

**Fragen und Antworten zum Thema
Hörgeräteversorgung/„verkürzter Versorgungsweg“
(Stand: 28.11.2018)**

Inhalt

I. Einleitung.....	5
II. Allgemeines	6
1. Welche Hörgeräte bezahlen die Ersatzkassen?	6
2. Was bedeutet Aufzahlung und Zuzahlung? Was versteht man unter einem Festbetrag?	6
3. Wie unterscheiden sich aufzahlungsfreie von aufzahlungspflichtigen Hörgeräten?	7
4. Was leisten Hörgeräte, die die Ersatzkassen bezahlen? Wie gut ist deren Qualität?	7
5. Warum müssen Versicherte für manche Hörgeräte Aufzahlungen leisten? Wie sind die Aufzahlungen geregelt?	7
6. Sind Hörgeräte, für die Versicherte zuzahlen müssen, besser als aufzahlungsfreie Modelle?	7
7. Worauf sollten Versicherte bei der Wahl eines Hörgerätes achten?	7
III. Hörgeräteversorgung nach dem „klassischen“ Versorgungsweg	9
1. Erstversorgung.....	9
1.1. Wer hat Anspruch auf ein Hörgerät?.....	9
1.2. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „klassischen“ Versorgungsweg ab?	9
2. Folgeversorgung und Nachbetreuung	10
2.1. Wann haben Versicherte Anspruch auf ein neues Hörgerät? (Folgeversorgung).....	10
2.2. Was geschieht, wenn die Leistung des Hörgerätes nicht mehr ausreicht? (Folgeversorgung).....	10
2.3. Welche Leistungen gibt es bei Defekten, Verlust oder Verschmutzung des Hörgeräts (Nachbetreuung).....	10
2.4. Wer übernimmt Neueinstellungen bzw. Nachjustierungen des Hörgeräts? (Nachbetreuung).....	10
IV. Hörgeräteversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ (neuer Vertrag)	11
1. Der neue Vertrag der Ersatzkassen	11
1.1. Warum bieten die Ersatzkassen einen neuen Versorgungsweg zusätzlich an?.....	11
1.2. Ab wann gilt der neue Versorgungsvertrag – und wer profitiert davon?.....	11
1.3. Was ändert sich für HNO-Ärzte mit dem neuen Vertrag?.....	11
1.4. Was versprechen sich die Ersatzkassen von dem neuen Vertrag?.....	11
1.5. Benötigen HNO-Praxen für die neuen Aufgaben eine zusätzliche Ausstattung?.....	12
1.6. Gibt es Qualitätsabstriche, wenn HNO-Ärzte im „verkürzten Versorgungsweg“ neue Aufgaben übernehmen?.....	12
1.7. Ist durch den Vertrag sichergestellt, dass die HNO-Ärzte Arbeiten eines Hörgeräteakustikers nicht als IGeL-Leistungen verkaufen?.....	12
2. Neuerungen und Verbesserungen für Versicherte	12
2.1. Was ändert/verbessert sich für die Versicherten mit dem „verkürzten Versorgungsweg“?	12
2.2. Haben Versicherte auch im „verkürzten Versorgungsweg“ Anspruch auf Reparatur, Ersatz, Folgeverordnungen etc. (Folgeversorgung und Nachbetreuung)?	13
2.3. Müssen Versicherte den „verkürzten Versorgungsweg“ wählen?.....	13
2.4. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ ab?	13

2.5. Für welchen Versorgungsweg sollen sich Versicherte entscheiden?	14
2.6. Wo erfahren Versicherte, welche Ärzte den neuen Versorgungsweg anbieten?	14
2.7. Was können Versicherte tun, wenn ihr Arzt den „verkürzten Versorgungsweg“ nicht anbietet? ..	14
V. Hintergrundinformationen	15
1. Wie viele HNO-Vertragsärzte gibt es in Deutschland?	15
2. Wie viele Hörgeräteakustiker gibt es in Deutschland?	15
3. Wieviel geben die Krankenkassen für die Versorgung mit Hörhilfen aus?	15

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortliche: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation
Redakteure: Tobias Kurfer (Abteilung Kommunikation); Anika Reichelt, René Klinke,
Sabrina Stolle (Abteilung ambulante Versorgung)
Grafiken/Daten/Layout: Manfred Schild (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon/Telefax: Tel.: 0 30/2 69 31 - 1205, Fax: 0 30/2 69 31 - 29 15

E-Mail: presse@vdek.com

I. Einleitung

Mit einem neuen Vertrag bieten die Ersatzkassen ihren Versicherten einen zusätzlichen Versorgungsweg bei der Hörgeräteversorgung an. Dieser „verkürzte Versorgungsweg“ soll es ihnen ermöglichen, sich bei der Auswahl eines Hörgerätes von ihrem HNO-Arzt beraten zu lassen. Bislang war dies für Ersatzkassenversicherte nur beim Hörgeräteakustiker möglich. Der bisherige „klassische“ Versorgungsweg bleibt weiterhin bestehen. Versicherte haben damit die Wahl zwischen zwei Versorgungsformen. Die Ersatzkassen erhoffen sich auch, dass durch den zusätzlichen Versorgungsweg die Aufzahlungen der Versicherten für Hörhilfen gesenkt oder ganz vermieden werden.

II. Allgemeines

1. Welche Hörgeräte bezahlen die Ersatzkassen?

Die Ersatzkassen bezahlen Hörgeräte, die der technischen Mindestausstattung gemäß dem Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) entsprechen. Die technische Mindestausstattung orientiert sich an einem Urteil des Bundessozialgerichts von 2009 (B 3 KR 20/08 R). Laut dem Richterspruch haben GKV-Versicherte Anspruch auf die Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt – vorausgesetzt dies bietet im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil. Hörgeräte mit der technischen Mindestausstattung verfügen zum Beispiel über eine Störschallunterdrückung und haben mehrere Kanäle für verschiedene Frequenzbereiche. Als Minimum bei der Ausstattung gelten die „Ausstattungskriterien des Festbetrages“, d. h. das Gerät muss mit mindestens vier Kanälen ausgestattet sein. (Siehe auch 2. Was bedeutet Aufzahlung und Zuzahlung? Was versteht man unter einem Festbetrag?)

Eine Vielzahl von Hörgeräten entspricht diesen Anforderungen und ist für die Versicherten aufzahlungsfrei. Hörgeräteakustiker bieten aber auch Hörgeräte an für die Versicherte Aufzahlungen leisten müssen, das können teilweise 2.200 Euro oder mehr sein. Dennoch leisten diese teuren Geräte in den meisten Alltagssituationen nicht mehr, als aufzahlungsfreie Modelle. (Vgl.: 3. Wie unterscheiden sich aufzahlungsfreie von aufzahlungspflichtigen Hörgeräten?)

2. Was bedeutet Aufzahlung und Zuzahlung? Was versteht man unter einem Festbetrag?

Für Hörgeräte sowie einige andere Hilfsmittel und Arzneimittel legt der GKV-Spitzenverband Höchstbeträge für die Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen fest – die sogenannten **Festbeträge** (§ 36 SGB V). Festbeträge für Hörgeräte unterscheiden sich je nach medizinischer Ausstattung und Verstärkerleistung, sie decken grundsätzlich die Kosten für ein Gerät mit der medizinisch notwendigen Ausstattung ab. Wählt ein Versicherter ein Hörgerät, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, zum Beispiel weil es mit Zusatzfunktionen ausgestattet ist, muss er für die Differenz selbst aufkommen, man spricht dann von „**Aufzahlung**“ bzw. „**wirtschaftlicher Aufzahlung**“.

Für bestimmte Gesundheitsleistungen, Heil-, Hilfs- und Arzneimittel entrichten GKV-Versicherte „**Zuzahlungen**“ (§ 61 SGB V). Hier existieren zahlreiche Detail- und Ausnahmeregelungen, so sind zum Beispiel Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre von allen Arzneimittelzuzahlungen befreit und eine sogenannte Belastungsgrenze sorgt dafür, dass Versicherte wirtschaftlich nicht überfordert werden: Diese Grenze liegt

bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke bei einem Prozent. Für Hörgeräte beträgt die **Zuzahlung** maximal zehn Euro.

3. Wie unterscheiden sich aufzahlungsfreie von aufzahlungspflichtigen Hörgeräten?

Beim Ausgleich des Hördefizits in Bezug auf Hören bzw. Sprachverstehen sind aufzahlungsfreie Hörgeräte genauso leistungsfähig, wie aufzahlungspflichtige. Zudem sind inzwischen Hörgeräte jeder Preisklasse – inklusive der aufzahlungsfreien – klein und leicht. Zu den Hauptunterschieden zählt, dass aufzahlungspflichtige Hörgeräte in der Regel Zusatzfunktionen besitzen. Sie sind zum Beispiel besonders klein oder haben eine Fernbedienung, können beim Schwimmen getragen werden oder leisten einen etwas besseren Ausgleich des Hördefizits in besonderen Situationen, etwa in der Oper oder beim Telefonieren. (Vgl. auch: 7. Worauf sollten Versicherte bei der Wahl eines Hörgerätes achten?)

4. Was leisten Hörgeräte, die die Ersatzkassen bezahlen? Wie gut ist deren Qualität?

Hörgeräte, die die Ersatzkassen bezahlen, bieten eine gute Versorgung der Versicherten auf dem aktuellen Stand von Medizin und Technik. Sie gleichen das Hördefizit in Bezug auf Hören bzw. Sprachverstehen – soweit medizinisch/technisch möglich – aus und stehen darin aufzahlungspflichtigen Geräten in nichts nach.

5. Warum müssen Versicherte für manche Hörgeräte Aufzahlungen leisten? Wie sind die Aufzahlungen geregelt?

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen für Funktionen von Hörgeräten, die nicht dem unmittelbaren Ausgleich des Hördefizits dienen bzw. über das Maß des Notwendigen hinausgehen, nicht finanzieren. Dies regelt das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V). Aufzahlungen sind für die Hörgeräteversorgung daher nicht gesetzlich geregelt.

6. Sind Hörgeräte, für die Versicherte zuzahlen müssen, besser als aufzahlungsfreie Modelle?

Nein. In Bezug auf das Hören bzw. Sprachverstehen dürfen diese nicht besser sein. (Vgl. auch: 4. Was leisten Hörgeräte, die die Ersatzkassen bezahlen? Wie gut ist deren Qualität?)

7. Worauf sollten Versicherte bei der Wahl eines Hörgerätes achten?

Bei der Wahl des Hörgerätes sollten die persönliche Lebenssituation und die Bedürfnisse des Versicherten berücksichtigt werden. Oft reichen aufzahlungsfreie Geräte völlig aus. Auch wer höhere Ansprüche an Sichtbarkeit oder Tragekomfort stellt, muss nicht zum aufzahlungspflichtigen Gerät greifen: Heutzutage sind Hörgeräte jeder Preisklasse, einschließlich der aufzahlungsfreien, klein und leicht.

Zwei Beispiele für die Wahl aufgrund der persönlichen Situation oder der individuellen Bedürfnisse:

- Für eine alleinstehende ältere Dame, die zwei Stunden am Tag mit ihren Kindern telefoniert, können Hörsysteme sinnvoll sein, die direkt mit dem Telefon gekoppelt werden können.
- Musikliebhaber, die zweimal die Woche ein Konzert besuchen, profitieren gegebenenfalls von einem Hörsystem mit Musikprogrammen. Denn andernfalls versucht das Gerät die Musik herauszufiltern.

Beide oben genannten Ausstattungsmerkmale sind nicht mit einem Behinderungsausgleich gemäß der Hilfsmittelrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes gleichzusetzen. Daher muss für entsprechende Geräte zugezahlt werden. (Vgl. auch: 1. Welche Hörgeräte bezahlen die Ersatzkassen?)

III. Hörgeräteversorgung nach dem „klassischen“ Versorgungsweg

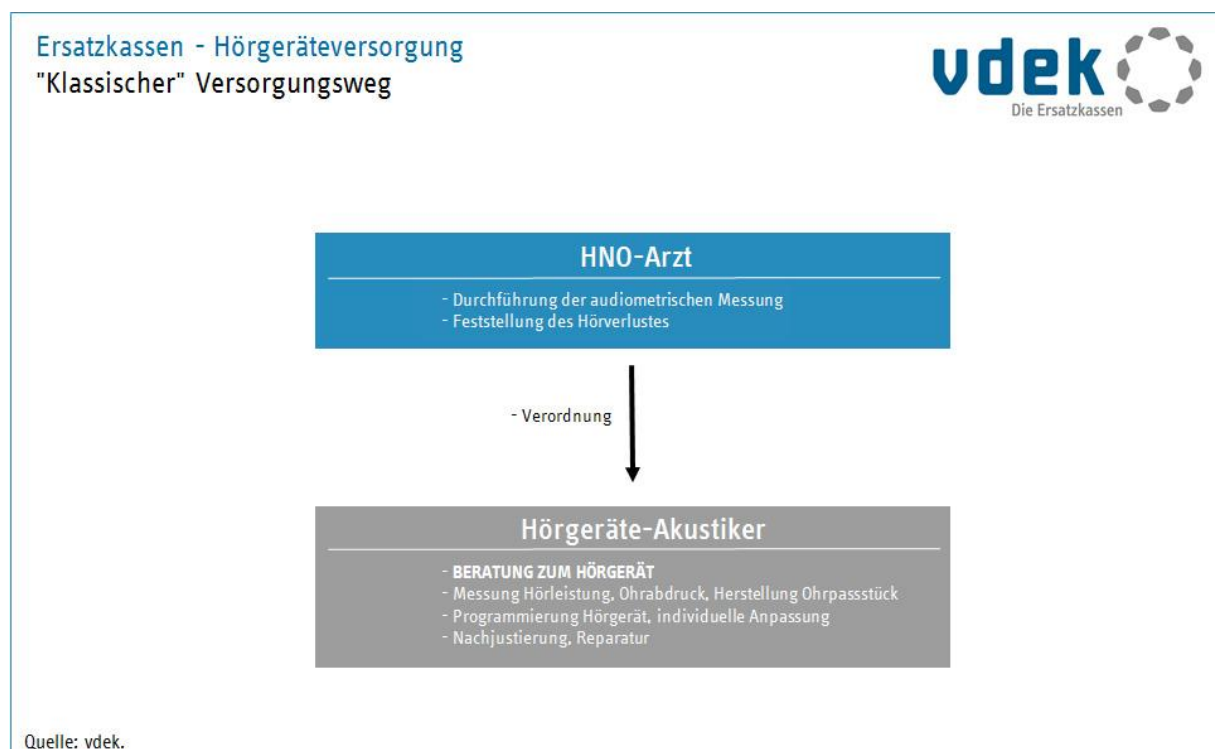
1. Erstversorgung

1.1. Wer hat Anspruch auf ein Hörgerät?

Einen Anspruch auf ein Hörgerät haben alle gesetzlich Krankenversicherten, die schwerhörig sind oder deren Schwerhörigkeit an Taubheit grenzt. Die Hörbeeinträchtigung und ihr Grad müssen vor der Versorgung durch einen HNO-Arzt festgestellt werden.

1.2. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „klassischen“ Versorgungsweg ab?

Für die Erstversorgung ist stets eine Verordnung durch den HNO-Arzt notwendig. Mit dieser Verordnung geht der Versicherte zu einem Hörgeräteakustiker, der die Hörleistung in der Regel noch einmal misst. Die Ersatzkassen haben vereinbart, dass der Akustiker nach dem Erstkontakt mit dem Versicherten eine sogenannte Versorgungsanzeige an die jeweilige Kasse sendet, damit diese von der Versorgungsabsicht Kenntnis erlangt und ihren Versicherten entsprechend frühzeitig über die Leistungen der Kasse schriftlich informieren kann. Der Akustiker führt die Beratung durch, hilft bei der Auswahl, übernimmt die Anpassung, Nachjustierung und Reparaturen des Hörgerätes. Die Erstversorgung ist nach sechs Jahren abgeschlossen bzw. endet dann, wenn der Versicherte eine frühzeitige Neuversorgung benötigt, zum Beispiel weil sich das Hörvermögen deutlich verschlechtert hat.



2. Folgeversorgung und Nachbetreuung

2.1. Wann haben Versicherte Anspruch auf ein neues Hörgerät? (Folgeversorgung)

Gesetzlich Krankenversicherte haben nach sechs Jahren Anspruch auf ein neues Hörgerät; ebenso bei Verlust des Gerätes oder wenn sich das Hören nachweislich verschlechtert.

2.2. Was geschieht, wenn die Leistung des Hörgerätes nicht mehr ausreicht? (Folgeversorgung)

Jedes Hörgerät muss über eine Einstellungsreserve verfügen. Ist diese bereits ausgeschöpft, hat der Versicherte Anspruch auf ein anderes Hörgerät. Bevor er dies erhält, muss ein HNO-Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

2.3. Welche Leistungen gibt es bei Defekten, Verlust oder Verschmutzung des Hörgeräts? (Nachbetreuung)

Geht ein Hörgerät zu Bruch oder verschmutzt stark, kann sich der Versicherte an seinen Hörgeräteakustiker wenden. Der „klassische Versorgungsweg“ sieht eine Reparatur- bzw. Servicepauschale vor, die u. a. Reparatur- und Reinigungsarbeiten abdeckt. Geht das Hörgerät verloren oder kann nicht mehr repariert werden, können Ersatzkassenversicherte ein neues Hörgerät erhalten. Dazu muss der HNO-Arzt jedoch eine Neuverordnung ausstellen.

2.4. Wer übernimmt Neueinstellungen bzw. Nachjustierungen des Hörgeräts? (Nachbetreuung)

Neueinstellungen bzw. Nachjustierungen des Hörgerätes übernimmt der Hörgeräteakustiker. Die Dienstleistung ist für den Versicherten kostenlos.

IV. Hörgeräteversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ (neuer Vertrag)

1. Der neue Vertrag der Ersatzkassen

1.1. Warum bieten die Ersatzkassen einen neuen Versorgungsweg zusätzlich an?

Mit dem neuen „verkürzten Versorgungsweg“ wollen die Ersatzkassen eine Alternative zum bestehenden „klassischen“ Versorgungsweg schaffen. Der neue Versorgungsweg soll den Versicherten grundsätzlich als Wahloption zur Verfügung stehen, auch weiterhin können sie den „klassischen“ Versorgungsweg wählen. Darüber hinaus sollen sie jederzeit die Möglichkeit haben, zum bisherigen Versorgungsweg zurückzukehren. Versicherte, die den neuen „verkürzten Versorgungsweg“ wählen, werden in der Regel auch eine höhere Zahl an aufzahlungsfreien Geräten zur Auswahl haben, da der neue Vertrag vorsieht, dass Akustiker Versicherten mindestens fünf aufzahlungsfreie Geräte anbieten müssen.

1.2. Ab wann gilt der neue Versorgungsvertrag – und wer profitiert davon?

Der Vertrag der Ersatzkassen tritt zum 1.12.2018 in Kraft. Grundsätzlich können alle erwachsenen Ersatzkassenversicherten, die schwerhörig sind oder deren Schwerhörigkeit an Taubheit grenzt, den „verkürzten Versorgungsweg“ in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass ihr HNO–Arzt die Leistung anbietet. Welche Ärzte am „verkürzten Versorgungsweg“ teilnehmen, erfahren Versicherte bei ihrer Ersatzkasse. Kinder können das neue Versorgungsangebot aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch nehmen. Unter anderem ist es für sie vorteilhafter, wenn sie von einem Fachmann mit einer Weiterbildung zum pädiatrischen Akustiker oder mit viel Erfahrung im Umgang mit Kindern versorgt werden. (Siehe auch 2.4. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ ab?)

1.3. Was ändert sich für HNO–Ärzte mit dem neuen Vertrag?

Bei der Teilnahme am „verkürzten Versorgungsweg“ nimmt der HNO–Arzt die erweiterte audiometrische Messung vor und fertigt den Ohrabdruck an; er übernimmt zudem die Hörgeräteberatung, hilft bei der Auswahl des Gerätes und wirkt bei der Anpassung inklusive etwaiger Umprogrammierung des Gerätes durch den Akustiker mit. Letztere zusätzlichen Leistungen bzw. Tätigkeiten gehören entweder bereits zum Beruf des HNO–Arztes oder stehen mit diesem zumindest in sehr engem Zusammenhang. (Vgl. auch: 2.4. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ ab?) Für seine Dienstleistungen erhält der HNO–Arzt eine pauschale Vergütung.

1.4. Was versprechen sich die Ersatzkassen von dem neuen Vertrag?

Mit dem neuen Vertrag wollen die Ersatzkassen ihren Versicherten eine zusätzliche Wahloption in der Hörgeräteversorgung anbieten: Künftig sollen sie sich bei der

Auswahl eines Hörgerätes auch von einem HNO–Arzt beraten lassen können. Bislang ist dies bei den Ersatzkassen nur durch den Hörgeräteakustiker möglich. Der neue „verkürzte Versorgungsweg“ über den HNO–Arzt sieht – neben der Hörgeräteberatung durch den Arzt – vor, dass Versicherte zwischen mindestens fünf verschiedenen aufzahlungsfreien Hörgeräten wählen können. Die Ersatzkassen erhoffen sich unter anderem, dass dadurch die Aufzahlungen der Versicherten für Hörhilfen gesenkt werden.

1.5. Benötigen HNO–Praxen für die neuen Aufgaben eine zusätzliche Ausstattung?

Eine gesonderte Ausstattung ist nicht notwendig. Siehe auch 1.6. Was ändert sich für HNO–Ärzte mit dem neuen Vertrag?“.

1.6. Gibt es Qualitätsabstriche, wenn HNO–Ärzte im „verkürzten Versorgungsweg“ neue Aufgaben übernehmen?

Nein. Der HNO–Arzt übernimmt beim „verkürzten Versorgungsweg“ Tätigkeiten, die ohnehin zu seinem Beruf gehören oder mit diesem zumindest in sehr engem Zusammenhang stehen. Der HNO–Arzt übernimmt keine Leistungen nach dem Handwerksrecht, diese werden durch die Hörgeräteakustiker wahrgenommen. Zu den Leistungen des Hörgeräteakustikers zählen u. a. die Auswertung der Messdaten, die individuelle Programmierung des gewünschten Hörgerätes und die Feineinstellung des Hörgerätes mittels Online–Verbindung in die HNO–Praxis.

1.7. Ist durch den Vertrag sichergestellt, dass die HNO–Ärzte Arbeiten eines Hörgeräteakustikers nicht als IGeL–Leistungen verkaufen?

Ja. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 10 Abs. 5 der Anlage 1 zum neuen Versorgungsvertrag der Ersatzkassen.

2. Neuerungen und Verbesserungen für Versicherte

2.1. Was ändert/verbessert sich für die Versicherten mit dem „verkürzten Versorgungsweg“?

Ein Hauptunterschied ist, dass auch die Hörgeräteberatung durch den HNO–Arzt erfolgt. Der neue Vertrag sieht zudem vor, dass Akustiker mindestens fünf aufzahlungsfreie Geräte anbieten müssen. Der bisherige Vertrag verpflichtete nur zum Angebot von mindestens einem aufzahlungsfreien Modell.

Versicherte, die sich für den „verkürzten Versorgungsweg“ entscheiden, haben ansonsten in der Erst– und Folgeversorgung sowie der Nachbetreuung dieselben Ansprüche auf ein Hörgerät, Ersatz bei Verlust oder irreparablen Defekten, Reparatur, Reinigung, Nachjustierung etc. und können dieselben Dienstleistungsangebote nutzen, wie Versicherte, die den bisherigen

Versorgungsweg wählen. Auch besitzen die zur Auswahl stehenden Geräte die gleiche Qualität bzw. die gleichen Funktionalitäten wie bisher.

2.2. Haben Versicherte auch im „verkürzten Versorgungsweg“ Anspruch auf Reparatur, Ersatz, Folgeverordnungen etc. (Folgeversorgung und Nachbetreuung)?

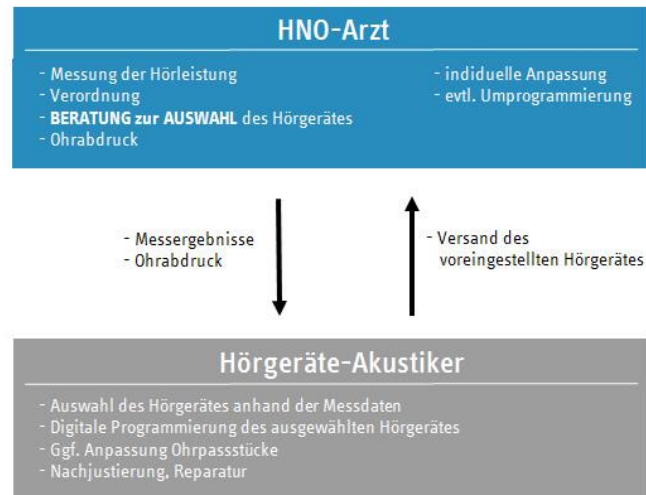
Ja. Sämtliche Ansprüche dieser Art sind auch beim „verkürzten Versorgungsweg“ vorhanden. Während die Erstversorgung nun fast vollständig durch den HNO–Arzt erfolgt, führt der Akustiker auch im „verkürzten Versorgungsweg“ Nachjustierungen, Reparaturen und Reinigungen des Hörgerätes durch. (Vgl. auch: 2.1. Was ändert/verbessert sich für die Versicherten mit dem „verkürzten Versorgungsweg“? und: 2.4. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ ab?)

2.3. Müssen Versicherte den „verkürzten Versorgungsweg“ wählen?

Nein, der Versicherte hat immer die Wahl. Über diese Wahl wird er durch den HNO–Arzt und seine Krankenkasse vor Beginn der Versorgung schriftlich informiert. Danach kann er entscheiden, welchen Vertrag er wählt. Die Versicherten haben überdies zu jedem Zeitpunkt in der Versorgung die Möglichkeit, zum bisherigen Versorgungsweg zurückzukehren. (Vgl. auch: 2.1. Was ändert/verbessert sich für die Versicherten mit dem „verkürzten Versorgungsweg“?)

2.4. Wie läuft die Erstversorgung nach dem „verkürzten Versorgungsweg“ ab?

Für die Erstversorgung ist auch beim „verkürzten Versorgungsweg“ stets eine Verordnung durch den HNO–Arzt notwendig. Statt mit dieser Verordnung zu einem Hörgeräteakustiker zu gehen, bleibt der Versicherte aber zur Hörgeräteberatung bei seinem HNO–Arzt. Dieser führt zunächst eine erweiterte audiometrische Messung durch und erstellt einen Ohrabdruck. Messergebnisse und Ohrabdruck übermittelt der Arzt dem Hörgeräteakustiker, der mit dem vdek den Vertrag geschlossen hat bzw. diesem Vertrag beigetreten ist. Der Hörgeräteakustiker programmiert das ausgewählte Hörgerät digital und fertigt gegebenenfalls Ohrpassstücke an. Das Gerät wird dann zur Arztpraxis geschickt, wo die Feinanpassung/Feinjustierung erfolgt. Dies geschieht durch den Hörgeräteakustiker mittels einer Online–Verbindung. (Vgl. auch: 2.1. Was ändert/verbessert sich für die Versicherten mit dem „verkürzten Versorgungsweg“?)



Quelle: vdek.

2.5. Für welchen Versorgungsweg sollen sich Versicherte entscheiden?

Die Entscheidung obliegt allein den Versicherten und soll von ihnen getroffen werden. Die Ersatzkassen möchten hierzu keine Empfehlungen aussprechen.

2.6. Wo erfahren Versicherte, welche Ärzte den neuen Versorgungsweg anbieten?

Um zu erfahren welche HNO-Ärzte den „verkürzten Versorgungsweg“ anbieten, können sich die Versicherten an die Geschäftsstellen ihrer Krankenkasse wenden.

2.7. Was können Versicherte tun, wenn ihr Arzt den „verkürzten Versorgungsweg“ nicht anbietet?

Bietet der HNO-Arzt des Versicherten den „verkürzten Versorgungsweg“ nicht an, kann er bei seiner Krankenkasse erfragen, welche Ärzte daran teilnehmen. Alternativ besteht immer die Möglichkeit, sich für die „klassische“ Versorgung beim Akustiker zu entscheiden.

V. Hintergrundinformationen

1. Wie viele HNO-Vertragsärzte gibt es in Deutschland?

Nach Informationen der Bundesärztekammer praktizieren derzeit 4.516 HNO-Ärzte in Deutschland. (Stand: November 2018)

2. Wie viele Hörgeräteakustiker gibt es in Deutschland?

Derzeit sind bundesweit ca. 6.900 Akustiker tätig.

3. Wieviel geben die Krankenkassen für die Versorgung mit Hörhilfen aus?

Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2015 knapp 1 Milliarde Euro (938 Millionen Euro) für die Versorgung ihrer Versicherten mit Hörhilfen ausgegeben. Im Jahr 2014 lagen die Ausgaben mit 966 Millionen Euro in etwa auf dem gleichen Niveau.