

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll der 113. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 4. November 2020, 15:30 Uhr
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von Sehschwächen durch Erweiterung der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Sehhilfen

BT-Drucksache 19/4316



- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigoris Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken

BT-Drucksache 19/18913

- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Gesundheitsversorgung für alle sichern

BT-Drucksache 19/6057

- d) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung

BT-Drucksache 19/8566

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:31 Uhr

Der Vorsitzende, Abg. Erwin Rüddel (CDU/CSU): Ich begrüße alle ganz herzlich hier im Raum und die Kolleginnen und Kollegen in den Büros oder im Homeoffice zu unserer nächsten Anhörung, die 113. Sitzung des Gesundheitsausschusses. Ich freue mich, Zuschauerinnen und Zuschauer und die Sachverständigen und Vertreter der Bundesregierung begrüßen zu dürfen. Ich stelle fest, dass diese Ausschusssitzung in Form einer Anhörung in einer Mischung als Präsenz- und Online-Meeting stattfindet. Vorab möchte ich Sie bitten, sich mit Ihrem Namen in WebEx anzumelden, damit wir Sie als Teilnehmer erkennen können. Außerdem bitte ich alle, die nicht reden, Ihre Mikrofone stummzuschalten. Im Saal stehen den Abgeordneten die Standmikrophone zur Verfügung. Das zu den technischen Dingen. Wir beschäftigen uns heute mit insgesamt vier Anträgen der Opposition, und zwar mit dem Antrag der Fraktion der AfD „Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von Sehchwächen durch Erweiterung der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Sehhilfen“, dem Antrag der Fraktion der FDP „Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken“, dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gesundheitsversorgung für alle sichern“ sowie dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ Meine sehr verehrten Damen und Herren, diesen Anträgen der vier Oppositionsfaktionen ist gemein, dass sie die vollständige oder teilweise Kostenübernahme von Sehhilfen durch die Krankenkassen entsprechend der Grundsätze einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung vorsehen. Die FDP-Fraktion möchte es dabei den einzelnen Krankenkassen überlassen, ob sie dies als Satzungsleistung übernehmen. Die Grünen sprechen sich in ihrem Antrag zudem dafür aus, dass unter anderem auch Optikerinnen und Optiker Sehhilfen verordnen können. DIE LINKE. geht über das Thema Sehhilfen hinaus und setzt sich außerdem für die Kostenübernahme von sinnvollen verschreibungsfreien Arzneimitteln ein. Auch Arzneimittel zur Rauchentwöhnung sollen nicht generell von der Erstattung ausgeschlossen werden. Ich freue mich auf eine spannende

Diskussion mit unseren Sachverständigen zu diesen Fragen. Bevor wir beginnen, mache ich noch folgende Hinweise. Die Anhörung dauert 60 Minuten. Die Fraktionen stellen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen und Antworten gegeben werden können. Frage- und Antwortzeit sind wieder auf drei Minuten begrenzt, was wir versuchen, exakt einzuhalten. Nach genau 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Frage, ihre Mikrofone einzuschalten und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen haben die Zuschauerinnen und Zuschauer die Möglichkeit zu rekonstruieren, wer Fragen stellt und wer sie beantwortet. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Das waren die Formalien. Wir beginnen mit der ersten Frage durch die Fraktion der AfD.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an die KBV. Die Krankenkassen zahlen nur noch sehr wenig für Sehhilfen, sodass viele auch aus Kostengründen eventuell diese Sehhilfen, die sie eigentlich benötigen, nicht kaufen und sich nicht besorgen. Das kann zu einer Beeinträchtigung im Alltag führen. Die Schwächung des Sehvermögens wird dadurch noch mehr vorangetrieben. Außerdem erhöht dies die Unfallgefahr und führt zu Verstößen gegen gesetzliche Regelungen wie zum Beispiel die StVO. Wäre es aus Gründen der Prophylaxe besser, die finanzielle Hürde zu beseitigen und Sehhilfen wieder vollständig durch die Krankenkassen zu bezahlen?



SV Julius Lehmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) Dem könnten wir uns anschließen.

Abg. Dr. Wieland Schinnenburg (FDP): Ich habe eine Frage an die Einzelsachverständige Dr. Sander-Moritz. Halten Sie es für sinnvoll, dass gesetzliche Krankenkassen Sehhilfen wieder als Satzungsleistung anbieten können, nicht zuletzt deshalb, weil dadurch der Bürokratieaufwand für alle Beteiligten geringer wird?

ESVe Dr. Astrid Sander-Moritz: Ja, ich halte das Instrument der Satzungsleistung für ein probates Mittel. Wir haben momentan zwei bis drei Prozent der Leistungen der GKV in der Satzungsleistung und es ist ein probates Mittel, den Kassen dieses als Mittel an die Hand zu geben, um in einem Portfolio mit Sehhilfen und anderen Satzungsleistungen ein Angebot zu erstellen, dass allen Versicherten zugutekommt. Was den bürokratischen Aufwand angeht, steht die Satzungsleistung im klaren Vorteil gegenüber der Kollektivübernahme der Brille. Ich kann weiter ausführen, wieso das so ist. Die Satzungsleistung könnte zum Beispiel, wenn sie vom Arzt verordnet wird, mit einem Privatrezept einfach mit der Rechnung des Optikers eingereicht werden oder, wenn die Refraktion von dem Optiker selber durchgeführt wird, mit einer Besscheinigung für die Krankenkasse. Das würde den bürokratischen Aufwand erheblich vermindern. Man muss sich vorstellen, dass es jetzt so ist, dass hat der Zentralverband der Optiker schön hervorgehoben und ausgerechnet, welcher bürokratische Aufwand auf die Optiker zukommen würde. Wir haben momentan von den Kosten her 105 Millionen Euro im Bereich Sehhilfen und das würde dann auf 1,1 Milliarden Euro steigen. Da muss man sich schon die Frage stellen, woher die Gegenfinanzierung kommen soll.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Ich möchte gerne dem Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Holst eine Frage stellen. Sie sehen in Ihrer Stellungnahme die Ausgliederung von Leistungen wie zum Beispiel Sehhilfen, künstliche Befruchtung, Fahrtkosten oder aber auch Sterilisation als kritisch. Können Sie uns das bitte kurz begründen?

ESV Prof. Dr. Dr. Jens Holst: Man kann die Ausgliederung von Leistungen als eine Form von Zuzahlung betrachten, und zwar von hundertprozentiger Zuzahlung. Es gibt viele empirische Belege dafür, dass diese stark auf einkommensschwache Bevölkerungsgruppen wirken. Das führt letztlich zu einer Zunahme sozialer Ungleichheiten innerhalb der Versichertenschaft. Die Annahme, dass alle Erwachsenen in der Lage sein müssten, sich eine Sehhilfe zu kaufen, trifft nicht die Realität, insbesondere in den untersten Einkommensgruppen. Es führt also letztlich zum Verzicht auf Inanspruchnahme von Leistungen mit den eben beim ersten Kommentar geäußerten Folgen, dass gerade die sozial benachteiligten Schichten weniger Zugriff haben. Das ist natürlich nicht ganz ohne Konsequenzen. Fehlende Sehfähigkeiten führen unter anderem zu Haltungsschäden, zu den schon genannten Unfällen etc. Das Hauptproblem über die Zuzahlungsqualitäten hinaus ist, das darf man auch nicht vergessen, dass diese Leistungen nicht in die Berechnung der Zuzahlungsobergrenze einfließen, wenn diese einmal herausgenommen worden sind. Das heißt, die Menschen werden durch zusätzlich zu leistende Ausgaben für ihre Gesundheit über diese Begrenzung hinaus belastet.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband. Welche Auswirkungen haben die derzeitigen Regelungen zur Sehhilfenvorsorgung bezogen auf eine chancengerechte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben? Wie wirkt sich das auf diejenigen aus, die derzeit anspruchsberechtigt und diejenigen, die ausgeschlossen sind?

SVe Christiane Möller (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband): Wie wirkt sich eine fehlende Sehhilfenvorsorgung auf die chancengleiche Teilhabe von Menschen aus? Ganz gravierend. Wir leben in einer sehr stark visuell geprägten Welt, in der der Sehsinn für den Menschen extrem wichtig ist. 85 Prozent der Sinneseindrücke werden über das Auge wahrgenommen. Wir nehmen das alle im alltäglichen Leben wahr, egal, ob die Mobilität ist, mit dem Auto fahren zu können, egal, ob es das Lesen von Beschilderungen ist, jetzt in Corona-Zeiten ganz besonders in allen möglichen Settings. Wir nehmen das wahr, wenn wir mit dem PC arbeiten,



wenn wir berufstätig sind, wenn wir in der Schule sind. In allen Bereichen braucht man ein gutes Sehen. Wenn ich nicht gut sehen kann und keine Möglichkeit habe, eine adäquate Sehhilfe zu bekommen, dann führt das sehr stark dazu, dass die Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt sind. Wenn wir uns anschauen, als das HHVG 2016 Änderungen gebracht hatte, seinerzeit als Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband gefordert, mindestens bei einem Refraktionsausgleich von fünf Dioptrien wieder zu einer Sehhilfenversorgung in einem ersten Schritt zu kommen. Das fordern jetzt auch die Grünen in ihrem Antrag. Ein Normal-sichtiger, der eine Fehlsichtigkeit und ein Ausgleich von fünf Dioptrien hat, wenn er keine Sehhilfe bekommt, ein Sehvermögen von 0,1, also 10 Prozent. Wenn ich mir jemanden mit einem Sehvermögen von 0,1 angucke, der würde einen Schwerbehindertenausweis mit einem GdB von 70 und das Merkzeichen B zur Berechtigung der Begleitperson bekommen. Das zeigt sehr deutlich, wir reden hier von sehr gravierenden Auswirkungen auf die Teilhabe. Sehbehinderungen können auch dazu führen, dass Folgeerkrankungen entstehen. Hier wurden Haltungsschäden genannt, ganz massiv aber auch Sturzgefahr, gerade bei älteren Menschen, und auch psychische Folgeerkrankungen bis hin zur Demenz können begünstigt werden. Das heißt, wir reden hier nicht von Lapalien. Deshalb ist eine adäquate Sehhilfenversorgung zentral für eine gleichberechtigte Teilhabe.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Einzelverständigen Prof. Dr. Beubauer. Hier steht im Rahmen der Anhörung zur Rede, ob Sehhilfen nach ärztlicher Verordnung wieder umfangreich von der GKV übernommen werden sollen. Welche finanziellen Auswirkungen sind hier zu erwarten? Gehen Sie bitte auch auf die Finanzierungs- und Beitragsstabilität der GKV ein.

ESV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich will die Antwort zweiteilen. Zum einen aus ökonomischer Sicht sind Sehhilfen heute Gebrauchsgüter und keine Versicherungsgüter, denn die Anträge sprechen von 40 Millionen Brillenträgern. Das war nicht die ganze Wahrheit. Im Laufe seines Lebens werden wir auf 95 Prozent Brillenträger kommen. Das heißt, das sind Gebrauchsgüter, die auch nicht plötzlich anfallen und die man versichern würde.

Von daher bin ich der Meinung, dass Sehhilfen, so weit sie nicht Risiken außergewöhnlicher Art sind, nicht in den Pflichtkatalog der GKV gehören. Das Zweite sind die finanziellen Auswirkungen. Da braucht man gar nicht darauf hinzuweisen, der gesamte Sehhilfemarkt beträgt sechs Milliarden Euro. Wenn man hier ansetzen wollte, würde das den Versicherungsbeitrag um einen halben Prozentpunkt nach oben drücken. Das braucht man gar nicht zu diskutieren, weil die Finanzierung der Corona-Auswirkungen bereits zu einer Anhebung des Beitragssatzes führt. Sie führt dazu, dass die Grenze von 40 Prozent der Sozialversicherungsbeiträge dadurch gerissen wird. Von daher würde ich sagen, aktuell ist dies eine denkbar ungünstige, nicht zu finanzierende Leistung, aber prinzipiell aus ökonomischer Sicht auch keine GKV-Leistung. Man kann den Vorschlag der FDP aufgreifen, das als Satzungsleistung einbringen. Dann muss man sehen, wie Kassen damit umgehen. Kritisch sind die Grenzen sechs und vier Doptrien. Da ist eine gewisse Willkürlichkeit dabei, ob das nicht fünf oder drei sind. Das ändert nichts am Grundsätzlichen, es ist heute ausreichend abgedeckt und bedarf keiner Ausdehnung.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an den Einzelverständigen Prof. Dr. Münder. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und der sogenannten Hartz IV-Reform haben sich die Grundlagen für die Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen sowohl für GKV-Versicherte als auch für die Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach SGB II und SGB XII geändert. Bitte legen Sie kurz die Rechtslage vor und nach den Reformen dar und geben Sie uns eine Einschätzung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs.

ESV Prof. Dr. Johannes Münder: Die Regelung wurde 2003/2004 geändert. Die Sehhilfen wurden neben anderen Leistungen aus der GKV bis auf die genannten Ausnahmefälle herausgenommen und sind deswegen keine Versicherungsleistungen mehr. Die Begründung dafür war, dass die Kosten für die Sehhilfe von dem größten Teil der Versicherten ohne Schwierigkeiten getragen werden könnten, da sie nur einen finanziellen Umfang beträfen, der nicht so wichtig wäre. Erkenntnisse dazu fehlen mir. Ein Problem ist es jedoch, und das ist mit dem SGB II und dem SGB XII angesprochen,



für Menschen mit geringem Einkommen oder Menschen, die auf Sozialleistungen angewiesen sind. Hartz-IV-Leistungsempfänger, umgangssprachlich genannt, also SGB II-Empfänger sind in der GKV versichert und bekommen entsprechende GKV-Leistungen. Das bedeutet, dass diese Menschen, abgesehen von den Ausnahmefällen, in Extremsituationen keine Sehhilfen bekommen. Für Leistungsempfänger nach dem SGB XII, Sozialhilfe, bedeutet es, dass sie nicht in der GKV versichert sind und keine Leistungen daraus bekommen. Beide Personengruppen müssen gegenwärtig die Kosten für Sehhilfen aus ihrem Regelsatz bestreiten. Der Regelsatz liegt derzeit bei 420 Euro. Das überfordert fast alle oder alle, so dass nach gegenwärtiger Rechtslage nur die Möglichkeit besteht, abgesehen von einigen Ausnahmefällen, wo es aus beruflichen Gründen und damit mit dem Eingliederungsbudget eventuell geleistet werden kann, nur durch Darlehen die Möglichkeit besteht, diese Leistungen zu bekommen. Das ist letztlich nicht angemessen, wenn man auf Sehhilfen angewiesen ist. Deswegen zum zweiten Teil der Frage. Man kann das Problem im SGB V lösen, wie vom Vorgänger angesprochen, nicht unbedingt als eine generelle Regelung. Wir haben im SGB V, Krankenversicherung, ein Beispiel für den Zahnersatz. In § 55 SGB V heißt es, dass ein Anspruch auf zusätzlichen Leistungen zu Zahnersatz, über das, was in der gesetzlichen Regelung enthalten ist, besteht, wenn ansonsten die Personen, so wird es formuliert, unzumutbar belastet werden.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den ZVA. Es ist gesagt worden, dass Sie den Versorgungsanspruch ablehnen, weil der Aufwand der Abrechnung in der GKV zu groß wäre. Bei jeder Versorgung muss der Optiker die Beratung machen und die Möglichkeit der zahlungsfreien Versorgung dokumentieren und so weiter. Ist das ein ernstgemeintes Argument? Denn wenn ich mir zum Beispiel einen Handwerksmeister angucke, der eine Heizung verlegt, der ein Angebot und dann auch die Durchführung macht, der hat im Verhältnis vielleicht von 1:10 einen Aufwand zu tätigen, der mit dem, den Sie hier schildern oder der von Ihrem Verband kommt, kaum zu vergleichen ist. Sehen Sie das wirklich so, dass der Aufwand so ungerecht fertigt wäre?

SV Dr. Jan Wetzel (Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA)): Ja, das ist schon ernstgemeint, was wir da geschrieben haben. Das ist aber nicht der einzige Aspekt. Der erste und eindringliche Aspekt ist, dass die Bezahlung über die Krankenkassen aus unserer Sicht viel zu niedrig ist. Das ist auch das Hauptaugenmerk, auf das ich die Angelegenheit hier richten möchte. Die Festbeträge sind zu niedrig, weil Dienstleistungen wie Beratungen und Messungen nicht im ausreichenden Maße berücksichtigt werden. Zu dem Punkt des Bürokratieaufwandes. Wir vergleichen uns nicht mit anderen Handwerken, wie das in anderen Branchen aussieht, sondern wir vergleichen das mit der Situation, die wir jetzt haben beziehungsweise die wir in die letzten 14 Jahre lang gehabt haben, seit 2004, seitdem die Leistungen weitestgehend aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegrenzt waren. In der Zeit findet Beratung statt. Das haben wir auch nicht geschrieben, dass Beratungen das Problem sind. Die Beratungen sind gleich, ob das ein GKV-Versicherter oder keiner ist. Aber die Dokumentation der Beratung, Mehrkosten belegen und solche Dinge, die fallen zurzeit alle ganz überwiegend vor allem bei den einfachen Versorgungen nicht an. Wenn man jetzt plant, den Leistungskatalog wieder komplett auszuweiten, dann würde bei acht Millionen zusätzlichen Versorgungen dieser zusätzliche bürokratische Aufwand entstehen. Das ist gerade vor dem Hintergrund der niedrigen Festbeträge aus unserer Sicht nicht vertretbar.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich ebenfalls an den ZVA. Könnten Sie bitte kurz darstellen, in welchen Fällen bereits heute die Abgabe von medizinisch notwendigen Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung möglich ist?

SV Dr. Jan Wetzel (Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA)): Wenn mit medizinisch notwendigen Sehhilfen die Sehhilfen gemeint sind, die zu Lasten der Krankenkasse derzeit abgegeben werden, dann kann man sagen, dass mengenmäßig die überwiegende Zahl der Versorgungen durch die Augenoptiker auch ohne ärztliches Zutun erfolgen kann und erfolgt. Es gibt grob gesagt drei Indikationen im Gesetz, die im vergangenen Jahr durch den G-BA konkretisiert worden sind. Das eine sind die sogenannten therapeuti-



schen Sehhilfen. Da bedarf es immer einer ärztlichen Verordnung. Das zweite sind die Fälle, in denen trotz bestmöglicher Brillenproduktion ein bestimmter Visus, nämlich ein Visus von 0,3, nicht erreicht wird. Auch diese Fälle sind allesamt ärztlich zu verordnen. Dann gibt es das große und weite Feld der Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärken. Da ist es so, dass diese Sehhilfen zu Lasten der Krankenkasse auch ohne ärztliches Zutun abgegeben werden können, zumindest wenn die Versicherten 14 Jahre oder älter sind. Die Voraussetzung ist, dass einmalig eine ärztliche Verordnung in diesen Fällen vorliegen muss. Die gesamten Folgeversorgungen, die danach kommen, sind dann ohne ärztliche Verordnung möglich. Konkrete Zahlen haben wir noch nicht vorliegen, weil die Regelung des G-BA erst ein Jahr alt ist. Was man aber schon bezüglich der Sehhilfen sagen kann, die außerhalb des GKV-Systems abgegeben werden, da sind wir bei 86 Prozent der Sehhilfen, die in Deutschland, also Brillen und Kontaktlinsen, ohne ärztliche Verordnung verkauft und an die Kunden abgegeben werden. Das ist die einzige Zahl, mit der ich in diesem Zusammenhang aufwarten kann.

Abg. Dr. Wieland Schinnenburg (FDP): Ich habe eine Frage an die Einzelsachverständige Dr. Sander-Moritz. Im Antrag der Grünen wird unter Nummer 1 gefordert, als erster Schritt, die Aufnahme von Sehhilfen in den Leistungskatalog, dass bei medizinisch notwendigen Brillengläsern ab fünf Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf vollständige Kostenübernahme geschaffen wird. Halten Sie diese Grenze von fünf Dioptrien für sachgerecht?

ESVe Dr. Astrid Sander-Moritz: Ich halte diese Einteilung im medizinischen Verhältnis für nicht gerecht. Ein Weitsichtiger mit zwei Dioptrien kann sehr wohl Jahre und Jahrzehnte ohne Sehhilfe durch das Leben gehen und nicht korrigiert sein, aber ein Kurzsichtiger mit zwei Dioptrien hat schon eine deutliche Beeinträchtigung mit einer Sehschärfe unter 0,5, also sprich 50 Prozent. Das geht dann bis zu einem Wert von 5 Dioptrien, sodass es, weil es keine dezimale Steigerung von 10, 20 bis 50 Prozent ist, sondern eine logarithmische, dann in einem Bereich ist, wo die Beeinträchtigung nicht mehr so dramatisch ist. In den unteren Anteilen von null bis zwei Dioptrien im Kurzsichtigkeitsbereich ist die Beeinträchtigung sehr viel höher als

zwischen zwei und fünf. Also ein zwei und ein fünf Dioptrien-Patient ist genauso beeinträchtigt und kann nicht teilhaben. Die Einteilung mit der medizinischen Verordnung ab sechs Dioptrien hat nun auch einen medizinischen Hintergrund. Wir wissen, dass die hohen Brechkraftfehler auch organische Erkrankungen verursachen, die zur Erblindung führen, zu Grauem Star, Grünem Star oder einer netzhautbedingten Veränderung der Mitte, die mit hohem Aufwand an Kosten und an Logistik behandelt werden müssen. Deshalb glaube ich weiterhin, dass diese vom G-BA befürwortete Einteilung der hohen Brechkraftfehler ab sechs Dioptrien absolut gerechtfertigt ist. Zwischen zwei und fünf ist das eine schrittweise willkürliche Festsetzung, die BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hier vorgeschlagen haben, die ich medizinisch nicht nachvollziehen kann.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Auch meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Holst. Es haben sich einige Sachverständige hier sehr zurückhaltend geäußert, was die Wiederaufnahme von ausgegrenzten Leistungen angeht und das mit der sich verschlechterten Finanzsituation aufgrund der Corona-Pandemie begründet. Wie sehen Sie das?

ESV Prof. Dr. Dr. Jens Holst: Wir haben eben auch sogar Zahlen gehört, was das Volumen ausmachen würde. Dazu muss ich nur kurz sagen, das Heranziehen des Gesamtvolumens des Sehhilfemarktes als Berechnungsgrundlage überhaupt nicht statthaft ist, weil es nicht darum geht, einen unregulierten Markt zu Lasten der GKV zu finanzieren. Dieser Betrag ist sicherlich deutlich überhöht angesetzt. Was man aber herausstellen muss, gerade in Zeiten von Krisen wie jetzt in Folge der Covid-19-Pandemie, ist doch gerade andersherum. Als zu sparen angedacht sollten Menschen entlasten werden und es sollte investiert werden. Antizyklische Finanzierung ist angesagt. Das macht die Bundesregierung ja auch durch die Wirtschaftshilfspakete für verschiedene Unternehmen, durch die Mehrwertsteuersenkung, um die Kaufkraft zu aktivieren. Wenn wir jetzt aber gleichzeitig den Menschen wieder Geld wegnehmen, und das ist insbesondere relevant gerade bei den untersten und unteren Einkommensgruppen, dann reduzieren wir diese antizyklische Kapazität von Gegenfinanzierung in Zeiten



der Krise und verschärfen die Krise. Diese Krise, das hat sich bei früheren Pandemiekrisen gezeigt, betrifft insbesondere die ohnehin benachteiligten Bevölkerungsschichten, die auch am schärfsten und stärksten unter Selbstbeteiligung und Ausgliederung leiden. Das heißt, wir addieren hier zusätzliche Effekte über die Covid-19-Pandemie hinweg. Wenn ich mir die Beträge angucke, die in gigantischer Form in den letzten Monaten freigegeben worden sind, allein die widerlegen dieses Sparprinzip, dass man also nicht Gesundheit als Investition betrachtet und nicht gegen die Folgen der Covid-19-Pandemie gegenfinanziert, sondern die, die am schärfsten betroffen sind, noch weiter alleine im Regen stehen lässt. Wenn ich mir gleichzeitig angucke, welche Beträge auch im Gesundheitswesen zum Beispiel in Form dieser Freihalteprämie für Krankenhäuser oder auch dieser völlig ungeprüften Vorabsicherung von riesigen Mengen an Impfstoffen, wo man noch gar nicht weiß, wie gut der wirkt, angucke, dann überzeugt mich der Hinweis auf die fehlenden Ressourcen oder die Überforderung nicht komplett.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Auch die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Holst. Wir haben in unserem Antrag vorgeschlagen, Leistungen auf dem Niveau der GKV auch für asylsuchende Menschen zu erbringen. Ich würde Sie gerne bitten, uns zu schildern, wie Sie das bewerten.

ESV Prof. Dr. Dr. Jens Holst: In der Tat beschränkt das Asylbewerberleistungsgesetz die Krankenversorgung von Asylsuchenden in den ersten 15 Monaten ganz erheblich. Das ist aus verschiedenen Gründen überaus bedenklich. Nicht nur aus humanitären und ethischen Gründen, sondern auch letztlich aus gesundheitswissenschaftlichen und politischen Perspektiven. Interessant finde ich, ich habe eine Professur für globale Gesundheit, dass die Bundesregierung sich im internationalen Kontext gerne als Land mit universeller Absicherung darstellt. Krankenhaus, Universal Coverage, wo immer es geht, auch in der Entwicklungszusammenarbeit, aber das zu Hause nicht vollständig einlöst. Es geht nicht nur darum, die gesamte Bevölkerung irgendwie abzusichern, sondern auch ohne große finanzielle Risiken und mit einem angemessenen

Leistungspaket. Das Leistungspaket ist für Asylbewerber in der ersten Phase nicht gegeben und das bringt gewisse Probleme für die öffentliche Gesundheit mit sich, gerade wenn ich an Covid-19 denke. Die aktuellen Zugangsbedingungen für Asylbewerber machen es nicht sehr wahrscheinlich, dass Covid-19-infizierte Patienten aus diesem Kreis rechtzeitig Hilfe suchen. Dort besteht ein besonderes Risiko der Verbreitung dieser Infektion, was auch für andere Infektionen gilt, aber auch für nichtübertragbare Krankheiten, die zu spät entdeckt werden und dann höhere Folgekosten nach sich ziehen. Hier muss eine Gleichstellung der Asylbewerber mit anderen GKV-Versicherten erfolgen, um diese Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zu überwinden.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Dr. Doka. Wir fordern mit unserem Antrag eine schrittweise Wiederherstellung der Übernahmefähigkeit von Sehhilfen durch die GKV, im ersten Schritt für medizinisch notwendige Brillengläser ab fünf Dioptrien als vollständige Kostenübernahme und ab zwei Dioptrien als hälftige Kostenübernahme. Wie schätzen Sie diesen Vorschlag ein? Was bedeuten diese Grenzwerte für konkrete Lebenssituationen der Betroffenen?

ESVe Dr. Siiri Doka: Wir halten diesen Vorschlag für realistisch. Es wurde bereits angesprochen, dass die Belastung durch eine vollständige Übernahme aller Sehhilfen ab 0,1 Dioptrien eine extrem hohe Belastung für die GKV mit sich bringen würde, die in der jetzigen Situation tatsächlich schwierig wäre. Wir sehen aber schon, dass ein grundsätzlicher Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen vorhanden ist. Wir sehen es nicht wie Herr Neubauer, dass das Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind. Das sind Gegenstände, die für Menschen mit Behinderung entworfen werden und, dass diese eine weite Verbreitung haben, schadet rechtlich nicht. Insofern sind wir da anderer Auffassung. Wir halten diese Schritte für sinnvoll, dass man das in zwei Schritten so vornimmt. Bei fünf Dioptrien ist tatsächlich auch eine Assistenz notwendig. Frau Möller hat das ausreichend dargestellt. Ich kann es aus eigener Erfahrung sagen, dass, wenn man so eine hohe Dioptrienzahl hat, es wirklich



schwierig wird, überhaupt noch kleine Gegenstände ohne Brille zu erkennen, selbst im eigenen Haushalt. Insofern ist das schon eine sehr hohe Dioptrienzahl. Man ist sehr eingeschränkt. Bereits ab zwei Dioptrien ist die Teilnahme am Straßenverkehr erheblich eingeschränkt. Wir müssen auch sehen, auch das wurde schon angesprochen, dass nach einer Umfrage des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung rund fünf Prozent der Menschen, die keine Grundsicherung erhalten, auf Zahnersatz oder auf Brillen verzichten, weil sie sich diese nicht leisten können. Bei den Menschen in der Grundsicherung sind es 33 Prozent. Das heißt, das ist eine enorme Belastung für die Menschen. Es wäre wichtig, dass wir zumindest in einem ersten Schritt eine Entlastung der Betroffenen hinbekommen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Caritasverband. Sie setzen sich für die Möglichkeit ein, medizinisch erforderliche Sehhilfen wieder aus der GKV zu finanzieren und begründen dies mit der hohen Belastung von Menschen mit niedrigem Einkommen. Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für die Lösung, die wir vorgeschlagen haben, über das SGB V?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): Ich kann mich in großen Zügen meiner Vorrednerin, Frau Dr. Doka, anschließen, die dazu schon fast alles ausgeführt hat. Auch wir sind der Auffassung, dass Sehhilfen in keinem Fall Gebrauchsgegenstände des Alltags sind, sondern definitiv medizinische notwendige therapeutische Geräte. Als solche werden sie im Übrigen auch im SGB II- und im SGB XII-Regelsatz angesetzt, im Übrigen mit einem ganz geringen Betrag von 2,23 Euro, aus den sich kein Hartz IV-Empfänger wirklich eine Brille leisten kann. Aber nicht nur Grundsicherungsleistungsempfänger haben Probleme, sondern auch Menschen mit geringem Einkommen. Wie groß die Not ist, hat eine Initiative aus Paderborn von unserem Caritasverband gezeigt, die dort seit 2012 Mittel sammeln, auch Kirchenmittel werden da eingesetzt, um hilfebedürftigen Menschen hier zu einer Brille zu verhelfen. Denn Brillen sind teures medizinisches Gerät, welche sich gerade Geringverdienender nicht leisten können. Um Menschen ober-

halb der Hartz IV-Schwelle und bei Grundsicherungsleistungen Zugang zu ermöglichen, sehen wir es als erforderlich an, im SGB V eine Regelung zu treffen, um allen Menschen, bei denen das medizinisch erforderlich ist, wieder einen gewissen Festbetrag aus dem SGB V zur Verfügung zu stellen und darüber hinaus insbesondere hilfebedürftigen Grundsicherungsempfängern eine Regelung zu ermöglichen, nach der im Härtestfall bei unzumutbarer Belastung der volle Betrag analog zu § 55 Absatz 2 SGB V, Zahnersatz, wieder aus der GKV gewährt werden kann. Den Vorschlag der Grünen erachten wir als sehr sinnvoll, vor dem Hintergrund der leeren Kassen erst einmal mit fünf beziehungsweise zwei Dioptrien zu starten.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Antrag der FDP fordert eine gesetzliche Klarstellung dahingehend, dass ärztlich verordnete Sehhilfen wie Brillengläser, Brillengestelle und besondere Gläser, Sonnenbrillen mit Sehstärke und Kontaktlinsen von der GKV als Satzungsleistung angeboten werden. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Die gesetzlichen Kassen hatten in der Vergangenheit schon, nicht alle, aber einzelne, Satzungsleistungen vorgesehen, mit denen Sehhilfen finanziert werden können. Allerdings wurden diese Regelungen beklagt und als nicht rechtmäßig eingeschätzt, mit der Begründung, dass es keine Rechtsgrundlage gibt, die Sehhilfen als Leistung der GKV in dem hier besprochenem Sinne vorsieht, und dass diese Ausweitung von Satzungsleistung auf solche Leistungen nicht rechtmäßig sei. Das ist ein juristisches Argument, dass den Kassen die Möglichkeit genommen hat, diese Satzungsleistung anzubieten. Aus unserer Sicht ist die Satzungsleistung auch nicht der richtige Weg, um die Versorgung zu verbessern. Da geht es eher darum zu sagen, was ist erforderlich und was nicht.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir haben von den Grünen den Vorschlag bezüglich der vollständigen Erstattung bei fünf Dioptrien Brechkraft und der halbtäglichen Erstattung bei zwei Dioptrien Brechkraft gehört. Was würde das an Kosten für die GKV bedeuten?



SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Leider liegen uns keine Zahlen vor, die es ermöglichen würden, die Kosten nach Dioptrien-Mengen festzustellen, sodass ich Ihnen dazu keine Aussage seriös machen kann.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Die nächste Frage richte ich an die KBV. Wie bewerten Sie die Erweiterung der Verordnungsbefugnisse von Gesundheitsfachberufen wie Optikerinnen und Optiker und Orthoptistinnen und Orthoptisten?

SV Julius Lehmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Frage ist, was hat das für ein Ziel. Wenn man das Ziel einer differentialdiagnostisch gesicherten, medizinischen qualitativ hochwertigen Versorgung hat, dann finden wir diesen Vorschlag nicht zielführend. Ich glaube, der Optiker-Kollege hat es gerade schon erwähnt. Ich fand die Zahl beeindruckend, dass bereits 86 Prozent der Verordnungen der Brillen ohne ärztliche Verordnung stattfinden, sodass die verbleibenden 14 Prozent sich auf die Erstverordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe oder die Folgeverordnung für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beziehen. Das haben wir ganz bewusst in einer anstrengenden Diskussion im G-BA erwirkt beziehungsweise haben das nicht erwirkt. Wir hätten uns noch mehr vorstellen können. Das war ein Diskurs, der zum Ziel hatte, bewusst diese Abgrenzung zu tätigen, dass die ärztliche Verordnung für diejenigen verpflichtend ist, bei denen eine erneute Diagnosestellung medizinisch zwingend geboten ist. Daher sehen wir es als nicht zielführend an, alle verbliebenen Patientengruppen ebenfalls in die Erstversorgung durch Optikerinnen und Optiker zu geben. Ansonsten finden wir den Einbezug der Orthoptistinnen und Orthoptisten ebenfalls nicht nachvollziehbar, denn im OrthoptG wird das Berufsbild so beschrieben, dass sie dazu befähigt werden, bei Prävention, Diagnose, Therapie und Störung bis ein- und zweiäugigen Sehens mitzuwirken, sodass das ein komplementärer Beruf ist, der ebenfalls eher die ärztliche Versorgung unterstützt. Zudem sind die Orthoptistinnen und Orthoptisten in ungefähr 90 Prozent der Fälle bei Kindern bis zu 14 Jahren tätig, die ohnehin dem Verordnungsvorbehalt der Ärzte unterliegen, wie gesagt, medizinisch

zwingend erforderlich, um hier differentialdiagnostisch andere Erkrankungen auszuschließen. Von daher ist dieser Vorschlag aus unserer Sicht nicht zielführend.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Dr. Doka. Durch das HHVG wurde der Anspruch auf die Erstattung einer Sehhilfe im Rahmen des § 33 Absatz 2 SGB V ausgeweitet. Wie bewerten Sie die Ausgestaltung der aktuellen Regelungen zur Erstattung von medizinisch notwendigen Sehhilfen?

ESVe Dr. Siiri Doka: Insgesamt halten wir die Erstattung von Sehhilfen für unzureichend. Das wurde ja damals im GKV-Modernisierungsgesetz weitgehend aus der Erstattungsfähigkeit der Krankenkassen aufgrund einer schwierigen wirtschaftlichen Lage ausgeschlossen. Aber dauerhaft ist das aus unserer Sicht nicht nachzuvollziehen, weswegen Menschen mit Hörbehinderungen oder Menschen mit anderen Behinderungen anders als Menschen mit Sehbehinderung behandelt werden. Das ist eine Behinderung wie jede andere auch, Sie ist nur einfach sehr verbreitet. Vor diesem Hintergrund halten wir es auch aufgrund bestimmter grundrechtlicher Gewährleistungen, aber auch aufgrund der Gewährleistung der VN-Behindertenrechtskonvention für geboten, schrittweise die Erstattung von Sehhilfen wieder einzuführen.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den Blinden- und Sehbehindertenverband. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2020 gesagt, dass Sie befürchten oder davon ausgehen, dass Krankenkassen über Satzungsleistungen nicht den Personenkreis ansprechen, der es besonders benötigt, nämlich ältere Menschen. Sie sagten, es müssten weitere Maßnahmen genutzt werden. Können Sie diese Maßnahmen erläutern oder Ihre Vorschläge vortragen?

SVe Christiane Möller (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband): Wir halten in der Tat die Satzungsleistungen nicht für den zielführenden Weg, einfach weil Satzungsleistungen dazu dienen sollen, den Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu steigern. Da sucht sich eine Krankenkasse mit



einer Satzungsleistung Klientel aus, das für sie vorteilhaft ist. Das sind sicherlich nicht die Menschen, die auf Sehhilfen vielfach angewiesen sind, die vielfach auch ältere Menschen, und die morbide sind. Das heißt, wir gehen nicht davon aus, dass es mit Satzungsleistungen zu einer Verbesserung käme. Ganz abgesehen davon, dass wir es auch so sehen, dass man mit einer Satzungsleistung nicht die Frage des Rechtsanspruchs auf eine Sehhilfe umgehen kann. Das Gesundheitssystem sollte sich schon bewusst dafür entscheiden, Sehhilfen als Leistung der GKV auszugestalten und es nicht abzutun über eine kleine Satzungsleistung. Wir halten es in der Tat für erforderlich, dass im Rahmen der Hilfsmittelversorgung sich deutlich wieder etwas tut. Wir schließen uns da den Ausführungen von Frau Dr. Doka und Frau Dr. Fix zum Beispiel an, dass wir hier wieder zu einer Weiterentwicklung kommen müssen, bis hin, wenn das realistisch möglich ist, zu einer vollständigen Versorgung, so wie eben bei anderen Hilfsmitteln auch, wenn eine Beeinträchtigung vorliegt. Wir sehen aber noch einen zweiten Aspekt für ganz wichtig an. Es ist nicht nur der Anspruch auf Sehhilfen, der zu regeln ist, also wer bekommt überhaupt Sehhilfen, sondern ein ganz gravierendes Problem sind aktuell die Festbeträge für Sehhilfen. Die sind viel zu niedrig, der Vertreter des ZVA hat es vorhin angesprochen, damit ist keine ausreichend medizinisch notwendige und aber zuzahlungsfreie Versorgung möglich. Wir sehen da auch die aktuellen Reformbestrebungen des GKV-Spitzenverbandes nicht zielführend. Hier muss dringend nachgesteuert werden, gerade für Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen, die bei Optikern wirklich sehr, sehr unbeliebt sind, weil mit den Festbeträgen nichts zu tun ist und auch mit den Verträgen, die dann mit den Kassen geschlossen werden, eigentlich keine Versorgung erfolgen kann.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Vorgeschlagen wird, dass bestimmte verschreibungsfreie Arzneimittel künftig wieder erstattet werden sollen. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag? Gehen Sie hierbei bitte auch auf die derzeitigen Regelungen zur Erstattung von verschreibungsfreien Arzneimitteln ein.

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Wir haben die Situation, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Regel Arzneimittel sind, die im niedrigen Preisbereich liegen. Aus diesem Grunde halten wir es für vertretbar, dass es keine generelle Verordnungsmöglichkeit zu Lasten der Solidargemeinschaft gibt. Es gibt eine Erstattungsfähigkeit bei schwerwiegenden Erkrankungen. Der G-BA hat in einer Anlage zur Arzneimittelrichtlinie geregelt, welche Mittel dann in diesem Kontext verschreibungsfähig und erstattungsfähig sind. Diese Liste wird auch regelmäßig überprüft, sodass das unter medizinischen und leistungsrechtlichen Fragestellungen bewertet wird. Zudem können auch Arzneimittel bei Erkrankungen von Kindern bis zum vollendetem 12. Lebensjahr grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern diese nicht explizit von der Leistungspflicht ausgenommen sind. Kinder bis zum vollendetem 18. Lebensjahr können diese Leistungen erhalten, wenn sie in ihrer Entwicklung verzögert sind, sodass in definierten besonderen Fällen diese Arzneimittel auch über die GKV in die Versorgung gelangen.

Abg. Dr. Wieland Schinnenburg (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Neubauer. Sie hatten sich vorhin schon vergleichsweise positiv zu unserem Vorschlag geäußert, Sehhilfen als Satzungsleistung vorzusehen. Jetzt haben wir gehört, der ein oder andere Sachverständige befürchtet, dass dadurch eine Art Risikoselektion stattfindet. Krankenkassen sagen, wir ziehen bestimmte Mitglieder an oder auch nicht. Sehen Sie die Gefahr auch? Ich persönlich sehe sie nicht, denn eine Krankenkasse, die entscheidet, das als Satzungsleistung aufzunehmen, muss es allen gewähren, sowohl den guten Risiken als auch den schlechten. Aber vielleicht können Sie dazu was sagen.

ESV Prof. Dr. Günter Neubauer: Satzungsleistungen sind Leistungen, die nicht sein müssen, sondern sein können. Natürlich sind Satzungsleistungen ein Instrument, um den Wettbewerb der Krankenkassen zu befördern. Wir wollen nach wie vor, dass Krankenkassen in einem Wettbewerb zueinanderstehen, vor allen Dingen ein Leistungswettbewerb, nicht zuletzt einem Beitragswettbewerb, und das muss sich in der Satzungsleistung durchaus gut



durchführen lassen. Satzungsleistungen dürfen keine Leistungen sein, die sein müssen. Ich habe vorhin schon betont, dass, wenn wir davon ausgehen, dass 40 Millionen Menschen Sehhilfen brauchen und wir die als behindert betrachten, und wenn sie auf 80 Jahre gehen, sind es 80 Prozent, die in diesem Sinne behindert sind, dann kann das nicht Aufgabe der GKV sein, hier zu kompensieren. Deswegen nochmal ganz allgemein und für alle gesagt. Ich glaube nicht, dass die GKV dazu da ist, Armutbekämpfung zu betreiben. Das muss an anderer Stelle geschehen. Viele haben das angesprochen, aber nicht in der GKV. Sonst können wir gleich eine staatliche Gesundheitsversorgung einführen, die über Steuern finanziert wird, und wir hätten ein anderes System. Ich weiß nicht, ob ich auf die Frage genügend eingegangen bin, aber so weit mein Kommentar.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Ich möchte gern den Caritasverband fragen, ob Sie uns bitte beschreiben könnten, wie die Versorgung für den kleinen Personenkreis von Versicherten in der GKV aussieht, der überhaupt Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen haben.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): Nach unserer Einschätzung handelt es sich um etwa drei Prozent der Menschen, die Sehhilfen brauchen, auch nach den Erweiterungen des HHVG um die Gruppe sechs beziehungsweise vier Dioptrien. Für diese Gruppe gelten jedenfalls bislang die seit 2008 unveränderten Festbeträge der GKV. Dieser Katalog wurde also zwölf Jahre lang nicht fortgeschrieben. Jetzt soll er fortgeschrieben werden, was gegenwärtig auch für einige Kontroverse sorgt. Wenn ich das richtig sehe und richtig die Tabellen gelesen habe, dann ist der Maximalfestbetrag für eine Brille mit 112 Euro ausgewiesen. Natürlich ist es unterschiedlich, je nachdem welche individuelle Sehbeeinträchtigung vorliegt. Es ist sehr komplex. Der erstattungsfähige Höchstbetrag liegt aus meiner Sicht bei 112 Euro.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Neubauer. Wie bewerten Sie den Vorschlag, bestimmte verschreibungsfreie Arzneimittel zukünftig wieder zu erstatten?

ESV Prof. Dr. Günter Neubauer: Auch hier gilt meine grundsätzliche Aussage. Freie Arzneimitteln, die nicht verordnet werden, gehören wiederum zu den Mitteln die der täglichen Lebenshaltung zuzuordnen sind, auch wenn sie nicht medizinisch wichtig sind. Aber genauso medizinisch wichtig ist, in Bayern ein Bier am Abend zu haben, und auch das wird nicht verordnet, aber auch nicht durch die GKV ersetzt. Ich glaube, man muss wirklich so weit gehen und sagen, der Katalog, der medizinisch nützlichen Leistungen kann nicht generell in die GKV gestopft werden. Die GKV soll Risikogüter, Güter, die einem nicht im täglichen Leben begegnen und denen man nicht ausweichen kann, ersetzen. Das gilt auch für frei verordnete Arzneimittel. Vielleicht sind auch frei verordnete Arzneimittel, die man nicht erstattet bekommt, Mittel, bei denen man prüfen sollte, ob man diese Arzneimittel überhaupt braucht, weil wir ja wissen, wir haben eher einen Überkonsum an Arzneimitteln als einen zu geringeren Konsum. Ökonomen sagen, dass alles, was zu niedrigem Preis abgegeben wird, überkonsumiert wird, und in dem Fall möglicherweise die Gesundheit schädigt. Von daher ist ein Ausschluss aus meiner Sicht sogar gesundheitsförderlich.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Günter Neubauer fragen. Als Universitätsprofessor profitieren Sie von der Beihilfe und der PKV. Meines Wissens nach werden dort die Sehhilfen, also für Sie als Universitätsprofessor, gezahlt und gleichzeitig sagen Sie, dass das nicht billig ist für diejenigen, die in der GKV abgesichert sind. Da hätte ich gerne eine Einschätzung Ihrerseits.

ESV Prof. Dr. Günter Neubauer: Auch da gibt es eine grundsätzliche Frage. Beihilfe ist eine andere Leistung, keine Versicherungsleistung, weil die Arbeitgeberleistung hier als Zuschuss im Krankheitsfall gilt, also nicht als Versicherungsleistung gedacht ist. Die Beihilfe deckt auch nicht alles ab, sondern nur einen Teil davon. Dann ist immer noch die Frage, ob man sich die Bürokratie der Beihilfeabrechnung antun will. Hier kommt einiges zusammen. Aber nochmal: Beihilfe ist keine Krankenversicherung, sie ist eine Arbeitgeberleistung, die als Sozialleistung einzustufen ist. Sie hat mit



einer Versicherung im strengen Sinne wenig zu tun. Aber Sie wissen, man kann auch das aufheben. Das wäre kein Problem für mich. Ich wäre damit einverstanden. Eine Diskussion über eine Aufhebung der PKV würde gleichzeitig die Aufhebung der Beihilfe nach sich ziehen. Das wollte ich nicht anstreben, aber die Diskussion wird geführt.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich nochmal an den Caritasverband. Wie bewerten Sie die Regelung, dass die Entspiegelung der Gläser nach der Richtlinie des G-BA, also die Sehhilfsmittelrichtlinie § 14 Absatz 5 Nummer 5, grundsätzlich nicht verordnungsfähig sind? Welche Folgen hat das für die Betroffenen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): Entspiegelung ist insbesondere bei schweren Sehbeeinträchtigungen mit einem höheren Refraktionsgrad keine kosmetische Frage und auch kein Luxus, sondern eine Frage des guten Sehens aus Gründen, die im medizinischen Bereich liegen. Insofern müssen Brillen heutzutage und schon seit langem einfach grundsätzlich entspiegelt werden. Es gibt nun bereits entspiegelte Brillen bei manchen Optikern. Wo die Gläser aber nicht entspiegelt sind, muss diese Entspiegelung vorgenommen werden. Wenn ich richtig informiert bin, dann beträgt der Kostenanteil für die Entspiegelung gut 50 bis 70 Prozent der Gesamtkosten für die Gläser. Es ist also ein erheblicher Anteil. Wenn hier über die schrittweise Kostenübernahme durch die GKV diskutiert wird, dann sollte dieser Punkt aus meiner Sicht auch beleuchtet werden.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Dann habe ich noch eine Frage an den Blinden- und Sehbehindertenverband. Es gibt einen Vorschlag, eine Reformkommission beim BMG einzurichten, die Empfehlungen entwickeln soll, wie medizinisch notwendige Sehhilfen nicht nur von Augenärztinnen und Augenärzten, sondern auch von hierfür geeigneten qualifizierten Gesundheitsberufen wie Optikerinnen und Optikern verordnet werden können. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

SVe Christiane Möller (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband): Was die Beurteilung dieses Vorschlags anbelangt, schließen wir uns hier

den Ausführungen der KBV. Das möchte ich hier nicht wiederholen. Wir halten von einer Reformkommission hier nichts. Wir haben klare gesetzliche Regelungen und auch eine Entscheidung in der Hilfsmittelrichtlinie, die diskutiert worden ist. Wenn wir wirklich eine Reformkommission brauchen, dann ganz, ganz dringend für den Bereich der Festbeträge. Die sind nämlich momentan nicht auskömmlich. Es fehlt hier absolut an Transparenz, um nachzuvollziehen, wie kommen die eigentlich zustande. Sie sind auch in vielen Bereichen nicht geeignet, weil der Dienstleistungsanteil oft sehr, sehr hoch ist und über Festbeträge unserer Auffassung nach gar nicht abgebildet werden kann. Das führt dann dazu, dass der ZVA gefrustet ist als Optikerverband und sagt, wir wollen lieber gar nichts mehr mit Kassenversorgung zu tun haben. Das führt aber noch viel mehr zu Frust und zu verständlichem Frust bei den vielen Menschen, die auf Sehhilfen angewiesen sind, die nämlich das ausbaden dürfen und entweder ein Rechtsstreit mit der Kasse führen müssen, um eine vollständige Versorgung zu bekommen, oder eben hohe Zuzahlungen haben, die in keinem Verhältnis mehr stehen. Hier gibt es dringenden Reformbedarf.

Der Vorsitzende, Abg. Erwin Rüddel (CDU/CSU): Ich bedanke mich auch. Wir haben lange nicht mehr in 60 Minuten so viele Fragen abarbeiten können. Ein besonderes Dankeschön an die Sachverständigen, die die Dinge alle auf den Punkt gebracht haben. Es waren hier im Raum auch nur Abgeordnete, die eine besondere Affinität zu Sehhilfen haben, die anderen waren wahrscheinlich online dabei. Ich wünsche noch einen schönen Nachmittag und schließe die Anhörung mit einem besonderen Dank an die Sachverständigen.

Schluss der Sitzung: 17:35 Uhr

Erwin Rüddel, MdB
Vorsitzender