

# Checkliste Hilfsmittelversorgung

## Medizinischer Dienst Sachsen



Empfehlungen zu Sachermittlungen im Rahmen des MiMa-Verfahrens bei  
Begutachtungsaufträgen zu Hilfsmittelversorgungen

Stand 07/2022

Fachservice  
Medizinischer Dienst  
Sachsen  
für das Anlassgebiet  
Hilfsmittelversorgung  
GKV

## Vorwort

Der Medizinische Dienst berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in medizinischen Fragen von sozialmedizinischer und pflegfachlicher Relevanz. Gemäß § 275 Absatz 1 SGB V sind Krankenkassen verpflichtet in gesetzlich bestimmten Fällen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Im Rahmen der Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 276 sind Krankenkassen verpflichtet, die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 275 bis 275d erforderlich ist.

- Die zunehmende Komplexität der Fragestellungen in Begutachtungsaufträgen erfordert eine breitere und spezifischere Informationsbasis zur Erstellung von abschließenden Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst als noch vor wenigen Jahren.

Um die Qualität der vorgelegten Informationen bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes Sachsen im Anlassgebiet Hilfsmittelversorgung zu erhöhen, werden auf der externen Website regional für Sachsen erarbeitete Checklisten zu einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-SV zur Verfügung gestellt. Ziel ist es zeitnah Krankenkassenmitarbeitenden Informationen zu benötigten Unterlagen im Rahmen der Sachermittlung anzubieten. Die bundeseinheitlichen Checklisten für die Krankenkassen zur Beauftragung der Medizinischen Dienste sind unabhängig davon weiterhin gültig. Derzeit erfolgt eine Aktualisierung durch die Sozialmedizinischen Expertengruppen.

- Es handelt es sich bei diesem Schriftstück um eine dynamische Arbeitshilfe. Sie ist weder abschließend noch verbindlich. Vorgesehen ist die kontinuierliche inhaltliche Ergänzung, Anpassung und Weiterentwicklung. Vollständigkeit kann nicht vorausgesetzt werden. Gerne werden Anregungen und Hinweise entgegengenommen.
- Die primäre Anforderung der genannten Dokumente soll durch Krankenkassen ausschließlich zu Händen des Medizinischen Dienstes im Rahmen des MiMa-Verfahrens erfolgen.

In den Tabellen wird zwischen „Benötigten Unterlagen“ und „Relevanten Angaben“ unterschieden. Die Spalte „Relevanten Angaben“ ergänzt dabei die in der Spalte „Benötigte Unterlagen“ benannten Dokumente und bietet Informationen zu konkret benötigten Inhalten, auch um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen.

Bei Fragen oder Hinweisen zur Checkliste Hilfsmittelversorgung wenden Sie sich gerne an den Fachservice des Medizinischen Dienstes Sachsen!

E-Mail: [Fachservice-zentral@md-sachsen.de](mailto:Fachservice-zentral@md-sachsen.de)

## Inhalt

Vorwort.....	2
Checklisten Hilfsmittelversorgung GKV .....	6
Produktgruppe 01 Absauggeräte .....	6
Produktgruppe 02 Adaptationshilfen .....	6
Produktgruppe 03 Applikationshilfen .....	6
Insulinpumpen .....	6
Produktgruppe 04 Bade- und Duschhilfen .....	7
Produktgruppe 05 Bandagen.....	7
Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte .....	7
Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel .....	7
Produktgruppe 08 Einlagen .....	8
Einlagen .....	8
Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte .....	9
TTF Optune .....	9
WCD-Therapie (LifeVest) .....	9
Inkontinenz-Therapiegeräte .....	10
Produktgruppe 10 Gehhilfen .....	10
Gehhilfen .....	10
Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus .....	11

Ganzkörper   Matratzen und Auflagen .....	11
Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie .....	12
Produktgruppe 13 Hörhilfen.....	12
Hörgeräte.....	12
FM-Anlagen .....	13
Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte.....	13
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren.....	13
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen.....	14
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung .....	15
In-/Exsufflatoren.....	16
Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie.....	16
Medizinische Kompressionsstrümpfe .....	16
Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge .....	17
Kranken- und Behindertenfahrzeuge .....	17
Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen.....	18
rtCGM .....	18
Produktgruppe 23 Orthesen und Schienen.....	19
Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenthesen zur Korrektur   Brustwirbelsäulen-/Thorax-Orthesen bei Kielbrust/Hühnerbrust.....	19
Produktgruppe 31 Schuhe .....	19
Schuhe .....	19

Produktgruppe 99 Verschiedenes .....	20
Vakuumpumpe, Vakuum-Erektionshilfe-System.....	20
Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS).....	20

## Checklisten Hilfsmittelversorgung GKV

Produktgruppe 01 Absauggeräte

Produktgruppe 02 Adaptationshilfen

Produktgruppe 03 Applikationshilfen

Insulinpumpen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Diabetologe/-in</b></li> <li>• <b>Diabetologische Stellungnahme zur Erforderlichkeit der Versorgung mit einer Insulinpumpe (Indikation; was wurde getan, um die Therapieziele mit ICT zu erreichen? „Pumpengutachten“)</b></li> <li>• <b>Begründung des verordnenden Arztes/der Ärztin zur Einzelproduktverordnung (Eignung des Einzelproduktes im Einzelfall, Ist ein Hybrid-Closed-Loop-System geplant? Wenn ja mit welchen Komponenten? Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc.)</b></li> <li>• <b>Dokumentation der/des Versicherten (der letzten vier Monate mit mind. 4x tägl. BZ-Messungen oder Dokumentation CGM, konsumierten BE, ggf. Art und Dosis der applizierten Insuline jeweils</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Relevante Komorbiditäten/patientenindividuelle Besonderheiten (z.B. psychische Erkrankungen, berufliche Tätigkeit, Belastungen, diabetesbedingte Organkomplikationen, feinmotorische Einschränkungen)</b></li> <li>• <b>Insulintherapieplan</b></li> <li>• <b>Probleme der Blutzuckereinstellung: bes. Angaben zu Hypoglykämien/Fremdhilfebedarf</b></li> <li>• <b>HbA1c der letzten 12 Monate</b></li> <li>• <b>Ist der Vers. in der Lage, die Insulinpumpe im Alltag sachgerecht anzuwenden?</b></li> <li>• <b>Inwieweit ist die Mitwirkung/Unterstützung von Hilfspersonen notwendig?</b></li> <li>• <b>Welche individuellen Therapieziele wurden vereinbart?</b></li> </ul>

<p>mit Datum/Uhrzeit, BE- und Korrekturfaktoren, Maßnahmen die bei besonderen Ereignissen wie Krankheit oder Sport ergriffen wurden)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)</b></li> <li>• <b>ggf. Krankenhausentlassberichte</b></li> <li>• <b>ggf. Rehaentlassbericht</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zu Therapiemodifikationen zur Verbesserung der Stoffwechsellage: Wie wurde die ICT angepasst?</li> <li>• Schulungsmaßnahmen (ICT Schulung, Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining) Mit welchem Erfolg durchgeführt?</li> <li>• Relevante Aspekte aus der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst)</li> <li>• Therapieplan der ICT - BE- /-KHE- und Korrektur-Faktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle Therapieziele</li> <li>- Art und Dosis der Insuline</li> </ul> </li> <li>• Bei CGM Nutzung: Time in Range (TIR) ggf. durch den Diabetologen/die Diabetologin kommentiert</li> </ul>
---	---

Produktgruppe 04 Bade- und Duschhilfen

Produktgruppe 05 Bandagen

Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte

Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes</b></li> <li>• <b>Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Augenheilkunde</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Restsehvermögen</li> <li>- zum Gesichtsfeld</li> <li>- zu relevanten Komorbiditäten bzw. Einschränkungen (insbesondere der Kognition und Feinmotorik)</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erprobungsbericht Leistungserbringende/-r mit ggf. erprobten Versorgungsalternativen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Sehhilfen/Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?</li> <li>- Welche Probleme bestehen in der Anwendung der bisher genutzten Hilfsmittel?</li> <li>- Individuelles Versorgungsziel?</li> <li>• Bei einer Sehschärfe/Visus über 0,05 sind konkrete Angaben zu zusätzlich visusbeeinträchtigenden und die Verordnung eines Blindenhilfsmittels begründenden Befunden erforderlich (z.B. Gesichtsfeldbefund)</li> </ul>
---	--

## Produktgruppe 08 Einlagen

### Einlagen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes</b></li> <li>• <b>Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Orthopädie</b></li> <li>• <b>Befundfeststellung des Orthopädieschuhmachers inklusive einer ggf. erstellten Fotodokumentation</b></li> <li>• <b>KH-Entlass Bericht(e) bei fußchirurgischen Eingriffen</b></li> <li>• <b>Physiotherapiebericht(e)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan (in 1/1 Kopie) mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe</b></li> <li>• <b>Angabe der Fußlänge und/oder der Schuhgröße</b></li> <li>• <b>ggf. erstellte Fotodokumentation der Füße im Stehen von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen</b></li> <li>• <b>Gehstrecke/Mobilitätsgrad</b></li> <li>• <b>Angaben (bes. bei Kindern) zu Fußdeformitäten, Gangbildauffälligkeiten, Muskeltonusstörungen, psychomotorische Entwicklungsstörungen</b></li> </ul>

## Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte

TTF Optune

s. extra Checkliste

### WCD-Therapie (LifeVest)

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>endgültiger Krankenhauserlassbericht</b></li> <li>• <b>kardiologischer Befundbericht mit Risikostratifizierung</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikostratifizierung zur Identifikation von Patienten mit einem dauerhaft erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztod</li> <li>• Kontraindikationen für eine ICD-Implantation</li> <li>• Ablauf der weiteren Diagnostik</li> </ul>
<b>Folgebegutachtung / Verlängerungsantrag</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>aktueller kardiologischer Befundbericht</b></li> <li>• <b>aktueller Echokardiografiebefund</b></li> <li>• <b>Angaben zum bisherigen Therapieverlauf und zum weiteren Therapieplan</b></li> <li>• <b>kardiologische Bewertung der Compliance in Bezug auf die durchschnittliche tägliche Tragedauer</b></li> <li>• <b>Angaben zu relevanten Vorkommnissen / Kontextfaktoren</b></li> <li>• <b>Kardio-MRT Befund bzw. Biopsie-Befund bei Myokarditis</b></li> <li>• <b>ggf. Genetikergebnis</b></li> <li>• <b>ggf. kardiologischer Rehabilitationsbericht</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Tragedauer &gt;20h pro Tag</li> <li>• Auswertung der LifeVest Daten bezüglich Rhythmusereignissen</li> <li>• Kontrolle der Ejektionsfraktion als wesentlichem Risikofaktor für einen plötzlichen Herztod</li> <li>• Angaben zu Maßnahmen der Optimierung einer Herzinsuffizienztherapie</li> </ul>

## Inkontinenz-Therapiegeräte

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes mit Angaben zu Ko-Morbiditäten mit Einfluss auf die Kognition, Motorik und manuelle Geschicklichkeit</b></li> <li>• <b>Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Urologie/Gynäkologie mit Angaben zu Beschwerden/Symptomen, Krankheitsverlauf mit Erstdiagnosedatum, Voroperationen, Begleiterkrankungen (mit Angaben zur Medikation), Schilderung des Therapieverlaufs</b></li> <li>• <b>Profilierhebungsbogen Elektrostimulationsgeräte</b></li> <li>• <b>Rehabilitations-Bericht(e) (mit urologischem Schwerpunkt)</b></li> <li>• <b>Physiotherapiebericht(e)</b></li> <li>• <b>ggf. Bericht Inkontinenzzentrum oder der Fachabteilung für Neurourologie</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermittlung der durchgeführten Diagnostik</li> <li>• Relevante Vor-Operationen</li> <li>• Verlauf der Symptome und der konservativen Urotherapie</li> <li>• Angaben zur Kognition bzw. zum kognitiven Entwicklungsstand bei Kindern</li> <li>• Ko-Morbiditäten</li> <li>• Trink- und Miktionstagebuch / Stuhltagebuch</li> </ul>

## Produktgruppe 10 Gehhilfen

### Gehhilfen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung</li> <li>• Angaben zum individuellen Versorgungsziel</li> <li>• ggf. Transportfunktion</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Kindern: Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)</li> <li>• ggf. Videodokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zu             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gehfähigkeit</li> <li>- Rumpfstabilität</li> <li>- Mobilität in der Wohnräumlichkeiten</li> <li>- Mobilität außerhalb der Wohnräumlichkeiten</li> </ul> </li> <li>• Bei Kindern Angaben             <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Sitz-, Steh- und Gehfähigkeit</li> <li>- zum Muskeltonus</li> <li>- zum Status der psychomotorischen Entwicklung</li> <li>- zum Einsatzbereich (Häuslichkeit, Einrichtung, Schule usw.)</li> </ul> </li> <li>• Angaben zu erforderlichen Zubehörteilen</li> </ul>
---	--

## Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

### Ganzkörper | Matratzen und Auflagen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<p><b>Erstbegutachtung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>pflegerische Behandlungsdokumentation</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinweise zu Mobilitätseinschränkungen oder Schädigung der Körperwahrnehmung</li> <li>• Einschätzung des Dekubitusrisikos</li> <li>• mit Angabe einer standardisierten Risikoskala (z.B. Braden-Skala)</li> <li>• Hinweise zu Risikofaktoren gemäß dem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“</li> <li>• Dokumentation im Krankenblatt</li> <li>• Angabe weiterer Maßnahmen im Rahmen eines Maßnahmenpaketes (z.B. Bewegungsplan)</li> </ul>

Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie

Produktgruppe 13 Hörhilfen

Hörgeräte

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Notwendige Angaben
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: HNO, Pädaudiologie</b></li> <li>• <b>Sprach- und Tonaudiometrie</b></li> <li>• <b>Hörakustiker: Anpassbericht</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprach- und Tonaudiometrie</li> </ul> </li> <li>• Hörakustiker               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgungsanzeige des Hörakustikers</li> <li>- Angabe der Typenbezeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer der erprobten Geräte</li> <li>- Anpassbericht mit                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ton- und Sprachaudiogramm</li> <li>○ Ergebnis der vergleichenden Hörhilfentestung</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Bei vorzeitiger Versorgung               <ul style="list-style-type: none"> <li>- letzter Anpassbericht mit Ton- und Sprachaudiogramm</li> <li>- Nachanpassbericht bei eingetretener Verschlechterung</li> <li>- Datenblatt zu den bisher getragenen Hörgeräten</li> </ul> </li> <li>• Kleinkinder               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteeinpassung des betreuenden Pädaudiologen oder FÄ/FA HNO</li> </ul> </li> <li>• Knochenverankerte Hörgeräte               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begründung, warum</li> </ul> </li> <li>• AVWS               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/ 60 dB Störschall)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	○ durchgeführte AVWS-Diagnostik, komplett
--	---

## FM-Anlagen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: HNO, Pädaudiologie</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei bestehender HG/CI-Versorgung           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tonaudiometrie ohne Versorgung (HG)</li> <li>- Sprachaudiometrie in Ruhe bei 65 dB (Freiburger Einsilbertest)</li> <li>- im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB / 60 dB Störschall) mit Versorgung (HG/CI)</li> <li>- Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteanpassung des betreuenden Pädaudiologen oder FÄ/FA HNO</li> </ul> </li> <li>• AVWS           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/ 60 dB Störschall)</li> <li>○ durchgeführte AVWS-Diagnostik, komplett</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

### Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Pneumologe/-in</b></li> <li>• <b>ggf. Überleitungsbogen</b></li> <li>• <b>Belastungstest (z.B. 6-Min-Gehtest) bei mobiler Sauerstofftherapie</b></li> <li>• <b>Ablaufplanung der Re-Evaluation</b></li> <li>• <b>Angaben zur bisherigen Versorgung mit Hilfsmitteln, besonders auch zur Sauerstoff-Therapie</b></li> <li>• <b>ggf. Physiotherapiebericht</b></li> <li>• <b>Pflegegutachten</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intendierte Therapieform (LTOT, PoaOT, AOT, palliative Sauerstoff-Therapie, nächtliche Sauerstoff-Therapie, Kombination) aus Sicht der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes</li> <li>• Belastungstest – sofern dem Pat. möglich (körperliche Belastbarkeit) und für die fachliche Bewertung erforderlich</li> <li>• Mind. 2 Blutgasanalysen (in stabiler Krankheitsphase) <u>in Ruhe</u>: - ohne Sauerstoffgabe - mit Sauerstoffgabe</li> <li>• Mobile Sauerstofftherapie (AOT): Befundbericht der Belastungsuntersuchung - ohne Sauerstoffgabe - mit Sauerstoffgabe (der in Ruhe und unter Belastung ermittelte erforderliche Sauerstoff-Flow) - Zunahme der Leistungsfähigkeit (z.B. Zunahme Gehstrecke <math>\geq</math> 10%) - Linderung der Dyspnoe um mind. 1 Punkt auf der Borg-/VAS-Skala</li> <li>• Angaben zur Nutzungsfähigkeit eines Demand-Systems</li> <li>• Angabe zum Raucherstatus</li> <li>• Zeitdauer der „außer Haus“-Mobilität im Rahmen der Grundbedürfnisse</li> </ul>
---	---

#### CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angaben zur Tagessymptomatik</b></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Schlafmediziner/-in</b></li> <li>• <b>bei bestehender Versorgung: Zeitliches Nutzungsprofil des Gerätes</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus- /Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur bisherigen Therapie und relevanten Begleiterkrankungen</li> <li>• Polysomnographiebefund mit Anpassbericht (sofern nicht in KH-Epikrise enthalten)</li> <li>• Messung jeweils ohne Hilfsmittelanwendung und mit Hilfsmittelanwendung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apnoe/Hypnoe-Index (AHI, RDI)</li> <li>- durchschnittliche Sauerstoffsättigung</li> <li>- minimale Sauerstoffsättigung</li> <li>- eingestellter Behandlungsdruck (mit Hilfsmittelanwendung)</li> </ul> </li> </ul>
---	---

### Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Beatmungsambulanz</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus- /Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zum ärztlichen Behandlungskonzept Beatmung</li> <li>• Angaben zu den Anforderungen an das Beatmungsgerät</li> <li>• Welche Geräte wurden erprobt? <ul style="list-style-type: none"> <li>- In welcher Klinik?</li> <li>- Wurden Versorgungsalternativen erprobt?</li> <li>- Mit welchem Ergebnis?</li> </ul> </li> <li>• Angaben zu <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beatmungsmodus</li> <li>- Inspirationsdruck</li> <li>- Expirationsdruck</li> <li>- Frequenz</li> <li>- Zielvolumen</li> <li>- Besonderheiten</li> </ul> </li> </ul>

## In-/Exsufflatoren

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Pneumologie</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieplan Sekretmanagement</li> <li>• Pflegedokumentation über vier Wochen</li> <li>• ggf. gemessener Hustenstoß</li> </ul>

## Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

### Medizinische Kompressionsstrümpfe

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in</b></li> <li>• <b>Maßblatt des Leistungserbringenden (auch Zustandserhebung, ggf. Anprobeprotokoll)</b></li> <li>• <b>ggf. Pflegegutachten</b></li> <li>• <b>ggf. Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung</li> <li>• Angaben zu             <ul style="list-style-type: none"> <li>- antragsbegründender Diagnose</li> <li>- vorliegendem Befund</li> <li>- vorliegendem Stadium</li> <li>- Verlauf der Erkrankung und Therapie</li> <li>- Kontraindikationen</li> </ul> </li> <li>• Dauer und Frequenz einer Manuellen Lymphdrainage (MLD)</li> </ul>

## Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge

### Kranken- und Behindertenfahrzeuge

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Relevante Angaben
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Bericht: Verordner/-in mit Angaben zum Versorgungsziel und Beschreibung der Mobilität</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Orthopäde, Neurologe</b></li> <li>• <b>Bei Kindern: Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)</b></li> <li>• <b>Maßblatt mit relevanten Körpermaßen, aktueller Körpergröße und -gewicht</b></li> <li>• <b>Pflegegutachten</b></li> <li>• <b>Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes</b></li> <li>• <b>Bei Umversorgung / Anpassung / Zurüstung / Reparatur: Erläuterung des technischen Leistungserbringers</b></li> <li>• <b>Bei Elektrorollstühlen, Aufsteck-/Radnabenantrieben ggf. mit restkraftunterstützenden Fahrprofilen, restkraftunterstützenden Antreiben:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Angaben der verordnenden Ärztin / des Arztes zur Fahreignung, Übermittlung Medikamentenplan</b></li> <li>- <b>Erprobungsbericht des Leistungserbringers</b></li> <li>- <b>Video-/Fotodokumentation der Erprobung</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung</b></li> <li>• <b>Angaben zu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Geh- und Stehfähigkeit</b></li> <li>- <b>Rumpfstabilität, Transferfähigkeit</b></li> <li>- <b>Bewegungsumfang und Muskelstatus der oberen Extremität (zum selbstständigen Antrieb eines Rollstuhls)</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Warum wird ein Adaptivrollstuhl benötigt bei bestehender Eignung eines LG-/Standardrollstuhls?</b></li> <li>• <b>Kann die Versicherte / der Versicherte aktiv trippeln?</b></li> <li>• <b>Angaben zu erforderlichen Zubehörteilen</b></li> <li>• <b>Fahreignung: Voraussetzung ist die ausreichende Funktion u.a. von Sehsinn, Hörsinn, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Koordination von Arm- und Handbewegung</b></li> </ul>

## Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen

rtCGM

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Relevante Angaben
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Facharzt-Bericht: Diabetologe/-in mit Stellungnahme zur Erforderlichkeit der Versorgung (Indikation) und ggf. Begründung zur Einzelproduktverordnung (Zweckmäßigkeit/Eignung des ausgewählten Produktes im Einzelfall)</b></li> <li>• <b>Dokumentation der/des Versicherten über die durchgeführte ICT früher: „Glukosetagebuch“ (mindestens der letzten vier Wochen mit 4-5x tägl. BZ-Messungen, konsumierten BE/KE, ggf. Art und Dosis der applizierten Insuline jeweils mit Datum/Uhrzeit, BE- und Korrekturfaktoren, Maßnahmen bei besonderen Ereignissen)</b></li> <li>• <b>Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)</b></li> <li>• <b>Relevante Krankenhausentlassberichte</b></li> <li>• <b>Relevante Rehaentlassbericht</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zu bisherigem und neuem Insulintherapieplan</li> <li>• Probleme der Glukoseeinstellung</li> <li>• Individuell vereinbarte Therapieziele</li> <li>• Angaben zu Therapiemodifikationen zur Verbesserung der Stoffwechsellage: Wie wurde die ICT angepasst, um die vereinbarten Ziele zu erreichen und mit welchem Erfolg?</li> <li>• HbA1c der letzten 12 Monate</li> <li>• Schulungsmaßnahmen (ICT Schulung): Mit welchem Erfolg durchgeführt?</li> <li>• Relevante Aspekte aus der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst, Familie, Schule, Fahrtätigkeiten usw.)</li> <li>• Relevante Ko-Morbiditäten, Folgeerkrankungen, Einschränkungen</li> <li>• Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Glukosemessungen und/oder Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation, Insulingabe erforderlich?</li> <li>• Ist ein Hybrid-Closed-Loop-System geplant? Wenn ja mit welchen Komponenten?</li> </ul>

## Produktgruppe 23 Orthesen und Schienen

Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen zur Korrektur | Brustwirbelsäulen-/Thorax-Orthesen bei Kielbrust/Hühnerbrust

<b>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</b>	<b>Relevante Angaben</b>
<b>Trichterbrust und Kielbrust</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>ärztlicher Befundbericht</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Begründung einer individuellen Anfertigung</b></li> <li>• <b>Versichertenanfrage</b></li> <li>• <b>relevante OP-Bericht oder postoperatives Therapieschema</b></li> <li>• <b>relevante Krankenhausentlass- und Rehaberichte</b></li> <li>• <b>erfolgte kardio-pulmonale Diagnostik</b></li> <li>• <b>relevante psychiatrische/psychotherapeutische Einschätzung</b></li> <li>• <b>Bildgebung</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe des Versorgungsziels</li> <li>• Angaben zu Funktionsdefiziten</li> <li>• Angaben zu Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgung?</li> <li>• Angaben zu sportlichen Aktivitäten</li> <li>• Erfolgte Physiotherapie und Ergebnis der Behandlung</li> <li>• Funktionsbeeinträchtigungen? Schmerzen?</li> <li>• Liegen kardiopulmonale Funktionseinschränkungen vor?</li> <li>• fotografische Befunddokumentation</li> <li>• Haller-Index bei Trichterbrust</li> </ul>

## Produktgruppe 31 Schuhe

Schuhe

<b>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</b>	<b>Notwendige Angaben</b>
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes</b></li> <li>• <b>Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Orthopädie, Diabetologie</b></li> <li>• <b>KH-Entlass Bericht(e) bei</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan (in 1/1 Kopie) mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe</b></li> <li>• <b>Angabe der Fußlänge und/oder der Schuhgröße</b></li> <li>• <b>Ggf. vorhandene Fotodokumentation der Füße im Stehen von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen</b></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- fußchirurgischen Eingriffen</li> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>• Befundfeststellung des Orthopädienschuhmachers inklusive einer ggf. erstellten Fotodokumentation</li> <li>• ggf. Rehabilitations-Bericht(e)</li> <li>• ggf. Physiotherapiebericht(e)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehstrecke/Mobilitätsgrad mit und ohne Schuhe</li> <li>• Welche bisherige Versorgung bestand und wieso ist diese nicht mehr ausreichend?</li> <li>• Liegt ein Diabetes mellitus/trophische Störungen/pAVK/Ulzerationen/Polyneuropathie/Osteopathie vor?</li> <li>• Wieso ist eine Versorgung mit sog. Diabetikerschutzschuhen nicht möglich?</li> <li>• Wie ist die Abnahme des Hilfsmittels geplant?</li> </ul>
--	---

## Produktgruppe 99 Verschiedenes

### Vakuumpumpe, Vakuum-Erektionshilfe-System

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	Notwendige Angaben
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> <li>• <b>Fachärztlicher Befundbericht: FÄ/FA für Urologie</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genese der erektilen Dysfunktion (neurogen, hormonell, psychogen, vaskulär, multifaktoriell), Operation?</li> <li>• Vorbehandlungen, -therapien: Mit welchem Erfolg durchgeführt?</li> <li>• Diagnostik (SKIT, Hormonanalyse)</li> <li>• Vorerkrankungen</li> <li>• Kontraindikationen, Nebenwirkungen einer Therapie mit PDE-5-Inhibitor</li> </ul>

### Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	Notwendige Angaben
<b>Erstbegutachtung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verordnung</b></li> <li>• <b>Kostenvoranschlag</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht verordnende Ärztin / Arzt</li> <li>- Therapieziel</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bericht: verordnende Ärztin / verordnender Arzt</b></li><li>• <b>Bericht: Schlafmedizinerin / Schlafmediziner</b></li><li>• <b>Ärztliches Attest</b></li><li>• <b>Zahnärztliches Attest</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Bisherige Maßnahmen</li><li>- Mit welchem Ergebnis angewendet?</li><li>- Anwendungsprobleme und Adhärenz der / des Versicherten im Rahmen der Überdruckbehandlung</li><li>• Schlafmedizinischer Bericht inklusive Befund der kardiorespiratorischen Polygraphie oder der kardiorespiratorischen Polysomnographie</li><li>• Ärztliches Attest: Bestätigung, dass die Behandlung mittels Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann inklusive Begründung der Verordnung</li><li>• Zahnärztliches Attest: Bestätigung der Voraussetzungen zur Anwendung:<ul style="list-style-type: none"><li>- Ausreichender Zahnstatus der / des Versicherten</li><li>- Fehlende Kontraindikation (z.B. vorbestehende Erkrankungen oder Funktionsstörungen der Kiefergelenke)</li><li>- Ausreichende Unterkieferprotrusion</li></ul></li></ul> |
|--|---|