Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)

in der Neufassung vom 16. Oktober 2008,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 61 S. 462,
in Kraft getreten am 7. Februar 2009

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

A.	**Allgemeines**	**4**
§ 1	Ziel der Richtlinie	4
§ 2	Begriffsbestimmungen	4
§ 3	Versorgungsanspruch	5
§ 4	Hilfsmittelverzeichnis	6
§ 5	Maßgaben der Krankenkassen	7
§ 6	Allgemeine Verordnungsgrundsätze	7
§ 7	Inhalt der Verordnung	9
§ 8	Abgabe von Hilfsmitteln	10
§ 9	Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln	10
§ 10	Informationspflichten	10
§ 11	Information der Vertragsärzte	10
B.	**Sehhilfen**	**11**
§ 12	Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen	11
§ 13	Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe	12
§ 14	Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe	12
§ 15	Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe	15
§ 16	Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe	17
§ 17	Therapeutische Sehhilfen	18
C.	**Hörhilfen**	**22**
§ 18	Allgemeine Grundsätze	22
§ 19	Indikationsstellung	22
§ 20	Verordnung	23
§ 21	Vorgaben zur Audiometrie	23
§ 22	Versorgung	23
§ 23	Sonderversorgung	24
§ 24	Auswahl des Hörgerätes und Anpassung	25

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 25 Besonderheiten der Hörgeräte-Versorgung im Kindesalter 25
§ 26 Tinnitus-Maskierung 26
§ 27 Wiederverordnung 26

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A. Allgemeines

§ 1 Ziel der Richtlinie

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.

(2) Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen und Leistungserbringer verbindlich.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinie hin.

§ 2 Begriffsbestimmungen

[1]Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. [2]Dazu können auch solche sächlichen Mittel oder technischen Produkte zählen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. bestimmte Spritzen oder Inhalationsgeräte). [3]Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehören zu den Hilfsmitteln

- Sehhilfen (siehe Abschnitt B),
- Hörhilfen (siehe Abschnitt C),
- Körperersatzstücke,
- orthopädische und
- andere Hilfsmittel.

[4]Zu den Hilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können. [5]Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

§ 3 Versorgungsanspruch

(1) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

(2) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, sofern sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind.

(3) Hilfsmittel können nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn es sich um

a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
b) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
c) Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung,
d) Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung,
e) Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz,
f) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegehilfsmittel) oder
g) Leistungen, die im Rahmen der stationären Pflege durch den Träger der Pflegeeinrichtung vorzuhalten sind,

handelt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 4 Hilfsmittelverzeichnis

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind.

(2) [1]Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Produktgruppen. [2]In jeder Produktgruppe wird eine systematische Unterteilung in Anwendungsorte, Untergruppen und Produktarten vorgenommen. [3]Einzelprodukte sind unter den Produktarten subsumiert. [4]Hilfsmittel ähnlicher oder gleicher Funktion bzw. medizinischer Zweckbestimmung sind jeweils in einer Produktart subsumiert. [5]Für jede Produktart ist ein Indikationsrahmen angegeben.

(3) Zur systematischen Gliederung des Hilfsmittelverzeichnisses dient als Ordnungskriterium eine zehnstellige Positionsnummer; z. B.

18. 46. 03. 0 XXX		
18.	Produktgruppe	(Kranken-/Behindertenfahrzeuge)
46.	Anwendungsort	(Innenraum)
03.	Untergruppe	(Duschrollstühle)
0.	Produktart	(Duschrollstühle mit Greifreifen)
XXX	Einzelprodukt mit Produktnamen und Herstellerangabe	

(4) Die Krankenkassen, ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften stellen in den Verträgen nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V sicher, dass bei der Abgabe von Hilfsmitteln die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Qualitätsanforderungen an die Produkte und die zusätzlich zu erbringenden Leistungen beachtet werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 5 Maßgaben der Krankenkassen

(1) Hilfsmittel können durch die Krankenkassen auch leihweise überlassen werden.

(2) Die Krankenkasse kann die Übernahme der Leistung davon abhängig machen, dass sich der Versicherte das Hilfsmittel anpassen und/oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lässt.

(3) Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

§ 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze

(1) [1]Die Vertragsärzte treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinie bestimmten Rahmens, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zukommen zu lassen. [2]Die Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Ärzte diese Richtlinie kennen und beachten.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

(3) [1]Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. [2]Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

- der Bedarf,
- die Fähigkeit zur Nutzung,
- die Prognose und
- das Ziel

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. [3]Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Abs. 1) zu berücksichtigen.

(4) [1]Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. [2]Vor der Verordnung von Hilfsmitteln sollen die Vertragsärzte unter anderem prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann.

(5) [1]Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. [2]Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick. [3]Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer Hilfsmittel für denselben Anwendungsbereich kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie eine therapeutisch zweckmäßige Synergie bewirkt wird.

(6) Eine Wiederverordnung von Hilfsmitteln ist ausgeschlossen, wenn die Gebrauchsfähigkeit des bisher verwendeten Mittels durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann.

(7) [1]Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. [2]Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. [3]Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

(8) Die Verordnung von Maßanfertigungen ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln (Konfektion oder Maßkonfektion) denselben Zweck erfüllt.

(9) Die Entwicklung und damit zusammenhängende Erprobung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenversicherung ist unzulässig.

(10) Die Verordnung eines Hilfsmittels ist ausgeschlossen, wenn es Bestandteil einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 7 Inhalt der Verordnung

(1) [1]Die Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. [2]Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. [3]Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. [4]Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.

(2) [1]In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. [2]Der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl und
- ggf. Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten,

angeben. [3]Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

(3) [1]Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. [2]Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit dem Versicherten ausgewählt. [3]Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. [4]Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

(4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(5) Für die Verordnung von Sehhilfen (Abschnitt B) und Hörhilfen (Abschnitt C) gelten Besonderheiten.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 8 Abgabe von Hilfsmitteln

(1) [1]Ergibt sich bei der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Lieferant darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und ggf. die Versorgung zu unterbrechen. [2]Der Vertragsarzt prüft, ob eine Änderung oder Ergänzung der Hilfsmittelverordnung notwendig ist.

(2) [1]Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. [2]Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.

§ 9 Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln

Der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

§ 10 Informationspflichten

Der Vertragsarzt und die Krankenkasse sollen die Versicherten – soweit nötig im Einzelfall – auf die in dieser Richtlinie genannten Regelungen hinweisen.

§ 11 Information der Vertragsärzte

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln Auskünfte beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen einholen.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können einvernehmlich allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und allen Krankenkassen Hinweise zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln geben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B. Sehhilfen

§ 12 Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen

(1) Eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe (§§ 13 bis 16) ist verordnungsfähig

- bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt unter anderem vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge ≤ 0,3 beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist. Die Sehschärfenbestimmung hat beidseits mit bester Korrektur mit Brillengläsern oder möglichen Kontaktlinsen zu erfolgen. Eine Visuserhebung mit Kontaktlinsen ist nur dann erforderlich, wenn der Versicherte eine Kontaktlinse verträgt und eine Kontaktlinse hatte, hat oder haben möchte.

(2) Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnungsfähig sind, wird in dieser Richtlinie in § 17 definiert.

(3) [1]Die Verordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe und therapeutischer Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch einen Facharzt für Augenheilkunde basierend auf seiner Untersuchung erfolgen. [2]Dies gilt nicht für Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe bei

- Folgeversorgung nach Vollendung des 14. Lebensjahres und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern nicht aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe seit der letzten Verordnung die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht und keine schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Abs. 1 zweiter Spiegelstrich vorliegt,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Ersatzbeschaffungen bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ohne Änderung der Refraktionswerte.

(4) [1]Eine Folgeverordnung von sehschärfenverbessernden Sehhilfen setzt eine Neubestimmung der erforderlichen Brillenglaskorrektionsstärke voraus. [2]Nach Vollendung des 14. Lebensjahres besteht ein Anspruch auf Neuversorgung nur, wenn sich die Refraktionswerte um mindestens 0,5 Dioptrien (dpt) geändert haben; eine Änderung der Refraktionswerte um 0,5 dpt liegt auch dann vor, wenn der Refraktionswert für das eine Auge um 0,25 dpt zugenommen und der für das andere Auge um 0,25 dpt abgenommen hat.

(5) Eine Folgeverordnung von vergrößernden Sehhilfen gleicher Zielsetzung setzt eine signifikante Änderung des Vergrößerungsbedarfs nach Neuermittlung mit allgemein anerkannten Bestimmungsmethoden voraus.

§ 13 Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

(1) Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind verordnungsfähig:

- Brillengläser (siehe § 14)
- Kontaktlinsen (siehe § 15)
- vergrößernde Sehhilfen (siehe § 16)

(2) [1]In erster Linie kommt die Verordnung von Brillengläsern gleichen Brillenglastyps (siehe § 14) in Betracht. [2]Die Regelversorgung stellen mineralische Brillengläser dar. [3]Kunststoffbrillengläser, Kontaktlinsen (siehe § 15) und vergrößernde Sehhilfen (siehe § 16) dürfen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen verordnet werden. [4]Brillengläser zum Gewichtsausgleich sind als Einstärkengläser gleichen Brillenglastyps zu verordnen.

§ 14 Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe

(1) [1]Sind Brillengläser zur Fern- und Nahkorrektur erforderlich, können wahlweise auch Mehrstärkengläser (Bifokal-/Trifokal-/Multifokalgläser) verordnet werden, ggf. mit Planglasanteil für einen Korrekturbereich, sofern die Notwendigkeit zum ständigen Tragen von Brillengläsern eine solche Ausstattung erforderlich macht. [2]Eine zusätzliche Verordnung von

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einstärkengläsern für den Zwischenbereich ist hierbei nicht möglich. [3]Für Kinder mit Pseudophakie oder Aphakie können bifokale Gläser mit extra großem Nahteil verordnet werden.

(2) Lichtschutzgläser, d. h. Gläser mit einer Transmission ≤ 75%, sind verordnungsfähig bei:

a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

b) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Cyclitis),

c) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,

d) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

e) totaler Farbenblindheit,

f) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

g) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren).

(3) Kunststoffgläser mit einem Brechungsindex von n < 1,6 sind verordnungsfähig bei:

a) Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, unabhängig von der Gläserstärke,

b) Kindern und Jugendlichen für den Schulsport bis zur Vollendung der allgemeinen Schulpflicht (ggf. zusätzlich),

c) Gläserstärken ab +6,0/-8,0 dpt im stärksten Hauptschnitt aus Gewichtsgründen (bei Mehrstärkengläsern ist der Fernteil maßgeblich),

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

d) Brechkraftunterschied der Gläser ab 3,0 dpt zwecks Minderung des Gewichtsunterschieds,

e) Versicherten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz anatomisch geeigneter Brillenfassungswahl und bei Verwendung mineralischer Gläser ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist.

(4) [1]Verordnungsfähig sind hochbrechende mineralische Brillengläser mit einem Brechungsindex n ≥ 1,6 und n ≤ 1,7 bei Myopie/Hyperopie ≥ 10 dpt im stärksten Hauptschnitt. [2]Bei Mehrstärkengläsern ist der Fernteil maßgeblich. [3]Verordnungsfähig sind hochbrechende Kunststoffgläser mit einem Brechungsindex n ≥ 1,6 und n ≤ 1,67 bei Myopie/Hyperopie ≥ 10 dpt im stärksten Hauptschnitt. [4]Bei Mehrstärkengläsern ist der Fernteil maßgeblich.

(5) Nicht verordnungsfähig sind:

1. fototrope (farbveränderliche) Gläser,
2. hochbrechende Lentikulargläser,
3. hochbrechende mineralische Gläser mit einem Brechungsindex n > 1,7,
4. hochbrechende Kunststoffgläser mit einem Brechungsindex n > 1,67,
5. entspiegelte Gläser,
6. polarisierende Gläser,
7. Gläser mit härtender Oberflächenbeschichtung,
8. Gläser mit asphärischem Schliff, ausgenommen Kunststoff-Lentikulargläser ≥ +12 dpt,
9. mineralische oder organische Lentikulargläser, ausgenommen bei Myopie/Hyperopie ≥ 12 dpt,
10. Brillengläser und Zurichtungen an der Brille für die Bedingungen an Arbeitsplätzen, zur Verhütung von Unfallschäden (Ausnahme siehe § 17 Abs. 1 Nr. 16) und/oder für den Freizeitbereich,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

11. Brillengläser für Sportbrillen (Ausnahme Schulsportbrille im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht siehe Abs. 3 Buchstabe b),

12. Brillengläser für eine so genannte „Zweitbrille“, deren Korrektionsstärken bereits vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung). Das gilt auch für Brillengläser, die für eine Reservebrille (z. B. aus Gründen der Verkehrssicherheit) benötigt werden,

13. Brillenfassungen.

§ 15 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe

(1) [1]Bei erfüllter Kontaktlinsenindikation zur Verbesserung der Sehschärfe (Abs. 3) ist primär eine beidäugige Versorgung anzustreben, sofern medizinisch zweckmäßig. [2]Verordnungsfähig sind ausschließlich Einstärken-Kontaktlinsen. [3]Formstabile Kontaktlinsen stellen die Regelversorgung dar.

(2) [1]Die Verordnung weicher Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe bedarf einer besonderen Begründung. [2]Ein ausreichender Trageversuch mit formstabilen Linsen muss erfolglos durchgeführt worden sein.

(3) Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe können nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen verordnet werden:

1. Myopie ≥ 8,0 dpt,

2. Hyperopie ≥ 8,0 dpt,

3. irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozentpunkte verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,

4. Astigmatismus rectus und inversus ≥ 3,0 dpt,

5. Astigmatismus obliquus (Achslage 45°+/- 30°, bzw. 135° +/- 30°) ≥ 2 dpt,

6. Keratokonus,

7. Aphakie,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

8. Aniseikonie > 7 % (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),

9. Anisometropie ≥ 2,0 dpt.

(4) Weichlinsen als Austauschsysteme zur Verbesserung der Sehschärfe für die begrenzte unterbrochene – im Einzelfall bei Handhabungsproblemen auch ununterbrochene – (7 bis 30-tägige) Tragedauer sind nur dann verordnungsfähig, wenn formstabile Linsen nicht getragen werden können und wenn konventionelle Weichlinsen trotz sachgerechter Pflege mit konventionellen Reinigungsverfahren aufgrund nicht entfernbarer Eiweißablagerungen in hoher Frequenz verworfen werden müssen.

(5) [1]Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht regelhaft ununterbrochen getragen werden sollen, ist bei nach Absatz 3 und Absatz 4 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung von Brillengläsern möglich. [2]Bei Alterssichtigkeit sind zusätzlich zu Kontaktlinsen Einstärkenbrillengläser für den Nahbereich verordnungsfähig.

(6) Nicht verordnungsfähig sind:

1. Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse/ Verbandschale) nach nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Eingriffen,

2. Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris (Ausnahme Irislinse gemäß § 17 Absatz 1 Nr. 11 und § 17 Absatz 2),

3. so genannte One-Day-Linsen,

4. multifokale/Mehrstärken-Kontaktlinsen,

5. Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,

6. Reinigungs- und Pflegemittel.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 16 Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

(1) Die Verordnung von vergrößernden Sehhilfen darf nur von Fachärzten für Augenheilkunde vorgenommen werden, die in der Lage sind, selbst die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfen zu bestimmen, ggf. in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikern.

(2) [1]Abhängig vom augenärztlicherseits reproduzierbar nach einer allgemein anerkannten Bestimmungsmethode (z. B. Nahsehprobentafel zur Ermittlung des Vergrößerungsbedarfs) ermittelten und dokumentierten Vergrößerungsbedarf sind optische und elektronisch vergrößernde Sehhilfen verordnungsfähig. [2]Bei der Verordnung ist den individuellen Sehanforderungen im Rahmen der elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens Rechnung zu tragen. [3]Es ist durch den Augenarzt festzustellen, ob der Versicherte in der Lage ist, die vergrößernde Sehhilfe zielführend einzusetzen.

(3) [1]Optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe sind bei einem Vergrößerungsbedarf ≥ 1,5fach vorrangig verordnungsfähig als Hellfeldlupe, Hand-/Standlupe, ggf. mit Beleuchtung oder Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser). [2]In begründeten Einzelfällen können Fernrohrlupenbrillensysteme (z. B. nach Galilei, Kepler) ggf. einschließlich Systemträger verordnet werden.

(4) Elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe sind als mobile oder nicht mobile Systeme i. d. R. verordnungsfähig bei einem Vergrößerungsbedarf ≥ 6fach.

(5) Optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne sind verordnungsfähig als Handfernrohre/Monokulare (fokussierbar).

(6) Nicht verordnungsfähig sind:

- Fernrohrlupenbrillensysteme (z. B. nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
- separate Lichtquellen (z. B. zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes),
- Fresnellinsen aller Art.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 17 Therapeutische Sehhilfen

(1) [1]Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit verordnungsfähig:

1. Brillenglas mit Lichtschutz mit einer Transmission ≤ 75 % bei

   a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

   b) Albinismus.

   Besteht beim Lichtschutzglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

   Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung kann zusätzlich ein konfektionierter Seitenschutz verordnet werden.

2. Brillenglas mit UV-Kantenfilter (400 nm) bei

   a) Aphakie (Linsenlosigkeit),

   b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),

   c) als UV-Schutz bei Pseudophakie, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,

   d) Iriskolobomen,

   e) Albinismus.

   Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, und bei Albinismus einer Transmissionsminderung (ggf. zusätzlich) sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

   Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung kann zusätzlich ein konfektionierter Seitenschutz verordnet werden.

3. Brillenglas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei 450 nm bei Blauzapfenmonochromasie.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs und ggf. einer Transmissionsminderung, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung kann zusätzlich ein konfektionierter Seitenschutz verordnet werden.

4. Brillenglas mit Kantenfilter (> 500 nm) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

a) angeborenem Fehlen oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),

b) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfendystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioideremie).

c) Albinismus.

Ausmaß der Transmissionsminderung und Lage der Kante der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung kann zusätzlich ein konfektionierter Seitenschutz verordnet werden.

5. Kantenfilter sind nicht verordnungsfähig bei

- altersbedingter Makuladegeneration,
- diabetischer Retinopathie,
- Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
- Fundus myopicus.

6. Verordnungsfähig sind horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3 Prismendioptrien

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Verordnungsfähig sind vertikale Prismen in Gläsern ≥ 1 Prismendioptrie und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 1 Prismendioptrie (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ sind nur Prismenfolien ohne Trägerglas verordnungsfähig.

Die Verordnung setzt in jedem Falle eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht verordnungsfähig.

Besteht bei Brillengläsern mit o. g. therapeutischen Prismen zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

7. Verordnungsfähig sind Okklusionsschalen/Okklusionslinsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelbildwahrnehmung.

8. Verordnungsfähig sind Kunststoff-Bifokalgläser mit extra großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

9. Verordnungsfähig sind vorrangig Okklusionspflaster und Okklusionsfolien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln. Nicht verordnungsfähig als Amblyopietherapeutikum sind Okklusionslinsen/ -schalen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

10. Verordnungsfähig sind Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (z. B. infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.

11. Verordnungsfähig sind Irislinsen mit durchsichtigem optisch wirksamem Zentrum bei Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse, Albinismus).

12. Verordnungsfähig sind Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach

a) Hornhauterosionen, Hornhautepitheldefekten,

b) Abrasio bei Operation,

c) Verätzung/Verbrennung,

d) Hornhautverletzung (perforierend oder lamellierend),

e) Keratoplastik,

f) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis,

13. Verordnungsfähig sind Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.

14. Nicht verordnungsfähig sind Verbandlinsen/Verbandschalen nach nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Eingriffen.

15. Verordnungsfähig sind Kontaktlinsen

- bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit Keratokonus bedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder am Apex oder

- nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik.

16. Verordnungsfähig sind Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Versicherten, die an Epilepsie und/oder an Spastiken erkrankt sind – sofern sie erheblich sturzgefährdet sind – und/oder funktionell

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einäugige (funktionell Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).

Besteht bei vorstehend genannten Kunststoffgläsern zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig. Kontaktlinsen sind wegen dieser Indikation nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

(2) [1]Keine therapeutische und keine sehschärfenverbessernde Sehhilfe ist die Irisschale mit geschwärzter Pupille. [2]Sie stellt ein Körperersatzstück dar und ist verordnungsfähig bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut des blinden Auges.

C. Hörhilfen

§ 18 Allgemeine Grundsätze

[1]Bei auditiver Kommunikationsbehinderung kann die Verordnung von Hörgeräten angezeigt sein. [2]Wird die vom Versicherten angegebene Behinderung durch ärztliche Untersuchung bestätigt, ist zu prüfen, ob sie durch Hörgeräte wirkungsvoll gemindert werden kann.

§ 19 Indikationsstellung

(1) Die Verordnung von Hörgeräten setzt eine Untersuchung durch einen Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten einschließlich einer Erhebung der Anamnese sowie eine ton- und sprachaudiometrische Bestätigung der Kommunikationsbehinderung voraus.

(2) [1]Der tonaudiometrische Hörverlust muss auf dem besseren Ohr 30 Dezibel (dB) oder mehr in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hertz (Hz) betragen. [2]Zudem darf die Verstehensquote für einsilbige Wörter auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80 % sein (bei sprachaudiometrischer Überprüfung mit Kopfhörern). [3]Bei einseitiger Schwerhörigkeit muss der tonaudiometrische Hörverlust bei 2000 Hz oder bei mindestens 2 Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz mindestens 30 dB betragen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(3) Für die Indikationsstellung muss festgestellt sein, dass der Versicherte überhaupt in der Lage ist, das Hörgerät zu bedienen (ggf. nach einer Anpassphase in Zusammenarbeit mit einem Hörgeräte-Akustiker).

(4) Der Entschluss des Versicherten, das Hörgerät tragen zu wollen, ist für die Indikationsstellung erforderlich.

§ 20 Verordnung

[1]Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. [2]Das Formblatt ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen.

§ 21 Vorgaben zur Audiometrie

(1) Die audiometrischen Untersuchungen müssen in einem Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB (A) durchgeführt werden.

(2) [1]Soweit bei den Prüfungen ohne Hörgerät ein Punkt maximalen Einsilbenverstehens noch zu registrieren ist, sollte mit dem Hörgerät im freien Schallfeld das Einsilbenverstehen bei 65 dB diesem Punkt möglichst nahekommen. [2]Ist bei 65 dB ohne Hörgerät noch ein Einsilbenverstehen zu registrieren, soll der Gewinn mit Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen. [3]Bei einseitiger Schwerhörigkeit muss durch das Hörgerät das Sprachverstehen im Störgeräusch um mindestens 10 Prozentpunkte steigen oder das Richtungshören verbessert werden.

§ 22 Versorgung

(1) Die Versorgung kann beidohrig erfolgen, wenn

- die auditive Kommunikationsbehinderung beidseitig effektiv versorgbar ist,
- zu erwarten ist, dass beide Hörgeräte durch den Versicherten gleichzeitig benutzt werden können,
- die Fähigkeit zur sachgerechten Bedienung von zwei Hörgeräten beim Versicherten vorhanden ist und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- durch die beidohrige Versorgung gegenüber der einohrigen Versorgung das Sprachverstehen im Störgeräusch um mindestens 10 Prozentpunkte steigt oder das Richtungshören verbessert wird.

(2) Bei einseitiger Versorgung annähernd seitengleichen Gehörs können zwei Ohrpassstücke verordnet werden, damit der Versicherte das Hörgerät wechselseitig tragen kann.

(3) Bei einseitiger Versorgung deutlich seitendifferenten Gehörs ist im Einzelfall zu prüfen, welches der beiden Ohren zu versorgen ist.

(4) [1]In der Regel wird die Versorgung einer Schwerhörigkeit mit einkanaligen, linear verstärkenden Hinter-dem-Ohr- (HdO-) oder Im-Ohr- (IO-) Geräten durchgeführt. [2]Liegt Schwerhörigkeit mit eingeschränktem Dynamikbereich vor, so kann die Ausstattung des HdO- oder IO-Gerätes mit einer AGC (Automatic Gain Control = Automatische Volumenkompression) angezeigt sein. [3]Liegt frequenzabhängig ein unterschiedlicher Verstärkungsbedarf und/oder eine differierende Dynamikbreite vor, kann die Versorgung mit einem mehrkanaligen Hörgerät angezeigt sein. [4]Ist die Versorgung mit einem Hörgerät mit AGC und/oder einem mehrkanaligen Hörgerät notwendig, ist dieses durch den verordnenden Arzt zu begründen.

§ 23 Sonderversorgung

(1) Taschengeräte sind angezeigt

- bei hochgradig Schwerhörigen aufgrund der sehr hohen Verstärkungsleistungen der Taschengeräte,

- bei Schwerhörigen, denen die Bedienung der kleinen HdO- oder IO-Geräte nicht oder nicht mehr gelingt (z. B. feinmotorische Störungen).

(2) [1]Knochenleitungs-Hörbrillen kommen nur bei besonderen Indikationen in Frage, z. B. bei chronischer Ohrsekretion oder Gehörgangsatresie. [2]Anstelle von Luftleitungs-Hörbrillen sind möglichst HdO-Geräte mit Brillenadaptern zu verordnen.

(3) [1]Die Versorgung mit CROS-Geräten (Contralateral Routing of Signals = Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen), erfordert in jedem Fall eine enge Zusammenarbeit zwischen HNO-Arzt und Hörgeräte-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[2]Ihre Verordnung bedarf einer besonderen medizinischen Begründung.

(4) Die Verordnung anderer (drahtloser und drahtgebundener) schallverstärkender Geräte (z. B. drahtlose Übertragungsanlagen, Handmikrophon, Kinnbügelhörer) bedarf einer besonderen Begründung.

§ 24 Auswahl des Hörgerätes und Anpassung

(1) Hat der Hörgeräte-Akustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich der verordnende HNO-Arzt durch sprachaudiometrische Untersuchung vergewissern, dass

- die vom Hörgeräte-Akustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 21 Absatz 2 erbringt,
- die selbsterhobenen Messwerte mit denen des Hörgeräte-Akustikers übereinstimmen.

(2) Bei Versicherten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, erfolgt die Untersuchung mittels vergleichender Tonschwellenaudiometrie und Sprachabstandsmessung oder spezieller Fremdsprachentests.

§ 25 Besonderheiten der Hörgeräte-Versorgung im Kindesalter

(1) [1]Bei Kindern kann die Hörstörung in Abhängigkeit von Alter, Grad der Hörstörung und Stand der Sprachentwicklung häufig nur geräusch- und tonaudiometrisch bzw. mit Hilfe der Impedanzmessung oder der Elektrischen Reaktionsaudiometrie (ERA) gesichert werden. [2]Sprachaudiometrische Untersuchungen sind nur bei entsprechendem passivem und aktivem Wortschatz mit speziellen Sprachverständnistests für Kinder durchführbar. [3]Auswahl oder Einsatz dieser Tests sind nur nach genauer Wortschatzprüfung möglich. [4]Die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen und Kleinstkindern soll möglichst in einer klinisch-pädaudiologischen Einrichtung durchgeführt werden.

(2) Unter besonderen Umständen ist eine Hörgeräte-Versorgung auch schon bei geringgradiger Schwerhörigkeit erforderlich, z. B. wenn das Sprachverständnis bei Störgeräuschen in der Umgebung deutlich eingeschränkt ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(3) [1]Eine Hörgeräte-Versorgung ist auch dann vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind. [2]Selbst wenn jegliche Hörreste fehlen, soll die Versorgung als Therapieversuch erfolgen.

(4) Wenn die Hörstörung einen mittleren Grad erreicht oder übersteigt, sind grundsätzlich Hörgeräte mit Audio-Eingang anzupassen.

§ 26 Tinnitus-Maskierung

[1]Eine Hörhilfe kann auch zur Tinnitus-Maskierung angezeigt sein, wenn gleichzeitig eine Schwerhörigkeit vorliegt, die die in § 19 Absatz 2 genannten Indikationskriterien erfüllt. [2]Ist in diesen Fällen mit der Hörhilfe allein eine Überdeckung des Hörgeräusches nicht zu erzielen, kann der Einsatz eines kombinierten Tinnitus-Masker/Hörgerät (Tinnitus-Instrument) erwogen werden. [3]Liegt neben dem Tinnitus keine Hörstörung vor, die die definierten Indikationskriterien zur Hörhilfenversorgung erfüllt, kann der Einsatz eines Tinnitus-Masker indiziert sein. [4]Bei der Verordnung von Tinnitus-Masker und kombiniertem Tinnitus-Masker/Hörgerät (Tinnitus-Instrument) bedarf es einer ärztlicherseits bestätigt erfolgreichen Ausprobe über vier Wochen.

§ 27 Wiederverordnung

[1]Die Wiederverordnung von Hörgeräten vor Ablauf von 5 Jahren bei Kindern und vor Ablauf von 6 Jahren bei Jugendlichen und Erwachsenen bedarf einer besonderen Begründung. [2]Medizinische Gründe können z. B. fortschreitende Hörverschlechterung oder Ohrsekretion sein. [3]Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräte-Akustikers.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.