



Herrn
Jörg Mitzlaff
Greifswalder Str. 4
10405 Berlin

Berlin, 7. März 2022
Bezug: Mein Schreiben vom
10. Dezember 2021
Anlage: 1

Referat Pet 2
BMG, BMUV, BR, BT

Frau Wecken
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: +49 30 227-37850
Fax: +49 30 227-36130
vorzimmer.pet2@bundestag.de

Pet 2-20-15-82714-001151 (Bitte bei allen Zuschriften angeben)

Sehr geehrter Herr Mitzlaff,

im Auftrag der Vorsitzenden des Petitionsausschusses,
Frau Martina Stamm-Fibich, MdB, übersende ich Ihnen die zu
Ihrer Eingabe angeforderte Stellungnahme des
Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. Januar 2022 mit
der Bitte um Kenntnisnahme.

Ich bitte mir mitzuteilen, ob Sie nach Kenntnisnahme der
Stellungnahme an Ihrem Anliegen festhalten wollen. Bitte
benennen Sie mir, wenn das Petitionsverfahren fortgesetzt
werden soll, Ihre Gegenargumente in Bezug auf die
Stellungnahme des Ministeriums und was im Einzelnen noch
Gegenstand einer parlamentarischen Prüfung durch den
Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages sein soll.

Sollte ich innerhalb der nächsten sechs Wochen keine Antwort
erhalten, gehe ich davon aus, dass Sie das Petitionsverfahren
nicht weiter betreiben wollen.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Wecken



Bundesministerium
für Gesundheit

KOPIE



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Deutscher Bundestag
- Petitionsausschuss -
11011 Berlin

Dr. Sonja Optendrenk
Ministerialdirigentin

Leiterin der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung, Krankenver-
sicherung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
11055 Berlin

REFERATSLEITUNG Andreas Brandhorst
BEARBEITET VON Nadin Erdmann
TEL +49 (0)30 18 441-1867
E-MAIL nadin.erdmann@bmg.bund.de

AZ 2-45/Mitzlaff/21

**Hilfsmittel/Heilmittel -
Eingabe des Herrn Jörg Mitzlaff vom 24. November 2021
Ihr Schreiben vom 10. Dezember 2021
Pet.-Nr.: 2-20-15-82714-001151**

Berlin, ~~17.~~ 17. Januar 2022

Der Petent begehrt einen Zuschuss für Versicherte, die eine Sehhilfe benötigen. Eine Sehschwäche weist auf eine Erkrankung der Augen hin. Die Kosten für die Behandlung von Erkrankungen würden in der Regel von der Krankenversicherung übernommen.

Hierzu nehme ich wie folgt Stellung:

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben gemäß § 33 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind.

Für Sehhilfen gelten besondere Regelungen. Vollständig übernommen bis zu einem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Festbetrag werden die Kosten für Sehhilfen für Kinder und Jugendliche.

Wer 18 Jahre und älter ist, hat einen Anspruch auf therapeutische Sehhilfen, sofern sie der Behandlung von Augenverletzungen oder -erkrankungen dienen – zum Beispiel besondere

Gläser, Speziallinsen oder Okklusionsschalen. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie festgelegt.

Darüber hinaus haben Versicherte, die 18 Jahre und älter sind, einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt: Wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation (Visus: <30%) bei bestmöglicher Brillenkorrektur gegeben ist oder eine Sehhilfe mit einer Brechkraft von mindestens 6,25 Dioptrien infolge von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder von mindestens 4,25 Dioptrien infolge von Hornhautverkrümmung notwendig ist.

Hintergrund des weitgehenden Ausschlusses von Sehhilfen für erwachsene Versicherte aus dem Leistungskatalog der GKV durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) zum 1. Januar 2004 war eine aus dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel resultierende Ausgabensteigerung im Gesundheitssystem, die die Entwicklung der Einnahmen deutlich überstieg. Diese zwang den Gesetzgeber zu Maßnahmen, um die Finanzierungslücke zu schließen und die Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungssystems sicherzustellen. Zu diesen gehörte im Rahmen des GMG neben strukturellen Reformen im Versorgungssystem auch, dass einzelne Leistungen, wie die Versorgung von Erwachsenen mit Sehhilfen, in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen wurden.

Bis zum Inkrafttreten des GMG betrug der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen im Durchschnitt rund 50 Euro. Die Versicherten waren bereit, im Schnitt rund 150 Euro zusätzlich für medizinisch nicht notwendige Leistungen (zum Beispiel Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben. Daher ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordern würde (Bundestag Drucksache 15/1525, Seite 85).

Seither wurden keine nachvollziehbaren Hinweise an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen, die auf eine verbreitete Unterversorgung mit Sehhilfen schließen lassen.

Zusammenfassend ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Regelungsbedarf.

/ Die Petition sowie eine Kopie dieses Schreibens sind beigelegt.

Im Auftrag

S. Spindler

Gläser, Speziallinsen oder Okklusionsschalen. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie festgelegt.

Darüber hinaus haben Versicherte, die 18 Jahre und älter sind, einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt: Wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation (Visus: <30%) bei bestmöglicher Brillenkorrektur gegeben ist oder eine Sehhilfe mit einer Brechkraft von mindestens 6,25 Dioptrien infolge von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder von mindestens 4,25 Dioptrien infolge von Hornhautverkrümmung notwendig ist.

Hintergrund des weitgehenden Ausschlusses von Sehhilfen für erwachsene Versicherte aus dem Leistungskatalog der GKV durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) zum 1. Januar 2004 war eine aus dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel resultierende Ausgabensteigerung im Gesundheitssystem, die die Entwicklung der Einnahmen deutlich überstieg. Diese zwang den Gesetzgeber zu Maßnahmen, um die Finanzierungslücke zu schließen und die Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungssystems sicherzustellen. Zu diesen gehörte im Rahmen des GMG neben strukturellen Reformen im Versorgungssystem auch, dass einzelne Leistungen, wie die Versorgung von Erwachsenen mit Sehhilfen, in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen wurden.

Bis zum Inkrafttreten des GMG betrug der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen im Durchschnitt rund 50 Euro. Die Versicherten waren bereit, im Schnitt rund 150 Euro zusätzlich für medizinisch nicht notwendige Leistungen (zum Beispiel Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben. Daher ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordern würde (Bundestag Drucksache 15/1525, Seite 85).

Seither wurden keine nachvollziehbaren Hinweise an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen, die auf eine verbreitete Unterversorgung mit Sehhilfen schließen lassen.

Zusammenfassend ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Regelungsbedarf.

/ Die Petition sowie eine Kopie dieses Schreibens sind beigelegt.

Im Auftrag

S. J. K. K. K.