



ZVA • Alexanderstraße 25 a • 40210 Düsseldorf

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer-Straße 1
10557 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)237(2)
zur öAnh am 4.11.2020 - Sehhilfen
28.10.2020

Alexanderstraße 25 a
40210 Düsseldorf
Telefon +49 (0) 211 / 86 32 35-0
Telefax +49 (0) 211 / 86 32 35-35
E-Mail info@zva.de
Internet: www.zva.de

28. Oktober 2020

Öffentliche Anhörung „Sehhilfen“
hier: Geschäftszeichen: PA 14 – 5410-84

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

gerne nehmen wir im Vorfeld der öffentlichen Anhörung für Verbände und Institutionen am 4. November 2020 im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu den vorliegenden Anträgen der Oppositionsparteien zum Thema Sehhilfenversorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen Stellung.

Allen Anträgen ist gemein, dass der Kreis der Anspruchsberechtigten deutlich erweitert werden soll. Aus Sicht der Betroffenen wäre eine weitere Ausweitung des Versorgungsanspruchs sicherlich zu begrüßen. Denn im Vergleich zu einem Rechtsichtigen, der eine optimale Sehschärfe im statistischen Mittel von mindestens 1,0 (= 100 Prozent) hat, halbiert sich die Sehschärfe ohne Brille bzw. Kontaktlinsen um die Hälfte je 0,5 dpt Korrektionsbedarf (also auf 50 Prozent), sodass die Betroffenheit einer Person mit einer Fehlsichtigkeit von -2,0 dpt ähnlich groß wie die einer mit einer Fehlsichtigkeit von -6,5 dpt ist. Beide Personen haben ohne Brille/Kontaktlinsen eine Sehschärfe von deutlich unter 0,5 und sind somit nicht in der Lage ohne Sehhilfe zu lesen und/oder ein Fahrzeug im Straßenverkehr zu führen.

Aus Sicht der Augenoptikbetriebe ist eine Ausweitung des Versorgungsanspruches indes abzulehnen. So wächst mit jeder Versorgung, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wird, der bürokratische Aufwand. Denn bei jeder Versorgung muss der Augenoptiker die Beratung über die Versorgung einschließlich der Möglichkeit der aufzahlungsfreien Versorgung dokumentieren und er muss – gegebenenfalls – eine Mehrkostenerklärung ausfüllen. Zusätzlich müssen die Augenoptiker die unterschiedlichen Bedingungen der einzelnen Krankenkassen berücksichtigen. Hinzu



kommt der bereits bestehende Aufwand im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens, das zum Beispiel zurzeit alle 20 Monate eine Betriebsinspektion durch die Präqualifizierungsstellen vorschreibt. Dies wäre noch hinnehmbar, wenn kostendeckende Festbeträge festgesetzt würden. Dass dies nicht der Fall ist, zeigt das laufende Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge der Produktgruppe 25 durch den GKV-Spitzenverband (so zum Beispiel auch die Kritik des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes: www.dbsv.org/stellungnahme/fortschreibung_festbetraege_sehhilfen.html). Somit ist zu befürchten, dass weitere Versorgungen der Versicherten zu Lasten der Krankenversicherung tatsächlich auf Kosten der Augenoptiker erfolgen werden.

Antrag der Fraktion der AfD

Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von Sehschwächen durch Erweiterung der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Sehhilfen

Die Fraktion der AfD fordert,

1. *auch für Sehbeeinträchtigte mit einem Grad der Behinderung (GdB) unter 30 einen Teilhabeanspruch anzuerkennen,*
2. *einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem alle Versicherten mit Sehschwächen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser und Brillengestelle entsprechend den Grundsätzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erstattet bekommen.*

Die Forderung zu Ziffer 1 können wir nicht nachvollziehen, da bislang der Grad der Behinderung für die Frage, ob jemand einen Anspruch auf eine Sehhilfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen hat, keine Rolle spielt. Der Grad der Behinderung kann sich aus Umständen ergeben, die nichts mit unzureichendem Sehen zu tun hat.

Der Antrag zu Ziffer 2 hätte enorm hohe Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung zur Folge. Die hohen Kosten ergäben sich zunächst aus der Vorgabe, dass jede Brille ärztlich verordnet sein müsste. In Deutschland werden jedes Jahr mehr als 12 Millionen individuelle Korrektionsbrillen abgegeben. Schätzungsweise ein Viertel dieser Brillen sind Zweit- oder Drittversorgungen und zehn Prozent entfallen auf Personen, die privat krankenversichert sind, so bleiben acht Millionen Brillen für die gesetzlich Versicherten. Somit gäbe es jedes Jahr acht Millionen zusätzlich Augenarztbesuche, die zu erheblichen Kosten führen würden.



Abgesehen von den Kosten dürfte das Ausstellen so vieler Verordnungen auch logistisch kaum zu bewältigen sein: Gemäß dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es zum 31. Dezember 2019 insgesamt 3.895 Vertragsärzte in der Augenheilkunde, sodass jeder Vertragsarzt im Jahr 2.054 zusätzliche Patientenkontakte zu bewältigen hätte; pro Werktag müssten also zehn zusätzliche Refraktionsbestimmungen durchgeführt und Verordnungen ausgestellt werden. Der GKV-Spitzenverband legt in seinem aktuellen Entwurf für die Festbeträge der Produktgruppe 25 einen Zeitaufwand von 16 Minuten je Refraktionsbestimmung zugrunde (tatsächlich ist der Zeitaufwand deutlich höher – 25 Minuten dürften realistisch sein). Jeder Vertragsarzt müsste an jedem Werktag knapp drei Stunden lang Brillenverordnungen ausstellen

Schließlich widerspricht diese Vorgabe der geltenden Rechtslage. So gilt im Hilfsmittelbereich der Arztvorbehalt nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V nicht. Eine ärztliche Verordnung kann für die Versorgung mit einem Hilfsmittel nur nach Maßgabe des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V ausnahmsweise erforderlich sein, wenn die fachärztliche Verordnung für eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Diese Regelung entspricht der langjährigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (z.B. BSG, Urt. v. 10. März 2009, B 3 KR 1/09, Rn. 31). Da eine Fehlsichtigkeit keine Krankheit ist, sondern lediglich das Missverhältnis von Brechkraft der Augenlinse und Baulänge des Augenapfels beschreibt, liegt der gesetzlich beschriebene Ausnahmefall für eine fachärztliche Verordnung nicht vor.

Die hohen Kosten, die den Krankenkassen bei Realisierung des Vorschlags entstünden, ergeben sich zusätzlich aus der Abgabe der Korrektionsbrillen. In den Jahren vor 2004, also bevor mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Sehhilfen weitestgehend aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen wurden, lagen die Leistungsausgaben der Krankenkassen bei ca. 700 Millionen Euro jährlich. Dieser Betrag müsste noch entsprechend der Kaufpreisentwicklung seit 2004 (um ca. 24 Prozent) erhöht werden. Zusätzlich müssten noch die Kosten für die Brillenfassung berücksichtigt werden. Denn bereits vor 2004 gab es keinen Zuschuss für die Brillenfassung mehr. Somit müssten je Korrektionsfassung mindestens 30 Euro hinzugerechnet werden. Bei acht Millionen Versorgungen jährlich ergäbe dies eine zusätzliche Belastung der Krankenkassen von 240 Millionen Euro pro Jahr. Insgesamt dürften sich die Leistungsausgaben der Krankenkassen für den Bereich der Sehhilfen von heute 105 Millionen Euro auf ca. 1,1 Mrd. Euro erhöhen.



Antrag der Fraktion der FDP

Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken

Die Fraktion der FDP schlägt in ihrem Antrag vor,

1. ärztlich verordnete Sehhilfen wie Brillengestelle und Gläser, zusätzliche Sonnenbrillen in Sehstärke und Kontaktlinsen sollen von gesetzlichen Krankenkassen als Satzungsleistungen angeboten werden dürfen;
2. den gesetzlichen Krankenkassen soll freigestellt werden, ob und in welchem Umfang sie ärztlich verordnete Sehhilfen als Satzungsleistungen anbieten oder unterstützen möchten.

In der Vergangenheit, also vor dem Urteil des Hessischen Landessozialgerichts im Jahr 2014, haben die Krankenkassen teilweise Sehhilfen als Satzungsleistungen angeboten. Durchweg haben Krankenkassen Kooperationen mit Unternehmen angestrebt, die weder präqualifizierungsfähig noch -willig waren. In erster Linie ging es den Krankenkassen darum, mit den Satzungsleistungen junge Menschen als neue Versicherte zu gewinnen. Deshalb setzte man auf Internetanbieter. Genau diese Strategie ist zu erwarten, wenn den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben wird, Sehhilfen als Satzungsleistungen anzubieten. Allerdings standen und stehen diese Kooperationen im Widerspruch zu den Bemühungen des Gesetzgebers, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Daher müssen zur Sicherung der Qualität für die Leistungserbringer stets die gleichen Vorgaben im Sinne des § 126 SGB V gelten, wenn Krankenkassen ihre Versicherten mit Sehhilfen versorgen wollen.

Die Satzungsleistungen von dem Vorliegen einer ärztlichen Verordnung abhängig zu machen, führt zu hohen Kosten und widerspricht der geltenden Rechtslage (siehe Ziffer 2 des Antrages der Fraktion der AfD).

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Gesundheitsversorgung für alle sichern

In dem Antrag der Fraktion DIE LINKE ist die Forderung enthalten,

Sehhilfen werden nach ärztlicher Verordnung wieder in medizinisch notwendigen Umfang erstattet.



Hierzu gilt das gleiche, was wir zur Ziffer 2 des Antrages der Fraktion der AfD ausgeführt haben.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung

In dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN finden sich drei Forderungen. So wird gefordert

1. die schrittweise Wiederherstellung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz abgeschafften Regelung zur Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen, indem zunächst für medizinisch notwendige Brillengläser ab 5 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf vollständige bzw. ab 2 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf hälftige Kostenübernahme geschaffen wird;
2. eine Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbezieherinnen und -beziehern nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendigen Sehhilfen;
3. Einrichtung einer Reformkommission beim Bundesministerium für Gesundheit, die bis 31.12.2020 konkrete Vorschläge zur Modernisierung des Gesundheitsberuferechts erarbeitet. Die Kommission soll dabei unter anderem auch Empfehlungen entwickeln, wie medizinisch notwendige Sehhilfen nicht nur von Augenärztinnen und -ärzten, sondern auch von hierfür geeigneten und qualifizierten Gesundheitsberufen wie Optikerinnen und Optikern sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten verordnet werden können.

In der Begründung zu Ziffer 1 des Antrages wird auf „medizinisch notwendige Brillengläser“ abgestellt. Insofern liegt auch hier nahe, dass der Arzt durch Verordnung die Versorgung auslösen soll. Dies führt zu den unter Ziffer 2 des Antrages der Fraktion der AfD aufgeführten Kosten sowie zu praktischen und rechtlichen Problemen. Hinzu kommt, dass eine „schrittweise“ Wiederherstellung der Versorgungssituation vor 2004 mit einem erhöhten bürokratischen Aufwand einhergeht, da jede Änderung des Leistungsumfanges eine gewisse Umstellung für die Betriebe, aber auch für die Krankenkassen bedeutet. Zudem sind Abrechnungsfehler vorprogrammiert. Schließlich hielten wir es für inkonsequent, dass nur Brillengläser, nicht aber Kontaktlinsen wieder in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden sollen.



Bei Erlass einer „Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbezieherinnen und -beziehern nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendigen Sehhilfen“ droht erneuter bürokratischer Aufwand, der für die Augenoptikbetriebe nicht akzeptabel ist. Denkbar ist allein, dass anders als im Krankenversicherungsrecht, das für die Hilfsmittelversorgung das Sachleistungsprinzip vorsieht, eine Kostenerstattung vorgesehen ist. Somit darf es keine unmittelbare Abrechnung durch die Augenoptiker mit einem weiteren Kostenträger geben.

Die Einrichtung einer Reformkommission ist zu begrüßen. Allerdings hat das Bundessozialgericht und letztendlich auch der Gesetzgeber mit dem Einfügen des Absatzes 5a in § 33 SGB V geregelt, dass die Abgabe von „medizinisch“ notwendigen Sehhilfen in aller Regel auch ohne ärztliches Zutun eigenverantwortlich durch Augenoptiker möglich ist. Der Ärztevorbehalt gilt unstreitig im Hilfsmittelbereich nicht. (siehe hierzu auch Ziffer 2 zum Antrag der Fraktion der AfD). Die Rechtslage entspricht auch den Kompetenzen der Augenoptiker, die seit jeher sowohl innerhalb als auch außerhalb des GKV-Systems eigenverantwortlich die Brillenglaswerte ermitteln und Brillen und Kontaktlinsen abgegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Truckenbrod
Präsident

Dr. Jan Wetzel
Geschäftsführer