

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Gutes Sehen bedeutet Lebensqualität, Sicherheit und ist Voraussetzung für die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Die derzeitige Sehhilfenversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird den Ansprüchen der sehbeeinträchtigten Versicherten in Deutschland jedoch nicht gerecht. Die geltenden Regelungen für eine Kostenübernahme sind zu eng gefasst – dies betrifft sowohl den Kreis der Anspruchsberechtigten als auch die Höhe der Leistungen. Daran haben auch die geringfügigen Anpassungen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wenig geändert. Zugang zu einem Zuschuss durch die GKV erhält überhaupt nur, wer wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit Gläser mit einer Brechkraft von mindestens 6 Dioptrien benötigt. Zweifelsohne beginnen ausgleichsbedürftige Sehbeeinträchtigungen jedoch schon unter dieser Grenze. Viele Versicherte, die auf eine Sehhilfenversorgung angewiesen sind, müssen diese also vollständig selbst finanzieren. Diejenigen, die anspruchsberechtigt sind, erhalten Zuschüsse in Form von Festbeträgen, die im Verhältnis zu den Gesamtkosten für eine geeignete Sehhilfe zu gering und mit einem unverhältnismäßig großen bürokratischen Aufwand verbunden sind. Bei den Brillengläsern kommen in einigen Fällen erhebliche Summen zusammen.* Wer zum Ausgleich von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag auf eine Sehhilfe angewiesen ist, sollte sich auf die gesetzliche Krankenversicherung verlassen können. Dies betrifft auch und vor allem Empfängerinnen und Empfänger von kleinen Einkommen bzw. Renten sowie von Leistungen nach dem SGB II und SGB XII, für die eine neue Sehhilfe mitunter schlicht unfinanzierbar ist.

* Die Welt online, „Brille auf Rezept – so viel Geld gibt die Kasse wirklich“, 22.02.2017, unter: www.welt.de/finanzen/plus162277124/Brille-auf-Rezept-so-viel-Geld-gibt-die-Kasse-wirklich.html.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgendes umfasst:

1. die schrittweise Wiederherstellung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz abgeschafften Regelung zur Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen, indem zunächst für medizinisch notwendige Brillengläser ab 5 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf vollständige bzw. ab 2 Dioptrien Brechkraft ein Anspruch auf hälftige Kostenübernahme geschaffen wird;
2. eine Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbeziehenden und -bezieherinnen nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendigen Sehhilfen;
3. Einrichtung einer Reformkommission beim Bundesministerium für Gesundheit, die bis 31.12.2020 konkrete Vorschläge zur Modernisierung des Gesundheitsberufrechts 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.

Berlin, den 19. März 2019

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Versicherte, bei denen eine ausgleichsbedürftige Sehbeeinträchtigung vorliegt, sollten Anspruch auf solidarisch getragene Leistungen der GKV haben. Die Herausnahme der Sehhilfen aus dem Leistungskatalog der GKV geschah 2004 vor dem Hintergrund einer ungünstigen konjunkturellen Entwicklung und steigender Arbeitslosenzahlen mit dem Ziel, den rasanten Anstieg der Beitragssätze der Krankenkassen zu stoppen. Wenn auch aus der Zeit heraus verständlich, so war dies ein erheblicher Eingriff in das Leistungsversprechen der GKV, den es unter den Vorzeichen der heute ungleich besseren Finanzlage der GKV zu korrigieren gilt. Es bedarf einer Reform der derzeit zu eng gefassten Regelungen für eine Kostenübernahme. Hierbei soll es weder um modische Gestelle noch um teure Extra-Leistungen gehen, sondern um Sehhilfen als medizinisch notwendiges Hilfsmittel.

Zu 1.:

Die Ausgaben der GKV für Sehhilfen von Optikerinnen und Optikern betrugen in den Jahren unmittelbar vor der Herausnahme der Sehhilfen aus dem Leistungskatalog der GKV zwischen 600 bis 800 Millionen Euro pro Jahr. Vor dem Hintergrund, dass die Große Koalition bereits einige Gesetze mit erheblicher Ausgabenwirkung verabschiedet hat bzw. noch zu verabschieden plant und so auf die Versicherten zusätzliche Beitragsbelastungen zukommen können, ist ein schrittweises Vorgehen bei der Wiederaufnahme von Sehhilfen in den Leistungskatalog der GKV geboten. In einem ersten Schritt würde ein Anspruch auf vollständige Kostenübernahme für medizinisch notwendige Brillengläser zunächst für volljährige Versicherte geschaffen werden, die wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit Gläser mit einer Brechkraft von mindestens 5 Dioptrien benötigen. Für jene, die Gläser mit einer Brechkraft von mindestens 2 Dioptrien benötigen, bestünde ein Anspruch auf hälftige Kostenübernahme (Festzuschüsse zu den Gläsern i. H. v. 50 %). Perspektivisches Ziel muss die Wiederherstellung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003 abgeschafften Regelung zur Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen sein.

Zu 2.:

Mit der Regelung sollen speziell Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem SGB II und SGB XII vor finanzieller Überforderung geschützt werden. Sie müssen die Kosten für Sehhilfen bisher vollständig von ihrem Regelsatz bestreiten. Hier sind bislang 15,80 Euro pro Monat für die Gesundheitspflege vorgesehen. Dies ist insbesondere angesichts des im Einzelfall durchaus beträchtlichen Kostenumfangs einer bedarfsgerechten Versorgung mit Sehhilfen lebensfremd. Um soziale Härten abzuwenden und bedürftige Menschen gezielt vor Überforderung zu schützen, ist eine vollständige Kostenübernahme für diesen Personenkreis notwendig. Diese könnte entweder durch eine zusätzliche Regelung im Rahmen des Sonderbedarfs nach § 24 SGB II bzw. § 31 SGB XII oder eine Härtefallregelung im Rahmen des SGB V ähnlich der Regelung für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 realisiert werden.

Zu 3.:

Außerdem sind Voraussetzungen zu entwickeln, damit medizinisch notwendige Sehhilfen nicht nur von Augenärztinnen und -ärzten, sondern auch von hierfür geeigneten und qualifizierten Berufen wie Optikerinnen und Optikern sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten verordnet werden können. Damit kann eine Vielzahl aus anderen medizinischen Gründen nicht notwendiger Arztbesuche verhindert werden, die bestehende Praxis der Sehtests bei Optikerinnen und Optikern aufgegriffen und bestehende Gesundheitsberufe können aufgewertet werden. Berufsrechtliche Fragen zur Kompetenzbeschreibung, Entlastung sowie Zusammenarbeit zwischen Augenärztinnen und -ärzten, Optikerinnen und Optikern sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten sollen durch eine einzu-berufende Reformkommission geklärt werden.

