Zentralverband der
Augenoptiker
und Optometristen

Stellungnahme

Stellungnahme des Zentralverbands der Augenoptiker und Optometristen (ZVA) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

Düsseldorf, den 16. November 2026

Gliederung

A. Einleitung 3

B. Zusammenfassung 3

C. Zu den einzelnen Regelungen 4

D. Weiterer Regelungsbedarf 11

Für eine bessere Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter.

A. Einleitung

Im vergangenen halben Jahr ist die Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Sehhilfen für die lieferberechtigten Augenoptikbetriebe bürokratischer und wirtschaftlich unattraktiver geworden. So wird der Aufwand, der neben der Versorgung für die Betriebe anfällt, durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das Gesetz für digitale Innovation im Gesundheitswesen und durch das nun als Referentenentwurf vorliegende Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz zunehmen, während sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gleichzeitig massiv verschlechtern.

Bereits die bisherigen Bedingungen haben in den vergangenen Jahren einen kontinuierlichen Rückgang der präqualifizierten Augenoptikbetriebe bewirkt. Waren 2019 noch 88 Prozent der Betriebe präqualifiziert, sind es im vergangenen Jahr lediglich 84 Prozent gewesen. Weitere 16 Prozent der Betriebe beabsichtigen, nach Ablauf ihres aktuellen Präqualifizierungszertifikates die Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen zu beenden. Hinzu kommt, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der Augenoptikbetriebe insgesamt von 11.550 im Jahr 2019 auf 10.700 im Jahr 2025 – und damit um rund sieben Prozent – zurückgegangen ist. Besonders auffällig ist die Abkehr der kleinen Augenoptikbetriebe von den Krankenkassen, die insbesondere im ländlichen Raum Kinder und Personen mit schwerer Sehbeeinträchtigung versorgen – nur noch 59 Prozent der Betriebe mit einem Umsatz von bis zu 250.000 Euro sind aktuell lieferberechtigt, 2019 waren es noch 83 Prozent.

Vor diesem Hintergrund sieht der ZVA den Entwurf kritisch, da die erhoffte und angekündigte bürokratische Entlastung der Betriebe ausbleibt.

B. Zusammenfassung

Durch das im Entwurf vorliegende Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz wird für die Augenoptik weder die Versorgung modernisiert noch Bürokratie spürbar abgebaut. In der Summe ist vielmehr mit zusätzlichem Aufwand für die Augenoptikbetriebe zu rechnen.

Die Einführung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags nach § 127 Absatz 1 SGB V ist zu begrüßen. Für die Augenoptikbetriebe wird er jedoch kaum eine Entlastung bewirken. In der Augenoptik ist es gelungen, mit sechs Verträgen die Versorgung aller gesetzlich Versicherten zu regeln. Alle Formulare und Prozesse sind bereits weitestgehend angeglichen.

Abzulehnen ist dagegen die neue Pflicht, die Beratungsdokumentation in jedem Versorgungsfall an die Krankenkassen zu übermitteln (§ 127 Absatz 10 SGB V). Bislang ist sie nur auf Verlangen vorzulegen – wovon die Krankenkassen in der Augenoptik in der Praxis keinen Gebrauch gemacht haben. Den damit verbundenen Aufwand beziffert der Entwurf nicht einmal.

Der Verzicht auf anlasslose Betriebsbegehungen im Rahmen der Pflichtüberwachung während der Präqualifizierung (§ 126 Absatz 1a SGB V) ist ein wichtiges Signal. Die anlasslose, nach 20 Monate durchzuführende Vorortprüfung war ein besonders krasser Ausdruck des systematischen Misstrauens, das den Augenoptikbetrieben in der Vergangenheit entgegengebracht wurde. Eine echte Entlastung der Betriebe bei Kosten und Aufwand ist damit aber nicht verbunden: Die Präqualifizierungsstellen werden ihre Betriebsbegeher für die Erst- und Folgepräqualifizierung sowie für anlassbezogene Begehungen weiterhin vorhalten; entfallen werden in der Regel nur die Reisekosten. Die inhaltlichen Vorgaben der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) an die Überwachung bestehen unverändert fort – ausgetauscht wird lediglich das Mittel der Überwachung. Die künftig vorgesehene Dokumentenprüfung wirft zahlreiche praktische Fragen auf.

Zugleich werden Vertragsärzte durch die Streichung des § 128 Absatz 4a Satz 2 SGB V vollständig von der Präqualifizierungspflicht befreit – auch Augenärzte, die Kontaktlinsen abgeben. Dass Augenoptik-

betriebe, die für die Kontaktlinsenversorgung besser ausgebildet und ausgestattet sind, weiterhin präqualifiziert und überwacht werden müssen, ist eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung.

Die gravierendste neue Belastung enthält § 302 Absatz 1 SGB V: Künftig soll bei jeder Mehrkostenversorgung zusätzlich der Mehrnutzen oder die Merkmale der Versorgung an die Krankenkasse übermittelt werden. Der Entwurf selbst beziffert den zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand der Wirtschaft hierfür auf rund 13,5 Millionen Euro. Das ist mehr als das Zehnfache der Entlastung von rund 1,2 Millionen Euro, die der Entwurf dem Wegfall der anlasslosen Betriebsbegehungen für alle Gesundheitshandwerke zusammen zuschreibt. Für die Augenoptik ist die neue Pflicht zudem überflüssig: Der GKV-Spitzenverband erklärt in seinen Mehrkostenberichten seit Jahren selbst, dass Mehrkosten bei Sehhilfen vor allem im ästhetischen Anspruch an ein im Gesicht getragenes Produkt begründet sind.

Darüber hinaus besteht Regelungsbedarf bei der Verordnungspflicht für therapeutische Sehhilfen (§ 33 Absatz 5a SGB V) – ein Anliegen, das im Kern auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt – und beim Zugriff der Augenoptiker auf die elektronische Patientenakte.

Der ZVA fordert daher insbesondere,

- anlasslose Überwachungen während der Geltungsdauer eines Präqualifizierungszertifikats insgesamt abzuschaffen, hilfsweise auf eine Erklärung des Leistungserbringers über unveränderte Verhältnisse zu beschränken (§ 126 Absatz 1a SGB V),
- die Anforderungen der Präqualifizierung gesetzlich abschließend zu regeln, Doppelprüfungen von bereits behördlich überwachten Sachverhalten auszuschließen und die DAkkS an diesen Rahmen zu binden (§ 126 SGB V),
- die Beratungsdokumentation weiterhin nur auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln (§ 127 Absatz 10 SGB V),
- Augenoptikbetriebe gegenüber Vertragsärzten nicht schlechter zu stellen (§ 128 Absatz 4a SGB V),
- auf die regelhafte Übermittlung des Mehrnutzens oder der Merkmale mehrkostenverursachender Versorgungen zu verzichten (§ 302 Absatz 1 SGB V),
- die Hilfsmittelversorgung von der vertragsärztlichen Verordnung zu entkoppeln, wo keine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung erforderlich ist – insbesondere bei Sehhilfen, die ausschließlich dem Behinderungsausgleich dienen (§ 33 Absatz 5a SGB V),
- den Augenoptikern Zugriff auf die elektronische Patientenakte zu ermöglichen (§ 352 SGB V).

C. Zu den einzelnen Regelungen

Zu den einzelnen Regelungen, die die augenoptische Versorgung der gesetzlich Versicherten betreffen, nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Zu Artikel 1 Nr. 11 – § 33 Absatz 1 SGB V
Beratung als Bestandteil des gesetzlichen Versorgungsanspruchs

Der ZVA begrüßt, dass die Beratung zur Auswahl geeigneter und notwendiger Hilfsmittel und damit verbundener Dienstleistungen ausdrücklich in den gesetzlichen Versorgungsanspruch aufgenommen wird. Die individuelle Bedarfsermittlung, Beratung, Erprobung und Anpassung sind gerade bei therapeutischen und vergrößernden Sehhilfen wichtige Bestandteile einer funktionsgerechten Versorgung. Die Leistungserbringer bestimmen das konkrete Hilfsmittel regelmäßig gemeinsam mit den Versicherten.

Die gesetzliche Anerkennung muss sich auch in den Vergütungen niederschlagen. Nach dem neu gefassten § 127 Absatz 4 sind die zusätzlich erforderlichen Leistungen in den Versorgungsverträgen sicherzustellen. Der ZVA erwartet, dass insbesondere bei vergrößernden Sehhilfen der fachliche Aufwand für Auswahl, Erprobung, Anpassung und Einweisung ausdrücklich berücksichtigt wird. Der Beratungsanspruch darf nicht allein zu weiteren unvergüteten Pflichten führen.

II. Zu Artikel 1 Nr. 75 – § 126 Absatz 1a SGB V
Verzicht auf anlasslose Betriebsbegehungen während der Geltungsdauer des Präqualifizierungszertifikats

1. Grundsätzliche Bewertung
Der ZVA begrüßt den vorgesehenen Verzicht auf anlasslose Betriebsbegehungen während der Geltungsdauer eines Präqualifizierungszertifikats. Damit greift der Gesetzgeber zumindest teilweise eine langjährige Forderung des ZVA nach einer Entbürokratisierung des Präqualifizierungsverfahrens auf.

Die Bedeutung dieser Änderung liegt für die Augenoptikbetriebe vor allem auf der emotionalen und psychologischen Ebene. Anlasslose Vorortprüfungen alle 20 Monaten sind im Gesundheitswesen beispiellos. Sie waren ein besonders krasser Ausdruck eines systematischen Misstrauens gegenüber den Betrieben, für das es nie einen sachlichen Grund gab. Dass der Gesetzgeber diese Praxis beendet, ist ein wichtiges Signal an einen streng reglementierten Gesundheitsberuf.

2. Kaum Entlastung bei Kosten und Aufwand
Eine spürbare finanzielle und organisatorische Entlastung wird mit der Regelung jedoch nicht einhergehen.

Die Präqualifizierungsstellen werden auch künftig Kapazitäten für Betriebsbegeher vorhalten müssen. Sie benötigen diese weiterhin für die Erstpräqualifizierung, für die alle fünf Jahre erforderliche Folgepräqualifizierung und für die weiterhin zulässigen anlassbezogenen Begehungen. Die Kosten dieser Strukturen werden sich daher nicht wesentlich verringern und weiterhin auf die Betriebe umgelegt werden. In der Regel entfallen lediglich die Reisekosten der Betriebsbegeher.

Das bestätigt auch die Berechnung des Erfüllungsaufwands im Entwurf selbst: Die Entlastung der Wirtschaft wird auf rund 1,2 Millionen Euro jährlich beziffert – für rund 32.775 präqualifizierungspflichtige Betriebsstätten aller Gesundheitshandwerke. Das entspricht rechnerisch rund 37 Euro je Betriebsstätte und Jahr. Berücksichtigt wird allein die Zeit für Terminabstimmung, Vorbereitung und Begleitung der Begehung. Der Aufwand für die Zusammenstellung und Übermittlung der Unterlagen fällt nach dem Entwurf ausdrücklich weiterhin an, weil er auch bei der künftigen Dokumentenprüfung entsteht. Eine Senkung der Entgelte der Präqualifizierungsstellen legt der Entwurf für die Gesundheitshandwerke – anders als für die Vertragsärzte – nicht zugrunde.

3. Die Vorgaben der DAkkS bleiben unverändert – nur das Mittel wird ausgetauscht
Problematisch ist vor allem, dass die inhaltlichen Vorgaben der DAkkS an die Überwachungstätigkeit der Präqualifizierungsstellen vollständig fortbestehen. Die Gesetzesbegründung stellt ausdrücklich klar, dass Ziel der Regelung „nicht der Verzicht auf Überwachung“ ist. Abgeschafft werden damit lediglich die anlasslosen Betriebsbegehungen, nicht jedoch die anlasslosen Überwachungen als solche. Der Entwurf beschränkt anlasslose Überwachungen nicht hinsichtlich ihres Gegenstands, ihrer Tiefe oder ihrer Frequenz. Er ersetzt vielmehr die anlasslose Betriebsbegehung durch andere Überwachungsformen, insbesondere eine Dokumentenprüfung.

Aufgrund der langjährigen Erfahrung mit der DAkkS ist davon auszugehen, dass auch die modifizierten Überwachungen mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden. Schließlich hat die DAkkS bis-

lang Überwachungen in Form von Betriebsbegehungen gefordert, obwohl § 126 SGB V dies mit keinem Wort vorsieht.

4. **Unwägbarkeiten der Dokumentenprüfung**

Wie eine Dokumentenprüfung die bisherige Begehung ersetzen soll, ist völlig offen. Das zeigt sich besonders deutlich bei der sachlichen und räumlichen Ausstattung der Betriebe:

- Soll das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit bestimmter Geräte künftig per Foto nachgewiesen werden, belegt ein Foto allenfalls das Vorhandensein eines Geräts, nicht aber dessen Funktionsfähigkeit.
- Damit Fotos als aktuell anerkannt werden, müssen sie mit einem Zeitstempel versehen sein. Welche technischen Anforderungen hierfür gelten, wie Manipulationssicherheit gewährleistet werden soll und welche Anwendungen die Betriebe dafür nutzen müssen, ist ungeklärt.
- Bei Aufnahmen der Betriebsräume stellen sich zudem datenschutzrechtliche Fragen, etwa wenn Kundinnen und Kunden oder Beschäftigte erfasst werden.
- Es ist zu erwarten, dass unklare Anforderungen zu Rückfragen, Nachforderungen und Beanstandungen führen. Der Aufwand für eine vollständige Fotodokumentation aller Räume und Geräte kann den einer Begehung sogar übersteigen.

Hinzu kommt: Was durch eine Dokumentenprüfung im Übrigen jenseits der betrieblichen Ausstattung überwacht werden soll, erschließt sich nicht. Die Erfüllung der handwerksrechtlichen Vorgaben zur Ausübung des Augenoptikerhandwerks obliegt nicht der DAkkS bzw. den Präqualifizierungsstellen, sondern den Handwerkskammern. Es ist völlig konstruiert, alle 20 Monate das Bestehen eines Mietvertrages, den ohnehin bei Bedarf öffentlich einsehbaren Auszug aus dem Handelsregister oder eine Betriebshaftpflichtversicherung eines streng reglementierten Gesundheitsberufs in Zweifel zu ziehen, wenn all dies bei der Erteilung des Präqualifizierungszertifikates bereits geprüft wurde.

5. Kein sachlicher Grund für anlasslose Überwachungen

Für anlasslose Überwachungen gibt es in der Augenoptik keinen Grund:

Erstens ist die Augenoptik – wie die übrigen Gesundheitshandwerke – sowohl über die Handwerksordnung als auch über das Medizinprodukterecht ein streng reglementierter Gesundheitsberuf. Die beruflichen Zugangsvoraussetzungen und die handwerks- und medizinprodukterechtlichen Vorgaben sichern bereits ein hohes Maß an Struktur- und Prozessqualität.

Zweitens werden von den Präqualifizierungsstellen bei den Überwachungen in den Augenoptikbetrieben so gut wie keine versorgungsrelevanten Defizite festgestellt.

6. Widerspruch zur Streichung des § 128 Absatz 4a Satz 2 SGB V

Besonders deutlich wird die fehlende Notwendigkeit anlassloser Überwachungen im Vergleich mit der vorgesehenen Streichung des § 128 Absatz 4a Satz 2 SGB V (Artikel 1 Nr. 77). Danach sollen Vertragsärzte künftig keiner Präqualifizierungspflicht mehr unterliegen – auch Augenärzte, die Kontaktlinsen abgeben. Der Entwurf begründet dies damit, dass ihre Eignung durch die Vertragsarzttätigkeit sowie geltende Vereinbarungen und Richtlinien bereits hinreichend gesichert sei und Doppelprüfungen vermieden werden sollen.

Diese Begründung trifft auf die Augenoptikbetriebe mindestens in gleicher Weise zu. Ihre Eignung ist über die Meisterpflicht nach der Handwerksordnung, die Eintragung in die Handwerksrolle und das Medizinprodukterecht gesichert. Die Anpassung von Kontaktlinsen ist Kernbestandteil der augenopti-

schen Aus- und Weiterbildung. Augenoptikermeister und Optometristen sind im Vergleich zu Augenärzten für die Kontaktlinsenversorgung besser ausgebildet, und die Augenoptikbetriebe sind für die Anpassung besser ausgestattet.

Gleichwohl sollen Augenoptikbetriebe ihre Eignung weiterhin alle fünf Jahre vollumfänglich nachweisen und dazwischen anlasslos überwacht werden, während Augenärzte für dieselbe Versorgung überhaupt keinen Nachweis mehr führen müssen. Der Entwurf rechnet bei den Vertragsärzten mit dem Wegfall der Präqualifizierung, beider turnusmäßiger Überwachungen und der Entgelte der Präqualifizierungsstellen; bei den Augenoptikbetrieben entfällt lediglich die Begleitung der Begehung. Ein sachlicher Grund für diese Differenzierung ist nicht ersichtlich. Sie dürfte mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Artikel 3 Absatz 1 GG) nicht vereinbar sein.

7. Forderung

Der ZVA fordert, anlasslose Überwachungen während der Geltungsdauer eines Präqualifizierungszertifikats insgesamt abzuschaffen und Überprüfungen auf Fälle zu beschränken, in denen konkrete Anhaltspunkte für die Nichterfüllung der Eignungsvoraussetzungen vorliegen. Nur so kann die angestrebte Entbürokratisierung konsequent umgesetzt und eine tatsächlich spürbare Entlastung der Betriebe erreicht werden.

Die in § 126 Absatz 1a SGB V einzufügenden Sätze sollten daher wie folgt lauten:

„Während der Geltungsdauer des Zertifikats erfolgen keine anlasslosen Überwachungstätigkeiten. Überprüfungen sind nur bei Vorliegen eines besonderen Anlasses zulässig."

Unabhängig davon fordert der ZVA, die Anforderungen an die Präqualifizierung insgesamt gesetzlich zu begrenzen. Ursache des Aufwands ist nicht der Wortlaut des § 126 SGB V, sondern die Ausgestaltung der Anforderungen durch die Vorgaben der DAkkS gegenüber den Präqualifizierungsstellen. Die Präqualifizierung entscheidet über den Zugang der Betriebe zur Versorgung der gesetzlich Versicherten und berührt damit die Berufsausübungsfreiheit (Artikel 12 Absatz 1 GG). Nach der Wesentlichkeitslehre muss der Gesetzgeber die wesentlichen Anforderungen daher selbst festlegen; er darf ihre Ausgestaltung nicht faktisch der Akkreditierungspraxis überlassen.

Der ZVA schlägt deshalb vor, in § 126 SGB V drei Grundsätze zu verankern:

- Die Anforderungen an den Eignungsnachweis und an eine Überwachung ergeben sich abschließend aus dem Gesetz und den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V (Klarstellungsgebot).
- Sachverhalte, deren Einhaltung bereits aufgrund anderer Rechtsvorschriften behördlich überwacht wird – etwa durch die Handwerkskammern oder die Medizinprodukteüberwachung –, werden im Präqualifizierungsverfahren nicht erneut geprüft; insoweit genügt der Nachweis der Eintragung in die Handwerksrolle (Subsidiarität).
- Die nationale Akkreditierungsstelle legt der Akkreditierung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen keine über diesen Rahmen hinausgehenden Anforderungen zugrunde (Verhältnismäßigkeit).

Als Formulierung schlägt der ZVA vor, in § 126 SGB V folgende Sätze aufzunehmen:

„Die Anforderungen an den Nachweis nach Absatz 1 Satz 2 und an die Überwachung während der Geltungsdauer des Zertifikats ergeben sich abschließend aus diesem Gesetz und den Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3. Nachweise über Sachverhalte, deren Einhaltung bereits aufgrund anderer Rechtsvorschriften behördlich überwacht wird, dürfen nicht verlangt werden; insoweit genügt der

Nachweis der Eintragung in die Handwerksrolle. Die nationale Akkreditierungsstelle legt der Akkreditierung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen keine darüber hinausgehenden Anforderungen zugrunde."

Eine solche Regelung wäre für alle Beteiligten von Nutzen. Die DAkkS erhielte einen klaren gesetzlichen Maßstab für ihre Tätigkeit gegenüber den Präqualifizierungsstellen. Die Präqualifizierungsstellen und der GKV-Spitzenverband würden entlastet, und bei Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung gäbe es einen gesetzlichen Maßstab, an dem sich die Anforderungen gerichtlich messen lassen. Auf dieser Grundlage könnten GKV-Spitzenverband, Leistungserbringerverbände und Präqualifizierungsstellen das Präqualifizierungsverfahren gemeinsam von Anforderungen befreien, die für die Versorgungsqualität ohne Bedeutung sind. Der bürokratische Aufwand ließe sich so deutlich senken, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen.

III. Zu Artikel 1 Nr. 76 – § 127 SGB V
Rahmenvertrag, Beratungsdokumentation und Qualitätssicherung

1. Rahmenvertrag (§ 127 Absatz 1 SGB V)
Der ZVA begrüßt die vorgesehene Einführung eines bundesweit einheitlichen Rahmenvertrags zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse. Einheitliche Vorgaben insbesondere für Formulare, Dokumentationspflichten, Genehmigungsverfahren und Abrechnungsprozesse können dazu beitragen, bürokratische Belastungen zu reduzieren. Positiv ist die Möglichkeit, produktgruppen- und versorgungsbereichsspezifische Regelungen zu vereinbaren.

Für die Augenoptik dürfte der Entlastungseffekt allerdings gering ausfallen. Der ZVA hat bereits sechs bundesweit gültige Versorgungsverträge mit Krankenkassen beziehungsweise Krankenkassenverbänden geschlossen; die Vertragslandschaft ist überschaubar und Formulare sowie Prozesse sind weitgehend angeglichen. Entscheidend wird sein, dass durch den Rahmenvertrag und die notwendigen Umstellungen keine neuen Belastungen entstehen.

2. Regelhafte Übermittlung der Beratungsdokumentation (§ 127 Absatz 10 SGB V)
Der ZVA lehnt die vorgesehene Pflicht ab, die Beratungsdokumentation den Krankenkassen künftig regelhaft – also in jedem Versorgungsfall – elektronisch zu übermitteln.

Nach geltendem Recht verbleibt die Beratungsdokumentation beim Leistungserbringer und ist den Krankenkassen nur auf Verlangen vorzulegen. Von dieser Möglichkeit haben die Krankenkassen in der Augenoptik in den vergangenen Jahren in der Praxis keinen Gebrauch gemacht. Wenn ein bestehendes Prüfinstrument über Jahre hinweg nicht genutzt wird, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Krankenkassen die Unterlagen nunmehr in jedem einzelnen Versorgungsfall benötigen sollen. Es ist auch nicht erkennbar, wie sie Millionen zusätzlicher Dokumente jährlich sinnvoll auswerten wollen.

Die Begründung stützt die Neuregelung darauf, dass die Krankenkassen frühzeitig Auffälligkeiten bei der Beratung erkennen und ahnden können sollen. Damit wird auch hier ein Generalverdacht gegenüber allen Leistungserbringern zum Maßstab gemacht. Der Entwurf selbst bleibt in § 127 Absatz 12 SGB V im Übrigen beim Grundsatz, dass Leistungserbringer den Krankenkassen die für Prüfungen erforderlichen Informationen auf Verlangen erteilen. Für die Beratungsdokumentation sollte nichts anderes gelten.

Den mit der regelhaften Übermittlung verbundenen Aufwand beziffert der Entwurf nicht; die Darstellung des Erfüllungsaufwands enthält hierzu keinen Ansatz. Legt man die Methodik des Entwurfs zugrunde, der bei § 302 SGB V für die bloße Datenübermittlung eine Minute je Fall ansetzt, ergibt sich bereits für die rund 7,1 Millionen Mehrkostenfälle ein jährlicher Aufwand von rund 4,6 Millionen

Euro. Bezogen auf alle rund 31,9 Millionen Hilfsmittelversorgungen wären es rund 20,5 Millionen Euro jährlich, allein für die rund 1,25 Millionen Sehhilfenversorgungen des Jahres 2025 (Achter Mehrkostenbericht, S. 27) rund 0,8 Millionen Euro. Hinzu kommen der Aufwand für das Digitalisieren von auf Papier unterschriebenen Dokumentationen sowie einmalige Kosten für Unterschriftenpads und Softwareanpassungen.

Zu begrüßen ist, dass die Beratungsdokumentation künftig in Textform erstellt und mit einem einfachen Unterschriftenpad bestätigt werden kann. Diese Erleichterung wird durch die neue Übermittlungspflicht jedoch mehr als aufgezehrt.

Der ZVA fordert daher, an der bisherigen Rechtslage festzuhalten. § 127 Absatz 10 Satz 3 SGB V in der Fassung des Entwurfs sollte wie folgt lauten:

„Die Beratungsdokumentation ist den Krankenkassen auf Verlangen elektronisch zu übermitteln."

3. Qualitätssicherung (§ 127 Absätze 12 bis 15 SGB V)
Zu begrüßen ist, dass Versichertenbefragungen ausdrücklich als Instrument der Qualitätssicherung hervorgehoben werden. Sie ermöglichen eine Beurteilung der tatsächlichen Versorgungsqualität, ohne zusätzlichen Aufwand bei den Leistungserbringern zu verursachen. Gerade weil Versichertenbefragungen die Qualität der Beratung unmittelbar aus Sicht der Versicherten erfassen, bedarf es einer regelhaften Übermittlung der Beratungsdokumentation nicht.

IV. Zu Artikel 1 Nr. 77 – § 128 Absatz 4a SGB V
Wegfall der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärzte

Der ZVA sieht es kritisch, Vertragsärzte von der Präqualifizierungspflicht zu befreien. Die beabsichtige Streichung macht jedoch deutlich, dass derselbe Maßstab auch an die Augenoptikbetriebe angelegt werden muss. Auf die Ausführungen unter C. II. 6. wird verwiesen.

Der ZVA fordert, Augenoptikbetriebe im Verhältnis zu Vertragsärzten nicht schlechter zu stellen. Zumindest müssen die anlasslosen Überwachungen während der Geltungsdauer des Präqualifizierungszertifikats entfallen.

V. Zu Artikel 1 Nr. 129 – § 302 Absatz 1 SGB V
Angabe des Mehrnutzens oder der Merkmale mehrkostenverursachender Versorgungen bei der Abrechnung

Der ZVA lehnt die vorgesehene Pflicht ab, bei Mehrkostenversorgungen künftig neben der Höhe der Mehrkosten auch den Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung regelhaft im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkassen zu übermitteln.

1. Erhebliche zusätzliche Bürokratie in jedem Einzelfall
Die Regelung führt zu einer zusätzlichen Erfassungs- und Übermittlungspflicht für jeden einzelnen Versorgungsfall mit Mehrkosten. Der Entwurf geht selbst von rund 7,1 Millionen Mehrkostenfällen jährlich und einem Zeitaufwand von drei Minuten je Fall aus. Daraus ergibt sich nach dem Entwurf ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand der Wirtschaft von rund 13,5 Millionen Euro. Auf die Sehhilfen entfielen im Jahr 2025 rund 541.000 Mehrkostenfälle (Achter Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes, S. 9). Nach der Methodik des Entwurfs entsteht damit allein in der Augenoptik ein zusätzlicher Aufwand von rund einer Million Euro jährlich – fast so viel, wie der Entwurf als Entlastung

durch den Wegfall der anlasslosen Betriebsbegehungen für alle Gesundheitshandwerke zusammen ansetzt.

Diese Schätzung ist aus Sicht des ZVA noch zu niedrig. Sie unterstellt ein *„einfaches Komplexitätsniveau“*, obwohl es keine einheitlichen Kategorien gibt, in die sich Mehrnutzen oder Merkmale einer Versorgung übertragen ließen. Ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der Branchen- und Abrechnungssoftware wird nicht ausgewiesen, obwohl die Betriebe diese Kosten über Software- und Abrechnungsdienstleister zu tragen haben werden.

Gemessen am erklärten Ziel des Gesetzes ist das Ergebnis widersprüchlich: Allein die neue Pflicht nach § 302 Absatz 1 SGB V verursacht nach den eigenen Zahlen des Entwurfs mehr als das Zehnfache der Entlastung, die durch den Wegfall der anlasslosen Betriebsbegehungen für alle Gesundheitshandwerke erreicht werden soll. Ein Bürokratierückbaugesetz darf in der Bilanz nicht zu mehr Bürokratie führen.

2. Zusätzliche Erfassung von Informationen, die bereits dokumentiert sind
Nach der Begründung des Entwurfs sind die Angaben zum Mehrnutzen bereits Bestandteil der Beratungsdokumentation. Sie liegen damit beim Leistungserbringer vor und können von den Krankenkassen bei Bedarf angefordert werden. Ihre zusätzliche Erfassung in strukturierter Form im Abrechnungsdatensatz verursacht in jedem Einzelfall Aufwand, ohne einen erkennbaren Erkenntnisgewinn zu bringen.

Sollte zudem die vom ZVA abgelehnte regelhafte Übermittlung der Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 10 SGB V (siehe C. III. 2.) Gesetz werden, erhielten die Krankenkassen dieselbe Information sogar zweimal: einmal als unterschriebenes Dokument und einmal als Datenfeld im Abrechnungsdatensatz.

3. Individuelle Versorgungsentscheidungen lassen sich nicht schematisieren
Gerade in der Augenoptik beruht die Entscheidung für eine Versorgung mit Mehrkosten auf individuellen Bedürfnissen und persönlichen Präferenzen der Versicherten, etwa hinsichtlich Sehkomfort, Tragekomfort, ästhetischer Eigenschaften, besonderer Anforderungen im Beruf oder persönlicher Gewohnheiten. Diese Gesichtspunkte lassen sich nicht ohne Weiteres in einheitliche und aussagekräftige Kategorien überführen. Eine pauschale Übermittlungspflicht birgt daher die Gefahr, individuelle Versorgungsentscheidungen zu schematisieren, ohne dass daraus belastbare Erkenntnisse gewonnen werden können.

4. Die Gründe für Mehrkosten bei Sehhilfen sind den Krankenkassen längst bekannt
Für die Augenoptik kommt hinzu, dass die Gründe für Mehrkosten bei Sehhilfen den Krankenkassen bereits bekannt sind. Der GKV-Spitzenverband erläutert sie in seinen Mehrkostenberichten selbst:

- Im Vierten Bericht (Berichtsjahr 2021) hielt er es für möglich, dass Produkte, die für Dritte sichtbar – insbesondere im Gesicht – getragen werden, einem hohen ästhetischen Anspruch der Versicherten folgen, der medizinisch nicht zu begründen ist, und dass dies vor allem auf Sehhilfen, Hörhilfen und Haarersatz zutrifft (S. 37).
- Im Fünften und Sechsten Bericht (Berichtsjahre 2022 und 2023) stellt er dies ohne Einschränkung fest. In diesen Produktgruppen bestehe daher grundsätzlich eine höhere Bereitschaft, Mehrkosten zu leisten (Fünfter Bericht, S. 43; Sechster Bericht, S. 36 f.).
- In allen drei Berichten weist er zudem darauf hin, dass Brillenfassungen und besondere Spezialausstattungen der Gläser nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören (Vierter Bericht, S. 40; Fünfter Bericht, S. 46; Sechster Bericht, S. 39).

- Im aktuellen Achten Bericht (Berichtsjahr 2025) beschreibt der GKV-Spitzenverband es als Möglichkeit der Versicherten, sich aus individuellen Gründen – etwa des Komforts oder der Ästhetik – für eine höherwertige Ausstattung zu entscheiden, deren Kosten sie dann selbst tragen (S. 6).

Dazu passen die Zahlen: Der Anteil der Sehhilfenversorgungen mit Mehrkosten liegt seit Beginn der Erhebung stabil zwischen rund 34 und 43 Prozent (2019: 35,21 Prozent; 2025: 43,44 Prozent). Die durchschnittlichen Mehrkosten je Mehrkostenfall lagen bei Sehhilfen im Jahr 2025 mit 144,72 Euro unter dem Durchschnitt aller Hilfsmittel von 158,61 Euro (Achter Bericht, S. 9 und 16; Sechster Bericht, S. 59).

Der hohe Anteil an Mehrkostenfällen ist damit nicht Ausdruck einer schlechten oder interessengeleiteten Beratung, sondern liegt in der Natur des Hilfsmittels begründet: Eine Brille wird täglich im Gesicht getragen, und die Versicherten entscheiden sich häufig bewusst für eine Ausführung, die über das medizinisch Notwendige hinausgeht. Die neue Übermittlungspflicht führt für die Augenoptik daher bestenfalls dazu, dass die Krankenkassen in jedem einzelnen Versorgungsfall erfahren, was sie ohnehin schon wissen.

5. Der Zweck lässt sich mit milderen Mitteln erreichen
Die Begründung des Entwurfs stellt darauf ab, die Krankenkassen müssten beurteilen können, ob Versicherte aufgrund einer interessengeleiteten Beratung zu einer Mehrkostenversorgung bewegt werden. Damit wird erneut ein Generalverdacht gegenüber allen Leistungserbringern zum Maßstab der Gesetzgebung gemacht. Für die Überprüfung der Beratung stehen den Krankenkassen mit den Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen sowie den Versichertenbefragungen nach § 127 SGB V bereits geeignete Instrumente zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband hält Versichertenbefragungen zwar für unzureichend, weil sie sich nur auf einzelne Krankenkassen oder Regionen bezögen (Fünfter Mehrkostenbericht, S. 15). In seinen eigenen Berichten stützt er sich zur Erklärung von Mehrkosten jedoch selbst auf Studien und Versichertenbefragungen, etwa bei Hörhilfen, Inkontinenzhilfen und Brustprothesen (Sechster Bericht, S. 37, 43 und 46). Soweit die Krankenkassen Informationen zum Mehrnutzen im Einzelfall benötigen, können sie diese im Rahmen einer konkreten Prüfung anfordern. Eine regelhafte Übermittlung in mehr als sieben Millionen Fällen jährlich ist hierfür weder erforderlich noch verhältnismäßig.

6. Forderung
Der ZVA fordert, in § 302 Absatz 1 Satz 4 SGB V in der Fassung des Entwurfs die Wörter ***„sowie der Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung“*** zu streichen. Als Folgeänderung sind in § 302 Absatz 5 SGB V die Angaben zum Mehrnutzen oder zu den Merkmalen der mehrkostenverursachenden Versorgungen zu streichen.

Hilfsweise ist § 302 Absatz 1 SGB V so zu fassen, dass Angaben zum Mehrnutzen oder zu den Merkmalen einer mehrkostenverursachenden Versorgung nur auf konkrete Anforderung im Rahmen einer begründeten Auffälligkeits- oder Stichprobenprüfung zu übermitteln sind. Die bloße Existenz einer Mehrkostenvereinbarung darf keine automatische Datenübermittlungspflicht auslösen.

D. Weiterer Regelungsbedarf

1. Ergänzung des § 33 Absatz 5a SGB V – Verordnungserfordernis bei therapeutischen Sehhilfen
Mit § 33 Absatz 5a SGB V hat der Gesetzgeber klargestellt, dass eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentschei-

dung medizinisch geboten ist. Bei den therapeutischen Sehhilfen wird dieses Ziel in der Praxis verfehlt: Der Gemeinsame Bundesausschuss verlangt hier weiterhin pauschal eine vertragsärztliche Verordnung – auch bei Ersatz- und Folgeversorgungen, bei denen weder eine erneute Diagnose noch eine Therapieentscheidung erforderlich ist.

Typisches Beispiel ist die Versorgung nach einer Keratoplastik (Hornhauttransplantation). Es handelt sich um einen dauerhaften, irreversiblen Zustand; die ärztliche Leistung erschöpft sich in der Operation. Die Sehhilfe dient allein dem Ausgleich der bestehenden Behinderung. Bei Verlust, Beschädigung oder regulärem Ersatz der Sehhilfe ist ein erneuter Arztbesuch medizinisch nicht geboten, verursacht aber Kosten und bindet knappe augenärztliche Kapazitäten.

Der ZVA schlägt daher vor, nach § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V folgenden Satz einzufügen:

> *„Dies ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn die Leistung ausschließlich dem Behinderungsausgleich dient; der Gemeinsame Bundesausschuss kann in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Ausnahmen für Fälle vorsehen, in denen eine fachärztliche Einbindung aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen zwingend erforderlich ist."*

Diese Ergänzung konkretisiert den unbestimmten Rechtsbegriff *„medizinisch geboten"*. Sie stellt klar, dass der bloße Umstand, dass ein Hilfsmittel als *„therapeutisch"* bezeichnet wird, keine eigenständige Verordnungspflicht begründet. Sie vermeidet unnötige Arztkontakte und entspricht damit unmittelbar dem Ziel des Entwurfs, Bürokratie in der Hilfsmittelversorgung abzubauen.

Der erste Halbsatz ist bewusst als Regelbeispiel (*„insbesondere"*) formuliert: Im Regelfall ist bei Leistungen, die ausschließlich dem Behinderungsausgleich dienen, keine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Der zweite Halbsatz ermöglicht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich, für absolute Ausnahmefälle dennoch eine Verordnung vorzusehen – nämlich dann, wenn die Hilfsmittelversorgung zwar ausschließlich dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dient, aus besonderen Gründen aber die Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen zwingend erforderlich ist. Die Regelung folgt damit dem Vorbild der bewährten Ausnahmeregelung für die erneute Versorgung mit Sehhilfen bei einer Änderung der Sehfähigkeit von weniger als 0,5 Dioptrien (§ 33 Absatz 2 SGB V in der Fassung des Entwurfs). Die medizinische Verantwortung bleibt so dort, wo sie tatsächlich benötigt wird; die Regel ist jedoch die verordnungsfreie Versorgung.

Mit diesem Anliegen steht der ZVA nicht allein. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fordert in ihrem Positionspapier *„Hilfsmittelversorgung im Praxisalltag"* vom August 2025, die gesetzlichen Regelungen zur ärztlichen Verordnung konsequent umzusetzen. Eine ärztliche Verordnung sei nur bei erstmaliger oder erneuter Diagnosestellung notwendig; in der Praxis würden aufgrund von Rechtsunsicherheiten dennoch weiterhin Verordnungen verlangt. Zugleich fordert die KBV, die Aufgaben zwischen Vertragsärzten und Hilfsmittelversorgern kompetenzorientiert neu zu verteilen: Ärztinnen und Ärzte sollen für die medizinische Indikation verantwortlich sein, die Hilfsmittelversorger für die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels (S. 4 f.).

Der Entwurf greift zwei weitere Forderungen aus diesem Positionspapier bereits auf – den Wegfall der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärzte (§ 128 Absatz 4a SGB V) und die Klarstellung, dass Verordnungsangaben bei der Abrechnung nur noch anzugeben sind, sofern die Leistung ärztlich verordnet wurde (§ 302 Absatz 1 SGB V). Es ist folgerichtig, auch die Entkoppelung der Hilfsmittelversorgung von der vertragsärztlichen Verordnung dort umzusetzen, wo eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung nicht erforderlich ist. Ärzteschaft und Gesundheitshandwerk sind sich in diesem Punkt einig; die Klarstellung entlastet die Augenarztpraxen, spart der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten unnötiger Arztbesuche und wirkt dem zunehmenden Mangel an Arztterminen entgegen.

2. Zugriff der Augenoptiker auf die elektronische Patientenakte
Aus Sicht des ZVA ist ein Zugriffsrecht der Augenoptiker auf die elektronische Patientenakte (ePA) unerlässlich, wenn die Digitalisierung tatsächlich zu einer besseren, effizienteren und wirtschaftlicheren Versorgung der gesetzlich Versicherten beitragen soll.

Nach § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V führen Augenoptiker Folgeversorgungen mit Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei erwachsenen Versicherten vollständig ohne ärztliche Mitwirkung durch. Auch diese Versorgungen müssen in der ePA dokumentiert werden können, um eine lückenlose Versorgungshistorie zu gewährleisten.

Hinzu kommt: Die Krankenkassen verpflichten die Augenoptiker vertraglich zur vollständigen Übernahme der Gewährleistung – selbst dann, wenn die Versorgung auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgt. Eine Entlastung mit dem Hinweis auf fehlerhafte Messwerte der Verordnung ist gegenüber der Krankenkasse oder den Versicherten nicht möglich. Die Augenoptiker müssen die ärztlichen Werte daher prüfen und gegebenenfalls korrigieren. Konsequenterweise sollten auch diese Anpassungen in der ePA dokumentiert werden.

Umgekehrt gibt es zahlreiche medizinisch relevante Informationen – etwa zu Erkrankungen oder Medikamenten –, die für eine sichere Brillen- oder Kontaktlinsenversorgung wichtig sind, von den Versicherten aber nicht immer zuverlässig angegeben werden. Ein strukturiertes Zugriffsrecht würde daher die Versorgungsqualität verbessern und Versorgungsrisiken reduzieren.

Der Entwurf selbst bindet die Hilfsmittelleistungserbringer enger in die Telematikinfrastruktur ein: Die Präqualifizierungsdatenbank soll künftig den Stellen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V zur Verfügung stehen, die Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgeben (§ 126 Absatz 1a SGB V). Nach der Begründung zum Rahmenvertrag (§ 127 Absatz 1 SGB V) sollen für den elektronischen Kostenvoranschlag zudem Dienste der Telematikinfrastruktur wie KIM genutzt werden. Es ist folgerichtig, diese Einbindung um einen Zugriff auf die ePA zu ergänzen.

Die Gesundheitshandwerke sind bislang nicht in § 352 SGB V als zugriffsberechtigte Berufsgruppen aufgeführt, weil ihre Schweigepflicht nicht nach § 203 Absatz 1 Nummer 1 StGB strafbewehrt ist. Tatsächlich ist es bereits heute datenschutzrechtlich strikt verboten, Gesundheitsdaten ohne Einwilligung zu verarbeiten oder weiterzugeben – nur handelt es sich dabei bislang nicht um einen Straftatbestand. Sollte die Strafbewehrung Voraussetzung für ein Zugriffsrecht sein, unterstützt der ZVA ausdrücklich eine entsprechende Ausweitung des § 203 Absatz 1 StGB auf die Augenoptiker.

Der ZVA fordert daher, die Augenoptiker in § 352 SGB V als zugriffsberechtigte Leistungserbringer aufzunehmen – mit einem Lese- und Schreibrecht für die Daten, die für die Versorgung mit Sehhilfen erforderlich sind.

Die Branche Augenoptik/Optometrie

In Deutschland arbeiten 47.550 Beschäftigte in rund 10.700 augenoptischen Fachgeschäften. Die Branche erwirtschaftete 2025 einen Jahresumsatz in Höhe von 7 Mrd. Euro.

Augenoptiker sind in erster Linie Akteure des sogenannten Zweiten Gesundheitsmarktes. Von den jährlich 12,18 Millionen Versorgungen mit Brillen und Kontaktlinsen werden schätzungsweise 11,7 Millionen von den Kunden selbst getragen. In all diesen Fällen versorgen Augenoptiker ihre Kunden eigenverantwortlich mit Korrektionsbrillen. Gleiches gilt für die Versorgung mit Kontaktlinsen, die nur zu einem Bruchteil von den Krankenkassen übernommen wird. Sie unterliegt dabei keinen Einschränkungen hinsichtlich des Alters der Kunden, des Grades der Fehlsichtigkeit oder der Art der Sehhilfe.

Der Verband

Der Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA) vertritt als Bundesinnungsverband nach § 85 Abs. 1 Handwerksordnung seit seiner Gründung 1951 bundesweit die Interessen der selbständigen Augenoptiker und Optometristen. Über die regional verwurzelten Landesinnungen und Landesinnungsverbände sind mehr als 80 Prozent der augenoptischen Unternehmen Verbandsmitglieder. Der ZVA ist die maßgebliche Spitzenorganisation für die Branche auf Bundesebene und schließt in dieser Funktion Versorgungsverträge im Sinne von § 127 Abs. 1 SGB V mit den gesetzlichen Krankenversicherungen.