

# Bundessozialgericht

IM NAMEN DES VOLKES

## URTEIL

Art. 1, 3, 20 GG; § 33 SGB 5 aF, §§, 34, 92 SGB 5

- 1. Auch ein auf einem Auge erblindeter volljähriger Versicherter kann von der Krankenkasse die Versorgung mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen als allgemeine Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe des anderen Auges nur beanspruchen, wenn er bei jeweils bestmöglicher Korrektur noch eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung vom 10.11.1972 aufweist.**
- 2. Bei funktioneller Einäugigkeit ist der Anspruch auf Versorgung mit einer Kontaktlinse als therapeutische Sehhilfe zum Schutz des anderen Auges seit dem 7.2.2009 ausgeschlossen.**

BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az.: B 3 KR 21/15 R

### **Tenor:**

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 17. April 2015 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

### **Tatbestand:**

1

Streitig ist ein Anspruch des klagenden Versicherten gegen die beklagte Krankenkasse auf Erstattung der für die Ersatzbeschaffung einer Kontaktlinse im Januar 2010 aufgewendeten Kosten in Höhe von 140 Euro.

2

Der 1941 geborene Kläger erlitt 2007 eine Netzhautablösung im rechten Auge mit fast vollständiger Erblindung dieses Auges. Im Juni 2008 wurde das linke Auge durch einen Metallsplitter verletzt, wodurch sich eine Hornhautnarbe mit Delle, Rosthof und leichter Hornhauttrübung bildete und nunmehr ein irregulärer Hornhautastigmatismus vorliegt. Mit bestmöglicher Korrektur wird auf dem rechten Auge eine Sehfähigkeit von 5 % (Visus 0,05) erreicht. Auf dem linken Auge wird mit Brillenkorrektur eine Sehfähigkeit von höchstens 30 % (Visus 0,3) und mit Einsatz einer Kontaktlinse ein uneingeschränkter Ausgleich der Sehbeeinträchtigung (Visus 1,0) erzielt. Eine relevante Gesichtsfeldeinschränkung besteht nicht.

3

Die Beklagte versorgte den Kläger antragsgemäß mit einer Kontaktlinse für das linke Auge als therapeutische Sehhilfe (Bescheid vom 3.2.2009). Nachdem diese Linse zu Boden gefallen und zerbrochen war, beantragte der Kläger am 30.10.2009 unter Vorlage einer augenärztlichen Verordnung vom 18.9.2009 und eines Kostenvoranschlages des Kontaktlinseninstituts K. B. GmbH über 150 Euro die Ersatzbeschaffung. Die Beklagte lehnte den Antrag unter Hinweis auf die zum 7.2.2009 in Kraft getretene neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie - HilfsM-RL) vom 16.10.2008 ab. Danach seien Kontaktlinsen als therapeutische Sehhilfe bei funktioneller Einäugigkeit nicht mehr verordnungsfähig (§ 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL). Die Abgabe der Kontaktlinse zur Verbesserung der Sehschärfe (§ 15 Abs 3 Nr 3 HilfsM-RL) scheide aus, weil der Kläger nicht zum Kreis der Anspruchsberechtigten für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe (§§ 13 bis 16 HilfsM-RL) gehöre; denn bei bestmöglicher Korrektur (§ 12 Abs 1 HilfsM-RL) übersteige die Sehschärfe auf dem besseren linken Auge 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 für beide Augen maßgebend sei. § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V weise die Versorgung mit Sehhilfen der Eigenverantwortung der Versicherten zu, wenn sie nicht mindestens der Stufe 1 der WHO-Klassifikation zuzuordnen seien (Bescheid vom 21.12.2009). Das Angebot der Beklagten, ihn mit Kunststoffbrillengläsern als therapeutische Sehhilfe zu versorgen (§ 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL), hat der Kläger nicht angenommen. Im Januar 2010 hat er sich die Kontaktlinse aus eigenen Mitteln für 150 Euro beschafft (Rechnung vom 21.1.2010). Der im Widerspruchsverfahren auf Kostenerstattung (§ 13 Abs 3 SGB V) in Höhe von 140 Euro (Kaufpreis 150 Euro abzüglich 10 Euro Zuzahlung nach § 61 Satz 1 SGB V) umgestellte Antrag blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 31.8.2010).

4

Im Klageverfahren hat der Kläger geltend gemacht, es sei willkürlich, dass nach § 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL bei funktioneller Einäugigkeit nur Brillengläser und keine Kontaktlinsen als therapeutische Sehhilfe verordnungsfähig seien. Kontaktlinsen bewirkten den höchstmöglichen Schutz vor Verletzungen der Augen durch Unfälle. Dass nach § 12 Abs 1 HilfsM-RL Kontaktlinsen bei der Visusermittlung prinzipiell einzubeziehen seien, soweit es um Versorgungsfälle nach den §§ 13 bis 16 HilfsM-RL gehe, erscheine rechtlich bedenklich; denn dies habe den absurden Effekt, dass bei Versicherten wie ihm, die mit Brille immer noch sehbehindert seien, aber mit Kontaktlinsen gut sehen könnten, nunmehr keine Kontaktlinsen verordnet werden dürfen, obwohl er die Tatbestandsvoraussetzungen des § 15 Abs 3 Nr 3 HilfsM-RL erfülle. Dies verstoße insbesondere gegen das Ziel, im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs einen möglichst vollständigen funktionellen Ausgleich zu erreichen. Demgemäß sei die Visusermittlung ohne Korrektur durch Sehhilfen durchzuführen, jedenfalls aber auf die bestmögliche Brillenkorrektur zu beschränken.

5

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 23.4.2013). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen (Urteil vom 17.4.2015): Der Kläger habe keinen Versorgungsanspruch nach § 15 Abs 3 Nr 3 HilfsM-RL, weil nur sehbehinderte Versicherte anspruchsberechtigt seien, die auf beiden Augen bei bestmöglicher Korrektur durch Brille oder Kontaktlinse eine Sehschärfe von maximal 0,3 aufwiesen. Als therapeutische Sehhilfen seien Kontaktlinsen seit dem 7.2.2009 gar nicht mehr verordnungsfähig (§ 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL). Beide Regelungen seien rechtlich unbedenklich.

6

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung von § 33 Abs 1, 2 und 3 SGB V, §§ 12, 15 und 17 HilfsM-RL sowie Art 3 Abs 1 und 3 GG. Die Begründung des Gesetzgebers für

den weitgehenden Ausschluss Erwachsener von der Versorgung mit Sehhilfen betreffe nicht Kontaktlinsen, sondern ausschließlich Brillen. Erwachsene Versicherte würden durch die Ausgrenzung der Brillen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen in der Regel finanziell nicht überfordert. Das sei bei Kontaktlinsen aber anders. Die Erstversorgung mit zwei formstabilen Kontaktlinsen überschreite regelmäßig einen Betrag von 500 Euro. Außerdem sei dem Hilfsmittelrecht die Erwägung grundsätzlich fremd, dass ein Hilfsmittel gerade dann versagt wird, wenn es geeignet ist, die Behinderung zu überwinden. Das habe das SG Dresden zutreffend erkannt und entsprechend auf das Ausmaß der Sehschwäche vor einer Korrektur durch Sehhilfen abgestellt (Hinweis auf Urteil vom 23.11.2011 - S 18 KR 597/08). Den Gesetzesmaterialien lasse sich nicht entnehmen, dass sich der Gesetzgeber der Konsequenzen einer gegenteiligen Handhabung bewusst gewesen sei. Es sei mit dem Grundgesetz unvereinbar, einem schwer sehbehinderten Menschen eine kostspielige Kontaktlinsenversorgung vorzuenthalten, obwohl er mit diesem Hilfsmittel seine Behinderung vollständig ausgleichen könne. Außerdem empfehle die WHO seit 2010, die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit nicht mehr nach bestmöglicher Korrektur mittels Brille bzw Kontaktlinse, sondern nur noch mit gegenwärtig verfügbarer Korrekturmöglichkeit zu ermitteln. Diese Änderung sei in der HilfsM-RL nicht umgesetzt worden.

7

Der Kläger beantragt, die Urteile des LSG Berlin-Brandenburg vom 17. April 2015 und des SG Berlin vom 23. April 2013 zu ändern, den Bescheid der Beklagten vom 21. Dezember 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger die für die Beschaffung einer Kontaktlinse entstandenen Kosten in Höhe von 140 Euro zu erstatten.

8

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

### **Entscheidungsgründe:**

9

Die Revision des Klägers ist zulässig, aber in der Sache unbegründet. Die Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V scheidet aus, weil die Beklagte die Ersatzversorgung des Klägers mit einer Kontaktlinse zu Recht abgelehnt hat. Der Kläger hat die durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kosten in Höhe von 150 Euro, wovon abzüglich der Eigenbeteiligung von 10 Euro (§ 61 Satz 1 SGB V) 140 Euro grundsätzlich erstattungsfähig wären, selbst zu tragen, weil der Gesetzgeber die Sehhilfenversorgung für Erwachsene in weitgehendem Maße - und so auch hier - der Eigenverantwortung der Versicherten überlassen hat. Das ist - jedenfalls derzeit - rechtlich nicht zu beanstanden.

10

1. Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs sind in § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V geregelt: "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war." Die dem Kläger nach der Ablehnung des Leistungsantrages durch die Beklagte (Bescheid vom 21.12.2009) infolge der Selbstbeschaffung der Kontaktlinse entstandenen Kosten sind nicht erstattungspflichtig, weil dem Kläger kein Sachleistungsanspruch auf Kontaktlinsenversorgung (§ 2 Abs 2 Satz 1, § 33 Abs 3 SGB V) zustand und die Leistungsablehnung daher zu Recht erfolgt ist.

11

2. Rechtsgrundlage des ursprünglich geltend gemachten Versorgungsanspruchs ist § 33 SGB V. Nach § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind. Nach § 33 Abs 1 Satz 4 SGB V umfasst der Anspruch ua auch die Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, wie sie hier der Kläger hinsichtlich seiner zerbrochenen Kontaktlinse begehrt hat.

12

3. Die Versorgung mit Sehhilfen ist in § 33 Abs 2 bis 4 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz <GMG>) vom 14.11.2003 (BGBl I 2190) gesondert geregelt. Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Abs 1 haben gemäß § 33 Abs 2 Satz 1 SGB V Versicherte nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Für Versicherte, die - wie der Kläger - das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

13

Die Versorgung mit Kontaktlinsen ist für anspruchsberechtigte Versicherte nach § 33 Abs 3 Satz 1, Abs 2 SGB V ausdrücklich auf medizinisch zwingend erforderliche Ausnahmefälle beschränkt. Bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden dürfen, hat der Gesetzgeber jedoch selbst nicht geregelt. Vielmehr hat er dem GBA die Aufgabe übertragen, dies in Richtlinien zu bestimmen (vgl § 33 Abs 3 Satz 2 SGB V iVm § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V). Dem ist der GBA mit der HilfsM-RL nachgekommen.

14

Nach § 12 Abs 1 Satz 1 HilfsM-RL in der im vorliegenden Erstattungsstreit maßgeblichen Fassung vom 16.10.2008 ist eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe (§§ 13 bis 16 HilfsM-RL), wie sie der Kläger vorliegend begehrt, bei erwachsenen Versicherten verordnungsfähig, wenn diese entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt nach § 12 Abs 1 Satz 2 HilfsM-RL unter anderem vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge  $\leq 0,3$  beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld  $\leq 10$  Grad bei zentraler Fixation ist. Die Sehschärfebestimmung hat beidseits auf Basis bester Korrektur mit Brillengläsern oder möglichen Kontaktlinsen zu erfolgen. Eine Visuserhebung mit Kontaktlinsen ist aber nur dann erforderlich, wenn der Versicherte - wie vorliegend der Kläger - eine Kontaktlinse verträgt und eine Kontaktlinse hatte, hat oder haben möchte. Die Voraussetzungen einer solchen Sehbeeinträchtigung sind beim Kläger - worüber Einigkeit zwischen den Beteiligten besteht - nicht erfüllt, da sein Visus auf dem besseren linken Auge bei bestmöglicher Korrektur mit der von ihm begehrten Kontaktlinse 1,0 beträgt und eine relevante Gesichtsfeldeinschränkung nicht vorliegt. Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung können unter den Voraussetzungen des § 17 HilfsM-RL verordnet werden. Einen Sonderfall stellt dabei die Verordnungsbarkeit von Sehhilfen mit reiner Schutzfunktion dar, weil es dort auf die Frage der tatsächlichen Beeinträchtigung der

Sehfähigkeit des geschützten Auges grundsätzlich nicht ankommt (§ 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL, § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V).

15

4. Der Versorgungsanspruch ergibt sich hier nicht aus § 15 Abs 3 Nr 3 HilfsM-RL. Danach können Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe verordnet werden, wenn der Versicherte - wie der Kläger - unter einem irregulären Astigmatismus leidet und mit der Kontaktlinse eine um mindestens 20 Prozentpunkte verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird. Dies war zwar der Fall (Visus 1,0 statt nur 0,3), aber der Kläger gehört nicht zum Personenkreis der Anspruchsberechtigten, weil er mit einem Visus von 1,0 auf dem besseren linken Auge bei Kontaktlinseneinsatz nicht der Stufe 1 der WHO-Klassifikation zuzuordnen ist (§ 33 Abs 2 Satz 2 und Abs 3 Satz 1 SGB V iVm § 12 Abs 1 HilfsM-RL). Dass die Sehstärkenbestimmung unter Einsatz der bestmöglichen Korrektur zu erfolgen hat, ergibt sich nicht nur aus § 12 Abs 1 HilfsM-RL, sondern auch aus der WHO-Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung vom 10.11.1972 (WHO Technical Report Series No. 518, 1973) selbst ("best possible correction"), an der sich der GBA bei Erlass der HilfsM-RL vom 16.10.2008 orientiert hat.

16

a) Zu einem anderen Ergebnis könnte man allenfalls dann kommen, wenn man die Verweisung in § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V auf die von der WHO empfohlene Klassifikation als dynamische Verweisung verstehen müsste. Denn zum 1.1.2010 hat die WHO ihre 1973 veröffentlichte (WHO Technical Report Series No. 518, 1973) internationale Klassifikation für Sehbeeinträchtigungen aus dem Jahre 1972 dahingehend verändert, dass die Sehschärfe (Visus) künftig nicht mehr zwingend mit bestmöglicher Korrektur, sondern nur mit der Brillen- oder Kontaktlinsenkorrektur zu bestimmen ist, die gegenwärtig vorhanden ist ("with presenting correction, if any"). Bei einer solchen dynamischen Verweisung hätte auch der GBA die Regelung des § 12 Abs 1 HilfsM-RL zum 1.1.2010 entsprechend anpassen müssen, was aber nicht geschehen ist. Da der Kläger bei Antragstellung (30.10.2009) und Entscheidung der Beklagten (21.12.2009) über keine funktionsfähige Kontaktlinse mehr verfügte, hätte die Visusbestimmung nur unter Verwendung der vorhandenen Lesebrille (vgl dazu Arztbericht der Augenklinik der Charité Berlin vom 20.11.2008), aber ohne Korrektur durch Kontaktlinsen erfolgen müssen, und der Kläger wäre wegen der Ausklammerung der Kontaktlinsenkorrektur ohne Weiteres der Stufe 1 zuzuordnen gewesen, sofern die Neuregelung der WHO-Klassifikation schon wirksam gewesen wäre. Das war jedoch nicht der Fall, weil sie erst zum 1.1.2010 eingeführt worden ist. Selbst bei Annahme einer dynamischen Verweisung wäre also die Leistungsablehnung vom 21.12.2009 rechtmäßig gewesen, und der Kläger hätte den Ausgang des am 12.1.2010 eingeleiteten, dann aber ebenfalls erfolglosen Widerspruchsverfahrens abwarten müssen, ehe er zur Selbstbeschaffung der Leistung übergang.

17

b) Abgesehen davon ist aber auch die Annahme einer dynamischen Verweisung ausgeschlossen, auch wenn sich dies dem Wortlaut der Vorschrift allein nicht entnehmen lässt. Bei einer dynamischen Verweisung führt eine Änderung der in Bezug genommenen Norm dazu, dass auch die verweisende Norm einen anderen Aussageinhalt erhält, ohne dass der Gesetzgeber erneut tätig wird (vgl hierzu Klindt, DVBl 1998, 373 <374>; Ossenbühl, DVBl 1967, 401). Dennoch ist der Gesetzgeber in gewissem Rahmen befugt, im Wege der Verweisung auch auf fremdes, nicht von ihm formuliertes und in Kraft gesetztes Recht eines anderen Kompetenzbereiches Bezug zu nehmen. Dynamische Verweisungen sind dann aber nur in dem Rahmen zulässig, den die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit, der Demokratie und der Bundesstaatlichkeit setzen. Unter diesen Gesichtspunkten kann es daher geboten sein, eine Bezugnahme als sogenannte statische Verweisung in dem Sinne auszulegen, dass lediglich die bei Verabschiedung der Verweisungsnorm geltende Fassung der in Bezug genommenen Norm in Geltung gesetzt

wird (vgl BVerfG Beschluss vom 17.2.2016 - 1 BvL 8/10 - Juris = NVwZ 2016, 675-681; BVerfG vom 1.3.1978 - 1 BvR 786/70 - BVerfGE 47, 285 <312 ff>). Es spricht nichts dafür, dass der Bundesgesetzgeber die Festlegung der Grenzen des Leistungsanspruchs auf Sehhilfen für erwachsene Versicherte der GKV in die Hand der Organisation der Vereinten Nationen legen wollte, die für die Festlegung der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung zuständig ist und an deren Entscheidungsfindung ggf die 194 Mitgliedsstaaten mitwirken. Dies wäre nicht allein im Hinblick auf das Demokratieprinzip problematisch. Es kann dem Bundesgesetzgeber auch nicht der Wille unterstellt werden, im Falle einer Änderung der Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung durch die WHO den Leistungsanspruch der Versicherten an die jeweils gültige Fassung zu binden, weil die Klassifikation der WHO ganz anderen Zwecken dient und andere Ziele verfolgt und auch sonst keine Gründe ersichtlich sind, die für eine stetige Parallelität beider Normen sprechen. Leistungsausschlüsse und deren Ausnahmen regelt der Gesetzgeber grundsätzlich selbst; teilweise ermächtigt er den GBA innerhalb eines bestimmten, gesetzlich vorgegebenen Rahmens, Leistungsausschlüsse oder Ausnahmen davon zu konkretisieren (vgl ua § 33 Abs 2 Satz 3, Abs 3 Satz 2, § 34 Abs 1 Satz 2 SGB V). Es spricht nichts dafür, dass er von dieser Regelungssystematik bei § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V abweichen wollte. Vielmehr wird in den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks 15/1525 S 85) ausdrücklich auf den WHO Technical Report Series No. 518, 1973 Bezug genommen, in dem die Sehschärfenbestimmung mit Hilfe bestmöglicher Korrektur ("best possible correction") niedergelegt ist. Bei Wegfall dieser Einschränkung durch die Neufassung, nach der die Sehschärfenbestimmung mit Hilfe der vorhandenen Korrektur erfolgt, würde der Kreis der Berechtigten deutlich ausgeweitet und der erwünschte Einspareffekt für die GKV weitgehend aufgehoben; dies würde dem Zweck der Neufassung des § 33 SGB V im Bereich der Sehhilfen durch das GMG widersprechen. Dazu ist in der Gesetzesbegründung ausgeführt (BT-Drucks 15/1525, S 85 zu Nr 20 <§ 33> Buchst a): "Bei Erwachsenen wird der Leistungsanspruch auf zwingend medizinisch notwendige Ausnahmefälle begrenzt. Derartige Ausnahmen liegen dann vor, wenn Versicherte aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung (WHO Technical Report Series No. 518, 1973), auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die a) unter Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2), b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder c) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0) leiden. Über die genannten Personenkreise hinaus besteht für Versicherte im Rahmen der GKV kein Leistungsanspruch auf die Versorgung mit Sehhilfen. Auf der Grundlage des geltenden Rechts beträgt der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen gegenwärtig im Durchschnitt rund 50 Euro. Obwohl dieser Betrag eine medizinisch notwendige Versorgung finanziell vollständig abdeckt, sind Versicherte im Durchschnitt bereit, darüber hinaus schätzungsweise rund 150 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen (zB Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben. Sie tragen damit aus nicht medizinischen Gründen schätzungsweise 70 bis 80 % der Gesamtkosten einer Sehhilfenversorgung. Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordert. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sich der Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen durch die vorgenommene Ausgrenzung zum Vorteil der Konsumenten intensivieren wird. Dass dies möglich ist, zeigen die zahlreichen Angebote preisgünstiger Sehhilfen im In- und Ausland".

gelegt würde, wie es der aktuellen Klassifikation der WHO entspricht, würde der in der Gesetzesbegründung angesprochene Ausnahmefall eines Anspruchs gegen die Krankenkasse zum Regelfall. Nach lebensnaher Betrachtung dürften die Versicherten dann nämlich häufig die Versorgung mit einer Sehhilfe erst beantragen, wenn eine solche nicht mehr bei ihnen vorhanden ist. Warum das der Fall ist, kann die Krankenkasse typischerweise nicht überprüfen. Damit würde aber eine Vielzahl erwachsener Versicherter anspruchsberechtigt, denn die Voraussetzung der Zuordnung zur Stufe 1 der Klassifikation der WHO ohne eine entsprechende Korrektur dürften viele Versicherten erfüllen. Dies kann vom Gesetzgeber, der ersichtlich nur eine Ausnahme zum Leistungsausschluss schaffen wollte, nicht bezweckt gewesen sein.

19

c) Der Charakter des § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V in der zum 1.1.2004 in Kraft getretenen Fassung des GMG als statische Verweisung auf die WHO-Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung vom 10.11.1972 (WHO Technical Report Series No. 518, 1973) schließt eine korrigierende Auslegung des § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V dahingehend aus, es komme für die Schwere der Sehbehinderung auf die ohne Korrektur durch Brille oder Kontaktlinsen noch vorhandene Sehschärfe an (so aber Urteil des SG Dresden vom 23.11.2011 - S 18 KR 597/08).

20

d) Die - hilfsweise geäußerte - Vorstellung des Klägers, die bestehende Beeinträchtigung des Sehvermögens auf der Grundlage der bei einer Versorgung mit Brillen erreichbaren Sehschärfe zu bewerten, ist ebenfalls mit § 33 Abs 2 SGB V nicht vereinbar. Den Gesetzgebungsmaterialien lässt sich nämlich nicht entnehmen, dass der Gesetzgeber nur Brillen grundsätzlich von der Leistungspflicht der GKV ausnehmen wollte. Die Erwägungen aus dem Gesetzgebungsverfahren über die Zumutbarkeit der Selbstversorgung beziehen sich nicht im Besonderen auf Brillen, sondern ganz allgemein auf Sehhilfen (BT-Drucks 15/1525 S 85), zu denen nach dem deutschen krankenversicherungsrechtlichen Sprachgebrauch auch Kontaktlinsen gehören. Die Annahme, dass der Gesetzgeber eigentlich eine abweichende Behandlung von Kontaktlinsen gewollt habe, auch wenn er dies so nicht gesagt habe, überzeugt nicht. Aus den für Sehhilfen geltenden Festbeträgen (vgl dazu [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)) ergibt sich schon kein Beleg dafür, dass Kontaktlinsen regelmäßig Aufwendungen verursachen, die weit über den Betrag von 150 Euro hinausgingen, den die Versicherten in der Vergangenheit nach den Feststellungen im Gesetzgebungsverfahren durchschnittlich für ihre Versorgung mit Sehhilfen aufgewandt haben (BT-Drucks 15/1525 S 85). Die Festbeträge belegen vielmehr, dass es auch hochpreisige Brillen gibt. Selbst wenn im Regelfall höhere Preise für Kontaktlinsen anfallen, ist daraus nicht zu schließen, dass die Versicherten in der Vergangenheit nicht bereit waren, den Mehrpreis selbst zu zahlen. Dann ist aber der Grund für die Ausklammerung von Sehhilfen aus der Leistungspflicht der GKV gleichermaßen für Kontaktlinsen gegeben. Die Feststellung, dass Kontaktlinsen anders als Brillen in der Vergangenheit von den Versicherten im Wesentlichen nur genutzt worden sind, wenn wegen einer entsprechenden medizinischen Indikation die Krankenkassen die Mehrkosten getragen haben, hat der Gesetzgeber gerade nicht getroffen. Demgemäß ist der Ausschluss der Leistungspflicht bei Sehhilfen gleichermaßen auf Brillen und Kontaktlinsen zu beziehen.

21

5. Die Rechtswidrigkeit der Leistungsablehnung ergibt sich hier auch nicht aus § 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL: "Verordnungsfähig sind Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Versicherten, die an Epilepsie und/oder an Spastiken erkrankt sind - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind - und/oder bei funktionell Einäugigen (funktionell Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von  $< 0,2$ ). Besteht bei vorstehend genannten Kunststoffgläsern zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind entsprechende Brillengläser gemäß § 14 mit

verordnungsfähig. Kontaktlinsen sind wegen dieser Indikation nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig". Diese Vorschrift kann nicht dahingehend ausgelegt werden, dass das Verbot der Verordnung von Kontaktlinsen nur dann gilt, wenn die zur Erhöhung der Sehschärfe bestimmten Brillengläser im Einzelfall den gleichen Wirkungsgrad und Gebrauchsvorteil haben wie die Kontaktlinsen. Die bis zum 6.2.2009 von den Krankenkassen vielfach praktizierte Kontaktlinsenversorgung bei funktioneller Einäugigkeit (vgl Schreiben des IKK-Bundesverbandes vom 17.2.2006 an den Zentralverband der Augenoptiker) ist vom GBA durch die Regelung des § 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL wirksam ausgeschlossen worden.

22

a) Der Kläger macht geltend, die von der Beklagten als therapeutische Sehhilfen angebotenen Brillengläser hätten auf dem besseren linken Auge nur zu einem Visus von 0,3 geführt, wären also im Vergleich zu Kontaktlinsen (Visus 1,0) deutlich weniger geeignet zum Behinderungsausgleich gewesen. Da Sehhilfen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen, bestehe nach § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V, der für alle Arten von Hilfsmitteln gilt, grundsätzlich Anspruch auf einen möglichst weitgehenden Behinderungsausgleich. Dies sei auch bei therapeutischen Sehhilfen nach § 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL zu beachten. Die Versorgung mit Sehhilfen bei funktioneller Einäugigkeit diene dem Schutz des noch funktionsfähigen Auges, erfülle daneben und gleichgewichtig aber auch die Ausgleichsfunktion bei erforderlicher Sehschärferkorrektur. Da Kontaktlinsen ebenfalls das noch funktionsfähige Auge schützten, könne der Versicherte nicht mit einer für die Beseitigung der Sehbeeinträchtigung weniger geeigneten Brille versorgt werden, sondern er habe Anspruch auf die Versorgung mit Kontaktlinsen. Mit Blick auf den von der GKV zu leistenden möglichst vollständigen unmittelbaren Behinderungsausgleich seien die angebotenen Kunststoffbrillengläser eine im Einzelfall nicht geeignete und damit nicht erforderliche Sehhilfe gewesen (§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V). Das Verbot der Versorgung mit Kontaktlinsen beschränke sich daher auf jene Fälle, in denen Brillengläser funktionell gleichwertig seien.

23

b) Diese Argumentation des Klägers ist nicht tragfähig. Es muss deutlich zwischen allgemeinen und therapeutischen Sehhilfen unterschieden werden. Wer - wie der Kläger - keinen Anspruch auf eine allgemeine Sehhilfe (§§ 13 bis 16 HilfsM-RL) hat, ist auf die Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen (§ 17 HilfsM-RL) beschränkt, hier also auf eine Brille zum Schutz des verbliebenen Auges. In diesem Rahmen (§ 33 Abs 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB V) kommt es dann nicht darauf an, ob durch Kontaktlinsen die Sehfähigkeit eher als durch eine Schutzbrille verbessert werden kann. Auf den bei einer Schutzbrille als Nebeneffekt mitgewährten notwendigen Refraktionsausgleich besteht kein Anspruch, wenn sich dieser ausschließlich oder erheblich besser mit einer Kontaktlinse verwirklichen lässt, weil es sich insoweit nicht um einen selbständigen Anspruch handelt. Vielmehr schließt der begrenzte Schutzzweck der Regelung des § 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL hier den Versorgungsanspruch aus. Der Kläger übersieht, dass die Schwelle der Sehbehinderung, ab der die Krankenkasse für die Verbesserung der Sehfähigkeit überhaupt einzustehen hat, bei ihm nicht erreicht ist, weil er mit Einsatz einer Kontaktlinse auf dem besseren linken Auge einen Visus von 1,0 erreicht und er damit aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten für eine Kontaktlinsenversorgung ausgeschlossen ist (§ 33 Abs 2 und 3 SGB V, § 12 Abs 1 und 2 HilfsM-RL). Die Beklagte ist mit der in Aussicht gestellten Übernahme der Kosten für eine Brille (§ 33 Abs 2 SGB V, §§ 14 und 17 Abs 1 Nr 16 HilfsM-RL) ihrer gesetzlichen Versorgungspflicht nachgekommen.

24

c) In der wissenschaftlichen Literatur wird die soeben dargestellte Rechtslage, die einen Anspruch des Klägers ausschließt, deutlich kritisiert (zB Wrase GuP 2014, 79 und NZS 2014, 569). Dabei wird nicht immer klar, ob die Norm und ihre Auswirkungen lediglich



rechts- und sozialpolitisch in Frage gestellt und für eine Änderung plädiert wird, oder ob die Leistungsausschlüsse bei der Versorgung mit Sehhilfen zumindest partiell als verfassungswidrig beurteilt werden. Der Senat hält die Kritik an der Regelungssystematik des § 33 Abs 2 SGB V für nicht zwingend (1) und die Norm für verfassungskonform (2), hält es aber für geboten, dass der Gesetzgeber aufgrund der aktuellen Entwicklungen ua im Regelwerk der WHO das Konzept der Versorgung mit Sehhilfen überprüft (3).

25

(1) Die Kritik an der Systematik des § 33 Abs 2 SGB V lebt von dem Evidenzerlebnis, es sei absurd, dass nur derjenige Versicherte Anspruch auf Bewilligung einer Sehhilfe hat, dessen Sehfähigkeit mit Einsatz von Sehhilfen nur in beschränktem Maße verbessert werden kann, während derjenige Versicherte, dem mit einer Brille deutlich - bis zum vollständigen Ausgleich der Sehschwäche - geholfen werden kann, deren Kosten in der Regel selbst aufbringen muss. Das kann im Einzelfall - wie auch hier - so sein, die gesetzliche Regelung zielt mit ihrem Verweis auf die Klassifikation der WHO aber auf etwas anderes, nämlich auf die Feststellung des Schweregrades der Erkrankung. Die Verweisung soll auf fachkundiger Basis eine Bewertung ermöglichen, ob die Sehschwäche eines Versicherten ein Ausmaß erreicht hat, das der Blindheit nahe kommt und jedenfalls eine Behinderung bei der visuellen Wahrnehmung der Umwelt darstellt. Damit liegt dem System der WHO vom 10.11.1972 über die Klassifikation der Sehbeeinträchtigungen ein spezieller Begriff der Behinderung ("Sehbehinderung") zugrunde, der von dem im SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - verwandten und auch für das SGB V maßgeblichen Begriff der Behinderung zu unterscheiden ist. Nach § 2 Abs 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Ist ein Mensch in diesem Sinne behindert, kann er nach Maßgabe des § 31 SGB IX sowie des § 33 SGB V Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln haben. Im günstigsten Fall kann das Hilfsmittel zu einem vollständigen Ausgleich der Behinderung führen, sodass die - ohne das Hilfsmittel vorhandene - Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gänzlich oder weitgehend entfällt. Ist eine Sehschwäche wie zB eine Kurz- oder Weitsichtigkeit durch die Versorgung mit einer Sehhilfe ausgeglichen, besteht nach der WHO-Klassifikation vom 10.11.1972 keine "Sehbeeinträchtigung" und damit auch keine "Sehbehinderung" mehr. Durch die Verweisung des Gesetzgebers in § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V auf die WHO-Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigungen vom 10.11.1972 ist folglich das Tatbestandsmerkmal der Sehbeeinträchtigung nicht anhand der Sehstärke ohne Einsatz von Brillen oder Kontaktlinsen - also lediglich anhand des reinen körperlichen Funktionsdefizits - zu definieren, wie es sonst in § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V vorgesehen ist ("eine Behinderung auszugleichen"), sondern unter Einsatz der besten Korrekturmöglichkeit. Erst wenn danach noch eine Sehbeeinträchtigung verbleibt, die zumindest der Stufe 1 der WHO-Klassifikation zuzuordnen ist, kann nach § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V Anspruch auf Versorgung mit der - in der gegebenen Situation dann immer noch bestmöglichen - Sehhilfe bestehen.

26

Aufgrund der Gesetzssystematik in § 33 Abs 2 SGB V ist es also ausgeschlossen, eine Behinderung wegen Sehschwäche iS des § 33 Abs 2 SGB V ohne Einsatz einer Brille zu messen; Menschen, die ohne Brille kaum handlungs- und bewegungsfähig sind, erhalten auch von den Versorgungsbehörden keinen Grad der Behinderung zuerkannt, wenn die Sehschwäche durch eine Brille ausgeglichen werden kann. Wie stark jemand durch eine Sehschwäche im Alltag tatsächlich beeinträchtigt ist, lässt sich vernünftigerweise erst feststellen, wenn er eine Sehhilfe nutzt.

27

Wenn nun der Gesetzgeber formuliert, dass die GKV bei Sehhilfen überhaupt nur für Versicherte im Erwachsenenalter zuständig ist, die trotz Nutzung einer Brille erheblich beeinträchtigt bleiben, ist das nicht zwingend, beschreibt aber ein nachvollziehbares Konzept. Die Regelung des § 33 Abs 2 SGB V hätte auch so konzipiert werden können, dass die Leistungspflicht der GKV maßgeblich vom Nutzen der Sehhilfe abhängt, dass also derjenige Versicherte einen Anspruch hat, dessen Sehfähigkeit durch die Brille vollständig oder jedenfalls weitgehend dem Normal- oder Optimalstandard angenähert werden kann. Das hätte aber zur Folge, dass die hochgradig sehbehinderten Menschen, die mit Hilfe einer Brille nur "etwas mehr" sehen können, wegen des geringen Nutzens nun aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten ausgeschlossen wären.

28

(2) Der Senat hält die Regelung des § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V mit ihrer (statischen) Verweisung auf das Regelwerk der WHO trotz der dazu in der wissenschaftlichen Literatur vorgebrachten Bedenken (vgl Wrase, GuP 2014, 58) noch für verfassungskonform (so auch SG Hamburg Urteil vom 14.1.2011 - S 48 KR 905/09 - Juris RdNr 15 ff; im Ergebnis ebenso LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 23.5.2007 - L 16 KR 237/06 - Juris; SG Berlin Urteil vom 23.4.2013 - S 89 KR 2044/10 - Juris RdNr 31; aA SG Dresden Urteil vom 23.11.2011 - S 18 KR 597/08 - Juris RdNr 34). Das Grundgesetz gibt nicht vor, dass sämtliche Gesundheitskosten ohne Ausnahme von den Krankenkassen zu tragen sind. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Vielmehr können zumutbare Eigenleistungen verlangt werden (vgl ua BVerfG Beschluss vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25, 46 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5; BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 12.12.2012 - 1 BvR 69/09 - Juris RdNr 8 mwN).

29

Der Gesetzgeber gesteht in § 33 Abs 2 Satz 2 SGB V nur den Versicherten die Versorgung mit einer Sehhilfe zu, die auf beiden Augen an einer schweren Sehbeeinträchtigung leiden. Die Schwere einer Erkrankung oder Behinderung ist auch nach der Rechtsprechung des BVerfG ein im Rahmen eines Krankenversicherungssystems naheliegendes Sachkriterium, um innerhalb des Leistungskatalogs zu differenzieren und die Nähe zwischen chronischen Krankheiten und den in Art 3 Abs 3 Satz 2 GG spezifisch geschützten Behinderungen zu berücksichtigen (zu § 34 Abs 1 SGB V vgl BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 12.12.2012 - 1 BvR 69/09 - Juris, RdNr 17). Zur Differenzierung, wann eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt, greift der Gesetzgeber auf das Regelwerk der WHO zurück, welches in der damals in Bezug genommenen Fassung bei der Sehschärfenbestimmung auf die bestmögliche Korrektur abstellte. Dieses Vorgehen mag Anlass zur Kritik geben, da die Regelung das nicht intuitiv eingängige Ergebnis zur Folge hat, 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. Dies ändert jedoch nichts daran, dass es sich zwar nicht um ein zwingendes, jedoch nachvollziehbares Konzept handelt, wenn sich der Gesetzgeber darauf beschränkt, nur für die Versicherten einen Anspruch zu formulieren, die auch mit bestmöglicher Korrektur (weiterhin) unter einer schweren Sehbeeinträchtigung leiden. Gerade diesen Versicherten verbleiben ggf höhere Kosten, um ihren Alltag trotz der nicht zu korrigierenden schweren Sehbeeinträchtigung zu meistern, als solchen, deren Sehbeeinträchtigung mit der einmaligen Beschaffung einer Sehhilfe behoben werden kann. Das Konzept, auf die korrigierte Sehschärfe abzustellen, findet sich auch bei der Bemessung des Grades der Behinderung (GdB). In der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizinverordnung heißt es unter Teil B 4 (Sehorgan): "Für die Beurteilung ist in erster Linie die korrigierte Sehschärfe maßgebend".

Soweit eine gegen Art 3 Abs 1 GG verstoßende Ungleichbehandlung darin gesehen wird, dass erwachsene Versicherte mit Sehbehinderung hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung anders behandelt werden als Versicherte mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl Wrase, GuP 2014, 58, 62; SG Dresden Urteil vom 23.11.2011 - S 18 KR 597/08), die Anspruch auf einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits haben (vgl ua BSG Urteil vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, jeweils RdNr 17; zuletzt BSG Urteil vom 30.9.2015 - B 3 KR 14/14 R - SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18), ist dem nicht zu folgen. Hintergrund des Leistungsausschlusses in § 33 Abs 2 SGB V war die Erwägung des Gesetzgebers, dass die Versicherten - obgleich ein durchschnittlicher Betrag von rund 50 Euro eine medizinisch notwendige Versorgung mit einer Sehhilfe finanziell vollständig abdecke - im Durchschnitt bereit seien, darüber hinaus ca 150 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen (zB Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben und damit aus nicht medizinischen Gründen schätzungsweise 70 bis 80 % der Gesamtkosten einer Sehhilfenversorgung trügen. Der Gesetzgeber ging deshalb davon aus, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordere (BT-Drucks 15/1525 S 85). Dies unterscheidet die Sehhilfen von vielen anderen Hilfsmitteln wie zB Prothesen, die wesentlich teurer sind. Angesichts der im Regelfall relativ geringen Kosten für eine Sehhilfe einerseits und der Vielzahl der Versicherten, die eine Sehhilfe benötigen andererseits, ist die Regelung insbesondere mit Blick auf die Einsparmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung als die Ungleichbehandlung rechtfertigend anzusehen und nicht zu beanstanden. Der GKV-Leistungskatalog darf auch von finanzpolitischen Erwägungen mitbestimmt sein.

Der vorliegende Fall bietet auch keine Anhaltspunkte für verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die Sicherung des Existenzminimums nach Art 1 und 2 GG iVm dem Sozialstaatsprinzip, zu dem auch die medizinisch notwendigen Leistungen gehören. Das könnte allerdings anders zu bewerten sein, wenn die medizinisch notwendige Versorgung mit einer Sehhilfe im Einzelfall besonders kostenaufwendig ist und der betroffene Versicherte nicht über die wirtschaftlichen Mittel zur Selbstversorgung verfügt. Wenn nach dem Grundsicherungsrecht Kosten für medizinische Leistungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, grundsätzlich aus dem Regelsatz zu bestreiten sind (so BSG Urteil vom 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R - BSGE 108, 235 = SozR 4-4200 § 20 Nr 13, RdNr 24-26), dürfte eine Zuweisung medizinisch notwendiger Leistungen zum Bereich der Eigenverantwortung ohne Härtefallregelung zumindest verfassungsrechtlich problematisch sein (vgl Wenner in Wallrabenstein/Ebsen <Hrsg>, Stand und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, 2014, S 115, 130 ff sowie ders in GesR 2009, 169, 174 ).

(3) Der Gesetzgeber wird sich aber auch damit auseinanderzusetzen haben, dass sich das Regelwerk der WHO inzwischen geändert hat, und prüfen müssen, ob das gegenwärtige Konzept, das allein auf den Schweregrad der Sehbehinderung abstellt und nicht (auch) auf die mit einer Sehhilfe erreichbare Verbesserung des Sehvermögens, selbst wenn dieses so weit eingeschränkt ist, dass die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ohne Sehhilfe nicht möglich ist, noch dem heutigen Verständnis eines unmittelbaren Behinderungsausgleichs entspricht. Dabei sollte der Gesetzgeber auch die grundsicherungsrechtlichen Vorschriften in den Blick nehmen und klären, ob und ggf 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.

Im Regelfall ist eine solche Beteiligung der GKV verfassungsrechtlich allerdings nicht geboten. Geht man von einer Normalbrille (ohne Tönung, Entspiegelung und Gleitsicht) sowie einem günstigen Gestell aus, dürfte die Grenze von 100 Euro kaum überschritten werden. Wer diesen Betrag nicht aufbringen kann, hat ggf nach § 24 Abs 1 SGB II Anspruch auf ein Darlehen vom Jobcenter, weil es sich um einen grundsätzlich aus der Regelleistung zu deckenden Bedarf handelt. Werden monatlich nur 2 % der Regelleistung (also ca 8 Euro) zur Tilgung einbehalten, ist das Darlehen nach einem Jahr getilgt. Damit dürfte der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers im SGB V wie im SGB II nicht überschritten sein, zumal Kinder und Jugendliche zu Lasten der Krankenkasse versorgt werden (§ 33 Abs 2 Satz 1 SGB V). Es gibt aber auch Fälle, in denen die benötigte Sehhilfe deutlich teurer ist, und dies gilt insbesondere für Kontaktlinsen, die häufig teurer sind als Brillengläser. Es wird zu prüfen sein, ob für solche Ausnahmefälle eine finanzielle Beteiligung der GKV in Betracht gezogen werden muss, insbesondere, wenn der Betroffene aus medizinischen Gründen angemessen nur mit Kontaktlinsen versorgt werden kann.

34

Für den vorliegenden Fall hat dies jedoch keine Auswirkungen. Nach Feststellung des LSG gibt es keine Anhaltspunkte für die Annahme, dass der Kläger nicht in der Lage gewesen wäre, die Ersatzbeschaffung der Kontaktlinse für 150 Euro auch außerhalb des Leistungssystems der GKV sicherzustellen; er hat den Kaufpreis aus eigenen Mitteln aufgebracht und am 21.1.2010 bezahlt. Es ist weder geltend gemacht noch sonst ersichtlich, dass ihm die Eigenfinanzierung unzumutbar war (vgl zum vergleichbaren Leistungsausschluss nach § 34 Abs 1 SGB V, BVerfG Beschluss vom 12.12.2012 - 1 BvR 69/09 - Juris RdNr 14).