

# Anlage



## **der Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene**

Stand: 22. Mai 2019

### **Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen**

*Stellungnahme der Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdöR*

*Stellungnahme der Bundesärztekammer*

*Stellungnahme des Zentralverbands der Augenoptiker und Optometristen*

**Stellungnahme über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene**

<b>Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR</b>	
<b>26.03.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungs-vorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Der beabsichtigten Änderung des § 12 Abs. 3 Sätze 4, 5 HilfsM-RL (Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe - Folgeverordnung) kann nicht in vollem Umfang zugestimmt werden.</p> <p>Auch die geplante Neufassung erweitert die Fälle, in denen eine ärztliche Verordnung für eine Folgeversorgung mit einer Sehhilfe notwendig ist.</p> <p>Bislang mussten die „Gefahr einer Erkrankung des Auges aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe seit der letzten ärztlichen Verordnung“ und „die schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Absatz 1 zweiter Spiegelstrich“ kumulativ vorliegen, um eine ärztliche Folgeverordnung notwendig zu machen.</p> <p>Die beabsichtigte Änderung sieht nunmehr jedoch vor, dass allein „die schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Absatz 1 zweiter Spiegelstrich“ gegeben sein muss, um die Notwendigkeit einer ärztlichen Folgeverordnung zu begründen.</p> <p>Die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei der Folgeversorgung wird damit auch in der geplanten Neufassung weiterhin ausgeweitet.</p>	<p><u>1.) Keine Regelungskompetenz des G-BA zur Konkretisierung der Verordnungsnotwendigkeit aus § 33 Abs. 5a SGB V im Rahmen der HilfsM-RL</u></p> <p>Zwar begrüßen wir den Beschlussentwurf vom 27.02.2019 dahingehend, als § 12 Abs. 3 Satz 4 HilfsM-RL bezüglich der Folgeverordnung nunmehr den Wortlaut des § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V abbildet, so dass in Übereinstimmung mit dem Gesetzeswortlaut eine vertragsärztliche Folgeverordnung nur noch notwendig ist, soweit eine „erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist“.</p> <p>Im Übrigen geht jedoch auch die geplante Anpassung des § 12 Abs. 3 HilfsM-RL weiterhin über den Wortlaut des SGB V hinaus, indem sie die Regelung des § 33 Abs. 5a SGB V weiter konkretisiert.</p> <p>So soll nunmehr die erstmalige Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe zu Lasten der GKV eine Verordnung durch einen Facharzt für Augenheilkunde voraussetzen, da „eine Abklärung der Ursache des Sehfehlers vor einer Erstversorgung medizinisch geboten ist“.</p> <p>Zudem trifft die beabsichtigte Regelung auch weiterhin Aussagen zu der Frage, in welchen konkreten Fällen bei Folgeversorgungen eine Verordnungs-pflicht besteht.</p> <p>Zur Frage der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bzw. der entsprechenden Konkretisierung einer ärztlichen Verordnungsnotwendigkeit trifft bereits das SGB V eindeutige Aussagen. Die Regelungen des SGB V können durch die HilfsM-RL nicht übergangen bzw. konkretisiert werden. Insofern fehlt es an einer ausdrücklichen Regelungskompetenz des G-BA. Die Auffassung des G-BA in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 20.07.2017, wonach eine ausdrückliche Kompetenzzuweisung an den G-BA nicht erforderlich ist (Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der HilfsM-RL: Sehhilfen für Erwachsene, S.22), teilen wir nicht.</p> <p>Der Arztvorbehalt des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt im Hilfsmittelbereich nicht, sodass das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf</p>

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdöR**

**26.03.2019**

Diese Ausweitung halten wir mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.

eine Sehhilfe – nicht ausschließt (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Urt. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Urt. v. 28.06.2001, BSGE 88, 204, Urt. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10).

Auch die Regelung des § 33 Abs. 5a SGB V ändert daran nichts. Vielmehr wurde im Rahmen der Einführung des § 33 Abs. 5a SGB V durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ausdrücklich die oben zitierte Rechtsprechung des BSG aufgegriffen und klargestellt, dass eine vertragsärztliche Verordnung im Hilfsmittelbereich nicht generell erforderlich ist (BT-Drs. 17/10170, S. 25). Der Gesetzgeber brachte dies in § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V dadurch zum Ausdruck, dass eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, „soweit“ eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Durch das Wort „soweit“ wird klargestellt, dass nicht jede Hilfsmittelversorgung – unabhängig davon, ob Erst- oder Folgeversorgung – einer vorhergehenden ärztlichen Verordnung bedarf.

Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch eine generelle ärztliche Verordnungsfreiheit keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt für Augenheilkunde bei Problemen mit dem Sehvermögen aufzusuchen.

Im Übrigen obliegt es den Verträgen gem. § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Optikern und den Krankenkassen, das Nähere zu der Frage zu regeln, in welchen Fällen eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Das entspricht dem gesetzgeberischen Konzept der Hilfsmittelversorgung und der Rechtsprechung des BSG.

§ 33 Abs. 5a SGB V weist die Kompetenz zu bestimmen, in welchen Fällen eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, schon nicht dem G-BA im Rahmen der HilfsM-RL zu. Anders ist es bspw. in § 33 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 2 SGB V. Dort hat der G-BA in Richtlinien nach § 92 SGB V zu bestimmen, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen bzw. Kontaktlinsen verordnet werden. Insbesondere § 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V, der den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme zu verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelverordnung verzichtet haben, zeigt deutlich, dass hier das Letztentscheidungsrecht bei den Krankenkassen liegt. Letzteres ist vollständig gerichtlich überprüfbar.

Zum Letztentscheidungsrecht der Krankenkassen in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung hat sich das BSG geäußert. Demgemäß urteilte das BSG am 10. März 2011 (Az.: B 3 KR 9/10 R, Rn. 10) wie folgt:

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

*„Der Versorgungsanspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht weder allein aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung (...) des Barcodelesegerätes Typ (...) noch – wie die Vorinstanzen zu Recht angenommen haben – aufgrund der Auflistung dieses Gerätes im H MV (...). Den Krankenkassen steht vielmehr ein eigenes Entscheidungsrecht zu, ob ein Hilfsmittel nach Maßgabe des § 33 SGB V zur medizinischen Rehabilitation, also zur Sicherung des Erfolges der Krankenhausbehandlung, zur Vorbeugung gegen eine drohende Behinderung oder zum Ausgleich einer bestehenden Behinderung, im Einzelfall erforderlich ist; dabei können die Krankenkassen zur Klärung medizinisch-therapeutischer Fragen den medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 3 SGB V einschalten (...).“*

Im Ergebnis kann der G-BA mangels Kompetenz keine Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V vornehmen. Entsprechende Konkretisierungen der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelverordnung sind den Krankenkassen – ggf. in den Verträgen mit den Leistungserbringern – als Entscheidungsträger der Hilfsmittelversorgung zugewiesen.

2.) Weiterer Fortgang der Stellungnahme

Trotz der vorstehend geäußerten Bedenken zur generellen Regelungskompetenz des G-BA bezüglich der geplanten Anpassung des § 12 Abs. 3 HilfsM-RL werden nachfolgend die Darstellungen von GKV-SV sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung (PatV) in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf vom 27.02.2019 (Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20.07.2017 zur Änderung der HilfsM-RL: Sehhilfen für Erwachsene, S. 4 ff.) bewertet.

a) Vorschlag des GKV-SV zu § 12 Abs. 3 HilfsM-RL

Der Beschlussentwurf vom 27.02.2019 sieht in § 12 Abs. 3 HilfsM-RL nunmehr die grundsätzliche Verordnungsfreiheit der Folgeversorgung bei Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe zu Lasten der GKV vor und erfüllt damit die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seiner Beanstandung vom 04.01.2018 vorgegebenen Anforderungen zum gesetzlichen Regel-Ausnahme-Verhältnis, wonach eine Verordnung für Hilfsmittel nicht generell erforderlich sein soll.

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

Darüber hinaus definiert der Beschlussentwurf vom 27.02.2019 für § 12 Abs. 3 HilfsM-RL aber weiterhin Beispielsfälle, in denen eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung für die Folgeversorgung medizinisch geboten sein soll: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres sowie die Versorgung von Versicherten, die auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen entsprechend § 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich.

Diese beiden Fälle der Verordnungspflicht im Rahmen der Folgeversorgung enthielt auch die ehemals geplante Fassung nach dem Beschluss vom 20.07.2017. In dieser Fassung war eine Folgeverordnung aber zudem verpflichtend vorgesehen, wenn „aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe oder des Korrekturbedarfs seit der letzten Verordnung die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht“ oder wenn „ein Refraktionsfehler nach Abs. 1 dritter Spiegelstrich vorliegt“.

Zur geplanten Streichung dieser beiden Beispielsfälle hat der GKV-Spitzenverband in den Tragenden Gründen zur Beschlussänderung (Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20.07.2017 zur Änderung der HilfsM-RL: Sehhilfen für Erwachsene, S. 8 f.) herausgestellt, dass bei einer Folgeversorgung im Zusammenhang mit Refraktionsfehlern nach § 12 Abs. 1 dritter Spiegelstrich HilfsM-RL (Myopie/Hyperopie/Astigmatismus) eine ärztliche Verordnung nicht aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist. Zwar sei der Anspruch auf Sehhilfen bei Myopie, Hyperopie oder Astigmatismus leistungsrechtlich in § 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ausdrücklich normiert. Allerdings lasse sich aus dieser Regelung keine Verordnungspflicht für die Folgeversorgung herleiten, „da die leistungsrechtliche Anspruchsgrundlage gemäß § 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V keinen Bezug zu einer ärztlichen Diagnose oder medizinisch gebotenen Therapieentscheidung im Sinne des § 33 Abs. 5a SGB V erkennen lässt“.

Diese Ausführungen sind zutreffend. Es ist nicht ersichtlich, warum bei Refraktionsfehlern nach § 12 Abs. 1 dritter Spiegelstrich HilfsM-RL (Myopie/Hyperopie/Astigmatismus) eine ärztliche Verordnung mehrfach – also bei Folgeversorgungen erneut – erfolgen muss. Die Stellungnahme der KBV zum Entwurf des Beschlusses vom 20.07.2017 (Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der HilfsM RL: Sehhilfen für Erwachsene, S. 3f.), wonach der Gesetzgeber mit seiner Formulierung in § 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V „einen verordneten Fernkorrekturausgleich“ klar geregelt habe, dass eine ärztliche Verordnung die Grundlage für den Anspruch auf die Sehhilfe sei, ist falsch.

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

Anders als die KBV vorträgt, ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Sehhilfenversorgung von Patienten mit Refraktionsfehlern nach § 12 Abs. 1 dritter Spiegelstrich HilfsM-RL (Myopie/Hyperopie/Astigmatismus) auch bei einer Folgeversorgung die Notwendigkeit der augenärztlichen Verordnung gegeben sein soll.

Der GKV-SV stellt zudem zutreffend fest, dass auch bei Vorliegen des Risikos einer Verschlimmerung der Augenerkrankung keine Verordnungspflicht für die Folgeversorgung zur Abwendung einer Verschlimmerung notwendig ist. Denn der verordnende Arzt könne den Patienten bereits im Rahmen der Erstverordnung auf dieses Risiko sowie darauf hinweisen, dass der Patient den Augenarzt jederzeit konsultieren kann.

Diesen Ausführungen des GKV-SV ist zu folgen. Eine grundsätzliche Verpflichtung zur Einholung einer ärztlichen Verordnung – also auch einer Folgeverordnung – bei einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe oder des Korrekturbedarfs sowie beim Fernkorrekturausgleich würde daher nicht nur ohne Kompetenz des G-BA beschlossen. Sie führt auch zu keiner (Qualitäts-)Verbesserung der Versichertenversorgung, da es auf der tatsächlichen Ebene schon keine Probleme zu lösen gibt.

Die nach dem Beschlussentwurf vom 27.02.2019 vorgesehene Streichung der Pflicht zur Folgeverordnung bei Refraktionsfehlern nach § 12 Abs. 1 dritter Spiegelstrich HilfsM-RL halten wir damit in Übereinstimmung mit dem GKV-SV ebenso für richtig wie die Streichung der Pflicht zur Folgeverordnung bei einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe oder des Korrekturbedarfs, wie sie noch im Beschluss vom 20.07.2017 enthalten war.

Allerdings halten wir darüber hinaus auch die im Beschlussentwurf vom 27.02.2019 vorgesehene Folgeverordnungspflicht für die Versorgung von Versicherten, die auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 entsprechend § 12 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich HilfsM-RL aufweisen, für mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.

Zwar war dies auch in der bisherigen HilfsM-RL in ähnlicher Form geregelt. Allerdings mussten in der bisherigen Form die „Gefahr einer Erkrankung des Auges aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe seit der letzten ärztlichen Verordnung“ und „die schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Absatz 1 zweiter Spiegelstrich“ kumulativ vorliegen, um eine ärztliche Folgeverordnung notwendig zu machen. Die beabsichtigte Änderung sieht nunmehr jedoch vor, dass allein „die schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Absatz 1 zweiter Spiegelstrich“ gegeben sein muss, um die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung zu begründen.

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

Die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei der Folgeversorgung wird damit auch in der geplanten Neufassung weiterhin ausgeweitet.

Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der fehlenden Regelungskompetenz des G-BA halten wir diese Ausweitung der Pflicht zur Einholung einer ärztlichen Verordnung bei der Folgeversorgung für grundlegend falsch.

Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch eine grundsätzliche ärztliche Verordnungsfreiheit keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt bei Problemen mit dem Sehorgan aufzusuchen.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass eine Einschränkung der Verordnungsfreiheit im Ergebnis dazu führt, dass die Hilfsmittelversorgung durch die tatsächlichen Gegebenheiten zeitlich unnötig verzögert wird. So müssen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gerade bei Augenärzten lange auf einen Termin warten. Hieran haben auch die 2016 eingerichteten Terminservicestellen wenig geändert. Dass diese Wartezeiten bei einer Folgeversorgung mit Sehhilfen kürzer sein sollen als bei einer Erstversorgung, ist nicht erkennbar. Denn bei dem genannten Fall der ärztlichen Verordnungspflicht für Folgeversorgungen (schwere Sehbeeinträchtigung) ist nicht ersichtlich, dass hier keine vollständigen Untersuchungen erfolgen. Folgeversorgungspatienten dürften daher nicht schneller einen Termin bekommen, als Erstversorgungspatienten. Nach einer Untersuchung von TNS-Infratest Media Research im Auftrag des DOZ-Verlag - Optische Fachveröffentlichung GmbH im April 2012 lag die durchschnittliche Wartezeit für eine erste Untersuchung im Durchschnitt bei 46 Tagen, für Folgetermine dagegen sogar bei 65 Tagen.

Des Weiteren ist zu beachten, dass es eine sog. „regionale Landflucht“ von Ärzten, auch aus demographischen Gründen, gibt. Vermehrt wird darüber berichtet, dass es in bestimmten Gegenden keinen Arzt (schon gar keinen Facharzt) mehr gibt.

All dies zeigt, dass eine zeit- und wohnortnahe Versorgung der Versicherten – hier mit Sehhilfen – nicht mit Zugangshürden versehen werden sollte, die zum einen gerade im ländlichen Räumen kaum mehr zu überwinden sein werden und zum anderen keine Versorgungsprobleme lösen. Die Schwierigkeiten einer zeitnahen Terminvergabe und das ländliche Versorgungsdefizit können bei einer ärztlichen Verordnungspflicht sonst im Extremfall sogar dazu führen, dass stark sehbeeinträchtigte Arbeitnehmer ohne das erforderliche Hilfsmittel bis zur Ausstellung der ärztlichen Verordnung ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen können und damit vorübergehend arbeitsunfähig wären.

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

Eine Ausweitung der ärztlichen Verordnungspflicht bei der Folgeversorgung sollte daher nicht erfolgen. Bereits die bisherige Regelung des § 12 Abs. 3 HilfsM-RL überschreitet die Regelungskompetenz des G-BA.

Auch das BSG stellte bereits 1973 (Urt. v. 18.9.1973 – Az. 6 RKa 2/72) fest, dass die bloße Möglichkeit, dass anlässlich einer Brillenverordnung eine - bisher unerkannte - Augenkrankheit entdeckt wird, noch keine Verpflichtung der Krankenkasse begründen könne, ihre Versicherten anlässlich einer Brillen-Ersatzbeschaffung einer von diesen nicht gewollten Augenuntersuchung zu unterwerfen. Damit ist auch nach Auffassung des BSG eine ärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen für Sehhilfen grundsätzlich nicht erforderlich. Insbesondere lässt sich diese Notwendigkeit nicht dadurch rechtfertigen, dass gegebenenfalls eine Erkrankung „entdeckt“ werden könnte. Denn diese Entdeckung kann bei Gesunden ebenso wie bei bereits Erkrankten erfolgen und steht nicht wesentlich im Kausalzusammenhang mit einer Vorerkrankung. Zudem dient eine Verordnungspflicht nicht der Prävention, sondern allein der Notwendigkeit einer Therapieentscheidung.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die Versicherten selbstverständlich die Entscheidungsfreiheit haben, einen Facharzt im Vorfeld jeder Versorgung, also selbstverständlich auch einer Folgeversorgung zu konsultieren.

Auf der tatsächlichen Ebene ist demnach festzuhalten, dass im etablierten System zur Versorgung von fehlsichtigen Versicherten – erstens – keine Probleme wie etwa unbehandelte augenärztlich relevante Erkrankungen bestehen und – zweitens – Augen-Ärzte bzw. andere Fachärzte heute schon überall dort, wo es medizinisch geboten und/oder vom Versicherten gewünscht ist, in die Versorgung und Betreuung, z.B. bei den Kindern und Jugendlichen, eingebunden sind.

Schon im Urteil vom 20. Januar 1966 (Az. I C 73/64) stellte das BVerwG klar, dass eine Handlung, die seit Jahrzehnten durch die überwiegende Mehrzahl eines Gesundheitshandwerks bei seinen Kunden ständig praktiziert worden ist und bisher zu keinerlei nachweisbaren Gesundheitsschäden geführt hat, keine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellt.

Nach der Rechtsprechung des BSG findet im Bereich der Hilfsmittel – im Unterschied zum Heilmittelbereich – der Ärztevorbehalt des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urt. v. 28.6.2001, Az. B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG Urt. v. 16.4.1998, Az. B 3 KR 9/97 R).

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdöR**

**26.03.2019**

Wie bereits ausgeführt schließt das Fehlen einer ärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf eine Seehilfe – nicht aus (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Ur. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Ur. v. 28.6.2001, BSGE 88, 204, Ur. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Ur. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10).

Deshalb halten wir die beabsichtigte Regelung, wonach die Folgeversorgung mit Seehilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in dem genannten Fall eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.

b) Vorschlag der KBV/PatV zu § 12 Abs. 3 HilfsM-RL

Wir verweisen zunächst auf unsere oben genannten grundlegenden rechtlichen Ausführungen zum Arztvorbehalt.

Sofern die KBV vorträgt, der Kreis der Anspruchsberechtigten, für die ausnahmsweise ein Verordnungsvorbehalt besteht, werde wie im Beschluss vom 20.07.2017 beibehalten, da jeweils eine neue Therapieentscheidung darüber geboten ist, ob aufgrund der Änderung der Befunde eine neue Seehilfenversorgung zweckmäßig oder eine andere Therapie zu wählen ist, muss dieser Interpretation widersprochen werden.

Denn diese Interpretation der KBV führt im Ergebnis dazu, dass so gut wie jede Folgeversorgung dem Arztvorbehalt unterläge. Dies entspricht aber nicht dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers in § 33 Abs. 5a SGB V, wonach eine ärztliche Verordnung nur in Ausnahmefällen erforderlich ist, welche wiederum nur bei medizinischer Gebotenheit gegeben sein sollen. Genau auf diesen gesetzgeberischen Willen hat jedoch das BMG in seiner Beanstandung vom 04.01.2018 hingewiesen. Daher führt der G-BA nunmehr in den Tragenden Gründen aus:

*„Absatz 3 in § 12 wurde in seiner Formulierung an die vom Gesetzgeber in § 33 Absatz 5a SGB V vorgegebene Regelungssystematik angepasst. Seit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012 ist in § 33 Absatz 5a SGB V geregelt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Formulierung in § 12 Absatz 3 der Richtlinie widersprach diesem gesetzlich vorgesehenen Regel-Ausnahme-Verhältnis bisher. Daher war auch der Aufbau der Norm umzugestalten, wonach vom Grund-*

**Bundesinnung der Hörakustiker (biha) KdÖR**

**26.03.2019**

*satz der verordnungsfreien Versorgung ausgehend nunmehr die Versichertengruppen definiert werden, für die ausnahmsweise ein Verordnungsvorbehalt besteht.“*

Die Interpretation der KBV ist offensichtlich geprägt von dem Wunsch einer häufigeren Konsultation der Versicherten beim Augenarzt. Das würde zwangsläufig zu einer Kostenausweitung durch augenärztliche Untersuchungen führen, ohne dass die Versicherten besser versorgt wären, da weder die regelmäßige Konsultation während des Versorgungszeitraumes, noch die erneute Konsultation bei der Folgeversorgung zur Verbesserung des Sehstatus beitragen kann. Gerade deshalb ist ja die dauerhafte Versorgung mit einer Sehhilfe das Mittel der Wahl bei dem Befund „Fehlsichtigkeit“.

Die Ausweitung auf eine – quasi durch die Hintertür – generelle ärztliche Folgeverordnungsspflicht widerspricht dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers.

Das SGB V (vgl. § 15) sieht einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Hilfsmittel nicht vor. Dies wurde in ständiger Rechtsprechung bestätigt. Die pathologische Klärung der Sehbehinderung und damit auch die Klärung, ob die Sehbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu behandeln ist, erfolgt bereits im Rahmen der – auch nach dem Beschlussentwurf vom 27.02.2019 weiterhin verpflichtenden – ärztlichen Erstverordnung. Dass zum Zeitpunkt der ärztlichen Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Sehbehinderung und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Sehhilfeträgern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Sehgesunden.

Dem Vortrag der KBV, wonach sich der Kreis der Anspruchsberechtigten nicht geändert habe, für die ausnahmsweise ein Verordnungsvorbehalt besteht, muss daher aus den bereits genannten Gründen widersprochen werden.



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine  
Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittel-  
Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene

Berlin, 27.03.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 27.03.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.07.2017 zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene aufgefordert.

### **Hintergrund der Änderung**

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)) vom 4. April 2017 wurde der Anspruch auf Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in § 33 Absatz 2 SGB V ausgeweitet. Durch die Gesetzesänderung ergab sich der Bedarf für eine Anpassung der Hilfsmittel-Richtlinie durch den G-BA. Der entsprechende Beschlussentwurf des G-BA vom 20.07.2017 wurde vom BMG mit Schreiben vom 04.01.2018 beanstandet. Als Grund hierfür wurden die Regelungen im Pflege neu ausrichtungsgesetz von Oktober 2012 angeführt, nach denen für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Versorgung nur in Ausnahmefällen erforderlich ist. Ein Verordnungserfordernis ist auf Fälle beschränkt, bei denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist.

Die vorgelegte Änderung des Beschlusses ist zwischen den Verhandlungspartnern weitestgehend konsentiert. Dissens besteht weiterhin bezüglich der Versichertengruppen, für die ausnahmsweise ein Verordnungsvorbehalt besteht. Während der GKV-SV in diese Gruppe lediglich Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres sowie Versicherte, die nach ICD 10 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen, eingruppiert möchte, fordern KBV und Patientenvertretung zusätzlich die Einbeziehung von Versicherten mit schwerer Sehbeeinträchtigung bei Myopie oder Hyperopie oder Astigmatismus (auf mindestens einem Auge einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von  $\geq 6,25$  Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder von  $\geq 4,25$  Dioptrien bei Astigmatismus).

### **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Grundsätzlich verweist die Bundesärztekammer auf ihre Stellungnahme vom 19.05.2017 zum Beschlussentwurf vom 26.04.2017.

Für den vorliegenden Beschlussentwurf schließt sich die Bundesärztekammer dem Regelungsvorschlag von KBV und Patientenvertretung sowie deren ausführlichen Erläuterungen in den Tragenden Gründen hierzu an.

Stellungnahme über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur  
 Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfen für Erwachsene

<b>Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen</b>	
<b>26. März 2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>1.</b>            Änderung der Ziffer I, 1. des            Beschlusses vom 27.            Februar 2019</p> <p><b>Vorschlag des GKV-SV,            der KBV und der PatV.</b></p> <p><u>Änderungsvorschlag ZVA:</u></p> <p>Wir schlagen vor, § 12 Abs.            2 der Hilfsmittelrichtlinie wie            folgt zu fassen:</p> <p><i>Die <b>erstmalige</b> Abgabe von            therapeutischen Sehhilfen zu            Lasten der gesetzlichen            Krankenversicherung setzt            eine Verordnung durch eine            Fachärztin oder einen            Facharzt für Augenheilkunde            auf der Grundlage einer            vorhergehenden ärztlichen            Diagnostik und            Therapieentscheidung            voraus. <b>Eine ärztliche            Verordnung bei            Folgeversorgungen von            therapeutischen Sehhilfen ist            notwendig, soweit eine            erneute ärztliche Diagnose            oder Therapieentscheidung            medizinisch geboten ist. Dies            gilt in den folgenden Fällen:</b>            ...</i></p>	<p>Ziffer I, 1. des vorliegenden Beschlusses widerspricht            § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V:</p> <p>Dort heißt es:</p> <p><i>„Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von            Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit            eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder            Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“</i></p> <p>Ausweislich des Wortlautes regelt diese Vorschrift auch die Fälle            der Versorgung der gesetzlich Versicherten mit therapeutischen            Sehhilfen. Dieser Versorgungsanspruch wird in § 33 Abs. 2 2.            Halbsatz, S. 3 SGB V geregelt – therapeutische Sehhilfen sind            mithin „Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4“ im Sinne des            § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V. Dort heißt es:</p> <p><i>„Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der            Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen            dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in            Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische            Sehhilfen verordnet werden.“</i></p> <p>In § 17 der Hilfsmittelrichtlinie werden verschiedene Indikationen            für therapeutische Sehhilfen aufgeführt, unter anderem            Kontaktlinsen nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik (§ 17            Abs. 1 S. 1 Nr. 15 der Hilfsmittelrichtlinie). Diese Kontaktlinsen            haben keinen therapeutischen Zweck, sondern dienen allein der            Verbesserung der Sehschärfe: Muss aufgrund einer Erkrankung            bei einem Versicherten eine Hornhauttransplantation            (Keratoplastik) durchgeführt werden, dann benötigt er            anschließend sein restliches Leben lang spezielle Kontaktlinsen,            um sehen zu können. Die durch die Transplantation            entstandenen Narben führen dazu, dass eine Brille als</p>

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

Korrektionsmittel nicht in Frage kommt. Die Kontaktlinsen bewirken nicht, dass der Grund für die Hornhauttransplantation im Nachhinein entfällt. Auch das Transplantat wird durch die Kontaktlinse nicht überflüssig und die operationsbedingten Narben auf der Hornhaut verschwinden nicht. Dass ein Betroffener auch nach der Transplantation regelmäßig einen Augenarzt aufsuchen sollte, ist unbestritten. Der Grund hierfür liegt aber nicht darin, zu überprüfen, ob die Kontaktlinsen noch eine Therapieoption sind. Die Therapie ist das Transplantat, nicht aber die Kontaktlinsen (vgl. Prof. Dr. Kathleen Kunert/Prof. Dr. Stephan Degle, Gutachten vom 25. März 2019, S. 4 – **Anlage 1**).

Gleiches gilt für „Brillengläser mit prismatischer Wirkung“ (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 6), „Kunststoff-Bifokalgläser mit extragroßem Nahteil“ (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 8) und „Kontaktlinsen bei Keratokonus“ (§ 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 15). Auch bei diesen Sehhilfen ist nicht ersichtlich, warum diese in jedem Versorgungsfall ärztlich verordnet sein müssen (vgl. Prof. Dr. Kunert/Prof. Dr. Degle, Gutachten vom 25. März 2019, S. 5 – **Anlage 1**).

In dem juristischen Gutachten von Prof. Dr. Thorsten Kingreen vom 12. April 2017 (**Anlage 2**), das der ZVA im Vorfeld des Beschlusses vom 20. Juli 2017 eingeholt hat, heißt es auf Seite 16f.:

*„Ein Verordnungsvorbehalt erfüllt die Funktion, den Vertragsarzt in eine Therapieentscheidung einzubinden, wenn und soweit die zugrundeliegenden Tätigkeiten heilkundlicher Natur sind (BSG-Urteil vom 18. September 1973, 6 RKa 2/72, Rd. 21ff). Heilkunde ist nach § 1 Abs. 2 HeilprG jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen; sie ist grundsätzlich dem Arzt vorbehalten (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Die Verordnung ist daher nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V Anspruchsvoraussetzung nur für den Fall, dass eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung geboten ist. Das aber ist nur bei einer Erstversorgung der Fall. Wenn bei Folgeversorgungen aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschwäche seit der erstmaligen Verordnung die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht, sollte*

<b>Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen</b>	
<b>26. März 2019</b>	
	<p><i>selbstverständlich eine ärztliche Entscheidung eingeholt werden. Deren Notwendigkeit ergibt sich aber nicht aus der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe, sondern aus der Krankheit selbst. § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V bezieht sich aber nicht auf die ärztliche Versorgung bei Augenkrankheiten, sondern allein auf die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Augenoptiker.“</i></p> <p>Wie das Bundesgesundheitsministerium in seinem Schreiben vom 4. Januar 2018 gegenüber dem G-BA mitteilte, ist es die Pflicht des G-BA, die gesamte Hilfsmittelrichtlinie im Hinblick auf die Regelung des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes anzupassen. Dies ist im Hinblick auf die Versorgung mit sogenannten therapeutischen Sehhilfen nach wie vor nicht geschehen.</p>
<p><b>2.</b>          Änderung der Ziffer I, 2. des Beschlussentwurfes vom 27. Februar 2019</p> <p><b>Vorschlag der KBV und der PatV</b></p> <p><u>Änderungsvorschlag ZVA:</u></p> <p>§ 12 Abs. 3 S. 4 lit. c) der Hilfsmittelrichtlinie ist zu streichen.</p>	<p><b>2.1.</b>          Der ZVA stimmt dem Vorschlag des GKV-SV zu, nach dem es bei Folgeversorgungen mit Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe keinen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Versicherte mit schwerer Sehbeeinträchtigung bei Myopie oder Hyperopie oder Astigmatismus entsprechend § 12 Abs. 1 dritter Spiegelstrich gibt.</p> <p><b>2.1.1.</b>          Der Vorschlag des GKV-SV entspricht der langjährigen und völlig beanstandungsfreien Versorgungspraxis für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres und für Erwachsene außerhalb und (vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004) innerhalb des GKV-Systems.</p> <p>Das Bundesgesundheitsministerium hat mit Schreiben an den G-BA vom 23. August 2017 Fragen zu etwaigen Beanstandungen hinsichtlich der bisherigen Versorgungspraxis aufgeworfen:</p> <p><i>„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</i></p>

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

*nicht frühzeitig erkannt wurden, aber vermeidbar gewesen wären, und es deswegen zu irreversiblen Sehschäden gekommen ist?*

*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?“*

Antworten auf diese Fragen gibt es bis heute nicht, auch nicht in den Ausführungen der KBV und der PatV im Entwurf der Tragenden Gründe vom 27. Februar 2019. Dennoch halten KBV und PatV an ihrem Vorhaben fest, entgegen der bisherigen Versorgungspraxis die Hilfsmittelrichtlinie so auszugestalten, dass bis auf wenige Fälle der Ersatzbeschaffung jede Sehhilfe ärztlich verordnet sein muss, wenn sie zu Lasten der GKV abgegeben werden soll.

**2.1.2.**

Der Vorschlag der GKV-SV ist rechtskonform, da er den ärztlichen Verordnungsvorbehalt zutreffend konkretisiert. Eine ärztliche Verordnung kann auf der Grundlage des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V nur dann Anspruchsvoraussetzung sein, wenn sich die Notwendigkeit der Verordnung aus der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe ergibt. Ergibt sich hingegen die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Arztes aus dem Vorliegen einer Augenerkrankung, dann ist § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V keine taugliche Grundlage für einen Verordnungsvorbehalt. Eine Regelung der Hilfsmittelrichtlinie, die gleichwohl auch bei Folgeversorgungen eine ärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sehhilfen fordert, ist wegen Verstoßes gegen § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V rechtswidrig (so Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Rechtsgutachten vom 12. April 2017 S. 16f – **Anlage 2**).

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

**2.1.3.**

Der Vorschlag des GKV-SV ist auch sachgerecht. Denn im Rahmen der Erstversorgung kann der Arzt den Versicherten über die Risiken aufklären und das Untersuchungsintervall für jeden Versicherten individuell, basierend auf zusätzlichen Risikofaktoren wie Alter oder genetische Veranlagung, festlegen, statt darauf zu hoffen, dass etwas vom Versicherten subjektiv empfunden wird und er deswegen einen Arzt aufsucht; zumal eine Erkrankung auftreten kann, ohne dass der Betroffene eine Verschlechterung seines Sehvermögens bemerkt (so Prof. Dr. Hans-Jürgen Grein, Gutachten vom 20. März 2019, S. 2 – **Anlage 3**).

**2.2.**

Der Vorschlag der KBV/PatV, einen Arztvorbehalt auch für alle Folgeversorgungen des § 33 Abs. 2 S. 2 Ziffer 2 SGB V anzuordnen, ist nicht mit höherrangigem Recht vereinbar (Ziffern 2.2.1. – 2.2.3.) und unzweckmäßig (Ziffern 2.2.4. – 2.2.6.):

**2.2.1.**

Zunächst ist festzuhalten, dass der Vorschlag der KBV und der PatV inhaltlich exakt genau dem entspricht, was das Bundesgesundheitsministerium mit Schreiben vom 4. Januar 2018 als rechtswidrig verworfen hat. Das Ministerium rügte insbesondere, dass der Beschluss des G-BA vom 20. Juli 2017 das im SGB V angelegte Regel-Ausnahme-Verhältnis nicht berücksichtigt habe. So gelte im Hilfsmittelbereich der Arztvorbehalt nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V nicht. Eine ärztliche Verordnung könne für die Versorgung mit einem Hilfsmittel nur nach Maßgabe des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V ausnahmsweise erforderlich sein, wenn die fachärztliche Verordnung für eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Anders als die KBV und die PatV meinen, erschöpft sich die Beachtung des o.g. Regel-Ausnahme-Verhältnisses nicht darin, nur den Richtlinien text umzustellen und den Wortlaut des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V aufzugreifen. Vielmehr müssen inhaltliche Vorgaben erfüllt sein, um für den jeweiligen Versorgungsfall einen Arztvorbehalt zu begründen. Dieser Vorbehalt kann nicht mit der Aussage begründet werden, es bestehe für einen bestimmten Personenkreis, ein erhöhtes Risiko zu erkranken

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

(siehe Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 4. Januar 2018, BSG, Urteil vom 17. September 1973 – 6 RKa 2/72, Rn. 24f). Denn dies liefe auf eine Vorsorgeuntersuchung hinaus, die im Widerspruch zu den Grundsätzen des Krankenversicherungsrechts stünde. Demnach sind Vorsorgeuntersuchungen nur freiwillig und in eng begrenzten Fällen möglich (vgl. §§ 25 ff. SGB V). Darüber hinausgehende Untersuchungen würden in rechtswidriger Weise in das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten eingreifen, weil diese schon aufgrund ihres verfassungsrechtlichen garantierten Rechts auf Nichtwissen (BGHZ 201, 263 Rd. 13ff.; Di Fabio in: Maunz/Dürig, GG Art. 2 (2016), Rn. 192, 204) nicht zu einer ärztlichen Untersuchung genötigt werden dürfen.

**2.2.2.**

Ebenso wenig kann das Argument überzeugen, nur der Arzt könne entscheiden, ob der subjektive Eindruck des Versicherten, er brauche eine neue Brille, auf eine Augenerkrankung zurückzuführen ist oder nicht. Andernfalls würde § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V leerlaufen, da im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu jedem Zeitpunkt die vage Möglichkeit besteht, dass der vormals gesunde Versicherte zwischenzeitlich und unbemerkt erkrankt sein könnte.

**2.2.3.**

Weiter versuchen die KBV und die PatV ihren Vorschlag zu rechtfertigen, indem sie behaupten, ohne Arztvorbehalt für die hier in Rede stehenden Folgeversorgungen bestehe die Gefahr, Augenerkrankungen würden *„erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt entdeckt“* werden, *„wenn bereits wichtige Zeit verstrichen und ein Schaden eingetreten ist.“*

Das Argument ist schon sehr alt. Mit ihm hat sich das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 20. Januar 1966, Rn. 45f (I C 73/64), das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 18. September 1973, Rn 24f (6 RKa 2/72) und das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 7. August 2000, Rn. 19-23 (1 BvR 254/99) auseinandersetzen müssen. 1966 ging es um die Frage, ob die Durchführung der Refraktionsbestimmung eine erlaubnispflichtige Tätigkeit nach dem Heilpraktikergesetz ist, beim Bundessozialgericht ging es wie im vorliegenden Fall um die Begründung eines

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

Arztvorbehaltes und das Verfassungsgericht musste die Frage beantworten, ob die berührungslose Messung des Augeninnendruckes und die Prüfung des Gesichtsfeldes heilkundliche Tätigkeiten darstellen. Alle drei Gerichte verwarfen das hier vorgebrachte Argument und einen entsprechenden Arztvorbehalt. Das Bundesverwaltungsgericht brachte es in seinem Urteil auf den Punkt:

*„Hierbei ist davon auszugehen, dass die bloße Möglichkeit einer solchen Versäumnungsgefahr noch nicht ausreichen kann, um die Sehschärfestimmung der Optiker nach § 1 Abs. 2 HPG erlaubnispflichtig zu machen. Anderenfalls müssten ganze Zweige des Gesundheitswesens der Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes unterstellt werden. Jedem Apotheker kann es z.B. geschehen, dass er Kunden durch Verabfolgung eines nicht verschreibungspflichtigen schmerzstillenden Mittels dazu veranlasst, die notwendige Behandlung ihres eigentlichen Leidens schädlich zu verzögern. Eingriffe in die Berufstätigkeit verbieten sich in solchen Fällen in der Regel schon wegen der Geringfügigkeit des Gefahrenmoments, das von Natur aus allen mit dem Heilwesen zusammenhängenden Berufen innewohnt.“*

Wäre das Argument von der KBV und der PatV – was es tatsächlich nicht ist – stichhaltig, dann dürfte es keine verordnungsfreien Hilfsmittelversorgungen mehr geben und alle Medikamente müssten verschreibungspflichtig sein.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch in den hier relevanten Versorgungsfällen das „Gefahrenmoment“ gering ist. Dies ergibt sich schon allein daraus, dass keine Belege über vermehrte ernsthafte Augenerkrankungen bzw. irreversible Sehschäden infolge der bisherigen Versorgungspraxis von der KBV und der PatV vorgelegt werden konnten (vgl. Ziffer 2.1.1.).

**2.2.4.**

Der Vorschlag der KBV und der PatV ist nicht nur rechtswidrig, er ist auch unzweckmäßig: So ist festzuhalten, dass Versicherte mit einer Fehlsichtigkeit im Sinne des § 33 Abs. 2 S. 2 Ziffer 2 SGB V im Laufe ihres Lebens nicht zwangsläufig von einer der aufgeführten Augenerkrankungen betroffen werden. Für sie besteht lediglich ein erhöhtes Risiko zu erkranken (Prof. Dr.

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

Kunert/Prof. Dr. Degle, Gutachten vom 25. März 2019, S. 13 – **Anlage 1**).

Hierzu meinte das Bundesgesundheitsministerium in seinem Schreiben an den G-BA vom 4. Januar 2018:

*„Auch wenn bei hohen Refraktionsfehlern eine erhöhte Gefahr von Augenerkrankungen besteht, ist die Vorgabe zur kassenärztlichen Verordnung bei Folgeversorgung zur Früherkennung von ernsthaften Augenerkrankungen nicht zweckmäßig. Da der Versicherte selbst entscheiden kann, wann er eine neue Brille benötigt, kann es zu größeren zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen augenärztlichen Untersuchungen zur Sehschärfenbestimmung kommen. Über die Gefahr von Augenerkrankungen kann der Augenarzt den Patienten bei der Erstverordnung informieren und eine regelmäßige augenärztliche Untersuchungen zur Früherkennung anraten. Das Bundessozialgericht stellte in der Entscheidung vom 18. September 1973 (Urt. v. 18. September 1973, 6 RKa 2/72) fest, dass der Optiker das Bestimmen der Sehschärfe für eine Brillenbeschaffung auf Grund seiner Berufsausbildung sachgerecht verrichten und das Aufsuchen eines Kassenarztes zur Früherkennung von Krankheiten nicht mittelbar erzwungen werden kann.“*

**2.2.5.**

Die Risiken werden von der KBV und der PatV durchweg deutlich zu hoch dargestellt:

- Die hier in Rede stehenden Fehlsichtigkeiten haben keinen Krankheitswert. Deswegen ist auch die Verwendung des Begriffes „pathologische Myopie“ mit der Übersetzung „krankhafte Kurzsichtigkeit“ zumindest dann irreführend und tendenziös, wenn dieser generell für alle Fälle der Kurzsichtigkeit von mehr als -6 dpt verwendet wird (vgl. Dr. Andreas Berke, Gutachten vom 26. März 2019, S. 1f – **Anlage 4**)
- Die Prävalenz der chorioidalen Neovaskularisation (CNV) ist von der KBV und der PatV mit 5,2 bis 11,3 Prozent deutlich zu hoch angegeben. Unter Verweis auf eine US-amerikanische Studie (Willis et al.) ist nach dem

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

Gutachten von Dr. Berke vom 26. März 2019 (S. 4 – **Anlage 4**) von einer Prävalenz der CNV in Deutschland von 2,5 Prozent bis 5,0 Prozent bei allen hochgradig myopen Personen auszugehen.

- Die Ausführungen in den Tragenden Gründen zur „myopen Makulopathie“ sind aus statistischen Gründen nach dem Gutachten von Dr. Berke vom 26. März 2019 (S. 3f – **Anlage 4**) nicht aussagekräftig.
- Gleiches gilt für die von der KBV und der PatV zitierten Studie von Iacano et al., zumindest kann diese nicht als Beleg gegen eine Folgeversorgung durch Augenoptiker angeführt werden (so Prof. Dr. Grein, Gutachten vom 20. März 2019, S. 4 – **Anlage 3**).
- Die von der KBV und PatV zitierten Studie zur Prävalenz des Keratokonus bei einem Astigmatismus von mehr als 2 dpt kann nicht auf die Gesamtbevölkerung verallgemeinert werden, so die Einschätzung der Autoren der Studie selbst (vgl. Dr. Berke, Gutachten vom 26. März 2019, S. 5 – **Anlage 4**).

**2.2.6.**

Selbst wenn man das Argument zuließe, die Versicherten müssten dazu gebracht werden, sich einer präventiven Vorsorgeuntersuchung durch einen Arzt zu unterziehen, könnte der Arztvorbehalt nicht gerechtfertigt werden. Denn tatsächlich wäre ein Verordnungsvorbehalt weder zweckmäßig noch notwendig, um eine Früherkennung von Augenkrankheiten zu gewährleisten und ernsthafte Augenkrankheiten frühzeitiger behandeln zu können. Hierzu verweisen wir vollinhaltlich auf das als **Anlage 3** beigefügte Gutachten von Prof. Dr. Grein vom 20. März 2019. Dieser kommt zu dem Fazit:

*„Eine ehrliche Betrachtung der realen Versorgungsverhältnisse in der Augenoptik und der Augenheilkunde in Deutschland vorausgesetzt, sind die von der KBV/PatV geäußerten Befürchtungen nicht begründet. Unstrittig ist, dass Augenerkrankungen bei höheren Refraktionsfehlern zunehmen. Eine Erstversorgung durch den Augenarzt bei sphärischen Refraktionswerten über +/- 6 dpt und bei Astigmatismus über 4*

<b>Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen</b>	
<b>26. März 2019</b>	
	<p><i>dpt ist sachlich gerechtfertigt. Die Folgeversorgung kann aber vom Augenoptiker übernommen werden, ohne das Risiko für Augenschäden für den Patienten zu erhöhen. Dieser Versorgungsweg ist einfach, schnell und sicher und es werden unzumutbare Wartezeiten bei Brillenschäden und notwendiger Folgeversorgungen vermieden.“</i></p> <p>Zur gleichen Einschätzung gelangt Dr. Berke in seinem Gutachten vom 26. März 2019 für alle drei Arten von Fehlsichtigkeit, S. 2-6 – <b>Anlage 4</b>.</p> <p>In ihrem Gutachten vom 25. März 2019 (S. 10f – <b>Anlage 1</b>) weisen Prof. Dr. Kunert und Prof. Dr. Degle zum präventiven Aspekt des vorgeschlagenen Verordnungsvorbehaltes auf Folgendes hin:</p> <p><i>„Auch ist zu berücksichtigen, dass der präventive Aspekt, wie in den ‚Tragenden Gründen‘ der KBV/PatV geschildert, ausschließlich gesichert wäre, wenn bei der augenärztlichen (Folge-)Verordnung einer Sehhilfe umfassende Diagnostik sowie Therapieentscheidungen, welche über die bloße Sehhilfenverordnung hinausgehen, obligatorisch wären. Insbesondere unter Anbetracht der derzeitigen Regelungen zu IGeL-Leistungen für Prävention bei den zitierten Risiken ist zum einen von dieser Praxis nicht auszugehen, zum anderen würde der Versicherte nur ‚in den Genuss‘ der erwähnten ärztlichen Diagnostik und Beratung kommen, wenn er die IGeL-Leistungen in Anspruch nimmt.“</i></p>
<p><b>3.</b>          Änderung der Ziffer I, 2. des Beschlussentwurfes vom 27. Februar 2019</p> <p><b>Vorschlag des GKV-SV, der KBV und der PatV</b></p> <p><u>Änderungsvorschlag ZVA:</u></p> <p>Wir schlagen vor, § 12 Abs. 3 S. 5 der Hilfsmittelrichtlinie wie folgt zu fassen:</p>	<p><b>3.1.</b>          Zunächst dürfte die Verwendung des Wortes „Erstverordnung“ ein redaktioneller Fehler sein. Denn es ergibt keinen Sinn, warum eine Folgeversorgung innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach einer ärztlichen <u>Erstverordnung</u> auf der Grundlage eines Berechtigungsscheins möglich sein soll, nicht aber binnen des gleichen Zeitraums nach einer ärztlichen <u>Folgeverordnung</u>.</p> <p><b>3.2.</b>          Bei der Ersatzbeschaffung erhält der Versicherte exakt das Hilfsmittel, das er vorher von seiner Krankenkasse bereits</p>

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**

**26. März 2019**

*„Für Ersatzbeschaffungen von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten nach einer ~~Erst~~Verordnung ist für die Fälle a) und b) keine ärztliche Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Ersatzbeschaffungen bei Verlust oder Defekt innerhalb von 3 Monaten ohne Änderung der Linsenwerte für Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe.“*

erhalten hat – andernfalls läge eine Folgeversorgung vor. Aus diesem Grund bedarf es nicht der Einschränkung für die Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe, die – nach dem Beschlussentwurf – nur dann in Frage kommen sollen, wenn sich die „Linsenwerte“ nicht geändert haben. Da es keinen inhaltlichen Unterschied zwischen den Ersatzbeschaffungen von Brillengläsern und Kontaktlinsen gibt, sollten die beiden Versorgungsoptionen mit dem Begriff „Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe“ zusammengefasst werden.

**3.3.**

Selbst nach der Argumentation der KBV und der PatV gibt es im Fall des § 12 Abs. 1, dritter Spiegelstrich der Hilfsmittelrichtlinie keinen Grund, die Ersatzbeschaffung unter ärztlichem Verordnungsvorbehalt zu stellen. Denn hier fehlt der „*subjektive Eindruck, dass man eine neue Brille braucht*“, der auch darin begründet sein könne, „*dass eine Augenveränderung eingetreten ist, welche nicht auf die Änderung der Refraktion beschränkt ist*“ (S. 4 der Tragenden Gründe vom 27. Februar 2019).

Zudem hat die KBV in ihrem Beschlussentwurf vom 26. April 2017 selbst vorgeschlagen, Versorgung ohne ärztliches Zutun zuzulassen, wenn die letzte Verordnung nicht länger als 24 Monate zurückliegt. Dies sollte damals für die Fälle der Folgeversorgung – also bei Änderung der Refraktion – gelten, sodass dies erst recht gelten muss, wenn es sich um einen Fall der Ersatzbeschaffung ohne Änderung der Refraktion handelt.

**3.4.**

Die Folgeversorgung von dem Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für die Versicherten vorzusehen, die einen Anspruch nach § 12 Abs. 1, zweiter Spiegelstrich der Hilfsmittelrichtlinie haben, halten wir für vertretbar. Denn der stark reduzierte Visus, der trotz bestmöglicher Korrektur mit einer Brille einen Wert von mehr als 0,3 nicht erreicht, ist häufig Folge einer Netzhauterkrankung. Verschlechtert sich der Visus, dann ist abzuklären, ob dieser Umstand auf das Fortschreiten einer Erkrankung zurückzuführen ist.

<b>Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen</b>	
<b>26. März 2019</b>	
	<p>Die Ersatzbeschaffungen sollten jedoch in diesen Fällen verordnungsfrei sein. Denn ändert sich der Visus nicht, dann gibt es keinen Grund für eine zusätzliche augenärztliche Untersuchung:</p> <p>Erstens wird der Betroffene sowieso aufgrund seines stark reduzierten Visus, also aufgrund der Erkrankung, in regelmäßigen Abständen augenärztlich untersucht.</p> <p>Zweitens hinge die zusätzliche Untersuchung allein vom Zufall ab, ob die Sehhilfe zerstört wird, sodass es analog zur Argumentation des ministerialen Beanstandungsschreibens vom 4. Januar 2018 an der Zweckmäßigkeit fehlen würde, einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt in diesen Fällen vorzuschreiben. So wies das Ministerium bei den hohen Refraktionsfehlern darauf hin, dass <i>„die Vorgabe zur kassenärztlichen Verordnung [...] zur Früherkennung von ernsthaften Augenerkrankungen nicht zweckmäßig“</i> sei. <i>„Da der Versicherte selbst entscheiden kann, wann er eine neue Brille benötigt, kann es zu größeren zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen augenärztlichen Untersuchungen zur Sehschärfenbestimmung kommen.“</i></p> <p>Genauso ist es hier: Der Zufall des Schadenseintritts bestimmt den zeitlichen Abstand zwischen den einzelnen ärztlichen Untersuchungen. Dies ist kein zweckmäßiges Kriterium, um eine ärztliche Untersuchung vorzuschreiben.</p>



Prof. Dr. med. habil. Kathleen S. Kunert

*Professorin für klinische Optometrie*

*Fachärztin für Augenheilkunde*

Prof. Dr. rer. pol. Stephan Degle

*Professor für Optometrie und Ophthalmologische Optik*

*Studiengangsleiter der Studiengänge im Fachgebiet Augenoptik/Optometrie*

*Vorsitzender des Interdisziplinären Kompetenzzentrums für Augenoptik, Optometrie*

*und Ophthalmologische Optik (IAO)*

## **Fachliche Stellungnahme zum Beschlussentwurf der KBV/PatV bzw. zu „Tragenden Gründen“**

### **über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittelrichtlinie: Sehhilfen für Erwachsene**

für den

ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER UND OPTOMETRISTEN  
Bundesinnungsverband  
Alexanderstraße 25a  
D-40210 Düsseldorf

Jena, den 25.03.2019

## 1. Grundlagen der Stellungnahme

Die folgende fachliche Stellungnahme bezieht sich auf das am 11.4.2017 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG). Im Speziellen wird Stellung genommen zu „Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittelrichtlinie: Sehhilfen für Erwachsene“ vom 27.02.2019 des KVB/ der PatV.

**Im Weiteren verweisen wir vollumfänglich auf unsere fachliche Stellungnahme von 17.05.2017 inkl. der dort zitierten Belege.**

Im Folgenden soll darüber hinaus aus fachlicher Sicht zum Wortlaut und möglichen Intentionen, sowie zu möglichen Umsetzungen basierend auf dem Vorschlag der vom 27.02.2019 des KVB/ der PatV Stellung genommen werden.

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass die am 11.4.2017 in Kraft getretenen Änderungen **nicht** § 33 Abs. 5a SGB V betreffen. In diesem ist die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung bereits geregelt:

*„Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“*

Aus fachlicher Sicht ist deshalb nach wie vor davon auszugehen, dass für die Erfordernis einer „vertragsärztlichen Verordnung“ für Sehhilfen nach § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V auch § 33 Abs. 5a SGB V gilt und in einer Richtlinie festgelegt werden muss, ob nach § 33 Abs. 5a SGB V *„eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose ... medizinisch geboten ist“*, soweit es sich nach § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V um eine Sehhilfe handelt, deren Anspruchsgrundlage in einem höheren Refraktionsfehler liegt und nicht auf einer medizinischen Diagnostik für eine Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur oder einer medizinischen Indikation für ein therapeutisches Hilfsmittel beruht.

**Hierbei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die fachlich begründete Notwendigkeit einer „vertragsärztlichen Verordnung“ basierend auf einer „erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnose“ für Sehhilfen, deren Anspruchsgrundlage in einem höheren Refraktionsfehler liegt, bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht gleichzusetzen ist mit der Notwendigkeit einer zugrundeliegenden ärztlichen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 33 Abs. 1 SGB V.**

Im Kindesalter ist aus fachlicher Sicht im Sinne der Prävention eine Diagnostik durch einen Ophthalmologen im Zusammenhang mit einer Sehhilfenversorgung geboten, um das Amblyopierisiko durch gezielte Therapie zu verringern. Bei Erwachsenen ist fachlich gesondert zu klären und zu begründen, inwiefern bei Sehhilfenversorgung bei einer höheren Ametropie, ein medizinisches Gebot einer erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnostik gegeben ist.

**Generell ist fachlich festzustellen, dass der neue Vorschlag der KVB / PatV keine wesentlichen Änderungen zum beanstandeten Beschluss enthält.**

**Der neue Vorschlag entspricht inhaltlich dem, was der G-BA 2017 beschlossen hat und vom Bundesgesundheitsministerium nicht akzeptiert wurde.**

Aus fachlicher Sicht ist der Argumentation des BMG nach wie vor Folge zu leisten:

*„Auch wenn bei hohen Refraktionsfehlern eine erhöhte Gefahr von Augenerkrankungen besteht, ist die Vorgabe zur kassenärztlichen Verordnung bei Folgeversorgung zur Früherkennung von ernsthaften Augenerkrankungen nicht zweckmäßig. Da der Versicherte selbst entscheiden kann, wann er eine neue Brille benötigt, kann es zu größeren zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen augenärztlichen Untersuchungen zur Sehschärfenbestimmung kommen. Über die Gefahr von Augenerkrankungen kann der Augenarzt den Patienten bei der Erstverordnung informieren und eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung zur Früherkennung anraten. Das Bundessozialgericht stellte in der Entscheidung vom 18. September 1973 (Urt. v. 18. September 1973, 6 RKa 2/72) fest, dass der Optiker das Bestimmen der Sehschärfe für eine Brillenbeschaffung auf Grund seiner Berufsausbildung sachgerecht verrichten und das Aufsuchen eines Kassensarztes zur Früherkennung von Krankheiten nicht mittelbar erzwungen werden kann.“*

## **2. Stellungnahme zur vorgeschlagenen Neufassung zu Ziffer I, § 12 Abs. 2**

*„Die Abgabe von therapeutischen Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde auf der Grundlage einer vorhergehenden Diagnostik und Therapieentscheidung voraus. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen zur Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen verordnungsfähig sind, wird in dieser Richtlinie in § 17 definiert.“*

Unumstritten setzt die Abgabe von therapeutischen Sehhilfen zu Lasten der GKV eine **initiale**, begründete medizinische Indikation und damit eine ärztliche Verordnung, basierend auf einer ärztlichen Diagnostik und Therapieentscheidung, voraus.

### **2.1 Verweis auf § 17 der HilfsmRL**

Es wird hier auf § 17 der HilfsmRL verwiesen, welcher die therapeutischen Hilfsmittel genauer definiert.

Es wird unterstellt und ist nicht bewiesen, dass die aufgeführten Hilfsmittel tatsächlich einen therapeutischen Zweck („Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen“, § 33 Abs. 2 2., S. 3 SGB V) erfüllen oder vielmehr „nur“ dem Ausgleich der Fehlsichtigkeit dienen. Insbesondere wäre dies durch den G-BA nach § 92 (neu) zu prüfen für:

- 6. Brillengläser mit prismatischer Wirkung
- 8. Kunststoff-Bifokalgläser mit extragroßem Nahteil
- 15. Kontaktlinsen bei Keratokonus und nach Keratoplastik.

**In o.g. Fällen liegt aus fachlicher Sicht vielmehr die Indikation der Verbesserung der Sehschärfe bzw. einer Korrektur der Fehlsichtigkeit als die des therapeutischen Einsatzes vor. Ein therapeutischer Einsatz bzw. auch**

**Nutzen wäre zum korrigierenden Einsatz gemäß § 15 abzugrenzen und zu begründen.**

Aktuelle wiss. Studien liegen zum therapeutischen Einsatz und Nutzen nicht vor. Beispielsweise wird bei Brillengläsern mit prismatischer Wirkung die Erkrankung (Heterophorie oder -tropie) nicht ursächlich beeinflusst. Weiterhin ist kein therapeutischer Zweck von Kontaktlinsen bei Keratokonuns/Keratoplastik nach aktuellem Stand der Wissenschaft bekannt.

## **2.2 Folgeversorgungen von therapeutischen Sehhilfen**

Folgeversorgungen von therapeutischen Sehhilfen setzen nicht zwingend eine erneute ärztliche Diagnose gemäß § 33 Abs. 5a SGB V voraus.

Eine erneute ärztliche Diagnose und damit Verordnungspflicht ist nur bei Therapieänderung oder Änderung der Diagnose sinnvoll und erforderlich.

Es ist demnach für alle therapeutischen Indikationen generell zu prüfen, ob eine ärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen nach § 33 Abs. 5a SGB V verpflichtend ist. Z.B. bei Folgeversorgungen mit „therapeutischen“ Brillengläsern oder Kontaktlinsen ohne Erfordernis einer Parameteränderung scheint dies nicht der Intention des GMG zu entsprechen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, auf ärztliche Verordnungen bei therapeutischen Sehhilfen im Falle einer Folgeversorgung außer bei Änderungen der Indikation und bei Parameteränderungen zu verzichten.

## **3. Stellungnahme zur neuen Ergänzung des §12 Absatz 3:**

„ § 12 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

*„Die erstmalige Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Augenheilkunde voraus, da eine Abklärung der Ursache des Sehfehlers vor einer Erstversorgung medizinisch geboten ist. Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. Dieser ist aufgrund*

*ärztlich erhobener Befunde auszufüllen. Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies gilt insbesondere in den folgenden Fällen bei:*

- a) Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,*
- b) Versicherten, die nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen entsprechend § 12 Absatz 1 zweiter Spiegelstrich,*
- c) Versicherten mit schwerer Sehbeeinträchtigung bei Myopie oder Hyperopie oder Astigmatismus entsprechend § 12 Absatz 1 dritter Spiegelstrich.*

*Für Ersatzbeschaffungen bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten nach einer Erstverordnung ist für die Fälle nach keine ärztliche Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Ersatzbeschaffungen bei Verlust oder Defekt innerhalb von 3 Monaten ohne Änderung der Linsenwerte für Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe.“*

### **3.1 Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe**

Für die Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe ist eine augenärztliche Verordnung gemäß § 33 Abs. 5a SGB V nicht erforderlich.

Da es im Speziellen bei der Neufassung der Änderungen in § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V um die Abhängigkeit des Anspruchs auf Heil- und Hilfsmittel von der Feststellung von Ametropien und deren Höhe geht, ist darzulegen, welche Kompetenzen für deren Feststellung und Bestimmung erforderlich sind und, ob diese Ermittlung nach § 33 Abs. 5a SGB V heilkundliche Kompetenzen erfordert.

Das World Council Of Optometry definiert Optometrie:

*„Optometry is a healthcare profession that is autonomous, educated, and regulated (licensed/registered), and optometrists are the primary healthcare practitioners of the eye and visual system who provide comprehensive eye and vision care, which includes refraction and dispensing, detection/diagnosis and management of disease in the eye, and the rehabilitation of conditions of the visual system.“<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> <http://worldcouncilofoptometry.info/about-us/who-is-an-optometrist/> 16.5.2017

§ 1 Abs. 1 der Verordnung über das Berufsbild für das Augenoptikerhandwerk AugOptMstrV ("Augenoptikermeisterverordnung vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2610), die durch Artikel 20 der Verordnung vom 17. November 2011 (BGBl. I S. 2234) geändert worden ist"; Stand: geändert durch Art. 20 V v. 17.11.2011 I 2234) beschreibt die dem Augenoptikerhandwerk zuzuordnenden Kenntnisse und Fertigkeiten:

- „5. bei der Versorgung mit Sehhilfen Kenntnisse der Anatomie und Physiologie auf das visuelle System anwenden,
1. Sehschärfe messen und bewerten,
  2. Sehleistung messen und Methoden zum Erkennen von Sehleistungsminderungen anwenden, Ergebnisse darstellen und weiteres Vorgehen begründen; Auffälligkeiten des Auges erkennen,
  8. Fehlsichtigkeit ermitteln und bewerten,
  9. Refraktion der Augen mit objektiven Methoden messen,
  10. Korrektionswerte mit subjektiven Messmethoden ermitteln und Korrektionsbedarf festlegen“

Die aktuell gültigen Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie (ARL, 2013) regeln für Deutschland die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen des Augenoptikermeisters/Optomtristen in Anlehnung an diese Definition:

*„Der Augenoptikermeister/Optomtrist bestimmt, fertigt und/oder bearbeitet jedes Korrektionsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil einzeln nach den Erfordernissen der jeweiligen visuellen Störung und den visuellen Anforderungen.*

*Eine wichtige Kompetenz eines Augenoptikermeisters/Optomtristen ist ein verantwortliches Vorgehen, um eine sichere Empfehlung zur augenoptischen/optometrischen Versorgung und/oder zum Besuch eines (Fach-)Arztes oder einer anderen medizinisch orientierten Einrichtung geben zu können.*

*Die Verantwortung des Augenoptikermeisters/Optomtristen für die richtige Versorgung von Personen mit Störungen des visuellen Systems ist von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung. Der Korrektionsbedarf des fehlsichtigen Augenpaares und die sach- und fachgerechte augenoptische/optometrische Versorgung des Fehlsichtigen stehen im Mittelpunkt der Tätigkeit jedes Augenoptikermeisters/Optomtristen.“*

Die Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie haben zur Sicherung einer sach- und fachgerechten Versorgung allgemeine Verbindlichkeit und sind somit auch im Rahmen der Neufassung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V zu berücksichtigen.

Im Speziellen regeln die Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie (ARL, 2013) in Satz 15 und 16 (S. 9 ff.) die erforderlichen Kompetenzen für die monokulare Refraktions- und binokulare Korrektionsbestimmung sowie die Vorgehensweise bei Auffälligkeiten, die eine medizinische Abklärung erfordern:

*„15 Monokulare Refraktions- und binokulare Korrektionsbestimmung für Ferne und Nähe*

*15.1 Die Bestimmung der Korrektionswerte ist unter der Zielsetzung einer Optimierung der visuellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Sehleistungsanforderung durchzuführen.*

*15.2 Die Bestimmung der Korrektionswerte darf nur vom Augenoptikermeister/Optomtristen ausgeführt werden. Deren Ausbildung und Prüfung bieten die Gewähr über die erforderlichen Kenntnisse zur Anatomie und Physiologie des visuellen Systems und des Sehvorganges zu verfügen und somit die notwendigen Voraussetzungen für Theorie und Technik der Korrektionsbestimmung zu haben.*

*15.3 Wird keine befriedigende Sehleistung erzielt, so hat der Augenoptikermeister/Optomtrist im Rahmen seiner Erfassungs-, Mess- und Beobachtungsmöglichkeiten zu prüfen, ob dies auf optische oder pathologische Zusammenhänge zurückzuführen ist. Dies sollte eine Inspektion des vorderen und hinteren Augenabschnittes einschließen.*

*15.4 Gewinnt der Augenoptikermeister/Optomtrist aus seinen Beobachtungen während der Refraktions- und/oder Korrektionsbestimmung Erkenntnisse über Veränderungen des Auges, so werden keine Bewertungen im Sinne einer medizinischen Diagnose abgegeben. Für die Diagnostik wird an einen Arzt verwiesen.*

*15.5 Über die Auswirkungen und Konsequenzen bei nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch der Sehhilfe muss der Kunde/Patient aufgeklärt werden.*

*16 Optometrische Untersuchung des visuellen Systems*

*16.1 Die optometrische Untersuchung beinhaltet die Prüfung auf funktionelle Störungen des visuellen Systems. Außerdem beinhaltet sie das Erkennen von*

*Auffälligkeiten des visuellen Systems, i.d.R. durch den Einsatz von geeigneten Messverfahren, um bei Bedarf sachgerecht zur Diagnosestellung und ggf. Behandlung an einen (Fach-) Arzt verweisen zu können.*

16.2 *Die Auswahl der Teste/Prüfungen ist abhängig von den Ergebnissen der Anamnese, den bestehenden Beschwerden und individuellen Bedürfnissen des Kunden/ Patienten.*

16.3 *Optometrische Mess- und Prüfverfahren können auch im Rahmen eines Screenings eingesetzt werden. Screening-Verfahren, insbesondere automatisierte Verfahren, können auch unter der Aufsicht eines Augenoptikermeisters/Optomtristen ausgeführt werden. Die Interpretation der Ergebnisse obliegt jedoch ausschließlich dem Augenoptikermeister/Optomtrist mit nachgewiesener Fachkompetenz. Das Screening dient dem Vergleich von Messwerten und Befunden mit Normwerten und Normvarianten mit dem Ziel, Auffälligkeiten feststellen zu können. Das Screening ist nicht mit einer Diagnosestellung gleichzusetzen.“*

Daraus ergibt sich:

**Gemäß der Definition des World Council Of Optometry, der Verordnung über das Berufsbild für das Augenoptikerhandwerk AugOptMstrV und den Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie sind die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen zur Bestimmung der Fehlsichtigkeit mit der Mindestqualifikation des Augenoptikermeisters gegeben. Das Berufsbild und die Arbeitsrichtlinien definieren darüber hinaus klar die Kompetenzen eines Augenoptikermeisters/Optomtristen zur Prävention bei Auffälligkeiten und einhergehende Aufklärungspflichten zur (zusätzlichen) medizinischen Vorsorge.**

### **3.2 Begründung der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung**

Die Begründung der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei a) bis c) ist in den „Tragenden Gründen“ nicht hinreichend begründet.

Die zitierten Quellen belegen nicht, dass der Zwang zur ärztlichen Diagnostik und (Folge)verordnung bei einer Versorgung mit einer Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe der Prävention einer Augenerkrankung dient.

Eine Sehleistungsminderung impliziert nicht per se eine Augenerkrankung bzw. eine Verschlechterung der Sehleistung eine pathologische Veränderung. Die Refraktionsänderung und die damit einhergehende Sehleistungsminderung tritt vielfach unabhängig von einer Pathologie auf. Die wahrgenommene „Unschärfe“ ist üblicherweise Anlass, einen Augenoptiker oder Augenarzt aufzusuchen, um primär zu prüfen, ob eine neue Korrektur mit einer Sehhilfe die gewünschte bzw. erforderliche Sehleistungsverbesserung erzielt.

Befunde, die eine Diagnostik für Risiken und Pathologien erlauben sind bei den in den „Tragenden Gründen“ erwähnten Risiken, insbesondere in Frühstadien, nicht an der zentralen Tagessehschärfe festzumachen.

Der Augenoptikermeister hat gemäß dem oben zitierten Berufsbild die Kompetenzen und die Verpflichtung, falls mit „einer Sehhilfe keine befriedigende Sehleistung“ erzielt wird, zum Facharzt zu verweisen. Damit ist die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei Folgeversorgung bei a) bis c) nach § 33 Abs. 5a SGB V nicht erforderlich.

Auch ist zu berücksichtigen, dass der präventive Aspekt, wie in den „Tragenden Gründen“ der KVB/PAtV geschildert, ausschließlich gesichert wäre, wenn bei der augenärztlichen (Folge)verordnung einer Sehhilfe umfassende Diagnostik sowie Therapieentscheidungen, welche über die bloße Sehhilfenverordnung hinausgehen, obligatorisch wären. Insbesondere unter Anbetracht der derzeitigen Regelungen zu IGeL-Leistungen für Prävention bei den zitierten Risiken ist zum einen von dieser

Praxis nicht auszugehen, zum anderen würde der Versicherte nur „in den Genuss“ der erwähnten ärztlichen Diagnostik und Beratung kommen, wenn er die IGeL-Leistung in Anspruch nimmt.

**Die Notwendigkeit von Folgeuntersuchungen ergibt sich dabei aus den pathologischen Befunden und nicht aus der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe.**

**Eine zunächst reine Präventivmaßnahme an eine Sehhilfenversorgung zu knüpfen, würde bedeuten, dass man die Versicherten zur Prävention verpflichtet.**

Dies wäre ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes.

**Damit sind die erwähnten Gründe für eine verpflichtende ärztliche Verordnung bei Sehhilfen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit fachlich und ökonomisch weder hinreichend noch zweckmäßig.**

#### **4. Korrektur von Fehlsichtigkeit**

Zum Begriff „Korrektur“ (einer Fehlsichtigkeit) ist Folgendes festzuhalten: Hier wäre als fachlich richtiger Begriff „Korrektur“ zu verwenden, sofern unter einer Sehhilfe der Ausgleich eines Refraktionsfehlers und nicht die Veränderung desselben zu verstehen ist. Bereits gemäß Mütze, K. (1961), S. 445, wird mit „Korrektur“ „die Berichtigung einer Fehlsichtigkeit mit einer Sehhilfe“ bezeichnet. „Korrektur“ ist an dieser Stelle sowohl sprachlich als auch fachlich falsch, da es sich nicht um eine Beeinflussung oder Veränderung des fehlerhaften Zustandes (Ametropie) handelt (z.B. im Gegensatz

zu einer therapeutisch angewandten Sehhilfe oder einer chirurgischen Korrektur der Fehlsichtigkeit) (vgl. DIN EN ISO 13666 – 527).

**Aus fachlicher Sicht ist damit auch die Tragweite einer möglichen fehlerhaften Korrektur deutlich entschärft, da eine Korrektur im Gegensatz zu einer Korrektur reversibel ist und lediglich zum Ausgleich eines fehlerhaften Zustandes im Verständnis einer Besserung dient.**

**Eine Sehhilfe gemäß § 12 HilfsmRL ist demnach per definitionem auch keine Therapieoption für die in den „Tragenden Gründen“ erwähnten Erkrankungen.**

**Folgende Empfehlungen zur Vermeidung von Doppelleistungen bei Refraktions- und Korrektionsbestimmungen für Sehhilfen bei Ametropien und daraus erhöhter Belastungen des Versicherten ohne nachgewiesenen zusätzlichen Nutzen sind zu befolgen. Im Falle der Refraktions- und Korrektionsbestimmung durch einen Augentoptikermeister / Optometristen muss der Versicherte explizit über Risiken von Pathologien aufgeklärt und auf initiale und wiederkehrende augenärztliche Prävention hingewiesen werden.**

## **5. Fazit zur Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei Erst- und Folgeversorgungen**

Die Betrachtung von Fehlsichtigkeit, Refraktions-/Korrektionsbestimmung und deren Korrektur ist unabhängig von der Diagnostik der okulären Pathologien.

Die Ermittlung der Fehlsichtigkeit (und die Versorgung mit adäquaten Sehhilfen) erfordert auch bei höhergradig Ametropen keine heilkundlichen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die dafür erforderlichen Kompetenzen sind bei einem Augentoptikermeister/Optometristen über die Ausbildung und das Berufsbild sowie die Arbeitsrichtlinien definiert und gegeben. Der Augentoptikermeister / Optometrist

verfügt dabei auch über Kompetenzen, Risiken für Pathologien zu erkennen, entsprechend aufzuklären und eine augenärztliche Vorstellung zu empfehlen.

Da Refraktionsfehler nicht zwangsläufig mit Sekundärerkrankungen einhergehen, muss die augenärztliche Untersuchung des Auges als ergänzende, aber nicht verpflichtende, Vorsorge- bzw. Routineuntersuchung angesehen werden.

Versicherte können nicht zu Vorsorge- bzw. Präventionsmaßnahmen verpflichtet werden.

Entscheidend ist die Aufklärung der Versicherten über die Risiken, die mit hohen Fehlsichtigkeiten verbunden sein können. Diese ist ergänzend zur Versorgung mit Sehhilfen geboten.

**Ein Zwang für gesetzlich Versicherte zur ärztlichen Verordnung im Rahmen der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe wäre weder fachlich noch ökonomisch sinnvoll. Er widerspräche der aktuellen Versorgungspraxis und würde zudem primär gesetzlich Versicherte in der Versorgung maßgeblich beeinflussen und ggf. eine unverzügliche Versorgung verzögern.**

Jena, den 25.03.2019



Prof. Dr. med. habil. Kathleen S. Kunert



Prof. Dr. rer. pol. Stephan Degle



Prof. Dr. med. habil. Kathleen S. Kunert

*Professorin für klinische Optometrie*

*Fachärztin für Augenheilkunde*

Prof. Dr. rer. pol. Stephan Degle

*Professor für Optometrie und Ophthalmologische Optik*

*Studiengangleiter der Studiengänge im Fachgebiet Augenoptik/Optometrie*

*Vorsitzender des Interdisziplinären Kompetenzzentrums für Augenoptik, Optometrie*

*und Ophthalmologische Optik (IAO)*

**Gemeinsame fachliche Stellungnahme zur Auslegung von  
§ 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V**

für den

ZENTRALVERBAND DER AUGENOPTIKER UND OPTOMETRISTEN

Bundesinnungsverband

Alexanderstraße 25a

D-40210 Düsseldorf

Jena, den 17.05.2017

## **Gliederung der Stellungnahme**

### **1. Grundlagen der Stellungnahme**

### **2. Erläuterungen zu Fehlsichtigkeiten sowie Refraktions- /Korrektionsbestimmung**

- 2.1. Fachliche Stellungnahme zu den Begriffen „Fern-Korrekturausgleich“, „Refraktionsfehler“, „Myopie“, „Hyperopie“ und „Astigmatismus“
- 2.2. Verfahren zur Ermittlung der Refraktions-/Korrektionswerte für die Ferne
- 2.3. Erforderliche Kompetenzen für die Ermittlung der Refraktions-  
/Korrektionswerte für die Ferne

### **3. „Krankhafte Fehlsichtigkeit“**

- 3.1. Begriffsklärung
- 3.2. Zusammenhang Refraktion und okuläre Pathologie
- 3.3. Häufigkeiten pathologischer Fälle
- 3.4. Diagnostisches Vorgehen bei hochgradig Fehlsichtigen
- 3.5. Einfluss einer Folgeverordnung auf die diagnostische Sicherheit

### **4. Sozio-ökonomische und operationale Aspekte**

### **5. Fazit zur Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei Erst- und Folgeversorgungen gemäß § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V**

## **Quellenverzeichnis**

## 1. Grundlagen der Stellungnahme

Die folgende fachliche Stellungnahme bezieht sich auf das am 11.4.2017 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG). Im Speziellen wird Stellung genommen zu Änderungen in § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V. Dieser erweitert in der Neufassung die Anspruchsgrundlage für Sehhilfen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Zur bisherigen Anspruchsgrundlage bei Sehbeeinträchtigung oder Blindheit von mindestens der Stufe 1 nach WHO-Definition auf beiden Augen (§ 33 Abs. 2 S. 1 SGB V) und Anspruch auf therapeutische Sehhilfen zur Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen (§ 33 Abs. 2 S. 2 SGB V) besteht in der Neufassung gemäß Satz 2 ebd. ein Anspruch für Versicherte, die *„einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen“*.

Im Folgenden soll aus fachlicher Sicht zum Wortlaut und möglichen Intentionen, sowie zu möglichen Umsetzungen des Gesetzes in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **insbesondere unter dem Aspekt einer intendierten „Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“** Stellung genommen werden.

Die am 11.4.2017 in Kraft getretenen Änderungen betreffen **nicht** § 33 Abs. 5a SGB V. In diesem ist die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung bereits geregelt:

*„Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“*

**Damit ist auch die Voraussetzung der „vertragsärztlichen Verordnung“ für Sehhilfen bei höherer Fehlsichtigkeit nach der Neufassung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V durch § 33 Abs. 5a SGB V bereits geregelt.**

**Aus den öffentlich zugänglichen Unterlagen geht nicht hervor, warum in § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V das Wort „verordneten“ eingefügt wurde und was damit beabsichtigt wurde.**

Aus fachlicher Sicht ist deshalb prinzipiell davon auszugehen, dass für die Erfordernis einer „vertragsärztlichen Verordnung“ für Sehhilfen nach § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V auch § 33 Abs. 5a SGB V gilt und in einer Richtlinie festgelegt werden muss, ob nach § 33 Abs. 5a SGB V *„eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose ... medizinisch geboten ist“*, soweit es sich nach § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V um eine Sehhilfe handelt, deren Anspruchsgrundlage in einem höheren Refraktionsfehler liegt und nicht auf einer medizinischen Diagnostik für eine Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur oder einer medizinischen Indikation für ein therapeutisches Hilfsmittel beruht.

**Hierbei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die fachlich begründete Notwendigkeit einer „vertragsärztlichen Verordnung“ basierend auf einer „erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnose“ für Sehhilfen, deren Anspruchsgrundlage in einem höheren Refraktionsfehler liegt, bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht gleichzusetzen ist mit der Notwendigkeit einer zugrundeliegenden ärztlichen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 33 Abs. 1 SGB V. – Im Kindesalter ist aus fachlicher Sicht im Sinne der Prävention eine Diagnostik durch einen Ophthalmologen im Zusammenhang mit einer Sehhilfenversorgung geboten, um das Amblyopierisiko durch gezielte Therapie zu verringern. Bei Erwachsenen ist fachlich gesondert zu klären und zu begründen, inwiefern bei Sehhilfenversorgung bei einer höheren Ametropie, ein medizinisches Gebot einer erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnostik gegeben ist.**

## 2. Erläuterungen zu Fehlsichtigkeiten sowie Refraktions-/Korrektionsbestimmung

2.1. Fachliche Stellungnahme zu den Begriffen „Fern-Korrekturausgleich“, „Refraktionsfehler“, „Myopie“, „Hyperopie“ und „Astigmatismus“

### 2.1.1. Fern-Korrekturausgleich

Zunächst wird mit dem Präfix „Fern“ festgelegt, dass es sich gemäß DIN 5340 -151 um den „Einstellungspunkt bei niedrigstem Brechwert des optischen Systems des Auges“ handelt. Dieser ist bei einer rein sphärischen Fehlsichtigkeit eindeutig definierbar. Bei Vorliegen eines Astigmatismus gehört zu jedem der Hauptschnitte ein Fernpunkt. Sobald Aberrationen höherer Ordnung mit sehleistungsmindernder Relevanz vorliegen, ist der Fernpunkt nur unter Berücksichtigung der Pupillengröße definierbar.

Zum Begriff „Korrektur“ (einer Fehlsichtigkeit) ist Folgendes festzuhalten: Hier wäre als fachlich richtiger Begriff „Korrektur“ zu verwenden, sofern unter einer Sehhilfe der Ausgleich eines Refraktionsfehlers und nicht die Veränderung desselben zu verstehen ist. Bereits gemäß Mütze, K. (1961), S. 445, wird mit „Korrektur“ „die Berichtigung einer Fehlsichtigkeit mit einer Sehhilfe“ bezeichnet. „Korrektur“ ist an dieser Stelle sowohl sprachlich als auch fachlich falsch, da es sich nicht um eine Beeinflussung oder Veränderung des fehlerhaften Zustandes (Ametropie) handelt (z.B. im Gegensatz zu einer therapeutisch angewandten Sehhilfe oder einer chirurgischen Korrektur der Fehlsichtigkeit) (vgl. DIN EN ISO 13666 – 527).

**Aus fachlicher Sicht ist damit auch die Tragweite einer möglichen fehlerhaften Korrektur deutlich entschärft, da eine Korrektur im Gegensatz zu einer Korrektur reversibel ist und lediglich zum Ausgleich eines fehlerhaften Zustandes im Verständnis einer Besserung dient.**

Ein Ausgleich einer Ametropie mit einer Sehhilfe erfolgt per se nach rein optisch-physikalischen Prinzipien. In diesem Zusammenhang ist für den refraktiven Wert der Sehhilfe zu berücksichtigen, ob ein Voll- oder Teilausgleich der Ametropie erfolgen soll. Weiterhin ist festzulegen, in welchem Hornhautscheitelabstand (HSA) der Ausgleich erfolgen soll. Beispielsweise entsprechen - 6,0 Dioptrien Sphäre (- 4,0 Dioptrien Astigmatismus) bei einem Brillenglas mit einem HSA von 15 mm einem Korrektionswert mittels Kontaktlinsen von -5,50 Dioptrien Sphäre (-3,19 Dioptrien

Astigmatismus). Insbesondere bei der Festlegung des Korrektionswertes bei einer Brille ist es erforderlich, den HSA anhängig von individuellen anatomischen Gegebenheiten zu bestimmen und daraufhin den tatsächlichen Korrektionswert zu berechnen.

### 2.1.2. Refraktionsfehler

Unter „Refraktionsfehler“ ist in diesem Kontext davon auszugehen, dass hierunter Ametropie gemäß DIN 5340 – 27 zu verstehen ist. Dieser beschreibt den Zustand eines Auges, „bei dem der Fernpunkt des Auges nicht im Unendlichen liegt.“ Zu unterscheiden sind folgende Ametropien bzw. Ametropieanteile:

- a. Baulängen-Abweichungen des Bulbus („zu langes“ oder „zu kurzes“ Auge)
- b. Brechwertbedingte Abweichungen (Hornhaut / Linse).

Beide Formen können in Kombination oder isoliert auftreten, wobei sich die Angaben immer auf ein statistisches Normauge beziehen. Daraus ergibt sich, dass rein vom „Refraktionsfehler“ weder a. noch b. direkt abgeleitet werden kann. Ebenso ist davon auszugehen, dass sich beide Anteile auch kompensieren können.

- Altersbedingte Veränderungen der Fehlsichtigkeit

**Der „Refraktionsfehler“ verändert sich über das Lebensalter im Mittel um mehr als 2 Dioptrien.** I.d.R. liegt zum Zeitpunkt der Geburt eine Hyperopie vor. Diese reduziert sich physiologisch bedingt bis zum sechsten/siebenten Lebensjahr in Richtung Emmetropie (vgl. Emmetropisierungsprozess). Aus Daten von Brillenversorgungen (hier wurde ausschließlich über alle Altersklassen die Fernkorrektur berücksichtigt) kann abgeleitet werden, dass sich der Refraktionsstatus bis zu einem Alter von ca. 30 Jahren um ca. 2 Dioptrien in Richtung Myopie verändert (Abb. 1). Nach dem 40. Lebensjahr zeigt sich ein genereller Trend in Richtung Hyperopie, unabhängig von der Presbyopie. Mögliche Erklärungen für diese generelle Hyperopisierung ab 40 Jahren sind Brechwertänderungen der Augenlinse durch Strukturveränderung oder Entlastung der Akkommodation durch die Gabe einer Addition. Das heißt, der Refraktionsstatus

ändert sich vom 40. bis zum 60. Lebensjahr um ca. 2 Dioptrien Richtung Hyperopie. Nach dem 60. Lebensjahr sind Schwankungen des mittleren Refraktionsstatus z.B. durch Katarakt erklärbar.

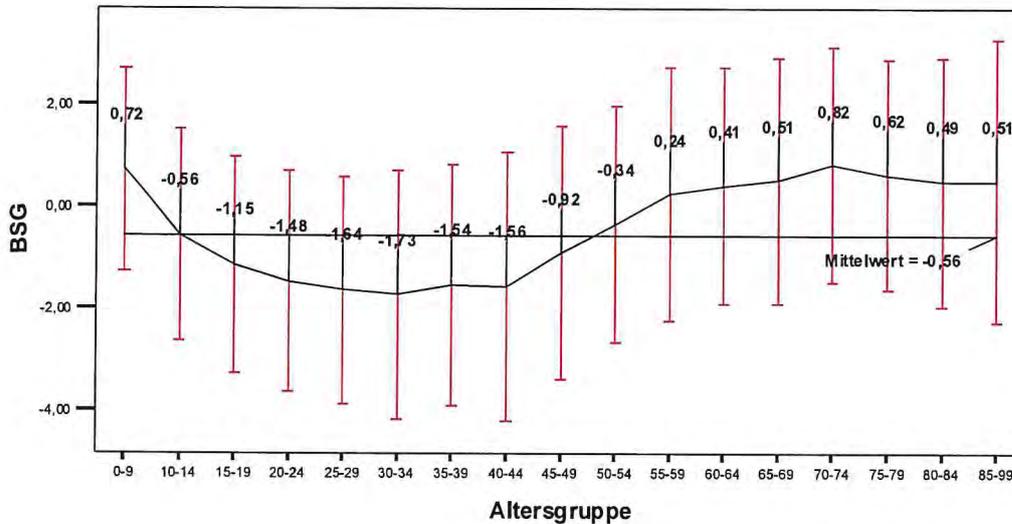


Abb. 1: Mittlerer Refraktionsstatus von Brillenträgern in verschiedenen Altersgruppen (n=23066): Dargestellt ist der Mittelwert und die Standardabweichung (Fehlerbalken) für das sphärische Äquivalent in Dioptrien (Degle et al., 2008).

- Reproduzierbarkeit von Refraktionsbestimmungen

**Für eine Festlegung eines Refraktionswertes gilt weiterhin, dass diese abhängig von Prüfverfahren, Prüfer und Proband sind.**

Gemäß Grein et. al. (2014) liegen „bei einer wiederholten subjektiven Refraktionsbestimmung (...) 95% der Abweichungen vom mittleren Refraktionsergebnis bei etwa  $\pm 0,2$  bis  $\pm 0,65$  Dioptrien für das sphärische Äquivalent und die Zylinderstärke. Die Reproduzierbarkeit von Refraktionsergebnissen bei gesunden Augen ist selbst unter optimalen Bedingungen begrenzt.“

### 2.1.3. Definitionen von Myopie, Hyperopie und Astigmatismus

Myopie ist gemäß DIN 5340 – 278 als Ametropie, bei welcher der Fernpunkt in endlicher Entfernung vor dem Auge liegt, definiert. Hyperopie bezeichnet nach DIN 4340 – 220 eine Ametropie, bei welcher der Fernpunkt hinter dem Auge liegt.

Astigmatismus ist nach DIN 5340 – 36 eine Ametropie, bei der das optische System des Auges in den einzelnen Meridianschnitten verschiedene Brechungsverhältnisse aufweist.

**Die Definitionen beschränken sich damit auf ein rein optisch-physikalische Prinzipien, ohne damit eine Aussage über einen möglichen krankhaften Zustand des Auges zu treffen.**

## 2.2. Verfahren zur Ermittlung der Refraktions-/Korrektionswerte für die Ferne

Die Ermittlung der Refraktions-/Korrektionswerte für die Ferne erfolgt gemäß ARL für Augenoptik und Optometrie, S.23 ff.<sup>1</sup> i.d.R. sowohl basierend auf objektiven als auch auf subjektiven Prüfverfahren. Zu den objektiven Prüfverfahren zählen: Skiaskopie, Ophthalmoskopie, (automatischer) Refraktometrie, Aberrometrie, Keratometrie und Keratographie. Die subjektive monokulare Refraktionsbestimmung hat folgenden Ablauf:

- 1) Positionierung und Zentrierung von Messbrille oder Phoropter
- 2) Prüfung auf Ametropie
- 3) Bestimmung des besten sphärischen Glases
- 4) Bestimmung der sphäro-zylindrischen Kombination
- 5) monokularer sphärischer und astigmatischer Feinabgleich
- 6) monokulare Visusbestimmung mit den bisher ermittelten Refraktionswerten

Für die subjektive und objektive monokulare Refraktionsbestimmung werden dabei Geräte gemäß Anhang 2 der ARL für Augenoptik und Optometrie verwendet.

## 2.3. Erforderliche Kompetenzen für die Ermittlung der Refraktions- /Korrektionswerte für die Ferne

Da es im Speziellen bei der Neufassung der Änderungen in § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V um die Abhängigkeit des Anspruchs auf Heil- und Hilfsmittel von der Feststellung von Ametropien und deren Höhe geht, ist darzulegen, welche Kompetenzen für deren

---

<sup>1</sup> Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie, Band 12, 5. Auflage 2013 Schriftenreihe zur Augenoptik

Feststellung und Bestimmung erforderlich sind und ob diese Ermittlung nach § 33 Abs. 5a SGB V heilkundliche Kompetenzen erfordert.

§ 1 Abs. 1 der Verordnung über das Berufsbild für das Augenoptikerhandwerk AugOptMstrV ("Augenoptikermeisterverordnung vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2610), die durch Artikel 20 der Verordnung vom 17. November 2011 (BGBl. I S. 2234) geändert worden ist"; Stand: geändert durch Art. 20 V v. 17.11.2011 I 2234) beschreibt die dem Augenoptikerhandwerk zuzuordnenden Kenntnisse und Fertigkeiten:

- „5. bei der Versorgung mit Sehhilfen Kenntnisse der Anatomie und Physiologie auf das visuelle System anwenden,
6. Sehschärfe messen und bewerten,
7. Sehleistung messen und Methoden zum Erkennen von Sehleistungsminderungen anwenden, Ergebnisse darstellen und weiteres Vorgehen begründen; Auffälligkeiten des Auges erkennen,
8. Fehlsichtigkeit ermitteln und bewerten,
9. Refraktion der Augen mit objektiven Methoden messen,
10. Korrektionswerte mit subjektiven Messmethoden ermitteln und Korrektionsbedarf festlegen“

Die aktuell gültigen Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie (ARL, 2013) regeln für Deutschland die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen des Augenoptikermeisters/Optomtristen in Anlehnung an diese Definition:

*„Der Augenoptikermeister/Optomtrist bestimmt, fertigt und/oder bearbeitet jedes Korrektionsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil einzeln nach den Erfordernissen der jeweiligen visuellen Störung und den visuellen Anforderungen.*

*Eine wichtige Kompetenz eines Augenoptikermeisters/Optomtristen ist ein verantwortliches Vorgehen, um eine sichere Empfehlung zur augenoptischen/optometrischen Versorgung und/oder zum Besuch eines (Fach-)Arztes oder einer anderen medizinisch orientierten Einrichtung geben zu können.*

*Die Verantwortung des Augenoptikermeisters/Optomtristen für die richtige Versorgung von Personen mit Störungen des visuellen Systems ist von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung. Der Korrektionsbedarf des fehlsichtigen Augenpaares und die sach- und fachgerechte augenoptische/optometrische Versorgung des*

*Fehlsichtigen stehen im Mittelpunkt der Tätigkeit jedes Augenoptikermeisters/Optometristsen.“*

Die Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie haben zur Sicherung einer sach- und fachgerechten Versorgung allgemeine Verbindlichkeit und sind somit auch im Rahmen der Neufassung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V zu berücksichtigen.

Im Speziellen regeln die Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie (ARL, 2013) in Satz 15 und 16 (S. 9 ff.) die erforderlichen Kompetenzen für die monokulare Refraktions- und binokulare Korrektionsbestimmung sowie die Vorgehensweise bei Auffälligkeiten, die eine medizinische Abklärung erfordern:

*„15 Monokulare Refraktions- und binokulare Korrektionsbestimmung für Ferne und Nähe*

*15.1 Die Bestimmung der Korrektionswerte ist unter der Zielsetzung einer Optimierung der visuellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Sehleistungsanforderung durchzuführen.*

*15.2 Die Bestimmung der Korrektionswerte darf nur vom Augenoptikermeister/Optometristsen ausgeführt werden. Deren Ausbildung und Prüfung bieten die Gewähr über die erforderlichen Kenntnisse zur Anatomie und Physiologie des visuellen Systems und des Sehvorganges zu verfügen und somit die notwendigen Voraussetzungen für Theorie und Technik der Korrektionsbestimmung zu haben.*

*15.3 Wird keine befriedigende Sehleistung erzielt, so hat der Augenoptikermeister/Optometristsen im Rahmen seiner Erfassungs-, Mess- und Beobachtungsmöglichkeiten zu prüfen, ob dies auf optische oder pathologische Zusammenhänge zurückzuführen ist. Dies sollte eine Inspektion des vorderen und hinteren Augenabschnittes einschließen.*

*15.4 Gewinnt der Augenoptikermeister/Optometristsen aus seinen Beobachtungen während der Refraktions- und/oder Korrektionsbestimmung Erkenntnisse über Veränderungen des Auges, so werden keine Bewertungen im Sinne einer medizinischen Diagnose abgegeben. Für die Diagnostik wird an einen Arzt verwiesen.*

*15.5 Über die Auswirkungen und Konsequenzen bei nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch der Sehhilfe muss der Kunde/Patient aufgeklärt werden.*

16 *Optometrische Untersuchung des visuellen Systems*

16.1 *Die optometrische Untersuchung beinhaltet die Prüfung auf funktionelle Störungen des visuellen Systems. Außerdem beinhaltet sie das Erkennen von Auffälligkeiten des visuellen Systems, i.d.R. durch den Einsatz von geeigneten Messverfahren, um bei Bedarf sachgerecht zur Diagnosestellung und ggf. Behandlung an einen (Fach-) Arzt verweisen zu können.*

16.2 *Die Auswahl der Tests/Prüfungen ist abhängig von den Ergebnissen der Anamnese, den bestehenden Beschwerden und individuellen Bedürfnissen des Kunden/ Patienten.*

16.3 *Optometrische Mess- und Prüfverfahren können auch im Rahmen eines Screenings eingesetzt werden. Screening-Verfahren, insbesondere automatisierte Verfahren, können auch unter der Aufsicht eines Augenoptikermeisters/Optomtristen ausgeführt werden. Die Interpretation der Ergebnisse obliegt jedoch ausschließlich dem Augenoptikermeister/Optomtrist mit nachgewiesener Fachkompetenz. Das Screening dient dem Vergleich von Messwerten und Befunden mit Normwerten und Normvarianten mit dem Ziel, Auffälligkeiten feststellen zu können. Das Screening ist nicht mit einer Diagnosestellung gleichzusetzen.“*

Daraus ergibt sich:

**Gemäß der Verordnung über das Berufsbild für das Augenoptikerhandwerk AugOptMstrV und den Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie sind die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen zur Bestimmung der Fehlsichtigkeit mit der Mindestqualifikation des Augenoptikermeisters gegeben. Das Berufsbild und die Arbeitsrichtlinien definieren darüber hinaus klar die Kompetenzen eines Augenoptikermeisters/Optomtristen zur Prävention bei Auffälligkeiten und einhergehende Aufklärungspflichten zur (zusätzlichen) medizinischen Vorsorge.**

### 3. „Krankhafte Fehlsichtigkeit“

#### 3.1. Begriffsklärung

„Fehlsichtigkeit“ per se stellt aus medizinischer Sicht für den Betroffenen zunächst einmal keinen „krankhaften“ Wert dar, solange die Struktur und Funktion des Auges unbeeinträchtigt sind und mit Hilfe von Brillen oder Kontaktlinsen eine vollständige optische Korrektur der Seheinschränkung erzielt werden kann. Dies gilt unabhängig vom konkret gemessenen Refraktionsfehler.

**Erst wenn die mit einer Fehlsichtigkeit einhergehenden anatomischen Voraussetzungen zu Komplikationen am Auge führen und hierdurch eine Schädigung bzw. Funktionsverlust des Sehapparates eintritt, wird von einer „krankhaften“ bzw. „pathologischen Fehlsichtigkeit“ gesprochen.**

Die häufigste Fehlsichtigkeit, die mit Komplikationen am Auge einhergeht, ist die „hohe Myopie“. Der Begriff der „pathologischen Myopie“ wird daher heutzutage synonym verwendet. Sie liegt dann vor, wenn die Achsenlänge des Auges mehr als 26,5 mm (Xu et al., 2010) und die Brechkraftveränderung mehr als -6 Dioptrien beträgt. **Die erhöhte Achsenlänge stellt dabei den wesentlichsten Risikofaktor für das Auftreten von Komplikationen dar. Eine allein gemessene objektive oder gar subjektive Refraktion von über -6 Dioptrien gilt nur indirekt als Hinweis auf das Vorliegen einer pathologischen Myopie, da Netzhautveränderungen unabhängig vom Refraktionsfehler auftreten können.**

Derzeit liegt die Prävalenz der hohen Myopie über alle Altersgruppen hinweg gesehen bei 2,71% (Williams et al. 2015), wobei vor allem junge Menschen zwischen 25-29 Jahren betroffen sind.

Von einer hohen Hyperopie spricht man ab Werten von  $> 3$  Dioptrien. Die Häufigkeit der hohen Hyperopie nimmt im Gegensatz zur Myopie im Alter zu und erreicht die höchste Prävalenz von 10-13 % ab dem 60. Lebensjahr (Williams et al. 2015). Astigmatismusraten in der Bevölkerung zeigen sich relativ konstant in allen Altersgruppen mit 15-25% (Williams et al. 2015).

**In der Neufassung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wird die Leistungsausweitung für die hohen Fehlsichtigkeiten nicht mit der Zunahme von krankhaften Veränderungen begründet.**

Die Festlegung auf die Werte von 6 Dioptrien bei Kurz- und Weitsichtigkeit bzw. 4 Dioptrien bei Astigmatismus orientiert sich vielmehr an den deutlichen Preissteigerungen für Brillengläser von bis zu 150 % (BMG, HHVG- Paket fachlich (2), S.6).

### 3.2. Zusammenhang Fehlsichtigkeit und okuläre Pathologie

Eine von der Norm abweichende Baulänge des Auges ist mit einer Reihe an unterschiedlichen okulären Erkrankungen assoziiert. Hochmyope Augen mit einer Achsenlänge von über 26,5 mm weisen eine signifikante Verdünnung aller beteiligten Gewebsschichten (Sklera, Aderhaut, Bruch-Membran und Netzhaut) auf. Eine verdünnte Sklera kann sich am hinteren Augenpol ausstülpfen und zu einem Staphylom führen. **Makulopathien wie z.B. eine choroidale Neovaskularisation (CNV) oder Veränderungen am Sehnervenkopf und der peripapillären Region mit Erhöhung des Glaukomrisikos können die Folge sein.**

Entgegen der betont am hinteren Pol ausgedünnten Sklera ist die Dicke der Netzhaut v.a. im Bereich des Äquators und zur Ora serrata hin verdünnt. **Dementsprechend finden sich bei hoher Myopie häufiger periphere Netzhaut-Degenerationen (z.B. gittrige NH-Degeneration und Palisaden) als bei emmetropen Patienten und das konsekutive Risiko einer Netzhautablösung steigt (Lewis, 2003).**

Morphologisch zeichnen sich Augen mit hoher Weitsichtigkeit (Hyperopie > 3 Dioptrien) durch eine kurze Achsenlänge, einen kleinen Kammerwinkel, sowie einer verdickten Aderhaut und Sklera aus. Der vergleichsweise kurze Augapfelbau mit engem Kammerwinkel prädisponiert daher insbesondere für das Auftreten eines Engwinkelglaukoms (Shen et al. 2016). Der Glaukomanfall präsentiert sich akut mit Sehverschlechterung, Schmerzen und rotem Auge, im Extremfall mit ausgeprägter Allgemeinsymptomatik wie starken Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen.

Die häufigste Ursache für einen hohen Astigmatismus ist der Keratokonus, eine nichtentzündliche beidseitig auftretende Verkrümmung/Vorwölbung der

Hornhaut. Der Keratokonus schreitet in der Regel chronisch voran und führt zu einer progressiven Verdünnung der Hornhaut, assoziiert mit einer schwankenden Refraktion. Die Angaben zur Inzidenz liegen zwischen 4 und 600 auf 100.000 Patienten in der Normalbevölkerung.

Frühe Formen eines Keratokonus werden wahrscheinlich sogar eher beim Augenoptiker/Kontaktlinsenanpasser entdeckt, da dieser im Gegensatz zu den meisten niedergelassenen Augenärzten über entsprechende Technik verfügt (Hornhauttopographie und/oder Schnittbildtechniken (Scheimpflugkamera oder ähnliches)).

### 3.3. Häufigkeiten pathologischer Fälle

Häufig unterliegt eine hohe Myopie einem dynamischen Prozess und schreitet mit dem Alter fort. Der Verlauf wird dann als progressiv beschrieben. Qualitativ hochwertige Studien, die vergleichbare Ergebnisse zur Progressionsrate liefern, sind allerdings selten. Im Rahmen von 5-jährigen Beobachtungsphasen konnte bei **40% der hochmyopen Augen eine Progression der Makulopathie** ermittelt werden (Hayashi et al. 2010). Komplikationen, wie z.B. die foveale Retinoschisis mit/ohne Makulaforamen werden mit einer Häufigkeit von 10 bis 30% der hochmyopen Augen angegeben. Retro- und prospektive Datenauswertungen zur Häufigkeit einer myopen choroidalen Neovaskularisation (CNV) ergaben Raten zwischen 2,5% und 5% der hochmyopen Augen (Curtin et al. 1971, Willis et al. 2016). Die Dicke der Aderhaut ist hier ein maßgeblicher Risikofaktor für die Entstehung einer Solchen (Wang et al. 2015).

In einer weiteren Studie konnten in einem Zeitraum von 5 Jahren bei 8,7% neuauftretene Lacksprünge und bei 15,2% eine Ausdehnung der peripheren Netzhaut-Atrophieareale festgestellt werden (Vongphanit et al. 2012). Epidemiologische Untersuchungen bestätigten, dass allein das Vorliegen einer Myopie die jährliche Inzidenz der Netzhaut-Ablösung auf 10/100000 erhöht (Mitry 2010). Auch hier gilt, dass mit steigender Achsenlänge das Risiko zunimmt.

**Bereits eine Myopie von -3 Dioptrien erhöht das Risiko für eine Netzhautablösung um den Faktor 10** (Anonymous 1993).

Die Odds Ratio für hochgradig Kurzsichtige ein Glaukom zu entwickeln liegt zudem bei 2,46 (95%-KI: 1,93–3,15) (Marcus et al. 2011).

### 3.4. Diagnostisches Vorgehen bei hochgradig Fehlsichtigen

**Da hohe Refraktionsfehler nicht zwangsläufig mit Sekundärerkrankungen einhergehen, handelt es sich im Allgemeinen um präventive Vorsorge- bzw. Routineuntersuchungen.**

Als individuelle Gesundheitsleitung (IGeL-Check von Bundesärztekammer, KBV und Verbänden) greift hier vor allem die Netzhaut-Vorsorgeuntersuchung für Kurzsichtige (2.17 IGeL-Ordner) und die Glaukomvorsorge für Kurz- und Weitsichtige (2.1 IGeL-Ordner). Vorgesehen ist im Rahmen der Netzhautvorsorge eine Untersuchung des gesamten Fundus in medikamentöser Mydriasis und eine Beratung über Warnsymptome einer Netzhautablösung (Lichtblitze, Mouches volantes). Bei Erstverordnung einer Sehhilfe würde diese Vorsorgeuntersuchung vom Augenarzt durchgeführt und kontrollbedürftige Befunde bereits hier detektiert werden. Das Intervall für Folgeuntersuchungen wird dann „in Abhängigkeit von der Krankheit, dem Befund und dem Verlauf“ empfohlen (2.17 IGeL-Ordner).

Im Rahmen des Glaukom IGeL-Checks wird der Sehnerv ophthalmoskopisch untersucht und eine Augendruckmessung durchgeführt.

**Die Notwendigkeit von Folgeuntersuchungen ergibt sich dabei aus den pathologischen Befunden (Netzhaut und Augendruck) und nicht aus der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe.**

**Eine zunächst reine Präventivmaßnahme an eine Sehhilfenversorgung zu knüpfen, würde bedeuten, dass man die Versicherten zur Prävention verpflichtet.**

Dies ist ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes.

### 3.5. Einfluss einer Folgeverordnung auf die diagnostische Sicherheit

Mit Hilfe des Fern-Korrektionsausgleiches kann das Voranschreiten einer pathologischen Fehlsichtigkeit nicht sicher erkannt werden. Untersuchungen, welche zur Ermittlung des Fern-Korrektionsausgleiches notwendig sind (siehe 2.1. als handwerklich-technische Leistungen), stehen in keinem Zusammenhang mit den Methoden, welche für die Diagnostik der Netzhaut (heilkundliche Tätigkeit) notwendig

sind. Zur Beurteilung des Sehnerven, der Makula und der peripheren Netzhaut kommen neben der Funduskopie in medikamentöser Mydriasis vor allem die OCT-Technologie und die Fundusangiographie zum Einsatz.

**Die Korrektur der Fehlsichtigkeit ist somit unabhängig von der Erkennung der Augenpathologie.**

Trotz vereinbarter Kontrolltermine beim Augenarzt, sei es aufgrund einer kontrollbedürftigen Pathologie oder im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung, kann eine akute Makulopathie und/oder Netzhautablösung nicht sicher verhindert werden. Diese kann trotz regelmäßiger Vorsorge zu jedem Zeitpunkt auftreten und sich innerhalb weniger Stunden oder Tage entwickeln.

Obwohl es hier keine belastbaren Daten gibt, ist von einer **relativ geringen Sensitivität, Spezifität und negativen Vorhersagbarkeit der Funduskopie zur Erkennung einer Makulopathie-und/oder akut risikobehafteten Netzhautdegeneration/-ablösung** auszugehen.

**Besondere Bedeutung kommt daher der Aufklärung der Versicherten über die Symptomatik einer Netzhautablösung zu.**

Diese wird durch den Augenarzt bei der Erstverordnung der Sehhilfe gewährleistet und ist auch in den ARL für Augenoptiker und Optometristen verankert.

Sollte im Rahmen der Folgeversorgung eine Verschlechterung der korrigierten Sehschärfe festgestellt werden, so ist der Augenoptiker laut der ARL ebenfalls verpflichtet, auch unabhängig von vom Augenarzt festgelegten Kontrollintervallen, eine erneute Vorstellung beim Arzt zu empfehlen.

Eine Verknüpfung von einer Folgeversorgung mit einer Folgeverordnung wird die diagnostische Sicherheit für die Versicherten nicht zwangsläufig erhöhen.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG vom 14.11.2003 (BGBl. I, 2190) hatten Versicherte keinen Anspruch mehr auf eine Sehhilfe. Die Anpassung einer Sehhilfe war seitdem entkoppelt von einer ärztlichen Verordnung. Damit ging einher, dass in den vergangenen 13 Jahren die Verordnungszahlen für Sehhilfen beim Augenarzt (auch in Fällen höherer Fehlsichtigkeiten) stark rückläufig waren und

die Refraktions- und Korrektionsbestimmungen überwiegend beim Augenoptikermeister/Optometrissen durchgeführt wurden (Abb.2).

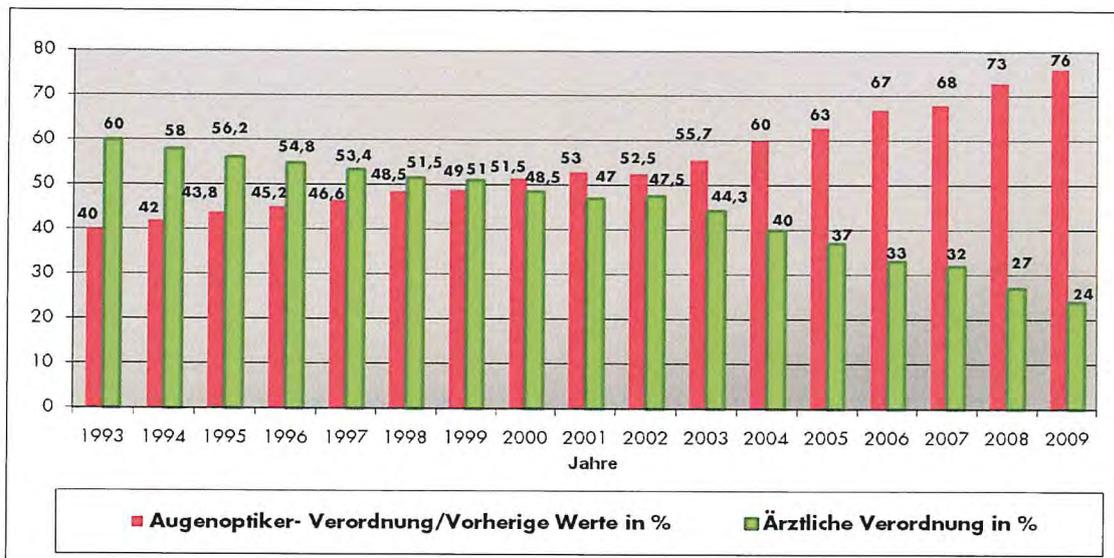


Abb. 2: Veränderungen der Verordnungszahlen für Sehhilfen 1993-2009 (Quelle: ZVA)

Es sind keine wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt, die in der Zeit von 2004 bis 2017 aufgrund des Wegfalls der Verordnungsfähigkeit einer Sehhilfe bei hoher Ametropie eine Zunahme von Augenschäden aufgrund geringerer Inanspruchnahme oder schlechterer Qualität von Präventionsangeboten bei hochgradig Ametropen nachgewiesen haben. Demnach wäre erst der Beweis zu erbringen, dass das Gebot einer augenärztlichen Verordnung im Rahmen einer Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung für höhergradig Fehlsichtige die Inzidenz und Prävalenz der Augenschäden maßgeblich verringern würde, bevor dies zur Anspruchsvoraussetzung werden kann.

#### **4. Sozio-ökonomische und operationale Aspekte**

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt der Operationalisierung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V ist, dass im Falle der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung der Sehhilfe bei einer eventuellen höheren Ametropie nicht geklärt ist, ob der Versicherte sich primär an den Augenarzt oder den Augenoptikermeister (wie bisher) wenden soll. Nimmt er die Leistungen des Augenoptikermeisters für die Refraktions- und Korrektionsbestimmung primär in Anspruch und wird dabei eine höhere Fehlsichtigkeit festgestellt, so wird dem Versicherten die Inanspruchnahme einer redundanten Leistung der Refraktions- und Korrektionsbestimmung durch den Augenarzt auferlegt. Auch im umgekehrten Fall des Erstbesuchs beim Augenarzt und der Feststellung, dass keine höhere Fehlsichtigkeit vorliegt, die zu einem Anspruch führt, würde eine erhöhte Belastung des Versicherten zur Folge haben.

**Zur Vermeidung von Doppelleistungen bei Refraktions- und Korrektionsbestimmungen für Sehhilfen bei Ametropien und daraus erhöhter Belastungen des Versicherten ohne nachgewiesenen zusätzlichen Nutzen wird deshalb empfohlen, dass im Falle der Refraktions- und Korrektionsbestimmung durch einen Augenoptikermeister / Optometristen durch diesen der Versicherte explizit über Risiken von Pathologien aufgeklärt werden muss und auf initiale und wiederkehrende augenärztliche Prävention hingewiesen wird.**

## **5. Fazit zur Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei Erst- und Folgeversorgungen gemäß § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V**

Die Betrachtung von Fehlsichtigkeit, Refraktions-/Korrektionsbestimmung und deren Korrektur ist unabhängig von der Diagnostik der okulären Pathologien.

**Die Ermittlung der Fehlsichtigkeit (und die Versorgung mit adäquaten Sehhilfen) erfordert auch bei höhergradig Ametropen keine heilkundlichen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die dafür erforderlichen Kompetenzen sind bei einem Augentoptikermeister/Optometrissen über die Ausbildung und das Berufsbild sowie die Arbeitsrichtlinien definiert und gegeben. Der Augentoptikermeister / Optometrist verfügt dabei auch über Kompetenzen, Risiken für Pathologien zu erkennen, entsprechend aufzuklären und weitere Maßnahmen zu empfehlen.**

Da hohe Refraktionsfehler nicht zwangsläufig mit Sekundärerkrankungen einhergehen, muss die augenärztliche Untersuchung des Auges als ergänzende, aber nicht verpflichtende, Vorsorge- bzw. Routineuntersuchung angesehen werden.

Die Netzhaut-Vorsorgeuntersuchung für Kurzsichtige hat eine geringe Sensitivität, Spezifität und negative Vorhersagbarkeit in Bezug auf die akute Makulopathie und Netzhautdegeneration/-ablösung.

Versicherte können nicht zu Vorsorge- bzw. Präventionsmaßnahmen verpflichtet werden.

Entscheidend ist die Aufklärung der Versicherten über die Risiken, die mit hohen Fehlsichtigkeiten verbunden sein können. Besonders wichtig ist die Beratung über Warnsymptome einer Netzhautablösung.

Jena, den 17.05.2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Kunert', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. med. habil. Kathleen S. Kunert

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stephan Degle', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. rer. pol. Stephan Degle

## Quellenverzeichnis

Anonymous (1993) Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. The Eye Disease Case-Control Study Group. Am J Epidemiol 137:749–75

Curtin BJ, Karlin DB (1971) Axial length measurements and fundus changes of the myopic eye. Am J Ophthalmol 71:42–53

Degle, S., Krause, K. et al. (2008): Age- and gender related Refraction. Poster, American Academy of Optometry

Grein et al. (2014) Zur Reproduzierbarkeit von Refraktionsbestimmungen, Ophthalmologe · 111:1057–1064

Hayashi K, Ohno-Matsui K, Shimada N et al (2010) Long-term pattern of progression of myopic maculopathy: a natural history study. Ophthalmology 117:1595–1611.e4 (e1591–1594)

Lewis H (2003) Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment. Am J Ophthalmol 136:155–160

Marcus MW, De Vries MM, Junoy Montolio FG et al (2011) Myopia as a risk factor for open-angle glaucoma: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology 118:1989–1994.e2

Mitry D, Charteris DG, Yorston D et al (2010) The epidemiology and socioeconomic associations of retinal detachment in Scotland: a two-year prospective population-based study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 51:4963–4968

Mütze, K. (Hrsg.) (1961) : ABC der Optik. VEB F. A. Brockhaus Verlag, Leipzig.

Shen L, Melles RB, Metlapally R et al. (2016) The Association of Refractive Error with Glaucoma in a Multiethnic Population. *Ophthalmology* 123(1):92-101. doi: 10.1016/j.ophtha.2015.07.002

Vongphanit J, Mitchell P, Wang JJ (2002) Prevalence and progression of myopic retinopathy in an older population. *Ophthalmology* 109:704–711

Wang S, Wang Y, Gao X et al (2015) Choroidal thickness and high myopia: a cross-sectional study and meta-analysis. *BMC Ophthalmol* 15:70

Williams KM, Verhoeven VJM, Cumberland P et al (2015) Prevalence of refractive error in Europe: the European Eye Epidemiology (E(3)) Consortium. *Eur J Epidemiol* 30:305–315. doi:10.1007/s10654-015-0010-0

Willis JR, Vitale S, Morse L et al (2016) The prevalence of myopic choroidal neovascularization in the United States: analysis of the IRIS((R)) data registry and NHANES. *Ophthalmology* 123:1771–1782

Xu L, Wang YX, Wang S et al (2010) Definition of highmyopia by parapapillary atrophy. The Beijing EyeStudy. *ActaOphthalmol* 88:e350–351

**Zur Auslegung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V**

Rechtsgutachten für den  
Zentralverband der Augentoptiker und Optometristen

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen  
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht  
Universität Regensburg

April 2017

**Gliederung der Stellungnahme**

I. Wesentliche Ergebnisse.....	3
II. Sachverhalt und Fragestellung.....	5
III. Rechtliche Bewertung.....	6
1. Wortlaut.....	6
2. Genese.....	6
a) Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973.....	7
b) Die weitere Entwicklung bis zum HHVG.....	9
c) Einfügung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V durch das HHVG.....	11
aa) Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. 6. 2016.....	11
bb) Gesetzgebungsverfahren.....	12
3. Systematik.....	15
a) § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V.....	15
b) § 33 Abs. 2 S. 1 SGB V.....	16
4. Sinn und Zweck.....	16

## I. Wesentliche Ergebnisse

1. Dem Wortlaut von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V lässt sich nur entnehmen, dass ein Fern-Korrekturausgleich irgendwann einmal verordnet werden muss; für die Frage, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen dies zu geschehen hat, ist er hingegen unerheblich.
2. Bundessozialgericht und allgemeine Meinung im Schrifttum sind übereinstimmend der Ansicht, dass im Hilfsmittelrecht der Arztvorbehalt (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB V) nicht gilt. Für die Frage der Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung bei der Versorgung mit Sehhilfen ist nach wie vor eine Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973 maßgebend. Aus ihr folgt erstens, dass die Existenz einer Regelung über eine vertragsärztliche Verordnung noch nichts über deren Notwendigkeit besagt; zweitens, dass sich die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung nach der Natur der Gesundheitsleistung richtet und drittens, dass die Tätigkeit des Augenoptikers als handwerklich-technische Leistung einer ärztlichen Verordnung nur im Rahmen einer Erst-, nicht aber einer Folgeversorgung bedarf.
3. Der hilfsmittelrechtliche Leistungsanspruch nach § 182 Abs. 2 RVO/§ 33 SGB V hat seit der Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973 zwar wesentliche Änderungen erfahren. Insbesondere sind zum 1. 1. 2004 die Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von gewissen Ausnahmen abgesehen von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen worden. Ungeachtet dieser Änderungen haben aber die Voraussetzungen für das Verordnungsrecht, wie sie in der genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts entwickelt worden sind, Bestand. Der 2012 neu geschaffene § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V regelt das Verordnungsrecht zwar seither erstmals explizit; die Gesetzesbegründung sieht darin aber lediglich eine Klarstellung der bisherigen Rechtslage. Nach wie vor bedarf es daher bei Folgeversorgungen keiner ärztlichen Verordnung.
4. Auch die Einfügung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V hat an diesen bewährten und seit langem eingespielten Grundsätzen des Verordnungsrechts nichts geändert. Vor dem Hintergrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. 6. 2016 ging es wiederum vielmehr allein um die materiell-rechtliche Frage, in welchen Fällen volljährige Versicherte

Ansprüche auf Sehhilfen haben sollten. Die Diskussion war dabei auf die Frage beschränkt, wie der berechnete Personenkreis materiell-rechtlich so umschrieben werden kann, dass einerseits die rechtspolitische Kritik an der bisherigen Fassung berücksichtigt wurde, andererseits aber auch die Kosten für die Krankenkassen in erträglichen Grenzen blieben. Die Voraussetzungen des Verordnungsrechts waren zu keinem Zeitpunkt Gegenstand der Diskussion und wurden daher auch nicht zum Regelungsgegenstand.

5. Auch die Gesetzessystematik zeigt, dass die Neuregelung die Voraussetzungen des Verordnungsrechts nicht berührt, weil sich § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V auf alle „Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4“ und damit auch auf den neuen § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V bezieht. Würde § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V einen über § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V hinausgehenden generellen Verordnungstatbestand begründen, hätte das zudem die kaum verständliche Konsequenz, dass zwar bei Minderjährigen (§ 33 Abs. 2 S. 1 SGB V), nicht aber bei Erwachsenen die Folgeversorgung verordnungsfrei wäre.
6. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift ist eine ärztliche Verordnung auch im Rahmen von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V nur geboten, wenn und soweit heilkundliche Fachlichkeit erforderlich ist. Auch danach kann zwar eine ärztliche Versorgung erforderlich sein, wenn sich die Sehschärfe nach der Erstverordnung erheblich verändert hat und daher die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht. Aber die Einbeziehung des Arztes ist dann für die Behandlung einer möglichen Krankheit, nicht aber für die Anpassung der Sehhilfe erforderlich. Für die Folgeversorgung mit Sehhilfen ist daher nach Sinn und Zweck der Vorschrift in keinem Fall eine neuerliche ärztliche Verordnung erforderlich.
7. Wenn und soweit eine Verordnung im Rahmen einer Erst- oder Folgeversorgung bereits dokumentiert ist, bedarf es für die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V keiner erneuten ärztlichen Verordnung. Als geeignete Dokumentation kommen insbesondere die medizinerrechtlichen Erklärungspflichten der Augenoptiker in Betracht.

## II. Sachverhalt und Fragestellung

Am 11. 4. 2017 ist das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) in den hier relevanten Teilen in Kraft getreten.<sup>1</sup> Dieses enthält u. a. Änderungen von § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V, der den Anspruch auf Sehhilfen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, regelt. Dieser lautet nunmehr wie folgt (Änderungen hervorgehoben):

### **§ 33 Abs. 2 S. 2 SGB V**

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

1. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigungsschwäche oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder

2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen;

Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Die Wendung „verordneter Fern-Korrekturausgleich“ in § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V wirft die in der nachfolgenden rechtlichen Bewertung zu beantwortende Frage auf, ob und ggfs. unter welchen Voraussetzungen es für die Inanspruchnahme der unter diese Norm fallenden Leistungen einer ärztlichen Verordnung bedarf.

---

<sup>1</sup> BGBl. I, 778.

### III. Rechtliche Bewertung

Grundlage der rechtlichen Bewertung sind die anerkannten rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden. Maßgebende Rechtsquelle ist insoweit allein das Sozialgesetzbuch V. Zwar wird der Leistungsanspruch des § 33 SGB V durch die Hilfsmittel-Richtlinie<sup>2</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Dieser ist aber nicht befugt, Verordnungsvorbehalte zu regeln, die das Gesetz nicht vorsieht, weshalb allein zu prüfen ist, was das Gesetz insoweit vorschreibt und was nicht. Daraus folgt erstens, dass das Gesetz, nicht die Richtlinien Gegenstand der Auslegung sind und zweitens, dass die Auslegung des Gesetzes nicht unter Hinweis auf eine ggfs. noch notwendige Konkretisierung durch Richtlinien in Frage gestellt werden kann.

#### 1. Wortlaut

Der Wortlaut von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V ist unergiebig. Wenn dort von einem „verordneten Fern-Korrekturausgleich“ die Rede ist, so kann daraus nur geschlossen werden, dass irgendwann einmal ein Fern-Korrekturausgleich verordnet worden sein muss. Es bleibt aber offen, wer den „Fern-Korrekturausgleich“ verordnet haben muss und unter welchen Voraussetzungen oder in welchen Fällen eine Verordnung zu erfolgen hat. Wenn und soweit nämlich eine Verordnung nicht erforderlich ist, kann sie auch nicht Voraussetzung des Leistungsanspruchs aus § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V sein.

§ 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V setzt zwar eine Verordnung voraus, regelt aber nicht, wann es einer solchen bedarf. Er ist damit zwar Anlass, aber nicht eigentlicher Gegenstand der hier zu behandelnden Rechtsfrage. Näheren Aufschluss ergeben insoweit erst die im Folgenden zu behandelnden Entstehungsgeschichte der Norm, der systematische Zusammenhang sowie der Sinn und Zweck der Vorschrift.

#### 2. Genese

Die konkrete Auslegungsfrage lässt sich nur vor dem Hintergrund der Entwicklungsgeschichte des ärztlichen Ordnungsrechts im Bereich der Sehhilfen einordnen.

---

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011/ 15. März 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 10.04.2012 B2 in Kraft getreten am 1. April 2012, zuletzt geändert am 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.02.2017 B3 in Kraft getreten am 17. Februar 2017.

**a) Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973**

Die Kompetenzverteilung zwischen Vertragsärzten und Augenoptikern wird bis heute durch eine Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts bestimmt.<sup>3</sup> Anlass war eine Auseinandersetzung zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und einer Krankenkasse über die Frage, ob diese ihre Versicherten mit Ersatzbrillen auch ohne kassenärztliche Verordnung allein auf Grund einer Sehschärfenbestimmung durch einen Augenoptikermeister versorgen durfte.

Nach § 368 Abs. 2 S. 2 RVO gehörte zur (damals) kassenärztlichen Versorgung auch die Verordnung von Hilfsmitteln; diese Regelung entspricht dem heutigen § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V. Das Bundessozialgericht hat aber schon seinerzeit klargestellt, daraus folge nicht, dass alle Hilfsmittel ärztlich verordnet werden müssen:

„Damit stellt das Gesetz nur klar, daß der Kassenarzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung bleibt, wenn er derartige Tätigkeiten verrichtet.“<sup>4</sup>

Allein aus der Existenz von Regelungen über die Verordnung folgt damit noch nichts über die Notwendigkeit einer Verordnung:

„Ein Ausschließlichkeitsanspruch für die Kassenärzte in dem Sinne, daß die in § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO mittelbar angesprochenen Leistungen der Krankenkassen nur unter ihrer Mitwirkung erbracht werden dürften, ist damit nicht begründet.“<sup>5</sup>

Daher richte sich das

„Maß der Mitwirkung von Kassenärzten an den in § 368 Abs. 2 RVO genannten Maßnahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung [...], soweit es nicht positiv durch gesetzliche Regeln bestimmt ist, danach, inwieweit der Natur der Sache nach ärztliche Betreuung erforderlich ist.“<sup>6</sup>

Die Versorgung mit Brillen kann damit weitgehend ohne vertragsärztliche Mitwirkung erfolgen. Insbesondere

---

<sup>3</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72; vgl. ferner die Grundlegung durch *Zacher*, Der Augenoptiker als Faktor der Brillenversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1974.

<sup>4</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 19.

<sup>5</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 20.

<sup>6</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 21.

„die Ermittlung, durch welche Gläser eine vorhandene Fehlsichtigkeit optimal ausgeglichen wird, kann der Optikermeister auf Grund seiner Berufsausbildung sachgerecht verrichten.“<sup>7</sup>

Insoweit erbringe der Augenoptiker „keine Tätigkeit der Heilkunde, sondern eine handwerklich-technische Leistung“:

„Das Refraktionieren – d. h. die Feststellung der optischen Augeneinstellung – kann entweder durch Ausprobieren von Brillengläsern verschiedener Arten und Stärken oder durch Verwendung optischer Instrumente durchgeführt werden. Beide Methoden sind jedoch physikalische Meßverfahren zur Bestimmung des Grades der Fehlsichtigkeit des Auges. Dazu bedarf es nicht spezieller wissenschaftlicher Kenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, wie sie die ärztliche Kunst charakterisiert. Die Ermittlung der richtigen Gläser ist demnach keine Tätigkeit, die ihrem Wesen nach ärztliche Sachkunde erfordert und deshalb im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung dem Kassenarzt vorbehalten wäre.“<sup>8</sup>

Auch die Möglichkeit, dass eine ärztliche Untersuchung aus Anlass einer Sehschärfenbestimmung eine dem Versicherten bislang unbekannte Augenkrankheit zutage fördere, rechtfertige es nicht, die Ersatzbeschaffung einer Brille (worunter das BSG nicht nur die Zerstörung oder den Verlust der Sehhilfe fasst, sondern auch die aufgrund einer Veränderung der Sehschärfe erforderliche Folgeverordnung<sup>9</sup>) unter einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt zu stellen. Im Gegenteil: Sie zwänge mit Versicherten gegen seinen Willen eine Früherkennungsmaßnahme auf.<sup>10</sup> Der Notwendigkeit, Augenerkrankungen zu erkennen, werde im Übrigen dadurch Rechnung getragen, dass bei der Erstversorgung mit einer Brille eine vertragsärztliche Verordnung vorgeschrieben werde.<sup>11</sup>

Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973 prägt die Versorgung mit Sehhilfen in der Gesetzlichen Krankenversicherung bis heute. Sie enthält drei auch für die Auslegung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V zentrale Aussagen:

- (1) Die Existenz einer Regelung über eine vertragsärztliche Verordnung besagt noch nichts über die Notwendigkeit einer solchen Verordnung. Das galt seinerzeit für § 182 Abs. 2 S. 2 RVO und gilt auch heute noch für § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V.

---

<sup>7</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 23.

<sup>8</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 23.

<sup>9</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 3 unter Hinweis auf die Vorinstanz.

<sup>10</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 24f.

<sup>11</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 27.

- (2) Maßgebend für die Notwendigkeit der vertragsärztlichen Verordnung ist die Natur der Gesundheitsleistung: Die Tätigkeit des Augenoptikers, insbesondere das Refraktionieren, ist keine Ausübung von Heilkunde, sondern ein Handwerk.
- (3) Einer vertragsärztlichen Mitwirkung kann es zur Erkennung von Augenerkrankungen bedürfen. Sie ist daher bei der Erstversorgung naheliegend, für die Folgeversorgung aber grundsätzlich nicht erforderlich. Auch für die Erstversorgung bedarf es aber einer eindeutigen gesetzlichen Regelung, weil es sich um eine faktische Verpflichtung zur Inanspruchnahme einer Früherkennungsmaßnahme handelt, die als Grundrechtseingriff einer Rechtsgrundlage bedarf.<sup>12</sup>

**b) Die weitere Entwicklung bis zum HHVG**

Seit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 9. 1973 erfolgt die Folgeversorgung mit Brillen nicht mehr notwendig über eine vertragsärztliche Verordnung. Das Bundessozialgericht hat dies später sogar dahingehend generalisiert, dass der Arztvorbehalt des § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V im Hilfsmittelbereich generell nicht gilt und das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch auf ein Hilfsmittel daher grundsätzlich nicht ausschließt.<sup>13</sup> Auch im Schrifttum besteht Einigkeit, dass die vertragsärztliche Verordnung kein Anspruchserfordernis mehr ist.<sup>14</sup> Die Augenoptiker rechnen ihre Leistungen dementsprechend über sog. Berechtigungsscheine direkt mit den Krankenkassen ab.

Bis zum Inkrafttreten des HHVG hat § 33 SGB V dann noch zwei für die Ausgangsfrage wesentliche Veränderungen erfahren:

- (1) Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. 11. 2003<sup>15</sup> hat den Anspruch auf Sehhilfen aus dem grundsätzlichen Leistungsanspruch auf Hilfsmittel (§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V) herausgelöst. Seither hatten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten, grundsätzlich keinen Anspruch

---

<sup>12</sup> Vgl. dazu unten 3. a).

<sup>13</sup> BSG, Urt. v. 10. 3. 2009, B 3 KR 1/09 R, Rn. 31.

<sup>14</sup> Butzer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Aufl. 2017, § 33 Rn. 8; Pflugmacher, in: Eichenhofer/Wenner (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 2. Aufl. 2016, § 33 Rn. 35.

<sup>15</sup> BGBl. I, 2190.

mehr auf Sehhilfen,<sup>16</sup> es sei denn sie wiesen auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 auf. Diese nunmehr durch § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB V erweiterte Ausnahme wurde mit dem Anliegen begründet, dass die Gesetzliche Krankenversicherung in „medizinisch notwendigen Ausnahmefällen“ nach wie vor Leistungen erbringen solle.<sup>17</sup> Das vertragsärztliche Verordnungsrecht blieb unberührt; nach wie vor waren die in der Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aufgestellten Grundsätze maßgebend.

- (2) Das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) vom 23. 10. 2012<sup>18</sup> hat § 33 durch einen neuen Abs. 5a erweitert, dessen hier maßgeblicher Satz 1 wie folgt lautet:

**§ 33 Abs. 5a S. 1 SGB V:** Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Die Neuregelung wurde wie folgt begründet:

„Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Dies wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.“<sup>19</sup>

Nach der Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts ist damit zwar der Leistungsumfang erheblich beschränkt worden. Die Prinzipien, die das Bundessozialgericht im Hinblick auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung entwickelt hat, gelten aber unverändert fort.

<sup>16</sup> Der Gesetzgeber begründete dies maßgeblich mit dem Beschaffungsverhalten der Versicherten, die in der Vergangenheit bereit gewesen seien, mehr als die medizinisch notwendigen Leistungen in Anspruch zu nehmen, vgl. BT-Drucks. 15/1525, 85.

<sup>17</sup> BT-Drucks. 15/1525, 85.

<sup>18</sup> BGBl. I, 2246.

<sup>19</sup> BT-Drucks. 17/10170, 25. Kritisch zu dieser Begründung *Nolte*, in: Kasseler Kommentar, § 33 [2013] Rn. 64a.

Zwar unterscheidet § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V nicht mehr generell zwischen Erst- und Folgeversorgung, sondern macht die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung von der Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung abhängig. Für die Versorgung von Versicherten, die lediglich eine Korrektur ihrer Sehschärfe benötigen, ändert sich dadurch aber nichts. Eine Verordnung mag bei der erstmaligen Versorgung Sinn machen, um auszuschließen, dass die Sehschwäche auf eine ärztlich zu behandelnde Krankheit zurückzuführen ist, wobei schon insoweit darauf hinzuweisen ist, dass es nahezu keine Erkrankungen gibt, die zu einer Sehschwäche im Sinne des § 33 Abs. 2 S. 2 Ziffer 2 SGB V führen. Für die Folgeversorgung wäre dann aber die neuerliche Pflicht zur Inanspruchnahme eines Augenarztes eine Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen, die das Gesetz gerade ausschließen will. Davon unberührt bleibt selbstredend, dass Versicherte sich aufgrund von auffälligen Veränderungen ihrer Sehfähigkeit aus eigenem Antrieb zum Arzt begeben.

#### **c) Einfügung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V durch das HHVG**

Fraglich ist nun, ob sich an diesen seit langem eingespielten Grundsätzen für die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung von Sehhilfen im Hinblick auf die Anspruchsberechtigten nach dem neuen § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V irgendetwas ändern sollte.

#### **aa) Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. 6. 2016**

Hintergrund der Einfügung von § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V war eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. 6. 2016.<sup>20</sup> Hier ging es um einen Versicherten, der auf einem Auge vollständig erblindet war. Die beantragte Versorgung mit einer Kontaktlinse für das andere Auge wurde mit der Begründung abgelehnt, dass bei bestmöglicher Korrektur die Sehschärfe mit einem Wert von 1,0 den Grenzwert von 0,3, der für die Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung übersteige.

Das Bundessozialgericht hat die Entscheidung der Krankenkasse unter Hinweis auf den insoweit eindeutigen Wortlaut von § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V (in der seinerzeit geltenden Fassung) bestätigt. Es hat aber die verbreitete verfassungsrechtliche und rechtspolitische Kritik an der

---

<sup>20</sup> BSG, Urt. v. 23. 6. 2016, B 3 KR 21/15.

Vorschrift<sup>21</sup> insoweit aufgegriffen, als es den Gesetzgeber aufgefordert hat zu prüfen, ob es „dem heutigen Verständnis eines unmittelbaren Behinderungsausgleichs noch entspricht“<sup>22</sup>, im Ausnahmetatbestand des (damaligen) § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V allein auf den Schwergrad der Sehbehinderung und nicht auch auf die möglichen Verbesserungen des Sehvermögens abzustellen. Die Regelung habe

„das nicht intuitiv eingängige Ergebnis zur Folge [...], dass nur der Versicherte Anspruch auf eine Sehhilfe hat, dessen Sehfähigkeit mit Hilfe von Sehhilfen nur sehr beschränkt verbessert werden kann, während der Versicherte, dessen beantragte Sehhilfe zu einem besseren Ergebnis führt, die Kosten selbst tragen muss.“<sup>23</sup>

Benachteiligt sind also vor allem Versicherte, die ohne Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinse eine massive Sehbeeinträchtigung aufweisen, mit bestmöglicher Sehhilfenkorrektur aber nicht mehr zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören.

Eine Neuregelung sollte zudem nach Meinung des Bundessozialgerichts

„die grundsicherungsrechtlichen Vorschriften in den Blick nehmen und klären, ob und ggfs. unter welchen Voraussetzungen etwa bei Personen, die von allen Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit sind und deren Sehfähigkeit gravierend eingeschränkt ist, die Krankenkassen sich an der Versorgung mit Sehhilfen zumindest zu beteiligen haben.“<sup>24</sup>

## **bb) Gesetzgebungsverfahren**

Im der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. 6. 2016 zugrunde liegenden Ausgangsfall gab es zwar keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Kosten für die Kontaktlinse für den Kläger unzumutbar gewesen wären, aber das grundsätzliche Problem, dass bei stärkeren Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit wegen der dann stark ansteigenden Kosten für Gläser Zumutbarkeitsprobleme entstehen können, war damit benannt.

Die maßgebliche Gesetzesbegründung zum HHVG nimmt daher nicht nur die Kritik an der Nichtberücksichtigung der Verbesserung des Sehvermögens, sondern auch die Anregung auf, zu prüfen, für welchen Personenkreis die bisherige Regelung nur schwerlich zumutbar ist:

---

<sup>21</sup> Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages, BT-Drucks. 16/6270, 46: „nicht hinnehmbar“; SG Dresden, Urteil vom 23. 11. 2011, S 18 KR 597/08, Rn. 34: „absurd“; „schlicht nicht vorstellbar, dass der Gesetzgeber einen solchen Zynismus hätte zum Gesetz erheben wollen“; *Wrase*, NZS 2014, 569 (571): „objektiv willkürlich“.

<sup>22</sup> BSG, Ur. v. 23. 6. 2016, B 3 KR 21/15, Rn. 32.

<sup>23</sup> BSG, Ur. v. 23. 6. 2016, B 3 KR 21/15, Rn. 29.

<sup>24</sup> BSG, Ur. v. 23. 6. 2016, B 3 KR 21/15, Rn. 32.

„Die bisherige Ausnahmeklausel, die ausschließlich auf die Sehbeeinträchtigung mit bestmöglicher Korrektur abstellt, hat den anspruchsberechtigten Personenkreis über das vom Gesetzgeber beabsichtigte Maß hinaus eingeschränkt. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az. B 3 KR 21/15 R). [...] Die Nummer 2 erweitert den Anspruch auf Sehhilfen auch auf Versicherte, die schwere Sehbeeinträchtigungen aufweisen, aber mit häufig kostenaufwändigen Brillengläsern oder Kontaktgläsern einen Visus von 0,3 oder höher erreichen und deshalb nach der bisherigen Fassung des Gesetzes nicht anspruchsberechtigt sind.“<sup>25</sup>

Die nunmehr Gesetz gewordene Fassung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V hat allerdings eine wechselhafte Entstehungsgeschichte, die auch für die Auslegung der Worte „verordneter Fern-Korrekturausgleich“ von Interesse ist:

- (1) Der Gesetzentwurf vom 31. 8. 2016 hatte zunächst gar keine diesbezügliche Änderung vorgesehen.<sup>26</sup>
- (2) Erstmals schlug ein im Laufe des Januar 2017 eingebrachter, auf Forderungen der BAG Selbsthilfe und des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes zurückgehender Änderungsantrag vor, dass für die Bestimmung einer Sehbehinderung maßgeblich sein müsse, welche Sehschärfe ein Versicherter ohne Korrektur erreichen kann.<sup>27</sup> Vorgeschlagen wurde daher eine Erweiterung des § 33 Abs. 2 S. 2 SGB V auf Versicherte, die ohne Korrekturen auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 2 (Visus von < 10%) aufweisen und auf Versicherte mit einer wertungsmäßig vergleichbar schweren Sehbeeinträchtigung. Der Änderungsentwurf enthielt keine Bestimmungen zur Verordnung dieser Leistungen.
- (3) Seitens des BMG ist dann allerdings darauf hingewiesen worden, dass diese Ausweitung zu Mehrausgaben voraussichtlich im dreistelligen Millionenbereich führen würde. Zwischen 20 und 40 Prozent der Sehbeeinträchtigten in Deutschland wiesen nämlich ohne Korrektur einen Visus von 0,1 (entspricht einer notwendigen Brechkraft der Linse von 1,5 bis 2,0 Dioptrien) oder weniger auf.<sup>28</sup> Es wurde daher empfohlen, den Kreis der Anspruchs-

---

<sup>25</sup> BT-Drucks. 18/11205, 61.

<sup>26</sup> BR-Drucks. 490/16, Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) v. 31. 8. 2016.

<sup>27</sup> Bundesministerium für Gesundheit, HHVG – Paket Fachlich (1), S. 5.

<sup>28</sup> Bundesministerium für Gesundheit, HHVG – Paket Fachlich (2), S. 5f.

berechtigten auf eine Sehhilfe nur auf solche Versicherten auszuweiten, deren Abweichung von der Normsichtigkeit infolge Kurzsichtigkeit (Myopie), Weitsichtigkeit (Hyperopie) oder Hornhautverkrümmung (Astigmatismus) derart stark ist, dass teure Spezialanfertigungen erforderlich sind. Die Festlegung auf 6 Dioptrien bzw. 4 Dioptrien wurde damit begründet, dass ab diesen Werten bei den meisten Glasherstellern ein deutlicher Preissprung von etwa 100 bis 150% für Gläser festzustellen sei.<sup>29</sup> Die auf dieser Grundlage erarbeitete Fassung hat dann Eingang in Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vom 15. 2. 2017 gefunden, welche dann letztlich Gesetz geworden ist.<sup>30</sup>

Die Genese der Norm im Gesetzgebungsverfahren bis zum 15. Februar 2017 ist insoweit von Interesse, als es nirgends einen Hinweis darauf gibt, warum die Worte „verordneter Fern-Korrekturausgleich“ ins Gesetz gelangt sind. Es ging im Rahmen der Diskussion der Änderungsanträge nämlich durchgängig immer nur um die Frage, wie der berechtigte Personenkreis materiell-rechtlich umschrieben werden kann, um einerseits die rechtspolitische Kritik an der bisherigen Fassung aufzunehmen, andererseits aber auch die Kosten für die Krankenkassen in erträglichen Grenzen zu halten. Gegenstand der Diskussion war m. a. W. die genauere Bestimmung der den Fern-Korrekturausgleich auslösenden Refraktionsfehler. Hingegen ergibt sich aus keinem der öffentlich zugänglichen Dokumente im Gesetzgebungsverfahren, dass die bewährte Differenzierung zwischen Erst- und Folgeverordnungen modifiziert oder gar aufgegeben werden sollte.

Das Wort „verordnet“ kann daher nur die Funktion haben, auf die Selbstverständlichkeit hinzuweisen, dass jeder Fernkorrekturausgleich irgendwann einmal erstmalig worden sein muss, aber grundsätzlich nicht immer wieder von neuem zu verordnen ist.

---

<sup>29</sup> Bundesministerium für Gesundheit, HHVG – Paket Fachlich (2), S. 6.

<sup>30</sup> BT-Drucks. 18/11205, 10.

### 3. Systematik

Die genetische wird durch die systematische Auslegung, welche § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V im normativen Gesamtzusammenhang interpretiert, bestätigt:

#### a) § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V

Gemäß § 33a Abs. 5 S. 1 SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Vorschrift hat eine wichtige, auch verfassungsrechtlich relevante Funktion. Grundsätzlich lässt sich nämlich eine Sehschwäche auch ohne Mitwirkung eines Arztes durch eine Refraktion seitens eines Augenoptikers feststellen. Die Verordnung des Arztes ist nur erforderlich, um ausschließen zu können, dass die Sehschwäche auf eine Erkrankung zurückzuführen ist. Es handelt sich also bei der ärztlichen Leistung um eine Maßnahme der Prävention. Eine Verpflichtung von Versicherten, sich einer Maßnahme der Prävention zu unterziehen, ist aber ein Eingriff in sein allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG), welcher nach allgemeinen grundrechtsdogmatischen Regeln einer parlamentsgesetzlichen Ermächtigung bedarf,<sup>31</sup> die für Erstversorgungen mit § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V geschaffen worden ist. Daraus folgt, dass keine über § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V hinausgehenden Verordnungsvorbehalte geschaffen werden dürfen. Insbesondere dürfen diese nicht eigenmächtig durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, weil damit eine Leistungsvoraussetzung geschaffen würde, die das Gesetz nicht enthält.<sup>32</sup>

§ 33 Abs. 5a SGB V ist im Zuge der HHVG-Reform unverändert geblieben und bezieht sich daher nunmehr auch auf Leistungen nach Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V („nach den Absätzen 1-4“). Die Erforderlichkeit einer Verordnung richtet sich also nach wie vor danach, „inwieweit der Natur der Sache nach ärztliche Betreuung erforderlich ist.“<sup>33</sup> Wenn § 33 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 SGB V daran etwas hätte ändern, gar einen neuen Verordnungstatbestand schaffen wollen, hätte zugleich das Verhältnis dieser Vorschrift zu § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V geklärt werden müssen. Weil dies

---

<sup>31</sup> Kingreen/Poscher, Grundrechte. Staatsrecht II, 32. Aufl. 2016, Rn. 279ff.

<sup>32</sup> Dazu noch unten 4.

<sup>33</sup> BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 21.

aber nicht geschehen ist, ist davon auszugehen, dass nach § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V erbrachte Leistungen vollumfänglich in den Anwendungsbereich des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V fallen, also grundsätzlich nur einmal der Verordnung bedürfen, um auszuschließen, dass eine Sehschwäche auf einer Erkrankung beruht.

#### **b) § 33 Abs. 2 S. 1 SGB V**

Für diese Interpretation spricht auch der durch das HHVG ebenfalls unverändert gebliebene § 33 Abs. 2 S. 1 SGB V. Danach haben alle Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen, soweit die Voraussetzungen von § 33 Abs. 1 SGB V vorliegen.

Berechtigt waren damit schon immer auch solche Versicherte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, bei denen ein Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus vorliegt. Für sie hat sich durch das HHVG nichts geändert, d. h. es gilt unbestritten § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V. Es ergäbe aber offensichtlich keinen Sinn, wenn bei dieser Indikation Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur für die Erstversorgung einer Verordnung bedürften, erwachsene Versicherte hingegen bei jeder neuen Versorgung. Vielmehr gilt § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V einheitlich für alle Versicherten mit dieser Indikation und schreibt daher auch einheitlich vor, dass nur die Erstversorgung aber nicht aber auch jede Folgeversorgung ärztlich verordnet werden muss.

#### **4. Sinn und Zweck**

Abschließend sind die Erkenntnisse aus der grammatischen, genetischen und systematischen Auslegung noch einmal unter Berücksichtigung des Sinn und Zwecks der Worte „verordneter „Fern-Korrekturausgleich“ in § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V zu konkretisieren.

Ein Verordnungsvorbehalt erfüllt die Funktion, den Vertragsarzt in eine Therapieentscheidung einzubinden, wenn und soweit die zugrunde liegenden Tätigkeiten heilkundlicher Natur sind.<sup>34</sup> Heilkunde ist nach § 1 Abs. 2 HeilprG jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen; sie ist grundsätzlich dem Arzt vorbehalten (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Die ärztliche Verordnung ist daher nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V Anspruchsvoraussetzung nur für den Fall, dass

---

<sup>34</sup> S. nochmals BSG, Urt. v. 18. 9. 1973, 6 RKa 2/72, Rn. 21ff.

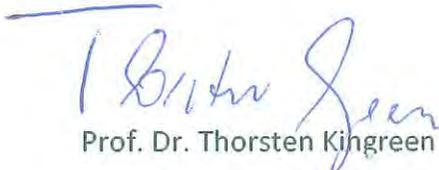
eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung geboten ist. Das aber ist nur bei einer Erstversorgung der Fall. Wenn bei Folgeversorgungen aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschwäche seit der erstmaligen Verordnung die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht, sollte selbstverständlich eine ärztliche Entscheidung eingeholt werden. Deren Notwendigkeit ergibt sich aber nicht aus der Versorgung mit einer neuen Sehhilfe, sondern aus der Krankheit selbst. § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V bezieht sich aber nicht auf die ärztliche Versorgung bei Augenkrankheiten, sondern allein auf die Versorgung mit Hilfsmitteln durch den Augenoptiker. Wenn § 12 Abs. 3 S. 2 Spstr. 1 HilfsM-RL gleichwohl auch bei Folgeversorgungen eine ärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sehhilfen fordert, so ist dieser wegen Verstoßes gegen den höherrangigen § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V rechtswidrig.

§ 33 Abs. 5a S. 1 SGB V (und nur dieser!) ist damit auch maßgebend für die Frage, in welchen Fällen Versicherte, die nunmehr unter § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V fallen, zwingend eine ärztliche Verordnung benötigen. Es gibt für den Leistungsanspruch nach § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V keine Stichtagsregelung etwa dergestalt, dass alle Berechtigten nach Inkrafttreten der Neuordnung einmal eine vertragsärztliche Verordnung benötigen. Maßgebend bleibt vielmehr, ob eine heilkundliche Leistung i. S. v. § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V geboten ist. Daran fehlt es, wenn eine unter § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V fallende Leistung bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes verordnet worden ist und die Verordnung entweder bei der zuständigen Krankenkasse, beim Arzt oder beim Augenoptiker dokumentiert ist. Zu denken ist insbesondere an Versicherte, die bereits als Minderjährige einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus hatten und deshalb bereits eine Erst- und ggfs. Folgeverordnung erhalten haben. Erfasst sind aber auch Personen, bei denen zunächst geringere Refraktionsfehler ärztlich festgestellt worden sind und die dann erst im weiteren Verlauf unter einer schweren Sehschwäche i. S. v. § 33 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V leiden. Es wird zudem viele Personen geben, die in der Vergangenheit regelmäßig einen Augenarzt aufgesucht haben, bevor sie (seinerzeit noch auf eigene Kosten) neue Gläser erworben haben. Auch in solchen Fällen ist die ärztliche Mitwirkung nicht mehr „geboten“ i. S. v. § 33a Abs. 5 S. 1 SGB V, wenn die ärztliche Verordnung dokumentiert ist.

Die Verordnungen im Rahmen einer Erstversorgung dürften vor allem Augenoptiker dokumentiert haben. (Korrektions-)Brillen sind nämlich sog. Sonderanfertigungen i. S. d. § 3 Nr. 8

S. 1 MPG („Sonderanfertigung ist ein Medizinprodukt, das nach schriftlicher Verordnung nach spezifischen Auslegungsmerkmalen eigens angefertigt wird und zur ausschließlichen Anwendung bei einem namentlich benannten Patienten bestimmt ist.“). Gemäß § 12 Abs. 1 S. 1 MPG dürfen Sonderanfertigungen nur in den Verkehr gebracht werden, wenn die Grundlegenden Anforderungen nach § 7 MPG erfüllt sind und das einschlägige Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt worden ist. Das Konformitätsbewertungsverfahren ist für Sonderanfertigungen in § 7 Abs. 5 S. 1 Medizinprodukte-Verordnung (MPV) geregelt. Danach hat der Hersteller die Erklärung nach Nummer 2.1 des Anhangs VIII der Richtlinie 93/42/EWG auszustellen. Diese Erklärung muss nach Ziffer 2.1. des Anhangs VIII der Richtlinie 93/42/EWG u. a. den Namen des Arztes oder der hierzu befugten Person, der/die das betreffende Produkt verordnet hat, und gegebenenfalls den Namen der betreffenden medizinischen Einrichtung enthalten. Erklärung und Dokumentation sind nach § 7 Abs. 5 S. 2 MPV mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Der Augenoptiker muss also bei jeder Brille, die er aufgrund einer ärztlichen Verordnung in Verkehr gebracht hat, den Namen des verordnenden Arztes dokumentieren. Damit wird zwar nicht die ärztliche Verordnung selbst dokumentiert, aber doch deren Existenz. Der Augenoptiker ist aber in der Lage, für jeden Versicherten nachzuweisen, dass in der Vergangenheit im Rahmen einer Erstversorgung eine Verordnung erfolgt ist, und genau darauf kommt es nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V, der keine besonderen Anforderungen an den Nachweis einer Verordnung stellt, also insbesondere nicht verlangt, dass die Verordnung selbst vorgelegt wird. Selbstverständlich lässt sich dieser Nachweis nur bei Bestandskunden führen, weil eine Weitergabe dieser Daten an andere Augenoptiker weder datenschutzrechtlich zulässig noch praktikabel sein dürfte. Soweit dieser Nachweis aber erbracht wird, ist der Sinn und Zweck des § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V erfüllt.

Regensburg, 12. 4. 2017

  
Prof. Dr. Thorsten Kingreen



Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) Hans-Jürgen Grein  
Labor Ophthalmotechnologie  
Technische Hochschule Lübeck

## **Fachliche Stellungnahme zu den Einlassungen der KBV/PatV**

In

### **Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittelrichtlinie: Sehhilfen für Erwachsene**

für den  
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen  
Bundesinnungsverband  
Alexanderstraße 25a  
40210 Düsseldorf

Lübeck, 20. März 2019

## Hintergrund

Die Änderungen in § 33 Abs. 2 S. 2 Ziffer 2 SGB V vom 11.4.2017 beinhalten den Anspruch für Versicherte auf Leistungen der GKV, wenn sie „einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen“. Die Erst- und Folgeversorgungen sollen dabei von Augenfachärzten durchgeführt werden. Zu diskutieren ist die Frage der Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit einer augenärztlichen Verordnung für Folgeversorgungen, um eine Früherkennung von Augenkrankheiten zu gewährleisten und ernsthafte Augenkrankheiten frühzeitig behandeln zu können

## Erkrankungsrisiko bei höheren Fehlsichtigkeiten

Unstrittig und durch die Literatur ausgiebig belegt ist die Tatsache, dass bei höheren Refraktionsfehlern die Häufigkeit von assoziierten Augenerkrankungen steigt. Die in Frage kommenden Refraktionsfehler sind hohe Myopie, hohe Hyperopie und hoher Astigmatismus. Weiterhin unstrittig ist die Ausführung, dass wesentlicher Zeitverzug bei der Erkennung einer Augenerkrankung zu irreversiblen Schäden führen kann. Insofern ist bei Erstversorgung die augenärztliche Untersuchung in den Fällen hoher Fehlsichtigkeiten angebracht. Bei dieser Untersuchung kann der aktuelle Status erhoben, der Patient über sein Risikoprofil aufgeklärt und ggf. eine erforderliche Therapie eingeleitet werden. In der Mehrheit der Fälle wird eine Empfehlung für die nächste augenärztliche Kontrolluntersuchung gegeben werden.

Auch in den genannten Fällen hoher Fehlsichtigkeiten ist die verordnete Sehhilfe nicht als therapeutische Option zu verstehen, da eine Brille zwar auf physikalisch optischem Weg die Brechung des Auges korrigiert, jedoch keinen Einfluss auf Krankheitsprozesse des Auges nimmt. Die Verordnung einer Brille ist insofern keine Therapieentscheidung.

Zu klären ist die Frage, ob Folgeverordnungen notwendiger- und zweckmäßigerweise vom Augenarzt und nicht vom Augenoptiker erfolgen sollten. Das zugrundeliegende Argument, im Falle vorhandener Augenerkrankungen könne es bei Folgeversorgungen durch den Augenoptiker zu einem wesentlichen Zeitverzug bis zur Behandlung kommen, ist bei genauerer Analyse der Situation nicht haltbar.

## Qualifikation des Augenoptikermeisters/Optometrists

Aus der Augenoptikermeisterverordnung [1] vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2610) geht aus § 2 hervor, welche Fertigkeiten und Kenntnisse ein Augenoptikermeister in der Meisterprüfung nachweisen muss und so das Berufsbild eines Augenoptikermeisters prägen. Unter Absatz 2 finden sich u.a.:

„ ...

6. Sehschärfe messen und bewerten,
7. Sehleistung messen und Methoden zum Erkennen von Sehleistungsminderungen anwenden, Ergebnisse darstellen und weiteres Vorgehen begründen; Auffälligkeiten des Auges erkennen,
8. Fehlsichtigkeit ermitteln und bewerten

... “.

Im Detail sind diese Tätigkeiten in den Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie erläutert [3]. Dort ist verpflichtend festgelegt, dass vor einer Refraktionsbestimmung eine Anamnese zu Sehproblemen und Beschwerden zu erfolgen hat (S. 2-3). Jeder Augenoptikermeister ist verpflichtet und darin ausgebildet, Auffälligkeiten des Sehorgans, insbesondere diejenigen, die sich aus Abweichungen des bestkorrigierten Visus ableiten, zu erkennen und den Klienten ggf. an einen Augenarzt zu verweisen. Dies ist längst bewiesene Praxis. In den Jahren 1993 bis 2017 hat sich der Anteil der von Augenoptikern verordneten Sehhilfen von 40% auf 82% erhöht (Quelle: ZVA). Es liegt keinerlei Hinweis darauf vor, dass sich die Situation der Augengesundheit in der Bevölkerung dadurch verschlechtert hätte. Im Zweifelsfall gibt der Augenoptiker keine neue Sehhilfe ab, sondern empfiehlt zuvor dringend eine augenärztliche Abklärung. Augenoptiker und Augenärzte vor Ort pflegen in der Regel einen guten Kontakt. Beim Augenoptiker bezüglich der Sehleistung auffällige Kunden werden oft sehr kurzfristig einer augenärztlichen Untersuchung zugeführt.

### **Erkrankungsrisiken bei hohen Refraktionsfehlern**

**Myopie.** Als relevante Erkrankungen bei höheren Myopien werden die chorioidale Neovaskularisation, die makuläre Retinopathie, Netzhautmembranen und das posteriore Staphylom genannt. Diese Erkrankungen äußern sich für die Patienten häufig durch reduzierte Sehschärfe, die durch eine Brille nicht korrigierbar ist und/oder Verzerrtsehen (Metamorphopsie). Gerade bei der aufgrund neuer Behandlungsmethoden an erster Stelle genannten myopen chorioidalen Neovaskularisation gehört ein, durch Sehhilfen nicht korrigierbarer, reduzierter Visus zu den Leitsymptomen. Dies ist u.a. der „Stellungnahme des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Retinologischen Gesellschaft zur Therapie chorioidaler Neovaskularisationen bei anderen Erkrankungen als der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration“ zu entnehmen [3]. Unter Punkt 3.1 wird bei den Kernaussagen für die Erstdiagnose und die Verlaufskontrolle der bestkorrigierte Visus an erster Stelle der Diagnostik genannt. Ähnliches gilt auch für die weiteren genannten Erkrankungen. Selbstverständlich reicht die Visusbestimmung nicht für eine komplette Diagnostik aus. Diese ist und bleibt Aufgabe des Augenarztes.

Für den Augenoptiker ist es aber ausreichend, Auffälligkeiten bei der Sehleistung des Kunden zu erkennen und eine augenärztliche Untersuchung einzuleiten. In einzelnen Fällen kann natürlich auch eine Augenerkrankung vorliegen, ohne dass es Beschwerden oder messbare Einschränkungen des Sehens beim Patienten gibt. Inwiefern das die Versorgungssituation negativ beeinflusst, ist bei den Versorgungsszenarien separat zu diskutieren.

**Hyperopie.** Hier spielt insbesondere die Gefahr eines Engwinkelglaukoms eine Rolle. Patienten, die eine flache Vorderkammer mit entsprechender Iriskonfiguration haben, fallen bereits bei der Erstverordnung einer Brille durch den Augenarzt auf. Im Laufe des Lebens kann es durch Linsenwachstum zu einem steigenden Engwinkelglaukomrisiko kommen. Eine plötzliche Veränderung der Situation in kurzer Zeit ist hier aber nicht zu erwarten. Der Augenarzt kann ggf. beim Erstkontakt gleich eine prophylaktische Iridotomie empfehlen, wenn die Gefahr eines Glaukomanfalles in absehbarer Zeit real ist. Andernfalls kann eine erneute Kontrolle nach einigen Jahren erfolgen. Wegen dieser langsamen Befundveränderung ist eine zwingende Verbindung mit einer Brillenneuverordnung nicht nachvollziehbar.

**Astigmatismus.** Die Prävalenz für Keratokonus steigt mit höheren Astigmatismen [4]. Typischerweise werden frühe Keratokoni durch mäßige Visusminderung und unsichere Angaben bei der Refraktionsbestimmung auffällig. Diese typischen Anzeichen zu erkennen, liegt in der Kompetenz des refraktionierenden Augenoptikers und er wird den Klienten im Zweifel an einen Augenarzt verweisen. Keratokoni in noch früheren Phasen lassen sich nur durch Hornhauttopographiesysteme mit Placido-Verfahren (z.B. Keratograph) oder der Scheimpflugmesstechnik (z.B. Pentacam) feststellen. Diese Messsysteme sind nicht bei allen Augenärzten anzutreffen. Die Messungen werden darüber hinaus nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen und werden folglich nicht routinemäßig sondern ggf. nur als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Ein subklinischer Keratokonus würde im Routinefall außerhalb der IGeLleistung auch beim Augenarzt nicht auffallen.

### **Versorgungsszenarien**

Im Sinne des Patientenwohles sind Versorgungsszenarien realistisch zu beurteilen. Idealisierte Abläufe, die im realen Leben nicht umgesetzt werden, sind für das Patientenwohl nicht sinnvoll.

Es gilt die Prämisse, dass verzögerte Behandlung von Augenerkrankungen zu irreversiblen Schäden führen kann. Relevant sind hier Erkrankungen, die schnell voranschreiten und ggf. durch eine frühzeitige Therapie gestoppt werden können.

#### **Szenario 1: Folgeversorgungen durch den Augenoptiker**

Aufgrund seiner Ausbildung, geregelt in der Augenoptikermeisterverordnung und den Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie ist der refraktionierende Augenoptikermeister/Optomtrist in der Lage, Sehprobleme des Klienten zu erfragen, die Sehschärfe zu prüfen, die Refraktion zu bestimmen und Abweichungen vom Normalzustand zu erkennen.

Im Falle einer Folgeverordnung für eine Brille bei einem Augenoptiker wird ein refraktiv nicht korrigierbar reduzierter Visus auffallen. Der Augenoptiker ist in dieser Situation dazu verpflichtet, eine augenärztliche Untersuchung dringend zu empfehlen.

Ein wesentlicher Zeitverzug bei der Behandlung einer eventuell vorhandenen Augenerkrankung ist in allen Fällen mit nicht korrigierbarem Visusverlust also nicht zu befürchten. Die Versorgung kann sogar beschleunigt werden. Die Visus- und Refraktionsbestimmung beim Augenoptiker erfolgt in aller Regel ohne Termin und unmittelbar am selben Tag der Kontaktaufnahme. Bei Auffälligkeiten empfiehlt der Augenoptiker nachdrücklich eine augenärztliche Untersuchung, die dann aufgrund des bekannten Problems zügig terminiert werden kann.

Unstrittig ist, dass verzögerte Diagnostik zu schlechteren funktionellen Ergebnissen bei der Therapie führen kann. In der Stellungnahme der KBV/PatV wird darauf zu Recht hingewiesen. Zitiert wird eine Studie von Iacono et al. [5], wonach bei Patienten mit chorioidaler Neovaskularisation bereits nach drei Monaten in der Placebo-Gruppe 44% der Patienten eine Visusverschlechterung um mindestens 1,6 Zeilen hatten. Warum dieses Zitat aber als Beleg gegen eine Folgeversorgung durch Augenoptiker angeführt wird, bleibt unklar. Der mittlere Ausgangsvisus der Patienten in der Studie lag bei  $0,49 \pm 0,3$  LogMAR (Visus  $0,3 \pm 3$  Zeilen). Bei solchen offensichtlich refraktiv nicht korrigierbaren Visusminderungen wird der Augenoptiker immer vor einer Sehhilfenversorgung einen

Augenarztbesuch dringend und zeitnah einleiten. Zu einer wesentlichen Verzögerung würde es nicht kommen.

### **Szenario 2: Folgeversorgung nur durch den Augenarzt**

Die Netzhautuntersuchung bei Kurzsichtigkeit ist bei Patienten ohne Symptomatik als Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung eine IGeLeistung. Asymptomatische Erkrankungen würden in dieser Situation nur dann erkannt, wenn die IGeLeistung vom Patienten bezahlt wird (vgl. beispielhaft [8], [9], [10], [11], [12]). Bei konkreten Beschwerden und Symptomen, wie refraktiv nicht korrigierbar reduzierter Sehschärfe, Verzerrtsehen oder farbveränderter Wahrnehmung wird der Augenarzt die angebrachten Untersuchungen auch ohne IGeLeistung durchführen. Die Beschwerden und Symptome wären aber auch bei der Befragung zu Sehproblemen durch den Augenoptiker aufgefallen und hätten zur Vorstellung beim Augenarzt geführt.

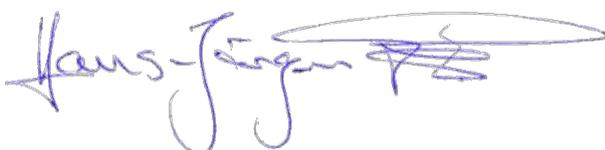
Folglich ist es sehr fraglich, ob unbemerkte Augenerkrankungen anlässlich einer Folgeversorgung durch den Augenarzt, bei der der Patient lediglich ein neues Brillenrezept benötigt, also sonst beschwerdefrei ist, erkannt werden. In diesem Falle würde nur die Netzhautuntersuchung im Rahmen der IGeLeistung zur Entdeckung der Erkrankung führen.

Stellt sich der Patient aufgrund seiner Symptome direkt beim Augenarzt vor, muss er zunächst einen Termin vereinbaren. Laut einer repräsentativen Umfrage in der Bevölkerung von TNS Infratest (Bielefeld) von 2012 beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Folgetermin beim Augenarzt 65 Tage, also über neun Wochen [6]. Der 1. Vorsitzende des BVA, Prof. Bernd Bertram befürchtet sogar aufgrund des aktuell geplanten Gesetzes „für schnellere Termine und bessere Versorgung“ längere Wartezeiten [7]. Er führt in einem Interview mit den „Ophthalmologischen Nachrichten“ weiter aus, dass aktuell in den Praxen speziell geschulte Mitarbeiter im Vorgespräch mit den Patienten rasch abklären könnten, wie dringend ein Fall sei, um ggf. einen schnelleren Termin zu ermöglichen. Es ist objektiv nicht nachvollziehbar, dass die Einschätzung der Dringlichkeit einer Behandlung durch eine Sprechstundenhilfe am Telefon treffsicherer sein soll, als eine Zuweisung durch einen Augenoptiker aufgrund einer persönlichen Anamnese und einer professionellen Messung der Sehfunktion.

### **Fazit**

Eine ehrliche Betrachtung der realen Versorgungsverhältnisse in der Augenoptik und der Augenheilkunde in Deutschland vorausgesetzt, sind die von der KBV/PatV geäußerten Befürchtungen nicht begründet. Unstrittig ist, dass Augenerkrankungen bei höheren Refraktionsfehlern zunehmen. Eine Erstverordnung durch den Augenarzt bei sphärischen Refraktionswerten über  $\pm 6$  dpt und bei Astigmatismen über 4 dpt ist sachlich gerechtfertigt. Die Folgeversorgung kann aber vom Augenoptiker übernommen werden, ohne das Risiko für Augenschäden für den Patienten zu erhöhen. Dieser Versorgungsweg ist einfach, schnell und sicher und es werden unzumutbare Wartezeiten bei Brillenschäden und notwendiger Folgeversorgung vermieden.

Lübeck, 20. März 2019



Prof. Dr. Hans-Jürgen Grein

## Literaturverzeichnis

- [1] Augenoptikermeisterverordnung:  
<https://www.gesetze-im-internet.de/augoptmstrv/AugOptMstrV.pdf>
- [2] Arbeitsrichtlinien für Augenoptik und Optometrie: <https://www.zva.de/arbeitsrichtlinien>
- [3] Stellungnahme des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Retinologischen Gesellschaft zur Therapie chorioidaler Neovaskularisationen bei anderen Erkrankungen als der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration; Okt. 2017; <https://www.dog.org/>
- [4] Serdarogullari H et al.: Prevalence of Keratoconus and Subclinical Keratoconus in Subjects with Astigmatism Using Pentacam Derived Parameters. J Ophthalmic Vis Res. 2013 Jul; 8(3): 213–219.
- [5] Iacono P et al.: Factors influencing visual acuity in patients receiving anti-vascular endozhelial growth factor for myopic choroidal neovascularization. Retina. 2017 Oct;37(10):1931-1941.
- [6] Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen:  
<https://www.zva.de/news/lange-wartezeiten-auf-augenarzttermine>
- [7] „Ins Gegenteil verkehrt - TSVG: BVA-Chef Bertram erwartet längere Wartezeiten und schlechtere Versorgung“. Ophthalmologische Nachrichten; 03.2019; Biermann Verlag
- [8] <https://augenpraxis-hofgeismar.de/>
- [9] <https://augenmaass.de/vorsorgeuntersuchungen/netzhaut-igel>
- [10] <https://dr-hyppa.de/wahl-leistungen-igel>
- [11] <http://www.augenarzt-buende.de/individuelle-gesundheitsleistungen-beim-augenarzt.html>
- [12] <https://www.augenaerzte-pasing.de/netzhaut-vorsorge/>



## **Gutachten zu „Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 20. Juli 2017 zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Sehhilfe für Erwachsene“**

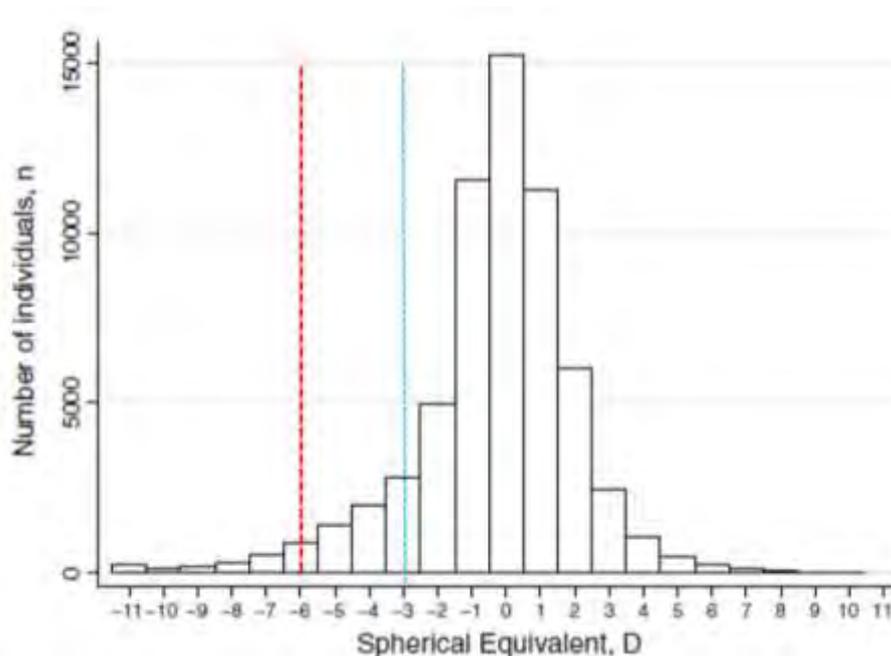
### **1. Allgemeine Anmerkungen zu Fehlsichtigkeiten (Refraktionsanomalien)**

Der Refraktionszustand des Auges ist die Folge eines Wachstumsprozesses, der bereits bei der Geburt beginnt und in der Regel im zweiten Lebensjahrzehnt zum Stillstand kommt. Das Auge eines Neugeborenen hat eine Länge von 16 bis 17 mm bei einem Gesamtbrechwert von 85 dpt. Eine Übersichtigkeit (Hyperopie) von 2 bis 3 dpt gilt für Neugeborene als normal. Das Auge eines Erwachsenen ist durchschnittlich 24 mm lang und hat einen Brechwert von rund 60 dpt. Die Veränderungen des Auges des Kindes und Heranwachsenden bestehen v.a. in einem Längenwachstum von etwa 8 mm bei einer gleichzeitigen Abnahme des Brechwertes von etwa 25 dpt. Kommt dieser als Emmetropisation bezeichnete Vorgang rechtzeitig zum Stillstand, liegt Rechtsichtigkeit (Emmetropie) vor. Eine über das Ziel von 24 mm hinausgehendes Wachstum des Auges führt zu einer Kurzsichtigkeit (Myopie). Erreicht das Längenwachstum des Auges den Idealwert von 24 mm nicht, bleibt es wie bei der Geburt übersichtig.

Wie alle Wachstumsprozesse kann auch der des Auges durch äußere Faktoren oder genetische Faktoren beeinflusst werden. Zu den äußeren Faktoren, die das Längenwachstum des Auges beeinflussen, werden in der aktuellen Diskussion u.a. Naharbeit oder Lichtexposition gezählt. Wie die Körpergröße, die um einen Mittelwert normalverteilt ist, so ist auch die Augenlänge und damit auch der Refraktionszustand normalverteilt (siehe Abb. 1), d.h. alle Refraktionswerte zwischen -6 dpt und +6 dpt sind Ausdruck der natürlichen Variabilität der Refraktion; sie sind nicht krankhaft. Die genannten Fehlsichtigkeiten sind allenfalls Anomalien, haben also keinen Krankheitswert.

Myopien mit Fernpunktrefraktionen von mehr als 6 dpt ( $A_R < -6,00$  dpt) werden in der medizinischen Literatur als pathologische Myopien bezeichnet. Die Bezeichnung „hohe Myopie“ wäre zutreffender, da nicht jede Myopie von mehr als 6 dpt zu pathologischen Veränderungen des Auges führt. In Fällen von Myopien mit mehr als 6 dpt ohne pathologische Augenveränderungen spricht man von benignen hohen Myopien. Die generelle Bezeichnung von hohen Myopien als pathologische Myopie stellt eine wertende Beschreibung des tatsächlichen Sachverhalts dar.

Myopien bis -6 dpt sind das Resultat einer polygenen oder multifaktoriellen Vererbung. Zwei Dutzend Gene sind an der Ausprägung der Refraktion des Auges beteiligt. Eine hohe Myopie unterliegt hingegen einer rezessiven Vererbung. Dies zeigt, dass Myopien als Refraktionsanomalien und hohe Myopien außer der Tatsache, dass beide mit Zerstreuungslinsen korrigiert werden, wenig gemein haben. Insbesondere ist hervorzuheben, dass sich aus einer geringen oder moderaten Myopie niemals eine hohe oder pathologische Myopie entwickeln wird. Dies ist insofern von Bedeutung, wenn bei einem astigmatischen Auge nur ein Hauptschnitt einen Brechwert von weniger als -6 dpt hat (z.B. sph - 4,5 dpt cyl - 2,0 dpt). Der Astigmatismus hat seine Ursache in der Regel in einer veränderten Geometrie der Hornhaut, die beispielsweise durch die Augenlider verursacht sein kann, und hat keinen Krankheitswert. Das Auge selbst hat in dem genannten Beispiel nur eine moderate Myopie, obgleich ein Hauptschnitt jenseits der kritischen Grenze von -6,0 dpt liegt.



**Abb. 1:** Verteilung der Fernpunktrefraktionen in Europa auf der Basis von 61.476. (nach Williams et al., 2015<sup>1</sup>). Die blaue senkrechte Gerade stellt die Grenze zwischen geringen und moderaten Myopien, die rote Gerade die Grenze zwischen moderaten und hohen Myopien dar.

Eine Fernpunktrefraktion von -6,0 dpt als Grenze zwischen moderater und hoher Myopie ist nicht mehr unumstritten. Ziemssen et al. führen hierzu aus: „Mittlerweile hat sich etabliert, dann von einer hohen oder pathologischen Myopie zu sprechen, wenn die Achslänge des Auges über 26,5 mm beträgt. Obwohl man solche Grenzwerte im klinischen Alltag nie überstrapazieren sollte, erleichtert eine einheitliche Nomenklatur die Verständigung. Eine Refraktion von über 6 dpt oder die Ausprägung von Staphylomen sollten nur als indirekte Hinweise auf eine hohe Myopie genutzt werden.“ (Ziemssen et al. 2017<sup>2</sup>)

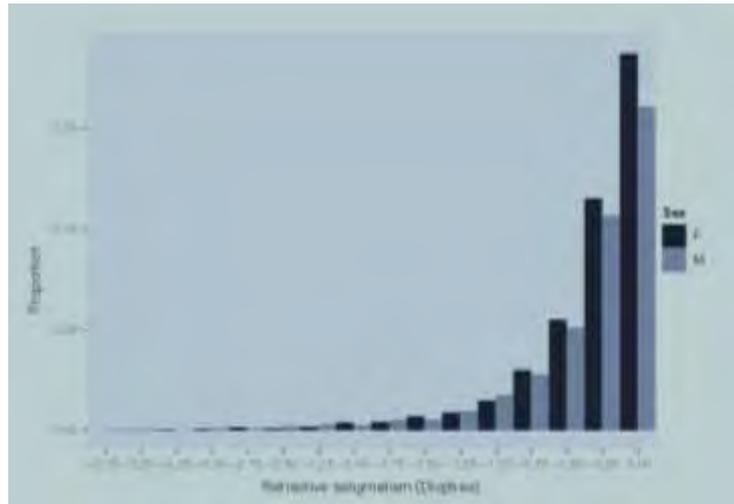
## 2. Myopie

Die „Tragenden Gründe“ gehen davon aus, dass 3% der Versicherten der Gruppe der Anspruchsberechtigten angehören, „bei denen häufig Zustände eintreten, die einer anderen Behandlung als einer Sehhilfe bedürfen, und ein wesentlicher Zeitverzug zu irreversiblen Schäden führen kann.“

<sup>1</sup> Williams KM, Verhoeven VJM, Cumberland P. et al. Prevalence of refractive error in Europe: the European Eye Epidemiology (E3) Consortium. Eur J Epidemiol 30; 305 – 315: 2015

<sup>2</sup> Ziemssen F, Lagrèze W, Voykov B. Sekundärerkrankungen bei hoher Myopie. Der Ophthalmologe 2017; 114: 30 - 43

Ein Beleg für diese Zahl wird nicht angegeben. Der größte Anteil dieser Anspruchsberechtigten gehört der Gruppe der hohen Myopien an. Hohe Hyperopien von mehr als +6,00 dpt gelten als selten. Die Angaben zur Prävalenz der Refraktionsfehler gehen in der Regel vom Mittelwert beider Hauptschnittsbrechwerte (sphärisches Äquivalent oder bestes sphärisches Glas) aus. In dieser Zahl sind damit auch die Astigmatismen enthalten, sodass bei einer getrennten Ausweisung des Astigmatismus dieser doppelt gezählt würde. Hohe Astigmatismen von mehr als 4 dpt machen nur einen sehr kleinen Prozentsatz der Astigmatismen aus. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Astigmatismen für eine australische Population mit einem sehr hohen Anteil Kaukasier<sup>3</sup>, aus der ersichtlich ist, dass die Prävalenz hoher Astigmatismen sehr niedrig ist.



**Abb. 2:** Anteil der Astigmatismen in einer australischen Studie

Bei den Anspruchsberechtigten wird es sich folglich überwiegend um Personen mit hohen Myopien handeln. Eine Myopiehäufigkeit von 3% bezogen auf die gesamte Weltbevölkerung mag zutreffen (Cheung, 2017<sup>4</sup>). Für Europa ist mit einer deutlich niedrigeren Prävalenz der hohen Myopie auszugehen. Wong et al. geben weltweite eine Spanne von 0,9% bis 3,1% für die hohe Myopie an (Wong et al. 2014<sup>5</sup>). Hohe Myopien sind v.a. ein gesellschaftliches Problem in ost- und südostasiatischen Ländern. Sehbeeinträchtigungen aufgrund einer hohen Myopie werden von den genannten Autoren für Europa mit einer Prävalenz von 0,1% bis 0,5% angegeben. Ziemssen et al. gehen von einer myopiebedingten Erblindungsrate von 0,7 bis 0,8 Personen pro 100.000 Personen und Jahr aus (Ziemssen et al.<sup>6</sup>). Dies entspricht etwa 60 Erblindungen in Deutschland aufgrund einer Myopie.

Die „Tragenden Gründe“ zeigen auch an anderen Stellen einen höchst selektiven Umgang mit vorhandenem Zahlenmaterial. So wird ausgeführt, dass bei 40,6% aller Fälle einer bestehenden (!) Makulopathie innerhalb von durchschnittlich 12,7 Jahren eine Verschlechterung zu erwarten ist. Es sei betont, dass sich diese Zahl nur auf bestehende Makulopathie und nicht auf alle hohen Myopien bezieht. Der Beobachtungszeitraum, dem diese Zahlenangaben zugrunde liegen, lag aber

<sup>3</sup> Sanfilippo PG, Yazar S, Kearns L. Distribution of astigmatism as a function of age in an Australian population. *Acta Ophthalmologica* 2015; 93: e377–e385

<sup>4</sup> Cheung CMG, Arnold JJ, Holz FG et al. Myopic Choroidal Neovascularization: Review, Guidance, and Consensus Statement on Management, *Ophthalmology* 2017; 124: 1690 - 1711

<sup>5</sup> Wong TY, Ferreira A, Highs R et al. Epidemiology and disease burden of pathologic myopia and myopic choroidal neovascularization (CNV) and their impact on vision. *Am J Ophthalmol* 2014; 157: 9 - 25

<sup>6</sup> Ziemssen F, Lagrèze W, Voykov B. Sekundärerkrankungen bei hoher Myopie. *Der Ophthalmologe* 2017; 114: 30 - 43

zwischen 5 und 32 Jahren. Lediglich die Angabe des Mittelwertes von 12,7 Jahren ohne weitere Informationen ist aus statistischer Sicht bedenklich, da wesentliche Informationen nicht gegeben werden.

Im Gegensatz zu früheren Ausführungen von „Tragenden Gründen“, in denen myopiebedingte Netzhautablösungen und Glaukome im Vordergrund der Diskussion standen, konzentriert sich die aktuelle Version der „Tragenden Gründe“ auf die Chorioidale Neovaskularisation (CNV). Dies ist sicherlich primär durch die 2016 erfolgte Zulassung von intravitrealen Injektionen von VEGF-Hemmern zur Behandlung einer CNV bei einer hohen Myopie zu erklären. Die Angabe einer Häufigkeit der CNV mit Werten von 5,2 % bis 11,3% dürfte wesentlich zu hoch angegeben sein. Willis et al geben für die USA auf der Basis von 376.057 Personen eine Prävalenz der CNV von 2,5% unter allen hochmyopen Personen an.<sup>7</sup> Eine Prävalenz der CNV in Deutschland von 2,5% bis 5,0% bei allen hochgradig myopen Personen dürfte wesentlich realistischer sein.

In den „Tragenden Gründen“ wird argumentiert, dass die Entstehung einer CNV zu spät diagnostiziert wird, wenn der Patient anstelle einer augenärztlichen Bestimmung der Refraktion diese durch einen Augenoptiker vornehmen ließe. Eine CNV stellt eine pathologische Veränderung der Netzhaut dar, die eine Sehverschlechterung des betroffenen Patienten bedingt. Der Patient bzw. die Patientin wird über zentrale Gesichtsfeldausfälle, verändertes Farbsehen, Verzerrtsehen und auch eine Verschlechterung der Sehschärfe klagen. Die CNV führt aber nicht zu einer Refraktionsänderung, die immer optische Gründe hat. Mit Brillengläser können aus prinzipiellen Gründen die Auswirkungen der strukturellen Schäden der Netzhaut nicht ausgeglichen werden. Brillengläser verlagern lediglich je nach verwendetem Glastyp das vom optischen System des Auges erzeugte Bild vor oder zurück, sodass es auf die Netzhaut abgebildet wird, wodurch sich eine Verbesserung des Sehens ergibt. Daher kann der Aussage in den „Tragenden Gründen, dass „in der Regel jede Neuanpassung einer Sehhilfe mindestens eine kleine subjektiv erlebbare Verbesserung auf Grund der genaueren Anpassung an die Refraktionswerte“ darstellt nicht gefolgt werden. Dort wo die Netzhaut defekt ist, ist mit optischen Hilfsmittel keine Verbesserung zu erwarten. Es kann auch keine Maskierung des zugrundeliegenden pathologischen Prozesses stattfinden. In der Tat werden auch Patienten mit schweren Netzhautveränderungen nicht mit Brillengläsern, sondern allenfalls mit vergrößernden Sehhilfen versorgt.

Es werden weitere myopiebedingte Netzhautveränderungen angeführt. Zu nennen sind myope Foveoschisis und posteriores Staphylom. Eine Spaltung der Netzhaut (Schisis) kann mit optischen Hilfsmitteln nicht korrigiert werden, da es sich hier um eine Kavernenbildung in unterschiedlichen Schichten der Netzhaut handelt. Brillenglas- oder Kontaktlinsenkorrekturen werden hier keine Verbesserungen liefern. Ein Staphylom ist eine lokale Vorwölbung der Sklera am hinteren Pol, wobei hier das Auge einen kleineren Krümmungsradius als an anderen nichtbetroffenen Stellen hat. Diese Veränderungen des hinteren Auges treten nicht in der Fovea, der Stelle des schärfsten Sehens auf. Die Veränderung der Krümmungsradien ist für Exzentrizitäten von mehr als 5° von der Netzhautmitte aus nachgewiesen. Hier ist die maximal erreichbare Sehschärfe aus neurophysiologischen Gründen in der Größenordnung von nur noch 0,2 bis 0,3. Sehschärfeverluste sind daher vom Patienten kaum wahrnehmbar. Es sind eher Gesichtsfeldausfälle, die den Patienten auf diese Veränderungen hinweisen. Brillengläser korrigieren nur die zentrale Refraktion. Wenn die veränderten Krümmungsradien der peripheren Netzhautbereiche korrigiert werden sollten, müssten Brillengläser zur Verfügung stehen, die auch die periphere Refraktion korrigieren könnten. Solche Gläser sind zurzeit nicht auf dem Markt. Eine medizinische Behandlung von Staphylomen steht

---

<sup>7</sup> Willis JR, Vitale S, Morse L et al. The prevalence of myopic choroidal neovascularization in the United States: analysis of the IRIS® data registry and NHANES. *Ophthalmology* 2016; 123: 1771 - 1782

nicht zur Verfügung, sodass ein verzögerter Therapiebeginn, wenn der Patient den Augenoptiker zur Bestimmung der Fernpunktrefraktion aufsucht, nicht vorliegen kann.

### 3. Astigmatismus

In den „Tragenden Gründen“ wird ein Zusammenhang zwischen Astigmatismus und Keratokonus hergestellt. Bei einem Astigmatismus von mehr als 2 dpt soll die Prävalenz des klinischen Keratokonus 6% und dies subklinischen Keratokonus 8% betragen<sup>8</sup>. An der in den „Tragenden Gründen“ zitierten Studie, die einem vergleichsweise unbedeutenden Journal erschienen ist, nahmen nur 64 Personen im Alter von 15 bis 45 Jahren teil, wobei der Anteil der Frauen deutlich höher war als der der Männer. Diese Auswahl der Studienteilnehmer kann nicht als repräsentativ angesehen werden. Insbesondere eignen sich die Ergebnisse der Studie nicht für eine Verallgemeinerung auf die Gesamtbevölkerung. Hierzu führen die Autoren der Studie selbst aus: "Since this study is limited by sample size, our results may not reflect the actual prevalence of KCN (Keratokonius A.B.) in the population with  $\geq 2D$  of astigmatism." Die zitierte Studie ist in keiner Weise geeignet, einen Zusammenhang zwischen Astigmatismus und Keratokonus herzustellen.

Die Pathogenese des Keratokonus ist noch weitgehend unverstanden, sodass der Verweis auf einen Zusammenhang zwischen höherem Astigmatismus und dem Auftreten eines Keratokonus zu der falschen Schlussfolgerung führen, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen Astigmatismus und Keratokonus gibt und zwar in dem Sinne, dass der Astigmatismus ursächlich für den Keratokonus

Der Keratokonus ist eine Auffälligkeit der Hornhaut, die am Ende des zweiten Lebensjahrzehnts sich erstmalig manifestiert. Die Hornhaut verformt sich sehr stark. Ein Hinweis auf einen Keratokonus ist eine rasche Myopisierung des Auges. Als Begleiterscheinung tritt, da die Ausstülpung der Hornhaut nicht symmetrisch sein muss, häufig ein Astigmatismus auf. Der Astigmatismus ist die Folge und nicht die Ursache des Keratokonus. Bei diesem Astigmatismus handelt es sich in der Regel um einen irregulären Astigmatismus, der mit Brillengläsern gar nicht korrigiert werden kann. Gerade beim Keratokonus ist ein Verweis auf das Alter der Patienten nicht angebracht, da der Keratokonus im frühen Erwachsenenalter auftritt und spätestens um das 30. Lebensjahr herum aufgrund natürlicher Alterungsprozesse in der Hornhaut spontan zum Stillstand kommt. sei.

Sehr viele Fälle eines Keratokonus sind die Folge von Lasereingriffen (z.B. Lasik) an der Hornhaut zur Korrektur von Kurzsichtigkeiten. Durch die Abtragung von Hornhautgewebe verliert die Hornhaut ihre mechanische Widerstandskraft, sodass sie nicht mehr uneingeschränkt dem Augeninnendruck standhalten kann. Sie beult dann aus, was zum Keratokonus führt. Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz dieses iatrogenen Keratokonus mittlerweile die Prävalenz des natürlichen Keratokonus erreicht hat. Gerade Personen, die sich einem refraktiv-chirurgischen Eingriff unterzogen haben, wiegen sich in unbegründeter Sicherheit. Zwar benötigen sie keine optische Korrektur mehr, aber die Veränderungen, die in der Netzhaut bereits aufgetreten sind oder noch auftreten werden, werden nicht mehr beachtet.

Hohe Astigmatismen als Folge von Unfällen mit Veränderungen des vorderen Augenabschnitts oder von Hornhauttransplantationen fallen nicht in den Tätigkeitsbereich des Augenoptikers. Hier ist immer von augenärztlichen Versorgung der Patienten auszugehen.

### 4. Hyperopie

---

<sup>8</sup> Serdarogullari H, Tetikoglu M, Karahan H et al. Prevalence of Keratoconus and Subclinical Keratoconus in Subjects with Astigmatism Using Pentacam Derived Parameters J Ophthalmic Vis Res. 2013 Jul; 8(3): 213–219.

„Weitsichtige mit  $<6$  dpt haben ein deutlich höheres Risiko für ein Engwinkelglaukom“ ist in den „Tragenden Gründen“ zu lesen. Anders als bei den mit der Myopie in Verbindung gebrachten Auffälligkeiten des Auges, die chronisch-degenerativer Art sind, handelt es sich beim Engwinkelglaukom um eine akute Erkrankung des Auges. Diese tritt ohne vorangehende Symptome anfallsartig auf (Glaukomanfall). Diese akute Erkrankung ist durch sehr starke Schmerzen im Bereich der Augen, des Kopfes und u.U. auch im Oberbauch gekennzeichnet. Diese Schmerzen werden die betroffene Person veranlassen, direkt einen Arzt aufzusuchen. Auch regelmäßige Augenarztbesuche werden, wenn diese in einem beschwerdefreien Intervall auftreten, das Auftreten eines akuten Glaukomanfalls nicht verhindern. Diskussionswürdig ist auch die Fragestellung, ob eine präventive Operation, wie sie in den „Tragenden Gründen“ erörtert wird, sinnvoll ist.

Die Augenlinse wird, wie es in den „Tragenden Gründen“ angeführt wird, ein Leben lang immer dicker. Jedoch muss einschränkend angeführt werden, dass der überwiegende Teil der Dickenzunahme der Augenlinse in jungen Jahren erfolgt und mit zunehmendem Lebensalter immer weniger erfolgt, da die Teilungsrate der Epithelzellen der Augenlinse, die für die Dickenzunahme verantwortlich sind, altersbedingt abnimmt. Der Anstieg der Häufigkeit der Hyperopie mit zunehmendem Lebensalter wird nicht durch die Dickenzunahme der Augenlinse verursacht, sondern ist auf Veränderungen der Linsenproteine, die eine Abnahme des Brechwertes der Augenlinse zur Folge haben, zurückzuführen. Von dieser Hyperopisierung geht keine Gefährdung des Auges aus.

## 5. Folgerungen

In den letzten Jahren sind einige neue Therapieoptionen in den Katalog der von der GKV akzeptierten Behandlungen aufgenommen worden. Die „Tragenden Gründe“ erwähnen explizit die intravitreale Injektion zur Therapie der myopiebedingten CNV und das Corneal Crosslinking im Zusammenhang mit dem Keratokonus. Die Verbesserung bereits vorhandener Therapieverfahren wie die Pars-plana-Vitrektomie zur Behandlung von Erkrankungen der Netzhaut stellt keine neue Therapieoption dar, sondern senkt lediglich die Schwelle, ab der eine solche Operation am Auge durchgeführt werden soll. Insbesondere die Ausführungen zum CNV sowie zum Astigmatismus müssen daher auch unter dem Aspekt betrachtet werden, dass hier zusätzliche Patienten diesen Eingriffen zugeführt werden sollen. Auffällig ist die paternalistische Sichtweise, dass „wegen fehlender diesbezüglicher Kompetenz die Versicherten [der] Gruppe mit hoher Fehlsichtigkeit [überfordert sind] abzuschätzen, ob eine neue Brille die medizinisch gebotene Therapieentscheidung darstellt.“

Die intravitreale Injektion von VEGF-Hemmern wird als effizientes Verfahren beschrieben; es sollte jedoch erwähnt werden, dass es noch keine Langzeiterfahrungen zu dieser Therapieoption gibt, dass Patienten, die sich dieser Therapieoption unterziehen, sich in der Phase IV der Zulassung eines Medikamentes befinden. Alle aufgeführten strukturellen Veränderungen der Netzhaut bei einer hohen Myopie machen sich für die Patienten in Sehstörungen, zu denen nicht allein ein Sehschärfeverlust zählt, bemerkbar. Eine Intervention mit optischen Hilfsmitteln (Brille und Kontaktlinse) führt zu keiner Verbesserung des Sehens, wenn die Netzhaut anatomisch und funktionell gestört ist. Optische Korrekturen führen lediglich zu einer Verlagerung des Bildes auf die Netzhaut, wodurch allein das verbesserte Sehen zu erklären ist.

Für die Therapieoption Corneal Crosslinking gibt es immer noch einige offene Fragen hinsichtlich seiner Effizienz. Das Cochrane-Institute, das Therapieverfahren auf ihre Evidenz hin untersucht, kam in Sachen Corneal Crosslinking zu folgender Aussage: „If strict criteria are used and only data from RCTs accepted, then there is a lack of evidence that CXL is indeed an effective treatment in

halting the progression of keratoconus.”<sup>9</sup> Im Ophthalmologen 7/2016 ist zu lesen: „Der ‚globale Keratokonuskonsens‘ basiert allerdings ausschließlich auf einer Expertenbefragung und entspricht damit dem Evidenzlevel V. Die Datenlage ist für eine abschließende Bewertung des Crosslinking nicht ausreichend.“ Aufgrund dieser Datenlage fällt es schwer, einen verspäteten Therapiebeginn als Risiko einer Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker auch bei höheren Astigmatismen in Frage zu stellen.

Köln, den 26. März 2019



Dr. Andreas Berke  
-Direktor der Höheren Fachschule  
für Augenoptik Köln-

---

<sup>9</sup> Sakakis E, Karim R, Evans JR et al. Corneal collagen cross-linking for treating keratoconus, Cochrane Library 2016