

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V



IMPRESSUM

Beteiligte Kompetenzeinheit

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

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Aziz Awa, Leitung Fachbereich Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Bayern

Dr. Sergio González Bittner, Medizinischer Dienst Hessen

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. Katja Lenz, Leiterin des Fachreferates Hilfsmittel und Medizinprodukte,
Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe

Wilhelm Naumann, Medizinischer Dienst Saarland

Dr. Frank Noack, Fachbereichsleiter Hilfsmittel, Medizinischer Dienst Nord

Review

Dr. med. Astrid Knierbein, Leitung der SEG 5, Medizinischer Dienst Hessen

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen durch den Medizinischen Dienst – wurden am 12. März 2026 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

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

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten. Es 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 enthalten anlassspezifisch alle regelhaft notwendigen Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden sollten, damit der MD den Fall sachgerecht und effizient begutachten kann. Diese Checklisten werden von den jeweiligen Kompetenzeinheiten der MD – KC/SEG oder Foren – regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

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

Vorwort

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

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

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

Die nachfolgende Checkliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

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

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

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

Inhalt

Präambel	4
Vorwort	5
Änderungshistorie	20
(702) Adaptionshilfen	24
Armunterstützungssysteme 02.10.01.0	24
Sachermittlung durch die Krankenkasse	24
Essapparate 02.40.02.5	25
Sachermittlung durch die Krankenkasse	25
Halbautomatisierte Speiseroboter 02.40.08.0	26
Sachermittlung durch die Krankenkasse	26
(707) Blindenhilfsmittel	27
Blindenlangstöcke 07.50.01	27
Sachermittlung durch die Krankenkasse	27
Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02	28
Sachermittlung durch die Krankenkasse	28
Orientierungs- und Mobilitätsschulung 07.99.99.6	29
Sachermittlung durch die Krankenkasse	29
Blindenführhunde 07.99.09.0	30
Sachermittlung durch die Krankenkasse	30
(708) Einlagen	31
Einlagen in Sonderanfertigung 08.03.07	31
Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)	31
Sachermittlung durch die Krankenkasse	31

(709) Elektrostimulationsgeräte	33
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0	33
Sachermittlung durch die Krankenkasse	33
Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortheraiefeldern 09.17.01.0	34
Sachermittlung durch die Krankenkasse	34
Biphasische Muskelstimulationsgeräte, einkanlig, mit Therapiespeicher 09.37.02.0	35
Biphasische Muskelstimulationsgeräte, mehrkanlig, mit Therapiespeicher 09.37.02.1	35
Sachermittlung durch die Krankenkasse	35
Biphasische EMG-getriggerte Muskelstimulationsgeräte mit Therapiespeicher 09.37.02.2	36
Sachermittlung durch die Krankenkasse	36
Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03	37
Sachermittlung durch die Krankenkasse	37
Arztanfrage Harninkontinenz.....	38
Arztanfrage Stuhlinkontinenz	41
Einkanal-Peroneusstimulator 09.37.04.0.....	44
Mehrkanalige, sensorgesteuerte Stimulationsgeräte zum Behinderungsausgleich 09.37.04.1	44
Sachermittlung durch die Krankenkasse	44
(710) Gehhilfen.....	45
Gehwagen für Kinder 10.46.02.3	45
Sachermittlung durch die Krankenkasse	45
Arztanfrage Gehwagen mit Schienensystem.....	46
Messblatt für die unteren Extremitäten (nach Neutral-Null).....	48
(711) Hilfsmittel gegen Dekubitus	49
Sachermittlung durch die Krankenkasse	49

(713) Hörhilfen	50
Hörgeräte für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.10	50
Hörgeräte für Versicherte mit nicht an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit 13.20.12	50
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.22	50
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.23	50
Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte 13.20.25	50
Hörgeräte ohne Festbetragsgruppenzuordnung ab 01.04.2022 13.20.30	50
Sachermittlung durch die Krankenkasse	50
Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern 13.20.06.....	52
Sachermittlung durch die Krankenkasse	52
Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte mit Anpresskraft 13.20.15.....	53
Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte ohne Anpresskraft 13.20.16	53
Sachermittlung durch die Krankenkasse	53
Drahtlose Übertragungsanlagen 13.99.03.0.....	54
Sachermittlung durch die Krankenkasse	54
Signalanlagen 13.99.04	55
Sachermittlung durch die Krankenkasse	55
(714) Inhalations- und Atemtherapiegeräte.....	56
Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01.....	56
Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02	56
Sachermittlung durch die Krankenkasse	56
Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04.....	57
Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05	57

Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06	57
Sachermittlung durch die Krankenkasse	57
Arztanfrage Sauerstofftherapie	58
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.09	60
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung > 30 hPa Beatmungsdruck 14.24.13	60
Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung 14.24.12	60
Sachermittlung durch die Krankenkasse	60
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20	61
Sachermittlung durch die Krankenkasse	61
Arztanfrage CPAP	62
(715) Inkontinenzhilfen	63
Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität 15.25.19.2	63
Sachermittlung durch die Krankenkasse	63
Arztanfrage Harninkontinenz	64
Arztanfrage Stuhlinkontinenz	67
(716) Kommunikationshilfen	70
Einfache Kommunikationshilfen/Symbolsysteme 16.99.01	70
Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02	70
Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe 16.99.03	70
Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme 16.99.05	70
Sachermittlung durch die Krankenkasse	70
Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04	71
Sachermittlung durch die Krankenkasse	71
Sprachverstärker 16.99.08	72
Sachermittlung durch die Krankenkasse	72

(717) Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	73
Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X	73
Sachermittlung durch die Krankenkasse	73
Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01	74
Sachermittlung durch die Krankenkasse	74
Apparate zur Impuls-Kompressionstherapie 17.99.02.0	75
Sachermittlung durch die Krankenkasse	75
(718) Kranken-/Behindertenfahrzeuge	76
Kranken-/Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X	76
Sachermittlung durch die Krankenkasse	76
Arztanfrage Kranken-/Behindertenfahrzeuge	77
Arztanfrage Handbikes mit Motorunterstützung	81
(719) Krankenpflegeartikel	84
Behindertengerechte Betten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL ≤ 250 Kilogramm) 19.40.01.3	84
Behindertengerechte Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.5	84
Sachermittlung durch die Krankenkasse	84
Behindertengerechte Stehbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.4	85
Sachermittlung durch die Krankenkasse	85
Behindertengerechte Betten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤ 170 Kilogramm) 19.40.01.6	86
Sachermittlung durch die Krankenkasse	86
Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.8	87
Sachermittlung durch die Krankenkasse	87

(721) Messgeräte für Körperzustände/-funktionen.....	88
Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01	88
Sachermittlung durch die Krankenkasse	88
Arztanfrage Epilepsieüberwachung.....	89
(722) Mobilitätshilfen	91
Lifter, fahrbar 22.40.01.0	91
Sachermittlung durch die Krankenkasse	91
Aufstehlifter, fahrbar 22.40.01.1	92
Sachermittlung durch die Krankenkasse	92
Deckenlifter, ohne Fahrtrieb 22.40.06.0.....	93
Deckenlifter, ohne Fahrtrieb, umhängbar 22.40.06.2	93
Sachermittlung durch die Krankenkasse	93
Deckenlifter, mit Fahrtrieb 22.40.06.1.....	94
Sachermittlung durch die Krankenkasse	94
Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01	95
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02	95
Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.04.....	95
Laufräder 22.51.05.....	95
Sachermittlung durch die Krankenkasse	95
Arztanfrage Therapiefahrräder/Laufräder.....	96
Arztanfrage Erwachsenendreiräder mit Motorunterstützung	99
(723) Orthesen/Schienen	102
Sonderanfertigung Sprunggelenk-Fuß-Orthesen 23.02.3x.x	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Ruhigstellung und Stabilisation 23.03.30.....	102

Sonderanfertigung Fuß-Orthesen zur Stabilisation des USG (FO) 23.03.40	102
Sonderanfertigung dynamische Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Stabilisation (AFO) 23.03.41.....	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Stabilisation und Korrektur (AFO) 23.03.42	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Stabilisation und Entlastung (AFO) 23.03.43	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Korrektur (AFO) 23.03.60.....	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Korrektur der Fußhebung (AFO) 23.03.61	102
Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen zur Entlastung (AFO) 23.03.70	102
Sonderanfertigung Knie-Orthesen 23.04.3x.x.....	102
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Stabilisation und Führung (KO) 23.03.40.....	102
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Stabilisation und Führung bei Genu recurvatum (KO) 23.04.41	102
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Stabilisation, Führung und Entlastung (KO) 23.04.42..	102
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (KO) 23.04.43	103
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Führung der Kniescheibe (KO) 23.04.50	103
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Korrektur (KO) 23.04.60.....	103
Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Entlastung (KO) 23.04.70	103
Sonderanfertigung Hüft-Orthesen zur Stabilisation und Führung (HO) 23.05.40	103
Sonderanfertigung Hüft-Orthesen zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (HO) 23.05.41.....	103
Sonderanfertigung Hüft-Orthesen zur Korrektur bei Kindern (HO) 23.05.60.....	103
Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen zur Stabilisation und Führung (KAFO) 23.06.40	103
Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen zur Stabilisation, Führung und Entlastung (KAFO) 23.06.41	103

Sonderanfertigung Hüft-Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthese zur Stabilisation, Führung und Entlastung (HKAFO) 23.06.42.....	103
Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen zur Entlastung (KAFO) 23.06.70	103
Sonderanfertigung Becken-Orthesen zur Stabilisation (SIO) 23.11.40.....	103
Sachermittlung durch die Krankenkasse	104
Sonderanfertigung Hand-Orthesen zur Ruhigstellung der Finger (HO) 23.07.30.....	105
Sonderanfertigung Hand-Orthesen zur Ruhigstellung des Daumens (HO) 23.07.31.....	105
Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.32	105
Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen mit Fingerauflage zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.33.....	105
Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen mit Daumenfixierung zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.34.....	105
Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen mit Fingerauflage und Daumenfixierung zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.35.....	105
Sonderanfertigung Finger-Orthesen zur dynamischen Korrektur (FO) 23.07.60	105
Sonderanfertigung Hand-Orthesen zur dynamischen Korrektur des Daumens (HO) 23.07.61.....	105
Sonderanfertigung Handgelenk- Hand-Orthesen zur dynamischen Korrektur (WHO) 23.07.62.....	105
Sonderanfertigung Finger- oder Daumen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (FO) 23.07.63	105
Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen zur Ruhigstellung (EO) 23.08.30	105
Sonderanfertigung Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen zur Ruhigstellung (EWHO) 23.08.31.....	105
Sonderanfertigung Ellenbogen-(Handgelenk-Hand-)Orthesen zur Ruhigstellung, Stabilisation und Führung (EO, EWHO) 23.08.32	105
Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen zur Ruhigstellung, Führung und Entlastung (EO) 23.08.33	106
Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen zur Ruhigstellung und Korrektur (EO) 23.08.34.....	106

Sonderanfertigung Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (EWHO) 23.08.40	106
Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen zur Korrektur (EO) 23.08.60.....	106
Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen zur Entlastung (EO) 23.08.70	106
Sonderanfertigung Schulter-Orthesen zur Ruhigstellung (SO) 23.09.30	106
Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen zur Ruhigstellung und Entlastung (SEO) 23.09.31.....	106
Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen zur Stabilisation und Führung (SEO) 23.09.40	106
Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen zur Stabilisation, Führung, Korrektur und Entlastung (SEO) 23.09.41	106
Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen zur Führung und Entlastung (SEO) 23.09.50	106
Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (SEWHO) 23.10.40	106
Sachermittlung durch die Krankenkasse	107
Arztanfrage maßangefertigte Orthesen für die obere Extremität	108
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (CO) 23.12.30.....	109
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (CTO) 23.12.31.....	109
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Entlastung (CO) 23.12.32	109
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Korrektur (CTO) 23.12.33	109
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (CO) 23.12.40.....	109
Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (CTO)23.12.41.....	109
Sonderanfertigung Brustwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (TO) 23.13.60	109
Sonderanfertigung Brustwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (TO) 23.13.61	109
Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Ruhigstellung (LSO) 23.14.30	109

Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (LSO) 23.14.40	109
Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (LSO) 23.14.60	109
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (TLSO) 23.15.30.....	109
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Entlastung (TLSO) 23.15.31	109
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung, Korrektur und Entlastung (TLSO) 23.15.32.....	110
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (TLSO) 23.15.40.....	110
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (TLSO) 23.15.60.....	110
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (CTLSO) 23.15.61.....	110
Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (TLSO) 23.15.62....	110
Sachermittlung durch die Krankenkasse	110
Ganzkörper-Orthesen zur Funktionsunterstützung, motorbetrieben mit Treppensteigfunktion 23.29.01.2	111
Ganzkörper-Orthesen zur Funktionsunterstützung, motorbetrieben 23.29.01.3	111
Sachermittlung durch die Krankenkasse	111
(724) Beinprothesen	113
Unterschenkel 24.71.XX.X.....	113
Oberschenkel 24.72.XX.X	113
Sachermittlung durch die Krankenkasse	113
(726) Sitzhilfen.....	114
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01.....	114
Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02	114
Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03	114
Sachermittlung durch die Krankenkasse	114
Arztanfrage Sitzschalen.....	115

Therapiestühle/-sitzhilfen 26.11.05	117
Autokindersitze für Kinder mit Behinderungen 26.11.06	117
Sachermittlung durch die Krankenkasse	117
Arztanfrage Therapiestühle	118
Arztanfrage Autokindersitze	120
(728) Stehhilfen	122
Stehständer 28.29.01	122
Sachermittlung durch die Krankenkasse	122
(730) Hilfsmittel zum Glukosemanagement	123
Insulinpumpen 30.29.04	123
Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05	123
Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06	123
CGM-Systeme 30.43.01	123
Sachermittlung durch die Krankenkasse	123
Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement	124
(731) Schuhe	127
Versorgungen ohne Diabetes	127
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01	127
Sachermittlung durch die Krankenkasse	127
Arztanfrage Maßschuhe	128
Versorgungen bei Diabetes	131
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 mit Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07	131
Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08 mit/ohne Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07	131
Sachermittlung durch die Krankenkasse	131

Therapieschuhe: Spezialschuhe über Beinorthese/Orthesenschuhe 31.03.03.7.....	132
Sachermittlung durch die Krankenkasse	132
(732) Therapeutische Bewegungsgeräte	133
Fremdkraftbetriebene Kniebewegungstrainer 32.04.01	133
Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungstrainer 32.09.01	133
Sachermittlung durch die Krankenkasse	133
Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01	134
Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01.....	134
Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01.....	134
Sachermittlung durch die Krankenkasse	134
Arztanfrage Innowalk für die Beinbewegung	135
Messblatt für die unteren Extremitäten (nach Neutral-Null)	137
(734) Haarsersatz	138
Haarsersatz, konfektioniert 34.18.01	138
Haarsersatz, individuell gefertigt 34.18.02.....	138
Sachermittlung durch die Krankenkasse	138
(737) Brustprothesen	139
Sachermittlung durch die Krankenkasse	139
(738) Armprothesen.....	140
Sachermittlung durch die Krankenkasse	140
(750) Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	141
Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL 170 kg bis 250 kg) 50.45.01.1	141
Pflege-Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 50.45.01.5 ..	141
Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL 251 bis 314 Kilogramm) 50.45.01.6.....	141

Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL > 314 Kilogramm) 50.45.01.7	141
Sachermittlung durch die Krankenkasse	141
Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤ 170 Kilogramm) 50.45.01.2.....	142
Sachermittlung durch die Krankenkasse	142
Pflegebetten, motorisch verstellbar mit Sitz- und Aufrichtfunktion (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 50.45.01.4	143
Sachermittlung durch die Krankenkasse	143
(790) Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV.....	144
Roboterarme.....	144
Sachermittlung durch die Krankenkasse	144
(791) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)	145
Sachermittlung durch die Krankenkasse	145
Anforderungen an Bild- und Videodokumentationen	146
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).....	147
ADL der oberen Extremitäten	147
ADL der unteren Extremitäten.....	148
Liste der Downloadlinks.....	149
Erhebungsbögen des GKV-SV.....	149
Seite des GKV-SV zur Fortschreibung der Produktgruppen.....	149
Bedarfserhebungsbogen für Blindenführhunde.....	149
Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen	149
Bedarfserhebungsbogen für Farberkennungsgeräte	149
Bedarfserhebungsbogen für O+M Training	149
Bedarfserhebungsbogen für die Produkterkennung.....	149

Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte	149
Erhebungsbogen für Hilfsmittel gegen Dekubitus.....	149
Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen	149
Profilserhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen	149
Profilserhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen.....	149
Sonstige Erhebungsbögen.....	149
Fußdokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG	149
Risikogruppeneinteilung zur PG31 der AG Fuß in der DDG	149
Schuhverordnungsbogen 2024 der AG Fuß in der DDG	149

Änderungshistorie

Seit der letzten gültigen Fassung dieser Checkliste vom 22.07.2024 wurden folgende Themengebiete neu erstellt:

- Anforderungen an Bild- und Videodokumentationen
- Armunterstützungssysteme 02.10.01.0
- Essapparate 02.40.02.5
- Halbautomatisierte Speiseroboter 02.40.08.0
- Roboterarme (Anlass 790)
- Gehwagen für Kinder 10.46.02.3
- Arztanfrage Gehwagen mit Schienensystem
- Biphasische Muskelstimulationsgeräte, einkanlig, mit Therapiespeicher 09.37.02.0
- Biphasische Muskelstimulationsgeräte, mehrkanlig, mit Therapiespeicher 09.37.02.1
- Biphasische EMG-getriggerte Muskelstimulationsgeräte mit Therapiespeicher 09.37.02.2
- Lifter, fahrbar 22.40.01.0
- Aufstehlifter, fahrbar 22.40.01.1
- Deckenlifter, ohne Fahrtrieb 22.40.06.0
- Deckenlifter, mit Fahrtrieb 22.40.06.1
- Deckenlifter, ohne Fahrtrieb, umhängbar 22.40.06.2
- (734) Haarsatz
- Apparate zur Impuls-Kompressionstherapie 17.99.02
- Arztanfrage Handbikes mit Motorunterstützung
- Arztanfrage Erwachsenendreiräder mit Motorunterstützung
- (737) Brustprothesen

Folgende Themengebiete wurden seit der letzten gültigen Fassung dieser Checkliste vom 22.07.2024 überarbeitet:

- Armunterstützungssysteme 02.10.01.0
- Essapparate 02.40.02.5
- Halbautomatisierte Speiseroboter 02.40.08.0
- Blindenlangstöcke 07.50.01
- Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02
- Orientierungs- und Mobilitätsschulung 07.99.99.6
- Blindenführhunde 07.99.09.0
- Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07

- Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0
- Sensomotorische/propriozeptive Einlagen (keine Listung im GKV-HMV)
- Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern 09.17.01.0
- Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03
- Einkanal-Peroneusstimulator 09.37.04.0
- Mehrkanalige, sensorgesteuerte Stimulationsgeräte zum Behinderungsausgleich 09.37.04.1
- Gehwagen für Kinder 10.46.02.3
- (711) Hilfsmittel gegen Dekubitus
- 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
- Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern 13.20.06
- Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte mit Anpresskraft 13.20.15
- Implantationsfreie Knochenleitungshörgeräte ohne Anpresskraft 13.20.16
- Drahtlose Übertragungsanlagen 13.99.03.0
- Signalanlagen 13.99.04
- Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01
- Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege 14.24.02
- CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20
- Arztanfrage CPAP
- 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
- Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04
- Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas 14.24.05
- Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren 14.24.06
- Arztanfrage Sauerstofftherapie
- Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität 15.25.19.2
- 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
- Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04
- Sprachverstärker 16.99.08
- Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme 17.XX.X
- Apparate zur Kompressionstherapie 17.99.01
- Kranken-/Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X
- Arztanfrage Kranken-/Behindertenfahrzeuge
- Erhebungsbogen Kranken-/Behindertenfahrzeuge für den technischen Leistungserbringer
- Betten, motorisch verstellbar 19.40.01.3
- Niedrigbetten 19.40.01.5
- Betten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 19.40.01.7
- Stehbetten 19.40.01.4
- Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 19.40.01.6
- Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8
- Überwachungsgeräte für Epilepsiekranken 21.46.01
- 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
- 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 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
- Individuell gefertigte Beckenringorthesen zur Stabilisierung (SIO) 23.11.30.x
- 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
- Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette 23.29.01.2
- Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette ohne Treppensteigfunktion 23.29.01.3
- (724) Beinprothesen
- Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01
- Sitzschalen unter Verwendung von Rohlingen zur individuellen Anpassung 26.11.02
- Sitzschalen, individuell angefertigt 26.11.03
- Therapiestühle/-sitzhilfen 26.11.05
- Autokindersitze für Kinder mit Behinderungen 26.11.06
- Stehstände 28.29.01
- Insulinpumpen 30.29.04
- Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05
- Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06
- CGM-Systeme 30.43.01
- Arztanfrage Hilfsmittel zum Glukosemanagement
- Orthopädischer Maßschuh 31.03.01
- Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 mit Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07
- Therapieschuhe: Spezialschuhe über Beinorthese/Orthesenschuhe 31.03.03.7
- Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom 31.03.08 mit/ohne Diabetesadaptierte Fußbettungen 31.03.07
- Fremdkraftbetriebene Beintrainer 32.06.01
- Fremdkraftbetriebene Armtrainer 32.10.01
- Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine 32.29.01
- (738) Armprothesen
- Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.1
- Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit 50.45.01.3
- Niedrigpflegebetten 50.45.01.5
- Kinder-/Kleinwüchsigenbetten 50.45.01.3
- Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion 19.40.01.8
- Roboterarme
- Arztanfrage Harninkontinenz
- Arztanfrage Stuhlinkontinenz
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

(702) Adaptionshilfen

Armunterstützungssysteme 02.10.01.0

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln (insbesondere PG 02, PG 23 und PG 38)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten, Gelenkdeformitäten, Kontraktionen und Spastiken nach Ashworth)
 - Angaben zur Greif- und Haltefunktion der Hände und Finger
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Bericht über die Erprobung des beantragten Hilfsmittels mit Angabe von Ort und Dauer der Erprobung
 - Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung der Durchführung von alltagsrelevanten Tätigkeiten mit und ohne Hilfsmittel

Essapparate 02.40.02.5

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln (insbesondere PG 02, PG 23 und PG 38)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten, Gelenkdeformitäten, Kontrakturen und Spastiken nach Ashworth)
 - Angaben zur Greif- und Haltefunktion der Hände und Finger
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Bericht über die Erprobung des beantragten Hilfsmittels mit Angabe von Ort und Dauer der Erprobung
 - Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung des Essens fester Nahrung mit und ohne Hilfsmittel

Halbautomatisierte Speiseroboter 02.40.08.0

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln (insbesondere PG 02, PG 23 und PG 38)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten, Gelenkdeformitäten, Kontrakturen und Spastiken nach Ashworth)
 - Angaben zur Greif- und Haltefunktion der Hände und Finger
 - Angaben zu kognitiven Einschränkungen
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Bericht über die Erprobung des beantragten Hilfsmittels mit Angabe von Ort und Dauer der Erprobung
 - Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung des Essens fester Nahrung und flüssiger Nahrung mit und ohne Hilfsmittel

(707) Blindenhilfsmittel

Blindenlangstöcke 07.50.01

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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 in Sonderanfertigung 08.03.07

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

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Einlagen in Sonderanfertigung. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

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

(709) Elektrostimulationsgeräte

Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 09.11.01.0

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme der Verordner / des Verordners
- Kardiologische Stellungnahme
 - Therapieplan mit Angaben zu den geplanten Kontrollen
 - individuelle Risikostratifizierung
 - Ist der/die Versicherte in der Lage das Steuergerät mit 2 Fingern zu bedienen um eine drohende fehlerhafte Schockabgabe abubrechen?
- 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 Tumortherapiefeldern 09.17.01.0

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern. Folgende Unterlagen sollten 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
- aktueller onkologischer, neurologischer, neurochirurgischer oder radioonkologischer Arztbericht mit Angaben zum klinisch-neurologischen Befund im Verlauf, zu sonstigen Befunden und zur durchgeführten Therapie
- Bei Erstverordnung:
 - Protokoll der interdisziplinären Tumorkonferenz mit Angaben zu den teilnehmenden Fachrichtungen
 - histologischer Befundbericht
 - Angaben zur durchgeführten Radiochemotherapie
 - Chemotherapeutikum (Dosis pro m² KOF und Zeitraum)
 - Radiotherapie (Dosis in Gy)
 - MRT-Befund des Schädels nach Abschluss der Radiochemotherapie zum Ausschluss einer frühen Krankheitsprogression
- Bei Folgeversorgungen:
 - aktueller neurologischer Befund
 - aktueller MRT-Befund des Schädels, nach 1. Rezidiv obligat bei jeder Folgeverordnung
 - Protokoll der interdisziplinären Tumorkonferenz mit Angaben zu den teilnehmenden Fachrichtungen im Falle eines 1. Rezidives
 - sämtliche TTF-Trageprotokolle des letzten Versorgungszeitraumes

Biphasische Muskelstimulationsgeräte, einkanalig, mit Therapiespeicher 09.37.02.0

Biphasische Muskelstimulationsgeräte, mehrkanalig, mit Therapiespeicher 09.37.02.1

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur
 - Vorversorgung
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit
 - Diagnose
 - Vorlage der EMG-Kontrolle
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der betroffenen Extremität (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Liegen Kontraindikationen gem. dem Handbuch des Herstellers zur Verwendung des Hilfsmittels vor?
 - Durch wen erfolgt die Aufklärung über das Behandlungskonzept sowie die medizinische Einweisung (z. B. Elektrodenlage, Parametereinstellung)?
- Rehabilitationsberichte
- Bei Folgeanträgen:
 - Nachweis der Compliance (Ausdruck des Gerätetherapiespeichers)
 - Ärztlicher Verlaufsbericht über den Nutzungszeitraum

Biphasische EMG-getriggerte Muskelstimulationsgeräte mit Therapiespeicher 09.37.02.2

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu biphasischen EMG-getriggerten Muskelstimulationsgeräten. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur
 - Vorversorgung
 - Heilmitteltherapie der letzten 3 Jahre
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit
 - Diagnose
 - Vorlage der EMG-Kontrolle
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der betroffenen Extremität (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Liegen Kontraindikationen gem. dem Handbuch des Herstellers zur Verwendung des Hilfsmittels vor?
 - Durch wen erfolgt die Aufklärung über das Behandlungskonzept sowie die medizinische Einweisung (z. B. Elektrodenlage, Parametereinstellung)?
 - Ist der Versicherte ausreichend motiviert und zur aktiven Mitarbeit befähigt?
 - Durch wen erfolgt im ambulanten Bereich die Sicherstellung einer engmaschigen Betreuung und Überwachung des Therapieerfolges?
- Rehabilitationsberichte
- Bei Folgeanträgen:
 - Nachweis der Compliance (Ausdruck des Gerätetherapiespeichers)
 - Ärztlicher Verlaufsbericht über den Nutzungszeitraum

Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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

Wurden Kontraindikationen gem. Benutzerhandbuches des Geräteherstellers ausgeschlossen?

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

Wurden Kontraindikationen gem. Benutzerhandbuches des Geräteherstellers ausgeschlossen?

ja

nein

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Einkanal-Peronäusstimulator 09.37.04.0

Mehrkanalige, sensorgesteuerte Stimulationsgeräte zum Behinderungsausgleich 09.37.04.1

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

(710) Gehhilfen

Gehwagen für Kinder 10.46.02.3

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Gehwagen bei Kindern. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 22 und PG 23) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben
 - Diagnose
 - Angaben zu Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten, Kontrakturen und Spastiken nach Ashworth)
 - Angaben zu Rumpf- und Kopfstabilität
 - Angaben zu Deformitäten
 - Angaben zur Steh- und Gehfähigkeit
 - Arztanfrage „Messblatt für die unteren Extremitäten“
- Bei Verordnung Gehwagen mit Schienensystem (z. B. NF-Walker 10.46.02.3039; 10.46.02.3007; 10.46.02.3045 oder ProWalker 10.46.02.3008)
 - Arztanfrage „Gehwagen mit Schienensystem“
 - Arztanfrage „Messblatt für die unteren Extremitäten“
 - Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - aktueller SPZ- oder MZEB-Bericht
 - Erprobungsbericht mit konkreten Angaben zu
 - Ort und Dauer der Erprobung, Begleitung durch Physio-/Ergotherapeut
 - Dauer und Frequenz des tägl. Geräteinsatzes
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Komplikationen

Arztanfrage Gehwagen mit Schienensystem

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: vorhanden nicht vorhanden eingeschränkt, wie lange: _____

Gehfähigkeit: vorhanden nicht vorhanden eingeschränkt, wie weit: _____

Gehstrecke ohne Hilfsmittel: _____

Gehstrecke mit Hilfsmitteln: _____

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

Vorgesehener Einsatzort: häusliches Umfeld Kindergarten

Schule Einrichtung

Sind für die Nutzung eines anderen Gehwagens Orthesen notwendig?

ja

nein

Wenn Orthesen notwendig sind:

Welche Orthesen werden benötigt: _____

Werden die Orthesen nur für die Nutzung eines Gehwagens benötigt oder auch ohne den Gehwagen?

Ist eine ständige Beaufsichtigung bei Nutzung des NF-Walkers sichergestellt?

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	___/___	___/___

(711) Hilfsmittel gegen Dekubitus

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
 - Bei Rahmenverträgen: Angaben zum Einzelprodukt
- 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 01.04.2022 13.20.30

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

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

Signalanlagen 13.99.04

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung (Muster 16) alternativ Verordnung für Hörhilfen (Muster 15)
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen (z. B. Sender/Wecker/Vibrationsgeräte/Blitzlichter)
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung mit Hilfsmitteln der PG 13
- Vom Hörakustiker:
 - aktuelles Tonaudiogramm

(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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen: Angaben zum Einzelprodukt
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Angaben zur bisherigen Therapie und zu vorhandenen bisherigen pneumologischen Hilfsmitteln (z. B. ist ein Flutter vorhanden, bisheriges Aerosol-Inhalationsgerät etc.)
 - Welches Medikament soll vernebelt werden?
 - kompletter aktueller Medikationsplan, aus dem auch die nicht vernebelbaren, aber pneumologischen Medikamente hervorgehen
 - Facharztbericht Pneumologie
 - ggf. Reha-Entlassberichte
 - ggf. Krankenhausentlassberichte

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

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

Arztanfrage Sauerstofftherapie

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie ja nein

Angaben zum mPAP: _____

Medikamentöse Therapie:

Therapiedauer Sauerstofftherapie (h/d):

Sauerstoffbedarf in Ruhe (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf bei Belastung (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf im Schlaf (Flow l/min):

Mobilität in der Wohnung ja nein _____ h/d

Mobilität außer Haus ja nein _____ h/d

Blutgasanalyseergebnisse	paO ₂	paCO ₂	SaO ₂	O ₂ -Fluss (l/min)	Wegstrecke im 6MWT	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O ₂						
In Ruhe mit O ₂						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unter Belastung ohne O ₂						
Unter Belastung mit O ₂						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachts mit O ₂						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Testgerät und zur Demandstufe: _____

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

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

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
 - Bei Rahmenverträgen: Angaben zum Einzelprodukt
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung
- Arztanfrage „CPAP“ und
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - Begleiterkrankungen
 - Angaben zu AHI und ESS
 - Polysomnographie vor und unter Therapie mit Angaben zu den Geräteeinstellungen

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): _____ Basale und minimale Sauerstoffsättigung: _____	Messung mit Hilfsmittelanwendung Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ Sauerstoffentsättigungs-Index (ODI): _____ Basale und minimale Sauerstoffsättigung: _____
--	---

(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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Wurden Kontraindikationen gem. Benutzerhandbuches des Geräteherstellers ausgeschlossen?

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

Wurden Kontraindikationen gem. Benutzerhandbuches des Geräteherstellers ausgeschlossen?

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 Sprachverstärkern. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

(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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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:
 - ggf. Fotodokumentation der/des Versicherten im Stehen mit unbestrumpften und unbedeckten Beinen (in Unterhose) im Stehen von vorne und von hinten
- Bei beantragter Flachstrickversorgung der Arme:
 - ggf. 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Apparate zur Impuls-Kompressionstherapie 17.99.02.0

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnosen
 - relevante Nebendiagnosen
 - Thrombembolieprophylaxe und einer möglichen Heparin induzierten Thrombopenie Typ II
 - zu bisher durchgeführten entstauenden Maßnahmen und warum diese nicht ausreichend sind

(718) Kranken-/Behindertenfahrzeuge

Kranken-/Behindertenfahrzeuge 18.XX.XX.X

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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“
- Erprobungsbericht

Arztanfrage Kranken-/Behindertenfahrzeuge

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel: _____

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

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: _____

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit nicht gehfähig
 wenige Schritte: _____
 selbständig
 mit Hilfsmitteln
 mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

selbständig
 mit Hilfsmitteln
 mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

selbständig
 mit Hilfsmitteln
 mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremitäten: _____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: _____

Angaben zur Kopfkontrolle: _____

Kann der / die Versicherte aktiv trippeln: ja nein

Funktionsdefizite / Beeinträchtigungen:

Sehen: _____

Hören: _____

Psychokognitive Einschränkungen: _____

Liegt ein Anfallsleiden vor: ja nein

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

häuslichem Umfeld

Außenbereich

Straßenverkehr

Kindergarten, Schule

Pflege-/Behinderteneinrichtung

Nutzung vorrangig aktiv passiv

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ja nein

Fortbewegung ja nein

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden): _____

Bei Versorgung mit einem Elektrofahrzeug oder elektromotorischen Antrieb:

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines elektromotorischen Antriebes möglich?

ja nein

Wenn nein, welche Bedenken bzgl. einer Fahreignung (ausreichende Funktionen von u. a. Sehsinn, Hörsinn, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Koordination von Arm- und Handbewegung) bestehen: _____

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: _____

Angaben zur Vorversorgung:

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

Arztanfrage Handbikes mit Motorunterstützung

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel:

- Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung
- Vorbeugung einer drohenden Behinderung
- Ausgleich einer Behinderung

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit

- nicht gehfähig
- wenige Schritte: _____
- selbständig
- mit Hilfsmitteln
- mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

Außer Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> selbständig |
| <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln |
| <input type="checkbox"/> mit personeller Unterstützung | <input type="checkbox"/> 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

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ja nein

Fortbewegung ja nein

Versorgungsziel „Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung“

Bitte Angaben zum Therapieplan: _____

Erfolgt eine regelmäßige Heilmittelbehandlung?

Physiotherapie nein ja Wöchentliche Frequenz: _____

Ergotherapie nein ja Wöchentliche Frequenz: _____

Versorgungsziel „Vorbeugung einer drohenden Behinderung“

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

Versorgungsziel „Ausgleich einer Behinderung“

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

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Welche Versorgungs- und Gesunderhaltungswege sollen mit dem Handbike mit Motorunterstützung zurückgelegt werden:

Bitte geben Sie die Entfernung zu den Orten an, an denen Alltagsgeschäfte erledigt werden sollen (Einkauf, Bank, Post, Ärzte, Therapeuten oder Apotheken):

Gibt es bei diesen Wegen ausgeprägte Steigungen: ja nein

Gibt es bei diesen Wegen ausgeprägte Fahrbahnunebenheiten: ja nein

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines Handbikes mit Motorunterstützung möglich:

ja nein

Ist die / der Versicherte kognitiv und motorisch in der Lage auch bei höheren Fortbewegungsgeschwindigkeiten adäquat mit einem Handbike mit Motorunterstützung auf Gefahrensituationen zu reagieren (z. B. sichere Richtungswechsel oder Gefahrenbremsungen):

ja nein

Ist eine Eigen- oder Fremdgefährdung durch die Benutzung des Handbikes mit Motorunterstützung ausgeschlossen?

ja nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

(719) Krankenpflegeartikel

Behindertengerechte Betten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL ≤ 250 Kilogramm) 19.40.01.3

Behindertengerechte Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.5

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Behindertengerechte Stehbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.4

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Behindertengerechte Betten, motorisch verstellbar (Liegeflächenlänge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤ 170 Kilogramm) 19.40.01.6

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 19.40.01.8

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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**

Lifter, fahrbar 22.40.01.0

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 22 und PG 50) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung, Rumpf- und Kopfkontrolle)
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung sowie zur vorgesehenen Hilfsperson

Aufstehlifter, fahrbar 22.40.01.1

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 22 und PG 50) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Angaben zur Rumpf- und Kopfstabilität und Haltekraft der Hände und Arme
 - Angaben zur Mithilfefähigkeit
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung sowie zur vorgesehenen Hilfsperson

Deckenlifter, ohne Fahrtrieb 22.40.06.0

Deckenlifter, ohne Fahrtrieb, umhängbar 22.40.06.2

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Deckenliftern ohne Fahrtrieb. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 22 und PG 50) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsausmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Angaben zur Rumpf- und Kopfstabilität und Haltekraft der Hände und Arme
 - Angaben zur Mithilfefähigkeit
 - Begründung, warum andere Positionswechselhilfen oder Patientenlifter nicht einsetzbar sind
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung sowie zur vorgesehenen Hilfsperson
- Maßstabsgetreue Explosionszeichnung der geplanten Versorgung und Bilddokumentation des Einsatzortes

Deckenlifter, mit Fahrtrieb 22.40.06.1

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Deckenliftern mit Fahrtrieb. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 10, PG 18, PG 22 und PG 50) sowie zu Heilmitteln
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten (Kraftgrade nach Janda, Bewegungsmaß der Gelenke, Spastik mit Gradeinteilung)
 - Angaben zur Rumpfstabilität und Haltekraft der Hände und Arme
 - Begründung, warum andere Positionswechselhilfen oder Patientenlifter nicht einsetzbar sind
- Erprobungsbericht mit Angaben zu Ort und Dauer der Erprobung
- Maßstabsgetreue Explosionszeichnung der geplanten Versorgung und Bilddokumentation des Einsatzortes
- Videodokumentation der selbständigen Anlage des beantragten Hebetuches/Hebebügels

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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
- Bei Versorgung von Erwachsenen zusätzlich:
 - Arztanfrage „Erwachsenendreiräder mit Motorunterstützung“

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:

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: _____

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: _____

Arztanfrage Erwachsenendreiräder mit Motorunterstützung

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____

Gewicht: _____

Individuelles Versorgungsziel:

- Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung
- Vorbeugung einer drohenden Behinderung
- Ausgleich einer Behinderung

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit

- nicht gehfähig
- wenige Schritte: _____
- selbständig
- mit Hilfsmitteln
- mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

Außer Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> selbständig |
| <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln |
| <input type="checkbox"/> mit personeller Unterstützung | <input type="checkbox"/> 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

Hilfsperson erforderlich für:

Transfer ja nein

Fortbewegung ja nein

Versorgungsziel „Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung“

Bitte Angaben zum Therapieplan: _____

Erfolgt eine regelmäßige Heilmittelbehandlung?

Physiotherapie nein ja Wöchentliche Frequenz: _____

Ergotherapie nein ja Wöchentliche Frequenz: _____

Versorgungsziel „Vorbeugung einer drohenden Behinderung“

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

Versorgungsziel „Ausgleich einer Behinderung“

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

Diese sind nicht mehr ausreichend, weil: _____

Welche Versorgungs- und Gesunderhaltungswege sollen mit dem Erwachsenenendreirad mit Motorunterstützung zurückgelegt werden:

Bitte geben Sie die Entfernung zu den Orten an, an denen Alltagsgeschäfte erledigt werden sollen (Einkauf, Bank, Post, Ärzte, Therapeuten oder Apotheken):

Bitte geben Sie die Entfernung zu den Orten an, an denen Alltagsgeschäfte erledigt werden sollen (Einkauf, Bank, Post, Ärzte, Therapeuten oder Apotheken):

Gibt es bei diesen Wegen ausgeprägte Steigungen: ja nein

Gibt es bei diesen Wegen ausgeprägte Fahrbahnunebenheiten: ja nein

Ist der Versicherten / dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines Erwachsenenendreirades mit Motorunterstützung möglich:

ja nein

Ist die/der Versicherte kognitiv und motorisch in der Lage auch bei höheren Fortbewegungsgeschwindigkeiten adäquat mit einem Erwachsenenendreirad mit Motorunterstützung auf Gefahrensituationen zu reagieren (z. B. sichere Richtungswechsel oder Gefahrenbremsungen):

ja nein

Ist eine Eigen- oder Fremdgefährdung durch die Benutzung des Erwachsenenendreirades mit Motorunterstützung ausgeschlossen?

ja nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen: _____

(723) Orthesen/Schienen

Sonderanfertigung Sprunggelenk-Fuß-Orthesen 23.02.3x.x

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Ruhigstellung und Stabilisation 23.03.30**

**Sonderanfertigung Fuß-Orthesen
zur Stabilisation des USG (FO) 23.03.40**

**Sonderanfertigung dynamische Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Stabilisation (AFO) 23.03.41**

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Stabilisation und Korrektur (AFO) 23.03.42**

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Stabilisation und Entlastung (AFO) 23.03.43**

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Korrektur (AFO) 23.03.60**

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Korrektur der Fußhebung (AFO) 23.03.61**

**Sonderanfertigung Unterschenkel-Fuß-Orthesen
zur Entlastung (AFO) 23.03.70**

Sonderanfertigung Knie-Orthesen 23.04.3x.x

**Sonderanfertigung Knie-Orthesen
zur Stabilisation und Führung (KO) 23.03.40**

**Sonderanfertigung Knie-Orthesen
zur Stabilisation und Führung bei Genu recurvatum (KO) 23.04.41**

**Sonderanfertigung Knie-Orthesen
zur Stabilisation, Führung und Entlastung (KO) 23.04.42**

**Sonderanfertigung Knie-Orthesen
zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (KO) 23.04.43**

**Sonderanfertigung Knie-Orthesen
zur Führung der Kniescheibe (KO) 23.04.50**

Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Korrektur (KO) 23.04.60

Sonderanfertigung Knie-Orthesen zur Entlastung (KO) 23.04.70

**Sonderanfertigung Hüft-Orthesen
zur Stabilisation und Führung (HO) 23.05.40**

**Sonderanfertigung Hüft-Orthesen
zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (HO) 23.05.41**

**Sonderanfertigung Hüft-Orthesen
zur Korrektur bei Kindern (HO) 23.05.60**

**Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen
zur Stabilisation und Führung (KAFO) 23.06.40**

**Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen
zur Stabilisation, Führung und Entlastung (KAFO) 23.06.41**

**Sonderanfertigung Hüft-Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthese
zur Stabilisation, Führung und Entlastung (HKAFO) 23.06.42**

**Sonderanfertigung Knie-Sprunggelenk-Fuß-Orthesen
zur Entlastung (KAFO) 23.06.70**

Sonderanfertigung Becken-Orthesen zur Stabilisation (SIO) 23.11.40

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 Rumpfstabilität
 - Angaben zu Deformitäten
 - Angaben zur Mobilität
 - Bei postoperativer Versorgung:
 - OP-Bericht
 - Nachbehandlungskonzept
 - Bei Quengelorthesen:
 - Ausschluss einer knöchern bedingten Kontraktur
 - Ausschluss einer relevanten Osteoporose
 - Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - Aktueller SPZ- oder MZEB-Bericht

**Sonderanfertigung Hand-Orthesen
zur Ruhigstellung der Finger (HO) 23.07.30**

**Sonderanfertigung Hand-Orthesen
zur Ruhigstellung des Daumens (HO) 23.07.31**

**Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen
zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.32**

**Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen mit Fingerauflage
zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.33**

**Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen
mit Daumenfixierung zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.34**

**Sonderanfertigung Handgelenk-Hand-Orthesen mit Fingerauflage
und Daumenfixierung zur Ruhigstellung (WHO) 23.07.35**

**Sonderanfertigung Finger-Orthesen
zur dynamischen Korrektur (FO) 23.07.60**

**Sonderanfertigung Hand-Orthesen
zur dynamischen Korrektur des Daumens (HO) 23.07.61**

**Sonderanfertigung Handgelenk- Hand-Orthesen
zur dynamischen Korrektur (WHO) 23.07.62**

**Sonderanfertigung Finger- oder Daumen-Orthesen
zur Korrektur und Entlastung (FO) 23.07.63**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen
zur Ruhigstellung (EO) 23.08.30**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen
zur Ruhigstellung (EWHO) 23.08.31**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-(Handgelenk-Hand-)Orthesen
zur Ruhigstellung, Stabilisation und Führung (EO, EWHO) 23.08.32**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen
zur Ruhigstellung, Führung und Entlastung (EO) 23.08.33**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen
zur Ruhigstellung und Korrektur (EO) 23.08.34**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen
zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (EWHO) 23.08.40**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen
zur Korrektur (EO) 23.08.60**

**Sonderanfertigung Ellenbogen-Orthesen
zur Entlastung (EO) 23.08.70**

**Sonderanfertigung Schulter-Orthesen
zur Ruhigstellung (SO) 23.09.30**

**Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen
zur Ruhigstellung und Entlastung (SEO) 23.09.31**

**Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen
zur Stabilisation und Führung (SEO) 23.09.40**

**Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen
zur Stabilisation, Führung, Korrektur und Entlastung (SEO) 23.09.41**

**Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Orthesen
zur Führung und Entlastung (SEO) 23.09.50**

**Sonderanfertigung Schulter-Ellenbogen-Handgelenk-Hand-Orthesen
zur Stabilisation, Korrektur und Entlastung (SEWHO) 23.10.40**

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 Deformitäten
 - Angaben zur Mobilität
 - Bei postoperativer Versorgung:
 - OP-Bericht
 - Nachbehandlungskonzept
 - Bei Quengelorthesen:
 - Ausschluss einer knöchern bedingten Kontraktur
 - Ausschluss einer relevanten Osteoporose
 - Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - aktueller SPZ- oder MZEB-Bericht

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: _____

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (CO) 23.12.30

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (CTO) 23.12.31

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Entlastung (CO) 23.12.32

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Korrektur (CTO) 23.12.33

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (CO) 23.12.40

Sonderanfertigung Halswirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (CTO) 23.12.41

Sonderanfertigung Brustwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (TO) 23.13.60

Sonderanfertigung Brustwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (TO) 23.13.61

Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Ruhigstellung (LSO) 23.14.30

Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (LSO) 23.14.40

Sonderanfertigung Lendenwirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (LSO) 23.14.60

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung (TLSO) 23.15.30

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung und Entlastung (TLSO) 23.15.31

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Ruhigstellung, Korrektur und Entlastung (TLSO) 23.15.32

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Stabilisation (TLSO) 23.15.40

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (TLSO) 23.15.60

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur (CTLSO) 23.15.61

Sonderanfertigung Wirbelsäulen-Orthesen zur Korrektur und Entlastung (TLSO) 23.15.62

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Sonderanfertigungen von Wirbelsäulen-orthesen. Folgende Unterlagen sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Ganzkörper-Orthesen zur Funktionsunterstützung, motorbetrieben mit Treppensteigfunktion 23.29.01.2

Ganzkörper-Orthesen zur Funktionsunterstützung, motorbetrieben 23.29.01.3

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 24, PG 18 und PG 22) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Profilerhebungsbogen 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 der kontralateralen Seite (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-Entlassbericht(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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 18, PG 22, PG 23 und PG 26)
- Arztanfrage „Sitzschalen“
- KH-Entlassbericht(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 Versorgungsformen 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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-Entlassbericht(e)
- Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - Aktueller SPZ- oder MZEB-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 Versorgungsformen 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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-Entlassbericht(e)
- ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)

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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - aktueller SPZ- oder MZEB-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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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 Zehenspitzenengang im Zehenspitzenstand
- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1-Kopie mit Angaben zu:
 - Fußumfang und Zehenhöhen
 - Fußlänge und Schuhgröße

Therapieschuhe: Spezialschuhe über Beinorthese/Orthesenschuhe

31.03.03.7

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Kostenvoranschlag der vorhandenen Orthesen mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 23 und PG 31)
- Fotodokumentation der Füße im Stand mit den vorhandenen Orthesen sowie
- Ärztlicher Befundbericht mit Begründung, warum keine konfektionierten Schuhe nutzbar sind
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- 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 sollten von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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. Geräteinsatzes
 - Kontrakturen
 - Spastiken
 - Komplikationen
- Bei Verordnung Innowalk für die Beinbewegung (32.06.01.0020 / 32.06.01.0021):
 - Arztanfrage „Innowalk für die Beinbewegung“
 - Arztanfrage „Messblatt für die unteren Extremitäten“
- Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - Aktueller SPZ- oder 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	___/___	___/___

(734) Haarersatz

Haarersatz, konfektioniert 34.18.01

Haarersatz, individuell gefertigt 34.18.02

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 34)
- Facharztbericht mit Angaben zu
 - Diagnose
- Bilddokumentation des Kopfes von vorne, seitlich und hinten in ausreichendem Abstand (keine Nahaufnahmen des Kopfes)
- Bei Beantragung einer Echthaarperücke zusätzlich
 - dermatologischer/allergologischer Befundbericht mit Epikutantestung zum Nachweis der Kontaktdermatitis

(737) Brustprothesen

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere der PG 37)
- Fachgynäkologischer Befund mit Angaben zu
 - Diagnose
 - Narbengebiet
 - Sensibilitätsstörungen
 - Wärme-/Kältemissempfinden
 - Schulter-Nacken-Symptomatik
 - Bisheriger Therapieverlauf
 - versorgungsrelevante Nebendiagnosen (z. B. Lymphödem, etc.)
 - Bei Maßanfertigung:
 - Medizinische Versorgungsbegründung einer Maßanfertigung
- Vom Leistungserbringer:
 - Versorgungsbegründung mit Angaben zu den im Vorfeld erprobten Alternativen
 - Anamnese- bzw. Profilerhebungsbogen (nach Herstellervorgaben) u. a. mit Angaben zu Cup-Größe, Vorversorgungen (Benennung Produkt, Hersteller, Modell)
 - Bilddokumentationen unbekleidet und bekleidet (BH und Alltagskleidung), gut ausgeleuchtet, mit und ohne aktuelle Versorgung (Angaben zu Produkt, Hersteller, Modell) sowie mit einem vergleichenden, dem Krankheitsbild und den anatomischen Verhältnissen entsprechenden Alternativ-Produkt (Angaben zu Produkt, Hersteller, Modell)

(738) Armprothesen

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zur Vorversorgung (insbesondere PG 02, PG 23 und PG 38) sowie zu Heilmitteln
- Aktueller „Profilhebungsbogen 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 der kontralateralen Seite (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-Entlassbericht(e)
- Bei zeitnaher Rehabilitationsmaßnahme Reha-Entlassbericht(e)
- Bei SPZ- oder MZEB-Anbindung:
 - aktueller SPZ- oder 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 (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL 170 kg bis 250 kg) 50.45.01.1

Pflege-Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 50.45.01.5

Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL 251 bis 314 Kilogramm) 50.45.01.6

Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter, SAL > 314 Kilogramm) 50.45.01.7

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤ 170 Kilogramm) 50.45.01.2

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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, motorisch verstellbar mit Sitz- und Aufrichtfunktion (Liegeflächen-Länge > 1,80 Meter) 50.45.01.4

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- 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

(790) Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV

Roboterarme

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag mit Einzelpositionen
- Leistungsdaten der Kasse mit Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln (insbesondere der PG 02, PG 18, PG 23 und PG 38)
- Stellungnahme der Verordnerin / des Verordners mit folgenden Angaben:
 - Diagnose
 - Angaben zu den Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (Kraftgrade nach Janda und Bewegungsausmaß nach Neutral-Null, Gelenkinstabilitäten, Gelenkdeformitäten, Kontrakturen und Spastiken nach Ashworth)
 - Angaben zur Greif- und Haltefunktion der Hände und Finger
 - Angaben zu kognitiven Einschränkungen
- Vom technischen Leistungserbringer:
 - Bericht über die Erprobung des beantragten Hilfsmittels mit Angabe von Ort und Dauer der Erprobung
 - Videodokumentation der Erprobung mit Darstellung der Durchführung von alltagsrelevanten Tätigkeiten
 - Angaben mit welchem Elektrorollstuhl der Roboterarm gekoppelt werden soll und ob dies mit dem vorhandenen Elektrorollstuhl möglich ist

(791) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)

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

Sachermittlung durch die Krankenkasse

- Verordnung (wenn vorhanden)
- 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 SGB V.

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.

Anforderungen an Bild- und Videodokumentationen

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung haben sich Bilddokumentationen als nicht zur ersetzende Informationsquelle erwiesen. Zur Beurteilung von Fußdeformitäten zum Beispiel sind Bilddokumentationen und Trittspuren bewährte Mittel zur Beurteilung entsprechender Fußdeformitäten und wurden von Krankenkassen in entsprechende Verträgen nach § 127 SGB V aufgenommen.

Auch Videodokumentationen spielen in der sozialmedizinischen Begutachtung eine zunehmende Rolle bei der Beurteilung von z. B. alltagsrelevanten Gebrauchsvorteilen einer beantragten Hilfsmittelversorgung im Vergleich zu möglichen Alternativen oder bei der Beurteilung der Fähigkeit zur Nutzung eines Hilfsmittels durch Versicherte. Mit entsprechenden Videodokumentationen kann eine sozialmedizinische Beurteilung unter Vermeidung eines unverhältnismäßigen Mehraufwandes für die Versicherten ermöglicht werden.

Die Anforderung entsprechender Bild- und Videodokumentationen sollte aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und des Datenschutzes auf das notwendige Maß beschränkt werden.

Um eine Beurteilbarkeit der vorgelegten Bild- und Videodokumentationen zu gewährleisten, müssen die eingesandten Dateien einheitliche Anforderungen erfüllen:

- der/die Versicherte muss eindeutig identifizierbar sein
- Bildqualität, Bildschärfe, Auflösung und Belichtung müssen ausreichend sein, um eine Beurteilung zu ermöglichen
- die Hilfsmittel müssen benannt/identifizierbar und auf dem Video eindeutig erkennbar sein
- Darstellung der für die Versorgung relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) oder Darstellung von Gebrauchsvorteilen bei der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens
- Bei vergleichenden Videodokumentationen:
 - Darstellung der ADL ohne und mit der beantragten Versorgung sowie ggf. mit einer Vorversorgung

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Bei den folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens handelt sich um Beispiele, welche im Rahmen einer Videodokumentation nicht vollumfänglich dargestellt werden müssen.

ADL der oberen Extremitäten

Tätigkeiten mit einem Arm:

- Tür öffnen und schließen
- Türschalter bedienen
- eine Tasche aufnehmen, tragen und ablegen
- einen Gegenstand von der Tischplatte aufheben, z. B. Radiergummi oder Büroklammer
- sich am Kopf / an der Nase kratzen
- aus einem Becher trinken

Bimanuelle Tätigkeiten:

- Wasserflasche mit Schraubverschluss öffnen, aus der Flasche Wasser in einen Becher gießen, aus dem Becher trinken bzw. den Becher dem Gutachter reichen
- Tablett aufnehmen, zum Tisch tragen und dort abstellen
- mit Messer und Gabel essen
- Schokoriegel auspacken
- Bleistift anspitzen
- T-Shirt oder Pullover an- und ausziehen
- Reißverschluss einer Tasche öffnen und wieder schließen
- Münze aus dem Geldbeutel nehmen
- Socken anziehen
- Schnürsenkel mit beiden Händen zu einer Schleife binden
- am Computer einen Text tippen
- auf der Schreibtischplatte einen Text auf Papier schreiben
- Handy oder Tablet bedienen
- Zahncreme auf eine Zahnbürste aufbringen und Zähne putzen
- Rasieren mit Elektrorasierer
- Wäsche zusammenlegen

ADL der unteren Extremitäten

- Gehen zu ebener Erde geradeaus
- Gehen zu ebener Erde geradeaus mit wechselnden Geschwindigkeiten
- Gehen zu ebener Erde geradeaus mit geteilter Aufmerksamkeit
- Gehen zu ebener Erde mit Gehen von Kurven/Achtertourt
- Gehen zu ebener Erde mit Übersteigen von Hindernissen
- Rückwärtsgehen zu ebener Erde
- Treppensteigen hinauf
- Treppensteigen hinab
- Stehen auf einer schrägen Ebene
- Gehen auf einer schrägen Ebene hinauf und hinab
- Gehen auf unebenem Untergrund
- Kombinierte Tätigkeiten:
 - z. B. leere Getränkekiste vom Tisch heben und auf dem Boden absetzen
 - z. B. eine schwere Tür rückwärtsgehend öffnen
- Bei niedrigem Mobilitätsgrad: Timed up and go Test

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

[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

[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

[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

[Bedarfserhebungsbogen für O+M Training](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/2021_10/211011_Himi_Bedarfserhebungsbogen_OM_Trainnig_BF.pdf)

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

[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

[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

[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

[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

[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

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

[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

[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