

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V

Stand: 22. Juli 2024 –
Redaktionelle Änderung vom 28. März 2025



IMPRESSUM

Beteiligte Kompetenzeinheiten

SEG 5 – Hilfsmittel und Medizinprodukte
Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Annemarie Albert, Leiterin des Fachreferates Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe

Dr. med. Roberta Bova-Kamphues, Referentin Hilfsmittel, Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

Dr. med. Tasja Brischmann, Fachreferentin Hilfsmittelversorgung, Medizinischer Dienst Sachsen

Dr. med. Ruth Hassa, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Orthopädie,
Medizinischer Dienst Nordrhein

Andreas Klos, Leiter Referat Hilfsmittelversorgung, Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

Dr. med. Marion Mack-Westerhaus, Leitung Fachbereich Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Bayern

Wilhelm Naumann, Medizinischer Dienst Saarland

Review

Prof. Dr. P. Schunda, Leitung der SEG 5, Medizinischer Dienst Hessen

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst – wurden am 22. Juli 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten, steigen das Risiko von Verfristungen, Fallrückgaben und die Gefahr, dass Versicherte unnötig lange auf Leistungen warten müssen, die sie zum Erhalt oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit und/oder ihrer Teilhabe benötigen.

Zur Standardisierung und Verbesserung der Fallvorbereitung haben sich seit Jahren Checklisten in den MD etabliert, die den Krankenkassen eine begutachtungsreife Fallvorbereitung der Aufträge erleichtern. Die Checklisten erhalten anlassspezifisch alle regelhaft notwendigen Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden sollten, damit der MD den Fall sachgerecht und effizient begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten wie KC/SEG regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Wenn die Krankenkasse darüber hinaus die Vorlage weiterer Unterlagen für notwendig hält, kann sie diese gerne ergänzen. Wichtig ist, dass bei der Fallvorbereitung die Vorgaben des Datenschutzes und Datensparsamkeit beachtet werden.

Vorwort

Bei der Beauftragung der Medizinischen Dienste zur Frage von Hilfsmittelversorgungen sind oftmals aktuelle Befunde/Unterlagen notwendig.

Auftragsvorlagen ohne diese Befunde durch die Krankenkassen verhindern häufig eine fallabschließende Begutachtung und führen über fallsteuernde Stellungnahmen zu Laufzeitverlängerungen.

Zielsetzung dieser in der SEG 5 abgestimmten Checkliste ist es, den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Krankenkassen einen Leitfaden für eine angemessene Fallvorbereitung vor einer erstmaligen Auftragsvorlage bei den Medizinischen Diensten zur Verfügung zu stellen.

Die nachfolgende Checkliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Im Einzelfall kann es notwendig sein, dass trotz einer vorangegangenen Sachermittlung durch die Krankenkasse noch zusätzliche Befunde benötigt werden.

Die Checkliste wird in regelmäßigen Abständen überarbeitet und um weitere Produktgruppen ergänzt. Sie kann den Krankenkassen durch die einzelnen Medizinischen Dienste zur Verfügung gestellt werden.

Sofern bei den relevanten Unterlagen auf Erhebungsbögen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) oder z. B. von Arbeitsgemeinschaften verwiesen wird, so befinden sich die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung/Aktualisierung der Checkliste gültigen Downloadlinks in der Übersicht am Ende des Dokumentes.

Inhalt

Präambel	4
Vorwort	5
(707) Blindenhilfsmittel	15
Blindenlangstöcke 07.50.01	15
Sachermittlung durch die Krankenkasse	15
Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02	16
Sachermittlung durch die Krankenkasse	16
Orientierungs- und Mobilitätsschulung 07.99.99.6	17
Sachermittlung durch die Krankenkasse	17
Blindenführhunde 07.99.09.0	18
Sachermittlung durch die Krankenkasse	18
(708) Einlagen	19
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07	19
Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)	19
Sachermittlung durch die Krankenkasse	19
(709) Elektrostimulationsgeräte	21
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0	21
Sachermittlung durch die Krankenkasse	21
Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern 09.17.01.0	22
Sachermittlung durch die Krankenkasse	22
Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03	23
Sachermittlung durch die Krankenkasse	23
Arztanfrage Harninkontinenz.....	24

Arztanfrage Stuhlinkontinenz	27
Einkanal-Peroneusstimulator 09.37.04.0	30
Mehrkanalige, sensorgesteuerte Stimulationsgeräte zum Behinderungsausgleich 09.37.04.1	30
Sachermittlung durch die Krankenkasse	30
(711) Hilfsmittel gegen Dekubitus	31
Sachermittlung durch die Krankenkasse	31
(713) Hörhilfen	32
Hörgeräte für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.10	32
Hörgeräte für Versicherte mit nicht an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.12	32
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.22	32
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.23	32
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.25	32
Hörgeräte ohne Festbetragsgruppenzuordnung ab 1.4.2022 13.20.30	32
Sachermittlung durch die Krankenkasse	32
Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern 13.20.06	33
Sachermittlung durch die Krankenkasse	33
Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte mit Anpresskraft 13.20.15	34
Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte ohne Anpresskraft 13.20.16	34
Sachermittlung durch die Krankenkasse	34
Drahtlose Übertragungsanlagen 13.99.03.0	35
Sachermittlung durch die Krankenkasse	35
(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte	36
Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01	36

Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02	36
Sachermittlung durch die Krankenkasse	36
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20	37
Sachermittlung durch die Krankenkasse	37
Arztanfrage CPAP	38
Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04.....	39
Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05	39
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06	39
Sachermittlung durch die Krankenkasse	39
Arztanfrage Sauerstofftherapie	40
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.09	42
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung > 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.13	42
Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung 14.24.12	42
Sachermittlung durch die Krankenkasse	42
(715) Inkontinenzhilfen	43
Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität 15.25.19.2	43
Sachermittlung durch die Krankenkasse	43
Arztanfrage Harninkontinenz.....	44
Arztanfrage Stuhlinkontinenz	47
(716) Kommunikationshilfen	50
Einfache Kommunikationshilfen/Symbolsysteme 16.99.01	50
Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02.....	50
Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe 16.99.03	50
Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme 16.99.05	50

Sachermittlung durch die Krankenkasse	50
Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04	51
Sachermittlung durch die Krankenkasse	51
Sprachverstärker 16.99.08	52
Sachermittlung durch die Krankenkasse	52
(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	53
Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X	53
Sachermittlung durch die Krankenkasse	53
Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01	54
Sachermittlung durch die Krankenkasse	54
(718) Kranken-/Behindertenfahrzeuge	55
Kranken-/Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X	55
Sachermittlung durch die Krankenkasse	55
Arztanfrage Kranken- / Behindertenfahrzeuge	56
(719) Krankenpflegeartikel	60
Betten, motorisch verstellbar 19.40.01.3	60
Niedrigbetten 19.40.01.5	60
Betten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 19.40.01.7	60
Sachermittlung durch die Krankenkasse	60
Stehbetten 19.40.01.4	60
Sachermittlung durch die Krankenkasse	60
Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 19.40.01.6	61
Sachermittlung durch die Krankenkasse	61
Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8	62
Sachermittlung durch die Krankenkasse	62

(721) Messgeräte für Körperzustände/-funktionen.....	63
Überwachungsgeräte für Epilepsieerkrankte 21.46.01	63
Sachermittlung durch die Krankenkasse	63
Arztanfrage Epilepsieüberwachung	64
(722) Mobilitätshilfen	66
Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01	66
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02	66
Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.04	66
Laufräder 22.51.05	66
Sachermittlung durch die Krankenkasse	66
Arztanfrage Therapiefahrräder / Laufräder	67
(723) Orthesen/Schienen	70
Individuell angefertigte Sprunggelenkorthesen 23.02.3x.x	70
Individuell angefertigte Fußgelenk-, Fußheber und Fußorthesen 23.03.3x.x.....	70
Individuell angefertigte Kniegelenk- und Patellaorthesen 23.04.3x.x	70
Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen 23.05.3x.x	70
Individuell angefertigte Bein-/Hüftgelenkorthesen 23.06.3x.x	70
Individuell gefertigte Beckenringorthesen zur Stabilisierung (SIO) 23.11.30.x	70
Sachermittlung durch die Krankenkasse	70
Individuell angefertigte Hand-/Finger-/Daumenorthesen 23.07.3x.x	71
Individuell angefertigte Ellenbogengelenkorthesen 23.08.3x.x	71
Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen 23.09.3x.x	71
Individuell angefertigte Arm-/Armsegmentorthesen 23.10.3x.x	71
Sachermittlung durch die Krankenkasse	71

Arztanfrage maßangefertigte Orthesen für die obere Extremität	72
Individuell angefertigte Halswirbelsäulenorthesen 23.12.3x.x	73
Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen 23.13.3x.x.....	73
Individuell gefertigte LWS-Orthesen 23.14.3x.x	73
Individuell angefertigte Wirbelsäulenorthesen 23.15.3x.x.....	73
Sachermittlung durch die Krankenkasse	73
Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette 23.29.01.2	74
Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette ohne Treppensteigfunktion 23.29.01.3	74
Sachermittlung durch die Krankenkasse	74
(724) Beinprothesen	76
Unterschenkel 24.71.XX.X	76
Oberschenkel 24.72.XX.X	76
Sachermittlung durch die Krankenkasse	76
(726) Sitzhilfen.....	77
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01.....	77
Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02	77
Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03	77
Sachermittlung durch die Krankenkasse	77
Arztanfrage Sitzschalen.....	78
Therapiestühle/-sitzhilfen 26.11.05	80
Autokindersitze für Kinder mit Behinderungen 26.11.06	80
Sachermittlung durch die Krankenkasse	80
Arztanfrage Therapiestühle	81
Arztanfrage Autokindersitze	83
(728) Stehhilfen	85

Stehständer 28.29.01	85
Sachermittlung durch die Krankenkasse	85
(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement	86
Insulinpumpen 30.29.04	86
Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05	86
Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06	86
CGM-Systeme 30.43.01.....	86
Sachermittlung durch die Krankenkasse	86
Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement	87
(731) Schuhe	90
Versorgungen ohne Diabetes.....	90
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01	90
Sachermittlung durch die Krankenkasse	90
Arztanfrage Maßschuhe	91
Versorgungen bei Diabetes	94
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 mit Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07	94
Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08 mit/ohne Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07	94
Sachermittlung durch die Krankenkasse	94
NEU Therapieschuhe: Spezialschuhe über Beinorthese/Orthesenschuhe 31.03.03.7	95
Sachermittlung durch die Krankenkasse	95
(732) Therapeutische Bewegungsgeräte	96
Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01	96
Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01	96
Sachermittlung durch die Krankenkasse	96

Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01	97
Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01.....	97
Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01.....	97
Sachermittlung durch die Krankenkasse	97
Arztanfrage Innowalk für die Beinbewegung	98
Messblatt für die unteren Extremitäten (nach Neutral-Null)	100
(738) Armprothesen.....	101
Sachermittlung durch die Krankenkasse	101
(750) Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	102
Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.1	102
Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 50.45.01.3.....	102
Niedrigpflegebetten 50.45.01.5	102
Sachermittlung durch die Krankenkasse	102
Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 50.45.01.3	102
Sachermittlung durch die Krankenkasse	102
Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8.....	103
Sachermittlung durch die Krankenkasse	103
(791) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	104
Sachermittlung durch die Krankenkasse	104
Liste der Downloadlinks.....	105
Erhebungsbögen des GKV-SV.....	105
Seite des GKV-SV zur Fortschreibung der Produktgruppen.....	105
Bedarfserhebungsbogen für Blindenführhunde.....	105
Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen	105
Bedarfserhebungsbogen für Farberkennungsgeräte	105

Bedarfserhebungsbogen für O+M Training	105
Bedarfserhebungsbogen für die Produkterkennung	105
Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte	105
Erhebungsbogen für Hilfsmittel gegen Dekubitus	105
Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen	105
Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen	105
Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen.....	105
Sonstige Erhebungsbögen.....	105
Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG	105
Risikogruppeneinteilung zur PG31 der AG Fuß in der DDG	105
Schuhverordnungsbogen 2024 der AG Fuß in der DDG	105

(707) Blindenhilfsmittel

Blindenlangstöcke 07.50.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Blindenlangstöcken. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln, insbesondere zur Versorgung mit Sehhilfen und Blindenhilfsmitteln
- Bericht der Verordnerin / des Verordners mit Angaben zu
 - Diagnose
 - Restsehvermögen inkl. bestkorrigierter Visus beider Augen
 - Ggf. kinetisches Gesichtsfeld
 - Relevanten Komorbiditäten (z. B. kognitive Einschränkungen, Störungen der Feinmotorik)
 - Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Liegen diese mit einem Schweregrad vor, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht?
 - Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt?

Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität

07.50.02

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu elektronischen Hilfsmitteln für die Orientierung und Mobilität. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln, insbesondere zur Versorgung mit Sehhilfen und Blindenhilfsmitteln
- Angaben zur letzten O&M Schulung mit Schulungsplan und Abschlussbericht
- Bei laufender O&M Schulung Vorlage des Schulungsplanes sowie eines Zwischenberichtes
- Bericht der Verordnerin / des Verordners mit Angaben zu
 - Diagnose
 - Restsehvermögen inkl. bestkorrigierter Visus beider Augen
 - Ggf. Kinetisches Gesichtsfeld
 - Relevanten Komorbiditäten (z. B. kognitive Einschränkungen, Störungen der Feinmotorik)
 - Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Liegen diese mit einem Schweregrad vor, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht?
 - Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Bitte genaue Angaben zu den Hilfsmitteln (Genaue Bezeichnung und z. B. Vergrößerung bei vergrößernden Sehhilfen).
 - Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel?
 - Können diese Probleme ggf. durch eine Nachschulung mit dem Langstock behoben werden?
 - Individuelles Versorgungsziel?
- Erprobungsbericht des Leistungserbringers mit Angaben zu
 - Ergebnis der Erprobung
 - Erprobten Alternativen

Orientierungs- und Mobilitätsschulung 07.99.99.6

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Orientierungs- und Mobilitätsschulungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln, insbesondere zur Versorgung mit Sehhilfen und Blindenhilfsmitteln
- Bedarfserhebungsbogen für O+M Training des GKV-SV in der aktuellen Ausführung
- Bei Erstverordnung:
 - Schulungsplan
- Bei Folgeverordnungen:
 - Angaben zur letzten O&M Schulung mit Schulungsplan und Abschlussbericht
- Bei Verordnungen von Verlängerungen:
 - Vorlage des Zwischenberichtes der laufenden O&M-Schulung
- Bericht der Verordnerin / des Verordners mit Angaben zu
 - Diagnose
 - Restsehvermögen inkl. bestkorrigierter Visus beider Augen
 - Ggf. Kinetisches Gesichtsfeld
 - Relevanten Komorbiditäten (z. B. kognitive Einschränkungen, Störungen der Feinmotorik)
 - Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Liegen diese mit einem Schweregrad vor, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht?
 - Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Bitte genaue Angaben zu den Hilfsmitteln (Genaue Bezeichnung und z. B. Vergrößerung bei vergrößernden Sehhilfen).
 - Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel?
 - Können diese Probleme ggf. durch einer Nachschulung mit dem Langstock behoben werden?
 - Individuelles Versorgungsziel?

Blindenführhunde 07.99.09.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Blindenführhunden. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln, insbesondere zur Versorgung mit Sehhilfen und Blindenhilfsmitteln
- Bedarfserhebungsbogen für Blindenführhunde des GKV-SV in der aktuellen Ausführung
- Angaben zur letzten O&M Schulung mit Schulungsplan und Abschlussbericht
- Bericht der Verordnerin / des Verordners mit Angaben zu
 - Diagnose
 - Restsehvermögen inkl. bestkorrigierter Visus beider Augen
 - Ggf. Kinetisches Gesichtsfeld
 - Relevanten Komorbiditäten (z. B. kognitive Einschränkungen, Störungen der Feinmotorik, Kraftminderungen, Koordinations-/Gleichgewichtsstörungen)
 - Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Liegen diese mit einem Schweregrad vor, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht?
 - Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Bitte genaue Angaben zu den Hilfsmitteln (Genaue Bezeichnung und z. B. Vergrößerung bei vergrößernden Sehhilfen).
 - Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt?
 - Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel?
 - Individuelles Versorgungsziel?

(708) Einlagen

Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07

Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Einlagen bei schweren Fußfehlformen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Krankenkasse mit Angaben zur Vorversorgung
 - Genaue Bezeichnung der Vorversorgung mit orthopädie-schuhtechnischen Hilfsmitteln und Gehhilfen
 - bewilligter Kostenvoranschlag bzw. Rechnung über Vorversorgung
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Bericht der Verordnerin / des Verordners
 - Aktueller Befund- und Therapiebericht
 - Begründung der beantragten Versorgung
 - Ggf. KH-Bericht (z. B. Fußchirurgie)
 - Bei Kindern Angaben
 - zu Fußdeformitäten (rigide oder flexibel)
 - zu Gangbildauffälligkeiten
 - zu Muskeltonusstörungen
 - zu psychomotorischen Entwicklungsstörungen
 - bei SPZ-Anbindung aktueller SPZ-Bericht

Bei Erwachsenen

- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.
- Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße
- Fotos der unbestrumpften Füße im Stand von vorne, von seitlich innen und außen, von hinten
- Bei krankhaften Fußsohlenveränderungen (Ulcera, Schwielen, M. Ledderhose etc.) Fotos der Fußsohlen

Bei Kindern

- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.
- Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße
- Bilder der unbestrumpften Füße im Stand von vorne, von seitlich innen und außen, von hinten und im Zehenspitzenstand
- Ausführlicher Befundbericht der Verordnerin / des Verordners (s. o.)
- Bei SPZ-Anbindung aktueller SPZ-Bericht

(709) Elektrostimulationsgeräte

Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Stellungnahme der Verordner / des Verordners
- Kardiologische Stellungnahme
 - Therapieplan mit Angaben zu den geplanten Kontrollen
 - Individuelle Risikostratifizierung
- KH Entlassungsbericht
- Bei Folgeverordnungen zusätzlich
 - Tragezeitprotokolle, alternativ Bestätigung der Verordnerin / des Verordners über eine ausreichende Tragedauer und mögliche Rhythmusereignisse
 - aktuelle EF aus Echokardiographie
 - Langzeit-EKG
 - Darlegung der Optimierung der Herzinsuffizienztherapie
 - Nachweis einer gesicherten Myokarditis (z. B. Kardio-MR-Befund oder Biopsie Befund)
 - Ggf. Ergebnis einer genetischen Untersuchung

Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumorthrapiefeldern 09.17.01.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumorthrapiefeldern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung von TTF (Muster 16) mit Facharztstempel für jeweils 3 Monate
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- aktueller onkologischer, neurologischer, neurochirurgischer oder radioonkologischer Arztbericht mit Angaben zum klinisch-neurologischen Befund im Verlauf, zu sonstigen Befunden und zur durchgeführten Therapie
- Bei Erstverordnung:
 - Protokoll der interdisziplinären Tumorkonferenz mit Angaben zu den teilnehmenden Fachrichtungen
 - Histologischer Befundbericht
 - Angaben zur durchgeführten Radiochemotherapie
 - Chemotherapeutikum (Dosis pro m² KOF und Zeitraum)
 - Radiotherapie (Dosis in Gy)
 - MRT-Befund des Schädels nach Abschluss der Radiochemotherapie zum Ausschluss einer frühen Krankheitsprogression
- Bei Folgeversorgungen:
 - Aktueller neurologischer Befund
 - Aktueller MRT-Befund des Schädels, nach 1. Rezidiv obligat bei jeder Folgeverordnung
 - Protokoll der interdisziplinären Tumorkonferenz mit Angaben zu den teilnehmenden Fachrichtungen im Falle eines 1. Rezidives
 - Sämtliche TTF-Trageprotokolle des letzten Versorgungszeitraumes

Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu biphasischen niederfrequenten Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur
 - Vorversorgung
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Arztanfrage „Harninkontinenz“ bzw. „Stuhlinkontinenz“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
- Facharztberichte
 - Urologie
 - Gynäkologie
 - Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie
 - Proktologie
 - Gastroenterologie
- Rehabilitationsberichte (ggf. Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung)
- Bei Folgeanträgen:
 - Nachweis der Compliance (Ausdruck des Gerätetherapiespeichers)
 - Ärztlicher Verlaufsbericht über den Nutzungszeitraum
 - Verlaufsbericht der begleitenden Physiotherapie während der Nutzung
 - Inkontinenztagebuch der Versicherten / des Versicherten

Bei Kindern werden in der Regel Biofeedbackgeräte der PG 15.25.19.2 (Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität) verwendet.

Arztanfrage Harninkontinenz

Alter: Größe: Gewicht:
Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Die derzeitige Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Fachärztliche Diagnostik/Behandlung durch Facharzt für:

☐ Urologie ☐ Gynäkologie ☐ Sonstiges

Form und Schweregrad:

Harninkontinenz ☐ Belastung/Stress: Grad I Grad II Grad III

☐ Drang/Urge Inkontinenz

☐ Mischinkontinenz

☐ Sonstige Formen

Form und Schweregrad der Inkontinenz wurden fachärztlich gesichert: ☐ ja ☐ nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ☐ ja ☐ nein

Die Beckenbodeninnervation wurde geprüft durch folgendes Verfahren / geprüft mit:

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ☐ ja ☐ nein

Operation am:

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

☐ Detrusorhyperaktivität ☐ Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie ☐ Hypokontraktiler Detrusor
☐ Hypoaktiver Sphinkter

☐ Beckenbodenschwäche ☐ Fehlendes Beckenbodengefühl

☐ Prolaps ☐ Zystozele

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Z.n. Radiatio | ☐ Z.n. Hysterektomie | ☐ Z.n. Prostatektomie |
| ☐ Z.n. Inkontinenz-OP | ☐ Sonstiges | |

Angaben zur durchgeführten Diagnostik:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Miktionstagebuch geführt von _____ bis _____ | ☐ Vorlagentest | |
| ☐ Vaginale Untersuchung | ☐ Harnanalyse | ☐ Restharnbestimmung |
| ☐ Perineal-/ Introitus-Sono | ☐ Zystographie | ☐ Östrogenstatus |
| ☐ Zystometrie | ☐ HR Druckprofil | ☐ Sonstiges |
| ☐ Zystoskopie | ☐ Uroflow | ☐ Urodynamik |

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Verhaltenstherapie: ☐ ja ☐ nein

☐ Trinkplan ☐ Miktionstraining

☐ Reduktion Körpergewicht (bei Adipositas) Dauer der Maßnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation:

Therapie seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

☐ ohne Anleitung ☐ mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

☐ Elektrostimulation ☐ Biofeedback ☐ Kombinationstherapie

☐ chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

☐ Vaginalsonde ☐ Intravesikalelektrode ☐ Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflegepersonal ☐ Physiotherapeut*in

☐ Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

☐ ja ☐ nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Arztanfrage Stuhlinkontinenz

Alter: Größe: Gewicht:
Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Die Stuhlinkontinenz besteht seit: Ausprägung:
Proktologische Diagnostik ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein
Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ☐ ja ☐ nein
Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ☐ ja ☐ nein

Form und Schweregrad:

Stuhlinkontinenz ☐ Grad I ☐ Grad II ☐ Grad III

Ursachen:

☐ Anale Sphinkterschwäche ☐ Analprolaps/Hämorrhoidalprolaps
☐ Z.n. Darm-OP ☐ Z.n. Becken-Trauma ☐ Z.n. Radiatio
☐ Sonstige

Durchgeführte Diagnostik:

☐ Defäkationsprotokoll ☐ Analmanometrie ☐ Defäkographie
☐ Digital rektale Untersuchung ☐ Rekto-/Koloskopie ☐ Anale Endosonographie
☐ MRT ☐ Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie: ☐ ja ☐ nein

☐ Ernährungsplan ☐ Toilettentraining ☐ Sonstiges

Umgesetzt seit/Dauer der Maßnahme:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation?

Einnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

☐ ohne Anleitung ☐ mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

☐ Elektrostimulation ☐ Biofeedback ☐ Kombinationstherapie

☐ chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

☐ Vaginalsonde ☐ Intravesikalelektrode ☐ Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

☐ Arzt/Ärztin

☐ Pflegepersonal

☐ Physiotherapeut*in

☐ Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

☐ ja

☐ nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Einkanal-Peroneusstimulator 09.37.04.0

Mehrkanalige, sensorgesteuerte Stimulationsgeräte zum Behinderungsausgleich 09.37.04.1

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Einkanal-Peronäusstimulatoren und mehrkanaligen, sensorgesteuerten Stimulationsgeräten zum Behinderungsausgleich zur Eigenanwendung. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur
 - Vorversorgung mit Gehhilfen, Orthesen und Elektrostimulationsgeräten
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit
 - Diagnose
 - Angaben zur Zielsetzung der beantragten Hilfsmittelversorgung gem. § 33 Abs. 1 SGB V
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der betroffenen Extremität (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der gesunden Extremität (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Angaben zu weiteren Funktionseinschränkungen, z. B. Rumpfinstabilität, Gleichgewichtsstörungen
 - Liegen Kontraindikationen gem. dem Handbuch des Herstellers zur Verwendung des Hilfsmittels vor?
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Bericht über die Erprobung des beantragten Hilfsmittels mit Angabe von Ort und Dauer der Erprobung
 - Videodokumentation der Erprobung mit vergleichender Darstellung alltagsrelevanter Gebrauchsvorteile gegenüber der (Vor-)Versorgung mit einer angepassten Fußheberorthese und ohne Hilfsmittelversorgung

(711) Hilfsmittel gegen Dekubitus

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hilfsmitteln gegen Dekubitus. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 11 und PG 20
- Aktueller Erhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“ des GKV-SV
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Ziel der Versorgung
 - Ggf. Krankenhausentlassberichte mit Barthel-Index, ggf. Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
 - Bei aktueller Reha-Maßnahme: von der/dem Versicherten Reha-Entlassbericht mit Barthel-Index, ggf. mit Pflegeüberleitungsbogen (bei Entlassung in eine Pflegeeinrichtung)

(713) Hörhilfen

Hörgeräte für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.10

Hörgeräte für Versicherte mit nicht an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.12

Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.22

Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.23

Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.25

Hörgeräte ohne Festbetragsgruppenzuordnung ab 1.4.2022 13.20.30

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hörhilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Vom Hörakustiker:
 - Aktuelles Tonaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL)
 - Aktuelles Sprachaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Dokumentation des maximalen Einsilberverstehens am dB opt
 - Daten der vergleichenden Anpassung, mit dem jeweils erzielten Sprachverstehen, möglichst mit Störschallmessungen gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Benennung der Hörgeräte, die zum Festbetrag abgegeben würden
- bei vorzeitiger Neuversorgung zusätzlich vom Hörakustiker:

- Anpassdokumentation der bestehenden Hörhilfe sowie der begehrten Hörhilfe (zwingend erforderlich sind die Hilfsmittelnummern und Typenbezeichnungen aller angegebenen Hörhilfen)
- Aktuelles Sprachaudiogramm mit den begehrten Hörhilfen in Ruhe und im Störgeräusch
- Aktuelles Sprachaudiogramm mit den vorhandenen Hörhilfen nach vorheriger Optimierung der Einstellungen durch den Hörakustiker in Ruhe und im Störgeräusch
- Zustandsbericht des Hörakustikers zu den vorhandenen Hörgeräten / ggf. Erneuerung von Bauteilen / Nachjustierung
- bei vorzeitiger Neuversorgung zusätzlich vom HNO-Arzt:
 - Konkrete Darlegung, warum die bisherige Hörhilfen-Versorgung nicht mehr ausreichend ist

Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern 13.20.06

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hörhilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Vom Hörakustiker:
 - Aktuelles Tonaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL)
 - Aktuelles Sprachaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Dokumentation des maximalen Einsilberverstehens am dB opt
 - Daten der vergleichenden Anpassung, mit dem jeweils erzielten Sprachverstehen, möglichst mit Störschallmessungen gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Benennung der bisherigen konventionellen Hörhilfenversorgung
- Stellungnahme vom HNO-Arzt mit Angaben zur
 - Anamnese
 - Verlauf der Schwerhörigkeit
 - Operativen Therapie
 - Ausschöpfung der konventionellen Hörgeräteversorgung
 - Information zur Schädelknochendicke am Implantationsort
 - Ggf. allergologischer Diagnostik bei chronischer Gehörgangsentzündung

Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte mit Anpresskraft

13.20.15

Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte ohne Anpresskraft

13.20.16

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hörhilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Vom Hörakustiker:
 - Aktuelles Tonaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL)
 - Aktuelles Sprachaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Dokumentation des maximalen Einsilberversehens am dB opt
 - Daten der vergleichenden Anpassung, mit dem jeweils erzielten Sprachverstehen, möglichst mit Störschallmessungen gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) mit Benennung der bisherigen konventionellen Hörhilfenversorgung
- Stellungnahme vom HNO-Arzt mit Angaben zur
 - Anamnese
 - Verlauf der Schwerhörigkeit
 - Operativen Therapie
 - Ausschöpfung der konventionellen Hörgeräteversorgung
 - Ggf. allergologischer Diagnostik bei chronischer Gehörgangsentzündung

Drahtlose Übertragungsanlagen 13.99.03.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu FM-Anlagen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Vom Hörakustiker:
 - Aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) ohne Hörhilfen
 - Aktuelles Sprachaudiogramm gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL) **mit Hörhilfen** in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall / 60 dB Störschall)
 - Daten der Anpassung der letzten Hörgerätversorgung, möglichst mit Störschallmessungen gem. § 21 und § 22 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HilfsM-RL)
- Stellungnahme vom HNO-Arzt mit Angaben zur
 - Anamnese
 - Verlauf der Schwerhörigkeit
 - Operativen Therapie
 - Ausschöpfung der konventionellen Hörgeräteversorgung
 - Angaben zu den zu befriedigenden Grundbedürfnissen
- Bei (Schul-)Kindern mit auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)
 - Pädaudiologischer Befundbericht
 - Ggf. Schulbescheinigung

(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01

Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Aerosol-Inhalationsgeräten für untere und obere Atemwege. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Angaben zur bisherigen Therapie
 - Welches Medikament soll vernebelt werden?
 - Facharztbericht Pneumologie
 - Ggf. Reha-Entlassberichte
 - Ggf. Krankenhausentlassberichte

CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

14.24.20

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu CPAP-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „CPAP“ und
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Nebenerkrankungen
 - Angaben zu AHI und ESS
 - Polygraphie und/oder
 - Polysomnographie vor und unter Therapie mit Angaben zu den Geräteeinstellungen
 - Bei COPD
 - BGA mit und ohne Sauerstoff
 - Angaben zur Geräteeinstellung

Arztanfrage CPAP

Antragsbegründende Diagnose: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Angaben zur Tagessymptomatik: _____

Welche Behandlung ist bis dato erfolgt? _____

Messung ohne Hilfsmittelanwendung: Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ ESS: _____ Sauerstoffentsättigungs-Index (ODI): _____ Minimale Sauerstoffsättigung: _____	Messung mit Hilfsmittelanwendung Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ ESS: _____ Sauerstoffentsättigungs-Index (ODI): _____ Minimale Sauerstoffsättigung: _____
---	---

Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04

Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05

Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Sauerstofftherapiegeräten (Druckgasfülleinheiten, Druck- und Flüssiggas sowie Sauerstoffkonzentratoren). Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „Sauerstofftherapie“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Nebenerkrankungen
 - BGA mit und ohne Sauerstoff
 - BGA unter Belastung (z. B. 6 Minuten Gehtest)
 - Angaben zum Sauerstoff-Flow in Ruhe und unter Belastung
 - Angaben zur Demandfähigkeit
 - Angaben zur täglichen Mobilität außer Haus
 - Bei Verordnung aus dem Schlaflabor
 - Polysomnographiebefund

Arztanfrage Sauerstofftherapie

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie ☐ ja ☐ nein

Angaben zur Symptomatik (Dyspnoe, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Exazerbationen):

Medikamentöse Therapie:

Therapiedauer Sauerstofftherapie (h/d):

Sauerstoffbedarf in Ruhe (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf bei Belastung (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf im Schlaf (Flow l/min):

Mobilität in der Wohnung ☐ ja ☐ nein _____ h/d

Mobilität außer Haus ☐ ja ☐ nein _____ h/d

Blutgasanalyseergebnisse	paO ₂	paCO ₂	SaO ₂	O ₂ -Fluss (l/min)	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O ₂					
In Ruhe mit O ₂					☐ ja ☐ nein
Unter Belastung ohne O ₂					
Unter Belastung mit O ₂					☐ ja ☐ nein
Nachts mit O ₂					☐ ja ☐ nein

PO₂-Anstieg auf _____ mmHg unter _____ Flow l/min O₂

PCO₂-Anstieg auf maximal _____ mmHg

Ist der Patient/die Patientin demandfähig? ☐ ja ☐ nein

Besteht ein Nikotinabusus? ☐ ja ☐ nein

Angaben zum Raucherstatus:

Bemerkungen/sonstige Hinweise (z.B. Adhärenz, etc.):

Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.09

Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung > 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.13

Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung 14.24.12

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Beatmungsgeräten zur intermittierenden und lebenserhaltenden Beatmung. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen Angaben zum Einzelprodukt
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Krankenhausentlassbericht
 - Diagnosen
 - BGA mit und ohne Beatmung
 - Angaben zu den erprobten Geräten
 - Bei Umversorgung medizinische Begründung
 - Angaben zu den Geräteeinstellungen
 - Beatmungsmodus
 - FiO₂
 - VT
 - AF
 - AMV
 - P_{insp}
 - PEEP
 - I:E

(715) Inkontinenzhilfen

Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität 15.25.19.2

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu elektronischen Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur
 - Vorversorgung insbesondere der PG 09 und 15
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Arztanfrage „Harninkontinenz“ bzw. „Stuhlinkontinenz“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
- Facharztberichte
 - Urologie
 - Gynäkologie
 - Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie
 - Proktologie
 - Gastroenterologie
- Rehabilitationsberichte (ggf. Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung)
- Bei Folgeanträgen:
 - Nachweis der Compliance (Ausdruck des Gerätetherapiespeichers)
 - Ärztlicher Verlaufsbericht über den Nutzungszeitraum
 - Verlaufsbericht der begleitenden Physiotherapie während der Nutzung
 - Inkontinenztagebuch der Versicherten / des Versicherten

Arztanfrage Harninkontinenz

Alter: Größe: Gewicht:
Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Die derzeitige Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Fachärztliche Diagnostik/Behandlung durch Facharzt für:

☐ Urologie ☐ Gynäkologie ☐ Sonstiges

Form und Schweregrad:

Harninkontinenz ☐ Belastung/Stress: Grad I Grad II Grad III

☐ Drang/Urge Inkontinenz

☐ Mischinkontinenz

☐ Sonstige Formen

Form und Schweregrad der Inkontinenz wurden fachärztlich gesichert: ☐ ja ☐ nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ☐ ja ☐ nein

Die Beckenbodeninnervation wurde geprüft durch folgendes Verfahren / geprüft mit:

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ☐ ja ☐ nein

Operation am:

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

☐ Detrusorhyperaktivität ☐ Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie ☐ Hypokontraktiler Detrusor

☐ Hypoaktiver Sphinkter

☐ Beckenbodenschwäche ☐ Fehlendes Beckenbodengefühl

☐ Prolaps

☐ Zystozele

☐ Z.n. Radiatio

☐ Z.n. Hysterektomie

☐ Z.n. Prostatektomie

☐ Z.n. Inkontinenz-OP

☐ Sonstiges

Angaben zur durchgeführten Diagnostik:

☐ Miktionstagebuch geführt von _____ bis _____

☐ Vorlagentest

☐ Vaginale Untersuchung

☐ Harnanalyse

☐ Restharnbestimmung

☐ Perineal-/ Introitus-Sono

☐ Zystographie

☐ Östrogenstatus

☐ Zystometrie

☐ HR Druckprofil

☐ Sonstiges

☐ Zystoskopie

☐ Uroflow

☐ Urodynamik

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Verhaltenstherapie:

☐ ja

☐ nein

☐ Trinkplan

☐ Miktionstraining

☐ Reduktion Körpergewicht (bei Adipositas) Dauer der Maßnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation:

Therapie seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

☐ ohne Anleitung

☐ mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

☐ Elektrostimulation ☐ Biofeedback ☐ Kombinationstherapie

☐ chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

☐ Vaginalsonde ☐ Intravesikalelektrode ☐ Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflegepersonal ☐ Physiotherapeut*in

☐ Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

☐ ja ☐ nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Arztanfrage Stuhlinkontinenz

Alter: Größe: Gewicht:
Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Antragsrelevante Diagnose:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Die Stuhlinkontinenz besteht seit: Ausprägung:
Proktologische Diagnostik ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein
Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ☐ ja ☐ nein
Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ☐ ja ☐ nein

Form und Schweregrad:

Stuhlinkontinenz ☐ Grad I ☐ Grad II ☐ Grad III

Ursachen:

☐ Anale Sphinkterschwäche ☐ Analprolaps/Hämorrhoidalprolaps
☐ Z.n. Darm-OP ☐ Z.n. Becken-Trauma ☐ Z.n. Radiatio
☐ Sonstige

Durchgeführte Diagnostik:

☐ Defäkationsprotokoll ☐ Analmanometrie ☐ Defäkographie
☐ Digital rektale Untersuchung ☐ Rekto-/Koloskopie ☐ Anale Endosonographie
☐ MRT ☐ Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie: ☐ ja ☐ nein

☐ Ernährungsplan ☐ Toilettentraining ☐ Sonstiges

Umgesetzt seit/Dauer der Maßnahme:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation?

Einnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Beckenbodentraining:

☐ ohne Anleitung ☐ mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

☐ Elektrostimulation ☐ Biofeedback ☐ Kombinationstherapie

☐ chirurgische Therapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

Anwendung mit folgendem Zubehör:

☐ Vaginalsonde ☐ Intravesikalelektrode ☐ Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Anleitung erfolgt durch:

☐ Arzt/Ärztin

☐ Pflegepersonal

☐ Physiotherapeut*in

☐ Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen:

☐ ja

☐ nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

(716) Kommunikationshilfen

Einfache Kommunikationshilfen/Symbolsysteme 16.99.01

Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02

Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe 16.99.03

Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme 16.99.05

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kommunikationshilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 02, 13, 16 und ggf. PG 18
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu Art und Ausprägung der Einschränkung der Lautsprachproduktion und
 - Angaben zu eventuellen Einschränkungen der oberen Extremitäten, HWS und Kopf und
 - Angaben zu kognitiven Fähigkeiten
- Logopädischer Befundbericht
- Bei Kindern zusätzlich
 - Sonderpädagogischer Bericht (Förderschule)
 - Bericht einer Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation (UK)
 - Bericht des sozialpädiatrischen Zentrums
- Vom technischen Leistungserbringer
 - Erprobungsbericht mit Angaben zur Dauer der Erprobung sowie den erprobten Alternativen
 - Videodokumentation der Erprobung des Hilfsmittels

Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung

16.99.04

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kommunikationshilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Einschränkungen der oberen Extremitäten, HWS und Kopf und
 - Angaben zu kognitiven Fähigkeiten
- Logopädischer Befundbericht
- Bei Kindern zusätzlich
 - Sonderpädagogischer Bericht (Förderschule)
 - Bericht einer Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation (UK)
 - Bericht des sozialpädiatrischen Zentrums
- Vom technischen Leistungserbringer
 - Erprobungsbericht mit Angaben zur Dauer der Erprobung sowie den erprobten Alternativen

Sprachverstärker 16.99.08

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kommunikationshilfen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13 und PG 16
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu Art und Ausprägung der Sprechstörung und
 - Angaben zu eventuellen Einschränkungen der oberen Extremitäten, HWS und Kopf und
 - Angaben zu kognitiven Fähigkeiten
- Logopädischer Befundbericht
- Bei Kindern zusätzlich
 - Sonderpädagogischer Bericht (Förderschule)
 - Bericht des sozialpädagogischen Zentrums
- Vom technischen Leistungserbringer
 - Erprobungsbericht mit Angaben zur Dauer der Erprobung sowie den erprobten Alternativen
 - Videodokumentation der Erprobung des Hilfsmittels

(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu medizinischen Kompressionsstrümpfen für Beine und Arme. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben
 - zur Vorversorgung mit Kompressionsstrümpfen, Art der Vorversorgung (Rundstrick, Flachstrick)
 - zur manuellen Lymphdrainage in den letzten 3 Jahren
 - zu erfolgter KPE (= komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit
 - Diagnose mit Angabe der Stadien
 - Angaben zum aktuellen Befund und
 - relevanten Begleiterkrankungen
 - Bisherige Therapie
 - Bei Flachstrick: Begründung, warum eine Rundstrickversorgung nicht ausreichend und zweckmäßig ist
- Maßblatt des Leistungserbringers
- Bei beantragter Flachstrickversorgung der Beine:
 - Fotodokumentation der/des Versicherten im Stehen mit unbestrumpften und unbedeckten Beinen (in Unterhose) im Stehen von vorne, von hinten
- Bei beantragter Flachstrickversorgung der Arme:
 - Fotodokumentation der/des Versicherten im Stehen mit unbestrumpften und unbedeckten Armen von vorne und von hinten mit seitlich um 90° im Schultergelenk abgespreizten Armen

Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Apparaten zur Kompressionstherapie. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben
 - zur Vorversorgung mit Kompressionsstrümpfen, Art der Vorversorgung (Rundstrick, Flachstrick)
 - Dauer und Frequenz einer MLD (Manuelle Lymphdrainage) in den letzten 3 Jahren
 - Angaben zum Leistungserbringer der MLD
 - Zu erfolgter KPE (= komplexe physikalische Entstauungstherapie)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen mit Angabe zum Stadium
 - Relevante Nebendiagnosen
 - Ausschluss von Kontraindikationen
 - Lymphologischer Befundbericht der letzten 6 Monate
 - Angaben zur bisher durchgeführten Therapie
 - KPE Phase I
 - Versorgung mit Kompressionsstrümpfen?
 - Intensität (30, 45, 60 Minuten) und Frequenz der manuellen Lymphdrainage?
 - Begründung, warum die Maßnahmen der Erhaltungstherapie der KPE Phase II nicht ausreichen
 - Messungen der Extremitätenvolumina und Körpermaße im Verlauf, die Rückschlüsse auf das Vorhandensein mobilisierbarer Ödemvolumina geben.
- Vorlage eines Erprobungsberichtes des verordneten Hilfsmittels mit
 - ärztlicher Dokumentation der individuellen Erfolge
 - Angaben zum BMI zu Beginn und während der Therapie
 - Angaben zu Maßnahmen der Gewichtsreduktion
 - durchgeführtem Bewegungsprogramm

(718) Kranken-/Behindertenfahrzeuge

Kranken-/Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kranken-/Behindertenfahrzeugen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 16, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Arztanfrage „Kranken- / Behindertenfahrzeuge“ und
- Erhebungsbogen „Kranken- / Behindertenfahrzeuge für den technischen Leistungserbringer“
- Ggf. Erprobungsbericht
- Ggf. Videodokumentation der Erprobung

Arztanfrage Kranken- / Behindertenfahrzeuge

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit

☐ nicht gehfähig

☐ wenige Schritte: _____

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremitäten: _____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: _____

Angaben zur Kopfkontrolle: _____

Kann der / die Versicherte aktiv trippeln: ☐ ja ☐ nein

Funktionsdefizite / Beeinträchtigungen:

Sehen: _____

Hören: _____

Psychokognitive Einschränkungen: _____

Liegt ein Anfallsleiden vor: ☐ ja ☐ nein

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

☐ häuslichem Umfeld

☐ Außenbereich

☐ Straßenverkehr

☐ Kindergarten, Schule

☐ Pflege-/Behinderteneinrichtung

Nutzung vorrangig ☐ aktiv ☐ passiv

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ☐ ja ☐ nein

Fortbewegung ☐ ja ☐ nein

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Bei Versorgung mit einem Elektrofahrzeug oder elektromotorischen Antrieb:

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines elektromotorischen Antriebes möglich: ☐ ja ☐ nein

Erfolgt eine dauerhafte Medikamenteneinnahme, insbesondere von Medikamenten, welche die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen können? Wenn ja, bitte Angaben der Medikation:

Liegen Visus- oder Gesichtsfeldeinschränkungen vor?

Ist die/der Versicherte geeignet, mit der erforderlichen Sorgfalt und Sicherheit mit dem motorisch betriebenen Krankenfahrzeug am öffentlichen Straßenverkehr teilzunehmen (dies setzt gemäß Hilfsmittelverzeichnis voraus: ausreichende Funktion u.a. von Sehsinn, Hörsinn, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Koordination von Arm- und Handbewegung)?

☐ ja ☐ nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen ist eine gesonderte Begründung notwendig.

Dies betrifft insbesondere:

- Spezielle Rückeneinheit (konfektioniert oder nach Maß)
- Spezielle Sitzeinheiten/Kissen (konfektioniert oder nach Maß, bei AD Versorgung auch Bericht Wundmanagement).
- Spezielle Bedienelemente (Einhandbedienungen, Steuerungen...)
- Hub-/Stehfunktionen
- Elektrische Verstellmöglichkeiten

Erhebungsbogen Kranken- / Behindertenfahrzeuge für den technischen Leistungserbringer

Größe: _____

Gewicht: _____

Sitzbreite: _____

Sitztiefe: _____

Sitzhöhe: _____

Rückenhöhe: _____

Unterschenkellänge: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: _____

Warum ist ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall besser geeignet als ein Standard- bzw. Leichtgewichtrollstuhl? _____

Kann der / die Versicherte aktiv trippeln: ☐ ja ☐ nein

Bei Versorgung mit speziellen Zurüstungen ist eine gesonderte Begründung notwendig.

Dies betrifft insbesondere:

- Spezielle Rückeneinheit (konfektioniert oder nach Maß)
- Spezielle Sitzeinheiten/Kissen (konfektioniert oder nach Maß, bei AD Versorgung auch Bericht Wundmanagement).
- Spezielle Bedienelemente (Einhandbedienungen, Steuerungen...)
- Hub-/Stehfunktionen

Elektrische Verstellmöglichkeiten

(719) Krankenpflegeartikel

Betten, motorisch verstellbar 19.40.01.3

Niedrigbetten 19.40.01.5

Betten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 19.40.01.7

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu motorisch verstellbaren Betten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf

Stehbetten 19.40.01.4

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Stehbetten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln

- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf
 - zur Steh- und Gehfähigkeit
 - zur Rumpf- und Kopfstabilität
 - zu Kontrakturen
 - zu Spastiken
 - zum Ausschluss von Kontraindikationen für ein Stehtraining

Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 19.40.01.6

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kinder- und Kleinwüchsigenbetten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf
 - zur medizinischen Begründung von etwaigen Sonderausstattungen/Zurüstungen

Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion

19.40.01.8

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf
 - medizinische Begründung für die Sitzfunktion bzw. für die Aufrichtfunktion des Bettes
- Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung des Aufsuchens/Verlassens des Pflegebettes durch den Versicherten

(721) Messgeräte für Körperzustände/-funktionen

Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Überwachungsgeräten für Epilepsiekranken. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung und Krankenhausbehandlungen
- Arztanfrage „Epilepsieüberwachung“ oder
- Neurologische Stellungnahme:
 - zur Notwendigkeit der beantragten Versorgung (Indikation)
 - Begründung der Verordnerin / des Verordners bei Einzelproduktverordnung (Ist das Hilfsmittel geeignet, die individuellen Therapieziele zu erreichen?)
- Bei Verordnung eines nicht im HMV gelisteten Produktes:
- Ist im Einzelfall auch ein gelistetes Produkt zur Erreichung des Therapiezieles geeignet?

Arztanfrage Epilepsieüberwachung

Epilepsie: Klassifikation, Erscheinungsform, Ausprägung: _____

Erstdiagnose: _____

Bisheriger Verlauf: _____

Relevante Komorbiditäten oder sonstige Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, motorische Einschränkungen): _____

Therapiekonzept(Medikation)_____

Mit welchem Erfolg/Ergebnis: _____

Individuelle Therapieziele: _____

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.: _____

Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation): _____

In welchem Umfeld soll das Epilepsieüberwachungsgerät eingesetzt werden (vorgesehener Einsatzort)?

☐ Bett (überwiegend nächtliche Überwachung)

☐ Inhäusig (tagsüber und nachts)

☐ Inhäusig und außer Haus (tagsüber und nachts)

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Epilepsieüberwachungsgeräts in der Lage?

☐ ja ☐ nein

Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden Arztes handeln. Steht eine entsprechend eingewiesene Person im Umfeld des/der Vers. zur Verfügung?

☐ ja ☐ nein

(722) Mobilitätshilfen

Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01

Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02

Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.04

Laufräder 22.51.05

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Zweirädern für Kinder und Jugendliche, Dreirädern für Kinder und Jugendliche, restkraftverstärkenden Dreirädern für Kinder und Jugendliche sowie Laufrädern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Arztanfrage „Therapiefahrräder“ oder
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Videodokumentation der Erprobung

Arztanfrage Therapiefahrräder / Laufräder

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Hilfsmittel zur Mobilität werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung/Zusatz- oder Sonderausrüstungen:

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit ☐ nicht gehfähig

☐ wenige Schritte: _____

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

☐ selbständig

☐ mit Hilfsmitteln

☐ mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremitäten: _____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: _____

Angaben zur Kopfkontrolle: _____

Angaben zu Gleichgewichtssinn und Koordination: _____

Funktionsdefizite / Beeinträchtigungen:

Sehen: _____

Hören: _____

Psychokognitive Einschränkungen: _____

Liegt ein Anfallsleiden vor: ☐ ja ☐ nein

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

☐ häuslichem Umfeld

☐ Außenbereich

☐ Straßenverkehr

☐ Kindergarten, Schule

☐ Pflege-/Behinderteneinrichtung

☐ geschützter Bereich (Hof, verkehrsberuhigte Straße, etc.)

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ☐ ja ☐ nein

Fortbewegung ☐ ja ☐ nein

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines Therapiefahrrades / Lauf-
rades möglich: ☐ ja ☐ nein

Erfolgt eine dauerhafte Medikamenteneinnahme, insbesondere von Medikamenten, welche die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen können? Wenn ja, bitte Angaben der Medikation:

Ist eine Eigen- oder Fremdgefährdung durch die Benutzung des Therapierades / Laufrades ausgeschlossen?

☐ ja

☐ nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

(723) Orthesen/Schienen

Individuell angefertigte Sprunggelenkorthesen 23.02.3x.x

Individuell angefertigte Fußgelenk-, Fußheber und Fußorthesen 23.03.3x.x

Individuell angefertigte Kniegelenk- und Patellaorthesen 23.04.3x.x

Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen 23.05.3x.x

Individuell angefertigte Bein-/Hüftgelenkorthesen 23.06.3x.x

Individuell gefertigte Beckenringorthesen zur Stabilisierung (SIO) 23.11.30.x

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu maßangefertigten Orthesen der unteren Extremitäten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 23, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen (untere Extremitäten)“ inklusive des „Maßblatt Orthetik untere Extremität“ des GKV-SV
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu Rumpf- und Kopfstabilität
 - Angaben zu Deformitäten
 - Angaben zur Mobilität
 - Bei postoperativer Versorgung:
 - OP – Bericht
 - Nachbehandlungskonzept
 - Bei Quengelorthesen:
 - Ausschluss einer knöchern bedingten Kontraktur
 - Ausschluss einer relevanten Osteoporose

Individuell angefertigte Hand-/Finger-/Daumenorthesen 23.07.3x.x

Individuell angefertigte Ellenbogengelenkorthesen 23.08.3x.x

Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen 23.09.3x.x

Individuell angefertigte Arm-/Armsegmentorthesen 23.10.3x.x

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu maßangefertigten Orthesen der oberen Extremitäten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 23) sowie zu Heilmitteln
- Aktuelles „Maßblatt Orthetik obere Extremität“ des Erhebungsbogen PG 23 des GKV-SV
- Arztanfrage maßangefertigte Orthesen für die obere Extremität
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu Rumpfstabilität
 - Angaben zu Deformitäten
 - Angaben zur Mobilität
 - Bei postoperativer Versorgung:
 - OP – Bericht
 - Nachbehandlungskonzept
 - Bei Quengelorthesen:
 - Ausschluss einer knöchern bedingten Kontraktur
 - Ausschluss einer relevanten Osteoporose

Arztanfrage maßangefertigte Orthesen für die obere Extremität

Antragsbegründende Diagnose:

☐ Rechts ☐ Links ☐ Beidseits

Individuelles Versorgungsziel: _____

Kontrakturen: ☐ nein ☐ ja, welche Gelenke:

Instabilität von Gelenken: ☐ nein ☐ ja, welche:

Fehlstellungen von Gelenken: ☐ nein ☐ ja, welche:

Schwerer Schultersubluxation: ☐ nein ☐ ja, Seite:

Greiffunktion:

☐ Keine Willkürbewegungen / schlaff ☐ Minimale aktive Fingerbewegungen

☐ Massen- oder Hakengriff ohne isolierte(n) Fingeröffnung/Fingerschluss

☐ Schlüsselgriff mit Daumenbewegung, halbwillkürliche Fingerstreckung

☐ Flaschengriff / Zylindergriff, willkürliche globale Fingeröffnung

☐ Alle Grifftypen, willkürliche Fingerstreckung, Einzelbewegungen

Bisherige Versorgung: _____

Individuell angefertigte Halswirbelsäulenorthesen 23.12.3x.x

Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen 23.13.3x.x

Individuell gefertigte LWS-Orthesen 23.14.3x.x

Individuell angefertigte Wirbelsäulenorthesen 23.15.3x.x

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu maßangefertigten Wirbelsäulenorthesen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 18, PG 23 und PG 26) sowie zu Heilmitteln
- Aktuelles „Maßblatt Orthetik Rumpforthesen“ bzw. „Maßblatt Mieder“ des Erhebungsbogen PG 23 des GKV-SV
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu Rumpf- und Kopfstabilität
 - Angaben zum Cobb-Winkel
 - Angaben zur Knochenalterbestimmung
 - Angaben zur Mobilität
 - Bei postoperativer Versorgung:
 - OP – Bericht
 - Nachbehandlungskonzept

Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette 23.29.01.2

Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette ohne Treppensteigfunktion 23.29.01.3

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Exoskeletten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 23, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen (untere Extremitäten)“ inklusive des „Maßblatt Orthetik untere Extremität“ des GKV-SV
- Bei Rehamaßnahme in den letzten 12 Monaten
 - Reha-Entlassbericht
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Körpergröße und Gewicht
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu Rumpf- und Kopfstabilität
 - Angaben zu Kontrakturen und Deformitäten
 - Angaben zu Spastiken (Modified Ashworth)
 - Angaben zur Knochendichte
 - Angabe zu Begleiterkrankungen (neurologische Erkrankungen, Infektionen, Kreislaufstörungen, Herz- oder Lungenerkrankungen, Druckgeschwüre, psychiatrische Erkrankungen)
 - Bei weiblichen Versicherten: Liegt eine Schwangerschaft vor?
- Bei Krankenhausbehandlung in den letzten 24 Monaten: KH-Entlassbericht
- Bei Beantragung der Erprobung:
 - Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung von
 - Transfers
 - An- und Ablegen des Exosketts

- Gleichgewicht im Stand
- Aufstehen und Hinsetzen
- 10-m-Gehtest
- Anhalten
- Bei Beantragung der Definitivversorgung:
 - Videodokumentation der bisherigen Erprobung im Wohnumfeld der/des Versicherten mit Darstellung von
 - Transfers
 - An- und Ablegen des Exoskeletts
 - Gleichgewicht im Stand
 - Aufstehen und Hinsetzen
 - 10-m-Gehtest
 - Anhalten
 - Umdrehen (Links, Rechts, 180°)
 - Durchquerung von Türen
 - Sanfter Sturz
 - Anlehnen an eine Wand
 - Gehen mit geteilter Aufmerksamkeit
 - Eingangsnavigation (Vor der Tür positionieren und durchqueren)
 - Gehen auf Rampen, Schrägen und unterschiedlichen Oberflächen
 - 6-Minuten-Gehtest mit Angabe der zurückgelegten Wegstrecke
 - Wiederherstellung nach einem Sturz
 - Gehen auf Treppen
 - Überschreiten von Bordsteinen

(724) Beinprothesen

Unterschenkel 24.71.XX.X

Oberschenkel 24.72.XX.X

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Unterschenkel- und Oberschenkelprothesen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 24, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Profilierungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen“ des GKV-SV inklusive der entsprechenden Maßblätter und
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen des gesunden Beines (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen des Amputationsstumpfes (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß der angrenzenden Gelenke)
 - bei Einzelproduktverordnung individuelle Begründung
 - Welche Alternativen wurden erprobt und warum war die Erprobung nicht erfolgreich?
- KH-Entlass Bericht(e)
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Videodokumentation der Erprobung mit vergleichender Darstellung alltagsrelevanter Gebrauchsvorteile gegenüber erprobten Alternativen

(726) Sitzhilfen

Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01

Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02

Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Sitzschalen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 18, PG 22 und PG 23)
- Arztanfrage „Sitzschalen“
- KH-Entlass Bericht(e)
- Erprobungsbericht
- Bei Folgeversorgungen mit technischen Änderungen bzw. Umversorgungen:
 - Bilddokumentation der vorhandenen Versorgung mit Darstellung der Sitzposition der/des Versicherten in der vorhandenen Versorgung von vorne, seitlich rechts, seitlich links und hinten

Arztanfrage Sitzschalen

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Welche Sitzhilfen werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung/Zusatz- oder Sonderausrüstungen:

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: _____

Gehfähigkeit: _____

Sitzvermögen: _____

Muskeltonus: ☐ Hypotonie ☐ Hypertonie ☐ Dystonie

Sitzposition: ☐ symmetrisch ☐ asymmetrisch ☐ Windschlag

☐ Kontrakturen

Rumpfstabilität: _____

Kippneigung: ☐ ventral ☐ rechts ☐ links

Kopfstabilität: _____

Wirbelsäulendeformität:

☐ keine ☐ Kyphose ☐ Skoliose ☐ Hyperlordose

Adduktorentonus: ☐ unauffällig ☐ gesteigert ☐ massiv gesteigert

Funktion und Beweglichkeit

Obere Extremitäten: _____

Untere Extremitäten: _____

Instabilität von Gelenken: ☐ nein ☐ ja, welche:

Nutzung überwiegend in

☐ häuslichem Umfeld ☐ Kindergarten ☐ (Förder-)schule ☐ Einrichtung

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Sitzschale: ☐ konfektioniert ☐ individuell gefertigt

Erforderliche Zurüstungen: _____

Warum ist eine individuelle Fertigung erforderlich? _____

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfettierte Sitzschale aus? _____

Sind alternative Versorgungen erprobt worden? Wenn ja, welche und warum waren sie nicht erfolgreich?

Therapiestühle/-sitzhilfen 26.11.05

Autokindersitze für Kinder mit Behinderungen 26.11.06

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Therapiestühlen und Autokindersitzen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 18, PG 22 und PG 23)
- Bei Versorgungen mit Therapiestühlen:
 - Arztanfrage „Therapiestühle“
- Bei Versorgungen mit Autokindersitzen:
 - Arztanfrage „Autokindersitze“
- KH-Entlass Bericht(e) und/oder aktueller SPZ-Bericht
- Bei Folgeversorgungen mit technischen Änderungen bzw. Umversorgungen:
 - Bilddokumentation der vorhandenen Versorgung mit Darstellung der Sitzposition der/des Versicherten in der vorhandenen Versorgung von vorne, seitlich rechts, seitlich links und hinten

Arztanfrage Therapiestühle

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

Wachstumsbedingte Folgeversorgung:

☐ ja

☐ nein

Welche Sitzhilfen werden aktuell genutzt? In welchem Lebensumfeld (häusliches Umfeld, Schule, Therapieeinrichtung, etc.)? _____

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Gehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie weit: _____

Sitzvermögen: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Muskeltonus: ☐ unauffällig ☐ Hypotonie ☐ Hypertonie ☐ Dystonie

Sitzposition: ☐ symmetrisch ☐ asymmetrisch ☐ Windschlag

Rumpfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Kippneigung: ☐ ventral ☐ rechts ☐ links

Kopfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Wirbelsäulendeformität:

☐ keine ☐ Kyphose ☐ Skoliose ☐ Hyperlordose

Adduktorentonus: ☐ unauffällig ☐ gesteigert ☐ massiv gesteigert

Funktion und Beweglichkeit

Obere Extremitäten: _____

Untere Extremitäten: _____

Kontrakturen: ☐ nein ☐ ja, welche Gelenke:

Instabilität von Gelenken: ☐ nein ☐ ja, welche:

Nutzung überwiegend in

☐ häuslichem Umfeld ☐ Kindergarten ☐ (Förder-)schule ☐ Einrichtung

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Wird eine Sitzschale benötigt: ☐ konfektioniert ☐ individuell gefertigt ☐ nicht notwendig

Erforderliche Zurüstungen: _____

Warum ist eine individuelle Sitzschale erforderlich? _____

Sind alternative Versorgungen erprobt worden? Wenn ja, welche und warum waren sie nicht erfolgreich?

Arztanfrage Autokindersitze

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Wachstumsbedingte Folgeversorgung:

☐ ja

☐ nein

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Gehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie weit: _____

Sitzvermögen: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Muskeltonus: ☐ unauffällig ☐ Hypotonie ☐ Hypertonie ☐ Dystonie

Sitzposition: ☐ symmetrisch ☐ asymmetrisch ☐ Windschlag

Rumpfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Kippneigung: ☐ ventral ☐ rechts ☐ links

Kopfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Wirbelsäulendeformität:

☐ keine ☐ Kyphose ☐ Skoliose ☐ Hyperlordose

Adduktorentonus: ☐ unauffällig ☐ gesteigert ☐ massiv gesteigert

Funktion und Beweglichkeit

Obere Extremitäten: _____

Untere Extremitäten: _____

Kontrakturen: ☐ nein ☐ ja, welche Gelenke: _____

Instabilität von Gelenken:

☐ nein

☐ ja, welche:

Erforderliche Zurüstungen: _____

Sind alternative Versorgung (z.B. Autorückhaltesysteme, Zubehör für Autokindersitze) erprobt worden? Wenn ja, welche und warum waren sie nicht erfolgreich?

(728) Stehhilfen

Stehständer 28.29.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Stehständern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung, zu Liftern/Transferhilfen, Krankenhausbehandlungen, Rehamaßnahmen und Heilmitteln
- Bei Rehamaßnahme in den letzten 12 Monaten
 - Reha-Entlassbericht
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - zu den Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten (Bewegungsausmaße nach Neutral-Null und Kraftgrade nach Janda)
 - zur Steh- und Gehfähigkeit
 - Rumpf- und Kopfstabilität
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Ausschluss von Kontraindikationen für ein Stehtraining
- Erprobungsbericht

(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement

Insulinpumpen 30.29.04

Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05

Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06

CGM-Systeme 30.43.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Insulinpumpen, Insulinpumpentherapiesystemen, Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systemen und CGM-Systemen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“ sowie
- ICT-Tagebuch / CGM-Daten des Vers. möglichst über 90 Tage (mindestens 30 Tage) als ambulantes Glukoseprofil (AGP)
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)
- Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)

Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement

Diabetestyp mellitus: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

☐ Sonstiger Diabetes mellitus

Erkrankung seit (Erstmanifestation):

Größe: _____

Gewicht: _____

Relevante Komorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen oder sonstige Einschränkungen
(z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik):

Intensivierte Insulintherapie seit: _____

Therapieplan der intensivierten Insulintherapie:

BE-Faktor:

Korrektur-Faktor:

Basalinsulin:

HbA1c der letzten 12 Monate: _____

Konkrete Probleme der Glukoseeinstellung (insb. Hypoglykämien, Fremdhilfebedarf?):

Bisherige Therapiemodifikationen:

Bisherige Schulungsmaßnahmen:

Individuelle Therapieziele:

Relevante Kontextfaktoren sowie Aspekte der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst, Familie, Schule):

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.:

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Hilfsmittels in der Lage?

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Glukosemessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich?

Begründung der Verordnerin / des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?

- Ist ein AID -System geplant? ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc.)

Sonstiges/weitere Hinweise:

(731) Schuhe

Versorgungen ohne Diabetes

Orthopädischer Maßschuh 31.03.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu orthopädischen Maßschuhen ohne Vorliegen eines Diabetes. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 08, PG 10, PG 23, PG 18, PG 22 und PG 31)
- Arztanfrage „Maßschuhe“
- KH-/MVZ-Bericht
 - bei fußchirurgischen Eingriffen
- Reha-Bericht bei zeitnaher Reha-Maßnahme
- Bei Kindern und Behandlung durch SPZ:
 - SPZ-Bericht
- Fotodokumentation der Füße im Stand (ohne Bandagen oder Strümpfe und in Farbe) von vorne, von innen- und außenseitig und von hinten
 - Bei Knicksenkfuß und Zehenspitzenang im Zehenspitzenstand
- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1-Kopie mit Angaben zu:
 - Fußumfang und Zehenhöhen
 - Fußlänge und Schuhgröße

Arztanfrage Maßschuhe

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

☐ Erstverordnung

☐ Folgeverordnung

Fußbefund (kurze Beschreibung von Lokalisation/Ausprägung oder Foto):

	Ja	Nein	Beschreibung
Rückfußdeformität	☐	☐	_____
Mittelfußdeformität	☐	☐	_____
Vorfuß-/Zehendeformität	☐	☐	_____
Strahldefekt/Amputation	☐	☐	_____
Ulcus/Druckschäden	☐	☐	_____
abgeheilt	☐	☐	_____
Hornhautschwielen mit Einblutungen	☐	☐	_____
Fußverkürzung	☐	☐	re. _____ cm li. _____ cm
Beinlängenverkürzung	☐	☐	re. _____ cm li. _____ cm
Lähmungen	☐ schlaff	☐ spastisch	

Trophische Störungen

☐ Neuropathie

☐ Angiopathie

☐ Osteopathie

Liegt ein diabetisches Fußsyndrom vor? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine Polyneuropathie vor? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine pAVK vor? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine terminale Niereninsuffizienz vor? ☐ Ja ☐ Nein

Röntgen vom: _____

Befund: _____

Fußschmerzen nach welcher Gehstrecke: _____m

Bewegungsumfang OSG nach Neutral-Null: _____°/____°/____°

Fehlstellung in den Sprunggelenken (OSG/USG) oder Arthrose/Instabilität in den Sprunggelenken (OSG/USG):

Mobilität	uneingeschränkt	kurz außer Haus	nur im Haus	nicht gehfähig
• ohne Schuhe	☐	☐	☐	☐
• m. konf. Schuhen	☐	☐	☐	☐
• m. orthop. Schuhen	☐	☐	☐	☐

Erforderliche Elemente des Schuhs (kurze Beschreibung)

- Spezielle Bettung _____
- Entlastung _____
- Stützung _____
- Dämpfung/Polsterung _____
- Lotaufbau / medial / lateral, Mittel- und/oder Rückfuß _____
- Schafthöhe ☐ Halbschuh ☐ bis 15 cm ☐ über 15 cm
- Sonstiges _____

Bisherige Versorgung

☐ Einlagen

☐ Schuhzurichtungen

☐ Sonstiges

Warum reicht die bisherige Versorgungsform nicht mehr aus?

Wie ist die Abnahme geplant?

☐ mit Patient ☐ mit Orthopädieschuhmacher/in

☐ Zwischenabnahme mit Probeschuh

Sonstiges:

Versorgungen bei Diabetes

Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 mit Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07

Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08 mit/ohne Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu orthopädischen Maßschuhen bei Vorliegen eines Diabetes, Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom und diabetesadaptierten Fußbettungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 08, PG 10, PG 23, PG 18, PG 22 und PG 31)
- Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG in der aktuellen Ausführung
- Schuhverordnungsbogen der AG Fuß in der DDG in der aktuellen Ausführung (wenn vorhanden)
- Fotodokumentation der Füße im Stand (ohne Bandagen oder Strümpfe und in Farbe) von vorne, von innen- und außenseitig und von hinten
 - Bei Knicksenkfuß und Zehenspitzenhang im Zehenspitzenstand
- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1-Kopie mit Angaben zu:
 - Fußumfang und Zehenhöhen
 - Fußlänge und Schuhgröße

NEU Therapieschuhe: Spezialschuhe über Beinorthese/Orthesenschuhe 31.03.03.7

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Orthesenschuhen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Kostenvoranschlag der vorhandenen Orthesen mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 23 und PG 31)
- Fotodokumentation der Füße im Stand mit den vorhandenen Orthesen sowie
- Blaupausenabdruck der Füße mit den vorhandenen Orthesen oder plantarer 2-D-Scan in 1/1-Kopie mit Angaben zu:
 - Fußumfang in Höhe der Fußwurzel mit Orthesen
 - Fußlänge und Schuhgröße mit und ohne Orthesen

(732) Therapeutische Bewegungsgeräte

Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01

Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu fremdkraftbetriebenen Knie- und Schulterbewegungstrainern. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu
 - Krankenhausbehandlungen und Rehamaßnahmen
 - Vorversorgung mit therapeutischen Bewegungsgeräten
 - Angaben zur Heilmitteltherapie in den letzten 12 Monaten
 - Erfolgt aktuelle Physio- oder Ergotherapie?
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners
 - Bei konservativer Therapie Angaben:
 - zur Diagnose
 - bisherigen Therapie
 - aktueller Befund mit Bewegungsumfang des zu behandelnden Gelenkes nach Neutral-Null
 - Begründung der Versorgung mit Therapieplan und prognostischer Einschätzung
 - Bei durchgeführter Operation
 - OP-Bericht mit Nachbehandlungsschema
 - Begründung und Therapieplan der Verordnerin / des Verordners mit
 - Angaben zum aktuellen Bewegungsausmaß des zu behandelnden Gelenkes nach Neutral-Null
 - Erlaubter Bewegungsumfang des Gelenkes
 - Angaben zur erlaubten Belastung
 - Komplikationen im Verlauf
 - Prognostischer Einschätzung

Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01

Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01

Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu fremdkraftbetriebenen Bein- und Armtrainern sowie Kombinationstrainern für Arme und Beine. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 28 und PG 32), Krankenhausbehandlungen, Rehamaßnahmen und Heilmitteln
- Bei Rehamaßnahme in den letzten 12 Monaten
 - Reha-Entlassungsbericht
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen bzw. unteren Extremitäten (Bewegungsausmaße nach Neutral-Null und Kraftgrade nach Janda)
 - zur Gehfähigkeit mit und ohne Hilfsmittel (Angabe in Metern)
 - zu Vorhandensein und Ausmaß einer Spastik
 - Warum reicht Physiotherapie und/oder Ergotherapie nicht aus?
 - bei Morbus Parkinson zusätzlich Angaben
 - Rigor, Akinesie, Freezing
- Erprobungsbericht mit konkreten Angaben zu
 - Ort und Dauer der Erprobung, Begleitung durch Physio-/Ergotherapeut
 - Dauer und Frequenz des tägl. Geräteeinsatzes
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Komplikationen
- Bei Verordnung Innowalk für die Beinbewegung (32.29.01.0020)
 - Arztanfrage „Innowalk für die Beinbewegung“
 - Arztanfrage „Messblatt für die unteren Extremitäten“
 - Bei Kindern und Jugendlichen mit SPZ-Anbindung: aktueller SPZ-Bericht
 - Bei Erwachsenen mit MZEB-Anbindung: aktueller MZEB-Bericht

Arztanfrage Innowalk für die Beinbewegung

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Gehfähigkeit: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie weit: _____

Sitzvermögen: ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden ☐ eingeschränkt, wie lange: _____

Muskeltonus: ☐ unauffällig ☐ Hypotonie ☐ Hypertonie ☐ Dystonie

Kontrakturen ☐ nein ☐ ja, wo: _____

Gelenkinstabilitäten ☐ nein ☐ ja, wo: _____

Sitzposition: ☐ symmetrisch ☐ asymmetrisch ☐ Windschlag

Rumpfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Kippneigung: ☐ ventral ☐ rechts ☐ links

Kopfstabilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Welches Versorgungsziel liegt der Verordnung zugrunde?

☐ Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung (Wenn ja, dann bitte weitere Angaben unten)

☐ Vorbeugung einer drohenden Behinderung, bzw. der Verhütung einer drohenden Verschlimmerung der vorhandenen Behinderung und/oder Abwenden des Hinzutritts einer drohenden, wertungsmäßig neuen Behinderung (Wenn ja, dann bitte weitere Angaben unten)

Versorgungsziel „Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung“

Bitte Angaben zum Therapieplan: _____

Warum kann die Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung nicht durch die Versorgung mit einem Stehtrainer in Kombination mit einem fremdkraftbetriebenen Beintrainer sichergestellt werden?

Erfolgt eine regelmäßige Heilmittelbehandlung?

Physiotherapie ☐ nein ☐ ja Wöchentliche Frequenz: _____

Ergotherapie ☐ nein ☐ ja Wöchentliche Frequenz: _____

Wurden die Vorsichtsmaßnahmen des Herstellers gemäß Gebrauchsanweisung (Kontraindikationen, Risikoanalyse) berücksichtigt:

☐ ja ☐ nein

Versorgungsziel „Vorbeugung einer drohenden Behinderung“

Bitte um Angabe, welche konkrete Behinderung in absehbarer Zukunft eintreten droht:

Erfolgt eine regelmäßige Heilmittelbehandlung?

Physiotherapie ☐ nein ☐ ja Wöchentliche Frequenz: _____

Ergotherapie ☐ nein ☐ ja Wöchentliche Frequenz: _____

Wurden die Vorsichtsmaßnahmen des Herstellers gemäß Gebrauchsanweisung (Kontraindikationen, Risikoanalyse) berücksichtigt:

☐ ja ☐ nein

Messblatt für die unteren Extremitäten (nach Neutral-Null)

Hüftgelenke:

Rechts

Links

Streckung / Beugung

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Abspreizen / Anführen

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Drehung auswärts / einwärts
(Hüftgelenk 90° gebeugt)

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Drehung auswärts / einwärts
(Hüftgelenk gestreckt)

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Kniegelenke:

Rechts

Links

Streckung / Beugung

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Obere Sprunggelenke:

Rechts

Links

Heben / Senken des Fußes

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Untere Sprunggelenke:

Rechts

Links

Fußaußenrand heben / senken

___°/___°/___°

___°/___°/___°

Kraftgrade nach Janda

Hüftgelenke:

Rechts

Links

Streckung / Beugung

___/___

___/___

Kniegelenke:

Rechts

Links

Streckung / Beugung

___/___

___/___

Obere Sprunggelenke:

Rechts

Links

Heben / Senken des Fußes

___/___

___/___

(738) Armprothesen

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Armprothesen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 02, PG 23 und PG 38) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Profilierhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen“ des GKV-SV inklusive der entsprechenden Maßblätter
- Myotest bei myoelektrischen Versorgungen
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen des gesunden Armes (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten)
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen des Amputationsstumpfes (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß der angrenzenden Gelenke, Gelenkinstabilitäten)
 - bei Einzelproduktverordnung individuelle Begründung
 - Welche Alternativen wurden erprobt und warum war die Erprobung nicht erfolgreich?
- KH-Entlass Bericht(e)
- Bei zeitnaher Rehabilitationsmaßnahme Reha-Entlassbericht(e)
- Bei Kindern und Jugendlichen mit SPZ-Anbindung: aktueller SPZ-Bericht
- Bei Erwachsenen mit MZEB-Anbindung: aktueller MZEB-Bericht
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Videodokumentation der Erprobung mit vergleichender Darstellung alltagsrelevanter Gebrauchsvorteile gegenüber erprobten Alternativen

(750) Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.1

Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 50.45.01.3

Niedrigpflegebetten 50.45.01.5

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu motorisch verstellbaren Pflegebetten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf

Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 50.45.01.3

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Kinder- und Kleinwüchsigenbetten. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)

- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf
 - zur medizinischen Begründung von etwaigen Sonderausstattungen/Zurüstungen

Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 19.40.01.X, PG 22 und PG 50.45.01.X) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit Angaben
 - Diagnose
 - Versorgungsziel(e)
 - zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - zur Mobilität mit und ohne Hilfsmittel
 - zu Körpergröße und Gewicht
 - zum Pflegebedarf
 - medizinische Begründung für die Sitzfunktion bzw. für die Aufrichtfunktion des Bettes
- Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung des Aufsuchens/Verlassens des Pflegebettes durch den Versicherten

(791) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu digitalen Gesundheitsanwendungen. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung (wenn vorhanden)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb Zuständigkeit MD)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu allen bisherigen Diagnosen

Gemäß § 33a SGB V Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Gemäß § 139e SGB V führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a.

Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung

1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht,
2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. positive Versorgungseffekte aufweist.

Die Medizinischen Dienste können auf Basis der vorgelegten Unterlagen lediglich eine formale Prüfung vornehmen:

- Für welche Indikationen die DiGA im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet ist.
- Ob diese Indikationen beim Versicherten vorliegen.
- Ob Kontraindikationen/Ausschlusskriterien für die Nutzung der DiGA vorliegen.

Liste der Downloadlinks

Erhebungsbögen des GKV-SV

Die Erhebungsbögen des GKV Spitzenverbandes werden im Rahmen der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses als Anlage zu den Produktgruppen veröffentlicht.

Zur Erleichterung des Auffindens der Erhebungsbögen werden die zum Zeitpunkt der Erstellung/Aktualisierung dieser Checkliste verfügbaren Download-Links hier aufgeführt.

Seite des GKV-SV zur Fortschreibung der Produktgruppen

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/fortschreibungen_der_produkgruppen/fortschreibungen_der_produkgruppen.jsp

Bedarfserhebungsbogen für Blindenführhunde

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Blindenfuhrhunde_BF.pdf

Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Braillezeilen_BF.pdf

Bedarfserhebungsbogen für Farberkennungsgeräte

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Farberkennungsgeraete_BF.pdf

Bedarfserhebungsbogen für O+M Training

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_OM_Traininig_BF.pdf

Bedarfserhebungsbogen für die Produkterkennung

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Produkterkennung_BF.pdf

Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Vorlesegeraet_BF.pdf

Erhebungsbogen für Hilfsmittel gegen Dekubitus

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2018_2/20181206_Prodktgruppe_11_Erhebungsbogen.pdf

Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_04/20210414_Prodktgruppe_23_Erhebungsbogen.pdf

Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2024_02/20240219_Profilerhebungsbogen_fuer_die_Versorgung_mit_Beinprothesen.pdf

Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/10_2023/Profilerhebungsbogen_fuer_die_Versorgung_mit_Armprothesen.pdf

Sonstige Erhebungsbögen

Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG

https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/01_Die_DDG/05_Arbeitsgemeinschaften/AG_Diabetischer_Fuss/Fussdokumentationsbogen_DDg.pdf

Risikogruppeneinteilung zur PG31 der AG Fuß in der DDG

https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/Risikogruppeneinteilung_zur_PG31.pdf

Schuhverordnungsbogen 2024 der AG Fuß in der DDG

https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/Risikogruppeneinteilung_zur_PG31.pdf