

caritas

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)237(1)**  
zur öAnh am 04.11.2020 -  
Sehhilfen  
28.10.2020



Deutscher  
Caritasverband e.V.

## Stellungnahme zur Anhörung „Sehhilfen“ des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 4.11.2020 (Bundes- tags-Dr. 19/4316, Dr. 19/18913, Dr. 19/8566 und Dr. 19/6057)

Eva Welskop-Deffaa  
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix  
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46  
Telefax 030 284 44788-88  
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 25.10.2020

Im Mittelpunkt der vorliegenden Anträge der Oppositions-Fraktionen stehen Forderungen nach gesetzlichen Änderungen mit dem Ziel, Versicherten über 18 Jahren die **Versorgung mit Sehhilfen** wieder zugänglich zu machen oder zu erleichtern.

- Die FDP fordert in ihrem Antrag (Drs. 19/18913), Satzungsleistungen der Krankenkassen für ärztlich verordnete Sehhilfen, Brillengestelle, Gläser sowie zusätzliche Sonnenbrillen und Kontaktlinsen zu ermöglichen.
- Die LINKE fordert in ihrem Antrag (Drs. 19/6057), Sehhilfen nach ärztlicher Verordnung wieder im medizinisch notwendigen Umfang zu erstatten.
- Die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag (Drs. 19/8566) die schrittweise Wiederherstellung der mit dem GMG abgeschafften Regelung, indem zunächst für medizinisch notwendige Brillengläser ab 5 Dioptrien ein Anspruch auf vollständige und ab 2 Dioptrien auf hälftige Kostenübernahme geschaffen wird.
- Die AfD fordert in ihrem Antrag (Drs. 19/4316), allen Versicherten ab dem 18. Lebensjahr die Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser und Brillengestelle auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebots der GKV zu erstatten und darüber hinaus auch für Sehbeeinträchtigte mit einem GdB unter 30 einen Teilhabeanspruch anzuerkennen.

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahre 2004 besteht der Anspruch gesetzlich Versicherter auf Sehhilfen zu Lasten der GKV nur noch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) aus dem Jahr 2017 wurde der Kreis der Leistungsberechtigten wieder ausgeweitet: Wenn die Betroffenen sehr schwere Sehbeeinträchtigungen aufweisen oder einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus, sieht § 33 SGB V vor, dass Sehhilfen auch für über 18jährige zu Lasten der GKV ordnungsfähig

Herausgegeben von  
Deutscher Caritasverband e.V.  
Eva Welskop-Deffaa  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

sind. Von dieser Regelung profitieren nach Einschätzung des Zentralverbands der Augenoptiker und Optometristen (ZVA) ca. 3 Prozent aller Sehgeschädigten. Die Kosten für das Brillengestell werden von der GKV weiterhin in keinem Fall übernommen. Eine Härtefallregelung existiert nicht.

### **Bewertung**

Die Caritas nimmt zu den vorliegenden Anträgen aus dem Blickwinkel von sozial benachteiligten Menschen Stellung, die entweder über wenig Einkommen verfügen (Geringverdiener, SGB II- und SGB XII-Leistungsempfänger) oder die sich in besonderen Lebenslagen und sozialen Schwierigkeiten befinden, wie z.B. Wohnungslose.

Für Sozialleistungsempfänger erstattet die Kosten der Brille auch das Jobcenter/Sozialamt grundsätzlich nicht als Zuschuss. Das bedeutet, dass die Brille in der Regel aus dem Regelbedarf zu zahlen ist. Im Regelbedarf der Regelbedarfsstufe 1 ist in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2013 ein Anteil für therapeutische Geräte und Mittel in Höhe von monatlich 2,70 Euro enthalten, dieser ist in der EVS 2018 sogar auf 2,23 Euro gesunken.

Die Anschaffungskosten einer Brille oder anderen Sehhilfe liegen jedoch deutlich höher. Die tatsächlichen Anschaffungskosten lassen sich mit dem Statistikmodell nicht zufriedenstellend abbilden. Aus der GKV werden für die medizinisch notwendigen Leistungen für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr nur bei einer erheblichen Sehbehinderung (Visus von gleich oder unter 0,3, d.h. trotz Brille ein Sehvermögen von nur 30 Prozent oder weniger) Festbeträge erstattet. Diese Festbeträge variieren je nach Sehschwäche oder Hornhautverkrümmungen sowie Ein-, Zwei-, Dreistärkengläser zwischen 10 Euro und 113,76 (Betrag pro Auge, geltende Fassung vom 1.3.2008, seither unverändert). Diese seit 12 Jahren unveränderten Festbeträge sollen nach den aktuellen Planungen des GKV-Spitzenverbands fortgeschrieben oder in Teilen sogar abgesenkt werden. Angesichts seit 2008 gestiegener Verbraucherpreise bedeutet dies eine faktische Absenkung der Kostenübernahme durch die GKV für die Versicherten.

Die Festbeträge umfassen zudem grundsätzlich nicht die Kosten der Entspiegelung einer Brille. Diese ist jedoch bei hochbrechenden Gläsern ab einer bestimmten Refraktionsstärke aufgrund der Materialbeschaffenheit der Gläser keine kosmetische Frage, sondern medizinisch geboten, um die Versorgung mit Sehhilfe im Alltag sicherzustellen.<sup>1</sup> Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind entspiegelte Gläser grundsätzlich nicht verordnungsfähig (Hilfsm-RiLi § 14 Absatz 5 Nummer 5). Für Empfänger von SGB II und XII-Leistungen bedeutet dies, dass diese Kosten in jedem Fall aus dem Regelsatz zu tragen sind, in dem monatlich gegenwärtig 2,23 Euro für therapeutische Geräte und Mittel insgesamt (!) einkalkuliert sind. Da dieser niedrige Betrag die Anschaffung einer Brille nicht ermöglicht, sind Leistungsempfänger\_innen des SGB II und XII auf ein Ansparen oder auf Anträge auf ergänzende Darlehen angewiesen oder sie können sich Sehhilfen zur Teilhabe im Alltag und am Arbeitsleben nicht leisten. Zinslose Darlehen werden jedoch nur eingeräumt, sofern die Brille zu einem nicht vorhersehbaren Zeitpunkt, z.B. bei Verlust, nicht anders beschafft werden kann und der Bedarf somit

---

<sup>1</sup> In der Gesetzesbegründung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 ist nachzulesen, dass der Sachleistungsanteil für die medizinisch erforderlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bis zum Inkrafttreten des GMG im Durchschnitt 50 Euro betragen habe. Die Gesetzesbegründung zum GMG aus 2004 wies zudem aus, dass Versicherte bereit waren, Kosten für medizinisch nicht notwendige Leistungen, als welche z.B. Entspiegelung genannt wurde, im Umfang von bis zu 150 Euro im Durchschnitt aus eigener Tasche zu bezahlen. Vor diesem Hintergrund ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Leistungsausgrenzung durch das GMG die Versicherten nicht überfordern würde.

als unabweisbar einzustufen ist. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt über eine Minderung des jeweils maßgeblichen Regelsatzes in Höhe von 10 % bzw. 5 %. Die Rückzahlung von Darlehen kann dazu führen, dass das Existenzminimum unterschritten wird. Treten mehrere unabweisbare Bedarfe zeitnah auf, besteht die Gefahr, dass über einen sehr langen Zeitraum (mehrere Monate, z.T. Jahre) hinweg nur der geminderte Regelbedarf zur Verfügung steht.

Personen mit geringem Einkommen, das jedoch knapp oberhalb der Schwelle zum Bezug von Grundsicherung liegt, müssen die hohen Kosten für medizinisch erforderliche Sehhilfen vollständig aus eigener Tasche bezahlen.

Vor diesem Hintergrund sieht die Caritas dringenden Handlungsbedarf – das Thema ist vor Ort in der Beratungsarbeit als konkretes Beispiel einer ungenügend armutssensiblen Gesundheitspolitik sehr präsent. Auf regionaler Ebene sind im Verband daher ergänzende Initiativen zur Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen gestartet worden. So haben die Vinzenz-Konferenzen und youngcaritas im Erzbistum Paderborn mit ihrer Aktion „Den Durchblick behalten“ im Rahmen ihrer Möglichkeiten Bedürftigen Zuschüsse zu ihren Brillen bezahlt. Seit Beginn der Aktion im Jahr 2012 wurden bisher 1.300 hilfsbedürftige Brillenträger bezuschusst, mit insgesamt rund 106.000 Euro. Finanziert werden diese Zuschüsse aus Eigenmitteln, aber auch aus Kirchensteuern und zu einem kleinen Teil aus Spenden. Die Aktion ist auch Ausgangspunkt einer Petition an den Deutschen Bundestag (Petition 73987).

## **Gesetzlicher Handlungsbedarf**

### **1. Prioritäre Lösung: Ergänzung von § 55 SGB V**

Alle Versicherten sollten langfristig ab dem vollendeten 18. Lebensjahr wieder Anspruch auf einen Zuschuss für Sehhilfen auf der Grundlage von Festbeträgen im SGB V und entsprechend den Voraussetzungen des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben. Leistungsempfänger nach dem SGB II und SGB XII sollen - analog zur Härtefallregelung des § 55 Absatz 2 SGB V (Zahnersatz) - zusätzlich zu den Festbeträgen Zuschüsse für medizinisch erforderliche Sehhilfen in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten erhalten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden. Eine § 55 Absatz 2 SGB V entsprechende Änderung soll in § 33 Absatz 2 SGB V erfolgen.

Eine Kostenübernahme auf ärztliche Verordnung und im medizinisch notwendigen Umfang fordert auch der Antrag der LINKEN. Da die Krankenkassen durch die Corona-Krise gegenwärtig stark belastet sind, erachten wir jedoch auch den Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/die GRÜNEN zu einer schrittweisen Wiederherstellung der mit dem GMG abgeschafften Regelung für sinnvoll. Die Festbeträge müssen auch die Kosten der Entspiegelung umfassen, sofern die Gläser nicht bereits grundsätzlich entspiegelt vom Optiker abgegeben werden. Brillengestelle sollten aus unserer Sicht grundsätzlich nicht von der Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfasst sein, da hier auch sehr kostengünstige Gestelle auf dem Markt zur Verfügung stehen.

Sofern wieder ein grundlegender Rechtsanspruch auf Kostenübernahme für medizinisch notwendige Sehhilfen geschaffen ist, könnten auch weitergehende Satzungsleistungen der einzelnen Kassen, wie von der FDP vorgeschlagen, (wieder) rechtssicher geschaffen werden. Allerdings können Satzungsleistungen aus Sicht der Caritas immer nur eine nachrangige Lösung

darstellen, da sie nur Versicherte der diese Leistung anbietenden Krankenkassen begünstigen würden.

## **2. Alternative Lösung: Ergänzung von § 24 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB II**

Die Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen sollten im Rahmen der einmaligen Leistungen nach § 24 SGB Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 gewährt werden. Die vergleichsweise hohen Anschaffungskosten für eine Brille fließen über das Statistikmodell nicht bedarfsdeckend in den Regelbedarf ein. Die Finanzierung über ein Darlehen vom Jobcenter nach den geltenden Regelungen in §§ 24, 42a SGB II ist ebenfalls nicht zufriedenstellend, wie oben ausgeführt. Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) formulierte, dass es zu einer Unterdeckung kommen kann, „wenn Gesundheitsleistungen wie Sehhilfen weder im Rahmen des Regelbedarfs gedeckt werden können noch anderweitig gesichert sind“. Sofern die Kosten für Hilfebedürftige nicht über eine Härtefallregelung nach § 55 SGB V übernommen werden können, sollte § 24 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 um Kosten für Sehhilfen ergänzt werden.

**Die Anträge der GRÜNEN und vor allem der LINKEN thematisieren noch weitere Punkte zur Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger.**

### **1. Positivliste OTC**

Die LINKE fordert in ihrem Antrag, sinnvolle verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder zu Lasten der GKV zu erstatten, indem der Gemeinsame Bundesausschuss eine Positivliste entwickelt.

Eine solche Positivliste besteht allerdings bereits. Die Caritas sieht im Zusammenhang mit der Ausnahmeliste jedoch einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP setzen sich seit vielen Jahren dafür ein, dass § 34 Absatz 1 SGB V dahingehend erweitert wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die **ausnahmsweise Verschreibungsmöglichkeit von OTC-Präparaten und Arzneimitteln nicht nur bei schwerwiegenden Erkrankungen, sondern auch bei Begleiterkrankungen schwerwiegender Behinderungen** als Therapiestandard festlegen kann, sodass die Krankenkasse sie erstatten kann. Beispielhaft seien Abführmittel bei gehbehinderten Menschen oder schleimlösende Mittel genannt.

Des Weiteren setzt sich die Caritas bei der **medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen** dafür ein, dass alle zur medizinischen Behandlung notwendigen Arzneimittel und Präparate, wie z.B. Dermatika für die Wundversorgung, erstattungsfähig sind, sofern sie ärztlich verordnet werden. Hilfsweise müssen hier Härtefallregelungen im SGB II und XII für den Kauf regelmäßig wiederkehrender medizinisch notwendiger OTC-Präparate für Bezieher von Transferleistungen eingeführt werden.

### **2. Versicherungspflicht für Asylsuchende**

Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit langem für die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) ein. Zumindest muss die uneingeschränkte Gesundheitsversorgung, die zum physischen Existenzminimum gehört und durch § 4 AsylbLG in Verbindung mit § 6 AsylbLG unzureichend umgesetzt wird, sichergestellt werden. Die Caritas fordert, die Perso-

nengruppen des AsylbLG durch Streichung von § 5 Absatz 11 Satz 3 ins SGB V aufzunehmen. Dann wären die Asylsuchenden versicherungspflichtig und als Folgeregelung auch über § 20 Absatz 1 Nr. 12 i.V. mit § 28 SGB XI in der Pflegeversicherung pflichtversichert.

### **3. Ärztliche Todesfeststellung als Leistung des SGB V**

Die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung endet mit dem Tod. Dies spricht systemisch dagegen, die Kosten für den Totenschein aus dem SGB V zu finanzieren. Ordnungspolitisch spricht auch dagegen, dass der Totenschein auch die zivilrechtliche Grundlage für die Ausstellung des Erbscheins ist. Es ist daher nicht unmittelbar überzeugend, diese Kosten der Solidargemeinschaft der Versicherten zu überantworten.

Der Caritasverband sieht allerdings die durch die Beendigung der Sterbegeldleistungen entstehenden ökonomisch-sozialen Probleme. Das Hauptaugenmerk der Caritas in diesem Kontext gilt den Sozialbestattungen. Die Sozialämter machen die Übernahme der Bestattungskosten von einer Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse und mithin von der Prüfung von Ansprüchen vorrangig verpflichteter Dritter abhängig. Diese Prüfungen ziehen sich in der Praxis oft über Wochen und Monate hin. Diese lange Prüfung führt zu unwürdigen Umständen: Bestattungsunternehmen lehnen die Kostenrisiken ab und die Toten müssen oft in Kühlhäusern verwahrt werden oder werden kostengünstiger eingeäschert, auch wenn sie eine Erdbestattung gewünscht haben. Die Caritas setzt sich seit Jahren dafür ein, hier in § 74 SGB XII, der die Bestattungskosten der SH-Empfänger regelt, eine Frist von 2 Wochen für die Prüfung der Ansprüche zu setzen. Wird diese dann nicht eingehalten, sollten nach unserer Auffassung die Sozialämter in Vorleistung gehen. Gleichzeitig ist zu regeln, dass dieser Vorschuss dem Sozialamt zurückzuzahlen ist, sollte sich doch herausstellen, dass Dritte vorrangig für die Tragung der Kosten verpflichtet waren.

Berlin/Freiburg, den 25. Oktober 2020

Deutscher Caritasverband e.V.  
Eva M. Welskop-Deffaa  
Vorstand Sozial- und Fachpolitik

#### **Kontakt**

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de