

Checkliste Hilfsmittelversorgung

Medizinischer Dienst Sachsen



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

Stand 12/2022

**Fachservice
Medizinischer Dienst
Sachsen
für das Anlassgebiet
Hilfsmittelversorgung
GKV**

Vorwort

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

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

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

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

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

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

E-Mail: Fachservice-zentral@md-sachsen.de

Inhalt

Vorwort.....	2
Checklisten Hilfsmittelversorgung GKV	6
Produktgruppe 01 Absauggeräte	6
Produktgruppe 02 Adaptationshilfen.....	6
Produktgruppe 03 Applikationshilfen	6
Insulinpumpen.....	6
Produktgruppe 04 Bade- und Duschhilfen	7
Produktgruppe 05 Bandagen.....	7
Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte	7
Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel	7
Produktgruppe 08 Einlagen	8
Einlagen	8
Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte.....	8
TTF Optune	8
WCD-Therapie (LifeVest)	8
Inkontinenz-Therapiegeräte	9
Produktgruppe 10 Gehhilfen	10
Gehhilfen	10
Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	10
Ganzkörper Matratzen und Auflagen	10
Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie.....	11

Produktgruppe 13 Hörhilfen.....	11
Hörgeräte.....	11
FM-Anlagen	12
Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte.....	13
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren.....	13
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen.....	14
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung	15
In-/Exsufflatoren.....	15
Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen	16
Kommunikationshilfen für Erwachsene	16
Kommunikationshilfen für Kinder	16
Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie.....	17
Medizinische Kompressionsstrümpfe	17
Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge	17
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	17
Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen.....	18
rtCGM	18
Produktgruppe 23 Orthesen und Schienen.....	19
Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen zur Korrektur Brustwirbelsäulen-/Thorax-Orthesen bei Kielbrust/Hühnerbrust.....	19
Produktgruppe 31 Schuhe	20
Schuhe	20
Produktgruppe 37 Brustprothesen.....	20

Produktgruppe 99 Verschiedenes	21
Vakuumpumpe, Vakuum-Erektionshilfe-System.....	21
Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS).....	21

Checklisten Hilfsmittelversorgung GKV

Produktgruppe 01 Absauggeräte

Produktgruppe 02 Adaptationshilfen

Produktgruppe 03 Applikationshilfen

Insulinpumpen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Facharzt-Bericht: Diabetologe/-in • Diabetologische Stellungnahme zur Erforderlichkeit der Versorgung mit einer Insulinpumpe (Indikation; was wurde getan, um die Therapieziele mit ICT zu erreichen? „Pumpengutachten“) • Begründung des verordnenden Arztes/der Ärztin zur Einzelproduktverordnung (Eignung des Einzelproduktes im Einzelfall, Ist ein Hybrid-Closed-Loop-System geplant? Wenn ja mit welchen Komponenten? Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc.) • Dokumentation der/des Versicherten (der letzten vier Monate mit mind. 4x tägl. BZ-Messungen oder Dokumentation CGM, konsumierten BE, ggf. Art und Dosis der applizierten Insuline jeweils mit Datum/Uhrzeit, BE- und Korrekturfaktoren, Maßnahmen die bei besonderen Ereignissen wie Krankheit oder Sport ergriffen wurden), z.B. als AGP • Versichertenanfrage (Kontextfaktoren) • ggf. Krankenhausentlassberichte • ggf. Rehaentlassbericht 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevante Komorbiditäten/patientenindividuelle Besonderheiten (z.B. psychische Erkrankungen, berufliche Tätigkeit, Belastungen, diabetesbedingte Organkomplikationen, feinmotorische Einschränkungen) • Insulintherapieplan • Probleme der Blutzuckereinstellung: bes. Angaben zu Hypoglykämien/Fremdhilfebedarf • HbA1c der letzten 12 Monate • Ist der Vers. in der Lage, die Insulinpumpe im Alltag sachgerecht anzuwenden? • Inwieweit ist die Mitwirkung/Unterstützung von Hilfspersonen notwendig? • Welche individuellen Therapieziele wurden vereinbart? • Angaben zu Therapiemodifikationen zur Verbesserung der Stoffwechsellage: Wie wurde die ICT angepasst? • Schulungsmaßnahmen (ICT Schulung, Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining) Mit welchem Erfolg durchgeführt? • Relevante Aspekte aus der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst)

	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieplan der ICT - BE- /-KHE- und Korrektur-Faktoren <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Therapieziele - Art und Dosis der Insuline • Bei CGM Nutzung: Time in Range (TIR) ggf. durch den Diabetologen/die Diabetologin kommentiert
--	---

Produktgruppe 04 Bade- und Duschhilfen

Produktgruppe 05 Bandagen

Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte

Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes • Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Augenheilkunde • Erprobungsbericht Leistungserbringende/-r mit ggf. erprobten Versorgungsalternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes <ul style="list-style-type: none"> • zum Restsehvermögen • zum Gesichtsfeld • zu relevanten Komorbiditäten bzw. Einschränkungen (insbesondere der Kognition und Feinmotorik) • Welche Sehhilfen/Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt? • Welche Probleme bestehen in der Anwendung der bisher genutzten Hilfsmittel? • Individuelles Versorgungsziel? • Bei einer Sehschärfe/Visus über 0,05 sind konkrete Angaben zu zusätzlich visusbeeinträchtigenden und die Verordnung eines Blindenhilfsmittels begründenden Befunden erforderlich (z.B. Gesichtsfeldbefund)

Produktgruppe 08 Einlagen

Einlagen

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

Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte

TTF Optune

s. extra Checkliste

WCD-Therapie (LifeVest)

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • endgültiger Krankenhausentlassbericht • kardiologischer Befundbericht mit Risikostratifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikostratifizierung zur Identifikation von Patienten mit einem dauerhaft erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztod • Kontraindikationen für eine ICD-Implantation • Ablauf der weiteren Diagnostik
Folgebegutachtung / Verlängerungsantrag	
<ul style="list-style-type: none"> • aktueller kardiologischer Befundbericht • aktueller Echokardiografiebefund 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichende Tragedauer >20h pro Tag • Auswertung der LifeVest Daten bezüglich Rhythmusereignissen

<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum bisherigen Therapieverlauf und zum weiteren Therapieplan • kardiologische Bewertung der Compliance in Bezug auf die durchschnittliche tägliche Tragedauer • Angaben zu relevanten Vorkommnissen / Kontextfaktoren • Kardio-MRT Befund bzw. Biopsie-Befund bei Myokarditis • ggf. Genetikergebnis • ggf. kardiologischer Rehabilitationsbericht 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Ejektionsfraktion als wesentlichem Risikofaktor für einen plötzlichen Herztod • Angaben zu Maßnahmen der Optimierung einer Herzinsuffizienztherapie
---	--

Inkontinenz-Therapiegeräte

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

Produktgruppe 10 Gehhilfen

Gehhilfen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • Bei Kindern: Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) • ggf. Videodokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung • Angaben zum individuellen Versorgungsziel • ggf. Transportfunktion • Angaben zu <ul style="list-style-type: none"> - Gehfähigkeit - Rumpfstabilität - Mobilität in der Wohnräumlichkeiten - Mobilität außerhalb der Wohnräumlichkeiten • Bei Kindern Angaben <ul style="list-style-type: none"> - zu Sitz-, Steh- und Gehfähigkeit - zum Muskeltonus - zum Status der psychomotorischen Entwicklung - zum Einsatzbereich (Häuslichkeit, Einrichtung, Schule usw.) • Angaben zu erforderlichen Zubehörteilen

Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

Ganzkörper | Matratzen und Auflagen

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • pflegerische Behandlungsdokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zu Mobilitätseinschränkungen oder Schädigung der Körperwahrnehmung • Einschätzung des Dekubitusrisikos • mit Angabe einer standardisierten Risikoskala (z.B. Braden-Skala)

<ul style="list-style-type: none"> • Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zu Risikofaktoren gemäß dem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ • Dokumentation im Krankenblatt • Angabe weiterer Maßnahmen im Rahmen eines Maßnahmenpaketes (z.B. Bewegungsplan)
---	---

Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie

Produktgruppe 13 Hörhilfen

Hörgeräte

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • Facharzt-Bericht: HNO, Pädaudiologie • Sprach- und Tonaudiometrie • Hörakustiker: Anpassbericht 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes <ul style="list-style-type: none"> • Sprach- und Tonaudiometrie • Hörakustiker <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsanzeige des Hörakustikers • Angabe der Typenbezeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer der erprobten Geräte • Anpassbericht mit <ul style="list-style-type: none"> ○ Ton- und Sprachaudiogramm ○ Ergebnis der vergleichenden Hörhilfentestung • Bei vorzeitiger Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • letzter Anpassbericht mit Ton- und Sprachaudiogramm • Nachanpassbericht bei eingetretener Verschlechterung • Datenblatt zu den bisher getragenen Hörgeräten • Kleinkinder <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteanpassung des betreuenden Pädaudiologen oder FÄ/FA HNO • Knochenverankerte Hörgeräte <ul style="list-style-type: none"> • Begründung, warum

	<ul style="list-style-type: none"> • AVWS <ul style="list-style-type: none"> • Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/ 60 dB Störschall) ○ durchgeführte AVWS-Diagnostik nach Leitlinie
<p>Versorgung mit Hörgeräten nach Ablauf der Regelgebrauchszeit</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Vorversorgung: <ul style="list-style-type: none"> - Tonaudiogramm - Sprachaudiogramm ohne Hörhilfen (mit Dokumentation des maximalen Einsilberversehens am dB_{opt} unter Angabe der Unbehaglichkeitsschwelle - Sprachaudiogramm mit den vorhandenen Hörhilfen in Ruhe und im Störgeräusch • Aktuell angestrebte Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> - Tonaudiogramm - Sprachaudiogramm ohne Hörhilfen (mit Dokumentation des maximalen Einsilberversehens am dB_{opt} unter Angabe der Unbehaglichkeitsschwelle - Sprachaudiogramm mit den vorhandenen Hörhilfen nach vorheriger Optimierung durch den Hörakustiker in Ruhe und im Störgeräusch - Sprachaudiogramm mit den begehrten Hörhilfen in Ruhe und im Störgeräusch - SPL-o-gramm von beiden Hörgeräten - Gerätezustandsbericht des Hörakustikers zu dem vorhandenen Hörsystem, ggf. mit Hinweisen zur notwendigen Erneuerung von Bauteilen/Nachjustierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der Einstellungen, ggf. der Otoplastiken oder der Ex-Hörer • Bei Beurteilung einer einseitigen Verordnung ist die Vorlage seitengetrennt ermittelter Testergebnisse erforderlich.

FM-Anlagen

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)

Notwendige Angaben

Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • Facharzt-Bericht: HNO, Pädaudiologie • AVWS <ul style="list-style-type: none"> - Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht - komplette AVWS-Diagnostik laut Leitlinie - Bericht des Kinderarztes und/oder Entwicklungspsychologen bez. einer erfolgten Ausschlussdiagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei bestehender HG/CI-Versorgung • Tonaudiometrie ohne Versorgung (HG) • Sprachaudiometrie in Ruhe bei 65 dB (Freiburger Einsilbertest) • im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB / 60 dB Störschall) mit Versorgung (HG/CI) • Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteanpassung des betreuenden Pädaudiologen oder FÄ/FA HNO • AVWS <ul style="list-style-type: none"> • Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/ 60 dB Störschall) ○ durchgeführte AVWS-Diagnostik nach Leitlinie • Kinderarzt /Entwicklungspsychologe <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschlussdiagnostik

Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Notwendige Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes • Facharzt-Bericht: Pneumologe/-in • ggf. Überleitungsbogen • Belastungstest (z.B. 6-Min-Gehtest) bei mobiler Sauerstofftherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Intendierte Therapieform (LTOT, PoaOT, AOT, palliative Sauerstoff-Therapie, nächtliche Sauerstoff-Therapie, Kombination) aus Sicht der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes • Belastungstest – sofern dem Pat. möglich (körperliche Belastbarkeit) und für die fachliche Bewertung erforderlich • Mind. 2 Blutgasanalysen (in stabiler Krankheitsphase) <ul style="list-style-type: none"> <u>in Ruhe</u>: - ohne Sauerstoffgabe - mit Sauerstoffgabe

<ul style="list-style-type: none"> • Ablaufplanung der Re-Evaluation • Angaben zur bisherigen Versorgung mit Hilfsmitteln, besonders auch zur Sauerstoff-Therapie • ggf. Physiotherapiebericht • Pflegegutachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobile Sauerstofftherapie (AOT): Befundbericht der Belastungsuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> - ohne Sauerstoffgabe - mit Sauerstoffgabe (der in Ruhe und unter Belastung ermittelte erforderliche Sauerstoff-Flow) - Zunahme der Leistungsfähigkeit (z.B. Zunahme Gehstrecke \geq 10%) - Linderung der Dyspnoe um mind. 1 Punkt auf der Borg-/VAS-Skala • Angaben zur Nutzungsfähigkeit eines Demand-Systems • Angabe zum Raucherstatus • Zeitdauer der „außer Haus“-Mobilität im Rahmen der Grundbedürfnisse
--	--

CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

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

Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung

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

In-/Exsufflatoren

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

Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen

Kommunikationshilfen für Erwachsene

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Aktueller Logopädiebericht • relevanter Reha-Entlassungs-Bericht • in der Regel Videodokumentation • ggf. Bericht der Beratungsstelle Unterstützte Kommunikation • ggf. Produktinformation • ggf. Epikrise des letzten relevanten Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthaltes 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung • Angaben zu <ul style="list-style-type: none"> - neurologischen und kognitiven Fähigkeiten - Einschränkungen der manuellen Feinmotorik • Videodokumentation: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation ohne Hilfsmittel/Talker - aussagekräftige Sequenz zur Anwendung / zum Handling des Talkers: <ul style="list-style-type: none"> ○ feinmotorische Ansteuerung von Ikonen ○ Wischen ○ Anwendung der Augensteuerung ○ Nutzung der Sprachsoftware ○ Demonstration verschiedener Aufgabenstellungen (leicht bis komplex) unter Anwendung verschiedener Kommunikationsebenen

Kommunikationshilfen für Kinder

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: Verordner/-in • Sonderpädagogischer Bericht der Förderschule • Bericht des Sozialpädiatrischen Zentrums • Erprobungsbericht des Leistungserbringers 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung • Angaben zu <ul style="list-style-type: none"> - neurologischen und kognitiven Fähigkeiten - Einschränkungen der manuellen Feinmotorik • Videodokumentation: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation ohne Hilfsmittel/Talker

<ul style="list-style-type: none"> • Videodokumentation bei Anwendung • ggf. Bericht der Beratungsstelle Unterstützte Kommunikation • ggf. Produktinformation 	<ul style="list-style-type: none"> - aussagekräftige Sequenz zur Anwendung / zum Handling des Talkers: <ul style="list-style-type: none"> ○ feinmotorische Ansteuerung von Icons ○ Wischen ○ Anwendung der Augensteuerung ○ Nutzung der Sprachsoftware • Demonstration verschiedener Aufgabenstellungen (leicht bis komplex) unter Anwendung verschiedener Kommunikationsebenen
---	--

Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Medizinische Kompressionsstrümpfe

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

Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge

Kranken- und Behindertenfahrzeuge

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur bisherigen Hilfsmittelversorgung

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

Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen

rtCGM

<i>Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)</i>	<i>Relevante Angaben</i>
<p>Erstbegutachtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Facharzt-Bericht: Diabetologe/-in mit Stellungnahme zur Erforderlichkeit der Versorgung (Indikation) und ggf. Begründung 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zu bisherigem und neuem Insulintherapieplan • Probleme der Glukoseeinstellung • Individuell vereinbarte Therapieziele

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

Produktgruppe 23 Orthesen und Schienen

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

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

<ul style="list-style-type: none"> • relevante psychiatrische/psychotherapeutische Einschätzung • Bildgebung 	<ul style="list-style-type: none"> • fotografische Befunddokumentation • Haller-Index bei Trichterbrust
--	---

Produktgruppe 31 Schuhe

Schuhe

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Notwendige Angaben
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes • Fachärztlicher Befundbericht: FA/FÄ für Orthopädie, Diabetologie • KH-Entlass Bericht(e) bei <ul style="list-style-type: none"> - fußchirurgischen Eingriffen - Diabetes mellitus • Befundfeststellung des Orthopädieschuhmachers inklusive einer ggf. erstellten Fotodokumentation • ggf. Rehabilitations-Bericht(e) • ggf. Physiotherapiebericht(e) 	<ul style="list-style-type: none"> • Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan (in 1/1 Kopie) mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe • Angabe der Fußlänge und/oder der Schuhgröße • Ggf. vorhandene Fotodokumentation der Füße im Stehen von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen • Gehstrecke/Mobilitätsgrad mit und ohne Schuhe • Welche bisherige Versorgung bestand und wieso ist diese nicht mehr ausreichend? • Liegt ein Diabetes mellitus/trophische Störungen/pAVK/Ulzerationen/Polyneuropathie/Osteopathie vor? • Wieso ist eine Versorgung mit sog. Diabetikerschutzschuhen nicht möglich? • Wie ist die Abnahme des Hilfsmittels geplant?

Produktgruppe 37 Brustprothesen

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Notwendige Angaben
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Vorversorgungen erfolgten? Mit welchem Erfolg?

<ul style="list-style-type: none"> • Befundbericht der verordneten Ärztin/des verordnenden Arztes • Erhebungsbogen des Leistungserbringers • relevante KH-Entlass Bericht(e) • Fotodokumentation • Leistungsauszug der Krankenkasse • ggf. Rehabilitations-Bericht(e) • ggf. Physiotherapiebericht(e) bei Lymphödem • ggf. psychotherapeutische Befunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Wieso ist eine individuelle Anpassung nötig? Welche anatomischen oder strukturellen Gegebenheiten machen diese nötig?
---	--

Produktgruppe 99 Verschiedenes

Vakuumpumpe, Vakuum-Erektionshilfe-System

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

Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)

Benötigte Unterlagen (Sachermittlung durch die Krankenkasse)	Notwendige Angaben
Erstbegutachtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht: verordnende Ärztin / verordnender Arzt • Bericht: Schlafmedizinerin / Schlafmediziner • Ärztliches Attest 	<ul style="list-style-type: none"> • Bericht verordnende Ärztin / Arzt <ul style="list-style-type: none"> - Therapieziel - Bisherige Maßnahmen - Mit welchem Ergebnis angewendet?

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