



verbraucherzentrale

Bundesverband

20
JAHRE
**gemeinsam
wirksam**

MEDIZINISCH NOTWENDIGE VERSORGUNG SICHERSTELLEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“
[Drucksache 19/8566]

zum Antrag der Fraktion der AfD „Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von Sehschwächen durch Erweiterung der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Sehhilfen“
[Drucksache 19/4316]

zum Antrag der Fraktion der FDP „Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken“
[Drucksache 19/18913]

sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsversorgung für alle sichern“
[Drucksache 19/6057]

29. Oktober 2020

Impressum

*Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.*

*Team
Gesundheit und Pflege*

*Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin*

Gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

ZUSAMMENFASSUNG

Durch die Leistungseinschränkung der Hilfsmittelversorgung speziell bei Sehhilfen werden Verbraucherinnen und Verbraucher¹ mit einer Fehlsichtigkeit einseitig belastet. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) fordert, dass bei Brillen, wie bei anderen Hilfsmitteln, etwa Hörgeräten, die Kosten einer medizinisch notwendigen Versorgung entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Der vzbv unterstützt den Vorschlag, den generellen Ausschluss der Kostenübernahme von verschreibungsfreien Arzneimitteln zu überprüfen. Die Kosten für Arzneimittel mit einem nachgewiesenen patientenrelevanten Nutzen sollten von den Krankenkassen übernommen werden. Im Bereich der Fahrkosten ist aus Sicht des vzbv eine Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit der gegenwärtigen Regelungen notwendig.

EINLEITUNG

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde der Leistungsanspruch im Bereich der Sehhilfen für gesetzlich Versicherte stark eingeschränkt. Die große Mehrheit der Verbraucher muss die Kosten für eine medizinisch notwendige Sehhilfe derzeit komplett selbst aufbringen. Die vorliegenden Anträge zeigen verschiedene Wege auf, die den Leistungsanspruch der Versicherten verbessern sollen. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE fordert darüber hinaus Leistungsverbesserungen bei verschreibungsfreien Arzneimitteln, künstlicher Befruchtung und Sterilisation, Sterbegeld sowie bei den Fahrkosten.

Drei der vorliegenden vier Anträge wurden bereits vor Eintreten der Corona-Pandemie verfasst. Zu einem Zeitpunkt also, als die Finanzsituation der GKV vergleichsweise stabil war, die Konjunkturerwartungen deutlich positiver. Trotz der gegenwärtig veränderten Finanzsituation der GKV ist es aus Verbrauchersicht wesentlich, die Leistungen der GKV regelmäßig auf ihre Bedarfsgerechtigkeit und mögliche Ungleichbehandlungen, Fehl- und Unterversorgung hin zu überprüfen.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 4. November 2020 eine Anhörung zu den vorliegenden Anträgen durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, hierzu aus Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können.

¹ Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit.

ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. MEDIZINISCH NOTWENDIGE VERSORGUNG MIT SEHHILFEN SICHERSTELLEN

Der Anspruch auf medizinische Hilfsmittel ist in § 33 SGB V verankert. Demgemäß haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dieser Anspruch ab dem Jahr 2004 speziell für Sehhilfen stark eingeschränkt. Die damalige Gesetzesänderung war eine politische Entscheidung, um die Ausgaben der GKV zu begrenzen. Einseitig belastet wurden dadurch diejenigen Verbraucher, die auf eine Sehhilfe angewiesen sind.

Anspruch auf Sehhilfen besteht gemäß Absatz 2 des § 33 SGB V bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde der begrenzte Leistungsanspruch für Erwachsene leicht ausgeweitet: Versicherte haben ab dem 18. Lebensjahr auch dann einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf mindestens einem Auge einen verordneten Fernkorrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mindestens 6,25 Dioptrien bei Kurzsichtigkeit oder Weitsichtigkeit oder mindestens 4,25 Dioptrien bei Hornhautverkrümmung aufweisen. Dabei bezuschussen die Krankenkassen im Rahmen von Festbeträgen lediglich die Brillengläser, nicht jedoch die Fassung. Die derzeit geltenden Festbeträge für Sehhilfen gelten seit dem 1. März 2008 und sind seitdem nicht mehr angepasst worden. Dies bedeutet, dass selbst fehlsichtige Patienten, die unter die Festbetragsregelung fallen, weiterhin einen erheblichen Eigenanteil zu tragen haben.

Da diese Regelung zudem nur einen begrenzten Kreis der Menschen mit Fehlsichtigkeit betrifft, muss die große Mehrheit der Verbraucher die Kosten für eine notwendige Sehhilfe komplett selbst aufbringen. Insbesondere für Menschen mit niedrigen Einkommen ist das eine erhebliche Belastung.

Der vzbv fordert, dass bei Sehhilfen, wie bei anderen Hilfsmitteln, etwa Hörgeräten, die Kosten der medizinisch notwendigen Versorgung entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot von den Krankenkassen übernommen werden. In Anbetracht der derzeitigen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung könnte hierzu auch ein stufenweises Vorgehen, wie im Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgesehen, in Betracht gezogen werden.

Aus Sicht des vzbv ist es darüber hinaus nicht zielführend, eine medizinisch notwendige Leistung lediglich über die Möglichkeit der Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu regeln. Die notwendige Versorgung muss für alle Versicherten gleichermaßen sichergestellt werden. Die Satzungsleistungen sind in erster Linie Marketinginstrumente der Krankenkassen, die sich zumeist an spezifische Zielgruppen richten. Eine in Sinne der Verbraucher bedarfsgerechte Versorgung kann über dieses Instrument nicht sichergestellt werden.

2. KOSTENÜBERNAHME VON OTC-ARZNEIMITTELN ÜBERPRÜFEN

Der grundsätzliche Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus der Erstattung durch die GKV durch das GKV-Modernisierungsgesetz war primär eine politische Entscheidung und keine medizinische. Insbesondere für Menschen mit einer chronischen Erkrankung stellen die privat zu tragenden Kosten für OTC („Over the counter“)-Arzneimittel teilweise eine hohe finanzielle Belastung dar. Mittlerweile sind in vielen Kommunen sogenannte „Medikamententafeln“ bzw. „Medikamentenhilfen“ entstanden und auch andere Einrichtungen weisen seit Jahren auf die entstandenen Problemlagen hin.²

Der vzbv unterstützt daher den Vorschlag einer Überprüfung dieser grundsätzlichen Entscheidung, die für Verbraucher mit erheblichen Kostenbelastungen verbundenen ist. Eine grundsätzliche Übernahme der Kosten, wie sie zum Teil von den Herstellern gefordert wird, ist keinesfalls anzustreben. Ein nachgewiesener patientenrelevanter Nutzen muss auch hier belegt werden.

3. BEDARFSGERECHTIGKEIT DER REGELUNGEN ZU FAHRKOSTEN PRÜFEN

Mit Problemen beim Thema Fahrkosten wenden sich immer wieder Betroffene an die Verbraucherzentralen. Eine wiederkehrende Problemlage betrifft die Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung. Diese ist in Ausnahmefällen möglich, die in der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt sind. In der Praxis führt die gegenwärtige Regelung dazu, dass zum Beispiel bei einem onkologischen Patienten die Fahrten zur Chemotherapie von den Krankenkassen zwar übernommen werden, da hier die Voraussetzung einer „hohen Behandlungsfrequenz“ erfüllt ist. Beim selben höchst vulnerablen Patienten werden Fahrten zu anderen Behandlungsanlässen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung, die in geringerer Frequenz anfallen, jedoch nicht übernommen.

Aus Sicht des vzbv sollten die gegenwärtigen Regelungen zu Fahrkosten dahingehend überprüft werden, ob sie den tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Patienten begegnen und entsprechend überarbeitet werden.

² Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2015): Selbstmedikation bei sozial Benachteiligten Zwischen Verzicht und umstrittenen Arzneimitteln. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/pharmazie/anwendungssicherheit/Poster_Selbstmedikation_bei_sozial_Benachteiligten.pdf#:~:text=Sozial%20Benachteiligte%20kaufen%20sich%20Arzneimittel%20im%20Rahmen%20der,seine%20Lebensqualität%3%A4t%20und%20die%20Gesundheit%20anderer%20bedeutet (abgerufen am 27.10.2020).