

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage des Abgeordneten Thomas Uhlen (CDU)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

**Verzögern uneinheitliche Verfahren die Hilfsmittelversorgung von Kindern und Menschen mit
komplexem Versorgungsbedarf in Niedersachsen?**

Anfrage des Abgeordneten Thomas Uhlen (CDU), eingegangen am 14.07.2026 - Drs. 19/11176,
an die Staatskanzlei übersandt am 16.07.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 17.08.2026

Vorbemerkung des Abgeordneten

Hilfsmittel dienen nach § 33 SGB V u. a. dazu, eine Krankenbehandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dazu zählen auch Prothesen, orthopädische und andere Hilfsmittel. Die konkrete Versorgung erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig über verordnende Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, den Medizinischen Dienst, Leistungserbringer sowie vertragliche Regelungen nach dem SGB V. Das Hilfsmittelverzeichnis wird nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 139 SGB V systematisch geführt und regelmäßig fortgeschrieben.

Die Initiative „Wir versorgen Deutschland“ (WvD) verweist auf die wohnortnahe, qualitätsgesicherte und individuelle Hilfsmittelversorgung. Nach Angaben der Initiative ist die Hilfsmittelversorgung mit Verwaltungsaufwand verbunden. Dieser ergibt sich u. a. aus Formularen, Dokumentationspflichten, dem Vertragswesen sowie Medienbrüchen.¹ Nach der WvD-Branchenumfrage 2026 gaben rund zwei Drittel der befragten Unternehmen an, mehr als 30 % ihrer Betriebszeit für bürokratische Aufgaben aufzuwenden. Als Ursache wurden die Vielfalt unterschiedlicher Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen sowie Dokumentationspflichten gegenüber Kostenträgern genannt.²

Mit § 33 Abs. 5c SGB V wurde für bestimmte Fallkonstellationen eine Vermutungsregelung eingeführt. Danach wird die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels vermutet, wenn sich Versicherte in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Behandlung befinden und die beantragte Hilfsmittelversorgung dort innerhalb der letzten drei Wochen vor Antragstellung empfohlen worden ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss am 20. Februar 2025 Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie zur Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen und spezifischen Bedarfen; diese traten am 16. Mai 2025 in Kraft.

Zugleich bestehen gesetzliche Entscheidungsfristen. Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag grundsätzlich innerhalb von drei Wochen und bei Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden.

¹ <https://wirversorgendeutschland.de/unsere-forderungen/>

² https://wirversorgendeutschland.de/wp-content/uploads/2026/05/WvD_branchUmfr2026_Summary.pdf

Vorbemerkung der Landesregierung

Die angesprochenen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung betreffen im Wesentlichen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und damit einen Aufgabenbereich der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes. Die maßgeblichen Rechtsgrundlagen finden sich insbesondere im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dies betrifft den Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die Voraussetzungen der Leistungsgewährung, die Genehmigungs- und Entscheidungsverfahren der Krankenkassen sowie die Rechte der Versicherten.

Für die Leistungsgewährung sind die GKV in eigener Verantwortung zuständig. Sie entscheiden über Anträge auf Hilfsmittelversorgung, schließen Verträge mit Leistungserbringenden und haben die gesetzlichen Entscheidungsfristen nach § 13 Abs. 3a SGB V einzuhalten. Die vertragsärztliche Verordnung, die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie die Versorgung durch die jeweiligen Leistungserbringenden erfolgen im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben des SGB V.

Die Führung und Fortentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V obliegt dem GKV-Spitzenverband auf Bundesebene. Dieser erstellt und aktualisiert das Verzeichnis sowie die darin enthaltenen Qualitätsanforderungen an Hilfsmittel und die zugehörigen Versorgungsleistungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für die näheren Regelungen zur Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Hilfsmittel-Richtlinie zuständig. Die vom G-BA am 20. Februar 2025 beschlossenen Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie sind am 16. Mai 2025 in Kraft getreten.

Auch die mit § 33 Abs. 5c SGB V eingeführte Vermutungsregelung für bestimmte Empfehlungen aus Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) beruht auf Bundesrecht und richtet sich an die Beteiligten der GKV.

Dem Land Niedersachsen obliegt demgegenüber grundsätzlich keine Fachaufsicht über die GKV hinsichtlich ihrer Leistungsentscheidungen in Einzelfällen. Ebenso bestehen keine landesrechtlichen Regelungskompetenzen für die Ausgestaltung des Hilfsmittelverzeichnisses, die bundeseinheitlichen Verfahrensvorgaben der Hilfsmittelversorgung oder die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Zuständigkeit des Landes beschränkt sich im Wesentlichen auf die Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Körperschaften im Bereich der GKV.

Vor diesem Hintergrund beziehen sich die Antworten der Landesregierung zu den nachfolgenden Fragen im Wesentlichen auf die von den Gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen hierzu übermittelten Informationen.

1. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung seit 2022 zur Dauer von Genehmigungs- oder Bewilligungsverfahren für Hilfsmittel in Niedersachsen vor, insbesondere bei Orthesen, Prothesen und komplexen Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Nach Kenntnis der Landesregierung werden Anträge auf Hilfsmittelversorgungen in Niedersachsen grundsätzlich einzelfallbezogen geprüft. Die Bearbeitungsdauer hängt dabei insbesondere von der Komplexität der Versorgung ab.

Standardisierte Versorgung sind meist weniger aufwendig und werden schneller bearbeitet als individuell angefertigte Orthesen, Prothesen oder komplexe Versorgung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Für diese sind häufig zusätzliche Prüfungen, Abstimmungen sowie individuelle Anpassungen erforderlich. Die AOK Niedersachsen setzt hierfür beispielsweise spezialisierte Mitarbeitende und Fachkräfte ein. Zudem werden die Vorgaben des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) umgesetzt, wodurch insbesondere Empfehlungen von Sozialpädiatrischen Zentren häufig ohne weitere Prüfung berücksichtigt werden, was die Verfahrensdauer verkürzt.

Ein großer Teil der einfachen Hilfsmittelversorgungen (rund 50 %) sei nicht genehmigungspflichtig und könne direkt durch die Leistungserbringenden erfolgen.

Nach Angaben des Verbandes der Ersatzkassen - Landesvertretung Niedersachsen (vdek) werden Orthesen in der Regel innerhalb von weniger als zwei bis maximal fünf Arbeitstagen bearbeitet. Für

Prothesen beträgt die durchschnittliche Bearbeitungszeit etwa sechs Arbeitstage, für komplexe Hilfsmittelversorgungen etwa zehn Arbeitstage. Eine gesonderte statistische Auswertung für Empfehlungen der SPZ oder MZEB nimmt der vdek nicht vor.

Sofern Begutachtungsaufträge zu Hilfsmitteln für Kinder- und Jugendliche durch die Krankenkassen beim Medizinischen Dienst Niedersachsen (MD) beauftragt werden, ergibt sich folgendes Bild:

Jahr	2024	2025	2026
Anzahl Aufträge (gerundet)	3.900	3.300	1.600
Bearbeitungszeit (Kalendertage)	16	16	15

(Stand 12.07.2026)

Es ist ersichtlich, dass die Anzahl der Beauftragungen über die Jahre hin abnimmt. Inwieweit sich dies auf die Änderung der gesetzlichen Vorgaben in 2025 zu den Verordnungen von SPZ zurückführen lässt, kann nicht beantwortet werden, da keine entsprechende Differenzierung der Aufträge diesbezüglich möglich ist.

2. Welche Unterschiede zeigen sich bei der Verfahrensdauer nach Produktgruppen, Krankenkassen bzw. Krankenkassengruppen und Beteiligung des Medizinischen Dienstes?

Nach Angaben der AOK Niedersachsen kann die Verfahrensdauer selbst innerhalb einzelner Produktgruppen deutlich voneinander abweichen. Je komplexer, individueller oder technischer die Versorgung ist, desto länger könne die Bearbeitung andauern. Wenn es notwendig sei, den MD einzubinden, sei grundsätzlich von einer längeren Bearbeitungszeit auszugehen. Fälle aus SPZ oder MZEB würden ohne Einbindung des MD zeitnah bearbeitet und entschieden.

3. Wie hat sich die Verfahrensdauer seit Inkrafttreten von § 33 Abs. 5c SGB V und der geänderten Hilfsmittel-Richtlinie entwickelt, insbesondere bei Empfehlungen aus Sozialpädiatrischen Zentren?

Eine belastbare quantitative Aussage zur Entwicklung der durchschnittlichen Verfahrensdauer ist nicht möglich, da hierzu kein standardisiertes Berichtswesen mit gesonderter Auswertung der unter § 33 Abs. 5c SGB V fallenden Fälle besteht.

Die GKV in Niedersachsen berichten, dass seit Inkrafttreten des § 33 Abs. 5c SGB V entsprechende Hilfsmittelanträge, insbesondere bei Empfehlungen aus SPZ oder MZEB, prioritär bearbeiten und kurzfristig entschieden würden. Ziel sei es, die gesetzlich vorgesehene Verfahrensbeschleunigung umzusetzen und vermeidbare zusätzliche Prüf- und Rückfrageschritte zu reduzieren.

4. In welchen Fällen wurden Empfehlungen aus Sozialpädiatrischen Zentren trotz § 33 Abs. 5c SGB V durch Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst inhaltlich geprüft?

Die GKV in Niedersachsen berichten, dass bei Fällen aus SPZ keine Einbindung des MD erfolge. Lediglich bei Unklarheiten oder Doppelversorgungen könne es zu Rückfragen bzw. Prüfungen kommen. Die medizinische Notwendigkeit werde hierbei nicht infrage gestellt.

5. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung dazu, wie häufig Krankenkassen bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln zusätzliche Unterlagen anfordern?

Statistische Daten dazu werden nicht erhoben. Die GKV in Niedersachsen berichten, dass bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel keine zusätzlichen Unterlagen angefordert werden. Lediglich in Einzelfällen oder Ausnahmen sei dies der Fall.

6. Auf welcher Rechts- oder Vertragsgrundlage verlangen Krankenkassen zusätzliche Begründungen, Anamnesebögen, Erhebungsbögen, Fotos, Videos oder sonstige Nachweise?

Die Anforderung ergänzender Unterlagen bei Hilfsmittelanträgen kann sich grundsätzlich aus dem Amtsermittlungsgrundsatz nach §§ 20, 21 SGB X, den Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I, gegebenenfalls aus der Einschaltung des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V sowie aus vertraglichen Dokumentationspflichten nach § 127 SGB V ergeben. Voraussetzung ist stets, dass die angeforderten Unterlagen für die konkrete Leistungsentscheidung erforderlich, geeignet und verhältnismäßig sind.

Fotos, Videos oder vergleichbare Dokumentationen kommen aufgrund der hohen datenschutzrechtlichen Anforderungen grundsätzlich nur in begründeten Ausnahmefällen zum Einsatz. Die Anforderung weitergehender Unterlagen erfolgt stets anlassbezogen und unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Datensparsamkeit.

7. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung zu Anzahl, Struktur und Unterschieden der Vertragsgrundlagen in der Hilfsmittelversorgung in Niedersachsen vor, insbesondere bei Orthesen und Prothesen?

Auf Grundlage von § 127 SGB V bestehen in der Hilfsmittelversorgung unterschiedliche Vertragswerke der GKV. Deren Inhalte, Prozesse und Anforderungen werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart und berücksichtigen die jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen. Die GKV stehen in einem fortlaufenden Dialog mit Leistungserbringenden und deren Verbänden, um Vertragsregelungen weiterzuentwickeln, Prozesse zu vereinfachen und eine möglichst effiziente Versorgung sicherzustellen. Aspekte des Bürokratieabbaus, der Digitalisierung und der Standardisierung von Verfahrensabläufen sind dabei regelmäßig Gegenstand der Verhandlungen.

Sowohl die Leistungserbringenden als auch die GKV können jederzeit Verhandlungen anstoßen, um auf kurzfristige Handlungsbedarfe zu reagieren. Sofern neue oder vereinfachte Prozesse vereinbart werden, fließen diese regelmäßig auch in die vertraglichen Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen ein.

Die AOK Niedersachsen etwa verfügt insbesondere in der Bearbeitung von Orthesen und Prothesen über einheitliche Regelungen über die einzelnen Verbände bzw. Vertragspartner hinweg. Strukturell werden diese insbesondere von den Leistungserbringenden als positiv bewertet.

Die AOK Niedersachsen hat über alle Versorgungsbereiche der Hilfsmittel zurzeit ca. 245 Verträge, über die ca. 18 000 Leistungserbringende die Versicherten versorgen. Hierzu zählen verschiedene Leistungserbringerguppen, die einzelnen Verträgen nur zu bestimmten Versorgungsbereichen beigetreten sind (z. B. Akustiker, Orthopädienschuhtechniker, Optiker, Apotheken).

8. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung dazu, ob unterschiedliche Verträge, Erhebungsbögen oder Anamnesebögen zu unterschiedlichen Bearbeitungszeiten führen?

Die gesetzlich vorgegebenen Fristen und Rahmenbedingungen gelten unabhängig von den jeweiligen Vertragsausgestaltungen. Gleichwohl können unterschiedliche Verträge verschiedener Kostenträger auf unterschiedlichen administrativen Anforderungen und regionalen Besonderheiten beruhen. Nach den Erfahrungen aus der Versorgungspraxis der AOK Niedersachsen bestehen jedoch vielfach vergleichbare Regelungen, die den Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsstrukturen und Versorgungsmärkte Rechnung tragen. Standardversorgungen sind unabhängig vom Vertrag regelmäßig mit dem geringsten Bearbeitungsaufwand verbunden.

Maßgeblich für den Bearbeitungsaufwand ist in erster Linie die Komplexität und der Individualisierungsgrad der Versorgung, nicht die Existenz unterschiedlicher Vertragswerke. Für komplexere Versorgungen sind regelmäßig weitergehende Informationen sowie ein höherer Prüf- und Abstimmungsaufwand erforderlich.

9. Welche Schritte unternimmt oder unterstützt die Landesregierung gegebenenfalls, um Hilfsmittelverfahren einheitlicher, digitaler und datensparsamer zu gestalten?

Hierzu wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Für das Hilfsmittelverfahren im Rahmen der GKV ist das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V ein gesetzlich vorgeschriebenes Eignungsprüfungsverfahren, mit dem Leistungserbringende der Hilfsmittelversorgung (z. B. Sanitätshäuser, Orthopädietechnik-, Hörakustik- oder Augenoptikbetriebe) ihre fachlichen, personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Versorgung von Versicherten nachweisen müssen. Die Eignung wird durch eine akkreditierte, unabhängige Präqualifizierungsstelle geprüft und durch ein Zertifikat bestätigt, das von den GKV anerkannt wird.

Erst mit diesem Nachweis können Leistungserbringer in der Regel Verträge mit Krankenkassen schließen und Hilfsmittel zulasten der GKV abgeben.

Im Rahmen einer Entschließung in der Sitzung vom 12.06.2026 forderte der Bundesrat die Bundesregierung auf, das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V kritisch zu überprüfen, da es für Leistungserbringende in der Hilfsmittelversorgung einen erheblichen bürokratischen Aufwand durch wiederkehrende Nachweise, Betriebsbegehungen und Berichtspflichten verursacht. Ziel ist es, die Betriebe von unnötiger Bürokratie zu entlasten, ohne die Qualitätsstandards der Versorgung zu senken.

Konkret sollen längere Prüfintervalle sowie eine stärkere Ausrichtung der Kontrollen auf risikobehaftete und anlassbezogene Fälle geprüft werden. Damit soll mehr Zeit und Personal für die eigentliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, während die Qualitätssicherung weiterhin gewährleistet bleibt.

10. Welche Maßnahmen plant die Landesregierung gegebenenfalls, um eine zeitnahe Hilfsmittelversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen?

Hierzu wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.