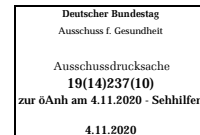


# Öffentliche Anhörung zu verschiedenen Anträgen zum Thema „Sehhilfen“ im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. November 2020

Stellungnahme Prof. Dr. Dr. Jens Holst, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda

Zu den Anträgen, die überwiegend das Thema der Erstattungsfähigkeit von Sehhilfen sowie von verschreibungsfreien Arzneimitteln, künstlicher Befruchtung und Sterilisation, Sterbegeld sowie Fahrkosten und Arzneimittel zur Raucherentwöhnung („Lifestyle-Arzneimittel“) betreffen, nehme ich als Einzelsachverständiger wie folgt Stellung:



## **Unerwünschte Wirkungen von Leistungsausgliederungen der GKV**

Fehlsichtigkeit, sei es in Form von Myopie, Hyperopie, Astigmatismus oder Presbyopie, stellt eine lebens- und lebensqualitätseinschränkende Bedingung dar, die sich grundsätzlich negativ auf gesellschaftliche Teilhabe auswirkt. Sehhilfen sind für eine große Zahl von Menschen in diesem Land unerlässlich. Im Sinne von SGB V, Abs. 12.1 müssen Sehhilfen daher als „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen“ Kassenleistung bleiben. Die vollumfängliche Kostenübernahme für Brillen und Kontaktlinsen bis zum Preis gesellschaftlich akzeptierter, nicht stigmatisierender Sehhilfen muss in diesem Sinne eine GKV-Leistung werden.

Dies ist auch aus dem Grunde relevant, dass von einer anhaltenden Zunahme der Augenbelastung in Folge der fortschreitenden Digitalisierung mit Vordringen von Bildschirmarbeit auszugehen ist. Eine Ausgliederung von Sehhilfen ist widerspricht also den Erfordernissen der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung nicht nur in Deutschland.

Die Einschränkung der Kostenübernahme für medizinisch notwendige Sehhilfen auf stark sehbehinderte Menschen ist ungerecht und nicht vermittelbar. Die Grenzwerte sind willkürlich festgelegt und es ist nicht nachvollziehbar, warum jemand mit 6,0 Dioptrien grundsätzlich bessergestellt sein soll als jemand mit 5,75 Dioptrien. Die meisten Fehlsichtigen erleben im Laufe Ihres Lebens Schwankungen, die deutlich über 0,25 Dioptrien liegen, was ggf. zur Folge haben kann, dass man mal Anspruch auf Kostenübernahme hat und mal nicht. Sachlich nachvollziehbar ist das nicht, vielmehr höhlen solche Vorgaben das Vertrauen der Bürger\*innen in die GKV aus.

## **Sozial- und verteilungspolitische Wirkungen von Leistungsausgliederungen**

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Ausgliederung von Versorgungsleistungen nichts anderes ist als die Einführung einer hundertprozentigen Selbstbeteiligung. Die verteilungspolitischen und gesundheitlichen Auswirkungen von Selbstbeteiligungen bzw. Zuzahlungen sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich belegt:

Zuzahlungen wirken besonders stark auf einkommensschwache Bevölkerungsgruppen. Das führt zur Verstärkung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Annahme des Gesetzgebers, dass die Leistungsbegrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordert, gehört in den Bereich der gesundheitspolitischen Mythen und trifft sicherlich auf viele, aber eben nicht auf alle Menschen in diesem Land zu.

Selbstbeteiligungen und insbesondere 100ige Zuzahlungen führen immer bei einem Teil der Bevölkerung zum Verzicht auf Inanspruchnahme, sei es bei medizinisch indizierten Sehhilfen

OTC-Arzneimitteln, Krankenfahrten oder anderen medizinisch indizierten Leistungen. Insbesondere bei einkommensschwächeren sozialen Gruppen erzeugen sie somit die Gefahr einer Unterversorgung.

Fehlende oder unzureichende Versorgung mit Sehhilfen fördert die Entstehung von Fehlhaltungen und Haltungsschäden sowie das Risiko von Verkehrsunfällen, zumal Deutschland eins der ganz wenigen Länder auf der Welt, die nicht regelmäßig die Fahrtüchtigkeit von Autofahrern auch unter Berücksichtigung des Sehvermögens überprüfen. Die Ausgrenzung von Sehhilfen unterläuft nicht nur die Verpflichtung der GKV, alle Mittel zur Erhaltung (und Wiederherstellung) der Gesundheit bereitzustellen. Sie ist auch volkswirtschaftlich unsinnig und für die GKV betriebswirtschaftlich fragwürdig.

In einem Punkt unterscheiden sich Leistungsausgrenzungen allerdings von anderen Zuzahlungen. Die Ausgaben für Sehhilfen, künstliche Befruchtung, Sterilisation, ausgeschlossene Fahrkosten und rezeptfreie Medikamente gehen nicht in die Berechnung der Belastungsgrenze von 2 % bzw. 1 % ein, die ja in erster Linie für einkommensschwache Gruppen und chronisch Kranke von Bedeutung sind. Diese Leistungsausgrenzungen unterlaufen damit die hinter den Überforderungsklauseln stehende Idee, GKV-Versicherte vor finanzieller Überlastung durch Gesundheitsausgaben zu schützen.

### **Leistungsausgrenzungen in Krisenzeiten**

Grundsätzlich sind Leistungskürzungen der GKV gerade in diesen Zeiten, in denen die Subsistenzgrundlage insbesondere vieler Menschen in Folge der COVID-19-Maßnahmen bedroht ist oder sogar wegzu brechen droht, völlig fehl am Platz! In Krisenzeiten sind antizyklische Konjunkturmaßnahmen geboten. Ergänzend zu dem von der Bundesregierung geschnürten Wirtschaftsförderungspaket und zur Mehrwertsteuersenkung ist eine Reduzierung der Selbstbeteiligungen in der Krankenversorgung erforderlich, um die ohnehin sozial höchst ungleich verteilten Folgen der Pandemie nicht weiter zu verschärfen. Die Ausgliederung medizinisch sinnvoller Leistungen ist in Krisenzeiten noch kontraproduktiver als sonst und läuft den anderen COVID-19-Maßnahmen zuwider.

Im Vergleich zu den medizinisch und epidemiologisch teilweise recht fragwürdigen oder zumindest nicht empirisch hinterlegten Maßnahmen im Verlauf der COVID-19-Pandemie, etwa der Freihalteprämie für Krankenhausbetten oder auch dem ungeprüften Voraberwerb riesiger Mengen unausgegorener Impfpräparate, ist ein Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot schwerlich als Gegenargument gegen die Wiedereinführung ausgegliederter Regelversorgungsleistungen zu akzeptieren.

### **Versicherungspflicht für Asylsuchende**

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) schränkt die Krankenversorgung Asylsuchender in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in erheblichem Maße ein. Das ist nicht nur aus humanitärer und ethischer, sondern auch aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Sicht mehr als bedenklich. Die Bundesregierung stellt die BRD in globalen Debatten immer wieder gerne als Land dar, in dem universelle Absicherung im Krankheitsfall (Universal Health Coverage) gewährleistet ist. Nach WHO-Definition erfordert aber universelle Sicherung nicht nur Sozialschutz für alle Bürger\*innen in einem Land, sondern auch Kostendeckung ohne Verarmungsrisiko sowie Anspruch auf ein angemessenes Leistungspaket. Dies ist bei Asylsuchenden mitnichten gegeben. Darüber hinaus zeigt nicht nur die aktuelle COVID-19-Krise das Risiko, das die unzureichende Versorgung Asylsuchender für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung mit sich bringen kann.