschein

Leistungserbringer können zu gleichen Bedingungen dem gemäß § 127 Abs. 1 SGB V geschlossenen o.g. Vertrag nebst allen Anlagen beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind und ausnahmslos alle Voraussetzungen der Präqualifizierung und dieses Vertrages nebst aller Anlagen erfüllen.

Ich/Wir erkenne(n) den zwischen den BKK Landesverbänden und der Bundesinnung der Hörakustiker am 25.04.2023 abgeschlossenen Vertrag (AC/TK: 14 90 360 - 14 90 365) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich aller Anlagen sowie alle zur Durchführung des Vertrages getroffenen Vereinbarungen als von mir/uns in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte(n) mich/uns, diese gewissenhaft zu erfüllen. Ein Exemplar des o.g. Vertrages nebst Anlagen habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen sowie Ergänzungen dieses Vertrages und der zugehörigen Anlagen mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden. Der über den Beitritt geschlossene Vertrag und/oder der zugehörigen Anlagen kann/können innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme schriftlich gekündigt werden, wenn hinsichtlich der Änderungen bzw. Ergänzungen kein Einverständnis besteht.

Mir/uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam ist, wenn sämtliche Eignungsvoraussetzungen beziehungsweise die Präqualifizierung gegenüber dem BKK LV Mitte nachgewiesen wurden. Die Nachweise stelle(n) ich/wir mit der Übersendung des Antrages zum Vertragsbeitritt zur Verfügung. Die Annahme wird mir/uns durch den BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19 in 30173 Hannover, in Schriftform erklärt.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns bereit, meinen/unseren Mitarbeitern diese Bestimmungen des Vertrages nebst aller Anlagen zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Es ist mir/uns bekannt, dass ohne Betriebsleiter der Betrieb nicht weitergeführt werden kann. Ich/wir versichern, dass ich/wir zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl alle vertraglichen als auch die gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfülle(n). Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen werde(n) ich/wir unverzüglich schriftlich mitteilen. Ein Verstoß gegen die Meldepflichten stellt einen Vertragsverstoß dar und zieht eine Vertragsstrafe nach sich.

Weiterhin wird hiermit verbindlich erklärt, dass ich/wir nicht Mitglied der Bundesinnung der Hörakustiker in Mainz sind.

Vor- und Zuname _____

Berufsbezeichnung _____

Betriebsanschrift _____

- ☐ Inhaber des Unternehmens/
Betriebes
- ☐ persönlich haftender
Gesellschafter
- ☐ vertretungsberechtigtes
Organ
- ☐ Angestellter des
Unternehmens

Wirksamkeit des Vertragsbeitritts zum: _____

Institutionskennzeichen _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers/Leistungserbringers

Versicherteninformation zur Hörsystemeversorgung

Ihre BKK bietet Ihnen eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Hörgeräten an. Dafür wurden Verträge mit Hörakustikern geschlossen.

Das Leistungsangebot auf einen Blick

Ihr Hörakustiker bietet Ihnen mindestens ein individuell geeignetes aufzahlungsfreies Versorgungsangebot mit modernen, digitalen Hörsystemen unter Berücksichtigung Ihrer persönlichen Hörminderung an.

Die Ihnen ohne Aufpreis angebotenen Hörsysteme müssen sich so anpassen lassen, dass ein möglichst weitgehender Ausgleich Ihrer individuellen Hörminderung in den für Sie alltagsrelevanten Hörsituationen erreicht wird, zum Beispiel im Gespräch mit einer oder mehreren Personen, bei Umgebungsgeräuschen sowie in größeren Räumen. Nutzen Sie die Möglichkeit, kostenfrei Hörsysteme in Ihrem Alltag zu testen. Auch nach Erhalt Ihres aufzahlungsfreien Hörsystems übernimmt Ihre BKK für Sie die Kosten von Beratungen, sämtliche Instandhaltungs- und Reparaturleistungen sowie den Ersatz von Ohrpassstücken. Ihr versorgender Hörakustiker bleibt dabei stets Ihr Ansprechpartner.

Gesetzliche Zuzahlung / Mehrkosten

Je Hörgerät ist lediglich eine gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Diese wird direkt an den Hörakustiker bezahlt. Entscheiden Sie sich, trotz des Angebotes von Hörgeräten ohne Aufpreis, zusätzlich für spezielle Ausstattungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, kann Ihre BKK 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 Instandhaltungs- und Reparaturleistungen. Ihnen ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung von Mehrkosten durch Ihre BKK nicht erfolgen kann.

Bitte gehen Sie mit Ihrem Hörgerät sehr sorgsam um, pflegen Sie es regelmäßig und schützen Sie es vor Beschädigung durch Dritte oder Verlust. So werden zusätzliche Kosten für alle Beteiligten vermieden. Vielen Dank.

- ☐ Ich bestätige, dass ich ausführlich vom Hörakustiker meiner Wahl über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung mit hochwertigen Hörgeräten aufgeklärt worden bin.
- ☐ Zusätzlich bestätige ich, dass ich diese Versicherteninformation zur Hörgeräteversorgung gelesen und verstanden habe. Meine Fragen konnte ich mit dem Hörakustiker besprechen und klären.
- ☐ Eine Ausfertigung dieser Versicherteninformation habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Zusatzvereinbarung

über die bundesweite Versorgung von BKK - Versicherten Kindern und Jugendlichen mit Hörsystemen (Kindervertrag)

Präambel

Zusätzlich zu den Bestimmungen im Grundvertrag der Vertragsparteien über die Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen gelten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen die nachfolgenden Regelungen.

§ 1 Gegenstand der Zusatzvereinbarung

- (1) Gegenstand der Zusatzvereinbarung ist die qualitativ hochwertige und aufzahlungsfreie Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Hörsystemen aller Technologien, sofern diese im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V in der Produktgruppe 13 des Hilfsmittelkataloges gelistet sind.
- (2) Zur Versorgung nach dieser Vereinbarung gehören die Beratung bei Auswahl, die Anpassung sowie die Lieferung von Hörsystemen, die Durchführung der Nachbetreuung (einschließlich Beratung, Anpassung, Einstellung des/der Hörsysteme etc.) die Wartung und Instandhaltung sowie die Erbringung von Reparaturleistungen, die Energieversorgung die Versorgung mit Otoplastiken für einen Versorgungszeitraum von insgesamt 4 Jahren im Rahmen der Versorgungspauschale und der jährlichen Servicepauschalen. Die erforderliche Einweisung des Kindes sowie seiner Erziehungsberechtigten gehören ebenfalls zur Versorgung nach dieser Vereinbarung. Ebenso beinhaltet die Vereinbarung die Vergütung und Abrechnung dieser Leistungen.

§ 2 Voraussetzung der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung und Nachbetreuung von Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres soll nur von einem Hörakustikermeister oder einem Hörakustiker mit einer mindestens 3-jährigen Berufserfahrung und mit der Zusatzausbildung zum Päd-Akustiker durchgeführt werden.
- (2) Nachfolgende Mindestanforderungen bestehen für eine kindgerechte und altersbezogene Anpassetechnik und Ausstattung für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr:
 - Raumgröße von mindestens 8 qm
 - Kindgerechte Sicherheitsvorkehrungen
 - Audiometer (IEC 645 Kl. ½) mit ca. 3-8 Lautsprecher und der Möglichkeit, Sprachtestmaterial abspielen zu können
 - In-Situ (kindgerechter Sondenanschluss)
 - Messbox mit Kinderkuppler oder Möglichkeit der Aufnahme und Berücksichtigung der individuellen akustischen Gehörgangseigenschaften des Kindes (z.B. RECD)
 - Tympanometer
 - Lautheitsskalierung
 - Konditionierungsinstrumente
 - Kindgerechte Prüfreize
 - Kindersprachtester (mit Bildmaterial)
 - Kinderspieltisch oder Kinderspielecke, jeweils mit Kinderspielzeug.

- (3) Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die älter als 10 Jahre sind, erfolgt angepasst an die physische und psychische Entwicklung sowie die Vorerfahrungen des Kindes.
- (4) Der Vertrag und die Anlage 8a gilt nur für die Hörakustikerbetriebe oder deren Filialen, welche die Voraussetzungen zur Abgabe nach Abs.1 und 2 erfüllen und dies durch die vorgelegte Erklärung (Anlage 7) bestätigt haben. Eine Liste derjenigen Betriebe, die der biha die Voraussetzungen nach Abs.1 und 2 schriftlich erklärt haben (Anlage 7), wird von der biha den BKK LV zeitnah zur Verfügung gestellt.

§ 3 **Art und Umfang der Leistung**

- 1. Neben den Leistungen, die der Hörakustiker nach dem Grundvertrag über die Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen zu erbringen hat, zählt zum Leistungsumfang bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen die besondere Nachbetreuung der Hörsystem-Versorgung. Sie umfasst neben der technischen Nachbetreuung insbesondere die Zusammenarbeit mit den verordnenden und die Kinder/Jugendlichen begleitenden Stellen (pädaudiologische Zentren, HNO-Ärzte, HNO-Kliniken, die Erziehungsberechtigten, Kindergärten, Schulen sowie sonstige Einrichtungen der Frühförderung).
- (2) Die Nachbetreuung umfasst insbesondere
 - a) Die Ausbildung im Gebrauch der Hörsysteme einschließlich des Zubehörs bis zur sicheren Bedienung
 - b) Die fachliche Beratung des Hörsystemträgers, ggf. auch der Erziehungsberechtigten
 - c) Die Zusammenarbeit mit den verordnenden Stellen, den Erziehungsberechtigten, Kindergärten sowie Einrichtungen mit dem Ziel die Versorgung für das Kind/den Jugendlichen im Alltag optimal zu gestalten
 - d) Die gleitende Anpassung (auch Feinanpassung) der Hörsysteme unter Berücksichtigung der Sprachentwicklung des Kindes und der Veränderung des persönlichen Umfeldes (z.B. Beginn des Schulbesuchs)
 - e) Die regelmäßige Überprüfung der technischen Funktion während des Versorgungszeitraums
- (3) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Versorgung aufzahlungsfrei vorgenommen wird. Die Versorgung hat des Weiteren alters- und kindgerecht zu erfolgen. Hierbei sind jeweils auch Anschlüsse für Zusatzgeräte (z.B. für FM- Anlagen) vorzusehen.
- (4) Bei der Versorgung sind die audiologischen Messverfahren (Ton- und Sprachaudiometrie, In-Situ-Messung, Stapediusreflexprüfung, Beobachtungs-, Verhaltens- und Spielaudiometrie) einzusetzen, die dem Lebensalter und dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen. Der durch die Hörsystemeversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand standardisierter sprachaudiometrischer Testverfahren nachzuweisen und zu dokumentieren. Sollte dies nicht möglich sein, ist eine Aufblähkurve im Freifeld zu erstellen. In anderen Fällen ist eine verbale Beurteilung auf der Basis von Beobachtungsbögen abzugeben.
- (5) Bei Kleinkindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres soll im Anschluss an die erste Hörsystemeversorgung im ersten Jahr der Nachbetreuungszeit die Nachbetreuung alle 3 Monate durchgeführt werden. Die Nachbetreuung für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr soll in der Regel mindestens zweimal jährlich erfolgen. Für Kinder vom Beginn des 7. Lebensjahres an soll in der Regel die Nachbetreuung mindestens einmal im Jahr erfolgen.
- (6) Die Regelgebrauchsdauer der Hörsysteme bei Kindern und Jugendlichen beträgt 4 Jahre. Die vorzeitige Wiederversorgung mit einem neuen Hörsystem ist nur nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung (Vordruck für die vertragsärztliche Versorgung - Muster 15) möglich und bei der BKK im Vorfeld zur Genehmigung einzureichen.

§ 4 **Abgabe der Leistung**

- (1) Leistungen nach dieser Vereinbarung dürfen nur auf Grund einer vertragsärztlichen Verordnung (ohrenärztliche Verordnung – Muster 15) erbracht werden. Eine Folgeversorgung vor Ablauf des Versorgungszeitraums kann nur mit vorheriger Einwilligung der BKK erfolgen.
- (2) Die Hörsystemversorgung von Kindern und Jugendlichen soll – bei gegebener medizinischer Indikation – grundsätzlich beidohrig erfolgen. In der Kinderversorgung sind HdO-Geräte zu bevorzugen. IO-Geräte sollen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres grundsätzlich nicht abgegeben werden. Ausnahmen von dieser Regelung sind gegenüber der BKK gesondert zu begründen.
- (3) In die aufzahlungsfreie Hörsystemversorgung von Kindern und Jugendlichen werden in der Regel Hörsysteme aller Technologien der in der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses gelisteten Geräte einbezogen. Der Hörakustiker hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien Hörsystemen aller Technologien vor, aus dem im Rahmen der Kinderversorgung geeignete Hörsysteme angepasst werden.

Besteht seitens des gesetzlichen Vertreters des Kindes der ausdrückliche Wunsch nach einer Hörsystemversorgung, die nicht Gegenstand des aufzahlungsfreien Angebots des Hörakustikers ist, sind die entsprechenden Mehrkosten vom Versicherten der BKK bzw. von dessen gesetzlichem Vertreter zu tragen. Dies gilt auch für Reparaturen und sonstige Kosten. In diesen Ausnahmefällen hat der gesetzliche Vertreter die Erklärung zur Übernahme von Mehrkosten (Anlage 3 des Grundvertrages) zu unterschreiben und die Unterlagen sind bei der BKK zur Genehmigung einzureichen.

- (4) Die Genehmigung soll in der Regel innerhalb von 14 Arbeitstagen erfolgen.
- (5) Der Hörakustiker überlässt dem Versicherten der BKK die Hörsysteme während der Anpassphase. Die Anpassphase endet durch den endgültigen Empfang des Hörsystems durch den Versicherten. Den endgültigen Empfang hat der Versicherte (ggf. dessen gesetzlicher Vertreter) durch handschriftliche Unterzeichnung zu bestätigen und zwar – soweit die BKK nicht auf die Vorlage verzichtet hat – auf der Rückseite des Muster 15. Die Anpassphase schließt die kostenlose Batterieversorgung ein.
- (6) Während der Anpassphase kann der Versicherte ohne weitere Angaben von Gründen die Hörsysteme zurückgeben. Die BKK ist formlos über den Abbruch zu informieren. Der BKK sowie dem Versicherten entstehen in diesem Fall keine Kosten.
- (7) Der Hörakustiker bewahrt über den gesamten Versorgungszeitraum, längstens bis zu einer Dauer von 6 Jahren nach Abschluss der Anpassung, die im Zusammenhang mit der Hörsystemversorgung erstellten Anpassunterlagen zur prüffähigen Dokumentation auf und stellt diese auf Anforderung der BKK kostenfrei zur Verfügung.
- (8) Eine vorzeitige Wiederversorgung ist vor der Versorgung durch den Hörakustiker ausführlich zu begründen und zur Genehmigung mit Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einzureichen. Eine vorzeitige Wiederversorgung kann in folgenden Fällen angezeigt sein:
 - Audiologische Gründe durch die Veränderung der kindlichen Hörstörung,
 - Verlust oder
 - Beschädigung des Hörsystems durch äußere Einwirkung, soweit eine Reparatur wirtschaftlich nicht mehr sinnvoll ist.

In diesen Fällen beginnt ein neuer Versorgungszeitraum. Die vorzeitige Wiederversorgung mit einem neuen Hörsystem ist nur nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung (**Muster 15**) möglich.

§ 5 Vergütung

- (1) Als Vergütung erhält der Hörakustiker den vereinbarten Vertragspreis je Hörsystem für einen 4-jährigen Versorgungszeitraum sowie eine jährlich zu zahlende Servicepauschale, deren Höhe sich aus der Preisvereinbarung der Anlage 8a bzw. 8b ergeben. Durch unsachgemäßen Gebrauch der Hörsysteme, vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten entstandene Schäden an den Hörsystemen sind von der Instandhaltung im Rahmen der Pauschale ausgenommen. In diesen Fällen ist die BKK zu informieren. Vor Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine erneute Versorgung mit einem Hörsystem auf Kosten der BKK nur in medizinisch begründeten Fällen möglich. Eigentümer des Hörsystems ist während und nach Ablauf des Versorgungszeitraums der Versicherte.
- (2) Mit den in Anlage 8a bzw. 8b genannten Vertragspreisen sind auch die Kosten für antiallergische Beschichtung von Otoplastiken, Kinderwinkel, Potentiometerabdeckung (Abdeckung des Lautstärkereglers), Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörsystemgehäusen und Otoplastiken abgegolten. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. Bei Reparaturen für standardfarbige Bestandteile dürfen keine Mehrkosten berechnet werden.
- (3) Nach abgeschlossener Anpassung hat der Hörakustiker den Versicherten bzw. seinen gesetzlichen Vertreter ausführlich in die Handhabung und Pflege der Hörsysteme einzuweisen. Bedeutend ist hierbei der Hinweis auf die eigene Sorgfaltspflicht und das Einhalten von regelmäßigen Wartungsintervallen beim Hörakustiker (i.d.R. alle 2 - 6 Monate – dies kann jedoch von den individuellen Erfordernissen abweichen). Die erfolgte Unterweisung ist auf einer Empfangsbestätigung vom gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.
- (4) Die Hörsystemeversorgung in der Erstversorgung ist dann abgeschlossen, wenn die zur Versorgung geeigneten Hörsysteme ausgeliefert wurden. Nach Abschluss der Hörsystemeversorgung hat der Hörakustiker Anspruch auf die Vergütung des Hörsystems und der Servicepauschale.
- (5) Die Hörsystemeversorgung in der Folgeversorgung ist dann abgeschlossen, wenn die zur Versorgung geeigneten Hörsysteme ausgeliefert wurden.
- (6) Die Servicepauschale wird durch den Hörakustiker jährlich gesondert abgerechnet und bedarf keiner Genehmigung durch die BKK. Sie wird in den Folgejahren an dem Tag fällig, der dem Tag entspricht, an dem der gesetzliche Vertreter des Versicherten die Beendigung der Anpassphase bestätigt hat. Durch die Zahlung der Servicepauschale sind Nachbetreuung und technische Anpassungen – z.B. Neueinstellungen, Erneuerung sämtlicher Otoplastiken und die Energieversorgung abgegolten. Bei einer medizinisch erforderlichen und verordneten CROS- bzw. BICROS – Versorgung (13.99.01.5000 und 13.99.01.6000) kann der Leistungserbringer zusätzlich eine jährliche Servicepauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für die beiden CROS-Varianten abrechnen.
- (7) In folgenden Fällen ist die Servicepauschale anteilig, und zwar für jedes nicht in Anspruch genommene Quartal, der BKK zu erstatten:
 - Schließung des versorgenden Fachgeschäftes, sofern keine unternehmenseigene Filiale die Versorgung weiterführt (hierüber ist die BKK umgehend nach Bekanntwerden der Schließung der Betriebsstätte bzw. des Gesamtunternehmens versichertenbezogen zu informieren),
 - Wechsel der Krankenkasse,
 - vorzeitige Neuversorgung.
- (8) Während der Anpassphase verloren gegangene Hörsysteme vergütet die BKK je Hörsystem mit einem Abschlag vom Vertragspreis gemäß Anlage 8a bzw. 8b. Der Versicherte (bzw. dessen gesetzlicher Vertreter) hat den Verlust des Hörsystems schriftlich nachvollziehbar zu erklären. Diese Erklärung ist der BKK unaufgefordert zur Verfügung zu stellen.

- (9) Stellt sich bei der Anpassung heraus, dass die vom Vertragsarzt verordnete Versorgung aus Gründen mangelnder Akzeptanz seitens des Kindes nicht möglich ist, erstattet die BKK dem Hörakustiker die unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach §§ 12 und 70 SGB V erbrachten Vorleistungen. Die Vorleistungen werden in Höhe der vereinbarten Servicepauschale gemäß Anlage 8a bzw. 8b je Hörsystem abgegolten. Erfolgt der Abbruch aufgrund einer nachfolgenden CI-Versorgung kann der Hörakustiker die durchgeführte Erprobung mit Hörsystemen in Höhe zweier Servicepauschalen zzgl. der angefallenen Otoplastiken mit der BKK abrechnen.
- (10) Nach Abschluss der Versorgung verloren gegangene oder unbrauchbar gewordene Hörsysteme (Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten nach Anpassung) vergütet die BKK in Höhe des Vertragspreises mit einem Abschlag gemäß Anlage 8a bzw. 8b je Hörsystem. Der Versicherte (bzw. dessen gesetzlicher Vertreter) hat den Verlust des Hörsystems schriftlich nachvollziehbar zu erklären. Diese Erklärung ist der BKK unaufgefordert zur Verfügung zu stellen.
- (11) Der Hörakustiker hat den Versicherten auf das Verlustrisiko des Hörsystems hinzuweisen und geeignete Maßnahmen zu treffen, um die Verlustwahrscheinlichkeit zu reduzieren (z.B. Sicherheitsclips, sofern möglich). Der Hörakustiker hat die Erziehungsberechtigten des Versicherten über den sicheren Umgang mit dem Hörsystem zu informieren.
- (12) Für Reparaturen bei Jugendlichen nach vollendetem 18. Lebensjahr wird bis zum Ablauf des sechsjährigen Regelversorgungszeitraums für Erwachsene, bzw. bis zur vorzeitigen Wiederversorgung weiterhin die für Jugendliche vereinbarte Servicepauschale jährlich vergütet.

§ 6 **Instandhaltung/Reparaturen**

- (1) Der Hörakustiker übernimmt für die Dauer des 4-jährigen Versorgungszeitraumes nach abgeschlossener Anpassung alle für eine einwandfreie Funktion der jeweilig abgegebenen Hörsysteme notwendigen Wartungs- und Reparaturarbeiten auf Basis der jeweils von der BKK zu zahlenden Servicepauschalen. Zu den notwendigen Wartungs- und Reparaturarbeiten zählen auch Arbeiten an der Otoplastik sowie der erforderlichen Nachversorgungen mit Otoplastiken. Die Servicepauschale umfasst sämtliche Dienstleistungs- und Materialkosten sowie die Energieversorgung; weitere Kosten können der BKK nicht in Rechnung gestellt werden. Wählt der Versicherte ein vom Hörakustiker aufzahlungsfrei angebotenes Produkt, sind alle anfallenden Wartungs- und Reparaturarbeiten, Materialkosten sowie Energieversorgung durch die pauschale Vergütung (Servicepauschale) abgegolten.
- (2) Auch bei vom Versicherten gewählten Versorgungsmöglichkeiten mit privater Aufzahlung wird die Servicepauschale für den gesamten Versorgungszeitraum an den Hörakustiker vergütet. Damit sind alle regulären Wartungsarbeiten, die mit der Funktionsfähigkeit der von der Leistungspflicht der BKK umfassten Komponenten abgegolten (§ 33 Abs.1 S.4 SGB V). Eine Aufzahlung für Reparaturen und Wartungen kann sich somit nur auf die Ausstattungsmerkmale des Hörsystems beziehen, die nicht von der Leistungspflicht der BKK umfasst sind.

Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Auszahlung der Servicepauschale.

- (3) Die Ausführung von Reparaturen nach Ablauf des 4-jährigen Versorgungszeitraums bedarf der vorherigen Zustimmung der BKK, sofern der Anteil der BKK an den Reparaturkosten 60,00 € netto übersteigt.
- (4) Für Leistungen, die nicht Gegenstand dieses Vertrages sind oder für die in diesem Vertrag keine Preisvereinbarungen getroffen worden sind, bedarf es vor Ausführung der vorherigen Zustimmung der BKK. Hierüber können abweichende Vereinbarungen getroffen werden.
- (5) Sofern Reparatur- und Wartungsarbeiten an den Hörsystemen erforderlich werden, stellt der Hörakustiker dem Versicherten der BKK kostenlos geeignete Ersatzgeräte für die Dauer der Reparatur zur Verfügung.

- (6) Schäden, die der Versicherte vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht, sind nicht durch die Servicepauschale abgegolten und werden nicht von der BKK vergütet.
- (7) Defekte, die vermeintlich auf Grund von Missbrauch oder offensichtlich unsachgemäßer Behandlung verursacht wurden, sind mit einer entsprechenden Sachstandsschilderung bzw. Stellungnahme des Versicherten der BKK anzuzeigen. Eine Verweigerung der Instandhaltung im Rahmen der Pauschale ist nur dann möglich, wenn nach Abstimmung mit der BKK von einem Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit auszugehen ist.
- (8) Gegenstand der Servicepauschale sind nicht die Kosten für den Ersatz von Sonderausstattungen, wie z.B. antiallergische Beschichtungen mit Metallen.
- (9) Wird die Neueinstellung des Hörsystems auf Grund einer Reparatur notwendig, ist diese Leistung entweder bereits mit der Vergütung der Servicepauschale oder den tatsächlichen Kosten der Reparaturleistungen abgegolten. Im Übrigen können die Kosten der Neueinstellung nach Ablauf des 4-jährigen Versorgungszeitraums der BKK nur auf Grundlage eines genehmigten Kostenvorschlags in Rechnung gestellt werden.
- (10) Mit der Servicepauschale verpflichtet sich der Hörakustiker die vereinbarten Instandhaltungsmaßnahmen zu erbringen. Nimmt der Versicherte der BKK wenige oder gar keine Leistungen in Anspruch, behält der Hörakustiker den vollen Betrag. Nimmt der Versicherte Leistungen in großem Umfang entgegen, muss der Hörakustiker diese Leistungen ohne privaten Eigenanteil des Versicherten erbringen, sofern das Hörsystem eigenanteilsfrei geliefert wurde. Der Hörakustiker verpflichtet sich den Versicherten auf die Notwendigkeit der regelmäßigen Wartung und evtl. weiterer Termine hinzuweisen, wenn diese erforderlich sind, die dauerhafte Gebrauchsfähigkeit der Hörsysteme zu gewährleisten.

§ 7 Abrechnung, Zahlung und Verrechnung

- (1) Für die Abrechnung, Zahlung und Verrechnung gilt § 8 des Grundvertrages entsprechend.
- (2) Die Regelungen bei der Abrechnung im Falle einer vorzeitigen Wiederversorgung beziehen sich bei der Kinderversorgung auf den Inhalt von § 4 Abs. 8 der Zusatzvereinbarung.
- (3) Zu den Regelungen in § 8 des Grundvertrages sind bei der Kinderversorgung auch § 5 Abs. 4 und 5 der Zusatzvereinbarung maßgeblich.
- (4) Forderungen aus Vertragsleistungen kann der Hörakustiker nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet ab dem Ende des Monats in dem die Anpassung abgeschlossen wurde, nicht mehr erheben.
- (5) Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung innerhalb von 12 Monaten heraus, dass die benannte BKK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen beziehungsweise Überzahlungen vom Hörakustiker zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Hörakustiker unverzüglich mitzuteilen. Rückgeforderte Beträge sind innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Hörakustiker zu begleichen.
- (6)

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung der Zusatzvereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.06.2023 in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 01.05.2023 abgegebenen Hörsysteme (Tag der Empfangsbestätigung) soweit alle vertraglichen Bedingungen entsprechend erfüllt sind. Folgeversorgungen

nach diesem Vertrag sind auch für alle Versorgungsmöglichkeiten, die vor Abschluss dieses Vertrages abgeschlossen wurden.

- (3) Bei einer Kündigung des Grundvertrages oder der Anlage 8a bzw. 8b sind laufende Versorgungsmöglichkeiten von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden dem Vertrag entsprechend zu Ende geführt und zwar bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes.
- (4) Für die Kündigungsfrist der Anlage 8a bzw. 8b gilt § 12 des Grundvertrages entsprechend.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung der vorstehenden Zusatzvereinbarung ganz oder teilweise nichtig/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 Vereinbarung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

IK der Filiale: _____

Firmen-/Betriebsname: _____

Adresse: _____

An die
Bundesinnung der Hörakustiker KdöR
Wallstraße 5
55122 Mainz

Selbstauskunft zur Teilnahme an der Versorgung mit Hörsystemen von Kindern/Jugendlichen bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres nach Anlage 6 zum Grundvertrag

Um an der Versorgung entsprechend der vertraglichen Bestimmungen teilnehmen zu können, erkläre ich/erklären wir hiermit verbindlich, dass die Versorgung und Nachbetreuung von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr ausschließlich von

☐ einem Hörakustikermeister

und / oder

☐ einem Hörakustiker mit einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung und mit der Zusatzausbildung zum Päd-Akustiker (bitte Namen eintragen)

durchgeführt wird **und** die folgende Mindestanforderung für eine kindgerechte und altersbezogene Anpasstechnik und Ausstattung vorhanden ist:

- Raumgröße mind. 8 qm
- kindgerechte Sicherheitsvorkehrungen
- Audiometer (IEC 645 Kl ½) mit ca. 3-8 Lautsprechern und der Möglichkeit, Sprachtestmaterialien abspielen zu können
- In-Situ (kindgerechter Sondenanschluss)
- Messbox mit Kinderkuppler oder Möglichkeit der Aufnahme unter Berücksichtigung der individuellen akustischen Gehörgangseigenschaften des Kindes (z.B. RECD)
- Tympanometer
- Lautheitsskalierung
- Konditionierungsinstrumente
- kindgerechte Prüfreize
- Kindersprachtester (mit Bildmaterial)
- Kinderspieltische oder Kinderspielecke, jeweils mit Kinderspielzeug

Achtung: Eine Teilnahme ist nur möglich, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind. Falsche Angaben können zum Wegfall der Lieferungsberechtigung nach dem Kindervertrag führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Betriebsinhabers oder des fachlichen Leiters

Stempel des Betriebes

**Vergütungsvereinbarung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
(Kindervertrag)**

Abrechnungscode/Tarifkennzeichen: 14 90 362

Hilfsmittel- Positions- Nummer	Kurzbezeichnung	Vertrag- spreis (netto)*	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA °
13.nn.nn.nnn je nach Hör- system	Vertragspreis, je Hörsystem , für einen Versorgungszeitraum von 4 Jahren bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres, inkl. Otoplastik	934,58 €	00, 04, 08,10,11 ⁴
13.99.01.5000	Funk- CROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11 *
13.99.01.6000	Funk- BICROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11 *
13.99.03.0nnn	drahtlose Übertragungsanlage (FM-Anlage): 1 Funkempfänger je Hörsystem und 1 Funksender	KVA	00 *
13.99.01.0001	Audioschuh	KVA	00 *
13.99.01.8nnn	1 Funksender zur FM-Anlage (Handmikrofon)	KVA	00 *
13.00.99.9511	Abschlag in € bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-93,46 €	04, 10, 11
13.00.99.9512	Abschlag in € bei Nachlieferung von verlorengegangenen Hörsystemen während der Anpassphase	-233,64 €	04, 10, 11
13.00.99.9513	Servicepauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme und Otoplastiken sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken, Batterieverversorgung, jährlich je Hörsystem bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres	294,12 €	13
13.00.99.9515 *	Servicepauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen von CROS- (13.99.01.5000) oder BICROS (13.99.01.6000) Versorgung jährlich je CROS-/BICROS-System bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres	294,12 €	13
13.00.99.9514	Rückvergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung und Wechsel der Krankenkasse für jedes nicht in Anspruch genommene Quartal innerhalb des Dienstleistungszeitraums bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres	73,53 €	
13.99.04.0nnn	(Funk)Signalsender (z.B. Türklingel- / Telefon- / Alarm-Sender / Personenruf, Baby-Sender, Rauchmelder ^{5/6})	KVA	00
13.99.04.1-2nnn	Signalempfänger	KVA	00

13.99.04.3nnn	Blitz- und Vibrationswecker ^{5/6}	KVA	00
13.99.04.4nnn	Ausgabehilfsmittel ohne Empfangsteil	KVA	00
13.99.04.5nnn	(Funk-)Signalempfänger mit Signalweiterleitung und -ausgabe auf einem Smartphone	KVA	00

^ogemäß den Richtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V in der Abrechnung anzugeben

1. Die ermittelten Beträge sind Höchstpreise (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer).
2. Die vorgenannten Vertragspreise können nur dann abgerechnet werden, wenn alle Leistungen aus dem Vertrag über die Versorgung von Patienten der Betriebskrankenkassen mit eigenanteilsfreien Hörsystemen erfüllt sind.
3. Für die Kündigungsfrist der Anlage 8a bzw. 8b (Vergütungsvereinbarung-Kindervertrag) gilt § 12 des Grundvertrages.
4. Bei der Abrechnung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.
5. Bei der Versorgung ist ggf. der jeweilige Gebrauchsgegenstandsanteil zu berücksichtigen.
6. Rauchmelder sind gemäß den aktuell geltenden Landesbauordnungen in allen Aufenthaltsräumen, in denen Personen bestimmungsgemäß schlafen (Schlafzimmer) sowie in Fluren, über die Rettungswege von Aufenthaltsräumen führen, anzubringen. Des Weiteren sind Kinderzimmer mit Rauchwarnmeldern auszustatten. Mit dem Antrag ist eine Schilderung der Wohnverhältnisse (Anzahl der Zimmer, Flure etc.) vorzulegen.

Vergütungsvereinbarung ab dem vollendeten 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Kindervertrag)

Abrechnungscode/Tarifkennzeichen: 14 90 364

Hilfsmittel- Positions- Nummer	Kurzbezeichnung	Vertrag- preis (netto)*	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA°
13.nn.nn.nnn je nach Hörsystem	Vertragspreis, je Hörsystem , für einen Versorgungszeitraum von 4 Jahren ab vollendetem 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres inkl. Otoplastik	934,58 €	00, 04, 08, 10, 11 ⁴
13.99.01.5000	Funk- CROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11
13.99.01.6000	Funk- BICROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11
13.99.03.0nnn	drahtlose Übertragungsanlage (FM-Anlage): 1 Funkempfänger je Hörsystem und 1 Funksen-	KVA	00
13.99.01.0001	Audioschuh	KVA	00
13.99.01.8nnn	1 Funksender zur FM-Anlage (Handmikrofon)	KVA	00
13.00.99.9511	Abschlag in € bei Nachlieferung von verlorengegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Anpassung	-93,46 €	04, 10, 11
13.00.99.9512	Abschlag in € bei Nachlieferung von verlorengegangenen Hörsystemen während der Anpassphase	-233,64 €	04, 10, 11
13.00.99.9513	Servicepauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörsysteme und Otoplastiken sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken für die, Batterieversorgung, jährlich je Hörsystem ab vollendetem 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	189,08 €	13
13.00.99.9515	Servicepauschale zur Abgeltung von Reparaturleistungen von CROS- (13.99.01.5000) oder BICROS (13.99.01.6000) Versorgung jährlich je CROS-/BICROS-System ab vollendetem 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	189,08 €	13
13.00.99.9514	Rückvergütung bei vorzeitiger Wiederversorgung und Wechsel der Krankenkasse für jedes nicht in Anspruch genommene Quartal innerhalb des Dienstleistungszeitraums ab vollendetem 10. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	47,27 €	
13.99.04.0nnn	(Funk)Signalsender (z.B. Türklingel- / Telefon- / Alarm-Sender / Personenruf, Baby-Sender, Rauchmelder ^{5/6})	KVA	00
13.99.04.1-2nnn	Signalempfänger	KVA	00
13.99.04.3nnn	Blitz- und Vibrationswecker ^{5/6}	KVA	00

13.99.04.4nnn	Ausgabehilfsmittel ohne Empfangsteil	KVA	00
13.99.04.5nnn	(Funk-)Signalempfänger mit Signalweiterleitung und -ausgabe auf einem Smartphone	KVA	00

°gemäß den Richtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V in der Abrechnung anzugeben

1. Die ermittelten Beträge sind Höchstpreise (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer).
2. Die vorgenannten Vertragspreise können nur dann abgerechnet werden, wenn alle Leistungen aus dem Vertrag über die Versorgung von Patienten der Betriebskrankenkassen mit eigenanteilsfreien Hörsystemen erfüllt sind.
3. Für die Kündigungsfrist der Anlage 8a bzw. 8b (Vergütungsvereinbarung-Kindervertrag) gilt § 12 des Grundvertrages.
4. Bei der Abrechnung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.
5. Bei der Versorgung ist ggf. der jeweilige Gebrauchsgegenstandsanteil zu berücksichtigen.
6. Rauchmelder sind gemäß den aktuell geltenden Landesbauordnungen in allen Aufenthaltsräumen, in denen Personen bestimmungsgemäß schlafen (Schlafzimmer) sowie in Fluren, über die Rettungswege von Aufenthaltsräumen führen, anzubringen. Des Weiteren sind Kinderzimmer mit Rauchwarnmeldern auszustatten. Mit dem Antrag ist eine Schilderung der Wohnverhältnisse (Anzahl der Zimmer, Flure etc.) vorzulegen.

Zusatzvereinbarung

über die bundesweite Versorgung von BKK – Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit Hörsystemen (WHO 4)

Präambel

Zusätzlich zu den Bestimmungen im Grundvertrag der Vertragsparteien über die Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen gelten für die Versorgung von an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit die nachfolgenden Regelungen.

§ 1

Gegenstand der Zusatzvereinbarung

- (1) Gegenstand der Zusatzvereinbarung ist die qualitative, hochwertige Versorgung von BKK-Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ab Vollendung des 18. Lebensjahres auf Grundlage einer ohrenärztlichen Verordnung (Vordruck für die vertragsärztliche Versorgung - Muster 15) mit Hörsystemen aller Technologien, entsprechend der Vorgaben der PG 13 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V in Verbindung mit den Hilfsmittelrichtlinien. Der Hörakustiker gewährleistet im Rahmen der Vertragspreise eine qualitativ hochwertige Versorgung mit digitalen Hörsystemen entsprechend des aktuellen Standes der Hörsystemtechnik.
- (2) Diese Zusatzvereinbarung 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 nach § 1 Abs.1 des Grundvertrages (vorzeitige Wiederversorgung) grundsätzlich 6 Jahre und beginnt mit dem Tag der Leistungserbringung (Empfangsbestätigung durch den Versicherten).
- (3) Zur Versorgung gehören neben den Leistungen des Grundvertrages noch folgende, darüberhin-
ausgehende Leistungen:
 - a) Den besonderen Bedürfnissen des beschriebenen Personenkreises ist sowohl im Umgang als auch in der Versorgung Rechnung zu tragen,
 - b) die Verstärkerleistung (mindestens 65 dB und darüber hinaus notwendige Verstärkungsreserven um einen 6-jährigen Regelgebrauchszeitraum sicherstellen zu können) der aufzahlungsfreien Hörsysteme müssen auch den Hörverlust von > 80 dB dieses besonderen Personenkreises soweit ausgleichen, dass in alltagsrelevanten Situationen das größtmögliche Hörverstehen damit ermöglicht wird und gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass Rückkopplungseffekte bei alltäglichem Gebrauch soweit ausgeschlossen sind, dass die Akzeptanz des Hörsystems/die Hörsysteme zu tragen, hierdurch nicht eingeschränkt wird (Optimierung des Verstehens unter störenden Umgebungsgeräuschen sowie in größeren Personengruppen).
 - c) Die Messverfahren sind hier an den physiologischen Möglichkeiten des Versicherten auszurichten und sind ggf. individuell unterschiedlich. Bei der Versorgung sind die aktuellen audiologischen Messverfahren (z.B. Ton- und Sprachaudiometrie, Hörfeldskalierung) einzusetzen. Der durch die Hörsystemeversorgung erzielte Hörgewinn ist anhand eines standardisierten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z.B. Freiburger Sprachtest) nachzuweisen und zu dokumentieren. Bei fehlendem Einsilber-Sprachverstehen sind fachlich geeignete Messverfahren und Tests (z.B. Freiburger Mehrsilbentest) zur Dokumentation zu verwenden. Die Messverfahren sind nachvollziehbar zu dokumentieren und bei der Übermittlung des Kostenvoranschlags mit einzureichen.

§ 2

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Mit den Vertragspreisen (Anlage 10) 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 6 Jahren abgegolten. Leistungen für Instandhaltungen und Reparaturen sowie die Nachlieferung von Otoplastiken für die Zeit nach Ablauf des Versorgungszeitraumes werden nach Anlage 1 bzw. 2 vergütet.
- (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 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. Der Leistungserbringer hält ein ausreichendes Sortiment an aufzahlungsfreien Hörsystemen vor. Ein entsprechendes Verzeichnis (Mindestangaben: 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, Gerätebezeichnung, Hersteller, Vertrieb ab, tatsächlicher Maximalwert (Scheitelwert) in 2 ccm-Kuppler-Bewertung, Anzahl Kanäle, Anzahl Programme, Art der Mikrofontechnik, Störgeräuschreduzierung (ja/nein), Audioeingang (ja/nein), Telefonspule (ja/nein) ist der BKK auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Eine allgemeine Abfrage zur Markterhebung ist hiervon ausdrücklich nicht umfasst.
- (3) In die vergleichende Anpassung ist stets mindestens ein aufzahlungsfreies Hörsystem einzubeziehen. Eine aufzahlungsfreie Versorgung setzt voraus, dass mit diesem Hörsystem das im Sprachaudiogramm ausgewiesene maximale Sprachverstehen weitestgehend erreicht wird. Bei einseitiger Taubheit ist im Rahmen der beidohrigen Versorgung die Verbesserung des Sprachverstehens beidohrig gegenüber einohrig unter Störschallbedingungen nachzuweisen. Bei Bedarf ist auch ein weiteres, aufzahlungsfrei angebotenes Hörsystem, z.B. mit Mehrmikrofontechnik, anzupassen. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung müssen die aufzahlungsfreien Hörsysteme einen weitestgehend gleichwertigen Hörgewinn bzw. ein weitestgehend gleichwertiges Sprachverständnis wie das Hörsystem mit dem im Einzelfall besten Ergebnis erzielen, bei einer Toleranz von maximal 10 Prozentpunkten. Eine Messung im Störschall erfolgt nicht. Die vergleichende Anpassung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der BKK bei der Einreichung des Kostenvorschlages zu übersenden.
- (4) Auf ausdrücklichen 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.
- (5) Aufzahlungsfähige Komponenten können sich ausschließlich auf Leistungen beziehen, die nicht Bestandteil der Leistung der GKV sind und ausdrücklich vom Versicherten als für ihn/sie notwendig erachtet werden. Die Mehrkosten sind im Kostenvorschlag entsprechend auszuweisen und die einzelnen Komponenten zu begründen. Der Versicherte bestätigt nach ausführlicher Belehrung über die Möglichkeit einer ausreichenden, aufzahlungsfreien Versorgung zu Lasten der GKV bei gleichem Hörergebnis den Wunsch der Aufzahlung durch seine Unterschrift auf der Mehrkostenerklärung (Anlage 3).

- (6) Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hörsystem und damit eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und somit 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.

§ 3 Ablauf der Versorgung

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag werden auf Basis einer ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) erbracht. Eine Folgeversorgung vor Ablauf des Versorgungszeitraums (vorzeitige Wiederversorgung) kann nur mit vorheriger Zustimmung der BKK erfolgen.
- (2) Aus der ohrenärztlichen Verordnung (Muster 15) muss hervorgehen, dass der Versicherte unter einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit entsprechend der WHO-Definition leidet. Die BKK kann auf die Vorlage nach Satz 1 verzichten, soweit es sich um eine Folgeversorgung nach dieser Zusatzvereinbarung handelt.
- (3) Die Fristen zur Entscheidung richten sich nach den Bestimmungen des SGB V.

§ 4 Vergütung

- (1) Für Leistungen innerhalb des Versorgungszeitraums (§ 3 Abs.1) gelten die Vertragspreise nach Anlage 10. Die Vergütung für Instandhaltungs- und Reparaturleistungen nach Ablauf des Versorgungszeitraums richtet sich nach Anlage 2, die Nachlieferung von Otoplastiken nach Ablauf des Versorgungszeitraums richtet sich nach Anlage 2. Sonstige notwendigen Nachbetreuungsleistungen, wie z.B. Wartungsarbeiten, können der BKK nach Ablauf von 6 Jahren nur auf Grundlage eines genehmigten Kostenvoranschlags in Rechnung gestellt werden.
- (2) Die Preise für die Otoplastik beinhalten nach dieser Zusatzvereinbarung auch die Kosten für antiallergische Beschichtung von Otoplastiken bei medizinischer Notwendigkeit, Winkel, Potentiometerabdeckung (Abdeckung des Lautstärkereglers), Batteriesicherung sowie standardfarbige Ausführungen von Hörsystemgehäusen und Otoplastiken. Dies gilt nicht für antiallergische Beschichtungen mit Metallen. Ein Zuschlag für die Verwendung von weichem Material für Ohrpassestücke wird nicht erhoben. Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge werden im Rahmen einer Hörsystemanpassung kostenfrei erstellt.
- (3) Eine erneute Versorgung bei innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Versorgung von verloren gegangenen oder unbrauchbar gewordenen Hörsystemen vergütet die BKK in Höhe des Vertragspreises mit einem Abschlag gemäß Anlage 10 je Hörsystem.
- (4) Vertraglich vereinbarte oder im Festbetragsgruppensystem enthaltene Abschläge auf die Vergütung dürfen dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.
- (5) Der Leistungserbringer übernimmt nach abgeschlossener Anpassung für die Dauer des Versorgungszeitraumes alle für eine einwandfreie Funktion des jeweiligen Hörsystems notwendigen Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten auf Basis einer Reparaturpauschale (Anlage 10). Im Weiteren gelten die Bestimmungen des § 7 des Grundvertrages.
- (6) Wechselt der BKK-Versicherte innerhalb des Versorgungszeitraums zu einem anderen Hörakustiker, regeln die beteiligten Leistungserbringer den Ausgleich im Innenverhältnis untereinander. Für die Höhe des Ausgleichs gilt die Regelung der Anlage 10 entsprechend.

Können sich die Leistungserbringer nicht über eine Verrechnung auf der Basis dieses Vertrages verständigen, ist die BKK berechtigt, den Ausgleich dergestalt vorzunehmen, dass sie beim abgebenden Leistungserbringer die auszugleichenden Beträge mit zukünftigen Forderungen verrechnen kann. Der die Versorgung übernehmende Leistungserbringer erhält von der BKK eine Gutschrift in Höhe der Regelung nach Anlage 10. Für den damit verbundenen Aufwand berechnet die BKK eine Kostenpauschale in Höhe von 45,00 € je Fall, die sie ebenfalls mit den künftigen Forderungen des abgebenden Leistungserbringers verrechnen kann.

Für die Reparaturpauschalen, die vor Abschluss dieses Vertrages gezahlt wurden, gilt die Regelung zu den Bedingungen der bisher gültigen Vereinbarungen, sofern der Hörakustiker diese anerkannt hatte.

- (7) Auch bei vom Versicherten gewählten Versorgungsmöglichkeiten mit privater Aufzahlung wird die Reparaturpauschale für den gesamten Versorgungszeitraum von 6 Jahren an den Hörakustiker vergütet. Damit sind alle regulären Wartungsarbeiten, die mit der Funktionsfähigkeit der von der Leistungspflicht der BKK umfassten Komponenten abgegolten (§ 33 Abs.1 S.4 SGB V). Eine Aufzahlung für Reparaturen und Wartungen kann sich somit nur auf die Ausstattungsmerkmale des Hörsystems beziehen, die nicht von der Leistungspflicht der BKK umfasst sind.

§ 5 Abrechnung, Zahlung und Verrechnung

Zu den Regelungen in § 8 des Grundvertrages ist bei der Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit auch § 3 dieser Zusatzvereinbarung maßgeblich.

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Diese Zusatzvereinbarung tritt am 01.06.2023 in Kraft. Sie gilt für alle ab 01.05.2023 endgültig abgegebenen Hörsysteme (§ 5 Abs.4 des Grundvertrages) soweit alle vertraglichen Bedingungen dieses Vertrages erfüllt sind.
- (2) Für die Kündigungsfrist der Anlage 10 gilt § 12 des Grundvertrages entsprechend.

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung der vorstehenden Zusatzvereinbarung 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.

Vergütungsvereinbarung für die Versorgung von BKK Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (WHO 4)

Abrechnungscode/Tarifkennzeichen: 14 90 363

Hilfsmittel – Positionsnum- mer	Kurzbezeichnung	Aufzahlungs- freier Vertragspreis (netto)*	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA °
13.20.10.nnnn	Vertragspreis je Hörsystem für an Taubheit grenzende Schwerhörige	734,81 €	00, 10, 11
13.20.14.2nnn	Kombiniertes Tinnitusgerät/ Hörsystem (Tinnitusinstrument)	781,92 €	00,10,11
13.99.01.5000	Funk- CROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11
13.99.01.6000	Funk- BICROS – Versorgung (Zuschlag)	KVA	00,10,11
13.99.03.0nnn	drahtlose Übertragungsanlage (FM-An- lage): 1 Funkempfänger je Hörsystem und 1 Funksender	KVA	00
13.99.01.0001	Audioschuh	KVA	00
13.99.01.8nnn	1 Funksender zur FM-Anlage (Handmikrofon)	KVA	00
13.99.99.1001	Abschlag in € bei Nachlieferung von ver- lorengegangenen oder unbrauchbar ge- wordenen Hörhilfen innerhalb von 6 Mo- naten nach Abschluss der Anpassung (13.20.10)	-157,86 €	11
13.99.99.1014	Abschlag in € bei Nachlieferung von ver- lorengegangenen oder unbrauchbar ge- wordenen Tinnituskombigeräten innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der An- passung (13.20.14.2)	- 183,45 €	11
13.99.99.9499	Reparaturpauschale zur Abgeltung von Reparatur- und Wartungsleistungen für Hörsysteme und Otoplastiken sowie der Folgeversorgung mit Otoplastiken für die Produktgruppen 13.20.10 und 13.20.14.2*, für die Dauer von 6 Jahren, je Hörsys- tem/Tinnitusinstrument	180,00 €	13
13.99.04.0nnn	(Funk)Signalsender (z.B. Türklingel- / Te- lefon- / Alarm-Sender / Personenruf, Baby- Sender, Rauchmelder ^{6/7})	KVA	00
13.99.04.1-2nnn	Signalempfänger		00
13.99.04.3nnn	Blitz- und Vibrationswecker ^{6/7}	KVA	00
13.99.04.4nnn	Ausgabehilfsmittel ohne Empfangsteil	KVA	00
13.99.04.5nnn	(Funk-)Signalempfänger mit Signalweiter- leitung und -ausgabe auf einem Smart- phone	KVA	00

° gemäß den Richtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V in der Abrechnung anzugeben

1. Die vorgenannten Vertragspreise können nur dann abgerechnet werden, wenn alle Leistungen aus dem Vertrag über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen erfüllt sind.
2. Die ermittelten Beträge sind Höchstpreise (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer).
3. Bezüglich der Gebührenpositionsnummern 13.20.09.nnnn und 13.00.99.9504 gilt Anlage 1.
4. Für die Kündigungsfrist der Anlage 9 (Vergütungsvereinbarung) gilt § 12 des Grundvertrages.
5. Bei der Abrechnung ist das Hilfsmittelkennzeichen „00“ (Neulieferung), „10“ (Folgeversorgung) oder „11“ (vorzeitige Wiederversorgung) zu verwenden.
6. Bei der Versorgung ist ggf. der jeweilige Gebrauchsgegenstandsanteil zu berücksichtigen.
7. Rauchmelder sind gemäß den aktuell geltenden Landesbauordnungen in allen Aufenthaltsräumen, in denen Personen bestimmungsgemäß schlafen (Schlafzimmer) sowie in Fluren, über die Rettungswege von Aufenthaltsräumen führen, anzubringen. Des Weiteren sind Kinderzimmer mit Rauchwarnmeldern auszustatten. Mit dem Antrag ist eine Schilderung der Wohnverhältnisse (Anzahl der Zimmer, Flure etc.) vorzulegen.

Beitrittserklärung für Betriebskrankenkassen (BKK)

Name der Betriebskrankenkasse

Ort, Datum

IK der Betriebskrankenkasse

zusenden an

BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover
Vorab per Mail: hilfsmittel@bkkmitte.de

Beitrittserklärung zum: ____ . ____ . 202__

Beitrittserklärung:

Den Vertrag über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) mit Hörsystemen nebst aller zugehörigen Anlagen zwischen den BKK Landesverbänden und der biha vom 25.04.2023 (AC/TK: 14 90 360 - 14 90 365) erkennen wir verbindlich an.

Gleichzeitig bestätigen wir, dass alle anderen bundesweit bestehenden Regelungen, die mit der biha als Vertragspartner geschlossen wurden und unserer BKK gegenüber bisher Wirkung entfaltet haben mit diesem Vertragsbeitritt ihre Gültigkeit unserer BKK gegenüber verlieren.

Die BKK kann Ihren Vertragsbeitritt mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.12.2024 kündigen. Diese Kündigung hat schriftlich gegenüber der biha (Kündigung gilt dann für alle Leistungserbringer gem. § 1 Abs. 5 Nr. 3 des Grundvertrages) sowie den Leistungserbringern gem. § 1 Abs. 5 Nr. 4 des Grundvertrages zu erfolgen und hat bundesweite Wirkung. Die BKK hat hierüber zeitgleich den BKK LV Mitte schriftlich zu informieren.

Ort, Datum, Unterschrift

Stempel der BKK

Ansprechpartner in Vertragsangelegenheiten für unsere Betriebskrankenkasse ist:

(Name, Vorname)

(PLZ Ort)

(Straße, Hausnummer)

_____/_____
(E-Mail-Adresse/Telefon-Nr.)

Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit Wasserschutzotoplastiken einschließlich Vergütungsvereinbarung

Abrechnungscode/Tarifikennzeichen: 14 90 365

1. Regelungsgegenstand

- 1.1. Gegenstand dieser Anlage ist die Regelung der Einzelheiten der qualitativ hochwertigen aufzahlungs-freien Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Wasser-schutzotoplastiken.
- 1.2. Die Regelungen der Anlage 6 dieses Vertrages finden grundsätzlich auch Anwendung auf Versorgung-
gen nach dieser Anlage mit Ausnahme der spezifischen Regelungen, die sich ausschließlich auf die
Versorgung mit Hörsystemen beziehen. So gelten beispielsweise nicht die Regelungen zur vergleichen-
den Anpassung, zum Versorgungszeitraum sowie zur Servicepauschale und die in § 2 Abs. 2 dieses
Vertrages genannten räumlichen Mindestanforderungen für eine kindgerechte und altersbezogene An-
passtechnik und Ausstattung mit Hörsystemen.

2. Voraussetzungen der Leistungserbringung und Abrechnung

- 2.1. Die Abgabe von Wasserschutzotoplastiken erfolgt auf Grundlage einer vom Vertragsarzt ausgestell-
ten sonstige Notwendigkeitsbescheinigung (Privatrezept - also kein Mustervordruck) und ist genehmi-
gungsfrei.
- 2.2. Mit der Empfangsbestätigung bestätigt der Erziehungsberechtigte u. a. den Erhalt der Wasser-
schutzotoplastik für das Kind. Die Empfangsbestätigung ist der Abrechnung beizufügen.
- 2.3. Für die Abrechnung von Leistungen nach dieser Anlage gilt abweichend von § 7 der Anlage 6 in Ver-
bindung mit § 8 Grundvertrag, dass anstelle der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung mittels
Mustervordruck eine sonstige Notwendigkeitsbescheinigung (Privatrezept – also kein Mustervordruck)
einzureichen ist.
- 2.4. Bei einer binauralen Versorgung muss die Hilfsmittelpositionsnummer zweimal angeliefert werden.

3. Leistungsbeschreibung und Vergütung

Hilfsmittelpositionsnummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung in EUR (netto)
13.00.20.0812 Kennzeichen Hilfsmittel: 00	• einfach zu reinigen • maßgefertigt • lange Haltbarkeit • schwimmfähig/schwebfähig • Schale mit Griff zum Herausnehmen, so- weit anatomisch machbar • Ein- oder Zweifarbig (Standardfarben) • weiches Material (35 bis 65 shore) • Silikon • Hautverträglichkeit • biokompatibles Material • re-/li-Kennung • Pro Ohr maximal 2 Wasserschutzotopla- tiken im Kalenderjahr (Ausnahmen nur in medizinisch begründeten Sonderfällen)	49,50 EUR je Ohr

Grundsätze der Datenlieferung über elektronische Kostenvoranschläge im Zusammenhang mit dem Grundvertrag, soweit laut Vertrag (§ 5 Abs.2) ein Kostenvoranschlag notwendig ist			
Feldbezeichnung	Erläuterungen	Pflichtfeld KT	Pflichtfeld LE
Leistungserbringer IK	IK der Betriebsstätte in der die VO angenommen und der Versicherte versorgt wird	M	M
Adresse Leistungserbringer	s.o.	K	M
Telefonnummer Leistungserbringer	s.o.	K	M
Ansprechpartner Leistungserbringer	Der die Versorgung durchführt und für den Kovo verantwortlich ist	K	M
Faxnummer Leistungserbringer	s.o.	K	K
Krankenversicherungsnummer	KV-Nr. lt. ärztl. VO oder entsprechend Vers-Karte, Alternativ, Angabe von Vorname, Nachname und Geburtsdatum	(M)	(M)
Vorname	Pflicht, wenn keine Versichertennummer angegeben	(M)	(M)
Nachname	Pflicht, wenn keine Versichertennummer angegeben	(M)	(M)
Geburtsdatum	Pflicht, wenn keine Versichertennummer angegeben	(M)	(M)
Kassen IK	s. Kostenträgerverzeichnis Anlage zu § 302 SGB V	M	M
Ansprechpartner Krankenkasse	Der die Versorgung durchführt und für den Kovo verantwortlich ist	M	K
Telefonnummer Ansprechpartner Krankenkasse	Der die Versorgung durchführt und für den Kovo verantwortlich ist	M	K
Lebenslange Vertragsarztnummer (LANR)		M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)
Betriebsstättennummer	Zusätzlich zur LANR anzugeben	M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)
Verordnungsdatum	Datum der ärztlichen Verordnung bzw. Datum des Antrages auf Kostenübernahme bzw. Datum der ersten Höranalyse	M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)
Diagnose	Lt. ärztliche VO (ICD 10) oder Klartext	M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)
Antragsdatum	Datum des Kostenvoranschlags	K	M
Abrechnungscode/Tarifkennzeichen	Siehe Vertrag	M	M
Hilfsmittelkennzeichen	siehe Vertrag und entsprechend der Anlage 3 der Richtlinien nach § 302 SGB V	M (soweit vorhanden)	M (soweit vorhanden)

Grundsätze der Datenlieferung über elektronische Kostenvoranschläge im Zusammenhang mit dem Grundvertrag, soweit laut Vertrag (§ 5 Abs.2) ein Kostenvoranschlag notwendig ist			
Feldbezeichnung	Erläuterungen	Pflichtfeld KT	Pflichtfeld LE
Hilfsmittelbesonderheit	Soweit im Vertrag vorhanden*	M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)
Belegnummer / Vorgangsnummer	zur Nachverfolgbarkeit des konkreten Vorgangs bei Rückfragen	M	(M)
Hilfsmittelpositionsnummern bzw. Abrechnungspositionsnummern	Siehe Vertrag (falls 10-steller abweichend von Himipos-Nr.-Verz; sonst Hilfsmittelpositionsnummernverzeichnis (immer 10-steller), Sofern bundeseinheitlich noch keine zehnstelligen Hilfsmittelpositionsnummern vergeben wurden, die Struktur der jeweiligen Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V jedoch bereits existiert, muss die erste bis sechste Stelle der Hilfsmittelposition (Produktuntergruppe) angegeben werden. An die siebte Stelle ist grds. die Ziffer „0“ einzufügen. An die achte Stelle ist grds. die Ziffer „9“ einzufügen. Die neunte und zehnte Stelle ist mit „0“ zu füllen. Soweit die Produktart (erste bis siebte Stelle) bekannt ist, ist an Stelle der „0“ die tatsächliche Produktart anzugeben.	M	M
Menge	Anzahl der abgegebenen Leistungen (bezieht sich auf die jeweilige Himi-Pos-nr.	M	M
Einheit	Kann „Stück“ oder „Pauschale“ sein	M	M
Preis	Bruttobetrag der jeweiligen Leistung (bezogen auf Himi-pos-nr)	M	M
Zuzahlungsbetrag	Gesetzliche Zuzahlung	M	K
Eigenanteil Versicherter (nur Aufzahlung)	Kostenanteil des Versicherten (brutto) ohne Zuzahlung	M (wenn vorhanden)	M (wenn vorhanden)

* zur Zeit noch nicht im Vertrag geregelt.

Anlagen:

Folgende Images müssen dem Kovo (soweit vertraglich gefordert) beigelegt werden. Geeignete Datenformate sind: JPG, TIF oder PDF

- Vertragsärztliche Verordnung (soweit vertraglich gefordert)
- Ton- und Sprachaudiogramm (e)
- Anlage 3 (Mehrkostenerklärung) (soweit Mehrkosten entstehen)
- ggf. weitere, zur Leistungsentscheidung notwendige, Unterlagen wie z.B. Begründung bei vorzeitiger Wiederversorgung (siehe § 5 Abs. 3) oder Erläuterungen zu berufsbedingtem Mehraufwand (siehe § 5 Abs. 7).

Soweit bei einem Vorgang aus vertraglichen Gründen einzelne Anlagen nicht erforderlich sind (z.B. Muster 15 bei Folgeversorgung, Reparaturen) muss diese Anlage nicht angefügt werden, auch nicht als „Dummy“-Anlage.

Legende

Abkürzung	Bedeutung
KT	Kostenträger
LE	Leistungserbringer
Pflichtfeld...: M	Das Feld ist zwingend zu übertragen
Pflichtfeld...: K	Das Feld kann entfallen
Pflichtfeld...: (M)	Das Feld kann unter bestimmten Umständen entfallen, siehe Spalte „Erläuterungen“