

Checklisten für Krankenkassen

# **Notwendige Unterlagen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst**

Leistungsanträge SGB V



## **IMPRESSUM**

### **Sozialmedizinische Expertengruppe**

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

### **Kenntnisnahme durch die Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte**

Die hier vorliegende Anlage mit dem Muster einer Checkliste für die Kompetenzeinheiten zur Arbeitshilfe wurde von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte zur Kenntnis genommen.

### **Herausgeber**

Medizinischer Dienst Bund  
Theodor-Althoff-Str. 47  
45133 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
Telefax: 0201 8327-100  
E-Mail: [office@md-bund.de](mailto:office@md-bund.de)  
Internet: [md-bund.de](http://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 Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden müssen, damit der MD den Fall sachgerecht begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten (KC / SEG) regelmäßig aktualisiert, insbesondere, wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Die Checklisten enthalten nur anlassspezifisch definierte, obligat vorzulegende Unterlagen. 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-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

<b>Präambel</b> .....	<b>4</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>(707) Blindenhilfsmittel</b> .....	<b>15</b>
Blindenlangstöcke 07.50.01 .....	15
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	15
Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02 .....	15
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	15
Orientierungs- und Mobilitätsschulung 07.99.99.6 .....	16
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	16
Blindenführhunde 07.99.09.0 .....	17
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	17
<b>(708) Einlagen</b> .....	<b>19</b>
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07 .....	19
Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV) .....	19
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	19
<b>(709) Elektrostimulationsgeräte</b> .....	<b>21</b>
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0 .....	21
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	21
Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortheraiefeldern 09.17.01.0 .....	21
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	21
Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03 .....	22
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	22
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
<b>(711) Hilfsmittel gegen Dekubitus .....</b>	<b>31</b>
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	31
<b>(713) Hörhilfen .....</b>	<b>32</b>
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
<b>(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte .....</b>	<b>36</b>
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
<b>(715) Inkontinenzhilfen.....</b>	<b>43</b>
Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität 15.25.19.2 .....	43
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	43
Arztanfrage Harninkontinenz.....	44
Arztanfrage Stuhlinkontinenz .....	47
<b>(716) Kommunikationshilfen .....</b>	<b>50</b>
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.....	51
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	51
<b>(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie.....</b>	<b>53</b>
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
<b>(718) Kranken- / Behindertenfahrzeuge .....</b>	<b>55</b>
Kranken- / Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X .....	55
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	55
Arztanfrage Kranken- / Behindertenfahrzeuge .....	56
<b>(719) Krankenpflegeartikel.....</b>	<b>60</b>
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
<b>(721) Messgeräte für Körperzustände / -funktionen.....</b>	<b>63</b>

Überwachungsgeräte für Epilepsieerkrankte 21.46.01 .....	63
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	63
Arztanfrage Epilepsieüberwachung.....	64
<b>(722) Mobilitätshilfen .....</b>	<b>66</b>
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
<b>(723) Orthesen/Schienen .....</b>	<b>70</b>
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 .....	72
Individuell angefertigte Ellenbogengelenkorthesen 23.08.3x.x .....	72
Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen 23.09.3x.x .....	72
Individuell angefertigte Arm- / Armsegmentorthesen 23.10.3x.x.....	72
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	72
Arztanfrage maßangefertigte Orthesen für die obere Extremität .....	73
Individuell angefertigte Halswirbelsäulenorthesen 23.12.3x.x .....	74

Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen 23.13.3x.x.....	74
Individuell gefertigte LWS-Orthesen 23.14.3x.x .....	74
Individuell angefertigte Wirbelsäulenorthesen 23.15.3x.x.....	74
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	74
Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette 23.29.01.2 .....	75
Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette ohne Treppensteigfunktion 23.29.01.3 .....	75
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	75
<b>(724) Beinprothesen .....</b>	<b>77</b>
Unterschenkel 24.71.XX.X.....	77
Oberschenkel 24.72.XX.X .....	77
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	77
<b>(726) Sitzhilfen.....</b>	<b>78</b>
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01.....	78
Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02 .....	78
Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03 .....	78
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	78
Arztanfrage Sitzschalen.....	79
Therapiestühle/-sitzhilfen 26.11.05.....	81
Autokindersitze für Kinder mit Behinderungen 26.11.06.....	81
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	81
Arztanfrage Therapiestühle .....	82
Arztanfrage Autokindersitze .....	84
<b>(728) Stehhilfen .....</b>	<b>86</b>
Stehständer 28.29.01 .....	86
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	86

<b>(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement .....</b>	<b>87</b>
Insulinpumpen 30.29.04 .....	87
Insulinpumpentherapiensysteme 30.29.05 .....	87
Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06 .....	87
CGM-Systeme 30.43.01.....	87
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	87
Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement .....	88
<b>(731) Schuhe.....</b>	<b>91</b>
Versorgungen ohne Diabetes.....	91
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 .....	91
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	91
Arztanfrage Maßschuhe .....	92
Versorgungen bei Diabetes.....	95
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 mit Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07 .....	95
Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08 mit / ohne Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07 .....	95
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	95
<b>(732) Therapeutische Bewegungsgeräte .....</b>	<b>96</b>
Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01 .....	97
Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01 .....	97
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	97
Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01 .....	98
Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01.....	98
Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01.....	98
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	98

Arztanfrage Innowalk für die Beinbewegung .....	100
Messblatt für die unteren Extremitäten (nach Neutral-Null) .....	102
<b>(738) Armprothesen.....</b>	<b>103</b>
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	103
<b>(750) Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege .....</b>	<b>104</b>
Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.1 .....	104
Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 50.45.01.3.....	104
Niedrigpflegebetten 50.45.01.5 .....	104
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	104
Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 50.45.01.3 .....	104
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	104
Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8.....	105
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	105
<b>(791) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) .....</b>	<b>107</b>
Sachermittlung durch die Krankenkasse .....	107
<b>Liste der Downloadlinks.....</b>	<b>108</b>
Erhebungsbögen des GKV-SV.....	108
Seite des GKV-SV zur Fortschreibung der Produktgruppen.....	108
Bedarfserhebungsbogen für Blindenführhunde.....	108
Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen .....	108
Bedarfserhebungsbogen für Farberkennungsgeräte .....	108
Bedarfserhebungsbogen für O+M Training .....	108
Bedarfserhebungsbogen für die Produkterkennung .....	108
Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte .....	108
Erhebungsbogen für Hilfsmittel gegen Dekubitus.....	108

Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen .....	108
Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen .....	108
Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen.....	108
Sonstige Erhebungsbögen.....	108
Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG .....	108
Risikogruppeneinteilung zur PG31 der AG Fuß in der DDG .....	108
Schuhverordnungsbogen 2024 der AG Fuß in der DDG .....	109

## **(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 Gangbilddauffälligkeiten
    - 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 Tumortheraiefeldern 09.17.01.0**

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortheraiefeldern. 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 m<sup>2</sup> 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-Peroneusstimulatoren 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 Hilfsmittelnnummern 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 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
  - 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 Nutzschaall/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 Gehstest)
  - 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 <sub>2</sub>	paCO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub> -Fluss (l/min)	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O <sub>2</sub>					
In Ruhe mit O <sub>2</sub>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unter Belastung ohne O <sub>2</sub>					
Unter Belastung mit O <sub>2</sub>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachts mit O <sub>2</sub>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

PO<sub>2</sub>-Anstieg auf \_\_\_\_\_ mmHg unter \_\_\_\_\_ Flow l/min O<sub>2</sub>

PCO<sub>2</sub>-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
    - FiO<sub>2</sub>
    - VT
    - AF
    - AMV
    - P<sub>insp</sub>
    - 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:

Außer Haus:

selbständig

selbständig

mit Hilfsmitteln

mit Hilfsmitteln

mit personeller Unterstützung

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 ausgeschlos-  
sen?

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 Exoskeletts
  - 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 „Profilierhebungsbogen 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 konfektionierte 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 Versorgungsungen (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 Verordnerin / Verordner 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittelfußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorfuß-/Zehendeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Strahldefekt/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcus/Druckschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
abgeheilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hornhautschwielen mit Einblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fußverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____ cm    li. _____ cm
Beinlängenverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____ cm    li. _____ cm
Lähmungen	<input type="checkbox"/> schlaff	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• m. konf. Schuhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• m. orthop. Schuhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Orthopädienschuhmacher/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 Zehenspitzenang 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 / Verordner 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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/fortschreibungen\\_der\\_produkgruppen/fortschreibungen\\_der\\_produkgruppen.jsp](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_Blindenfuerhunde_BF.pdf)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_Blindenfuerhunde\\_BF.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_Blindenfuerhunde_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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_Braillezeilen\\_BF.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_Farberkennungsgeraete\\_BF.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_OM\\_Traininig\\_BF.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_Produkterkennung\\_BF.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_10/211011\\_Himi\\_Bedarfserhebungsbogen\\_Vorlesegeraet\\_BF.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2018\\_2/20181206\\_Prodktgruppe\\_11\\_Erhebungsbogen.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2021\\_04/20210414\\_Prodktgruppe\\_23\\_Erhebungsbogen.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/2024\\_02/20240219\\_Profilerhebungsbogen\\_fuer\\_die\\_Versorgung\\_mit\\_Beinprothesen.pdf](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)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/10\\_2023/Profilerhebungsbogen\\_fuer\\_die\\_Versorgung\\_mit\\_Armprothesen.pdf](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)

[https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user\\_upload/01\\_Die\\_DDG/05\\_Arbeitsgemeinschaften/AG\\_Diabetischer\\_Fuss/Fussdokumentationsbogen\\_DDg.pdf](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)

[https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user\\_upload/Risikogruppeneinteilung\\_zur\\_PG31.pdf](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](https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/Risikogruppeneinteilung_zur_PG31.pdf)