

Hörakustik aktuell

VERTRAGSPARTNERSCHAFT MIT DEN GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

BIHA Verträge

- AOK Bundesverband
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- VdEK
- BKK Landesverbände
- Vertrag Siemens BKK, pronova BKK, Schwenninger (jetzt vivida) BKK und Audi BKK (ein gemeinsamer Vertrag für diese vier BKK)
- IKK Classic
- IKK Verbund
- Knappschaft/LKK
- Bahn BKK
- BIG
- BG

Hinweis: BKK securvita, Daimler BKK und BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg – Abrechnung nach Vertrag IKK Classic!

! Diese Verträge gelten bundesweit für die jeweiligen Kassen.

UNTERLAGEN

Unterlagen, die bei verschiedenen Krankenkassen der Abrechnung beizufügen sind:

- **VdEK** – immer Anpassbericht und Empfangsbestätigung/Mehrkostenerklärung (Anhang 4.1, 4.2 oder 4.3)
- **Knappschaft/LKK** – immer Bericht zur Hörgeräteversorgung Teil 1 und Teil 2 und Erklärung zur Versorgung mit Mehrkosten, Anpassbericht
- **IKK Classic** – immer Versichertenerklärung zur Hörgeräteversorgung und Anpassbericht
- **Pronova BKK, Siemens BKK, Schwenniger (jetzt Vivida) BKK und Audi BKK** – immer Erklärung zur Versorgung mit Mehrkosten und Anpassbericht
- **Viactiv BKK, BKK Gildemeister/Seidensticker, Mobil BKK, Heimat BKK, Bertelsmann BKK** – immer Vertragsleistungserklärung und Anpassbericht

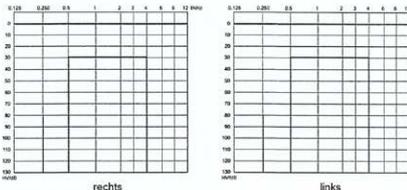
! Hinweis: Das Fehlen der aufgeführten Unterlagen führt bei diesen Krankenkassen in der Regel immer zu Absetzungen.

BERATUNGS- UND DOKUMENTATIONSPFLICHT

Der Pflicht richtig nachkommen – Der Anpassbericht

Anpass- und Abschlussbericht des Hörakustikers Anhang 5a

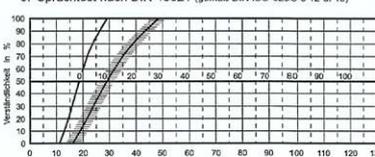
1. Name: _____
 2. Vorname: _____ 3. geb.: _____
 4. Anschrift: _____
 5. Telefon: _____
 6. Kostenträger: _____
 7. Behandelnder Facharzt: _____
 8. Ton-Audiogramm, Relativ-Darstellung der Messwerte



Luftleitung:
 rechts: O — O
 links: X — X
 U-Grenze: IIII
 Vertikübung: —

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

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



Versorgungsart: LL KL

HdO IdO CROS BICROS

Angepasste/s Hörsystem/e:
 R: _____
 L: _____

für bestmögliches Sprachverstehen bei 65 dB
 Angepasste Otoplastik/en: R _____ L _____

SE IO-Schale/Plastik

hart weich Schim Dome

sonstiges: _____

Zusatzbohrung: mm _____ offen

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

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

a) beidseitige Versorgung

Nutzschall	65dB	65dB	65dB	65dB
Störschall	-	60dB	-	60dB
ohne Hörsystem	___ %	___ %	ohne Hörsystem	___ %
mit Hörsystem	___ %	___ %	mit Hörsystem	___ %
Hörgewinn	___ %	___ %	Hörgewinn	___ %
	(≥ 20%-Punkte)	(≥ 10%-Punkte)		(≥ 10%-Punkte)

b) einseitige Versorgung

	rechts	links
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Angaben zur Hörgeräte-Anpassung nach den geltenden Hilfsmittel-Richtlinien Anhang 5a

1. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten beidohrige Versorgung gem. § 21 Abs.1 Hilfsm-RL (Regelversorgung) JA NEIN

a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt bei wenigstens einer Prüffrequenz zwischen 500 und 4000Hz mindestens 30dB auf dem besser hörenden Ohr, bei 65dB nicht größer als 80%,

b) Die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem besser hörenden Ohr bei 65dB nicht größer als 80%,

c) und es besteht der Entschluss des Patienten das Hörsystem, zu tragen § 27 Abs.3 Hilfsm-RL,

d) und das Hörsystem kann durch den Patienten oder deren Hilfspersonen bedient werden § 27 Abs.3 Hilfsm-RL.

2. Ton- und Sprachaudiometrische Kenndaten einohrige Versorgung gem. § 22 Abs.1 und Abs.4 Hilfsm-RL (Ausnahmeversorgung)

a) Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt auf dem schlechteren Ohr mindestens 30dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000Hz,

b) und die Verstehensquote für einsilbige Wörter mit Kopfhörer ist auf dem schlechter hörenden Ohr bei 65 dB nicht größer als 80%,

3. CROS Versorgung gem. § 29 Abs.3 Hilfsm-RL

a) einseitige Taubheit (nicht versorgbares Ohr)

b) BICROS Versorgung, da Hörverlust gem. § 21 Abs. 1 Hilfsm-RL zusätzlich am besseren Ohr

c) hochgradige Asymmetrie des Gehörs

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

5. Hörgeräte-Versorgung bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen

6. Vorzeitige Wiederversorgung gem. § 31 Hilfsm-RL

7. Sprachverstehen nach vergleichender Anpassung mit verschiedenen Hörgeräten Freiburger

Einsilber
 Mehrsilber

8. Bemerkungen: _____

Nachweis mittels Freiburger Sprachtest zum Hörgewinn bei der Hörgeräteversorgung					
Hörgerät	Hilfsmittel-Positionsnummer	aufzahlungs-frei	Ohr-seite R / L	Sprachverstehen	
				Freifeld: Nutzschall 65dB	Freifeld: Nutzschall 60dB
1				%	%
2				%	%
2				%	%

Anpassbericht – Dokumentation der Daten der abgegebenen bzw. aufzahlungs-freien Versorgung

- Erfolgsmessung mit Freiburger Einsilbertest in Ruhe sowie im Störschall
- Angabe des abgegebenen Hörsystems und des gegebenenfalls getesteten aufzahlungs-freien Hörsystems in Tabelle

Der Pflicht richtig nachkommen – Empfangsbestätigung / Mehrkostenerklärung VdEK

Drei verschiedene Varianten – Anhang 4.1, 4.2 oder 4.3 sind immer den
Abrechnungen für die Ersatzkrankenkassen beizufügen.

②

Anhang 4.1 – Empfangsbestätigung des Versicherten

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

**Empfangsbestätigung des Versicherten
Patientenbogen zur Hörsystemversorgung**

Angaben zur aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung	
10 stellige Hilfsmittelnnummer des Hörsystems rechts	Bezeichnung des Hörsystems
10 stellige Hilfsmittelnnummer des Hörsystems links	Bezeichnung des Hörsystems
Datum	Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Empfangsbestätigung der(s) Versicherten:

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

Datum _____
Unterschrift der(s) Versicherten _____

vdek Vertrag 01.07.2015 25 von 60

Der Anhang 4.1 – Empfangsbestätigung für eine aufzahlungsfreie Hörsystemversorgung.

Der Anhang 4.2 – Empfangsbestätigung und Mehrkostenerklärung für eine aufzahlungspflichtige Hörsystemversorgung, wenn der Versicherte keine aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung testen wollte.

Der Anhang 4.3 – Empfangsbestätigung und Mehrkostenerklärung für eine aufzahlungspflichtige Hörsystemversorgung, wenn der Versicherte vorher eine aufzahlungsfreie Hörsystemversorgung getestet hat.

②

Anhang 4.2 – Empfangsbestätigung des Versicherten / Erklärung Mehrkosten

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

**Empfangsbestätigung des Versicherten
Patientenbogen zur Hörsystemversorgung**

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

Empfangsbestätigung* / Erklärung zu Mehrkosten

Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, **keine** aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung zu erproben.

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

Datum _____

* Gilt ab 01.07.2015

vdek Vertrag 01.07.2015

②

Anhang 4.3 – Empfangsbestätigung des Versicherten / Erklärung Mehrkosten

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

**Empfangsbestätigung des Versicherten
Patientenbogen zur Hörsystemversorgung**

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

Empfangsbestätigung* / Erklärung zu Mehrkosten

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

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

Datum _____
Unterschrift der(s) Versicherten _____

* Gilt ab 01.07.2015

vdek Vertrag 01.07.2015 27 von 60

Andere Mehrkostenerklärungen – Verträge der verschiedenen BKK

7

Datenfeld Versicherter / Angaben Krankenversicherungskarte

Datenfeld Leistungserbringer (Ärztin) / Name - Adresse - IK

Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten

Ich bin über das moderne und qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden.

Ich habe aufzahlungsfreie Hörsysteme ausprobiert, mit denen meine individuelle Hörminderung in alltagsrelevanten Hörsituationen getestet wurde und mit denen ich gut zurechtkam.

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

Ich wünsche deshalb eine Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Vor meiner Entscheidung bin ich vom Hörakustiker meiner Wahl ausführlich darüber aufgeklärt worden, dass ich die Mehrkosten für das von mir gewählte Hörsystem und die damit in Zusammenhang stehenden Mehrkosten ggf. auch für Reparaturen selbst zu tragen habe. Ich habe mich für das ausgewählte Hörsystem ausschließlich aus folgenden Gründen entschieden / Folgende Ausstattungsmerkmale sind für mich dabei maßgeblich:

berufliche Gebrauchsvorteile:

Funk-/Schnittstellentechnologie subjektive Faktoren (Klang etc.)

mehr Hörprogramme als audiologisch notwendig (situationsbedingt – bitte Begründung angeben)

mehr Kanäle als audiologisch notwendig (bitte Begründung angeben)

Komfortmerkmale (bitte diese Ausstattungsmerkmale konkret benennen)

sonstiges (bitte in einfachen Worten schildern)

eine Versicherteninformation (Anhang) habe ich erhalten.

Empfangsdatum _____ Unterschrift _____

Anhang: Versicherteninformation

Anlage 4 zum Grundvertrag zwischen den BKK LV und der biha vom 01.08.2017

7

Anlage 4 zum Grundvertrag zwischen den BKK LV und der biha vom 01.08.2017

Angaben des Hörakustikers zur Patientenerklärung zu Mehrkosten:

Der/Die BKK-Versicherte _____ hat sich für ein Hörsystem mit Aufzahlung entschieden.

Folgendes aufzahlungsfreies Hörsystem wurde von der/vom BKK-Versicherten ausgiebig getestet:

Hilfsmittelpositionsnummer des Hörsystems, Bezeichnung des Hörsystems _____

Er/Sie hat sich für folgendes Hörsystem entschieden:

Hilfsmittelpositionsnummer des Hörsystems, Bezeichnung des Hörsystems _____

Sollten die Hörsysteme noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sein, ist die genaue Bezeichnung des Hörsystems und des Herstellers anzugeben. Bitte fügen Sie in diesem Fällen auch Informationen zu den technischen Daten/Spezifikationen (Datenblatt) bei.

Datum _____ Unterschrift und Stempel des Hörakustikers _____

BKK Vertrag vom 01.08.2017 aufzahlungsfreie Hörsysteme-Versorgung 25 von 60

Vertrag BKK Landesverbände – Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten und Angaben des Hörakustikers zur Patientenerklärung zu Mehrkosten – sind bei Versorgung mit Mehrkosten der Abrechnung beizufügen.

6

Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter/Angaben Krankenversicherungskarte

Datenfeld Leistungserbringer (Absender)/Name - Adresse - IK

Erklärung zur Versorgung mit Mehrkosten

Ich bin über das moderne und qualitativ hochwertige Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden.

Ich wünsche ...

eine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen.

oder

keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen. Ich wurde konkret über die Höhe der von mir zu tragenden Mehrkosten für das Hörsystem sowie über die Möglichkeit, etwaiger Folgekosten/Mehrkosten für Reparaturen aufgeklärt (§ 127 Abs.4a S.4 i.V.m. S.2 SGB V/HVVG).

oder

die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Ich wurde konkret über die Höhe der von mir zu tragenden Mehrkosten für das Hörsystem sowie über die Möglichkeit, etwaiger Folgekosten/Mehrkosten für Reparaturen aufgeklärt (§ 127 Abs.4a S.4 i.V.m. S.2 SGB V/HVVG). Ich habe aufzahlungsfreie Hörsysteme ausprobiert, mit denen meine individuelle Hörminderung in alltagsrelevanten Hörsituationen getestet wurde und mit denen ich gut zurechtkam.* Ich habe mich für das ausgewählte Hörsystem ausschließlich aus folgenden Gründen entschieden:

Bequemlichkeit/Komfort

Ästhetik (Größe, Design etc.)

berufliche Gebrauchsvorteile

subjektive Faktoren (Klang etc.)

Funk-/Schnittstellentechnologie

Fernbedienung

mehr Hörprogramme als für einen möglichst weitgehenden audiologischen Ausgleich des Hörvermögens erforderlich

mehr Kanäle als für einen möglichst weitgehenden audiologischen Ausgleich des Hörvermögens erforderlich

Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden. ja nein

Begründung: _____

Empfangsdatum _____ Unterschrift der/des Versicherten _____

*gilt ab 01.11.2017

promova BKK, Siemens BKK, Audi BKK, Schwenninger BKK

Vertrag Siemens, Pronova, Schwenninger (Vivida) und Audi BKK – Erklärung zur Versorgung mit Mehrkosten – ist immer der Abrechnung beizufügen.

4

Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten*

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 Versichererinformation habe ich erhalten.

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, trage ich.

Obwohl ich über die 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 auflisten)

Merkmale des Bedienungskomforts: _____ und/oder,

Merkmale der Ästhetik: _____ und/oder,

sonstiges: _____ bedingt.

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

Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden.

Angabe der ausgeübten Tätigkeit: _____

Beschreibung der Arbeitssituation, in der Hörprobleme auftreten: _____

Besondere Eigenschaften des Hörsystems: _____

Mit der Weitergabe des Kostenvorschlags (inklusive der Mehrkosten) an meine Krankenversicherung bin ich einverstanden.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

*gilt ab 01.11.2015

IKK Verbund Vertrag 01.11.2015 19 von 36

3

Versichertenerklärung zur Hörgeräteversorgung

Datenfeld Versicherter / Angaben Krankenversicherungskarte

Datenfeld Leistungserbringer (Absender) / Name - Adresse - IK

Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot eines Hörsystems zum Ausgleich meiner individuellen Hörminderung in allen alltagsrelevanten Hörsituationen informiert. Hierzu wurde mir vor Beginn der Anpassung von meinem Hörgeräteakustiker die Versicherteninformation der IKK classic ausgehändigt.

Ich habe mich für die Versorgung mit einem aufzahlungsfreien Hörsystem entschieden.

oder

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, habe ich selbst zu tragen.

oder

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, habe ich selbst zu tragen. Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung (gemäß Kostenvorschlags-Nummer: _____) ist insbesondere durch

Bequemlichkeit /Komfort

Ästhetik (Größe, Design etc.)

subjektive Faktoren (Klang etc.)

Funk-/Schnittstellentechnologie

mehr Kanäle als audiologisch notwendig

Fernbedienung

mehr Hörprogramme als audiologisch notwendig bedingt.

Ich habe mich beruflich bedingt* für ein die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden, das folgende besondere Merkmale aufweist:

berufliche Tätigkeit: _____

* (Die Prüfung ob es sich um einen beruflich bedingten Mehraufwand handelt, erfolgt durch die IKK classic anhand der erforderlichen Unterlagen (z.B. Arbeitsplatzbeschreibung, persönliche Stellungnahme, ... durch den Versicherten)

Das von mir gewählte Hörgerät habe ich erhalten.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Hinweis: Die Versichertenerklärung ist nur gültig, wenn sie vollständig ausgefüllt ist.
Angaben des Hörgeräteakustikers zu den angepassten endgültig abgegebenen Systemen:

Bitte geben Sie stets die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer an. Hörsysteme, die noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind, sind mit der genauen Bezeichnung des Herstellers unter Befähigen der technischen Daten/Spezifikationen (Datenblatt vorliegen) zu versehen.

Hilfsmittelpositionsnummer des Hörsystems	Bezeichnung des Hörsystems
Hilfsmittelpositionsnummer des Hörsystems	Bezeichnung des Hörsystems
Datum	Unterschrift und Stempel

Anlage 8 zum Gesundheitsvertrag zwischen der IKK classic und der Krankenkasse

Vertrag IKK Classic – Versichertenerklärung zur Hörgeräteversorgung – ist immer der Abrechnung beizufügen.

Vertrag IKK Verbund – Mehrkostenerklärung des Versicherten – ist bei Versorgung mit Mehrkosten der Abrechnung beizufügen.

WORAUF MÜSSEN SIE ACHTEN?

Die wichtigsten Genehmigungsregeln

1. VdEK – Barmer, Techniker KK, DAK, KKH, HKK, HEK

Bei **Versichertenstatus 5** (Rentner) ist zu Beginn der Versorgung immer eine Versorgungsanzeige einzureichen (einzige Ausnahme: Barmer – hier muss bei Status 5 bei regulären Folgeversorgungen nichts zur Genehmigung eingereicht werden).

Bei **Versichertenstatus 3** (Erwachsene) ist zu Beginn der Versorgung immer eine Versorgungsanzeige einzureichen.

Bei **Versichertenstatus 1** (Mitglied) **und nicht berufstätig**: ist zu Beginn der Versorgung immer eine Versorgungsanzeige einzureichen.

Bei **Versichertenstatus 1** (Mitglied) **und berufstätig**:

- Wenn der Versicherte eine **aufzahlungsfreie Versorgung testet, sich aber endgültig für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entscheidet** (Unterschrift auf Anhang 4.3!) muss vor Ende der Anpassung immer ein **Kostenvoranschlag** zur Genehmigung eingereicht werden.
- Versicherter möchte von Anfang an keine aufzahlungsfreie Versorgung testen (testet ausschließlich aufzahlungspflichtige Hörgeräte!) und entscheidet sich auch für ein aufzahlungspflichtiges Hörgerät (Unterschrift auf Anhang 4.2!) – **keine Versorgungsanzeige und keinen Kostenvoranschlag** zur Genehmigung einreichen – Versorgung kann direkt abgerechnet werden.
- Versicherter entscheidet sich für aufzahlungsfreie Versorgung (auch wenn er aufzahlungspflichtige Hörgeräte getestet hat; Unterschrift auf Anhang 4.1!) – **keine Versorgungsanzeige und keinen Kostenvoranschlag** zur Genehmigung einreichen – Versorgung kann direkt abgerechnet werden.

2. Vertrag BKK Landesverbände

Wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich für eine Versorgung mit Aufzahlung entscheidet, ist am Ende der Anpassung ein Kostenvoranschlag bei der Kasse zur Genehmigung einzureichen.

3. Vertrag IKK Classic

Bei Versicherten mit Versichertenstatus 1, einer vergleichenden Anpassung (aufzahlungsfreie Geräte wurden getestet) und Entscheidung für eine Versorgung mit Aufzahlung (auf der Mehrkostenerklärung wurde das dritte Kästchen angekreuzt!) ist am Ende der Anpassung ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen.



Bei allen anderen Kassen müssen in der Regel nur **Versorgungen mit beruflich bedingten Mehrkosten vor der Abrechnung zur Genehmigung eingereicht werden.**

Vorzeitige Folgeversorgungen sind in der Regel immer genehmigungspflichtig.

Vertraglich nicht vereinbarte Hilfsmittel (Lichtsignalanlagen, CI-Versorgungen etc.) sind immer genehmigungspflichtig.

Wichtig: Das Genehmigungsdatum sollte im Idealfall vor dem Abgabedatum der Hilfsmittel liegen.