



Zentralverband der  
Augenoptiker und Optometristen

---

# **Umsetzungsempfehlungen**

**zum Gesetz zur Stärkung  
der Heil- und Hilfsmittelversorgung  
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG)**

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**  
Alexanderstraße 25a  
40210 Düsseldorf

Düsseldorf, November 2019

# Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

## Präambel

Am 11.4.2017 trat das Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz (kurz: HHVG) in Kraft, wodurch eine Vielzahl von Vorschriften im Sozialgesetzbuch V geändert wurden. Diese Änderungen betreffen zum Teil auch den Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Sehhilfen. Am 13. September 2019 trat eine neue Hilfsmittel-Richtlinie in Kraft, die die gesetzlichen Änderungen umsetzt. Allerdings sind auch mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die Produktgruppe 25 nebst der Festbetragsliste noch nicht aktualisiert bzw. in Kraft getreten. Erwartet wird ein zeitgleiches Inkrafttreten einer neuen Produktgruppe 25 – Sehhilfen sowie neue Festbeträge für Sehhilfen in 2020.

Durch den Abschluss von bundesweiten Versorgungsverträgen in den vergangenen zwei Jahren mit den AOK, BKK, IKK, der Knappschaft und den landwirtschaftlichen Krankenkassen sind die Versorgungsabläufe und Abrechnungsmodalitäten mit diesen Krankenkassen auf der neuen gesetzlichen Grundlage geregelt. Noch keinen aktuellen Versorgungsvertrag gibt es mit den Ersatzkassen (VdEK). Hier gilt der Versorgungsvertrag aus dem Jahr 1994 weiter. Allerdings gibt es hier Regelungslücken, da der Vertrag nicht die neuesten gesetzlichen Regelungen berücksichtigt.

Mit kleineren Unsicherheiten bezüglich der Versorgungsabläufe müssen die Augenoptiker daher nach wie vor leben. Um diese so klein wie möglich zu halten, spricht der ZVA die nachfolgenden Umsetzungsempfehlungen aus. Bei der Erstellung der Empfehlungen hat sich der ZVA in erster Linie an die bestehende Hilfsmittelrichtlinie, an die aktuell gültige Produktgruppe 25 nebst Festbetragsliste und den derzeitigen Versorgungsverträgen orientiert. Immer dann, wenn diese Regelwerke zu den neuen gesetzlichen Vorschriften Lücken aufweisen, wurden diese anhand des Sozialgesetzbuches V geschlossen.

Nun liegen die Umsetzungsempfehlungen mit Stand November 2019 in der vierten Version vor. Sie stellen den aktuellen Stand der Erkenntnisse dar.

### **1. Was sind die Voraussetzungen für eine Lieferberechtigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung?**

Nur Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen dürfen zu Lasten der GKV liefern. Die Voraussetzung, um Vertragspartner werden zu können, ist die Präqualifizierung. Leistungserbringer müssen den Nachweis ihrer Eignung als Vertragspartner der Krankenkassen durch den Nachweis einer Präqualifizierung erbringen. Der ZVA empfiehlt daher allen Augenoptikbetrieben, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen möchten, so noch nicht geschehen, möglichst zügig eine Präqualifizierung durchführen zu lassen.

## Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

### 2. Unter welchen Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf eine Sehhilfe?

- 2.1. Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres haben einen Anspruch auf eine Sehhilfe, gemäß SGB V sowie der aktuellen Hilfsmittel-Richtlinie.
- 2.2. Erwachsene haben einen Anspruch auf eine Sehhilfe, wenn sie
  - 2.2.1. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt dann vor, wenn der bestkorrigierte Brillenvisus (Ferne) beidseits  $\leq 0,3$  beträgt (jedes Auge für sich – monokular) oder das beidäugige Gesichtsfeld  $\leq 10$  Grad bei zentraler Fixation ist.
  - 2.2.2. ... oder wenn sie einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen.
    - 2.2.2.1. Maßgebend ist der Hauptschnitt der stärksten Wirkung des Brillenglases. Liegt dieser über  $\pm 6$  Dioptrien, hat der Versicherte Anspruch auf die Erstattung von Brillengläsern durch die Krankenkassen. Bei einem Zylinderwert von mehr als 4,0 dpt. besteht der Anspruch unabhängig von der Wirkung des stärksten Hauptschnitts.
    - 2.2.2.2. Werden zusätzlich zum oben genannten Anspruch auf Brillengläser gemäß der Ziffer 2.2.2. die Kontaktlinsenindikationen gemäß Hilfsmittelrichtlinie erfüllt, erstatten die Krankenkassen „Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe“.

Gemäß der Hilfsmittelrichtlinien gilt dies für folgende Indikationen:

- Myopie  $\geq 8,0$  dpt.,
- Hyperopie  $\geq 8,0$  dpt.,
- Irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozentpunkte verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
- Astigmatismus rectus und inversus  $\geq 3,0$  dpt.,
- Astigmatismus obliquus (Achslage 45 Grad  $\pm$  30 Grad, bzw. 135 Grad  $\pm$  30 Grad)  $\geq 2$  dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie  $> 7\%$  (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
- Anisometropie  $\geq 2,0$  dpt.

## Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

2.2.2.3. In den Fällen, in denen die Anspruchsvoraussetzung für eine Sehschärfeverbessernde Sehhilfe nur auf einem Auge vorliegt, wird auch das Glas bzw. die Kontaktlinse für das andere Auge von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt (beidäugige Versorgung).

2.2.2.4. Entsprechend der derzeit gültigen Hilfsmittelrichtlinien können

- hochbrechende mineralische Brillengläser mit einem Brechungsindex  $n \geq 1,6$  und  $n \leq 1,7$  sowie
- hochbrechende Kunststoffgläser mit einem Brechungsindex  $n \geq 1,6$  und  $n \leq 1,67$

bei Myopie/Hyperopie  $\geq 10$  dpt im stärksten Hauptschnitt abgegeben werden. Bei Mehrstärkengläsern ist das Fernteil maßgeblich.

2.3. Ein Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung erforderlich sind.

Unter therapeutische Sehhilfen fallen z.B.

- Lichtschutzgläser mit einer Transmission  $\leq 75$  % bei entsprechender Indikation,
- Brillengläser mit UV-Kantenfilter bei entsprechender Indikation,
- Prismen (horizontal  $\geq 3$  pdpt/vertikal  $\geq 1$  pdpt – jeweils Gesamtkorrektur auf beiden Augen),
- Okklusionsschalen/-linsen,
- Okklusionspflaster/-folien,
- Kontaktlinsen als Medikamententräger,
- Kontaktlinsen bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit Keratokonus bedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius  $< 7,0$  mm zentral oder im Apex,
- Kontaktlinsen nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik,
- Kunststoffgläser bei faktisch Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges  $< 0,2$ ) bzw. bei Versicherten, die an Epilepsie oder Spastiken erkrankt sind.

Für therapeutische Kontaktlinsen gilt, dass seitens der Krankenkassen nur die Versorgung für das Auge übernommen wird, für das eine Indikation für therapeutische Sehhilfen vorliegt, nicht aber für das Partnerauge.

Wenn auf einem Auge sowohl eine Indikation für therapeutische Kontaktlinsen als auch Anspruch auf eine Sehschärfeverbessernde Kontaktlinse besteht, gilt der Grundsatz der paarweisen Versorgung.

2.4. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten der Brillenfassung.

## **Umsetzungsempfehlungen – HHVG**

Stand: November 2019

- 2.5. Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, besteht nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 dpt. Ein Anspruch auf Instandsetzung bzw. Ersatzbeschaffung bei Sehhilfen besteht unabhängig von der Sehschärfeänderung.

### **3. Auf welcher Grundlage – ärztliche Verordnung oder Berechtigungsschein - werden gesetzlich Versicherte versorgt?**

Die am 13. September 2019 in Kraft getretene neue Hilfsmittel-Richtlinie regelt, in welchen Fällen eine ärztliche Verordnung vorliegen muss und in welchen Fällen die Versorgung eigenverantwortlich durch den Augenoptiker durchgeführt werden kann.

Die Hilfsmittel-Richtlinie sieht grundsätzlich für alle Sehhilfen eine erstmalige ärztliche Verordnung vor. Folgeversorgungen von erwachsenen fehlsichtigen Personen ab einem Korrektionsbedarf von mehr als 6 dpt in Nähe oder Ferne sowie einem Astigmatismus ab 4 dpt, kann der Augenoptiker über Berechtigungsschein durchführen. Das Gleiche gilt für Folgeversorgungen von Jugendlichen nach Vollendung des 14. Lebensjahres, wobei der Leistungsanspruch hier alle Korrektionswerte umfasst.

Eine ärztliche Verordnung ist immer notwendig bei

- Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres;
- Versicherten, die nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen;
- Therapeutischen Sehhilfen (siehe Ziffer 2.3).

Ersatzbeschaffungen von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Verlust oder Bruch können innerhalb von 3 Monaten nach einer ärztlichen Verordnung bei

- Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres;
- Versicherten, die nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen

auf Berechtigungsschein erfolgen.

### **4. Was kann unter welchen Voraussetzungen zu Lasten der gesetzlichen Versicherungen abgerechnet werden?**

- 4.1. Für die Abrechnung maßgebend sind die derzeit gültigen Festbeträge für Sehhilfen aus dem Jahr 2008. Es besteht keine Lieferpflicht zum Festbetrag, es sei denn, dies ist vertraglich vereinbart. Geliefert werden müssen die dem Festbetrag zugrunde liegenden Qualitäten. Wünscht der Versicherte eine höherwertige Versorgung, muss er die Mehrkosten selbst tragen (z.B. bei anderen, ggf. höherbrechenden Materialien, Veredelungen etc.).

## Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

- 4.2. Die Festbeträge für Korrektionsgläser sind auf Kontaktlinsen anrechenbar. Liegen die Voraussetzungen für die Erstattung einer Brille (Brillengläser) vor und entscheidet sich der Versicherte dennoch für Kontaktlinsen, so können die entsprechenden (Fest-) Beträge für die Brillengläser auf die Kontaktlinsen angerechnet werden.
- 4.3. Sind Brillengläser zur Fern- und Nahkorrektur erforderlich, können entsprechend der derzeit gültigen Hilfsmittel-Richtlinie „wahlweise auch Mehrstärkengläser (Bifokal-/Trifokal-/Multifokalgläser) verordnet werden“. Das bedeutet, dass bei einer erforderlichen Fern- und Nahkorrektur grundsätzlich ein Anspruch auf Gleitsichtgläser besteht.
- 4.4. Wünscht der Versicherte eine Versorgung mit Bifokal-/Trifokalgläsern, so können die entsprechenden (Fest-)Beträge für Bifo-/Trifokalgläser abgerechnet werden.
- 4.5. Für Gleitsichtgläser gibt es keine Festbeträge. Allerdings sind in den meisten der neu abgeschlossenen Versorgungsverträge (AOK, pronovaBKK und beigetretene BKKs, GWQ+ und beigetretene BKKs, IKK) Vertragspreise für Gleitsichtgläser vereinbart. Liegen keine Vertragspreise vor, sind Gleitsichtgläser über Kostenvoranschlag abzurechnen.
- 4.6. Entsprechend der derzeit gültigen Hilfsmittel-Richtlinie können Kunststoffgläser als Schutzgläser bei funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges  $< 0,2$ ) auf Basis einer ärztlichen Verordnung abgerechnet werden.
- 4.7. Laut Hilfsmittel-Richtlinie verliert die Hilfsmittelverordnung ihre Gültigkeit, wenn nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung die Hilfsmittelversorgung aufgenommen wird. Sollte ein Kostenvoranschlag eingereicht werden müssen, so gilt die Frist als gewahrt, wenn dieser innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht.
- 4.8. Die Abrechnungsrichtlinien bleiben weiterhin bestehen. Sie sind für die Leistungen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar sind, zu beachten. In § 302 SGB V ist die Angabe der vom Versicherten privat getragenen Mehrkosten bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen verlangt. Die Abrechnungsrichtlinie bzw. die technische Anlage ist entsprechend geändert worden und trat zum 1.1.2018 in Kraft. Nach einer Übergangsfrist von drei Monaten müssen die Mehrkosten ab dem 1.4.2018 zwingend bei der Abrechnung angegeben werden.
- 4.9. Laut § 61 SGB V sind auch für Hilfsmittel gesetzliche Zuzahlungen zu leisten. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 % des Abgabepreises (von der Krankenkasse zu zahlender Betrag), mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Die Zuzahlung ist pro Glaspaar bzw. pro Kontaktlinsenpaar zu berechnen. Bei einer paarweisen Versorgung wird die

## Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

Zuzahlung somit nur einmal fällig. Kinder und Jugendliche sind von der Zuzahlung befreit. Bei Fernrohr Lupenbrillen wird die Versorgung mit Gläsern, Lupenaufsatz sowie Systemträger als Einheit angesehen, wofür nur eine Zuzahlung auf den Gesamtbetrag zu leisten ist. Bei der Abrechnung mit den Krankenkassen ist die Zuzahlung des Versicherten vom Abrechnungsbetrag (Festbetrag/Vertragspreis) abzuziehen. Die geleistete Zuzahlung muss vom Augenoptiker gegenüber dem Versicherten quittiert werden. Es werden keine konkreten Anforderungen an diese Bestätigung über geleistete Zuzahlungen geknüpft. Folgende Angaben sollten jedoch enthalten sein: Vor- und Zuname des Versicherten, Art der Leistung, Zuzahlungsbetrag, Datum der Abgabe, abgebende Stelle (Stempel).

- 4.10. Der ZVA vertritt die Auffassung, dass alle Leistungen, die über Festbeträge abgerechnet werden, genehmigungsfrei sind. Gleiches gilt für vertraglich vereinbarte Preise. Alles andere muss über Kostenvoranschlag abgerechnet werden.

### **5. Wie werde ich der gesetzlichen Verpflichtung zur Beratung des Versicherten und deren Dokumentation gerecht?**

Das Thema Beratungs- und Dokumentationspflicht ist in den aktuellen Versorgungsverträgen vertraglich geregelt. Aufgrund des immer noch gültigen veralteten Versorgungsvertrags mit den Ersatzkassen gibt es hier keine vertragliche Regelung. Der ZVA hat ein Formular (siehe Anlage) entworfen, womit der Augenoptikbetrieb seinen Verpflichtungen aus dem Gesetz nachkommen kann. **Diese Unterlage kann im Betrieb verbleiben**, sie muss den Abrechnungsunterlagen nicht beigelegt werden, sondern lediglich auf Verlangen vorgelegt werden können.

## Umsetzungsempfehlungen – HHVG

Stand: November 2019

### Anlage

Datenfeld Versicherter  
Angaben Krankenversichertenkarte

Datenfeld Leistungserbringer  
Name – Adresse - IK

### Dokumentation über die Beratung des Versicherten

gemäß § 127 Abs. 4a SGB V

In dem oben genannten Betrieb bin ich heute beraten worden. Ich wurde darüber informiert, welche Hilfsmittel für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind und welche Versorgung insoweit durch meine gesetzliche Krankenkasse gemäß der Produktgruppe 25 von 1997 zu dem dafür festgelegten Festbetrag möglich ist.

Ich habe mich in Kenntnis der Mehrkosten für eine höherwertigere Sehhilfe entschieden. Den über den mir zustehenden Festbetrag hinaus gehenden Anteil für die von mir ausgesuchte Sehhilfe (Brillengläser/Kontaktlinsen/vergrößernde Sehhilfe) trage ich selbst.

---

Datum

---

Unterschrift des Versicherten