



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Hilfsmitteln in der
vertragsärztlichen Versorgung

(Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 10.04.2012 B2)
in Kraft getreten am 1. April 2012

zuletzt geändert am 20. Februar 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 15.05.2025 B2)
in Kraft getreten am 16. Mai 2025

Inhalt

A.	Allgemeines.....	4
§ 1	Ziel der Richtlinie	4
§ 2	Begriffsbestimmungen	4
§ 3	Versorgungsanspruch.....	4
§ 4	Hilfsmittelverzeichnis	5
§ 5	Maßgaben der Krankenkassen und Zusammenwirken weiterer Beteiligter	6
§ 6	Allgemeine Ordnungsgrundsätze.....	6
§ 6a	Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements	8
§ 6b	Verordnung von Hilfsmitteln mit einem Sicherheitsmechanismus	9
§ 7	Inhalt der Verordnung.....	9
§ 8	Abgabe von Hilfsmitteln.....	10
§ 9	Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln	10
§ 10	Informationspflichten.....	10
§ 11	Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.....	10
§ 11a	– aufgehoben.....	11
B.	Sehhilfen	12
§ 12	Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen.....	12
§ 13	Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe	13
§ 14	Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe	13
§ 15	Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe	14
§ 16	Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe.....	15
§ 17	Therapeutische Sehhilfen.....	16
C.	Hörhilfen	19
§ 18	Apparative Hilfsmittel bei Funktionsstörungen des Ohres	19
§ 19	Versorgungsziele	19
§ 20	Verordnungsfähigkeit.....	19
§ 21	Beidohrige Hörgeräteversorgung.....	19
§ 22	Einohrige Hörgeräteversorgung	20
§ 23	Knochenleitungs-Hörgeräte	21
§ 24	Tinnitusgeräte	21
§ 25	Übertragungsanlagen	21
§ 26	Ausschluss der Verordnungsfähigkeit	21
§ 27	Verordnung	22
§ 28	Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen	22
§ 29	Versorgungsvarianten	23
§ 30	Auswahl des Hörgerätes und Abnahme	23

§ 31	Wiederverordnung.....	24
------	-----------------------	----

A. Allgemeines

§ 1 Ziel der Richtlinie

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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. Dabei wird den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung getragen. Gleiches gilt gemäß §§ 2a und 2b SGB V für die besonderen Belange chronisch kranker Menschen sowie geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten bei der Versorgung der Versicherten.

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

§ 2 Begriffsbestimmungen

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 beziehungsweise Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. 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 (zum Beispiel bestimmte Spritzen oder Inhalationsgeräte). Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehören zu den Hilfsmitteln

1. Sehhilfen (siehe Abschnitt B),
2. Hörhilfen (siehe Abschnitt C),
3. Körperersatzstücke,
4. orthopädische und
5. andere Hilfsmittel.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren 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 unbeschadet des § 33 Absatz 5a Satz 1 und Satz 3 SGB V zu Lasten der Krankenkassen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

1. den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
2. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen und dadurch auch die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe zu fördern, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, die anderen Leistungsträgern zuzuordnen sind (zum Beispiel Leistungen zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben),

- soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen sind. Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die in § 42 Absatz 1 SGB IX genannten Rehabilitationsziele zu beachten, soweit eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Eine Behinderung, die einen Anspruch nach Satz 1 begründen kann, liegt nach § 2 Absatz 1 SGB IX vor, wenn Versicherte körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe im Sinne von Satz 1 Nummer 3 mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können und der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Versicherte sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 3 zu erwarten ist.

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

- handelt.

§ 4 Hilfsmittelverzeichnis

(3) Zur systematischen Gliederung des Hilfsmittelverzeichnisses dient als Ordnungskriterium eine zehnstellige Positionsnummer: zum Beispiel

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 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.

§ 5 Maßgaben der Krankenkassen und Zusammenwirken weiterer Beteiligter

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

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

(3) Gemäß § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V kann die Krankenkasse in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 SGB V). Lässt die Krankenkasse den Medizinischen Dienst prüfen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist, hat dieser hierbei die Versicherte oder den Versicherten zu beraten.

(4) Gemäß § 277 Absatz 1 Satz 2 SGB V hat der Medizinische Dienst der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen, sofern dieses von der Verordnung abweicht.

(5) Gemäß § 277 Absatz 1 Satz 3 SGB V kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nach der Mitteilung nach Absatz 4 mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst anfordern; der Medizinische Dienst ist dann zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet.

(6) Die Vorgaben für das Zusammenwirken zwischen Vertragsärztin oder Vertragsarzt, der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte sind darüber hinaus zu beachten.

(7) Gemäß § 275 Absatz 5 SGB V sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

§ 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze

(1) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinie bestimmten Rahmens, um den 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. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Ärztinnen und Ärzte diese Richtlinie kennen und beachten. Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Zur Ermittlung des Bedarfs können Fremdbefunde oder, sofern vorhanden, ein Teilhabeplan herangezogen werden. Die Verordnung von Hilfsmitteln kann im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation erfolgen. Eine mittelbar persönliche Konsultation

kann nur per Videosprechstunde erfolgen. Die mittelbar persönliche Konsultation ist nur dann zulässig, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. der Gesundheitszustand der oder des Versicherten und die Feststellungen nach § 6 Absatz 3 der Vertragsärztin, dem Vertragsarzt oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die Versicherte oder den Versicherten behandelt, unmittelbar persönlich bekannt sind und
2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt.

Sofern der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu verweisen. Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht. Die Verordnung nach einem vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten ist abweichend von Satz 4 ausnahmsweise zulässig, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt den aktuellen Gesundheitszustand sowie die Feststellungen nach § 6 Absatz 3 bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sowohl im Rahmen der Videosprechstunde als auch im Rahmen des telefonischen Kontaktes die Authentifizierung der oder des Versicherten sicherzustellen.

(3) Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

1. der Bedarf,
2. das Ziel,
3. die Prognose und
4. die Fähigkeit zur Nutzung

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

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

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

(6) Zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln haben die Versicherten die Wahl. Wünschen der Versicherten soll bei der Verordnung und Auswahl der Hilfsmittel entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

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

(8) Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die oder den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich oder zur Ermöglichung oder Verbesserung der Teilhabe im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erforderlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. 3Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

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

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

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

§ 6a Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements

(1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt Hilfsmittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. Die Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist so zu bemessen, dass ein Versorgungszeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung nicht überschritten wird. Ist keine dieser Bemessungsvorgabe entsprechende Versorgungseinheit im Markt verfügbar, kann von den im Markt verfügbaren die der Bemessungsvorgabe am nächsten kommende größere Versorgungseinheit vom Hilfsmittleistungserbringer in Abstimmung mit der Krankenkasse abgegeben werden. Besteht die Erforderlichkeit einer Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements nach Satz 1 bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln für länger als sieben Kalendertage, so gilt insoweit die Begrenzung der Versorgungsdauer nach Satz 1 nicht. Von einer unmittelbaren Erforderlichkeit nach Satz 1 ist in der Regel nicht auszugehen bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind; Ausnahmen sind zu begründen. Ergänzend zu den Angaben nach § 7 muss auf der Verordnung das (voraussichtliche) Entlassungsdatum sowie eine Kennzeichnung für „Entlassmanagement“ angegeben werden.

(2) Die Verordnung verliert abweichend von § 8 Absatz 2 sieben Kalendertage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wurde.

(3) Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigten Verordnungen zu informieren. § 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. Die Maßnahmen nach § 8 Absatz 1 und § 9 erfolgen in der Regel an oder durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt.

(4) Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

§ 6b Verordnung von Hilfsmitteln mit einem Sicherheitsmechanismus

(1) Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, sind aufgrund der bei diesen Verletzungen bestehenden oder stets anzunehmenden Infektionsgefahr verordnungsfähig, wenn die medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit dem Hilfsmittel besteht und die oder der Versicherte bei den in Absatz 2 genannten Tätigkeiten oder mit diesen vergleichbaren Tätigkeiten selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür der Tätigkeit einer dritten Person bedarf.

(2) Tätigkeiten, bei denen eine Infektionsgefährdung Dritter durch eine Nadelstichverletzung angenommen werden kann, sind Folgende:

1. Blutentnahmen zur Gewinnung von Kapillarblut,
2. subkutane Injektionen,
3. subkutane Infusionen,
4. perkutane Punktion eines Portsystems zur Infusion sowie
5. Setzen eines subkutanen Sensors.

§ 7 Inhalt der Verordnung

(1) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern und Ähnlichem ist nicht zulässig. Die Verordnung kann durch weitere, die Verordnung konkretisierende Unterlagen ergänzt werden.

(2) 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. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

1. die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
2. die Anzahl,
3. erforderlichenfalls Hinweise (zum Beispiel über Zweckbestimmung, Funktionalität des Hilfsmittels, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Auswahl, Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten und
4. erforderlichenfalls entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2 und 3 ergänzende versorgungsbegründende Hinweise auf spezifische Bedarfe (unter anderem die maßgeblichen Versorgungsziele, relevante Kontextfaktoren und Synergien sowie Ausführungen zu Funktionalitäten und wesentlichen Gebrauchsvorteilen und deren Auswirkungen auf die Versorgungsziele)

angeben. Gegebenenfalls sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen, damit diese bei der Entscheidung durch die Krankenkassen berücksichtigt werden können.

(3) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die siebenstellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die zehnstellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der

oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der zehnstelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich. Satz 4 gilt für die Verordnung von Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, entsprechend.

(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.

§ 8 Abgabe von Hilfsmitteln

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

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

§ 9 Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln

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

§ 10 Informationspflichten

(1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt und die Krankenkasse sollen die Versicherten – soweit nötig im Einzelfall – auf die in dieser Richtlinie genannten Regelungen hinweisen.

(2) Sollen Hilfsmittel als Leistung zur medizinischen Rehabilitation verordnet werden, beraten die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowie die Krankenkasse die Versicherten über Leistungen zur Teilhabe und weisen auf die Möglichkeit der trägerübergreifenden Beratung hin.

(3) Handelt es sich bei der Hilfsmittelversorgung um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, kann die oder der Versicherte entsprechend der Voraussetzungen in § 19 Absatz 2 Satz 3 SGB IX die Erstellung eines Teilhabeplanes durch die Krankenkasse, wenn diese leistender Rehabilitationsträger ist, wünschen. In dem Teilhabeplanverfahren können auf Grund der festgestellten Bedarfe die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln und soweit möglich die Eigenschaften des Hilfsmittels festgestellt und die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger geklärt werden.

§ 11 Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln Auskünfte beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen einholen.

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

§ 11a – aufgehoben

B. Sehhilfen

§ 12 Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen

- (1) Eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe (§§ 13 bis 16) ist verordnungsfähig
1. bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 2. bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist. Die Sehschärfenbestimmung hat beidseits mit bester Fernkorrektur mit Brillengläsern zu erfolgen.
 3. bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie auf mindestens einem Auge einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von $\geq 6,25$ Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder von $\geq 4,25$ Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen. Grundlage für die Verordnungsfähigkeit ist der verordnete Fernwert im stärksten Hauptschnitt. Auch bei Kontaktlinsenverordnungen ist die benötigte Fernrefraktion mit Brille maßgeblich.
- (2) Die Abgabe von therapeutischen Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde auf der Grundlage einer vorhergehenden Diagnostik und Therapieentscheidung voraus. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen zur Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen verordnungsfähig sind, wird in dieser Richtlinie in § 17 definiert.
- (3) Die erstmalige Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde voraus, da eine Abklärung der Ursache des Sehfehlers vor einer Erstversorgung medizinisch geboten ist. Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. Dieser ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde auszufüllen. Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies gilt insbesondere in den folgenden Fällen bei:
1. Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
 2. Versicherten, die nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen entsprechend § 12 Absatz 1 Nummer 2.

Für Ersatzbeschaffungen von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Verlust oder Bruch innerhalb von drei Monaten nach einer Verordnung ist für die Fälle nach Nummer 1 und 2 keine ärztliche Verordnung erforderlich.

- (4) Eine Folgeverordnung von sehschärfenverbessernden Sehhilfen setzt eine Neubestimmung der erforderlichen Brillenglaskorrektionsstärke voraus. Unbeschadet einer Ersatzbeschaffung bei Verlust oder Defekt besteht nach Vollendung des 14. Lebensjahres 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:

1. Brillengläser (siehe § 14)
2. Kontaktlinsen (siehe § 15)
3. vergrößernde Sehhilfen (siehe § 16)

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

§ 14 Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe

(1) Die Versorgung mit Brillengläsern erfolgt grundsätzlich als beidäugige Versorgung. Sind Brillengläser zur Fern- und Nahkorrektur erforderlich, können wahlweise auch Mehrstärkengläser (Bifokal-/Trifokal-/Multifokalglasser) verordnet werden, gegebenenfalls mit Planglasanteil für einen Korrekturbereich, sofern die Notwendigkeit zum ständigen Tragen von Brillengläsern eine solche Ausstattung erforderlich macht. Eine zusätzliche Verordnung von Einstärkengläsern für den Zwischenbereich ist hierbei nicht möglich. Für Kinder mit Pseudophakie oder Aphakie können bifokale Gläser mit extra großem Nahteil verordnet werden.

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

1. umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
2. chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratokonjunktivitis, Iritis, Cyclitis),
3. entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
4. Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
5. totaler Farbenblindheit,
6. unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
7. intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren).

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

1. Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, unabhängig von der Gläserstärke,
2. Kindern und Jugendlichen für den Schulsport bis zur Vollendung der allgemeinen Schulpflicht (gegebenenfalls zusätzlich),

3. Gläserstärken ab +6,0 / -8,0 dpt im stärksten Hauptschnitt aus Gewichtsgründen (bei Mehrstärkengläsern ist der Fernteil maßgeblich),
 4. Brechkraftunterschied der Gläser ab 3,0 dpt zwecks Minderung des Gewichtsunterschieds,
 5. 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) Verordnungsfähig sind hochbrechende mineralische Brillengläser mit einem Brechungsindex $n \geq 1,6$ und $n \leq 1,7$ bei Myopie/Hyperopie ≥ 10 dpt im stärksten Hauptschnitt. Bei Mehrstärkengläsern ist der Fernteil maßgeblich. Verordnungsfähig sind hochbrechende Kunststoffgläser mit einem Brechungsindex $n \geq 1,6$ und $n \leq 1,67$ bei Myopie/Hyperopie ≥ 10 dpt im stärksten Hauptschnitt. 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 $\geq +12$ 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 Absatz 1 Nummer 16) und/oder für den Freizeitbereich,
 11. Brillengläser für Sportbrillen (Ausnahme Schulsportbrille im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht siehe Absatz 3 Nummer 2),
 12. Brillengläser für eine so genannte „Zweitbrille“, deren Korrektionsstärken bereits vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung). Das gilt auch für Brillengläser, die für eine Reservebrille (zum Beispiel aus Gründen der Verkehrssicherheit) benötigt werden,
 13. Brillenfassungen.

§ 15 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe

- (1) Bei erfüllter Kontaktlinsenindikation zur Verbesserung der Sehschärfe (Absatz 3) ist primär eine beidäugige Versorgung anzustreben, sofern medizinisch zweckmäßig. Verordnungsfähig sind ausschließlich Einstärken-Kontaktlinsen. Formstabile Kontaktlinsen stellen die Regelversorgung dar.
- (2) Die Verordnung weicher Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe bedarf einer besonderen Begründung. 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 $\geq 8,0$ dpt,
2. Hyperopie $\geq 8,0$ dpt,
3. irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 0,2 logMAR (2 Visus-Stufen) verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
4. Astigmatismus rectus und inversus $\geq 3,0$ dpt,
5. Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$, beziehungsweise $135^\circ \pm 30^\circ$) ≥ 2 dpt,
6. Keratokonus,
7. Aphakie,
8. Aniseikonie $> 7\%$ (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
9. Anisometropie $\geq 2,0$ dpt.

(4) Weichlinsen als Austauschsysteme zur Verbesserung der Sehschärfe für die begrenzte unterbrochene – im Einzelfall bei Handhabungsproblemen auch ununterbrochene – (sieben 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) Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht regelhaft ununterbrochen getragen werden sollen, ist bei den nach den Absätzen 3 und 4 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung von Brillengläsern möglich. 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 gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Eingriffen,
2. Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris (Ausnahme Irislinse gemäß § 17 Absatz 1 Nummer 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.

§ 16 Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

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

(2) Abhängig vom augenärztlicherseits reproduzierbar nach einer allgemein anerkannten Bestimmungsmethode (zum Beispiel Nahsehprobentafel zur Ermittlung des Vergrößerungsbedarfs) ermittelten und dokumentierten Vergrößerungsbedarf sind optische und elektronisch vergrößernde Sehhilfen verordnungsfähig. Bei der Verordnung ist den individuellen Sehanforderungen im Rahmen der elementaren Grundbedürfnisse des täglichen

Lebens Rechnung zu tragen. Es ist durch die Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde festzustellen, ob die oder der Versicherte in der Lage ist, die vergrößernde Sehhilfe zielführend einzusetzen.

(3) Optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe sind bei einem Vergrößerungsbedarf $\geq 1,5$ -fach vorrangig verordnungsfähig als Hellfeldlupe, Hand-/Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung oder Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser). In begründeten Einzelfällen können Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) gegebenenfalls einschließlich Systemträger verordnet werden.

(4) Elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe sind als mobile oder nicht mobile Systeme in der Regel verordnungsfähig bei einem Vergrößerungsbedarf $\geq$ sechsfach.

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

(6) Nicht verordnungsfähig sind:

1. Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
2. separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes),
3. Fresnellinsen aller Art.

§ 17 Therapeutische Sehhilfen

(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 (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- b) Albinismus.

Besteht beim Lichtschutzglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktions-ausgleichs, 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 Refraktions-ausgleichs, und bei Albinismus einer Transmissionsminderung (gegebenenfalls 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.

Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktions-ausgleichs und gegebenenfalls 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, zum Beispiel 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 Refraktions-ausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit verordnungsfähig.

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

5. Kantenfilter sind nicht verordnungsfähig bei

- a) altersbedingter Makuladegeneration,

- b) diabetischer Retinopathie,

- c) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),

- d) Fundus myopicus.

6. Verordnungsfähig sind horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3 Prismendioptrien (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, zum Beispiel 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 oben genannten 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 Nahtteil 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.
 10. Verordnungsfähig sind Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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 -ulcerationen, zum Beispiel Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalgo, Keratitis filiformis.
 13. Verordnungsfähig sind Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.
 14. Nicht verordnungsfähig sind Verbandlinsen/Verbandschalen nach nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Eingriffen.
 15. Verordnungsfähig sind Kontaktlinsen
 - a) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit Keratokonus bedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhauradius $< 7,0$ mm zentral oder am Apex oder
 - b) 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 bei funktionell Einäugigen (funktionell Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von $< 0,2$).
 17. 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 gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.
- (2) Keine therapeutische und keine sehschärfenverbessernde Sehhilfe ist die Irisschale mit geschwärzter Pupille. Sie stellt ein Körperersatzstück dar und ist verordnungsfähig bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut des blinden Auges.

C. Hörhilfen

§ 18 Apparative Hilfsmittel bei Funktionsstörungen des Ohres

Hörhilfen im Sinne des Abschnitts C. dieser Richtlinie sind

1. Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte) und Zubehör,
2. Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sogenannte Tinnitusinstrumente) und
3. Übertragungsanlagen.

§ 19 Versorgungsziele

(1) Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts,

1. ein Funktionsdefizit des Hörvermögens möglichst weitgehend auszugleichen und dabei – soweit möglich – ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen,
2. durch eine beidohrige Versorgung, soweit möglich, auch das räumliche Hören zu verbessern,
3. die Auswirkungen einer auditiven Kommunikationsbehinderung im gesamten täglichen Leben und damit bei der Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen zu beseitigen oder zu mildern. Weitere spezifische Bedarfe aufgrund der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2 und 3 sind zu berücksichtigen, wenn dadurch ein wesentlicher Gebrauchsvorteil erreicht werden kann.

(2) Zielsetzung der Tinnitusgeräteversorgung ist es, dass der subjektive Tinnitus nicht mehr störend wahrgenommen wird.

(3) Zielsetzung der Versorgung mit Übertragungsanlagen ist es, durch Verbesserung des Nutzschall/Störschallabstands zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens beizutragen.

§ 20 Verordnungsfähigkeit

Bei auditiver Kommunikationsbehinderung aufgrund peripherer Hörstörung kann nach Abklärung von medikamentöser und operativer Behandlungsmöglichkeit die Verordnung von Hörgeräten angezeigt sein. Wird die von den Versicherten angegebene Behinderung durch ärztliche Untersuchung bestätigt, ist zu prüfen, ob sie durch Hörgeräte weitgehend ausgeglichen werden kann und ein wesentlicher funktionaler Gebrauchsvorteil erreicht wird.

§ 21 Beidohrige Hörgeräteversorgung

(1) Die Regelversorgung ist die beidohrige Versorgung. Voraussetzung für eine beidohrige Hörgeräteversorgung ist, dass

1. der tonaudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem besseren Ohr mindestens 30 Dezibel (dB) in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz (Hz) und
2. sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem besseren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80% beträgt.

(2) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll der Gewinn mit Hörgeräten im freien

Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgeräte noch ein Einsilberverschöhen ermittelbar ist. Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverschöhen noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB m6glichst nahe gekommen werden.

(3) Bei der Überprüfung des H6rhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im St6rschall (wenn audiologisch m6glich, in der Regel Sprachschallpegel 65 dB und St6rschallpegel 60 dB) im freien Schallfeld soll der Gewinn mit H6rgeräten im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 10 Prozentpunkte betragen. Es sollten grundsätzlich pro St6rschalltestung mindestens zwei Testlisten durchgeföhrt werden.

(4) Bei der Überprüfung des H6rhilfenversorgungs-Ergebnisses im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Oldenburger Satztests (OLSA; nach Ausschaltung des Trainingseffektes) oder bei Verwendung des G6ttinger Satztests (G6SA) wird ein H6rhilfenversorgungs-Erfolg im sprachsimulierenden St6rschall von 45 dB ausreichend belegt, wenn bei einer Sprachverständlichkeit von 50 % der S/N (signal to noise ratio – Nutzschall/St6rschallabstand) bei der Testung mit H6rhilfen um mehr als 2 dB S/N geringer gewählt werden kann, als bei der Testung ohne H6rhilfen in derselben räumlichen Situation (Sprachverständlichkeitsschwelle ohne H6rhilfen gegenüber mit H6rhilfen).

§ 22 Einohrige H6rgeräteversorgung

(1) Voraussetzung für eine einohrige H6rgeräteversorgung ist, dass

1. der tonaudiometrische H6rverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hz und
2. sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfh6rern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80 % beträgt.

(2) Bei der Überprüfung des Ergebnisses einer H6rgeräteversorgung des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll bei gleichzeitiger Vertäubung des besseren Ohres (per Kopfh6rer) der Gewinn mit einem H6rgerät bei gleichem Schallpegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne H6rgerät noch ein Einsilberverschöhen ermittelbar ist. Soweit ohne H6rgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverschöhen noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB m6glichst nahe gekommen werden.

(3) Bei der Überprüfung des H6rhilfenversorgungs-Ergebnisses des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld mit St6rschall (wenn audiologisch m6glich, in der Regel Sprachschallpegel 65 dB und St6rschallpegel 60 dB) soll der Gewinn mit dem H6rgerät unter gleichen Bedingungen mindestens zehn Prozentpunkte betragen.

(4) Zum Nachweis des Nutzens der H6rgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr wird mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem G6SA zunächöst h6rhilfenunversorgt die 50% Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden St6rschall bestimmt (Messanordnung: Sprache von vorne/St6rgeräusch von 90° aus Richtung der besseren Seite). Der H6rhilfenversorgungs-Erfolg ist entsprechend der in § 21 Absatz 4 beschriebenen Vorgaben zu ermitteln.

(5) Ergänzend kann zum Nachweis des Nutzens der H6rgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr das Richtungsh6ren unversorgt und versorgt verglichen werden. Dabei muss eine verbesserte Richtungs-Identifikation nachgewiesen werden.

§ 23 Knochenleitungs-Hörgeräte

(1) Die Verordnung von Knochenleitungs-Hörgeräten ist nur möglich, wenn eine Luftleitungshörhilfenversorgung nicht zielführend durchgeführt werden kann. Dies ist zum Beispiel gegeben bei therapieresistenter, chronischer Ohrsekretion oder hochgradiger Schallleitungsschwerhörigkeit, wie sie bei Gehörgangsatresien, Mittelohrmalformationen et cetera vorkommen können.

(2) Im Falle einer teilimplantierten, perkutan (hautperforierend) verankerten Knochenleitungshörhilfenversorgung ist vor der operativen Intervention der Nachweis der Überlegenheit im Sprachverständnis gegenüber einer transkutan schallübertragenden Knochenleitungshörhilfe durch einen interdental gehaltenen Teststab zu führen.

§ 24 Tinnitusgeräte

(1) Im Falle eines chronischen behandlungsbedürftigen subjektiven Tinnitus ist bei Nichtvorliegen einer versorgungspflichtigen Hörstörung ein Tinnitusgerät nach durchgeführter Bestimmung der Tinnitusfrequenz und Messung der Tinnitusverdeckbarkeit verordnungsfähig. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes (Tinnitus-instruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.

(2) Bei Tinnitusgeräteversorgungen soll sich die Fachärztin oder der Facharzt nach einer Erprobungsphase von mindestens vier Wochen davon überzeugen, dass der oder die Versicherte das Gerät seinem Therapiekonzept entsprechend trägt und hierdurch eine subjektive Linderung der Tinnituswahrnehmung erlebt.

§ 25 Übertragungsanlagen

(1) Übertragungsanlagen sind (altersunabhängig) zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einer erfolgten Hörhilfenversorgung oder CI-Versorgung verordnungsfähig, zum Beispiel

1. für die Sprachentwicklung oder Sprachförderung oder soweit dies für das Sprachverstehen in Kindergarten oder Schule bis zum Abschluss der schulischen Ausbildung erforderlich ist,
2. zur Verbesserung des Sprachverstehens in jedem Alter, wenn trotz bestmöglicher Hörgeräteanpassung im gesamten täglichen Leben kein ausreichendes Sprachverstehen erreicht wird.

(2) Übertragungsanlagen sind ebenfalls verordnungsfähig, wenn bei peripherer Normalhörigkeit aufgrund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht. Diese muss durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie diagnostiziert werden. Bei Erwachsenen kann die Diagnose auch durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde erfolgen.

§ 26 Ausschluss der Verordnungsfähigkeit

Nicht verordnungsfähig sind

1. Hörhilfen bei peripherer Normalhörigkeit,
2. Übertragungsanlagen, sofern sie nicht zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens eingesetzt werden,
3. Übertragungsanlagen bei Verdacht auf auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, ohne dass eine bestätigende Diagnose gemäß § 25 Absatz 2 vorliegt,
4. Telefonverstärker, Schwerhörigentelefone,

5. Ringschleifenverstärker und
6. die Energieversorgung bei Hörgeräten für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 27 Verordnung

(1) Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus, da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist. Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. Dieser ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen. Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies ist insbesondere der Fall

1. bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bei neu aufgetretenem Tinnitus,
3. bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am besseren Ohr > 80 dB als Durchschnitt der тонаudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz).

(2) Die audiometrischen Untersuchungen müssen in einem Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB und mit einem entsprechend dem Medizinproduktegesetz zugelassenen Audiometer durchgeführt werden.

(3) Die Indikationsstellung zur Hörgeräteversorgung umfasst:

1. die Untersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen einschließlich Erhebung der Anamnese sowie ton- und sprachaudiometrischen Bestätigung der Kommunikationsbehinderung,
2. die Feststellung, ob die Versicherten oder deren Hilfspersonen bereit und in der Lage sind, das Hörgerät zu bedienen, gegebenenfalls nach einer Anpassungsphase in Zusammenarbeit mit einer Hörgeräteakustikerin oder einem Hörgeräteakustiker und
3. den Entschluss der Versicherten, das Hörgerät, beziehungsweise die Hörgeräte zu tragen.

Bei Versicherten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, erfolgt die Untersuchung mittels vergleichender Tonschwellenaudiometrie und Sprachabstandsmessung oder spezieller Fremdsprachentests. Ist auch die тонаudiometrische Untersuchung nicht durchführbar, ist die Hirnstammaudiometrie (BERA) durchzuführen.

§ 28 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

(1) Die Verordnung von Hörgeräten für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) darf nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, die die Möglichkeit haben, anhand des alterskorrelierten Sprachtestmaterials die Notwendigkeit und Art der benötigten Hörhilfe(n) selbst zu bestimmen und den Erfolg zu überprüfen.

(2) Bei Kindern und Jugendlichen kann die Hörstörung in Abhängigkeit von Alter, Grad der Hörstörung und Stand der Sprachentwicklung häufig nur geräusch- und тонаudiometrisch beziehungsweise mit Hilfe objektiver Messverfahren [zum Beispiel Impedanzmessung, akustisch evozierter Potentiale (AEP), Otoakustischer Emissionen (OAE)] festgestellt werden. Sprachaudiometrische Untersuchungen sind nur bei entsprechendem passivem und aktivem Wortschatz mit speziellen Sprachverständnistests für Kinder (zum Beispiel Mainzer,

Oldenburger Kindersatztest und/oder Göttinger Kindersprachtest) durchführbar. Die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen und Kleinstkindern soll in einer pädaudiologischen Einrichtung durchgeführt werden.

(3) Im begründeten Einzelfall ist eine Hörgeräteversorgung bei Kindern und Jugendlichen auch schon bei geringgradiger Schwerhörigkeit möglich, zum Beispiel dann, wenn das Sprachverständnis bei Störgeräuschen in der Umgebung deutlich eingeschränkt ist. Eine Hörgeräteversorgung ist auch dann zu erproben und gegebenenfalls vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind. Bei einer Hörgeräteversorgung bei Kindern und Jugendlichen ist regelmäßig eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang oder anderen Ankopplungstechniken zu wählen.

§ 29 Versorgungsvarianten

(1) Die Standardversorgung ist die Versorgung mit Luftleitungshörgeräten, die insbesondere als Hinter-dem-Ohr (HdO) und Im-Ohr (IO)-Geräte oder im Einzelfall mit Begründung Taschengeräte angeboten werden. Die adäquate Hörgerätetechnik ist gemäß der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und im Rahmen der Grundbedürfnisse angemessen zu verordnen. Im Ausnahmefall und mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten kann Analog-Technik gewählt werden. Für Versicherte mit Anspruch auf eine Übertragungsanlage nach §19 Absatz 3 ist eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang oder anderen Ankopplungstechniken zu wählen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kommen Versorgungen der folgenden Absätze in Betracht.

(2) Als Knochenleitungshörhilfen kommen in Betracht:

1. Hörhilfen mit Knochenleitungshörer (kopfbügel-, magnet- oder stirnbandgehalten),
2. Knochenleitungshörbügel (eingearbeitet in oder angesteckt an eine Brillenfassung) oder
3. teilimplantiertes Knochenleitungshörgerät mit percutaner (hautperforierender) Fixtur.

(3) Eine CROS-Versorgung (Contralateral Routing of Signals = Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen) kommt in Betracht bei hochgradiger Asymmetrie des Gehörs, wenn gerätetechnisch die schlechter hörende beziehungsweise taube Seite nicht mehr zielführend versorgbar ist, während auf der Gegenseite Normakusis oder eine noch nicht hörhilfenversorgungspflichtige Schwerhörigkeit vorliegt. Liegen auf dem besser hörenden Ohr die Versorgungsvoraussetzungen für eine Hörhilfenversorgung vor, kann eine BiCROS-Versorgung angezeigt sein. Die Signalübertragung ist drahtgebunden oder per Funk möglich. Die CROS- beziehungsweise BiCROS-Versorgung verlangt von der Versicherten oder dem Versicherten eine längere Eingewöhnungszeit.

(4) Ein Kinnbügelhörer ist nur verordnungsfähig, wenn eine Versorgung mit HdO/IO-Geräten medizinisch nicht möglich ist.

(5) Als Tinnitusgeräte sind solche Geräte zu wählen, die ein Rauschspektrum anbieten, welches die subjektive Tinnituswahrnehmung ausreichend lindert.

§ 30 Auswahl des Hörgerätes und Abnahme

Die Hörgeräteversorgung setzt eine sorgfältige Testung voraus. Zur Qualitätssicherung ist das Ergebnis der Testung zu dokumentieren. Hat die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen mit den dokumentierten Ergebnissen (einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl/gegebenenfalls Programm oder Sprachmoduswahl) auseinandersetzen und durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass

1. die von der Hörgeräteakustikerin oder von dem Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und
2. die selbst erhobenen Messwerte mit denen der Hörgeräteakustikerin oder des Hörgeräteakustikers übereinstimmen.

Ergänzend zur audiometrischen Untersuchung kann der APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) verwendet werden.

§ 31 Wiederverordnung

Die Wiederverordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs sowie vor Ablauf von sechs Jahren bei Erwachsenen bedarf einer besonderen Begründung. Ein medizinischer Grund kann zum Beispiel die fortschreitende Hörverschlechterung sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht.