

Hilfsmittelversorgung erleichtern - die vom Gesetzgeber geforderte Entbürokratisierung realisieren!

Hinweise zur Umsetzung des §33 Absatz 5 c SGB V im Versorgungsalltag

Am 25.02.2025 wurde durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), veröffentlicht im Bundesgesetzblatt am 28.02.2025) die folgende Regelung in § 33 Abs. 5c in das SGB V eingefügt:*

(5c) Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, in Behandlung befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor der Antragstellung empfohlen worden ist.

Die Umsetzung dieser Neuregelung im Alltag stößt auf Schwierigkeiten, die in zwei Round Tables, zuletzt am 10. September 2025 erörtert wurden. Das Aktionsbündnis bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung versucht in den folgenden Ausführungen, den aktuellen Sachstand darzustellen. Wenn dieser als Konsens gelten könnte, würde der Versorgungsprozess deutlich erleichtert und die Intention des Gesetzgebers unterstützt.

Juristische Einordnung

§ 33 Abs. 5c SGB V ist im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) mit dem Ziel der Beschleunigung der Hilfsmittelversorgung von Kindern mit Behinderungen oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung eingefügt worden. Er regelt eine gesetzliche Vermutung der Erforderlichkeit der Versorgung, sofern diese von einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) verordnet oder empfohlen worden ist.

Im Regelfall muss die Krankenkasse bei Vorliegen der SPZ- oder MZEB- Empfehlung oder Verordnung davon ausgehen, dass keine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit notwendig ist.

Sowohl in der Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 6 SGB XI, nach dem bei der Verordnung eines Hilfsmittels durch eine Pflegefachkraft ebenfalls die Erforderlichkeit vermutet wird (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) als auch in der Begründung zum GVSG wird davon ausgegangen, dass nur bei offensichtlichem Fehlen der medizinischen Erforderlichkeit eine Prüfung zu veranlassen ist, (vgl. BT-Drs. 20/11853, 43). Beispiele sind offensichtlich nicht gerechtfertigte, unwirtschaftliche Mehrfachversorgungen oder Produkte, die keine Hilfsmittel, sondern Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

Bei dieser Regelung wird vom Gesetzgeber implizit unterstellt, dass die Verordnung des Hilfsmittels den Anforderungen der Hilfsmittelrichtlinie des GBA entspricht und die Empfehlung dies beachtet. Das bedeutet, dass Diagnose und Hilfsmittelverordnung widerspruchsfrei sind. Nach § 7 HilfsM-RL ist ferner in der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen. Weiterhin sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Das Hilfsmittel ist als Produktart oder als 7-Steller des Hilfsmittelverzeichnisses anzugeben (Mussvorschrift).

Laut HilfsM-RL sollen dazu Angaben z.B. zu spezifischen Bedarfen etc. gemacht werden. Eine eindeutige Festlegung, welche Angaben zwingend notwendig sind, erfolgt in der RL nicht: Es handelt sich um eine Sollbestimmung, die sicherstellen soll, dass die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des konkreten Hilfsmittels nachvollziehbar wird.

Diese Anforderungen an eine Verordnung kann durch eine Empfehlung durch ein SPZ oder MZEB nicht überflüssig gemacht werden. Insofern besteht ein fachlicher Ermessensspielraum seitens der Beteiligten, so auch der Krankenkassen, wann die Angaben als hinreichend angesehen werden. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass bei SPZ/MZEB eine fachliche und für die Hilfsmittelversorgung spezifische Expertise gegeben ist. Daher sind Verordnungen bzw. Empfehlungen des SPZ/MZEB so zu werten, dass diese hinreichend sind und deshalb eine MD-Prüfung (Medizinischer Dienst) zu unterbleiben hat.

Die Krankenkasse hat demnach **nur** das Recht zu prüfen, ob die Plausibilität der Verordnung des SPZ/MZEB nachvollziehbar ist oder ob daran begründete Zweifel bestehen; diese sind dann darzulegen.

Die Verordnung/Empfehlung muss innerhalb der letzten 3 Wochen vor der Antragstellung (in der Regel durch Einreichung des Kostenvoranschlages) im Rahmen der laufenden Behandlung erfolgen. Die ärztliche Behandlung umfasst alle Maßnahmen der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten (Becker/Kingreen/Lang/Niggehoff, 9. Aufl. 2024, SGB V § 28 Rn. 3, beck-online). Der Begriff der Behandlung entsprechend § 28 SGB V beschränkt sich somit nicht nur auf regelmäßige Behandlungen. Bei der Verordnung einer Hilfsmittelversorgung sind die allgemeinen Grundsätze entsprechend der Hilfsmittelrichtlinie zu beachten. Dazu gehört auch, dass alle ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V zu beachten haben.

Eine gesetzliche Vermutung bedeutet nicht, dass eine beantragte Leistung automatisch als genehmigt gilt. Vielmehr kann eine gesetzliche Vermutung durch die Krankenkassen widerlegt werden. Im Streitfall über die Ablehnung einer Verordnung/Empfehlung aus einem SPZ oder MZEB tritt allerdings eine Beweislastumkehr ein, sodass die Krankenkasse das Fehlen der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung beweisen muss.

Was ist zu tun, damit dieses Gesetz zur Entbürokratisierung umgesetzt wird?

1. Versicherte mit Beeinträchtigung, deren Eltern, Familien, und Zugehörige

Wenn Sie in einem SPZ/MZEB in Behandlung sind und sich ein Hilfsmittelbedarf abzeichnet, auch z.B. aufgrund von Wachstum, kontaktieren Sie die Einrichtung. Sprechen Sie in der laufenden Behandlung auch die zukünftige Versorgung mit Hilfsmitteln an, so dass ggf. eine Versorgung bzw. Verordnung von Hilfsmitteln (auch eine Empfehlung) rechtzeitig vorbereitet werden kann. Dann können auch im SPZ/MZEB die Ressourcen besser geplant werden.

Es ist hilfreich, wenn Sie gegenüber dem SPZ/MZEB möglichst genau erläutern, wozu Sie das Hilfsmittel brauchen, warum ein vorhandenes Hilfsmittel nicht mehr ausreicht bzw. ob es defekt oder reparaturanfällig ist. Wenn Sie oder Ihre ambulanten Versorgungspartner aus der Therapie, Kita, Schule, Reha-technik usw. Ideen, Vorstellungen und Anregungen für eine Hilfsmittelversorgung haben, überlegen Sie, ob Sie bzw. Ihr Kind hiervon profitieren und worin der spezifische Nutzen oder Vorteil gegenüber der bisherigen Versorgung besteht.

2. SPZ/MZEB

Bei allen Hilfsmittelverordnungen ist sicherzustellen, dass sie den Anforderungen der HilfsM-RL entsprechen. Um die Qualität der Verordnung zu dokumentieren bietet es sich an, bei anstehenden Hilfsmittelversorgungen die Qualifizierte Verordnung (QVO) zu nutzen, um die Bedarfe nachvollziehbar zu machen und auf Basis der ICF zu erfassen und transparent darzustellen. Das Hilfsmittel sollte darauf möglichst genau bezeichnet werden. Lt. HilfsM-RL ist die Nutzung der Bezeichnung der Produktart bzw. der 7-Steller aus dem Hilfsmittelverzeichnis der GKV verpflichtend. (-> Untergruppe -> Anwendungsbereich -> Produktart). Dort finden sich in der Regel auch Hinweise zur Indikation, die in der Verordnung auftauchen sollten.

Wenn das Hilfsmittel bereits exakt ausgesucht wurde (vgl. Kostenvoranschlag) kann die 10stellige Nummer des HMV verwendet werden. Ist das Hilfsmittel (noch) nicht gelistet, muss die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit besonders begründet werden. Begründen Sie, warum dieses Hilfsmittel (Produktart) und genau diese Ausstattung bzw. dieses Fabrikat (wenn das wirklich eindeutig ist) für die Erreichung der genannten Ziele erforderlich und z.B. ein anderes nicht ausreichend ist.

Wenn vorhanden, fügen Sie Erprobungsberichte bei, bzw. benennen die erprobten Hilfsmittel. Alternativ muss eine inhaltliche Begründung, die zu Ihrer Entscheidung für das beantragte Hilfsmittel geführt hat, ausreichen. Die QVO bietet Möglichkeiten, Ihre Indikation zur konkreten Hilfsmittelentscheidung zu begründen und somit dem Kostenträger die Versorgungs-Notwendigkeit bzw. Ihr Versorgungskonzept zu verdeutlichen.

Sollte es sich um wachstumsbedingte Folgeversorgungen handeln (bei nicht wesentlich veränderten Beeinträchtigungen!), machen Sie dies immer deutlich, das erleichtert das Verfahren auf allen Seiten! Das gilt auch für Ersatzbeschaffungen.

Grundsätzlich ist es hilfreich, eine Muster-16-Verordnung zu erstellen und diese ggfs. durch eine QVO oder einen freien Text zu ergänzen. Für einige Hilfsmittelgruppen müssen vertraglich vereinbarte Assessments durch die Sanitätshäuser abgegeben werden, nutzen Sie diese, wenn möglich, mit.

Liegt eine externe Verordnung vor und soll nur eine Empfehlung durch das SPZ bzw. MZEB abgegeben werden, ist auch für eine solche Empfehlung das o.g. Vorgehen zu empfehlen.

Die SPZ/MZEB geben auf der Verordnung an, an wen sich die Krankenkasse bei Rückfragen wenden kann. (Mailadresse, Telefonnummer) Sie stellen durch die Angaben auf der Verordnung sicher, z.B. durch Stempelaufdruck, dass die Verordnung oder Empfehlung durch ein SPZ oder MZEB ausgestellt wurde.

3. Leistungserbringer, Reha-/Orthopädietechnik, Fachhandel, Sanitätshäuser

Fügen Sie eine Muster 16-Verordnung, möglichst eine QVO und ggfs. Erprobungsberichte oder weitere Begründungen für die spezielle Auswahl des angebotenen Hilfsmittels Ihrem Kostenvoranschlag bei, so dass beim Kostenträger alle vom interprofessionellen Team bedachten „Gründe“ bzw. Dokumente für dieses Hilfsmittel transparent vorliegen. Auch weitere (teils vertraglich festgelegte Assessmentbögen) beifügen – je transparenter die Versorgungs- /Produktentscheidung wird, desto besser!

Und weisen Sie ausdrücklich daraufhin, dass es sich um eine Verordnung/Empfehlung aus einem SPZ/MZEB handelt.

4. Kostenträger/Krankenkassen

Nach Eingang des Kostenvoranschlags mit Anlage der ärztlichen Verordnung auf Muster 16 und/oder der QVO aus einem SPZ/MZEB sowie allen beigefügten Unterlagen werden diese auf Plausibilität geprüft. Aus der ärztlichen Verordnung ergibt sich zweifelsfrei, dass der Ausstellende ein SPZ/MZEB ist.

Wenn die Plausibilität unstrittig ist, ist die beantragte Hilfsmittelversorgung erforderlich. Hier gilt die „positive Vermutensregelung“.

Bei begründeten Plausibilitätsfragen sollte zunächst zeitnah auf kurzem Wege

1. telefonisch oder per Mail (Krankenkasse mit Verordner:in) eine Klarstellung ungeklärter Fragen erzielt werden.
2. Kann die Fragestellung nicht **direkt** zwischen Kostenträger und Verordner:in geklärt werden, ist es die Aufgabe der Kostenträger, dem MD **die gesamte Dokumentation** (Verordnung, QVO, Kostenvoranschlag, Begründungen etc.) zur Begutachtung zu übermitteln. Fehlen Informationen erfolgt ebenfalls eine Rückfrage auf kurzem Weg (telefonisch/Mail MD mit Verordner:in).

Eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch den MD ist nicht vorgesehen und nicht zulässig (vgl. §275, Abs. 3 Nr. 1, SGB V). Der Prozess ist so zu organisieren, dass eine rasche Genehmigung und Weiterbearbeitung ermöglicht wird. Rückrufe bei den Krankenkassen sollten ggfs über eine eigene Hilfsmittel-Hotline für SPZ/MZEB möglich sein, die sofort zum Bearbeitenden verbindet. Damit wird der gesetzlichen Intention gefolgt, zeitnah und ohne bürokratischen Aufwand eine Klarstellung offensichtlich ungeklärter Fragen zu erreichen.

Schlussbemerkung

Die Umsetzung des §33 Abs. 5c SGB V ermöglicht – wie vom Gesetzgeber gefordert – eine zeit- und bedarfsgerechte Hilfsmittel-Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen. Sie bietet für alle am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligten einen erheblichen Bürokratieabbau.

*Dieses Papier fasst die Ergebnisse aus zwei Round-Table Meetings mit allen an der Versorgung Beteiligten inkl. Kostenträgern, MD, BMG und unter Mitwirkung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Jürgen Dusel, zusammen.

Links zu:

Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung: Über das Aktionsbündnis, Materialien, Bundestagsdrucksachen etc. zu §33, Abs. 5c <https://www.rehakind.com/ueber-uns/#aktionsbueundnis>, Aufruf 21.11.2025

DGSPJ (2025): Hilfsmittelversorgung im Kindes- und Jugendalter in Sozialpädiatrischen Zentren <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/DGSPJ-Qualitaetspapier-Hilfsmittelversorgung-in-SPZ-2025-01-27.pdf>, Aufruf 21.11.2025

GKV-Spitzenverband (2025ff): Hilfsmittelverzeichnis. <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>, Aufruf 21.11.2025

Medizinischer Dienst Bund (2023): Begutachtungsleitfaden Hilfsmittel. SEG 5 – Hilfsmittel und Medizinprodukte. Stand 23.11.2023. Internet 31.10.2025: https://www.md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_Hilfsmittel_240111.pdf

Medizinischer Dienst (2024/2025): Checklisten für Krankenkassen. Notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst. SEG 5 – Hilfsmittel und Medizinprodukte. Stand: 22. Juli 2024 – Redaktionelle Änderung vom 27. Mai 2025. Internet: 31.10.2025: https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/22_KK_Unterlagen/Checklisten_KK_250605/Checklisten_fuer_KK_Unterlagen_MD_Hilfsmittel_2025-05-27.pdf¹

Aktionsbündnis für  bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung

Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil -und Hilfsmittelversorgung

c/o rehaKIND e.V. – Lütgendortmunder Str. 153 – D-44388 Dortmund – Telefon 0231 - 610 30 56
mailto: kontakt@aktionsbueundnis-hilfsmittelversorgung.de

Stand: Dezember 2025

¹ Hinweise für den Inhalt einer Verordnung und darauf, welche Daten nachgefragt werden können, ergeben sich oft aus den Anmerkungen zur Indikation der Produktart im Hilfsmittelverzeichnis, aus dem Begutachtungsleitfaden Hilfsmittel des MD und aus den Checklisten für Krankenkassen: sowie aus den vertraglich vereinbarten Assessmentinstrumenten der Sanitätshäuser.