



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Veranlasste Leistungen

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen



Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCA

Datum:
30. November 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 328
Herrn Andreas Brandhorst
11055 Berlin

Beschluss des G-BA vom 20. Juli 2017 über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene Ihr Schreiben vom 23. August 2017

Sehr geehrter Herr Brandhorst,

im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung nach § 94 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Sie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) um eine ergänzende Stellungnahme gebeten. Zu dem von Ihnen dargestellten Erläuterungsbedarf hinsichtlich des vorgelegten Beschlusses vom 20. Juli 2017 nehme ich in meiner Funktion als Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen wie folgt Stellung. Da Frage 5 für die Beantwortung anderer Fragen relevant ist, wird diese zuerst beantwortet:

Zu Frage 5:

Bei der Umsetzung der durch das HHVG neu eingeführten Vorgaben in § 33 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2, 1. Halbsatz SGB V in der Hilfsmittel-Richtlinie hat sich der GBA maßgeblich von folgenden Gesichtspunkten leiten lassen:

- Konformität mit allen relevanten gesetzlichen Bestimmungen,
- Umsetzung dieser neuen Anforderungen mit möglichst geringen Änderungen am Normtext der bestehenden Hilfsmittel-Richtlinie.

Die Regelung des § 12 Absatz 3 der Hilfsmittel-Richtlinie steht aus Sicht des G-BA nicht im Widerspruch zu dem gesetzlich vorgegebenen Regel-Ausnahme-Verhältnis (§ 33 Absatz 5a SGB V). Vielmehr ist § 12 Absatz 3 der Hilfsmittel-Richtlinie Ausdruck desselben und steht daher mit § 33 Absatz 5a SGB V im Einklang.

Darüber hinaus sei auf folgenden Umstand hingewiesen: Der Gesetzgeber hat ein Regel-Ausnahme-Verhältnis speziell für die Sehhilfenversorgung festgelegt. Nach dieser ist die Brillenversorgung grundsätzlich weder Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung noch verordnungspflichtig, mit Ausnahme der gesetzlich festgelegten Indikationsgebiete gemäß § 33 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB V sowie der gesetzlich festgelegten sonstigen engen, medizinisch gebotenen Ausnahmen (§ 33 Absatz 5a SGB V), bei denen der G-BA die

Indikationen konkretisiert. Dies bedeutet, dass der Gesetzgeber mit § 33 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB V selbst Ausnahmen definiert hat, für die im speziellen Fall die Ausnahmeregelung gemäß § 33 Absatz 5a SGB V, wonach eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist, vollumfänglich zutrifft. Dieser Umstand ist nicht zufällig, sondern liegt in den medizinischen Besonderheiten der in § 33 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB V bestimmten Indikationsgebiete bzw. Versichertengruppen begründet. Mit der Neuregelung wird kein ärztlicher Verordnungsvorbehalt für die sehr große Gruppe der erwachsenen Versicherten mit geringgradigen Sehfehlern eingeführt, sondern nur für die jetzt in die Erstattungsfähigkeit aufgenommene Versichertengruppe mit hochgradigen Sehfehlern, die nur 3% umfasst. Diese stellt aufgrund der in den Tragenden Gründen dargelegten Gefahr einer potentiellen Fehlversorgung damit schon eine Ausnahme dar.

Zu Fragen 1 und 2:

Mit der vom G-BA beschlossenen Regelung wird keine regelmäßige augenärztliche Untersuchung eingeführt, sondern nur eine anlassbezogene Untersuchung zur Therapieentscheidung vorgesehen. Diese benötigt, wie in den Tragenden Gründen dargelegt, eine augenärztliche Untersuchung mit morphologischer Befundung und Stellung der aktuell vorliegenden Diagnosen, da die Unterscheidung von therapiebedürftigen und nicht therapiebedürftigen Zuständen anders nicht getroffen werden kann. Wie in den Tragenden Gründen dargelegt, ist die Wahrscheinlichkeit einer therapiebedürftigen Augenveränderung in dem von der gesetzlichen Ausnahme umfassten Indikationsgebiet um ein Vielfaches erhöht.

Grundlage für den G-BA ist die medizinische Gebotenheit zur Vermeidung von Folgeschäden. Auf eine systematische Erfassung vermeidbarer Sehschäden im Zusammenhang mit der Sehhilfen-Versorgung kommt es hier nicht an.

Zu Frage 3:

Auch für Jugendliche von 14 bis 17 Jahren haben sich die möglichen Therapieoptionen zur Behandlung von Augenerkrankungen seit Inkrafttreten der bis dato geltenden Regelung deutlich erweitert (z.B. intravitreale Medikamentengabe bei myoper chorioidaler Neovaskularisation (CNV)). Somit ist auch hier bei einer Folgeverordnung eine augenärztliche Untersuchung mit morphologischer Befundung indiziert, um ggf. eine neue Therapieentscheidung treffen zu können.

Obwohl die Prävalenz von hochgradigen Sehfehlern bei Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren im Vergleich zu Erwachsenen noch deutlich geringer als 3 % ist, unterliegen Jugendliche den gleichen Risikofaktoren wie Erwachsene (siehe hierzu Tragende Gründe unter „Begründung der Änderungen in § 12 Absatz 3, 1. Spiegelstrich insgesamt“). Somit ist es nur folgerichtig, auch Jugendliche in die Regelung zur ärztlich verordneten Folgeversorgung einzubeziehen.

Demgegenüber wäre es nicht sachgerecht gewesen, nur Jugendliche von 14 bis 17 Jahren mit hochgradigen Sehfehlern vom ärztlichen Verordnungsvorbehalt auszuschließen.

Zu Frage 4:

Die seit 2004 vorgenommenen Änderungen im ICD-10 international und im ICD-10-GM (German Modification) wurden hiermit berücksichtigt.

Der Gesetzgeber hat durch das HHVG, das am 11.04.2017 in Kraft getreten ist, den § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V wie folgt gefasst:

„Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie

- 1. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (...)*

aufweisen;“

Diesem Bezug auf Stufe 1 ICD-10-GM 2017 wurde in der Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie Rechnung getragen, indem die im ICD-10-GM 2017 aufgeführte Einordnung der Stufe 1, nämlich als *„mittelschwere Sehbeeinträchtigung“*, übernommen wurde. In der praktischen Umsetzung ändert sich hinsichtlich des relevanten Visuswertes in der Ferne, nämlich Visus maximal 0,3, der die Grenze für eine Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen zu Lasten der GKV bei in der korrigierten Sehschärfe beeinträchtigten Versicherten darstellt, nichts zu den vorhergehenden Regelungen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben weitergeholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Josef Hecken
Vorsitzender des Unterausschusses
Veranlasste Leistungen