

Sandra Carius, Bernhard van Treeck

SCHNELL UND BEDARFSGERECHT – VERBESSERTER ZUGANG ZU HILFSMITTELN BEI KOMPLEXEN BEHINDERUNGEN

► Für den Zugang zur Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von großer Bedeutung. Sie konkretisiert für diesen Bereich sowohl die Verordnungsvoraussetzungen als auch -inhalte und ist für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Leistungserbringer verbindlich. Im April 2023 hat der G-BA begonnen, die Hilfsmittel-Richtlinie zu überprüfen, um vor allem die Verordnungsprozesse für Kinder und Jugendliche mit komplexen Behinderungen zu verbessern. Inzwischen hat er Änderungen in der Richtlinie im Hinblick auf Versicherte jeder Altersgruppe beschlossen, die im Mai 2025 in Kraft getreten sind. In diesem Beitrag stellen Dr. Sandra Carius und Dr. Bernhard van Treeck diese Neuerung und ihre Hintergründe vor. Sie nehmen dabei auch die Schnittstelle zur Long-COVID-Richtlinie des G-BA in den Blick. Außerdem gehen sie auf die neue Regelung des § 33 Absatz 5c SGB V ein, die mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) von Februar 2025 in das Hilfsmittelrecht der GKV aufgenommen wurde.

Für Menschen mit Behinderungen können Hilfsmittel den Schlüssel zu einem selbstbestimmten Leben darstellen, indem sie ihre Mobilität sicherstellen¹ und Teilhabe ermöglichen². Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung – ggf. im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – auszugleichen (§ 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V, § 47 Absatz 1 SGB IX). Im Genehmigungsprozess wird von der Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen, die weitere Parameter umfassen, vorliegen.

Besonders herausfordernd kann der Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln für Versicherte mit schweren, komplexen oder mehrfachen Behinderungen sein. Häufig ist dieser Personenkreis auf mehrere unterschiedliche, individuell angepasste oder speziell ausgestattete Hilfsmittel angewiesen. Das Feststellen des spezifischen Bedarfs, die ärztliche Verordnung und der Genehmigungsprozess gestalten sich oft anspruchsvoll und

zeitintensiv. Besonders bei Kindern und Jugendlichen können sich die Bedarfe schnell ändern und Folgeanträge nach sich ziehen. Gerade bei ihnen ist aber eine möglichst rasche, bedarfsgerechte Versorgung essenziell, da sich Verzögerungen oder Fehlversorgungen aufgrund des fortwährenden Wachstums und der Entwicklung dauerhaft negativ auf die sensomotorische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung auswirken können.³

Seit dem Frühjahr 2025 gibt es mehrere Konkretisierungen und Erleichterungen bei Verordnungen, um die Prüf- und Genehmigungsprozesse bei derart komplexen Bedarfssituationen zu straffen und zu vereinfachen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Vorgaben in der Hilfsmittel-Richtlinie geändert (1.) und der Gesetzgeber hat die Hilfsmittelversorgung speziell von jenen Versicherten zusätzlich erleichtert, die in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen betreut werden (2.).

1. ÄNDERUNG DER HILFSMITTEL-RICHTLINIE: MEHR EFFIZIENZ UND TRANSPARENZ IM VERORDNUNGSVERFAHREN

Veranlasst durch einen Antrag der Patientenvertretung⁴ hat der G-BA über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie beraten und diese am 20. Februar 2025 beschlossen.⁵ Die Richtliniänderungen sind am 16. Mai 2025 in Kraft getreten und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

a. Konkretisierung von Begriffen und Verordnungsvoraussetzungen

Die Definitionen zentraler Begriffe, wie der Begriff der Behinderung, wurden neu in die Richtlinie integriert. Diese Regelungen wurden vom G-BA nicht festgelegt, sondern fassen lediglich das geltende Recht unter Beachtung des SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes und in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention zentral in der Richtlinie zusammen.⁶ Gleiches gilt für Hinweise auf besondere Bedarfe in § 1 der Richtlinie, die bei

der ärztlichen Verordnung und bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse sowie der Gestaltung der Hilfsmittelversorgung zu beachten sind. Dies sind etwa die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen, die besonderen Belange chronisch kranker Menschen sowie geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten.⁷

Zudem wird in § 3 der Richtlinie die gesetzliche Vorgabe des § 33 Absatz 5a SGB V aufgegriffen, wonach eine ärztliche Verordnung für Hilfsmittel nach § 33 Absatz 1 bis 4 SGB V nicht per se erforderlich ist, sondern (neben weiteren Ausnahmen) nur, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Ferner wird das Ziel der Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich der Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens als Bestandteil des Versorgungsanspruchs der gesetzlichen Krankenversicherung um die hierfür relevanten Aspekte der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ergänzt. Dadurch wird für verordnende Ärztinnen und Ärzte klarer abgegrenzt, wann Kosten für notwendige Hilfsmittel, die aufgrund einer Behinderung für die möglichst selbständige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt werden, von den gesetzlichen Krankenkassen oder vielmehr von anderen Sozialleistungsträgern (z.B. der sozialen Teilhabe) übernommen werden. Um Unsicherheiten der Ärztin oder des Arztes bei der Auswahl der Sozialleistungsträger zu vermeiden, wird klargestellt, dass eine Prüfung der Zuständigkeit im Rahmen der Zuständigkeitsklärung durch den erstangegangenen Leistungsträger nach SGB IX erfolgt.

In Ergänzung dessen geht der G-BA in seinen tragenden Gründen auf den Begriff der „Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ ein. Diesem Begriff kommt eine zentrale Rolle bei der Abgrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Hierbei ver-

weist der G-BA insbesondere auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Hinblick auf den Erwerb einer elementaren Schulpflicht im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht. Auch auf die hiermit im Zusammenhang stehende Herstellung bzw. Sicherung der Schulfähigkeit von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen sowie die Hinführung auf die Schulfähigkeit von noch nicht schulpflichtigen Kindern als mögliches Grundbedürfnis des täglichen Lebens geht der G-BA unter anderem ein. Schließlich verweist er darauf, dass es bei der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels oder bei der Auswahl des Hilfsmittels, das dem Behinderungsausgleich dienen soll, auf die wesentlichen (Gebrauchs-)Vorteile für die Teilhabe im alltäglichen Leben ankomme.⁸

Für Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation wurde in § 10 Absatz 3 der Richtlinie zudem klargestellt, dass die oder der Versicherte die Erstellung eines Teilhabeplans durch die Krankenkasse wünschen kann, sofern die Krankenkasse leistender Rehabilitationsträger ist und die Voraussetzungen des § 19 Absatz 2 Satz 3 SGB IX vorliegen. Im Teilhabeplanverfahren können auf Grund der festgestellten Bedarfe die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln und soweit möglich die Eigenschaften des Hilfsmittels festgestellt und die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger geklärt werden. In den tragenden Gründen zur Beschlussfassung weist der G-BA darauf hin, dass sich das Teilhabeplanverfahren so auswirken kann, dass eine mehrfache und wiederholte Befundermittlung und Begründung weitgehend entbehrlich ist. Eine auf das jeweilige Hilfsmittel bezogene Prüfung des Kostenvorschlags durch die Krankenkasse bleibt davon unberührt.⁹

b. Ergänzende Hinweise in der Verordnung

Für einen raschen und unkomplizierten Hilfsmittelversorgungsprozess ist es notwendig, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung durch die Verord-

nerin oder den Verordner fundiert begründet wird. Zusätzliche Angaben auf der Verordnung können insbesondere bei spezifischen Bedarfen hilfreich sein, um Rückfragen zu vermeiden und die Entscheidungsprozesse zu erleichtern.

Deshalb hat der G-BA in § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie ergänzt, welche weiteren medizinischen Angaben wichtig sind, um eine bedarfsgerechte Auswahl des Hilfsmittels durch den Hilfsmittelversorger sowie die Leistungsentscheidung der Krankenkassen im Prüf- und Genehmigungsprozess zu unterstützen. Hierzu gehören ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe, etwa relevante Kontextfaktoren und Synergien sowie Ausführungen zu Funktionalitäten und wesentlichen Gebrauchsvorteilen sowie deren Auswirkungen auf die Versorgungsziele. Anhaltspunkte zu Zweckbestimmung und Indikation von verschiedenen Hilfsmitteln und den teils zu Grunde liegenden Methoden können sich z.B. aus den Beschreibungen und Hinweisen auf Produktgruppen- und Produktartebene des Hilfsmittelverzeichnisses¹⁰ ergeben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend, bietet aber nach ständiger Rechtsprechung eine Orientierungs- und Auslegungshilfe und wird regelmäßig vom GKV-Spitzenverband fortgeschrieben.¹¹

Ergänzende Angaben in der Verordnung könnten darüber hinaus auch in anderen Einzelfällen sinnvoll sein, wenn beispielsweise keine genauen Angaben zu einer Produktart oder siebenstelligen Positionsnummer bei der Verordnung gemacht werden können und sich (allein aus der Diagnose) die Indikation für die Versorgung bzw. – bei Beeinträchtigung der Teilhabe – mögliche alltagsrelevante, erhebliche Gebrauchsvorteile medizinisch nicht ausreichend nachvollziehen lassen (medizinische Notwendigkeit / Maß der Versorgung). Folgende spezifische Angaben könnten etwa relevant sein (siehe § 6 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie): Funktionsdiagnosen, strukturelle und funktionelle Schädigungen, alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF¹²), versorgungsbeschränken

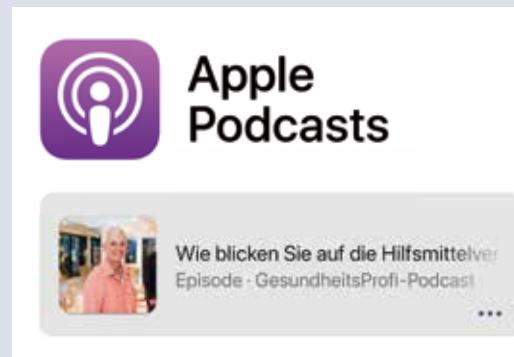
de und -fördernde Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt, voraussichtlich erreichbare Ziele in Bezug auf den Versorgungszweck (kurativ-therapeutisch oder medizinisch-rehabilitativ), Erprobungsergebnis, Fähigkeit zur Nutzung des Hilfsmittels, für die Zielerreichung notwendige Eigenschaften und Merkmale des Hilfsmittels (z.B. Bezeichnung, Ausstattung, Zubehör) sowie Gebrauchsvorteile oder Synergien mit anderen Hilfsmitteln oder Therapiemaßnahmen.¹³

c. Ergänzende Hinweise aus der Long-COVID-Richtlinie

Spezifische ergänzende Angaben, die im vorgenannten Sinne (siehe b.) ebenso in die Hilfsmittel-Verordnung gehören, ergeben sich beispielsweise aus der Long-COVID-Richtlinie des G-BA:¹⁴ Diese regelt in § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4, dass bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung von veranlassten Leistungen (wie Hilfsmitteln, aber auch Heilmitteln oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V) die spezifischen Besonderheiten der von der Richtlinie umfassten Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Beispielsweise ist nach dieser Richtlinie bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz in Form einer sogenannten postexertionalen Malaise (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Belastungsgrenzen zu achten. PEM als Leitsymptomatik der Myalgischen Enzephalomyelitis/des Chronischen Fatigue Syndroms (ME/CFS) bedeutet die unverhältnismäßige, oft zeitverzögert eintretende Zustandsverschlechterung nach leichter körperlicher oder geistiger Aktivität.¹⁵ Die Long-COVID-Richtlinie sieht vor, dass bei allen Verordnungen Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität vermerkt werden sollten. So können sich auch die weiteren Leistungserbringer auf die spezifischen Bedarfe einstellen und die Leistungserbringung entsprechend leitliniengerecht durchführen.¹⁶ Die genannten krankheitsspezifischen Besonderheiten bei ME/CFS

Informationen zum Thema

GesundheitsProfi-Podcast, Folge 31: „Wie blicken Sie auf die Hilfsmittelversorgung von Kindern, Christiana Hennemann?“, 6. Oktober 2025



Die Fördergemeinschaft Rehakind blickt auf ein Vierteljahrhundert Einsatz für eine bessere Hilfsmittelversorgung von Kindern und Jugendlichen zurück. In dieser Podcastfolge thematisiert die Geschäftsführerin Christiana Hennemann gemeinsam mit Tobias Kurtz die politische Arbeit, die etwa in der gesetzlich verankerten beschleunigten Genehmigung von Hilfsmittelverordnungen aus SPZ und MZEB mündete – ein Erfolg, der allerdings in der Praxis noch nicht flächendeckend ankomme. Ferner berichtet sie über eine neue Datenbank, internationale Studien, Schulungsangebote – von technischen Grundlagen bis hin zu rechtlichen Fragestellungen – und verweist auf den RehaKIND-Kongress 2026, der unter dem Leitmotiv „Evidenz – Individualität – Praxis“ neue Impulse setzen soll.

Link: <https://podcasts.apple.com/de/podcast/gesundheitsprofi-podcast/id1603421933?i=1000730399538>

Podcast „Chronisch gut“ mit Unterstützung der BKK Pfalz, Folge: „CHRONISCH ME/CFS“, Teil 1, 18. August 2025

Im diesen Podcast stellt die selbst chronisch erkrankte Helene Anschütz gemeinsam mit einem Team von medizinischen Expert*innen chronische Erkrankungen vor, erklärt und räumt mit Mythen auf. In Gesprächen mit den unterschiedlichsten Gästen gibt sie den meist unbekannten und doch sehr verbreiteten Krankheiten eine Stimme. In dieser Episode spricht sie mit Dr. Natalie Grams, Ärztin und selbst betroffen von ME/CFS – eine Krankheit, bei der jede Minute Energie zählt. Natalie Grams kann nicht länger als rund 45 Minuten sprechen, was zeigt, wie sehr diese Multisystemerkrankung die Belastbarkeit reduzieren kann. Sie berichtet offen von ihrem eingeschränkten Alltag, dem langen Weg zur Diagnose und den Herausforderungen im Umgang mit einem Gesundheitssystem, das das chronische Fatigue Syndrom oft nicht erkennt oder ernst nimmt.

Link: <https://open.spotify.com/episode/1RtRYjVuyZq9k5RPCPLQcJ?si=MLhWnPET06XP0dr0cz1IA&nd=1&dlsi=695a96fe384a44b3>

könnten ab entsprechendem Schweregrad der Erkrankung und trotz erhaltenener Funktion zur Vermeidung von Verschlechterungen ggf. einen Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf einen Elektrorollstuhl mit spezieller Ausstattung (z.B. Liegefunktion) begründen.¹⁷ Die nachvollziehbare Darstellung in der Verordnung kann daher eine wichtige Grundlage für die Leistungentscheidung der Krankenkasse bilden.

d. Zusätzliche Unterlagen der Verordnung beifügen

Ferner hat der G-BA in § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie klargestellt, dass sich Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung von Hilfsmitteln nicht auf das knappe Vordruckmuster beschränken müssen. Sie dürfen der Verordnung weitere antragsrelevante Unterlagen beifügen, sofern diese für die Genehmigung

der Krankenkassen oder Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MD) hilfreich sein können. Das kann etwa eine ergänzende ärztliche Begründung der Versorgung bei Einzelproduktverordnung oder eine ergänzende physiotherapeutische Empfehlung zum Hilfsmittelbedarf mit Einwilligung der oder des Versicherten sein.¹⁸ Dies ist relevant, solange noch keine Möglichkeit der elektronischen Verordnung besteht.¹⁹ Der G-BA hat mit der vorliegen Beschlussfassung aber bereits jetzt in § 6 klargestellt, dass die Hilfsmittel-Richtlinie entsprechend für elektronische Verordnungen anzuwenden ist.

e. Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung

Bei bestimmten immobilen Versichertengruppen kann die Möglichkeit einer Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen der Fernbehandlung eine erhebliche Erleichterung der Versorgung darstellen. Ein Beispiel ergibt sich aus der bereits angesprochenen Long-COVID-Richtlinie des G-BA. Sie sieht als Bestandteil aller Versorgungsebenen bei der Diagnostik und Versorgung z.B. an ME/CFS erkrankter Versicherter im Bedarfsfall neben der Realisierung von Hausbesuchen die Nutzung der Möglichkeiten der Fernbehandlung und der telemedizinischen Betreuung unter Berücksichtigung der geltenden Vorgaben (insbesondere des BMV-Ä) vor.²⁰

Zusätzlich hat der G-BA nun in § 6 Absatz 2 der Hilfsmittel-Richtlinie für alle Versicherten verbindlich geregelt, unter welchen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte Hilfsmittel per Videosprechstunde oder ausnahmsweise nach telefonischem Kontakt verordnen dürfen. Voraussetzung ist, dass die Ärztin oder der Arzt die Versicherte oder den Versicherten aus unmittelbar persönlicher Behandlung bereits kennt, einschließlich des Gesundheitszustandes sowie funktioneller/struktureller Schädigungen und alltagsrelevanter Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe. Auch darf die Erkrankung – etwa aufgrund ihrer Art oder Schwere – das

Verordnungssetting nicht ausschließen. Die Verordnung per Video oder nach Telefonkontakt ist nicht auf Folgeverordnungen beschränkt. Sie ist auch durch eine ärztliche Kollegin oder einen ärztlichen Kollegen möglich, sofern gemeinsam auf die Patientendokumentation zugegriffen wird. Die Authentifizierung der Patientin oder des Patienten ist in jedem Fall sicherzustellen. Das Nähere wird in den Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge geregelt.²¹ Die ärztliche Hilfsmittelverordnung nach telefonischem Kontakt ist nur in Ausnahmefällen zulässig, und zwar nur dann, wenn der aktuelle Gesundheitszustand bereits im persönlichen Kontakt oder per Videosprechstunde erhoben wurde und keine weiteren verordnungsrelevanten Informationen zu ermitteln sind.

Der Bewertungsausschuss hat inzwischen die im EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) vorhandene Kostenpauschale 40128 angepasst. Seit dem 1. Juli 2025 ist hierüber eine Abrechnung der Kosten für die Verordnung per Video oder Telefon möglich.²²

f. Rolle des Medizinischen Dienstes (MD)

Nur wenn Hilfsmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, dürfen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten hierfür übernehmen. Daran messen die Krankenkassen die Erforderlichkeit eines bestimmten Hilfsmittels. In geeigneten Fällen, etwa bei komplexen Sachverhalten, können sie sich dabei der Kompetenz des fachlich unabhängigen Medizinischen Dienstes bedienen.²³

Der G-BA hat zum besseren Verständnis zentrale gesetzlich geregelte Aufgaben des MD in § 5 der Hilfsmittel-Richtlinie aufgeführt. Dazu gehört, dass Gutachterinnen und Gutachter des MD bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen sind und dabei nicht in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten eingreifen dürfen (vgl. § 275 Absatz 5 SGB V). Der MD kann

nur im Auftrag der Krankenkasse tätig werden. Er ist bei der beauftragten Prüfung und Begutachtung fachlich unabhängig von der Krankenkasse. Gleichzeitig ist das Ergebnis der Begutachtung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse nicht verbindlich.

Bezug genommen wird in der Richtlinie nun auch auf die gesetzliche Vorgabe, dass der MD im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels die Versicherten dazu zu beraten hat (§ 275 Absatz 3 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V). Ob diese Beratung schriftlich, telefonisch, per Video oder im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgt, legt der MD im jeweiligen Einzelfall fest. Der G-BA hingegen kann keine Regelungen zur Einlösung des Beratungsanspruches treffen.²⁴

Ebenfalls weist die Hilfsmittel-Richtlinie nun deklaratorisch darauf hin, dass der MD der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen hat, sofern dieses von der ärztlichen Verordnung abweicht (vgl. § 277 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Das ist für die Verordnungspraxis relevant, da sich hieraus noch weitere Schritte in Bezug auf die Verordnung und ggf. weitere Ergänzungen in der Praxis ergeben können.²⁵ Ferner erfolgt der Hinweis, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt – mit Einwilligung der oder des Versicherten – die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den MD einfordern kann (vgl. § 277 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

2. GESETZLICHE ÄNDERUNG: KURZER WEG ZUM HILFS-MITTEL

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 25. Februar 2025²⁶ wurde das Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich für bestimmte Versichertengruppen erheblich vereinfacht und die Rolle des MD umgestaltet. Die neue Regelung in § 33 Absatz 5c SGB V gilt für Versicherte, die in einem sozial-

pädiatrischen Zentrum (SPZ)²⁷ oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)²⁸ behandelt werden. Für diese Versicherten wird die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels vermutet, wenn die beantragte Hilfsmittelversorgung von der im SPZ bzw. MZEB tätigen behandelnden Ärztin oder dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor der Antragstellung empfohlen worden ist.

Diese gesetzliche Vermutung führt dazu, dass die Krankenkasse von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung auszugehen hat. Eine Vorlage an den Medizinischen Dienst kann damit in der Regel entfallen.²⁹ Der Gesetzgeber geht davon aus, dass in SPZ und MZEB Versicherte unter ärztlicher Leitung regelmäßig intensiv interdisziplinär betreut und Art und Umfang der notwendigen Hilfsmittelversorgung bereits fortlaufend geprüft werden. Einer erneuten Prüfung durch die Krankenkassen unter gutachterlicher Beteiligung des Medizinischen Dienstes bedürfe es im Interesse der besonderen Eilbedürftigkeit bei der Versorgung und der notwendigen Gewährleistung gesellschaftlicher Teilhabe dieses Versichertenkreises nicht.³⁰

Die Regelung soll nach der Intention des Gesetzgebers das Verfahren für Kinder und Erwachsene beschleunigen, die aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Krankheit oder Behinderung einen besonderen Hilfsmittelbedarf besitzen. Für diesen Personenkreis sei eine zeitnahe Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln besonders wichtig, sei es zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie einer möglichst selbständigen Lebensführung und damit einhergehender Lebensqualität oder zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Insbesondere bei sich noch im Wachstum befindlichen Kindern und jungen Erwachsenen könne eine gleichmäßige hilfsmittelgestützte Förderung der kognitiven und motorischen Entwicklung

sowie eine frühzeitige und kontinuierliche Mobilisation die Schwere der Behinderung und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen im täglichen Leben positiv beeinflussen.³¹

Um Fehlversorgungen zu vermeiden, soll die ärztliche Empfehlung aus dem SPZ oder MZEB bei Antragstellung durch den oder die Versicherte nicht älter als drei Wochen sein. Eine bestimmte Form für eine solche Empfehlung wird hingegen nicht vorgegeben: Danach kann dies jede verkörperte Erklärung der im SPZ oder MZEB tätigen behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sein, die erkennen lässt, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung für notwendig erachtet wird,³² etwa durch entsprechende Ausführungen in einem Arztbrief. Die Empfehlung ist zu unterscheiden von einer ärztlichen Verordnung. Sofern eine ärztliche Verordnung erfolgt, kann diese daher durch eine behandelnde Vertragsärztin oder einen behandelnden Vertragsarzt außerhalb des SPZ oder des MZEB ausgestellt werden; die Empfehlung aus dem SPZ oder MZEB erfolgt dann gesondert und sollte, falls vorhanden, der Verordnung möglichst beigefügt werden (siehe unter 1. c.). Naheliegend erscheint zudem, eine im SPZ oder MZEB selbst ausgestellte ärztliche Verordnung zugleich als Empfehlung im Sinne der genannten gesetzlichen Regelung zu betrachten. Solche und weitere Detailfragen bedürfen der Klärung für die Praxis.

3. FAZIT

Die unter 2. dargestellte gesetzliche Änderung des § 33 SGB V durch das GVSG lässt sich zurückführen auf eine Petition aus dem Jahr 2021.³³ Die unparteiischen Mitglieder des G-BA hatten im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GSVG die Änderung in § 33 SGB V ausdrücklich begrüßt und dem Bundesministerium für Gesundheit Anpassungen vorgeschlagen, die überwiegend in die aktuelle Regelung eingeflossen sind.³⁴

Der Weg über eine Gesetzesänderung war naheliegend, da nicht ein-

deutig geklärt war, ob der G-BA selbst die Kompetenz für eine solche weitreichende Regelung besessen hätte. Aufgrund des Scheiterns der Ampel-Koalition im Herbst 2024 war es bis zuletzt ungewiss, ob der Entwurf es noch über die parlamentarische Zielgerade schafft.

Durch das Zusammenspiel von gesetzlicher Neuregelung, Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie, fortschreitender Digitalisierung und perspektivisch vorgesehener Einführung einer elektronischen Verordnung für Hilfsmittel erwartet der G-BA eine spürbare Straffung sowie mehr Effizienz und Transparenz bei den Prüf- und Genehmigungsverfahren. Davon sollen alle am Versorgungsprozess Beteiligten, wie Krankenkassen, Medizinischer Dienst, verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer profitieren – vor allem aber die zu versorgenden Versicherten selbst und ihre Angehörigen.³⁵

4. AUSBLICK

Einen weiteren Akzent könnte das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege setzen, das für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen eine eigenverantwortliche Verordnungsmöglichkeit für Folgeversorgungen von im Rahmen der häuslichen Krankenpflege benötigten Hilfsmitteln vorsieht.³⁶ Die Regelungen wurden vom Bundestag am 6. November 2024 verabschiedet und sollen zum 1. Januar 2026 in Kraft treten.³⁷ Die unparteiischen Mitglieder des G-BA betrachten das Gesetz als wichtigen und gelungenen Meilenstein zur umfassenden Stärkung der Pflegeberufe. Sie begrüßen die damit verbundene Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen ausdrücklich. Die Details hierzu sollen laut Gesetzentwurf allerdings nicht in den einschlägigen Richtlinien durch den G-BA, sondern ausschließlich in einem Vertrag auf Ebene der Vertragspartner geregelt werden. Um kompetenzrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten und inhaltliche Überschneidungen mit den

etablierten Richtlinien-Regelungen des G-BA im Interesse der Versorgungskontinuität von vornherein zu vermeiden, hatten deshalb die unparteiischen Mitglieder des G-BA im Gesetzgebungsverfahren für weitere regulatorische Anpassungen geworben.³⁸ Im beschlossenen Gesetzentwurf wurde dem nur teilweise nachgekommen,³⁹ so dass es schließlich auf eine umsichtige und innerhalb der Selbstverwaltung abgestimmte Umsetzung dieser neuen vertraglichen Regelung ankommt.

¹ Vgl. Artikel 20 UN-BRK.

² Vgl. Artikel 26 UN-BRK.

³ Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA vom 20.02.2025, S. 3., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

⁴ Antrag der Patientenvertretung vom 19.10.2022, abrufbar unter: <https://patientenvertretung.g-ba.de/media/dokumente/antrag-hilfsm-rl-2022.pdf> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025). Die Patientenvertretung hatte den Schwerpunkt zunächst auf die Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche mit schweren, komplexen oder mehrfachen Behinderungen gesetzt. Mit Blick auf das parallel zum Beratungsverfahren laufende Gesetzgebungsverfahren (siehe unter 2. im Text) wurden weitere Spezifizierungen, z.B. in Form eines eigenen Abschnitts für Kinder und Jugendliche, in der Richtlinie nicht weiter konkretisiert. Siehe: Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 3 f., abrufbar unter: siehe Fn. 3.

⁵ Beschluss vom 20.02.2025, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/7087/> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

⁶ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 3 f., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

⁷ Die aktuelle Fassung der Hilfsmittel-Richtlinie ist abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/13/> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

⁸ www.g-ba.de/richtlinien/13/ (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

⁹ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 5., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 01.07.2025).

¹⁰ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 10, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹¹ Bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis kann der GKV-SV vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die entsprechenden Voraussetzungen hierfür erfüllt sind (§ 139 Absatz 3 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V).

¹² Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, abrufbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹³ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 9 f., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹⁴ Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie), abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/141/> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹⁵ Renz-Polster H, Scheibenbogen C., Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue Syndrom. Inn Med (Heidelberg) 2022; 63(8): 830–839. Zur Erfassung der PEM siehe Fragebogen nach Jason et al, abrufbar unter: https://fcf.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/fcf/ZZ_alte_Dateien/Landing_Page/DSQ-PEM_TUM.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2025).

¹⁶ Tragende Gründe zum Beschluss über die Erstfassung der Long-COVID-Richtlinie vom 21.12.2023, S. 30, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10265/2023-12-21_Long-COV-RL_Erstfassung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹⁷ K. Hoffmann, A. Hainzl et.al., Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom, Wien Klin Wochenschr (2024) 136 (Suppl 5), S103-123, abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00508-024-02372-y> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹⁸ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 2., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

¹⁹ Mit dieser ist flächendeckend frühestens ab Januar 2027 zu rechnen, § 360 Absatz 7 Satz 2 SGB V.

²⁰ § 5 Absatz 1 Nr. 10, § 6 Absatz 1 Nr. 6, § 7 Nr. 6 und § 8 Absatz 1 Satz 6 der Long-COVID-Richtlinie; siehe auch Tragende Gründe zum Beschluss über die Erstfassung der Long-COVID-Richtlinie vom 21.12.2023, S. 21 f., 25, 29, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10265/2023-12-21_Long-COV-RL_Erstfassung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

²¹ Siehe Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte: Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V vom 21.10.2016 in der Fassung vom 04.12.2024, abrufbar unter: https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31b-videosprechstunde/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

- ²² Praxisnachrichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Hilfsmittel dürfen per Videosprechstunde verordnet werden und weitere Änderungen, vom 22.05.2025; abrufbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_74761.php#:~:text=22.05.2025%20-%20%C3%84rzte%20d%C3%BCrfen%20Hilfsmittel%20ab%20sofort%20auch,ein%20Beschluss%20des%20Gemeinsamen%20Bundesausschusses%20in%20Kraft%20getreten (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).
- ²³ § 33 Absatz 5b Satz 2 i.V.m. § 275 Absatz 3 Nummer 1, 1. Halbsatz SGB V.
- ²⁴ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 7, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).
- ²⁵ Tragende Gründe zum Beschluss vom 20.02.2025, S. 8, abrufbar unter: ebenda.
- ²⁶ Gesetz abrufbar unter: <https://www.recht.bund.de/bgbI/1/2025/64/VO.html> (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).
- ²⁷ Gemeint sind nach § 119 Absatz 1 SGB V ermächtigte SPZ.
- ²⁸ Gemeint sind nach § 119c Absatz 1 SGB V ermächtigte MZEB.
- ²⁹ Gesetzentwurf vom 17.06.2024 mit Gesetzesbegründung, BT-Drs. 20/11853, S. 9 f., abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011853.pdf> (zuletzt abgerufen am 14.10.2025).
- ³⁰ Dies soll laut Gesetzesbegründung zumindest dann gelten, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt, etwa im Fall von offensichtlich nicht gerechtfertigten, unwirtschaftlichen Mehrfachversorgungen. Siehe Gesetzesbegründung im Entwurf des GVSG vom 17.06.2024, S. 43, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011853.pdf> (zuletzt abgerufen am 14.10.2025).
- ³¹ Gesetzesbegründung zum Kabinettsentwurf des GVSG vom 22.05.2024, S. 42, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Vorordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025)

³² Ebenda.

³³ Positionspapier des Aktionsbündnisses für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung vom 09.09.2021, abrufbar unter: https://www.openpetition.de/pdf/blog/stoppt-die-blockade-der-krankenkassen-bei-der-versorgung-schwerst-behinderter-kinder-erwachsene-3_aktionsbuendnis-und-weitere-entwicklungen_1632130835.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

³⁴ Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des G-BA vom 30.04.2024 zum Referentenentwurf des GVSG, S. 4f., abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5678/2024-04-30_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_GVSG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

³⁵ Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA vom 20.02.2025, S. 4, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11238/2025-02-20_HilfsM-RL_Hilfsmittelversorgung-Menschen-mit-Behinderungen-Fernbehandlung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17.10.2025).

³⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, BT-Drs. 21/1511 i.V.m. BT-Drs. 21/1935 vom 08.09.2025 (siehe S. 49 ff.: neuen § 15a SGB V, Änderung des § 33 Absatz 5a SGB V und neuen § 73d SGB V), abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/21/015/2101511.pdf> (zuletzt abgerufen am 16.10.2025).

³⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/befugniserweiterungsgesetz-bundestag-06-11-25.html> (zuletzt abgerufen am 09.11.2025).

³⁸ Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des G-BA zum Gesetzentwurf vom 08.10.2025, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5956/2025-10-08_PA_AfG_G-BA_Stellungnahme_BEEP.pdf (zuletzt abgerufen am 16.10.2025).

³⁹ Siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/befugniserweiterungsgesetz-bundestag-06-11-25.html> (zuletzt abgerufen am 09.11.2025).

Die Autorinnen und Autoren:

Dr. jur. SANDRA CARIUS
Referentin in der Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)



Dr. med. BERNHARD VAN TREECK
Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des G-BA

