

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)237(9)
zur öAnh am 4.11.2020 - Sehhilfen

3.11.2020



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit
Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“

20.03.2019

BT–Drucksache 19/8566

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 20.03.2019

Seite 2 von 6

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	3
---	----------

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 20.03.2019

Seite 3 von 6

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Nr. 1

A) Antragsgegenstand

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN ist auf die schrittweise Wiederherstellung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz abgeschafften Regelungen zur Erstattungs-fähigkeit medizinische notwendiger Sehhilfen gerichtet. Es soll für medizinisch notwendige Brillengläser ab 5 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf vollständige und für Gläser ab 2 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf hälftige Kostenübernahme geschaffen werden.

B) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der Antrag ist auf eine weitgehende Wiedereinführung von Leistungserweiterungen für Sehhilfen gerichtet, auch wenn diese schrittweise erfolgen sollen. Zur Finanzierung dieser Leistungsausweitungen werden keine Aussagen getroffen.

Die derzeit geltende Regelung ist das Resultat einer längeren gesetzgeberischen Entwicklung, durch die ein Ausgleich zwischen der Finanzierungs- und Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und den berechtigten Interessen der Versicherten – insbesondere auch derjenigen mit erheblichen Sehbeeinträchtigungen – andererseits erzielt werden sollte. Durch das Beitragsentlastungsgesetz im Jahr 1996 wurde der damalige Zuschuss zu Brillenfassungen gestrichen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dann der Anspruch auf Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Erwachsenen auf Fälle mit erheblicher Beeinträchtigung der Sehfähigkeit begrenzt. Der Anspruch für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf therapeutische Sehhilfen blieb dagegen unverändert bestehen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-Modernisierungsgesetz wird vom Gesetzgeber ein Leistungsanspruch bei Kindern und Jugendlichen deswegen bejaht, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später auch hinsichtlich der Folgeschäden als meist nur unvollständig behebbar angesehen werden. Bei erwachsenen Versicherten geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Leistungsbegrenzung die erwachsenen Versicherten grundsätzlich finanziell nicht überfordert und die Regelversorgung ihrer Eigenverantwortung zugewiesen werden kann.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die GKV den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 20.03.2019

Seite 4 von 6

Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt und darf der GKV-Leistungskatalog auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Die gesetzlichen Krankenkassen sind verfassungsrechtlich gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98). Die Schwere einer Erkrankung oder Behinderung ist dabei im Rahmen des Krankenversicherungssystems ein naheliegendes Sachkriterium, um innerhalb des Leistungskatalogs zu differenzieren (vgl. Beschluss des BVerfG vom 12.12.2012 – 1 BvR 69/09).

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 23.06.2016 – B 3 KR 21/15 R die gesetzgeberische Konzeption der Leistungsausgestaltung bei der Versorgung mit Sehhilfen vor diesem Hintergrund als in der Sache nachvollziehbar und rechtlich unbedenklich angesehen. Auch der GKV-Spitzenverband sieht hierin eine sachlich nachvollziehbare Konzeption.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz (HHVG) wurden zudem bereits auch Versicherte in den leistungsberechtigten Personenkreis einbezogen, die wegen Kurz- und Weitsichtigkeit Brillengläser mit einer Brechkraft von mehr als sechs Dioptrien oder bei Astigmatismus von mehr als vier Dioptrien benötigen, während zuvor nur Versicherte anspruchsberechtigt waren, die auch bei bestmöglicher Korrektur eine schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen. Der leistungsberechtigte Personenkreis ist hierdurch bereits signifikant erweitert worden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 20.03.2019

Seite 5 von 6

Nr. 2

A) Antragsgegenstand

Die Bundesregierung wird in dem Antrag aufgefordert, eine Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbezieherinnen und -beziehern nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendigen Sehhilfen zu schaffen.

B) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Soweit in der Begründung des Antrags eine Regelung für Sehhilfen analog derjenigen in § 55 Abs. SGB V zum Zahnersatz vorgeschlagen wird, ist darauf hinzuweisen, dass beide Leistungsbereiche erhebliche Unterschiede aufweisen. Für den Fall des Zahnersatzes sind einheitliche Festzuschüsse für bestimmte Leistungen vorgesehen, die dann gegebenenfalls erhöht werden. Die Leistungen sind hier von vorneherein als Zuschuss ausgestaltet. Für Hilfsmittelversorgungen gilt dagegen das Sachleistungs- und das Vertragsprinzip, d.h. bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfolgt dem Grundsatz nach eine vollständige Kostenübernahme auf Basis vertraglich bis zur Höhe etwaig festgesetzter Festbeträge vereinbarter Vergütungen. Das Zuschussprinzip ist hier systemfremd und der Regelungsansatz des § 55 Abs. 2 SGB V insofern nicht übertragbar. Zu Regelungsinhalten, die ausschließlich Leistungen nach dem SGB II und SGB XII betreffen, gibt der GKV-Spitzenverband keine weitere Stellungnahme ab.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 20.03.2019

Seite 6 von 6

Nr. 3

A) Antragsgegenstand

Beim Bundesministerium für Gesundheit soll eine Reformkommission eingerichtet werden, 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.

B) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Gemäß § 33 Abs. 5 a SGB V ist die ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln immer dann erforderlich, wenn eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist. Bereits nach den geltenden Regelungen erfolgt somit eine Begrenzung des Verordnungserfordernisses auf medizinisch zwingend gebotene Fälle und werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer somit von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.

In der Hilfsmittel-Richtlinie wird die gesetzliche Regelung dahingehend konkretisiert, dass die Abgabe von therapeutischen Sehhilfen und die erstmalige Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde auf der Grundlage einer vorhergehenden Diagnostik und Therapieentscheidung voraussetzt. Bei einer Folgeversorgung ist dagegen eine ärztliche Verordnung nur dann erforderlich ist, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres und bei 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.

Die in diesen Fällen gebotene medizinische Beurteilung kann nicht von Berufsgruppen übernommen werden, die keine heilkundliche Tätigkeit ausüben und keine entsprechende Ausbildung haben.

Die bestehenden Regelungen sind daher nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht und sollten beibehalten werden.