

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/4316 –

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

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/18913 –

**Sehhilfen als Satzungsleistung – Wettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung stärken**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/6057 –

Gesundheitsversorgung für alle sichern

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/8566 –**

Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Problem

Zu Buchstabe a

Mit Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde laut Antragsteller die Hilfsmittelversorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten lediglich marginal verbessert. Das betreffe auch die Regelungen zur Versorgung der Versicherten mit Sehhilfen. In Deutschland seien 41,2 Millionen Menschen sehbeeinträchtigt. Die meisten dieser Personen blieben jedoch von der Regelung des HHVG ausgeschlossen.

Zu Buchstabe b

Bis zum Jahr 2014 haben laut Antrag einige gesetzliche Krankenkassen Zuschüsse für Sehhilfen angeboten. Über die Erbringung solcher Satzungsleistungen hätten die gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der rechtlichen Grenzen selbst entscheiden können. Durch ein Urteil des Hessischen Landessozialgerichts sei diese Praxis im Jahr 2014 als rechtswidrig eingestuft worden. Daraufhin hätten alle gesetzlichen Krankenkassen, die Zuschüsse für Sehhilfen als Satzungsleistung angeboten hätten, diese eingestellt. Seitdem müssten Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten für Sehhilfen überwiegend selbst tragen.

Zu Buchstabe c

Mit dem im Jahr 2003 beschlossenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) sind laut Antrag Leistungen gekürzt, Zuzahlungen erhöht und die Versicherten zur Zahlung eines Sonderbeitrags gezwungen worden. Das Ziel sei eine Entlastung der Arbeitgeber zuungunsten der Versicherten gewesen. Die Leistungskürzungen hätten sich insbesondere auf verschreibungsfreie Arzneimittel, Sehhilfen (Brillen), künstliche Befruchtung und Sterilisation, Sterbegeld sowie auf Fahrkosten bezogen. Diese Leistungskürzungen höhlten das Solidarsystem bis heute aus.

Zu Buchstabe d

Gutes Sehen bedeutet nach Darstellung des Antrags Lebensqualität, Sicherheit und ist Voraussetzung für die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Die derzeitige Sehhilfenversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werde den Ansprüchen der sehbeeinträchtigten Versicherten in Deutschland jedoch nicht gerecht. Die geltenden Regelungen für eine Kostenübernahme seien sowohl hinsichtlich des Kreises der Anspruchsberechtigten als auch der Höhe der Leistungen zu eng gefasst.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Die Antragsteller fordern, auch für Sehbeeinträchtigte mit einem Grad der Behinderung unter 30 einen Teilhabeanspruch anzuerkennen. Außerdem sollen alle gesetzlich Versicherten mit Sehschwächen, die das 18. Lebensjahr vollendet hätten, die Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser und Brillengestelle entsprechend den Grundsätzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erstattet bekommen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4316 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe b

Ärztlich verordnete Sehhilfen wie Brillengestelle und Gläser, zusätzliche Sonnenbrillen in Sehstärke und Kontaktlinsen sollen von den gesetzlichen Krankenkassen als Satzungsleistungen angeboten werden dürfen. Den gesetzlichen Krankenkassen solle zudem freigestellt werden, ob und in welchem Umfang sie ärztlich verordnete Sehhilfen als Satzungsleistungen anbieten oder unterstützen möchten.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18913 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Nach dem Willen der Antragsteller sollen sinnvolle verschreibungsfreie Arzneimittel wieder erstattet werden. Zudem sollen Sehhilfen nach ärztlicher Verordnung wieder in medizinisch notwendigem Umfang erstattet werden. Künstliche Befruchtung soll wieder vollständig statt nur zur Hälfte erstattet werden. Zudem soll die ärztliche Todesfeststellung Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/6057 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller fordern 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 werde. Außerdem solle eine Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbezieherinnen und -beziehern nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendigen Sehhilfen eingeführt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/8566 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu den Buchstaben a bis d

Annahme eines Antrags oder mehrerer Anträge.

D. Kosten

Zu den Buchstaben a bis d

Die Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Antrag auf Drucksache 19/4316 abzulehnen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/18913 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/6057 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/8566 abzulehnen.

Berlin, den 14. April 2021

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdell
Vorsitzender

Dr. Roy Kühne
Berichtersteller

Bericht des Abgeordneten Dr. Roy Kühne

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a und c

Der Deutsche Bundestag hat die Anträge auf den **Drucksachen 19/4316 und 19/6057** in seiner 68. Sitzung am 29. November 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/18913** in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/8566** in seiner 95. Sitzung am 11. April 2019 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Mit Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde laut Antragsteller die Hilfsmittelversorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten lediglich marginal verbessert. Das betreffe auch die Regelungen zur Versorgung der Versicherten mit Sehhilfen. In Deutschland seien nach Angaben des Fachverbandes 41,2 Millionen Menschen sehbeeinträchtigt. Die meisten von ihnen blieben jedoch von der Regelung des HHVG ausgeschlossen. Sie hätten gemäß § 33 SGB V nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder 2 oder einen verordneten Fernkorrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufwiesen. Trotz dieser schon erheblichen Sehbeeinträchtigung umfassten diese Regelungen nicht einmal die Kosten eines Brillengestells. Personen, die mit Sehhilfen eine Sehschärfe von über 30 Prozent erreichten, müssten die hohen Kosten für Brillengläser und Brillengestelle selber tragen. Dabei bedeute das Erreichen von Sehschärfen über 30 Prozent noch immer eine erhebliche Beeinträchtigung im täglichen Leben. Zum Beispiel sei im Straßenverkehr schon bei geringer Fehlsichtigkeit das Tragen einer Brille gesetzlich vorgeschrieben und werde deswegen im Führerschein vermerkt. Starke Kurz- und Weitsichtigkeit führe bei einer Sehschärfe von über 30 Prozent eindeutig zu signifikanten Teilhabebeeinträchtigungen.

Die Antragsteller fordern daher, dass auch für Sehbeeinträchtigte mit einem Grad der Behinderung unter 30 einen Teilhabeanspruch anzuerkennen sei. Außerdem sollten alle Versicherten mit Sehschwächen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr vollendet hätten, die Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser und Brillengestelle entsprechend den Grundsätzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erstattet bekommen.

Zu Buchstabe b

Bis zum Jahr 2014 haben laut Antragsteller einige gesetzliche Krankenkassen Zuschüsse für Sehhilfen als Satzungsleistungen angeboten. Diese hätten sich in Umfang und Ausgestaltung unterschieden. Über die Erbringung solcher Satzungsleistungen hätten die gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der rechtlichen Grenzen selbst entscheiden können. Durch ein Urteil des Hessischen Landessozialgerichts sei diese Praxis im Jahr 2014 als rechtswidrig eingestuft worden. Daraufhin hätten alle gesetzlichen Krankenkassen, die Zuschüsse für Sehhilfen als Satzungsleistung angeboten hätten, diese eingestellt. Seitdem müssten Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten für Sehhilfen überwiegend selbst tragen. Ausnahmen hiervon bestünden nach § 33 SGB V

unter anderem für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs und für Personen mit einer erheblichen Sehbeeinträchtigung, etwa bei mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus oder bei mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie. Dabei stehe die Versorgung mit Brillen im Vordergrund, die Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur bei medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Mehr als 40 Millionen Bundesbürger benötigten aus den unterschiedlichsten Gründen eine Sehhilfe. Es würde allerdings die gesetzliche Krankenversicherung und die Beitragszahler überfordern, Sehhilfen wieder pauschal als Regelleistung einzustufen. Bei angenommenen Kosten von durchschnittlich 100 Euro pro anspruchsberechtigter Person und Jahr würden Mehrkosten von insgesamt jährlich rund vier Milliarden Euro entstehen. Zur Gegenfinanzierung müssten die Beiträge um etwa 0,25 Prozentpunkte erhöht werden, was Arbeitgeber und Arbeitnehmer insbesondere in einem schwierigen wirtschaftlichen Umfeld erheblich belasten würde. Zuzahlungen zu Sehhilfen als Satzungsleistung würden hingegen keinen direkten Effekt auf die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung haben. Den einzelnen Krankenkassen wäre freigestellt, ob und in welcher Höhe sie eine solche Satzungsleistung anbieten möchten und wie sie diese finanzieren. Zudem wären sie flexibel und könnten die Satzungsleistungen je nach wirtschaftlicher Lage erhöhen oder reduzieren.

Die Antragsteller fordern, dass ärztlich verordnete Sehhilfen wie Brillengestelle und Gläser sowie zusätzliche Sonnenbrillen in Sehstärke und Kontaktlinsen von gesetzlichen Krankenkassen als Satzungsleistungen angeboten werden dürfen. Dabei soll den gesetzlichen Krankenkassen freigestellt werden, ob und in welchem Umfang sie ärztlich verordnete Sehhilfen als Satzungsleistungen anbieten oder unterstützen möchten.

Zu Buchstabe c

Mit dem im Jahr 2003 beschlossenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) sind laut Antrag Leistungen gekürzt, Zuzahlungen erhöht und die Versicherten zur Zahlung eines Sonderbeitrags gezwungen worden. Das Ziel sei eine Entlastung der Arbeitgeber zuungunsten der Versicherten gewesen. Die Leistungskürzungen hätten sich insbesondere auf verschreibungsfreie Arzneimittel, Sehhilfen (Brillen), künstliche Befruchtung und Sterilisation, Sterbegeld sowie Fahrkosten bezogen. Zudem seien Arzneimittel zur Raucherentwöhnung als „Lifestyle-Arzneimittel“ ausgeschlossen worden. Diese Leistungskürzungen höhlten das Solidarsystem bis heute aus. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) solle unter Beteiligung der Arbeitgeber alle Leistungen finanzieren, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung notwendig seien. Deshalb seien die Kürzungen schon damals falsch gewesen und entbehrten in wirtschaftlich guten Zeiten jeder Begründung. Derzeit seien Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts von GKV-Leistungen ausgeschlossen und erhielten stattdessen in den meisten Bundesländern nur rudimentäre Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dies widerspreche grundsätzlichen menschenrechtlichen Verpflichtungen.

Die Antragsteller fordern vor diesem Hintergrund, Kürzungen des GKV-Modernisierungsgesetzes zurückzunehmen. So sollen sinnvolle verschreibungsfreie Arzneimittel wieder erstattet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss solle eine Positivliste entwickeln, welche alle verschreibungsfreie Arzneimittel beinhalte, die dem anerkannten Stand des Wissens entsprächen. Arzneimittel zur Raucherentwöhnung sollen nicht mehr generell ausgeschlossen werden. Außerdem sollen Sehhilfen nach ärztlicher Verordnung wieder in medizinisch notwendigem Umfang erstattet werden. Die künstliche Befruchtung solle wieder vollständig statt zur Hälfte erstattet werden. Schließlich solle die ärztliche Todesfeststellung Teil des Leistungskatalogs der GKV werden und alle Asylsuchenden sollen in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden.

Zu Buchstabe d

Gutes Sehen bedeutet laut Antrag Lebensqualität, Sicherheit und ist Voraussetzung für die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Die derzeitige Sehhilfenversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werde den Ansprüchen der sehbeeinträchtigten Versicherten in Deutschland jedoch nicht gerecht. Die geltenden Regelungen für eine Kostenübernahme seien zu eng gefasst. Dies betreffe sowohl den Kreis der Anspruchsberechtigten als auch die Höhe der Leistungen. Daran hätten auch die geringfügigen Anpassungen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wenig geändert. Zugang zu einem Zuschuss durch die GKV erhalte nur, wer wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit Gläser mit einer Brechkraft von mindestens 6 Dioptrien benötige. Zweifelsohne begännen ausgleichsbedürftige Sehbeeinträchtigungen jedoch schon unterhalb dieser Grenze. Viele Versicherte, die auf eine Sehhilfenversorgung angewiesen seien, müssten diese also voll-

ständig selbst finanzieren. Diejenigen, die anspruchsberechtigt seien, erhielten 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 seien. Wer zum Ausgleich von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag auf eine Sehhilfe angewiesen sei, solle sich auf die gesetzliche Krankenversicherung verlassen können. Dies betreffe 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 sei.

Daher fordern die Antragsteller die schrittweise Wiederherstellung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 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 werde. Außerdem solle eine Regelung zum Schutz vor finanzieller Überforderung von Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach dem SGB II und SGB XII bei medizinisch notwendige Sehhilfen geschaffen werden und eine Reformkommission beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet werden, die konkrete Vorschläge zur Modernisierung des Gesundheitsberufrechts erarbeite. Die Kommission solle 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 könnten.

III. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a bis d

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 84. Sitzung am 11. März 2020 seine Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4316, 19/16057 und 19/8566 aufgenommen und beschlossen, zu den Vorlagen eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zu dem Antrag auf Drucksache 19/18913 hat er in seiner 88. Sitzung am 6. Mai 2020 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Seine Beratungen zu diesem Antrag hat er in der 111. Sitzung am 4. November 2020 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung zu allen vier Vorlagen fand in der 113. Sitzung am 4. November 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA), Deutscher Caritasverband, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), SoVD – Sozialverband Deutschland, SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für optische, Medizinische und mechatronische Technologien, Verbraucherzentrale Bundesverband, Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Siiri Doka (BAG Selbsthilfe), Prof. Dr. Dr. Jens Holst (Hochschule Fulda), Christiane Möller (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband), Prof. Dr. Johannes Munder (TU Berlin), Prof. Dr. Günter Neubauer (Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München), Dr. Astrid Sader-Moritz (Augenzentrum Würzburg). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4316 abzulehnen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/18913 abzulehnen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/6057 abzulehnen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/8566 abzulehnen.

Petition

Zu dem Antrag auf Drucksache 19/18913 lag dem Ausschuss eine Petition vor. Die Petition wurde in die Beratungen des Ausschusses einbezogen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** hob hervor, es gehe um ein sehr emotionales Thema, was auch die Anhörung gezeigt habe. Statistisch gesehen sei jeder Zweite hiervon betroffen und im Grunde müsse sich jeder in gewissen Abständen mit dem Thema Brille oder Kontaktlinsen beschäftigen. Ausschlaggebend für die Bewertung der dargelegten Vorschläge sei aber die Frage der Finanzierung. Da die aktuelle finanzielle Situation des Bundes dort keinen Spielraum zulasse, lehne man die Anträge ab.

Die **Fraktion der SPD** unterstrich, die Anträge behandelten in der Tat ein sehr wichtiges Thema. Die Anhörung habe gezeigt, dass die Versorgung mit Sehhilfen in Deutschland nicht ausreichend sei, wodurch insbesondere einkommensschwache Mitbürgerinnen und Mitbürger in ihrer Teilhabe eingeschränkt seien. Zur Abfederung dieser negativen Effekte habe die Koalition bereits im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung Maßnahmen ergriffen. Einer vollständigen Erstattung von Sehhilfen, wie ihn die Anträge vorsähen, stünden allerdings enorme Mehrkosten gegenüber, was vor dem Hintergrund der in naher Zukunft demographiebedingt steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen und unter Beachtung der enormen finanziellen Belastung durch die Covid-19-Pandemie nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Man lehne die Anträge daher ebenso wie diejenigen der FDP ab, da bei letzterem nicht gewährleistet sei, dass insbesondere diejenigen Personen, die eine Entlastung tatsächlich benötigten, diese auch erhielten.

Die **Fraktion der AfD** betonte, wenn jemand eine Sehhilfe benötige und sich aus Kostengründen keine leisten könne, bedeute dies Beeinträchtigungen im täglichen Leben und eine Gefahr von Unfällen. Mit ihrem Antrag gehe es daher um eine Vorsorgeleistung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sehe dies genauso, weshalb man die Rücknahme dieser Leistung seit 2014 als falsch ansehe. Den Antrag der FDP lehne man ab, weil er zu wenige Leistungen enthalte. Ebenso lehne man den Antrag der Linken ab, da die Todesfeststellung aus Sicht der AfD-Fraktion keine Kassenleistung sei. Dem Antrag der Grünen stimme man zu, weil er weitgehend den eigenen Forderungen entspreche.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, mit ihrem Antrag sollten die Krankenkassen wieder Zuschüsse für Sehhilfen als Satzungsleistungen anbieten können. So sei es bereits früher der Fall gewesen, bevor das Hessische Landessozialgericht dies leider unterbunden habe. In der Anhörung habe es sehr viel Zustimmung für diesen Vorschlag gegeben, vor allem von den Einzelsachverständigen Dr. Sader-Moritz und Prof. Dr. Neubauer. Dem Antrag der Grünen könne man nicht zustimmen, da er Mehrkosten von 600 Millionen Euro verursache, ohne eine Gegenfinanzierung zu benennen. Das könne man angesichts der finanziellen Belastung der Krankenkassen durch Corona und die mögliche weitere Entwicklung der nächsten Jahre nicht unterstützen. Ebenso verhalte es sich mit Antrag der Linken, der sogar Gesamtkosten von 12 Milliarden Euro umfasse. Auch den Antrag der AfD lehne man ab.

Die **Fraktion DIE LINKE** stellte heraus, im Jahr 2003 hätten CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen gekürzt, erhöhte Zuzahlungen beschlossen und die Versicherten zu hohen Zahlungen von Sonderbeiträgen gezwungen, um die Arbeitgeber zu entlasten. Die Leistungskürzungen hätten sich insbesondere auf verschreibungsfreie Arzneimittel, Sehhilfen, künstliche Befruchtung und Sterilisation, das Sterbegeld und auf Fahrtkosten bezogen. Man wolle diese Kürzungen zurücknehmen, weil medizinisch notwendige Behandlungen auch von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden müssten. Überdies sollten mit dem Antrag weitere Zugangsschwierigkeiten behoben werden, weshalb Asylsuchende, die derzeit in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes von den GKV-Leistungen ausgeschlossen seien, wieder vollumfänglichen Krankenversicherungsschutz erhalten sollten. An dem Antrag der FDP sei zu kritisieren, dass eine medizinisch notwendige Leistung, nämlich die Brillen, zu einer Satzungsleistung, also zum Gegenstand von Kassenwettbewerb, gemacht werden solle. Das werde zusätzlich sozial-selektiv auswirken, weil es auf der einen Seite teurere Kassen für Leute, die es sich leisten könnten, geben werde, die auch Brillen erstatteten, und billigere Kassen für diejenigen, die nicht so viel Geld verdienten, bei denen keine Erstattung für Brillen erfolge. Das lehne man ab. Beim Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sei anzuerkennen, dass sie sich teilweise von dem beschlossenen Leistungsabbau, den sie mit durchgesetzt hätten, verabschiedeten. Die Abkehr sei allerdings zu zögerlich, weil die Erstattungsfähigkeit in Abhängigkeit von der Sehstärke der Ver-

sicherten erfolgen und auf die Gläser beschränkt bleiben solle. Deswegen werde man sich zu diesem Antrag enthalten. Den Antrag der AfD lehne man ab, weil er ihrer inhumanen rassistischen und neoliberalen Politik nur ein soziales Deckmäntelchen verschaffen solle.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erläuterte, ihr gehe es ganz grundsätzlich um die Wiederherstellung der Erstattungsfähigkeit medizinisch notwendiger Sehhilfen. Da dies ein teurer Schritt sein werde, wolle man schrittweise vorgehen und in einem ersten Schritt Versicherten, die eine Brille mit einer Stärke von mindestens +/- 5 Dioptrien benötigten, eine vollständige Kostenerstattung gewähren. Ab einer benötigten Stärke von +/- 2 Dioptrien solle man einen Anspruch auf hälftige Kostenübernahme erhalten. Außerdem fordere man eine Regelung zur vollständigen Kostenübernahme für Empfängerinnen und Empfänger von Hartz IV, eine Grundsicherung im Alter und andere Sozialtransferleistungen. Da Menschen, die eine Brille benötigten, vielfach gar nicht mehr zum Augenarzt gingen, solle über eine Reformkommission geklärt werden, wie erstattungsfähige Sehhilfen, die bisher ärztlich verordnet werden müssten, auch von Vertreterinnen und Vertretern qualifizierter Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Optikerinnen und Optikern oder Orthoptistinnen und Orthoptisten verordnet werden könnten, damit es gerade bei diesen Berufsgruppen keinen Flaschenhals gebe. Den Antrag der AfD, der sich vom eigenen deutlich unterscheide, lehne man ab, weil sie die Sehbeeinträchtigung am Grad der Behinderung festmachen wolle und nicht wie bisher systematisch an der Sehschwäche anknüpfe. Zudem wolle sie einen Arztvorbehalt vorsehen, was selbst nach heutiger Rechtslage in dieser Weise nicht erforderlich sei und den Flaschenhals insgesamt verstärken würde. Zu dem Antrag der FDP werde man sich enthalten, weil es materiell zwar eine Verbesserung gegenüber dem aktuellen Anspruch darstellen, zugleich aber bedeuten würde, dass man keinen verlässlichen Anspruch mehr hätte, da dies dann von der jeweiligen Krankenkasse abhängige. Gerade eine Sehschwäche sei aber etwas Grundlegendes und dürfe nicht von Satzungsleistungen abhängig sein. Ebenso enthalte man sich zu dem Antrag der Linken, da er keine Herleitung enthalte, wie die damit verbundenen immensen Kosten gestemmt werden sollten.

Berlin, den 14. April 2021

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

