



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Vorab per Fax: 030 27 58 38 10 5

Andreas Brandhorst
Referatsleiter 228

HAUSANSCHRIFT	Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT	11055 Berlin
TEL	+49 (0)30 18 441-2383
FAX	+49 (0)30 18 441-4665
E-MAIL	andreas.brandhorst@bmg.bund.de
INTERNET	www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 23. August 2017
AZ 228-21432-02

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Juli 2017 über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Sehhilfen für Erwachsene

Sehr geehrte Damen und Herren,

hinsichtlich des von Ihnen vorgelegten o. a. Beschlusses vom 20. Juli 2017 ergibt sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung nach § 94 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nachfolgend dargestellter Erläuterungsbedarf, zu welchem ich Sie um ergänzende Stellungnahmen bitte.

1. In § 12 Absatz 3 der mit o. a. Beschluss geänderten Hilfsmittelrichtlinie ist für Folgeversorgungen der im HHVG definierten Versichertengruppe mit hohem Refraktionsfehler der Arztvorbehalt festgelegt. Dies wird in den „Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Sehhilfen für Erwachsene“ damit begründet, dass hier regelhaft eine neue medizinisch begründete Therapieentscheidung notwendig sei und ernsthafte Augenkrankheiten, wie etwa CNV oder eine Netzhautablösung, frühzeitig behandelt werden müssten, um schwere irreversible Sehschäden zu verhindern (S. 3, 4 der Tragenden Gründe). Eine Pflicht des Versicherten zur regelmäßigen augenärztlichen Untersuchung in geringen Zeitabständen besteht aber nicht. Es liegt in der Hand des Versicherten einzuschätzen, wann er eine neue Sehhilfe benötigt und zu deren Beantragung einen Augenarzt aufsucht. Zwischen den einzelnen augenärztlichen Untersuchungen können also größere Zeitabstände liegen. Inwieweit ist vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit einer augenärztlichen Verordnung für Folgeversorgungen zweckmäßig und medizinisch geboten, um eine Früherkennung von Augenkrankheiten zu gewährleisten und ernsthafte Augenkrankheiten frühzeitig behandeln zu können?

2. Die Versichertengruppe mit hohem Refraktionsfehler benötigte bisher keine augenärztliche Verordnung, um sich eine Sehhilfe beschaffen zu können. Sie konnten ihre Sehstärke auch vom Augenoptiker bestimmen lassen und dann eine Brille in ihrer entsprechenden Sehstärke auf eigene Kosten erwerben. Ist bekannt, ob es aufgrund dieser bisherigen Praxis bei dieser Versichertengruppe im Gegensatz zur Versichertengruppe mit einer schweren Sehbeeinträchtigung von mindestens der Stufe 1, die bisher einen Leistungsanspruch auf Brillengläser hatte, vermehrt zu ernsthaften Augenerkrankungen gekommen ist, die nicht frühzeitig erkannt wurden aber vermeidbar gewesen wären und es deswegen zu irreversiblen Sehschäden gekommen ist?
3. Bisher war für Kinder und Jugendliche zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr bei Folgeversorgungen keine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Dies betraf auch Fälle mit Fehlsichtigkeit von mehr als 6 dpt. Nach der Änderung der Hilfsmittelrichtlinie benötigt auch diese Versichertengruppe eine vertragsärztliche Verordnung für Folgeversorgungen. Eine Begründung in den Tragenden Gründen fehlt. Aus welchen Gründen ist hier nun eine vertragsärztliche Verordnung notwendig? Gab es Beschwerden über eine unzulängliche Versorgung der Versicherten in diesen Fällen?
4. Durch das HHVG fällt die Versichertengruppe, die bisher in die Ausnahmeregelung für einen Leistungsanspruch für Brillengläser fiel, weiterhin unter diese Regelung und ist nun in § 33 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V aufgeführt. Wie bisher fallen volljährige Versicherte mit einer „schweren Sehbeeinträchtigung“ von mindestens Stufe 1 unter diese Regelung. In der Änderung der Hilfsmittelrichtlinie wurde dieser Wortlaut geändert. In § 12 Absatz 1 zweiter Spiegelstrich der geänderten Hilfsmittelrichtlinie wird diese Sehbeeinträchtigung nun als „mittelschwer“ bezeichnet. Wieso kam es zu dieser begrifflichen Änderung?
5. Nach § 33 Absatz 5a SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Leistungen nur erforderlich, soweit dies medizinisch geboten ist. Demnach soll die vertragsärztliche Verordnung einen Ausnahmefall darstellen. § 12 Absatz 3 HilfsM-RL geht aber von einem Grundsatz der ärztlichen Verordnungsbedürftigkeit von Sehhilfen aus und sieht hiervon Ausnahmen vor, von denen es wiederum drei Rückausnahmen gibt (Regel-Ausnahme-Verhältnis). Inwiefern hält der Gemeinsame Bundesausschuss diese Regelungssystematik in § 12 Absatz 3 HilfsM-RL mit § 33 Absatz 5a SGB V für vereinbar?

Ich weise darauf hin, dass nach § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Lauf der Beanstandungsfrist bis zum Eingang Ihrer Auskünfte unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag