



# ÖFFENTLICHE ANHÖRUNG DES AUSSCHUSSES FÜR GESUNDHEIT DES DT. BUNDESTAGES AM 4. NOVEMBER 2020 ZU „SEHHILFEN“

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN ANTRÄGEN VON AFD, FDP, DIE LINKE. UND BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

29. OKTOBER 2020

# INHALT

---

<b>VORBEMERKUNG</b>	<b>3</b>
Status Quo	4
Bewertung der KBV	4
Erweiterung des Leistungsanspruchs auf Basis bestehender Grundlagen	4
Beibehaltung bestehender Kompetenzen	4

---

## VORBEMERKUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt übergreifend zu den folgenden Anträgen der Oppositionsparteien des Deutschen Bundestages

- › Fraktion der AFD: „Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von Sehschwächen durch Erweiterung der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Sehhilfen“, BT-Drs. 19/4316,
- › Fraktion FDP: „Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken“, BT-Drs. 19/18913,
- › Fraktion DIE LINKE.: „Gesundheitsversorgung für alle sichern“, BT-Drs. 19/6057 sowie der
- › Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drs. 19/8566

nachfolgend Stellung.

### Zur Kommentierung

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

Gemäß den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Antrag vom 20.03.2019; Drs. 19/8566), DIE LINKE. (Antrag vom 28.11.2018; Drs. 19/6057) und der AfD (Antrag vom 13.09.2018; Drs. 19/4316) soll die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz abgeschaffte Regelung zur Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen wieder rückgängig gemacht werden, bzw. der mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) geschaffene Anspruch erweitert werden.

## STATUS QUO

Gemäß § 33 SGB V besteht damit aktuell für folgende Versicherten ein Anspruch auf Sehhilfen:

- › Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- › Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres,
  - die nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen
  - die einen verordneten Fernkorrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen.

## BEWERTUNG DER KBV

Allerdings können auch bei Sehstörungen unterhalb dieser Refraktionsbereiche erhebliche Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen, wenn diese nicht durch Sehhilfen ausgeglichen werden. Daher kann aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Absicht, den Leistungsanspruch auf Erstattung von Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern, nachvollzogen werden.

Eine solche kollektivvertragliche Regelung wäre einer Umsetzung in Form einer Satzungsleistung, wie es die Fraktion der FDP fordert (Antrag vom 04.05.2020; Drs. 19/18913), vorzuziehen. Von dieser würden lediglich die Versicherten profitieren, die bei einer der Krankenkassen versichert sind, die Sehhilfen über die in § 33 SGB V hinausgehenden Einschränkungen per Satzungsleistung erstatten. Die gleichberechtigte Teilhabe wäre insbesondere für Versicherte mit niedrigem Einkommen nicht gewährleistet, wenn der Ausgleich der Sehstörung von der Kassenlage der jeweiligen Krankenversicherung abhängen würde. Zudem ist davon auszugehen, dass ein Flickenteppich von Satzungsregelungen, bei denen sich je nach Krankenversicherung der Umfang der Leistung und die Anforderung an die Leistungsgewährung unterscheiden würden, zu erheblichem Mehraufwand in den Arztpraxen führen würde, da Versicherte sich mit diesbezüglichen Fragen in der Regel vertrauensvoll an ihre Ärzte wenden.

## ERWEITERUNG DES LEISTUNGSANSPRUCHS AUF BASIS BESTEHENDER GRUNDLAGEN

Sofern eine Erweiterung des Leistungsanspruchs auf Sehhilfen auf kollektivvertraglicher Ebene in Erwägung gezogen wird, sollte hinsichtlich der Definition der Dioptriengrenze eine Orientierung an der bestehenden Formulierung des § 33 SGB V, respektive der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfolgen, um nachträglichen Interpretationsspielraum zu vermeiden. Demgegenüber sind die Formulierungen in den o.g. Anträgen zu unspezifisch und missverständlich. Neben der spezifischen Vorgabe eines „verordneten Fernkorrekturausgleichs“, ist der Bezug zum „verordnete Fernwert im stärksten Hauptschnitt“ (gem. § 12 Abs. 1 HilfsM-Richtlinie; [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2260/HilfsM-RL\\_2020-09-17\\_iK-2020-10-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2260/HilfsM-RL_2020-09-17_iK-2020-10-01.pdf)) relevant, da ansonsten beim Astigmatismus (Zylinderwert) unklar wäre, welcher der beiden Hauptschnitte entscheidend ist.

## BEIBEHALTUNG BESTEHENDER KOMPETENZEN

Aus Sicht der KBV ist die Einrichtung einer Reformkommision und der Erweiterung der Verordnungsbefugnisse von Gesundheitsfachberufen wie Optikerinnen und Optikern oder Orthoptistinnen und Orthoptisten nicht zielführend. Denn unter dem augenärztlichen Verordnungsvorbehalt stehen nur die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus

medizinischen Gründen zwingend geboten ist (*§ 33 Abs. 5a SGB V: „(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“*). Dies wurde zuletzt im Rahmen der Umsetzung der o.g. Erweiterung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherungen gem. HHVG kontrovers beraten und intensiv geprüft. Die definierten Fälle, in denen eine augenärztliche Verordnung erforderlich ist, sind zwingend medizinisch geboten und umfassen lediglich folgende in der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA definierten Fälle:

- › Erstverordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe
- › Folgeverordnung 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 Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen entsprechend § 12 Absatz 1 zweiter Spiegelstrich.

Für alle anderen Patientengruppen bzw. Indikationen kann die Folgeversorgung bereits heute durch Optikerinnen und Optiker erfolgen. Der entsprechende Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist daher abzulehnen.

Darüber hinaus ist der Einbezug der Orthoptistinnen und Orthoptisten in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar. Im Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten (Orthoptistengesetz - OrthoptG) wird in §3 das Berufsbild wie folgt umschrieben: "Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs dazu befähigen, insbesondere bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Störungen des ein- und beidäugigen Sehens bei Schielerkrankungen, Sehschwächen und Augenzittern mitzuwirken (Ausbildungsziel)." Dabei entspricht die hier genannte "Sehschwäche" der mit Brillengläsern nicht zu korrigierenden Sehschwäche (Amblyopie), die nicht mit dem durch Brillengläser korrigierbaren Sehfehler (Refraktionsfehler) zu verwechseln ist.

Orthoptistinnen arbeiten in der Regel in Augenarztpraxen und Augenkliniken zusammen mit mindestens einem Augenarzt und, wie der Begriff "mitzuwirken" auch nahelegt, nicht eigenverantwortlich. Sie untersuchen zu über 90 % Kinder bis 14 Jahre, für die ein ärztlicher Verordnungsvorbehalt gem. HilfsM-RL des G-BA gilt, der wegen der regelhaft notwendig werdenden Cycloplegie mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zwingend medizinisch geboten ist. Orthoptistinnen untersuchen Erwachsene nur relativ selten und dann entweder bei neu aufgetretenem Schielen oder bei neurologischen Fragestellungen, sodass hier grundsätzlich keine Untersuchung ohne enge Abstimmung mit dem Augenarzt und dessen Untersuchung erfolgt.

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Tel.: 030 4005-1036  
politik@kbv.de, www.kbv.de

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.