

BAG SELBSTHILFE (ehem. BAGH)  
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
Kirchfeldstr. 149  
40215 Düsseldorf  
Tel. 0211/31006-36  
Fax. 0211/31006-48

---

**Koordinierungsstelle Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss:**

BAG SELBSTHILFE  
Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf,  
Tel. 0211/31006-0 (zentral), Tel. 0211/31006-36 (Durchwahl)  
Fax: 0211/31006-48; Email: martin.danner@bag-selbsthilfe.de

---

Frau  
Dr. Edith Pfenning  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

14. Mai 2013  
MD/bö

**25. Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistung (UA VL)  
am 29. Mai 2013; TOP 9.3, Sehhilfen, Antrag der Patientenvertretung**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

namens und im Auftrag der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V  
übersende ich anbei einen Antrag der Patientenvertretung zu TOP 9.3. der o.g. Sitzung mit  
der Bitte, diesen den Beratungsunterlagen beizufügen.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i.A. Dr. Martin Danner

für

Deutscher Behindertenrat

Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.

Verbraucherzentrale Bundesverband

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der PatientInnenstellen

## **Sitzung des Unterausschuss Veranlasste Leistung am 29.05.2013**

### **TOP 9.3. Hilfsmittel-Richtlinie, Sehhilfen: Antrag der Patientenvertretung**

Die Patientenvertretung nach § 140f SGB V stellt den Antrag, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie - HilfsM-RL), Kapitel B. Sehhilfen, in Hinblick auf folgende Aspekte zu überarbeiten:

#### **1. Verordnungsfähigkeit elektronisch vergrößernder Sehhilfen (16 Abs. 4 HilfsM-RL)**

Es wird beantragt, in § 16 Abs. 4 HilfsM-RL dahingehend zu ergänzen, dass bei einer Verordnung elektronisch vergrößernder Sehhilfen gem. § 16 Abs. 4 HilfsM-RL neben der verringerten Sehschärfe auch andere Sehfunktionsstörungen im Rahmen des individuell verbliebenen Sehvermögens berücksichtigt werden, wie z.B. ein verringertes Kontrastsehvermögen.

#### **2. Verordnungsfähigkeit von Kontaktlinsen, insbesondere §§ 12, 15 HilfsM-RL**

Es wird beantragt, die Hilfsmittel-Richtlinie mit dem Ziel zu überarbeiten, den Behinderungsausgleich für Versicherte mit Anspruch auf Kontaktlinsenversorgung aufgrund vorliegender Kontaktlinsenindikation gemäß § 33 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 15 HilfsM-RL sicherzustellen.

Dabei wird insbesondere darüber beraten, dass für diese Fälle die Sehschärfenmessung ohne Vornahme der bestmöglichen Korrektur durchgeführt werden kann (vgl. § 12 Abs. 1 2. Spiegelstrich HilfsM-RL).

## **Begründung**

#### **1. Elektronisch vergrößernde Sehhilfen**

Gem. § 16 Abs. 4 HilfsM-RL sind elektronisch vergrößernde Sehhilfen, wie z.B. Bildschirmlesegeräte, in der Regel ab einem Vergrößerungsbedarf  $\geq 6$  fach verordnungsfähig.

Funktionelle Beeinträchtigungen können bei sehbehinderten Menschen jedoch neben einer verringerten Sehschärfe auch zu anderen Sehbeeinträchtigungen führen, wie z.B. zu einem verringerten Kontrastsehvermögen. Bei eingeschränkter Kontrastempfindlichkeit kann der Einsatz von elektronisch vergrößernden Sehhilfen notwendig und begründet sein, z.B. durch die Möglichkeit der Inversdarstellung (Bsp.: Darstellung weißer Schrift auf schwarzem Grund) und der dadurch zu erreichenden Verringerung der Blendung.

#### **2. Verordnungsfähigkeit von Kontaktlinsen**

Im Fokus dieses Antrags stehen Versicherte mit Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen aufgrund eines vorliegenden medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefalls gemäß § 33 Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 12,15 HilfsM-RL. Es handelt sich dabei um Versicherte, die

selbst mit einer Brille stark sehbeeinträchtigt sind, jedoch mit einer Kontaktlinsenversorgung ihre Sehbehinderung ausgleichen können.

Gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB V besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn aufgrund Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 besteht. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung den Leistungsanspruch für Erwachsene auf schwer sehbeeinträchtigte Versicherte begrenzen (BT-Drs. 15/1525, S. 85).

In § 12 Abs. 1 2. Spiegelstrich HilfsM-RL hat der G-BA entsprechend der Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung der WHO dahingehend konkretisiert, dass eine Sehbeeinträchtigung der Stufe eins vorliegt, wenn die Sehschärfe (Visus) *bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung* auf dem besseren Auge  $\leq 0,3$  beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld  $\leq 10$  Grad bei zentraler Fixation ist.

Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen beschränkt § 33 Abs. 3 SGB V den Anspruch für anspruchsberechtigte Versicherte nach § 33 Abs. 2 SGB V darüber hinaus auf die medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefälle. Die entsprechenden Kontaktlinsenindikationen werden in § 15 HilfsM-RL konkretisiert. Im Ergebnis ist ein Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen also nur gegeben, wenn kumulativ mindestens eine Sehbeeinträchtigung der WHO Stufe 1 sowie eine Kontaktlinsenindikation vorliegen.

Bei der Verwaltungspraxis und Genehmigungspraxis der Krankenkassen wird aus der Definition der WHO und deren Übernahme in die Hilfsmittel-Richtlinie, wie zuvor beschrieben, der Schluss gezogen, dass bei der Beurteilung, ob die Voraussetzungen für die Versorgung mit Sehhilfen nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB vorliegen (also zum Zeitpunkt der Visusbestimmung) die mit der Versorgung doch erst angestrebte Korrektur des Sehfehlers hinzugedacht werden muss, bzw. diese erst angestrebte Korrektur ausschließlich zur Visusbestimmung anzuwenden ist („*bei bestmöglicher Korrektur*“).

Gerade bei schwer sehbehinderten Patienten mit Kontaktlinsenindikation kann dies dann zu der absurden Situation führen, dass bei der Bestimmung ihrer Sehschärfe eine Kontaktlinsenversorgung zugedacht bzw. angewendet wird, mit der sie dann eine Sehschärfe von 1.0 erreichen könnten. Sie sind dann im Sinne der Genehmigungspraxis von Krankenkassen nicht sehbehindert genug, um noch einen Anspruch auf die Versorgung zu haben. Demgegenüber würde eventuell eine Brillenversorgung, die einen Ausgleich der Sehbehinderung nicht gewährleisten kann, genehmigt.

Diese Verwaltungs- und Genehmigungspraxis war bereits 2007 Thema im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags (vgl. Bericht vom 06.08.2007, S. 46, BT-Drs. 16/6270), nachdem ihn seit dem 1. Januar 2004 Petitionen von Menschen mit ausgeprägten Sehschädigungen erreichten, die von ihren Krankenkassen keine Kostenerstattung für Sehhilfen mehr erhalten. Auch für den Petitionsausschuss stellte sich die Sach- und Rechtslage so dar, dass eine Kostenübernahme nur erfolgt, wenn auch mit der bestmöglichen Korrektur nur ein geringes Sehvermögen hergestellt werden kann - mit der Folge, dass eine umfassende Teilhabe für diejenigen, die sich eine Sehhilfe selbst nicht leisten können, die mit einer bestmöglichen Korrektur erzielbare Sehschärfe fiktiv bleibt. Der Petitionsausschuss hielt dies für nicht hinnehmbar und daher auch eine Überprüfung der Hilfsmittel-Richtlinie für geboten.

Mit der Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie, welche eine Überarbeitung des Kapitels Sehhilfen umfasste und zum 06.02.2009 in Kraft getreten ist, wurde u.a. § 12 Abs. 1 2. Spiegelstrich S. 3 HilfsM-RL ergänzt. Danach hat im Hinblick auf die Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die *„Sehschärfebestimmung (..) beidseits mit bester Korrektur mit Brillengläsern oder möglichen Kontaktlinsen zu erfolgen“*. Als Begründung hierfür wurde in den Tragenden Gründen festgehalten: *„Dieser Hinweis dient der Präzisierung und Erläuterung des Ablaufes der Visuserhebung, da es in der Praxis zu Umsetzungsproblemen gekommen ist.“*

Doch anstatt die vom Petitionsausschuss angesprochenen Probleme zu beheben, wurde die Praxis, dass bei der Visusbestimmung das erst später zu verordnende Hilfsmittel bereits benutzt werden muss, weiter zementiert.

Nach Auffassung der Patientenvertretung muss der G-BA bei der Konkretisierung des § 33 Abs. 2 SGB V hinsichtlich der Konkretisierung der Klassifikation der WHO seinen Gestaltungsspielraum nutzen, um der Zielsetzung des Gesetzgebers gerecht zu werden. Die Patienten müssen in der Versorgungspraxis eine angemessene und sachgerechte Versorgungsmöglichkeit erhalten.

Die WHO Klassifikation ist in den ICD-10 Klassifikationen (H54.-) enthalten. Darin heißt es:

*„Zur Bestimmung der Sehbeeinträchtigung für die Schlüsselnummern H54.0 bis H54.3 sollte die Sehschärfe binokular und mit ggf. vorhandener Korrektur (Brille oder Kontaktlinse) gemessen werden. Zur Bestimmung der Sehbeeinträchtigung für die Schlüsselnummern H54.4 bis H54.6 sollte die Sehschärfe monokular und mit ggf. vorhandener Korrektur (Brille oder Kontaktlinse) gemessen werden.“*

Die Einteilung der unterschiedlichen Stufen einer Sehbeeinträchtigung ist sodann in der Deutschen Fassung (German Modification) überschrieben mit *„Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur (in Ferne)“*. In der Originalfassung der WHO heißt es dort: *„Vorhandene Sehschärfe in Ferne“*. Die Unterschiede zwischen Originalfassung und GM-Fassung können jedoch unbeachtlich sein, wenn man berücksichtigt, dass es sich bei der WHO-Klassifikation der Sehbeeinträchtigung nicht um eine Diagnose-Richtlinie handelt. Ihr Ziel kann nur sein, eine Definition von Sehbehinderung anzubieten, die international – bei sehr heterogener Versorgung mit Hilfsmitteln (!) – Verwendung finden kann.

Hieraus kann geschlossen werden, dass dem G-BA bei der Umsetzung von § 33 Abs. 2 SGB V ein Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Frage eröffnet ist, ob die Messung einer Sehbeeinträchtigung anhand einer (vorhandenen/bestmöglichen) Brille oder Kontaktlinse gemessen wird oder auch ohne.

Bei der Ausfüllung seines Gestaltungsspielraums muss der G-BA die verfassungsrechtlichen und einfachgesetzlichen Zielsetzungen des SGB V zugrunde legen und kann nicht nur am Wortlaut einer internationalen Klassifikation festhaften. Leistungen einschließlich Hilfsmittel nach dem SGB V müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V), Behinderungen ausgleichen und ihre Folgen mildern (§§ 11 Abs. 2, 33 Abs. 1 SGB V) und so dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern (§ 1 Abs. 1 SGB I). Bei der Auslegung der sozialen Rechte des Sozialgesetzbuchs ist sicher-

zustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden (§ 2 Abs. 2 SGB I).

Der Gestaltungsspielraum des G-BA kann aber jedenfalls dann nicht mehr gewahrt sein, wenn seine Festlegungen in der Richtlinie praktisch dazu führen, dass hochgradig sehbehinderte Versicherte ohne adäquate Hilfsmittelversorgung verbleiben und die Regelung des § 33 Abs. 3 SGB V iVm. § 15 HilfsM-RL, wonach Versicherte nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen Anspruch auf Kontaktlinsen haben, für diesen Personenkreis ins Leere läuft.

Aus den Gesetzesmaterialien geht nicht hervor, dass der Gesetzgeber beabsichtigt hat, dass Versicherte mit einer Kontaktlinsenindikation nicht optimal mit einer Sehhilfe versorgt werden sollen und in Kauf nehmen müssen, nur maximal eine Sehschärfe von 0,3 erreichen zu dürfen. Dies würde dem Ziel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs mit dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs zuwiderlaufen und zu einer massiven Ungleichbehandlung zwischen unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Behinderungen führen. (vgl. nur Urteil des BSG vom 17.12.2009, B KR 20/08R, zum unmittelbaren Behinderungsausgleich durch Hörgeräte mit dem Ziel der bestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder).

Ein solches Resultat muss zudem verfassungsrechtlichen Bedenken (Art. 1 Abs. 1 S. 1, Art. 2 Abs. 1 S. 1 und Art. 3 Abs.1, Abs. 3 GG, aber auch einfachrechtlichen Bedenken (siehe zuvor sowie UN-BRK, §§ 2a, 92 Abs. 1 S. 1 SGB V) begegnen.

Nach Auffassung der Patientenvertretung muss für die Bestimmung einer Sehbehinderung maßgeblich sein, welche Sehschärfe ein Versicherter ohne Korrektur erreichen kann. Lediglich für die Ermittlung des Bedarfsumfangs muss die bestmögliche Versorgung mit Brille oder Kontaktlinse herangezogen werden.