

Richtlinien
des
Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

über die Verordnung
von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
(„Hilfsmittel-Richtlinien“)

in der Fassung vom 17. Juni 1992
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 183b vom 29. September 1992

zuletzt geändert am 1. Dezember 2003
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 20 (S. 1523) vom 30. Januar 2004

Inkrafttreten der letzten Änderung: 1. Januar 2004

A. Allgemeines	3
I. Begriffsbestimmungen	3
II. Voraussetzungen für die Verordnung von Hilfsmitteln	4
III. Allgemeine Verordnungsgrundsätze	5
IV. Inhalt der Verordnung	6
V. Informationspflichten	7
VI. Feststellung der Verordnungsfähigkeit und Information des Kassenarztes	7
E. Sehhilfen	8
F. Hörhilfen	16
G. Inkrafttreten	21

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien dienen 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.

A. Allgemeines

I. Begriffsbestimmungen

2. Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören:

2.1 Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel

2.2 Sehhilfen (siehe Abschnitt E)

2.3 Hörhilfen (siehe Abschnitt F)

2.4 Sächliche Mittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen)

2.5 Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

II. Voraussetzungen für die Verordnung von Hilfsmitteln

b) Hilfsmittel

7. Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind,
 - den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
8. Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, sofern sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgeführt sind.
 - 8.1 Die Krankenkassen stellen in den Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V sicher, dass bei der Abgabe von Hilfsmitteln das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V beachtet wird.
 - 8.2 Zur Information des Kassenarztes wird auf der Grundlage des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 128 SGB V eine Arztinformation erstellt, die bei der Verordnung beachtet werden soll (Anlage 3).
 - 8.3 Der Arbeitsausschuss "Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien" ist berechtigt, die Arztinformation zu ändern und zu ergänzen, soweit die Arztinformation nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.
9. Hilfsmittel können durch die Krankenkassen auch leihweise überlassen werden.
10. Die Krankenkasse kann die Kostenübernahme davon abhängig machen, dass sich der Versicherte das Hilfsmittel anpassen und/oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lässt.

III. Allgemeine Verordnungsgrundsätze

11. Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen, im folgenden Kassenärzte genannt, treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinien bestimmten Rahmens, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem all-gemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zukommen zu lassen. Die Kassenärzte sollen sicherstellen, dass für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.
12. Vor der Verordnung von Hilfsmitteln soll der Kassenarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen (z.B. sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung) erreicht werden kann.
13. Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die Entwicklung und Erprobung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenversicherung ist unzulässig.
14. Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer Hilfsmittel für denselben Anwendungsbereich kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie ein therapeutisch zweckmäßiger Synergismus bewirkt wird.
15. Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Kassenarzt von dem Zustand des Kranken überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.
19. Der Kassenarzt soll sich vergewissern, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.
20. Vor einer Wiederverordnung von Hilfsmitteln soll sich der Kassenarzt vergewissern, ob die Gebrauchsfähigkeit des bisher verwendeten Mittels durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann.

21. Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus hygienischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktions-gleiche Mittel anzusehen.
22. Die Verordnung von Maßanfertigungen ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln (Konfektion oder Maßkonfektion) denselben Zweck erfüllt.
23. Der Kassenarzt soll Art und Umfang der Verordnung in seinen Behandlungsunterlagen aufzeichnen.

IV. Inhalt der Verordnung

24. Die Kassenärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Verwendung von Stempeln ist nicht zulässig.
25. 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. Der Kassenarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere angeben:

25.4 bei Hilfsmitteln

- Anzahl
- Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe der Arztinformation (s. Nr. 8.2)
- Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung nach Maß).

Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

26. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

V. Informationspflichten

27. Die Krankenkassen sollen die Versicherten allgemein - und soweit nötig im Einzelfall - darüber aufklären,

- dass sie Anspruch auf eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zweckmäßige und ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln haben,
- dass sie Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können,
- dass die Verordnung von Maßnahmen und Mitteln zur allgemeinen Gesundheitserhaltung nicht zu Lasten der Krankenkassen erfolgen kann,
- dass ihnen nur Hilfsmittel, deren Funktionstauglichkeit, therapeutischer Nutzen und Qualität nachgewiesen wurde, verordnet werden können,
- dass sie nur Anspruch haben auf die Hilfsmittel, die der jeweiligen ärztlichen Verordnung genau entsprechen,
- dass für ein erforderliches Hilfsmittel, für das ein Festbetrag festgesetzt wurde, die Kasse die Kosten nur bis zur Höhe des Festbetrages übernimmt.

28. Der Kassenarzt soll die Versicherten - soweit nötig im Einzelfall - ebenfalls auf die in diesen Richtlinien genannten Beschränkungen hinweisen.

29. Gegenüber Verordnungswünschen der Versicherten ist Zurückhaltung geboten.

30. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen Preislisten der verordnungsfähigen Hilfsmittel sowie Übersichten über Festbeträge und Festbetragslisten zur Verfügung.

VI. Feststellung der Verordnungsfähigkeit und Information des Kassenarztes

31. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln Auskünfte bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen einholen.

32. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen können einvernehmlich allen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Kassenärzten und allen Krankenkassen Hinweise zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln geben.

E. Sehhilfen

53. Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen

53.1 Eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe 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 vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt.

53.2 Eine therapeutische Sehhilfe ist verordnungsfähig, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dient.

53.3 Die Verordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe und therapeutischer Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur aufgrund einer augenärztlichen Untersuchung erfolgen.

Dies gilt nicht für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei

- Folgeverordnungen nach Vollendung des 14. 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 der Nummer 53.1 zweiter Spiegelstrich vorliegt.
- Ersatzbeschaffungen innerhalb von 3 Monaten bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ohne Änderung der Refraktionswerte:

54. Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe kommen in Frage:

54.1 Brillengläser

54.2 Kontaktlinsen

54.3 andere vergrößernde Sehhilfen (z. B. Lupen, Lupenbrillen, Fernrohrbrillen, elektronisch vergrößernde Sehhilfen)

55. Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe

55.1 In erster Linie kommt die Verordnung von Brillengläsern in Betracht. Kontaktlinsen und andere Sehhilfen dürfen nur in besonders zu begründenden Fällen verordnet werden. Dabei sind die Nrn. 58 und 59 dieses Abschnittes zu beachten.

55.2. Folgegläser können bei Versicherten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur verordnet werden, wenn sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 dpt geändert hat; eine Änderung der Gläserstärke um 0,5 dpt liegt auch dann vor, wenn die Gläserstärke für das eine Auge um 0,25 dpt zugenommen und die für das andere Auge um 0,25 dpt abgenommen hat. Bei Kurzsichtigkeit ist eine Verordnung auch dann möglich, wenn sich mit den Folgegläsern eine Verbesserung der Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte erzielen lässt.

56. Sind aufgrund medizinischer Indikation besondere Gläser erforderlich, kann die Verordnung nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes erfolgen.

56.1 Bifokalgläser

a) ggf. mit Planglasanteil anstelle von Fern- oder Nahgläsern, sofern die Notwendigkeit zum ständigen Tragen der Brille eine solche Ausstattung erforderlich macht

b) mit extra großem Nahteil bei Kindern und Jugendlichen zur Behandlung des akkommodativen Strabismus

56.2 Lichtschutzgläser, d. h. Gläser mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei:

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

b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,

- c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
- e) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- f) Ciliarneuralgie,
- g) Blendung bedingten entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- h) totaler Farbenblindheit,
- i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) Gläsern ab + 10,0 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille,

56.3 Kunststoffgläser bei

- a) Kindern im Vorschulalter, unabhängig von der Gläserstärke,
- b) Kindern bis zum 14. Lebensjahr ab +/- 5,0 dpt,
- c) Gläserstärken ab + 6,0/- 8,0 dpt aus Gewichtsgründen,
- d) Brechkraftunterschied der Gläser ab 3,0 dpt zwecks Minderung der durch den Gewichtsunterschied bedingten Unzuträglichkeiten,
- e) Patienten 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,
- f) Spastikern und Epileptikern, unabhängig von der Gläserstärke,

- g) Einäugigen aus Sicherheitsgründen, unabhängig von der Gläserstärke,
- h) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

57. Nicht verordnungsfähig sind

57.1 fototrope Gläser,

57.2 entspiegelte Gläser,

57.3 asphärische Gläser, ausgenommen asphärische organische Lentikular-/Stargläser,

57.4 hochbrechende organische Gläser,

57.5 hochbrechende mineralische Gläser, ausgenommen bei einer Myopie ab -15 dpt, in diesen Fällen sind Gläser nur mit einem Brechungsindex bis maximal 1,7 verordnungsfähig,

57.6 mineralische oder organische Lentikulargläser, ausgenommen ab einer Brechkraftstörung von +/- 12 dpt,

57.7 hochbrechende Lentikulargläser,

57.8 Trifokalgläser, ausgenommen, wenn die Akkommodationsbreite den Wert von 1,5 dpt nicht erreicht,

57.9 Gleitsichtgläser, ausgenommen als Ergänzung zur Kontaktlinse bei Aphakie bzw. Pseudophakie bis zum 60. Lebensjahr.

57.10 Brillengläser für die Tätigkeit an Bildschirmarbeitsplätzen,

57.11 Brillengläser für Sportbrillen, es sei denn, sie sind für die Teilnahme am Schulsport im Rahmen der Schulpflicht erforderlich,

57.12 Brillengläser für eine sogenannte „Zweitbrille“, deren Korrektionsstärken bereits vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung). Das gilt auch für Brillengläser, die für eine Reservebrille (z. B. aus Gründen der Verkehrssicherheit) oder für den Schutz am Arbeitsplatz benötigt werden,

57.13 besondere Vorkehrungen an der Brille, die ausschließlich den Zwecken der Unfallverhütung dienen (z. B. Mehrkosten für Kunststoffgläser, Seitenschutz),

57.14 Brillenfassungen, ausgenommen Systemträger für Fernrohlupenbrillen.

58. Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe

58.1 Kontaktlinsen können nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen verordnet werden:

- a) Myopie ab 8,0 dpt,
- b) Hyperopie ab 8,0 dpt,
- c) irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
- d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3,0 dpt,
- e) Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$, bzw. $135^\circ \pm 30^\circ$) ab 2 dpt,
- f) Keratokonus,
- g) Aphakie,
- h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
- i) Anisometropie ab 2,0 dpt.

58.2 Kontaktlinsen werden aus unterschiedlichen Materialien hergestellt. Es wird unterschieden zwischen:

- a) formstabilen Linsen (PMMA),
- b) formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (z. B. CAB, CAB/EVA, SiMMA, FSA),
- c) flexiblen (weichen) Linsen (wie z. B. HEMA-Copolymere [HEMA/MA/EGDMA u. a.], oder HEMA-freie Materialien [MMA/VP u. a.]),
- d) Silicon-Linsen.

58.3 Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen ist in der Regel die Verordnung von formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (58.2 b) angezeigt. Die Verordnung flexibler (weicher) Kontaktlinsen bedarf einer besonderen Begründung, wobei

ein ausreichender Trageversuch mit formstabilen Linsen durchgeführt worden sein soll.

58.4 Austauschsystem, Weichlinsen für die begrenzte (7 - 14tägige) Tragedauer sind nur dann verordnungsfähig, wenn formstabile Linsen nicht getragen werden können, konventionelle Weichlinsen aber wegen starker Verunreinigungen durch, mit konventionellen Reinigungsverfahren nicht entfernbaren, Eiweißabscheidungen in hoher Frequenz verworfen werden müssen.

58.5 Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, ist bei nach 58.1 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung von Brillengläsern möglich. Bei Alterssichtigkeit sind ggf. zusätzliche Brillengläser verordnungsfähig .

58.6 Nicht verordnungsfähig sind:

58.6.1 Kontaktlinsen als postoperative Interimsversorgung (auch als Verbandlinse) einer corneachirurgischen Intervention zur Korrektur einer Refrak-tionsanomalie,

58.6.2 Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,

58.6.3 sog. One-Day-Linsen,

58.6.4 Reinigungs- und Pflegemittel.

59. Andere Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

59.1 Lässt sich durch Verordnung von Brillengläsern oder von Kontaktlinsen Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, kann die Verordnung einer vergrößernden Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Fernrohrbrille, Fernrohlupenbrille, Bildschirm-Lesegerät u. ä.) notwendig werden.

59.2 Andere Lesehilfen (z. B. Bettlesegerät, Blattwendegerät) sind in der Regel keine Sehhilfen im Sinne dieses Abschnittes; sie können allerdings Hilfsmittel sein.

60. Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit verordnungsfähig:

60.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei

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

60.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei

- a) Aphakie (Linsenlosigkeit),
- b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
- c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
- d) Iriskolobomen,
- e) Albinismus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

60.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei

- a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
- b) Iriskolobomen,
- c) Albinismus.

Kantenfilter sind nicht verordnungsfähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

60.4 Horizontale Prismen in Gläser ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 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 Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt.

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 sind nicht verordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgläsern mit Fernkorrektur $\geq 2\text{dpt}$ Unterschied sind nicht verordnungsfähig.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.

60.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

60.6 Organisches Glas mit sphäro-torischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

60.7 Okklusionskapseln bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.

60.8 Okklusionsfolien bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.

60.9 Okklusionspflaster bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.

60.10 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.

60.11 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris – Regenbogenhaut - (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).

60.12 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen bei Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.

60.13 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach

- a) Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
- b) Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
- c) Verletzung,
- d) Verätzung,
- e) Verbrennung,
- f) Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
- g) Keratoplastik,
- h) Hornhautentzündungen und –ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
- i) kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.

60.14 Kontaktlinsen bei Keratokonus mit Verdünnung der Hornhaut um mind. 50%, kegelförmiger Vorwölbung und Vogt-Linien sowie Keratitis punctata superficialis.

F. Hörhilfen

61. Allgemeine Grundsätze

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

Die Hörgeräteversorgung soll wie folgt ablaufen:

62. Indikationsstellung

62.1 Untersuchung durch einen Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten einschließlich Erhebung der Anamnese sowie ton- und sprachaudiometrischer Bestätigung der Kommunikationsbehinderung.

62.2 Der tonaudiometrische Hörverlust beträgt auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz, und die Verstehensquote für einsilbige Wörter ist auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80% (bei sprachaudiometrischer Überprüfung mit Kopfhörern). Bei einseitiger Schwerhörigkeit muss der tonaudiometrische Hörverlust bei 2000 Hz oder bei mindestens 2 Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz mindestens 30 dB betragen.

62.3 Feststellung, ob der Patient überhaupt in der Lage ist, das Hörgerät zu bedienen, ggf. nach einer Anpassphase in Zusammenarbeit mit einem Hörgeräte-Akustiker.

62.4 Entschluss des Patienten, das Hörgerät tragen zu wollen.

63. Verordnung

63.1 Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. Das Formblatt ist vollständig auszufüllen aufgrund ärztlich erhobener Befunde. Die audiometrischen Untersuchungen müssen in einem Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB (A) durchgeführt werden.

63.2 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 nahekomen. 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. Bei einseitiger Schwerhörigkeit muss durch das Hörgerät das Sprachverstehen im Störgeräusch um mindestens 10 Prozentpunkte steigen oder das Richtungshören verbessert werden.

64. Versorgung

64.1 Die Versorgung kann beidohrig erfolgen, wenn

- die auditive Kommunikationsbehinderung beidseitig effektiv versorgbar ist, und

- zu erwarten ist, dass beide Hörgeräte durch den Patienten gleichzeitig benutzt werden können, und
- die Fähigkeit zur sachgerechten Bedienung von zwei Hörgeräten beim Patienten vorhanden ist, und
- durch die beidohrige Versorgung gegenüber der einohrigen Versorgung das Sprachverstehen im Störgeräusch um mindestens 10 Prozentpunkte steigt oder das Richtungshören verbessert wird.

64.2 Bei einseitiger Versorgung annähernd seitengleichen Gehörs können zwei Ohrpassstücke verordnet werden, damit der Patient das Hörgerät wechselseitig tragen kann.

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

64.4 In der Regel wird die Versorgung einer Schwerhörigkeit mit einkanaligen, linear verstärkenden Hinter-dem-Ohr- (HdO-) oder Im-Ohr- (IO-)Geräten durchgeführt.

Liegt Schwerhörigkeit mit eingeschränktem Dynamikbereich vor, so kann die Ausstattung des HdO- oder IO-Gerätes mit einer AGC (Auto-matic Gain Control = Automatische Volumenkompression) angezeigt sein.

Liegt frequenzabhängig ein unterschiedlicher Verstärkungsbedarf und/oder eine differierende Dynamikbreite vor, kann die Versorgung mit einem mehrkanaligen Hörgerät angezeigt sein.

Ist die Versorgung mit einem Hörgerät mit AGC und/oder einem mehrkanaligen Hörgerät notwendig, ist dieses durch den verordnenden Arzt zu begründen

65. Sonderversorgung

65.1 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)

65.2 Hörbrillen:

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

65.3 CROS-Geräte (Contralateral Routing of Signals = Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen).

Die CROS-Versorgung erfordert in jedem Fall eine enge Zusammenarbeit zwischen HNO-Arzt und Hörgeräte-Akustiker. Ihre Verordnung bedarf einer besonderen medizinischen Begründung.

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

66. Auswahl des Hörgerätes und Anpassung

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 Nr. 63.2 erbringt
- die selbsterhobenen Messwerte mit denen des Hörgeräte-Akustikers übereinstimmen

Bei Ausländern, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, erfolgt die Untersuchung mittels vergleichender Tonschwellenaudiometrie und Sprachabstandsmessung oder spezieller Fremdsprachentests.

67. Besonderheiten der Hörgeräte-Versorgung im Kindesalter

67.1 Allgemeines

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. Sprachaudio-metrische Untersuchungen sind nur bei entsprechendem passivem und aktivem Wortschatz mit speziellen Sprachverständnistests für Kinder durchführbar.

Auswahl oder Einsatz dieser Tests sind nur nach genauer Wortschatzprüfung möglich. Die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen und Kleinstkindern soll möglichst in einer klinisch-pädaudiologischen Einrichtung durchgeführt werden.

67.2 Indikation und Verordnung

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

67.2.2 Eine Hörgeräte-Versorgung ist auch dann vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind. Selbst wenn jegliche Hörreste fehlen, soll die Versorgung als Therapieversuch erfolgen.

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

68. Tinnitus-Maskierung

Eine Hörhilfe kann auch zur Tinnitus-Maskierung angezeigt sein, wenn gleichzeitig eine Schwerhörigkeit vorliegt, die die in Nr. 62.2 genannten Indikationskriterien erfüllt.

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.

Liegt neben dem Tinnitus keine Hörstörung vor, die die definierten Indikationskriterien zur Hörhilfenversorgung erfüllt, kann der Einsatz eines Tinnitus-Masker indiziert sein.

Bei der Verordnung von Tinnitus-Masker und kombiniertem Tinnitus-Masker/Hörgerät (Tinnitus-Instrument) bedarf es einer ärztlicherseits bestätigt erfolgreichen Ausprobe über vier Wochen.“

69. Wiederverordnung

Die Wiederverordnung von Hörgeräten vor Ablauf von 5 Jahren bei Kindern und 6 Jahren bei Jugendlichen und Erwachsenen bedarf einer besonderen Begründung. Medizinische Gründe können z. B. fortschreitende

Hörverschlechterung oder Ohrsekretion sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräte-Akustikers .

G. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 1. Oktober 1992 in Kraft.

Köln, den 17. Juni 1992

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende