

Öffentliche Anhörung zu verschiedenen Anträgen zum Thema „Sehhilfen“ im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. November 2020

Stellungnahme Dr. Siiri Doka

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 19(14)237(7) zur öAnh am 4.11.2020 - Sehhilfen
29.10.2020

Im Folgenden nehme ich als Einzelsachverständige Stellung zu verschiedenen Anträgen, welche überwiegend das Thema der Erstattungsfähigkeit von Sehhilfen betreffen.

I. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

1. Forderung einer schrittweisen Wiederherstellung zur Erstattungsfähigkeit der Sehhilfen

Inhalt:

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sieht eine schrittweise Wiederherstellung der Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen vor. In einem ersten Schritt sollen Brillengläser ab 5 Dioptrin vollständig und ab 2 Dioptrin hälftig erstattet werden. Perspektivisch soll die Erstattungsfähigkeit der medizinischen Sehhilfen wiederhergestellt werden.

Bewertung:

Die schrittweise Wiederherstellung der Erstattungsfähigkeit der Sehhilfen erscheint angesichts der hohen zu erwartenden Kostenbelastungen realistisch; verfassungsrechtlich ist aber aus meiner Sicht eine solche Begrenzung auf bestimmte Versorgung im ersten Schritt nur zu rechtfertigen, wenn auch von vorneherein eine Roadmap zur Einführung einer vollständigen Erstattungsfähigkeit feststeht.

Denn auch wenn das Bundesverfassungsgericht anerkennt, dass gerade im Gesundheitswesen der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht haben kann¹, so gelten im Gesundheitswesen doch diverse grund- und völkerrechtliche Prinzipien, welchen den gleichberechtigten Zugang von Menschen mit

¹ BVerfGE 103, 172, 184, zit. Nach <https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv103172.html>

Behinderungen zu Hilfsmitteln sicherstellen. In erster Linie ist dies der allgemeine Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 in seiner besonderen Ausformung des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Ebenfalls gelten die der GKV immanenten Solidar- und das Sachleistungsprinzipien sowie die UN-Behindertenrechtskonvention. Zu beachten ist dabei auch, dass es bei der Versorgung der Versicherten mit Sehhilfen um den Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs geht, also einem Bereich, in dem Versicherte normalerweise bei anderen Hilfsmitteln den Anspruch auf einen bestmöglichen Behinderungsausgleich haben- im Gegensatz zu Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich. Der Ausschluss der Erstattung bei den meisten Versorgungsgrenzen unterhalb der Grenze von 6 Dioptrien wiegt damit besonders schwer- insbesondere im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz.

Soweit das Bundessozialgericht² die Verfassungsmäßigkeit der Regelung daraus ableitet, die Leistungsausgrenzung überfordere die Versicherten nicht finanziell, weil es noch teurere Versorgungsgüter, wie etwa Prothesen gäbe, und zudem viele Versicherte Kosten für teurere Brillengestelle aufbringen könnten, so trägt diese Begründung nicht: Solidar- und Sachleistungsprinzip beinhalten ja gerade, dass medizinisch notwendige Leistungen unabhängig von der persönlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten unmittelbar und vollständig (abgesehen von Zuzahlungen) erstattet werden. Denn die Einkommensverhältnisse von Menschen mit Seheinschränkungen sind breit gestreut; auch Menschen mit niedrigen und sehr niedrigen Einkommen sind betroffen. Letztere müssen einen grundsätzlichen Anspruch auf Versorgung mit einer medizinisch notwendigen Leistung haben; bei anderen Hilfsmitteln ist dies der Fall. Ob ein besserverdienender Teil der Versicherten dann im Wege der wirtschaftlichen Aufzählung eine teurere Versorgung wählt, hat keinen Einfluss auf den grundsätzlichen Anspruch auf eine Versorgung mit der medizinisch notwendigen Leistung. Auch die Begründung, Brillengläser seien - etwa im Vergleich zu Prothesen - keine teure Versorgung - vermag nicht zu überzeugen: So gibt es eine Vielzahl von Hilfsmitteln, die preiswerter als Brillengläser sind und die dennoch zu Recht von den Krankenkassen im Wege der Sachleistung erstattet werden. Denn

² BSG, Urteil vom 23. 6. 2016 – B 3 KR 21/15 R, Rn. 30 zit. Nach <https://lexetius.com/2016,2816>

Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen haben derzeit ohnehin mit einer Vielzahl von zusätzlichen Belastungen zu kämpfen: Neben - durch die Chroniker-Regelung gedeckelten - Zuzahlungen gibt es für sie erhebliche Kosten, die nicht unter die Chroniker-Regelung fallen, wie etwa wirtschaftliche Aufzahlungen, und die sich nicht immer vermeiden lassen. Insoweit gilt das Solidarprinzip in der GKV ohnehin nicht durchgehend; insbesondere multimorbide Erkrankte haben eine Vielzahl von Belastungen zu tragen. Immerhin 4, 8 Prozent der Befragten, die keine Grundsicherung in Anspruch nahmen, konnten bei einer Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Leistungen wie Zahnersatz und Brillen, die von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen wurden, nicht finanzieren.³

Vor diesem Hintergrund sollte - vor dem Hintergrund des geltenden verfassungsrechtlichen Gewährleistungen - von vorneherein das Ziel einer vollständigen Erstattung eingeplant werden. Der im Antrag vorgesehene Zwischenschritt einer vollständigen Erstattung der Brillengläser ab 5 Dioptrin ist dabei sachgerecht: Denn ab diesem Wert ist ein eigenständiges Leben ohne ständige Unterstützung durch Dritte nicht mehr möglich, wenn eine Sehhilfe nicht vorhanden ist. Um zu verdeutlichen, dass perspektivisch ein Anspruch auf eine vollständige Kostenerstattung besteht, und um die Betroffenen zeitnah zu entlasten, wird diesseits auch die hälftige Erstattung der Gläser ab einem Wert von 2 Dioptrin begrüßt.

Unabhängig davon wären - wie auch in der Einleitung des Antrags dargestellt - die Regelungen zur Erstattung zu überarbeiten. Derzeit findet die Erstattung über Festbeträge statt, deren Ermittlung - insbesondere bzgl. der Kalkulationsgrundlagen - intransparent ist und die derzeit viel zu niedrig angesetzt sind. Angesichts des hohen und sehr variierenden Dienstleistungsanteils stellt sich ohnehin die Frage, ob die Regelungen für Festbeträge hier überhaupt sachgerecht sind. Denn die Rechtsprechung hat zu den Festbeträgen festgelegt, dass eine Krankenkasse grundsätzlich ihre Leistungspflicht durch Gewährung des jeweiligen Festbetrags erfüllt, wenn für eine Leistung ein solcher festgesetzt ist (§§ 12 Abs. 2, 36 SGB V). Soweit aber

³ Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), zit: nach Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: Kostenübernahme von Sehhilfen nach dem SGB II und SGB XII, <https://www.bundestag.de/resource/blob/559788/5c2259d18af3b5b9ddaa125b180dcdd9/WD-6-023-18-pdf-data.pdf>

der Festbetrag für den Behinderungsausgleich objektiv nicht ausreicht, bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur - von Zuzahlungen abgesehen - kostenfreien Versorgung der Versicherten.⁴ Damit muss eine Festbetrag geeignet sein, „normalerweise“ eine kostenfreie Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dies ist vorliegend - auch wegen der hohen Varianz des Dienstleistungsanteils, aber auch wegen der unzureichend dargelegten und transparenten Berechnungsgrundlagen - nicht der Fall.

Aus meiner Sicht wäre die Erstattung entweder aus dem Bereich der Festbeträge herauszunehmen, zumal es in der Praxis weitgehend unbekannt ist, dass der Versicherte auch einen Anspruch auf höherwertige Versorgung oberhalb des Festbetrages hat und das Sachleistungsprinzip weiter gilt. Mindestens sollte jedoch der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, sämtliche Berechnungsgrundlagen für die Berechnung des Festbetrages transparent zu machen, da diese andernfalls nicht nachvollzogen werden können.

2. Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung nach dem SGB V

Inhalt:

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sieht die Schaffung einer Regelung im SGB V oder im SGB II/ XII vor, welche die Bezieher von Grundsicherung vor finanzieller Überforderung schützt.

⁴ LSG Hamburg 3. Senat; Aktenzeichen:L 3 KR 23/17, Urteil vom 29.01.2019, zit: https://www.rehadat-recht.de/de/hilfsmittel/strittige-aspekte-der-hilfsmittelversorgung/erstattungsanspruch-von-selbst-beschafften-hilfsmitteln-sachleistungsprinzip/index.html?referenznr=R/R8141&connectdb=rechtsgrundlagen_detail&infobox=%2Ffinfobox1.html&serviceCounter=1&wsdb=REC&detailCounter=2&from=1&anzahl=154&&tab=langtext&suche=index.html?themen=Selbst+beschaffte+Hilfsmittel+oder+Sachleistungsprinzip&artrec=urteil

Bewertung:

Der Vorschlag wird nachdrücklich, insbesondere im Hinblick auf eine Regelung im SGB V, unterstützt. Eine Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit hat gezeigt, dass 33,6 Prozent der Befragten, die Grundsicherung erhielten, die von den Krankenkassen nicht erstatteten medizinischen Leistungen nicht finanzieren konnten.⁵ Dies ist umso bedenklicher, als die Erstattung von Brillen in den vom Wissenschaftlichen Gutachten des Bundestages⁶ aufgeführten Gerichtsurteilen zumeist abgelehnt wurde. Ein Ansparen der Kosten aus dem Regelsatz dürfte dabei häufig scheitern: Zu Recht wird in der Begründung des Antrags auf den Betrag von 15 € verwiesen, der den Betroffenen für die Gesundheitsversorgung insgesamt zur Verfügung steht; für die Brillengläser wird sogar nur ein Betrag von 2, 70 € angesetzt. Eine Anspargung für Versorgungen, die oft mehrere hundert Euro Kosten verursachen, scheint insoweit wenig realistisch.

Auch das Bundessozialgericht hat diese Problematik bereits in dem erwähnten Urteil angesprochen und Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser Problematik zumindest angedeutet:

„Wenn nach dem Grundsicherungsrecht Kosten für medizinische Leistungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, grundsätzlich aus dem Regelsatz zu bestreiten sind (so BSG Urteil vom 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R - BSGE 108, 235 = SozR 4-4200 § 20 Nr 13, RdNr 24-26), dürfte eine Zuweisung medizinisch notwendiger Leistungen zum Bereich der Eigenverantwortung ohne Härtefallregelung zumindest verfassungsrechtlich problematisch sein (vgl Wenner in Wallrabenstein/Ebsen (Hrsg), Stand und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, 2014, S 115, 130 ff sowie ders in GesR 2009, 169, 174).“

⁵ Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), zit: nach Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: Kostenübernahme von Sehhilfen nach dem SGB II und SGB XII, <https://www.bundestag.de/resource/blob/559788/5c2259d18af3b5b9ddaa125b180dcdd9/WD-6-023-18-pdf-data.pdf>

⁶ Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: Kostenübernahme von Sehhilfen nach dem SGB II und SGB XII, <https://www.bundestag.de/resource/blob/559788/5c2259d18af3b5b9ddaa125b180dcdd9/WD-6-023-18-pdf-data.pdf>

Die Lösung der Problematik über eine entsprechende Regelung zu § 55 Abs. 2 erscheint dabei vorzugswürdig, weil sich bei den Krankenkassen der entsprechende Sachverstand auch bei komplizierteren Versorgungen befindet, für die dann ggf. hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit auch der Medizinische Dienst herangezogen werden kann. Ferner ist die Inanspruchnahme von Grundsicherung für viele Menschen nach wie vor schambehaftet; vor diesem Hintergrund wäre davon auszugehen, dass Menschen den Gang zum Sozialamt scheuen würden, auch wenn sie einen Anspruch hätten, etwa wegen einer geringen Rente. Auch aus diesem Grund wäre eine Lösung über das SGB V sinnvoll

3. Einrichtung einer Reformkommission

Inhalt:

Die Fraktion möchte eine Reformkommission beim BMG einrichten, die

- konkrete Vorschläge für die Reform des Gesundheitsberuferechtes erarbeitet und
- Empfehlungen entwickelt, wie die medizinisch notwendigen Sehhilfen von qualifizierten Gesundheitsberufen verordnet werden können.

Bewertung:

Die Erarbeitung von Empfehlungen zur Verordnung von Sehhilfen durch eine Reformkommission wird nicht für erforderlich gehalten. Derzeit stehen ohnehin nur noch die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, unter dem Verordnungsvorbehalt des Arztes. Daran sollte jedoch weiterhin festgehalten werden: Denn nur Augenärzte können letztlich nach eingehender Untersuchung der Patientinnen und Patienten erkennen, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt oder ob ein Ausgleich mit einer Sehhilfe erforderlich ist. Insoweit werden Empfehlungen einer Reformkommission nicht für notwendig erachtet.

II. Antrag der Fraktion der FDP

Inhalt:

Die Fraktion der FDP fordert, den Krankenkassen die rechtliche Möglichkeit zu eröffnen, ärztliche verordnete Brillengestelle, Gläser und Sonnenbrillen in Sehstärke als Satzungsleistungen anzubieten.

Bewertung:

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die FDP Fraktion die unbefriedigende Situation bei der Erstattung von Sehhilfen verbessern möchte. Allerdings wird der Weg über Satzungsleistungen nicht für zielführend gehalten. Denn Sehhilfen sind unzweifelhaft notwendige medizinische Leistungen, die aus den erwähnten rechtlichen Gründen in den regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören und flächendeckend erstattet werden sollten. Zudem wird diesseits das Risiko gesehen, dass sich Krankenkassen bei der Gewährung von Sehhilfen insbesondere auf junge Versicherte konzentrieren, die nach wie vor als „gute Risiken“ gelten. Ältere und sozial schwache Versicherte, die solche Versorgung jedoch in besonderem Maße benötigen, wären außen vor.

III. Antrag der Fraktion DIE LINKE

1. Erstattung von OTC- Arzneimitteln

Inhalt:

Nach dem Antrag der Fraktion DIE LINKE sollen sinnvolle verschreibungsfreie Medikamente im Wege einer Positivliste des GBA erstattungsfähig werden.

Bewertung:

Der Vorschlag wird unterstützt. Derzeit sind nur OTC- Präparate bei schwerwiegenden Erkrankungen über eine Liste des GBA erstattungsfähig. In Anbetracht der dargestellten Maßgaben des Solidar- und Sachleistungsprinzips erscheint eine Differenzierung ausschließlich nach dem Schweregrad der Erkrankung nicht sachgemäß, sondern sollte sich nach dem Bedarf zur Behandlung der Erkrankung richten. Soweit die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente objektiv zur Behandlung der Er-

krankung oder der Nebenwirkungen notwendig sind, sollten diese auch erstattet werden, zumal gerade Chroniker eine Vielzahl anderer Belastungen noch zu tragen haben.

Auch der Vorschlag der Erstattung einer Rauchentwöhnung wird unterstützt. Ebenso wie bei den Sehhilfen zeigt sich hier ebenfalls die Problematik der Gleichbehandlung: Während etwa die Therapie zur Alkoholentwöhnung einschließlich notwendiger Medikamente erstattet wird, sind Arzneimittel zur Rauchentwöhnung nicht erstattungsfähig.

Mindestens sollte diese im Rahmen eines DMPs möglich sein. Gerade wenn bereits Folgeschäden - wie etwa eine COPD - vorhanden sind und eine Rauchentwöhnung zur Vermeidung weiterer Risiken dringend geboten ist, sollte die medikamentöse Rauchentwöhnung als Teil der Krankenbehandlung zur Behandlung der Suchterkrankung übernommen werden.

2. Erstattung der Sehhilfen

Der Vorschlag einer vollständigen Erstattung der Sehhilfen wird aus den o.g. Gründen nachdrücklich unterstützt.

3. Künstliche Befruchtung und Todesfeststellung

Inhalt:

Die Fraktion schlägt vor, die künstliche Befruchtung wieder vollständig zu erstatten und den Kreis der Anspruchsberechtigten zu erweitern. Auch die Kosten für die Todesfeststellung soll wieder von der GKV übernommen werden.

Bewertung:

Die Vorschläge werden explizit befürwortet.

4. Erstattungsfähigkeit der Fahrtkosten

Inhalt:

Die Fraktion fordert, Fahrtkosten in allen Fällen zu erstattet, in denen ansonsten keine Möglichkeit besteht, die Behandlung durchzuführen oder persönliche Härten entstünden.

Bewertung:

Der Vorschlag wird nachdrücklich begrüßt. Die Übernahme der Fahrtkosten zur ambulanten Versorgung ist für viele Versicherte ein erhebliches Problem, insbesondere bei schweren Erkrankungen.

Die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich sowie die verkürzten Liegezeiten durch die DRGs haben zur Folge, dass nunmehr auch schwere Erkrankungen ambulant behandelt werden. So bestehen hier erhebliche Probleme mit Krankentransporten, da die in der Krankentransportrichtlinie genannten Ausnahmefälle nicht ausreichen, um den tatsächlichen Bedarf von Krankentransport bei schweren Erkrankungen abzudecken.

Insoweit sollte mindestens für diesen Bereich dringend eine Lösung gefunden werden: So könnte etwa gesetzlich festgelegt werden, dass Krankenfahrten dann erstattet werden, wenn sie die in § 116b genannten schweren Erkrankungen betreffen. Damit ist einerseits der in der bisherigen Gesetzesfassung vorgegebene Ausnahmecharakter des ambulanten Krankentransportes gewahrt, aber gleichzeitig der zunehmenden Ambulantisierung schwerer Erkrankungen Rechnung getragen.

IV. Antrag der Fraktion der AfD

Der Vorschlag einer vollständigen Erstattung der Brillen wird aus den o.g. Gründen unterstützt; allerdings wird nicht nur eine Erstattungsfähigkeit der Brillen, sondern auch eine Erstattungsfähigkeit der Versorgungen mit Kontaktlinsen für erforderlich gehalten. Ferner sollte m.E. für einen Teilhabeanspruch nicht an den Grad der Behinderung angeknüpft, sondern der Ausgleich der Sehbehinderung in Form des unmittelbaren Behinderungsausgleichs maßgeblich sein - wie dies auch bei allen anderen Hilfsmitteln der Fall ist.

Berlin, 29. 10. 2020