

Home > Hintergrund > Gesetze

2004: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Trotz der GKV-Gesundheitsreform 2000 sowie des nachfolgenden Arzneimittelausgaben- Begrenzungsgesetzes von 2002 und des Beitragssatzsicherungsgesetzes zum 1. Januar 2003 stieg der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen - gerade vor dem Hintergrund ungünstiger konjunktureller Entwicklungen und steigender Arbeitslosigkeit - von 13,6 Prozent im Jahr 2000 über 13,7 Prozent 2001 auf 14,3 Prozent im Jahr 2002. Daher unternahm Gesundheitsministerin Ulla Schmidt 2003 den Anlauf zu einer parteiübergreifenden Gesundheitsreform. Die FDP schied jedoch nach kurzer Zeit aus den Konsensgesprächen aus. Im Sommer 2003 verständigten sich die Regierungskoalition und die CDU/CSU-Opposition auf eine Reform, die am 1. Januar 2004 in Kraft trat. Die wichtigsten Änderungen waren:

Die Patienten müssen grundsätzlich zu allen Leistungen Zuzahlungen von zehn Prozent der Kosten erbringen, höchstens aber zehn Prozent und mindestens fünf Euro.

Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen beträgt seitdem zwei Prozent (für chronisch Kranke ein Prozent) des jährlichen Bruttoeinkommens; die bisherige vollständige Befreiung bestimmter Personengruppen entfällt.

Die Kosten für Sterbegeld, Entbindungsgeld, nicht medizinisch notwendige Sterilisation, Sehhilfen/ Brillen und Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung wurden grundsätzlich gestrichen; die Zuschüsse zur künstlichen Befruchtung halbiert.

Die Versicherten sollten sich von 2005 an für Zahnersatzleistungen privat absichern und von 2006 an das Krankengeld allein finanzieren. Rentner zahlen seitdem die vollen Krankenkassenbeiträge auf Betriebsrenten und Einkünfte aus selbstständiger Arbeit.

Die Kassen erhalten jetzt für versicherungsfremde Leistungen einen Zuschuss aus Steuermitteln.

Die Kassen können Bonusprogramme anbieten und dürfen freiwillig Versicherten Beitragsrückzahlungen und Selbstbehalte gewähren.

Die Kassen dürfen in Zusammenarbeit mit Privatversicherern Zusatzversicherungen anbieten.

Die Errichtung medizinischer Versorgungszentren wird gefördert; die Kassen dürfen mit einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern Verträge über integrierte Versorgung abschließen.

Krankenhäuser können für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen sowie im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) für die ambulante Behandlung geöffnet werden.

Ein neu zu gründendes Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll den Nutzen medizinischer Leistungen überprüfen.

Die Vergütung der Apotheken wurde neu geregelt, sie erhalten nun für verschreibungspflichtige Arzneimittel ein einheitliches Abgabehonorar pro Packung. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurden aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen. Ausnahme: Kinder bis zwölf Jahre. Die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Produkte entfiel.

Die KVen und KZVen wurden auf Landesebene fusioniert.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden.

Mit dem GMG sollen die Krankenkassen allein 2004 um rund zehn Milliarden Euro entlastet werden. Die Einsparungen sollten zum Abbau der insgesamt rund acht Milliarden Euro Schulden, zum anderen zur Beitragssenkung verwendet werden. Der durchschnittliche Beitragssatz sank von 14,3 Prozent im Jahr 2003 auf 14,2 Prozent im Jahr 2004.

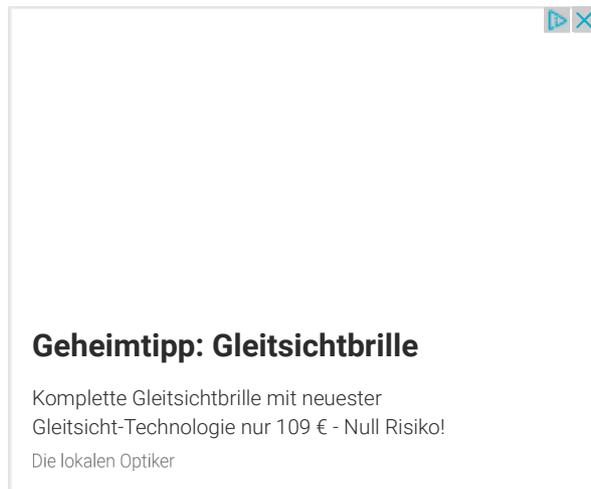
2005: Gesetz zur Änderung der Finanzierung von Zahnersatz

2003: Fallpauschalengesetz

Zur Übersicht "Geschichte der GKV-Reformen"

ÜBER KOSTENBLICK.DE

Mein Name ist Paul Winkler und ich betreibe diesen Online-Ratgeber seit dem Jahr 2017. Alle Neugierigen erfahren **[hier mehr über das Projekt und die Geschichte dahinter!](#)**



Geheimtipp: Gleitsichtbrille

Komplette Gleitsichtbrille mit neuester Gleitsicht-Technologie nur 109 € - Null Risiko!

Die lokalen Optiker

Was kostet eine Brille?

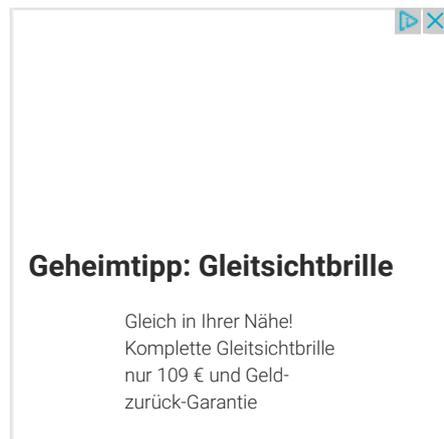
von [Annalena Arnoneit](#) // zuletzt aktualisiert am 23.04.2020



1 Trick für Ihre Leber

Dieser 1 Trick kann dabei helfen
Ihre Leber zu entgiften und
Bauchfett zu verbrennen

BodyFokus



Etwa zwei Drittel der erwachsenen Bundesbürger tragen eine Brille, die sie im Durchschnitt alle drei Jahre wechseln. Der Markt für Brillen ist hierzulande also groß und die Zahlungsbereitschaft der Brillenträger offenbar auch: Laut der Brillenstudie 2014 des Institutes für Demoskopie, Allensbach, sind sie dazu bereit, für ihre Brille durchschnittlich 344,- Euro auszugeben.

Inhalte [[Verbergen](#)]

[1 Wie setzen sich die Kosten zusammen?](#)

[1.1 Brillenfassungen](#)

[1.2 Brillengläser](#)

[1.3 Wissenswertes zu Brillengläsern](#)

[1.4 Wann bezahlt die Krankenkasse?](#)

[1.5 Kunststoff oder Glas? Wie Sie die passenden Brillengläser finden](#)

[1.6 Sonderfall: Gleitsichtbrille](#)

Tatsächlich ist die Preisspanne für Brillen sehr groß und reicht – je nach Modell und Glas – von rund 60 Euro bis zu mehreren Tausend Euro. Eine Grenze nach oben gibt es nicht.

Im Durchschnitt kostet eine Brille mit Einstärkengläsern etwa 250,- bis 450,- Euro, mit Gleitsichtgläsern ungefähr 500,- bis 1.500,- Euro.

Brille - Kosten / Preise einfach erklärt in nur 60 Sekunden!



Geheimtipp: Gleitsichtbrille

Komplette Gleitsichtbrille mit neuester
Gleitsicht-Technologie nur 109 € - Null Risiko!
Die lokalen Optiker

Wie setzen sich die Kosten zusammen?

Der Preis einer Brille setzt sich immer aus den Kosten für die Brillenfassung und die Brillengläser zusammen:

Geheimtipp: Gleitsichtbrille

Danach sind Brillenträger verrückt. Finden Sie gleich einen Optiker in Ihrer Nähe.

Die lokalen Optiker

Kostenfaktor

Preisspanne

Brillenfassung

50,- bis 300,- Euro

Brillengläser
(Einstärkenbrille)

30,- bis 300,- Euro pro Glas

Brillengläser
(Gleitsichtbrille)

150,- bis 700,- Euro pro Glas

Alle Preise verstehen sich als grobe Richtwerte inklusive der Mehrwertsteuer und können selbstverständlich abweichen.

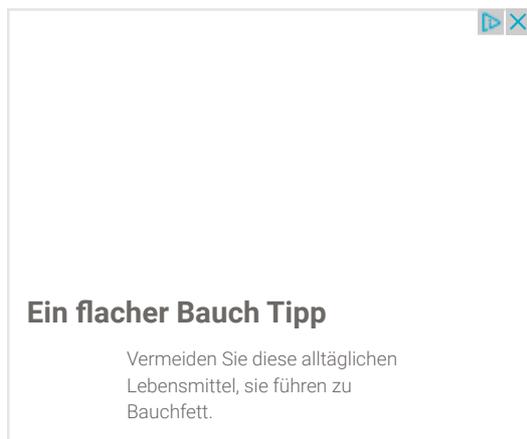
Brillenfassungen

Die Vielfalt an Brillenfassungen auf dem Markt ist unendlich groß und dasselbe gilt auch für deren Preisspanne.

Sie reicht von wenigen Euro für Massenware, die häufig als sogenannte „Nulltarif-Modelle“ angeboten werden.

Am anderen Ende der Preisspanne liegen die exklusiven Marken-Brillengestelle, die von namhaften Designern entworfen und aus hochwertigen Materialien gefertigt sind. Für sie gibt es keine Preisobergrenzen. Beispielsweise kann eine Fassung aus Echt-Büffelhorn schon allein 900,- Euro oder mehr kosten.

So kann man insgesamt sagen, dass eine gewöhnliche Brillenfassung zwischen 50,- und 300,- Euro kostet.

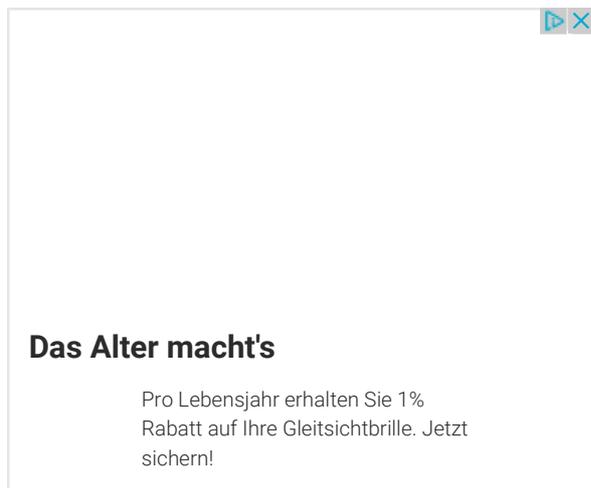


Brillengläser

Bei Brillengläsern ist zwischen Einstärkengläsern und Gleitsichtgläsern zu unterscheiden.

Einstärkengläser sind die einfachsten und deshalb günstigsten Gläser. Sie kosten zwischen 30,- und 300,- Euro.

Deutlich teurer, weil viel aufwendiger in der Herstellung, sind Gleitsichtgläser, die zwischen 150,- und 700,- Euro pro Stück kosten.



Für eine Brille werden in der Regel zwei Gläser mit Sehstärke benötigt. So sollten Sie mindestens 60,- Euro für die Gläser einer Einstärkenbrille und mindestens 300,- Euro für die Gläser einer Gleitsichtbrille einplanen. Diese Preisangabe bezieht sich allerdings nur auf sehr einfache Gläser ohne Zusatzbeschichtungen.

Brillengläser können zudem aus Glas oder Kunststoff gefertigt sein und verschiedene Extras enthalten. Hierzu gehören zum Beispiel bestimmte Tönungen, Entspiegelungen, ein besonders dünner Schliff, Kratz- und Wasserschutz oder andere Besonderheiten, die den Preis für das Brillenglas ebenfalls erhöhen.

Die Entspiegelung wird am häufigsten empfohlen, da sie die entstehenden Reflexionen auf dem Brillenglas reduziert, die zu unschönen teils blendenden Spiegelungen beim Autofahren führen können. Nicht zu verwechseln ist das Entspiegeln mit dem Tönen der Brillengläser – hierbei besteht ein dauerhafter Blendschutz.

Ähnlich wie bei den Brillenfassungen kostet auch bei den Gläsern Markenware mehr als Massenware.

Auch die Dicke der Brillengläser ist ein wichtiger Preisfaktor. So sind dünne Gläser aufwendiger in der Herstellung. Vor allem Personen mit starker Sehschwäche benötigen normalerweise dickere Gläser. Da diese aber aus optischen Gründen oft nicht gewünscht werden, kommen hier zusätzliche Kosten auf Sie zu, sofern Sie dünnere Gläser möchten.

Bei einer hochwertigen Gleitsichtbrille können so schnell 1.000,- Euro allein für die Gläser anfallen.



Wissenswertes zu Brillengläsern

Obwohl die Produktion der Brillengläser zu großen Teilen automatisiert erfolgt, kommen natürlich auch Kosten für die Wartung der Maschinen auf. Zudem muss das Brillenglas sehr genau angefertigt werden und stabil sein. Daher dauert die Herstellung eines Brillenglases mehrere Stunden.



Zudem entstehen Kosten durch die Berechnung der Gläser mithilfe einer Software, bevor sie in die Produktion gelangen.

Je nach Glasdesign und Dicke des Glases müssen noch verschiedene Brechungsradien berechnet und integriert werden. Dies ist besonders bei Gleitsichtbrillen unumgänglich. Gleitsichtbrillen kosten durch diesen Mehraufwand erheblich mehr als Einstärkenbrillen.

Bei hohen Dioptrien lohnt es sich auf dünne Gläser zurückzugreifen, die durch längeres Schleifen und die dafür nötigen hochwertigen Materialien allerdings teurer sind.

Ist das Brillenglas erstellt, so können noch nach Belieben Beschichtungen zur Härtung, Entspiegelung oder als Schutzschicht aufgedampft werden. Dies erfolgt in einem Reinraum unter Vakuum.

Wann bezahlt die Krankenkasse?

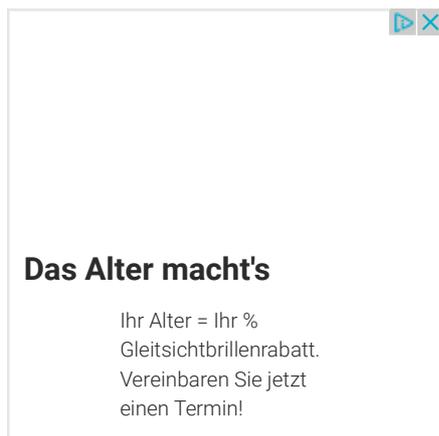
Seit 2004 übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Brille oder Brillengläser in den meisten Fällen nicht mehr. Nur Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren erhalten noch eine Sehhilfe „auf Rezept“ und müssen die Kosten nicht selbst übernehmen. Hierbei wird allerdings nur das Grundmaterial getragen – ein Glas ohne Beschichtungen also. **Die Brillenfassungen müssen in der Regel selbst gezahlt werden.**

Das Gleiche gilt auch für Menschen, die unter einer sehr starken Sehbehinderung leiden. So werden seit April 2017 auch sehr hohe Stärken von der Krankenkasse bezuschusst. Dazu gehören Dioptrie-Werte ab 6 dpt bzw. Dioptrie-Werte ab 4 dpt bei Hornhautverkrümmung sowie Personen, bei denen die Sehkraft mit Brille unter 30 Prozent beträgt.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, eine Brillen-Zusatzversicherung abzuschließen. Mit ihr haben Versicherte meistens im Abstand von zwei bis drei Jahren Anspruch auf eine neue Brillenfassung inklusive Gläsern.

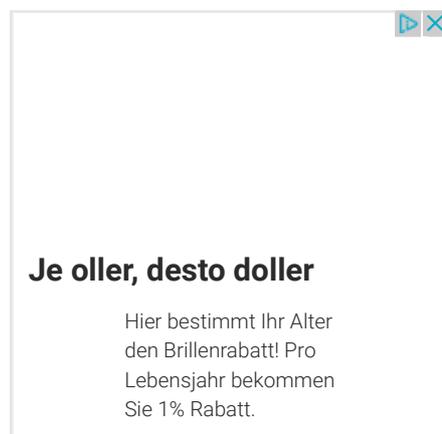
Die Höhe der Versicherungssumme richtet sich nach den eingezahlten Beiträgen. Ob und für wen sich diese Versicherung lohnt, hängt vom Einzelfall ab.

Kunststoff oder Glas? Wie Sie die passenden Brillengläser finden



Das Alter macht's

Ihr Alter = Ihr %
Gleitsichtbrillenrabatt.
Vereinbaren Sie jetzt
einen Termin!



Je oller, desto doller

Hier bestimmt Ihr Alter
den Brillenrabatt! Pro
Lebensjahr bekommen
Sie 1% Rabatt.

Angesichts der großen Preisunterschiede ist es ratsam, sich vor dem Kauf einer neuen Brille zunächst genau zu überlegen, welchen Zweck die neue Brille erfüllen muss, ob Sie sie nur privat, nur beruflich oder immer nutzen und was Sie an Ihrer alten Brille mochten und was nicht.

Informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile von Kunststoff- oder Mineralglas als Material für Brillengläser und setzen Sie Ihre persönlichen Prioritäten: Was ist Ihnen am wichtigsten: Funktionalität, Komfort oder Ästhetik?

Brillengläser aus Kunststoff werden heutzutage deutlich häufiger verkauft, da sie in der Regel sehr leicht sind und vor allem bruchsicher. Damit splintern Kunststoffgläser auch bei einem Unfall nur in wenige Teile, während Glas in tausend Teile zerspringen kann und ggf. das Auge verletzt. Damit eignen sich Kunststoffgläser besonders für Menschen, die sich häufig in Bewegung befinden, wie Sportler oder Kinder.

Für eine Sportbrille gibt es die zusätzliche Option, sie aus Polycarbonat fertigen zu lassen, das auch starke Krafteinwirkungen aushält und quasi unzerstörbar ist.

Kunststoffgläser sind zudem sehr einfach in nahezu allen denkbaren Farben tönbar. Hier sind auch diverse Abstufungen denkbar, wie beispielsweise 15 oder 50 Prozent bis hin zu einer Tönung von 85 Prozent bei einer Sonnenbrille.

Nachteil der Kunststoffgläser ist vor allem, dass sie schneller verkratzen als Mineralgläser. Brillengläser aus mineralischem Glas sind zwar zerbrechlicher als die Variante aus Kunststoff, dafür aber auch wesentlich kratzbeständiger.

Zudem bieten sich Brillengläser aus Glas für stark fahlsichtige Personen an, da sie deutlich dünner als Kunststoffgläser geschliffen werden können. Aber auch Kunststoffgläser können mittlerweile von -10 Dioptrien bis +8 Dioptrien ästhetisch geschliffen werden. Hier kommt es also eher auf Ihre persönlichen Vorlieben an.

Mineralgläser sind allerdings relativ schwer und können leichter splintern bzw. kaputt gehen als Kunststoffgläser.

Preislich liegen die Gläser aus mineralischem Glas leicht unter den Kunststoffgläsern. Das kommt aber auch darauf an, welche zusätzlichen Wünsche (z.B. Veredelungen, Entspiegelung) Sie haben.

Es lohnt sich in jedem Falle in eine hochwertige Brille zu investieren, da die Folgen einer minderwertigen Brille erst nach und nach sichtbar werden. So kann der Brillenträger von Kopfschmerzen, gereizten Augen oder allgemeinem Unwohlsein geplagt sein. **Investieren Sie also lieber etwas mehr und lassen Sie sich ausführlich zu der für Sie passenden Brille beraten.**

Sobald Sie dies für sich entschieden haben, empfiehlt es sich, mehrere Kostenvoranschläge erstellen zu lassen und anschließend die verschiedenen Anbieter miteinander zu vergleichen.

Sonderfall: Gleitsichtbrille

Ein Gleitsichtbrillenglas zeichnet sich dadurch aus, dass zwischen Fern- und Nahsicht ein fließender Übergang besteht. Der Übergangsbereich wird als Progressionszone bezeichnet und entscheidet über die Qualität der Brille: Je größer der sichtbare Bereich ist, desto besser ist das Glas bzw. die Eingewöhnung und der Tragekomfort.

Die Progressionszone befindet sich zwischen dem Bereich für die Fernsicht und dem Bereich für die Nahsicht.

An den Seiten befinden sich jeweils Unschärfenbereiche, in denen kein scharfes Sehen möglich ist. Daher kann man mit einer Gleitsichtbrille kaum aus den Augenwinkeln sehen. **Die Anordnung der einzelnen Bereiche wird schematisch in der nachfolgenden Grafik dargestellt:**

Je nachdem wie die einzelnen Nutzungszonen liegen und wie viel des Glases sie einnehmen, kann die Gleitsichtbrille für diverse Bereiche gebraucht werden.

Für die verschiedenen Nutzungsschwerpunkte gibt es spezielle Glas-Designs, die Sie hier aufgeführt sehen:

- **Panorama-Gleitsichtbrille:** ausgelegt für die Ferne, z.B. für Autofahrer oder Personen, die im Alltag viel in die Ferne und teils in die Nähe schauen, aber den mittleren Sichtbereich kaum gebrauchen.
- **Arbeitsplatzbrille:** abgeschwächte Gleitsichtbrille, die nur den Zwischenbereich und die Nahsicht ermöglicht. Mit dieser Brille darf nicht Auto gefahren werden. Sie eignet sich für die Arbeit am PC und für Personen, die die Brille nicht zur Korrektur des Sehens in die Ferne benötigen. **Tipp:** Diese Brille kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise vom Arbeitgeber finanziert werden.

Zusätzlich gibt es auch die Möglichkeit, einfache Gleitsichtgläser zu erwerben. Hierbei befindet sich die Progressionszone im mittleren Bereich. Dadurch ist der Bereich des scharfen Sehens links und rechts stark begrenzt. Diese Variante eignet sich wenn viele verschiedene Sehdistanzen im Alltag benötigt werden. Jedoch ist der Gleitsichtbereich nur sehr klein.

Derzeit gibt es viele verschiedene Gleitsichtbrillen zu kaufen, da neue Gleitsichtbrillen-Designs immer weiter erforscht werden.

Hinweis: Häufig erfolgt die Einteilung von Gleitsichtgläser in Schubladen, wie Classic, Medium/Komfort, Premium oder Individual. **Diese Begriffe sind allerdings weder geschützt noch genau definiert. Diese Nicht-Sicherung der Begriffe erschwert es dem Kunden, sinnvolle Preisvergleiche zu ziehen. Insgesamt kann man aber sagen, dass vor allem im hochwertigen Bereich die Preise verschiedener Optiker kaum abweichen.**

Hat Ihnen dieser Artikel weitergeholfen? Wenn ja, freuen wir uns über Ihre positive Bewertung! Damit helfen Sie uns dabei, kostenblick.de bekannter zu machen!

Klicken Sie jetzt ganz rechts auf „5 Sterne“. Vielen Dank!

(64 Bewertung(en), im Durchschnitt: **4,23** von 5)

Schreibe einen Kommentar

[report this ad](#)

[Über uns](#) | [Jobs](#) | [Kontakt](#)
[Impressum](#) | [Datenschutzerklärung](#)

© 2020 kostenblick.de

1 Pflanze entgiftet Ihre Leber

Leider ist es sehr
wahrscheinlich, dass Ihre
Leber durch Ihre Ernährung
belastet ist.

BodyFokus

Wann ist eine Brille notwendig?

Ganz einfach: wenn man ohne Sehhilfe im Alltag nicht mehr problemlos zurechtkommt. Das ist jedoch etwas simpel ausgedrückt, viele Menschen wünschen sich diesbezüglich ein paar differenziertere Hintergrundinfos.

Der Augentröster

WALA Heilmittel GmbH

Gerötete, gereizte, tränende Augen?
WALA Euphrasia Augentropfen –
natürlich wirksam.

ÖFFNEN

Grundsätzlich ist es wichtig, die Verschlechterung des Sehvermögens möglichst frühzeitig zu erkennen, um sie ebenso frühzeitig behandeln zu können. Wer im Kindes- und Jugendalter noch keine Probleme mit dem Sehvermögen hat, wird höchstwahrscheinlich das erste Mal bei den Vorbereitungen zum Führerschein mit einem Sehtest konfrontiert werden. Dieser gibt einen ersten Anhaltspunkt darüber, wie gut das grundsätzliche Sehvermögen ausfällt.

Das Sehvermögen muss nicht zwangsläufig immer gleich bleiben

Doch auch, wer sich zu diesem Zeitpunkt noch über seine volle Sehkraft erfreuen kann, kann gewiss sein, dass dies nicht immer so bleiben muss. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit oder eine Nachtblindheit können jeden Menschen jederzeit in seinem Leben treffen. Sie treten zwar in den meisten Fällen nicht über Nacht auf, können sich aber durchaus innerhalb weniger Monate oder sogar

Wochen bemerkbar machen. Auch Menschen, die ständig vor dem Bildschirm arbeiten, müssen meist mit extremen Belastungen für ihre Augen rechnen, was den Einsatz einer Brille erfordern kann.

Bei welchen Anzeichen sollte man einen Augenarzt aufsuchen oder zumindest einen ersten Sehtest machen?

Viele Menschen bemerken bei alltäglichen Tätigkeiten wie Fernsehen, Zeitungen lesen etc. gar nicht, dass sich eine schleichende Fehlsichtigkeit bei ihnen bemerkbar macht. Der Grund: der Körper kompensiert kleine Defizite im Sehvermögen häufig automatisch, ohne dass der Mensch davon etwas mitbekommt. Sind beispielsweise Schriften auf einem in einiger Entfernung befindlichen Fernsehbild nicht mehr einwandfrei wahrnehmbar, so kneift man unterbewusst die Augen zusammen, um diese besser lesen zu können. Gleiches gilt zum Beispiel auch beim Autofahren, hier wirkt sich ein schleichender Sehverlust allerdings besonders dramatisch aus. Falls Sie feststellen, dass Sie beim Autofahren Geschwindigkeiten oder Abstände nicht mehr richtig einschätzen können, sollten Sie so schnell wie möglich einen Augenarzt aufsuchen. Gleiches gilt übrigens auch, wenn die Sehfähigkeit in der Dunkelheit spürbar nachlässt, beziehungsweise man durch die Lichter des Gegenverkehrs, Straßenlaternen oder Ähnliches plötzlich extrem geblendet wird.

Eine Brille macht intelligent - zumindest optisch!

Viele Menschen sind so eitel, dass sie sich die Notwendigkeit zum Tragen einer Brille einfach nicht eingestehen möchten. Obwohl es heute unzählige verschiedene Brillenmodelle, Formen und Farben auf dem Markt gibt, so dass eigentlich jeder die für ihn perfekt passende Brille mit Leichtigkeit finden sollte, empfinden viele Menschen das Tragen einer Brille immer noch als optischen Makel. Andere können das gar nicht verstehen: schließlich ist sogar wissenschaftlich nachgewiesen, dass ein

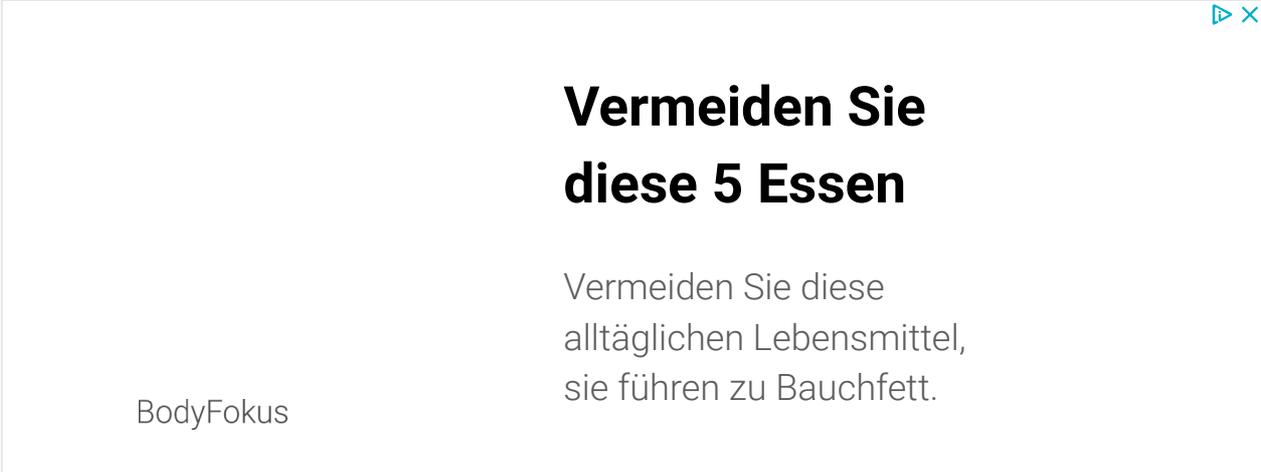
Großteil der Bevölkerung einen Menschen mit Brille für durchschnittlich intelligenter als einen Nicht-Brillen Träger hält. Was spricht da also gegen den Einsatz einer Brille?

Vorsicht im Straßenverkehr!

Beim Autofahren kann die übertriebene Eitelkeit übrigens schwerwiegende Folgen haben. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass ein Kraftfahrer seine Eignung zur Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr laufend selbst überprüfen und gegebenenfalls korrigieren muss. Wer also bemerkt, dass er ohne Brille nur noch wenig im Straßenverkehr sieht und dadurch in der Folge ein Unfall verursacht, kann grundsätzlich eine Mitschuld zugesprochen bekommen. Lassen Sie es nicht so weit kommen. Vielleicht benötigen Sie Ihre Brille ja ausschließlich zum Autofahren und können sie in den meisten anderen Situationen des täglichen Lebens getrost in der Tasche stecken lassen.

Alle Seiten zum Thema Brillen

- [Brillen](#)
- [Wann ist eine Brille notwendig?](#)
- [Welche Brille für welchen Einsatzzweck?](#)
- [Was kostet eine gute Brille?](#)



BodyFokus

Vermeiden Sie diese 5 Essen

Vermeiden Sie diese alltäglichen Lebensmittel, sie führen zu Bauchfett.

Anisometropie und Aniseikonie –

wenn beide Augen nicht zu einander passen

Ein nicht ganz seltenes Problem entsteht in der Optik, wenn beide Augen eine unterschiedliche Brechkraft aufweisen (Anisometropie). So etwas gibt es angeboren oder auch erworben, z.B. nach einseitigen Augenverletzungen. Bei der unterschiedlichen Brechkraft der Augen können alle denkbaren Kombinationen vorkommen; beide Augen kurzsichtig oder weitsichtig oder auch ein kurzsichtiges mit einem weitsichtigen Auge. Bis zu einem gewissen Grad können Brechkraftunterschiede gut toleriert werden.

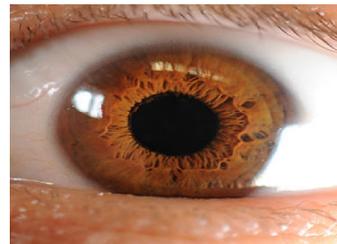
Dr. Stephan Kohnen: „Angeborene Brechkraftunterschiede werden häufig von unseren Patienten nicht bemerkt.“

Eine echte Sondersituation liegt vor, wenn ein Auge normalsichtig und das zweite Auge leicht kurzsichtig ist (Monovision). Diese Situation kann lebenslange Vorteile bieten, da diese Patienten mit einem Auge in der Ferne scharf sehen und mit dem anderen lesen können. Leider geht hierbei jedoch das beidäugige Sehen verloren, so dass unbemerkt kein räumliches Sehen wahrgenommen wird.

Dr. Stephan Kohnen: „Auch Goethe verfügte über eine Monovision und konnte deshalb bis ins hohe Alter auf Brillengläser verzichten.“

Wenn Patienten mit Anisometropie operiert werden (zum Beispiel an einer Katarakt), gilt es die post-operative Fehlsichtigkeit zu diskutieren. Im Rahmen der Katarakt-OP könnten wir beide Augen

mit entsprechenden Kunstlinsen auf gleichen Werte einstellen. Hierbei könnte es jedoch zu Bildgrößenunterschieden kommen (Aniseikonie). Bei vielen Menschen wären Beschwerden zu befürchten, wie Ermüdung der Augen, Brennen, Druckgefühl, Kopfschmerzen, ja sogar Doppelbilder. Deshalb raten wir dazu, nicht jede Anisometropie komplett auszugleichen und die besondere Situation der Monovision als Vorteil zu verstehen und auch nach einer Katarakt-Operation beizubehalten.



Wir am ACD möchten Sie vor einer Augenoperation über diese optischen Zusammenhänge informieren. Deshalb nehmen wir uns Zeit für die erforderliche Diagnostik. Bitte zögern Sie nicht, wenn Sie Fragen zu diesem Thema haben. Wir informieren Sie gerne.

Ausgabe 1/2017



Dioptrien (dpt) einfach erklärt

Wenn von einer **Fehlsichtigkeit** die Rede ist, dann ist auch die Angabe der Dioptrien-Zahl nicht weit. Diese Ziffer gibt an, ob es sich einerseits um eine **Weit-** oder **Kurzsichtigkeit** handelt und welche Stärke die Fehlsichtigkeit aufweist. Erfahren Sie nachfolgend alles Wissenswerte zur Dioptrien-Stärke und deren Bedeutung. Sie erfahren auf unserem Portal alles über die Möglichkeit des Augenlaserns, um die Fehlsichtigkeit in beide Richtungen korrigieren zu lassen.

Woher stammt der Begriff Dioptrien?

Erst einmal möchten wir die grundlegende Definition des Begriffs „Dioptrien“ bzw. deren Abkürzung „dpt“ in Angriff nehmen. Woher kommt die Bezeichnung eigentlich? Der Begriff bezeichnet eine Maßeinheit und stammt aus dem Bereich der Optik. Bezeichnet wird hiermit die Brechkraft von einem optischen System, zu dem u.a. Brillen gehören.

Um also zu beschreiben, wie stark ein optisches System das Licht brechen muss, damit sich die Fehlsichtigkeit korrigieren lässt, wird der Wert in Dioptrien angegeben.

Merke: Bei dem Begriff „Dioptrien“ handelt es sich um eine Maßeinheit, die die Brechkraft beschreibt. Sie ist der sogenannte Kehrwert zum bekannten Meter, was bedeutet, dass 1 dpt



(Abkürzung für Dioptrien) 1 m^{-1} gleichzusetzen ist. Doch wie hängt die Brechkraft mit der Brennweite zusammen? Die Brechkraft wird mit „D“ abgekürzt und ist der Kehrwert von „f“, der Brennweite. Eingeführt wurde die Dioptrie als Maßeinheit im Jahr 1872 von Ferdinand Monoyer.

Negative und positive Dioptrien stehen für Kurz- und Weitsichtigkeit

Wenn Sie bereits eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, dann kennen Sie sicherlich die angegebene Dioptrien-Zahl aus Ihrem Brillenpass. Hier ist entweder von einem positiven Plus-Wert, oder von einem negativen Minus-Wert die Rede. Doch was bedeutet das eigentlich?

Zwei Beispiele

- -2 dpt: -2 Dioptrien -> **Kurzsichtigkeit (Myopie)**
- +2 dpt +2 Dioptrien -> **Weitsichtigkeit (Hyperopie)**

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass negative Werte stets eine Kurzsichtigkeit aussagen und ein positiver Dioptrien-Wert dagegen für eine Weitsichtigkeit steht.

Was sagt die Stärke einer Dioptrien-Zahl aus?

Umso mehr, umso besser? Leider nicht bei der Fehlsichtigkeit, hier gilt das umgekehrte Prinzip. Das bedeutet, dass ein Patient mit -2 Dioptrien eine geringere Kurzsichtigkeit hat als eine Person mit -5 Dioptrien. Das Gleiche gilt auch für die Weitsichtigkeit.



Liegt diese bei +5, dann ist sie stärker ausgeprägt als bei einer Person mit +2 Dioptrien.

Fazit: Umso höher die Dioptrien-Zahl (ob plus oder minus), umso stärker auch die Fehlsichtigkeit. Höhere Zahlen müssen mit einer höheren Korrektur ausgeglichen werden, was bedeutet, dass die Sehstärke ohne eine Sehhilfe schwächer ist, wenn die Dioptrien-Zahl sehr hoch ist.

Ab wann ist eine Kurz- und Weitsichtigkeit leicht oder stark?

Vielleicht waren Sie bereits beim Optiker oder beim Augenarzt und kennen Ihre aktuellen Dioptrien-Werte. Dann möchten Sie vielleicht wissen, ob Ihre Fehlsichtigkeit eher in den leichten oder stärkeren Bereich fällt. Klar ist, dass höhere Zahlen auch eine stärkere Fehlsichtigkeit bedeuten. Doch was wird eigentlich als leichte Kurz- und Weitsichtigkeit eingestuft und ab wann spricht man von einer starken Fehlsichtigkeit?

Kurzsichtigkeit (entfernte Objekte können schlechter wahrgenommen werden)

- **schwach:** bis ca. -1 Dioptrien
- **mittel:** ab ca. -2 Dioptrien (dauerhafte Sehhilfe empfohlen)
- **stark:** ab ca. -5 Dioptrien

Weitsichtigkeit (nahe Objekte können schlechter wahrgenommen werden)

- **schwach:** bis ca. +1 Dioptrien
- **mittel:** ab ca. +2 Dioptrien (dauerhafte Sehhilfe empfohlen)
- **stark:** ab ca. +5 Dioptrien



Sofern es nicht die Kurz- oder Weitsichtigkeit ist, die Ihnen zu schaffen macht (oder nicht nur), sondern die **Hornhautverkrümmung** (auch Stabsichtigkeit bzw. Astigmatismus genannt), dann werden verschiedene Dioptrien-Werte auf dem Brillenpass angegeben.

Ermittlung der Dioptrien-Werte – ein Sehtest gibt Aufschluss

Theoretisch lässt sich der Dioptrien-Wert anhand einer Faustformel berechnen, allerdings ist davon in der Praxis definitiv abzuraten. Stattdessen sollten Sie in jedem Fall zum Optiker, besser noch zum Augenarzt, um Ihre Dioptrien-Werte ermitteln zu lassen. So lässt sich die eigene Sehschärfe bzw. Sehschwäche korrekt ermitteln und bei Bedarf eine geeignete Sehhilfe anordnen. Wird beispielsweise eine Altersweitsichtigkeit festgestellt, kann z.B. eine Lesebrille sinnvoll sein – auch **Gleitsichtbrillen** können diese ganz normale Form der Fehlsichtigkeit ausgleichen. Je nach eigener Dioptrien-Zahl müssen die Brillengläser bzw. die Linse vom Augenoptiker anders gestaltet sein, um die Sehschärfe von Normalsichtigen zu erreichen. Bei einer Hornhautverkrümmung ist dagegen – wie der Name schon vermuten lässt – die Hornhaut gewölbt bzw. gekrümmt. Das bedeutet, dass es kein grundlegendes Problem in der Entfernung oder Nähe gibt, sondern die Lichtstrahlen nicht auf einem Punkt der Netzhaut gebündelt auftreten, sondern in einer Brennlinie. Auch die Stärke der Hornhautverkrümmung bzw. die Frage, wie das Licht in den Augapfel einfällt (in Form des Brechwertes) wird in Dioptrien angegeben, dazu bei einer Hornhautverkrümmung auch die Werte „Cyl.“ für den Zylinder und die Achslage. Bis zu 0,5 Dioptrien einer Hornhautverkrümmung ist beim menschlichen Auge allerdings normal.



Um zumindest die Kurzsichtigkeit ganz grob zu ermitteln, lässt sich auch online der sogenannte Landolt-Test durchführen. Wichtig hierbei ist allerdings, dass in jedem Fall auch ein Gang zum Experten folgt, damit die Dioptrien-Werte ganz genau und individuell für Ihre [Augen](#) bestimmt werden können. Eine Brille oder Kontaktlinsen zu tragen, die nur auf einer Eigenbestimmung der Dioptrien-Werte beruhen, wäre fatal und könnte unter Umständen eine starke Verschlechterung der Augenwerte nach sich ziehen.

Kleiner Tipp: Wenn Sie unter einer Fehlsichtigkeit leiden und nicht dauerhaft an eine Brille oder an Kontaktlinsen gebunden sein wollen, empfehlen wir Ihnen, über eine Augenlaser-OP nachzudenken. Informationen Sie sich auf unserer Seite über das Thema [Augenlasern](#), die verschiedenen Verfahren und finden Sie ein geeignetes [Augenlaserzentrum](#) in Ihrer Nähe.

Wie sieht die Umwelt mit einer Kurzsichtigkeit aus?

Falls Sie selbst (noch) keine Fehlsichtigkeit aufweisen, sich aber vielleicht schon prophylaktisch für das Thema interessieren, so möchten Sie vielleicht auch wissen, wie Betroffene die Kurz- und Weitsichtigkeit empfinden und vor allem sehen.

Im Internet gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Bilder von Objekten zu sehen, die entsprechend so verändert wurden, dass sie den Zustand zeigen, den ein Fehlsichtiger mit einem, zwei oder mehr Dioptrien sieht.

Zwar entspricht diese digitale Nachbearbeitung nicht zu 100 % dem Bild, was Kurz- und Weitsichtige Personen wirklich wahrnehmen (und das kann die Autorin dieser Seite bewusst



behaupten, da auch sie mit -2,25 Dioptrien kurzsichtig ist und die Bilder eigenständig überprüft hat). Dennoch geben sie Menschen ohne eine Fehlsichtigkeit oder mit einer geringeren Ausprägung einen Anhaltspunkt darüber, wie die Sehstärke von den Betroffenen wahrgenommen wird.

Hier ein Beispiel

- eine Kuh in voller Sehstärke
- ... mit -1 Dioptrien
- ... mit -2 Dioptrien
- ... mit -3 Dioptrien
- ... mit -4 Dioptrien
- ... mit -5 Dioptrien
- ... mit -6 Dioptrien

Dioptrien FAQ – Weitere nützliche Fragen und Antworten

Warum unterscheiden sich die Dioptrien bei meiner Brille und meinen Kontaktlinsen?

Die „Dioptrie“ ist eine Maßeinheit aus der Augenoptik. Sie gibt den Wert an, wie stark ein [Brillenglas](#) oder eine [Kontaktlinse](#) das Licht brechen muss, damit eine fehsichtige Person wieder scharf sehen kann. Der Dioptrienwert wird durch verschiedene Sehtests ermittelt. Jedoch ist der Wert keine feste Größe, wie häufig angenommen wird. Denn das gesamte Sehvermögen und der Abstand der Sehhilfe zum Auge können den Dioptrienwert beeinflussen. Der Abstand zwischen Auge und Brillenglas ist ein anderer als der Abstand zwischen Auge und Kontaktlinse. Und genau diese



unterschiedliche Entfernung hat bereits Einfluss auf den Wert. So haben normalerweise Personen mit **Kurzsichtigkeit** kleinere Dioptrienwerte bei ihren Kontaktlinsen als bei ihren Brillengläsern. Und bei **Weitsichtigen** ist es genau umgekehrt. Um diese Abweichungen berechnen zu können, muss der sogenannte Hornhautscheitelabstand festgestellt werden. Dieses Maß ist sehr wichtig, da auch je nach Brillengestell die Brillengläser näher oder weiter entfernt vom Auge sind. Mit Feststellung des Hornhautscheitelabstandes lässt sich sehr einfach die Dioptrienzahl für die Brillenglaswerte und die Kontaktlinsenwerte berechnen.

Wie kann ich meine 80 % Sehstärke in Dioptrien umrechnen?



Wie werden die richtigen Dioptrienwerte festgestellt?



Wie viele Dioptrien hat ein menschliches Auge bei Normalsichtigen?



Mit wie viel Dioptrien brauche ich eine Brille?



Ist mein Dioptrien-Wert wichtig für das Autofahren mit Brille?



Weiterführende Informationen zur Dioptrie

- [Dioptrie \(Wikipedia\)](#)

Genau hier finden Sie in Kürze unser kostenloses eBook & den Newsletter.

Dieser Artikel behandelt medizinische Themen. Er dient nicht zur Selbstdiagnose und ersetzt keine ärztliche Diagnose. Beachten Sie deshalb unsere Hinweise zu den medizinischen Themen.



[Impressum](#) [Datenschutz](#) [Medizinische Themen](#)

© 2007 - 2020 augenlaser-ratgeber.net



Leistungen

Härtefallregelung bei Zahnersatz - unsere Unterstützung für Geringverdiener

 Lesedauer unter 3 Minuten

[BARMER Startseite](#) > [Übersicht Unsere Leistungen](#) > [Leistungen A-Z](#) > [Zahngesundheit](#) >

Härtefallregelung bei Zahnersatz

Günstiger Zahnersatz im Härtefall: Bei niedrigem Einkommen oder bei bestimmten Personengruppen wie zum Beispiel Studenten, die Leistungen nach dem BaFöG bekommen, hilft die BARMER.

Wenn Mitglieder mit einem geringen Einkommen Zahnersatz benötigen, dann unterstützt die BARMER sie mit einem zusätzlichen Festzuschuss. Auf diese Weise erhalten sie die Regelversorgung komplett kostenfrei.

Ihre BARMER-Vorteile für Härtefallregelung bei Zahnersatz

- ✓ Übernahme der Kosten in Höhe des doppelten Festzuschusses für die Regelversorgung.
- ✓ Bedingung: Das Einkommen liegt unterhalb einer bestimmten Grenze.
- ✓ Bei geringfügiger Überschreitung des angegebenen Grenzwertes: evtl. erhöhter Festzuschuss möglich (individuelle Härtefallregelung).
- ✓ Bei reiner Regelversorgung: volle Kostenübernahme durch die BARMER in Härtefällen.

Wer kann die Härtefallregelung bei Zahnersatz in Anspruch nehmen?

- Für die Versorgung mit Zahnersatz ist stets eine gesonderte Antragstellung und Prüfung erforderlich.
- Sind Sie der Auffassung, dass bei Ihnen die Voraussetzungen vorliegen, wenden Sie sich bitte an Ihre [Geschäftsstelle](#).

Festzuschuss

Die BARMER beteiligt sich an den Kosten für anerkannten Zahnersatz wie Kronen, Brücken Prothesen und Suprakonstruktionen mit einem befundorientierten Festzuschuss. Dieser beträgt rund 50 Prozent der durchschnittlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Kosten für eine Regelversorgung. Für welchen Befund in welcher Höhe Festzuschüsse gewährt werden, ist gesetzlich festgelegt.

Einkommengrenzen

Eine unzumutbare Belastung wegen geringer Einnahmen zum Lebensunterhalt liegt vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen der Familie eine festgesetzte Einkommengrenze nicht überschreitet.

Bei der Berechnung werden alle Familienangehörigen berücksichtigt, die mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt leben. Dies können sein:

- Ihr Ehe- und Lebenspartner (auch wenn diese privat krankenversichert sind)
- Ihre Kinder bis 18 Jahre – d.h. auch noch im kompletten Kalenderjahr, in dem sie 18 werden, egal wo und wie sie versichert sind
- Ihre Kinder ab 19 Jahren, sofern sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind
- Ihre Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern das Kind Arbeitslosengeld II bezieht

Für das Jahr 2020 gilt:

- Alleinstehende 1.274 Euro
- mit einem Angehörigen 1.751,75 Euro
- jeder weitere Angehörige zusätzliche 318,50 Euro.

Wichtig:

Wer von den Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln befreit ist, fällt nicht automatisch unter die Härtefallregelung bei Zahnersatz. Für die Versorgung mit Zahnersatz ist stets eine gesonderte Antragstellung und Prüfung erforderlich. Sind Sie der Auffassung, dass bei Ihnen die Voraussetzungen vorliegen, wenden Sie sich bitte an Ihre Geschäftsstelle.

Individuelle Härtefallregelung

Liegt Ihr Einkommen nur geringfügig über den angegebenen Grenzwerten, so ist ein erhöhter Festzuschuss durch die BARMER möglich. Hier gilt die sogenannte gleitende Härtefallregelung. Die Höhe dieser zusätzlichen Beteiligung richtet sich nach Ihrer individuellen Belastungsgrenze. Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der für die vollständige Kostenübernahme der Regelversorgung festgelegten Grenze erhalten von der BARMER den Betrag, um den die Festzuschüsse (einfacher Festzuschuss) das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Erbringung eines zweifachen Festzuschusses maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Kostenübernahme insgesamt umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Übernommen werden die tatsächlich entstandenen Kosten bis maximal zum doppelten Festzuschuss.

Ob im Rahmen der individuellen Härtefallregelung ein über den Festzuschuss hinausgehender Betrag zur Verfügung zu stellen ist, kann erst anhand der endgültigen Zahnarztrechnung ermittelt werden. Sind Sie der Auffassung, dass die Voraussetzungen vorliegen, bedarf es zunächst einer weitergehenden Prüfung. Lassen Sie sich bitte in diesem Fall [persönlich beraten](#).

Diese Artikel könnten Sie auch interessieren



Ratgeber Zähne >



Zahnimplantate - in besonderen Fällen bezuschusst



Professionelle Zahnreinigung - Bonuspunkte sammeln und Prämie kassieren



[STARTSEITE](#) [▶ DAS AUGE](#) [▶ AUGENKRANKHEITEN UND SEHSTÖRUNGEN](#)

[▶ AUGENKRANKHEITEN](#) [▶ APHAKIE](#)

Ist das Auge erkrankt, kann mitunter die Entfernung der Augenlinse notwendig sein – aber auch eine Verletzung kann zur Linsenlosigkeit führen. Hier erfahren Sie mehr über die sogenannte Aphakie: Definition, äußere Merkmale und Symptome sowie Behandlungsmöglichkeiten.



Was ist Aphakie? Eine Definition

Der Begriff Aphakie beschreibt **ein Auge ohne Linse**. Dieser Zustand ist entweder angeboren oder erworben – wobei eine angeborene Aphakie äußerst selten ist. Meist führt ein Unfall oder eine Operation dazu, dass dem Auge eine Linse fehlt. Demnach ist die Aphakie an sich keine Augenkrankheit, sondern vielmehr die **Folge einer Erkrankung**.

Daran erkennt man eine Aphakie

Ein Auge ohne [Linse](#) unterscheidet sich deutlich von einem gesunden Auge – was jedoch nicht immer sofort erkennbar ist. Bei genauerem Hinschauen fallen jedoch bestimmte Merkmale auf, die auf eine Aphakie hindeuten, beispielsweise eine vertiefte Vorderkammer. Ebenfalls typisch für eine Linsenlosigkeit ist eine instabile Regenbogenhaut ([Iris](#)). Besonders auffällig ist jedoch die Pupille, die **völlig starr und reflexlos** ist. Heutzutage findet man selten aphake Augen, da normalerweise unmittelbar nach der Entfernung der natürlichen Linse eine Kunstlinse eingesetzt wird.

Bei einem gesunden Auge dient die Augenlinse zur [Akkommodation](#): Die Sehschärfe passt sich der Entfernung des betrachteten Objektes an. Fehlt die Linse, ist dies nicht mehr möglich, was zu starker [Weitsichtigkeit \(Hyperopie ↗\)](#) und verschwommenem Sehen führt.

Wie kommt es zu einer Aphakie?

Bei der angeborenen Aphakie kommt ein Mensch bereits ohne Augenlinse zur Welt. Die Ursache ist meistens eine **Fehlbildung des Augenbeckens** im Embryonalstadium: Der Augapfel bildet sich nicht richtig aus und die Entwicklung der Augenlinse bleibt unvollständig.

Eine erworbene Aphakie ist meistens die Folge einer Verletzung oder der Augenkrankheit [Grauer Star](#) (Katarakt). Beim Grauen Star kommt es zu einer **fortschreitenden Trübung der Augenlinse**. Ist die Krankheit fortgeschritten – erkennbar an der deutlichen Trübung der Augenlinse –, hat der Patient meist einen Großteil seiner Sehkraft verloren. In diesem Fall wird die Augenlinse entfernt.

Ein Auge ohne Linse: Behandlungsmöglichkeiten

Wurde die Augenlinse entfernt, wirkt nur noch die Sehkraft des Hornhautsystems – woraus sich die starke Weitsichtigkeit von bis zu +13,0 dpt ergibt. Hinzu kommt, dass bei einer Aphakie der **natürliche UV-Filter der Augenlinse fehlt**, die Netzhaut ist UV-Strahlen ungeschützt ausgesetzt. Die Korrektur der Aphakie verfolgt daher zwei Ziele: die Korrektur der Fehlsichtigkeit und die Verringerung der UV-Belastung.

Eine Korrekturmöglichkeit sind [Gleitsichtbrillen](#). Das Tragen einer solchen Brille führt allerdings oft zu unangenehmen Nebeneffekten: zum Beispiel zu einer Vergrößerung der Netzhautbilder und ringförmigen Gesichtsfeldausfällen (Ringskotome). Weniger Nebenwirkungen hat das Tragen von Kontaktlinsen

Heutzutage wird die Augenlinse jedoch fast immer ersetzt, denn mithilfe einer künstlichen Augenlinse lässt sich das **Sehvermögen weitgehend wiederherstellen**. Der Eingriff wird inzwischen ambulant und lediglich unter örtlicher Betäubung vorgenommen. Kunstlinsen sind **Intraokularlinsen** aus Silikon oder Acryl.

Das Wichtigste zur Aphakie in Kürze

Bei der Aphakie handelt es sich um ein Auge ohne Linse: Dieser Zustand ist entweder angeboren oder erworben.

Die typischen Symptome sind starke Weitsichtigkeit und verschwommenes Sehen.

Meistens ist die Aphakie Folge eines Grauen Stars, der eine Trübung der Augenlinse bewirkt. Handelt es sich um eine angeborene Linsenlosigkeit, basiert diese auf einer Fehlbildung des Augenbeckens im Embryonalstadium.

Heutzutage ist die Aphakie selten, da nach einer operativen Entfernung der Linse meistens sofort eine Kunstlinse eingesetzt wird.

Quellen

augencentrum.com – Aphakie

spectrum.de – Aphakie

ihresymptome.de – Aphakie (Linsenlosigkeit)

Mehr zum Thema Augenkrankheiten

Nystagmus

Hornhautentzündung
(Keratitis)

Das Sjögren-Syndrom



KATEGORIEN

BELIEBTESTE ARTIKEL

SERVICE BOX





[STARTSEITE](#) [▶ SEHHILFEN](#) [▶ BRILLEN – INDIVIDUELLE SEHHILFEN NACH MASS](#)

[▶ BRILLEN EIGENSCHAFTEN: DAS SIND DIE WICHTIGSTEN](#) [▶ BRILLENGEWICHT ENTSCHIEDET](#)

[ÜBER TRAGEKOMFORT](#)

Unangenehmes Tragegefühl, Druckstellen und permanentes Verrutschen: Eine schwere Brille mindert den Tragekomfort. Beim Kauf einer neuen Brille verdient daher auch der Faktor Brillengewicht Beachtung. Um Ihnen die Wahl der richtigen Brille zu erleichtern, erfahren Sie nachfolgend, welche Eigenschaften das Gewicht reduzieren.



Warum das Brillengewicht wichtig ist

Für den Tragekomfort ist das **Brillengewicht von großer Relevanz**. Fassungsmodell und Gläserart wirken sich fühlbar auf das Gewicht aus.

Eine schwere Brille macht sich dort bemerkbar, wo ihr Fassungsrand aufsitzt: auf dem Nasenrücken und den Ohrmuscheln. Je mehr sie wiegt, desto stärker ist der Druck, den sie an diesen Stellen ausübt. Ein Druck, der **auf Dauer unangenehm** sein kann. Im Normalfall gewöhnt man sich bereits nach einer kurzen Eingewöhnungsphase an das neue Tragegefühl. Bei zu schweren Brillen ist das anders: Ihre physische Präsenz lässt sich nicht ausblenden und stellt eine spürbare Belastung dar. Schlimmer noch: Nach einer Weile hinterlässt sie auf dem Nasenrücken und hinter den Ohren **Druckstellen**. Nach dem Absetzen der Augengläser sieht dies nicht nur unästhetisch aus, sondern verursacht zumeist auch Schmerzen. Bisweilen bilden sich sogar offene Wunden.

Hinzu kommt, dass eine schwere Brille häufig nicht richtig aufsitzt. Aufgrund des größeren Gewichts **verrutscht die Brille häufiger**. Auch eine individuelle Anpassung der Bügel und der [Nasenpads](#) an die Gesichtsanatomie des Brillenträgers beseitigt dieses Problem mitunter nicht. Permanentes Zurechtrücken des Gestells ist auf Dauer lästig. Außerdem verhindert eine [rutschende Brille](#) die exakte [Zentrierung](#) der Brillengläser. Verschiebt sich der [optische Mittelpunkt](#) auch nur um wenige Millimeter, beeinträchtigt dies das Sehvermögen. Die Folge können Probleme bei der Raumwahrnehmung, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle sein.

Ob eine Brille zu viel wiegt, ist allerdings in hohem Maße subjektiv, denn jeder empfindet dies anders. Generell gilt: Je mehr Sie **beim Gewicht einsparen**, desto besser. Achten Sie daher vor dem Kauf auf das Brillengewicht, lassen Sie sich ausführlich von einem Optiker beraten und verschaffen Sie sich durch Probetragen Ihrer Wunschbrille einen ersten Eindruck. So können Sie besser einschätzen, ob Sie später mit dem Brillengewicht zurechtkommen. Doch Gewissheit haben Sie damit noch nicht: Erst nach dem Einschleifen der Gläser in die Fassung hat die Brille ihr endgültiges Gewicht.

Brillengläser aus Kunststoff oder mineralischem Glas?

Leicht oder schwer? Die [Brillengläser machen den Unterschied](#). Entscheidend sind Material und Gläserart. Dabei haben Sie die Wahl zwischen [mineralischem Glas](#) und organischem [Kunststoff](#). Mineralisches Glas wiegt aufgrund seiner höheren Dichte unter Umständen 50 Prozent mehr als organisches Kunststoffglas.

Wie stark sich das **Eigengewicht des Materials** auf den Tragekomfort auswirkt, hängt allerdings von weiteren Faktoren ab. Zum einen entscheiden die [Dioptrienwerte](#) darüber, wie dick die Gläser werden. Gerade bei starker [Kurzsichtigkeit](#) und sehr hohen Werten macht sich dies bemerkbar. Zwar konnte die moderne Brillentechnologie das Gewicht gegenüber früher deutlich reduzieren. Viel hängt jedoch von der Wertigkeit der Gläser ab. Vor allem Standardgläser bringen mehr auf die Waage.

Ein Indiz für gute Qualität ist der **Brechungsindex**. Dieser beschreibt, wie das Brillenglas die Lichtstrahlen bricht und reflektiert. Für die Gläserstärke ist das Brechungsvermögen elementar. Je höher der Index, desto dünner können die Gläser eingeschliffen werden. Gängig ist die folgende Kategorisierung:

Standardgläser mit Brechungsindex 1,5: Einen solchen Wert weisen Normalglas und die Kunststoffart CR39 auf. Sie eignen sich bei Werten bis zu +/- 2 Dioptrien.

Relativ dünnes Glas mit Brechungsindex 1,6: Bei Dioptrien zwischen +/- 2 bis 4 empfiehlt sich diese Gläserart.

Sehr dünne Gläser mit Brechungsindex 1,67: Ab einer Sehstärke von +/- 4 bis 6 Dioptrien eignet sich diese Variante. Bei organischem Gläsermaterial wird hierfür auf den Kunststoff M7 zurückgegriffen.

Extradünne Premiumgläser mit Brechungsindex 1,74: Auch bei sehr hohen Werten von +/- 6 Dioptrien sind diese komfortabel. So fallen Gläser aus dem Kunststoff MR174 nur halb so dick wie Standardgläser aus.

Zudem kommt es auf die **Beschaffenheit der Glasoberfläche** an. Gewöhnliche Brillengläser sind sphärisch geschliffen und weisen demnach eine Krümmung auf. Da die Oberfläche [asphärischer Gläser](#) abgeflacht ist, wiegen sie weniger.

Fassung und Brillengröße bestimmen das Gewicht

Auch das **Modell einer Brillenfassung** entscheidet darüber, wie groß das Brillengewicht ist. [Gestelle](#) mit breiten Rahmen und einer ausladenden Form, die große Gläser erfassen, wiegen selbstverständlich mehr als kleinere und filigranere Modelle. Breiter Rand und auffallend große sowie komplett eingerahmte Gläser bestimmen beispielsweise das Erscheinungsbild der [Nerdbrille](#). Mitunter bedeutsame Unterschiede gibt es zudem hinsichtlich des Materials. Wer sich nicht ausschließlich von modischen Aspekten leiten lässt, beachtet dies bei der Brillenwahl.

Weniger Rahmen bedeutet in aller Regel ein geringeres Brillengewicht. Brillenträger haben die Wahl zwischen folgenden

Rahmenarten:

Vollrandbrille: Hierbei umschließt der Rahmen die Gläser komplett.

Halbrandbrille: Nur eine Gläserhälfte ist mit einem Rand versehen. In der Regel verläuft der Rahmen oberhalb des Glases. Lediglich bei [Lesebrillen](#) befindet er sich unten.

Randlosbrille: Einige Modelle kommen ohne Gestell aus und weisen im Prinzip nur Bügel auf. Stabilität gewährt hier zumeist die Befestigung über einen Nylonfaden.

Um das Brillengewicht gering zu halten, hilft es zudem, **auf die Größe zu achten**. Aber auch hier gilt: In erster Linie ist das Sehvermögen wichtig. Der Rand einer besonders kleinen Fassung sollte nicht das Sichtfeld stören. Für die [Brillengröße](#) sind die nachfolgenden Maße bedeutend:

Glasbreite

Glashöhe

Frontbreite

Das **Material** stellt ein weiteres wichtiges Kriterium dar. Jeder Stoff verfügt über ein anderes Eigengewicht.

In der Regel wiegen Metallfassungen am wenigsten. Metalle sind nicht nur leicht, sondern ermöglichen aufgrund ihrer Stabilität und Bearbeitungseigenschaften auch die Anfertigung besonders filigraner Gestelle. Die mit großem Abstand leichtesten Fassungen bestehen demnach aus Titan. Auf dem Nasenrücken machen **Titanfassungen nur ein Fliegengewicht** aus. Deutlich schwerer als andere Metalle sind Edelstahl und Neusilber.

In Sachen Gewicht können [Kunststofffassungen](#) zwar nicht mithalten, dafür ersetzen sie die früher üblichen Naturstoffe Horn und Holz. Brillen aus diesen Materialien sind heute selten. Sie werden als Unikate angefertigt und verfügen über ein **großes Eigengewicht**. Kunststoff ist nicht gleich Kunststoff. Der am häufigsten verwendete Stoff ist Acetat. Doch es gibt auch noch Alternativen dazu. Am leichtesten sind Kunststoffbrillen aus Polyamid und dem High-Tech-Material SPX.

Auf einen Blick

Für den Tragekomfort ist das Brillengewicht von großer Bedeutung.

Brillengläser aus Kunststoff, mit einem hohen Brechungsindex und einem asphärischen Schliff wiegen am wenigsten.

Fassungsmodell, Brillengröße und das Rahmenmaterial
beeinflussen ebenfalls deutlich das Brillengewicht.

Mehr zum Thema Brilleneigenschaften: das sind die wichtigsten

Die richtige Brillengröße
ermitteln

Asphärische Brillengläser –
technische Meisterwerke für
beste Sicht

Die Brille mit passendem
Nasenpad

Brillen: Welches Material ist
das beste?

Weitsichtbrille: Die Sehhilfe
für den Nahbereich

Die richtige Brille für
Kurzsichtige

Die Hornhautverkrümmung
mit Brille richten

Brillengläser für eine
Sehhilfe nach Maß

Brillenfassungen: Material
und Rahmenart richtig
auswählen

[KATEGORIEN](#)

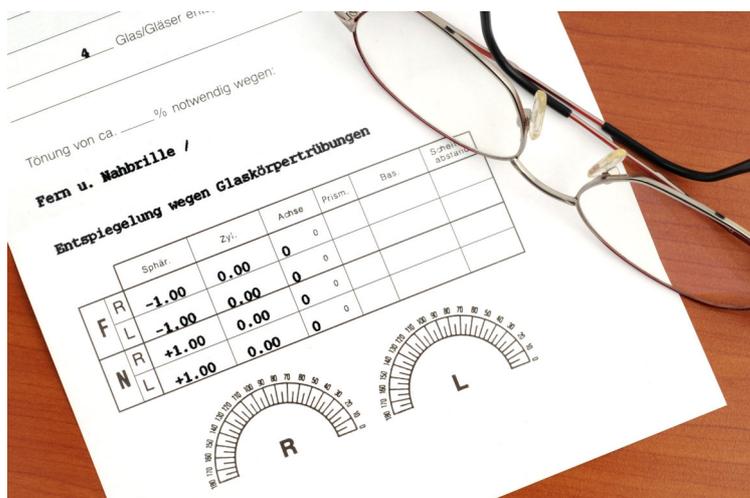
[BELIEBTESTE ARTIKEL](#)

[SERVICE BOX](#)



[STARTSEITE](#) [SEHHILFEN](#) [BRILLEN - INDIVIDUELLE SEHHILFEN NACH MASS](#) [BRILLE KAUFEN - WO GEHT DAS AM BESTEN?](#) [BRILLENVERORDNUNG: DAS REZEP T FÜR DIE BRILLE](#)

Der Augenarzt stellt die Brillenverordnung aus, anhand derer der Augenoptiker die Brille fertigt oder passende Kontaktlinsen bestellt. Doch nicht immer ist die Verordnung notwendig. Wann Sie diese brauchen und wann der Besuch beim Optiker ausreicht, erfahren Sie in diesem Ratgeber.



Eine Brillenverordnung, auch Sehhilfenverordnung genannt, ist sozusagen das **Rezept für eine Brille**. Der Augenarzt vermisst die Augen und trägt die ermittelten Werte anschließend in das Formular ein. Mit diesem kann der Patient zum Optiker gehen. Dieser vermisst die Augen möglicherweise erneut und fertigt oder bestellt anschließend die entsprechende Sehhilfe. Meist ist das eine [Brille](#) oder es sind [Kontaktlinsen](#).

Die Brillenverordnung ist **für die Krankenkasse wichtig**, da sie nur bei Vorliegen dieses Rezepts die Kosten für die Sehhilfe erstattet. Allerdings übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten nur in wenigen Fällen:

Für Minderjährige

Für Personen ab 18 Jahren, wenn diese eine schwere Sehbeeinträchtigung haben; das bessere Auge erreicht dabei trotz Sehhilfe nicht mehr als 30 Prozent Sehleistung

Da die Krankenkassen die Kosten für eine Brille bei Erwachsenen nur noch selten erstatten, stellen viele Augenärzte schon gar keine Verordnungen mehr aus. Stattdessen kann man die Augen direkt beim Optiker ausmessen lassen. Trotzdem empfiehlt es sich, ab 40 Jahren **alle zwei Jahre** zum Augenarzt zu gehen, damit dieser das Auge auf Erkrankungen wie [Grünen Star](#) oder [Grauen Star](#) untersucht.

Welche Angaben enthält die Brillenverordnung?

Die Sehhilfenverordnung enthält alle Werte, die der Optiker benötigt, um die [Brillengläser](#) zu fertigen oder die passenden Kontaktlinsen zu bestellen. Die Kennzahlen für die Augen werden **tabellarisch aufgelistet**. Der Buchstabe F steht für die Sehleistung in der Ferne, der Buchstabe N für die Sehleistung in der Nähe. R und L bezeichnen die Werte für das rechte und das linke Auge. Diese werden getrennt voneinander ermittelt. Auf der Verordnung wird das rechte Auge normalerweise zuerst angegeben. Dies hängt damit zusammen, dass der Augenarzt oder Optiker dem Kunden bei der Vermessung gegenüber sitzt. Dadurch betrachtet er als erstes das rechte Auge und trägt dessen Werte entsprechend zuerst in die Verordnung ein.

Sphäre

Dieser Wert beschreibt die **Fehlsichtigkeit in Dioptrien**. Steht ein Plus davor, ist man [weitsichtig](#); bei einem Minus liegt eine [Kurzsichtigkeit](#) vor. Bei [Alterssichtigkeit](#) wird in dieser Spalte außerdem der Additionswert eingetragen.

Zylinder und Achse

Diese Felder der Brillenverordnung füllt der Arzt nur dann aus, wenn der Patient eine [Hornhautverkrümmung](#) hat. In diesem Fall benötigt er **torische Brillengläser oder torische Kontaktlinsen**. Der [Zylinder](#) gibt die Stärke der Verkrümmung in Dioptrien an, die [Achse](#) bezeichnet die Lage des Zylinders in Grad. Der Zylinderwert kann zusätzlich in einem halbkreisförmigen TABO-Schema eingetragen werden.

Prisma und Basis

Bei **Personen, die schielen**, enthält die Brillenverordnung zusätzlich einen Prisma-Wert und einen Basis-Wert, der die Lage des Prismas in Grad beschreibt.

Scheitelabstand

Der Hornhautscheitelabstand steht für den Abstand zwischen der Vorderfläche der [Hornhaut](#) und dem Brillenglas. Bei Kontaktlinsen ist er überflüssig, da diese **auf der Hornhaut** aufliegen.

Weitere Angaben

Darüber hinaus macht der Augenarzt auf der Sehhilfenverordnung **weitere Angaben zum Patienten**. Dazu gehört zum Beispiel, ob es sich bei der Sehhilfe um dessen erste Brille überhaupt oder eine Folgeversorgung handelt, ob ein Unfall die Ursache für die Verschreibung ist und ob eine starke Sehbehinderung vorliegt. Er kann außerdem Anweisungen zur Art der Gläser machen und weitere Bemerkungen für den Optiker hinterlassen.

Die Sehhilfenverordnung auf einen Blick

Die Verordnung enthält alle relevanten Werte zu den Augen des Patienten.

Der Augenarzt stellt die Brillenverordnung meist nur dann aus, wenn die Krankenkasse die Kosten für die Sehhilfe übernimmt.

Für den Besuch beim Augenoptiker braucht man sie davon abgesehen nicht. Der Optiker kann die Augen auch selbst ausmessen.

Mehr zum Thema Brille kaufen – Wo geht das am besten?

Motorradhelm und Brille:
optimale Sicht für eine
sichere Fahrt

Brillengläser präzise auf den
Bedarf abstimmen

Die neue Brille online
anprobieren

Brillengestelle: Die richtige
Brille finden

Tipps zur
Brillenversicherung

Die Brille rutscht oder
drückt – Tipps für eine
perfekt sitzende Sehhilfe

Wann brauche ich eine
Brille?

Brillen vom Optiker: Große
Auswahl, umfassender
Service

Brillen online shoppen –
darauf müssen Sie achten

Wenn eine Sehhilfe
notwendig ist: Brille auf
Rezept oder direkt zum
Optiker?

Brille anpassen: Für
optimalen Seh- und
Tragekomfort

Vor dem Kauf Brillen
anprobieren: ein Ratgeber

KATEGORIEN

BELIEBTESTE ARTIKEL

SERVICE BOX



Keratokonus

[STARTSEITE](#) [DAS AUGE](#) [AUGENKRANKHEITEN UND SEHSTÖRUNGEN](#)

[AUGENKRANKHEITEN](#) [KERATOKONUS](#)

Keratokonus ist eine angeborene Augenkrankheit, bei der die Hornhaut dünner wird und sich kegelförmig vorwölbt. Die Sehschärfe nimmt deutlich ab, kann aber durch verschiedene Methoden erhalten werden. Lesen Sie hier mehr über Symptome, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten des Keratokonus.

Was ist ein Keratokonus?

Der Keratokonus ist eine krankhafte, degenerative Veränderung der Hornhaut ([Cornea](#)) des Auges, bei der sich das Hornhautgewebe in seiner Struktur verändert. Im Verlauf der Krankheit **wird die Hornhaut immer dünner und verformt sich**. Es entsteht die typische Form eines nach vorne gewölbten Kegels, nach der die Erkrankung benannt wurde („conus“ ist das lateinische Wort für Kegel). Durch diese Verformung lässt die Sehschärfe deutlich nach und muss mit einer [Sehhilfe](#) korrigiert werden.

Je nach Krankheitsverlauf unterscheiden Ärzte zwischen einer **stillen und einer progressiven Form** des Keratokonus. Die stille Form wird meist zufällig bei einer Augenuntersuchung entdeckt und verläuft völlig ohne Beschwerden. Im Gegensatz dazu schreitet die Schädigung der Hornhaut bei der progressiven Form voran und

verursacht deutliche Probleme. Aus diesem Grund ist mit der Bezeichnung Keratokonus im Allgemeinen die progressive Variante gemeint.

Der Keratokonus beginnt in den meisten Fällen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, kann aber auch schon im Kindesalter auftreten. Der Krankheitsverlauf kann sich individuell stark unterscheiden. Während sich die Hornhaut einiger Patienten nur geringfügig verändert und bis auf eine Sehschwäche keine Beschwerden verursacht, wird bei anderen sogar eine Transplantation nötig. Es sind immer beide Augen betroffen, allerdings kann die Krankheit bei jedem Auge unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Häufig kommt der Keratokonus zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr zum Stillstand, das heißt, die Symptome verschlimmern sich nicht mehr.

Der Keratokonus und seine Symptome

Die Symptome des Keratokonus sind (besonders im Anfangsstadium) eher unspezifisch. Durch die Vorwölbung der Hornhaut erhöht sich die [Brechkraft](#) des Auges. Die Betroffenen leiden deshalb unter Kurzsichtigkeit ([Myopie](#)), die mit dem Fortschritt der Krankheit ebenfalls zunimmt. Darüber hinaus muss auch die durch die Wölbung entstehende Hornhautverkrümmung ([Astigmatismus](#)) korrigiert werden. Wenn sich die Brillenwerte in kurzen Abständen verändern, kann das ein erster Hinweis auf das Anfangsstadium eines Keratokonus sein.

Je weiter die Krankheit fortschreitet, umso klarer können dem Keratokonus konkrete Symptome zugeordnet werden. So berichten Patienten von Einschränkungen in Form von:

- verzerrtem Sehen
- Doppelbildern auf einem Auge
- Schattensehen an betrachteten Objekten
- Wahrnehmen von Strahlen und Ringen um Lichtquellen herum
- Steigerung von Lichtempfindlichkeit und Blendempfinden
- eingeschränktem Sehen in der Dunkelheit

Auf Basis der Forschungen des Schweizer Augenarztes und Wissenschaftlers Marc Amsler wird der Keratokonus in vier Stadien eingeteilt. Die einzelnen Stadien lassen sich durch steigende [Dioptrienzahlen](#) bei Kurzsichtigkeit und/oder Astigmatismus und beim Hornhautradius, durch abnehmende Hornhautdicke und schließlich zentrale Vernarbungen (bei Stadium 4) voneinander abgrenzen.

Welche Ursachen hat ein Keratokonus?

Die Ursachen des Keratokonus sind **trotz langfristiger Studien und ausgedehnter Forschungsprojekte nicht bekannt beziehungsweise nicht hinreichend belegt**. Da die Erkrankung innerhalb einiger Familien gehäuft auftritt, geht die Forschung von einer genetischen Disposition aus. Außerdem wurde festgestellt, dass der Keratokonus besonders häufig bei Patienten mit Erbkrankheiten wie zum Beispiel Trisomie 21 oder Monosomie X oder gemeinsam mit Neurodermitis oder einer Schilddrüsendysfunktion auftritt.

Es wird angenommen, dass eine **Störung zwischen Kollagen und Bindegewebe** für das Dünnwerden und die daraus resultierende Verformung der Hornhaut verantwortlich ist.

Der Keratokonus und seine Behandlung

In den Anfangsstadien des Keratokonus erfolgt die Behandlung von Kurzsichtigkeit und Astigmatismus mit einer entsprechenden Sehhilfe. Ob dafür eine [Brille](#) oder [Kontaktlinsen](#) gewählt werden, hängt von der Präferenz des Patienten ab. Wird die Hornhaut im Verlauf des Keratokonus jedoch dünner und instabiler, werden mit [formstabilen Kontaktlinsen](#) die besten Ergebnisse erzielt. Für weit fortgeschrittene Krankheitsbilder gibt es **spezielle Keratokonuslinsen**, die eine starke Wölbung und quadrantenspezifische Formen erlauben.

Kann die Sehschärfe des Patienten mit diesen Linsen nicht mehr ausreichend stark korrigiert werden, kommen nur noch operative Eingriffe infrage. Das ist der Fall, wenn der Keratokonus so weit fortgeschritten ist, dass Kontaktlinsen keinen Halt mehr finden oder die Symptome, etwa Doppelbilder, nicht mehr korrigiert werden können. Dazu kommt es jedoch nur in etwa 20 Prozent aller Fälle. War eine **Hornhauttransplantation** lange Zeit die einzige Möglichkeit, wurde inzwischen die sogenannte **Kollagenvernetzung** in klinischen Studien als wirksame Methode nachgewiesen. Dabei werden die Kollagenfasern des Hornhautgewebes mit Riboflavin unter Einwirkung von UV-Licht vernetzt und die Hornhaut auf diese Weise stabilisiert.

Der Keratokonus auf einen Blick

Der Keratokonus ist eine genetisch bedingte, degenerative Krankheit, bei der die Hornhaut dünner wird und sich kegelförmig verformt.

Die Verformung verursacht Kurzsichtigkeit und Astigmatismus sowie verzerrtes Sehen und die Wahrnehmung von Licht- und Schattenformen.

Die Ursachen sind trotz zahlreicher Studien nicht hinreichend geklärt.

Die Behandlung erfolgt zunächst mit Sehhilfen, in fortgeschrittenen Stadien operativ.

Quellen

[Keratokonus](#), Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum des Saarlandes

[Keratokonus](#), Universitätsklinikum Heidelberg

Mehr zum Thema Augenkrankheiten

Nystagmus

Hornhautentzündung
(Keratitis)

Das Sjögren-Syndrom

Die Faszikulation

Bakterien im Auge

Fremdkörper im Auge

Gerstenkorn am Auge

Grüner Star (Glaukom)

Grauer Star (Katarakt)

KATEGORIEN

BELIEBTESTE ARTIKEL

SERVICE BOX





Blickpunkt Auge

Rat und Hilfe bei Sehverlust



Angebote

Regionen

Termine

Informationen

Über uns

Kontakt



[Startseite](#) / [Informationen](#) /

Vergrößernde Sehhilfen

„Ich kann Ihnen keine stärkere Brille verschreiben“: Wenn Menschen solche Sätze hören, reagieren sie oft mit Verzweiflung. Wichtig ist es, in diesem Moment auch zu erfahren, dass es vergrößernde Sehhilfen gibt, mit denen sehbeeinträchtigte Menschen viele Anforderungen des täglichen Lebens wieder besser bewältigen können.

Der folgende Überblick beruht auf der Reihe „Vergrößernde Sehhilfen“ (Gegenwart 10/2010 bis 07-08/2011), die in Zusammenarbeit mit der Wissenschaftlichen Vereinigung für Augenoptik und Optometrie (WVAO) entstanden ist.

Die Autoren:

- Prof. Christoph von Handorff, Beuth Hochschule für Technik Berlin, Augenoptik/Optomietrie
- Frank Kießling, Berufsförderungswerk für Blinde und Sehbehinderte Halle

[Lupen](#)

[Lupenbrillen](#)

[Fernrohrbrillen](#)

[Fernrohrlupenbrillen](#)

[Bildschirmlesegeräte](#)

[Elektronische Lupen](#)

[Sehhilfen für den Computer](#)

[Monokulare](#)

[Blendschutz und Filtergläser](#)

[Leuchten und Leseplatte](#)

Aktuelles

Augenerkrankungen

Vergrößernde Sehhilfen

Lupen

Lupenbrillen

Fernrohrbrillen

Fernrohrlupenbrillen

Bildschirmlesegeräte

Elektronische Lupen

Sehhilfen für den Computer

Monokulare

Blendschutz und Filtergläser

Leuchten und Leseplatte

Allgemeine Hilfsmittel

Schulungen

Sehtrainings

Rechtsberatung

Teilhabe am Arbeitsleben

Angehörige

Broschüren und mehr

Unterstützen Sie uns!

Jeder, der Rat und Hilfe rund ums Sehen sucht, soll diese möglichst wohnortnah bekommen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung.

Aktiv dabei sein

Spenden

[Startseite](#)

[Angebote](#)

[Regionen](#)

[Termine](#)

[Informationen](#)

[Über uns](#)

[Kontakt](#)

Blickpunkt Auge – Rat und Hilfe bei Sehverlust ist ein Angebot des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV)

Zur statistischen Auswertung der Zugriffe auf unsere Website verwenden wir die Software Matomo. Sie können der Erfassung Ihrer Daten widersprechen.



Hotline 0761 36122



[Navigation überspringen](#)

- [Home](#)
- [Über uns](#)[Informationen über die Arbeit des BSVSB](#)
 - [Bezirksgruppen](#)
 - [Fachgruppen](#)
 - [Öffentlichkeitsarbeit & Vorträge](#)
 - [Aktuelles](#)
 - [Berichte](#)
 - [Präqualifizierung](#)
 - [Mitgliedschaft](#)
 - [Veranstaltungen](#)
 - [Stammtische](#)
 - [Sponsoren / Projektförderer](#)
 - [Presse](#)
 - [Downloads](#)
 - [Links](#)
- [Informationen](#)[Informationen zu Blindheit/ Sehbehinderung](#)
 - [Hilfsmittel](#)
 - [Zeitschriften](#)
 - [Hörzeitungen](#)
 - [Hörbücher](#)
 - [Anträge](#)
 - [Definition sehbehindert](#)
 - [So sehe ich mit einer Sehbehinderung](#)
 - [SibA - App zur Simulation von Augenerkrankungen](#)[SibA - App zur Simulation von Augenerkrankungen](#)
 - [Augenerkrankungen](#)
 - [Sehhilfenberatung](#)
 - [Schulungen in Orientierung und Mobilität](#)
 - [Blindenführhunde](#)
 - [Blinde und sehbehinderte Menschen in einer digitalisierten Welt](#)
 - [Browsereinstellungen](#)
 - [Blindenware und Unerlaubte Werbeanrufe](#)
 - [fördern, spenden, stiften](#)
 - [Geldauflagen / Bußen](#)
 - [Steuerregelungen](#)
 - [Gesetze](#)
 - [Buchtipps](#)
- [Newsletter](#)
- [Kontakt](#)
 - [Impressum](#)
 - [Team](#)
 - [Wegbeschreibung](#)
- [Sitemap](#)
- [Datenschutzerklärung](#)

- [BSVSB](#)
- [Informationen](#)
- Definition sehbehindert

Definition von Blindheit, Sehbehinderung und hochgradiger Sehbehinderung

Wann spricht man von Sehbehinderung, wann von Blindheit?

Sehbeeinträchtigung, Sehbehinderung, Sehschädigung, hochgradige Sehbehinderung, Sehschwäche, praktische Blindheit - viele Begriffe, die allesamt wenig über die tatsächliche Sehfähigkeit aussagen. Von Sehbehinderung spricht man erst, wenn das Sehen um einen gewissen Grad beeinträchtigt ist und wenn diese Beeinträchtigung dauerhaft ist.

Definition im Überblick

- Nach dem Gesetz gilt, grob gesagt, als "sehbehindert", wer weniger als 30%,
- "wesentlich sehbehindert", wer weniger als 10%,
- "hochgradig sehbehindert", wer weniger als 5% und
- "Blind", wer weniger als 2% sieht.

Definition im Detail

Für das Maß der Beeinträchtigung gibt es eine Abstufung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Je nach Grad der Sehbehinderung haben die Betroffenen Ansprüche, die im Sozialrecht als "Nachteilsausgleich" bezeichnet werden. Das deutsche Sozialrecht übernimmt nur zum Teil die Einteilung der Weltgesundheitsbehörde.

Sehbehinderung in Deutschland (identisch mit Sehbehinderung nach WHO Stufe 1)

Das Sehvermögen ist kleiner oder gleich 30 Prozent oder $1/3$ (Visus kleiner = 0,3). Visus ist der medizinische Ausdruck für die Sehstärke; er wird meistens als Dezimalzahl ausgedrückt. Erst ab 30 % oder weniger besteht in der Regel ein Anspruch auf eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen bei Sehhilfen wie Brille oder Kontaktlinse.

Sehbehinderung nach Stufe 2 der WHO (in Deutschland bezeichnet als "wesentlich sehbehindert")

Das Sehvermögen ist kleiner oder gleich 10 Prozent (Visus kleiner = 0,1). Hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn das Sehvermögen trotz Brille gleich 5 Prozent oder $1/20$ oder weniger beträgt (Visus kleiner = 0,05).

Im Gegensatz zum Deutschen Sozialrecht wird nach der Weltgesundheitsorganisation hier bereits von Blindheit gesprochen.

Blindheit in Deutschland (identisch mit WHO Stufe 4)

In Deutschland ist ein Mensch im Sinne des Gesetzes blind, wenn er selbst mit Brille oder Kontaktlinsen weniger als 2 Prozent (auch oftmals als Ein Fünzigstel $1/50$ bezeichnet) dessen sieht, was ein normal sehender Mensch erkennt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht von einem Sehvermögen von kleiner oder gleich 2 Prozent (Visus kleiner = 0,02). Ab hier spricht man in Deutschland von praktischer oder "gesetzlicher Blindheit" mit dem Anspruch auf Landesblindengeld oder Blindenhilfe ([siehe hierzu unsere](#)

[Extra-Seite zur Sozialgesetzgebung](#)).

Blindheit nach WHO Stufe 5

Blindheit (medizinisch: Amaurose) steht für fehlende Wahrnehmung von Lichtschein.

Wer ist sehbehindert ?

Man unterscheidet zwischen korrigierbaren und nicht korrigierbaren Sehbeeinträchtigungen. Die korrigierbaren - z.B. Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit - lassen sich weitgehend mit einer Brille oder mit Kontaktlinsen beheben. Nicht korrigierbare Seheinschränkungen sind meistens angeboren oder wurden durch einen Unfall verursacht und betreffen Störungen im Bereich des Sehnervs, der Netzhaut, der Linse, der Hornhaut o.ä. Diese können durch eine Brille oder Kontaktlinsen nicht behoben werden. Viele Sehbehinderte tragen dennoch eine Brille, was auf eine Kombination aus korrigierbaren und nicht korrigierbaren Sehbeeinträchtigungen schließen lässt.

In Deutschland leben rund 155.000 blinde und zwischen 500.000 und 1,1 Millionen sehbehinderte Menschen. Jedes Jahr erblinden über 20.000 Menschen. Die meisten in hohem Alter, wie folgende Altersverteilung zeigt (absolute Zahlen in Klammern):

0-18 Jahre: 6 %
18-30 Jahre: 7 %
30-60 Jahre: 17 %
60-80 Jahre: 32 %
ab 81 Jahre: 38 %

Rund 85 % der sehbehinderten Menschen sind älter als 60 Jahre, 10 % sind zwischen 30 und 60 Jahre und jeweils etwa 2,5 % gehören den Altersgruppen 0-18 Jahre und 19-30 Jahre an.

Blindheit und Sehbehinderung betrifft Männer wie Frauen gleichermaßen. Bei allen Altersgruppen bis ca. 60 Jahre ist die Verteilung der von Blindheit und Sehbehinderung Betroffenen auf die beiden Geschlechter gleich. Aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen sind in der Altersgruppe 60+ allerdings mehr als 2/3 der schlecht oder nicht sehenden Personen weiblich.

Nur rund 30 % der blinden Menschen im erwerbsfähigen Alter, also rund 11.000 der ungefähr 33.000 blinden Menschen zwischen 20 und 60 Jahren, haben einen Arbeitsplatz.

Nach WHO-Angaben wird die Blindheit in Mitteleuropa durch folgende Krankheiten verursacht:

- Altersabhängige Makuladegeneration 50 %
- Glaukom 18 %
- Diabetische Retinopathie 17 %
- Katarakt 5 %
- Hornhauttrübungen 3 %
- Erblindung in Kindheit 2,4 %
- Andere Ursachen 4,6 %

Als sehbehindert gilt, wer trotz Korrektur normale Sehfunktionswerte nicht erreicht und dessen Sehschärfe in der Ferne und/oder in der Nähe auf 1/3 (30%) bis 1/20 (5%) der Norm (100%) herabgesetzt ist. Das heißt, dass ein Sehbehinderter mit 1/20 Sehkraft aus 1m Entfernung das erkennen kann, was ein Normalsichtiger aus 20m Entfernung sieht. Ebenso können, wie oben erwähnt, Gesichtsfeldausfälle von entsprechendem Schweregrad eine Sehbehinderung begründen.

Statistische Daten für Deutschland (Stand 2006)

Sehbehinderung: 1,3 Prozent der Bevölkerung (1 Mio.)
Erblindung: 0,2 Prozent der Bevölkerung (circa 160.000)

Epidemiologie:

Von 1990 bis zum Jahre 2006 stieg die Zahl der Erblindeten um 9 Prozent und die der Sehbehinderten um 80 Prozent.

Suchen & Finden

Suchbegriffe

[Navigation überspringen](#)

- [Hilfsmittel](#)
- [Zeitschriften](#)
- [Hörzeitungen](#)
- [Hörbücher](#)
- [Anträge](#)
- [Definition sehbehindert](#)
- [So sehe ich mit einer Sehbehinderung](#)
- [SibA - App zur Simulation von Augenerkrankungen](#)
- [Augenerkrankungen](#)
- [Sehhilfenberatung](#)
- [Schulungen in Orientierung und Mobilität](#)
- [Blindenführhunde](#)
- [Blinde und sehbehinderte Menschen in einer digitalisierten Welt](#)
- [Browsereinstellungen](#)
- [Blindenware und Unerlaubte Werbeanrufe](#)
- [fördern, spenden, stiften](#)
- [Geldauflagen / Bußen](#)
- [Steuerregelungen](#)
- [Gesetze](#)
- [Buchtipps](#)

Kontakt

Blinden- und Sehbehinderten- verein Südbaden e.V.

Wölflinstraße 13
79104 Freiburg

Telefon: (0761) 3 61 22

Fax: (0761) 3 61 23

[Kontakt](#)

Unsere Öffnungszeiten sind:

Montag bis Donnerstag:
9.00 bis 13.00 Uhr
und 14.00 bis 16.30 Uhr
Freitag: 9:00 bis 13.00 Uhr

Bankverbindung:

Sparkasse Freiburg-Nördl. Breisgau
IBAN: DE96 6805 0101 0002 0520 01
BIC: FRSPDE66XXX

Jetzt spenden!

Unterstützen Sie die Arbeit des BSVSB Südbaden!

Jetzt spenden!

ein Service von **GRÜN spendino**

[Navigation überspringen](#)

- [Home](#)
- [Über uns](#)
 - [Bezirksgruppen](#)
 - [Fachgruppen](#)
 - [Öffentlichkeitsarbeit & Vorträge](#)
 - [Aktuelles](#)
 - [Berichte](#)
 - [Präqualifizierung](#)
 - [Mitgliedschaft](#)
 - [Veranstaltungen](#)
 - [Stammtische](#)
 - [Sponsoren / Projektförderer](#)
 - [Presse](#)
 - [Downloads](#)
 - [Links](#)
- [Informationen](#)
 - [Hilfsmittel](#)
 - [Zeitschriften](#)
 - [Hörzeitungen](#)
 - [Hörbücher](#)
 - [Anträge](#)
 - [Definition sehbehindert](#)
 - [So sehe ich mit einer Sehbehinderung](#)
 - [SibA - App zur Simulation von Augenerkrankungen](#)
 - [Augenerkrankungen](#)
 - [Sehhilfenberatung](#)
 - [Schulungen in Orientierung und Mobilität](#)
 - [Blindenführhunde](#)
 - [Blinde und sehbehinderte Menschen in einer digitalisierten Welt](#)
 - [Browsereinstellungen](#)
 - [Blindenware und Unerlaubte Werbeanrufe](#)
 - [fördern, spenden, stiften](#)
 - [Geldauflagen / Bußen](#)
 - [Steuerregelungen](#)
 - [Gesetze](#)
 - [Buchtipp](#)
- [Newsletter](#)
- [Kontakt](#)
 - [Impressum](#)

- [Team](#)
- [Wegbeschreibung](#)
- [Sitemap](#)
- [Datenschutzerklärung](#)

Linsenpflegemittel

Riesige Auswahl & günstige Preise.
Linsenpflegemittel günstig ordern!

Volens

Für Links auf dieser Seite erhält FOCUS ggf. eine Provision vom Händler, z.B. für solche mit -Symbol.

Für Links auf dieser Seite erhält FOCUS ggf. eine Provision vom Händler, z.B. für mit  oder grüner Unterstreichung gekennzeichnete. [Mehr Infos.](#)

PRAXISTIPPS > **BAD**

VERWANDTE THEMEN [Gesundheit](#) > [Kontaktlinsen](#) >

Kontaktlinsen: Mit diesen Kosten müssen Sie rechnen

10.06.2016 08:29 | von [Yannick Börner](#)

In diesem Artikel zeigen wir Ihnen, mit welchen Kosten Sie für Kontaktlinsen rechnen müssen. Die Rechnung unterteilt sich in unterschiedliche Kosten, die wir für Sie zusammengefasst haben.

Pflegemittel für Linsen

Pflegeprodukte von Top-Marken zu günstigen Preisen. Jetzt bestellen im Volens Onlineshop!

ÖFFNEN



Das sind die Kosten für Kontaktlinse

Bei Kontaktlinsen müssen Sie 2 Arten von Kosten mit einkalkulieren. Einmal die Kosten für die Linsen an sich und dann noch die Kosten für die Pflege. Unter Umständen kommen auch Kosten für die Vermessung Ihrer Augen dazu, wenn Sie dies noch nicht gemacht haben.

- Bei Kontaktlinsen müssen Sie mit ungefähr 100€ im Jahr rechnen, wenn Sie diese ununterbrochen nutzen möchten. Bei andauernder Nutzung empfehlen sich Monats- oder Jahreslinsen. Wenn Sie nur zu bestimmten Anlässen Kontaktlinsen brauchen, kommen Sie mit Tageslinsen günstiger weg. Pro Anlass sollten Sie dann mit 1€ rechnen. Wenn Sie nicht nur weit- oder kurzsichtig sind, sollten Sie noch Extra-Kosten für spezielle Linsen erwarten!
- Für die Pflegemittel können Sie noch einmal mit maximal 100€ pro Jahr rechnen. Eine 360ml Flasche mit Kombilösung, die sich zum Reinigen, Desinfizieren und Aufbewahren gleichzeitig eignet, kostet ungefähr 10€ und hält 6-8 Wochen. Achten Sie hier darauf, nicht zu günstige Produkte zu kaufen, da diese oft mangelhaft sind und trockene und gereizte Augen verursachen.
- Wenn Sie zu einem Optiker zur Vermessung gehen, sollten Sie eine Rechnung von ungefähr 70€ erhalten. Größere Ketten wie zum

NEUESTE BAD-TIPPS

Wonach suchen Partner von
Taschenuhr aufziehen - so geht's

Schöne Füße: So kommen Sie gut zu Fuß durch den Sommer

Mit Latschenkiefer Hornhaut entfernen - so geht's

Sandelholz für gesunde Haare: So wirkt es bei Haarausfall

Weitere neue Tipps

BELIEBTESTE BAD-TIPPS

Rote Flecken an den Beinen - das müssen Sie wissen

Linksseitige Bauchschmerzen - daran kann es liegen

Blähungen: Wie viel pupsen ist normal?

Geschwollene Knöchel: Ursache und Hausmittel

Weitere beliebte Tipps

DIE BESTEN SHOPPING-GUTSCHEINE

Notebooksbilliger Gutscheine

CHECK24

Media Markt

Amazon

Weitere Gutscheine

ANZEIGE

Das könnte Sie auch interessieren

|





Hören Heute

Sangerhausen: 2 Deutsche suchen Tester für Mini-Hörgeräte



Grüner Fisher

Aktuelle DAX Prognose: Jetzt kaufen oder verkaufen?

ANZEIGE

register.gotoweinar.com

So schützen Sie sich vor dem Währungs-Crash: Webinar mit Gold-Guru Thorsten Polleit

CHIP News

Gutschein-Trick: So sichern Sie sich zwei Monate kostenloses E-Learning

ANZEIGE

SwitchUp.de

Das verschweigt Ihnen der Stromanbieter mit Absicht. Diesen Trick sollten Sie kennen, damit der Stromanbieter Ihnen nie mehr zu viel berechnet

Deejo

sponsored by Deejo

Entdecken Sie das Accessoire mit dem gewissen Etwas

x

Wonach suchen ^{Partner von} Sie?

CHIP Kiosk

Überfordert mit Microsoft Teams? E-Paper erklärt Tool Schritt für Schritt

Gesponsert

ANZEIGE

CHIP News

Mit Browser-Trick: Sichern Sie sich jetzt zwei Hörbücher von Audible...

Focus Online

Zeigen Sie uns Ihr Traumhaus – und gewinnen Sie 1.000 Euro

Grüner Fisher

Reicht ein Vermögen von 1.000.000 € für einen komfortablen Ruhestand?

ANZEIGE

HOMEDAY

Immobilien-Preisrechner: Erfahren Sie den Wert Ihrer Immobilie in nur 5 Min

ANZEIGE

[AGB](#) [Hilfe/Kontakt](#) [Datenschutz](#) [Impressum](#)

Alle Inhalte, insbesondere die Texte und Bilder von Agenturen, sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur im Rahmen der gewöhnlichen Nutzung des Angebots vervielfältigt, verbreitet oder sonst genutzt werden.

© FOCUS Online 1996-2020 | BurdaForward GmbH

© FOCUS Online 1996-2020



Begriffe A-Z

Leistungskatalog der Krankenversicherung

Einen wirklichen "Katalog" im Sinne einer Liste gibt es nicht. Der Leistungskatalog ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung hat. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen, wobei auch Vertreter von Organisationen der Patientinnen und Patienten ein Mitberatungsrecht haben. Der G-BA erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, und zwar durch den Bewertungsausschuss.



Social



Kontakt

Für neue Diagnose- und Therapieverfahren entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, ob diese den genannten Anforderungen genügen und somit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Die Vergütung der vom G-BA anerkannten neuen Diagnose- und Therapieverfahren wird dann ebenfalls im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss des Ersten Senats vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98) können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine vom G-BA nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beanspruchen. Voraussetzung ist eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Dies wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in § 2 Absatz 1a SGB V für das Leistungsrecht der GKV gesetzlich klargestellt.

Außerdem sind durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen erweitert worden. In folgenden Bereichen können jetzt zusätzliche Satzungsleistungen angeboten werden: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie nicht zugelassene Leistungserbringer.

Welche Leistungen im Einzelfall von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, erfahren Versicherte bei ihrer Krankenkasse. Ist die Geschäftsstelle einer gesetzlichen Krankenkasse vor Ort hierzu nicht in der Lage, ist es ihre Aufgabe, eine Klärung durch Rückfragen innerhalb der Krankenkassen oder innerhalb des Verbandes, dem die Krankenkasse angehört, herbeizuführen.

17. August 2016


Social


Kontakt



Begriffe A-Z

Satzungsleistungen der GKV

Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Satzungsleistungen stehen in der Regel im freien Ermessen der Krankenkassen und können im Wettbewerb der Krankenkassen eingesetzt werden. Soweit sie bestehen, ist die Krankenkasse gegenüber allen Versicherten an ihre Satzungsregelung gebunden.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (/service/begriffe-von-a-z/v/versorgungsstrukturgesetz.html) sind die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen in bestimmten Bereichen erweitert worden. So können die Krankenkassen dem individuellen Bedarf ihrer Versicherten besser entgegenkommen und sich stärker als bisher im Wettbewerb profilieren. In folgenden Bereichen können jetzt nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zusätzliche Satzungsleistungen angeboten werden: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, Hebammenleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie nicht zugelassene Leistungserbringer.

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln.

4. März 2016



Social



Kontakt

Finanzreserven der Krankenkassen im 1. Quartal 2019 weiter bei rund 21 Milliarden Euro

Berlin, 20. Juni 2019

Die gesetzlichen Krankenkassen haben bei einem Ausgabenvolumen von über 62 Milliarden Euro im 1. Quartal 2019 ein geringes Defizit von rund 102 Millionen Euro erzielt. Die gleichzeitig vorgelegten endgültigen Jahresergebnisse 2018 ergaben einen Überschuss von 2,09 Milliarden Euro - das sind rund 100 Millionen Euro mehr als in den vorläufigen Werten ausgewiesen.

Damit liegen die Finanzreserven der Krankenkassen nach der hohen Überschussentwicklung in den letzten 3 Jahren Ende März 2019 weiterhin bei rund 21 Milliarden Euro. Im Durchschnitt entspricht dies mehr als einer Monatsausgabe und damit mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve.

Die Zahlen zeigen: Trotz des leichten Defizits verfügen die Krankenkassen immer noch über ausreichend Rücklagen. Einige - aber bei weitem noch nicht alle - Kassen haben ihre Zusatzbeiträge am Jahresanfang endlich gesenkt. Jetzt sollten die anderen Kassen ihre Spielräume auch konsequent nutzen: Entweder für bessere Leistungen oder für finanzielle Entlastungen ihrer Versicherten.

— Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Einnahmen in Höhe von rund 62,3 Milliarden Euro standen Ausgaben von rund 62,4 Milliarden Euro gegenüber. Damit sind die Gesamteinnahmen der Krankenkassen um 3,7 Prozent gestiegen. Die Ausgaben für Leistungen und Verwaltungskosten verzeichneten bei einem Anstieg der Versichertenzahlen von rund 0,6 Prozent einen Zuwachs von 4,5 Prozent. Der durchschnittlich von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz lag bei 1,01 Prozent und damit um 0,07 Prozentpunkte unterhalb des Vorjahresquartals .

 Social

 Kontakt

Finanzentwicklung nach Krankenkassenarten

Bei einer differenzierten Betrachtung nach Krankenkassenarten ergibt sich folgendes Bild: Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) verzeichneten im 1. Quartal einen Überschuss von rund 89 Millionen Euro, die Knappschaft-Bahn-See von 26 Millionen Euro und die Landwirtschaftliche Krankenversicherung von 9 Millionen Euro.

Die Ersatzkassen verbuchten ein Defizit von 151 Millionen Euro, die Betriebskrankenkassen (BKKen) von 59 Millionen Euro, die Innungskrankenkassen (IKKen) von 16 Millionen Euro. Das Defizit beim Ersatzkassen (EKEN) ist ausschließlich auf ein entsprechendes Minus der größten Ersatzkasse zurückzuführen, die damit einen geringen Teil ihrer hohen Finanzreserven abgebaut hat.

Ergebnis des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds, der zum Stichtag 15. Januar 2019 über eine Liquiditätsreserve in einer Größenordnung von rund 9,7 Milliarden Euro verfügte, verzeichnete ähnlich wie im Vorjahresquartal im 1. Quartal 2019 einen saisonüblichen Ausgabenüberhang von rund 2,57 Milliarden Euro. Daraus können keine Rückschlüsse auf eine ähnliche Entwicklung im weiteren Jahresverlauf gezogen werden.

Während die Ausgaben des Gesundheitsfonds als monatlich gleiche Zuweisungen an die Krankenkassen fließen, unterliegen die Einnahmen unterjährig erheblichen Schwankungen. Denn die Einnahmen aus der Verbeitragung von Sonderzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeldzahlungen fließen dem Gesundheitsfonds weitestgehend in der zweiten Jahreshälfte zu. Hinzu kommen weitere Zusatzeinnahmen, aus den Rentenanpassungen zur Jahresmitte.

Durch die weiterhin günstige Entwicklung der Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds bei einem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im 1. Quartal von 4,1 Prozent profitiert die gesetzliche Krankenversicherung wie die anderen Sozialversicherungszweige auch weiterhin von der positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Veränderungsraten bei den Ausgaben

Bei den Krankenkassen gab es im 1. Quartal 2019 einen absoluten Ausgabenzuwachs von 4,5 Prozent bei steigenden Versichertenzahlen von knapp 0,6 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen um 4,5 Prozent, die Verwaltungskosten der Krankenkassen



Social



Kontakt

um 3,6 Prozent. Bei der Interpretation der Daten des 1. Quartals ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in vielen Leistungsbereichen von Schätzungen geprägt sind, da Abrechnungsdaten häufig noch nicht vorliegen.

Entwicklungen in den größeren Leistungsbereichen

Die Ausgaben für **Krankenhausbehandlung** sind im 1. Quartal 2019 um 2,9 Prozent und damit weiterhin moderat gestiegen. Bei Erhöhungen der Landesbasisfallwerte von durchschnittlich rund 2,5 Prozent spricht Vieles dafür, dass es in den Krankenhäusern auch in den Monaten Januar bis März nur eine moderate Mengenentwicklung gegeben hat.

Die **Arzneimittelausgaben** stiegen um 4 Prozent. Hierbei spielen weiterhin die Entwicklungen im Bereich innovativer Arzneimittel eine zentrale Rolle. Die Krankenkassen werden nach wie vor durch deutliche Zuwächse (+ 7,5 Prozent) bei Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen entlastet.

Im Bereich der **vertragsärztlichen Vergütung** stiegen die Ausgaben um rund 3,5 Prozent. Hohe Zuwachsraten gab es dabei insbesondere durch höhere Vergütungen bei extrabudgetären psychotherapeutischen Leistungen, Hochschulambulanzen (+ 21,6 Prozent) und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (+ 23,1 Prozent).

Bei den Ausgaben für **zahnärztliche Behandlung** betrug der Anstieg 1,6 Prozent, beim **Zahnersatz** 4,5 Prozent.

Deutlich überproportional sind vor allem die Ausgaben für **Heilmittel** (13 Prozent). Hier gab es in allen Leistungsbereichen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen) zweistellige Zuwachsraten. Bei Heilmitteln machen sich vor allem vom Gesetzgeber schrittweise vorgegebene Honorarsteigerungen bemerkbar, die zu einer wesentlichen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Heilmittelerbringer beitragen. Bei **Hilfsmitteln** betrug der Zuwachs 5,9 Prozent.

20. Juni 2019



Social



Kontakt

Vorläufige Finanzergebnisse der Krankenkassen in 2019

6. März 2020

Um ihre Rücklagen abzubauen, haben die gesetzlichen Krankenkassen nach den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2019 rund 1,5 Milliarden Euro mehr ausgegeben als sie durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben. Ihre Finanzreserven beliefen sich Ende 2019 auf rund 19,8 Milliarden Euro. Dies entspricht im Durchschnitt noch immer knapp einer Monatsausgabe und damit etwa dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve.

Die aktuellen Zahlen zeigen in die richtige Richtung: Die Beitragszahler profitieren von niedrigeren Zusatzbeiträgen, weil Krankenkassen endlich ihre übermäßig hohen Finanzreserven abbauen. Und gleichzeitig kommen auch die notwendigen Leistungsverbesserungen bei den Versicherten an.

– Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Insgesamt stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr um 5,2 Prozent auf 251,9 Mrd. (Milliarden) Euro. Die Einnahmen sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bei niedrigeren Zusatzbeiträgen um 3,8 Prozent auf 250,4 Mrd. Euro gestiegen. Die Zahl der GKV-Versicherten nahm um knapp 0,4 Prozent zu. Bei der steigenden Veränderungsrate der Ausgaben spiegeln sich auch Mehrausgaben aus dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wider, die im Jahr 2019 in Kraft getreten sind.

Im Jahr 2019 lag der durchschnittlich von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,0 Prozent und damit um 0,1 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2018. Auch nach dem Jahreswechsel 2019/2020 liegt der erhobene Zusatzbeitragssatz weiterhin stabil bei 1,0 Prozent, während das BMG den zur Deckung der laufenden Ausgaben erforderlichen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,1 Prozent festgelegt hatte. Somit blieb für 95 Prozent der

 Social

 Kontakt

GKV-Mitglieder der bislang von ihrer Krankenkasse erhobene Zusatzbeitragssatz unverändert. Lediglich einige wenige Krankenkassen haben ihren Zusatzbeitragssatz angehoben oder gesenkt.

Finanzentwicklung nach Krankenkassenarten

Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass alle Krankenkassenarten mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Jahr 2019 ein Defizit verzeichneten. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) verbuchten ein leichtes Minus von rund 121 Mio. (Millionen) Euro, die Ersatzkassen ein Defizit von 859 Mio. Euro, die Betriebskrankenkassen (BKKen) ein Defizit von 295 Mio.

Euro, die Innungskrankenkassen (IKKen) ein Defizit von 231 Mio. Euro und die knappschaftliche Krankenversicherung ein Defizit von 58 Mio. Euro.

Bei Ersatzkassen und IKKen ist das Defizit jeweils weitgehend auf eine große Krankenkasse mit hohen Finanzreserven zurückzuführen, die den Zusatzbeitrag für das Jahr 2019 abgesenkt hatte.

Die landwirtschaftliche Krankenversicherung verbuchte einen Überschuss von 49 Millionen Euro.

Ergebnis des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds erzielte im Jahr 2019 einen Überschuss von rund 550 Mio. Euro. Damit verfügte der Fonds zum Stichtag 15. Januar 2020 über eine Liquiditätsreserve von rund 10,2 Mrd. Euro.

Über die günstige Entwicklung der Beitragseinnahmen konnte der Gesundheitsfonds auch im vergangenen Jahr von der positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklung profitieren. Die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden beitragspflichtigen Einnahmen stiegen im Jahr 2019 um 4,2. Die Zuwächse bei den Beitragseinnahmen fielen mit einem Anstieg von 3,6 Prozent geringer aus, da der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Vergleich zum Jahr 2018 niedriger war.

Veränderungsraten bei den Ausgaben

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen stiegen um 5,6 Prozent, die Verwaltungskosten gingen hingegen um 1,9 Prozent zurück. Bei der Interpretation der vorläufigen Finanzergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in einigen Leistungsbereichen noch von Schätzungen und Verpflichtungsbuchungen geprägt sind, da vollständige Abrechnungsdaten noch nicht vorliegen.



Social



Kontakt

Entwicklungen in den größeren Leistungsbereichen

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind im Jahr 2019 um 3,9 Prozent und damit deutlich stärker gestiegen als in den beiden vorangegangenen Jahren. Die Krankenhäuser erhielten damit allein von den gesetzlichen Krankenkassen ca. (circa) 3 Mrd. Euro mehr als in 2018. Neben den Erhöhungen der Landesbasisfallwerte von gut 2,6 Prozent haben sich hier auch Verbesserungen aus dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ausgewirkt.

Die Arzneimittelausgaben stiegen um 5,6 Prozent. Die Entwicklungen im Bereich innovativer Arzneimittel spielen auch weiterhin eine zentrale Rolle. Die Krankenkassen wurden durch deutliche Zuwächse (+11,2 Prozent) bei Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmern entlastet. Hohe Zuwachsraten von 17,5 Prozent gab es bei den Ausgaben für Schutzimpfungen.

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung stiegen die Ausgaben um rund 4,0 Prozent. Deutliche Steigerungsraten gab es dabei bei Hochschulambulanzen (+9,5 Prozent) und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (+15,1 Prozent).

Deutlich überproportional haben sich die Ausgaben für Heilmittel (+15,1 Prozent) entwickelt. Hier gab es in allen Leistungsbereichen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen) zweistellige Zuwachsraten. Bei Heilmitteln machen sich vor allem die vom Gesetzgeber schrittweise vorgegebenen Honorarsteigerungen bemerkbar, die zu einer wesentlichen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Heilmittelerbringer beitragen. Seit Mitte 2019 gibt es hier bundeseinheitliche Preise auf Basis der jeweils höchsten im Bundesgebiet zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Preise.

Die Ausgabenzuwächse für Krankengeld lagen mit einer in dieser Höhe unerwarteten Veränderungsrate von 10,1 Prozent in 2019 erstmals seit zehn Jahren wieder im zweistelligen Bereich.

Der Rückgang der Verwaltungskosten um 1,9 Prozent ist weitgehend auf eine im Vergleich zum Vorjahr geringere Bildung von Alterungsrückstellungen sowie auf einen deutlichen Anstieg der von anderen Sozialversicherungsträgern erstatteten Verwaltungskosten zurückzuführen.

 Kontakt

Die endgültigen Finanzergebnisse des Jahres 2019 sowie erste Quartalsdaten für das Jahr 2020 liegen Mitte Juni vor.

6. März 2020



Social



Kontakt

Spätestens seit Anfang der 1980er-Jahre gehört die Arbeitslosigkeit zu den großen sozialen Problemen in Deutschland. Abseits der konjunkturellen Wellenbewegungen hat sich die Zahl der Arbeitslosen bis zum Jahr 2005 immer weiter erhöht. Allerdings hat sich die Lage auf dem Arbeitsmarkt in den Jahren 2006 bis 2008 entspannt. Auch die weltweite Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 sowie die Staatsschulden- und Banken Krisen in Europa haben in Deutschland nicht zu einer generellen Umkehr dieses Prozesses geführt. Seit 2011 liegt die Zahl der registrierten Arbeitslosen unter drei Millionen und zwischen 2013 und 2018 ist sie fünfmal in Folge gesunken – auf zuletzt 2,3 Millionen. Im Jahr 2018 lag die Arbeitslosenquote bei 5,2 Prozent. Das ist die niedrigste Quote seit der Wiedervereinigung.

Fakten

Bei einem Vergleich der Jahre 1991 und 2004 ist in Deutschland sowohl die Zahl der Arbeitslosen als auch die Arbeitslosenquote gestiegen. In Westdeutschland erhöhte sich die Zahl der Arbeitslosen in dieser Zeit von 1,6 auf 2,8 Millionen und die Arbeitslosenquote stieg von 6,2 auf 9,4 Prozent (bezogen auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen). Diese Entwicklung verlief allerdings nicht gleichmäßig: Zwischen 1997 und 2001 ging die Zahl der Arbeitslosen von 2,9 auf 2,3 Millionen zurück und die Arbeitslosenquote sank von 10,8 auf 8,0 Prozent.

In Ostdeutschland ist sowohl die Zahl der Arbeitslosen als auch die Arbeitslosenquote vergleichsweise stetig gestiegen: Zwischen 1991 und 2004 erhöhte sich die Arbeitslosenzahl von einer Million auf 1,6 Millionen beziehungsweise verdoppelte sich die Arbeitslosenquote von 10,2 auf 20,1 Prozent (bezogen auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen).

Eine der auffälligsten Steigerungen der Arbeitslosenzahl fällt in das Jahr 2005. Deutschlandweit erhöhte sich die Arbeitslosenzahl gegenüber dem Vorjahr um 10,9 Prozent beziehungsweise um knapp 480.000 Personen auf 4,86 Millionen. Der Hauptgrund für diese Entwicklung war die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe, die zu einer Verschiebung aus der sogenannten Stillen Reserve in die registrierte Arbeitslosigkeit beziehungsweise zu einem zusätzlichen Arbeitskräfteangebot führte. Nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) lag dieser sogenannte Hartz-IV-Effekt bei etwa 380.000 im Jahresdurchschnitt 2005.

Bereits in der zweiten Jahreshälfte 2005 wirkte sich die konjunkturelle Besserung auch auf den Arbeitsmarkt aus. Durch zunehmende Arbeitskräftenachfrage und das leicht rückläufige Arbeitskräfteangebot reduzierte sich die Arbeitslosigkeit im Jahr 2006 deutlich: Im Jahresdurchschnitt waren 4,49 Millionen Personen arbeitslos gemeldet, gut 370.000 weniger als im Vorjahr. Im Jahresverlauf 2006 – also von Jahresanfang bis Jahresende – fiel der Rückgang der registrierten Arbeitslosigkeit mit rund 600.000 noch deutlicher aus.

Von 2006 auf 2007 ging die Zahl der Arbeitslosen um rund 730.000 (minus 16,2 Prozent) auf 3,76 Millionen zurück – das ist der größte absolute Rückgang seit 1950. Und von 2007 auf 2008 reduzierte sich die Zahl Arbeitslosen nochmals um eine halbe Million (minus 13,3 Prozent). Die Arbeitslosenquote betrug im Jahresdurchschnitt 2008 7,8 Prozent – das waren 3,9 Prozentpunkte weniger als 2005. Die Finanz- und Wirtschaftskrise hat lediglich in Westdeutschland zu einer einmaligen Erhöhung der Arbeitslosenzahl von 2008 auf 2009 geführt (plus 175.000).

Von 2005 bis 2018 verringerte sich die Arbeitslosigkeit sowohl in West- als auch in Ostdeutschland erheblich. In Westdeutschland reduzierte sich die Arbeitslosenzahl in diesem Zeitraum um 1,49 Millionen auf 1.758.627 (minus 45,8 Prozent) und in Ostdeutschland um gut eine Million auf 581.455 (minus 64,0 Prozent). In Westdeutschland erreichte die Arbeitslosenquote im Jahr 2018 mit 4,8 Prozent den niedrigsten Stand seit 1981. In Ostdeutschland ist die Arbeitslosenquote 13 Jahre in Folge gefallen und hatte im Jahr 2018 mit 6,9 Prozent den niedrigsten Wert seit der Wiedervereinigung. In Deutschland lag die Arbeitslosenquote 2018 bei 5,2 Prozent. Zudem waren in den Jahren 2011 bis 2018 zum ersten Mal seit Anfang der 1990er-Jahre weniger als drei Millionen Personen arbeitslos gemeldet – von den 2,34 Millionen Arbeitslosen des Jahres 2018 entfielen 75,2 Prozent auf West- und 24,8 Prozent auf Ostdeutschland.

Parallel zu den sinkenden Arbeitslosenzahlen hat sich auch die Arbeitskräftenachfrage am Arbeitsmarkt erhöht: Der

Stellenindex der Bundesagentur für Arbeit (BA-X) ist ein Indikator, bei dem die Nachfrage nach Arbeitskräften in Beziehung zum Jahresdurchschnitt 2004 (= 100) gesetzt wird. Im November 2011 stieg der Index auf 176 Punkte und damit auf den bis dahin höchsten Wert seit seiner Berechnung (November 2010: 149 Punkte, November 2009: 113 Punkte). Zwar sank der BA-X bis zum Mai 2013 auf 156 Punkte, jedoch stieg er in den Folgemonaten wieder kontinuierlich an. Im Dezember 2014 wurde mit 178 Punkten der Wert von November 2011 übertroffen und auch seitdem stieg der Index weiter – auf zuletzt 255 Punkte im Januar 2019.

Datenquelle

Bundesagentur für Arbeit (BA): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf 01/2019, Stellenindex der Bundesagentur für Arbeit (BA-X)

Begriffe, methodische Anmerkungen oder Lesehilfen

Arbeitslose sind nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (§ 16 SGB III) Personen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder nur eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben, eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters zur Verfügung stehen, also arbeitsfähig und -bereit sind. Zudem müssen sie in der Bundesrepublik Deutschland wohnen, nicht jünger als 15 Jahre sein, die Altersgrenze für den Renteneintritt noch nicht erreicht haben und sich persönlich bei einer Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter arbeitslos gemeldet haben. Schüler, Studenten oder Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gelten nicht als arbeitslos.

Die **Arbeitslosenquote** entspricht dem prozentualen Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbspersonen. Die Erwerbspersonen setzen sich aus den Erwerbstätigen und den Arbeitslosen zusammen. Je nach Definition werden die Arbeitslosen auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte und Arbeitslose) oder auf alle zivilen Erwerbspersonen (abhängige zivile Erwerbspersonen, Selbstständige und mithelfende Familienangehörige) bezogen. Soweit es nicht anders erwähnt ist, werden im Text die Arbeitslosen auf alle zivilen Erwerbspersonen bezogen.

Hinweis zum **Stellenindex der Bundesagentur für Arbeit (BA-X)**: Da die saisonbereinigten Werte monatlich neu berechnet werden und damit die Zeitreihe neu erstellt wird, kann es zu Abweichungen von den früher veröffentlichten Monatsversionen des BA-X kommen. Zudem werden seit dem Berichtsmonat Juli 2014 – rückwirkend ab Januar 2013 – auch sogenannte Kooperationspartnerstellen berücksichtigt. Die Grundgesamtheit für die Berechnung des BA-X hat sich damit leicht erhöht, entsprechend kommt es zu Abweichungen gegenüber früheren Veröffentlichungen.

Weitere Informationen zum Thema **Arbeitslosenquote** erhalten Sie [hier...](#)

Weitere Informationen zur **Stillen Reserve** erhalten Sie [hier...](#)

Arbeitslose und Arbeitslosenquote

In absoluten Zahlen und in Prozent der Erwerbspersonen, 1980 bis 2018

	Arbeitslose		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
2018	2.340.082	1.758.627	581.455
2017	2.532.837	1.894.294	638.543
2016	2.690.975	1.978.672	712.303
2015	2.794.664	2.020.503	774.162
2014	2.898.388	2.074.553	823.835
2013	2.950.338	2.080.342	869.995
2012	2.897.126	1.999.918	897.209
2011	2.976.488	2.026.545	949.943
2010	3.238.965	2.227.473	1.011.492
2009	3.414.992	2.314.215	1.100.777
2008	3.258.954	2.138.778	1.120.175
2007	3.760.586	2.475.528	1.285.058
2006	4.487.305	3.007.158	1.480.146

	Arbeitslose		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
2005	4.860.909	3.246.755	1.614.154
2004	4.381.281	2.782.759	1.598.522
2003	4.376.795	2.753.181	1.623.614
2002	4.061.345	2.498.392	1.562.953
2001	3.852.564	2.320.500	1.532.064
2000	3.889.695	2.380.987	1.508.707
1999	4.100.499	2.604.720	1.495.779
1998	4.280.630	2.751.535	1.529.095
1997	4.384.456	2.870.021	1.514.435
1996	3.965.064	2.646.442	1.318.622
1995	3.611.921	2.427.083	1.184.838
1994	3.698.057	2.426.276	1.271.781
1993	3.419.141	2.149.465	1.269.676
1992	2.978.570	1.699.273	1.279.297
1991	2.602.203	1.596.457	1.005.745
1990	-	1.883.147	-
1989	-	2.037.781	-
1988	-	2.241.556	-
1987	-	2.228.788	-
1986	-	2.228.004	-
1985	-	2.304.014	-
1984	-	2.265.559	-
1983	-	2.258.235	-
1982	-	1.833.244	-
1981	-	1.271.574	-
1980	-	888.900	-

	Anteil der Arbeitslosen an allen zivilen Erwerbspersonen, in Prozent		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
2018	5,2	4,8	6,9
2017	5,7	5,3	7,6
2016	6,1	5,6	8,5
2015	6,4	5,7	9,2
2014	6,7	5,9	9,8
2013	6,9	6,0	10,3
2012	6,8	5,9	10,7
2011	7,1	6,0	11,3
2010	7,7	6,6	12,0
2009	8,1	6,9	13,0
2008	7,8	6,4	13,1
2007	9,0	7,4	15,0
2006	10,8	9,1	17,3
2005	11,7	9,9	18,7
2004	10,5	8,5	18,4
2003	10,5	8,4	18,5
2002	9,8	7,6	17,7
2001	9,4	7,2	17,3
2000	9,6	7,6	17,1
1999	10,5	8,6	17,3

	Anteil der Arbeitslosen an allen zivilen Erwerbspersonen, in Prozent		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
1998	11,1	9,2	17,8
1997	11,4	9,6	17,7
1996	10,4	8,9	15,5
1995	9,4	8,1	13,9
1994	9,6	8,1	14,8
1993	8,9	-	-
1992	7,7	-	-
1991	-	-	-
1990	-	6,4	-
1989	-	7,1	-
1988	-	7,7	-
1987	-	7,9	-
1986	-	7,9	-
1985	-	8,2	-
1984	-	8,1	-
1983	-	8,1	-
1982	-	6,7	-
1981	-	4,8	-
1980	-	3,3	-

	Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen, in Prozent		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
2018	5,8	5,3	7,6
2017	6,3	5,8	8,4
2016	6,8	6,2	9,4
2015	7,1	6,4	10,3
2014	7,5	6,7	11,0
2013	7,7	6,7	11,6
2012	7,6	6,6	11,9
2011	7,9	6,7	12,6
2010	8,6	7,4	13,4
2009	9,1	7,8	14,5
2008	8,7	7,2	14,6
2007	10,1	8,3	16,7
2006	12,0	10,2	19,2
2005	13,0	11,0	20,6
2004	11,7	9,4	20,1
2003	11,6	9,3	20,1
2002	10,8	8,5	19,2
2001	10,3	8,0	18,8
2000	10,7	8,4	18,5
1999	11,7	9,6	18,7
1998	12,3	10,3	19,2
1997	12,7	10,8	19,1
1996	11,5	9,9	16,6
1995	10,4	9,1	14,8
1994	10,6	9,0	15,7
1993	9,8	8,0	15,4
1992	8,5	6,4	14,4

	Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen, in Prozent		
	Deutschland	Westdeutschland ¹	Ost-deutschland ²
1991	7,3	6,2	10,2
1990	-	7,2	-
1989	-	7,9	-
1988	-	8,7	-
1987	-	8,9	-
1986	-	9,0	-
1985	-	9,3	-
1984	-	9,1	-
1983	-	9,1	-
1982	-	7,5	-
1981	-	5,5	-
1980	-	3,8	-

¹ bis 1990 mit Berlin-West, ab 1991 ohne Berlin

² mit Berlin

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (BA): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf 01/2019



Dieser Text ist unter der Creative Commons Lizenz "CC BY-NC-ND 3.0 DE - Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland" veröffentlicht.

Urheberrechtliche Angaben zu Bildern / Grafiken / Videos finden sich direkt bei den Abbildungen.

Bonuspunktekatalog

Bonuspunktekatalog: Gesundheitsmaßnahmen und -erfolge

Bestandteil der
Teilnahmebedingungen zum "DAK
AktivBonus Plus"

Für folgende Gesundheitsmaßnahmen
oder -erfolge erhalten Sie als Teilnehmer
des Bonusprogramms "DAK AktivBonus
Plus" Punkte:



**Leistungen zur
Erfassung von
gesundheitlichen
Risiken und
Früherkennung von
Krankheiten nach §
25 SGB**

Krebsvorsorge für
Frauen, 20 - 29 Jahre

15 Punkte

Krebsvorsorge für
Frauen, 30 - 49 Jahre

10 Punkte

Krebsvorsorge für
Frauen, ab 50 Jahre

5 Punkte

Krebsvorsorge für
Männer, 45 – 49 Jahre

10 Punkte

Krebsvorsorge für
Männer, ab 50 Jahre

5 Punkte

Darmkrebsvorsorge
ab 50 Jahre

5 Punkte

Brustkrebsvorsorge,
Frauen ab 50 Jahre

5 Punkte

Chlamydien-
Screening, Frauen bis
25 Jahre

15 Punkte

Hautkrebsscreening,
35 – 49 Jahre

10 Punkte



**Leistungen zur
Erfassung von
gesundheitlichen
Risiken und
Früherkennung von
Krankheiten nach §
25 SGB**

Hautkrebsscreening,
ab 50 Jahre

5 Punkte

Gesundheits-Check-
Up Männer, 35 – 49
Jahre

15 Punkte

Gesundheits-Check-
Up Männer, ab 50
Jahre

5 Punkte

Gesundheits-Check-
Up Frauen, ab 35
Jahre

5 Punkte

**Leistungen zur
Zahngesundheit**

Zahnvorsorge gemäß
§§ 21, 22, 55 SGB V

5 Punkte



**Leistungen zur
Zahngesundheit** **Bonuspunkte**

Professionelle
Zahnreinigung ab 18
Jahre 5 Punkte

**Leistungen zur
Erfassung von
gesundheitlichen
Risiken und
Früherkennung von
Krankheiten nach §
26 SGB V** **Bonuspunkte**

Kinderuntersuchung
U1 – U6 komplett,
einschl.
Neugeborenen
Hörscreening 35 Punkte

Kinderuntersuchung
U7 10 Punkte

Kinderuntersuchung
U7a 10 Punkte

Kinderuntersuchung
U8 10 Punkte

Kinderuntersuchung
U9 10 Punkte



**Leistungen zur
Erfassung von
gesundheitlichen
Risiken und
Früherkennung von
Krankheiten nach §
26 SGB V**

Kinderuntersuchung U10 10 Punkte

Kinderuntersuchung U11 10 Punkte

Jugenduntersuchung J1 10 Punkte

Jugenduntersuchung J2 10 Punkte

**Leistungen für
Schutzimpfungen
nach § 20i SGB V**

Schutzimpfung STIKO, unter 18 Jahre 5 Punkte

Schutzimpfung STIKO, 18 - 59 Jahre 10 Punkte

Schutzimpfung STIKO, ab 60 Jahre 5 Punkte



**Leistungen zur
verhaltensbezogenen
Prävention nach § 20
Abs. 5 SGB V**

Bonuspunkte

**Handlungsfeld
Bewegungsgewohnheiten**

Walking & Nordic Walking, 5 Punkte
ab 18 Jahre

Laufen & Jogging, ab 18 Jahre 10 Punkte

Cardio-Fit, ab 18 Jahre 10 Punkte

Kinder- und Jugendkurse 15 Punkte

DAK-SAFARI-TurnKids“ 20 Punkte
(Kind und Eltern), 6 – 12
Jahre

Rückenkurse, ab 18 Jahre 5 Punkte

Pilates und Fitness-
Gymnastik, ab 18 Jahre 10 Punkte



Rückenschule, ab 18 Jahre 5 Punkte

Wirbelsäulengymnastik, ab 18 Jahre 5 Punkte

Sturzprävention und Beckenbodengymnastik, ab 45 Jahre 5 Punkte

Wassergymnastik & Aqua-Fitness, ab 18 Jahre 5 Punkte

Online-Coaching DAK-eigene Kurse, ab 18 Jahre 15 Punkte

Online-Coaching Kurse, Fremdanbieter, ab 18 Jahre 10 Punkte

**Leistungen zur
verhaltensbezogenen
Prävention nach § 20
Abs. 5 SGB V**

Bonuspunkte

**Handlungsfeld
Ernährung**



Einzelberatung und Gruppenkurse, ab 18 Jahre 10 Punkte

Online-Coaching DAK-eigene Kurse, ab 18 Jahre 15 Punkte

Online-Coaching Kurse, Fremdanbieter, ab 18 Jahre 10 Punkte

Beratung für Mütter, ab 16 Jahre 15 Punkte

DAK-eigene Kurse (SAFARI-FitFood -Kind und Eltern-), 6 – 12 Jahre 20 Punkte

**Leistungen zur
verhaltensbezogenen
Prävention nach § 20
Abs. 5 SGB V**

Bonuspunkte

**Handlungsfeld
Stressmanagement**



Stressbewältigung, 10 Punkte
Gruppenkurse, ab 18
Jahre

Online-Coaching DAK- 15 Punkte
eigene Kurse, ab 18
Jahre

Stressbewältigung, 10 Punkte
Online-Coaching
Kurse, Fremdanbieter,
ab 18 Jahre

Entspannung - 10 Punkte
Autogenes Training
und Progressive
Relaxation, ab 12
Jahre

Entspannung - Yoga, 10 Punkte
Tai-Chi und Qigong, ab
12 Jahre

Entspannung – Online 10 Punkte
Coaching Kurse,
Fremdanbieter, ab 18
Jahre



**Leistungen zur
verhaltensbezogenen
Prävention nach § 20
Abs. 5 SGB V**

Bonuspunkte

**Handlungsfeld
Suchtmittelkonsum**

Raucherentwöhnung / 20 Punkte
Rauchstoppkurse, ab
18 Jahre

Raucherentwöhnung / 10 Punkte
Online-Coaching
Kurse, Fremdanbieter,
ab 18 Jahre

Raucherentwöhnung / 15 Punkte
Online-Coaching
Kurse, DAK-eigene
Kurse ab 18 Jahre

Raucherentwöhnung, 15 Punkte
Just be smokefree, 12
- 17 Jahre

Alkohol (Glasklar oder 15 Punkte
bunt statt blau), 12 –
17 Jahre



Sonstige Individuelle

Prävention nach § 20 Bonuspunkte

SGB V

Sonstiges 5 Punkte

anerkanntes

Präventionsangebot

Qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Der Nachweis der ersten Maßnahme
oder zwei der zehn folgenden
Maßnahmen verdoppelt die Anzahl der
gesammelten Punkte:

Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitserfolge Bonuspunkte



Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitserfolge **Bonuspunkte**

Regelmäßiger Sport (im Sportverein, in einer zertifizierten Fitness-Einrichtung oder in anderen zertifizierten oder qualitätsgesicherten Institutionen.

oder zwei der 11 folgenden Maßnahmen:

1. Blutdruckwert im Normbereich

2. Body-Mass-Index im Normbereich

3. Eltern-Kind-Turnen

4. Fitness-Test per Walking-Test 2 km

5. Fitness-Test per PWC-130-Test

Verdoppelt die
Anzahl der
gesammelten
Punkte



Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitserfolge **Bonuspunkte**

6. Fitness-Test per IPN-
Test

7. Nichtraucher

8.
Rückbildungsgymnastik

9. Vollständiger
Impfschutz

10. Weitere Maßnahme
nach §§ 20, 20i, 25. 26
SGB V aus dem o.g.
Maßnahmen-Katalog

Definition gesundheitlicher Erfolge und
Normbereiche von Gesundheitswerten:

- Nichtraucher: > 6 Monate
- Body-Mass-Index (BMI = kg/m^2): 18,5
bis 25
- Blutdruck: < 140 mmHg systolisch
und/oder < 90 mmHg diastolisch





DAK AktivBonus Plus

Sie legen viel Wert auf Ihre Gesundheit und verfolgen einen gesunden Lebensstil?

Wunderbar, wir belohnen Ihre gesundheitliche Achtsamkeit mit Bonuspunkten. Die gesammelten Punkte können Sie gegen eine Geldprämie oder gegen exklusive Gesundheitsleistungen eintauschen.

› **Wie funktioniert DAK AktivBonus Plus?**

› **Wie nehme ich am DAK Bonusprogramm teil?**

› **Teilnahmebedingungen**

› **Fragen und Antworten**



Wie funktioniert DAK AktivBonus Plus?

Wenn Sie sich für DAK AktivBonus Plus entscheiden, können Sie für bestimmte Maßnahmen wie

Vorsorgeuntersuchungen,

Präventionskurse und wichtige

Impfungen Punkte sammeln.

Wir schreiben Ihnen die Punkte auf einem Bonuskonto gut. Sie entscheiden, wie Sie Ihre gesammelten Punkte einsetzen: Entweder Sie lassen sich eine jährliche Geldprämie auszahlen (1 Punkt = 1 Euro) oder Sie tauschen die Punkte gegen eine Gesundheitsleistung ein, die Sie normalerweise privat bezahlen, wie zum Beispiel Brillengläser mit Sehstärke.

Wie nehme ich am DAK Bonusprogramm teil?

Im Bonusprogramm anmelden und Bonuspunkte sammeln geht ganz einfach! Im geschützten Kundenbereich **Meine DAK** haben Sie die Möglichkeit, Ihre Teilnahme am Bonusprogramm zu aktivieren.

Jetzt
heru
nterl
aden



**Broschüre
AktivBonus
Plus**

(PDF, 1 MB)



- Sie haben noch keinen Zugang?
Dann registrieren Sie sich im geschützten Kundenbereich **Meine DAK**.
- Sie sind bereits registriert? Dann können Sie sich **hier** für das DAK Bonusprogramm einschreiben.

Alternative: mit der DAK App anmelden

Oder Sie melden sich ganz bequem mit der **DAK App** im Bonusprogramm an. Mit der Registrierung für die DAK App kombinieren Sie gleichzeitig die Anmeldung im geschützten Kundenbereich „Meine DAK“ und können so viele Angelegenheiten schnell und einfach online erledigen.

Bonuspunktekatalog

Hier finden Sie unsere detaillierte Übersicht über alle **Bonuspunkte**.



Teilnahmebedingungen

Wie lange läuft das Programm? ✓

Wie kann ich Bonuspunkte sammeln? ✓

Unter welchen Voraussetzungen wird die Geldprämie ausgezahlt? ✓

Was habe ich davon, wenn ich die Punkte für Extraleistungen einlöse? ✓



Was passiert mit
nicht eingelösten
Punkten?



Fragen und Antworten

Was muss ich beim
Einsenden von
Bonus-Schecks
beachten?



Wann kann ich
meine Prämien
einlösen?



Barprämie

Als Geldprämien werden
entweder 35 Euro oder 70
Euro ausgezahlt. Sobald Sie
mindestens zwei
Maßnahmen durchgeführt
und mindestens 35 bzw. 70



Bonuspunkte gesammelt haben, können Sie diese einmal im Kalenderjahr in eine Barprämie von 35 Euro oder maximal 70 Euro umwandeln.

Prämie als Zuschuss zu besonderen Gesundheitsleistungen

Wenn Sie statt einer Barprämie lieber einen Zuschuss zu besonderen Gesundheitsleistungen haben möchten, können Sie Ihre Bonuspunkte jederzeit einlösen. Den Antrag für den Zuschuss finden Sie [**hier**](#).

Für welche 
Gesundheitsleistungen
gen kann ich meine
Bonuspunkte
einlösen?



Sie können sich ausschließlich selbstfinanzierte Gesundheitsleistungen bezuschussen lassen. Gesetzliche Eigenanteile für Kassenleistungen oder andere Selbstbehalte gehören nicht dazu.

- Akupunktur (durch Vertragsarzt)
- Außervertragliche psychotherapeutische Leistungen
- Babyschwimmen
- Hautkrebsfrüherkennung vor dem 35. Lebensjahr
- Hebammenleistungen
- Hilfsmittel oder Medizinprodukte zur Gesunderhaltung, Kompression und Stabilisation
- Körpermessgeräte zur kontinuierlichen



Dokumentation von
Distanzen und
Gesundheitswerten

- Mitgliedschaft im Sportverein / Fitness-Studio
- Naturheilverfahren, durch Ärzte oder Heilpraktiker erbracht
- Osteopathie
- Professionelle Zahnreinigung
- Zusätzliche Präventions- oder Gesundheitskurse
- Protektoren für Kinder bis 16 Lj. (z. B. Zahnschutzschiene, Kinderfahrradhelm)
- Schutzimpfungen für private Auslandsreisen und weitere (STIKO)
- Sehhilfen zur Verbesserung der Sehkraft (Brillengläser und Kontaktlinsen)



- Sonstige ärztlich
verordnete Arzneimittel
- Sonstige
vertragsärztlich
verordnete Heilmittel
(blaues Rezept)
- Sonstige
vertragsärztlich
verordnete Hilfsmittel
(blaues Rezept, z. B.
Sporteinlagen für
Kinder)
- Sonstige
vertragsärztliche
Leistungen, die nicht
vom GBA
ausgeschlossen sind
- Sport- und
Fitnessausrüstung
- Sportmedizinische
Untersuchung
- Vorsorge-
Früherkennung
außerhalb gesetzlichen
Anspruchs



- Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
- Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V

Wie viele Punkte muss ich mindestens haben, um eine Prämie zu erhalten?



Was passiert, wenn Prämien für missbräuchlich erworbene Punkte vergeben wurden?



Wie lange behalten die Punkte ihre Gültigkeit?



Kann ich mehrere
Prämien pro Jahr
einlösen?



Wie hoch ist die
höchste
Geldprämie?



Wie kann ich
meinen
Punktestand
einsehen?



Wie lange läuft das
Bonusprogramm
der DAK-
Gesundheit noch?



Wie kann ich statt
der Geldprämie
einen Zuschuss zu
Gesundheitsleistun
gen erhalten?



Weitere Leistungen

> **AktivBonus junior**

Bonuspunkte sammeln und am 18. Geburtstag eine große Geldprämie erhalten

> **DAK Garantie-Tarif**

Wir belohnen Sie, wenn Sie gar nicht oder selten zum Arzt gehen





Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Gesundheitswesen stellt einen wichtigen – und wachstumsträchtigen – Teilbereich der deutschen Volkswirtschaft dar. Das Angebot an Gesundheitsleistungen wird zum größten Teil über die gesetzliche Krankenversicherung durch lohnbezogene Beiträge der Versicherten finanziert. Von der finanziellen Entwicklung der Krankenversicherung und den daraus resultierenden Veränderungen der Beitragssätze gehen erhebliche Einflüsse auf die Gesamtwirtschaft aus.

Die gesetzliche Krankenversicherung hatte in den vergangenen Jahren trotz eines deutlichen Anstiegs des durchschnittlichen Beitragssatzes erhebliche Defizite zu verzeichnen. Diese Entwicklung hat den Anlass zur jüngsten Gesundheitsreform gegeben, mit deren Hilfe die aufgelaufenen Schulden abgebaut und die Beitragssätze in den kommenden Jahren deutlich gesenkt werden sollen. Gleichwohl kann diese Reform vor allem mit Blick auf die demographischen Veränderungen und die kostensteigernden Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts längerfristig einen weiteren Anstieg der Beitragssätze nicht verhindern. Bei den deshalb erforderlichen weiteren Reformüberlegungen erscheint es vorrangig, die Abgabenlast des Faktors Arbeit zu begrenzen, Umverteilungs- und Äquivalenzelemente zu trennen und den Wettbewerb zu intensivieren.

Zur aktuellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung

*Defizitäre
Entwicklung
trotz steigender
Beitragsätze*

In den Jahren 2001 bis 2003 hatte die gesetzliche Krankenversicherung anhaltende Defizite in einer Größenordnung von jeweils 3 Mrd € bis 3 ½ Mrd € zu verzeichnen, obwohl der durchschnittliche Beitragssatz von 13,6 % auf 14,3 % gestiegen ist. Auf Grund der akuten Finanzprobleme und der drohenden weiteren Zunahme der Beitragssätze wurden bereits unmittelbar nach der Bundestagswahl 2002 gesetzliche Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der Finanzlage ergriffen. Im Verlauf des Jahres 2003 verständigten sich die Regierungskoalition und die CDU/CSU-Bundestagsfraktion dann auf das „GKV-Modernisierungsgesetz“, das zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Neben einnahmenverbessernden Maßnahmen sind hiermit vor allem Ausgabenbegrenzungen (einschl. Zuzahlungserhöhungen), aber auch Ausgliederungen einzelner Leistungsbereiche beschlossen worden. Auf eine umfassende Neuregelung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern ist hingegen ebenso verzichtet worden wie auf eine grundlegende Umgestaltung des Finanzierungssystems.

*Zweitgrößter
Sozialversiche-
rungszweig*

Mit einem Ausgabenvolumen von 145 Mrd € oder fast 7 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) im Jahr 2003 bildet die gesetzliche Krankenversicherung hinter der gesetzlichen Rentenversicherung den zweitgrößten Sozialversicherungszweig in Deutschland. Der Beitragssatz beträgt derzeit durchschnittlich 14,2 % im Vergleich zu 19,5 % in der gesetzlichen Rentenversicherung, 6,5 % zur Bundesagen-

tur für Arbeit und 1,7 % in der sozialen Pflegeversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung (ebenso wie die soziale Pflegeversicherung) unterscheidet sich deutlich von den übrigen Sozialversicherungszweigen. Mit der umfassenden Bereitstellung von Gesundheitsleistungen wird ein gesamtwirtschaftlich wichtiger Teilbereich weitgehend reguliert. Während in der gesetzlichen Renten- und der Arbeitslosenversicherung dem Äquivalenzprinzip große Bedeutung zukommt, trifft dies für die Krankenversicherung nicht zu. Zwar werden die Beiträge wie in den anderen Zweigen proportional zum Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben, die Leistungen sind jedoch mit Ausnahme des Krankengeldes einkommensunabhängig. Die damit einhergehende interpersonelle Einkommensumverteilung wird allerdings durch die wesentlich niedrigere Beitragsbemessungsgrenze und die Austrittsmöglichkeit für Bezieher höherer Einkommen begrenzt.¹⁾ Darüber hinaus ist die gesetzliche Krankenversicherung durch eine Vielzahl von Kassen²⁾ mit unterschiedlichen Beitragssätzen und weitgehend identischen Leistungen charakterisiert, deren Wettbewerb vor allem durch einen Risikostrukturausgleich beeinflusst wird, um Anreize zur Risikoselektion zu minimieren.

*Besonderheiten
der gesetzlichen
Kranken-
versicherung*

¹ Im Jahr 2004 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung 3 487,50 € pro Monat (in West- und Ostdeutschland). Sie beläuft sich in der Renten- und Arbeitslosenversicherung auf monatlich 5 150 € im Westen und 4 350 € im Osten. Die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und der Pflegeversicherung beträgt 3 862,50 €.
² Zum Jahresende 2003 waren 322 Krankenkassen registriert. Die Anzahl ist auf Grund von Fusionen rückläufig.

Verpflichtung
zum
ausgeglichenen
Haushalt

Jede Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Beitragssatz für das Haushaltsjahr so festzulegen, dass die voraussichtlichen Einnahmen ausreichen, um die erwarteten Ausgaben zu decken und – soweit erforderlich – die Rücklagen³⁾ aufzufüllen. Wird im Haushaltsvollzug deutlich, dass die Einnahmen nicht ausreichen werden, ist der Beitragssatz auch unterjährig zu erhöhen. Eine Kreditfinanzierung ist nicht vorgesehen.

Weitere
Finanzierungs-
quellen für
Gesundheits-
leistungen

Gesundheitsleistungen werden neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch aus anderen Quellen finanziert. Hierzu zählen die privaten Krankenkassen mit etwa 8,1 Millionen voll Versicherten im Vergleich zu 70,5 Millionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterhin spielen Zuzahlungen von Patienten, Leistungen der Beihilfe für Beamte, aber auch die ausschließlich private Bezahlung von Gesundheitsleistungen eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Gesamt-
wirtschaftliche
Bedeutung des
Gesundheits-
wesens

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat eine beachtliche gesamtwirtschaftliche Bedeutung. Im Jahr 2002 bestanden hier knapp 4,2 Millionen Beschäftigungsverhältnisse, dies entsprach einem Anteil an der gesamten Beschäftigung von 10,6%.⁴⁾ In Deutschland wurden im Jahr 2002 fast 11 % des BIP für Gesundheitsleistungen (einschl. Pflegeversicherung) ausgegeben. Im internationalen Vergleich waren lediglich die Aufwendungen in den USA (14½ %) und der Schweiz (gut 11 %) höher (vgl. nebenstehendes Schaubild). Betrachtet man nur die Ausgaben des Staates für Gesundheits- und Pflegeleistungen, so ist die Ausgabenquote in Deutschland

Gesundheitsausgaben *) in ausgewählten Ländern

in % des BIP, Stand 2002



Quelle: OECD Health Data 2004. — * Aufwendungen für Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Deutsche Bundesbank

mit 8½ % am höchsten, gefolgt von Schweden (knapp 8 %) und Frankreich (7½ %).

³ Die Rücklagen einer Kasse müssen mindestens ein Viertel und dürfen höchstens eine durchschnittliche Monatsausgabe betragen (§ 261 SGB V).

⁴ Vgl.: J. Weinmann und N. Zifonun, Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2002, in: Wirtschaft und Statistik 4/2004, S. 456.

Kennzahlen zur Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Position	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
	in Mrd DM				in Mrd €					
Beitragseinnahmen 1)	226,6	234,7	239,4	243,1	127,5	130,1	131,9	136,2	138,4	
Sonstige Einnahmen	8,8	8,6	7,4	6,8	3,7	3,8	3,9	3,5	3,3	
Einnahmen insgesamt 2)	235,4	243,2	246,7	249,9	131,2	133,8	135,8	139,7	141,7	
Leistungsausgaben zusammen	228,8	236,4	231,3	234,9	123,2	125,9	130,6	134,3	136,2	
darunter:										
Krankenhausbehandlung	79,7	80,9	82,8	85,2	43,7	44,5	45,0	46,3	46,8	
Ärztliche Behandlung 3)	38,5	39,3	40,1	40,6	21,2	21,5	21,9	22,3	22,9	
Zahnärztliche Behandlung	21,2	23,0	23,3	21,2	11,0	11,2	11,6	11,5	11,8	
Arzneimittel 4)	32,0	34,2	32,9	34,7	19,2	20,1	22,3	23,4	24,2	
Heil- und Hilfsmittel 5)	16,2	17,7	16,8	18,5	9,2	9,4	9,8	10,4	10,9	
Rehabilitation	5,1	5,3	4,3	4,8	2,6	2,7	2,7	2,7	2,6	
Fahrtkosten	3,8	4,0	4,1	4,3	2,4	2,5	2,6	2,8	2,9	
Krankengeld	18,4	18,2	14,4	13,8	7,1	7,1	7,7	7,6	7,0	
Sterbegeld	1,6	1,6	1,6	1,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,4	
Verwaltungsausgaben	12,0	12,8	12,6	13,3	7,2	7,3	7,6	8,0	8,2	
Sonstige Ausgaben	1,7	1,0	1,1	1,0	0,5	0,6	0,5	0,7	0,7	
Ausgaben insgesamt 2)	242,5	250,2	245,1	249,3	130,9	133,8	138,8	143,0	145,1	
Saldo von Einnahmen und Ausgaben	-7,2	-6,9	1,7	0,5	0,3	0,0	-3,1	-3,3	-3,4	
Risikostrukturausgleich 6)										
Einnahmen	20,5	22,6	22,3	24,5	13,1	14,0	15,2	15,8	16,6	
Ausgaben 7)	20,3	22,4	22,9	23,9	13,5	13,9	14,9	15,9	16,8	
Nachrichtlich:										
Grundlohnsumme 8)	1 714,4	1 739,0	1 751,7	1 769,1	923,9	943,0	955,8	960,4	954,7	
	in Millionen									
Mitglieder	50,7	50,8	50,8	50,7	50,9	51,0	51,0	51,0	50,8	
Versicherte	71,7	72,0	71,7	71,3	71,4	71,3	71,0	70,8	70,5	
	Jahresdurchschnitt in %									
Beitragsatz	13,2	13,5	13,6	13,6	13,6	13,6	13,6	14,0	14,3	
alte Bundesländer 9)	13,2	13,5	13,5	13,6	13,5	13,5	13,6	14,0	14,4	
neue Bundesländer	12,8	13,5	13,9	13,9	13,9	13,8	13,7	14,0	14,1	
	Veränderung gegenüber Vorjahr in % 10)									
Beitragseinnahmen	0,9	3,6	2,0	1,5	2,6	2,0	1,4	3,3	1,6	
Einnahmen insgesamt	1,3	3,3	1,4	1,3	2,7	2,0	1,5	2,9	1,4	
Leistungsausgaben zusammen	5,3	3,3	-2,1	1,5	2,6	2,2	3,7	2,8	1,4	
darunter:										
Krankenhausbehandlung	4,2	1,5	2,4	2,9	0,4	1,8	1,0	2,9	1,1	
Ärztliche Behandlung	4,2	2,2	1,9	1,4	2,0	1,5	1,8	1,9	2,5	
Zahnärztliche Behandlung	2,9	8,6	1,2	-9,0	1,1	2,4	3,3	-0,9	2,8	
Arzneimittel	9,8	6,6	-3,7	5,4	8,4	4,8	11,0	5,0	3,3	
Heil- und Hilfsmittel	5,8	9,4	-5,4	10,5	-3,4	3,0	3,5	6,6	4,3	
Rehabilitation	18,3	3,6	-18,4	11,2	7,9	2,2	-0,8	-0,6	-3,5	
Fahrtkosten	9,9	5,1	1,7	5,1	7,7	3,8	5,1	6,9	3,4	
Krankengeld	15,6	-1,1	-20,6	-4,6	1,4	-1,2	9,3	-2,0	-7,8	
Sterbegeld	-1,0	1,6	-2,8	-1,3	-0,6	-2,0	-1,8	-0,8	-44,8	
Verwaltungsausgaben	2,3	6,7	-1,4	5,6	5,2	1,7	4,7	4,9	2,3	
Ausgaben insgesamt	5,6	3,2	-2,1	1,7	2,7	2,2	3,7	3,0	1,4	
Nachrichtlich:										
Grundlohnsumme	.	1,4	0,7	1,0	2,1	2,1	1,4	0,5	-0,6	
Mitglieder	0,2	0,2	0,0	-0,3	0,5	0,2	-0,1	0,0	-0,4	
Versicherte	0,2	0,4	-0,4	-0,5	0,0	-0,1	-0,4	-0,3	-0,5	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, GKV-Statistiken KJ1 und KM1 sowie eigene Berechnungen. — 1 Beitragseinnahmen im Jahr 2003 einschl. Beiträge für Mini-Jobs in Höhe von schätzungsweise 0,9 Mrd €. — 2 Ohne Zahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. — 3 Ohne Dialyse-Sachkosten. — 4 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von

Sonstigen. — 5 Einschl. Dialyse-Sachkosten, ohne Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen. — 6 Ab 2001 einschl. Einnahmen und Ausgaben für den Risikopool. — 7 Im Jahr 2003 ohne Beiträge für Mini-Jobs. — 8 Einschl. beitragspflichtige Einnahmen der Rentner. — 9 Einschl. Berlin-Ost. — 10 Werte bis 1998 umgerechnet mit dem unwiderrechtlichen Euro-Umrechnungskurs von 1,95583 DM.

Deutsche Bundesbank

Grundtendenzen der Finanzentwicklung seit 1995

*Defizite
führten zur
Verschuldung*

Die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung unterlagen seit Mitte der neunziger Jahre erheblichen Schwankungen (vgl. nebenstehendes Schaubild).⁵⁾ Nach Defiziten von rund 3 ½ Mrd € in den Jahren 1995 und 1996 ergaben sich in den folgenden vier Jahren leichte Überschüsse. Seit dem Jahr 2001 kam es jedoch wieder zu Defiziten zwischen 3 Mrd € und 3 ½ Mrd €. Da die Rücklagen nach den Defiziten Mitte der neunziger Jahre bereits das gesetzliche Minimum von einer viertel Monatsausgabe kaum noch übertrafen, konnten die neuerlichen Deckungslücken vielfach nur durch Kreditaufnahmen finanziert werden, was einen Schuldenstand von (netto) 6 Mrd € Ende 2003 zur Folge hatte.⁶⁾

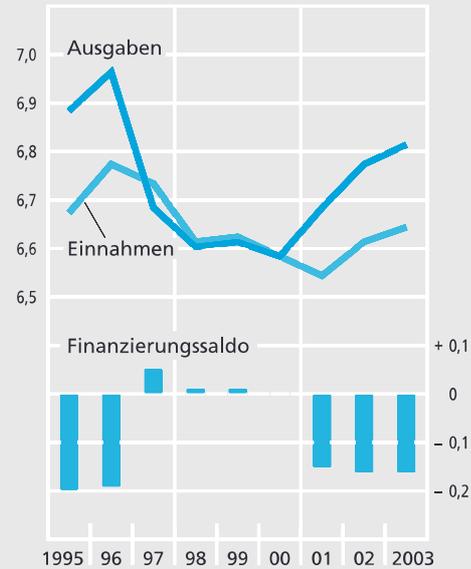
Bereits in den Jahren 1996 bis 1998 hatten Kassen in den neuen Bundesländern Zuflucht zu gesetzlich nicht vorgesehenen Kreditaufnahmen gesucht. Mit dem „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ von 1998 wurde daraufhin zunächst für die Jahre 1999 bis 2001 der Risikostrukturausgleich auf Gesamtdeutschland ausgedehnt. Mit dem Anfang 1999 in Kraft getretenen „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ wurde dieser unbefristet weitergeführt. Die daraus resultierenden West-Ost-Transfers sollten es den ostdeutschen Kassen ermöglichen, ihre Verschuldung wieder abzubauen (vgl. hierzu und zum Risikostrukturausgleich im Allgemeinen die Übersicht auf S. 20).

*Einnahmenschwäche
dominiert*

Die insgesamt negative Finanzentwicklung seit Mitte der neunziger Jahre ist in erster Linie auf die schwache Entwicklung der bei-

Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung

in % des BIP



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KJ1-Statistik und eigene Berechnung.

Deutsche Bundesbank

tragspflichtigen Einkommen (Grundlöhne) zurückzuführen. Diese wuchsen seit 1995 nur um 1,1 % pro Jahr. Dadurch sank ihr Anteil am BIP von 48,7 % auf 44,8 %. Nur durch eine Anhebung der Beitragsätze von 13,2 % auf 14,4 % in den alten und von 12,8 % auf 14,1 % in den neuen Bundesländern konnte die Relation der Einnahmen zum BIP bei etwa 6,7 % gehalten werden.

Die Einnahmenschwäche resultierte zum einen aus dem relativ niedrigen Anstieg der gesamten Bruttolöhne und -gehälter. Hinzu kam freilich, dass die beitragspflichtigen Ein-

*Abkopplung
der Beitrags-
bemessungs-
grundlage von
der Lohn-
entwicklung*

⁵⁾ Zur Entwicklung in früheren Jahren vgl.: Deutsche Bundesbank, Neuere Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Januar 1991, S. 26 ff.

⁶⁾ Brutto, d. h. ohne Verrechnung mit positiven Rücklagen einzelner Kassen, belief sich der Schuldenstand Ende 2003 auf 8,3 Mrd €.

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem „Gesundheitsstrukturgesetz 1992“ sollte auch der Wettbewerb unter den Kassen intensiviert werden. So wurde ab 1996 das Recht zur freien Kassenwahl auf alle Versicherten ausgedehnt. Obgleich die Krankenkassen einem Kontrahierungszwang unterliegen, wurde doch eine Selektion in gute und schlechte Risiken befürchtet. Um dies zu vermeiden, wurde 1994 ein Risikostrukturausgleich eingeführt, der die Komponenten beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder, Alter, Geschlecht und Invalidität der Versicherten umfasst.

Bis 1998 war der Risikostrukturausgleich strikt in die zwei Rechnungskreise West und Ost getrennt. Mit dem „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ von 1998 wurde erstmals eine Ausweitung auf einen gesamtdeutschen Finanzausgleich eingeleitet. Dieser sollte ursprünglich bis Ende 2001 befristet sein und vor allem dazu dienen, die Verschuldung der Ost-Kassen wieder zu beseitigen. Außerdem wurde hiermit lediglich ein Ausgleich der Finanzkraft, nicht jedoch des Beitragsbedarfs zwischen Ost und West angestrebt.

Der Beitragsbedarf einer Kasse entspricht der Summe der „standardisierten Leistungsausgaben“ je Versicherten. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten unterscheiden sich dabei nach Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und gegebenenfalls Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Rechnerisch ergibt sich der Beitragsbedarf der Kasse i (BB_i) als Summe der standardisierten Leistungsausgaben je Risikoklasse j (sLA_j) multipliziert mit den kassenspezifischen Besetzungszahlen (n_j^i):

$$BB_i = \sum_j sLA_j \cdot n_j^i$$

Die Finanzkraft einer Kasse ergibt sich, indem der „Ausgleichsbedarfssatz“ (ABS) als Quotient aus Beitragsbedarfssumme aller Kassen und Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder quasi als „standardisierter Beitragssatz“ mit der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der betrachteten Kasse (bpE_i) multipliziert wird:

$$FK_i = bpE_i \cdot ABS, \text{ mit } ABS = \frac{\sum_i BB_i}{\sum_i bpE_i}$$

Mit dem Risikostrukturausgleich wird ein Ausgleich von Beitragsbedarf und Finanzkraft herbeigeführt. Ob eine Kasse Nettozahler oder -empfänger ist, hängt davon ab, ob ihre Finanzkraft größer oder kleiner ist als ihr Beitragsbedarf.

Das „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ sah lediglich einen einheitlichen gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatz vor, nicht jedoch eine Vereinheitlichung der standardi-

sierten Leistungsausgaben. Da die absoluten Pro-Kopf-Ausgaben im Osten zwar unter denen des Westens liegen, das Verhältnis zwischen Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen im Osten jedoch ungünstiger ist, fällt der bundesweite Ausgleichsbedarfssatz niedriger als der ausschließlich für den Osten und größer als der ausschließlich für den Westen ermittelte Wert aus. Hierdurch wird dem Westen eine höhere, dem Osten hingegen eine niedrigere Finanzkraft zugewiesen. Die so ermittelte Finanzkraft der ostdeutschen Kassen liegt damit praktisch durchweg unter ihrem isoliert ermittelten Beitragsbedarf. Mit dem Finanzausgleich werden die Unterschiede in den durchschnittlichen beitragspflichtigen Entgelten in den alten und neuen Bundesländern ausgeglichen.

Mit dem „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ von 1998 wurde die Befristung aufgehoben und mit dem „Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV“ von 1999 ein stufenweiser Übergang zu einem gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich bis zum Jahr 2007 geregelt. Damit ist der Ausgleich auch der Beitragsbedarfe zwischen Ost und West eingeleitet. Die gesamtdeutschen standardisierten Leistungsausgaben dürften geringer ausfallen als im Westen und höher als im Osten. Damit wird der Beitragsbedarf im Osten erhöht und im Westen verringert, was zusätzliche West-Ost-Transfers zur Folge haben wird.

Mit dem allmählichen Übergang zu einem vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich kommt es zu einer Vereinheitlichung der „standardisierten Beitragssätze“. Da aber nicht alle Ausgabenkategorien (z.B. Verwaltungsausgaben, Kuren) in den Ausgleich einbezogen sind, verbleibt den Kassen auf diesen Gebieten volle Wettbewerbsfreiheit. Der Risikostrukturausgleich bewirkt ein (beabsichtigtes) Desinteresse der Kassen an der Selektion ihrer Versicherten im Hinblick auf gute beziehungsweise schlechte Risiken. Ein Anreiz, die gegebenen Risiken möglichst kostengünstig zu versorgen, bleibt jedoch erhalten.

Mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ von 2001 wurde der Risikostrukturausgleich um einen Risikopool erweitert. Sofern die auf einen Versicherten entfallenden jährlichen Aufwendungen für bestimmte Leistungen einen Schwellenwert übersteigen, wird der darüber hinausgehende Betrag zu 60 % von allen Kassen getragen. Gleichzeitig erhalten jene Kassen einen Zuschuss, die Disease-Management-Programme für bestimmte chronische Krankheiten auflegen. Außerdem soll ab dem Jahr 2007 die Morbidität einer Versichertengemeinschaft nicht mehr indirekt über Hilfsgrößen wie Geschlecht oder Alter bestimmt werden, sondern direkt durch die statistische Erfassung von Morbiditätsunterschieden.

nahmen der Versicherten im Durchschnitt noch um 0,4 Prozentpunkte langsamer wuchsen als diese Größe (vgl. nebenstehendes Schaubild). Hierzu hat der Wechsel gutverdienender Mitglieder zur privaten Krankenversicherung beigetragen.⁷⁾ Außerdem wirkten sich insbesondere Kürzungen der GKV-Beiträge für Arbeitslosenhilfebezieher sowie die seit 2002 mögliche sozialabgabenfreie Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge aus.

Ausgabenquote relativ stabil

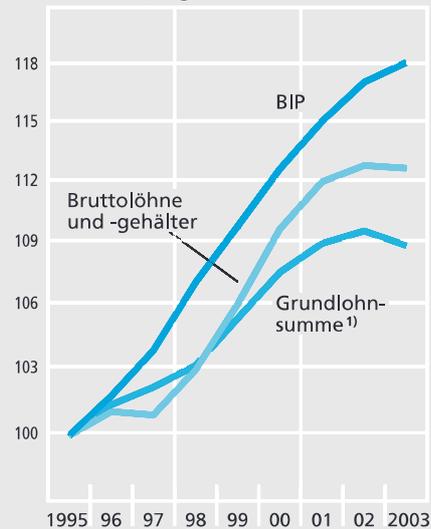
Die Ausgaben sind seit 1995 mit jahresdurchschnittlich 2,0% nicht stärker gestiegen als das nominale BIP, so dass die Quote mit 6,8% nahezu unverändert blieb. In den einzelnen Jahren war die Entwicklung freilich unterschiedlich, wobei gesetzliche Eingriffe eine wichtige Rolle spielten (vgl. die Übersicht auf S. 24 f.). Während die Aufwendungen für die Gesundheitsleistungen um 1,9% wuchsen, nahmen die Verwaltungsausgaben (die im vergangenen Jahr 5,7% der gesamten Ausgaben stellten) jahresdurchschnittlich um 3,7% zu.

Starker Zuwachs bei Arzneimitteln

Unter den bedeutenden Ausgabenkategorien sind die Aufwendungen für Arzneimittel seit Mitte der neunziger Jahre mit 5,0% pro Jahr weitaus am stärksten gestiegen, obwohl in diesem Bereich immer wieder kurzfristig wirkende Maßnahmen zur Kostendämpfung ergriffen wurden (höhere Zuzahlungen der Versicherten, zusätzliche Rabatte von Herstellern, Großhändlern und Apothekern, Erweiterung der einer Festbetragsregelung unterliegenden Arzneimittelpalette, direkte Zahlungen der Pharmaindustrie). Zu dem starken Zuwachs hat beigetragen, dass zunehmend

Bruttoinlandsprodukt, Bruttolöhne und -gehälter und Grundlohnsumme im Vergleich

1995 = 100, log. Maßstab



¹ Beitragspflichtige Einkommen der gesetzlich Krankenversicherten.

Deutsche Bundesbank

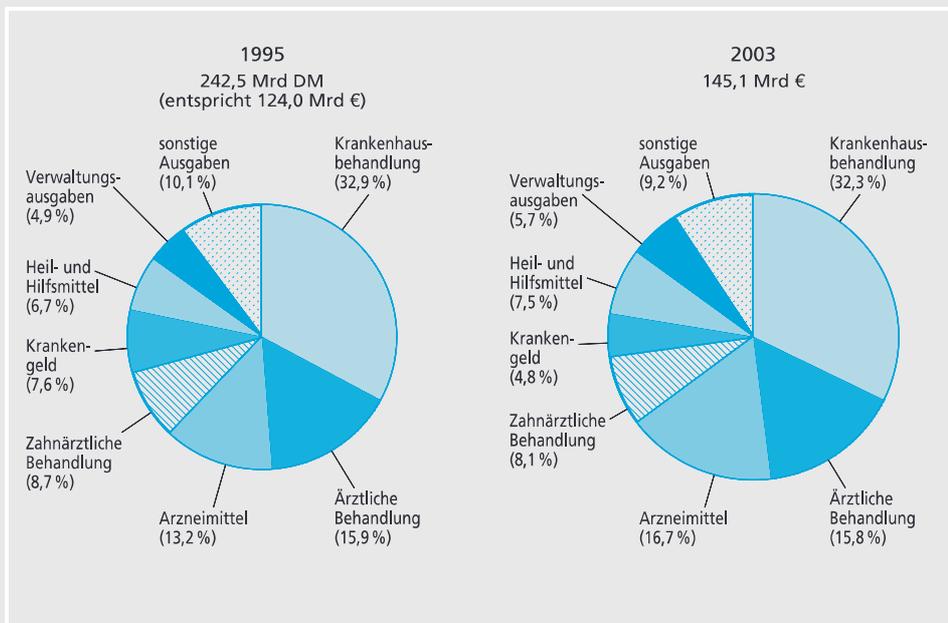
teurere Medikamente verschrieben wurden, die auf Grund ihres Patentschutzes nicht unter die Festbetragsregelung fallen. Mit 3,4% pro Jahr sind auch die – allerdings weniger ins Gewicht fallenden – Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel überproportional gewachsen.

Die anderen großen Ausgabenblöcke wuchsen deutlich schwächer. So nahmen die Aufwendungen für die ambulante ärztliche Versorgung um 1,9% pro Jahr zu. Die Budgetierung in diesem Bereich schreibt zum Zweck der Beitragssatzstabilisierung zwar grundsätzlich eine Orientierung an der Entwicklung der

Wesentlich schwächerer Zuwachs oder Rückgang bei den übrigen bedeutenden Aufwendungen

⁷ Während die Anzahl der GKV-Mitglieder sich zwischen 1995 (50,7 Millionen) und 2003 (50,8 Millionen) kaum veränderte, stieg die Zahl der privat Krankenversicherten im gleichen Zeitraum von 6,9 Millionen auf 8,1 Millionen.

Struktur der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KJ1-Statistik.

Deutsche Bundesbank

Grundlöhne vor, über den gesamten Zeitraum hinweg wuchsen diese Ausgaben jedoch schneller. Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung erhöhten sich um 1,7 % pro Jahr. Kostendämpfend wirkte sich hier neben den Budgetierungen vor allem eine deutliche Verkürzung der Behandlungsdauer aus. Trotz insgesamt steigender Fallzahlen ging deshalb die Summe der Behandlungstage im Krankenhaus zurück. Sehr moderat entwickelten sich seit 1995 die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung (einschl. Zahnersatz), die zwischen 1995 und 2003 um durchschnittlich 1,1 % pro Jahr wuchsen. Im Unterschied zu den übrigen Ausgabenkategorien sanken die Aufwendungen für das Krankengeld zwischen 1995 und 2003 um jahresdurchschnittlich 3,7 %. Hierfür waren vor allem dessen Kürzung von 80 % auf 70 % des Bruttolohns

ab 1997, aber auch die deutliche Verringerung des Krankenstandes von 5,1 % auf 3,6 %⁸⁾ ausschlaggebend.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen wuchsen mit 3,7 % pro Jahr wesentlich schneller als die Leistungsausgaben. Hierzu trug allerdings auch bei, dass immer weniger Arbeitgeber bereit sind, die Verwaltungskosten ihrer Betriebskrankenkassen unmittelbar zu tragen. Wären die Verwaltungskosten je Mitglied in den Betriebskrankenkassen nicht stärker gestiegen als in den übrigen Kassen, hätte sich freilich immer noch ein deutlich über den Leistungsausgaben liegender jahresdurchschnittlicher Zuwachs von 2,7 % ergeben. Dabei dürfte auch von Bedeutung sein,

*Verwaltungs-
kosten*

⁸ Arbeitsunfähig kranke Pflichtmitglieder in Prozent der Pflichtmitglieder ohne Rentner.

dass die von Abwanderungen betroffenen Kassen ihre Verwaltungskapazitäten nicht hinreichend schnell anpassen konnten.

Die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Leistungsarten erlaubt allerdings keinen eindeutigen Rückschluss auf Fehlentwicklungen. So stehen die Leistungsbereiche zum Teil in einem Substitutionsverhältnis. Wird beispielsweise die stationäre durch die ambulante Behandlung ersetzt, müssen sich auch die Ausgabenanteile verschieben (zur Ausgabenstruktur vgl. das Schaubild auf S. 22).

Gesundheitsreform 2004

Finanzielles Entlastungs- volumen

Mit der jüngsten Gesundheitsreform („GKV-Modernisierungsgesetz“) wurde erneut der Versuch unternommen, der ungünstigen Finanzentwicklung und dem Druck steigender Beitragssätze entgegenzuwirken (vgl. zu den Maßnahmen die Übersicht auf S. 24 f.). Im Gesetzentwurf war allein für das laufende Jahr eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen in Höhe von fast 10 Mrd € beziehungsweise einem Beitragssatzprozentpunkt veranschlagt worden. Die zusätzliche Ausgliederung der Zahnersatzleistungen und die erste Erhöhungsstufe des neuen Bundeszuschusses sollen den Entlastungseffekt im Jahr 2005 auf gut 15 Mrd € steigen lassen. Im Jahr 2006 wird der Bundeszuschuss noch einmal um 1,7 Mrd € erhöht. Außerdem wird ab dem Jahr 2006 ein Sonderbeitrag der Mitglieder von 0,5 % eingeführt, der eine Umverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bewirkt.

Im Jahr 2004 sollte als Folge der gesetzlichen Maßnahmen der durchschnittliche Beitragssatz von 14,3 % auf 13,6 % sinken. Aus heutiger Sicht dürfte dieser Wert freilich bei weitem nicht erreicht werden. Das Defizit des Jahres 2003 von 3,4 Mrd € zeigt, dass auch der Beitragssatz von 14,3 % nicht ausgaben-deckend war. Wären die Schulden vollständig in diesem Jahr zu tilgen und außerdem die Rücklagen wieder auf ihr gesetzliches Minimum aufzufüllen gewesen, hätte dies ohne Reform einen Satz von gut 15 ½ % erfordert. Die erwartete Entlastung durch das „GKV-Modernisierungsgesetz“ und die hier ebenfalls geregelte Streckung des Schuldenabbaus auf vier Jahre reduzieren den Beitragsbedarf zwar um 1 ½ Prozentpunkte. Ein Beitragssatz von unter 14 % im Jahresdurchschnitt erscheint dennoch im laufenden Jahr kaum erreichbar. Dies schließt freilich nicht aus, dass bis zum Jahresende ein Rückgang unter 14 % erfolgen kann.

Im ersten Vierteljahr 2004 erzielten die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss von 1,1 Mrd €⁹⁾ im Vergleich zu einem Defizit von 0,6 Mrd € ein Jahr zuvor. Die Einnahmen wuchsen um 1,5 %. Dabei erhöhten sich die Beitragseinnahmen mit 2,0 % etwas stärker, was vor allem auf die erweiterte Beitragspflicht für Betriebsrenten zurückzuführen sein dürfte. Die Ausgaben blieben um 3,6 % unter ihrem Vorjahrsniveau. Besonders stark war der Rückgang bei den Arzneimitteln, den

*Potenzial zur
Senkung der
Beitragssätze*

*Finanz-
entwicklung im
ersten Quartal
2004...*

⁹ In diesem Saldo sind (auf der Basis der Angaben aus dem Risikostrukturausgleich) geschätzte Beitragseinnahmen für „Mini-Jobs“ in Höhe von 0,4 Mrd € berücksichtigt. Diese Beiträge werden in den Finanzstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung nicht als „Beiträge“, sondern als Einnahmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs gebucht.

Wichtige finanzwirksame Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1995

Beitragsentlastungsgesetz (1996)

Festschreibung des Beitragssatzes bis Ende 1996, Beitragssatzsenkung zum 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte.

Höhere Zuzahlungen für Arzneimittel.

Kürzungen bei Kuren (grundsätzlich nur noch drei statt vier Wochen, in Abständen von vier statt drei Jahren).

Senkung des Krankengeldes von 80 % auf 70 % des zuvor bezogenen Bruttoarbeitsentgelts (max. 90 % des vorherigen Nettoarbeitsentgelts).

Kein Zuschuss zum Zahnersatz für nach 1978 Geborene.

1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997)

Höhere Selbstbeteiligung und außerordentliches Kündigungsrecht im Fall von Beitragssatzerhöhungen.

Großzügigere Härtefallregelung für chronisch Kranke, Senkung der Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % ihrer Bruttoeinkommen.

Generelle Anhebung der Zuzahlungen.

Umstellung beim Zahnersatz von prozentualen Zuschüssen auf Festzuschüsse.

Option zur Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte.

„Krankenhausnotopfer“ in Höhe von 20 DM je Mitglied für die Jahre 1997 bis 1999.

Lockerung der Budgetierung im Krankenhausbereich sowie für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

GKV-Finanzstärkungsgesetz (1998)

Nachträgliche, bis Ende 1998 befristete Legalisierung der Schuldenaufnahme der ostdeutschen Kassen.

Auf den Finanzkraftausgleich begrenzte Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf Gesamtdeutschland für die Jahre 1999 bis 2001, um ostdeutschen Kassen die Entschuldung zu erleichtern.

GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1998)

Aufhebung des Kopplungsmechanismus von höheren Beitragssätzen und höheren Zuzahlungen.

Kürzung von Zuzahlungen.

Erstattung von Zahnersatzleistungen auch an nach 1978 Geborene, (Rück-)Umstellung von Festzuschüssen auf prozentuale Zuschüsse.

Option zur Kostenerstattung nur noch für freiwillig Versicherte.

Abschaffung des „Krankenhausnotopfers“.

Striktere Budgetierung für Krankenhäuser sowie die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

„Entfristung“ des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs.

Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV (1999)

Schrittweiser Übergang zum vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich (Ausgleich von Finanzkraft und Beitragsbedarf) durch allmähliche Annäherung der standardisierten Leistungsausgaben in den neuen Bundesländern an das Westniveau.

Vereinheitlichung der Beitragsbemessungsgrenze in West- und Ostdeutschland ab 2001.

GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999)

Vereinbarungen über Leistungsvergütungen sollen sich grundsätzlich an der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen orientieren.

Beschränkung der Rückkehrmöglichkeiten für privat Krankenversicherte in die gesetzliche Krankenversicherung.

Gesetz zur Neuregelung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse (1999)

Einführung von Renten- (12 %) und Krankenversicherungsbeiträgen (10 %) für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse.

Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz (2000)

Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslosenhilfebezieher von 80 % ihres vorherigen Bruttoentgelts auf 58 % ab 1. Januar 2001.

Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (2001)

Abschaffung des Kollektivregresses auf die Ärzte im Fall von Budgetüberschreitungen. Sanktionierung bleibt Selbstverwaltung überlassen.

Festbetrags-Anpassungsgesetz (2001)

Vorübergehende Ermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums zur Bestimmung der Arzneimittel-Festbeträge (bis 2003).

Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte (2001)

Vereinheitlichung des Kassenwahlrechts freiwillig Versicherter und Pflichtversicherter ab dem 1. Januar 2002. Für alle Versicherten ist der Kassenwechsel zum Ende des übernächsten Kalendermonats mit anschließender 18-monatiger Bindung an die Krankenkasse möglich. Sonderkündigungsrecht im Fall von Beitragssatzerhöhungen bleibt bestehen.

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (2001)

Förderung von Disease-Management-Programmen für ausgewählte chronische Krankheiten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (ab 2002).

Einrichtung eines Risikopools zur teilweisen Deckung von außergewöhnlich hohen Aufwendungen einzelner Krankenkassen für bestimmte Versicherte (ab 2002).

Umstieg auf einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bis 2007.

Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarverhandlungen für Ärzte und Zahnärzte (2001)

Übergang zum einheitlichen Wohnortprinzip, das heißt, die Kassen treffen die Vereinbarungen über die Gesamtvergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsbereich die Mitglieder wohnen.

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (2002)

Aut-idem-Regelung, das heißt, die Apotheker sind – sofern der verordnende Arzt nicht ausdrücklich ein bestimmtes Medikament vorschreibt – zur Abgabe eines preisgünstigeren wirkstoffgleichen Medikaments verpflichtet.

Die ursprünglich vorgesehene zeitlich befristete Senkung der Arzneimittelpreise wurde zu Gunsten einer pauschalen Abschlagszahlung der pharmazeutischen Industrie aufgegeben.

Anhebung des Apothekenrabatts von 5 % auf 6 %.

Fallpauschalengesetz (2002)

Einbindung der Fallpauschalen in die Finanzierung der Krankenhäuser für eine Übergangsphase bis 2006. Seit 2003 können Krankenhäuser auf der Basis von Fallpauschalen abrechnen, ab 2004 ist dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser verbindlich.

Beitragssatzsicherungsgesetz (2002)

Zusätzliche Rabatte der Apotheker, Großhändler und der pharmazeutischen Industrie.

Anhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Halbierung des Sterbegeldes.

Vorgabe einer Nullrunde im Jahr 2003 für die Krankenhausbehandlung sowie die ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Ausnahme: Krankenhäuser, die nach Fallpauschalen abrechnen.

Kürzung der Preise für zahntechnische Leistungen um 5 %.

Grundsätzliche Festschreibung der Beitragsätze für das Jahr 2003.

12. SGB V-Änderungsgesetz (2002)

Grundsätzliche Einbeziehung von patentgeschützten Arzneimitteln in die Festbetragsregelung.

Deckelung der Verwaltungskosten im Jahr 2003 auf dem Niveau des Jahres 2002.

Erstes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2002)

Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslosenhilfebezieher von 58 % ihres vorherigen Bruttoentgelts auf die Höhe der gezahlten Arbeitslosenhilfe ab 1. Januar 2003.

Zweites Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2002)

Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse („Mini-Jobs“) und der darauf beruhenden Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung (11 %).

GKV-Modernisierungsgesetz (2003)

Ausgrenzung bestimmter Leistungen

- Vollständige Abschaffung des Sterbegeldes und des Entbindungsgeldes.
- Grundsätzlich keine Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten mehr.
- Grundsätzlich keine Beteiligung an den Kosten für Sehhilfen mehr.
- Kürzungen bei der künstlichen Befruchtung.
- Kosten für Sterilisation sind grundsätzlich vom Versicherten zu tragen.
- Grundsätzlich keine Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung mehr.

Zuzahlungsanhebungen

- Grundsätzlich zehnpromtente Zuzahlung auf alle Leistungen bis zu 10 € je Leistung. Die Mindestzuzahlung beträgt 5 €.
- Praxisgebühr von 10 € pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt.
- Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung und Anschlussheilbehandlung von 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr.

Auf Versorgungsbezüge, insbesondere Betriebsrenten, ist ab 2004 statt dem halben der volle Beitrag zu entrichten. Einmal-auszahlungen werden – auf zehn Jahre verteilt – beitragspflichtig.

Auf das Jahr 2004 befristete Anhebung des Herstellerrabatts für verschreibungspflichtige, nicht dem Festbetrag unterliegende Arzneimittel von 6 % auf 16 %.

Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen in die Festbetragsregelung.

Grundsätzliche Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskosten je Versicherten auf die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohn) bis 2007.

Ausgliederung des Zahnersatzes: Zahnersatzleistungen werden ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen. Diese müssen eine Zusatzversicherung anbieten, deren einkommensunabhängiger Beitrag allein von den Mitgliedern zu zahlen ist. Die Zusatzversicherung kann auch bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen werden.

Ab 2006 wird ein Sonderbeitrag von 0,5 % erhoben, der ausschließlich von den Mitgliedern zu zahlen ist.

Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen in Höhe von 1 Mrd € im Jahr 2004, 2,5 Mrd € im Jahr 2005 und 4,2 Mrd € ab dem Jahr 2006.

Neuregelung der ärztlichen Vergütung: Ab 2007 soll die Budgetierung für ärztliche Leistungen durch arzt spezifische Regelleistungsvolumina ersetzt werden. Innerhalb dieser Regelleistungsvolumina wird ein fester Punktwert gezahlt. Bei Überschreiten erfolgt eine degressive Staffelung.

Neuregelungen im Apothekenbereich

- Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung. Die Apotheken erhalten künftig einen geringeren prozentualen Aufschlag und statt dessen einen höheren absoluten Betrag pro Packung.
- Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln.
- Begrenzte Aufhebung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken (maximal drei Filialen).

Option zur Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte.

Alle Sozialhilfeempfänger werden künftig wie GKV-Versicherte behandelt. Die Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten. Die Sozialhilfeträger erstatten ihnen diese Kosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 5 %.

Die verschuldeten Kassen müssen ihre Verbindlichkeiten in den Jahren 2004 bis 2007 zu jeweils mindestens einem Viertel abbauen.

Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2003)

Regelung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von „Arbeitslosengeld II“ ab 2005 (36,2 % der monatlichen Bezugsgröße).

Heil- und Hilfsmitteln, dem Krankengeld sowie den Fahrkosten. Außerdem entfällt das Sterbegeld ab diesem Jahr vollständig. Zuwächse waren hingegen bei der ärztlichen Behandlung, dem Zahnersatz und der Krankenhausbehandlung zu verzeichnen.

... und im
Gesamtjahr

Diese Ergebnisse deuten bereits darauf hin, dass die Gesundheitsreform beachtliche Entlastungseffekte zur Folge hat. Allerdings wurde die Verbesserung im ersten Quartal 2004 dadurch überzeichnet, dass es insbesondere bei den Arzneimitteln sowie den Heil- und Hilfsmitteln zum Jahresende 2003 zu erheblichen Vorzieheffekten gekommen war. Andererseits fließen im weiteren Jahresverlauf noch die zusätzlichen Bundesmittel in Höhe von 1,0 Mrd € an die Krankenkassen. Insgesamt ist im laufenden Jahr mit einem Überschuss zu rechnen.

Herausforderungen und Reformoptionen

Weitere Schritte
erforderlich

Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ wurden wichtige Schritte zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten gemacht. Die Stabilisierung der Beitragssätze wird nicht nur durch Rationierung von Leistungen und administrative Preissetzungen zu erreichen versucht, sondern insbesondere über Eigenbeteiligungen auch mit Anreizen verbunden, die das Kostenbewusstsein stärken und über eine engere Verknüpfung von Preis und Leistung eine effizientere Verwendung der Ressourcen des Gesundheitswesens erwarten lassen. Weitgehend beibehalten wurde jedoch die enge Anbindung der Beitragsfinanzierung an die Arbeitseinkommen. Auch

wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sowie den Leistungserbringern nur wenig intensiviert. Probleme zeichnen sich schließlich mit Blick auf die absehbaren demographischen Veränderungen ab.

Die Gesundheitsreformen der Vergangenheit dienten vor allem dazu, den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen. Dem stehen jedoch die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen infolge des wachsenden Wohlstands und des gesellschaftlichen Alterungsprozesses sowie Kostensteigerungen auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts gegenüber. Kostendämpfungsmaßnahmen sind daher – nach Ausschöpfung noch vorhandener Rationalisierungsreserven – mit Leistungseinschränkungen der gesetzlichen Krankenkassen verbunden. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht stellt sich vor allem die Frage, wie die der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesenen Aufgaben so organisiert und finanziert werden können, dass – unter Wahrung verteilungspolitischer Aspekte – Allokationsverzerrungen möglichst vermieden werden.

*Kosten-
dämpfungs-
maßnahmen
auf Dauer
unzureichend*

Die hohen lohnbezogenen Beiträge und die fehlende Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen zu erheblichen Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt. So verringern sich die Anreize zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Auch sinkt die Bereitschaft der Arbeitgeber, diese anzubieten – wenn die Belastungen nicht unmittelbar und vollständig auf den Arbeitnehmer überwältigt werden können. Eine Verteuerung des inländischen Faktors Arbeit hat Substitutions-

*Verzerrungen
auf dem
Arbeitsmarkt*

effekte zu Gunsten des Faktors Kapital in Form von Rationalisierungen oder zu Gunsten des ausländischen Faktors Arbeit in Form von Produktionsverlagerungen zur Folge. Zudem kommt es im Inland zu Verzerrungen zum Vorteil nicht versicherungspflichtiger Tätigkeiten.

*GKV-Moder-
nisierungs-
gesetz
verringert
negative
Beschäftigungs-
anreize*

Mit der Gesundheitsreform 2004 wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung etwas beschäftigungsfreundlicher ausgestaltet. So wird die Zahnersatzversicherung künftig separat über einkommensunabhängige Prämien finanziert. Die Verlagerung der bislang paritätischen Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmer durch den Sonderbeitrag ab dem Jahr 2006 könnte ebenfalls beschäftigungsfördernd wirken, wenn das Arbeitsangebot weniger stark auf die Erhöhung des Arbeitnehmeranteils reagiert als die Arbeitsnachfrage auf die Senkung des Arbeitgeberanteils und diese Gewichtsverlagerung in den kommenden Lohnrunden nicht wieder ausgeglichen wird. Auch der steuerfinanzierte Bundeszuschuss reduziert die Beitragslast. Allerdings erfordert seine Finanzierung Steuererhöhungen an anderer Stelle. Im konkreten Fall wurden zu diesem Zweck die Tabaksteuertarife deutlich angehoben, was freilich nicht das zunächst erhoffte Mehraufkommen erbringen wird.

*Vorschläge
für weiter
reichende
Reformansätze*

Weiter gehende Vorschläge zur Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung reichen von der Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auch auf andere Einkunftsarten und der Einbeziehung zusätzlicher Personen in die Versicherungspflicht bis zur Umstellung auf einkommens-

unabhängige Versicherungsprämien in Verbindung mit einer Steuerfinanzierung der gewünschten Umverteilungselemente.

Von einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von gegenwärtig 3 487,50 € pro Monat beispielsweise auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung (5 150 €) wären jährliche Mehreinnahmen von rund 4 Mrd € zu erwarten, womit der Beitragssatz um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden könnte. Dieser allgemeinen Entlastung stünde dann freilich eine deutliche Mehrbelastung der Bezieher höherer Arbeitseinkommen von bis zu 230 € pro Monat (einschl. Arbeitgeberanteil) gegenüber. Entlastet würden hingegen untere Einkommensklassen. Hinsichtlich der möglichen Beschäftigungseffekte ist zu berücksichtigen, dass auch die große Gruppe der Rentner profitieren würde, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen.

*Anhebung der
Beitrags-
bemessungs-
grenze*

Die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragspflicht zielt vor allem auf Kapital- und Mieteinkünfte ab. Auch in diesem Fall kommt es zu Einkommensumverteilungseffekten. In dem Maße, wie die Beitragsbemessungsgrundlage tatsächlich ausgeweitet werden kann, bestünde ein Potenzial für Beitragssatzsenkungen. Geschmälert würden freilich die Anreize zur privaten Altersvorsorge, die vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung erforderlich sind und beispielsweise im Rahmen der „Riester-Rente“ auch mit erheblichen öffentlichen Mitteln gefördert werden. Auch würden die Bestrebungen im Rahmen der „Steueramnestie“ geschwächt, dem Fiskus entzogene Kapi-

*Einbeziehung
weiterer
Einkunftsarten
in die Beitrags-
pflicht*

talanlagen zu repatriieren. Angesichts der hohen Mobilität des Faktors Kapital dürfte dessen zusätzlicher Besteuerung letztlich auch nur ein beschränkter Erfolg beschieden sein. Hinzu käme ein erheblicher administrativer Aufwand, der mit der zusätzlichen Erfassung dieser Erträge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden wäre.

Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Versicherungspflicht

Die Einbeziehung von bislang privat Versicherten¹⁰⁾ führt nicht nur zu einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage, sondern hat auch zusätzliche Ausgaben für diese Personengruppen zur Folge. Ein Beitragssatzsenkungspotenzial ergibt sich nur insoweit, als die neu hinzukommenden Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung Nettozahler wären. Auf Grund rechtlicher Erwägungen käme die neue Versicherungspflicht möglicherweise nur für Berufseinsteiger in Betracht, womit spürbare Beitragssatzeffekte allenfalls in fernerer Zukunft zu erwarten wären.

Beitragssatzeffekte einer „Bürgerversicherung“

Die Ansätze zur Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage werden unter dem Oberbegriff „Bürgerversicherung“ subsumiert. Allerdings sind hier vielfältige weitere Gestaltungsmöglichkeiten denkbar, so dass der Begriff keineswegs eindeutig ist. Berechnungen weisen bei Einbeziehung aller bisher privat Versicherten ein Potenzial für Beitragssatzsenkungen der „Bürgerversicherung“ (ohne Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze) von insgesamt 1,3 Prozentpunkten aus.¹¹⁾ Die Einbeziehung der besser verdienenden Arbeitnehmer, der Selbständigen und der Beamten würde hierzu jeweils 0,2 Prozentpunkte beitragen. Die Ausweitung auf

andere Einkünfte ließe eine Beitragssatzsenkung um 0,8 Prozentpunkte zu. Dagegen erforderte die Mehrbelastung durch die Einbeziehung der bislang privat versicherten Rentner einen um 0,1 Prozentpunkte höheren Beitragssatz. Diese Effekte sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass es im Rahmen dieses Ansatzes nicht um eine Senkung der Beitragssatzlast, sondern um deren Umverteilung geht. Spürbare Beschäftigungsgewinne lassen sich daraus – auch mit Blick auf die von den Erwerbstätigen zu finanzierende Entlastung der Rentner – kaum ableiten.

Einen Vorschlag zur vollständigen Abkopplung der GKV-Beiträge von den Lohneinkommen stellt das Konzept einer pauschalen „Gesundheitsprämie“ dar. Danach müsste jeder Versicherte eine pauschale monatliche Prämie entrichten – unabhängig von seinem individuellen Einkommen. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag würde als Einkommensbestandteil an den Arbeitnehmer ausgezahlt. Zumeist wird eine beitragsfreie Familienmitversicherung für Kinder vorgeschlagen; dagegen hätten beide Ehepartner eine Prämie zu zahlen. Zur Vermeidung übermäßiger Belastungen für untere Einkommensgruppen ist ein sozialer Ausgleich vorgesehen, zum Beispiel in der Form, dass die Belastung mit Beiträgen zur Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens nicht überschreitet. Die

„Gesundheitsprämie“ führt zur Abkopplung der GKV-Finanzierung vom Lohneinkommen

¹⁰ Abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von gegenwärtig 3 862,50 € pro Monat, Selbständige und Beamte können eine substitutive private Krankenversicherung abschließen.

¹¹ Vgl.: S. Sehlen, W.F. Schröder und G. Schiffhorst, Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Gestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, 10. Mai 2004.

Finanzierung des sozialen Ausgleichs könnte zum großen Teil durch die Besteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils erfolgen, was höhere Einkommensklassen stärker belasten würde. Allerdings wären darüber hinaus noch weitere Finanzierungsmittel erforderlich. Die Wohlstands- und Verteilungseffekte hängen dann von der genauen Ausgestaltung dieser Finanzierung ab. Insgesamt würde jedoch an die Stelle einer gesonderten Lohnbesteuerung, wie sie die gegenwärtige GKV-Finanzierung darstellt, ein verzerrungsfreier „Krankenversicherungspreis“ treten. Der gewünschte Solidarausgleich würde sachgerechter als bisher aus dem Steueraufkommen finanziert. Dies rief zwar neue Verzerrungen hervor. Die damit verbundene Umverteilung wäre aber transparenter, könnte zielgerichteter erfolgen und vermutlich enger begrenzt werden, so dass die Verzerrungen geringer ausfallen würden.

*Aktueller
Reform-
vorschlag*

Ein am 15. Juli 2004 vorgestelltes Gutachten enthält Vorschläge für eine konkrete Umstellung auf ein Gesundheitsprämien-Modell und stellt Finanzierungsalternativen für den interpersonellen Solidarausgleich zur Diskussion.¹²⁾ Dabei wird davon ausgegangen, dass der Leistungsumfang auf die Pflichtleistungen konzentriert und die Versicherung des Krankengeldes ausgegliedert wird. Unter diesen Voraussetzungen wäre für jeden erwachsenen GKV-Versicherten im Durchschnitt aller Kassen eine Gesundheitsprämie von 169 € pro Monat erforderlich. Hinzu käme eine steuerfinanzierte Kinderpauschale von 78 €. Diese könnte durch die Steuermehreinnahmen infolge der Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags finanziert wer-

den. Der soziale Ausgleich sieht eine Belastungsobergrenze von 12,5 % der Bruttoeinkünften der Versicherten vor. Zur Finanzierung der Prämienzuschüsse wären danach zusätzliche Steuermittel in Höhe von 22,5 Mrd € erforderlich. Dazu müsste beispielsweise der Solidaritätszuschlag um 11,9 Prozentpunkte erhöht und damit mehr als verdreifacht oder der Umsatzsteuer-Regelsatz um 2,5 Prozentpunkte angehoben werden. Sofern eine „kasseninterne“ Finanzierung vorgezogen wird, käme neben der Pauschalprämie ein zusätzlicher einkommensabhängiger GKV-Beitrag von 2,9 % in Betracht. Mit diesen Reformvorschlägen wird das hohe Umverteilungsvolumen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung offen gelegt. Dessen Finanzierung allein aus Steuermitteln wäre mit gesamtwirtschaftlichen Problemen verbunden.

Im Hinblick auf die demographischen Veränderungen wird oftmals auch eine verstärkte Kapitaldeckung in der Krankenversicherung vorgeschlagen. Damit wird in der privaten Krankenversicherung versucht, die Prämien trotz des mit zunehmendem Alter steigenden individuellen Ausgabenbedarfs stabil zu halten. In einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem mit alterskonzentrierten Ausgaben ist eine Umstellung auf Kapitaldeckung freilich mit einer Zweifachbelastung der Übergangsgeneration verbunden, weil diese sowohl eigene Rücklagen aufbauen als auch die Ausgaben derjenigen zu weiten Teilen finanzieren muss, die selbst noch keine ausreichenden eigenen Rücklagen gebildet

*Möglichkeiten
einer Kapital-
deckung*

¹²⁾ Vgl.: B. Rürup und E. Wille, Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Juli 2004.

haben. Diese Zusatzlast ist einer möglichen höheren Rendite bei Kapitaldeckung gegenüberzustellen.¹³⁾ Gegen eine kollektive Rücklagenbildung spricht, dass in der Vergangenheit für bestimmte Zwecke gebildete Rücklagen oftmals vorzeitig aufgelöst wurden.

Eine kapitalgedeckte Vorsorge kann dazu beitragen, die demographisch bedingten Mehrbelastungen in der Zukunft zum Teil in die Gegenwart zu verlagern. Dazu wäre jedoch keine Kapitaldeckung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. So könnte eine zusätzliche private Altersvorsorge in Form einer kapitalgedeckten Rentenversicherung erfolgen, mit der künftig höhere Versicherungsprämien für ältere Versicherte abgedeckt werden könnten. Damit wäre auch die Krankenversicherung besser auf die demographischen Belastungen vorbereitet.

Eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung kann sich freilich nicht nur auf die (in diesem Bericht im Vordergrund stehende) Neugestaltung des Finanzierungssystems konzentrieren. Bei einer solchen Beschränkung auf die Einnahmenseite könnte der Druck zur Ausnutzung von Effizienzpotenzialen vermindert werden. Eine Reform der Einnahmenseite darf nicht dazu führen, dass notwendige Maßnahmen auf der Leistungsseite hinausgeschoben werden.

Es herrscht weithin Übereinstimmung, dass auf der Leistungsseite Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, deren Erschließung vor allem durch eine Intensivierung des Wettbewerbs sowohl unter den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungsanbietern zu

einer Dämpfung des Ausgabenanstiegs beitragen könnte. Dazu zählt auch, den Kassen mehr Freiheiten bei der Gestaltung weiterer Wettbewerbsparameter, zum Beispiel des Umfangs des angebotenen Versicherungsschutzes, einzuräumen. Ein weiterer Ausbau der Zuzahlungsregelungen wäre geeignet, in das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Patienten wirtschaftliche Überlegungen stärker einfließen zu lassen. Die Gestaltung der Vertragsverhältnisse zwischen Kassen und Leistungserbringern könnte etwa durch das Recht der Kassen, mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen Verträge abzuschließen, liberalisiert werden. Als weitere wichtige Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs und zur Kostendämpfung gelten die weiter gehende Einführung von Vergütungssystemen auf der Basis von Fallpauschalen, die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen sowie die Liberalisierung des Arzneimittelhandels. Zudem könnte die Transparenz der Leistungserstellung für den Versicherten durch einen Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip gefördert werden.

Schlussfolgerungen

Mit der jüngsten Gesundheitsreform dürften die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung für einen begrenzten Zeitraum stabilisiert worden sein. Auf eine dauerhaft trag-

Demographische Entwicklung wird Finanzierungsprobleme verschärfen

¹³ Ein eindeutiger Effizienzgewinn ist allein aus der Umstellung des Finanzierungsverfahrens nicht abzuleiten. Vgl.: Deutsche Bundesbank, Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Altersversicherung in Deutschland, Monatsbericht, Dezember 1999, S. 22.

fähige Grundlage sind sie jedoch noch nicht gestellt worden. Die Alterung der Gesellschaft und der wünschenswerte, aber kostentreibende medizinisch-technische Fortschritt werden im gegebenen System den Druck zu Beitragssatzerhöhungen schon bald wieder zunehmen lassen. Derzeit decken die Beiträge der Rentner im Durchschnitt nur knapp die Hälfte der auf sie entfallenden Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die aktiven Mitglieder zahlen dagegen das Anderthalbfache dessen, was sie im Durchschnitt an Kosten verursachen. Eine Verschiebung der Bevölkerungsrelation von Aktiven zu Ruheständlern wird daher einen höheren Beitragssatz erfordern.

*Grundlegende
Fragen zur
Gestaltung der
Gesundheits-
versorgung
weiter offen*

Wie bereits bei der aktuellen Gesundheitsreform wird es auch in Zukunft neben der Nutzung noch vorhandener Effizienzreserven vor allem durch die Stärkung des Wettbewerbs um die Fragen gehen, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt und wie die damit verbundenen Finanzierungslasten verteilt werden sollen. Die im gegenwärtigen Versicherungssystem unzureichende Möglichkeit, das Angebot an Gesundheitsleistungen über den Preismechanismus stärker mit den Wünschen der Nachfrager in Übereinstimmung zu bringen, sowie das jeder Versicherung innewohnende Problem übermäßiger Inanspruchnahme legen es nahe, die Eigenverantwortung über Zuzahlungen weiter zu stärken. Grundsätzlich könnte auch daran gedacht werden, den Leistungsumfang eher auf größere Risiken zu konzentrieren.

Die Verteilung der Finanzierungslast hat sowohl interpersonelle als auch intergenerative Aspekte. Die der gesetzlichen Krankenversicherung immanenten interpersonellen Verteilungseffekte, die über die Risikoteilung zwischen Gesunden und Kranken hinausgehen, betreffen nicht nur die Umverteilung zwischen Beziehern höherer und niedriger Einkommen, sondern auch die zwischen Alleinstehenden und Familien, zwischen Männern und Frauen und schließlich auch die zwischen Jungen und Alten. In diese Verteilungsmechanismen sind nur die Einkommen der GKV-Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze einbezogen. Insgesamt sind die Verteilungseffekte kaum durchschaubar. Die Transparenz könnte hier wesentlich vergrößert werden, wenn die Aufgabe der Versicherung von der interpersonellen Umverteilung getrennt würde, was eine – auch unter sozialen Gesichtspunkten – sachgerechtere Finanzierung des Solidarausgleichs ermöglichen würde.

*Verteilung der
Finanzierungs-
lasten*

Die intergenerativen Verteilungsprobleme der umlagefinanzierten Krankenversicherung beruhen in erster Linie auf der demographischen Entwicklung. Hier droht eine erhebliche Zusatzlast für die künftigen Generationen. Mit Hilfe einer verstärkten individuellen Kapitaldeckung könnten höhere Beiträge in der Zukunft eher verkraftet werden – freilich auf Kosten des heutigen Konsums.

Eine große Bedeutung für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der sozialen Sicherung insgesamt wird die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und hier insbesondere des Arbeitsmarktes haben. Das Ziel, die Arbeitslosigkeit zu verringern und die

*Bedeutung
für die
Beschäftigungs-
entwicklung*

Erwerbsbeteiligung zu steigern, könnte durch eine möglichst weit gehende Abkopplung der GKV-Finanzierung vom Arbeitsverhältnis unterstützt werden. Andernfalls würde der ab-

sehbare Anstieg der Beitragssätze die Lohnzusatzkosten unmittelbar weiter steigern und den Einsatz des Faktors Arbeit noch erschweren.



Ausarbeitung

Kostenübernahme für Sehhilfen im Rahmen des SGB II/SGB XII

Kostenübernahme für Sehhilfen im Rahmen des SGB II/SGB XII

Aktenzeichen: WD 6 - 3000 - 023/18
Abschluss der Arbeit: 21. März 2018
Fachbereich: WD 6: Arbeit und Soziales

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Sehhilfen als Teil des Regelsatzes	5
3.	Verfassungsmäßige Ermittlung der Regelbedarfe	5
4.	Leistungen für Gesundheitspflege nach dem Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz	7
5.	Ausgewählte aktuelle Rechtsprechung	8
5.1.	Bundessozialgericht	8
5.2.	Bayerisches Landessozialgericht	8
5.3.	Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen	9
5.4.	Landessozialgericht Rheinland-Pfalz	9
6.	Deprivation von SGB II-Empfängern hinsichtlich medizinischer Zusatzleistungen	9
7.	Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	10
7.1.	Begründung	11
7.2.	Ausgewählte Stellungnahmen der Verbände zum Gesetzentwurf	11
8.	Regelsatzkürzung aufgrund von Sanktionen und Darlehen	12
9.	Verfassungskonforme Auslegung im Existenzsicherungsrecht	12
10.	Fazit	13

1. Einleitung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003¹ hat der Gesetzgeber seit dem 1. Januar 2004 bestimmte Leistungen - so auch die Versorgung mit Sehhilfen - in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen. In der Gesetzesbegründung zu § 33 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V) heißt es hierzu: „Auf der Grundlage des geltenden Rechts beträgt der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen gegenwärtig im Durchschnitt rd. 50 Euro. Obwohl dieser Betrag eine medizinisch notwendige Versorgung finanziell vollständig abdeckt, sind Versicherte im Durchschnitt bereit, darüber hinaus schätzungsweise rd. 150 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen (z. B. 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.“²

Seither besteht gemäß § 33 Abs. 2 SGB V für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, der Anspruch auf Kostenübernahme für Sehhilfen nur bei bestimmten gesetzlich festgelegten medizinischen Indikationen. Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 wurde der Versorgungsanspruch für Sehhilfen bei Vorliegen von schweren Sehbeeinträchtigungen erweitert.³

Empfänger der **Grundsicherung für Arbeitsuchende** nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) sind gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversichert** und erhalten daher den gleichen Umfang an medizinischer Versorgung wie gesetzlich versicherte Patienten. Seit dem 1. Januar 2009 ist eine Ausnahme hiervon in § 5 Abs. 5a SGB V für Bezieher von Arbeitslosengeld II normiert, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren.

Der Bezug von **Sozialhilfe** nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) löst dagegen **keine Krankenversicherungspflicht** aus. Sofern der Sozialhilfeempfänger bereits vor Beginn des Sozialhilfebezugs gesetzlich krankenversichert war, kann er eine freiwillige Mitgliedschaft fortsetzen. Die Mitgliedsbeiträge übernimmt in der Regel der Sozialhilfeträger.

Hinsichtlich von Sehhilfen bedeutet dies, dass volljährige Empfänger von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe die Kosten für Sehhilfen von ihrem **Regelsatz** bestreiten müssen. Lediglich die Kosten

1 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I 2190), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445).

2 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 15/1525, S. 85.

3 Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778).

für die Reparatur einer Sehhilfe werden nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (siehe Ausführungen unter Punkt 5.1) als Sonderbedarf nach § 24 SGB II (Abweichende Erbringung von Leistungen) bzw. nach § 31 SGB XII (Einmalige Bedarfe) übernommen.

In der Ausarbeitung soll die Frage geklärt werden, ob im Rahmen des SGB II/SGB XII eine Regelung zur Kostenübernahme (ggf. als Härtefallregelung) möglich wäre.

2. Sehhilfen als Teil des Regelsatzes

Der Regelsatz für alleinstehende Empfänger von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe beträgt seit dem 1. Januar 2018 416 Euro (Regelbedarfsstufe 1).⁴ Die Kosten für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, sofern diese den angemessenen Rahmen nicht übersteigen.

Der Gesetzgeber hat einen monatlichen Betrag in Höhe von **15 Euro für Gesundheitspflege** für Einpersonenhaushalte im Rahmen des Regelsatzes vorgesehen. Bei Bedarf müssten davon die Kosten für die Beschaffung einer Sehhilfe getragen werden.

3. Verfassungsmäßige Ermittlung der Regelbedarfe

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seiner Entscheidung zum menschenwürdigen Existenzminimum im Februar 2010 ausgeführt, dass dessen grundrechtliche Garantie aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG sowohl „*die physische Existenz des Menschen, also Nahrung, Kleidung, Hausrat, Unterkunft, Heizung, Hygiene und **Gesundheit**, als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und zu einem Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben umfasst, denn der Mensch als Person existiert notwendig in sozialen Bezügen*“. Das BVerfG beanstandete in seiner Entscheidung nicht die Höhe der Regelleistung nach dem SGB II, aber die Art und Weise der Bemessung, und verpflichtete den Gesetzgeber, diese in einem verfassungsgemäßen Verfahren bis zum 31. Dezember 2010 neu zu regeln.⁵

Der Bundesgesetzgeber hat daraufhin mit Wirkung zum 1. Januar 2011 das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24. März 2011 verabschiedet. Das Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe nach § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz - RBEG) wurde als Artikel 1 des Gesetzes beschlossen.⁶

4 Höhe des Regelsatzes gemäß „Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach den §§ 28a und 134 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2018“, die am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist.

5 BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010 – 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09, Rn. 135.

6 Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3159), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3159) geändert worden ist; ersetzt das Gesetz 8601-5 v. 24.3.2011 I 453 (RBEG).

Seit dem 1. Januar 2011 wird daher gemäß § 28 Abs. 1 SGB XII die Höhe der Regelbedarfe durch das Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz neu ermittelt, wenn die Ergebnisse einer bundesweiten neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) vorliegen. Die Daten werden in einem fünfjährigen Turnus erhoben. Nach § 28 Abs. 4 SGB XII werden nur Ausgaben als regelbedarfsrelevant berücksichtigt, soweit sie zur Sicherung des Existenzminimums notwendig sind und eine einfache Lebensweise ermöglichen, wie sie einkommensschwache Haushalte aufweisen, die ihren Lebensunterhalt nicht ausschließlich aus Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII bestreiten.

In Jahren, in denen keine Neuermittlung nach § 28 SGB XII erfolgt, werden die Regelbedarfsstufen gemäß § 28a SGB XII aufgrund der bundesdurchschnittlichen Entwicklung der Preise für regelbedarfsrelevante Güter und Dienstleistungen sowie der bundesdurchschnittlichen Entwicklung der Nettolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer nach der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung fortgeschrieben. Die Preisentwicklung geht dabei mit einem Anteil von 70 Prozent und die Entwicklung der Nettolöhne und -gehälter mit 30 Prozent ein (Mischindex). Das Statistische Bundesamt bildet einen speziellen Preisindex für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen, der ausschließlich die Preisentwicklung der regelbedarfsrelevanten Güter und Dienstleistungen berücksichtigt. Die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung ist nicht auf die unteren Einkommensschichten begrenzt.

Am 23. Juli 2014 hat das BVerfG die ab Januar 2011 eingeführten gesetzlichen Neuregelungen für verfassungsgemäß erklärt. Das BVerfG hob dabei den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Bemessung des Existenzminimums hervor und betonte die zurückhaltende Kontrolle durch das BVerfG. Das Grundgesetz selbst gebe keinen exakt bezifferten Anspruch vor. Deswegen könnten auch der Umfang dieses Anspruchs im Hinblick auf die Arten des Bedarfs und die dafür erforderlichen Mittel nicht unmittelbar aus der Verfassung abgeleitet werden. Die Kontrolle beziehe sich im Wege einer Gesamtschau auf die Höhe der Leistungen insgesamt und nicht auf einzelne Berechnungselemente, die dazu dienen, diese Höhe zu bestimmen.

Zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums dürften die Anforderungen des Grundgesetzes, tatsächlich für eine menschenwürdige Existenz Sorge zu tragen, im Ergebnis nicht verfehlt werden. Fehle es an einer Deckung der existenzsichernden Bedarfe, so hätten die Sozialgerichte Regelungen wie § 24 SGB II (Abweichende Erbringung von Leistungen) verfassungskonform auszulegen.

Gegen die Regelung in § 20 Abs. 1 Satz 4 SGB II, wonach Bedürftige Mittel zur Bedarfsdeckung eigenverantwortlich ausgleichen und ansparen müssen, sei aus verfassungsrechtlicher Sicht grundsätzlich nichts einzuwenden. Ein solches Modell sei mit dem Grundgesetz vereinbar, wenn die Höhe der pauschalen Leistungsbeträge für den monatlichen Regelbedarf es zulasse, einen Anteil für den unregelmäßig auftretenden oder kostenträchtigeren Bedarf zurückzuhalten. Doch müsse der Gesetzgeber darauf achten, dass der existenznotwendige Bedarf insgesamt gedeckt sei. Dies setze voraus, dass die Bemessung der Regelbedarfe hinreichend Spielraum für einen Ausgleich lasse.⁷

7 BVerfG, Beschluss vom 23. Juli 2014 – 1 BvL 10/12, 1 BvL 12/12, 1 BvR 1691/13.

4. Leistungen für Gesundheitspflege nach dem Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz

Im Rahmen des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3159) hat der Gesetzgeber die monatlichen Leistungen für Gesundheitspflege in Höhe von 15 Euro festgelegt. Die Begründung des Gesetzentwurfs gibt Aufschluss über die Ermittlung der Höhe:

„Betrag der regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben in Abteilung 06 für Erwachsene:

Gesundheitspflege

lfd. Nr.	Code	Gegenstand der Nachweisung	durchschnittliche monatliche Ausgaben der Referenzhaushalte in Euro	regelbedarfsrelevanter Anteil	regelbedarfsrelevante Verbrauchsausgaben in Euro
36	0611 010	pharmazeutische Erzeugnisse – für gesetzlich Krankenversicherte – mit Rezept (nur Eigenanteil/ Zuzahlung)	3,56	100 %	3,56
37	0611 900	pharmazeutische Erzeugnisse mit/ohne Rezept (verauslagter Gesamtbetrag)	5,91	100 %	5,91
38	0612 010	andere medizinische Erzeugnisse – für gesetzlich Krankenversicherte – mit Rezept (nur Eigenanteil/Zuzahlung)	0,52	100 %	0,52
39	0612 900	andere medizinische Erzeugnisse mit/ohne Rezept (verauslagter Gesamtbetrag)	2,31	100 %	2,31
40	0613 900	therapeutische Mittel und Geräte (einschl. Eigenanteile)	2,70	100 %	2,70
Summe regelbedarfsrelevanter Ausgaben Abteilung 06					15,00

Die Verbrauchsausgaben der Abteilung 06 für Gesundheitspflege gehören zum Grundbedarf, werden aber vor allem über die Krankenversicherung und bei nicht krankenversicherten Leistungsberechtigten nach dem SGB XII über die Hilfen zur Gesundheit (Fünftes Kapitel des SGB XII) abgedeckt und sind insoweit nicht regelbedarfsrelevant.

Die Position ‚Praxisgebühren‘ (Regelbedarfsrelevante Position 42 aus dem RBEG 2011, BT-Drs. 17/3404, S. 58) wurde nicht mehr berücksichtigt, da diese Gebühren zum 1. Januar 2013 abgeschafft wurden. In der EVS 2013 wurden lediglich in geringem Maße Nachzahlungen dieser Gebühren erfasst.

Die Verbrauchsausgaben der Position ‚Zahnersatz Materialkosten (einschließlich Eigenanteile)‘ werden für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und dem SGB XII in vollem Umfang von der Krankenversicherung beziehungsweise den Hilfen zur Gesundheit abgedeckt und sind daher nicht regelbedarfsrelevant.

Die Positionen ‚Orthopädische Schuhe (einschließlich Eigenanteile)‘, ‚Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen (einschl. Eigenanteile)‘ sowie ‚Miete von therapeutischen Geräten‘ werden nicht als regelbedarfsrelevant berücksichtigt, da hierfür ein gesonderter Anspruch nach § 24 Absatz 3 Nummer 3 SGB II bzw. nach § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB XII besteht.

Die übrigen Positionen werden vollständig für die Ermittlung des Regelbedarfs berücksichtigt. Daraus ergibt sich ein regelbedarfsrelevanter Gesamtbetrag der Abteilung 06 von 15,00 Euro.“⁸

Für therapeutische Mittel und Geräte, also auch für Sehhilfen, hat der Gesetzgeber einen monatlichen Betrag von **2,70 Euro** festgelegt.

5. Ausgewählte aktuelle Rechtsprechung

5.1. Bundessozialgericht

Der 14. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat im Oktober 2017 darüber entschieden, inwieweit die Reparatur einer Brille als Sonderbedarf nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II anzuerkennen ist. Der Gesetzgeber hat bei der Regelung die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten vorgesehen.

Nach Auffassung des BSG sind die Kosten für eine Brillenreparatur als Sonderbedarf nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB II anzuerkennen. Der Sonderbedarf nach § 24 Abs. 3 SGB II sei eingeführt worden, um Bedarfe abzudecken, die nicht in die Ermittlung des Regelbedarfs im Rahmen des RBEG 2011 eingeflossen seien. Nicht eingeflossen seien die im Rahmen der zugrunde liegenden EVS 2008 erfassten "Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen". Nach den Ausfüllhinweisen des Statistischen Bundesamts zur EVS 2008 fielen unter die Wendung "therapeutische Geräte und Ausrüstungen" auch Brillen. Demgemäß sei die Reparatur einer Brille im Rahmen der EVS 2008 in eine Rubrik eingetragen worden, die nicht in die Regelbedarfsermittlung eingeflossen sei und deren Bedarfe durch den Sonderbedarf nach § 24 Abs. 3 SGB II abgedeckt werden müsse.⁹

5.2. Bayerisches Landessozialgericht

Der 11. Senat des Bayerischen Landessozialgerichts war im Dezember 2017 der Rechtsauffassung, dass die Förderung der Anschaffung einer Brille aus dem Vermittlungsbudget bei Arbeitsplatz- und Bildschirmbrillen in Betracht komme, nicht aber bei der Anschaffung einer für den Alltag erforderlichen Gleitsichtbrille.¹⁰

8 BT-Drs. 18/9984 vom 17. Oktober 2016, S. 41.

9 BSG, Urteil vom 25. Oktober 2017 – B 14 AS 4/17 R.

10 Bayerisches Landessozialgericht, Beschluss vom 4. Dezember 2017 – L 11 AS 761/17 NZB.

5.3. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen

Nach einem Urteil des 2. Senats des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen im Dezember 2014 könne die Übernahme der Kosten für eine Versorgung mit Brillengläsern auch bei einer besonderen Fehlsichtigkeit eines Empfängers von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht aus einem Vermittlungsbudget beansprucht werden, da es insoweit an einer besonderen Berufsbezogenheit der Leistung fehle. Die Versorgung mit der erforderlichen Sehhilfe stehe nicht in der Zuständigkeit des Grundsicherungsträgers, sondern in der Zuständigkeit des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung.¹¹

5.4. Landessozialgericht Rheinland-Pfalz

Nach einem Urteil des 5. Senats des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz im Juli 2015 bestehe kein Anspruch auf Gewährung einer Gleitsichtbrille als Sachleistung oder auf Kostenerstattung für eine solche unter dem Gesichtspunkt der Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe (§ 54 SGB XII i.V.m. § 31 SGB IX), da keine medizinische Notwendigkeit vorliege.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Gleitsichtbrille als Sachleistung oder auf Kostenerstattung komme auch unter keinem anderen rechtlichen Gesichtspunkt in Betracht. Auch ein ergänzendes Darlehen nach § 37 SGB XII scheide aus. Könne im Einzelfall ein von den Regelbedarfen umfassender und nach den Umständen unabweisbar gebotener Bedarf nicht auf andere Weise gedeckt werden, sollten nach § 37 Abs. 1 SGB XII auf Antrag hierfür notwendige Leistungen als Darlehen gewährt werden.

Eine „ergänzende Auslegung“ des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII scheide aus, weil die Wortlautgrenzen der Vorschrift überschritten seien.¹²

Nach § 42a SGB Abs. 2 SGB II werden Rückzahlungsansprüche aus Darlehen ab dem Monat, der auf die Auszahlung folgt, durch monatliche Aufrechnung in Höhe von 10 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs getilgt.

6. Deprivation von SGB II-Empfängern hinsichtlich medizinischer Zusatzleistungen

Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) hat auf Anfrage mitgeteilt, dass sie keine statistischen Erhebungen in Bezug auf Sehhilfen für SGB II-Empfänger durchführe. In Ihrer Auswertung „Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen“ weist die Statistik der BA sogenannte „weitere Zahlungsansprüche“ aus. Darunter fallen die abweichend zu erbringenden Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II, so auch die Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen (z.B. Brillen). Die jüngsten Zahlen für „weitere Zahlungsansprüche“ liegen für Oktober 2017 vor; pro Bedarfsgemeinschaft bestand ein Zahlungsanspruch in Höhe von 9,21 Euro. Nach Angaben

11 Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16. Dezember 2014 – L 2 AS 407/14.

12 Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 23. Juli 2015 – L 5 SO 25/15.

der Statistik der BA kann dieser Zahlungsanspruch nicht hinsichtlich der Kostenübernahmen für Brillenreparaturen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II aufgeschlüsselt werden.¹³

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat die materiellen Lebensbedingungen von SGB II-Leistungsempfängern untersucht. Der Deprivationsansatz sei hierfür eine geeignete Methode. Für die Erhebung hat das IAB das Panel „Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung“ (PASS) verwendet. Es wurden fünf große Bereiche gebildet, die jeweils Unterpunkte hatten: Wohnung, Nahrung/Kleidung, Konsumgüter, finanzielle Möglichkeiten sowie soziale und kulturelle Teilhabe. Ein Unterpunkt im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten lautete: „Behandlungen in Anspruch nehmen können, die von der Krankenkasse nicht vollständig bezahlt werden, wie z. B. Zahnersatz oder Brille“. Das Vorhandensein beziehungsweise Nichtvorhandensein der einzelnen Güter wurde abgefragt. Die Untersuchung des IAB zeigte, dass 33,6 Prozent der Befragten die von den Krankenkassen nicht erstatteten medizinischen Leistungen nicht finanzieren können. Hingegen können Personen ohne SGB II-Bezug nur zu 4,8 Prozent diese Leistungen nicht finanzieren.¹⁴

Das Ergebnis sollte vor dem Hintergrund einer anderen Untersuchung des IAB zum Gesundheitszustand von SGB II-Beziehern betrachtet werden, die zeigte, dass nach eigener Einschätzung insgesamt mehr als 40 Prozent der Arbeitslosengeld II-Empfänger schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen aufwiesen. Nach Angaben der Betroffenen seien die gesundheitlichen Einschränkungen deutlich häufiger körperlicher als psychischer Natur. In der Praxis der Arbeitsvermittlung könne sich, so das IAB, der im Durchschnitt schlechtere Gesundheitszustand von Leistungsbeziehern als Vermittlungshemmnis darstellen.¹⁵

7. Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Im Rahmen des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2016 ist der Gesetzgeber dem Auftrag des BVerfG vom 23. Juli 2014 nachgekommen und hat den finanziellen Spielraum bei punktuellen Unterdeckungen überprüft.¹⁶

13 Bundesagentur für Arbeit Statistik, Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen, Blickpunkt Arbeitsmarkt Februar 2018, S. 18, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201802/iiia7/grusi-in-zahlen/grusi-in-zahlen-d-0-201802-pdf.pdf> (zuletzt abgerufen am 13. März 2018).

14 Christoph, Bernhard, Lietzmann, Torsten et al. (2016), Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Materielle Lebensbedingungen von SGB-II-Leistungsempfängern, Aktuelle Berichte 21/2016, S. 5-6, http://doku.iab.de/aktuell/2016/aktueller_bericht_1621.pdf (zuletzt abgerufen am 13. März 2018.).

15 Eggs, Johannes; Trappmann, Mark; Unger, Stefanie (2014), ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, IAB Kurzbericht 23/2014, <http://doku.iab.de/kurzber/2014/kb2314.pdf> (zuletzt abgerufen am 13. März 2018).

16 BVerfG, Beschluss vom 23. Juli 2014 – 1 BvL 10/12, 1 BvL 12/12, 1 BvR 1691/13.

7.1. Begründung

Der Gesetzgeber hat hierzu ausgeführt: „... [es] wird keine Notwendigkeit ergänzender Regelungen zur Vermeidung von Bedarfsunterdeckungen im Einzelfall gesehen. (...) Darüber hinaus sind die Regelsatzdarlehen hinsichtlich ihrer Voraussetzungen und Rückzahlungsmodalitäten so ausgestaltet, dass ausreichender Spielraum verbleibt, um individuellen Überforderungssituationen bei der Darlehensrückzahlung gerecht werden zu können. So können Darlehen im Rechtskreis SGB II erlassen werden, sofern deren vollständige Tilgung während des Leistungsbezugs etwa aufgrund der Tilgungsrate oder aufgrund der Tilgungsdauer unbillig wäre. Hierbei sind finanzielle Überforderungssituationen ebenso zu berücksichtigen wie bei der Tilgung von Regelsatzdarlehen nach dem SGB XII: Diese sehen die Ausübung von Ermessen bei der Höhe der Tilgungsrate vor. Für Sehhilfen wird angesichts der vollständigen Berücksichtigung der Verbrauchsausgaben für therapeutische Mittel und Geräte (einschl. Eigenanteile) in Abteilung 6 im Regelbedarf (...) kein weitergehender Handlungsbedarf im System der staatlichen Fürsorgeleistungen gesehen.“¹⁷

7.2. Ausgewählte Stellungnahmen der Verbände zum Gesetzentwurf

Der Deutsche Caritasverband e.V. ist der Auffassung, dass sich die Kosten für Sehhilfen nicht zufriedenstellend im Regelbedarf abbilden lassen und schlägt deshalb vor, dass die Kosten für notwendige Sehhilfen als einmalige Leistung nach § 24 Abs. 3 SGB II vom Jobcenter übernommen werden sollten. Alternativ sei auch eine Härtefallregelung für Sehhilfen im SGB V denkbar, die analog zur Regelung für Zahnersatz (§ 55 Abs. 2 SGB V) auszugestalten wäre.

Der Caritasverband begründet seine Forderung damit, dass aufgrund der engen Voraussetzungen die gesetzliche Krankenversicherung in den seltensten Fällen für die Kosten der Sehhilfe aufkommen müsse und eine Härtefallregelung wie beim Zahnersatz bisher im Gesetz fehle. Bedürftige Empfänger von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe müssten daher in der Regel ein Darlehen aufnehmen. Das führe dazu, dass ihnen über mehrere Monate nur ein gekürzter Regelbedarf zur Bestreitung des Lebensunterhalts zur Verfügung stehe, so dass sie monatlich weniger zur Verfügung hätten als andere Leistungsbezieher ohne Sehschwäche. Dies könne auch dazu führen, dass mit der Anschaffung einer neuen Brille abgewartet bzw. ganz darauf verzichtet werde.¹⁸

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege plädiert ebenfalls dafür, dass die Kosten für notwendige Sehhilfen als einmalige Leistungen vom Jobcenter übernommen werden, soweit und solange sie nicht im Rahmen des SGB V als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden. Arbeitslosengel II-Empfänger könnten Brillen in der Regel nicht aus

17 BT-Drs. 18/9984 vom 17. Oktober 2016, S. 26.

18 Die Stellungnahme ist abrufbar unter: https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/stellungnahmen/stellungnahme-zum-ge7/dcv_stellungnahme_rbeg_18_9984_asylbg_18_9985_anhoerung_v3.pdf (zuletzt abgerufen am 15. März 2018).

dem Regelbedarf bezahlen, da der unter der Position „therapeutische Geräte und Mittel“ dafür vorgesehene monatliche Betrag zu gering sei.¹⁹

8. Regelsatzkürzung aufgrund von Sanktionen und Darlehen

Die Höhe des zur Verfügung stehenden monatlichen Leistungsanspruchs kann durch Sanktionen aufgrund von Pflichtverletzungen, Meldeversäumnissen oder Darlehen reduziert sein.

Nach aktuellen Angaben der Statistik der BA für den Monat November 2017 bewirken Sanktionen bundesweit bei knapp 140.000 erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit mindestens einer Sanktion eine durchschnittliche Kürzung des laufenden Leistungsanspruchs um 19 Prozent. Dies entspreche einer durchschnittlichen Kürzung um 108 Euro, wovon 95 Euro auf Kürzungen von Regel- bzw. Mehrbedarfen und 12 Euro auf Kürzungen von Kosten der Unterkunft entfielen.²⁰

Kann im Einzelfall ein vom Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts umfasster und nach den Umständen unabweisbarer Bedarf nicht gedeckt werden, erbringt die BA gemäß § 24 Abs. 1 SGB II bei entsprechendem Nachweis den Bedarf als Sachleistung oder als Geldleistung und gewährt dem Leistungsberechtigten ein entsprechendes Darlehen. Ebenso werden Aufwendungen für eine Mietkaution und den Erwerb von Genossenschaftsanteilen gemäß § 22 Abs. 6 Satz 3 SGB II vom Leistungsträger als Darlehen erbracht.

9. Verfassungskonforme Auslegung im Existenzsicherungsrecht

KNICKREHM hat sich anlässlich der Entscheidung des BVerfG vom 23. Juli 2014 (vgl. Punkt 3.) im Rahmen einer Festschrift mit der Bedarfsunterdeckung (u.a. von Brillen) und den Möglichkeiten sowie Grenzen der verfassungskonformen Auslegung im Existenzsicherungsrecht durch die Sozialgerichte befasst. Sie kommt zu dem Schluss, dass sich auch bei verfassungskonformer Auslegung innerhalb des SGB II keine Anspruchsgrundlage finde, um eine Bedarfsunterdeckung bei der Beschaffung von Sehhilfen zu vermeiden. Es sei insoweit mit der Gefährdung des Existenzminimums zu rechnen – einem Verstoß gegen Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG. Bei einer Sehhilfe sei zwar grundsätzlich ein Ausweichen auf die Leistungen nach dem SGB XII möglich, aber wenig praxistauglich. Soweit es sich um Bedarfe handele, die von dem Regelbedarf umfasst seien, sei es dogmatisch kaum begründbar für nach dem SGB II Leistungsberechtigte Leistungsansprüche aus dem SGB XII herzuleiten – einem System, dem sie ausdrücklich nicht zugewiesen seien.

19 Die Stellungnahme ist abrufbar unter: <http://www.bagfw.de/gremien-themen/sozialkommission-i/detail/article/stellungnahme-der-bagfw-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-ermittlung-von-regelbedarfen-und-aenderungen/> (zuletzt abgerufen am 15. März 2018).

20 Bundesagentur für Arbeit Statistik, Sanktionen (Monatszahlen, https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_1021952/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=1023376&year_month=201711&year_month.GROUP=1&search=Suchen) (zuletzt abgerufen am 19. März 2018).

Daher sei das, was das BVerfG bereits angedeutet habe, die Schaffung einer entsprechenden Rechtsgrundlage durch den Gesetzgeber, der "Königsweg".²¹

10. Fazit

Der Gesetzgeber hat es bisher nicht für notwendig erachtet, eine Kostenübernahme für Sehhilfen im Rahmen des Zweiten und Zwölftes Buches Sozialgesetzbuch einzuführen, obwohl das notwendige Existenzminimum im Einzelfall bereits durch Sanktionen oder Darlehen reduziert sein kann.

Eine zusätzliche Regelung im Rahmen des Sonderbedarfs nach § 24 SGB II (Abweichende Erbringung von Leistungen) bzw. nach § 31 SGB XII (Einmalige Bedarfe) könnte erfolgen, da es sich bei Sehhilfen in der Regel um einen unabweisbaren - nicht regelmäßigen - Bedarf handelt, der aus dem Regelsatz aufgrund relativ hoher Ausgaben oftmals nicht finanziert werden kann. Der Gesetzgeber hat bisher auf diesem Wege die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten geregelt. Diese Verbrauchsausgaben werden bei der Regelsatzbemessung nicht für den Regelbedarf berücksichtigt.

Sofern eine vergleichbare Vorschrift für Sehhilfen eingeführt werden soll, dürften Sehhilfen ebenfalls nicht mehr in die Ermittlung des Regelbedarfs im Rahmen des RBEG einfließen (siehe Ausführungen des BSG unter Punkt 5.1). Die bisherige Kostenübernahme für die Reparaturen von Sehhilfen erscheint im Vergleich mit den zum Teil hohen Erstbeschaffungskosten für Sehhilfen eher unbedeutend. Dies mag auch der Grund sein, dass die BA diese Kosten nicht extra ausweist.

Nach § 24 Abs. 3 SGB II bzw. § 31 Abs. 2 SGB XII werden Leistungen auch erbracht, wenn Leistungsberechtigte keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung benötigen, den Bedarf jedoch aus eigenen Kräften und Mitteln nicht voll decken können. In diesem Fall kann das Einkommen berücksichtigt werden, das Leistungsberechtigte innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs Monaten nach Ablauf des Monats erwerben, in dem über die Leistung entschieden wird. Die Regelung erfordert von den Leistungsträgern allerdings eine Prognose für die Zukunft, die gerichtlich in vollem Umfang überprüfbar ist.

Von einer (Härtefall)-Regelung im Rahmen des SGB V könnten neben Beziehern von Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII auch andere Bedürftige (z.B. Bezieher von Wohngeld, von Kinderzuschlag oder Geringverdiener etc.) profitieren. Eine strukturelle Besserstellung von Leistungsberechtigten nach dem SGB II bzw. SGB XII würde vermieden.

21 Knickrehm, Sabine (2016), Verfassungskonforme Auslegung im Existenzsicherungsrecht. Bedarfe nach "langlebigen Konsumgütern im Haushalt" und "Sehhilfen" in: Faber, Ulrich; Feldhoff, Kerstin et al., Gesellschaftliche Begegnungen – Recht unter Beobachtung und in Aktion, Festschrift für Wolfhard Kohte, S. 721-738.

Statistiken

Zu oberst ist die betrübliche Feststellung zu machen, dass es eine Statistik über Schwerhörigkeit in Deutschland nicht gibt. Sämtliche Zahlenwerke, die existieren, basieren auf Analysen kleinerer Mengen an Patienten; eine empirische Untersuchung über die Gesamtheit der deutschen Bevölkerung ist aus Kostengründen bis heute nicht erfolgt. Trotzdem ist es erlaubt, diese Zahlenwerke als Basis zu nehmen, denn alle Untersuchungen zeigen, dass die Struktur aller Mengen im großen und ganzen gleich ist. Der Deutsche Schwerhörigenbund stützt seine Ergebnisse auf eine Basisuntersuchung aus dem Jahr 1999 von Dr Sohn.

Diese Ergebnisse von Dr Sohn bilden die Basis für alle Hochrechnungen und sind somit nur Schätzwerte. Wir erlauben uns aber trotzdem die Überschrift „Statistik“ beizubehalten. Im Kern haben wir es noch nicht aufgegeben, dass wir irgendwann auf empirische Daten zurückgreifen zu können.

Statistik Basis



Statistik

Basisuntersuchung von Dr Sohn

Über die Zahl der Hörgeschädigten in Deutschland gibt es bisher keine aktuellen statistischen Angaben. Eine Untersuchung von Sohn („Hörscreening“, repräsentative Untersuchung über die Hörfähigkeit in der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren, durchgeführt im Mai 1999 von Dr. med. Wolfgang Sohn, Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit Siemens Audiologische Technik; der Öffentlichkeit vorgestellt in einer Pressekonferenz in Berlin im März 2000) Ansatzpunkte für eine fundierte Schätzung der Zahlen für



Hörgeschädigte überhaupt sowie für eine Aufteilung nach Hörschädigungsgraden. Auf der Basis der Sohn'schen Untersuchung und eigener Berechnungen ergeben sich folgende Resultate:

19 % der deutschen Bevölkerung über 14 Jahre sind hörbeeinträchtigt. Bei einer Bevölkerungszahl für diesen Personenkreis von 70 Mill. sind das 13,3 Mill.

Davon sind:

- leichtgradig schwerhörig	56,5% = 7.51 Mill.	
- mittelgradig schwerhörig	35,2% = 4,68 Mill.	
- hochgradig schwerhörig	7,2% = 958 000	
- an Taubheit grenzend schwerhörig	1,6% = 213 000	2)

(Fußnote)

Zur Methode

Sohn definiert Hörbeeinträchtigung wie folgt: Hörbeeinträchtigt ist eine Person, die mindestens eine der Frequenzen 0,5; 1; 2; 3; 4 kHz bei 40 dB nicht hört. Auf Grund einer repräsentativen Erhebung, die er im Mai 1999 durchgeführt hat, ergeben sich für die deutsche Bevölkerung über 14 Jahre bei 19% eine Hörbeeinträchtigung. Umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe sind das 13,3 Mill.

Da die Hörbeeinträchtigung bei Kindern in dieser Untersuchung nicht erfasst ist, liegt die Zahl der Hörgeschädigten in der Gesamtbevölkerung höher. Eine Einteilung nach Hörschädigungsgraden nimmt Sohn nicht vor.

Für eine schematische Einteilung nach Hörschädigungsgraden gibt es in der Literatur verschiedene Ansätze. Basierend auf Sohn's Daten wurde hier folgende Einteilung vorgenommen:

- bis 35 dB leichtgradig schwerhörig
- 1) (Fußnote)



- 40 – 65 dB mittelgradig schwerhörig
- 70 – 85 dB hochgradig schwerhörig
- 90 dB an Taubheit grenzend schwerhörig 2) (Fußnote)

Zu Grunde gelegt wurde der mittlere Hörverlust (mHV), berechnet als der Durchschnittswert aus den Frequenzen 0,5; 1; 2; 3; 4 kHz. (Vgl. auch Jacobs, Schneider, Weishaupt („Hörschädigung“, hrsg. Vom DPWV, 2.Aufl. S. 15). Die Verwendung aggregierter %-Zahlen der Hörgeschädigten (nach Sohn) zur Berechnung des mHV mag gewisse Fehlerquellen in sich bergen, die jedoch vernachlässigbar sein dürften.

1. Fußnote: Es liegt kein Widerspruch darin, dass 56,5% der Hörbeeinträchtigten als leichtgradig schwerhörig gelten (durchschnittlicher mHV über die Frequenzen 0,5 – 4 kHz) bei einer Hörschwelle unter 40 dB, obwohl die Definition der Hörschädigung bei einem Hörverlust von 40 dB ansetzt. Ein Proband kann z.B. die Frequenz 3 kHz bei 40 dB nicht hören (gilt also nach der obigen Definition als schwerhörig), die Frequenzen 2 kHz und/oder 4 kHz hört er aber noch bei einer geringeren dB-Zahl.
2. Fußnote: Da Sohn die Hörschädigung nur bis zu einer Hörschwelle von 90 dB erfasst hat, müssen in der %-Zahl, die diesem Schwerhörigkeitsgrad entspricht, auch die Ertaubten und Gehörlosen enthalten sein.

Ausgehend von dieser Basis hat der DSB (Deutscher Schwerhörigenbund) seine Ergebnisse mit folgendem Algorithmus errechnet:

Basis:

Die Ergebnisse von Dr Sohn bestehen aus Angaben über die Schwerhörigen in Deutschland. Diese Angaben veröffentlicht er nicht in der Größenordnung von Millionen Menschen, sondern lediglich in Form von Prozentzahlen, die den Anteil an der Gesamtbevölkerung darstellen sollen.

In einem zweiten Schritt hat Dr Sohn die so errechneten Schwerhörigen unterteilt in leichtgradig, mittelgradig und hochgradig Schwerhörige sowie fast Ertaubte. In einem dritten Schritt hat er in verschiedenen Altersstufen den prozentualen Anteil an Schwerhörigen kalkuliert.

DSB- Algorithmus:

Aufbauend auf dieser Basis hat der DSB die Schwerhörigenanzahl berechnet sowie dazu die Anzahl der leichtgradig, mittelgradig und hochgradig Schwerhörigen und die Anzahl der fast Ertaubten. Diese Zahlen gelten dann für das Jahr 1999, in dem Dr Sohn seine Untersuchung durchgeführt hat.

Für die Folgejahre hat der DSB die Zahlen der jeweiligen Bevölkerungsstrukturen in Altersklassen zugrundegelegt so wie sie durch das Statistische Bundesamt veröffentlicht werden. Mit Hilfe der Prozentzahlen pro Altersgruppe von Dr Sohn läßt sich die Anzahl der Schwerhörigen pro Altersgruppe bilden. Die Summe über alle Altersgruppen bildet somit eine neu gebildete Schwerhörigenanzahl. Der prozentuale Index im Zeitverkauf ist somit die Entwicklung der Schwerhörigenanzahl bei veränderten Altersstrukturen.

Kommentar:

Dieser Algorithmus ist lediglich eine grobe Schätzung und unterliegt großen Schwankungen. Diese werden desto breiter je weiter man sich von dem Jahr 1999 entfernt. Trotzdem meinen wir, es ist richtig, diese

Zahlen zu veröffentlichen. Sie stellen gewissermaßen eine grobe Ausrichtung über die Entwicklung der Anzahl der Schwerhörigen in Deutschland dar.

Schwerhörigkeit nach Alter



Statistik der schwerhörigen Bundesbürger älter als 14 Jahre am Jahresende 2018

Gesamtbevölkerung älter als 14 Jahre	72,5 Mio
Entwicklung zu 2001	+ 0,16 %
Anteil an der Gesamtbevölkerung über 14 Jahre	21,30%
Errechnete Gesamtwerte	15,7 Mio
Entwicklung zu Sohn 2001	+ 4,16%

Alter	Anzahl Personen
14 – 19	4,5 Mio
20 - 29	9,8 Mio
30 - 39	10,6 Mio
40 - 49	10,4 Mio
50 - 59	13,5 Mio
60 - 69	10,3 Mio



> 70 13,1 Mio

Schwerhörigkeit nach Bundesländern



Statistik der schwerhörigen Bundesbürger älter als 14 Jahre am Jahresende 2015

Gesamtbevölkerung älter als 14 Jahre	72,1 Mio
Entwicklung zu 2001	+1,07%
Anteil an der Gesamtbevölkerung über 14 Jahre	21,61%
Errechnete Gesamtwerte	15,6 Mio
Entwicklung zu Sohn 2001	+ 4,16%

Bundesland	Anzahl Personen
Baden-Württemberg	2,0 Mio
Bayern	2,3 Mio
Berlin	0,6 Mio
Brandenburg	0,5 Mio
Bremen	0,1 Mio
Hamburg	0,3 Mio
Hessen	1,1 Mio
Mecklenburg-Vorpommern	0,3 Mio
Niedersachsen	1,5 Mio



Nordrhein-Westfalen	3,3 Mio
Rheinland-Pfalz	0,8 Mio
Saarland	0,2 Mio
Sachsen	0,9 Mio
Sachsen-Anhalt	0,5 Mio
Schleswig-Holstein	0,6 Mio
Thüringen	0,5 Mio

Ansprechpartner:

Kartsen Ständer

E-Mail:

karsten.staender[at]t-online.de

Update: 19. August 2019

Kurzadresse für diese Seite:

www.schwerhoerigen-netz.de/statistiken
(<https://www.schwerhoerigen-netz.de/statistiken>)



ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

Seit dem 1. Januar 2020 ist die ICD-10-GM in der **Version 2020** anzuwenden.

Aktualisierung vom 23. März 2020

- ↻ ICD-10 (WHO und GM): U07.2 kodiert Verdacht auf COVID-19
(</dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.2-kodiert-verdacht-auf-covid-19/>)

Aktualisierung vom 13. Februar 2020

- ↻ ICD-10 (WHO und GM): U07.1 kodiert COVID-19, Coronavirus-Krankheit-2019 (</dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.1-kodiert-covid-19-coronavirus-krankheit-2019/>)

Aktualisierung vom 1. November 2019

- ↻ ICD-10 (WHO und GM): U07.0 kodiert Gesundheitsstörungen durch E-Zigaretten (</dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.0-kodiert-gesundheitsstoerungen-durch-e-zigaretten/>)

ICD-10-GM Version 2020

- ↓ ICD-10-GM Version 2020 Aktualisierungslisten (ZIP, ca. (circa) 760 kB)
(</dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2020/icd10gm2020syst-alisten.zip>)
- ↻ ICD-10-GM Version 2020 Onlinefassung
(</static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>)

 [ICD-10-GM Version 2020 Downloads
\(/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm/version2020\)](/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm/version2020)

Die ICD-10-GM ist in verschiedenen Fassungen und Formaten erhältlich und wird zurzeit jährlich überarbeitet; die aktualisierte Version tritt zu Jahresbeginn in Kraft und ist bis Ende des Jahres gültig. Über unterjährige Fehlerkorrekturen und Aktualisierungen informiert Sie unser Newsletter DIMDI Aktuell, Rubrik Klassifikationen.

 [Newsletter abonnieren \(/dynamic/de/newsletter/?prechecked=klassifikationen_de\)](/dynamic/de/newsletter/?prechecked=klassifikationen_de)

 [Kode-Suche ICD-10-GM online \(/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/\)](/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/)

 [Downloads ICD-10-GM \(/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm\)](/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm)

 [Fassungen und Formate \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/fassungen-und-formate/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/fassungen-und-formate/)

Amtliche Diagnosenklassifikation

Das DIMDI gibt die ICD-10-GM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus, sie ist gemeinfrei. Ihre Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und im ambulanten Bereich gemäß § 295 SGB V.

Aufbau der ICD-10-GM

Die ICD-10-GM hat zwei Teile:

- **Systematisches Verzeichnis (Systematik)**, bestehend aus der eigentlichen Systematik, also der hierarchisch geordneten Liste der Codes, und ergänzenden Informationen: Der Vorspann enthält eine Anleitung zur Verschlüsselung und einen Kommentar mit den wichtigsten Änderungen gegenüber der Vorgängerversion. Im Anhang finden Sie Informationen zur Morphologie der Neubildungen und einige Testverfahren, um Funktionseinschränkungen festzustellen.
- **Alphabetisches Verzeichnis (Alphabet)** mit einer umfangreichen Sammlung verschlüsselter Diagnosen aus dem Sprachgebrauch in der ambulanten und stationären Versorgung. Es wurde bis zur Version 2004 der ICD-10-GM als ICD-10-Diagnosenthesaurus bezeichnet.

Über die Anleitung innerhalb der ICD-10-GM weit hinaus geht das umfassende Regelwerk zur ICD-10-WHO. Es enthält allgemeine Informationen über die Struktur und die Benutzung der ICD-10 sowie generelle Regeln und Richtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten. Diese grundlegenden Informationen gelten auch für die ICD-10-GM. Vorrangig aber gelten bei der Anwendung bereichsspezifische Kodierrichtlinien.

- ↪ [Systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik/)
- ↪ [Alphabetisches Verzeichnis zur ICD-10-GM \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/alphabet/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/alphabet/)
- ↪ [Anwendung der ICD-10-GM \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/)

ICD-10-GM als Grundlage für Vergütungs- und Finanzierungssysteme, Qualitätsberichte und Statistik

Die ICD-10-GM ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Auch die Vergütung der ambulanten Behandlung nach EBM und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich benötigen nach GM kodierte Behandlungsdiagnosen. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die AU-Bescheinigungen enthalten GM-kodierte Diagnosen. Der Morbi-RSA basiert ebenfalls auf GM-kodierten Daten.

- ↪ [G-DRG-System \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#gdrgr\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#gdrgr)
- ↪ [EBM \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#ebm\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#ebm)
- ↪ [Qualitätsberichte \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#qualität\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#qualität)
- ↪ [AU-Bescheinigung \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#aubescheinigung\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#aubescheinigung)
- ↪ [Morbi-RSA \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#morbi\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/#morbi)

Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS

Die ICD-10-GM wird in einem aufwändigen Pflegeverfahren weiterentwickelt. Die Grundlage dafür bildet ein zurzeit jährlich unter Federführung des DIMDI durchgeführtes Vorschlagsverfahren.

- ↪ [Weiterlesen \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/)

ICD-10-GM als Adaption der ICD-10-WHO

Die ICD-10-GM ist eine Adaption der ICD-10-WHO, der vom DIMDI ins Deutsche übertragenen "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der Weltgesundheitsorganisation WHO (die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation,

GM bedeutet "German Modification"). Sie gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Bis 2003 wurde die ICD-10-GM als ICD-10-SGB-V bezeichnet, SGB V steht für "Sozialgesetzbuch Fünf".

Die ICD-10-GM ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung. In Aufbau und Struktur entspricht sie der Vierstelligen Ausführlichen Systematik (VAS) der deutschsprachigen ICD-10-WHO. Die Klassifikation dient seit 1. Januar 2000 der Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (§§ 295 und 301 SGB V), insbesondere im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups).

🔗 Schritte der Adaption: Von der WHO- über die SGB-V- zur GM-Fassung (</dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/historie/adaptionsschritte/>)

🔗 ICD-10-WHO für die Todesursachenverschlüsselung (</dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/>)

🔗 ICD-10 bei der WHO

Weitere Informationen auf unserer Website

🔗 Historie und Ausblick (</dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/historie/>)

🔗 Nomenklaturen und Klassifikationen (</dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/historie/ilcd-bis-icd-10/#nomenklaturen>)

KODE-SUCHE ONLINEFASSUNGEN

🔗 ICD-10-GM 2020 (</static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>)

🔗 OPS 2020 (</static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/>)

🔗 ICD-10-WHO 2019 (</static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/>)

🔗 ICD-O-3 Erste Revision (</static/de/klassifikationen/icd/icd-o-3/icdo3rev1html/>)

🔗 ICF (</static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>)

🔗 ICD und OPS: alle Versionen (</dynamic/de/klassifikationen/icdopsall/>)

DOWNLOADS KLASSIFIKATIONEN

Über unterjährige Fehlerkorrekturen und Aktualisierungen informiert Sie unser Newsletter DIMDI Aktuell, Rubrik Klassifikationen.

[🔗 Newsletter abonnieren \(/dynamic/de/newsletter/?prechecked=klassifikationen_de\)](/dynamic/de/newsletter/?prechecked=klassifikationen_de)

[🔗 Fassungen und Formate \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/fassungen-und-formate/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/fassungen-und-formate/)

[🔗 Downloads \(/dynamic/de/klassifikationen/downloads/\)](/dynamic/de/klassifikationen/downloads/)

[🔗 Klassifikationen zitieren \(/dynamic/de/faq/faq/Klassifikationen-zitieren/\)](/dynamic/de/faq/faq/Klassifikationen-zitieren/)

[📄 Basiswissen Kodieren \(PDF, 522 kB\) \(/static/.downloads/deutsch/basiswissen-kodieren-2010.pdf\)](/static/.downloads/deutsch/basiswissen-kodieren-2010.pdf)

[📄 ClAML-Kurzdokumentation \(PDF, 1,7 MB\) \(/static/.downloads/deutsch/claml-kurzdokumentation-20190901.pdf\)](/static/.downloads/deutsch/claml-kurzdokumentation-20190901.pdf)

[📄 Todesursachen-Flyer \(PDF, 537 kB\) \(/static/.downloads/deutsch/totenscheinanleitung.pdf\)](/static/.downloads/deutsch/totenscheinanleitung.pdf)

KODIERFRAGEN

[🔗 Hinweise zu den Kodierfragen \(/dynamic/de/klassifikationen/hinweise-zu-kodierfragen/\)](/dynamic/de/klassifikationen/hinweise-zu-kodierfragen/)

[🔗 Kodierfragen zur ICD-10-GM \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodierfragen/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodierfragen/)

[🔗 Kodierfragen zum OPS \(/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/\)](/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/)

[🔗 Kodierrichtlinien der Selbstverwaltung beim InEK](#)

VORSCHLAGSVERFAHREN

Das Vorschlagsverfahren für die neue Version und die Freischaltung der Vorschlagsformulare laufen jeweils vom 01. Dezember bis Ende Februar des Folgejahres.

[🔗 Vorschlagsverfahren \(/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/\)](/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/)

HÄUFIGE FRAGEN

Antworten dazu finden Sie im Servicebereich.

[↻ FAQ Klassifikationen \(/dynamic/de/klassifikationen/service/\)](/dynamic/de/klassifikationen/service/)

KONTAKT KLASSIFIKATIONEN

Kodieranfragen zum OPS und zur ICD-10-GM können auf Grund des derzeit hohen Arbeitsaufkommens leider bis auf Weiteres **nicht beantwortet werden**.

Telefon: +49 221 4724-524

[📄 Zum Kontaktformular](#)

[↻ Impressum \(/dynamic/de/impressum/\)](/dynamic/de/impressum/)

[↻ Datenschutzerklärung \(/dynamic/de/datenschutz/\)](/dynamic/de/datenschutz/)



Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

© DIMDI 2020



Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der

Adresse: <https://www.ndr.de/ratgeber/verbraucher/Lesebrillen-Test,lesebrille104.html>

Stand: 08.02.2016 11:00 Uhr - Markt | Archiv

Wie gut sind günstige Lesebrillen?

von Thilo Eckoldt

Das Sehen im Nahbereich kann schon für Menschen ab 35 Jahren schwierig werden. Weil die Augenlinse altert, sehen viele die Buchstaben beim Lesen nicht mehr scharf. Dagegen hilft eine vom Optiker angepasste Brille. Doch als günstige Alternative werden Fertig-Lesebrillen angeboten: Für wenig Geld kann man sich gleich mehrere Exemplare kaufen, zum Beispiel eine fürs Handschuhfach im Auto und eine für den Schreibtisch. Doch wie gut sind die günstigen Lesehilfen? Markt vergleicht Modelle aus Drogeriemärkten und vom Optiker:

- von Budnikowsky für 2,99 Euro
- von Rossmann für 3,99 Euro
- von Fielmann für 7,95 Euro
- von Apollo Optik für 12,90 Euro

Im Praxistest tragen vier Probanden jeweils eine Lesebrille, die ungefähr zu ihrer Sehstärke (in Dioptrien) passt. Sie lesen damit Zeitungen und Bücher, auch Kleingedrucktes. Die Brillen wurden außerdem am Fachbereich Augenoptik der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena untersucht.

MEHR VERBRAUCHERTIPPS



**Nutri-Score:
Gesünder
essen mit der "Ampel"**

**Coronavirus: Fragen
und Antworten zum
Thema Reisen**

**Gartenmöbel aus Holz:
Qualität und
Nachhaltigkeit
erkennen**

Elektrogrills im Test

**Fake Shops: So
schützen sich Kunden
vor Internet-Betrug**

[Verbraucher Übersicht](#)

WEITERE INFORMATIONEN



**Newsletter: Alle
Themen, Tipps und
Videos**

Markt

Per E-Mail informiert Moderator Jo Hiller über die Themen von Markt.
mehr

RECHT





Für den Ernstfall richtig vorsorgen

Rechtliche Sicherheit, wenn man selbst nicht mehr entscheiden kann.
mehr

Günstige Lesebrillen im Labortest

Praxistest: Oft gute Sicht mit Fertigbrillen

Im Praxistest sind alle mit den Lesebrillen weitgehend zufrieden. Nur in einem Fall ist das Lesen eines Buches auf Dauer anstrengend, so die Probandin. Ein anderer Teilnehmer hat unterschiedliche Dioptrien-Werte für das linke und das rechte Auge. Fertig-Lesebrillen haben jedoch auf beiden Gläsern dieselbe Stärke. In einem solchen Fall ist eine vorgefertigte Brille nicht die richtige Wahl.

Tipps zu Fertig-Lesebrillen

Die Stiftung Warentest gibt Brillenträgern folgende Tipps zu Fertig-Lesebrillen:

zurück

1/7

vor

Notlösung

Nutzen Sie eine Fertig-Lesebrille nur als Zweitbrille oder N. Dauergebrauch gedacht.

zurück

1/7

vor

Fazit: Günstige angepasste Brille oft besser

Wer sich für eine preisgünstige Lesehilfe entscheidet, bekommt im Zweifel keine Wertarbeit, sondern muss mit kleinen Mängeln leben. Als billige und schnelle Hilfe im Alltag können Fertiglensebrillen aber sinnvoll sein, wie der Praxistest zeigt. Für den Dauereinsatz sind die günstigen Lesebrillen allerdings nicht geeignet. Eine etwas teurere Alternative sind individuell angepasste Lesebrillen, die es beim Optiker schon ab 20 Euro gibt.

Das sagen die Hersteller

- **Rossmann:** "Die von Ihnen beanstandeten Mängel entsprechen nicht unserem Qualitätsanspruch." (...) Deshalb "gehen wir davon aus, dass es sich um Einzelfälle handelt."
- **Apollo Optik:** Das Unternehmen verspricht eine Überprüfung der beanstandeten Mängel: "Bis zum Abschluss dieser Untersuchung werden wir keine Brillen der Artikelnummer ... mehr an die Filialen ausliefern."

Markt

Dieses Thema im Programm:
Markt | 08.02.2016 | 20:15 Uhr

Dieser Kommentarbereich ist geschlossen

Zeige Ergebnisse 1-1 von 1.

Ecki Hannover schrieb am 23.10.2019 15:53 Uhr:

Ecki Hannover hat selbst 5 Brillen von Rossmann , für Computer etwa80 cm

Entfernung, zum Lesen etwa 40 cm Entfernung

-

Meine Frau kaufte auch keine teuren Brillen mehr, weil diese ja auch nicht mit der Abstand Entfernung mithalten.

So kauft man auch gut bei Kaufland - mit 40 und 80 cm Abstand !

MEHR RATGEBER



**Nutri-Score:
So
funktioniert
die
Ernährungsampel**



**Gartentipp:
Unkrautbekämpfung
ohne Chemie**



**Grünes
Gemüsecurry
mit Kurkuma
und Limette**

2019 State of DevOps Report

Download now >



puppet + 

14 °C 



DERWESTEN

FUNKE MEDIEN NRW

[GLOBISTA](#) [PROSPEKTE](#) [JOBS](#) [TICKETS](#)

[HOME](#) [ESSEN](#) [DUISBURG](#) [BOCHUM](#) [MEHR STÄDTE](#) [1. BUNDESLIGA](#) [BVB](#) [S04](#) [SPORT](#) [NEWS](#)

[Home](#) - [New Articles](#) - [Kampf um eine Beinprothese](#)

Kampf um eine Beinprothese

Von Ulrike Faulhaber

am 08.06.2012 um 17:57 Uhr



Amputationspatient Lothar Jamelle wird eine geeignete Prothese verweigert

Foto: WR

ANZEIGE

MEDION® ERAZER® X87038

NVIDIA® GEFORCE® RTX™ 2070

1 TB PCIE SSD & 1 TB HDD

Intel® CORE i7 9th Gen 17-9700

1.499,- €

Zum Produkt >

WEST LOTTO

ZUM CHANNEL

Globista REISEN FÜR MICH

HEIMATURLAUB DEUTSCHLAND

ZU DEN ANGEBOTEN



Der beidseits amputierte Lothar Jamelle fühlt sich von seiner Krankenkasse allein gelassen: „Hätte nie gedacht, wie schwierig es ist, behindert zu sein.“

Kamen. „Ich dachte, ich fliege“, erinnert sich Lothar Jamelle an den Augenblick, als der Orthopäde die Prothese an seinem rechten Oberschenkel befestigt hatte und er ein paar Meter gegangen war. Alles habe gestimmt, sagt der 63-jährige Heerener. Da habe nichts geschauert, nichts wehgetan. Endlich raus aus dem Rollstuhl, habe er gedacht. Ohne die ständige Angst, beim nächsten Schritt mit den künstlichen Ersatzgliedmaßen zu stürzen. Raus auf die Straße und unters Volk. Das Leben wieder spüren und nicht mehr allein in der Wohnung hocken.

Kein Gebrauchsvorteil

Eine wunderbare Vorstellung für einen Beinamputierten. Aber dass Jamelle mit dem sogenannten C-Leg „abhebt“, hat seine

Trendthema Hyaluron Ampullen

Hyaluron-Ampullen mit Peptiden für das Gesicht

Vichy



Gesponsert

Dies sind die besten KFZ-Versicherungen für Senioren

KFZ-Versicherungen | Sponsored Listings



Gesponsert

Gerade mal 27m³ groß. Wie es von innen aussieht? Sieh selbst!

Tippsundtricks.co

Gesponsert

Wusstest du, dass deine Schlafposition etwas über deine Gesundheit aussagt?

Das sagt deine Schlafposition über deine Gesundheit! Schau dir mal an wie gesund deine Schlafposition für dich ist

Tipps und Tricks

helfen.“ Und der könne beispielsweise Widerspruch einlegen gegen die Entscheidung der Krankenkasse.

Das will Jamelle denn auch gleich nächste Woche tun.

EURE FAVORITEN

- 1 „Bauer sucht Frau“ (RTL): Schock-Nachricht – als Inka Bause DAS sagt, herrscht plötzlich Stille**

80.540



- 2 Coronavirus aktuell: Kontaktverbot bleibt bestehen! Aber es gibt deutliche Lockerung**

32.880



- 3 Formel 1: „Mercedes steigt aus, Hamilton zu Ferrari!“ – Klartext-Hammer von...**

22.503



- 4 FC Schalke 04: Überraschende Trennung! S04 sorgt für Paukenschlag**

21.568



- 5 Lena Meyer-Landrut ist kaum wiederzuerkennen – „Warum hat mich keiner davon abgehalten?“**

14.543



ANZEIGE

2019 State of DevOps Report

Download now >



DAS KÖNNTE DICH AUCH INTERESSIEREN



NRW: Hartz 4-Empfängerin bekommt einen Brief – mit erschreckendem Inhalt



Jetzt sorgenfrei finanzieren.
Ford-Werke GmbH



FC Schalke 04: Überraschende Trennung! S04 sorgt für Paukenschlag



Hier geht's zu unseren Zeitungsportalen:



- TOP-STÄDTE >
 - Essen >
 - Duisburg >
 - Bochum >
 - Oberhausen >
 - Gelsenkirchen >
 - Mülheim >
 - Dortmund >
- TOP-VEREINE >
 - Schalke 04 >
 - Borussia Dortmund >
- SERVICE >
 - Push-Nachrichten >
 - Jobs bei uns >
 - GLOBISTA Reisen >
 - Wetter >
 - Prospekte >
 - Vor Ort >
- WERBUNG >
 - Mediadaten >
 - Leistungsdaten >
 - Werbeformen >
 - FUNKE Media Sales NRW >

Hörgeräte Zuzahlung

Wie viel übernimmt die gesetzliche Krankenkasse bei Hörgeräten?

Übernimmt die Krankenkasse Kosten für Hörgeräte? Ja. In Deutschland bezuschussen gesetzliche Krankenkassen Hörgeräte bis zu 1.500€. Voraussetzung dafür ist die Vorlage einer Hörgeräte-Verordnung, die Sie vom Hals-Nasen-Ohren-Arzt erhalten, sofern ein Hörverlust vorliegt. Auf dieser Seite erfahren Sie alles, was Sie zum Thema Hörgeräteverordnung und Kostenübernahme Ihrer Hörsysteme über gesetzliche und private Krankenversicherungen wissen sollten.

Eine [Hörgeräteverordnung](#) ist ab Erhalt sechs Monate gültig und wird von den meisten Krankenkassen bis 28 Tage nach Ausstellung eingefordert. So können Sie schnellstmöglich Ihre Hörgeräte von einem qualifizierten Hörgeräteakustiker anpassen lassen. Um die Abwicklung mit der Krankenkasse kümmert sich audibene für Sie, sobald uns Ihre Hörgeräte-Verordnung vorliegt.

Schauen Sie jetzt, ob Sie sich für ein
kostenloses Probetragen qualifizieren





Ja, bin ich

Nein, noch nicht

Inhaltsverzeichnis

Gesetzliche Krankenversicherung
Der Weg zur Kostenübernahme
Wann haben Sie Anspruch auf neue Hörgeräte?
Private Krankenversicherung
Erhöhte Unterstützung durch die Kasse
So funktioniert die Abrechnung über die Krankenkassen
Mit audibene zum Hörgerät

Gesetzliche Krankenversicherung

Aktuell gibt es mehr als 1.000 Modelle für Hörgeräte auf dem deutschen Markt, die sich in Preis, Design und Funktionen unterscheiden. Doch der Kauf eines guten Hörgeräts muss nicht zwingend teuer sein. Als Kassenpatient haben Sie die Möglichkeit, auf Hörgeräte zurückzugreifen, die für sie kostenlos sind. Zu beachten ist jedoch, dass das Einlösen der ärztlichen Verordnung eine Rezeptgebühr von 10 Euro mit sich bringt. Abhängig vom Modell liegt die Preisspanne für neue Hörgeräte bei 10 Euro bis zu 2.500 Euro.

Dabei richtet sich die Höhe der Zuzahlung an der Form- und Funktionsvielfalt und die Preisunterschiede aus den verschiedenen Festbeträgen der Krankenkassen. Neben den Kosten für das Hörgerät selbst übernimmt der Versicherungsträger dann auch gesetzlich festgesetzte Beträge für den Service des Akustikers. Auch wenn Reparaturen anfallen, haben Sie in einem solchen Fall Anspruch auf Kostenübernahme der Krankenkasse.

Krankenkassenzuschuss garantiert: audibene wird von allen Krankenkassen unterstützt.

Der Weg zur Kostenübernahme über die Krankenkasse

Grundsätzlich beginnt der Weg zur zuzahlungsfreien Hörhilfe mit der Untersuchung beim HNO-Arzt. Stellt dieser bei einem Hörtest fest, dass Sie eine Hörminderung haben, stellt er Ihnen eine entsprechende Verordnung aus. Diese ist Grundvoraussetzung für die Kostenübernahme der Krankenkasse und damit für Ihren Anspruch auf ein zuzahlungsfreies Hörgerät.

Wann erhalten Sie eine Hörgeräteverordnung vom HNO-Arzt?

Um Ihnen eine Hörgeräteverordnung auszustellen, ermittelt der HNO-Arzt Ihren

Menü

beider Untersuchungsmethoden müssen erfüllt sein, um eine Verordnung zu erhalten.

Tonaudiometrie

Eine Verordnung wird vom Facharzt ausgestellt, wenn der Hörverlust auf dem besseren Ohr zwischen 500 und 4000 Hz in mindestens einer Prüffrequenz mindestens 30 dB beträgt. Diese Werte werden mithilfe eines [Audiogramms](#) ermittelt.

Sprachaudiometrie

Eine Verordnung wird vom Facharzt ausgestellt, wenn die Verstehensquote in der Sprachaudiometrie auf dem besseren Ohr bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80 % beträgt.

Dem Bundessozialgericht zufolge müssen die Leistungen der Krankenkassen genügen, um eine körperliche Benachteiligung auszugleichen. Das bedeutet, dass die verwendeten Hörgeräte nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlauben. Der sogenannte Behinderungsausgleich ist bei an Taubheit grenzenden Versicherten jedoch besonders kostenaufwendig. Die durch die gesetzlichen Krankenkassen gedeckte Grundversorgung greift hier meist zu kurz. Der GKV-Spitzenverband hat daher ab 01.11.2013 einen erhöhten Festbetrag für diese Fälle beschlossen. Er beträgt mindestens 786,86 €. Für das zweite Hörgerät wird auch hier ein Abschlag in Höhe von 20 % gewährt.

Wie wird Schwerhörigkeit gemessen?

- Bis 25 dB: keine oder nur äußerst geringe Beeinträchtigung.
- Bis 40 dB: geringe Schwerhörigkeit.
- Bis 60 dB: mittlere Schwerhörigkeit
- Bis 80 dB: starke Beeinträchtigung
- Ab 81 dB: hochgradige Schwerhörigkeit

Der erhöhte Festbetrag wird erst ab der letzten Stufe ausgezahlt.

wann haben Sie Anspruch auf neue Hörgeräte?

Mit audibene sichern Sie sich nicht nur einen Krankenkassenbeitrag von bis zu 1.500 Euro, Sie erhalten außerdem die volle Förderung für das zweite Hörgerät. Doch wie lange halten Hörgeräte bzw. wann bekommt man neue Hörgeräte? Gesetzliche Krankenkassen kalkulieren eine Nutzungsdauer von sechs Jahren. Ist Ihr Modell also älter als sechs Jahre, erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse einen Zuschuss auf Ihr nächstes Hörgerät. Für dieses gilt laut Gesetzgeber ein Abschlag von 20 Prozent. audibene übernimmt die entsprechende Differenz, sodass die Kosten für Sie noch geringer ausfallen. Fragen Sie gerne nach – unsere Experten beraten Sie kostenlos und unverbindlich zu allen Leistungen, die Ihnen zustehen. Bei dem Kauf von Hörgeräten über audibene übernehmen wir zusätzlich gerne die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse für Sie.

Jetzt Hörgeräte zu besten Preisen über audibene kaufen.

[Jetzt Best-Preise sichern »](#)

Private Krankenversicherung

Das Verfahren zur Kostenübernahme für die Versorgung mit Hörgeräten durch die privaten Krankenkassen weicht grundsätzlich von dem der gesetzlichen Versicherer ab.

Zwar sind die medizinischen Kriterien in der Feststellung durch den HNO-Arzt dieselben, aber die Erstattungsbeträge richten sich komplett nach den individuellen Vereinbarungen zwischen PKV und Versichertem.

In den meisten Fällen werden qualitativ höherwertige Geräte komplett durch die Privatversicherer bezahlt. Dies muss aber nicht zwingend so sein! Menü

< verlassen Sie sich auf audibene. wir helfen Ihnen dabei, aus der Vielzahl der auf dem Markt angebotenen Hörhilfen die für Sie beste auszuwählen. Zusätzlich garantieren wir Ihnen, dass unsere Preise im Vergleich zu anderen Anbietern deutlich günstiger sind. >

Mindestanforderung an Kassengeräte

Um eine angemessene Qualität zu gewährleisten, müssen zu zahlungsfreie Hörgeräte bestimmte [Anforderungen erfüllen](#). So können Geräte, die für Kassenpatienten kostenlos sind, durchaus mit kostenpflichtigen Varianten mithalten. Unter anderem müssen entsprechende Modelle digital und modern ausgestattet sein. Mindestvoraussetzungen sind:

- digitale Klangverarbeitung
- Rückkopplungsunterdrückung
- drei Hörprogramme
- vier Frequenzkanäle

Für individuelle Einstellungen müssen nach den DSB-Richtlinien vier oder mehr Frequenzbereiche abgedeckt werden. Auch eine Mindestanzahl von drei Hörprogrammen, die auf verschiedene Alltagssituationen ausgelegt sind, gehört zu den Anforderungen. Um störende Pfeifgeräusche zu mindern, müssen zu zahlungsfreie Hörgeräte ferner über eine Rückkopplungsunterdrückung verfügen. Zudem sollte eine moderne Technologie zur Ausblendung anderer Nebengeräusche vorhanden sein.

Dies unterscheidet zu zahlungsfreie Hörgeräte

Kostenlose Hörgeräte bieten zwar zahlreiche Features, dennoch gibt es einige Unterschiede zu teureren, zu zahlungspflichtigen Modellen. Liegt das gewünschte

Hörgerät über dem gesetzlich geregelten Festbetrag (786,86€ für ein Hörgerät) dann müssen Sie die Differenz selbst zahlen. Menü

bieten, gehört beispielsweise die sogenannte Frequenzkompression, 360°-Hören oder automatische Anpassung an unterschiedliche Hörsituationen. Auch eine moderne Bluetooth-Technologie, mit der Sie Ihre Hörhilfe mit dem Smartphone, dem Fernseher und ähnlichen Geräten verbinden können, ist vermehrt in der Premiumklasse zu finden und gilt als zuzahlungspflichtig.

Sie möchten sich über die Kostenübernahme der Kassen informieren?

[Jetzt Beratung starten »](#)

So funktioniert die Abrechnung über die Krankenkassen

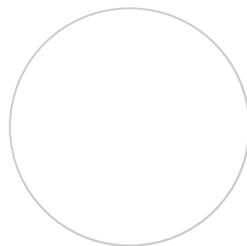
Die Abrechnung mit der Krankenkasse übernimmt audibene – Sie müssen sich um nichts weiter kümmern! Wir als Leistungserbringer senden die Versorgungsanzeige und Verordnung direkt an Ihre Krankenkasse. Sollten Sie privat krankenversichert sein, rechnen Sie die Kosten für Ihre Hörgeräte selbst mit Ihrer privaten Krankenkasse ab. Sie erhalten Ihre Hörhilfe nach den Preisvereinbarungen, die Sie vorher vertraglich mit Ihrer privaten Krankenversicherung ausgemacht haben. Ganz gleich wie Sie versichert sind, mit uns wählen Sie den einfachsten und sichersten Weg zu Ihrem neuen Hörgerät.

Mit audibene zum Hörgerät

Sie können sich bei der Suche nach Ihrem neuen Hörgerät voll und ganz auf den Service von audibene verlassen. Haben Sie weiterführende Fragen zu den Themen Hörgeräte, Preise, Zuzahlung oder Abrechnung durch die Kassen? Oder haben Sie Interesse an speziellen Hörgeräten, möchten Sie mehr über das allgemeine Vorgehen beim Hörgeräteakustiker wissen oder nähere Informationen zu den Leistungen von audibene? Dann zögern Sie nicht, unsere freundlichen Hörgeräte-Experten zu kontaktieren! Wir informieren Sie kostenlos, unverbindlich und neutral rund um das Thema „Besser Hören“. Wir freuen uns auf Sie!

audibene beantwortet gerne alle Ihre Fragen zur Kostenübernahme.

[Experten kontaktieren »](#)



Geschrieben von:

Melanie Freitag | Hörgeräteakustikerin & Trainerin

[Weitere Artikel vom Autor »](#)

Weitere Informationen zum Thema Hörgeräte



[Hörgeräte-Finanzierung](#)



[Neue Hörgeräte](#)



[Vorteile von Hörgeräten](#)



[Hörgeräte-Preise](#)



Folgen Sie uns:



Jobs
Presse



030 31 19 83 10

audibene/hear.com international:



audibene wurde mehrfach ausgezeichnet:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Zu ihnen gehören:

- Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte)
- Körperersatzstücke (Prothesen)
- orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle)
- Inkontinenz- und Stoma-Artikel
- andere Hilfsmittel

Hilfsmittel können auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen (zum Beispiel bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen).

Kostenübernahme für ein Hilfsmittel

Der G-BA hat die gesetzliche Aufgabe, in seinen Richtlinien die Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zu regeln. In seiner Hilfsmittel-Richtlinie legt er fest, was bei der Verordnung von Hilfsmitteln beachtet werden muss. Die Liste der konkret von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel, das sogenannte Hilfsmittelverzeichnis, wird nicht vom G-BA erstellt, sondern vom GKV-Spitzenverband.

Nur teilweise ist für die Kostenübernahme eines Hilfsmittels durch die gesetzliche Krankenversicherung die Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt erforderlich. Eine generelle Verordnungspflicht besteht nicht. Es besteht jedoch in vielen Fällen eine Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse. Liegt eine solche Genehmigung vor, dürfen Versicherte nur die Anbieter von Hilfsmitteln (Leistungserbringer) nutzen, die mit der jeweiligen Krankenkasse einen Vertrag geschlossen haben. Eine gute Orientierung bietet hier das sogenannte „Hilfsmittelverzeichnis“, das vom GKV-Spitzenverband (nicht vom G-BA) erstellt wird. Die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung ist im Regelfall nur

möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind.

Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband erstellt ein Hilfsmittelverzeichnis, in dem die Produkte aufgeführt sind, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Das Hilfsmittelverzeichnis besitzt keinen abschließenden Charakter, sondern gilt vielmehr als Entscheidungshilfe bzw. dient der Information der Versicherten, Leistungserbringer, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenkassen. Daher können auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, durch die GKV erstattungsfähig sein. Aussagen zur Leistungspflicht im Einzelfall treffen ausschließlich die jeweilige Krankenkasse, deren Landes- oder Bundesverband.

Wünscht ein Hersteller die Aufnahme eines von ihm hergestellten Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis, muss er einen Antrag beim GKV-Spitzenverband stellen. Sofern nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes der Einsatz des Hilfsmittels untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode sein könnte, holt er hierzu eine Auskunft des G-BA ein. Der G-BA hat die Auskunft innerhalb von sechs Monaten zu erteilen. Kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass das Hilfsmittel untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, beginnt unmittelbar das Verfahren zur Bewertung der Methode, wenn der Hersteller den Antrag auf Eintragung des Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nicht innerhalb eines Monats zurücknimmt (§ 139 Abs. 3 SGB V).

Richtlinie

Hilfsmittel

Letzte Beschlüsse

22.11.2019

Hilfsmittel-Richtlinie: Anspruch auf Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

17.10.2019

Hilfsmittel-Richtlinie: Ärztliche Abnahme von Hörhilfen

[weitere Beschlüsse](#)

Weitere Informationen

Beim GKV-Spitzenverband finden Sie nähere Informationen zum Hilfsmittelverzeichnis und zum Antragsverfahren.

zum Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittelverzeichnis

Übersicht über die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses. Per Klick auf das Lupensymbol  werden die jeweiligen Details zur ausgewählten Ebene (bspw. Produktgruppendetails) angezeigt. Ein Klick auf das Symbol  zeigt die Gliederung der Produktgruppe. Die weitere Auswahl erfolgt durch sukzessive Tabellenzeilenklicks auf die Bezeichnungen der Auswahl- und Ergebnistabelle (Produktgruppenbezeichnung->Anwendungsortbezeichnung->Produktuntergruppenbezeichnung).

Produktgruppen

Gruppe	Bezeichnung		
1	Absauggeräte		
2	Adaptionshilfen		
3	Applikationshilfen		
4	Bade- und Duschhilfen		
5	Bandagen		
6	Bestrahlungsgeräte		
7	Blindenhilfsmittel		
8	Einlagen		
9	Elektrostimulationsgeräte		
10	Gehhilfen		
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus		
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie		
13	Hörhilfen		
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte		
15	Inkontinenzhilfen		
16	Kommunikationshilfen		
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie		
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge		
19	Krankenpflegeartikel		
20	Lagerungshilfen		
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen		
22	Mobilitätshilfen		

Gruppe	Bezeichnung	
23	Orthesen/Schienen	
24	Beinprothesen	
25	Sehhilfen	
26	Sitzhilfen	
27	Sprechhilfen	
28	Stehhilfen	
29	Stomaartikel	
30	Nicht besetzt	
31	Schuhe	
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	
33	Toilettenhilfen	
34	Haarersatz	
35	Epithesen	
36	Augenprothesen	
37	Brustprothesen	
38	Armprothesen	
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden	
52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität	
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	
99	Verschiedenes	

Festbeträge

Der GKV–Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden (vgl. § 36 SGB V).

Festbeträge begrenzen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und damit den Versorgungsanspruch der Versicherten. Bestehen die Versicherten auf Versorgungsleistungen, die den Festbetrag überschreiten, müssen sie den Mehrbetrag selbst tragen.



Derzeit gelten Festbeträge für

- Einlagen
- Hörhilfen
- Ableitende Inkontinenzhilfen
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- Sehhilfen

Die Wirksamkeit des Festbetragskonzepts setzt rechtlich wie praktisch eine Vergleichbarkeit von Versorgungsleistungen voraus. Gemäß § 36 Abs. 1 SGB V sind funktional gleichartige und gleichwertige und damit grundsätzlich miteinander austauschbare Hilfsmittel in

Gruppen zusammenzufassen, für die ein gemeinsamer Festbetrag festgesetzt wird. Wesentlicher Gesichtspunkt ist folglich allein die Funktion der Produkte, die wiederum eng mit der Wirkungsweise und dem zu erreichenden Therapieziel verknüpft ist, so dass indikationsbezogene Vergleichsgruppen entstehen. Da auch die Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V von einer indikativen Produktklassifizierung ausgeht, bilden die Gliederungen der einzelnen Produktgruppen die Grundlage für die Festbetragsgruppensysteme.

Für die gebildeten Festbetragsgruppen werden in einem zweiten Schritt Festbeträge festgesetzt. Hinsichtlich der Höhe der Festbeträge sind von Seiten des Gesetzgebers in § 35 SGB V allgemeine Vorgaben gemacht worden. Demnach soll im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung möglich sein. Insbesondere sollen Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und ein Preiswettbewerb ausgelöst werden. Die Festbeträge haben sich daher an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

Sowohl bei der Bildung von Festbetragsgruppen als auch der Festsetzung von Festbeträgen bestehen für die Verbände der Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller (§ 36 SGB V) und für bestimmte Interessenvertretungen der Patienten und Patientinnen Anhörungsrechte. Die Hersteller und Leistungserbringer sind zudem verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband auf Verlangen die zur Festbetragsfestsetzung erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

[↪ Festbeträge für Einlagen; Inkrafttreten: 1. April 2020 \(PDF, 31 KB\)](#)

[↪ Festbeträge für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie; Inkrafttreten: 1. April 2020 \(PDF, 30 KB\)](#)

[↪ Festbeträge für Einlagen; Inkrafttreten: 1. April 2017, Außerkrafttreten: 31. März 2020 \(PDF, 19 KB\)](#)

[↪ Festbetragsgruppensystem und folgende Festbeträge für Hörhilfen; Inkrafttreten: 1. November 2013 \(PDF, 17 KB\)](#)

[↪ Festbetragsgruppensystem für Hörhilfen; Inkrafttreten: 1. März 2012 \(PDF, 16 KB\)](#)

↪ Festbeträge für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie; Inkrafttreten: 1. März 2012, Außerkräfttreten: 31. März 2020 (PDF, 14 KB)

↪ Festbeträge für Einlagen; Inkrafttreten: 1. März 2012 (PDF, 16 KB)

↪ Festbeträge für Sehhilfen; Inkrafttreten: 1. März 2008 (PDF, 35 KB)

↪ Festbeträge für Inkontinenzhilfen; Inkrafttreten: 1. Januar 2007 (PDF, 139 KB)

↪ Festbeträge für Hörhilfen; Inkrafttreten: 1. Januar 2007 (PDF, 12 KB)

Individuelle Verträge der Kassen

Hilfsmittel dürfen nur auf der Grundlage von Verträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern oder deren Verbände an Versicherte abgegeben werden (vgl. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Gemäß § 127 Abs. 4 SGB V können für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, in den Verträgen Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden. Der Festbetrag ist folglich ein Höchstbetrag und kein Fixpreis, d. h., es können unterhalb der Festbeträge Vergütungen vereinbart werden, womit ein Vertragswettbewerb ausgelöst werden soll. Daher variieren die Vergütungen je nach Vertrag der einzelnen Krankenkasse.

In den Verträgen der Krankenkassen werden die Einzelheiten der Versorgung konkretisiert.

Hinweise zu den Festbeträgen

Bei den ab 1. März 2012 für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Hörhilfen (Hörgeräte für an Taubheit grenzende Versicherte), ab dem 1. November 2013 für Hörhilfen (Hörgeräte für schwerhörige Versicherte) und ab dem 1. April 2017 für Einlagen geltenden Festbeträgen handelt es sich um Nettobeträge (ohne Umsatzsteuer), bei den übrigen Festbeträgen für Hörhilfen und den Festbeträgen für ableitende Inkontinenzhilfen und Sehhilfen dagegen um Bruttobeträge, in denen auch die jeweilige Umsatzsteuer enthalten ist. Maßgeblich für die Anwendung neuer Festbeträge ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung.

Die Festbetragsfestsetzungen für aufsaugende Inkontinenzhilfen (Positionsnummern 15.25.01.0–5, 15.25.02, 15.25.03.0–2) und für Stomaartikel vom 1. Dezember 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 23. Oktober 2006 wurden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 aufgehoben.

Hilfsmittelverzeichnis



Grundsätzlich ist die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung nur möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Zwar ist das Hilfsmittelverzeichnis nicht bindend im rechtlichen Sinne, allerdings entfaltet es eine Markt steuernde Wirkung, was von den obersten Gerichten in ständiger

Rechtsprechung festgestellt worden ist. Es liefert umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte.

Der GKV-Spitzenverband erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Hilfsmittel gelistet werden. Gemäß § 78 SGB XI wird als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis außerdem ein Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt, in dem von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasste Pflegehilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben (vgl. § 139 SGB V).

Die am Markt erhältlichen Produkte werden im Hilfsmittelverzeichnis entsprechend ihrer Funktionen und ihrer Einsatzgebiete/Indikationen bestimmten Produktgruppen zugeordnet. Das Hilfsmittelverzeichnis liefert umfassende Informationen zur Leistungspflicht der

Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der Produkte, schafft Markttransparenz und dient den Krankenkassen sowie anderen an der Versorgung Beteiligten als Auslegungs- und Orientierungshilfe.

Produkte werden auf Antrag der Hersteller (oder von ihnen bevollmächtigten Dritten) in das Hilfsmittelverzeichnis eingestellt, wenn sie bestimmte Eigenschaften und Qualitätsmerkmale aufweisen.

Jede Produktgruppe enthält eine Gliederung und eine Definition mit leistungsrechtlichen Hinweisen und einer Aufzählung der Indikationen. In den Produktuntergruppen werden Anforderungen an die Qualität der Produkte sowie Dienstleistungsanforderungen festgeschrieben (§ 139 SGB V). Diese sind in den Verträgen mit Leistungserbringern zugrunde zu legen (§ 127 SGB V). Dadurch wird gewährleistet, dass die Versorgung bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und gleichmäßig erfolgt und dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (§ 70 SGB V). Die Produktarten enthalten allgemeine Beschreibungen der von ihnen erfassten Produkte und produktartenspezifische Indikationsangaben.

Aufbau einer Produktgruppe

- Gliederung
- Definition mit leistungsrechtlichen Hinweisen und Angabe des Indikationsbereichs
- Produktuntergruppen (Anforderungen nach § 139 SGB V)
- Produktarten mit allgemeinen Beschreibungen der Produkte und einem produktartenbezogenen Indikationsrahmen
- Einzelproduktübersicht

Webportal Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband hat eine Onlineversion des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V entwickelt. Mit Hilfe dieser webbasierten Anwendung können Interessierte komfortabel und gezielt alle Informationen des Hilfsmittelverzeichnisses aufrufen, sortieren, filtern und ggf. ausdrucken.

Das Hilfsmittelverzeichnis im XML-Format

Auf dem Themenportal GKV-Datenaustausch wird das Hilfsmittelverzeichnis als XML-Datei zum Download angeboten. Dieses Format kann von Abrechnungsdienstleistern und Krankenkassen genutzt werden, um die Daten des Hilfsmittelverzeichnisses in die jeweils eigenen Systeme zu integrieren.

Dokumente und Links

- › **Webportal Hilfsmittelverzeichnis**
- › **Hilfsmittelverzeichnis im XML-Format (Link zu www.datenaustausch.de)**



Hilfsmittelverzeichnis

Online-Webportal zur einfachen Recherche nach (Pflege-)Hilfsmitteln

1. [Nachrichten](#)
2. [Finanzen](#)
3. [Versicherungen](#)
4. [Krankenversicherung](#)

5. Kassenzuschuss zur Brille: Nur 1,4 Millionen profitieren

Zuschuss zur Sehhilfe-Enttäuschte Patienten: Nur 1,4 Millionen profitieren von höherem Brillenzuschuss

[Teilen](#)



Krankenkassen sitzen auf Millionen

dpa

- FOCUS-Online-Autorin [Berrit Gräber](#)

[Donnerstag, 20.04.2017, 06:19](#)

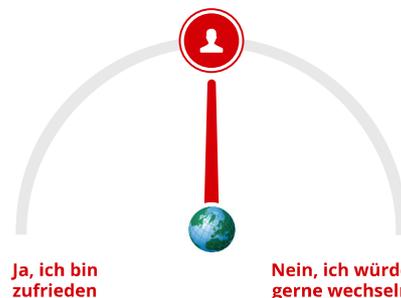
Ab sofort zahlen Krankenkassen wieder Zuschüsse zur Brille. Aber nur schwer Fehlsichtige profitieren. Fast 40 Millionen Bürgern mit Sehschwäche nutzt das neue Gesetz erstmal gar nichts.

Die Krankenkassen müssen ab sofort mehr Geld für Sehhilfen locker machen. So sieht es das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vor, das zum 11. April 2017 in Kraft trat. Doch viele Details sind noch unklar - nicht allein für betroffene Patienten, auf für die Fachwelt, wie der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) moniert.

Klar ist: Längst nicht alle Fehlsichtigen können sich über die Neuregelung freuen. Nur die etwa 1,4 Millionen Bundesbürger, die an starker Kurz- und Weitsichtigkeit ab 6 Dioptrien leiden, an Hornhautverkrümmung ab 4 Dioptrien oder beidseitiger Blindheit der Stufe 1 erhalten Zuschüsse zur Sehhilfe. Bei weniger Dioptrien gibt es dagegen gar keine Entlastung: Fast 40 Millionen Brillen- und Kontaktlinsenträger in Deutschland bleiben weiterhin Selbstzahler. Sie können sich höchstens über die Steuererklärung Geld zurückholen.

LIVE ABSTIMMUNG 62.685 MAL ABGESTIMMT

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Krankenkasse?



FOCUS

OPINARY

Bis 2003 hatten noch alle gesetzlich Versicherten mit Sehschwäche einen Anspruch auf ein Brillen-Rezept. Danach galt für Erwachsene: Nur, wenn jemand mit Brille oder Kontaktlinsen maximal noch 30 Prozent Sehvermögen erreicht, zahlt ihm die Kasse was dazu. Der Kreis der Leistungsberechtigten ist nun erweitert worden.

[Hier gibt's die neuesten Gutscheine von Brille24](#)

Diese Patienten bekommen die Brillengläser bezahlt

Wer auf einem oder beiden Augen mit **mehr als 6 Dioptrien** kurz- oder weitsichtig ist, bekommt ab sofort wieder eine finanzielle Förderung.

Bei Hornhautverkrümmung reichen **mehr als 4 Dioptrien**.

Eine neue Brille gibt es immer dann, wenn sich die Sehstärke **um 0,5 Dioptrien verändert** hat.

Für viele, die ohne Sehhilfe im Alltag kaum zurecht kommen, sei die ausgeweitete Kassen-Bezuschussung eine Erleichterung – speziell für Sozialhilfeempfänger und Senioren mit knapper Rente, sagt Andreas Bethke, Geschäftsführer des DBSV. Aber: „Wer, wie die meisten, um die ein bis drei Dioptrien korrigieren muss, hat von der Gesetzesänderung leider nichts.“ Auf die Krankenkassen kommen auf jeden Fall Zusatzkosten zu. „Bisher wurde der Zuschuss nur selten gezahlt, das wird bald deutlich häufiger der Fall sein“, sagt Michael Ihly, Sprecher der Techniker-Krankenkasse in Hamburg.

[Zum FOCUS Online Krankenkassenvergleich \(Anzeige\)](#)

Kein Zuschuss für das Brillengestell

Für die Patienten entscheidend, mit wie viel Geld sie rechnen können. Zwar ist das Gesetz brandneu. Über [die Höhe der neuen Zuschüsse](#) sei aber noch nicht entschieden, kritisiert Lars Wandke vom Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen. Der GKV-Spitzenverband hat noch Zeit bis 31. Dezember 2018, das Hilfsmittelverzeichnis zu überarbeiten. Bis dahin orientiert sich die Unterstützung der Kassen an den alten, bisherigen Festbeträgen. Danach wird ein Glas für 4 bis 6 Dioptrien mit zehn bis knapp über 112 Euro bezuschusst. Was garantiert unverändert bleibt: Eine Brille oder Kontaktlinsen bekommen auch schwer Fehlsichtige auf keinen Fall komplett bezahlt. Das Brillengestell müssen sie ohnehin grundsätzlich selbst finanzieren.

Die alten Festbeträge reichen bei weitem nicht

Wer sehr schlecht sieht, kommt mit den alten Festbeträgen aus dem Jahr 2008 nicht sehr weit. Im hohen Dioptrien-Bereich gibt es keine günstigen Angebots-Gläser vom Optiker. Die Kosten pro Brillenglas summieren sich dann schnell mal auf bis zu 350 Euro und mehr. Für Menschen, deren Augenlicht sich über die Jahre zunehmend verschlechtert, kann das immer wiederkehrende Ausgeben von 1.000 Euro und noch viel mehr bedeuten. Wer Einstärkengläser nimmt, kommt grundsätzlich billiger weg als mit Gleitsichtgläsern, die Sehschärfe im Nah- und Fernbereich ermöglichen. Extras wie Entspiegelung oder Tönung müssen sowieso aus der eigenen Tasche gezahlt werden.

Anzeige

So profitieren Patienten schon heute

Der Sehbehindertenverband rechnet damit, dass noch nicht alle Augenärzte und Augenoptiker über die Neuregelung beim Anspruch auf Sehhilfen informiert sind. Patienten, die zum Kreis derer gehören, die von der Gesetzesänderung profitieren, können jetzt folgendes tun: Sich vom Arzt ein Brillen-Rezept ausstellen lassen und es dann beim Optiker einlösen, wie GKV-Sprecher Lanz erläutert. Dieser rechnet dann bis zur Höhe des Festbetrags mit der Kasse ab. Sind Kontaktlinsen medizinisch notwendig, leisten die Kassen laut Lanz erst ab einer Dioptrie von plus oder minus 8.

Zahl der Begünstigten könnte noch größer werden

Der Optikerverband hat bereits eine Nachbesserung des Gesetzes angemahnt. „Wollen Patienten auf Nummer sicher gehen, müssen sie aktuell zuerst zum Arzt und dürfen nicht direkt zum Optiker gehen“, kritisiert Wandke. Dieser Umweg koste die Kassen nur Geld. „Wir gehen davon aus, dass es künftig auch ohne die Schleife über den Augenarzt geht, und zwar mithilfe eines Berechtigungsscheins wie bei Kindern jetzt schon üblich.“

„In den kommenden Wochen müssen wir uns für höhere, vernünftige Zuschüsse stark machen“, fordert außerdem Bethke. Der Sehbehindertenverband hatte sich im Gesetzgebungsverfahren dafür eingesetzt, die Zuschussung bereits auf Werte ab 2,5 (bei Hornhautverkrümmung) respektive 5 Dioptrien (bei Kurz- und Weitsichtigkeit) auszuweiten. Der Vorstoß war jedoch gescheitert.

So gibt es einen Zuschuss vom Finanzamt

Die gesetzlich Versicherten unter den übrigen rund 40 Millionen Fehlsichtigen bundesweit müssen ihre Sehhilfe auch in Zukunft aus der eigenen Tasche bezahlen. Es gibt nur wenige Kassen, die – jenseits ihres vorgeschriebenen Leistungsrahmens – Zuschüsse für Fehlsichtige anbieten. Wer kein Geld für eine private Zusatzversicherung ausgeben will, dem bleibt nur noch eins: Mithilfe der Steuererklärung die Chance nutzen, wenigstens vom Fiskus eine Erstattung zu erhalten. Denn hohe Krankheitskosten, auch durch die Anschaffung von Brillen, Kontaktlinsen, Augen-Lasern oder Zuzahlungen zur Operation des Grauen Stars, können die Steuerlast drücken.

Es ist sogar möglich, eine selbst finanzierte optische Brille oder Kontaktlinsen ohne Rezept von der Steuer abzuziehen. „Dem Finanzamt genügt es, wenn man einmal beim Arzt war und dann nur noch zum Optiker geht“, sagt Isabel Klocke vom Bund der Steuerzahler. Nicht akzeptiert wird die Quittung für die günstige Lesebrille aus dem Supermarkt.

Einen zumutbaren Anteil müssen die Bürger zwar immer selbst zahlen – alles darüber hinaus drückt aber als außergewöhnliche Belastung die Steuerlast. Jetzt können Steuerbürger ihr persönliches Limit noch früher knacken und mehr absetzen: Der Bundesfinanzhof (BFH) in München verdonnerte den Fiskus vor kurzem zu einer neuen Berechnungsweise (Az: BFH VI R 75/14). Die Neuregelung kann einige hundert Euro Steuervorteil bedeuten.

Im Video: Fünf Fehler bei der Steuererklärung können Sie hunderte Euro kosten

Fünf Fehler bei der Steuererklärung können Sie hunderte Euro kosten



Fünf Fehler bei der Steuererklärung können Sie hunderte Euro kosten

FOCUS Online | AOK Kündigungsservice

Nicht zufrieden mit Ihrer Krankenversicherung bei der AOK?

Dann kündigen Sie einfach bequem online!

[AOK Niedersachsen](#) | [AOK Baden-Württemberg](#) | [AOK Bayern](#) | [AOK Bremen](#)

[AOK PLUS](#) | [AOK NORDWEST](#) | [AOK PLUS](#) | [AOK Rheinland-Pfalz/Saarland](#)

[AOK Sachsen-Anhalt](#) | [AOK Rheinland/Hamburg](#) | [AOK Hessen](#)

Das könnte Sie auch interessieren



Politik

London: Steuert Großbritannien in ein Corona-Desaster?



Pegasus Development

Die Festgeld - Alternative - 6% Festzins, 12 Monate Laufzeit



Politik

Erste Patienten vergiftet: Trump verbreitet Corona-Fake-News - mit dramatischen Folgen in Nigeria



LawButler

VW-Musterklage: Wie Geschädigte aus Sangerhausen bis 50.000 EUR Schadens-Anspruch rausholen...



(Regional)

Schon wieder: Feierwütige Münchner husten und spucken Polizisten unterhalb der Tierparkbrücke an



Probleme mit ED? Bestellen Sie Viagra online ohne Arztbesuch

(Apomeds)



Kenner sind sich sicher: Diese Tauschaktion ist unschlagbar

(MDM Deutsche Münze)



(Regional)

Offenbach am Main: Raubüberfall in Hotel: Angestellte (27) mit Schusswaffe bedroht



ANZEIGE

Hausverkauf? Dieser Online-Rechner zeigt...
(realbest)



Drosten kann Wirkung von Ausgangssperren...
(Gesundheit)



Corona-Krise: Coronavirus...
(Gesundheit)



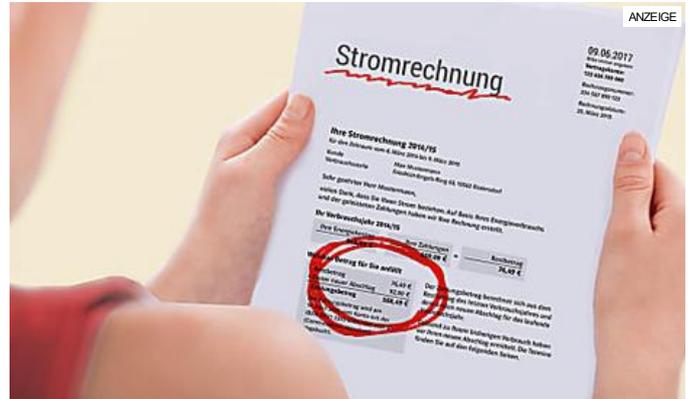
(Regional)

Halle: Corona: Kunstmuseum Moritzburg setzt auf Social Media



ANZEIGE

In drei Schritten zum ETF-Sparplan für den Nachwuchs
(iShares by BlackRock)



ANZEIGE

Das verschweigt Ihnen der Stromanbieter mit Absicht. Diesen...
(SwitchUp.de)



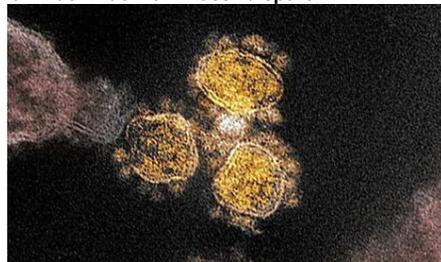
(Politik)

Corona-Brutstätte: Verein reiste nach Ischgl und bekam nach Rückkehr Hass zu spüren



Corona-Spätfolgen: Genesene haben...

(Wissen)



Coronavirus kommt nicht aus dem Labor

(Wissen)



ANZEIGE

Software-Defined Storage: der Schlüssel...

(IBM)



(Regional)

Polizeiinspektion Osnabrück: Einbruch in Mehrfamilienhaus



Deejo – ein Geschenk für sich selbst oder seine Lieben.

(Deejo)



Reicht ein Vermögen von 1.000.000 € für einen komfortablen Ruhestand?

(Grüner Fisher)

+++ EILMELDUNG +++



(Politik)

Zahl der Corona-Toten in Italien nun höher als in China



Wer stirbt an Corona? Das zeigen Daten aus...

(Gesundheit)



Hohe Rendite trotz Krise – bis zu 6% p.A

(Pegasus Development)



Amira Pocher hat Coronavirus: „Es fing...

(Kultur)



(Regional)

Landespolizeiinspektion Suhl: Von der Unfallstelle entfernt!



Wie weit bringen Sie 1 Million € im Ruhestand?

(Grüner Fisher)



Startup-Wunder aus Frankfurt erhält 45\$ Millionen, um Versicherungswelt...

(CLARK)



(Regional)

Düsseldorf: Corona-Krise: NRW-Kabinett trifft sich am Sonntag

ANZEIGE

Top-Virologe Drost: Corona-Patienten...

(Gesundheit)

**Siehe dieses Spiel für 1 Minute und sieh
wieso...**

(Viking: Gratis Online Spiel)

Athen/Lesbos: Lesbos: Mutmaßliche...

(Politik)

(Politik)

Berlin: Merz: Symptome des Coronavirus etwas stärker geworden

ANZEIGE

ANZEIGE

So erstellst du heute eine schöne Website – auch als Anfänger

(Jimdo)

**Hausverkauf? Dieser Gratis-Rechner zeigt, wie viel für Ihre Immobilie
drin...**

(realbest)

(Regional)

Düsseldorf: Trotz Corona und Hochwasser: Düsseldorfer Kasematten am Sonntag knallvoll

ANZEIGE

Du wirst deinen Computer nicht mehr...

(Forge Of Empires)

Coronavirus: Wie lange wird die Krise dauern?

(Wissen)

Expertenrat: Kontrollverlust...

(Gesundheit)

Zum Thema



[Neues Gesetz](#)

[Größere Auswahl, längere
Behandlung: Das ändert sich für
Kassenpatienten](#)



[Große Übersicht](#)

[84 Krankenkassen zahlen für
Homöopathie - hier sehen Sie, ob
Ihre dabei ist](#)



[Saubere Brillengläser](#)

[So wird Ihre Brille streifenfrei
sauber](#)

Vielen Dank! Ihr Kommentar wurde abgeschickt.

Hier können Sie selbst Artikel verfassen: [Bericht schreiben](#)

Im Interesse unserer User behalten wir uns vor, jeden Beitrag vor der Veröffentlichung zu prüfen. Als registrierter Nutzer werden Sie automatisch per E-Mail benachrichtigt, wenn Ihr Kommentar freigeschaltet wurde.

Artikel kommentieren [Netiquette](#) | [AGB](#)

Bitte loggen Sie sich vor dem Kommentieren ein Login	Schreiben Sie hier Ihren Kommentar zum Artikel: Zuschuss zur Sehhilfe Enttäuschte Patienten: Nur 1,4 Millionen
Überschrift <input type="text"/>	Überschrift (maximal 50) Kommentar-Text <input type="text"/>

Leser-Kommentare (14)

Bei den folgenden Kommentaren handelt es sich um die Meinung einzelner FOCUS-Online-Nutzer. Sie spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

21.04.17, 14:20 | [Wilfried Bergmann](#) | 1 Antwort

[Ey wofür brauche ich einen Kassenzuschuß???](#)

Ich bekomme seit Jahr und Tag meine Brille umsonst! Und ich habe keinen Pfennig zu bezahlt! Ehrlich! Sicher! Und so weit mit bekannt bezieht sich dieses Angebot auf alle Dioptrien. Ich habe niemals einen Zuschuß gebraucht!

[Antwort schreiben](#)

- 24.04.17, 18:52 | [Günter Geyer](#)

Schonmal daran gedacht,

Das andere anders sind und auch müssen? Gleitsichtbrillen gibts auch bei Fie..... nicht kostenlos! Es gibt Berufe, da reichen die Einstärkengläser nicht aus. Ich müsste min. 30 x in der Std die Brille abnehmen und wieder aufsetzen. Was glauben Sie wie das nerven würde und wie lange die Brille das mitmacht? Das ist nicht nur Bequemlichkeit! Und das ist nur EIN Grund von vielen!

Weitere Kommentare (10)

21.04.17, 08:25 | [rudolf peters](#)

[Statt Zuschüsse Preise verhandeln](#)

Das Hauptproblem bei Brillen ist, daß Optiker hier "Mondpreise" für die Gläser verlangen. In den Preisen ist viel mehr Luft als die paar Euro Zuschuss. Wieso bündeln die Krankenkassen nicht einfach die "Nachfragemacht" und Interessen der Mitglieder um die Optiker zu zwingen realistische Preise zu machen ? Ähnlich sieht es z.B. auch bei Zahnärzten aus. Für z.B. einen Zahnaufbau aus dem Kunststoff Corepaste werden Gewinnspannen die über dem Drogenhandel liegen, gegenüber dem giftigen Amalgam eingerechnet.

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 11:35 | [Hans Martins](#) | 2 Antworten

[Die Ausstellung einer Brillenverordnung](#)

Kostet ca. 15 Euro, dazu kommt häufig gerne noch eine Glaukomvorsorgeuntersuchung für 25 Euro. Macht man die Vorsorge nicht, kann der Augenarzt schon mal recht eigenartig werden. So zahlt man s hellen mal 40+ Euro, welche die KK nicht erstatten. Wer auf eine Brille angewiesen ist, eine gute Sehhilfe haben will, muss zwangsläufig einen nicht unerheblichen Eigenanteil tragen. Einfache, nicht entspiegelte Scherben sind natürlich preiswert, aber nicht wirklich komfortabel.

[Antwort schreiben](#)

- 24.04.17, 18:23 | [Hans Martins](#)

Natürlich kann man ohne Brillenverordnung

vom Augenarzt eine Brille beim Optiker anfertigen lassen - das machen vermutlich die Meisten. Aber im Artikel wird an 2 Stellen explizit empfohlen, sich zur Anspruchssicherung auf Zuschüsse, beim Augenarzt eine Brillenverordnung ausstellen zu lassen und damit dann zum Optiker zu gehen. Man vergaß allerdings zu erwähnen, dass dadurch nicht erstattungsfähige Kosten für den Patienten entstehen.

[Alle Antworten \(1\)](#)

20.04.17, 11:23 | [Andreas Mohn](#)

[Heißt das](#)

etwa, dass die Krankenkassen erhöhte Beiträge über die Zuzahlung argumentieren, aber der Betrag, der ausgezahlt wird, der ist deutlich niedriger als Beitrag? Überhaupt ist es ein riesiges Problem, dass Versicherte keine Transparenz haben. Diese ist bei Pillepalle Verträgen z.B. fürs ein Handy gegeben, Kündigungsfrist sind vorhanden. Aber ausgerechnet in dem Bereich, der richtig Geld kostet, da ist die Transparenz und das Recht des Kunden extrem eingeschränkt.

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 10:38 | [Günter Geyer](#)

[Eine stumpfsinnig Verordnung](#)

Was kann ein Mensch für seine schlechter werdenden Augen? Wer mehr wie "lächerliche" 2 Dioptrien hat, kann dev. nichts mehr lesen ohne Sehhilfe. Wie soll man da seinen Arbeitsplatz mit sichern? Diese Menschen im Regen stehen zu lassen, ist wohl absicht! Ist ja auch die Mehrheit der Sehhilfeträger. Diejenigen, denen nun finanziell geholfen wird, denen sollte man wohl eher die Augen-op bezahlen! Das wäre sinnvoller. Diese Verordnung, so wie sie ist, ist keine Hilfe. Demnächst gibts dann auch keine Rollstühle mehr und besonders schwer Gehbehinderte bekommen einen Gehstock auf Rezept, oder wie muss ich mir sonst diese Verordnung vorstellen?

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 10:24 | [André Fischer](#)

[HaHaHa, viel heiße Luft um Nichts !!!!](#)

Ich bin Augenoptiker und berichte aus der Ersten Reihe. Wie 1,4 Millionen profitieren? Wie genau profitieren die denn? Das alles ist wieder mal viel TamTam um nichts und ein absolutes Bürokratiemonster! Die Leute warten mindestens 3 Monate auf einen Augenarzttermin, denn die brauchen ja ein Rezept, dann wird ein Kostenvorschlag an die Krankenkasse gemacht, das dauert 2 Monate, damit die Kasse dann 20€ übernimmt und die Kunden 5€ Rezeptgebühr bezahlen.

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 09:41 | [Mike Gomez](#)

[Abzocke](#)

Es fragt sich, warum Brillen und Gläser so teuer sein müssen. Fährt man ins Ausland, kosten die Teile oft nur ein Drittel der hiesigen Preise. Hierzulande hat die gesamte Gesundheitsindustrie eine Lizenz zum Gelddrucken.

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 09:38 | [Doris Mallon](#)

[Macht keinen Sinn](#)

Das ist nicht nachvollziehbar. Wenn jemand 5,5 Dioptrien hat, ist er genauso auf die Brille angewiesen, wie jemand mit 6. Auch bei 3 Dioptrien wird man kaum ohne Brille auskommen oder bei 3,5 Dioptrien Hornhauverkrümmung. Das ist einfach ungerecht. Aber damit meint man, vor den Wahlen zu punkten. Alles klar!

[Antwort schreiben](#)

20.04.17, 08:18 | [Dietmar Thorhauer](#) | 1 Antwort

[Wir haben in Deutschland](#)

aktuell doch sicher wichtigere Probleme zu lösen, als die Sorgen ein paar Brillenträger ernst zu nehmen. Millionen Migranten erwarten eine medizinische Vollversorgung, die es zur erfüllen gilt. "Vor den Grenzen" stehen weitere Millionen, die Einlass und ihre damit verbundenen "Rechte" fordern. Wer nicht richtig sehen kann, soll doch auf eigene Kosten rechtzeitig die Blindenschrift erlernen und nicht als Rassist und Fremdenhasser auftreten und für seine Beiträge eine Gegenleistung erwarten. Ist das politisch soweit korrekt ???

[Antwort schreiben](#)

- 20.04.17, 14:57 | [Bernd Schuster](#)

Ist es!

Selbst unser aller Gesundheitsminister Gröhe von Merkels Gnaden, der bislang in flachen Talkshows sein Können für die angestammte Klientel bewies, wird Ihnen dafür Beifall spenden.

20.04.17, 07:53 | [Monika Pfeffer](#)

[Bei Online-Brillen Anbietern KEINE Zuzahlung](#)

Meine Krankenkasse Salus BKK teilte mir auf Anfrage mit, dass sie für online-bestellte Brillen in keinem Fall Zuzahlung leisten. Auf meine Nachfrage, warum das so sei, antwortete man mir, dass es so von oben vorgegeben wird. Ich sagte daraufhin, dass bei mir eine Brille beim lokalen Optiker auf knapp 1.000 Euro kommt, und ich mir das (trotz der nun geltenden Zuzahlung von üppigen 40 Euro) nicht leisten könne. Beim Online-Brillenanbieter kommt mir eine Brille mit allem Schnickschnack und superdünnen Gläsern auf 120 Euro. So kann ich nur vermuten, dass die neue Zuzahlungsrichtlinie aufgrund der guten Lobbyarbeit der Optiker in Deutschland verfasst wurde. An den Bedürfnissen der Sehbehinderten geht das wieder mal vorbei. Schade.

[Antwort schreiben](#)

Weitere Kommentare (4)

Das könnte Sie auch interessieren



Kultur

Bill Kaulitz vertreibt sich die Zeit mit Selbstbefriedigung



Kultur

Polizei bremst jetzt Wagen auf Autobahn ab und fragt nach Grund der Fahrt



Kultur

Philosophin Flaßböhler: Der Stillstand schenkt uns einen Denkraum



Finanzen

Ausgangssperre: Einkaufen, Joggen, Gassi gehen - was Bürger beachten müssen

Content empfohlen von

Lesen Sie auch



[FOCUS TV Reportage am Dienstag, 17.12.2019, um 23:10 Uhr in SAT.1](#)

[Leben mit Risiko! – Krank und nicht versichert](#)



Leute

[Imitator beherrscht 200 Tierstimmen](#)

„Krankenversicherung“ abonnieren
[Verfolgen Sie die neuesten Artikel zum Thema „Krankenversicherung“ in Ihrem RSS-Reader oder E-Mail-Programm](#)



Gesundheit

[Sand auf der Brille immer mit fließendem Wasser entfernen](#)



[RSS](#)



Verbraucher



[Diese drei Versicherungen sind verzichtbar](#)

[Deals](#)
[FOCUS Online-Deal mit CLARK](#)

[Versicherungen digitalisieren und 150 Euro Amazon-Gutschein sichern](#)

22.02.20, 09:00

24-Stunden Newsticker

- [12.03.2020 10 neue Urteile zur Krankenkasse: Wie Sie ihre Rechte am besten durchsetzen](#)
- [05.03.2020 Privaten Krankenversicherung: Über diese sieben Wegen kommen Sie raus](#)
- [24.02.2020 Erstmals seit 2015: Krankenkassen schreiben Milliardendefizit](#)

[Alle News anzeigen](#)

[FOCUS Online Kleinanzeigen](#)

- [Tablet und Laptop in einem](#)
- [Tablet und Notebook in einem](#)
- [Ps4 VR Brille kaufen](#)
- [PlayStation 4 mit VR Brille kaufen](#)
- [Telefon mit Anrufbeantworter und Fax](#)
- [Bang und Olufsen Plattenspieler](#)

[Krankenversicherung](#)

[rss](#)

Bundesweite Krankenkassen im Überblick

- | | | | |
|---|--|--|---|
| • BARMER | • KNAPPSCHAFT | • IKK Classic | • BARMER |
| • BKK VBU | • VIACTIV Krankenkasse | • Novitas BKK | • BKK VBU |
| • BKK VerbundPlus | • BKK firmus | • DAK-Gesundheit | • BKK VerbundPlus |
| • BKK Gildemeister Seidenstricker | • HKK Krankenkasse | • Techniker Krankenkasse | • BKK Gildemeister Seidenstricker |
| • Heimat Krankenkasse | • BIG direkt gesund | • Kaufmännische Krankenkasse | • Heimat Krankenkasse |

[1](#)
[2](#)
[3](#)

Die beste Versicherung finden

- | | | |
|---|--|---|
| • Krankenkassen-Vergleich | • Berufsunfähigkeitsversicherung Vergleich | • Krankenkassen-Vergleich |
| • Private Rentenversicherung Vergleich | • Rechtsschutzversicherung Vergleich | • Private Rentenversicherung Vergleich |
| • Riester-Rente Vergleich | | • Riester-Rente Vergleich |
| • Private Krankenversicherung Vergleich | | • Private Krankenversicherung Vergleich |
| • Risikolebensversicherung Vergleich | | • Risikolebensversicherung Vergleich |

[1](#)
[2](#)

Versicherer an der Börse

- [Allianz](#)
- [Munich Re](#)
- [AXA](#)
- [Zurich Insurance Group](#)

- [Assicurazioni Generali](#)

Finanzvergleich

[Girokonto-Vergleich](#)

- [Depot-Vergleich](#)
- [Festgeld-Vergleich](#)
- [Tagesgeld-Vergleich](#)
- [Robo-Advisor-Vergleich](#)

Altersvorsorge



[Rente aufstocken? Wir helfen!](#)

[Fonds mit denen Sie Ihre Altersvorsorge aufstocken können!](#)

- [Die beliebtesten ETF Fonds](#) Finden Sie den passenden ETF-Fonds für Ihre Altersvorsorge!

Die Börse im Überblick



- [Börse](#) Alle Informationen zusammengefasst



- [Aktien](#) Die Top-Aktien im Überblick



- [Rohstoffe](#) Die wichtigsten Rohstoffe im Überblick



- [Anleihen](#) Die Top Anleihen für Ihre Bedürfnisse



- [Währungen](#) Alle Währungskurse im Überblick

Gutscheine, Angebote und Rabatte



- [OTTO-Gutschein](#)



- [Gutscheine bei H&M](#)



- [Sparangebote bei Notebooksbilliger](#)

Steuertipps

- [Aktionen und Rabatte bei Steuertipps](#)

BRILLE24

Dein Online-Optiker

- [Preisaktionen bei Brille24](#)



- [Rabattaktionen bei Consorsbank](#)

Versicherungen im Vergleich



[Private Krankenversicherung](#)

[Die private Krankenversicherung \(PKV\) bietet die Möglichkeit, sich optimal für den Krankheits- und Pflegefall abzusichern. Profitieren Sie von den vielen zusätzlichen Leistungen einer privaten Krankenkasse!](#)

Kreditkarten im Vergleich



[Kreditkarten mit Cardscout vergleichen](#)

[Finden Sie die passende Kreditkarte für Ihre Bedürfnisse](#)

[Focus-Heft-Abo](#) [RSS](#) [Newsletter](#) [Archiv](#) [Sitemap](#)

[Kontakt](#) [Datenschutzerklärung](#) [AGB](#) [Impressum](#) [Inserieren](#) [Über unsere Werbung](#)

Persönlicher Newsletter

E-Mail-Adresse Bestellen

Fotocredits:

FOCUS Online/Wochit, dpa/Sven Hoppe, dpa/Kay Nietfeld, imago/Sven Simon, Paul Zinken/dpa, Wochit / Getty Images, DW, otto, Bloomberg, dpa/Andrea Warnecke, dpa/Patrick Pleul, Consorsbank, FOC Screenshot RKI, dpa/Jörg Carstensen/Illustration, Econa, FOL, dpa/Massimo Paolone/LaPresse via ZUMA Press/dpa, FOCUS TV, AP, dpa/Julian Stratenschulte/dpa, Ismail Coskun/IHA/dpa, privat, dpa/Oliver Berg/dpabild, dpa / Oliver Berg dpa, dpa/Jens Wolf, dpa/Stephan Jansen/dpabild, Peter Kneffel/dpa, Samsung (2), dpa/Christin Klose, Ismael Francisco/AP/dpa, Zoomin_tv, dpa/Frank Rumpenhorst, dpa (3), SACHSEN FERNSEHEN, dpa/Boris Roessler, gettyimages/janulla/fof, dpa/Peter Steffen, CLARK, FOCUS Online/Facebook: Bosselmann. Die Landbäckerei., TVNOW / Stefan Gregorowius, dpa/Peter Kneffel/dpa, sp-x / ZDK, Steuertipps Logo, Brille24, Disney / FOCUS Online, SPORT1, dpa/Hans-Jürgen Wiedl, dpa/Sven Pförtner/dpa, Tumminelli, dpa/Jens Kalaene (2)

Alle Inhalte, insbesondere die Texte und Bilder von Agenturen, sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur im Rahmen der gewöhnlichen Nutzung des Angebots vervielfältigt, verbreitet oder sonst genutzt werden.

[FOCUS Online Nachrichten](#)

© FOCUS Online 1996-2020

MENU

Suchen nach ...

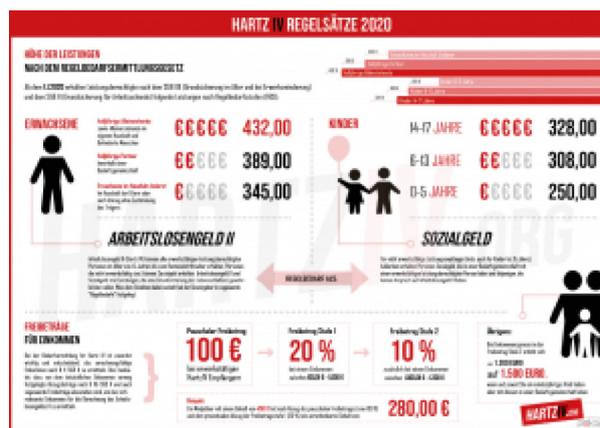


HartzIV.org > Hartz IV Regelsatz

Hartz IV Regelsatz

Regelbedarf 2020 beim Arbeitslosengeld II

Der **Regelsatz** deckt den laufenden und einmaligen Bedarf für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Strom (ohne Heizung) und für die Bedürfnisse des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch für Beziehungen zur Umwelt und die Teilnahme am kulturellen Leben.



GESPONSERTE SUCHERGEBNISSE

[sofortkredit für hartz 4 empänger](#)



[hartz 4 sä](#)

[aufstockung rechner](#)



[kleinkredit i](#)

[hartz 4 aufstockung antrag](#)



[hartz 4 regelsa](#)

[hartz iv rechner](#)



[bedarfsgemein](#)

[grundsicherung im alter](#)



[arbeitslosengeld 2](#)

Hartz IV Erhöhung zum 01.01.2020

Zum 01.01.2020 werden die Hartz IV Regelsätze angehoben. Für Alleinstehende steigt der Regelsatz um 8 Euro von 424 Euro auf 432 Euro (Erhöhung um ca. 2,00 Prozent). Entsprechend steigen auch die Beträge für Partner in der Bedarfsgemeinschaft, von 382 Euro auf 389 Euro. U25 ohne Genehmigung zum Auszug sowie für Kinder (*siehe Tabelle weiter unten*) werden bei der Erhöhung ebenfalls berücksichtigt.

Nettolohn- und Preisentwicklung als Einflussfaktor

Angepasst wird der Regelsatz seit 2010 anhand der Preis- und Nettolohnentwicklung. Bis dahin orientierten sich die Leistungen an den Rentenanpassungen der Deutschen Rentenversicherung, jeweils zum 01. Juli eines Jahres. Hier hat es aber ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts ([AZ: 1 BvL 1/09; 1 BvL 3/09; 1 BvL 4/09 – 09.02.2010](#)) gegeben, dass der Regelbedarf nicht verfassungsgemäß ermittelt wurde, weshalb fortan die Preisentwicklung sowie die Löhne maßgeblich sind. Allerdings kann auch diese Berechnungsmethode die Preisentwicklung nicht aufhalten. Wie unter „[Hartz IV Regelbedarf zieht an der Realität vorbei](#)“ veröffentlicht, fangen die Erhöhungen der Bedarfe die Preissteigerungen nicht auf.

Hartz IV Regelbedarf Übersicht nach Regelbedarfsstufen

Bedarf	2020	2019	2018
Regelbedarf für Alleinstehende/ Alleinerziehende (Regelbedarfsstufe 1)	432 €	424 €	416 €
Volljährige Partner innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft (Regelbedarfsstufe 2)	389 €	382 €	374 €

Erwachsene Behinderte in stationären Einrichtungen (Regelbedarfsstufe 3)	339 €	339 €	332 €
RL unter 25-Jährige im Haushalt der Eltern / Strafregeleistung für ohne Zustimmung ausgezogene U 25'er (Regelbedarfsstufe 3)	345 €	339 €	332 €
Kinder 14 bis unter 18 Jahre (Regelbedarfsstufe 4)	328 €	322 €	316 €
RL für Kinder von 6 bis unter 14 Jahre (Regelbedarfsstufe 5)	308 €	302 €	296 €
Kinder 0 bis 5 Jahre (Regelbedarfsstufe 6)	250 €	245 €	240 €

Hartz IV Regelsatz für Kinder – Übersicht

In der Grafik links finden Sie eine Übersicht der Regelleistungen für Kinder mit Aufschlüsselung nach Verwendung. Diese Werte basieren auf der Ermittlung des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes – (RBEG). Dabei wurden die Werte aus § 6 RBEG ins Verhältnis zu den Regelsätzen für Kinder ab 2020 gesetzt.

HARTZ IV Regelsätze für Kinder ab 2020 Übersicht						
Diese Werte basieren auf der Ermittlung des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes - (RBEG). Dabei wurden die Werte aus § 6 RBEG ins Verhältnis zu aktuellen Regelsätzen für Kinder ab 2020 gesetzt						
BEDARF FÜR	0-5 Jahre	6-14 Jahre	15-17 Jahre	0-5 Jahre	6-14 Jahre	15-17 Jahre
Nahrungsmittel, alkoholfreie Getränke	47,03 €	33,33%	74,43 €	48,49%	54,28 €	47,07%
Bekleidung und Schuhe	29,77 €	11,93%	45,74 €	14,85%	4,23 €	12,51%
Wohnen, Energie und Wohnzeinstandhaltung	9,39 €	3,72%	66,63 €	20,84%	26,07 €	7,88%
Innenversattung, Haushaltsgeräte und -gegenstände	12,93 €	5,18%	10,03 €	3,28%	12,87 €	4,22%
Gesundheitspflege	7,93 €	3,16%	3,73 €	1,19%	8,20 €	2,50%
Verkehr	28,28 €	11,3%	28,93 €	9,4%	14,48 €	4,4%
Nachrichtensübermittlung	11,85 €	4,74%	14,93 €	4,65%	6,10 €	1,8%
Freizeit, Unterhaltung, Kultur	30,83 €	12,33%	43,92 €	14,28%	34,74 €	10,58%
Bildungswesen	3,76 €	1,5%	0,55 €	0,18%	0,23 €	0,07%
Behörden- und Dienstleistungserbringungen	2,28 €	0,91%	5,70 €	1,8%	5,85 €	1,7%
Anderes Wohnen und Dienstleistungen	40,28 €	15,71%	0,84 €	0,26%	12,88 €	3,88%
GESAMT	250 €	100%	308 €	123%	328 €	131%

GESPONSERTE SUCHERGEBNISSE

sofortkredit für hartz 4 empänger



arbeitslosengeld 2 berechnen



bedarfsgemeinschaft rechner



hartz iv was ist das



wohnung vom jobcenter bezahlt



aufstockkur

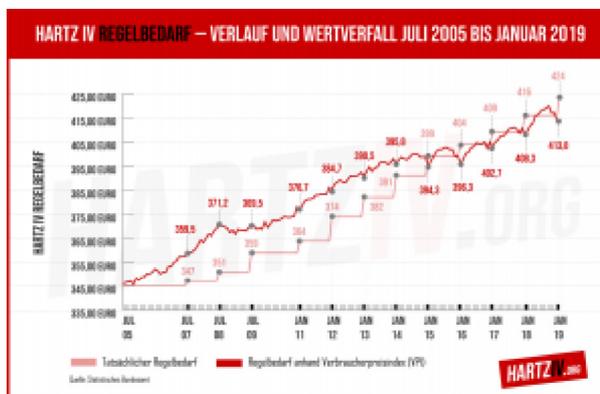
grundsicheru

hartz 4 miete

arbeitslos mi

antrag grun

Entwicklung des Hartz IV Regelbedarfs



Seit seiner (verfassungswidrig ermittelten) Einführung im Jahre 2005 hat sich der Regelsatz nur sehr schleppend entwickelt. Wie diese Grafik (*letztmalig aktualisiert 22.03.2019*) auch zeigt, immer weit

unter der Entwicklung des Verbraucherpreisindex (VPI). Den Beginn legten die Leistungen nach dem SGB II mit 345 Euro und 331 Euro (Ost). Durch die anfangsweiser Orientierung am Rentenniveau waren auch in den ersten zweieinhalb Jahren keine Erhöhungen vorgesehen. Aber auch die **aktuelle Berechnung des Regelbedarfs** nach den Beanstandungen des Bundesverfassungsgericht sind **weiter umstritten** und bedürfen weiterer Prüfung. Mit dem Versand der neuen Bescheide erwecken die Jobcenter eine korrekte Ermittlung anhand der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Hier lohnt sich allerdings ein genauer Blick und gegebenenfalls ein **Widerspruch**.

Verlauf der Regelleistung

01.01.2020: Auch im Jahr 2020 steigt der Eck-Regelsatz wieder um 8 Euro (ca. 2 Prozent). Daraus ergibt sich ein Regelsatz von

432 Euro monatlich für Alleinstehende. Beschlossen wurde die Hartz IV Anpassung vom Bundeskabinett am 18.09.2019.

01.01.2019: Zum 01.01.2019 steigt der Eck-Regelsatz um 8 Euro (ca. 2 Prozent) auf insgesamt **424 Euro** monatlich für Alleinstehende. Den Vorschlag des Bundesarbeitsministers hat das Bundeskabinett am 19.09.2019 passiert.

01.01.2018: Am 06. September 2017 hat das Bundeskabinett die neuen Regelsätze für das Jahr 2018 beschlossen. Damit steigt der Eck-Regelsatz von bisher 409 Euro um weitere 7 Euro (1,7 Prozent) auf **416 Euro** monatlich.

01.01.2017: Zu Beginn des Jahres 2017 ist der Eck-Regelsatz von 404 Euro auf **409 Euro** angehoben worden. Die höchste Steigung gab es bei Kindern zwischen 6 und 15 Jahren – hier wurde der Satz von 270 Euro um 21 Euro auf 291 Euro angehoben. Bei Kindern bis 5 Jahren blieb der Satz von 237 Euro monatlich unverändert im Vergleich zum Vorjahr.

01.01.2016: Am 23. September 2015 hat das Bundeskabinett die neue Erhöhung der Regelsätze beschlossen. Dieser steigt ab Anfang des Jahres 2016 von 399 Euro auf **404 Euro** und ist mit einer Erhöhung von nur 5 Euro (1,25 Prozent) die niedrigste Anpassung seit 2011.

01.01.2015: Am 17. Oktober 2014 wurden die neuen Regelsätze für das Jahr 2015 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nr. 47 veröffentlicht. Aufgrund der Fortschreibung der Regelbedarfe wurden diese um 2,12 Prozent im Vergleich zum Vorjahr angehoben. Mehr kann auf der Seite des Bundesanzeiger Verlags nachgelesen, siehe [hier](#). Damit stieg der Regelbedarf von 391 Euro auf aktuell **399 Euro**.

01.01.2014: Ermittlung findet aufgrund einer Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) statt. Da keine vorlag, steigt die Leistung von 382 Euro auf **391 Euro** aufgrund eines Mischindex aus der Entwicklung der Nettolöhne sowie der Preisentwicklung

für Güter und Dienstleistungen. Daraus ergibt sich ein Faktor von 1,0227 für 2014.

01.01.2013: Aufgrund der Entwicklung bei den Nettolöhnen sowie bei der Preisentwicklung in der Bundesrepublik erhöht sich der Regelbedarf um weitere 8 Euro auf **382 Euro**.

01.01.2012: Die Regierung hat die Rügen des Bundesverfassungsgerichts (mehr oder minder) umgesetzt. Die Berechnung und Erhöhung der Hartz 4 Regelsätze sind nicht mehr an den Rentenanstieg gekoppelt sondern orientieren sich an den Nettolöhnen und Preissteigerungsraten. Der Hartz IV Regelbedarf steigt um 10 Euro auf **374 Euro**. Allerdings ist die **Richtigkeit der Ermittlung noch nicht abschließend geklärt**.

01.01.2011: Die nächste Erhöhung ließ eineinhalb Jahre auf sich warten, zudem entschied das Bundesverfassungsgericht, dass der Regelsatz nicht verfassungsgemäß ermittelt wurde. Die Bundesregierung musste hier eine Lösung finden und von der Koppelung an die Renten wegkommen. Ab 2011 heißt es auch nicht mehr „Regelsatz“ sondern offiziell „Regelbedarf“, der ab diesem Jahr **364 Euro** beträgt. Zur Ermittlung siehe auch *„Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“* des Bundestages vom 26.10.2010 als [PDF](#). Die einzelnen Bedarfsabteilungen finden sich auf den Seite 6 und 7 des Dokuments. Die einzelnen Vorgaben ab Seite 49.

01.07.2009: Die Renten sind weiter gestiegen, um 2,5 Prozent. Hieraus resultiert eine Hartz IV Erhöhung um 8 Euro auf **359 Euro**.

01.07.2008: Durch den Rentenanstieg um 1,1 Prozent wurde auch der Regelsatz erhöht. Ein Plus von 4 Euro lässt den monatlichen Regelsatz von bisherigen 347 Euro auf **351 Euro** wachsen.

01.07.2007: Erste Erhöhung des Regelsatzes um 2 Euro nach zweieinhalb Jahren – gleichzeitig wurde der Regelsatz für die gesamte Bundesrepublik vereinheitlicht und beträgt fortan **347 Euro**.

01.01.2005: Einführung Arbeitslosengeld II (Hartz IV) als Ersatz für die bisherige Sozialhilfe. Der neu eingeführte Regelsatz nach dem SGB II wurde schon zu Beginn verfassungswidrig ermittelt und beträgt **345 Euro (West) und 331 Euro (Ost)**.

HARTZ IV REGELSATZ 2020 das ist in **432 €** enthalten



Was mit der Regelleistung abgedeckt ist

Die Regelleistung nach [§ 20 SGB II](#) basiert auf einzelnen Bedarfen, die insgesamt die Summe von **432 €** (424 € bis 31.12.2019) Regelbedarf ergeben. Die unten aufgeführten Beträge zum Regelsatz basieren auf den Regelsatzverordnung. Bitte beachten Sie, dass die errechneten, ungefähren Zahlen nur für **einen Antragsteller** gelten. Auszugehen ist vom prozentualen Anteil am Regelsatz.

Regelbedarf ab dem 01.01.2020

Gesamt* 100% 432,00 €

Anteil am Regelbedarf	in % von der RL	in € von der RL
Nahrung, alkoholfreie Getränke	34,86%	150,60 €
Freizeit, Unterhaltung, Kultur	9,59%	41,43 €
Nachrichtenübermittlung	8,94%	38,62 €
Bekleidung, Schuhe	8,76%	37,84 €
Wohnen, Energie, Wohninstandhaltung	8,87%	38,32 €
Innenausstattung, Haushaltsgeräte und -gegenstände	6,16%	26,61 €
andere Waren und Dienstleistungen	7,93%	34,26 €
Verkehr	8,33%	35,99 €
Gesundheitspflege	3,80%	16,42 €
Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	2,49%	10,76 €
Bildung	0,26%	1,12 €

* Durch Rundungen können sich Unterschiede von wenigen Cent ergeben.

Regelbedarf bei Bedarfsgemeinschaft

Der **Regelsatz** beläuft sich zunächst auf **432 Euro** monatlich (bis 2019: 424 Euro je Antragsteller. Für einen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Antragsteller werden 389 Euro (für eine Bedarfsgemeinschaft, in der beide Teile Arbeitslosengeld II Bezieher sind: 2 x 90% der Regelleistung, also 778 Euro) gezahlt.



- Weitere Informationen: [Bedarfsgemeinschaft](#)

Unterkunft und Heizung zusätzlich zum Regelsatz

Zu den Beträgen des Regelsatzes werden zudem die Kosten für Unterkunft und Heizung für angemessenen Wohnraum erstattet. Hierzu gibt es aber keine pauschalen Sätze, da diese nach den tatsächlichen Kosten übernommen werden.

- Weitere Informationen: [Unterkunft und Heizung](#)

Mehrbedarf zusätzlich zum Regelsatz

Weiterhin stehen Alleinerziehenden, Schwangeren sowie Behinderten oder bei kostenaufwändiger Ernährung zusätzlich pauschalierte Mehrbedarfe zur Verfügung.

- Weitere Informationen: [Mehrbedarf](#)

Keine Kürzung des Regelbedarfs bei stationärem Aufenthalt

Müssen Hartz IV Bezieher aufgrund einer länger andauernden Krankheit in einem **Krankenhaus** oder anderweitig stationär untergebracht werden, haben diese weiterhin Anspruch auf den **vollen Regelbedarf** sowie Übernahme der vollen Miete. Das Jobcenter darf weder die Vollverpflegung mit dem Regelbedarf verrechnen noch diese als Einkommen ansehen. Dass eine solche Kürzung des Regelsatzes rechtswidrig ist, hat das Bundessozialgericht entschieden. (BSG Az.: B 14 AS 22/07 R)

Widerspruch gegen falschen Hartz IV Bescheid

Es kommt leider nicht selten vor, dass die Leistungen vom Jobcenter falsch berechnet werden. Sei es durch nicht vollständige Angaben des Antragstellers, Falschberechnungen des Einkommens und Vermögens etc. die zu einer geringeren Regelleistung führen. In diesem Fall sollte unbedingt ein Widerspruch gegen den Bewilligungsbescheid erhoben werden, damit die Leistungen entsprechend überprüft und korrigiert werden können.

Gegen falsche und zu geringe Leistungen wehren

Wie sie sich gegen falsche Hartz IV Bescheide und damit zu geringe Leistungen beim Jobcenter wehren, können Sie auf den folgenden Artikeln nachlesen:

- [Hartz 4 Widerspruch](#)
- [Klage](#) und [einstweiliger Rechtsschutz](#)
- [Untätigkeitsklage](#)
- [Überprüfungsantrag](#)

Letzte Aktualisierung: 17.05.2020

GESPONSERTE SUCHERGEBNISSE

sofortkredit für hartz 4 empfänger 🔍	bedarfsgemein
aufstockung rechner 🔍	grundsicheru
hartz iv was ist das 🔍	arbeitslos mi
wohnung vom jobcenter bezahlt 🔍	arbeitslos
hartz 4 miete 2 personen 🔍	antrag auf gru

Hartz IV Regelsatz: 

4,28 von 5 Punkten, basierend auf 354 abgegebenen Stimmen.

Letzte News

Zoff um Hartz IV Ersatz im Alter: Droht Grundrente zu scheitern?

Kürzungen bei Hartz IV Empfängern? Merz als „Aasgeier“ der Reichen

„Unsozial“: Bundesrat sitzt Corona-Zuschlag auf Hartz IV aus

HEUTE: Bundesrat entscheidet über Corona-Zuschlag auf Hartz IV

Hartz IV Urteil: Jobcenter darf Kontodaten 10 Jahre speichern

Skandal in Möbelhaus: Hartz IV Empfänger diskriminiert

Hartz IV: Für die Ärmsten hat die Bundesregierung nichts übrig!

Wegen Corona-Hilfe: Jobcenter verweigert Hartz IV Leistungen

Hartz IV: Wenn Kurzarbeitergeld nicht zum Leben reicht

© 2006 - 2020 HartzIV.org

[Impressum](#) [Datenschutzerklärung](#) [Werben auf HartzIV.org / Mediadaten](#)
[Nutzungsbedingungen](#) [Forum](#)

HNO-Ärzte im Netz

- Unsere Sinne
 - Mundhöhle & Hals
 - Nase
 - Ohren
 - Hören
 - Riechen
 - Schmecken
 - Gleichgewicht halten
 - HNO-Hygiene
- Krankheiten
- Untersuchungen
 - Abtastuntersuchungen
 - Allergie-Tests
 - Computertomografie (CT)
 - Endoskopie
 - Gleichgewichtsprüfungen
 - Hörtests
 - Magnetresonanztomografie (MRT)
 - Nasenfunktionstest
 - Nasenspiegelung (Rhinoskopie)
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Ohrmikroskopie
 - Riechprüfungen
 - Röntgen
 - Schlaflabor
 - Schnarchuntersuchung
 - Stroboskopie
 - Ultraschall
- Therapien
 - Akupunktur
 - Ballonkatheter
 - Chirotherapie
 - Cochlea-Implantat
 - Hörgeräte-Versorgung
 - Hyposensibilisierung
 - Inhalieren
 - Lasertherapie
 - Logopädie / Sprachheilpädagogik
 - Mandeloperation
 - Nasenkorrektur
 - Ohrenkorrektur
 - Rachenmandel-Entfernung
 - Tympanoplastik
- News
- Arztsuche

- Unsere Sinne
 - Mundhöhle & Hals
 - Die Mundhöhle
 - Der Hals
 - Der Rachen
 - Der Kehlkopf
 - Die Luftröhre
 - Die Speiseröhre
 - Die Schilddrüse
 - Nase
 - Innere und äußere Nase
 - Die Nasennebenhöhlen
 - Die Nasenatmung
 - Die Stimm- und Klangbildung
 - Der Geruchssinn
 - Ohren
 - Das äußere Ohr
 - Das Mittelohr
 - Das Innenohr
 - Das Gehör
 - Das Gleichgewichtsorgan
 - Hören
 - Entwicklung des Gehörs
 - Hörbahn & Hörfrequenz
 - Hörprüfungen
 - Riechen
 - Riechschleimhaut
 - Vom Duftmolekül zum Geruch
 - Schmecken
 - Gleichgewicht halten
 - Vestibuläres System
 - Optisches System
 - Propriozeptives System
 - Nystagmus
 - HNO-Hygiene
 - Tipps zur richtigen Ohrenpflege
 - Tipps zur richtigen Nasenpflege
 - Tipps für eine gute Mundhygiene
 - Tipps zur Pflege der Stimme
- Krankheiten
- Untersuchungen
 - Abtastuntersuchungen
 - Allergie-Tests
 - Computertomografie (CT)
 - Endoskopie
 - Gleichgewichtsprüfungen

- [Hörtests](#)
- [Magnetresonanztomografie \(MRT\)](#)
- [Nasenfunktionstest](#)
- [Nasenspiegelung \(Rhinoskopie\)](#)
- [Neugeborenen-Hörscreening](#)
- [Ohrmikroskopie](#)
- [Riechprüfungen](#)
- [Röntgen](#)
- [Schlaflabor](#)
- [Schnarchuntersuchung](#)
- [Stroboskopie](#)
- [Ultraschall](#)
- [Therapien](#)
 - [Akupunktur](#)
 - [Ballonkatheter](#)
 - [Chirotherapie](#)
 - [Cochlea-Implantat](#)
 - [Hörgeräte-Versorgung](#)
 - [Hyposensibilisierung](#)
 - [Inhalieren](#)
 - [Lasertherapie](#)
 - [Logopädie / Sprachheilpädagogik](#)
 - [Mandeloperation](#)
 - [Nasenkorrektur](#)
 - [Ohrenkorrektur](#)
 - [Rachenmandel-Entfernung](#)
 - [Tympanoplastik](#)
- [News](#)
- [Arztuche](#)

> [Krankheiten](#) > [Schwerhörigkeit](#) > Stadien der Schwerhörigkeit

- [Definition und Häufigkeit](#)
- [Stadien der Schwerhörigkeit](#)
- [Ursachen und Risiken](#)
- [Schalleitungsschwerhörigkeit](#)
- [Schallempfindungs- schwerhörigkeit](#)
- [Kombinierte Schalleitungs- und Schallempfindungs- schwerhörigkeit](#)
- [Schwerhörigkeit bei Kindern & Jugendlichen](#)
- [Altersschwerhörigkeit \(Presbyakusis\)](#)
- [Symptome und erste Anzeichen](#)
- [Untersuchung und Diagnose](#)
- [Behandlung beim HNO-Arzt](#)
- [Ratschläge für Betroffene](#)
- [Hinweise für Angehörige](#)
- [Kann man vorbeugen?](#)
- [Adressen und Links](#)

Stadien der Schwerhörigkeit

Für die Beurteilung der Hörfähigkeit sind zwei Einheiten wichtig: Die Tonhöhe und die Lautstärke. Die Tonhöhe (Frequenz) wird in Hertz (Hz) gemessen. Der gesamte Hörbereich des Menschen liegt bei einem gesunden Gehör zwischen 0 bzw. 20 und maximal 20.000 Hertz. Am empfindlichsten reagiert das Gehör auf die Frequenzen zwischen 500 und 6.000 Hertz, den Frequenzen der menschlichen Sprache. Die Maßeinheit für die Lautstärke sind Dezibel (dB). Die Schwelle, bei der sich ein normal hörender Mensch unwohl fühlt, liegt durchschnittlich bei 80-85 dB, darüber liegende Schalldruckpegel erfordern einen Lärmschutz.

Über diese beiden Einheiten bestimmt sich die Hörschwelle. Als Hörschwelle bezeichnet man die Wahrnehmungsgrenze eines Höreindrucks. Sie ist frequenzabhängig. Für eine Frequenz von 2.000 Hz ist sie bei gesundem Hörvermögen mit einem Schalldruck von 0 dB definiert. Auf dieser Grundlage wird das Ausmaß der Schwerhörigkeit in fünf Stadien geteilt.

- **Normalhörigkeit:** Ein Abweichen der Hörfähigkeit von der definierten Hörschwelle bis 20 dB liegt im Bereich der Normalhörigkeit.
- **Geringgradige Schwerhörigkeit** liegt bei einer Abweichung oberhalb von 20 dB vor, d.h. etwa das Ticken einer Armbanduhr oder Blätterrauschen können akustisch nicht mehr wahrgenommen werden. Die betroffene Person kann erst Töne mit einer Schallintensität von 25 bis 40 dB hören.
- **Mittelgradige Schwerhörigkeit** beginnt bei einem Hörverlust von 40 dB, dies entspricht etwa den Grundgeräuschen in Wohngebieten. Die betroffene Person kann erst Töne mit einer Schallintensität von 40 bis 60 dB hören.
- **Hochgradige Schwerhörigkeit** entsteht bei mindestens 60 dB, dann kann ein Gesprächspartner bei normaler Sprechlautstärke nicht mehr gehört werden.
- **An Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit** beginnt bei einem Hörverlust von mehr als 80 dB. In diesen Fällen hört man weder laute Musik noch die Geräusche einer Autobahn. Hört man praktisch nichts mehr, ist man taub bzw. gehörlos.

© HNO-Ärzte-im-Netz

[Datenschutz](#)

[Nutzungsbedingungen](#)

[HNO-Glossar](#)

[Bildquellen](#)

Herausgeber:

[Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.](#)

[Kontakt](#)

[Impressum](#)





Weitere Gesundheitsthemen:

[Frauengesundheit - www.frauenaeerzte-im-netz.de](http://www.frauenaeerzte-im-netz.de)

[Allgemeine & Innere Medizin - www.internisten-im-netz.de](http://www.internisten-im-netz.de)

[Kindergesundheit - www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

[Kinder- und Jugendreha - www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de)

Weitere Gesundheitsthemen:

[Lungenheilkunde - www.lungenaerzte-im-netz.de](http://www.lungenaerzte-im-netz.de)

[Neurologie & Psychiatrie - www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org)

[Anästhesie & Schmerzmedizin - www.anaesthesisten-im-netz.de](http://www.anaesthesisten-im-netz.de)

**Gesetz zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

**Zusammenfassende Umsetzungshinweise
für den Hilfsmittelbereich**

herausgegeben vom:

 **IKK** Bundesverband
Friedrich-Ebert-Straße
(TechnologiePark)
51429 Bergisch Gladbach

Stand: April 2004

INHALT

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen.....	4
2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage.....	5
2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen	6
2.2 Definition einer schweren Sehbeeinträchtigung	7
2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug).....	7
3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs	9
3.1 Definitionen.....	9
3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe.....	9
4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel....	11
4.1 Definition.....	11
4.2 Umsetzung.....	12
4.2.1 Belastungsgrenzen	12
4.2.2 Einziehung der Zuzahlung.....	12
4.2.3 Berechnungsgrundlage.....	12
4.2.4 Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen.....	13
4.2.5 Vergütungsformen.....	13
4.2.6 Paarweise oder beidseitige Versorgung	14
4.2.7 Folgekosten	14
4.2.8 Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung	15
4.2.9 Berechnung der Zuzahlung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	15
4.2.10 Berechnung der Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln	15
4.2.11 Leistungserbringerwechsel.....	16
4.2.12 Übersicht der Zuzahlungsregelungen	17
4.2.13 Beispiele für Zuzahlungsregelungen	19
5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel	26
5.1 Umsetzung.....	26
6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge	27
6.1 Umsetzung.....	27
7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht.....	29
7.1 Information	29

Vorwort

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) ist am 19. November 2003 im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht worden. Die wesentlichen gesetzlichen Neuregelungen sind am 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Um eine einheitliche Rechtsanwendung und reibungslose Umsetzung der gesetzlichen Rahmenvorgaben im Betriebs- und Krankenkassenalltag zu ermöglichen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 25. November 2003 in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine gemeinsame Verlautbarung herausgegeben, die Ausführungen zur Ausgestaltung des GMG, insbesondere zur Patientenzahlung, zum Leistungsanspruch, zu den Festbeträgen und zum vertragsrechtlichen Kontext im Hilfsmittelbereich enthält.

Angesichts der Vielschichtigkeit und Komplexität der Hilfsmittelversorgungen konnten nicht alle Fragen durch die Verlautbarung geregelt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben daher mit Datum vom 30. März 2004 eine Ergänzung zu der vorgenannten Gemeinsamen Verlautbarung herausgegeben und die Zuzahlungsregelungen aktualisiert. Um eine einheitliche Rechtsanwendung zu erreichen, wurden vor allem Beispiele zu verschiedenen Fallgestaltungen der Hilfsmittelversorgung gebildet.

Da die Spitzenverbände der Krankenkassen unabhängig von der Ergänzung zur Verlautbarung Besprechungsergebnisse gefasst haben, die das GMG betreffen, und die Hilfsmittel-Richtlinien im Sehhilfenbereich geändert wurden, hat der IKK-Bundesverband nachfolgend sämtliche neuen Tatbestände in die Verlautbarung vom 25. November 2003 integriert und weiterführende Erläuterungen ergänzt. Die Ausführungen dienen der Übersicht und Information.

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen

Für die Anwendung der geänderten gesetzlichen Regelungen ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich, d.h. der Tag, an dem ein Hilfsmittel - ggf. nach erfolgter Anpassung - an den Versicherten abgegeben wird. Dabei kommt es nicht auf den Verordnungszeitpunkt an. Sofern mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung gestellt wird, als Tag der Leistungserbringung anzusehen.

Auch die geänderten Zuzahlungsregelungen sind generell auf alle nach dem 31. Dezember 2003 abgegebenen Hilfsmittel anzuwenden. Die bisher geltende Zuzahlungsregelung für bestimmte Bandagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Einlagen wird durch die neue (geringere) Zuzahlungsregelung für Hilfsmittelabgaben ab 1. Januar 2004 abgelöst.

Bei Hörgeräten ist der Tag der endgültigen Leistungsabgabe maßgebend, selbst wenn der Arzt die ordnungsgemäße Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt bestätigt. Bei Verordnungen für einen längeren Zeitraum (z. B. Dauerverordnungen für 3 Monate) ist ebenfalls für (Teil-)Leistungsabgaben ab dem 1. Januar 2004 eine Zuzahlung zu erheben.

Bei Hilfsmittelversorgungen, die von der Krankenkasse im Jahre 2003 genehmigt werden, war im Genehmigungsentscheid auf die ab 1. Januar 2004 geänderten Zuzahlungsbedingungen hinzuweisen, sofern das Hilfsmittel nicht bis zum 31. Dezember 2003 abgegeben wird. Unterblieb dieser Hinweis, entfällt die Zuzahlungspflicht.

2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage

Gesetzestext

§ 33 Abs. 1 SGB V n.F.

Versicherte haben 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 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund 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 aufweisen; 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. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

§ 33 Abs. 3 SGB V n.F.

Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

§ 33 Abs. 4 SGB V n.F.

Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein Leistungsanspruch auf

1. Sehhilfen - einschließlich Kontaktlinsen -, wenn aufgrund einer Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (=Sehleistung bei bestmöglicher Korrektur $\leq 0,3$ auf beiden Augen) vorliegt sowie
2. therapeutische Sehhilfen, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bleibt der Leistungsanspruch unverändert. Da für die Leistungsgewährung der Tag der Abgabe maßgeblich ist, muss der Versicherte seine Sehhilfe bis zur Vollendung seines 18. Lebensjahres erhalten haben. Die Leistungspflicht für die Krankenkasse entfällt, wenn der Versicherte am Tag der Abgabe des Hilfsmittels schon 18 Jahre alt ist, sofern keine schwere Sehbeeinträchtigung gemäß § 33 Abs. 1 SGB V (vgl. Ziffer 1) oder keine Indikation für eine therapeutische Sehhilfe vorliegt (vgl. Ziffer 2).

Kosten für das Brillengestell sind weiterhin nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernahmefähig (vgl. § 33 Absatz 1 Satz 7 SGB V).

Ein erneuter Versorgungsanspruch besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend notwendige Fälle sind in den Richtlinien nach § 92 SGB V Ausnahmen zuzulassen (vgl. § 33 Absatz 4 SGB V).

Anspruch auf Kontaktlinsen besteht für Anspruchsberechtigte nach § 33 Absatz 1 SGB V (Erwachsene mit schwerer Sehbeeinträchtigung und Minderjährige) weiterhin lediglich in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. In den Richtlinien nach § 92 SGB V ist zu bestimmen, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnungsfähig sind.

Der Abschnitt E der Hilfsmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V ist mit Wirkung ab 1. Januar 2004 an die neuen gesetzlichen Vorschriften angepasst worden. Insbesondere ist darin festgelegt, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden dürfen.

Therapeutische Sehhilfen dienen der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen. Diese fallen auch für Versicherte in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Sind die Anspruchsvoraussetzungen für die Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Hilfsmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V erfüllt, fällt nicht nur der therapeutische Anteil der Sehhilfe, sondern die gesamte Sehhilfe - mit Ausnahme des Brillengestells - in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Prismen nicht nur der prismatische Wirkungsanteil, sondern auch das Grundglas).

Besteht ein Leistungsanspruch, gelten die Ausführungen der Produktgruppe 25 "Sehhilfen" des Hilfsmittelverzeichnisses und die Festbeträge weiter.

Sofern ein Anspruch auf die Grundleistung - d.h. auf die Sehhilfe als solche - nach der gesetzlichen Regelung nicht gegeben ist, besteht für den Augenoptiker kein Vergütungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung für die damit verbundenen Dienstleistungen (wie z. B. Brillenglasbestimmung/Refraktion, Einschleifen der Gläser, Anpassung).

2.2 Definition einer schweren Sehbeeinträchtigung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die unter

- Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0)
- Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder
- Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2)

leiden.

2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug)

H54.0	Blindheit beider Augen Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen
H54.1	Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges
H54.2	Sehschwäche beider Augen Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Um eine Zuordnung zu den H54-Diagnoseschlüsseln erstellen zu können, müssen die WHO-Stufen für jedes Auge separat erhoben werden, um daraus den Diagnoseschlüssel abzuleiten:

1. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 1
ICD = H54.2
2. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 3
ICD = H54.1
3. Rechts: WHO = 4
Links: WHO = 3
ICD = H54.0

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen gemäß WHO	Sehfähigkeit mit bestmöglicher Korrektur
Sehschwäche	1	Sehschärfe (Visus) von 0,3 bis 0,1
	2	Sehschärfe (Visus) von 0,1 bis 0,05
Blindheit	3	Sehschärfe (Visus) von 0,05 bis 0,02
	4	Sehschärfe (Visus) von 0,02 bis Lichtwahrnehmung
	5	keine Lichtwahrnehmung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung, die zu einer Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen führen kann, liegt nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt. Besteht bei bestmöglicher Korrektur auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen Auge bei bestmöglicher Korrektur eine Sehleistung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht auch dann, wenn auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe I bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder im Einzelfall möglichen Kontaktlinsenversorgung vorliegt und mit vergrößernden Sehhilfen ein besserer Wert erreicht wird. Das heißt, der Leistungsanspruch umfasst in diesen Fällen die Ausstattung mit Gläsern/Kontaktlinsen und vergrößernden Sehhilfen.

3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.....

3.1 Definitionen

3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe

Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Zumutbarkeit hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, bedarf es keiner Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten, sofern eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden. Bei diesen Produkten ist immer von einer zumutbaren Versorgung auszugehen.

Bei Produkten mit individuellem Anpassungs- und Beratungsbedarf ist eine Zumutbarkeit nur bei Wohnortnähe anzunehmen. Besteht nur ein einmaliger Anpassungs-/Beratungsbedarf und handelt es sich um eine nicht mehr anpassungs-/beratungsbedürftige Nachlieferung, kann die Wohnortnähe u. U. nicht mehr erforderlich sein.

Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht. Sofern die Wohnortnähe zu einem günstigen Leistungserbringer gegeben ist und der Versicherte trotzdem einen anderen wählt, übernimmt die Krankenkasse nur den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Die Differenz zwischen Durchschnittspreis und Abgabepreis zahlt der Versicherte direkt an den Leistungserbringer.

Wenn die Zumutbarkeit nicht gegeben ist, übernimmt die Krankenkasse den jeweils vertraglich vereinbarten Preis/Festbetrag.

Sofern die Krankenkasse einen Durchschnittspreis ermittelt und darüber informiert hat, hat der Leistungserbringer den ggf. bestehenden Differenzbetrag zu seinem Abgabepreis einzubehalten. Die Frage der Zumutbarkeit der Versorgung durch andere Leistungserbringer ist nicht durch den abgebenden Leistungserbringer zu überprüfen. Der Versicherte hat einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, sofern die Zumutbarkeit nicht gegeben ist.

Unabhängig von den Neuregelungen zur Höhe der Kostenübernahme und den Informationspflichten hat der Versicherte grundsätzlich nur einen Anspruch auf Versorgung durch Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. Januar 2003, Az: B 3 KR 7/02 R). Das Recht eines Versicherten, zwischen zugelassenen Hilfsmittelerbringern frei zu wählen (§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 33 Satz 2 SGB I), gilt nur dann, wenn über die Einzelheiten der Versorgung, also insbesondere über die Abgabepreise, eine vertragliche Vereinbarung mit dem Hilfsmittelerbringer besteht (§ 127 SGB V). Fehlt ein Vertrag nach § 127 SGB V über die Einzelheiten der Leistungserbringung, kann die Krankenkasse das Wahlrecht des Versicherten grundsätzlich auf die vertragsgebundenen Leistungserbringer beschränken. Verweist die Krankenkasse den Versicherten auf die vertragsgebundenen Hilfsmittelerbringer, ist der Versicherte nur dann nicht auf diese beschränkt, wenn er das Hilfsmittel bei einem nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer zu besseren Bedingungen beziehen kann. Dies ist zum Beispiel dann anzunehmen, wenn er bei einem zugelassenen, nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer ein Hilfsmittel zum Festbetrag (§ 36 SGB V) erhält, während bei allen vertragsgebundenen Leistungserbringern Eigenanteile aus der Differenz zwischen Festbetrag zum Abgabepreis entstehen würden.

4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

.....Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn vom Hundert je Packung, höchstens jedoch zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 61 SGB V n.F.

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.....Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 SGB V n.F.

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.....

4.1 Definition

Eine Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erheben, wenn der Versicherte am Tag der Leistungserbringung das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten und
- nicht zum Verbrauch bestimmten

Hilfsmitteln.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich. Produkte, die nur dazu dienen, Verbrauchshilfsmittel anzuwenden, unterliegen der gleichen Zuzahlungsregelung wie Verbrauchsartikel (z. B. Netzhasen bei Inkontinenzvorlagen). In der beigefügten Tabelle (**Anlage**) werden die Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V benannt, die der Zuzahlungsregelung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel unterliegen. Im Zuge von Fortschreibungen der Produktgruppen werden entsprechende Hinweise ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem oder - im Wiedereinsatz - von verschiedenen Versicherten verwendet werden. Es sind auch dann nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wenn sie nach mehrmaligem Gebrauch verschleifen oder abnutzen.

4.2 Umsetzung

4.2.1 Belastungsgrenzen

Zur Vermeidung von Härten kann die Krankenkasse die Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V von der Zuzahlung befreien. Vor dem 1. Januar 2004 ausgestellte Befreiungen haben grundsätzlich keine Gültigkeit mehr.

Die Regelung des § 62 SGB V zur Freistellung von weiteren Zuzahlungen bezieht sich lediglich auf Zuzahlungen im Sinne des § 33 SGB V. Sie ist nicht anwendbar, wenn vom Versicherten z. B. ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V zu zahlen ist.

4.2.2 Einziehung der Zuzahlung

Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich kraft Gesetz um die Zuzahlung. Verantwortlich für die Einziehung der Zuzahlung vom Versicherten ist der Leistungserbringer. § 43b SGB V, wonach die Verpflichtung zur Einziehung der Zuzahlung auf die Krankenkasse übergeht, wenn der Versicherte trotz schriftlicher Aufforderung nicht zahlt, findet keine Anwendung. Dieser Ausnahmetatbestand galt bereits bei Einführung einer Zuzahlung für bestimmte Hilfsmittel durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz und ergibt sich aus der dortigen Gesetzesbegründung. Die Tatsache, dass die Zuzahlung nun für alle Hilfsmittel gilt, kann bei ansonsten unverändertem gesetzlichen Wortlaut nicht zu einer Anwendbarkeit des § 43 b SGB V bei der Hilfsmittelzuzahlung führen.

Geleistete Zuzahlungen sind von dem Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Der Leistungserbringer hat in diesem Zusammenhang anzugeben, welches Hilfsmittel und in welcher Anzahl abgegeben wurde. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist ferner der Versorgungszeitraum – ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Versorgung - anzugeben.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut hat der Versicherte die Zuzahlung an die abgebende Stelle zu entrichten. Die abgebende Stelle in diesem Sinne ist der Vertragspartner der Krankenkasse, der zur Abrechnung des Hilfsmittels berechtigt ist. Dazu gehören z. B. Pflegeheime als abgebende Stelle, auch wenn sie nicht als Leistungserbringer nach § 126 SGB V zugelassen sind.

4.2.3 Berechnungsgrundlage

Grundsätzlich ist eine Zuzahlung des Versicherten zu allen Zahlungen seiner Krankenkasse im Rahmen seiner Hilfsmittelversorgung fällig. Grundlage für die Berechnung der Zu-

zahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag, z. B. der Festbetrag gemäß § 36 SGB V oder der Durchschnittspreis gemäß § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder/und der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V ist somit vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.

Der Hilfsmittelversorgungsanspruch umfasst gemäß § 33 Abs. 1 SGB V auch die notwendige Anpassung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Dementsprechend zählen zum Versorgungsumfang Zubehör-, Zurüst- oder Zusatzteile sowie die Auslieferung, Anpassung oder Erprobung des Hilfsmittels, um dieses in gebrauchsfertigem Zustand zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel.

Dies gilt auch für Verbrauchsmaterialien, die im – ggf. vertraglich vereinbarten – Lieferumfang eines nicht zum Verbrauch bestimmten Basisproduktes enthalten sind und in einer Versorgung ausgeliefert werden. In diesem Fall wird für das Verbrauchsmaterial keine gesonderte Zuzahlung berechnet. Die Kosten werden der Grundleistung zugeschlagen und die Zuzahlung gemäß den Regelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.

Die nach Verträgen gemäß § 127 SGB V gesondert abrechnungsfähigen Preise für Hausbesuche und Wegegeld werden ebenfalls dem Preis für das Hilfsmittel zugeschlagen, da sie dazu dienen, das Hilfsmittel gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung wird aus dem Gesamtbetrag ermittelt.

4.2.4 Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen

Nachträgliche Zurüstungen oder Lieferungen von Zubehör- oder Zusatzteilen, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, werden wie eigenständige Hilfsmittel behandelt und unterliegen auch einer Zuzahlungspflicht nach § 33 Abs. 2 SGB V. Sofern zeitgleich mehrere nicht zum Verbrauch bestimmte Zubehör- oder Zurüstteile zu einem Basisprodukt nachgeliefert werden, ist eine Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag zu ermitteln. Bei einer Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien gelten die Regelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

4.2.5 Vergütungsformen

Die Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag. Bei diesem Betrag kann es sich je nach Vertragsgestaltung um einen Kaufpreis, eine Wiedereinsatzvergütung oder auch um Mieten bzw. Versorgungspauschalen handeln. Auf jede fällig werdende Miet- oder Pauschalzahlung ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, mindestens 5 Euro, aber nicht mehr als die Höhe des fälligen Miet- bzw. Pauschalbetrages. Da sich die Zuzahlung auf das eingesetzte Hilfsmittel bezieht, können je Hilfsmittel für den gesamten Versorgungszeitraum maximal 10 Euro erhoben werden, auch wenn mehrere (Folge-)Verordnungen zugrunde liegen.

Sofern der vertraglich festgelegte Versorgungszeitraum die übliche Lebensdauer eines Produktes widerspiegelt, entsteht bei Fälligwerden einer weiteren Pauschale eine neue Zuzahlung.

Eine höhere Zuzahlung als 10 Euro für eine Versorgung kann anfallen, wenn die Miete bzw. Pauschale nicht nur die Kosten für das Produkt, sondern auch die Kosten für benötigte zum Verbrauch bestimmte Produkte enthält (z. B. Fallpauschale für ein Elektrostimulationsgerät schließt die Kosten für die Elektroden ein). Bei einer solchen Konstellation hat die jeweilige Krankenkasse auf Basis der vertraglichen Regelung eine Entscheidung über die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel zu treffen.

4.2.6 Paarweise oder beidseitige Versorgung

Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden, sind als Versorgungseinheit anzusehen und nur mit einer Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 2 SGB V zu belegen. Hierzu zählen insbesondere

- Orthopädische Schuhe
- Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen
- Einlagen
- Gehstützen
- Brillengläser
- Kontaktlinsen
- Kompressionsstrümpfe.

Bei diesen Produkten ist die Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag für ein Paar zu ermitteln. Sofern in Ausnahmefällen lediglich ein Produkt erforderlich ist (z. B. Einlage zum Verkürzungsausgleich) gilt dies als ein verordnetes Hilfsmittel und es entsteht eine Zuzahlung auf das einzelne Produkt. Bei Mehrfachausstattungen entsteht je Hilfsmittel eine Zuzahlung (z. B. bei Lieferung von zwei Kompressionsstrümpfen für das linke Bein entstehen zwei Zuzahlungen).

Bei nachfolgenden Produkten werden für die Versorgung auf jeder Körperseite unterschiedliche Indikationen unterstellt, da diese Hilfsmittel in der Regel nicht paarweise – und häufig zeitversetzt - abgegeben werden bzw. die Versorgung mit einem Produkt nicht von einem Gegenstück abhängig ist. Dies sind vor allem

- Bandagen
- Verbandschuhe
- Hörgeräte.

Auch wenn die Versorgung in Einzelfällen auf beiden Seiten zeitgleich erfolgt, entstehen zwei Zuzahlungen gemäß § 33 Abs. 2 SGB V.

4.2.7 Folgekosten

Für bestimmte Leistungen, die nur mittelbar oder gar nicht mit der Hilfsmittelabgabe im Zusammenhang zu sehen sind, wird keine Zuzahlung erhoben. Dazu zählen insbesondere

Kosten für die Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln oder für Reparatur- und Wartungsleistungen. Sofern vorhandene Akkus ausgetauscht werden, handelt es sich um eine Reparatur, die ebenfalls zuzahlungsfrei ist. Batterien sind zum Verbrauch bestimmte Produkte, die mit der entsprechenden gesetzlichen Zuzahlung belegt werden. Für pauschalen Aufwendungsersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für den Blindenführhund entsteht keine Zuzahlung.

Ersatzteile zählen zur Reparatur oder Wartung und werden nicht mit einer Zuzahlung belegt, sofern lediglich bereits vorhandene Bestandteile des Hilfsmittels gegen gleichartige Komponenten ausgetauscht werden und diese nicht zum Verbrauch bestimmt sind. Sofern es sich um Zurüstungen bisher noch nicht vorhandener Hilfsmittelkomponenten handelt oder das Hilfsmittel ausgetauscht wird (Ersatzbeschaffung), entsteht eine gesetzliche Zuzahlung.

4.2.8 Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung

Bei Produkten, die aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden abgegeben werden oder die im Zusammenhang mit der Entbindung stehen (z. B. Kompressionsstrumpfhosen für die Schwangerschaft), entsteht in Anlehnung an § 196 RVO keine Zuzahlung.

4.2.9 Berechnung der Zuzahlung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Danach zahlen die Versicherten für jedes Hilfsmittel 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) an die abgebende Stelle.

Berechnung:

10 % vom Abgabepreis (von dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag)

⇒ mindestens 5 Euro

⇒ maximal 10 Euro

⇒ ggf. begrenzt auf die Kosten des Mittels

4.2.10 Berechnung der Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5, letzter Teilsatz, SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation. Die Zuzahlung wird auf einen maximalen Monatsbetrag von 10 Euro für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel begrenzt. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen benötigt werden bzw. ob sie verschiedenen Produktgruppen zuzuordnen sind.

Berechnung:

10 % je Packung

⇒ kein Mindestbetrag

⇒ maximal 10 Euro für den Monatsbedarf

4.2.11 Leistungserbringerwechsel

Sofern Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist von jedem Leistungserbringer bei der Versorgung die Zuzahlung vollständig zu erheben. Die Rückerstattung ggf. zuviel gezahlter Beträge erfolgt durch die Krankenkasse. Sofern die Maximalwerte überschritten werden, ist durch die Krankenkasse eine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen (z. B. zweimal 10 Euro in einem Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bei verschiedenen Leistungserbringern).

4.2.12 Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
1	Einzelvergütung für gebrauchsfertiges, wiederverwendbares Hilfsmittel - ggf. inkl. erforderlichen Zubehör-, Zurüst- bzw. Zusatzteilen oder auch Verbrauchsmaterialien und/oder inkl. Anpassung, Auslieferung, Erprobung - (gilt bei Neulieferung, Ersatzbeschaffung oder Folgeversorgung)	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten des Mittels/ der Mittel
2	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen, Mieten	10 % vom jeweils fällig werdenden Pauschal- bzw. Mietbetrag	5 Euro	Insgesamt 10 Euro pro Hilfsmittel für den Gesamtversorgungszeitraum; nicht mehr als der Miet- oder Pauschalbetrag
3	Nachträgliche Zurüstung/ nachträgliche Lieferung von nicht zum Verbrauch bestimmten Zubehör- oder Zusatzteilen (Dies betrifft auch im Rahmen der Erstlieferung Zubehörteile oder Zusätze, die nicht dazu dienen, das Produkt gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen.) Nachträgliche Lieferung von zum Verbrauch bestimmten Artikeln siehe Ziffer 8	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten der Zurüstung oder Lieferung von Zubehör etc.
4	Wiedereinsatz	10 % von den Wiedereinsatzkosten	5 Euro	10 Euro; Kosten des Wiedereinsatzes
5	Beidseitige/paarweise Versorgung (Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden)	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar	5 Euro pro Paar	10 Euro pro Paar; Kosten des Paares
6	Nebenkosten wie Hausbesuchs- oder Wegegebühren	Diese Nebenkosten werden der Grundleistung zugeschlagen. Die Zuzahlung wird von dem Gesamtbetrag berechnet. 10 % vom Gesamtabgabepreis inkl. Nebenkosten	5 Euro für die Gesamtleistung	10 Euro für die Gesamtleistung

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
7	Kosten, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Hilfsmittelabgabe stehen (z. B. Rückholung oder Aussonderung, Reparatur, Wartung oder Abbruch einer Versorgung) Zubehöerteile und Zusätze zählen zur Reparatur, wenn sie bereits vorhandene, gleichartige Bestandteile ersetzen.	Keine Zuzahlung		
8	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Erstlieferung, Nachlieferung oder Folgeversorgung)	10 % vom Abgabepreis (je Packung)		10 Euro für den Monatsbedarf
9	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln	10 % der Pauschale (Die Zuzahlung wird jeweils erhoben bzw. fällt an, wenn die Pauschale fällig wird.)		10 Euro für den Monatsbedarf
10	Hilfsmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung	Keine Zuzahlung		
11	Gleichzeitige Auslieferung von Verbrauchsartikeln und mehrfach verwendbaren Produkten, die nur dazu dienen, die Verbrauchsmaterialien anzuwenden	10 % vom Gesamtabgabepreis		10 Euro für den Monatsbedarf

4.2.13 Beispiele für Zuzahlungsregelungen

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Anpassungen	Anpassung im Rahmen einer Neuversorgung	Zuzahlung vom Gesamtbetrag für das Hilfsmittel inkl. Anpassung	1
	Nachträgliche Anpassung z. B. einer Sitzschale oder eines Schafes aufgrund einer Veränderung der Körpermaße	Keine Zuzahlung	7
Akkus	Austausch von Akkus	Keine Zuzahlung	7
Augenprothese	Erstversorgung mit Interimsprothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Spätere Endversorgung mit Definitivprodukt	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Blindenlangstock inkl. Mobilitätstraining	Versorgung mit einem Blindenlangstock und Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels durch Mobilitätstraining	10 % von den Gesamtkosten für den Blindenlangstock inkl. der Kosten für das Mobilitätstraining, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
Bandage	Versorgung mit einer Bandage	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes [Erfolgt zeitgleich die Versorgung mit einer Bandage auf der anderen Körperseite, entsteht pro Bandage eine Zuzahlung]	1
Batterien	Nachlieferung von Batterien	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
Beatmungsgerät und Zubehör	Gleichzeitige Auslieferung eines Inhaliergerätes mit Zubehör (Schläuche, Nasenbrille usw.)	10 % von den Gesamtkosten (Inhaliergerät und Zubehör), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1

* Regelungsnummer: siehe Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Blindenführhund	Versorgung mit einem Blindenführhund	10 % von den Gesamtkosten, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Pauschaler Aufwendungsersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für Blindenführhunde	Keine Zuzahlung	7
Brillengläser	Versorgung mit einer Brille	10 % von den Gesamtkosten beider Gläser, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Brustprothese	Gleichzeitige Versorgung mit einer Brustprothese und einem Prothesen-BH/Fixierung	10 % vom Gesamtabgabepreis (Prothese und Prothesen-BH/Fixierung), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Lieferung eines Brustprothesen-Badeanzuges (Zuschuss)	10 % vom Zuschuss, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Zuschusshöhe	1
Cochlear-Implantat	Es handelt sich nicht um ein Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V		
nCPAP-Gerät	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes mit integrierter Anfeuchtung und Maske sowie Zubehörteilen (z. B. Stirnpolster, Ausatemventil, Haltebändern)	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit/des Gesamtproduktes (nCPAP-Gerät mit integrierter Anfeuchtung und Maske), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes und eines Warmluftanfeuchters für ein nCPAP-Gerät	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit (nCPAP-Gerät und Warmluftanfeuchter), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Warmluftanfeuchters	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Gerätes	3
	Spätere Lieferung/Austausch von Zubehör für ein nCPAP-Gerät im Rahmen einer Wartungspauschale	Keine Zuzahlung	7

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Definitivversorgung	Definitivversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Eigenanteil	z. B. bei orthopädischen Schuhen, Personenstandwaagen, Blitz- und Vibrationswecker, Reha-Karren/Buggys	Ein vom Versicherten zu tragender Eigenanteil (z. B. Gebrauchsgegenstandsanteil) ist vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.	
Einlagen	Beidseitige Versorgung mit Einlagen	10 % von den Gesamtkosten beider Einlagen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Ernährungspumpe	Versorgung mit einer Ernährungspumpe	10 % vom Abgabepreis der Ernährungspumpe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien zur enteralen Ernährung	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Die Zuzahlung für die enterale Ernährung unterliegt der Zuzahlungsregelung für Arzneimittel		
Ersatzfußbettung für orthopädische Schuhe	Ersatzfußbettung für defekte Bettung	Keine Zuzahlung	7
Fußhebeschiene	Versorgung mit einer Fußhebeschiene in Kombination einem orthopädischen Maßschuh	10 % vom Gesamtabgabepreis des orthopädischen Schuhs inkl. Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Fußhebeschiene an konfektionierten Schuhen	10 % vom Abgabepreis der Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Hörgerät	Zeitgleiche Versorgung mit einem Hörgerät und einer Otoplastik	10 % vom Gesamtabgabepreis für das Hörgerät und die Otoplastik, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Hörgerät		[Bei beidohriger Versorgung entsteht für die Versorgungseinheit jeder Seite (jedes Ohr) eine Zuzahlung]	
	Reparaturpauschale für Hörgeräte oder Reparaturkosten nach Aufwand	Keine Zuzahlung	7
	Abbruch einer Hörgeräteversorgung, auch Abbruchpauschale	Keine Zuzahlung	7
Inkontinenzhilfen	Lieferung von Windelhosen (Verbrauchsartikel)	10 % vom Abgabepreis, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Lieferung (auch zeitversetzt) von Vorlagen (zum Verbrauch bestimmtes Hilfsmittel) und Netzhosen (mehrfach verwendbar)	10 % vom Abgabepreis der Vorlagen und Netzhosen gesamt, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	11
	Versorgungspauschale für ableitende oder aufsaugende Inkontinenzartikel	10 % der Pauschale, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	9
Interimsversorgung	Interimsversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Kompressionsstrumpfsartikel	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Hafttrand	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Hafttrand), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1 1
	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Hautkleber	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Hautkleber), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachlieferung des Hautklebers	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Kompressionstrumpfhose für die Schwangerschaft	Keine Zuzahlung	10

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Kompressionsstrumpfarmikel	Gleichzeitige Ausstattung mit zwei Kompressionswadenstrümpfen (aus hygienischen Gründen) für das rechte Bein	10 % vom Abgabepreis für jeden Strumpf, min. 5 Euro, max. 10 Euro je Strumpf, nicht mehr als die Kosten pro Strumpf	1
	Beidseitige Versorgung mit Kompressionswadenstrümpfen	10 % von den Gesamtkosten beider Strümpfe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Kontaktlinsen	Beidseitige Versorgung mit Kontaktlinsen	10 % von den Gesamtkosten beider Kontaktlinsen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Krankenfahzeug (Rollstuhl)	Gleichzeitige Auslieferung eines Rollstuhls mit Rollstuhl-Aufsteckantrieb	10 % vom Gesamtabgabepreis des Rollstuhls mit Aufsteckantrieb, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Rollstuhl-Aufsteckantriebs	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	3
Liner (Prothesenin-nenschaft)	Austausch eines Liners	Keine Zuzahlung	7
Lupenbrille	Versorgung mit einem System-träger mit Gläsern und Lupenauf-satz	10 % vom Gesamtabgabepreis des Systemträgers, der Gläser und des Lupenaufsatzes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
Orthopädische Schuhe	Versorgung mit orthopädischen Schuhen (1 Paar) mit diabetes adaptierter Zurichtung	10 % vom Gesamtabgabepreis des Paares inkl. diabetes adaptierter Zurichtung, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1 und 5
Orthopädische Schuhzurichtungen	Durchführung verschiedener orthopädischer Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen (1 Paar)	10 % vom Gesamtpreis aller Schuhzurichtungen pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1 und 5

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Paarweise Versorgung	Gleichzeitige paarweise bzw. beidseitige Versorgung z. B. mit <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhen - Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen - Einlagen - Gehstützen - Brillengläsern - Kontaktlinsen - Kompressionsstrümpfen 	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro pro Paar bzw. Kosten des Paares	5
Reparatur	Durchführung einer Reparatur und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7
Sauerstoff	Füllungen von Sauerstoffflaschen	10 % vom Abgabepreis der Füllung, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stoma	Versorgung mit Stomaartikeln und Kompressen	10 % vom Gesamtabgabepreis der Stomaartikel und Kompressen, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stumpfstrumpf	Gleichzeitige Versorgung mit einer Beinprothese und einem Stumpfstrumpf	10 % vom Gesamtabgabepreis der Beinprothese und des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1
	Nachlieferung eines Stumpfstrumpfes	10 % vom Abgabepreis des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	3
Teststreifen	Lieferung von Harn- und Blutzuckerteststreifen	Zuzahlungsbefreiung nach § 31 Abs. 3 SGB V	
Unterarmgehstützen	Gleichzeitig beidseitige Versorgung mit Unterarmgehstützen	10 % von den Gesamtkosten beider Unterarmgehstützen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Verbrauchsartikel verschiedener Produktgruppen	Gleichzeitige Versorgung mit Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (Produktgruppe 03) sowie Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhen (Produktgruppe 19)	10 % vom Gesamtabgabepreis der Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie und der Bettschutzeinlagen sowie Einmalhandschuhe, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Verschiedene nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Gleichzeitige Auslieferung eines Beatmungsgerätes und eines Absauggerätes	10 % vom Abgabepreis des Beatmungsgerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Beatmungsgerätes	1
		10 % vom Abgabepreis des Absauggerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Absauggerätes (Es handelt sich um zwei eigenständige Hilfsmittel.)	1
Verbandmittel	Verbandmittel sind keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V	Ausnahmeregelung für Stomaversorgung	
Wartung	Durchführung einer Wartung und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7

5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 36 Abs. 1 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 36 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1.

§ 36 Abs. 3 SGB V n.F.

§ 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

5.1 Umsetzung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen bis zum 31.12.2004 neue Festbeträge innerhalb der derzeit bestehenden Festbetragsgruppensysteme fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die auf Landesebene geschlossen wurden, innerhalb ihres bisherigen Geltungsbereichs weiter. Erfolgt keine Neufestsetzung der Festbeträge auf der Bundesebene, sind die Festbeträge auf Landesebene nach dem 31.12.2004 nicht mehr anwendbar.

Die Verbände der Krankenkassen können in Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V die Versorgung in Höhe der Festbeträge vereinbaren. In Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen die Versorgung auch unterhalb der Festbeträge regeln. Können Versicherte hierdurch in zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, ergibt sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers in diesen Fällen nicht aus dem Festbetrag, sondern ist entsprechend § 33 Abs. 2 SGB V auf den Durchschnittspreis begrenzt.

6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge

Gesetzestext

§ 127 Abs. 1 SGB V n.F.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.

§ 127 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Absatz 1 bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Leistungserbringer können sich, auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen, bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben; die Krankenkassen können die Versicherten hierüber informieren.

6.1 Umsetzung

Krankenkassenverbände können nach § 127 Abs. 1 SGB V Verträge mit den Leistungserbringerverbänden auch über Preise schließen. Ein Vertragszwang besteht nicht. Sofern Festbeträge bestehen, kann die Versorgung zum Festbetrag vertraglich geregelt werden.

Die einzelnen Krankenkassen können nach § 127 Abs. 2 SGB V mit einzelnen Leistungserbringern Verträge schließen, wobei die Vertragspreise unterhalb der auf Verbandsebene nach § 127 Abs. 1 SGB V vereinbarten Preise liegen müssen. Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V sind auch zulässig, wenn kein Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V besteht. Ebenfalls kann in Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V die Versorgung unterhalb oder in Höhe der Festbeträge geregelt werden.

Die nach der bisherigen Rechtslage geschlossenen Verträge gelten nach dem 31. Dezember 2003 weiter. Dies gilt sowohl für die unter den Verbänden als auch zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossenen Verträge. Ggf. sind diese durch die Vertragspartner an das neue Recht anzupassen.

Sofern Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V bestehen, kann der sich daraus ergebende Durchschnittspreis gelten, auch wenn höhere Festbeträge oder Vertragspreise nach § 127 Abs. 1 SGB V bestehen.

Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abschließen. Soweit die Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, sollte sie abwägen, ob eine öffentliche Ausschreibung geboten ist. Auf eine Ausschreibung kann verzichtet werden, wenn diese z. B. aus produktspezifischen Gründen nicht geboten erscheint. Sofern eine Krankenkasse einen Versorgungsvertrag ausschreibt, ist die Leistung (Produktbeschaffenheit und Qualität der Versorgung) zu beschreiben. Auch wenn Verträge durch Ausschreibungen zustande kommen, ist eine Zulassung nach § 126 SGB V Voraussetzung für die Versorgung.

7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht

Gesetzestext

§ 127 Abs. 3 SGB V n.F.

Die Krankenkassen informieren die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer von Hilfsmitteln über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der Preise, die sie nach Absatz 2 vereinbart haben. Bei der Ermittlung dieser Durchschnittspreise werden die Preise des Drittels der Leistungserbringer nach Absatz 2 mit den niedrigsten Preisen zugrunde gelegt; die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße zu bilden. Die Durchschnittspreise ergeben sich als Summe der Preise nach Satz 2 geteilt durch die Zahl der Leistungserbringer nach Satz 2. Werden mit weniger als drei Leistungserbringern Verträge nach Absatz 2 geschlossen, ergibt sich der Durchschnittspreis aus der Summe der Preise dieser Leistungserbringer geteilt durch deren Zahl. Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Nachfrage auch über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zum Durchschnittspreis nach den Sätzen 2 bis 4 oder zu einem niedrigeren Preis abgeben. Soweit zugelassene Leistungserbringer Hilfsmittel oberhalb der Preise nach den Sätzen 2 bis 4 abgeben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber sowie über die von den Versicherten zu zahlende Differenz zwischen dem Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels und dem eigenen Abgabepreis zu informieren.

7.1 Information

Die Krankenkassen hat zu entscheiden, für welche Hilfsmittel Durchschnittspreise gebildet werden. Ggf. informieren die Krankenkassen die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der auf Kassenebene nach § 127 Abs. 2 SGB V vereinbarten Preise (gemäß § 33 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel nur noch in Höhe dieses Durchschnittspreises bzw. in Höhe der tatsächlichen Kosten, wenn diese niedriger sind). Bei der Durchschnittspreisberechnung sind auch die auf Basis der alten Rechtslage bestehenden Verträge einzubeziehen.

Die Krankenkassen können ihrer Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten zum Beispiel durch Veröffentlichungen in den Mitgliederzeitschriften oder im Internet nachkommen. Dabei kann sich die Information auf die allgemeine Aussage beschränken, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für Hilfsmittel begrenzt ist und die Einzelheiten dazu bei der jeweiligen Krankenkasse im konkreten Versorgungsfall nachgefragt werden können.

Hat die Krankenkasse eine Ausschreibung durchgeführt, beschränkt sich die Informationspflicht gegenüber dem Versicherten nach § 127 Abs. 3 Sätze 1 und 4 SGB V auf die Nennung der Ausschreibungsgewinner und den übernahmefähigen Preis. Dies gilt auch, wenn sich andere Leistungserbringer im Nachhinein bereit erklären, zu diesen Bedingungen zu liefern.

Neben der Zumutbarkeit der Versorgung ist die Information des Leistungserbringers über den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels Voraussetzung dafür, dass sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auf diesen Betrag beschränkt. Sofern der Abgabepreis eines Leistungserbringers über dem Durchschnittspreis liegt, hat er den Versicherten dar

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

über zu informieren, dass die Krankenkasse nur die Kosten in Höhe des Durchschnittspreise übernimmt und den Differenzbetrag von dem Versicherten einzubehalten. Die Zahlung für das Hilfsmittel wird von dem Vergütungsanspruch (Durchschnittspreis) berechnet und ist gleichzeitig einzubehalten.



Medizinische Notwendigkeit

IMB Consult GmbH > Medizinische Notwendigkeit

Medizinische Notwendigkeit

Bei Aktenlagen- und Untersuchungsgutachten geht es sehr oft um die Frage, ob eine bestimmte ärztliche Maßnahme der Diagnostik und/oder Therapie als medizinisch notwendig anzusehen ist oder nicht. Diese Frage ist durch den Gutachter zu beantworten.

Die medizinische Notwendigkeit ist dabei kein Begriff des allgemeinen Sprachgebrauches, sondern eine juristisch voll überprüfbare Feststellung, deren Bedeutungsinhalt dem Gutachter hundertprozentig klar sein muss.

Daher sind Begriffe wie „medizinisch sinnvoll“, „sinnvoll“, „wünschenswert“, „durchaus vertretbar“, „nützlich“ u.ä. in allen Gutachten zu vermeiden, da es ausschließlich um den Begriff der medizinischen Notwendigkeit geht. So rügte beispielsweise das OLG Köln die Verwendung der Begriffe „sinnvoll“ und „durchaus vertretbar“ in seinem Urteil vom 14. Juni 1993 (VersR 1993: 1514).

Eine Leistungspflicht besteht im Bereich der PKV nach den MB-KK grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Maßnahmen (§ 1 Abs. 2 S.1 MB/KK).

Definition

Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den

- objektiven

- medizinischen Befunden
- und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung
- vertretbar

war, sie als medizinisch notwendig anzusehen (BGH Urt. V. 10. Juli 1996 – IV ZR 133/95).

Wir haben die Definition bewusst auf mehrere Zeilen verteilt, um die einzelnen zu prüfenden Bestandteile erkennbar werden zu lassen. Die Definition ist nur im ersten Anschein selbsterklärend, es ist demnach keineswegs so, dass alles, was der Behandler als medizinisch notwendig angesehen hat, auch medizinisch notwendig war.

Die Definition setzt voraus, dass die

Heilbehandlung aus medizinischer Sicht geeignet war, einen Behandlungserfolg zu erzielen.

Allein die Eignung entscheidet, der Behandlungserfolg ist unerheblich. So ist die Einlassung, dass die Behandlung gewirkt habe, nicht entscheidend für die Beurteilung der med. Notwendigkeit. Die Beurteilung ist vom Standpunkt ex ante, also vor Behandlungsbeginn, vorzunehmen.

Behandlungserfolg: Heilung, Besserung, Linderung.

Die Beurteilung ist nur individuell ganz konkret bezogen auf die Umstände des Einzelfalls möglich, keinesfalls für eine Behandlungsmethode an sich oder für einen vermeintlich vergleichbaren Fall. Das Gutachten muss, wenn es gerichtsfest sein soll, auf den vollständigen Krankenunterlagen, die die zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden objektiven Befunde enthalten, gestützt werden.

Aspekte der Prüfung

Um die med. Notwendigkeit zu beurteilen, muss sich der Gutachter daher auf den Kenntnisstand des Behandlers vor Beginn der Behandlung zurückversetzen und die vollständigen Krankenunterlagen zum damaligen Zeitpunkt einsehen können.

- objektive Befunde

Nicht die subjektiven Angaben des Patienten (Beschwerden) sind zu beurteilen, sondern die objektiven Befunde des Arztes (Klinischer Befund, apparative Verfahren).

- medizinische Befunde

Nicht paramedizinische Befunde, sondern ausschließlich von der medizinischen Wissenschaft anerkannte Befunderhebungen sind zu bewerten.

- wissenschaftliche Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung

Ein ganz wesentlicher Punkt ist die Wissenschaftlichkeit. Dies bedeutet, dass Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften sowie die herrschende Lehrmeinung eine weit reichende Bedeutung für die med. Notwendigkeit haben.

- vertretbar

Vertretbar ist die med. Notwendigkeit einer Heilbehandlung nur dann, wenn sie

- in begründeter
- und nachvollziehbarer wie
- wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise

das zu Grunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine

- ihm adäquate
- geeignete Therapie anwendet.

Wieder haben wir die Definition der Vertretbarkeit zerlegt, um die einzelnen zu prüfenden Aspekte deutlich werden zu lassen.

Es kommt nicht auf die bloße **Vertretbarkeit aus medizinischer Sicht**, sondern auf die Vertretbarkeit der med. Notwendigkeit an. Die med. Notwendigkeit darf nicht mit dem Hinweis verneint werden, dass es billigere Behandlungsmöglichkeiten gibt ([BGH Urt. V. 12. März 2003 – VI ZR 278/01](#)). Das Urteil betraf die Abrechnung der Alphaklinik München und hatte grundsätzliche Bedeutung für die Fallpauschalenabrechnung gegenüber der PKV. Höhere als übliche Fallpauschalen konnten nach diesem Urteil berechnet werden.

Die Behandlung muss **begründet** sein. Dies bedeutet im Einzelfall, dass der Behandler eine Begründung nachliefert, ist das Gutachten ohne eine solche, im Rahmen einer sog. Arztanfrage zu formulierende Begründung nicht erstellbar, so ist es zunächst als unvollständiger Auftrag anzusehen und nicht zu erstellen. Es ist der IMB Consult mitzuteilen, welche Begründung(en) eingefordert werden sollen. Die medizinische Notwendigkeit setzt die **Geeignetheit** und **Erforderlichkeit** voraus. **Erforderlich** ist eine Maßnahme nur dann, wenn nicht andere erfolgversprechende und/oder gefahrlose geeignete Maßnahmen zur Verfügung stehen (AG München, Urteil vom 11. Dezember 2003, VersR 2005: 394). Insbesondere muss die Methode zur Behandlung der vorliegenden Erkrankung **bewährt** und **erfolgversprechend** sein (LG München I, Urteil vom 14. Oktober 2004 – 34 S 11663/03).

Die bloße Begründung aus Sicht des Behandlers ist aber nicht ausreichend, die med. Notwendigkeit zu bejahen. Die Begründung muss für den Gutachter auch **nachvollziehbar** sein (Plausibilitätsgrundsatz). Der Gutachter urteilt darüber aus der objektiven Sicht des unabhängigen Sachverständigen.

Auch die Nachvollziehbarkeit genügt noch nicht, die Vorgehensweise muss **wissenschaftlich fundiert** sein. Hier taucht wiederum die Wissenschaftlichkeit auf. Einzelfallbeobachtungen können ebenso wenig wie sog. Erfahrungswerte eine Rolle spielen, auch der Behandlungserfolg im Einzelfall sagt nichts über die med. Notwendigkeit aus. Die Maßnahme muss sich an den wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Anwendung messen lassen.

Bitte beachten Sie, dass alle drei Voraussetzungen (begründet, nachvollziehbar, wissenschaftlich fundiert) erfüllt sein müssen, wenn die med. Notwendigkeit bestätigt werden soll. **Bei genauer Prüfung stellen sich daher eine Vielzahl durchgeführter Maßnahmen als med. nicht notwendig heraus.**

Die Gutachten müssen im Text der Ärztlichen Stellungnahme auf die vorstehenden Aspekte der Prüfung eingehen. Die bloße Feststellung, die Maßnahme sei notwendig oder eben nicht, genügt nicht.

Begutachtung sog. Alternativer Methoden

§ 4 Abs. 6 MB/KK sieht eine Leistungspflicht nur für Maßnahmen vor, die

- von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus wird geleistet, wenn

- sich Methoden in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben
- keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.

Die IMB Consult sieht darüber hinaus im Einzelfall auch eine Leistungspflicht, wenn alle zur Verfügung stehenden schulmedizinischen Verfahren ohne nachhaltig positive Wirkung ausgeschöpft wurden und dies durch objektive ärztliche Feststellung auch nachvollziehbar begründet wurde.

Ein Urteil des BVerfG wird gelegentlich als Argumentationshilfe von Behandlern zitiert, um sogenannte Alternative Methoden zu rechtfertigen und eine Leistungspflicht der PKV abzuleiten.

Dieses Urteil (BVerfG vom 06. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98) trifft aber streng genommen für die GKV zu, da es hier unter anderem um eine Fürsorgepflicht des Staates bei einer Zwangsversicherung (GKV) geht. Dies ist für die PKV nicht einschlägig.

Nach diesem BVerfG-Urteil besteht eine Leistungspflicht der GKV für nicht anerkannte Behandlungsmethoden bei lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlicher Erkrankung (streitgegenständlich war eine Behandlung u.a. mit Bioresonanz bei einer Muskeldystrophie Typ Duchenne).

Auch die nachfolgend induzierte Änderung der ständigen BSG-Rechtsprechung kann unseres Erachtens nicht als Argumentation im Bereich der PKV dienen, so dass dieses Urteil für die Begutachtung der med. Notwendigkeit in der PKV unbeachtlich bleiben muss.

Verwendung

Der vorstehende Text wurde im Jahre 2005 als Leitlinie wird unseren Aktenlagengutachtern sowie den Ansprechpartnern unserer Versicherungskunden zur Verfügung gestellt. Sie ist den Gutachten zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit zu Grunde zu legen.

Im allen Zweifelsfällen empfehlen wir unseren Gutachtern, den ärztlichen Dienst der IMB Consult vor der Abfassung der gutachtlichen Aussage zu konsultieren.

© IMB Consult 2005

ZMB



SEITEN

Das Unternehmen
Leistungen &
Produkte
Medizin
Grundsätze der
Begutachtung
Jobs & Karriere
Downloadbereich
Datenschutz

KONTAKT

Kontaktformular
Anschrift &
Anfahrt
Impressum
Disclaimer

SUCHE

© 2016 IMB Consult GmbH

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

Start (<https://www.krankenkasseninfo.de/>) → Krankenkassen (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/>)
→ Novitas BKK (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/novitas-bkk/>) → Bonusprogramme



Infos anfordern (<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

Antrag (PDF) (<https://www.krankenkasseninfo.de/k...>)

(<https://www.krankenkasseninfo.de/test/krankenkasse-novitas-bkk>)

Übersicht (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/novitas-bkk/>)

Bonusprogramme der Novitas BKK

Bonusmodelle für Erwachsene

FLEXCHECK

Unser FLEXCHECK-Bonusprogramm besteht aus verschiedenen Bausteinen mit denen der Kunde ein eigenes FLEXCHECK-Extraguthaben aufbauen kann. Dabei steht den Kunden von Anfang an ein Startguthaben von 50 EUR zur Verfügung, das für folgende Extraleistungen eingesetzt werden kann: professionelle Zahnreinigung ab dem 18. Lebensjahr, homöopathische Arzneimittel, Osteopathie, Hebammenrufbereitschaft, Geburtsvorbereitungskurse für werdende Väter und Mehrleistungen für Schwangere. Das Startguthaben kann mit dem FLEXCHECK-Bonus erhöht werden. Aktivitäten, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, werden im Bonusprogramm der Novitas BKK mit Prämien pro Kalenderjahr belohnt. Die durchgeführten Maßnahmen werden im **FLEXCHECK-Bonusheft** eingetragen. Die ausgefüllten Bonusschecks sind bis spätestens **31.03.** des Folgejahres einzureichen. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis bei der Kasse. Zudem muss ein Bonusbetrag von mindestens 40 EUR erreicht sein. Wer diesen nicht erreicht, kann das Guthaben bis zu drei Jahre lang ansparen. **Folgende Maßnahmen werden beim Bonusprogramm berücksichtigt:**

- Zahnvorsorge (10 EUR)
- Gesundheitsuntersuchung (10 EUR)
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung (10 EUR)
- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung (20 EUR)
- Rückbildungsgymnastik (20 EUR)
- Impfstatus (10 EUR)
- Gesundheitsaktionen (10 EUR)
- BMI im Normbereich nach Gewichtsreduktion (30 EUR)
- Nichtraucher nach Raucherentwöhnung (30 EUR)
- Aktiv im Sportverein (20 EUR)
- Aktiv im Fitnessstudio (30 EUR)
- Sportabzeichen (10 EUR)
- Sportveranstaltung (10 EUR)
- Gesund im Betrieb (20 EUR)

Zusätzlich kann ein Zusatzguthaben* von 80 EUR aktiviert werden. Mit diesem Zusatzguthaben bezuschusst die Novitas BKK nach Vorlage eines entsprechenden Nachweises:

- den erstmaligen Abschluss privater Kranken- oder Pflegeergänzungsversicherungen,
- eine sportmedizinische Untersuchung,
- die Teilnahme an bestimmten Eltern-Kind-Kursen (z. B. PEKiP oder ElBa),
- oder Kosten und Gebühren für Vollmachten für medizinische Notfälle (z. B. Betreuungsvollmachten oder Patientenverfügungen),
- Brillengläser und Kontaktlinsen,
- einen Erste Hilfe-Kurs oder
- ein Fahrsicherheitstraining
- Irisdiagnostik
- Sehtest
- Akupunktur
- Chelattherapie
- Einlagerung von Nabelschnurblut
- Fitnesstracker
- Verhütungsmittel (Spirale) für Frauen bis zum 22. Lebensjahr.

*Voraussetzung: Aktivierung FLEXCHECK-Bonus mindestens 60 EUR

Bonusmodelle für Kinder

Flexcheck

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

Unser **FLEXCHECK** besteht aus verschiedenen Bausteinen, mit denen ein eigenes FLEXCHECK-Extraguthaben aufgebaut werden kann. Dabei besteht von Anfang an ein Startguthaben zur Verfügung, was für folgende Extraleistungen eingesetzt werden kann: homöopathische Arzneimittel und Osteopathie. Das Startguthaben kann mit dem FLEXCHECK-Bonus erhöht werden. Aktivitäten, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, werden im Bonusprogramm der Novitas BKK pro Kalenderjahr belohnt. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der Kasse bis 16 Jahre. Die durchgeführten Maßnahmen werden im **FLEXCHECK-Bonusheft** eingetragen, das per Telefon oder Post bei der Novitas BKK angefordert oder direkt heruntergeladen werden kann. Die ausgefüllten Bonusschecks sind bis spätestens **31.03.** des Folgejahres einzureichen. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis bei der Kasse. Zudem muss ein Bonusbetrag von mindestens 40 EUR erreicht sein. Wer diesen nicht erreicht, kann das Guthaben bis zu drei Jahre lang ansparen.

Folgende Maßnahmen werden beim Bonusprogramm für Kinder berücksichtigt:

- Zahnvorsorge (20 EUR)
- Gesundheitsuntersuchung* (10 EUR)
- Impfstatus (10 EUR)
- Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 (30 EUR)
- Gesundheitsaktionen (10 EUR)
- BMI im Normbereich nach Gewichtsreduktion (30 EUR)
- Aktiv im Sportverein (20 EUR)
- Sportabzeichen (10 EUR)
- Sportveranstaltung (10 EUR)

*ein Kind kann entweder diesen oder den Bonus für die U-Untersuchungen aktivieren

Zusätzlich kann ein Zusatzguthaben** von 80 EUR aktiviert werden. Mit diesem Zusatzguthaben bezuschusst die Novitas BKK gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises:

- den erstmaligen Abschluss einer privaten Kranken- oder Pflegeergänzungsversicherung,
- eine sportmedizinische Untersuchung,
- die Teilnahme an bestimmten Eltern-Kind-Kursen (z. B. PEKiP oder ElBa),

- Brillengläser und Kontaktlinsen oder
- einen Erste Hilfe-Kurs
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)
 - Irisdiagnostik
- Sehtest
- Akupunktur.

****Voraussetzung: Aktivierung FLEXCHECK-Bonus von mindestens 60 EUR**

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

Start (<https://www.krankenkasseninfo.de/>) → Krankenkassen (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/>)
→ Satzungen (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/satzungen/>)

Satzungen der Krankenkassen

Die Satzungen der Krankenkassen (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/>) enthalten detaillierte Informationen zu Mitgliedschaft, Leistungen (<https://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/>), Zusatzbeiträgen sowie den Organen der Krankenkassen.

Es gibt gesetzlich vorgeschriebene Leistungen, die von allen gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden müssen und Satzungsleistungen. Satzungsleistungen müssen von den gesetzlichen Krankenkassen nach Art, Umfang und Höhe in ihren Satzungen dargestellt werden.

Die Satzungen der Krankenkassen müssen laut SGB V § 194 folgende Bestimmungen enthalten:

- Namen und Sitz der Krankenkasse,
- Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
- Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
- Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242,
- Zahl der Mitglieder der Organe,
- Rechte und Pflichten der Organe,
- Art der Beschlussfassung des Verwaltungsrates,
- Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
- jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
- Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
- Art der Bekanntmachungen.

Die Satzungen der Krankenkassen stehen hier als pdf-Dokumente zum Download bereit.

Satzungen

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-tbk-2019.pdf>)
Satzung: satzungen-tbk-2019.pdf

AOK Baden-Württemberg

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-baden-wuerttemberg-2019.pdf>)
Satzung: satzungen-aok-baden-wuerttemberg-2019.pdf

AOK Bayern

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-bayern-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-bayern-2019.pdf
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

AOK Bremen/Bremerhaven

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-bremenbremerhaven-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-bremenbremerhaven-2019.pdf

AOK Hessen

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-hessen-08022019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-hessen-08022019.pdf

AOK NORDWEST

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-nordwest-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-nordwest-2019.pdf

AOK Niedersachsen

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-niedersachsen-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-niedersachsen-2019.pdf

AOK Nordost

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-nordost-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-nordost-2019.pdf

AOK PLUS

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-plus-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-plus-2019.pdf

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-rheinland-pfalz-saarland-25-11-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-rheinland-pfalz-saarland-25-11-2019.pdf

AOK Rheinland/Hamburg
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-rheinlandhamburg-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-rheinlandhamburg-2019.pdf

AOK Sachsen-Anhalt
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-aok-sachsen-anhalt-2019.pdf>)Satzung: satzungen-aok-sachsen-anhalt-2019.pdf

Audi BKK
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-audi-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-audi-bkk-2019.pdf

BARMER
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-barmer-2019.pdf>)Satzung: satzungen-barmer-2019.pdf

BERGISCHE Krankenkasse
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bergische-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bergische-krankenkasse-2019.pdf

BIG direkt gesund
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-big-direkt-gesund-2019.pdf>)Satzung: satzungen-big-direkt-gesund-2019.pdf

BKK Achenbach Buschhütten
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-achenbach-buschhutten-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-achenbach-buschhutten-2019.pdf

BKK Akzo Nobel Bayern

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-akzo-nobel-bayern-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-akzo-nobel-bayern-2019.pdf
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

BKK Diakonie

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-diakonie-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-diakonie-2019.pdf

BKK DürkoppAdler

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-durkoppadler-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-durkoppadler-2019.pdf

BKK EUREGIO

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-euregio-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-euregio-2019.pdf

BKK Faber-Castell & Partner

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-faber-castell-partner-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-faber-castell-partner-2019.pdf

BKK Freudenberg

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-freudenberg-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-freudenberg-2019.pdf

BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-gildemeister-seidensticker-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-gildemeister-seidensticker-2019.pdf

BKK HMR

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-hmr-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-hmr-2019.pdf

BKK Linde
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-linde-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-linde-2019.pdf

BKK Melitta Plus
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-melitta-plus-06022019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-melitta-plus-06022019.pdf

BKK Mobil Oil
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-mobil-oil-2018.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-mobil-oil-2018.pdf

BKK PFAFF
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-pfaff-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-pfaff-2019.pdf

BKK Pfalz
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-pfalz-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-pfalz-2019.pdf

BKK ProVita
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-provita-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-provita-2019.pdf

BKK Scheufelen
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-scheufelen-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-scheufelen-2019.pdf



BKK Technoform

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-technoform-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-technoform-2019.pdf
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

BKK VBU

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-vbu-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-vbu-2019.pdf

BKK VDN

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-vdn-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-vdn-2019.pdf

BKK VerbundPlus

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-verbundplus-12022019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-verbundplus-12022019.pdf

BKK WERRA-MEISSNER

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-werra-meissner-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-werra-meissner-2019.pdf

BKK Wirtschaft & Finanzen

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-wirtschaft-finanzen-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-wirtschaft-finanzen-2019.pdf

BKK ZF & Partner

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-zf-partner-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-zf-partner-2019.pdf

BKK exklusiv

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-exklusiv-31012019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-exklusiv-31012019.pdf

BKK firmus
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk-firmus-21022019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk-firmus-21022019.pdf

BKK24
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bkk24-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bkk24-2019.pdf

BOSCH BKK
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bosch-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bosch-bkk-2019.pdf

Bertelsmann BKK
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-bertelsmann-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-bertelsmann-bkk-2019.pdf

Continental Betriebskrankenkasse
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-continental-betriebskrankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-continental-betriebskrankenkasse-2019.pdf

DAK-Gesundheit
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-dak-gesundheit-2019.pdf>)Satzung: satzungen-dak-gesundheit-2019.pdf

Debeka BKK
(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-debeka-bkk-11022019.pdf>)Satzung: satzungen-debeka-bkk-11022019.pdf

Die Schwenninger Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-die-schwenninger-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-die-schwenninger-krankenkasse-2019.pdf
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

HEK-Hanseatische Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-hek-hanseatische-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-hek-hanseatische-krankenkasse-2019.pdf

Heimat Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-heimat-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-heimat-krankenkasse-2019.pdf

IKK Brandenburg und Berlin

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-ikk-brandenburg-und-berlin-2019.pdf>)Satzung: satzungen-ikk-brandenburg-und-berlin-2019.pdf

IKK Nord

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-ikk-nord-2019.pdf>)Satzung: satzungen-ikk-nord-2019.pdf

IKK Südwest

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-ikk-sudwest-2019.pdf>)Satzung: satzungen-ikk-sudwest-2019.pdf

IKK gesund plus

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-ikk-gesund-plus-2019.pdf>)Satzung: satzungen-ikk-gesund-plus-2019.pdf

KKH Kaufmännische Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-kkh-kaufmannische-krankenkasse-29012019.pdf>)Satzung: satzungen-kkh-kaufmannische-krankenkasse-29012019.pdf

KNAPPSCHAFT

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-knappschaft-2019.pdf>)Satzung: satzungen-knappschaft-2019.pdf

Novitas BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-novitas-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-novitas-bkk-2019.pdf

R+V Betriebskrankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzung-rvbkk-2020-02.pdf>)Satzung: satzung-rvbkk-2020-02.pdf

SKD BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-sk-d-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-sk-d-bkk-2019.pdf

Salus BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-salus-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-salus-bkk-2019.pdf

Techniker Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-techniker-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-techniker-krankenkasse-2019.pdf

VIACTIV Krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-viactiv-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-viactiv-krankenkasse-2019.pdf



WMF BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-wmf-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-wmf-bkk-2019.pdf
(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

actimonda krankenkasse

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-actimonda-krankenkasse-2019.pdf>)Satzung: satzungen-actimonda-krankenkasse-2019.pdf

atlas BKK ahlmann

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-atlas-bkk-ahlmann-2019.pdf>)Satzung: satzungen-atlas-bkk-ahlmann-2019.pdf

energie-BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-energie-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-energie-bkk-2019.pdf

hkk

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-hkk-21022019.pdf>)Satzung: satzungen-hkk-21022019.pdf

mhplus BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-mhplus-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-mhplus-bkk-2019.pdf

pronova BKK

(<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/download/satzungen-pronova-bkk-2019.pdf>)Satzung: satzungen-pronova-bkk-2019.pdf

Bewerten Sie uns

4,8 / 5



(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

5392 Besucher haben in den letzten 12 Monaten eine Bewertung abgegeben.

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

- Start (<https://www.krankenkasseninfo.de/>) → Leistungen (<https://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/>)
- Satzungsleistungen der Krankenkassen (<https://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/satzungsleistungen/>)
- Brillen und Sehhilfen (<https://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/satzungsleistungen/sehhilfen/>)

Zuschuss für Brillen und Sehhilfen



Was zahlt die Krankenkasse für Brillen oder Kontaktlinsen?
(c) Martin Lutze / pixabay CC0

Die **Kostenübernahme für Brillen** und optische **Sehhilfen** war von den gesetzlichen **Krankenkassen** (<https://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/>) lange Zeit stark eingeschränkt gewesen. Nur Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit schwersten Sehbeeinträchtigungen konnten überhaupt noch eine Erstattung beantragen. Im Jahr **2016** wurde Erstattung für **Brillengläser** und **Kontaktlinsen** wieder eine **reguläre Kassenleistung**. Allerdings erhalten längst nicht alle Fehlsichtigen Geld von der Kasse für eine Brille. Einige Kassen leisten einen **freiwilligen Zuschuss** für alle Versicherten.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Jede(r) zweite ist fehsichtig
- 2 Wann bezahlt die Krankenkasse eine Brille?
- 3 Regeln für Kostenerstattung
- 4 Satzungsleistung: Freiwilliger Zuschuss von der Krankenkasse

Jede(r) zweite ist fehsichtig

Von **Sehchwächen** wie **Kurzsichtigkeit**, **Weitsichtigkeit** oder **Hornhautverkrümmung** sind ungefähr die Hälfte aller in Deutschland lebenden Personen betroffen. So spricht der Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA (<https://www.zva.de/>)) von mehr als **41 Millionen fehsichtiger Menschen** in der Bundesrepublik. Von Kurzsichtigkeit (Myopie) spricht man, wenn eine angeborene oder erworbene Sehstörung

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

vorliegt, bei der weiter entfernt liegende Gegenstände als unscharf und verschwommen gesehen werden. Der scharf gesehene Bereich wird bei fortschreitender Kurzsichtigkeit zunehmend eingeschränkt. Bei Weitsichtigkeit (Hypermetropie) hingegen liegt umgekehrt eine Schärfe-Störung im Nahbereich des Sehens vor. Eine Hornhautverkrümmung (Astigmatismus) verursacht unscharfes Sehen sowohl im Fern - als auch im Nahbereich.

Wann bezahlt die Krankenkasse eine Brille?

Mehr als 40 Mio. Menschen in Deutschland sind fehsichtig
(c) Claudia Hautumm / pixelio.de

Wer Geld von der Krankenkasse für eine Brille bekommen möchte, benötigt als erste Voraussetzung eine ärztliche Verordnung

(<https://www.krankenkasseninfo.de/zahlen-fakten/lexikon/%C3%A4rztliche-verordnung>)(Rezept). Ein

Sehtest beim Augenoptiker kann eine Fehlsichtigkeit nur feststellen. Soll die Krankenkasse aufkommen, muss zwingend ein **Augenarzt** konsultiert werden.

Nach wie vor haben **fehsichtige Kinder und Jugendliche** einen Anspruch auf **kostenfreie Versorgung** mit einer Brille und bei vorliegenden Gründen auch für **Kontaktlinsen**. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten dabei bis zu einer maximalen Höhe (Festbetragsregelung). Eine freie Auswahl für Brillengestelle ist also nicht in der Leistung inbegriffen. Der Festbetrag ist so gestaltet, dass eine zuzahlungsfreie Anschaffung einer Brille möglich ist. Optikerketten bieten hier auch Komplettangebote mit einer breiten Auswahl an Gestellen.

Für Versicherte ab 18 Jahren werden die **Kosten für Brillengläser** und bei entsprechend vorliegenden Begründungen auch für Kontaktlinsen erstattet. Auch dafür gelten festgelegte Maximalbeträge (**Festbeträge**).

Regeln für Kostenerstattung

Für **erwachsene Versicherte** ab einem Alter von **18 Jahren** gilt:

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt unter folgenden Bedingungen die Kosten für Brillengläser

- wenn bei **Kurz- oder Weitsichtigkeit** ein optischer Korrekturausgleich von mehr als **sechs Dioptrien** nötig ist
- eine **Hornhautverkrümmung** von mehr als **vier Dioptrien** vorliegt

Brillengestelle sind generell von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen und müssen daher selbst gezahlt werden. Kontaktlinsen werden nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn diese medizinisch zwingend notwendig sind (z.B. bei einem Unterschied in der Dioptrienzahl beider Augen von mindestens 2,0 dpt). Von der Erstattung ausgeschlossen sind dabei Tageslinsen, farbige Linsen sowie alle Arten von Pflegemitteln.

Festbeträge für Sehhilfen

Für die Bezuschussung bzw. Erstattung von Brillen, Kontaktlinsen und optischen Sehhilfen gelten seit dem 1. März 2018 gemeinsam von Kassen und Verbänden beschlossene Festbeträge.

Die **Kostenerstattung** erfolgt zudem immer nur maximal bis zu einem gesetzlich geregelten **Festbetrag**. Dieser ist stark von Art und Form der verordneten Gläser abhängig und liegt zwischen **10 Euro** und **115 Euro** pro Glas. Für **Kontaktlinsen** werden maximal **163 Euro pro Linse** gezahlt, wobei die **Festbeträge** der meisten Kontaktlinsenarten deutlich darunter liegen.

--> **Liste Festbeträge**
(<https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dok>)

Satzungsleistung: Freiwilliger Zuschuss von der Krankenkasse

Nur **1,4 Millionen** aller Fehlsichtigen sind nach den neuen Regeln seit 2016 erstattungsberechtigt. Für alle anderen gilt nach wie vor: eine Brille ist eine privat zu bezahlende Anschaffung. Immerhin bieten einige gesetzliche Krankenkassen Zuschüsse im Rahmen einer freiwilligen Satzungsleistung (<https://www.krankenkasseninfo.de/test/sehhilfen>) (Zusatzleistung) .

Geld zurück von der Krankenkasse
(c) fotolia.de / v.poth

Die Inanspruchnahme dieser freiwilligen Leistung ist zum Teil an **einschränkende Regeln** gebunden. Möglich ist ein festgelegter zeitlicher Turnus (z.B. alle drei Jahre) oder eine medizinisch festgestellte **Verschlechterung der Sehkraft** des Versicherten (z.B. um mindestens 0,5 Dioptrien).

Die **Höhe des Zuschusses** liegt je nach Kasse **zwischen 30 und 200 Euro**. Teilweise wird die Satzungsleistung dabei über ein spezielles **Gesundheitskonto** oder **Gesundheitsbudget des Versicherten** abgerechnet. Dabei ist zu beachten, dass mit einem solchen Gesundheitskonto nur ein bestimmter Höchstbetrag pro Kalenderjahr für Mehrleistungen der Krankenkasse genutzt werden kann. Der für die Sehhilfe ausgezahlte Betrag steht somit später nicht mehr für andere Mehrleistungen zur Verfügung, die der Versicherte dann unter Umständen selbst zahlen muss.

-> **freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen für Brillen und Sehhilfen - Übersicht**

(<https://www.krankenkasseninfo.de/test/sehhilfen>)

Bewerten Sie uns

4,8 / 5



5414 Besucher haben in den letzten 12 Monaten eine Bewertung abgegeben.

(<https://www.krankenkasseninfo.de/>)

Gleitsichtgläser online Shop

Neue Gleitsichtgläser inkl. Verglasung günstig beim Online-optiker bestellen. meinbrillenglas.de

ÖFFNEN

Sehprobleme

- [Kurzichtigkeit](#)
- [Weitsichtigkeit](#)
- [Alterssichtigkeit](#)
- [Astigmatismus](#)
- [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)
- [Holzbrillen](#)
- [Rasterbrille](#)
- [Brillenpflege](#)
- [Kontaktlinsen](#)
- [Augenlasern - gute Alternative?](#)
- [Akkommodation](#)
- [Dioptrie](#)
- [Optik](#)
- [Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

- [Brillenarten](#)
- [Damenbrillen](#)
- [Herrenbrillen](#)
- [Vollrandbrillen](#)
- [Halbrandbrillen](#)
- [Randlose Brillen](#)

FAQ

- [FAQ - Häufige Fragen](#)
- [Weitere Links](#)

Anzeige

Gleitsichtgläser online kaufen
 Neue Gleitsichtgläser für Ihre alte Brille online bestellen. inkl. verglasung, portofrei.
[meinbrillenglas.de](#) Öffnen

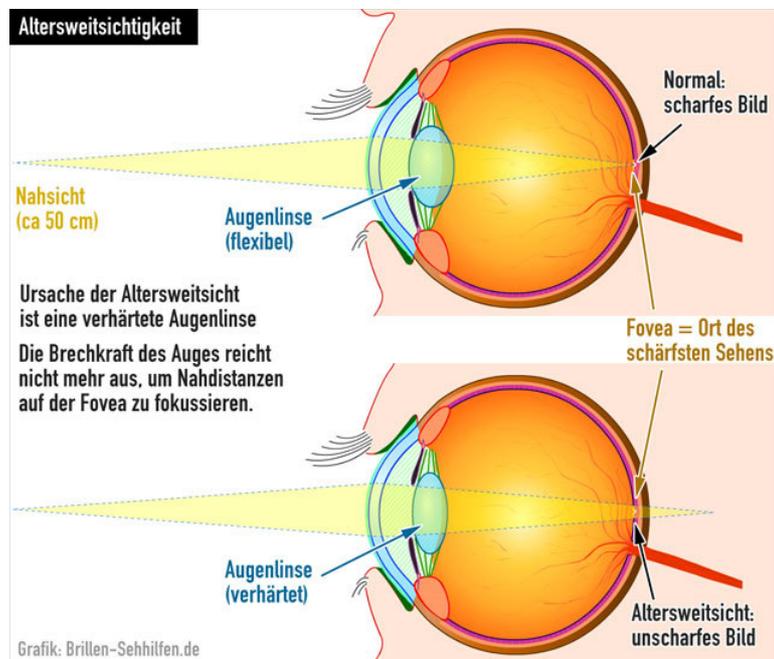
Alterssichtigkeit (Presbyopie)

Unter **Alterssichtigkeit (Presbyopie)**, umgangssprachlich auch **Altersweitsichtigkeit** bzw. **Altersweitsicht**, versteht man die nachlassende Sehkraft der Augen ab einem Alter von ca. 35 Jahren, die zu einer verminderten **Sehstärke** im Nahbereich führt. Betroffene bemerken erste **Symptome** im Alltag, zum Beispiel, wenn sie nicht mehr richtig lesen können. Die typische Lesehaltung ist die mit weit ausgestrecktem Arm. Ursache ist die nachlassende Akkommodationskraft aufgrund einer langsamen Verhärtung der Augenlinse.



Ursache der Alterssichtigkeit

Ein scharfes Bild entsteht dann, wenn das Bild der Umwelt vom sog. **Dioptrischen Apparat** (hauptsächlich **Hornhaut** und **Augenlinse**) so gebrochen wird, dass es auf einem möglichst kleinen Punkt auf der **Netzhaut** erscheint. Dort befindet sich der sogenannte **"Gelbe Fleck" (Makula)**, in dem besonders viele Photorezeptoren sitzen. Diese Sinneszellen-Dichte ermöglicht ein hohes Auflösungsvermögen, also ein scharfes Bild. Wenn das fokussierte Bild nicht auf diesen Bereich abgebildet werden kann, entsteht ein unscharfer Seheindruck.

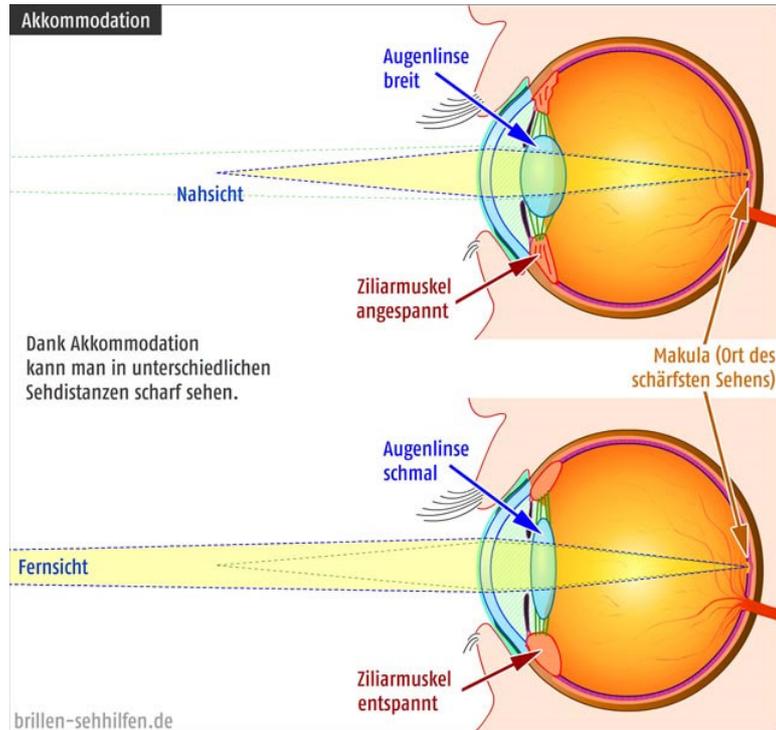


Alterssichtigkeit (Ursache)

Alterssichtigkeit = nachlassende Akkommodation

Die Fähigkeit der Augenlinse, sich zu verformen und so verschiedene Sehdistanzen auf scharf zu stellen, nennt man **Akkommodation**. Mit zunehmendem Alter verfestigt sich die verformbare Augenlinse zunehmend. Die umgebenden **Ziliarmuskeln** können die Linse dann nicht mehr

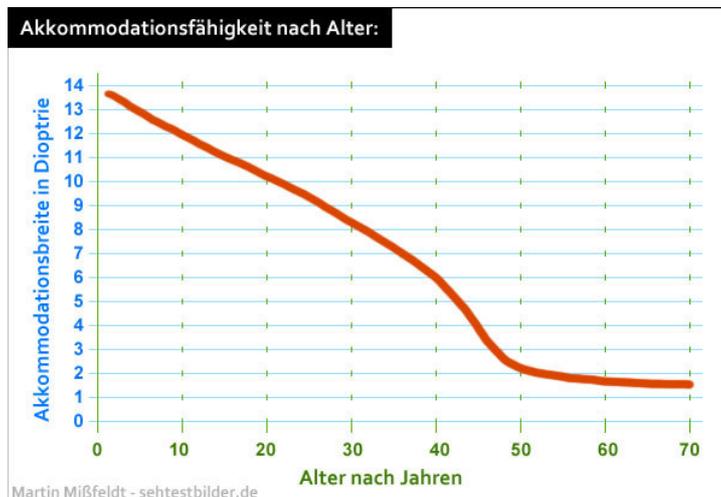
ausreichend stauchen, man spricht hier auch von der **Nahakkommodation**. Die Folge ist eine nicht ausreichende Brechkraft der Linse. Ein Bild in der Nahdistanz kann dann nicht mehr punktgenau auf der Netzhaut abgebildet werden. Dadurch kommt es zu einem unscharfen, verschwommenen Seheindruck. Die folgende Grafik veranschaulicht das:



Akkommodation des Auges

Wann kommt die Alterssichtigkeit?

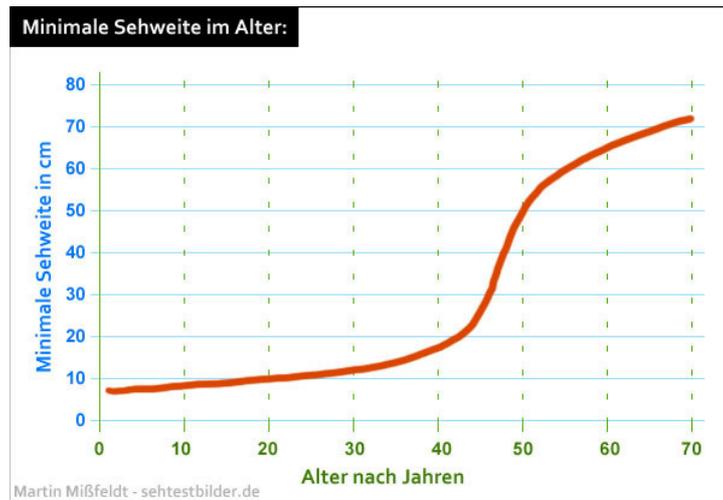
Die maximal mögliche Anpassung des Auges an verschiedene Entfernungen ist bei **Kleinkindern** am größten. Sie können ungefähr **25% ihrer Sehschärfe** über Akkommodation ändern. Anders gesagt: Kleinkinder können ohne Probleme das Auge auf eine Entfernung von **wenigen Zentimetern** umschalten (sog. *Akkommodationsnahpunkt*). Mit zunehmendem Alter und abfallender Akkommodationsfähigkeit steigt der Wert für den **Akkommodationsnahpunkt** an, die **Akkommodationsbreite** wird deutlich geringer. Bei vielen Menschen beträgt er im Alter **mehr als 150 cm**. Diese können nur noch Dinge scharf erkennen, die mehr als 1,5 m entfernt sind.



Akkommodationsbreite: nachlassende Fähigkeit zur Akkommodation im Alter

Alterssichtigkeit entfaltet sich langsam und schleichend über mehrere Jahre. Wann dieser Alterungsprozess der **Augenlinse** eintritt, ist vom Einzelfall abhängig - aber es gibt statistische

Erhebungen, die zeigen, dass dies in der Regel um das 35. Lebensjahr herum beginnt. Die folgende Grafik zeigt, wie die minimale Sehweite, also der Abstand, in dem man noch scharf erkennen kann, mit zunehmendem Alter vergrößert.



Entwicklung der Alterssichtigkeit

Mit ca. 35 Jahren beginnt der Prozess, und bei Menschen, die knapp über 40 Jahre alt sind, verschlechtert sich die **Sehstärke (Visus)** im Nahbereich rapide, etwas bis zum 50 Lebensjahr. Wie gesagt: bei manchen Menschen beginnt das früher, bei anderen erst später. Es gibt auch einige Menschen, bei denen sich die Alterssichtigkeit erst sehr spät (mit über 60 Jahren) bemerkbar macht, aber das ist eher die Ausnahme.

Anzeige

5 Tricks zur Entgiftung



Anzeige **Dieser 1 Trick kann dabei helfen Ihre Leber zu entgiften und...**

BodyFokus

Öffnen

Korrektur bei Alterssichtigkeit: Lesebrille

Glücklicherweise ist die Augenheilkunde inzwischen so weit fortgeschritten, dass man eine Alterssichtigkeit problemlos mit einer Brille korrigieren kann. Man spricht in dem Fall von einer Lesebrille. **Lesebrillen** sind meist so konstruiert, dass man mit gesenkten Blick durch sie hindurchschaut, aber ansonsten einfach über sie hinwegschaut. Das ist praktisch, weil man sie so nicht ständig auf und absetzen muss.



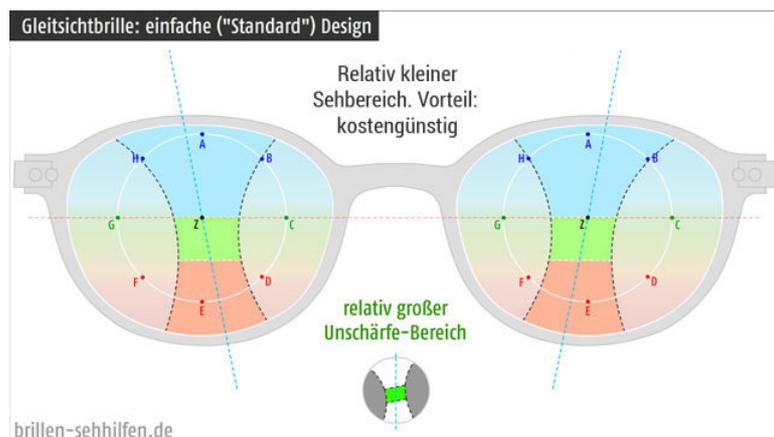
Sportliche Lesebrille (von Cedanis)

Allerdings sollte man beim Kauf einer Lesebrille bedenken: eine billige Fertiglesebrille aus der Drogerie oder dem Supermarkt ist nur als temporäre Notbrille ("Lesehilfe") geeignet, auch wenn man sie für ein paar Euro **günstig online kaufen kann**. Bei Fertiglesebrillen stimmt meist gar nichts: weder die Zentrierung (Pupillen-Distanz) noch die (unterschiedlichen) Brillenwerte. Sie können bei zu langem Tragen den Augen sogar schaden.

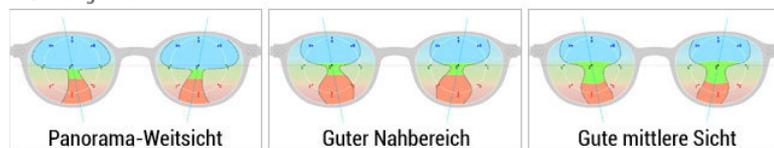
Für den dauerhaften Einsatz (also mehr als rund 10 Minuten pro Tag) braucht man eine "richtige Lesebrille". Diese sollte vom Optiker exakt vermessen und individuell angepasst werden. Nur dann ist sie zum dauerhaften Lesen wirklich geeignet.

Alterssichtigkeit und Kurzsichtigkeit: Gleitsichtbrille

Wenn sich bei einem kurzsichtigen Menschen eine Alterssichtigkeit einstellt, dann gibt es ein Problem: **Beide Effekte**, die **Kurzsichtigkeit** und die Alterssichtigkeit, **gleichem sich leider nicht aus**. Denn sie haben **verschiedene Ursachen**. Wer davon betroffen ist - und das sind in Deutschland sogar recht viele -, hat zwei Optionen: entweder stets zwei Brillen parat haben, die normale Brille zum Ausgleichen der Kurzsichtigkeit und die Lesebrille für den Nahbereich. Oder man besorgt sich eine Brille, die beides korrigiert. Das kann eine **Bifokalbrille** oder **Trifokalbrille** sein, in der zwei (drei) verschiedene **Gläser** in einer Brille vereint sind, oder eine **Gleitsichtbrille**, bei der der Übergang zwischen den korrigierten Sehdistanzen stufenlos ist.



Zum Vergleich:



Standard-Gleitsichtbrille mit einfachen Gläsern - relativ großer Bereich (links und rechts), der unscharf ist

Oder: Augenlasern gegen Alterssichtigkeit

Seit einiger Zeit ist es auch möglich, eine Alterssichtigkeit mittels Augenlaser entfernen zu lassen. Allerdings funktioniert das anders als bei den Laserbehandlungen für Kurz- oder Weitsichtigkeit: Bei der Altersweitsicht wird die Augenlinse durch eine künstliche Linse (Linsenimplantat) ersetzt. Das führt zu einer Anpassung der Brechkraft - mit der Folge, dass man wieder scharf sehen kann. Ein Linsen-Austausch bietet sich vor allem dann an, wenn zur Altersweitsicht noch ein **Grauer Star (Katarakt)** hinzukommt.

Sehtest bei Altersweitsicht

Setzen sie sich irgendwo hin, wo sie eine **gute Fernsicht** haben. Oft genügt schon ein Blick aus dem Fenster. Fixieren sie dort einen Gegenstand oder etwas konkretes, dass sie ca. 30 Sekunden anschauen. Schauen Sie sich anschließend **die eigene Hand** an, im Abstand von etwa 20-30 cm. Versuchen Sie, die **Hautstruktur** ihrer Hand oder die feinen Härchen auf ihrem Handrücken zu erkennen. Fixieren sie nun diese Partie für etwas 30 Sekunden bzw schauen sie sich die Oberflächenstruktur Ihrer Hand genau an. Anschließend blicken sie dann wieder auf den entfernten Punkt. Wie lange braucht es, bis sich Ihr Auge an die neue Entfernung gewöhnt hat?

In jugendlichen Jahren funktioniert das **innerhalb einer Sekunde**. Je älter man wird, umso länger dauert es, bis das Auge umgeschaltet hat und wieder scharf sehen kann. Wenn Sie schon von einer Alterssichtigkeit **betroffen** sind, können sie im Nahbereich vermutlich überhaupt nicht mehr scharf sehen. Falls Sie noch kleine Brille zum Ausgleichen haben, sollten Sie einen Augenarzt oder **Optiker** aufsuchen.

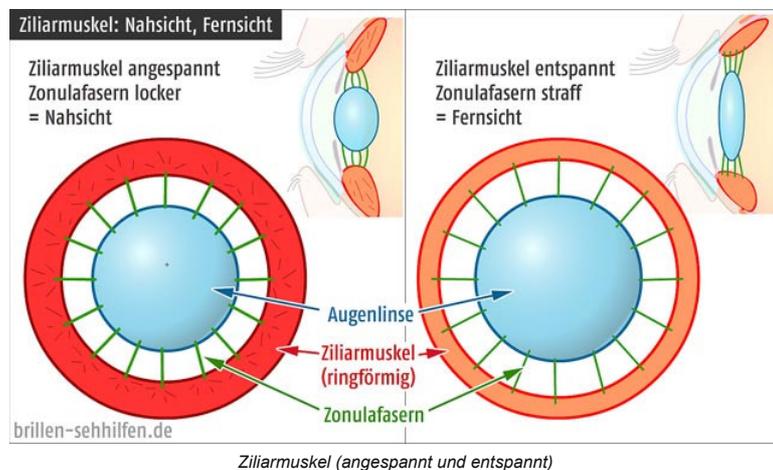
Auf der Suche nach einem natürlichen Augentröster? WALA Euphrasia...

Anzeige WALA Heilmittel GmbH

Öffnen

Altersweitsicht durch Augentraining vorbeugen?

Die Verfestigung der Augenlinse wird vermutlich durch Eiweiß-Ablagerungen an den Rändern der Linse verursacht. Dieser Prozess ist alterungsbedingt und lässt sich an sich nicht aufhalten. Aber: man kann das Auge durchaus "trainieren". Dafür benötigt man jedoch keine teuren Bücher, Trainingsmaterialien oder gar Augentraining-Kurse. Das Geheimnis des **Augentrainings** ist im Grunde völlig simpel: man kann die Augen "durch abwechslungsreiche visuelle Arbeit" fit halten. Für die Akkommodation gilt dabei: das Umschalten von Fernsicht auf Nahsicht und umgekehrt trainiert das Auge - sowohl die Augenlinse als auch den **Ziliarmuskel**.



Wenn Sie Ihren Augen etwas Gutes tun wollen - und sie auch für das Alter trainieren wollen, dann ...

- > Nehmen Sie sich täglich ein paar Minuten Zeit für Ihre Augen
- > Suchen Sie sich einen ruhigen Ort, wo das Auge sowohl in der Entfernung als auch in der Nähe "was zu sehen hat":
- > Schauen Sie für einige Zeit (20 - 30 Sekunden) in die Ferne - und sehen Sie sich dann wieder für einige Zeit (20 - 30 Sekunden) etwas im Nahbereich an. Gut ist auch, den fixierten Punkt "wandern" zu lassen: Lassen Sie Ihren Blick aus der Ferne in die Nähe wandern und umgekehrt.
- > Wenn Sie diese "Sehübungen" mit einem Spaziergang kombinieren können - um so besser, für Körper und Geist.

Was Sie dabei jedoch beachten sollten: der Prozess der Augenlinsenverhärtung zieht sich über Jahre hin, eigentlich ununterbrochen ab dem 30./ 35. Lebensjahr. Um die Augen wirklich zu trainieren, sollte man diese Übungen wirklich täglich machen, und zwar ebenfalls über Jahre.

Kann man Altersweitsicht wegtrainieren?

Viele Menschen überschätzen die Möglichkeiten des **Augentrainings**. Es ist nicht wie bei einer Diät, wo man innerhalb einiger Wochen wieder zu einem Idealzustand kommen kann. Die Verhärtung der Augenlinse lässt sich durch Training nicht wieder lösen. Man kann stattdessen nur die Geschwindigkeit des Fortschreitens verringern.

Dennoch: lassen Sie sich dadurch nicht entmutigen. Täglich ein paar Minuten für die Augen ist eine Form der Entspannung, die jedem Körper gut tut. Das gilt vor allem für Menschen, die bei der Arbeit sitzen und immer in der gleichen Sehdistanz arbeiten. Siehe dazu auch:

[Bildschirmarbeitsplatzbrille](#).

Auf der Suche nach einem natürlichen Augentröster? WALA Euphrasia...



Anzeige [WALA Heilmittel GmbH](#)

[Öffnen](#)

Siehe auch / Quellen

- > [Alterssichtigkeit](#) bei Sehtestbilder
- > [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- > [Lesebrille vom Optiker oder aus dem Supermarkt?](#)

Vermeiden Sie diese 5 Essen

Online Sehtest (kostenlos

**Nachlassende Sehstärke? -
Gesunde Augen ohne Chemie**

**Welche Brille für welches
Gesicht?**

Anzeige [BodyFokus](#)

[brillen-sehhilfen.de](#)

Anzeige [lange-gut-sehen.com](#)

[brillen-sehhilfen.de](#)

**FAIRMED Augenlaser -
Augenlaser**

**Sehstärke (Visus) und
Dioptrien - Unterschied und
Umrechnung**

**Online Sehtest zum Prüfen
der Augen**

**Dioptrien-Simulator:
Sehschärfe simulieren -
Seheindruck berechnen**

Anzeige [fairmed.de](#)

[brillen-sehhilfen.de](#)

[brillen-sehhilfen.de](#)

[brillen-sehhilfen.de](#)

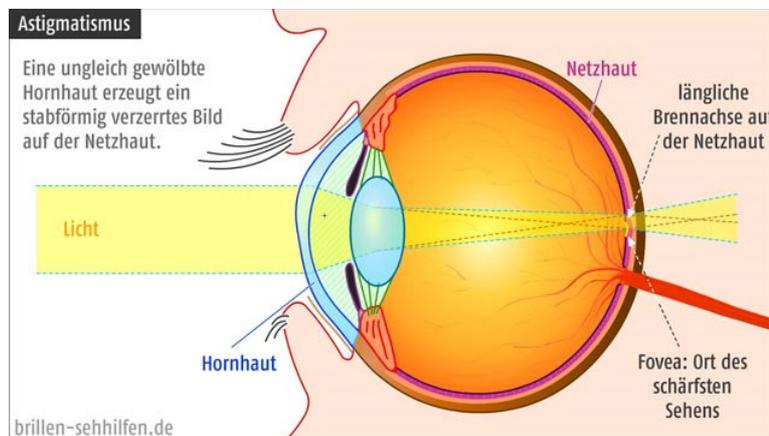
Astigmatismus, Stabsichtigkeit (Auge)

Astigmatismus ist eine Fehlsichtigkeit des Auges, die meist durch eine **Hornhautverkrümmung** hervorgerufen wird. Das visuelle Bild wird dabei nicht punktförmig, sondern **länglich verzerrt** auf der **Netzhaut (Retina)** abgebildet. Aus diesem Grund ist der visuelle Eindruck in einigen Bereichen unscharf. Je stärker der Astigmatismus, um so unschärfer das Bild. Der deutsche Begriff für Astigmatismus lautet daher **Stabsichtigkeit**. Ursache eines Astigmatismus ist meist eine **nicht gleichmäßig gewölbte (verkrümmte) Hornhaut**.

Direkt zu ...

- [Astigmatismus Optik](#)
- [Ursachen](#)
- [Astigmatischer Seheindruck](#)
- [Astigmatismus-Sehtest](#)
- [Brille Astigmatismus](#)
- [Kontaktlinsen Astigmatismus](#)
- [Augenlasern Astigmatismus](#)

Eine leichte Hornhautverkrümmung ist weit verbreitet und führt nur zu einer unwesentlichen, kaum wahrnehmbaren Sehbeeinträchtigung. In manchen Fällen ist sie jedoch so stark ausgeprägt, dass es zu einer deutlichen Seheinschränkung führt. Mit einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinse) kann man den Astigmatismus korrigieren. Die vorgesetzte Linse gleicht den unscharfen Seheindruck aus.



Astigmatismus / Hornhautverkrümmung

Astigmatismus Optik - Erklärung

Wie kommt es zum Astigmatismus? Wie genau funktioniert der Abbildungsfehler? Gehen wir für die Erklärung zunächst von dem Fall aus, dass es sich um einen Astigmatismus aufgrund einer ungleichmäßig gewölbten Hornhaut handelt. Was passiert dabei?

Die Hornhaut wirkt wie eine **Linse**: sie bricht das Licht, das heißt, sie verändert den Winkel der einfallenden Lichtstrahlung. Wenn sie nicht gleichmäßig gewölbt ist, entstehen verschiedene Brennpunkte bzw. Brennlinien.

Corona-Aktuell

Mundschutz mit Brille: Beschlagen vermeiden - 5 Tipps

Sehprobleme

- Kurzsichtigkeit
- Weitsichtigkeit
- Alterssichtigkeit
- Astigmatismus
- Winkelfehlsichtigkeit
- Grauer Star (Katarakt)
- Rot-Grün-Schwäche
- Rot-Grün-Schwäche Simulator
- Dioptrien Simulator

Beliebte Themen

- Gleitsichtbrillen-Arten
- Welche Brille? (Infografik)
- DriveSafe Autofahrbrille
- Digitalbrille
- Holzbrillen
- Rasterbrille
- Brillenpflege
- Kontaktlinsen
- Augenlasern - gute Alternative?
- Akkommodation
- Dioptrie
- Optik
- Führerschein-Sehtest

Brillenarten

- Brillenarten
- Damenbrillen
- Herrenbrillen
- Vollrandbrillen
- Halbrandbrillen
- Randlose Brillen

FAQ

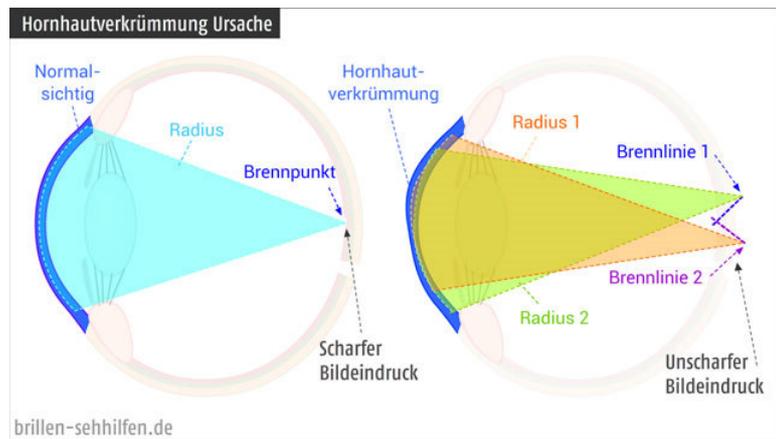
- FAQ - Häufige Fragen
- Weitere Links

Anzeige

1 Trick für Ihre Leber

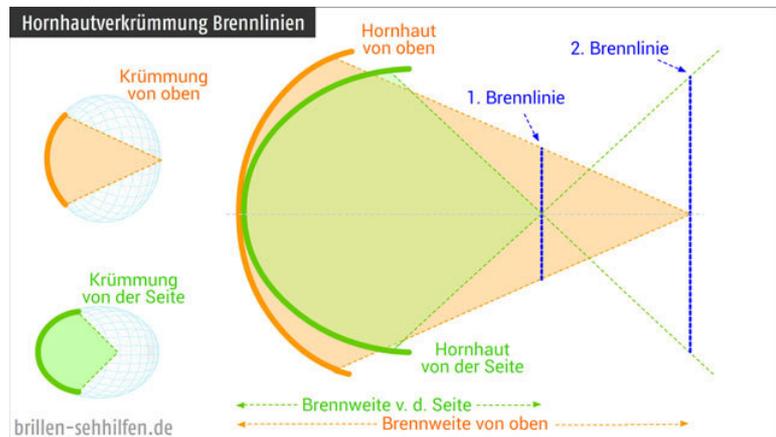
Dieser 1 Trick kann dabei helfen Ihre Leber zu entgiften und Bauchfett zu verbrennen

BodyFokus



Hornhautverkrümmung: Ursache eines Astigmatismus

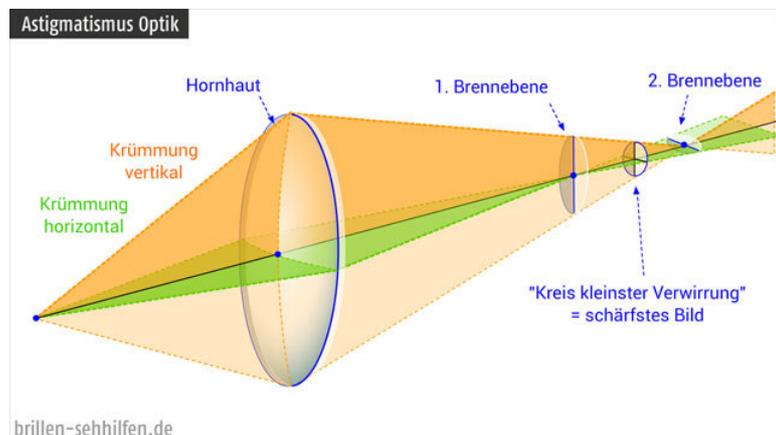
Nun ist die Augenlinse aber nicht wie in der Grafik eine Halbkreislinie, sondern eine gewölbte Oberfläche - so wie eine durchgeschnittene Orange. Wenn man diese Orange an einer Seite zusammendrückt, dann ist sie in der gedrückten Ebene viel stärker gekrümmt als in der anderen Richtung. Bezogen auf das menschliche Auge ist (zum Beispiel) die Krümmung von der Seite gesehen eine andere als wenn man von oben schaut. Das führt zu unterschiedlichen Brennpunkten bzw. Brennlinien.



Hornhautverkrümmung: Brennpunkte / Brennlinien

Wenn man das verstanden hat, wird auch deutlich, wie ein Astigmatismus funktioniert. Denn die verschiedenen Brennlinien führen im Auge zu verschiedenen Brennebenen. In der einen Richtung kann man auf der ersten Brennebene am besten sehen, mit der anderen auf der zweiten.

Es gibt also keine "optimale Brennebene". Die Kompromiss-Version, quasi das Bild, das "am besten funktioniert", nennt man "Kreis kleinster Verwirrung". Aber dieses Bild ist eben etwas unscharf.



Astigmatismus Optik: Brennpunkte / Brennlinien

Siehe dazu: [Astigmatismus Optik \(Erklärung des Brechungsfehlers\)](#)

Ursachen des Astigmatismus

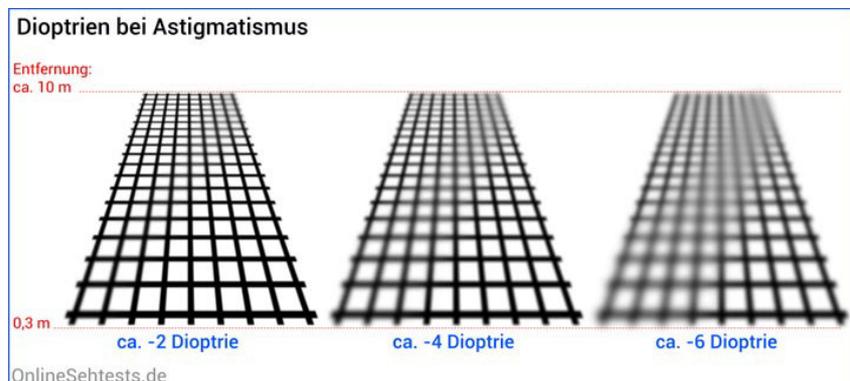
Es gibt im Prinzip drei Ebenen im Auge, die ungleichmäßig gewölbt sein können und dadurch einen Astigmatismus verursachen können: die **Hornhaut**, die **Linse** und die Rückseite des Augapfels.

- › Die mit Abstand häufigste Ursache ist ein **nicht rotationssymmetrisch** ist, sondern meist torisch verformt. Diese Form wird auch als "Hornhautverkrümmung" bezeichnet.
- › Seltener ist ein **Linsenastigmatismus**. In diesem Fall ist nicht die Hornhaut, sondern die Augenlinse ungleichmäßig gewölbt. Ursache kann hier eine angeborene Deformation sein oder eine akkommodativ-bedingte Verformung, die durch ungleichmäßige Kontraktion des Ziliarmuskels hervorgerufen wird.
- › Eine dritte Variante ist sehr selten: dabei ist der **Augenhintergrund nicht gleichmäßig gewölbt**, sondern verschoben. Diese Form tritt vor allem im Zusammenhang mit einer starken Kurzsichtigkeit (Myopie) auf.
- › Darüber hinaus können **Hornhauterkrankungen** (z.B. Keratokonus, Keratoglobus) irreguläre Astigmatismen hervorrufen.
- › Schließlich besteht bei **operativen Eingriffen am Auge** (z.B. Glaukom, Katarakt-OP, Schiel-OP) die Gefahr, dass ein ungleichmäßiges Verheilen zu astigmatischen Abbildungsfehlern führt.

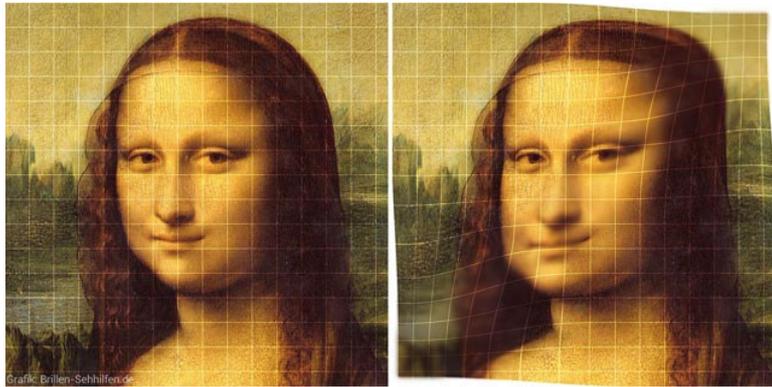
In manchen Fällen können auch mehrere Ursachen vorliegen. Der Gesamtastigmatismus eines Auges setzt sich aus den zuvor genannten Einzelastigmatismen zusammen. Den größten Einfluss auf den Gesamtastigmatismus hat auf Grund des hohen Brechzahlunterschiedes die Hornhaut.

Astigmatischer Seheindruck

Bei Astigmatismus ist das visuelle Bild einerseits etwas unscharf, andererseits etwas verzerrt. Die Stärke des Astigmatismus wird im Brillenpass in **Dioptrie** angegeben. Hier eine ungefähre Darstellung der Unschärfe:



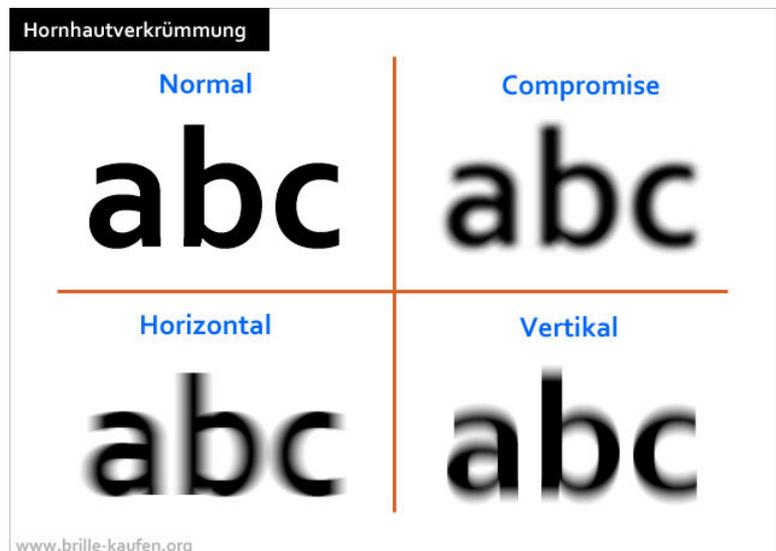
Und hier ein Eindruck der Verzerrung:



Astigmatismus Seheindruck (links: normal - rechts: Astigmatismus)

Je nachdem, in welcher Richtung die Verkrümmung vorliegt, unterscheidet man verschiedene Formen des Astigmatismus:

- > Compromise: Richtung der Delle auf der Hornhaut ist **diagonal**
- > Horizontal: Richtung der Delle auf der Hornhaut ist **horizontal**
- > Vertikal: Richtung der Delle auf der Hornhaut ist **vertikal**



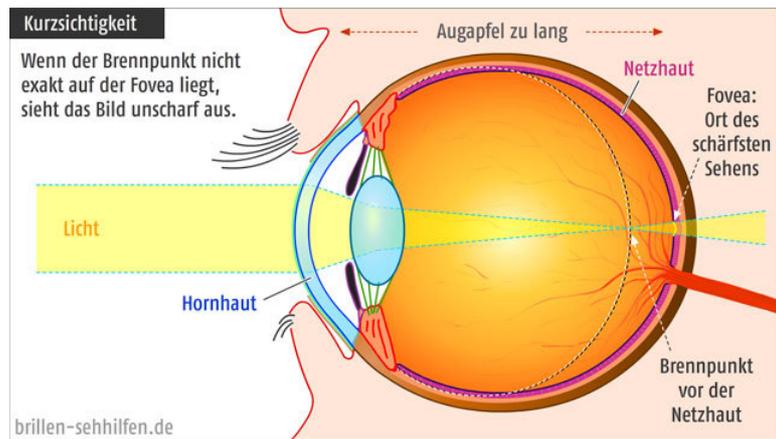
Astigmatismus Seheindruck (Unschärfe)

Links oben ein normales Bild, links unten eine *horizontale* Verschiebung, rechts unten eine *vertikale* Verschiebung. Rechts oben sieht man das, was bei den meisten Menschen mit einer Hornhautverkrümmung vorliegt: eine *diagonale* Verschiebung (*compromise*).

Die Sehschärfenminderung ist bei der Compromise-Variante am größten.

Astigmatismus myopicus simplex

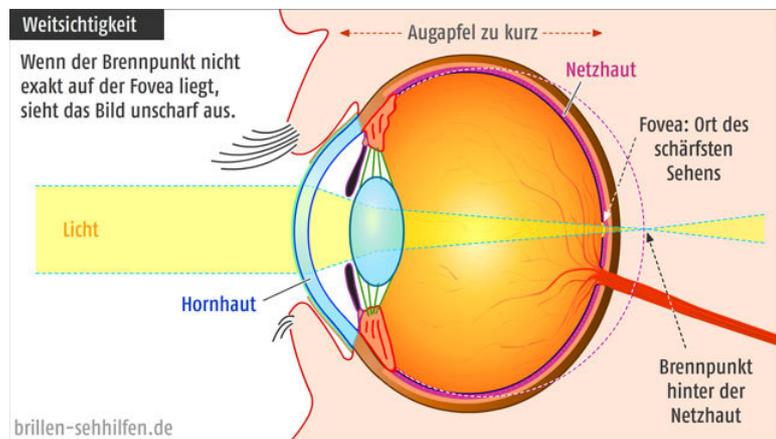
Beim Astigmatismus kommt es zu zwei Brennweiten. Wenn einer der Brennpunkte vor der Netzhaut liegt - so wie bei einer **Kurzsichtigkeit (Myopie)** -, dann spricht man vom *Astigmatismus myopicus simplex*.



Ursache Kurzsichtigkeit

Astigmatismus hyperopicus simplex

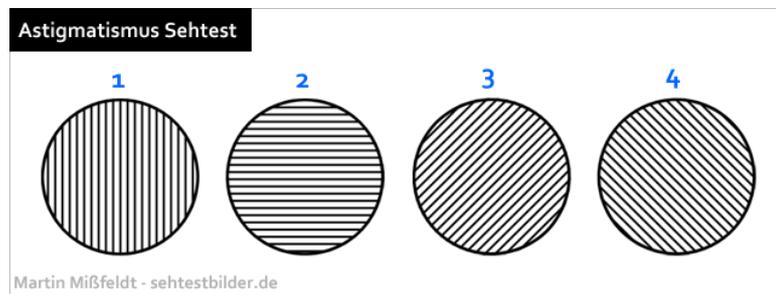
Wenn einer der Brennpunkte hinter der Netzhaut liegt - so wie bei einer **Weitsichtigkeit (Hyperopie)** -, dann spricht man vom *Astigmatismus hyperopicus simplex*.



Ursache Weitsichtigkeit

Astigmatismus Sehtest

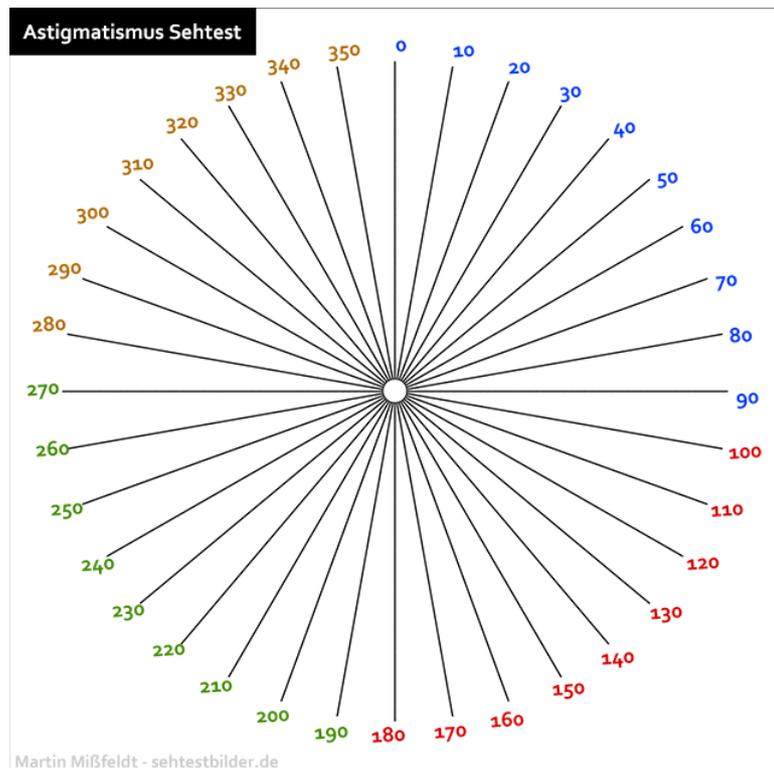
Mit der folgenden Grafik kann man testen, ob eine Hornhautverkrümmung vorliegt.



Astigmatismus Sehtest

Die Grafik zeigt vier Kreise mit Linien, deren Richtung jeweils anders verläuft. Normalerweise müsste man alle Linien gleich scharf erkennen können. Im Falle einer Hornhautverkrümmung ist mindestens einer der Linienkreise verschwommen.

Ein etwas feinerer Test zur Ermittlung der Richtung der Verkrümmung kann mit diesem Astigmatismus-Test vorgenommen werden:



Astigmatismus Sonnenrad

Ein Astigmatismus wird vom **Optiker** oder Augenarzt diagnostiziert und die entsprechenden Werte (v.a die Achslage, Abk.: "Achse" für jedes Auge separat) in den **Brillenpass** eingetragen. Mithilfe dieser Angaben kann dann eine Sehhilfe als Korrektur hergestellt werden.

Brillenpass

Vorname Name:		Datum		
PD: 31.5 / 32.0				
Glass, Fassung:				
	Sph.	Zyl.	Achse	Add.
Re	- 2.5	- 0.25	100°	+ 2.5
Li	- 2.5	- 0.35	80°	+ 2.5

www.brillen-sehhilfen.de

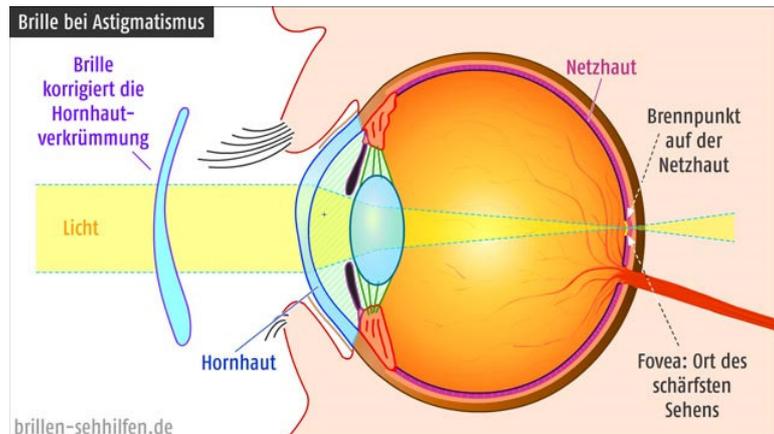
Brillenpass Typ 2

Korrekturmöglichkeiten gegen Astigmatismus

Wie bei allen brechungs-basierten Fehlsichtigkeiten gibt es im Prinzip drei Möglichkeiten, die Sehschwäche zu korrigieren und so im Alltag die volle Sehschärfe zu erlangen.

Brille bei Astigmatismus

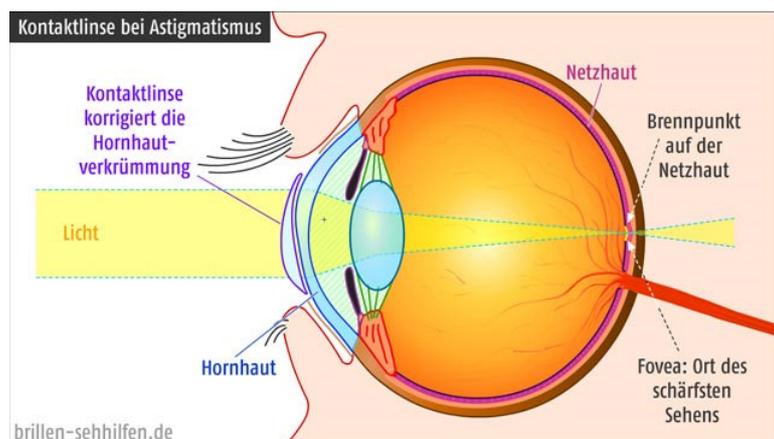
Am weitesten verbreitet ist sicherlich **eine Brille** mit zylindrischen **Brillengläsern**, die die fehlende Brechkraft einfach ausgleicht. Man spricht auch von einer "astigmatischen Brille".



Brille bei Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)

Kontaktlinsen bei Astigmatismus

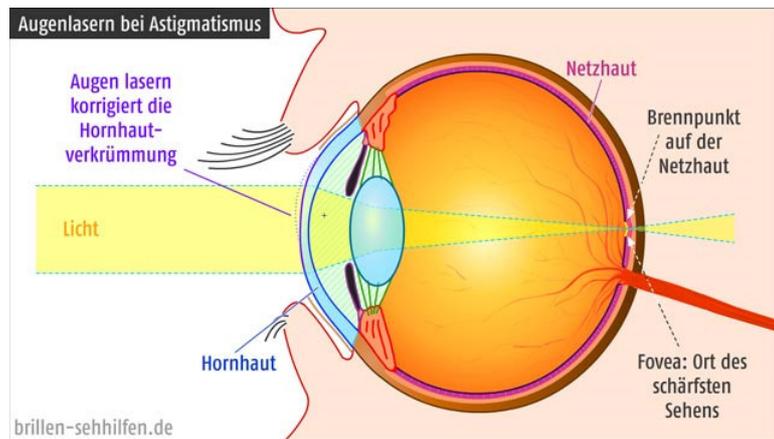
Im Prinzip funktionieren sog. **torische Kontaktlinsen** genauso. Nur dass man die Linse nicht in einem Gestell vor dem Auge trägt, sondern direkt auf der Hornhaut des Auges.



Kontaktlinse bei Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)

Augenlasern bei Astigmatismus

Die dritte Möglichkeit ist das **Astigmatismus-Augenlasern**. Auch bei Astigmatismus kann man mithilfe moderner Laser-OP-Verfahren so bearbeiten, dass die "Delle" in der Wölbung einfach abgetragen wird. Beim **Augenlasern** spielt die Dicke der Hornhaut eine wichtige Rolle. Denn dabei wird ein Teil der Hornhaut so abgetragen, dass die Oberfläche am Ende wieder weitgehend gleichmäßig gewölbt ist. Das geht aber nur, wenn sie eine gewisse Mindestdicke hat.



Augenlasern bei Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)

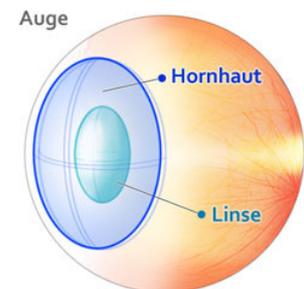
Begriffsklärung: Unterschied Astigmatismus - Hornhautverkrümmung

Die beiden Begriffe *Astigmatismus* und *Hornhautverkrümmung* werden umgangssprachlich häufig synonym verwendet. Es gibt einen Unterschied, der häufig nicht beachtet wird:

- > Die deutsche Übersetzung des Begriffs "**Astigmatismus**" lautet "**Stabsichtigkeit**". Damit bezeichnet man die Sehschwäche an sich, also eine subjektiv empfundene Beeinträchtigung der visuellen Wahrnehmung.
- > Der Begriff "**Hornhautverkrümmung**" bezeichnet dagegen nicht die Fehlsichtigkeit, sondern die Ursache, eben eine verkrümmte Hornhaut. Diese teilweise nur sehr schwache ungleichmäßige Wölbung führt nicht zwangsläufig zu einer Fehlsichtigkeit, die korrigiert werden sollte.

Die Hornhaut des Auges

Gemeinsam mit der [Augenlinse](#), dem Kammerwasser und dem [Glaskörper](#) bildet die [konkave](#) Hornhaut den sog. [dioptrischen Apparat](#) des Auges. Normalerweise - und optimalerweise - ist die Hornhaut gleichmäßig gewölbt, so dass die höchste Ausbuchtung genau gegenüber des Gelben Flecks sitzt. Die Hornhaut ist konkav gewölbt. Die Hornhaut ist weitgehend durchsichtig. Im Zentrum ist sie etwa einen halben Millimeter dick, an den äußeren Rändern etwas mehr (ca. 0,7 mm).



Hornhaut (Auge)

Siehe auch

- > [Alternative zur Brille: Augenlasern bei Hornhautverkrümmung](#)
- > [Wie funktioniert eine Brille?](#)
- > [Kontaktlinsen-Arten](#)

Kontaktlinsen: Gut Sehen ohne Brille

Kontaktlinsen sind eine gute **Alternative zur Brille**. Eine Kontaktlinse ist eine kleine, gewölbte Kunststoff-Linse, die fast jede Sehschwäche, die auch einem Brechungsfehler basiert, korrigieren können. Dazu gehören:

*Kontaktlinse Foto
Kontaktlinse*

Kurzsichtigkeit - **Weitsichtigkeit** - **Altersweitsicht** - **Astigmatismus**. Allerdings sind Kontaktlinsen (noch) nicht zur Korrektur einer **Winkelfehlsichtigkeit** geeignet.

Kontaktlinsen statt Brille!?

Häufig empfinden Kontaktlinsenträger die Brille als "Fremdkörper" im Gesicht, sie können und wollen sich daran nicht gewöhnen. Aber auch ganz praktisch ist eine Brille in bestimmten Situationen hinderlich. Das betrifft vor allem Sport- und Freizeitaktivitäten wie zum Beispiel: Klettern, Turnen, die meisten Ballsportarten, Segeln, Tanzen etc. Im Grunde immer dann, wenn ...

eine Brille leicht beschlagen kann
man schnelle Bewegungen mit dem Kopf macht.

In diesen Situationen sind Kontaktlinsen eine optimale Alternative.

Direkt zu ...

[Kontaktlinsen-Arten](#)

[Kontaktlinsen einsetzen](#)

[Tageslinsen](#)

[Monatslinsen](#)

[Gleitsichtkontaktlinsen](#)

[Kontaktlinsen Preisvergleich](#)

[Hersteller](#)

Weiche Kontaktlinse

Weiche Kontaktlinse - deutlich größerer Durchmesser (unter den Augenlidern)

Wie funktioniert eine Kontaktlinse?

Eine Kontaktlinse schwimmt auf der **Tränenflüssigkeit** des Auges - sie hat also direkten "Kontakt" zur **Hornhaut**. Kontaktlinsen sind sehr feine Plastikscheiden aus mehr oder weniger weichem Kunststoff. Damit sie dort "schwimmen" können - und nicht festkleben - gibt man beim Einsetzen etwas Gleitflüssigkeit auf die Kontaktlinse. Nach kurzer Zeit gewöhnt sich das Auge an die vorgesetzte Linse und produziert von alleine ausreichend **Flüssigkeit**. Die folgende Abbildung bezeichnet die wichtigen Teile.

Kontaktlinse

Kontaktlinse (Grafik)

Der Durchmesser einer formstabilen /harten) Linse liegt üblicherweise **zwischen acht und zehn Millimetern**, das entspricht etwa der Größe der Pupille (die Pupille ist die Öffnung, die von der **Regenbogenhaut (Iris)** gebildet wird). Durch die natürliche Kante der Iris ist eine Kontaktlinse praktisch unsichtbar. Für andere Menschen sieht ein Kontaktlinsenträger wie ein "Normalsichtiger" ohne Fehlsichtigkeit aus.

Weiche Kontaktlinsen sind etwas größer. Die **Funktionsweise einer Kontaktlinse** ist im Prinzip mit der einer **Brille** zu vergleichen: beide basieren auf einer vorgesetzten **Linse**, die die Brechkraft des Auges so verändert, dass in der Summe der Brechungswinkel wieder optimal ist. Denn nur wenn der Fokus der Lichtstrahlen im Augeninneren auf den **Fovea (Gelber Fleck)** trifft, sieht man ein scharfes Bild. Wenn die Brechkraft des Auges das nicht schafft, spricht man von einer Fehlsichtigkeit oder auch Sehschwäche (**Ametropie**). Die Linse korrigiert diesen Brechungsfehler.

Aufbau des Auges

Aufbau des Auges, Bestandteile

Eine der wichtigsten Eigenschaften von Kontaktlinsen ist die **Sauerstoffdurchlässigkeit**. Denn die Versorgung der Hornhaut mit Sauerstoff darf natürlich nicht durch die "schwimmenden Linsen" unterbrochen werden. Siehe auch: **Welche Arten von Kontaktlinsen gibt es?**

Welche Kontaktlinse bei welcher Fehlsichtigkeit?

Die folgende Grafik veranschaulicht den Unterschied der Kontaktlinsenform zwischen einer Linse zur Korrektur einer Kurzsichtigkeit und einer Weitsichtigkeit.

Kontaktlinsen Unterschied Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit
Kontaktlinsen Unterschied Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit

Für eine **Kontaktlinse gegen Kurzsichtigkeit (Myopie)** wird ein sog. **Minusglas** verwendet (daher der negative Wert im Brillenpass, z.B. -3 Dioptrien). Die Linse ist in der Mitte relativ dünn.

Für eine **Kontaktlinse gegen Weitsichtigkeit (Hyperopie)** wird ein **Plusglas** verwendet (daher der positive Wert im Brillenpass, z.B. +3 Dioptrien). Die Linse hat in der Mitte ihren größten Durchmesser.

Für Menschen mit einem **Astigmatismus** werden sogenannte **torische Kontaktlinsen** angeboten. Diese Linse gleicht die ungleichmäßige Wölbung der Hornhaut aus. Da dafür die Ausrichtung der Linse entscheidend ist, sind torische Linsen an der Unterseite etwas schwerer, so dass sie sich - auf der Tränenflüssigkeit schwimmend - immer wieder in die richtige Position drehen. In aller Regel tritt die Ursache des Astigmatismus, die

Hornhautverkrümmung, gemeinsam mit einer Weit- oder Kurzsichtigkeit auf.

Auch für altersweitsichtige Menschen (*Presbyopie*) gibt es die passende Kontaktlinse. Die so genannten **multifokalen Linsen** dienen Menschen ab 35 als Alternative zur Lesebrille oder Gleitsichtbrille.

Kontaktlinse gegen Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)

Kontaktlinse gegen Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)

Harte (formstabile) Kontaktlinsen

Die ersten harten Kontaktlinsen kamen 1976 auf den Markt. **Harte Kontaktlinsen** sind "formstabil" - die Form ist also relativ fest und nur in geringem Umfang biegsam. Sie sind wesentlich länger haltbar bzw. nutzbar. Harte Kontaktlinsen sind in der Anschaffung teurer als weiche, aber da sie so lange nutzbar sind, rechnet sich diese Anfangsinvestition, so dass sie, über die Monate gerechnet, deutlich günstiger sind als weiche Linsen.

Formstabile (harte) Kontaktlinse

Formstabile (harte) Kontaktlinse (relativ kleiner Durchmesser) schwimmt auf Hornhaut

Vorteile von harten Kontaktlinsen

sie können nicht austrocknen

sie können einen Astigmatismus (Hornhautverkrümmung) wenigstens bis zu einem gewissen Grad mit korrigieren

sind wesentlich länger haltbar (bei guter Pflege)

Nachteile von harten Linsen

teurer als weiche Linsen (aber auch länger haltbar)

sitzen nicht so fest wie weiche Linsen (Risiko z.B. bei starkem Wind)

größeres Verlustrisiko, z.B. beim Sport

längere Eingewöhnungszeit

Weiche Kontaktlinsen

Weiche Kontaktlinsen sind flexibel und passen sich der Form der Hornhaut an. Der Durchmesser liegt üblicherweise zwischen 12 und 16 mm, der Linsenrand liegt daher bei geöffnetem Auge unter dem Lidrand. Die Tragedauer von weichen Kontaktlinsen variiert von Tages-, über 14 Tages- und Monats- bis zu Jahreslinsen.

Weiche Kontaktlinse

Weiche Kontaktlinse - deutlich größerer Durchmesser (unter den Augenlidern)

Vorteile von weichen Kontaktlinsen

Sitzen fester auf der Hornhaut - geringeres Verlust-Risiko

Bei sporadischer Nutzung kostengünstiger

Keine / kaum Eingewöhnungsprobleme

Nachteile von weichen Linsen

Nicht so lange haltbar

bei täglicher Nutzung teurer als harte Kontaktlinsen

Statistisch gesehen eine höhere Infektionsgefahr (im Vergleich zu harten Linsen)

Trocknen schneller aus - und führen dadurch in trockenen Umgebungen leichter zu Augenschmerzen

Welche Kontaktlinsenart für die eigenen Augen am besten geeignet ist, kann letztlich nur der Augenarzt feststellen. Denn neben einem **Astigmatismus** (verkrümmte Hornhaut) spielt vor allem die optimale **Sauerstoffversorgung** der Augen eine wichtige Rolle. Die ist abhängig von der **Sauerstoffdurchlässigkeit** der Linsen - und von dem Wassergehalt der Linsen (denn auch im Wasser ist Sauerstoff gebunden).

Gleitsichtkontaktlinsen

Eine Gleitsichtkontaktlinse gehört zu den **Multifokallinsen**. Sie funktioniert etwas anders als eine Gleitsichtbrille: sie korrigieren zwar auch unterschiedliche Sehdistanzen - aber nicht mithilfe verschiedener Durchblick-Zonen, sondern mithilfe von simultanen Doppelbildern. Die konzentrisch um die Mitte verteilten Ringzonen erzeugen gleichzeitig ein Bild in mehreren Sehdistanzen: sowohl in der Ferne als auch in der Nähe. Es ist dann Sache des Gehirns, die jeweils relevante Information aus dem Auge herauszufiltern. Erstaunlicherweise funktioniert das ganz gut. Mehr dazu **siehe Gleitsichtkontaktlinsen**.

Gleitsichtkontaktlinse

Gleitsichtkontaktlinse

Kontaktlinsen nach Tragedauer / Kosten

Es gibt verschiedene Herstellungsverfahren für Kontaktlinsen. Je nachdem, wie oft man sie nutzt, unterscheidet man folgende Arten. *Hinweis! Für alle im folgenden genannten Preise gilt: es sind*

nur ungefähre Durchschnittswerte für Standard-Linsen. Bei einzelnen Anbietern kann es günstigere Angebote geben. Individuell hergestellte Linsen kosten zum Teil deutlich mehr. Außerdem benötigen die meisten Menschen zwei Linsen, das bedeutet: der Preis verdoppelt sich.

Direkt zu: [Kontaktlinsen Preisvergleich](#)

Tageslinsen

Tageslinsen trägt man, wie der Name sagt, nur einen Tag lang. Anschließend entsorgt man sie einfach. Als weiche Kontaktlinsen können Tageslinsen Flüssigkeit aufnehmen, was sie weich und elastisch macht. Sie schmiegen sich quasi an die Hornhaut an. Dadurch sind sie kaum zu spüren und liegen stabil auf dem Auge, sie können also bei Sport, bei Regen oder durch Fahrtwind kaum herausrutschen. Da man die Linsen nur einmalig nutzt, ist keine aufwendige Pflege notwendig.

Kurz: Tageslinsen sind sehr komfortabel und praktisch. Allerdings sind sie im Vergleich zu den Linsen, die man mehrfach trägt, auf Dauer deutlich teurer. Wer mit seiner Brille an sich ganz gut leben kann, aber zum Sport oder zu bestimmten Anlässen eben ohne unterwegs sein möchte, für den sind Tageslinsen die perfekte Ergänzung.

Allerdings sollte man sich vorab immer professionell durch Optiker oder Augenarzt beraten lassen. Denn es kann auch bei Tageslinsen zu Unverträglichkeiten kommen.

Eine Tageslinse kostet **etwa 1 Euro pro Stück**. (ca. 1 Euro pro Tag)

Wochenlinsen

Seit einiger Zeit bieten einiger Hersteller sogenannten **Wochenlinsen** an. Dabei handelt es sich um eine Art *Kompromiss* zwischen Tageslinsen und Monatslinsen. Während bei Tageslinsen die Pflege entfällt, muss man bei Monatslinsen relativ gründlich reinigen, damit sich keine störenden Ablagerungen bilden. Wochenlinsen kann man mehrfach tragen (bis zu 7 mal), wenn die Sehqualität jedoch abnimmt, wirft man sie einfach weg und nimmt ein neues Paar.

Eine Wochenlinse kostet **etwa 5 Euro pro Stück**. (ca. 0,80 pro Tag). Hinzu kommt noch Reinigungsmittel.

Es gibt inzwischen spezielle "Dauer-Kontaktlinsen", die man 24-Stunden nonstop bzw. Tag- und Nacht tragen kann. Die Anbieter versprechen, dass man sie erst nach 7 Tagen wieder herausnehmen muss. Allerdings sind nicht alle Augen dafür geeignet. Normalerweise nimmt man die Kontaktlinsen zum Schlafen heraus. Alles andere sollte man unbedingt mit dem Augenarzt oder Optiker besprechen.

Monatslinsen

Monatslinsen trägt man ungefähr 30 Tage lang. Morgens setzt man sie ein, abends nimmt man sie wieder heraus. Monatslinsen müssen täglich mit Kontaktlinsen-Reinigungsmittel gereinigt und in einem geeigneten Kontaktlinsenbehälter aufbewahrt werden. Im Vergleich zu Jahreslinsen ist das Risiko, dass die Oberfläche durch Ablagerungen verunreinigt wird, geringer. Bzw: wenn das geschieht, kann man einfach auf eine neue Kontaktlinse zurückgreifen. Das Risiko, dass es aufgrund von Verunreinigungen zu allergischen oder entzündlichen Reaktionen kommt, ist bei Wochen- und Monatslinsen deutlich geringer.

Eine Monatslinse kostet **etwa 6 Euro pro Stück**. (ca. 0,20 pro Tag). Hinzu kommt das Reinigungsmittel.

Jahreslinsen

Jahreslinsen werden in der Regel individuell angepasst. Diese höheren Anschaffungskosten rechnen sich, wenn man sie dauerhaft über einen längeren Zeitraum trägt. Als Dauerlinsen müssen sie besonders gut an die Hornhaut angepasst sein. In der Regel handelt es sich bei Jahreslinsen um harte, formstabile Linsen. Es gibt sie jedoch auch als weiche Jahreslinsen. Der Pflegeaufwand ist für Jahreslinsen verhältnismäßig hoch. Denn es kommt im Laufe der Zeit unvermeidbar zu Ablagerungen. Mit guter Pflege kann man die Qualität der Linsen über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren gewährleisten.

Eine Jahreslinsen kostet **etwa 60 Euro pro Stück**. (ca. 0,16 pro Tag, *bei Nutzung von einem Jahr. Bei zwei Jahren Tragezeit halbiert sich der Tagespreis*). Hinzu kommt das Reinigungsmittel.

Zusammengefasst: Jahreslinsen sind auf Dauer die kostengünstigste Variante, allerdings ist für sie auch der größte Pflegeaufwand nötig. Tageslinsen sind die bestgeeignete Alternative, wenn man die Linsen nur sporadisch braucht. Je nach Anforderung sind Wochen- oder Monatslinsen die bessere Alternative.

Kontaktlinse Foto
Kontaktlinse (Foto)

Farbige Kontaktlinsen

Kontaktlinsen müssen nicht zwingend klar und durchsichtig sein. Man kann sie auch einfärben oder sogar mit Bildmotiven versehen. Solche farbigen Kontaktlinsen (auch Farblinsen genannt) kann man sowohl mit als auch ohne Sehstärke erwerben.

In jedem Fall gilt: erst den Fachmann befragen, ehe man die Linsen einsetzt und dann eine Unverträglichkeit bemerkt. Auch wenn es nur für Karneval oder Fasching sein soll.

Kontaktlinsen *Kontaktlinsen*

Können Kontaktlinsen das Auge schädigen?

Viele Menschen haben Sorge, dass die Kontaktlinsen die Hornhaut beschädigen können. Diese Sorge ist im Prinzip nicht unbegründet, sofern man die Linsen nicht auf gut Glück kauft, sondern sich vorab beim Augenarzt untersuchen lässt.. Entscheidend ist ausreichend Tränenflüssigkeit als Gleitfilm für die Linse und die ausreichende **Sauerstoffdurchlässigkeit** der Linsen.

Sauerstoffdurchlässigkeit *Sauerstoffdurchlässigkeit*

Vor allem **beim Einsetzen** und Herausnehmen kann die **Tränenflüssigkeit** weggedrückt werden. Dann kann es zu Kratzern auf der Hornhaut kommen, die sich im schlechtesten Fall entzünden können. Das geschieht allerdings sehr selten. Wenn die Linsen eine falsche Durchlässigkeit für Sauerstoff haben, kann das dazu führen, dass die Sauerstoffversorgung, die normalerweise durch die Luft (von außen) erfolgt, nicht ausreichend ist. Dann bilden sich Blutgerinnsel im Auge, weil die Hornhaut quasi notfallmäßig von innen versorgt werden muss.

Kontaktlinse einsetzen *Kontaktlinse einsetzen - mit etwas Übung ganz einfach*

Vor allem Anfänger sollten vorsichtig sein und einen **Linsensauger** benutzen, um die Kontaktlinsen einzusetzen oder herauszunehmen. Im Laufe der Zeit gewinnt man jedoch so viel Sicherheit und Routine, dass solche Schäden an der Hornhaut praktisch nicht vorkommen.

Bevor man sich Kontaktlinsen bestellt, sollte man unbedingt einen Augenarzt aufsuchen, der die Beschaffenheit der Hornhaut und die Tränenflüssigkeit untersucht und die exakten Sehwerte (**Dioptrien**) ermittelt.

Kontaktlinsen Hersteller

Es gibt nur relativ wenige große Konzerne, die jeweils mehrere Produktserien anbieten. Dazu gehören ...

CooperVision (*Avaira; Biofinity; Biomedics; MyDay; ProClear*)

Alcon/CibaVision (*Air Optix; Dailies; FreshLook; OptiFree; PureMoist*)

Bausch&Lomb (*Biotrue; PureVision; SofLens*)

Johnson & Johnson (*Acuvue*)

Mehr über die [Kontaktlinsen-Hersteller](#)

Historische Entwicklung der Kontaktlinsen

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten zwei Optiker - wahrscheinlich unabhängig voneinander - die Kontaktlinsen. Der deutsche Augenarzt **Adolf Gaston Eugen Fick** experimentierte 1887 mit Glasschalen, die man direkt auf das Auge setzte. Seine Linsen aus braunem Glas waren mit ca. 2 cm Durchmesser noch relativ groß. Man konnte sie nur für max. ein paar Stunden und nur mit einer zugegebenen Zuckerlösung im Auge tragen.

Zwei Jahre später veröffentlichte der Kieler **August Müller** seine Doktorarbeit mit dem Titel: "Brillengläser und Hornhautlinsen". Müller war selber stark kurzsichtig - und es gelang ihm, seine Kurzsichtigkeit mithilfe der Kontaktlinse fast vollständig zu korrigieren.

August Müller
August Müller
Pionier der Kontaktlinse

Allerdings hatten diese ersten Kontaktlinsen einen **großen Nachteil**: sie waren aus echtem Glas. Abgesehen von der unzureichenden Sauerstoffversorgung der Hornhaut waren sie vor allem auch ein **großes Risiko**: ein Bruch hätte zu schwerwiegenden Verletzungen des Auges geführt.

Erneut war es ein Kieler Augenarzt, der die "moderne Kontaktlinse" entwickelte: In den 1930er Jahren experimentierte der Augenarzt **Heinrich Wöhlk** an Hartschalen aus **Plexiglas**. Mit seinem Verfahren konnten die Kontaktlinsen sehr genau an die Form der Hornhaut angepasst werden. Leider fehlten ihm die finanziellen Möglichkeiten, um ein Patent anzumelden und so eine Kontaktlinsen-Manufaktur aufzubauen.

Im Jahre 1936 gelang es dem Optiker **William Feinbloom**, Kontaktlinsen aus Kunststoff (PMMA) herzustellen.

Erst nach dem 2. Weltkrieg, im Jahr 1948, wurde die erste am PMMA hergestellte Linse als Patent angemeldet (von **Kevin Tuohy**). Inzwischen war die Forschung so weit fortgeschritten, dass Kontaktlinsen nicht mehr das gesamte Auge, sondern nur noch der vordere Teil bedeckten.

1959 nutzte **Otto Wichterle** das Hydrogel HEMA zur Herstellung von Kontaktlinsen - und erfand damit, eher zufällig, die weichen Kontaktlinsen.

Augenlasern als Alternative zur Kontaktlinse / Brille

Wer weder Brille noch Kontaktlinsen tragen möchte, findet möglicherweise eine grundlegende Alternative im sog. [Augenlasern](#).

[Kontaktlinse](#) *Kontaktlinse (Grafik)*

Kontaktglas ist keine Kontaktlinse

Kontaktlinsen sind etwas anderes als **Kontaktgläser**, die man bei der [Spaltlampe \(spezielles Mikroskop\)](#) benutzt. Das ist ein Gerät des Augenarztes oder Optikers, mit dem man die Augen untersucht.

Die "intelligente" Kontaktlinse von Google

Der Internet-Konzern Google hat nach der Google-Brille auch eine Google-Linse entwickelt. Im Vordergrund steht bei der Google-Kontaktlinse das Messen des Blutzuckerspiegels anhand der Tränenflüssigkeit. [Mehr über die Google-Linse](#).

[Kontaktlinse von Google](#) *Kontaktlinse von Google - "Digitale Kontaktlinse"*

Das Beispiel zeigt jedoch, dass die Kombination von Kontaktlinse und digitalen Microchips in Zukunft noch sehr viel möglich sein wird.

[Abbildungen: Google, 123rf Stockfoto [belchonock](#) / [bambuh](#) / [chrisdorney](#)]

Weiterlesen?

[Kontaktlinsen Preisvergleich](#)

[Brillenversicherung Pro & Contra](#)

Sehprobleme

[Kurzsichtigkeit](#)

[Weitsichtigkeit](#)

[Alterssichtigkeit](#)

[Astigmatismus](#)

[Winkelfehlsichtigkeit](#)

- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)
- [Holzbrillen](#)
- [Rasterbrille](#)
- [Brillenpflege](#)
- [Kontaktlinsen](#)
- [Augenlasern - gute Alternative?](#)
- [Akkommodation](#)
- [Dioptrie](#)
- [Optik](#)
- [Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

- [Brillenarten](#)
- [Damenbrillen](#)
- [Herrenbrillen](#)
- [Vollrandbrillen](#)
- [Halbrandbrillen](#)
- [Randlose Brillen](#)

FAQ

- [FAQ - Häufige Fragen](#)
- [Weitere Links](#)

Anzeige

1 Trick für Ihre Leber

Dieser 1 Trick kann dabei unterstützen Ihre Leber zu entgiften und Bauchfett zu verbrennen

Sehprobleme

- [Kurzsichtigkeit](#)
- [Weitsichtigkeit](#)
- [Alterssichtigkeit](#)
- [Astigmatismus](#)
- [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)
- [Holzbrillen](#)
- [Rasterbrille](#)
- [Brillenpflege](#)
- [Kontaktlinsen](#)
- [Augenlasern - gute Alternative?](#)
- [Akkommodation](#)
- [Dioptrie](#)
- [Optik](#)
- [Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

- [Brillenarten](#)
- [Damenbrillen](#)
- [Herrenbrillen](#)
- [Vollrandbrillen](#)
- [Halbrandbrillen](#)
- [Randlose Brillen](#)

FAQ

- [FAQ - Häufige Fragen](#)
- [Weitere Links](#)

Anzeige

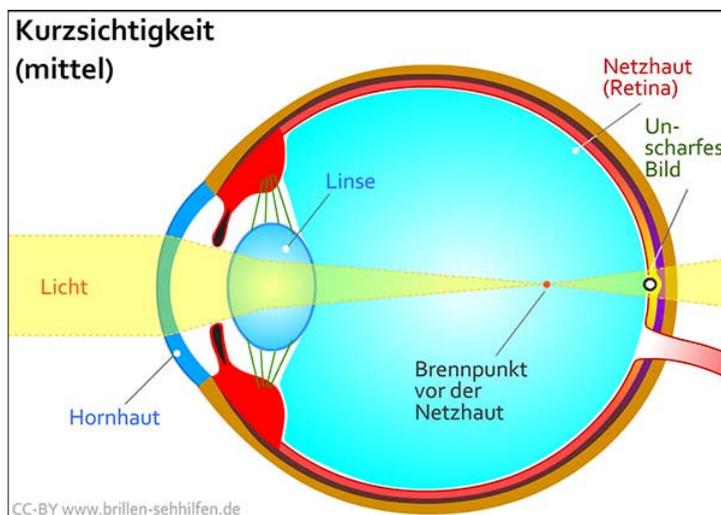


Kurzsichtigkeit (Myopie)

Bei Kurzsichtigkeit entsteht im **Auge** ein unscharfes visuelles Bild, basierend auf einem Fehler bei der Lichtbrechung. Der Brennpunkt des Lichtes liegt dann nicht auf der Netzhaut, wo ein scharfes Bild entstünde - sondern davor. Wer kurzsichtig ist, kann Dinge in mittleren und weiten Entfernungen nicht mehr scharf sehen. In Deutschland sind rund 25% der Bevölkerung betroffen, Tendenz steigend. Der Anteil bei Jugendlichen liegt schon bei rund 50%.

Direkt zu ...

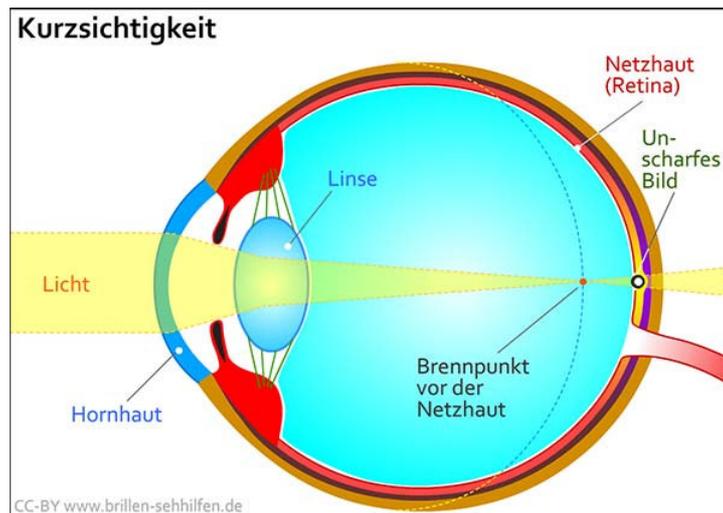
- [Ursachen einer Kurzsichtigkeit](#)
- [Sehtest bei Kurzsichtigkeit](#)
- [Brille bei Kurzsichtigkeit](#)
- [Kontaktlinsen bei Kurzsichtigkeit](#)
- [Augenlasern bei Kurzsichtigkeit](#)



Grad einer Kurzsichtigkeit: Brennpunkt vor der Netzhaut

Normalsichtig Leicht kurzsichtig Mittel Stark kurzsichtig

Kurzsichtigkeit (lat: **Myopie** bzw. *Myopia*) gilt - bis auf wenige Ausnahmen - nicht (mehr) als Krankheit. Daher **übernehmen die Krankenkassen nicht mehr die Kosten** für die erforderliche Seh-Korrektur (bei Erwachsenen über 18 Jahre). Der technische Fortschritt hat in den letzten Jahrzehnten zu enormen Verbesserungen bei Sehhilfen geführt, so dass **heutzutage fast jeder Kurzsichtige gut sehen kann**. Wer keine Brille oder Kontaktlinsen tragen möchte, findet bei modernen Augenlaser-Verfahren eine Alternative (je nach Beschaffenheit der Hornhaut).



Kurzsichtigkeit: Korrekturmöglichkeiten

Ohne Korrektur Brille Kontaktlinse Augenlasern

Was ist Kurzsichtigkeit? (Definition)

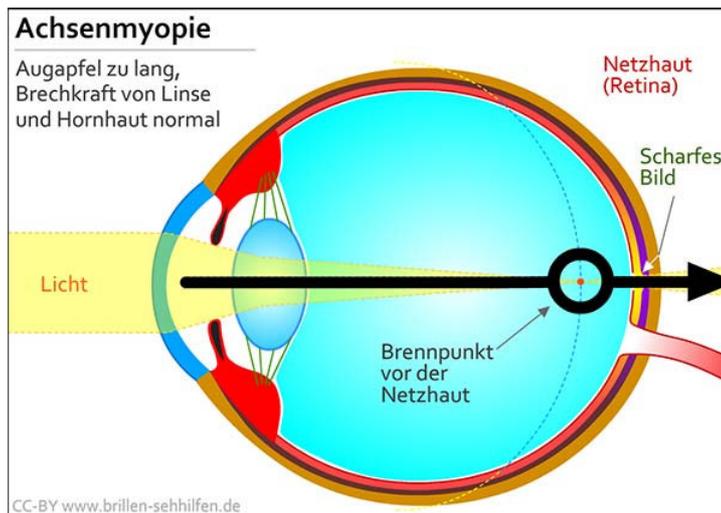
Ein scharfer Seheindruck entsteht im Bereich der Fovea (**Makula**), einem Bereich der **Netzhaut**, wo die Sinneszellen besonders dicht gedrängt sind. Diejenigen Lichtstrahlen, die hier ankommen, bewirken scharfes Sehen. Von der **Hornhaut** und der **Augenlinse** (sog. **dioptrischen Apparat**) wird das einfallende Licht daher so gebrochen, dass es möglichst punktförmig auf die Makula fällt. **Bei Kurzsichtigkeit ist die Brechkraft - im Verhältnis zur Länge des Augapfels - zu stark. Oder anders herum: der Augapfel ist im Verhältnis zur Brechkraft zu lang. Das Licht wird nicht auf der Netzhaut gebündelt, sondern davor.**

Dort, wo die Lichtstrahlen am stärksten gebündelt sind liegt am meisten visuelle Information vor. Dieser Punkt liegt aber nicht dort, wo die Netzhaut am besten die Lichtinformation verarbeiten kann (schwarzer Punkt, Fovea). Der Brennpunkt liegt vor der Netzhaut.

Ursachen einer Kurzsichtigkeit

Es gibt **verschiedene Ursachen für eine Kurzsichtigkeit**. Je nachdem, weshalb der Brennpunkt verschoben wurde, unterscheidet man zwei Arten der Myopie:

- > **Achsenmyopie**: hierbei ist die Brechungswirkung von **Hornhaut** und **Linse** normal, und nur der Augapfel ist zu lang.
- > **Brechungsmyopie**: in diesem Fall hat der Augapfel eine durchschnittlich, normale Länge, aber die Brechungswirkung von Hornhaut und / oder Augenlinse ist zu gering.



Ursachen einer Kurzsichtigkeit: Verhältnis von Brechkraft zur Länge des Augapfels

Normalsichtig Achsenmyopie Brechungsmyopie Maligne Myopie

In seltenen Fällen ziehen **unfall-bedingte Verformungen** am Schädel einen verlängerten Augapfel und damit eine Myopie nach sich.

Gleitsichtgläser online kaufen ▶ ×

Anzeige

Anzeige **Neue Gleitsichtgläser für Ihre alte Brille online bestellen. inkl....**

meinbrillenglas.de

Öffnen

Der Grad der Kurzsichtigkeit (Dioptrien)

Die Schwere einer Kurzsichtigkeit kann sehr verschieden sein. Eine leichte Kurzsichtigkeit von weniger als minus 0,5 **Dioptrien** gilt als normal. Das ist beim alltäglichen Sehen kaum hinderlich. Alles was darüber hinaus geht, bedeutet jedoch eine Einschränkung des visuellen Bildes. Betroffene Personen sollten sich daher auf jeden Fall eine Sehhilfe (Brille oder **Kontaktlinsen**) zulegen - oder die Linse durch eine Lasik-Augenoperation anpassen lassen. Siehe **Dioptrien bei Kurzsichtigkeit**.

- > **Schulmyopie, einfache Myopie (Myopia simplex)** (auch: benigne Myopie): diese Form der Myopie ist in der Regel genetisch bedingt - sie ist also von einem der Elternteile vererbt worden. Meist tritt sie im Laufe des Wachstums zutage - häufig bei Kindern bzw. Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren - daher wird diese verbreitete Form der Myopie auch "*Schulmyopie*" genannt (obwohl die Schule selber natürlich nicht die Ursache ist).
- > **Pathologische bzw. krankhafte Myopie (Maligne Myopie, Myopia magna)**: Im Gegensatz zur vorgenannte Variante gilt die Maligne Myopie ein Krankheit. Sie kann jederzeit ohne äußere Einflüsse auftreten: der sich stetig verlängernde Augapfel spannt die Netzhaut und das Adergewebe. Das führt nicht nur zu eine ständig abnehmenden Sehstärke, sondern erhöht auch das Risiko einer Netzhautablösung (*Ablatio retinae*). Ab ca. minus 6 Dioptrien ist eine pathologische Myopie wahrscheinlich.

Hier ein Seheindruck bei einer Kurzsichtigkeit von ca. minus 5 **Dioptrie** (bitte auf das Bild rollen):

Kurzsichtigkeit (ca. -3 Dioptrie), Seheindruck ohne und mit Korrektur

Anzeige

Meide diese 5 Lebensmittel



Anzeige Vermeiden Sie diese 5 sogenannten gesunden Lebensmittel,...

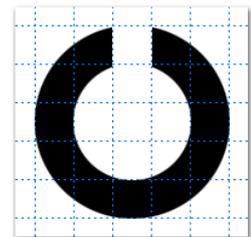
BodyFokus

Öffnen

Bitte nutzen Sie den [Dioptrien-Simulator](#), um die verschiedenen Dioptrie-Stärken zu testen (öffnet sich bei Klick in einem neuen Fenster).

Sehtest

In der Regel sind zwar stets beide Augen von einer Kurzsichtigkeit betroffen. Es kommt allerdings zu Unterschieden. So kann ein Auge eine höhere Sehschärfe haben als das andere. Der einfachste Test ist, sich mit der Hand abwechseln die Auge zu zu halten, während man die Umgebung anschaut. Am besten, man sucht sich etwas, das ca. 5 bis 10 Meter entfernt ist und nur relativ schwer zu lesen ist, z.B. ein Straßenschild. So kann man relativ leicht bemerken, welches Auge die höhere Sehkraft hat. Auch ein [Online-Sehtest](#) kann einen Eindruck über das Sehvermögen bzw. die eigene [Sehstärke](#) liefern.



Landolt-Ring, siehe [Landolt-Sehtest](#)

Allerdings ist ein Online-Sehtest niemals ausreichend. Zum einen sollte ein Augenarzt prüfen, ob es sich tatsächlich um eine *einfache Myopia* handelt und nicht um die gefährliche *Maligne Myopie*. Und zum zweiten kann nur ein Augenarzt wirklich exakte Dioptriewerte ermitteln, die für eine passende Sehhilfen erforderlich sind. Der Sehtest beim Augenarzt oder Optiker wird mit genormten Sehtest-Tafeln durchgeführt ([Snellen-Sehtest](#) mit Buchstaben, [Landolt-Sehtest](#) mit Ringen, die an einer Seite offen sind.)

Symptome einer Kurzsichtigkeit

Eine Kurzsichtigkeit entwickelt sich langsam und anfangs unbemerkt. Irgendwann merken Betroffene dann, dass sie in der Ferne nicht mehr so gut sehen können wie früher - oder wie andere. In folgenden Situationen fällt es den meisten betroffenen besonders auf:

- › Beim Lesen von Schildern im Straßenverkehr (Nummerschilder, Straßenschilder etc.)
- › Im Kino, beim Konzert etc.
- › Beim Betrachten von Schultafeln oder Projektionen (Schule, Universität etc.)
- › Beim Versuch, Menschen in größerer Entfernung (> 10m) zu erkennen
- › Entfernte Lichtquellen haben im Dunkeln einen flimmernden Strahlenkranz
- › Entfernte Strukturen sind nicht mehr erkennbar (Dachziegel, Zweige, Zäune etc.)

Was tun gegen Kurzsichtigkeit? (Therapie)

Die einfache Kurzsichtigkeit (Myopia simplex) **gilt nicht als Krankheit**. Das hat vor allem versicherungstechnische Gründe: denn damit sich **die Krankenkassen davon befreit** werden, für Brillen und Sehhilfen etwas hinzuzuzahlen (das geschieht nur noch in seltenen Fällen).

Wer einmal kurzsichtig ist, bleibt es sein Leben lang (*stimmt nicht ganz, siehe unten*). Aber es gibt Abhilfe: schon seit dem Mittelalter sind **Brillen** bekannt. **Hilfsgläser**, die so geformt sind, dass der Sehstrahl so gebrochen wird, dass es letztendlich wieder korrekt auf der Netzhaut fokussiert. Die Verformung des Auges wird also durch eine vorgesetzte Linse ausgeglichen. Heutige Fertigungsprozesse sind so verfeinert, dass ein nahezu perfektes Sehen mit einer Brille möglich ist.

Es gibt im Prinzip drei Möglichkeiten, um mit einer Kurzsichtigkeit gut leben zu können:

- > **Brille:** Korrektur der Brechkraft mit Hilfe von vorgesetzten Linsen
- > **Kontaktlinsen:** Korrektur der Brechkraft mit Hilfe von aufgesetzten Linsen
- > **Augenlasern:** Operatives Bearbeiten der Hornhaut mit Brechkraftveränderung

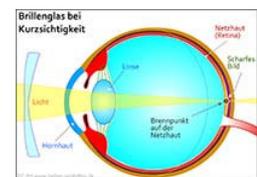
Dieser 1 Trick kann dabei unterstützen Ihre Leber zu entgiften und Bauchfett zu...

Anzeige **BodyFokus**

[Weitere Infos](#)

Kurzsichtigkeit korrigieren

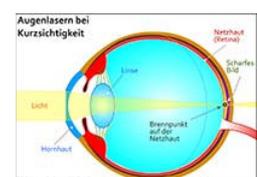
Man kann die Kurzsichtigkeit sehr gut und einfach mit einer **Brille** korrigieren. Da die Hornhaut bei Kurzsichtigen mittig zu dick ist - gemessen an der Länge des Augapfels, kann man die Brechkraft mit einer Brille bzw. den passenden Brillengläsern korrigieren. Das Brillenglas ist **konkav** gewölbt und hat im Zentrum den geringsten Durchmesser.



Brille bei Kurzsichtigkeit

Im Prinzip funktionieren **Kontaktlinsen** genauso, nur dass das Linsenglas nicht von einem Gestell gehalten wird, sondern als feine, weiche Kontaktlinse direkt auf der Hornhaut schwimmt:

Beim sog. "**Augenlasern**" wird die **Hornhaut** so bearbeitet, dass man anschließend wieder normal sehen kann - ohne Sehhilfe. Anstatt die Brechkraft durch eine vorgesetzte Linse zu optimieren, wird einfach die Hornhaut abgetragen. Dadurch wird die Brechkraft an die Länge des Augapfels angepasst.



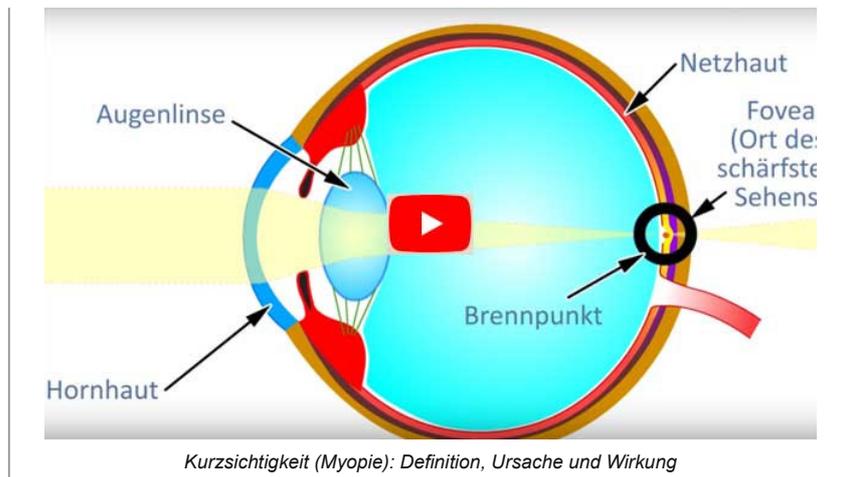
Augenlasern bei Kurzsichtigkeit

Es gibt es verschiedene Operationsmethoden, die sich durch Sicherheit und Kosten unterscheiden. Am häufigsten angewandt werden: das klassische **Lasik**-Verfahren, das etwas jüngere **Femto-Lasik**-Verfahren sowie das neue **Relex-Smile**. Die Kosten sind mit ca. 2.000 bis 2.500 Eur pro Auge aber relativ hoch.

Video über Kurzsichtigkeit

Zusammenfassend noch ein Video über die Ursache für Kurzsichtigkeit:

Bitte anklicken, um das Youtube-Video zu laden.



Unterschied zur Weitsichtigkeit

Weitsichtigkeit beruht auf dem umgekehrten Phänomen: der Augapfel ist bei weitsichtigen Menschen kürzer als bei Normalsichtigen. Siehe auch: [Unterschied kurzsichtig - weitsichtig](#).

Anzeige

Brillengläser einschleifen ▶ ×

Anzeige **Brille verkrazt? Jetzt neue Brillengläser online inkl. Verglasung...**

meinbrillenglas.de

Öffnen

Quellen / Weiterlesen

- > SWR: [Kurzsichtigkeit nimmt dramatisch zu](#)
- > Sehtestbilder: [Was ist Kurzsichtigkeit?](#)
- > [Augenlasern bei Kurzsichtigkeit](#)
- > [Sehstärke \(Visus\) und Dioptrien - Unterschied und Umrechnung](#)

Gleitsichtbrille war gestern - Stufenlos scharf sehen

Anzeige euroeyes.de

Sehstärke (Visus) und Dioptrien - Unterschied und Umrechnung

brillen-sehhilfen.de

1 Trick gegen Übergewicht

Anzeige BodyFokus

Online Sehtest (kostenlos)

brillen-sehhilfen.de

Der Augentröster

Anzeige WALA Heilmittel GmbH

Muss man die Brille bei Kurzsichtigkeit immer tragen?

brillen-sehhilfen.de

Welche Brille für welches Gesicht?

brillen-sehhilfen.de

Dioptrie bei Kurzsichtigkeit

brillen-sehhilfen.de

[Standard-Sehtest](#)

[Sehtest Führerschein \(Kosten etc\)](#)

[Sehtest zum Ausdrucken](#)

[Sehtest-Bilder 1: Ishihara-Sehtest](#)

[Sehtest-Bilder 2: "Augenbilder"](#)

[Sehtest-Bilder 3: "Farbtests"](#)

[Sehtest-Bilder 4: Farbsehtests](#)

[Rot-Grün-Schwäche](#)

[Farbenblindheit](#)

[Farbsehtest für Kinder](#)

[Rot-Grün-Brille](#)

[Altersweitsichtigkeit](#)

[Links](#)

[Sehtestbilder-yuTube-Channel](#)

Werbung:

Spiele jetzt kostenlos
Baue dein Dorf auf, erkunde anliegende Provinzen und erforsche Orks, Zwerge und Feen.
Elvenar [Öffnen](#)

Visus und Visustest: Sehtest zum Prüfen der Sehschärfe

Anzeige

Spiele jetzt kostenlos

Anzeige Du wirst Deinen Computer nicht mehr ausschalten. 16 Mio....

Elvenar

[Öffnen](#)

Visus ist der lateinische Begriff für die **Sehschärfe** (auch *Sehstärke*). Als Visus bezeichnet man die Fähigkeit des Auges, Dinge (Muster und Konturen) scharf zu erkennen. Man könnte auch sagen: es ist das Auflösungsvermögen des Sehorgans. Das menschliche Auge ist ein sehr sensibles Organ. Es kommt häufig vor, dass es nicht einhundert-prozentig "justiert" ist. Dann können die visuellen Bilder nicht scharf wahrgenommen werden. Aber das hat erst mal nichts mit dem Visus zu tun.

Sehstärke / Auflösungsvermögen des Auges

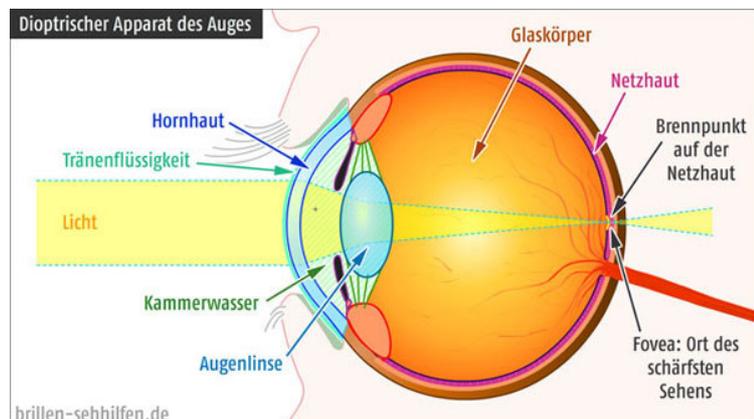
Das menschliche Auge ist ein komplexes Organ. Auf der Innenseite des Auges befindet sich die Netzhaut (Retina). Auf der Sehachse - quasi direkt gegenüber der Pupille - liegt eine Region, auf der die Sinneszellen besonders dicht gedrängt sind. Diese nennt man Makula. Im Zentrum befindet sich die Fovea. Hier ist die Konzentration lichtverarbeitender Sinneszellen am höchsten. Die Hornhaut und Augenlinse bündeln das Licht so, dass das, was wir direkt ansehen (fokussieren), möglichst genau auf dieser Region abgebildet wird.

Schießbrillen

die Spezialisten

40 Seiten Infos und über 400 Abbildungen. Eigener Stand - 7
Augenoptikermeister
mueller-manching.de

[ÖFFNEN](#)



Visus: so sieht das Auge scharf

Neue Gleitsicht-Technik

Kein Risiko - 600x
Beratung und
Anpassung vor Ort -
neue Technik

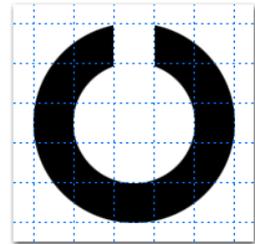
Die lokalen Optiker

Je mehr Sinneszellen in der Region der Fovea funktionstüchtig sind, um so schärfer der Seheindruck, um so höher der Visus.

Der Visus hat also nicht direkt mit Abbildungsfehlern zu tun, sondern mit der Anzahl der Sinneszellen. Diese ist genetisch bedingt und lässt sich nicht künstlich steigern, z.B. durch Augentraining, operativen Eingriff oder gezielte Ernährung (Karotten).

Der Visus als verbindliche Einheit

Die Sehschärfe ist messbar. Sie ist der wichtigste messbare Parameter des Sehens. Viele rechtliche Vorschriften und Auswahlbedingungen basieren auf dem Visus. Entscheidend ist dabei, in welchem Abstand das Auge noch zwei Punkte voneinander getrennt erkennen kann. Der normale Visus ist altersabhängig und liegt bei einem 20-jährigen Menschen bei 1,0 bis 1,6, bei einem 80-jährigen bei 0,6 bis 1,0. Das bedeutet: im Alter nimmt die Sehschärfe (der Visus) ab. Bei Wikipedia heißt es zum Visus: "Die Sehschärfe des Menschen ist abhängig von:



Landolt-Ring

- › Dem Auflösungsvermögen des Augapfels (s. u.)
- › Der Abbildungsqualität auf der Netzhaut, die durch die brechenden Medien des Auges – Hornhaut, Kammerwasser, Linse und Glaskörper – bestimmt wird
- › Den optischen Eigenschaften des Objekts und seiner Umgebung (Kontrast, Farbe, Helligkeit)

Neue Gleitsicht-Technik

Kein Risiko - 600x
Beratung und
Anpassung vor Ort -
neue Technik

Die lokalen Optiker

- › Der Form des Objekts: die Netzhaut und das zentrale Nervensystem sind in der Lage, bestimmte Formen (horizontale und vertikale Geraden, rechte Winkel) höher aufzulösen als es dem Auflösungsvermögen des Augapfels allein entspricht

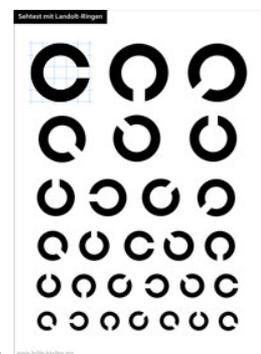


Visus: abnehmende Sehschärfe (Straße)

Ermitteln des Visus mit Sehtests

Man kann den Visus mit Hilfe eines Sehschärfe-Sehtests messen. Als Normeinheit hierfür gilt der sog. Landolt-Ring, der von [Edmund Landolt](#) entwickelt wurde. Siehe dazu auch: [Sehzeichen](#). Bei der praktischen **Messung des Visus** spielt außerdem die Fähigkeit, den Seheindruck zu beschreiben, eine wesentliche Rolle.

Die Größe der Augen-Pupille begrenzt physikalisch die Auflösung des Augapfels, physiologisch sind es die Dichte der Rezeptoren (Stäbchen und Zapfen) und die Signalverarbeitung der rezeptiven Felder der Netzhaut. Die Auflösung erreicht ihren höchsten Wert bei maximaler Pupille und ausreichender Helligkeit im Bereich der Fovea centralis retinae („Sehgrube“). Das Gesichtsfeld der Sehgrube durchmisst weniger als 1°. In 5° Abstand vom Fixierpunkt hat der Visus bereits um 0,5 abgenommen." ([Quelle](#))

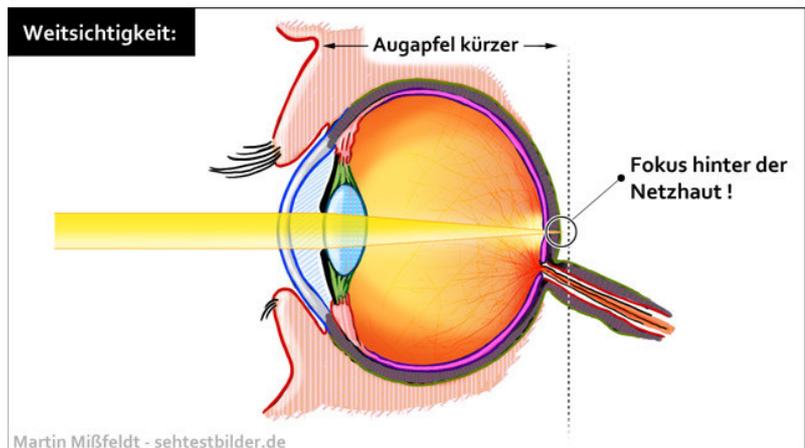
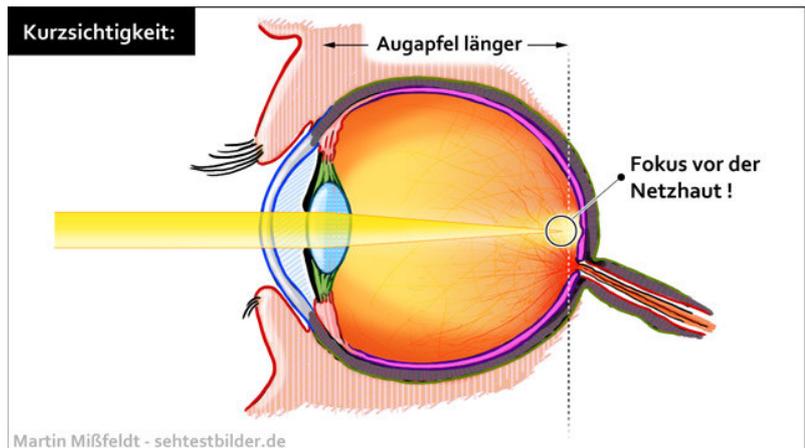
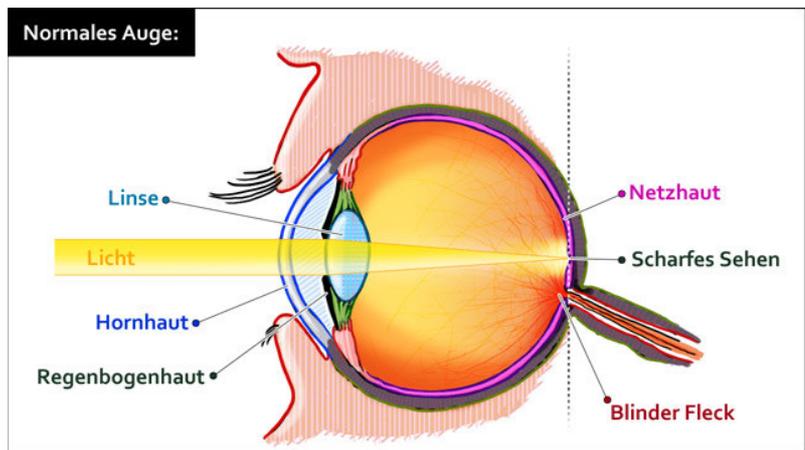


Landolt-Ring

- > Hier geht es zu einem [Online-Landolt-Sehtest](#).

Ursachen für verminderte Sehschärfe

Die beiden häufigsten Ursachen für unscharfes Sehen sind die Kurz- und die Weitsichtigkeit. Diese beruhen in der Regel auf einer "nicht-optimalen" Wölbung der Linse im Auge. Sie haben aber nichts mit dem Visus zu tun, weil die Anzahl der Sinneszellen - auch auf der Fovea - nichts mit der Länge des Augapfels zu tun haben. Bei Kurz- und Weitsichtigkeit handelt es sich wie auch beim Astigmatismus um brechungs-basierte Fehlsichtigkeiten, die mit einer Sehhilfe korrigiert werden kann. Anders gesagt: Menschen mit Brille können genauso scharf sehen wie Normalsichtige.



- > Mehr über [Weitsichtigkeit](#)
- > Mehr über [Altersweitsichtigkeit](#)
- > Mehr über [Kurzsichtigkeit](#)
- > Mehr über [Astigmatismus](#)
- > [Online Sehtest](#) (kostenlos)
- > [Warum sieht man doppelt, wenn man betrunken ist?](#)
- > [Sehtest für den Führerschein](#)

Weblink zum Thema Sehschärfe (Visus)

Sehr gute Informationen über den Visustest sind auf den Seiten der Freiburger Universitätsklinik von Prof. Michael Bach zu finden: "[Der Freiburger Visustest](#)"

How satisfied are you with the overall experience on this web page? ✕

Very dissatisfied Very satisfied

Weitere interessante Artikel von Sehtestbilder.de und Partnerseiten (Werbung)

Wann braucht man eine Brille?

Konkreter: "Wann braucht man eine **Brille mit Sehstärke?**", die eine Fehlsichtigkeit korrigiert?

Irgendwann bemerkt man, dass man **nicht mehr so gut sehen kann** wie vorher. In aller Regel ist dieser Prozess der Sehschärfen-Verschlechterung **sehr schleichend**. Anfangs korrigiert man die Fehlsichtigkeit aktiv - denn die Augenlinse ist elastisch, wodurch man die Sehschärfe gezielt anpassen kann. Man nennt diesen Vorgang **Akkommodation**.

In diesem Stadium kommt es leicht zu **Augenschmerzen** und **latenten Kopfschmerzen**. Denn das permanente Korrigieren mithilfe von Akkommodation kostet Kraft, was sich auf Dauer belastend auswirkt. Übrigens passiert das auch, wenn man bereits eine Brille hat, die aber nicht mehr die richtige Sehstärke hat.



Wann braucht man eine Brille?



Kurzsichtigkeit (ca. -3 Dioptrie), Seheindruck ohne und mit Korrektur

Bei wie viel Dioptrie ist eine Brille nötig?

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass man zum Autofahren einen Visus von 70 haben muss. Dieser Wert ist allerdings im Eigenversuch nicht zu ermitteln. **Ein Online-Sehtest** kann nur einen Anhaltspunkt geben. Ein Visus von 70 entspricht ungefähr einer Kurzsichtigkeit von 0,5 **Dioptrien**. Im Alltag bereitet das vielen oft noch keine Probleme. Erst ab ca. -1 Dioptrien bei Kurzsichtigkeit wird es lästig, Dinge in der Entfernung nicht richtig sehen zu können. Siehe auch: **Sehtest für den Führerschein** und **DriveSafe Brillengläser von Zeiss**.

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Der **Zeitpunkt**, wann die Brille genau nötig ist, lässt sich schwer verallgemeinern. Alle Sehschwächen entwickeln sich langsam und anfangs kaum merklich - über einen **Zeitraum von mehreren Monaten und Jahren**. Wann der Zeitpunkt erreicht ist, an dem man eine Brille tragen sollte, ist letztlich eine Frage des persönlichen visuellen Empfindens und des praktischen Alltags.

In den meisten Fällen wird die neue Brille in den ersten Wochen / Monaten nur sporadisch getragen. Man muss sich erst einmal daran gewöhnen. Aber nach einiger Zeit bemerkt man den Unterschied zwischen "Sehen ohne Brille" und "Sehen mit Brille" immer stärker.

Corona-Aktuell

[Mundschutz mit Brille: Beschlagen vermeiden - 5 Tipps](#)

Sehprobleme

[Kurzsichtigkeit](#)

[Weitsichtigkeit](#)

[Alterssichtigkeit](#)

[Astigmatismus](#)

[Winkelfehlsichtigkeit](#)

[Grauer Star \(Katarakt\)](#)

[Rot-Grün-Schwäche](#)

[Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)

[Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

[Gleitsichtbrillen-Arten](#)

[Welche Brille? \(Infografik\)](#)

[DriveSafe Autofahrbrille](#)

[Digitalbrille](#)

[Holzbrillen](#)

[Rasterbrille](#)

[Brillenpflege](#)

[Kontaktlinsen](#)

[Augenlasern - gute Alternative?](#)

[Akkommodation](#)

[Dioptrie](#)

[Optik](#)

[Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

[Brillenarten](#)

[Damenbrillen](#)

[Herrenbrillen](#)

[Vollrandbrillen](#)

[Halbrandbrillen](#)

[Randlose Brillen](#)

FAQ

[FAQ - Häufige Fragen](#)

[Weitere Links](#)

Anzeige

1 Trick für Ihre Leber

Dieser 1 Trick kann dabei helfen Ihre Leber zu entgiften und Bauchfett zu verbrennen
BodyFokus

Auf jeden Fall: **keine Sorge!** Eine Brille ist heutzutage etwas ganz normales. Wer viel Sport treibt, für den gibt es Sportbrillen. Und wem so ein *Gestell im Gesicht* aus ästhetischen Gründen suspekt ist, kann auch auf **Kontaktlinsen** zurückgreifen. Und wem das noch zu kompliziert ist, der kann sich theoretisch die **Fehlsichtigkeit auch weglassen lassen**. Allerdings geht das nur, wenn die Hornhaut ausreichend dick ist und sich die Fehlsichtigkeit nicht gerade in der Entwicklung befindet. Für die meisten, die sich nach dem "*Wann eine Brille?*" erkundigen, dürfte das daher noch nicht eine Option sein.

Es gibt verschiedene Sehschwächen - folglich machen sich die Schwierigkeiten beim Sehen unterschiedlich bemerkbar.

Geheimtipp: Gleitsichtbrille

Anzeige **Komplette Gleitsichtbrille mit neuester Gleitsicht-Technologie nur...**

[Die lokalen Optiker](#)

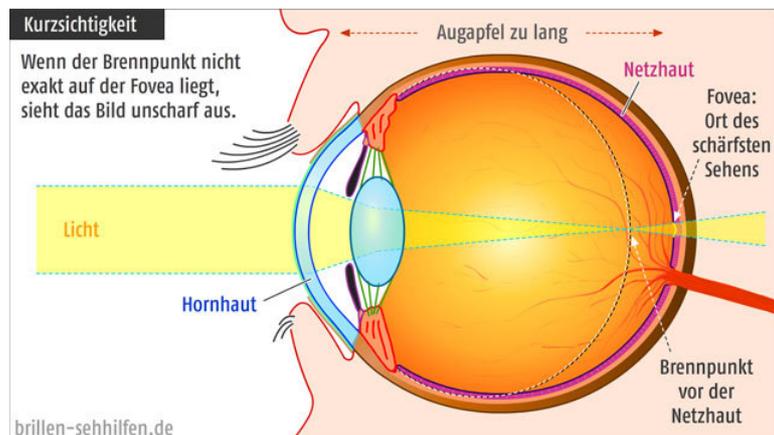
[Weitere Infos](#)

Warum braucht man eine Brille?

Die Ursachen für die Fehlsichtigkeit sind in aller Regel Brechungsfehler des Auges. Um scharf erkennen zu können, muss das Auge die Lichtstrahlen exakt auf der **Netzhaut (Retina)** des Auges abbilden. Das Licht wird dafür von der **Hornhaut** und der **Augenlinse** entsprechend abgelenkt (gebrochen) und fokussiert. Wenn das nicht mehr optimal gelingt, wird das visuelle Bild in bestimmten Sehdistanzen unscharf.

Bei **Kurzsichtigkeit** kann man in der Ferne schlecht sehen. Man bemerkt die Kurzsichtigkeit also im Alltag zum Beispiel in folgenden Situationen:

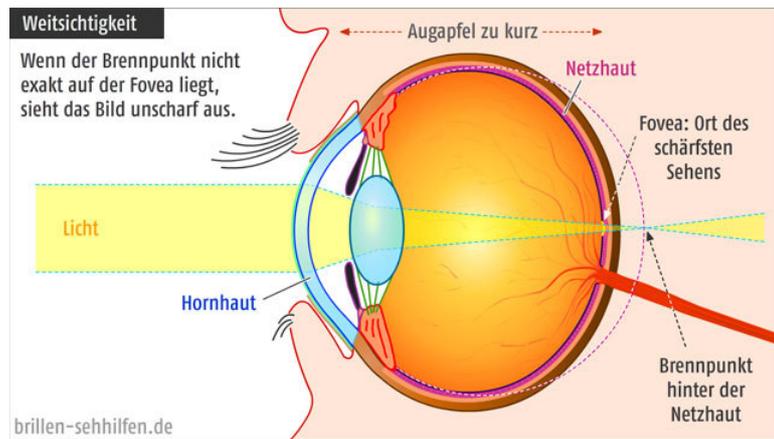
- **Straßenschilder** auf gegenüber liegender Straßenseite sind schwer lesbar.
- **Schultafel** von hinten nichterkennbar.
- Probleme beim Lesen von Schrift im **Kino / Fernsehen**.
- **Personen / Gesichter** in einiger Entfernung schwer erkennbar.



Ursache einer Kurzsichtigkeit: zu langer Augapfel

Bei **Weitsichtigkeit** und auch bei **Alterssichtigkeit** ist es umgekehrt. Das Sehen in der Nahdistanz bereitet Probleme. Das bemerkt man zum Beispiel in folgenden Situationen:

- **Lesen** fällt schwerer.
- Sehprobleme bei der **Handarbeit** (Sticken, Malen, etc.)
- Schwierigkeiten beim Erkennen von **Smartphone-Displays**.



Weitsichtigkeit - zu kurzer Augapfel

Bei **Astigmatismus** (in der Regel aufgrund einer **Hornhautverkrümmung**) oder **Winkelfehlsichtigkeit** ist es meist schwieriger zu bemerken. Diese Fehlsichtigkeiten werden in der Regel vom Gehirn mit zusätzlichem Aufwand ausgeglichen, so dass man sie vordergründig während der Entstehung kaum wahrnimmt. Viele Menschen haben allerdings abends Augenschmerzen oder latente Kopfschmerzen. In dem Fall kann eine sich entwickelnde Fehlsichtigkeit die Ursache sein.

Was tun, wenn man glaubt, dass man eine Brille braucht?

In jedem Fall sollte man einen professionellen Sehtest machen lassen. Ein Online-Sehtest kann ein erster Anhaltspunkt sein. Aber ein solcher Online-Sehtest kann nicht die exakten Werte bzw. den Grad der Fehlsichtigkeit benennen. Wer immer unsicher ist: ein professioneller Sehtest beim Optiker oder Augenarzt gibt Sicherheit. Tipp: wer nicht **privat krankenversichert** ist, muss bei einem Augenarzt oft mehrere Wochen oder gar Monate auf einen Termin warten. Viel schneller geht es bei einem Optiker.

Für einen guten Sehtest bei einem Augentoptiker muss man zwischen 20 und 80 Euro rechnen. Wenn man tatsächlich eine Brille benötigt, dann entfallen diese Kosten meist, wenn man bei dem Optiker eine Brille bestellt (bzw. sie sind im Preis inbegriffen).

Siehe dazu auch: [Erfahrungsbericht Brillenkauf](#)

Siehe auch

- > [Ist bei 0,25 Dioptrie eine Brille nötig?](#)
- > [Welche Brille für welches Gesicht \(Damen\)?](#)
- > [Wie viele Menschen in Deutschland tragen eine Brille?](#)
- > [Was kostet eine neue Brille?](#)
- > [Muss man die Brille bei Kurzsichtigkeit immer tragen?](#)
- > [Muss man die Brille bei Weitsichtigkeit immer tragen?](#)
- > [FAQ: Häufige Fragen zum Thema Brillen & Sehhilfen](#)

Brille - wann?



Wann braucht man eine Brille?

Gleitsichtgläser - portofrei, inkl. Verglasung

Neue Brillengläser inkl. Verglasung Ihrer Brille versandkostenfrei austauschen. meinbrillenglas.de

ÖFFNEN

Sehprobleme

- [Kurzsichtigkeit](#)
- [Weitsichtigkeit](#)
- [Alterssichtigkeit](#)
- [Astigmatismus](#)
- [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)
- [Holzbrillen](#)
- [Rasterbrille](#)
- [Brillenpflege](#)
- [Kontaktlinsen](#)
- [Augenlasern - gute Alternative?](#)
- [Akkommodation](#)
- [Dioptrie](#)
- [Optik](#)
- [Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

- [Brillenarten](#)
- [Damenbrillen](#)
- [Herrenbrillen](#)
- [Vollrandbrillen](#)
- [Halbrandbrillen](#)
- [Randlose Brillen](#)

FAQ

- [FAQ - Häufige Fragen](#)
- [Weitere Links](#)

Anzeige

Entgiftung für die Leber

Vermeiden Sie diese alltäglichen Lebensmittel, sie führen zu Bauchfett.

Was ist Winkelfehlsichtigkeit?

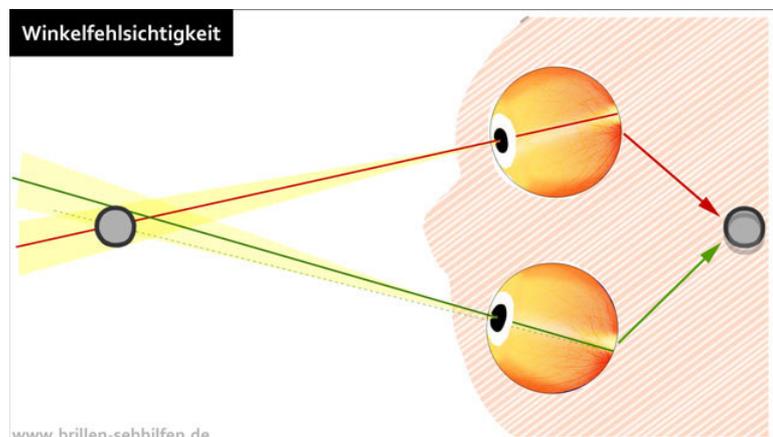
Eine **Winkelfehlsichtigkeit** ist ein latentes Schielen. Ein Mensch hat in der Regel zwei Augen, was ein **binokulares Sehen** ermöglicht (*bin=2, okular=das Auge betreffend*). Ein Vorteil des zwei-äugigen Sehens ist das **stereoskopische Sehen**. Idealerweise sehen die beiden Augen synchron: ein fokussierter Punkt trifft in beiden Augen auf die **Makula** (die Zone des schärfsten Sehens). Bei einer Winkelfehlsichtigkeit gibt es hier eine **Abweichung**, meist nur minimal. Üblicherweise sprechen Augenoptiker und Augenärzte von **Heterophorie**.



Müde Augen und Kopfschmerzen?

Die Winkelfehlsichtigkeit ist wissenschaftlich umstritten, da sie sich im Prinzip nicht objektiv messen lässt. Um eine Winkelfehlsichtigkeit zu diagnostizieren, ist der Augenarzt oder Optiker auf die Angaben über die Seheindrücke des Patienten angewiesen. Sie lässt sich nicht "von außen" messen, so wie zum Beispiel eine **Hornhautverkrümmung** (Folge davon: **Astigmatismus**).

Eine Winkelfehlsichtigkeit gilt nicht als Krankheit, sondern als Sehschwäche bzw. Fehlsichtigkeit. Sie lässt sich wie alle brechungs-basierten Fehlsichtigkeiten (z.B. **Kurzsichtigkeit**) mit einer Brille korrigieren: siehe **Prismenbrille**.

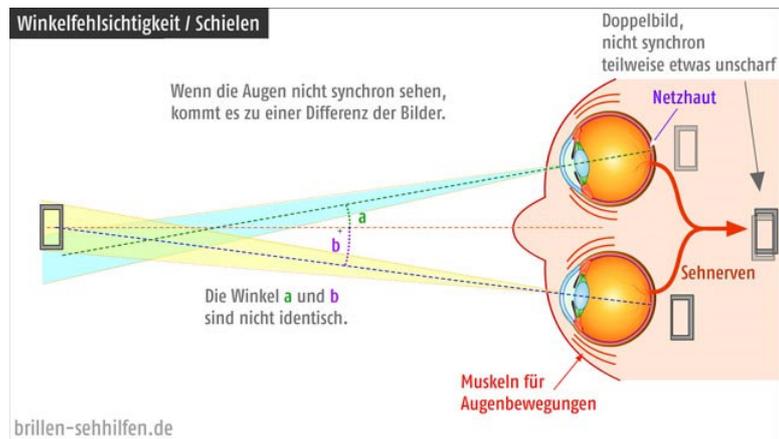


Winkelfehlsichtigkeit - latentes Schielen

Beide Augen minimal asynchron

Die anderen Fehlsichtigkeiten, die auf Brechungsfehlern basieren, lassen sie für jedes Auge separat feststellen und korrigieren. Bei **Kurzsichtigkeit** und **Weitsichtigkeit** ist der Augapfel im Verhältnis zur Brechkraft des **dioptrischen Apparats** nicht optimal (zu lang oder zu kurz), bei **Alterssichtigkeit** funktioniert die **Akkommodation** nicht mehr so gut, und beim **Astigmatismus** ist die Wölbung der **Hornhaut** nicht ganz gleichmäßig.

Eine Winkelfehlsichtigkeit lässt sich durch die Untersuchung *eines* Auges nicht feststellen. Erst durch das **Zusammenspiel beider Augen** entsteht ein Seheindruck, der eine **Diagnose** einer Winkelfehlsichtigkeit zulässt. Beim Schielen ist es offensichtlich: hier sind die beiden Augen nicht synchron gesteuert. Ein fokussierter Gegenstand wird nur mit einem Auge wahrgenommen, das andere blickt quasi vorbei. So ähnlich, aber in sehr viel geringerem Maß, ist es auch bei der Winkelfehlsichtigkeit.



Winkelfehlsichtigkeit

Starke Anstrengung für Augenmuskeln

Ein Auge ist über mehrere Muskeln mit dem Schädel verbunden. Darüber lässt sich in aller die Stellung des Auges aktiv steuern. Aber das kostet - wie jede Muskelbewegung - Kraftanstrengung.

Jedes Auge hat einen "entspannten Zustand", in dem kaum Muskelaufwand nötig ist. Normalerweise sollten die Augen im entspannten Zustand synchron sein, also der Winkel des Sehstrahls - gemessen an der Mittelachse - identisch sein (siehe Grafik oben).

Bei einer Winkelfehlsichtigkeit muss jeweils ein Auge aktiv durch Muskelkraft "ausgesteuert" werden. Das dauert zum einen einen kurzen Moment, was sich vor allem bei schnellen Blickwechseln bemerkbar macht. Und zum anderen ist es eine Anstrengung, die sich vor allem Abends durch Kopfschmerzen bemerkbar machen kann.

Das Gehirn schaut mit

Das **Auge** bzw. das visuelle System des Menschen ist keine statische Maschine. Stattdessen entwickelt sich das Sehen erst langsam - und sehr viel basiert auf Nervenbahnenverbindungen. Wenn zwei Augen nicht synchron sind, dann verrechnet das Gehirn relativ gut die Differenz. Der Betroffene bemerkt die Winkelfehlsichtigkeit daher kaum.

Anzeige

Ein flacher Bauch Tipp ▶ ×

Anzeige **Dieser 1 Trick kann dabei helfen Ihre Leber zu entgiften und...**

BodyFokus

Öffnen

Brille bei Winkelfehlsichtigkeit nötig?

Nun könnte man sagen:

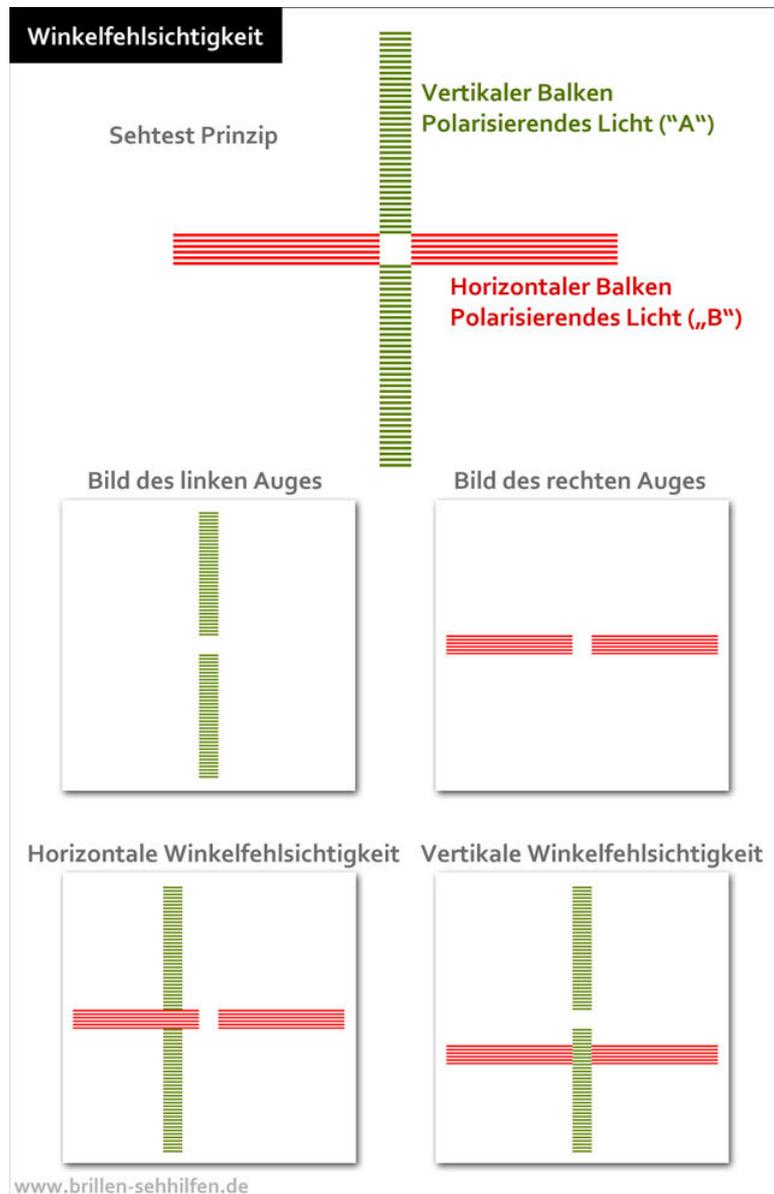
- > Die Augenmuskeln können es korrigieren.
- > Das Gehirn kann gg. minimale Differenzen umrechnen.

Da ist doch gar keine Sehhilfe nötig!?

Stimmt im Prinzip. Und der überwiegende Teil der Betroffenen kann wohl auch mehr oder weniger problemlos damit leben. Aber: es ist letztlich Arbeit. Und auf Dauer, vor allem wenn man lange in zu dunklen Umgebungen in nur einer bestimmten Sehdistanz sieht, dann kann das eine "Überforderung" sein: die Augen ermüden und ein latenter Kopfschmerz setzt ein.

Sehtest für Winkelfehlsichtigkeit

Es gibt inzwischen einen relativ **guten Sehtest**, mit dem man eine Winkelfehlsichtigkeit diagnostizieren kann. Dieser Test basiert auf polarisierenden Filtern. Das Prinzip geht so (anders als in der folgenden Grafik ist das echte Testbild beim optiker nicht farbig, sondern besteht aus dunkelgrauen Streifen):

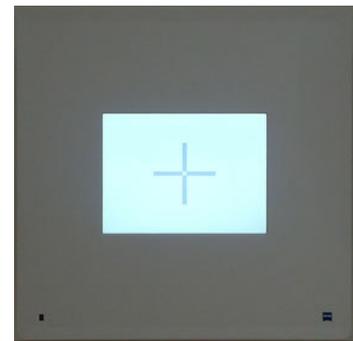


Ursache einer Weitsichtigkeit

Ein Testbild besteht aus zwei Teilen, die **Licht unterschiedlicher Wellenlängen** ausstrahlen. Als Beispiel: ein waagerechter Balken strahlt die Wellen A aus, ein horizontaler Balken strahlt die Wellen B ab. Wenn wir das Bild mit beiden Augen betrachten, sieht es aus wie ein normales Kreuz (siehe Abbildung rechts).

Vor das linke Auge wird nun ein Glas gesetzt, das nur bestimmte Lichtwellen (A) durchlässt. Die Wellen B des horizontalen Balkens werden von dem Brillenglas absorbiert (*verschluckt*). Wenn das rechte Auge nun geschlossen ist, kann man durch dieses Brillenglas nur den waagerechten Balken sehen.

Vor das linke Auge wird das andere Glas gesetzt, durch das man nur den horizontalen Balken erkennen kann.



Winkelfehlsichtigkeit Sehtest
Eindruck beim Augenoptiker

Brillengläser günstig online

Anzeige Brille verkrazt? Jetzt neue Brillengläser online inkl. Verglasung...

meinbrillenglas.de

Öffnen

Anzeige

Solange nur eines der beiden Augen sieht, ist kein Fehler zu bemerken. Aber wenn man nun den Blick für beide Augen freigibt (sog. *binokulares Sehen*), dann zeigt sich, ob man eine Winkelfehlsichtigkeit hat: denn nur, wenn man ein exaktes Kreuz sieht, liegt *keine* Winkelfehlsichtigkeit vor.

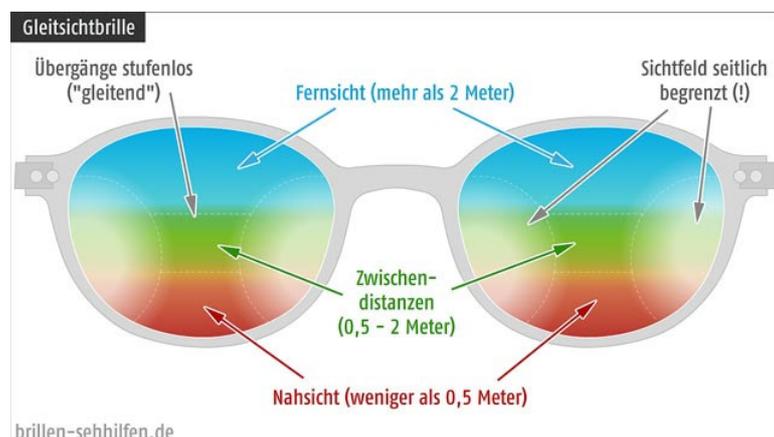
Wenn der waagerechte Balken nach oben oder unten verschoben ist, dann hat man eine "*vertikale Winkelfehlsichtigkeit*". Wenn der horizontale Balken nach links oder rechts verschoben ist, dann hat man eine "*horizontale Winkelfehlsichtigkeit*".

Korrektur durch prismatisches Glas

Da es sich um ein brechungs-basierte Fehlsichtigkeit handelt, kann man sie problemlos mithilfe einer Brille korrigieren. Dafür muss das Brillenglas in eine Richtung etwas stärker werden. Da die Form dann einem Prisma ähnelt, nennt man es auch "**prismatisches Brillenglas**", siehe [Prismenbrille](#).

Winkelfehlsichtigkeit und Gleitsichtbrille?

Wenn man sich eine [Gleitsichtbrille](#) kauft, kommt es anfangs meist zu [Problemen bei der Eingewöhnung](#). Das liegt vor allem daran, dass man lernen muss, den Kopf mizudrehen, anstatt aus den Augenwinkeln zu schauen. Nach einigen Tagen haben sich die meisten daran gewöhnt. Aber bei manchen Menschen stellt sich keine Besserung ein. Im Gegenteil: wenn sie die neue Gleitsichtbrille tragen, kommt es auch nach Tagelangem Tragen nach ca. 30 - 60 Minuten zu Kopfschmerzen und manchmal sogar Übelkeit.



Gleitsichtbrille

Wenn diese Betroffenen dann versuchen, diese Brille beim Optiker zu reklamieren, werden sie meist damit abgespeist, dass alles korrekt vermessen sei. Aber: nicht selten wurde dann der Test auf Winkelfehlsichtigkeit vergessen. Denn bei einer Winkelfehlsichtigkeit stimmen die Durchblickpunkte dann nicht, was sich bei einer Gleitsichtbrille besonders bemerkbar macht. Das ist natürlich auch deshalb so ärgerlich, weil eine [Gleitsichtbrille um ein Vielfaches teurer](#) ist als eine [Einstärkenbrille](#).

Abhilfe schafft dann nur ein prismatisches Gleitsichtbrillenglas. Falls Sie davon betroffen sind: Haben Sie einen Winkelfehlsichtigkeitstest gemacht - so wie oben beschrieben? Falls nicht, suchen Sie sich einen Optiker, der so einen Sehtest anbietet ("Der Sehtest mit den waagerechten und senkrechten Balken, die ein Kreuz ergeben.").

Fragen Sie nach ...

Die Winkelfehlsichtigkeit wird häufig nicht diagnostiziert. Denn sie wird häufig gar nicht getestet. Auch in den Standard-Brillenpass-Vordrucken gibt es keine Möglichkeit, diese Werte einzutragen. Fragen Sie also nach, ob Ihr Optiker so einen Sehtest machen kann.

Nicht selten ist eine leichte Winkelfehlsichtigkeit die Ursache für müde Augen und latente Kopfschmerzen. Mit der richtigen Brille mit prismatischen Gläsern werden die Abende nach stressigen Arbeitstagen - insbesondere wenn man viel am PC arbeitet - deutlich angenehmer. Siehe dazu auch: [Müdes Augen und latente Kopfschmerzen durch PC- und Smartphone-Nutzung](#)



Quellen / Links

- › Optometrie Flegl: [Winkelfehlsichtigkeit](#) (gut erklärt)
- › Stereoskopisches Sehen: [Warum sieht man betrunken doppelt?](#)

Immer müde?

Anzeige Harras Pharma Curarina

Welche Brille für welches Gesicht?

brillen-sehhilfen.de

Reinigen Sie Ihren Körper

Anzeige BodyFokus

Online Sehtest (kostenlos)

brillen-sehhilfen.de

Gleitsichtbrille war gestern - Stufenlos scharf sehen

Anzeige euroeyes.de

Online Sehtest zum Prüfen der Augen

brillen-sehhilfen.de

Was ist Heterophorie?

brillen-sehhilfen.de

Sehstärke (Visus) und Dioptrien - Unterschied und Umrechnung

brillen-sehhilfen.de

Brillen & Sehhilfen

☰ Brillen

Was kostet eine neue Brille?

Die Frage ist einfach, die Antwort nicht. Denn die Kosten für eine neue **Brille** sind sehr unterschiedlich. Aber statt des üblichen "Das hängt davon ab ..." soll dieser Artikel einen Überblick bieten, was eine neue Brille kostet und wie sich die Kosten zusammensetzen. Man kann diese Daten auch aus den Angeboten der Optiker und einigen Statistiken selber recherchieren.

Laut dem Zentralverband der Augenoptiker kostet eine Brille mit **Einstärkengläsern** im Durchschnitt **rund 372 Euro**, bei einer **Gleitsichtbrille** sind es im Schnitt **fast 1.000 Euro** (Stand: Juni 2011, [1]). Aber das sind **Durchschnittswerte**, die im Einzelfall erheblich abweichen können.



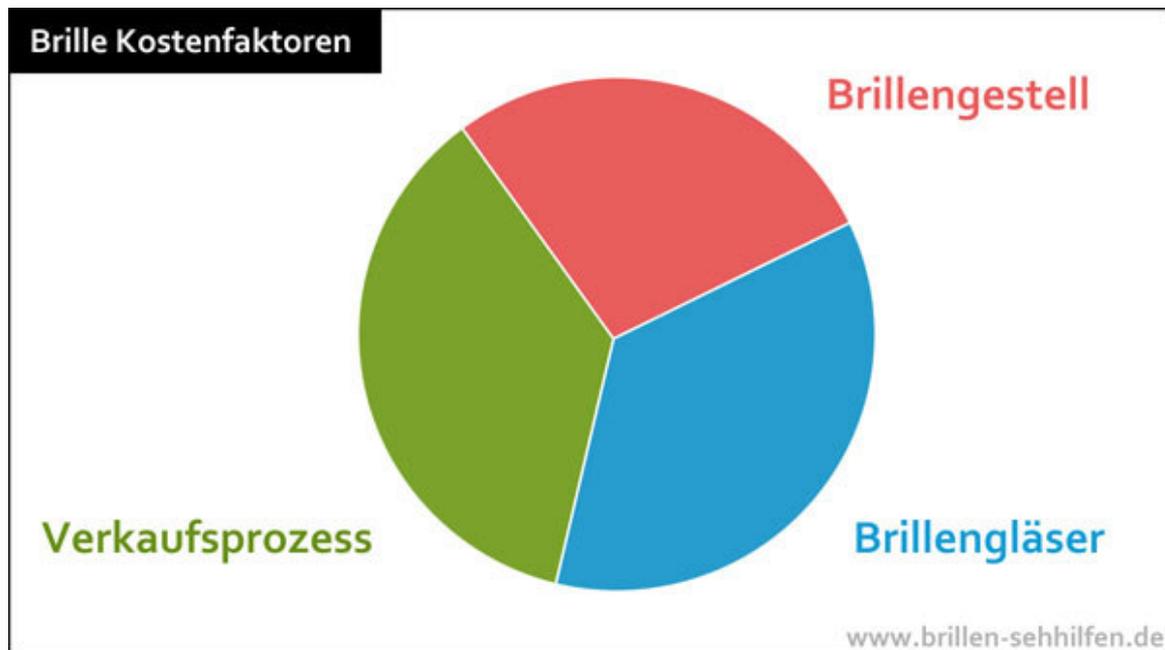
Wie viele Deutsche tragen überhaupt eine Brille?

Laut einer Ifd-Allensbach Studie [2] aus dem Jahr 2013 tragen **27 Millionen Deutsche** über 14 Jahren dauerhaft eine Brille, hinzu kommen **rund 17 Mio. Personen**, die ab und zu eine Brille tragen (z.B. eine **Lesebrille** oder **Bildschirmbrille**). Es ist also ein gigantischer Markt, auf dem sich viele Wettbewerber tummeln, was natürlich die Preise für eine neue Brille drückt. Der Marktführer Fielmann (21% Marktanteil) dominiert zwar klar vor dem zweiten Apollo-Optik (ca. 8% Marktanteil), wird aber zunehmend von Online-Optikern unter Druck gesetzt, die die Brillenpreise aufgrund anderer Vertriebsstrukturen nach unten korrigieren. Insgesamt eine spannende Entwicklung, von der die Verbraucher nur profitieren können. Mehr Statistiken zum Thema: [wie viele Deutsche tragen eine Brille?](#)

Kostenfaktoren bei Brillen

Die Kosten für eine Brille setzen sich aus drei Faktoren zusammen:

- > Das **Brillengestell**
- > Die **Brillengläser**
- > Der Verkaufsprozess (Service)



Kostenfaktoren beim Kauf einer neuen Brille

In jedem der drei Kostenpunkte ist eine **Gewinnspanne** für den Verkäufer enthalten. Wenn also ein Brillenglas in der Herstellung 100 Euro kostet, so schlägt der Brillen-Verkäufer einen Betrag x oben drauf. Der Optiker zahlt dann 100 Euro für das Glas, berechnet aber dem Endabnahme-Kunden 150 Eur (Beträge fiktiv).

Kosten für Brillengläser

Die einfachsten, günstigsten **Brillengläser** (Einstärkengläser) kosten **rund 30 Euro pro Stück**.

Brillengläser gibt es **aus Glas** (mineralisch) oder aus **Kunststoff**. Die leichteren Kunststoff-Gläser sind allerdings bruchsfester. Um sie unempfindlicher gegen Kratzer zu machen, kann das Material **gehärtet** werden, was aber zusätzlich kostet. Kunststoffgläser kann man auch **mit einer Tönung** herstellen, was erneut zusätzliche Kosten verursacht. In den meisten Fällen wird empfohlen, das Brillenglas zu **entspiegeln**, damit gerade in der Dämmerung nicht einfallendes seitliches Licht den Blick verschleiert. Auch das treibt natürlich



Kosten für Brillengläser

den Preis in die Höhe. Aus ästhetischen Gründen wünschen sich viele Menschen eher **dünne Brillengläser**, die allerdings teurer in der Herstellung sind. Wenn man dann noch auf deutsche bzw. Qualitätsmarkengläser wie z.B. von Zeiss haben möchte, ist man schnell bei Kosten für ein Einstärken-Brillenglas von **über 100 Euro pro Glas**.

Bei **Gleitsichtgläsern** ist das Herstellungsverfahren an sich schon deutlich aufwändiger. Da beginnen die Kosten für ein einfaches Brillenglas bei **ca. 120 Eur**. Entsprechend der zuvor genannten Sonderanfertigungsmöglichkeiten kann der Preis für ein Gleitsicht-Brilleglas auch hier schnell **bis zu 500 Euro** in die Höhe schnellen.

Ein gutes Markenglas mit gängigen Extras kostet also locker das 3-4 fache der einfachsten Version. Im Schnitt kann man mit Brillenglas-Kosten von ca. 50 Euro pro Einstärkeglas rechnen, bei Gleitsichtgläsern mit ca. 250 Euro pro Stück. Da man in den allermeisten Fällen zwei Gläser braucht, verdoppelt sich der Betrag.

Kosten für Brillengestelle

Bei den **Brillengestellen** ist es ähnlich. Hier gibt es die **Massenware** ("*Nulltarif-Modelle*"), die quasi ohne große Materialkosten und Aufwand produziert werden. Sie haben nicht den Hauch von **Exklusivität** - und sind daher für ein paar Euro zu haben. Und dann gibt es mehr oder weniger luxuriös gestaltete **Designer-Brillen** der großen Modemarken-Label, die sich ihre Exklusivität in barer Münze vergolden lassen.

Die Preisspanne bei Brillengestellen reicht also von 0 Euro bis zu ein paar tausend Euro. In der Regel sollte man mit **ca. 50 - 100 Euro für das Gestell** rechnen.



Kosten für das Brillengestell

Kosten für den Verkaufsprozess

Der dritte Punkt ist relativ komplex, da der Verkaufsprozess inzwischen **sehr unterschiedlich** abgewickelt wird. Ein Optiker-Fachgeschäft mit geschultem Personal und langjähriger Erfahrung hat wesentlich höhere Fixkosten als ein Internet-Anbieter, der den Bestellprozess über ein automatisiertes Formular abwickelt und Kundenanfragen mit **Call-Center-Personal** bedient.

Die großen Optiker-Ketten wie Fielmann, Apollo-Optik, Optiker Bode oder RobinLook genießen natürlich einen Marketing-Vorteil, aber letztlich haben sie den gleichen Kostendruck wie ein einzelner Optiker mit Ladengeschäft. Wer sich allerdings zum ersten Mal eine neue Brille kauft, sollte trotz der höheren Kosten das Beratungsgespräch mit dem **Fachpersonal** suchen.



Kosten für den Brillenverkauf

Insbesondere das Anpassen einer neuen Brille an das Gesicht ist knifflig - wenn man selber versucht, die Brille zu biegen, kann sie zu Bruch gehen oder es kann zu unangenehmen Druckstellen führen.

Für den Verkaufsprozess kann man über den Daumen mit **10 - 100 Euro** rechnen.

Aber wer schon langjährige Erfahrung mit Brillen hat, für den stellen die kostengünstigen Online-Anbieter eine echte Alternative dar. Diese haben auch insbesondere den Vorteil, dass man die **Preise online direkt vergleichen** kann.

Online-Optiker setzen die etablierten Optiker unter Druck

Der folgende WDR-Beitrag zeigt sehr anschaulich, wie Online-Optiker (z.B. [Mister Spex](#), [Brille24](#) oder [RobinLook24](#)) die etablierten Optiker-Ketten und Ladengeschäfte unter Druck setzen. Vergleichbare Brillen sind online teilweise erheblich günstiger zu kaufen.

Guter Tipp aus dem Video: man kann eine online bestellte Brille auch nachträglich anpassen lassen (Sitz der Brillenbügel hinter dem Ohr), allerdings kann der Optiker dafür natürlich eine Gebühr berechnen, die man vorher erfragen sollte.

Fazit / Tipp

Wer eine neue Brille kauft, ist gut beraten, sich vorab im Internet über die Preise für die favorisierten Modelle zu erkundigen. Da praktisch jeder Optiker eine nicht unerhebliche Gewinnspanne zwischen Einkaufspreis und Endabgabepreis hat (manche sprechen von über 100 Prozent), lohnt es sich, **mit dem Optiker zu verhandeln**. Drucken Sie dafür doch einfach ein paar Angebote aus dem Internet aus und legen Sie sie dem Optiker vor. Letztendlich sollen Sie als Kunde mit Ihrem Geld bezahlen - das gibt Ihnen auch das Recht, **gute Qualität zu einem angemessenen Preis zu verlangen**.

Übrigens: die **Krankenkasse** zahlt in den meisten Fällen nichts mehr hinzu. Aber immerhin kann man mit einer **Brillenversicherung** einen Teil der Kosten abfangen. Und eine Brille ist immerhin noch deutlich günstiger als das **Augenlasern**, das immer mehr in Mode kommt.

Und: für Schüler bzw. **Jugendliches bis 18 Jahren** kostet eine neue Brille in der Regel nichts. Im



Brillen Kosten sparen!

Falle einer Sehschwäche bekommen sie die Brille noch auf Rezept (siehe: [Was zahlt die Krankenkasse?](#)).

Siehe auch: [Warum sind Brillengläser so teuer?](#)

Quellen

- › [1] Versicherungsmonitor: [Unversichert sieht man besser](#)
- › [2] Broschüre im Handelsblatt: [Besser Sehen und Hören](#) (PDF, via [Zentralverband der Augenoptiker](#))
- › FAZ: [Wie billig ist Fielmann?](#)
- › RTL-Ratgeber: [Optiker-Check](#) (Video)
- › Netzoptiker: [Brillengläser-Preise](#)
- › Zeiss: [Brillenglas-Portefolio](#)

Weiterlesen?

- › [Online-Sehtest](#)
- › [Wie funktioniert eine Brille?](#)
- › [Unterhaltsame optische Täuschungen](#)
- › [Bildschirmbrille von Fielmann](#)

Sehprobleme

[Kurzsichtigkeit](#)

[Weitsichtigkeit](#)

[Alterssichtigkeit](#)

[Astigmatismus](#)

[Winkelfehlsichtigkeit](#)

[Grauer Star \(Katarakt\)](#)

[Rot-Grün-Schwäche](#)

[Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)

[Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

[Gleitsichtbrillen-Arten](#)

[Welche Brille? \(Infografik\)](#)

[DriveSafe Autofahrbrille](#)

[Digitalbrille](#)

[Holzbrillen](#)

[Rasterbrille](#)

[Brillenpflege](#)

[Kontaktlinsen](#)

[Augenlasern - gute Alternative?](#)

[Akkommodation](#)

[Dioptrie](#)

[Optik](#)

[Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

[Brillenarten](#)

[Damenbrillen](#)

[Herrenbrillen](#)

[Vollrandbrillen](#)

[Halbrandbrillen](#)

[Randlose Brillen](#)

FAQ

[FAQ - Häufige Fragen](#)

[Weitere Links](#)

Anzeige

© 2012 - 2020 - Autor: Martin Mißfeldt - [Datenschutz](#) - [Impressum](#) - [brillen-sehhilfen.de](https://www.brillen-sehhilfen.de)

Selbsttönende Brillengläser

Neue Brillengläser für Ihre alte Brille online bestellen. inkl. verglasung, portofrei. meinbrillenglas.de

ÖFFNEN

Sehprobleme

- [Kurzsichtigkeit](#)
- [Weitsichtigkeit](#)
- [Alterssichtigkeit](#)
- [Astigmatismus](#)
- [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)
- [Holzbrillen](#)
- [Rasterbrille](#)
- [Brillenpflege](#)
- [Kontaktlinsen](#)
- [Augenlasern - gute Alternative?](#)
- [Akkommodation](#)
- [Dioptrie](#)
- [Optik](#)
- [Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

- [Brillenarten](#)
- [Damenbrillen](#)
- [Herrenbrillen](#)
- [Vollrandbrillen](#)
- [Halbrandbrillen](#)
- [Randlose Brillen](#)

FAQ

- [FAQ - Häufige Fragen](#)
- [Weitere Links](#)

Anzeige

▶ ✕

Entgiftung für die Leber
Dieser 1 Trick kann dabei helfen Ihre Leber zu entgiften und Bauchfett zu verbrennen

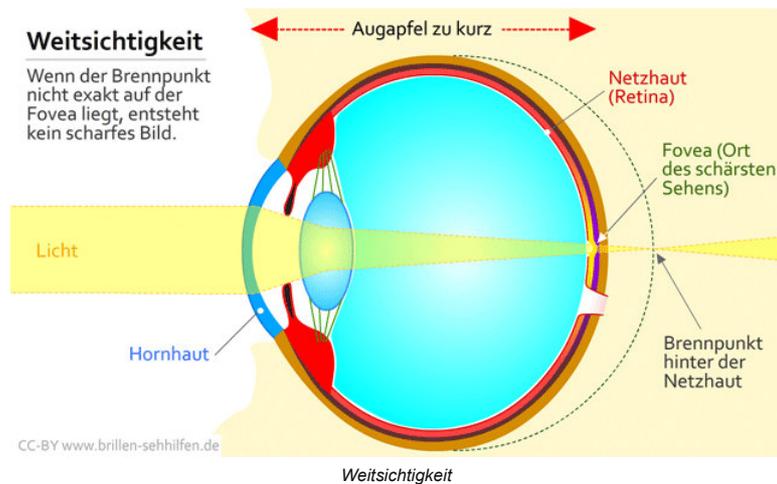
BodyFokus [Öffnen](#)

Weitsichtigkeit, Übersichtigkeit (Hyperopie)

Weitsichtigkeit (lat. *Hyperopie*) ist eine weit verbreitete Fehlsichtigkeit, bei der man Dinge in der Nähe nicht mehr scharf erkennen kann. Ursache ist in der Regel eine angeborene (kleine) Fehlbildung des Auges, die einen Abbildungsfehler zur Folge hat. Weitsichtige Menschen können in Nahdistanzen nicht scharf, sondern nur verschwommen sehen. Genau genommen heißt es "**Übersichtigkeit**" (weil der Brennpunkt des gebündelten Lichts über die **Netzhaut** hinausgeht), aber meist spricht man von "*Weitsichtigkeit*".

- Direkt zu ...
- [Ursachen](#)
 - [Alterssichtigkeit](#)
 - [Symptome](#)
 - [Diagnose](#)
 - [Sehtest](#)
 - [Brille](#)
 - [Kontaktlinsen](#)
 - [Augenlasern](#)

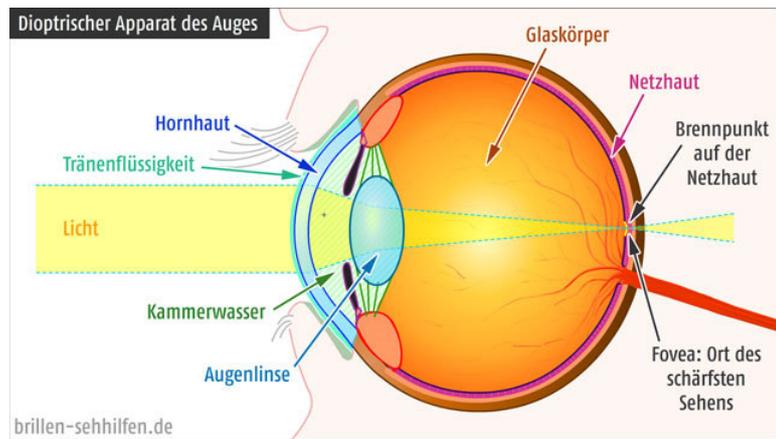
Zum Verständnis ist es erforderlich, sich den **Aufbau des Auges** klar zu machen. Vor allem die Teile des "**dioptrischen Apparates**" (v.a. **Hornhaut** und **Augenlinse**) sind wichtig: sie brechen das Licht des anvisierten Gegenstandes normalerweise so, dass es im **Auge** auf der Fovea (dem Zentrum der **Makula**) abgebildet wird. Dort sind die lichtverarbeitenden Sinneszellen besonders dicht gedrängt (**hohes Auflösungsvermögen** = scharf sehen).



Ursachen der Weitsichtigkeit

Bei Weitsichtigkeit (*Hyperopie*) ist der **Augapfel** im Verhältnis zur Brechkraft des dioptrischen Apparats zu gering. Die Ursache für diese Fehlbildung ist in aller Regel genetisch bedingt, d.h. man erbt die Veranlagung von den Eltern.

Als Folge wird der fokussierte Gegenstand nicht mehr direkt auf der Fovea abgebildet, wo die Sinneszellen besonders dicht gedrängt sind. Daher kann das Bild nicht scharf gesehen werden.



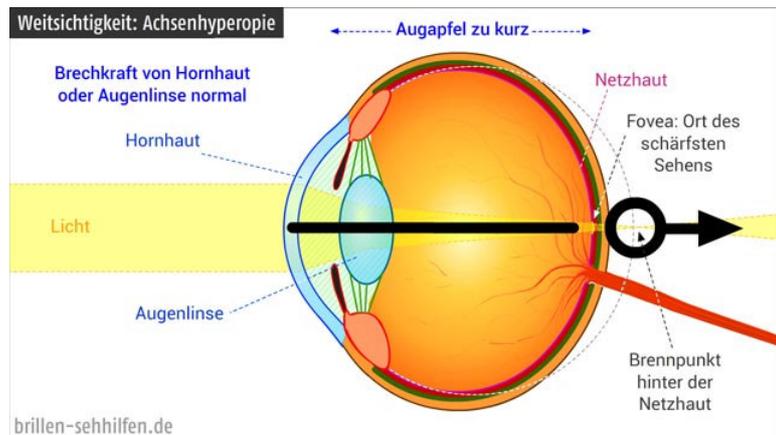
Dioptrischer Apparat des menschlichen Auges - so wäre es richtig für einen scharfen Seheindruck.

Stattdessen liegt der Brennpunkt (also quasi das scharfe Bild) erst hinter der Netzhaut. Auf der Fovea wird zu wenig Lichtinformation für ein scharfes Bild abgebildet. Man unterscheidet zwei Arten der Weitsichtigkeit, die unterschiedliche Ursachen haben:

- > Achsenhyperopie - Ursache ist ein zu kurzer Augapfel
- > Brechungshyperopie - Ursache ist ein Brechungsfehler von Hornhaut / Augenlinse

Achsenhyperopie

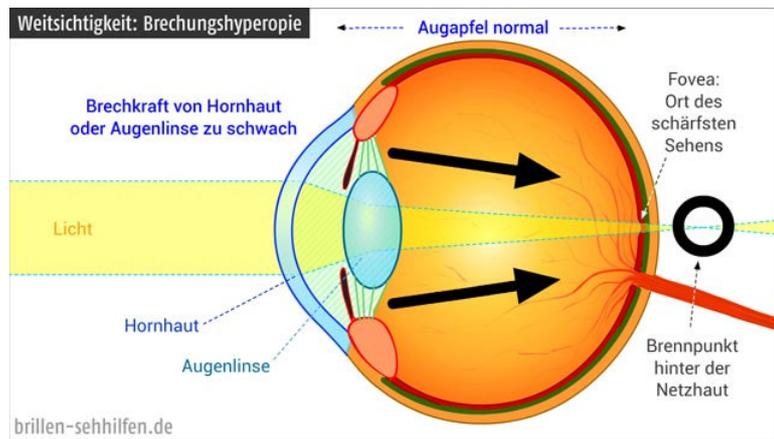
Eine **Achsenhyperopie** ist die häufig auftretende Form der Weitsichtigkeit / Übersichtigkeit. Ursache ist ein **zu kurzer Augapfel** (kürzer als im Durchschnitt der Bevölkerung). Die **Brechkraft von Hornhaut und Augenlinse ist normal**.



Achsenhyperopie (Weitsichtigkeit), Ursache: zu langer Augapfel

Brechungshyperopie

Eine **Brechungshyperopie** ist eine eher seltene Form der Weitsichtigkeit / Übersichtigkeit. Im Gegensatz zur Achsenhyperopie, bei der die Länge des Augapfels zu kurz ist, liegt die Ursache der Brechungshyperopie in einer nicht ausreichenden Brechkraft des dioptrischen Apparates (Hornhaut und Augenlinse). Die Folge einer Brechungshyperopie ist unscharfes Sehen in den Nahdistanzen.



Brechungshyperopie (Weitsichtigkeit), Ursache: fehlende Brechkraft von Hornhaut und Augenlinse

Entwicklung / Ausprägung

Weitsichtigkeit tritt oft erst im Verlaufe des Wachstums zutage. Sie entwickelt sich meist schon im Kleinkindesalter. Die Verschlechterung der Sehleistung erreicht ihren Höhepunkt mit etwa 8 Jahren. Ab dann wird die Verschlechterung geringer, bis sie mit etwa 15 Jahren fast zum Erliegen kommt.

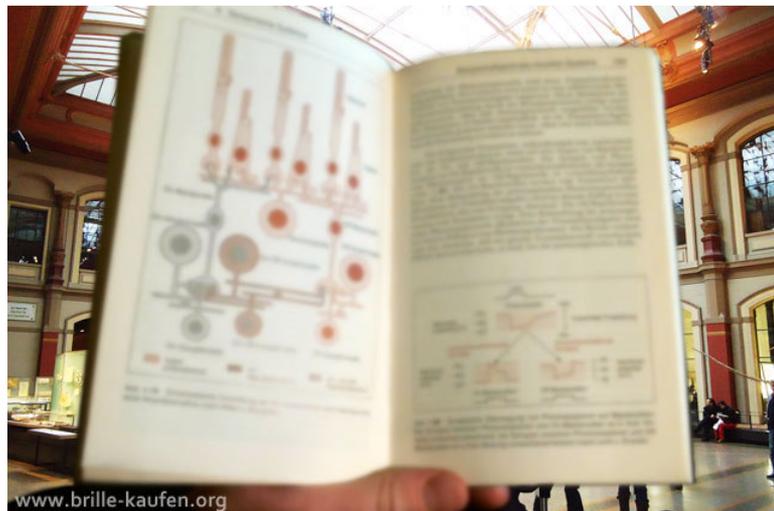
Die Brechkraft der Linse ist für eine bestimmte "Tiefe" des Augapfels optimiert. Nur wenn die Brechkraft des Auges genau so stark ist, dass das Bild auf der Netzhaut abgebildet wird, entsteht ein scharfer Bildeindruck. Durch **Akkommodation** kann man die Linse aktiv verformen. Gerade im Anfangsstadium kann man so eine Weitsichtigkeit (oder auch **Kurzsichtigkeit**) ausgleichen. Das geht jedoch nur bis zu einem gewissen Grad. Irgendwann reicht die Akkommodation nicht mehr aus, dann braucht die betroffene Person eine Brille.

Unterschied zur Alterssichtigkeit

Man muss eine **Weitsichtigkeit** (*Hyperopie*) von einer **Alterssichtigkeit** (*Presbyopie*) unterscheiden. Auch wenn der individuelle Seheindruck vergleichbar ist, so sind die Ursachen doch verschieden. Bei der Altersweitsicht kann man wegen fehlender Akkommodationskraft der Augenlinse im Nahbereich schlecht sehen. Die Weitsichtigkeit entwickelt sich meist im Kindesalter, die Altersweitsicht macht sich erst ab etwa dem 35. Lebensjahr bemerkbar.

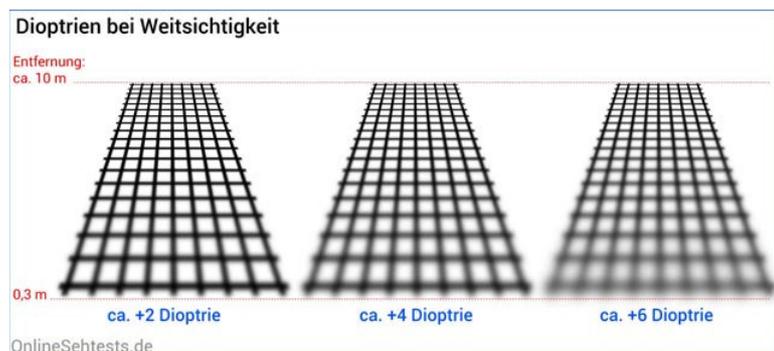
Symptome der Weitsichtigkeit

Die Schwere einer Weitsichtigkeit kann sehr unterschiedlich sein. Da man als weitsichtiger Mensch mit der Weitsicht keine Probleme hat, fällt es im Alltagsleben anfangs kaum auf. Man bemerkt es beim Lesen oder Schreiben, bei der Hand- oder Hausarbeit (Nähen, Basteln, Gemüse schälen etc.) oder bei Hobby (**Mikroskopieren**, **Briefmarken sammeln** etc.).



Weitsichtiges Sehen. Seheindruck eines weitsichtigen Menschen

Eine leichte Weitsichtigkeit von weniger als +0,5 **Dioptrien** gilt als unbedenklich und kann dank **Akkommodation** relativ gut vom Auge ausgeglichen werden (natürlich kann man auch mit einer so geringen Ausprägung ohne Probleme eine Brille tragen, wenn es dem Wohlbefinden dient). Alles was über +0,5 dpt hinaus geht, bedeutet jedoch eine empfindliche Einschränkung. Man sollte sich daher auf jeden Fall eine Sehhilfe zulegen.



Weitsichtiges Sehen. Seheindruck eines weitsichtigen Menschen

Diagnose

Eine **Diagnose** kann nur ein ausgebildeter Spezialist vornehmen. Die **Erstuntersuchung** sollte immer ein **Augenarzt** machen, denn in seltenen Fällen gehen mit der Ausbildung einer Weitsichtigkeit andere **Erkrankungen des Auges** einher (z.B. Schielen).

Insbesondere mit Kindern sollte man rechtzeitig zum Augenarzt gehen. Da Kinder dank ihrer großen **Akkommodationskraft** noch viel mithilfe der Augenlinse ausgleichen können, wird die Weitsichtigkeit im Kindesalter oft nicht bemerkt.

Anzeige

Brillengläser online Shop ▶ ×

Anzeige Neue Brillengläser inkl. Verglasung Ihrer Brille...

meinbrillenglas.de

Öffnen

Übrigens und Aber!: **Eine leichte Weitsichtigkeit gehört durchaus zum normalen Wachstumsprozess.** Es wäre daher falsch, bei ersten Anzeichen überzureagieren (z.B. durch eine selbst verordnete Billig-Lesebrille aus der Drogerie für Kinder! Nicht machen!). Stattdessen solltet man mit dem Kind beim Augenarzt vorstellig werden.

Für **Folgeuntersuchungen** bzw. wenn nur die Sehschärfe abnimmt, kann man auch einen **Optiker** aufsuchen.

In den meisten Fällen sind beide Augen von einer Weitsichtigkeit betroffen, aber nicht selten ist die Weitsichtigkeit der einzelnen Augen unterschiedlich stark ausgeprägt. So kann das eine Auge eine höhere Sehschärfe haben als das andere.

Online Sehtest bei Weitsichtigkeit

Der folgende Online-Sehtest ist geeignet, um die Tendenz einer Weitsichtigkeit zu erkennen. (*Achtung: ein Online-Sehtest kann stets nur eine Tendenz aufzeigen. Man kann damit aber nicht exakt den Grad einer Weitsichtigkeit bestimmen*). Am besten ist, wenn sie sich den Test ausdrucken und dann in normaler Leseentfernung (ca. 40 cm) lesen. Warum so viele Schreibfehler in dem Test sind, steht im Text.

> [Download kostenloser Sehtest bei Weitsichtigkeit](#) (PDF, 12 kb)

Man kann das auch am PC machen, allerdings kann das Ergebnis durch unterschiedliche Voreinstellungen des Bildschirms / Screen verfälscht werden. Leseentfernung ca. 40 cm, bei Erwachsenen etwas weniger als eine Armlänge.

Ein Sehtest ist ein Prüfungsverfahren zum Ermitteln einer Sehschwäche oder Fehlsichtigkeit. Man unterscheidet zwischen Sehtests, die nur einen Anhaltswert oder eine "Mindest-Sehtstärke" prüfen (z.B. Führerschein-Sehtest), und Sehtests, bei denen die exakten Werte einer Fehlsichtigkeit vermessen werden. Bitte beachten Sie, dass dieser kostenlose Sehtest nur einen ersten Eindruck liefern kann. Bis zu diesem Ziel sollte man den Text in normaler Leseentfernung problemlos lesen können.

Warum sind hier so viele Wörter falsch geschrieben? Weil das Testergebnis dadurch besser wird. Denn man kann bei vielen Wörtern den Sinn errmitteln, wenn man im Textzusammenhang nur auf den ersten und letzten Buchstaben eines Wortes achtet – solange die Anzahl der Buchstaben einigermaßen korrekt ist (also die optische Wortlänge). So geht das Lesen viel schneller – aber in einem Sehtest ist es entsprechend schwieriger. Wenn Sie diese letzte Zeile nicht lesen können, macht nichts, ist es zu Ihnen ...

www.brillen-sehhilfen.de

Sehtest bei Weitsichtigkeit

Weitere [Online-Sehtests](#) - Weitere [optische Täuschungen](#) - [Sehtest Führerschein](#)

Korrektur einer Weitsichtigkeit

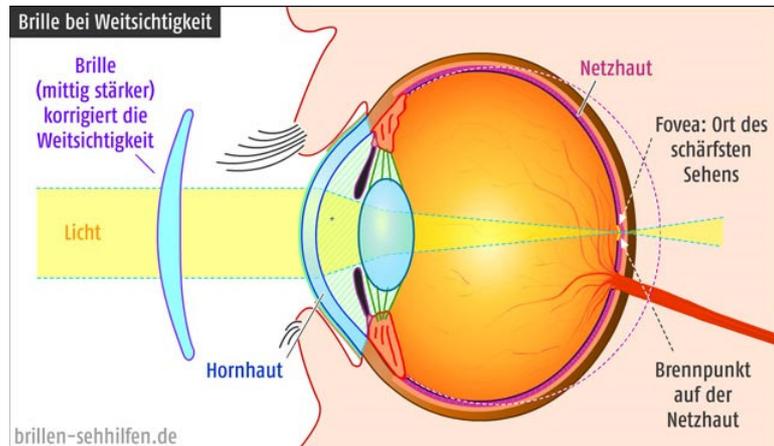
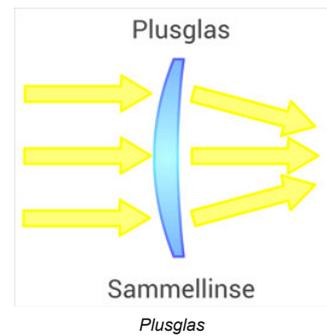
Im Gegensatz zu einer Krankheit ist Weitsichtigkeit **nicht therapierbar / heilbar**. Wer einmal weitsichtig ist, bleibt es sein Leben lang. Aber wie bei allen brechungs-basierten Fehlsichtigkeiten gibt es im Prinzip drei Möglichkeiten, wieder zu einer normalen Sehschärfe zu gelangen:

- > Brille
- > Kontaktlinsen
- > Augenlasern

Brille gegen Weitsichtigkeit

Am weitesten verbreitet ist sicherlich **eine Brille** mit Brillenglas, das die fehlende Brechkraft einfach ausgleicht (sog. **Plusglas** = im Zentrum dicker als außen).

Schon seit dem Mittelalter sind **Brillen** bekannt: eine vorgesetzte Sammellinse korrigiert den Brechungsfehler, so dass der fokussierte Gegenstand wieder korrekt auf der Netzhaut abgebildet wird. Der Abbildungsfehler des Auges wird also durch eine vorgesetzte, **konvexe Linse** ausgeglichen (sog. Refraktion). Heutige Fertigungsprozesse sind so verfeinert, dass ein nahezu perfektes Sehen mit einer Brille möglich ist.

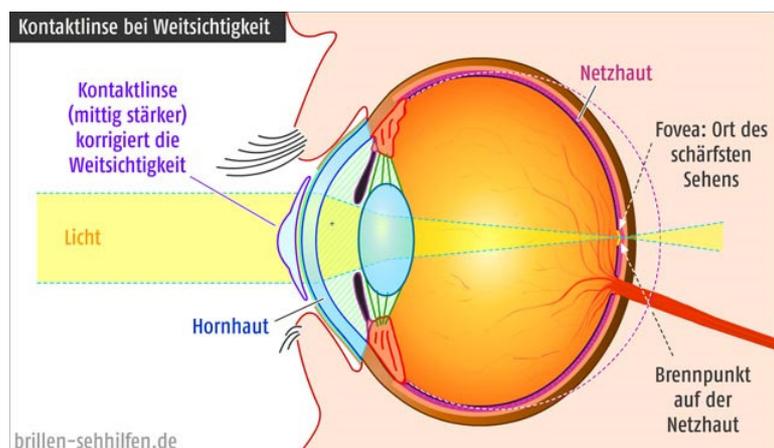


Brille gegen Weitsichtigkeit

Bei Weitsichtigkeit sind im **Brillenpass** (vom Optiker) oder der Brillenverordnung (vom Augenarzt) unter "**Sphäre (Sph)**" für jedes Auge positive Dioptrie-Werte eingetragen, also z.B. +2,5 dpt.

Kontaktlinsen gegen Weitsichtigkeit

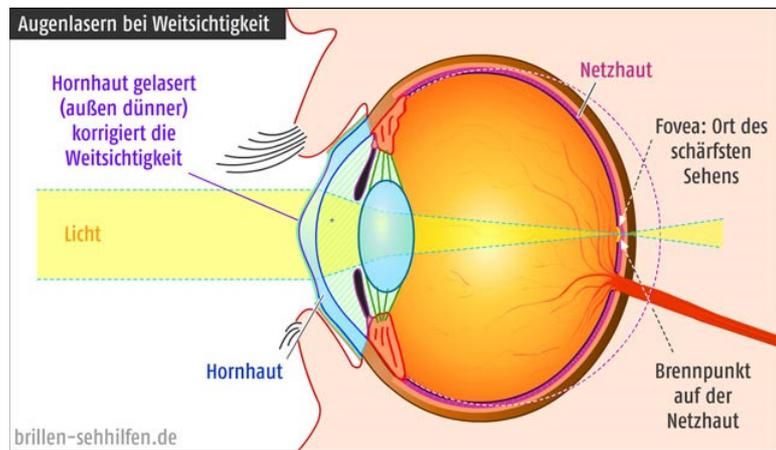
Im Prinzip funktionieren **Kontaktlinsen gegen Weitsichtigkeit** genauso. Nur dass man die Linse nicht in einem Gestell vor dem Auge trägt, sondern direkt auf der Hornhaut des Auges.



Kontaktlinse gegen Weitsichtigkeit

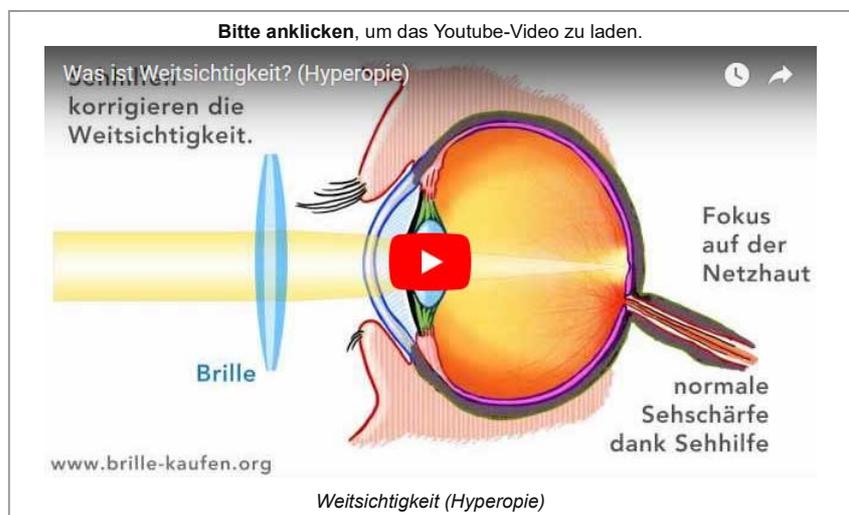
Augenlasern gegen Weitsichtigkeit

Alternativ zur Sehhilfe kann man heutzutage die **Hornhaut (Cornea)** des Auges auch mithilfe des **Augenlasers** so bearbeiten lassen, dass man anschließend wieder ohne Sehhilfe scharf sehen kann (siehe Lasikon: **Augenlasern (LASIK) bei Weitsichtigkeit**). Die Wölbung der Hornhaut wird im Prinzip einfach so weit abgetragen, dass sie wie eine Linse wirkt.



Augenlasern gegen Weitsichtigkeit

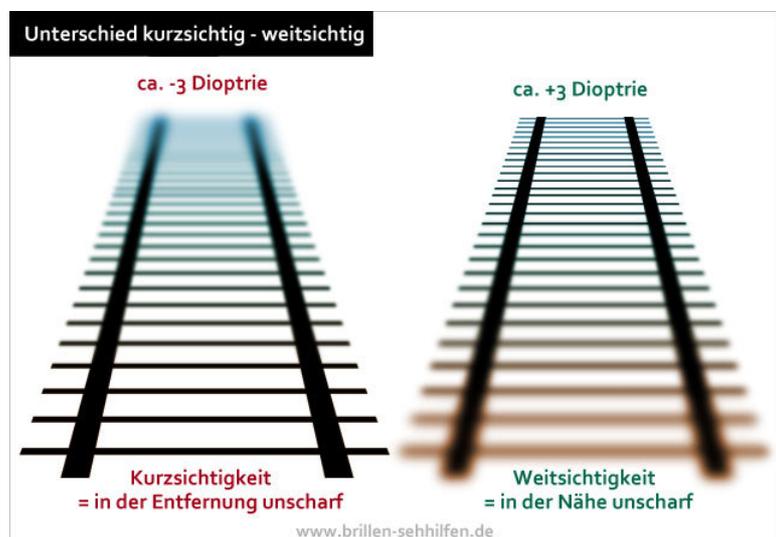
Video: Wie funktioniert Weitsichtigkeit?



Weitsichtigkeit (Hyperopie)

Kurzsichtigkeit

Der umgekehrte Effekt - also ein verlängerter Augapfel - führt zu **Kurzsichtigkeit**. Kurzsichtige Menschen können zwar sehr gut lesen (es sei denn, es kommt eine **Alterssichtigkeit** hinzu), aber sie haben Probleme mit der Weitsicht, zum Beispiel **beim Auto fahren**. Siehe auch: **Unterschied kurzsichtig - weitsichtig**.



Unterschied des Seheindrucks zwischen kurzsichtig und weitsichtig

Quellen / Links

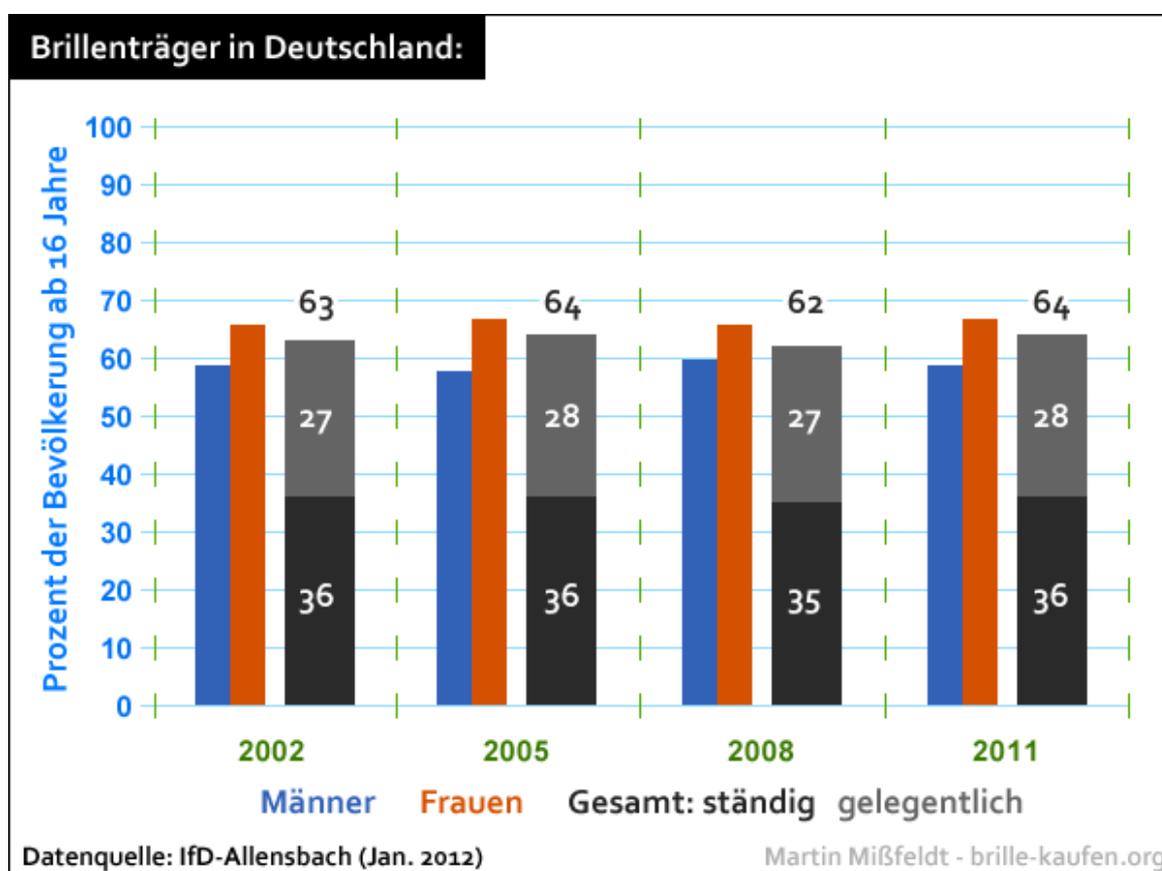
- > OnlineSehtests: [Weitsichtigkeit \(Hyperopie\)](#)
- > [Übersichtigkeit \(Weitsichtigkeit\) bei Wikipedia](#) (verständliche Zusammenfassung)
- > Sehtestbilder.de: [Was ist Weitsichtigkeit?](#)
- > [Was ist Winkelfehlsichtigkeit?](#)

Brillen & Sehhilfen

☰ Brillen

Wieviele Menschen in Deutschland tragen eine Brille?

Mehr als 40 Millionen Deutsche tragen eine **Brille**, das sind fast zwei Drittel aller Menschen in Deutschland (64 Prozent). Davon müssen mit ca. 36 Prozent mehr als ein Drittel die Brille ständig tragen. 28 Prozent braucht die Brille gelegentlich, also zum Beispiel eine **Lesebrille**. Frauen tragen häufiger eine Brille als Männer: Im Jahr 2011 haben **67% der Frauen** und **59% der Männer** eine Brille getragen. Das sind die Ergebnisse einer **Allensbach**-Studie im **Auftrag der KGS** (Kuratorium Gutes Sehen).



Statistik: Wieviel Prozent Brillenträger in Deutschland?

Quelle: IfD-Allensbach 2012

Anteil der Brillenträger in Deutschland stabil

Der Anteil der Brillenträger ist damit in den letzten 10 Jahren relativ stabil. Im Vergleich zu 1952 ist der Anteil der Brillenträger in Deutschland jedoch deutlich angestiegen: von 43 Prozent auf inzwischen 64 Prozent. Über die wahrscheinlich vielfältigen Ursachen kann nur spekuliert werden: Brillen sind inzwischen deutlich akzeptierter, die Auswahl wesentlich größer, die Qualität

der Produkte erheblich besser, die Diagnostik verfeinert. Außerdem muss man bedenken, dass es immer mehr ältere Menschen gibt - je älter, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass man eine Brille braucht. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz kann man sagen: es ist keine Schande mehr, eine Brille zu tragen.

Übrigens ist der Anteil der Brillenträger in Ost und West fast identisch - aber im Osten Deutschlands tragen wesentlich mehr Menschen die Brille nur gelegentlich (West: 26,6% - Ost: 32,4%). Die Ursache dafür ist jedoch ungeklärt.

5% der Deutschen tragen Kontaktlinsen

Die Allensbach-Studie hat ermittelt, dass ca. 5 Prozent der Menschen in Deutschland **Kontaktlinsen** tragen. Interessanterweise ist der Anteil in den Ost-Bundesländern mit 3,6% deutlich geringer als im Westen (5,8%). Weiterhin haben ca. 5 Prozent angegeben, dass sie bereits einmal Kontaktlinsen getragen (ausprobiert) haben, sie aber jetzt nicht mehr tragen (folglich stattdessen auf eine Brille umgestiegen sind).

Quelle: Kuratorium Gutes Sehen (KGS): [Allensbach-Brillenstudie](#)

Die Vuma-Umfrage als Vergleich

Die **Vuma** bietet eine Studie zum Konsumverhalten in Deutschland. Dafür werden über 20.000 Menschen befragt. Eine Teil der Studie beinhaltet Daten zu den Brillenträgern in Deutschland und deren beabsichtigtes Kaufverhalten in 2013:

Brillenbesitzer und Kaufabsicht 2013:		
Bevölkerung ab 14 Jahren (70,214 Millionen), Anteil in Prozent (%)		
mit Sehschwächenkorrektur	Besitze ich	Kaufabsicht 2013
Normale Brille	36,9	4,8
Lesebrille	28,8	3,9
Sonnenbrille	14,1	2,9
Sportbrille	1,0	0,7
Sonstige Brillen	1,7	0,6
ohne Sehschwächenkorrektur		
Sonnenbrille(n)	65,3	7,5
Sportbrillen	6,0	2,2

Datenquelle: vuma-Studie 2013 Martin Mißfeldt - brille-kaufen.org

Statistik: Brillenbesitzer in Deutschland und deren Kaufabsichten 2013

Quelle: vuma

Diese Studie kommt auf ca. 66% Brillenträger in Deutschland (Normale Brille und Lesebrille) und stimmt damit weitgehend mit der Allensbach-Studie überein. Auch der Anteil von "*trage ständig*" (normale Brille) zu "*trage gelegentlich*" (Lesebrille) stimmt so ungefähr mit den Ergebnissen der Allensbach-Studie überein.

Man erkennt, dass 4,8 Prozent der Menschen ab 14 Jahre gedenken, sich eine (neue) Brille zu kaufen. In absoluten Zahlen sind das ca 3,3 Mio Menschen. Bei den **Lesebrillen** liegt der Anteil bei 3,9 Prozent, also ca. 2,7 Mio. Kaufabsichten.

Eine neue **Sonnenbrille** mit Sehschwächekorrektur wollen sich ca. 2 Mio. Menschen zulegen, eine Sonnenbrille ohne Sehschwächekorrektur über 5 Mio. Menschen.

Quelle: [vuma-Studie](#) (Seite 16)

Weiterlesen?

- › [Wie funktioniert eine Brille?](#)
- › [Was kostet eine neue Brille?](#)
- › [Wann braucht man eine Brille?](#)
- › [Unterschied kurzsichtig - weitsichtig](#)

Sehprobleme

- [Kurzsichtigkeit](#)
- [Weitsichtigkeit](#)
- [Alterssichtigkeit](#)
- [Astigmatismus](#)
- [Winkelfehlsichtigkeit](#)
- [Grauer Star \(Katarakt\)](#)
- [Rot-Grün-Schwäche](#)
- [Rot-Grün-Schwäche Simulator](#)
- [Dioptrien Simulator](#)

Beliebte Themen

- [Gleitsichtbrillen-Arten](#)
- [Welche Brille? \(Infografik\)](#)
- [DriveSafe Autofahrbrille](#)
- [Digitalbrille](#)

[Holzbrillen](#)

[Rasterbrille](#)

[Brillenpflege](#)

[Kontaktlinsen](#)

[Augenlasern - gute Alternative?](#)

[Akkommodation](#)

[Dioptrie](#)

[Optik](#)

[Führerschein-Sehtest](#)

Brillenarten

[Brillenarten](#)

[Damenbrillen](#)

[Herrenbrillen](#)

[Vollrandbrillen](#)

[Halbrandbrillen](#)

[Randlose Brillen](#)

FAQ

[FAQ - Häufige Fragen](#)

[Weitere Links](#)

Anzeige

© 2012 - 2020 - Autor: Martin Mißfeldt - [Datenschutz](#) - [Impressum](#) - [brillen-sehhilfen.de](https://www.brillen-sehhilfen.de)



FAQ Begriffssuche



Kategorie - Produkte

- ▶ Wenn der Preis für eine my-Spexx Brille so niedrig ist, ist dann auch die Qualität schlecht? (<https://www.my-spexx.de/faq/schlechte-qualitaet-bei-niedrigen-preisen.html>)
- ▶ Wie kann sichergestellt werden, dass meine Brille passt? (<https://www.my-spexx.de/faq/sicherstellen-dass-die-brille-passt.html>)
- ▶ Wie putze ich meine Brille richtig? (<https://www.my-spexx.de/faq/brille-richtig-putzen.html>)
- ▶ Ist ein Brillenspray gut zum Brille putzen? (<https://www.my-spexx.de/faq/brillenspray-nutzen.html>)
- ▶ Erhält man beim Brillenkauf einen Zuschuss vom Arbeitgeber? (<https://www.my-spexx.de/faq/zuschuss-vom-arbeitgeber.html>)
- ▶ Kann ich eine Brille von der Steuer absetzen? (<https://www.my-spexx.de/faq/brille-von-der-steuer-absetzen.html>)
- ▶ Welche Vorteile bringt ein Lotuseffekt? (<https://www.my-spexx.de/faq/vorteile-lotuseffekt.html>)
- ▶ Wie sollte ich meine Sonnenbrillen aufbewahren? (<https://www.my-spexx.de/faq/sonnenbrillen-richtig-aufbewahren.html>)
- ▶ Woher bekomme ich einen Gutschein für my-Spexx? (<https://www.my-spexx.de/faq/gutscheine-my-spexx.html>)
- ▶ Was sind entspiegelte Gläser? (<https://www.my-spexx.de/faq/was-sind-entspiegelte-glaeser.html>)
- ▶ Wann zahlt der Arbeitgeber eine Arbeitsplatz-Brille? (<https://www.my-spexx.de/faq/bildschirmarbeitsplatzbrille-was-zahlt-der-arbeitgeber.html>)

Was sind entspiegelte Gläser?

Entspiegelte Brillengläser gehören heute bei den meisten Brillen zur Grundausstattung. Sie sorgen für ein reflexionsfreies und angenehmes Sehen zu jeder Tageszeit .

Was ist entspiegeltes Glas?

Ob Einstärkengläser oder Mehrstärkengläser; alle Glasarten können mit einer Entspiegelung versehen werden. Dabei handelt es sich um eine **reflexmindernde Schicht, die auf die Oberfläche des Brillenglases aufgetragen wird und eine Spiegelung darin verhindert**. Für den Brillenträger bedeutet dies, dass er störungsfrei sehen kann. Zudem wird das Glas dadurch etwas klarer, was sich ebenfalls positiv auf das Sehen auswirkt. Doch auch für das Gegenüber sind entspiegelte Gläser gut: Es sieht sich nämlich nicht mehr in den Gläsern des Brillenträgers, was allgemein als störend empfunden wird.

Übrigens: Eine Entspiegelung kann auf alle optischen Materialien aufgetragen werden. Also auf optische Brillengläser aus Mineral, Kunststoff und Polycarbonat. Mitunter werden nicht nur Brillengläser entspiegelt, sondern auch Linsen von Fotoapparaten, Ferngläsern und Operngläsern.

Wann lohnt sich eine Entspiegelung und mit welchen anderen Beschichtungen kann diese kombiniert werden?

Eine Entspiegelung wird in drei verschiedenen Stufen angeboten. Augenoptiker empfehlen immer die höchste Stufe, da diese die meisten Reflexionen mindert. Lohnenswert ist sie eigentlich immer, da sie generell eine bessere Sicht schafft. Besonders wichtig ist sie aber dann, wenn man die Brille zum Autofahren oder bei längeren Tätigkeiten am Computer trägt. Hier strapazieren Reflexionen die Augen und können zu Kopfschmerzen und Augenbrennen führen.

Neben einer Entspiegelung bieten sich aber auch noch andere Veredelungen für Brillengläser an. Besonders beliebt sind Härtungsschichten, die auf die Gläser aufgetragen werden, um die Oberflächen der ansonsten sehr weichen Materialien vor Kratzern und Beschädigungen zu schützen. Außerdem kann eine schmutzabweisende Pflegeschicht mit Lotuseffekt aufgetragen werden, die Wasser und Staub von der Oberfläche der Gläser fernhält. Weitere Beschichtungen, die Ihre Augen schützen und das Tragen der Brille angenehmer machen, finden Sie bei unseren Brillenglas-Beschichtungen (<http://www.my-spexx.de/brilleninfos/brillenglaeser/einstaerkenglaeser/brillenglas-beschichtung/>). Tönungen werden hingegen nur bei Mineralgläsern als Beschichtung verwendet. Kunststoffgläser sind durchgängig getönt und nicht nur beschichtet.

Kategorie: Produkte (<https://www.my-spexx.de/faq/faq-produkte/>)

War dieser Artikel hilfreich?



5 ▾

Bewerten

BAföG-Höhe

Auch wenn Du Deinen BAföG-Antrag (/bafog/bafog-antrag) stellst und schon weißt oder vermutest, dass Du generell BAföG-Anspruch (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-anspruch>) hast, ist Deine BAföG-Höhe ungewiss. Den Höchstsatz-BAföG bekommen übrigens nur die Allerwenigsten. Eine wichtigere Rolle, bei der Berechnung Deines persönlichen BAföG-Höchstsatzes, spielt Dein Einkommen und das Deiner Eltern/ Deines Partners und Dein damit verbundenes Vermögen. Außerdem hängt der BAföG-Höchstsatz 2020 auch davon ab, ob Du Studenten-BAföG (/bafog/studenten-bafog) oder Schüler-BAföG (/bafog/schueler-bafog) beantragen möchtest. Auch als Ausländer hast Du grundsätzlich die Möglichkeit den BAföG-Höchstsatz zu bekommen. Dazu musst Du einen Antrag auf BAföG für Ausländer (/bafog/bafog-fuer-auslaender) stellen. Eine gute Einschätzung, ob Du den Höchstsatz erhalten kannst, bietet Dir zunächst einmal unser BAföG-Rechner (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>). Was genau Dein BAföG-Höchstsatz ist und wie er sich berechnet, erfährst Du in diesem Artikel.

BAföG-Höchstsatz 2020: Bis zu 853 € pro Monat

Der BAföG-Höchstsatz 2020- unabhängig davon ob Du Schüler - oder Studenten-BAföG beantragen (/bafog/bafog-beantragen) möchtest - ist davon abhängig, ob Du noch bei Deinen Eltern wohnst und ob Du eine eigene Krankenversicherung bzw. Pflegeversicherung hast. Bist Du selbst versichert erhöht sich der Betrag für jeden Antragsteller um **109 € pro Monat (KV/PV-Zuschlag)**. Alle nützlichen Informationen hierzu, haben wir für Dich in der Thematik BAföG und Krankenversicherung (/bafog/bafog-krankenversicherung) zusammengefasst. Der Zuschlag bei einer eigenen Wohnung ist wiederum von Deiner Ausbildungsstätte abhängig. Für Studenten liegt dieser bei 325 € pro Monat. Zusätzlich kannst Du Dich mit BAföG von der GEZ (/bafog/bafog-gez-rundfunkbeitrag)befreien lassen. Somit sparst Du ebenfalls 17,50 € pro Monat. Der Höchstsatz-BAföG 2018 war übrigens deutlich geringer, als der BAföG-Höchstsatz 2019. Welche Änderungen genau am BAföG-Höchstsatz 2018 vorgenommen wurden, und wie viel mehr Du als beim BAföG 2020 bekommst, erfährst Du in diesem Artikel. Wenn Du den Höchstsatz bekommen solltest, aber die Zahlung des BAföG-Amtes nicht rechtzeitig erfolgt ist, kannst Du einen BAföG-Härtefallantrag (/bafog/bafog-haertefallantrag) stellen.

Studenten-BAföG Höchstsatz

Die berechtigte Frage, die sich die meisten Studenten stellen, lautet: "Wie hoch ist BAföG für Studenten? **Studenten** an einer Hochschule können mit bis zu 853 € pro Monat den höchsten BAföG-Satz überhaupt bekommen. Dies gilt selbstverständlich auf bei BAföG für den Master (/bafog/bafog-master) oder bei BAföG für ein Zweitstudium (/bafog/bafog-zweitstudium). Diesen BAföG-Satz 2020 kannst Du allerdings nur bekommen, falls Du Deinen eigenen Haushalt hast, also nicht mehr zu Hause wohnst und noch nicht das Ende der BAföG-Förderungshöchstdauer (/bafog/foerderungshoehstdauer-bafog) erreicht hast.

	Du wohnst bei den Eltern + Zuschlag KV/PV	Du wohnst nicht bei den Eltern + Zuschlag KV/PV
Hochschulen	474 € + 109 € = 583 €	744 € + 109 € = 853 €

berechnen (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>) **berechnen** (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>)

Übrigens: Die BAföG-Rückzahlung (/bafog/bafog-rueckzahlung) ist beim Studenten-BAföG auf 10.000 € des Darlehensanteils (50 % des bezogenen BAföGs) begrenzt. >Jetzt Studenten-BAföG berechnen (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>)

Schüler-BAföG-Höchstsatz

Der Schüler-BAföG-Höchstsatz richtet sich primär nach der Art Deiner Ausbildung. Der BAföG-Satz 2018 hängt also von Deiner Ausbildungsstätte ab. Für **Schüler-BAföG** gibt es je nach Ausbildungsstätte einen Schüler-BAföG-Höchstsatz von **bis zu 673 €**. Die BAföG-Sätze fürs Schüler-BAföG musst Du im Gegensatz zum Studenten-BAföG nicht zurück zahlen. Hier findest Du die BAföG-Höhe 2018 für Schüler:

<p>weiterführende allgemeinbildende Schulen und Berufsfachschulen ab Klasse 10 sowie Fach-/ Fachoberschulen</p> <p><i>(abgeschlossene Berufsausbildung ist Voraussetzung)</i></p>	<p>Du wohnst bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>Keine Förderung</p>	<p>Du wohnst nicht bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>580 € + 109 € = 689 €</p>
<p>Berufsfachschul- und Fachschulklassen</p> <p><i>(mindestens zweijähriger Bildungsgang vermittelt berufsqualifizierenden Abschluss - keine abgeschlossene Berufsausbildung ist Voraussetzung)</i></p>	<p>Du wohnst bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>243 € + 109 € = 352 €</p>	<p>Du wohnst nicht bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>580 € + 109 € = 689 €</p>
<p>Abendhaupt- und Abendrealschulen, Berufsaufbau- schulen, Fachoberschulklas- sen</p> <p><i>(abgeschlossene Berufsausbildung ist Voraussetzung)</i></p>	<p>Du wohnst bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>439 € + 109 € = 548 €</p>	<p>Du wohnst nicht bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>675 € + 109 € = 784 €</p>
<p>Fachschulklassen</p> <p><i>(abgeschlossene Berufsausbildung ist Voraussetzung), Abendgymnasien, Kollegs</i></p>	<p>Du wohnst bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>446 € + 109 € = 555 €</p>	<p>Du wohnst nicht bei den Eltern + Zuschlag KV/PV</p> <p>716 € + 109 € = 825 €</p>
<p>berechnen (https://www.mystipendium.de/bafög/hilfen/wohnen) berechnen (https://www.mystipendium.de/bafög/hilfen/wohnen) berechnen (https://www.mystipendium.de/bafög/hilfen/wohnen)</p>		

AuslandsBAföG-Höchstsatz

Wenn Du AuslandsBAföG (/bafög/auslandsbafög) beantragen willst, setzt sich Dein AuslandsBAföG-Höchstsatz zunächst ähnlich wie im Inland zusammen. Zusätzlich zu Deinem BAföG-Höchstsatz 2020 kannst Du aber noch weitere Beträge bekommen. Das führt auch dazu, dass Deine Chancen steigen, BAföG während eines Auslandsaufenthaltes zu beziehen. Folgende Zuschüsse kannst Du beantragen:

- **Fahrtkosten:** 250 € innerhalb der EU / 500 € außerhalb der EU für den gesamten Auslandsaufenthalt.
- **Studiengebühren im Ausland:** bis zu 4.600 € für maximal ein Studienjahr werden übernommen (Nachweis der Ablehnung eines Befreiungsgesuches nötig).
- **Auslands-Krankenversicherung:** Zusätzliche Kosten werden bis zu 71 € pro Monat übernommen (nur auf Antrag).
- **landesspezifischer Zuschlag:** Für bestimmte Länder außerhalb der EU wird je nach Land ein zusätzlicher monatlicher Auslandszuschlag gewährt, z.B. Japan 195 €, Norwegen 130 €.

>Jetzt Auslands-BAföG berechnen (<https://www.mystipendium.de/bafoeg/bafoeg-rechner>)

Neben dem AuslandsBAföG kannst Du zusätzlich durch Erasmus gefördert werden. BAföG und Erasmus (/bafoeg/erasmus-bafoeg) zusammen können Dich im Ausland mit bis zu 1.035 € pro Monat unterstützen. Übrigens: Wenn Du **eigene Kinder** hast, dann kannst Du Dir unter bestimmten Bedingungen einen Kinderbetreuungszuschlag sichern - das gilt sowohl für das Innlands- als auch für das AuslandsBAföG. Dieser beträgt **130 € für jedes Kind**. Die einzelnen Bedingungen findest Du in unserem BAföG mit Kind (/bafoeg/bafoeg-mit-kind) Artikel.

Elternunabhängiges BAföG: Höchstsatz

Der Höchstsatz für elternunabhängiges BAföG beträgt die gleiche Höhe wie beim Studenten- oder Schüler-BAföG, wenn Du nicht mehr bei Deinen Eltern wohnst. Der Höchstsatz für BAföG hängt hier also nur von Deiner Ausbildungsstätte ab. Beim Besuch einer **Hochschule** kannst Du mit dem elternunabhängigen BAföG-Höchstsatz von bis zu **853 €** gefördert werden. Wenn Du eine weiterführende allgemeinbildende Schule, eine **Berufsfachschule ab der 10. Klasse oder eine Fach-/Fachoberschule** besuchst, bekommst Du seit der BAföG-Erhöhung 2019 einen Höchstsatz von **689 €**. Auch bei **Berufsfachschul- und Fachschulklassen** beträgt Dein elternunabhängiger BAföG-Höchstsatz 2020 **689 €** im Monat. Wenn Du auf eine **Abendhaupt- und Abendrealschulen, Berufsaufbauschulen** gehst oder eine **Fachoberschulklasse oder Fachschulklasse** besuchst, bekommst Du **825 €** monatlich.

BAföG-Satz: So setzt sich Dein BAföG zusammen

Dein persönlicher BAföG-Satz setzt sich im Inland aus dem Grundbedarf, einer Wohnungspauschale, gegebenenfalls einem Wohnungszuschlag und einem Zuschlag für BAföG und Krankenversicherung zusammen.

Wie viel BAföG in Deinem Fall

Dein persönlicher BAföG-Höchstsatz ist von verschiedenen Faktoren abhängig. BAföG, wie hoch es ist und wie viel BAföG Du bekommst hängt maßgeblich von der **Art der Ausbildung** ab: Der maximale BAföG-Satz für Studenten (853 €/Monat) ist höher als Schüler-BAföG-Höchstsatz (708 €/Monat). Außerdem hängt Dein BAföG-Satz vom **Einkommen und den steuerfreien Einkünften Deiner Eltern** ab. Umso höher das Einkommen Deiner Eltern ist, desto weniger BAföG bekommst Du. Das BAföG-Amt geht dann nämlich davon aus, dass Deine Eltern genug Geld haben, um Dich im Studium zu unterstützen. Gleiches gilt übrigens, wenn Du einen festen Partner hast.

Falls Du selber ein hohes **eigenes Einkommen und Vermögen** besitzen solltest, hat das direkte Auswirkungen auf Deinen BAföG-Satz. Erst einmal musst Du sicherstellen, dass beim BAföG das Vermögen (/bafoeg/bafoeg-vermoegen) den Freibetrag von 7.500 € nicht übersteigt, da Du sonst keine Förderung erhältst.

Zuschläge zu Deinem BAföG-Höchstsatz gibt es für folgendes:

- **Wohnsituation:** Wenn Du in einer eigenen Wohnung wohnst, erhältst Du dafür einen Wohnzuschlag und kommst dem Höchstsatz für BAföG näher
- **Krankenversicherung:** Abhängig davon, ob Du über die Eltern oder selbst versichert bist, kannst Du seit der BAföG-Erhöhung 2019 einen Zuschlag von 109 € pro Monat erhalten.
- **Eigene Kinder:** Für Kinder unter 10 Jahre bekommst Du 130 € pro Monat für jedes Kind.
- **Auslandsaufenthalt:** Im Rahmen von AuslandsBAföG können länderspezifische Zuschläge, Fahrtkostenzuschüsse, Studiengebühren und Auslandskrankenversicherungszuschläge gewährt werden.

>Jetzt BAföG-Anspruch ermitteln (<https://www.mystipendium.de/bafoeg/bafoeg-rechner>)

Inhalt

Schüler-BAföG: Höhe

Die Schüler-BAföG-Höhe 2020 entspricht dem vom BAföG-Amt (/bafog/bafog-amt) angenommenen Bedarf für Deine Lebenssituation. Um Deinen persönlichen Höchstsatz-BAföG 2020 zu ermitteln, wird jedoch erst einmal Dein eigenes Einkommen und Vermögen sowie das Einkommen und Vermögen Deiner Eltern und ggf. Deines Ehepartners angerechnet.

Das Schüler-BAföG setzt sich aus vier Komponenten zusammen:

1. **Grundbetrag:** Die Höhe Deines Schüler-BAföGs hängt von Deiner Bildungsstätte ab.
2. **Zuschuss zu den Mietkosten**
3. **Zuschuss für Deine Kranken- und Pflegeversicherung:** Du bekommst einen Zuschuss in Höhe von 84 € für die Krankenversicherung und 25 € für die Pflegeversicherung
4. **Kinderbetreuungszuschlag:** Falls Du eigene Kinder unter 14 Jahren hast, bekommst Du je Kind 140 €

Der einzige Unterschied für die Berechnung des Schüler-BAföG Satz im Vergleich zum Studenten-BAföG ist, dass der Grundbetrag niedriger ist als für Studenten, Auszubildende eines Abendgymnasiums, einer Fachschule und einem Kolleg.

Dein persönlicher BAföG-Satz wird übrigens regelmäßig neu berechnet. Dazu werden in regelmäßigen Abständen entsprechende Einkommensnachweise aller Beteiligten gefordert.

ADVERTISING



BAföG Erhöhung 2019

Mit der BAföG Erhöhung 2019 wurde der BAföG-Höchstsatz um 16 Prozent von 735 € auf 853 € pro Monat erhöht. Im Jahr 2020 erhöht sich der Höchstsatz nochmal auf 861 €. Zusätzlich wurden die Freibeträge vom Einkommen um 16 Prozent erhöht. Damit sollen insgesamt mehr Menschen BAföG-berechtigt sein und damit auch BAföG erhalten können. Auch der Freibetrag für das eigene Vermögen wurde von 7.500 € auf 8.200 € angehoben. Der neue, höhere Freibetrag tritt allerdings erst im Wintersemester 20/21 in Kraft

Zudem wurden viele Bedarfssätze mit der BAföG Erhöhung 2019 angehoben. Der Zuschlag für Krankenversicherung und Pflegeversicherung steigt von insgesamt 86 € auf 109 €. Menschen über 30 erhalten neuerdings einen deutlich höheren Zuschlag von 189 €.

Inhalt

BAföG Erhöhung 2016

Nach langem Stillstand in Sachen BAföG-Höhe, gab es **August 2016** für Studenten die **BAföG-Erhö-
hung 2016**. Schüler, Studenten und Azubis bekommen seit der BAföG-Erhö-
hung 2016 **7 % mehr Un-
terstützung**. Der BAföG-Höchstsatz 2016 stieg damit um 65 € gegenüber dem BAföG-Höchstsatz 2015.
Der Höchstsatz betrug somit 735 € im Monat (BAföG-Höchstsatz 2015: 670 €). Im Detail wurde der
Grundbedarf als auch der Bedarf für die Unterkunft beim BAföG-Satz 2016 nach oben korrigiert.

Überproportional gestiegen ist der Zuschuss für die eigene Wohnung. Besonders profitierten von der
BAföG-Erhö-
hung 2016 also diejenigen Studenten, die in einer eigenen Wohnung und nicht mehr bei
den Eltern wohnen. Zusätzlich erhielten Studenten aber nach der BAföG-Erhö-
hung 2016 einen **höhe-
ren Zuschuss für Kranken,- und Pflegeversicherung**.

BAföG-Höhe: Einfluss von Einkommen und Vermögen

Für die Ermittlung von Deinem Höchstsatz-BAföG 2019 wird folgendes Einkommen und Vermögen be-
rücksichtigt:

- Dein Einkommen und Vermögen
- Das Einkommen und steuerfreie Einkünfte Deiner Eltern
- Das Einkommen und steuerfreie Einkünfte Deines Ehepartners

Da der Staat Deine Eltern prinzipiell in der Pflicht sieht, Deine Ausbildung mitzufinanzieren, prüft das
BAföG-Amt, ob Sie dazu voll oder teilweise in der Lage sind. Verdienen beide Elternteile gut, wird es
vermutlich sehr schwer den BAföG-Höchstsatz zu erhalten.

Solltest Du allerdings die Voraussetzungen für ein elternunabhängiges BAföG
(/bafog/elternunabhaengiges-bafog) erfüllen, wird das Einkommen Deiner Eltern vernachlässigt.

BAföG-Höchstsatz durch Einkommen der Eltern/ des Partners verringert

Bei der Berücksichtigung des Einkommens Deiner Familie zählt nur das Einkommen Deiner leiblichen
Eltern oder Adoptiveltern. Stiefeltern bleiben unberücksichtigt. Das **Einkommen aus dem vorletzten
Kalenderjahr** ist dabei maßgebend. Sollte allerdings das aktuelle Einkommen Deiner Eltern deutlich
niedriger sein, kann ein **Aktualisierungsantrag** gestellt werden. Bei der Anrechnung werden jedoch
einige Freibeträge gewährt, die den BAföG-Höchstsatz eventuell doch noch möglich machen:

- **Freibeträge für Geschwister:** Jedes Geschwisterteil, das nicht BAföG-förderungsfähig ist, vermindert
das Einkommen der Eltern um maximal 555 € (weitere Informationen findest Du im BAföG Geschwis-
ter (/bafog/bafog-geschwister)-Artikel).
- **Freibetrag vom Einkommen:** Pauschalbetrag in Höhe von 1.835 € bei verheirateten Eltern (sonst
pro Elternteil 1.225 €).
- **Prozentualer Freibetrag:** Setzt sich zusammen aus 5 % des Freibetrages für Kinder plus 50 % des
übrigen Einkommens nach allen Abzügen.
- **Freibetrag Stiefeltern:** Sollten Deine Eltern geschieden sein, gibt es einen Freibetrag für eine(n)
eventuelle(n) Stiefmutter/Stiefvater. Aber nur falls diese(r) weniger als 610 € im Monat verdient.

Hast Du weitere **BAföG-berechtigte Geschwister**, wird das Einkommen der Eltern zu gleichen Teilen
zwischen Euch aufgeteilt und auf die Höhe Deines BAföGs angerechnet. Sind Deine Eltern geschieden
und haben eigene Kinder aus einer weiteren Partnerschaft, werden diese ebenfalls berücksichtigt.

Bist Du bereits verheiratet, wird auch das **Einkommen Deines Ehepartners herangezogen**. Auch davon werden die oben genannten prozentualen Freibeträge, der Freibetrag vom Einkommen (1.225 €) und der Freibetrag pro Kind von 555 € (bei gemeinsamen Kindern nur bei einem Elternteil anrechenbar) abgezogen.

BAföG-Höchstsatz trotz eigenem Einkommen

Es gelten für Dein eigenes Einkommen Grenzen und Freibeträge, die es dennoch möglich machen, den BAföG-Höchstsatz zu beziehen. Solltest Du trotz BAföG einen Nebenjob (/bafog/bafog-nebenjob) nachgehen, kannst Du seit der BAföG-Erhöhung 2016 bis zu 450 € verdienen, ohne Einbußen beim BAföG hinzunehmen. Das gilt allerdings nur, wenn Du nebenher kein Gehalt aus einem Pflichtpraktikum oder einer Waisenrente beziehst. Wann genau ein Praktikum als Pflichtpraktikum gilt, kannst Du in unserem BAföG im Praktikum (/bafog/bafog-praktikum) -Artikel nachlesen. Beim Bezug einer Waisenrente gilt ein Freibetrag von 140 €, solange Du nicht Schüler einer Berufsfachschule bist, die eine Berufsausbildung nicht voraussetzt (hier ist der Freibetrag 195 €). Einkünfte aus einem Stipendium sind ebenfalls anzurechnen, insofern Sie nicht zweckbestimmt sind. Leistungs- und bedarfsabhängige Stipendien sind bis zu 300 € monatlich anrechnungsfrei. Wie Du siehst, ist es durchaus möglich BAföG mit Stipendien (/bafog/bafog-stipendium) oder Einkünften aus anderen Quellen zu vereinen.

Folgende Freibeträge bekommst Du auf Dein Einkommen:

- **Kinderfreibetrag:** 555 € für jedes eigene Kind
- **Freibetrag Einkommen:** Pauschale von 290 €
- **Freibetrag Partner:** 610 € bei einer Ehe (gemindert um das bereinigte Einkommen des Partners)

Beim Vermögen **hast Du einen Freibetrag von bis zu 7.500€**. Dieser Betrag erhöht sich sogar bei einer Ehe oder für jedes eigene Kind um jeweils 2.100 €. Ab dem Wintersemester 2020 erhöht sich der Freibetrag auf 8.200 €. Der Freibetrag für den Partner bzw. Kinder erhöht sich von 2.100 € auf 2.300 €.

Wenn Du die jeweiligen Grenzen des Einkommens nicht übersteigst, ist es durchaus möglich, den BAföG-Höchstsatz zu bekommen. Der BAföG-Höchstsatz ist 2019 auf 853 € gestiegen. Durch die BAföG-Erhöhung 2019 liegt der BAföG-Höchstsatz 2019 somit 118 € über dem maximalen BAföG-Satz 2018. Falls Du den Höchstbetrag bereits bewilligt bekommen hast, musst Du darauf achten, diese Grenzen nicht durch eventuelle Einkünfte aus Praktika oder eines Stipendiums zu gefährden. Sonst stehst Du möglicherweise danach mit weniger da, als Dir die zusätzliche Bezugsquelle bringt. Seit Anfang des Jahres erhältst Du unter bestimmten Voraussetzungen einen Mindestlohn im Praktikum (/praktikum/mindestlohn-praktikum) von 9,35 € (Stand: 01.01.2020). Hierbei musst Du besonders gut aufpassen, dass Dein BAföG nicht durch zu hohe jährliche Einkünfte gekürzt wird.

>Jetzt BAföG-Anspruch ermitteln (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>)

Weitere BAföG-Artikel:

- **BAföG und Geschwister** (/bafog/bafog-geschwister): So beeinflussen Deine Geschwister Dein BAföG
- **BAföG-Rechner** (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-rechner>): Ermittle die Höhe Deines BAföG Anspruch
- **BAföG-Leistungsnachweis** (/bafog/bafog-leistungsnachweis): Wer braucht ihn?
- **BAföG und Hartz IV** (/bafog/bafog-und-hartz-iv): Welchen Einfluss hat Hartz IV auf BAföG?
- **BAföG-Anspruch** (<https://www.mystipendium.de/bafog/bafog-anspruch>): Finde in wenigen Klicks heraus, ob Du BAföG-berechtigt bist

Inhalt

Zum Verfassen von Kommentaren bitte Anmelden (</user/login?destination=node/7656%23comment-form>) oder Registrieren (</user/register?destination=node/7656%23comment-form>).



(<https://www.mystipendium.de/bafoeg/bafoeg-stipendium>)

[BAföG und Stipendium: Anrechnung vom... \(/bafoeg/bafoeg-stipendium\)](/bafoeg/bafoeg-stipendium)

[Weiterlesen > \(/bafoeg/bafoeg-stipendium\)](/bafoeg/bafoeg-stipendium)



(<https://www.mystipendium.de/stipendien/aussergewoehnliche-stipendien>)

[Die 15 ungewöhnlichsten Stipendien \(/stipendien/aussergewoehnliche-stipendien\)](/stipendien/aussergewoehnliche-stipendien)

[Weiterlesen > \(/stipendien/aussergewoehnliche-stipendien\)](/stipendien/aussergewoehnliche-stipendien)

Inhalt



(<https://www.mystipendium.de/studienfinanzierung/guenstiges-girokonto>)

[Günstiges Giro-Kontomodell -... \(/studienfinanzierung/guenstiges-girokonto\)](#)

[Weiterlesen > \(/studienfinanzierung/guenstiges-girokonto\)](#)



(<https://www.mystipendium.de/studienfinanzierung/dsl-tarifvergleich>)

[DSL-Tarifvergleich: Spare bis zu 240 €... \(/studienfinanzierung/dsl-tarifvergleich\)](#)

[Weiterlesen > \(/studienfinanzierung/dsl-tarifvergleich\)](#)



(<https://www.mystipendium.de/geld/cashback-geld-zurueck-aktionen>)

[Cashback- und Geld zurück-Aktionen \(/geld/cashback-geld-zurueck-aktionen\)](/geld/cashback-geld-zurueck-aktionen)

[Weiterlesen > \(/geld/cashback-geld-zurueck-aktionen\)](/geld/cashback-geld-zurueck-aktionen)



<https://www.mystipendium.de/geld/geld-verdienen-nebenbei>

[Geld verdienen nebenbei: 10 Tricks wie Du... \(/geld/geld-verdienen-nebenbei\)](/geld/geld-verdienen-nebenbei)

[Weiterlesen > \(/geld/geld-verdienen-nebenbei\)](/geld/geld-verdienen-nebenbei)

(/)



[Für Stipendiengeber \(/fuer-stipendiengeber\)](/fuer-stipendiengeber)

[Stipendienverzeichnis \(/stipendienverzeichnis\)](/stipendienverzeichnis)

[Über uns \(/ueber-uns\)](/ueber-uns)

[Karriere \(/karriere\)](/karriere)

[Schulen & Hochschulen \(/schulen-hochschulen\)](/schulen-hochschulen)

[Presse \(/presse\)](/presse)

[FAQ \(/faqs\)](/faqs)

[Datenschutz \(/datenschutz\)](/datenschutz)

[Impressum \(/impressum\)](/impressum)

[Nutzungsbedingungen \(/nutzungsbedingungen\)](/nutzungsbedingungen)

Inhalt

PLZ oder Stadt eingeben

Suchen & Sparen

HOME » SEHSCHWÄCHE » FEHLSICHTIGKEIT

FEHLSICHTIGKEIT

- Was ist eine Fehlsichtigkeit?
- Fehlsichtigkeit und Augenkrankheit - Unterschied
- Arten von Fehlsichtigkeiten
- Ursachen von Fehlsichtigkeiten
- Symptome von Fehlsichtigkeiten
- Korrektur von Fehlsichtigkeiten
- Fehlsichtigkeit bei Kindern?
- Jetzt bis zu 100€ beim Kauf Ihrer neuen Brille sparen!

WAS IST EINE FEHLSICHTIGKEIT?

Augenoptiker und Augenärzte unterscheiden zwischen **Rechtsichtigkeit** (Emmetropie) und **Fehlsichtigkeit** (Ametropie) eines Auges.

Die **Rechtsichtigkeit** stellt so etwas wie den Idealzustand des Sehens dar und wird bei allen Vergleichen als die physiologische Norm angenommen.

Ein **rechtsichtiges Auge** bildet ein von einem entfernten Gegenstand ausgehendes Bündel paralleler Strahlen also scharf auf der Netzhaut ab, denn der Brennpunkt des Systems liegt auf der Netzhaut.



Caritas
Deutschland



Sie sind hier: [caritas.de](https://www.caritas.de) > Jeder verdient Gesundheit > Fakten



NACHGEFRAGT | Hartz IV-Empfänger

Kein Geld für eine Brille

Viele arme Menschen können sich keine Brille leisten, die ihre Sehfehler ausgleicht. Wer davon betroffen ist und welche Folgen das hat, beschreibt Sozialarbeiterin Vera Lanvers, die in der Caritas-Sozialberatung Menschen mit wenig Geld berät.

Wieso können sich viele Menschen keine Brille mehr leisten?

Viele Menschen, die in unsere Sozialberatung kommen und kein Geld für eine Brille haben sind

Arbeitslosengeld II-Empfänger oder erhalten Grundsicherung. Häufig haben Menschen, die sich keine Sehhilfe leisten können, auch andere gesundheitliche Probleme. Die müssen dann Medikamente, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, aus ihrem Regelsatz bezahlen. Das sind oft zusätzliche Kosten von um die 60 Euro im Monat, und dann klappt das finanziell nicht mehr, sich eine Brille anzuschaffen.



In den Caritas-Beratungsstellen stellen arme Menschen immer wieder die Frage: Wie komme ich an eine Brille?
DCV/Saskia Uppenkamp

Ist das ein neues Problem?

Die Situation hat sich mit der Einführung von Hartz IV durchaus verschärft. Für die Klienten ist es schwierig, Mehrbedarfe beim Jobcenter durchzusetzen.

Das heißt die Geringverdiener sind davon nicht betroffen? Doch. Die verdienen zum Beispiel 40 Euro über dem Satz und haben nicht die Vergünstigungen, die ein ALG II Bezieher hat, also beispielsweise die Befreiung von den GEZ-Gebühren oder ein günstigeres Ticket für die öffentlichen Verkehrsmittel. Zudem ist es für sie auch schwieriger, von Stiftungen Leistungen zu erhalten.

Welche Folgen hat es für die Menschen, die sich keine adäquate Sehhilfe leisten können?

Die sind in ihrem Alltag sehr eingeschränkt, denn sie haben große Probleme beim Lesen. Teilweise kommen die Klienten mit Briefen, die sie nicht mehr lesen können, in unsere Beratungsstelle. Und wer in Arbeit kommen möchte oder ist, muss auch vernünftig sehen können, beispielsweise wenn man am Bildschirm sitzt.

Wie lösen denn die Betroffenen dieses Dilemma?

Viele kaufen sich in Drogeriemärkten Brillen, aber die sind nicht ausreichend. Wir



Vera Lanvers von der Caritas Berlin berät Menschen mit wenig Geld.
Quartz

haben bisher in der Beratungsstelle Anträge bei Stiftungen zur Kostenübernahme gestellt, aber das ist ziemlich aufwendig und es werden auch nicht immer die Kosten übernommen.

Autor/in: > [Dorothee Quarz](#)

Zuletzt geändert am: > 04.06.2013



Folgen Sie der Caritas



Hilfe und Beratung

[Ratgeber](#)

[Online-Beratung](#)

[Caritas-Adressen](#)

[Glossar](#)

[Suche](#)

Spende und Engagement

[Spenden](#)

[Engagement](#)

[Freiwilligen-Zentren](#)

Freiwilliges Soziales Jahr

Bundesfreiwilligendienst

Die Caritas

Wofür wir stehen

Transparenz und Finanzen

Arbeitgeber Caritas

Deutscher Caritasverband

Struktur und Leitung

Caritas international

Für Profis

Jobbörse

Soziale Berufe

Fachthemen

Stellungnahmen und Positionen

Fortbildung

Termine

Magazin

Kampagnen

Caritas-Initiative

Themenschwerpunkte

neue caritas

Sozialcourage

Service

Suche

Presse

Newsletter

[Kontakt](#)

[Sitemap](#)

[Datenschutz](#) | [Impressum](#)
Copyright © caritas 2020

Sind Rentner mit geringer Rente zwangsläufig arm?

von Matthias Reiche, Hauptstadtcorrespondent MDR AKTUELL

Stand:

06. August 2019,

05:00 Uhr

TEILEN VIA



Weit mehr als die Hälfte aller Rentner bekam im vergangenen Jahr weniger als 1.000 Euro gesetzliche Altersrente. 51,4 Prozent – das sind rund 9,3 Millionen Menschen – erhielten sogar weniger als 900 Euro monatlich, und damit deutlich weniger als die von der Bundesregierung mit 999 Euro für eine Person angegebene sogenannte Armutsgefährdungsschwelle. Doch bedeutet eine niedrige gesetzliche Altersrente automatisch soziale Bedürftigkeit?

Die neuesten Rentendaten stammen aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linken-Abgeordneten Sabine Zimmermann. Für die Sozialpolitikerin ist damit belegt, dass die gesetzliche Rente nicht mehr armutsfest ist. Ihr CDU-Kollege Peter Weiß hält das allerdings für eine bewusste Fehlinterpretation: "Die Frage ist doch nicht, wie viele kleine Renten es in Deutschland gibt, sondern wie viele Menschen ausschließlich von einer kleinen Rente leben."

Rente oft nicht einzige Einnahmequelle

Denn viele Rentner hätten noch andere Einnahmequellen, beispielsweise aus Vermietung und Verpachtung, oder verfügten über Ersparnisse, meint der CDU-Rentenexperte. Ihm zufolge muss man immer die konkrete Haushaltssituation betrachten. Viele geringe Renten würden an Personen ausgezahlt, die noch ein ganz anderes Alterseinkommen hätten, meint Weiß und nennt Beispiele:





"Derjenige, der vielleicht zehn Jahre Angestellter war, sich dann selbstständig gemacht hat und sich als Selbstständiger eine ganz andere Form der Altersversorgung angespart hat. Oder natürlich auch das typische Familienmodell West: Die Frau, die aus dem Erwerbsleben ganz ausgeschieden ist und deswegen auch nur eine geringe Rente erhält, aber mit ihrem Mann zusammenlebt, der eine sehr gute Altersversorgung hat."

Dennoch: Jeder fünfte Rentnerhaushalt ist arm

Aus den Statistiken lässt sich herauslesen, dass Rentner-Ehepaare in Deutschland im Durchschnitt 2.572 Euro pro Monat zur Verfügung haben. Alleinstehende Frauen kommen danach auf rund 1.400, Männer auf fast 1.600 Euro. Allerdings dürfen solche Durchschnittswerte nicht den Blick dafür verstellen, dass deutlich mehr Menschen von Altersarmut betroffen sind, als bislang angenommen wurde. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamts gilt beinahe jeder fünfte Rentnerhaushalt als arm.

So erhielten im Dezember letztes Jahr 559.419 Menschen Grundsicherung im Alter, sozusagen das Hartz IV für Pensionäre. Rentenexperten wie Johannes Geyer vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung gehen davon aus, dass die Zahl der

Bedürftigen aber noch deutlich größer ist: "Wir schätzen, dass mehr als die Hälfte die Leistungen nicht in Anspruch nimmt. Die Gründe dafür sind schwierig zu ermitteln."

Viele gehen aus Scham nicht zum Amt

Da sei zum einen die Unwissenheit vieler Betroffener oder auch die Furcht vieler Rentner, dass ihre Kinder zur Kasse gebeten werden, erklärt Geyer. "Ein anderer Grund für die geringe Inanspruchnahme ist Scham. Also man möchte nicht zum Sozialamt gehen und den Staat um Hilfe bitten. Man versucht, sich aus eigenen Mitteln über eigene Netzwerke durchzuschlagen."

Besonders ist Geyer zufolge das Armutsrisiko im Alter beispielsweise für geringqualifizierte Personen, Langzeitarbeitslose, alleinstehende Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund. **Überproportional betroffen seien auch Ostdeutsche**, von denen viele nach der Wiedervereinigung nur schwer auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen konnten.



Bildrechte: MDR/imago/Steinach

WAS IST DRAN?

Der Faktencheck von MDR AKTUELL

Nicht jede Behauptung von Spitzenpolitikern ist wahr. Und immer häufiger werden gezielt "alternative Fakten" in Umlauf gebracht. MDR AKTUELL überprüft diese Behauptungen.

Dieses Thema im Programm:

MDR AKTUELL RADIO | 06. August 2019 | 05:00 Uhr

60 Kommentare

07.08.2019,

22:35

| Klaus

60

@ { 07.08.2019 15:13 Willy }

Ich habe auch drei Kinder großgezogen, teilweise sogar alleinerziehend, aber meine Rentenkonten sind gut gefüllt und finanziell bin ich auf den Ruhestand bestens vorbereitet. Von daher habe ich alles richtig gemacht, ebenso wie meine Eltern. Und meine Kinder sind auch auf dem besten Weg alles richtig zu machen. Gute Planung und konsequente Verfolgung der Ziele macht sich bezahlt.

Und den meisten Renten Haushalte geht es gut. Wer wenig einbezahlt hat und kein Wohneigentum geschaffen hat, der hat natürlich schlechtere Karten. Das ist auch klar.

🗨 07.08.2019,

59

22:20

| Klaus

@ { 07.08.2019 15:10 Ekkehard Kohfeld EU }

Offensichtlich verstehen Sie die ganze Thematik nicht. Hier werden nicht Rentner Haushalte, sondern die einzelnen Rentner betrachtet. Wenn ein Ehepartner eine Minirente hat, aber der andere dafür eine auskömmliche Rente für beide hat, dann ist keiner arm aber dennoch hat laut Statistik 50 % eine Minirente.

Ich hatte Ihnen das doch schon erklärt und im Bericht oben ist das auch sehr gut dargestellt. Sie müssen eben den gesamten Bericht lesen und nicht nur einzelne Zahlen aus dem Zusammenhang reißen.

🗨 07.08.2019,

58

15:55

| Klaus

@ { 07.08.2019 11:48 Gaihadres }

Da bringen Sie etwas durcheinander.

Die Steuerzuschüsse sind der Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen, wie beispielsweise die Mütterrente oder Frühverrentung ohne Abschläge.

🗨 07.08.2019,

57

15:30

| Arbeitende Rentnerin

Nr. 52, meine Kinder arbeiten jetzt und zahlen Beiträge, ich gehöre zu der Generation, die ohne zusätzliche Arbeit im Rentenalter kaum auskommen, man vergleiche nur Renten und Mieten, auch für kleine Wohnungen. Wenn Arbeit als Zusatzeinkommen gerechnet wird, das

angeblich fast jeder hat, da macht man es sich verdammt einfach, das Problem ist nur, dass man mit z.B. 80 diese Arbeiten nicht mehr machen kann, das kann auch nicht Sinn der Sache sein, andererseits gibt man Milliarden für Fremde aus

07.08.2019,

56

15:13

| **Fragender Rentner**

Mit befristeten Arbeitsverhältnissen u.ä. oder den z.Z. 9,19 € ist eine Rente über 900,- bis 1.000,- Netto nicht möglich !!!

Die Grundrente soll es doch auch erst mit mindestens 35 Beitragsjahren geben, richtig?

Wer kann von den leider betroffenen Personenkreis dies jemals erreichen?

Wer H4 bezieht ist wohl noch bescheidener dran !!!

Da steht doch wieder viel Augenwischerei dahinter.

07.08.2019,

55

15:13

| **Willy**

ja wir haben etwas falsch gemacht du hast ja eine totale Meise , wir haben wenig Lohn erhalten , wir haben Kinder erzogen u s w . da haben wir was falsch gemacht nicht mehr Rente zu erhalten,
schreibe nicht stets so eine große Scheiße und MDR wir haben Meinungsfreiheiten immer noch wieder kein Komment. dazu veröffentl. was soll das ??

[Lieber Willy,

falls Ihre Kommentare teilweise nicht veröffentlicht wurden, dann haben Sie gegen Teile unserer Netiquette verstoßen, die hier nachzulesen ist:

<https://www.mdr.de/service/kommentarrichtlinien100.html>

Ihre MDR.de-Redaktion]

07.08.2019,

54

15:10

| **Ekkehard Kohfeld EU - Wahl NRW SPD -14,5 % Ihr werdet immer weniger :-)**

@ {Klaus 51} Natürlich gibt es auch Paare, da haben beide eine Minirente. Das ist aber eine deutliche Minderheit.

##

Sagen sie mal Klaus, lügt das Statistische Bundesamt?

"Jeder zweite Rentner erhält weniger als 900 Euro Rente. 59 Prozent bekommen nicht mehr als 1000 Euro."

Und 59 Prozent ist eine deutliche Minderheit??????

"Und das Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamts gilt beinahe jeder fünfte Rentnerhaushalt als arm".

Haben sie den Bericht eigentlich gelesen?

Was rauchen sie befor sie hier schreiben?

📧 07.08.2019,

53

12:03

| Klaus

@ { 07.08.2019 10:29 Ekkehard Kohfeld EU }

Die anderen müssen doch nur das machen, was meine Eltern auch gemacht haben.

Wo ist das Problem?

Die meisten haben ja eine ganz auskömmliche Rente.

Eine Minderheit hat da etwas falsch gemacht.

Ich hätte auch kein Problem, wenn man die Grundsicherung erhöhen würde.

📧 07.08.2019,

52

11:48

| Gaihadres

@Nr.35: Wie ich in früheren Beiträgen sagte mache ich nicht dem einzelnen keinen Vorwurf, sondern der gesamten Generation. Sie mögen drei Kinder großgezogen haben, dass ist löblich - aber die wurden vermutlich alle vor 1969 geboren und zählen damit noch zu den Babyboomern. Und genau da liegt die Krux - seit Mitte der 70iger lag das Problem buchstäblich vor aller Augen und Niemand hat es ernsthaft angehen wollen. Sie und Ihre Kinder hatten wegen der Nachwirkungen des Krieges weniger Rentner zu versorgen und zwar ihr ganzes Arbeitsleben lang. Daher war das Versorgungsniveau für die Rentner selbst sehr viel besser. In absehbarer Zeit sprechen wir aber nicht mehr über 1/8 (70iger) sondern über 1/3 der Gesamtbevölkerung die in Rente steht. Und der Zuschuss an Steuermitteln in

die Rentenkasse beträgt 2019 bereits über 100 Mrd. Euro bzw. 1/3 des Bundeshaushaltes. Und das wird rasant ansteigen. Die Anderen sind nicht ansatzweise unser Problem. Es sind die Rentner.

🗨 07.08.2019,

51

11:11

| Klaus

@ { 07.08.2019 09:25 Ekkehard Kohfeld }

Da haben wohl Sie etwas nicht verstanden. Ich hatte doch bestätigt, dass das bei meinen Eltern auch so ist. Meine Mutter bekommt deutlich unter 900 € Rente, lebt aber dennoch nicht in Armut. Und für einen Zweipersonenhaushalt im eigenen Haus (also ohne Mietzahlungsverpflichtung) sind 3.000 € im Monat wirklich sehr ausreichend.

Und bei mir und meiner Frau wird das ähnlich sein. Meine Frau wird eine Minirente bekommen, aber dennoch nicht arm sein.

Sie sollten den obigen Bericht genauer lesen.

Natürlich gibt es auch Paare, da haben beide eine Minirente. Das ist aber eine deutliche Minderheit.

Kurzsichtigkeit

Von [Dr. med. Ricarda Schwarz](#)

13. März 2016

Kurzsichtigkeit (Myopie) ist eine häufige Form der Fehlsichtigkeit und hat oft gar keinen Krankheitswert. Sie kann schon in der Kindheit auftreten und sich im Laufe des Lebens von selbst bessern oder verschlechtern. Kurzsichtigkeit lässt sich mit Brille, Kontaktlinsen oder Operation gut behandeln. Nur selten treten gefährliche Folgeerkrankungen auf. Hier lesen Sie alles Wichtige über Kurzsichtigkeit.

ICD-Codes für diese Krankheit:  H52

„Eine Kurzsichtigkeit von mehr als -3 Dioptrien erhöht das Risiko für eine Netzhautablösung. Lassen Sie Ihre Augen also regelmäßig vom Augenarzt kontrollieren.“

Dr. med. Mira Seidel

Artikelübersicht
Kurzsichtigkeit

[Beschreibung](#)

[Untersuchungen und Diagnose](#)

[Symptome](#)

[Behandlung](#)

[Ursachen und Risikofaktoren](#)

[Krankheitsverlauf und Prognose](#)



Kurzsichtigkeit: Beschreibung

Die Kurzsichtigkeit ist eine angeborene oder erworbene Fehlsichtigkeit des Auges. Wer kurzsichtig ist, kann meistens in der Nähe noch gut sehen, während Gegenstände in der Ferne verschwommen erscheinen (bei Weitsichtigen ist es genau umgekehrt). Ein kurzsichtiger Mensch sieht also nicht generell schlechter. Im Nahbereich kann er einem Normalsichtigen sogar überlegen sein. Wie ausgeprägt die Fehlsichtigkeit ist, misst man in Dioptrie (dpt). Kurzsichtig ist jemand mit einem negativen Messwert, und zwar umso mehr, je höher die Ziffer nach dem Minus ist. Ein Messwert von -12 dpt beispielsweise beschreibt eine hochgradige Myopie, also eine starke Kurzsichtigkeit.

Genau genommen handelt es sich bei der Kurzsichtigkeit meistens gar nicht um eine Krankheit. Bis zu einer Fehlsichtigkeit von minus sechs Dioptrien gilt sie nur als eine Anomalie, also eine Abweichung vom Durchschnittswert. Erst bei stärkerer Fehlsichtigkeit liegt eine pathologische (krankhafte) Myopie vor.

Der Anteil kurzsichtiger Menschen in verschiedenen Altersgruppe variiert. Laut Statistischem Bundesamt gibt es bis zum Alter von ungefähr 40 Jahren fast viermal so viele Kurzsichtige wie Weitsichtige. Danach nimmt der Anteil der Weitsichtigen zu. Ab dem 50. Lebensjahr etwa sind fast doppelt so viele Menschen weitsichtig wie kurzsichtig. [Weitsichtigkeit](#) tritt also eher bei älteren Menschen auf, während Kurzsichtigkeit bei Kindern und jungen Menschen häufiger ist. Männer sind etwas seltener fehlsichtig als Frauen.

Myopia simplex und Myopia maligna

Experten unterscheiden eine Myopia simplex (einfache Kurzsichtigkeit) von einer Myopia maligna (böartige Kurzsichtigkeit):

Die Myopia simplex wird auch als Schul-Myopie bezeichnet. Sie beginnt in der Schulzeit, meistens um das zehnte bis zwölfte Lebensjahr herum. Sie kann sich in den Folgejahren verschlechtern, um dann ab dem 20. Lebensjahr meist stabil zu bleiben. Die meisten Betroffenen erreichen mit dieser Form der Kurzsichtigkeit Dioptrien von allenfalls -6 dpt. Bei einem kleinen Teil kann sich die Kurzsichtigkeit bis -12 dpt verschlechtern und stabilisiert sich erst bis zum 30. Lebensjahr.

Die Myopia maligna hingegen schreitet auch im weiteren Erwachsenenalter voran. Sie hat daher echten Krankheitswert.

Kurzsichtigkeit bei Kindern

Kinder von kurzsichtigen Eltern leiden häufiger ebenfalls an Kurzsichtigkeit. Dies legt nahe, dass Kurzsichtigkeit auch eine erbliche Komponente hat. Kurzsichtige Eltern sollten daher ihre Kinder möglichst früh von einem Augenarzt untersuchen lassen. Er kann schon im ersten Lebensjahr eine Myopie diagnostizieren. Spätestens im Vorschulalter sollte eine Augenuntersuchung stattfinden. Ein gutes Sehvermögen ist nämlich wichtig für die gesunde Entwicklung des Kindes. Außerdem kann das Spielen im Freien oder die Teilnahme am Straßenverkehr mit unbehandelter Kurzsichtigkeit gefährlich sein. Ob eine Brille oder [Kontaktlinsen](#) als Sehhilfe für Ihr Kind geeignet sind, kann der Augenarzt mit Ihnen besprechen. Eine richtig eingestellte Brille verschlechtert die Augen nicht. Schreitet die Kurzsichtigkeit wachstumsbedingt voran, kann dies mit und ohne Brille nicht verhindert werden.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) 

Kurzsichtigkeit: Symptome

Kurzsichtige Augen sind auf die Nahsicht eingestellt und sehen in diesem Bereich manchmal sogar schärfer als Menschen mit Normalsichtigkeit. Auf einen Gegenstand in der Ferne können Kurzsichtige ihre Augen aber nicht scharf einstellen. Er erscheint daher verschwommen. Auf welche Entfernung ein Kurzsichtiger gut sehen kann, hängt von seiner Sehstärke ab: Betroffene mit einer Dioptrienzahl von -1 dpt können bis zu einem Meter entfernte Gegenstände scharf erkennen. Menschen mit -12 dpt nur noch Gegenstände in ungefähr acht Zentimeter Entfernung.

Kurzsichtigkeit kann neben der beeinträchtigten Fernsicht weitere Symptome hervorrufen. Im Laufe des Lebens verflüssigt sich der Glaskörper im [Auge](#). Bei Kurzsichtigkeit geschieht dies oft schneller als bei Normalsichtigen. [Schwimmen](#) Schlieren im Glaskörper herum, können Betroffene Schatten im Blickfeld sehen.

Außerdem kann eine starke Kurzsichtigkeit weitere Krankheiten begünstigen. Beispielsweise kann das Kammerwasser schlechter abfließen. Erhöht sich dadurch der Augeninnendruck, kann ein Offenwinkelglaukom entstehen, bei dem der [Sehnerv](#) geschädigt wird. Bei der malignen Myopie kann die [Netzhaut](#) so stark gedehnt werden, dass sie sich leichter löst ([Netzhautablösung](#)). Dadurch kann sich das Sehen plötzlich verschlechtern.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Kurzsichtigkeit: Ursachen und Risikofaktoren

Bei fehlsichtigen Menschen passt die Brechkraft des Auges nicht zum Abstand der Netzhaut. Zum besseren Verständnis kann man das Auge mit einer Kamera vergleichen: Dabei entspricht das Objektiv der Hornhaut und Linse. Die Netzhaut lässt sich mit dem Film vergleichen. Einfallende Lichtstrahlen werden von Hornhaut und Linse gebrochen und in einem Punkt gebündelt. In diesem Punkt entsteht ein scharfes Bild. Damit wir es wahrnehmen können, muss dieser Punkt auf der Netzhautebene liegen.

Um sowohl nahe als auch weit entfernte Gegenstände klar sehen zu können, müssen die Augen ihre Brechkraft verändern (akkomodieren). Dazu wird die Form der [Augenlinse](#), die für die Brechung der Lichtstrahlen zuständig ist, mittels Muskelkraft verändert: Wird die Augenlinse in die Länge gezogen, wird sie flacher – ihre Brechkraft sinkt. Dann kann sie ferne Gegenstände klar abbilden. Eine weniger straff gespannte, also kugelförmigere Linse besitzt dagegen eine größere Brechkraft – nahe Gegenstände können nun scharf abgebildet werden.

Bei Kurzsichtigkeit besteht ein Missverhältnis zwischen der Brechkraft des Auges und der Länge des Augapfels: Beim Blick in die Ferne treffen sich die Lichtstrahlen selbst bei entspannter Linse nicht auf der Netzhaut, sondern schon ein Stück davor, sodass sie nur ein unscharfes Bild erzeugen.

Für das Missverhältnis zwischen Brechkraft und Achsenlänge bei Kurzsichtigkeit kann es unterschiedliche Ursachen geben. Meistens liegt eine Achsen-Myopie vor. Dabei ist der Augapfel länger als bei Normalsichtigen und die Netzhaut dadurch weiter von Hornhaut und Linse entfernt. Ein nur ein Millimeter längerer Augapfel kann eine

Kurzsichtigkeit von -3 dpt. hervorrufen. Bei der seltenen Brechungs-Myopie ist der Augapfel normal lang, aber die Brechkraft von Hornhaut und Linse zu stark (etwa weil der Radius der Hornhaut ungewöhnlich klein ist oder die Linsenbrechkraft aufgrund von Diabetes oder einem Katarakt verändert ist).

Risikofaktoren für Kurzsichtigkeit

Es gibt einige Krankheiten, bei denen es häufiger zu Kurzsichtigkeit kommt, zum Beispiel bei der Zuckerkrankheit ([Diabetes mellitus](#)), wenn die [Blutzuckerwerte](#) schlecht eingestellt sind. Bei Normalisierung des Blutzuckers kann die Myopie wieder verschwinden.

Auch eine Form von Grauem Star (der sogenannte Kernstar) kann eine Kurzsichtigkeit begünstigen. Er tritt gehäuft bei älteren Menschen auf: Schon bevor sie die Linsentrübung bemerken, können sie manchmal plötzlich wieder ohne Lesebrille lesen. Der Graue Star kann vorübergehend die Nahsicht durch die ebenfalls auftretende Kurzsichtigkeit verbessern, die Fernsicht verschlechtert sich allerdings.

Bei einigen Krankheits-Syndromen tritt häufig eine (starke) Kurzsichtigkeit auf. Die Krankheiten sind teilweise genetisch bedingt und können vererbt werden. Dazu zählen beispielsweise das [Marfan-Syndrom](#) und das [Down-Syndrom](#). Hier treten neben der Kurzsichtigkeit Symptome auch in anderen Organen auf.

Kurzsichtigkeit bei Kindern wird durch eine [Frühgeburt](#) begünstigt.

In manchen Fällen ist die Myopie die Folge eines Unfalls, bei dem die Linsenfasern sich gelockert haben oder rissen.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) 

Kurzsichtigkeit: Untersuchungen und Diagnose

Der richtige Ansprechpartner bei einer Kurzsichtigkeit ist ein Facharzt für Augenheilkunde (Ophthalmologe). Folgende Fragen könnte er Ihnen beim Erstgespräch stellen:

- Wann haben Sie eine Sehverschlechterung bemerkt?
- Ist diese plötzlich oder schleichend eingetreten?
- Wann beeinträchtigt Sie die Sehverschlechterung am meisten?
- Wie äußert sich die Sehverschlechterung? (Verschwommensehen? Farbsehstörungen?)

- Wann wurden Ihre Augen das letzte Mal untersucht?
- Leiden Sie an weiteren Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes?
- Sind in Ihrer Familie weitere Personen kurzsichtig?
- Gibt es Erbkrankheiten in Ihrer Familie?

Danach wird er Sie bitten, in ein Gerät auf einen weit entfernten Gegenstand (oft handelt es sich um ein farbiges Kreuz) zu schauen. Während das Gerät die Brechkraft des Auges misst, sollen Sie die Augen offen halten. Außerdem wird Ihr Augenarzt Sie auffordern, eine Reihe von unterschiedlich großen Zahlen oder Buchstaben an der Wand vorzulesen. Teilweise werden verschiedene Brillengläser vor das Auge gehalten. Der Augenarzt fragt Sie, ob das Bild dadurch schärfer wird. Außerdem schaut er mit einem hellen Licht und einer Lupe in Ihre Augen. Manchmal ist es notwendig, die Augen mit speziellen Augentropfen vor der Untersuchung weit zu stellen. Hinterher sehen Sie eine Zeit lang noch sehr verschwommen und dürfen daher für einige Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen.

Eine umfassende Augenuntersuchung beinhaltet noch weitere Methoden. Um etwa das räumliche Sehen zu überprüfen, zeigt der Augenarzt Ihnen Karten, bei denen ein Gegenstand aus der Karte herauszukommen scheint. Außerdem müssen Sie angeben, ob Sie ein Kästchenmuster als gerade oder gebogen wahrnehmen. Um eine Farbsehschwäche auszuschließen, müssen Sie Zahlen oder Muster von verschiedenfarbigen Punkten erkennen.

Da Kurzsichtigkeit manchmal zu einem erhöhten Augeninnendruck führt, rät der Arzt zu einer entsprechenden Messung. Da eine Kurzsichtigkeit weitere Augenveränderungen hervorrufen kann, sollten Betroffene sich etwa einmal jährlich von ihrem Augenarzt untersuchen lassen.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) 

Kurzsichtigkeit: Behandlung

Mit verschiedenen Methoden kann man die Kurzsichtigkeit verbessern. Brillengläser oder Kontaktlinsen gleichen die Fehlsichtigkeit aus. Mit einer Operation kann man in bestimmten Fällen sogar Kurzsichtigkeit heilen. Kombiniert man mehrere Methoden, kann auch eine hochgradige Myopie oft gut behandelt werden.

Brille bei Kurzsichtigkeit

Mit „Minusgläsern“ einer Brille kann man eine Kurzsichtigkeit verbessern. Die ins Auge einfallenden Lichtstrahlen, die sich bei einer Myopie schon vor der Netzhaut treffen,

werden durch das Brillenglas so gestreut, dass sie erst direkt auf der Netzhaut zusammentreffen. Dazu ist das Brillenglas am Rand etwas dicker als in der Mitte. Dank moderner Technik können Brillengläser heute insgesamt sehr dünn geschliffen werden.

Bis zu einer Sehstärke von -8 dpt ist die Brille die häufigste Sehhilfe. Sie bietet einige Vorteile: Verändert sich die Kurzsichtigkeit, kann eine Brille jederzeit neu angepasst werden. Diese Behandlung eignet sich daher besonders bei Kindern, deren Augäpfel sich im Wachstum verändern. Außerdem eignet sich eine Brille bei Menschen, die zum Lesen eine andere Einstellung benötigen als für die Ferne. Mit einer Gleitsichtbrille können beide Bedürfnisse in einem Brillenglas verwirklicht werden. Zudem ist eine Brille sehr schonend für das Auge. Dennoch empfinden einige Menschen eine Brille als störend.

Kontaktlinsen bei Kurzsichtigkeit

Kontaktlinsen stellen für viele Kurzsichtige eine Alternative zur Brille dar. Es handelt sich um kleine durchsichtige Linsen aus weichem oder hartem Kunststoff. Welche Art von Kontaktlinse für Sie persönlich geeignet ist, kann ein Augenarzt feststellen.

Zu den Vorteilen der Kontaktlinsen zählt, dass sie unsichtbar sind und nicht beschlagen. Da sie direkt auf das Auge gesetzt werden, korrigieren sie die Sehschärfe im gesamten Sichtfeld. Vor allem Sportler tragen lieber Kontaktlinsen als eine Brille. Die Linsen können (ebenso wie eine Brille) leicht auf eine neue Sehstärke angepasst werden. Bei ausgeprägter Kurzsichtigkeit sind Kontaktlinsen zudem vor allem deswegen beliebt, weil sie das Bild anders als starke Minusgläser einer Brille nicht verkleinern. Dieser Effekt ist ab einer Sehstärke von -3 dpt relevant.

Für kurzsichtige Menschen mit beginnender Altersweitsichtigkeit gibt es Kontaktlinsen mit verschiedenen Sehstärken (ähnlich wie eine Gleitsichtbrille). Diese eignen sich allerdings nicht bei jeder Form von Kurzsichtigkeit.

Kontaktlinsen erfordern eine gute Hygiene. Um Augeninfektionen vorzubeugen, müssen sie regelmäßig gereinigt werden. Außerdem dürfen Kontaktlinsen nicht unbegrenzt lange getragen werden. Unter einer Kontaktlinse wird das Auge nämlich schlechter mit Sauerstoff versorgt. Bei einigen Menschen reagieren die Augen gereizt (etwa nach zu langer Tragedauer, bei Staub in der Luft oder trockener Heizungsluft). Sie sind gerötet und schmerzen.

Kontaktlinsen für die Nacht (Orthokeratologie)

Bei bestimmten Formen von Kurzsichtigkeit können nachts spezielle formstabile (harte) Kontaktlinsen getragen werden. Sie üben eine gewisse Kraft auf die Hornhaut aus, sodass sich nach einiger Zeit die Hornhaut abflacht. Das gleicht die Kurzsichtigkeit aus, und zwar auch tagsüber. Allerdings lässt die Wirkung im Tagesverlauf nach, sodass man dann unter Umständen Linsen einsetzen oder eine Brille aufsetzen muss. Diese Linsen können eine Alternative sein für Kurzsichtige, die beispielsweise aufgrund von Staub oder Reizstoffen tagsüber keine Kontaktlinsen vertragen.

Operative Korrektur der Kurzsichtigkeit

Es gibt auch operative Therapieverfahren bei Kurzsichtigkeit: Lasern. Hierbei wird die Hornhaut mit einem Laser dauerhaft abgeflacht. Je nach genauer Methodik unterscheidet man verschiedene Verfahren. Sie heißen Photorefraktäre Keratektomie (PRK), [LASIK](#) oder LASEK. Das Augenlasern eignet sich nicht bei jedem Betroffenen. Es kann bis zu einer Kurzsichtigkeit von -6 dpt angewendet werden. Im besten Fall kann der Arzt dadurch Kurzsichtigkeit heilen.

Außerdem können Korrekturlinsen in das Auge eingepflanzt werden und so die Kurzsichtigkeit ausgleichen. Dieses Verfahren kommt meistens nur bei starker Kurzsichtigkeit zum Einsatz, da es die Akkommodationsfähigkeit der Augen einschränken kann – also ihre Anpassungsfähigkeit von Nah- auf Fernsicht und umgekehrt. In einigen Fällen von Kurzsichtigkeit wird die eigene Linse durch eine Kunstlinse ersetzt. Die Operation ähnelt dann einer Star-Operation.

Jede dieser Operation birgt gewisse Risiken, die der Arzt mit dem Patienten im Vorfeld genau besprechen sollte. Kortisontropfen nach der Operation sollen verhindern, dass sich Narben bilden, die das Sehvermögen einschränken. Werden freiliegende Nervenenden bei der Operation geschädigt, sind Schmerzen möglich.

Ob Kurzsichtigkeit durch eine Operation wirklich geheilt werden kann, ist individuell unterschiedlich. Eine hundertprozentige Sicherheit kann vor der Operation nicht ausgesprochen werden. Eventuell ist der Betroffene auch nach dem Eingriff weiter auf eine Sehhilfe angewiesen. Verschlechtert sich die Sehkraft nach der Operation oder tritt eine Altersweitsichtigkeit ein, ist ebenfalls eine Sehhilfe notwendig.

Kurzsichtigkeit: Augentraining

Es gibt keine Belege dafür dass Kurzsichtigkeit durch Augentraining verhindert oder verbessert werden kann. Dieser irrtümliche Glaube geht davon aus, dass die Augen bewusst trainiert und entspannt werden müssen, um sich von ihrer Fehlsichtigkeit zu erholen. In Wahrheit sind unsere [Augenmuskeln](#) jedoch auch ohne spezielle Übung in bestem Trainingszustand. Da die verschiedenen Muskeln die Augen teilweise entgegengesetzt bewegen, sind immer einige Muskeln entspannt. Keinesfalls lässt sich also durch Augentraining Kurzsichtigkeit positiv beeinflussen.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Kurzsichtigkeit: Krankheitsverlauf und Prognose

Kurzsichtigkeit entsteht oft schon im Kindesalter. Im Zuge des Wachstums kann sie sich sowohl verbessern als auch verschlechtern. Meistens verändert sich die Kurzsichtigkeit nach dem 20. Lebensjahr kaum noch.

Mit steigendem Alter können die Augen generell schlechter akkomodieren. Die Fähigkeit der Linsen, sich optimal auf Fern- und Nahsicht einzustellen, lässt schon etwa ab dem Alter von 25 Jahren nach. Ab dem 40. Lebensjahr werden viele Menschen schließlich altersweitsichtig und benötigen eine Lesebrille. Bei Kurzsichtigkeit hingegen sind die Augen sowieso auf die Nahsicht eingestellt. Kurzsichtige brauchen deswegen oft erst später oder auch überhaupt nie eine Lesebrille.

Da **Kurzsichtigkeit** andere Augenerkrankungen begünstigen kann, sollten die Augen regelmäßig vom Augenarzt untersucht werden.

Autoren- & Quelleninformationen

[+ JETZT EINBLENDEN](#)



FORDERUNG DER GRÜNEN

"Sehen darf kein Luxus sein": Brillen sollen wieder Kassenleistung werden



imago images/Goodluz

Der Brillenkauf könnte nach dem Willen der Grünen bald günstiger werden.

Seit 15 Jahren muss der Großteil der Deutschen für eine neue Brille tief in die Tasche greifen.

SVZ von dpa und vim
09. Mai 2019, 06:33 Uhr

BERLIN | Mehr als 40 Millionen Erwachsene in Deutschland tragen eine Bille. Der Großteil von ihnen hat die Sehhilfe selbst bezahlt. Das wollen die Grünen nun ändern – und sozusagen einen Schritt zurück machen: Sie fordern, dass Brillen künftig wieder für alle Versicherten von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. "Gutes Sehen darf kein Luxus sein", sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Bundestagsfraktion, Maria Klein-Schmeink, dem Redaktionsnetzwerk Deutschland.

XL Unterhaltung
Jetzt reinstöbern
SVZ

Anzeige

Top Nachrichten
MEISTGELESEN EMPFOHLEN

DREI TOTE UND 14 VERLETZTE

Nach den aktuellen Regelungen müsse man fast blind sein, um Leistungen der Krankenversicherung zu bekommen, kritisierte sie. "Wer auf eine Brille angewiesen ist, sollte Anspruch auf solidarisch getragene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben." 2018 hatten rund 12,5 Millionen Deutsche Brillen gekauft.

WERBUNG



Dein NETFLIX geht für 12 Monate auf uns.

Mehr entdecken

E WIE EINFACH - Sponsored

Seit 2004 werden Brillenträger stärker zur Kasse gebeten

In einem Antrag für den Bundestag schlagen die Grünen einen schrittweisen Ausbau der Leistungen vor, die sich nach Stärke der Fehlsichtigkeit richten sollen. Damit sollen die Kosten für die Krankenversicherung nicht sprunghaft ansteigen. Das Ziel müsse aber eine vollständige Erstattung der Kosten für alle Versicherten sein.

Vor 2004 zahlten die Kassen den Angaben zufolge an alle Versicherten je nach Stärke der Fehlsichtigkeit bis zu 100 Euro je Glas. Angesichts von hohen Defiziten in der Krankenversicherung wurden die Zuschüsse für Erwachsene aber damals abgeschafft, was dem Bericht zufolge Einsparungen von rund 500 Millionen Euro brachte. Seitdem werden die Kosten nur noch bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren erstattet. Seit 2017 erhalten Erwachsene mit extrem starken Sehbeeinträchtigungen wieder Leistungen. Die Brillengestelle müssen stets aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

[🏠 zur Startseite](#)

Weitere Artikel



VISION RESEARCH

Wenn Sie schlecht sehen können, tun Sie dies sofort (Genial!)



NETZFELD.INFO

Digitale Unterstützung für Unternehmen

01 Schwere Motorradunfälle häufen sich in Mecklenburg-Vorpommern

EINKAUFSWAGEN AUS DER WARNOW

02 Magnetfischer ziehen dicke Brocken aus dem Fluss

MUNDSCHUTZ ADE

03 Thüringen will allgemeine Corona-Beschränkungen beenden

GROSSEINSATZ DER WITTENBERGER FEUERWEHR

04 Kein Brand im Rathaus

NACH PROTESTEN GEGEN CORONA-BESCHRÄNKUNGEN

05 Schweriner Ärzte: „Nicht in unserem Namen“

Nachrichtenticker

REGIONAL LOKAL LAND

11:16 60 Reha-Kliniken dürfen von Montag an wieder öffnen

10:30 Tarifverhandlungen in Obst- und Gemüseindustrie MV

08:30 Sitzungssaal zu klein: Bundesgericht sucht Ausweichdomizil

16:16 Erneut ein Tag ohne Corona-Neuinfektion in MV

12:55 Internetkonten bei Paketdienst «geknackt»: Prozess startet

+++ MEHR REGIONALES



ANZEIGE

SICHERHEITSPARER ONLINE

Millionen von Computerbesitzern lernen diesen cleveren Trick während des Lockdowns



ANZEIGE

TINNITUS RESEARCH

Ärzte verblüfft: Ein einfacher Tipp lindert jahrelangen Tinnitus (Heute Abend testen)



MEIN | SVZ

Kostenloser Probemonat!



SVZ.DE

Ole schaut hin - Der neue Kinder-Podcast



SVZ

REGIONALES

Kontrollmangel: Mecklenburg-Vorpommern setzt den...



ANZEIGE

NUTRIVIA

Ärzte verraten: „Es ist wie ein Kärfcher für Ihren Darm“



REGIONALES

Trockenheit: Frosch, Lurch und Molch fehlt Wasser



sponsored by Deeje

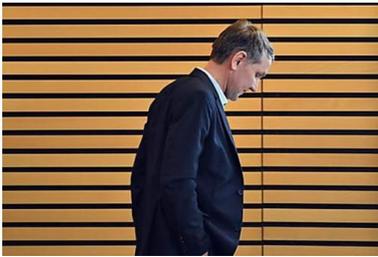
Entdecken Sie das Accessoire mit dem gewissen Etwas



Zeigen Sie Ihre Einzigartigkeit mit diesem zu 100% personalisierbarem Taschenmesser.



Ein einzigartiges Taschenmesser, das zu 100% personalisierbar ist.



DEUTSCHLAND UND WELT

Alternative für Deutschland: Björn Höcke warnt vor Spaltung der AfD



LOKALES

Malliß: Die ersten Dauercamper sind da



PROFINANZEN

Sichere Geldanlagen bis zu 10% Zinsen



TIPPSUNDRICKS.CO

Sie gießt einen halben Liter Cola in die Toilette, was dann passiert, ist wirklich bizarr!



DEUTSCHLAND UND WELT

Strenge Kontrollen: Deutsche bei Einreiseversuch nach...



NUTRIVIA

Ärzte verraten: „Es ist ein Superkraftstoff für Ihren Darm“



DEUTSCHLAND UND WELT

Noch kein Deal mit Regierung: Lufthansa will mehr Flüge anbieten



GESUNDHEITS NEWSLETTER

Orthopäden: Einfache Methode zur Bekämpfung von



DEUTSCHLAND UND WELT

Testphase in Deutschland gestartet: Coronavirus in Kläranlagen: Wie unser...



ZAHNIMPLANTATE

Hier ist, was neue Zahnimplantate Sie im Jahr 2020 kosten sollten.



MEIN | SVZ

Kostenloser Probemonat!



HP PATRONEN | GESPONSERT...

HP Patronen: Preise online suchen



NETZFELD.INFO

Digitale Unterstützung für Unternehmen



NUTRIVIA

Ärzte verraten: „Es ist wie ein Kärcher für Ihren Darm“



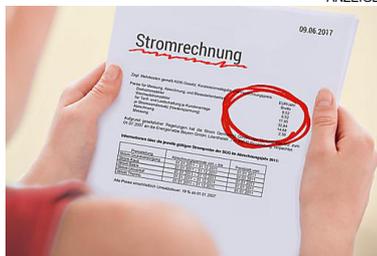
SVZ.DE

Ole schaut hin - Der neue Kinder-Podcast



HOMEDAY

7 Sünden beim Hausverkauf: Mit diesen Fehlern scheitert Ihr Vorhaben



SWITCHUP.DE

Das verschweigt Ihnen der Stromanbieter mit Absicht. Diesen Trick sollten Sie kennen, damit der...



DEUTSCHLAND UND WELT

Corona-Krise: Autovermieter Hertz meldet Insolvenz in den USA an



DEUTSCHLAND UND WELT

Hoffen auf Normalität: Sommer, Sonne, Lockerungen - und Risiken

ANZEIGE



DEUTSCHLAND UND WELT
Weltkulturerbe: Athen fordert erneut die Rückgabe von...

ANZEIGE



VISION RESEARCH
Einfache Methode verbessert die Sehschärfe (Probieren Sie es aus)



DEUTSCHLAND UND WELT
«Brocken-Benno»: Am 88. Geburtstag zum 8888. Mal auf den...

ANZEIGE



MONTASCALE | SPONSORED L...
Die Kosten für die Treppenlifte waren noch nie so niedrig



DEUTSCHLAND UND WELT
Neue Grundlage: Ramelow begründet Ende der Corona-Regeln mit...



GESUNDHEITS NEWSLETTER
Orthopäden: Einfacher Tipp zur Bekämpfung von Gelenkschmerzen und...

Gefällt Ihnen dieser Beitrag? Dann teilen Sie ihn bitte in den sozialen Medien - und folgen uns auch auf [Twitter](#) und [Facebook](#):



Diskutieren Sie mit.

Leserkommentare anzeigen



So, 24. Mai 2020

SVZ Schweriner Volkszeitung
Ein Angebot des medienhausnord



Weitere Angebote, Produkte und Unternehmen der mh:n MEDIEN

Unternehmen

Produkte

Karriere

Engagement

KONTAKT

AGB

IMPRESSUM

DATENSCHUTZ

MEDIADATEN

zur Startseite

IMMO-NORDEN.DE | AUTO | JOB-NORDEN.DE | TRAUER | VERGABE NORI | ANZEIGEN



Nachrichten aus Ihrem Ort

SVZ Schweriner Volkszeitung
Ein Angebot des medienhausnord

LOKALES REGIONALES WELT SPORT RATGEBER PODCAST ABO EXTRA SERVICE EPAPER

SVZ TESTET

Vier neue Radwege rund um Schwerin

WIRTSCHAFT IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

Anstieg der Insolvenzen erwartet

Wochenlang stand die Wirtschaft still, in manchen Bereichen ist noch immer Ruhe verordnet. Das hat Folgen.

EINKAUFSWAGEN AUS DER WARNOW

Magnetfischer ziehen dicke Brocken aus dem Fluss