



2026

Positionspapier

**Für eine qualitativ hochwertige und bundesweit
flächendeckende Versorgung der gesetzlich Versicherten
mit Brillen und Kontaktlinsen**

Düsseldorf, den 5. Februar 2026

Bestandsaufnahme

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz wurde im Jahr 2017 der Anspruch der gesetzlich Versicherten mit Brillen und Kontaktlinsen ausgeweitet. Seitdem erfolgen jährlich ca. 1,2 Millionen Versorgungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen¹. Dies sind acht Prozent der insgesamt ca. 15 Millionen Versorgungen mit Brillen und Kontaktlinsen im Jahr². Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen bezifferten sich 2024 auf knapp 152 Millionen Euro – dies sind etwa 0,05 Prozent der gesamten GKV-Leistungsausgaben. Bei einem jährlichen Umsatz mit Kontaktlinsen und Brillen von 6,975 Mrd. Euro³ und insgesamt 10.820⁴ augenoptischen Betriebsstätten macht der Umsatz mit den gesetzlichen Krankenkassen etwa 2,2 Prozent des Gesamtumsatzes in der Augenoptik aus.

Auffallend ist zunächst, dass die GKV-Versorgungsfälle zwar acht Prozent der gesamten Versorgungen ausmachen, jedoch wertmäßig nur gut zwei Prozent zum betrieblichen Umsatz beitragen. Grund hierfür ist, dass der GKV-Spitzenverband bereits seit Jahren die Festbeträge für Sehhilfen, welche als Preisobergrenze für die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zu verhandelnden Vertragspreise dient, bewusst in rechtswidriger Weise zu niedrig bestimmt hat. Trotz der Kritik an den Festbeträgen – auch durch Patientenvertretungen⁵ – hat der GKV-Spitzenverband erst auf die seit August 2021 rechtshängige Klage des ZVA beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 28. Februar 2025 die zuletzt mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 bestimmten Festbeträge für Sehhilfen aufgehoben.

Aufgrund der geringen wirtschaftlichen Bedeutung der GKV-Versorgungen für die Betriebe und wegen des Missverhältnisses zwischen der Zahl der GKV-Versorgungen und dem GKV-Umsatz werden der bürokratische Aufwand für die Betriebe, eine Lieferberechtigung zu erhalten und die Versorgungen abrechnen zu können, in besonderem Maße kritisch hinterfragt. Deshalb verzichten bereits 17 Prozent der inhabergeführten Augenoptikbetriebe⁶ auf eine Präqualifizierung und damit auf die Lieferberechtigung⁷. Weitere 17 Prozent der inhabergeführten Betriebe beabsichtigen, nach Ablauf ihrer aktuellen Präqualifizierung⁸ keine weitere mehr anstreben zu wollen. Da vor allem die inhabergeführten Betriebe – nicht die Filialisten – schwer sehbeeinträchtigte Personen mit vergrößernden Sehhilfen und mit Kontaktlinsen versorgen – ist die flächendeckende Versorgung von solchen Versicherten, die in besonderem Maße auf eine Sehhilfe angewiesen sind, gefährdet.

¹ GKV-Spitzenverband, Siebter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln, Berichtszeitraum 01.01.2024 – 31.12.2024, S. 25 (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/mehr-kostenberichte/20250805_Mehrkostenbericht-Hilfsmittel_barrierefrei.pdf).

² 2024 gab es zwölf Millionen Versorgungen mit Korrektionsbrillen – ZVA-Branchenbericht 2024/2025, S. 6, (<https://www.zva.de/wp-content/uploads/ZVA-Branchenbericht-2024-Download-1.pdf>). Zusätzlich gibt es laut der Brillenstudie 2024 des Instituts für Demoskopie Allensbach drei Millionen Kontaktlinsenträger (älter als 16 Jahre), die mindestens einmal jährlich versorgt werden.

³ ZVA-Branchenbericht 2024/2025, S. 6, a.a.O.

⁴ ZVA-Branchenbericht 2024/2025, S. 7, a.a.O.

⁵ So zum Beispiel Christiane Möller vom Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 4. November 2020: „Ein ganz gravierendes Problem sind die Festbeträge. Die sind viel zu niedrig. Damit ist keine Versorgung möglich. Hier muss dringend nachgesteuert werden.“ (<https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2020/kw45-pa-gesundheit-sehhilfen-799250>, ab Minute 49:00)

⁶ Etwa ein Drittel der insgesamt 10.820 Betriebsstätten gehören zu einem Unternehmen mit mehreren Filialen. Die übrigen sind inhabergeführte Einzelbetriebe.

⁷ ZVA-Branchenbericht 2024/2025, S. 37, a.a.O.

⁸ ZVA-Branchenbericht 2024/2025, S. 38, a.a.O.

Vor diesem Hintergrund fordern wir

- eine spürbare Entbürokratisierung des Präqualifizierungsverfahrens,
- die Einführung eines Festzuschussystems für Sehhilfen,
- die Aufgaben in der Hilfsmittelversorgung kompetenzorientiert zu verteilen,
- eine unbürokratische und kostenneutrale Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages,
- Augenoptikern den Zugriff auf die elektronische Patientenakte zu ermöglichen und
- eine kostendeckende Erstattung für die Anbindung der Betriebe an die Telematik-Infrastruktur.

Im Einzelnen:

Entbürokratisierung des Präqualifizierungsverfahrens

Das Präqualifizierungsverfahren, also das Verfahren, welches die Betriebe zum Erhalt einer Lieferberechtigung durchlaufen müssen, muss spürbar entbürokratisiert werden:

• Abschaffung der anlasslosen Überwachungen

Ein Präqualifizierungszertifikat wird für einen Zeitraum von fünf Jahren ausgestellt, § 126 Abs. 1a, S. 5 SGB V. Um ein solches Zertifikat zu erhalten, muss der Betriebsinhaber gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V nachweisen, dass er die „Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ erfüllt. Gleichwohl muss der Augenoptiker erstmalig 20 Monate nach Erhalt des Präqualifizierungszertifikates im Rahmen einer Überwachungsmaßnahme, die in der Regel durch eine physische Betriebsbegehung erfolgt, nachweisen, dass die Voraussetzungen für den Erhalt des Präqualifizierungszertifikates unverändert erfüllt sind. Einen Anlass für diese Überwachung bedarf es nicht. Zwanzig Monate später erfolgt diese Überwachung erneut. Weitere zwanzig Monate später erlischt das Präqualifizierungszertifikat und der Betrieb muss das gesamte Präqualifizierungsverfahren erneut durchzulaufen, um weiterhin lieferberechtigt zu sein. Die anlasslosen Überwachungsmaßnahmen tragen nicht zur Qualität der Versorgung bei, sie kosten jedes Mal bis zu 500 Euro und nehmen Zeit in Anspruch, in der fehlsichtige Menschen nicht versorgt werden können.

• Verringerung der Prüfkriterien

Um ein Präqualifizierungszertifikat zu erhalten, muss der Betrieb 23 Vorgaben erfüllen. Der Prüfumfang kann problemlos reduziert werden, ohne dass die Qualität der Prüfung dadurch leiden würde:

Künftig sollte auf die Vorlage eines **Mietvertrages** bzw. auf den Nachweis, die Räumlichkeiten des Betriebes nutzen zu dürfen, verzichtet werden. Denn es ist eine Selbstverständlichkeit, dass die Betriebsinhaber in der Augenoptik – ein Gewerbe, das nicht im Reisegewerbe ausgeübt werden darf – über Räume verfügen, die sie berechtigterweise als Eigentümer oder als Mieter nutzen dürfen. Zumal die Vorlage eines Mietvertrages niemals beweisen kann, dass aktuell ein Mietverhältnis besteht, da dieses zwischenzeitlich einvernehmlich oder streitig aufgehoben sein kann. Der Mietvertrag könnte dazu dienen, um eine nach § 128 SGB V denkbare unzulässige wirtschaftliche Verflechtung mit einer Arztpraxis aufzudecken. Mittlerweile ist es aber nicht mehr Aufgabe der Präqualifizierungsstellen, sich davon zu überzeugen, dass eine derartige Abhängigkeit nicht besteht.

Betriebe müssen, um ein Präqualifizierungszertifikat vorzulegen, eine Bescheinigung über eine **Gewerbebeanmeldung** vorlegen. Dies ist mit Blick auf den ebenfalls vorzulegenden Nachweis, dass der Betrieb in die Handwerksrolle eingetragen ist, überflüssig.

Forderung: Die anlasslosen Überwachungen innerhalb des fünfjährigen Präqualifizierungszeitraumes sind ersatzlos zu streichen und Prüfungskriterien für den Erhalt eines Präqualifizierungszertifikates sind zu reduzieren.

Einführung eines Festzuschussystems

Mit dem sogenannten Sachleistungsprinzip geben die Krankenkassen ihren Mitgliedern das Versprechen, dass diese eine vollumfängliche Versorgung mit Hilfsmitteln bekommen, ohne dass diese selbst etwas zahlen müssen. Für die Versorgung mit Korrektionsbrillen können die Krankenkassen dieses Versprechen nicht einlösen, da diese die Kosten für eine Brillenfassung nach § 33 Abs. 2 Satz 4 SGB V nicht übernehmen. Hinzu kommt, dass die Versicherten aus ästhetischen Gründen sehr häufig bei Sehhilfen eine Leistung in Anspruch nehmen möchten, die jenseits dessen liegt, was „erforderlich, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist. So stellt auch der GKV-Spitzenverband in seinem sechsten Mehrkostenbericht fest: „Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass Produkte, die für Dritte sichtbar – insbesondere im Gesicht – getragen werden, einem hohen ästhetischen Anspruch der Versicherten unterliegen, der medizinisch nicht zu begründen ist. Dies trifft vor allem auf die Produktbereiche Sehhilfen, Hörhilfen und Haarsersatz zu.“⁹

Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, wenn die Krankenkassen ihren Mitgliedern einen Zuschuss zur Verfügung stellten, der für eine erforderliche, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ausreicht und es dann der Entscheidung des Versicherten überlassen, die konkrete Versorgung auszuwählen. Dadurch würde auch die Dokumentation der Beratung über eine aufzahlungsfreie Versorgung durch die Augenoptikbetriebe entfallen, die bislang gemäß § 127 Abs. 1 S. 4 SGB V in den Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern festzuschreiben ist.

Forderung: Der Gesetzgeber sollte die Sehhilfen aus dem Sachleistungskatalog nehmen und die Krankenkassen dazu verpflichten, einen Festzuschuss zu zahlen.

Kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in der Hilfsmittelversorgung

Mit der Einführung des § 33 Abs. 5a SGB V hat der Gesetzgeber klargestellt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für Hilfsmittel nur dann erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Ziel der Regelung war es, unnötige ärztliche Kontakte und Bürokratie zu vermeiden, ohne die medizinische Versorgung der Versicherten zu gefährden.

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass dieses Ziel insbesondere bei den in § 33 Abs. 2 SGB V genannten therapeutischen Sehhilfen nicht erreicht wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss verlangt hier weiterhin pauschal eine vertragsärztliche Verordnung, auch in Konstellationen, in denen weder eine erneute ärztliche Diagnose noch eine Therapieentscheidung medizinisch erforderlich ist, etwa bei Ersatz- oder Folgeversorgungen.

Die derzeitige Auslegung verkennt, dass auch sogenannte therapeutische Sehhilfen in zahlreichen Fällen ausschließlich dem dauerhaften Behinderungsausgleich dienen und keine ärztliche Steuerungsfunktion mehr entfalten.

Typisches Beispiel ist die Keratoplastik (Hornhauttransplantation):

- Es handelt sich um einen dauerhaften, irreversiblen Zustand.

⁹ GKV-Spitzenverband, Sechster Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln, Berichtszeitraum 01.01.2023 – 31.12.2023, S. 36, a.a.O.

- Die ärztliche Leistung erschöpft sich in der Operation des Versicherten.
- Die Sehhilfe dient allein dem Ausgleich der bestehenden Behinderung, nicht der Behandlung oder Verhinderung des Fortschreitens einer Erkrankung.

In solchen Fällen fehlt es offenkundig an einer medizinischen Notwendigkeit für eine erneute vertragsärztliche Verordnung, etwa bei Verlust, Beschädigung oder regulärem Ersatz der Sehhilfe. Die pauschale Verordnungspflicht läuft dem Sinn und Zweck des § 33 Abs. 5a SGB V zuwider.

Um die Intention des Gesetzgebers eindeutig umzusetzen und eine richtlinienbedingte Überdehnung des Verordnungserfordernisses zu vermeiden, ist eine klarstellende Ergänzung erforderlich. So wird verhindert, unnötige Arztkontakte ohne medizinisch relevante Entscheidungen aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich zu verlagern.

Forderung: § 33 Abs. 5a SGB sollte wie folgt ergänzt werden: „Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn die Leistung ausschließlich dem Behinderungsausgleich dient. Abweichend von Satz 1 [...].“

Kostenerstattung für den elektronischen Kostenvoranschlag

Seit dem 1. Februar 2023 müssen Kostenvoranschläge auf digitalem Wege bei den Krankenkassen eingereicht werden. Dies führt für die Krankenkassen zu einer erheblichen Verfahrensvereinfachung. In der Augenoptik sind die überwiegende Zahl der Versorgungen Massengeschäfte, die ohne Kostenvoranschläge auf der Grundlage von vereinbarten Vertragspreisen abgegeben werden. Somit müssen Augenoptiker lediglich bei der Versorgung mit vergrößernden Sehhilfen und bei komplexen Versorgungen mit Kontaktlinsen und Brillengläsern Kostenvoranschläge einreichen. Bei den meisten Krankenkassen muss der Betrieb einen Dienstleister beauftragen, der dafür Monatspauschalen in Rechnung stellt. Diese Monatspauschalen sind völlig unwirtschaftlich, wenn die Betriebe nur in sehr wenigen Fällen Kostenvoranschläge einreichen müssen.

Forderung: Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, Schnittstellen zur Verfügung zu stellen, damit die Betriebe über ihre Branchensoftware ohne unnötige Zusatzgebühren elektronische Kostenvoranschläge einreichen können.

Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA)

Augenoptiker müssen berechtigt werden, auf die elektronische Patientenakte (ePA) zuzugreifen. Nur so kann die Digitalisierung tatsächlich zu einer besseren, effizienteren und wirtschaftlicheren Versorgung der gesetzlich Versicherten beitragen. Dies ergibt sich aus Folgendem:

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

Hinzu kommt: Die Krankenkassen verpflichten die Augenoptiker vertraglich zur vollständigen Übernahme der Gewährleistung – selbst dann, wenn die Versorgung auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgt. Eine Entlastung mit dem Hinweis auf fehlerhafte Messwerte der Verordnung ist gegenüber der Krankenkasse oder dem Versicherten nicht möglich. Daher verlangen die Kassen, dass Augenoptiker die ärztlichen Werte prüfen und gegebenenfalls – auch ohne Rücksprache mit dem Augenarzt – korrigieren. Diese Anpassungen sollten konsequenterweise ebenfalls in der ePA dokumentiert werden.

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

Dennoch sind die Augenoptiker derzeit nicht in § 352 SGB V als zugriffsberechtigte Berufsgruppen aufgeführt; möglicherweise, weil ihre Schweigepflicht nicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB strafbewehrt ist. Tatsächlich ist es aber bereits heute datenschutzrechtlich strikt verboten, Gesundheitsdaten ohne Einwilligung zu verarbeiten oder weiterzugeben – nur handelt es sich dabei bislang nicht um einen Straftatbestand. Es spricht aus Sicht des ZVA nichts dagegen, § 203 Abs. 1. StGB auch auf die Augenoptiker auszuweiten, wenn so ein entsprechendes Zugriffsrecht auf die ePA ermöglicht wird.

Forderung: Augenoptiker müssen als zugriffsberechtigte Berufsgruppe in § 352 SGB V aufgenommen werden.

Übernahme der Kosten für die Anbindung der Betriebe an die Telematikinfrastruktur

Ab dem 1. Januar 2026 sind die lieferberechtigten Augenoptikbetriebe verpflichtet, sich an die Telematikinfrastruktur (TI) anzubinden, wenngleich eine sinnvolle Nutzung der TI erst mit der ab dem 1. Juli 2027 geltenden Pflicht zur Annahme einer Hilfsmittelverordnung möglich ist. Mit der Anbindung sind hohe Kosten für die Betriebe verbunden. Aus diesem Grund sieht der Gesetzgeber vor, dass die Krankenkassen den Betrieben die Kosten erstatten. Hierzu hätte der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Hilfsmittelerbringer bis zum 1. Januar 2024 eine vertragliche Grundlage schaffen sollen. Dies hat der GKV-Spitzenverband bislang jedoch abgelehnt. Es steht zu befürchten, dass die Krankenkassen eine vollständige Erstattung ablehnen.

Forderung: Es muss gewährleistet werden, dass die Betriebe von den Krankenkassen eine vollständige Erstattung für die anfallenden Kosten für die Anbindung an TI erhalten.

Die Branche Augenoptik/Optometrie

In Deutschland arbeiten 47.650 Beschäftigte in rund 11.000 augenoptischen Fachgeschäften. Die Branche erwirtschaftete 2024 einen Jahresumsatz in Höhe von 6,9 Mrd. Euro.

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

Der Verband

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

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen
Alexanderstraße 25a
40210 Düsseldorf

Telefon: 0211 863235-0
E-Mail: info@zva.de

www.zva.de