Medizinischer Dienst
Westfalen-Lippe

CHECKLISTE SACHERMITTLUNG HILFSMITTEL MEDIZINISCHER DIENST WESTFALEN-LIPPE

**Empfehlungen zur Sachermittlung im Rahmen
von Fallberatung und Begutachtung von Hilfsmitteln und Medizinprodukten
durch den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe**

STAND: 01.2023

*Fachreferat Hilfsmittel
und Medizinprodukte
Medizinischer Dienst
Westfalen-Lippe*

Einführung

Die nachfolgende **Checkliste** formuliert **Hinweise zur Sachermittlung im Rahmen der Fallberatung und Begutachtung von Hilfsmitteln und Medizinprodukten** (§ 275 Abs. 3 SGB V).

Die gemeinsame Arbeitshilfe für Sachbearbeiter*innen der Krankenkassen und Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe soll Orientierung für eine angemessene Sachermittlung sowie fachliche Unterstützung im Rahmen der Fallvorbereitung durch die Krankenkasse bieten. Ziel ist eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst Westfalen-Lippe und ein hoher Anteil an möglichst fallabschließenden Stellungnahmen bereits bei Erstvorlage.

Die Begutachtung zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten erfolgt beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe durch geschulte ärztlich-technische Gutachterteams mit hoher orthopädietechnischer, orthopädieschuhtechnischer, rehatechnischer und medizintechnischer Expertise.

Die Arbeitshilfe ist dynamisch und wird durch Hinweise unserer Gutachterteams und durch die Zusammenarbeit mit Krankenkassen kontinuierlich an aktuelle Entwicklungen angepasst bzw. weiterentwickelt. **Überarbeitungen erfolgen je nach Bedarf ggf. mehrfach jährlich – bitte beachten Sie den jeweils aktuellen Stand !**

Die Checkliste wird auf der Homepage zur Verfügung gestellt. Interessierte können die Arbeitshilfe auch über das Sekretariat des Fachreferates Hilfsmittel und Medizinprodukte des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe anfordern bzw. sich dort in die Verteilerliste setzen lassen.

Fachreferat Hilfsmittel und Medizinprodukte Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe
Sekretariat Frau Oswald
Telefon: 0251/ 6930-2041
E-Mail: Fachreferat-Hilfsmittel-Medizinprodukte@md-wl.de

Bei Fragen oder Hinweisen zur Checkliste Sachermittlung oder zum eDA Hilfsmittel wenden Sie sich gerne an das Fachreferat.

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

Inhaltsverzeichnis

Einführung 1

1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen? 9
2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden? 9
3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden? 10
4. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige 11
5. Wie wird ein Gutachten mit ausschließlich technischer Fragestellung beauftragt? 11
6. Was ist erforderlich für die Kalkulationsprüfung durch das technische Team? 12
7. Angaben der Kasse zum Leistungserbringer 12
8. Struktur des Fachreferates und Ansprechpartner 13

Anlass 01 Absauggeräte 16

- Sekret-Absauggeräte, netzabhängig 01.24.01 16
- Sekret-Absauggeräte, netzunabhängig 01.24.02 16

Anlass 02 Adaptionshilfen 17

- Essapparate 02.40.02.5 17

Anlass 03 Applikationshilfen 18

- Insulinpumpen 03.29.04 18

Anlass 04 Badehilfen 25

- Badewannenlifter 04.40.01 25
- Badewannensitze 04.40.02 25
- Duschhilfen 04.40.03 25
- Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen 04.40.05 25

Anlass 05 Bandagen 26

Anlass 06 Bestrahlungsgeräte 27

Anlass 07 Blindenhilfsmittel 28

Blinden-langstöcke 07.50.01 28
Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02 28
Anlass 08 Einlagen 30
Stützende Einlagen 08.03.01 30
Bettungseinlagen zur Entlastung 08.03.02 30
Stützende, korrigierende/ entlastende Schaleneinlagen 08.03.03 30
Einlagen mit Korrekturbacken 08.03.04 30
Stoßabsorber/ Verkürzungs-ausgleiche 08.03.06 30
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07 30
Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte 31
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 9.11.01.0 31
Tumortherapiefelder (TTF Optune) 09.17.01.0001 33
Niederfrequente Elektrostimulations-geräte zur Schmerzbehandlung 09.37.01 35
Niederfrequente Elektrostimulations-geräte zur Muskelstimulation 09.37.02 36
Biphasische, niederfrequente Elektrostimulations-geräte bei Inkontinenz 09.37.03 37
Anlass 10 Gehhilfen 46
Gehgestelle 10.46.01 46
Gehwagen 10.46.02 46
Fahrbare Gehhilfen mit Unterarmauflagen 10.46.04 46
Hand-/Gehstöcke 10.50.01 46
Unterarmgehstützen 10.50.02 46
Achselstützen 10.50.03 46
Fahrbare Gehhilfen 10.50.04 46
Fahrbare Gehhilfen mit Rollstuhlfunktion 10.50.05 46
Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus 48

Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma 53
Anlass 13 Hörhilfen 54
Drahtlose Übertragungs-anlagen 13.99.03.0 56
FM-Anlagen 56
Cochlea-Implantat 58
Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte 61
Aerosol-Inhalationsgeräte 61
für untere Atemwege 14.24.01 61
Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04 64
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20 67
Beatmungsgeräte zur intermittierenden und lebens-erhaltenden 70
Beatmung 14.24.XX 70
Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten (Produktart: 14.24.09.X) 70
Anlass 15 Inkontinenzhilfen 72
Ableitende Inkontinenzversorgung 15.XX.XX 72
Aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.30 72
Aufsaugende Inkontinenzversorgung 75
Anlass 16 Kommunikationshilfen 80
Einfache Kommunikations- 80
hilfen/ Symbolsysteme 16.99.01 80
Statische Systeme 80
mit Sprachausgabe 16.99.02 80
Dynamische Systeme mit Sprach-und Sichtausgabe 16.99.03 80
Behinderungs-gerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04 80
Behinderungs-gerechte Software für 80

Kommunikationssysteme 16.99.05 80
Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie 83
Medizinische Kompressions-strümpfe für Beine und Arme 17.XX.X 83
Hilfsmittel zur Narbenkompression 17.XX.X 83
Apparate zur Kompressiostherapie17.99.01 83
Medizinische Kompressionstherapie für Beine und Arme 83
Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge 90
Innenraum 46. 90
Innenraum und Außenbereich/ Straßenverkehr 50. Straßenverkehr 51. 90
Treppen 65 90
Anlass 19 Krankenpflegeartikel 98
Anlass 20 Lagerungshilfen 99
Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen 100
Real-Time-Messgeräte (rtCGM) 21.43.01 100
Überwachungs-geräte für Epilepsiekranke 21.46.01 106
Anlass 22 Mobilitätshilfen 110
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung 22.40.01 110
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert 22.40.02 110
Deckenlifter 22.40.06 110
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 112
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02 112
Anlass 23 Orthesen / Schienen 115
01. Vor- und Mittelfuß 115
02. Sprunggelenk 115
03. Fuß 116

04. Knie 117
05. Hüfte 118
06. Bein 119
07. Hand 120
08. Ellenbogen 122
09. Schulter 123
10. Arm 124
11. Leib/ Rumpf 125
12. Halswirbelsäule 126
13. Brustwirbelsäule 127
Individuell gefertigte Brustwirbelsäulen-orthesen zur Korrektur 23.13.30. 127
14. Lendenwirbelsäule 129
15. Wirbelsäule 130
29. Ganzkörper 133
Motorbetriebene Gehapparate - 134
Exoskelette: 23.09.01.2 134
Anlass 24 Beinprothesen 135
01. Vor- und Mittelfuß 137
03. Fuß 138
04. Knie 139
05. Hüfte 140
71. Unterschenkel 141
72. Oberschenkel 142
73. Fuß-Passteil 143
74. Kniegelenk- 144

Passteil ... 144
79.03. Funktions-Adapter/Elemente ... 145
79.04. Liner ... 145
79.06. Unterdruck-Systeme für Liner ohne Distalanschluss/Cushion-Liner ... 146
Anlass 25 Sehhilfen ... 147
Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen ... 147
Anlass 26 Sitzhilfen ... 150
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01 ... 150
Arthrodesen-sitzkissen 26.46.01 ... 153
Anlass 27 Sprechhilfen ... 156
Anlass 28 Stehhilfen ... 157
Anlass 29 Stomaartikel ... 158
Anlass 30 ... 159
Anlass 31 Schuhe ... 160
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 ... 160
Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte ... 163
Fremdkraft-betriebene Kniebewegungs-trainer 32.04.01 ... 163
Anlass 33 Toilettenhilfen ... 164
Anlass 34 Haarersatz ... 165
Anlass 35 Epithesen ... 166
Epithesen ... 166
Anlass 36 Augenprothesen ... 167
Augenprothesen ... 167
Anlass 37 Brustprothese ... 168
Brustprothesen ... 168

Anlass 38 Armprothesen 171
Anlass 80 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung nach §275 Abs. 3 Satz 3 SGB V 175
Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV 176
High-Flow bei Kindern 176
Mollii Suit Expulse 176
Anlass 99 Verschiedenes 178
Unterkiefer-protrusionsschiene 178

1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen?

Die Übermittlung von Aufträgen an den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe sollte möglichst digital **per eDA Hilfsmittel** erfolgen.

2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden?

Die Auftragsdaten und Fragestellung der Krankenkassen werden im Übergabedokument des eDA digital übermittelt, die Kassenunterlagen finden sich im Anhang.

Wir bitten bei Übermittlung per eDA nur die für die Fragestellung notwendigen Unterlagen einzureichen, ganz nach dem Motto: Soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich.

Die Dateien sollten möglichst in **max. 4 PDF Parteien** in möglichst folgender Reihenfolge übermittelt werden:

1. Verordnung
2. Kostenvoranschlag
3. Kassenunterlagen (z.B. Pflegegutachten (bei MD außerhalb WL), **Kalkulationsgrundlage, ggf. Herstellerinformation etc.)**
4. Ergebnis der SFB am Sitz der Kasse (gilt nur für Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe)

Obligatorisch sollten Verordnung und Kostenvoranschlag vorgelegt werden – auch bei Wiedervorlage des Falles (z.B. im Widerspruch). Dies ermöglicht eine rasche Einordnung des Sachverhaltes durch unsere Gutachter*innen und spart Ressourcen.

WICHTIG: Für die Begutachtung ist die **genaue Angabe der bisherigen bzw. derzeitigen Hilfsmittelversorgung** von maßgeblicher Bedeutung!
Leistungsauszüge sind oft unübersichtlich – die Suche nach relevanten Angaben ist für unsere Gutachter*innen oft sehr zeitaufwendig.

Wir bitten daher um **genaue Angabe der Vorversorgung - möglichst mit Hilfsmittelpositionsnummer**.
Tragen Sie diese bitte unter der „Sonstige Fragenstellung“ ein, damit unsere Gutachter*innen diese sofort im Blick haben.
Ggf. sollten ärztliche Verordnung und Kostenvoranschlag zur Vorversorgung mit vorgelegt werden.

MiMa-Verfahren: Unterlagen des Leistungserbringers gehen weiterhin im Rahmen des MiMa-Verfahrens ein.

Wichtig: Bitte übersenden Sie uns für jedes Hilfsmittel einen separaten eDA-Auftrag zu!

3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden?

Folgende Angaben/Unterlagen sollten von der Kasse im Widerspruchsfall vorgelegt werden:

1. **Verordnung**
2. **Kostenvoranschlag**
3. Dezidierte **Fragestellung der Kasse mit** genauer **Benennung des konkreten Hilfsmittels**
4. **Widerspruchsschreiben bzw. Unterlagen mit neuen Argumenten des / der Versicherten oder Verordnenden zum Leistungsantrag**
5. Kopie des Leistungsbescheides bzw. Mitteilung, ob negativer Leistungsbescheid
   -> auf Basis einer **Entscheidung der Kasse** ?
   -> auf Basis einer **sozialmedizinischen Empfehlung** eines Medizinischen Dienstes?

   Empfehlungen anderer Medizinischen Dienstes können von den Gutachter*innen nicht eingesehen werden, sodass aus gutachterlicher Sicht zunächst zu klären ist, auf welcher Grundlage ein ablehnender Leistungsbescheid erfolgt ist.
6. Bei Leistungsentscheid auf Basis einer nicht befürwortenden sozialmed. Empfehlung:
   Sofern MD außerhalb Westfalen-Lippe**: Vorlage der zu Grunde liegenden sozialmedizinischen Stellungnahme (mit Ergebnis und Begründung)**
7. Sind zusätzliche Unterlagen des Leistungserbringers für die gutachtliche Stellungnahme erforderlich, werden diese im Rahmen einer fallsteuernden SFB durch den/die Gutachterin für den Einzelfall definiert.
   Im Grundsatz sollte jedoch die Sachermittlung im Vorfeld der Begutachtung erfolgt und möglichst abgeschlossen sein!

4. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige

Bitte beachten Sie die im eDA Hilfsmittel vordefinierten Fragestellungen und reduzieren Sie die Anzahl der Fragen auf das Notwendige.

Dies gilt insbesondere bei Vorlage in der zentralisierten SFB!

Werden die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt, wird der Gutachter/die Gutachterin eine Versorgungsalternative empfehlen.

5. Wie wird ein Gutachten mit ausschließlich technischer Fragestellung beauftragt?

Es gibt 2 Möglichkeiten ein rein technisches Gutachten zu beauftragen. Dies ist möglich als

- Kombinierte sozialmedizinisch-technische Fragestellung im eDA
- als rein technische Fragestellung

Kombinierte sozialmedizinisch-technische Fragestellungen
werden im eDA übermittelt. Die technische Fragestellung wird unter „Sonstige Fragestellung“ formuliert.
Die sozialmedizinische Fragestellung wird durch den ärztlichen Gutachter in der Regel mit kurzer Stellungnahme bearbeitet (z.B. Bestätigung der Notwendigkeit der Versorgung). Der Auftrag wird dann zur weiteren Bearbeitung an das Technikerteam abgegeben.

Rein technische Fragestellungen sowie Evaluationen können weiterhin auch in **Papierform** beauftragt werden.
Die Gutachtenerstellung erfolgt ausschließlich durch technische Gutachter*innen.
Die Aufträge können an die Wohnort-BBS des/der Versicherten übermittelt werden oder auch direkt an das Hilfsmittelzentrum des/der zuständigen Technikers/Technikerin gemäß nachfolgender Liste unter Punkt 6..

6. Was ist erforderlich für die Kalkulationsprüfung durch das technische Team?

Bitte teilen Sie uns für die Prüfung des KVs durch das technische Team die Basis der Kalkulation mit.

Prüfung des KV

- auf Basis des aktuellen Hilfsmittelvertrags (mit Benennung, welcher Vertrag konkret angewendet werden soll)
  (z.B. der 2. Änderungs- und Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag nach §127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Orthesen - Anlass 23 vom 01.04.2019 der AOK NW)

oder

- Bitte um Vorlage einer nach Arbeitswerten, Materialien/Grundstoffen und Halb/Fertigteilen genau aufgeschlüsselten Einzelfallkalkulation auf Basis des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in Kombination mit den Kalkulationsvorschlägen des Bundesinnungsverbandes (BIV).

oder

- **Sonstige (bitte benennen)**

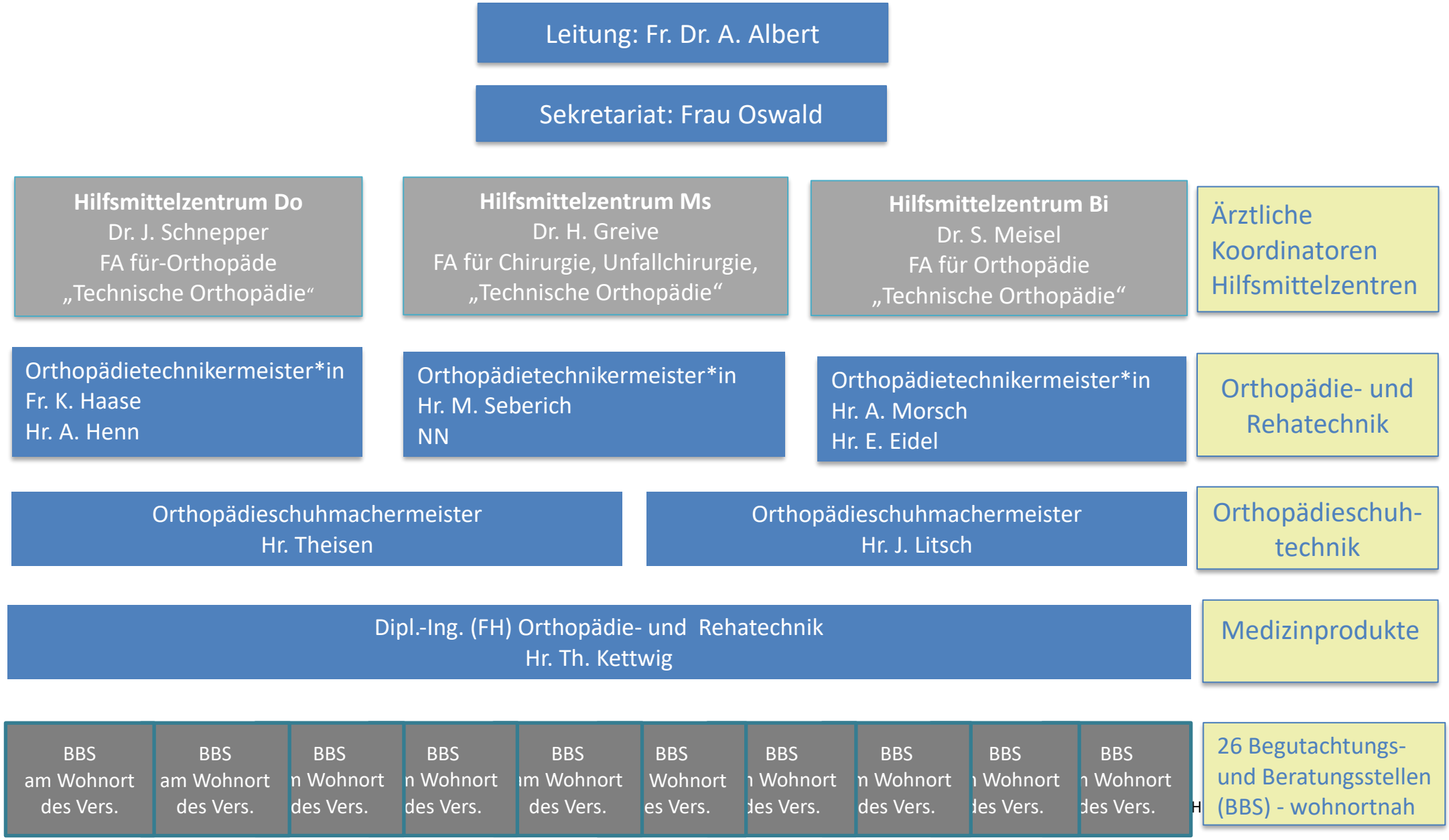
7. Angaben der Kasse zum Leistungserbringer

Das Feld für den **ärztlichen Leistungserbringer** ist bei der Krankenkasse ein Pflichtfeld und zu in jedem Fall zu befüllen.

Ist nur der technische Leistungserbringer relevant, bitten wir bei **ärztlichen Leistungserbringer** „entfällt“ oder die **Arztnummer 9999999999** einzugeben

Bitte tragen Sie **nicht Pseudoarzt oder AMBO-Arzt** ein, da dies zu Problemen im Versand auf Seiten des MD Westfalen-Lippe führt.

8. Struktur des Fachreferates und Ansprechpartner



	Hilfsmittelzentrum Dortmund	Hilfsmittelzentrum Münster	Hilfsmittelzentrum Bielefeld
Ärztliche Koordinatoren:	**Dr. Jörg Schnepper** Facharzt für Orthopädie Semerteichstr. 50-52 44141 Dortmund Telefon: 0231/9069-0 Fax: 0231/9069-158 E-Mail: JSchnepper@md-wl.de	**Dr. Heinz Greive** Facharzt für Chirurgie Roddestr. 12 48153 Münster Telefon: 0251/48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: HGreive@md-wl.de	**Dr. Stefan Meisel** Facharzt für Orthopädie Hermannstr. 1 33602 Bielefeld Telefon: 0521/96503-0 Fax: 0521/96503-99 E-Mail: SMeisel@md-wl.de
Orthopädie- und rehatechnische technische Fragestellungen	**Klaudia Haase** Orthopädietechnikmeisterin Semerteichstr. 50-52 44141 Dortmund Tel: 0231/9069-0 Fax: 0231/9069-158 E-Mail: KHaase@md-wl.de **Andreas Henn** Orthopädietechnikmeister Semerteichstr. 50-52 44141 Dortmund Tel: 0231/9069-0 Fax: 0231/9069-158 E-Mail: AHenn@md-wl.de	**Marc Seberich** Orthopädietechnikmeister Roddestr. 12 48153 Münster Telefon: 0251/48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: MSeberich@md-wl.de **NN**	**Andreas Morsch** Orthopädietechnikmeister Hermannstr. 1 33602 Bielefeld Tel: 0521/96503-0 Fax: 0521/96503-99 E-Mail: AMorsch@md-wl.de **Elmar Eidel** Orthopädietechnikmeister Hermannstr. 1 33602 Bielefeld Tel: 0521/96503-0 Fax: 0521/96503-99 E-Mail: EEidel@md-wl.de
Schuhtechnische Fragestellungen	**Mark Theisen** Orthopädieschuhmachermeister Universitätsstr. 74 44789 Bochum Tel: 0234/96458-0 Fax: 0251/5354-5804 Mail: MTheisen@md-wl.de	**Joachim Litsch** Orthopädieschuhmachermeister Roddestr. 12 48153 Münster Telefon: 0251/48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: JLitsch@md-wl.de	

Medizinprodukte und regulatorische Anforderungen		**Thomas Kettwig** Dipl.-Ing. (FH) Orthopädie- und Rehatechnik Roddestraße 12, 48153 Münster Telefon: 0251 /48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: TKettwig@md-wl.de	

Anlass 01 Absauggeräte

Sekret-Absauggeräte, netzabhängig 01.24.01
 	
Sekret-Absauggeräte, netzunabhängig 01.24.02
	Sachermittlung durch die Kasse
	
	• Verordnung
	• Kostenvoranschlag
	• Stellungnahme des Verordners
	• Fachärztlicher Bericht:
	  • Pulmologie
	• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)
		Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
		
		Angaben zu
		• Schädigung der Atmungs-/Hustenfunktion
		• Störung der trachealen, bronchialen oder oralen Sekretelimination bei dauerhaft leicht abzusaugendem (flüssigen) Sekret bei:
		- Tracheotomie (z. B. bei invasiver Beatmung) *oder*
		- Tracheotomie bei Laryngektomie *und/oder*
		- Muskulären und/oder neurologischen Erkrankungen (ohne Tracheotomie)
		
		• Angaben zur Betreuungs- bzw. Pflegesituation:
		  ○ Eine ärztliche Einweisung des/der der Vers. oder der Hilfs- bzw. Pflegeperson unter Beachtung des je nach Altersgruppe spezifisch erforderlichen Vakuums ist erforderlich
		  ○ Es ist sicherzustellen, dass auch in Situationen mit veränderter Sekretmenge und -qualität (z. B. bei Infektexacerbationen) eine adäquate Absaugung erfolgen kann.

Anlass 02 Adaptionshilfen

Essapparate 02.40.02.5	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) • Ggf. Videodokumentation mit Anwendungserprobung **Essapparate** (Produktart HMV): *Aufnahme fester Nahrung* *von einem Teller bei Einschränkungen* *der Hand- und Armfunktion* *Zur Ermöglichung des selbstständigen* *Essens*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund - Einschränkungen der Hand- und Armfunktion - Greif- und Haltefunktion der Hände und/oder Finger *z. B. bei Gelenkerkrankungen, neurologische Erkrankungen,* *Verletzungsfolgen, Fehlbildungen* - Koordination, Geschicklichkeit - Psychokognitive Einschränkungen • Betreuungs- oder Pflegesituation • Ist der/die Vers. zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des vom LE vorgeschlagenen Produktes in der Lage ? • Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität, Adaptationshilfen) • Individuelles Versorgungsziel

Anlass 03 Applikationshilfen

Insulinpumpen 03.29.04	**Sachermittlung durch die Kasse** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Diabetologische Stellungnahme zur Notwendigkeit einer Versorgung mit Insulinpumpe (Indikation) • Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung (Zweckmäßigkeit (Eignung) des ausgewählten Einzelproduktes im Einzelfall) • Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. **über mindestens 2 Wochen** ggf. als digitale Dokumentation (App) • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Fachärztlicher Bericht Diabetologe*in** • Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus • Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname) • Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung: - Angabe zu Hypoglykämien - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ? • HbA1c der letzten 12 Monate • Individuelles Therapieziel • Bisherige Therapiemodifikationen ? • Bisherige Schulungsmaßnahmen ? • Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik) • Angaben zu Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. • Ist der/ die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung der beantragten Insulinpumpe in der Lage? • Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich? • Liegt ein Pflegegrad vor? • Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten ….? (ICF!)

		ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen • Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit mit konkreten Angaben zur erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE • Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis) • Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel • Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit **Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:** • **Elektronische CGM-Dokumentation** mit Übersichtsblatt (90 Tage) und einzelnen Tagesprotokollen über 2 Wochen • **Ambulantes Glukose Profil** (**AGP-Bericht**) mit Time in Range (TIR), Glukosevariabilität ect. **Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:** • Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers für den Vers. besonders geeignet (zweckmäßig)? • Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant ? • Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten ? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc) **Gemäß GBA-Beschluss darf die Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden:** • Bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer **intensivierten Insulinbehandlung** bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden,

		• Insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können und • wenn die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (s. u.) vorliegen. **Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Versicherten entsprechend des jeweiligen Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.** Für die sozialmedizinische Begutachtung sollte vom Versicherten ein (ggf. auch digitales) Blutzuckertagebuch vorgelegt werden. Hieraus ist im Regelfall abzuleiten, ob tatsächlich eine intensivierte Insulintherapie erfolgt. **Erfolgt eine intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) ?** Die intensivierte konventionelle Insulintherapie nutzt das Basis-Bolus-Konzept. Ein-oder 2 x täglich wird der basale Insulinbedarf mit einer Injektion von Verzögerungsinsulin gedeckt (Basisinsulin). Zusätzlich wird vor den Mahlzeiten ein kurzwirksames Insulin injiziert (Bolus). Diese Dosis ist abhängig vom aktuellen Blutzucker und dem Kohlenhydratanteil der Mahlzeit.

		Die Durchführung einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) erfolgt somit einem Basalinsulin sowie mit einem kurzwirkenden Insulin (Bolusinsulin oder Mahlzeiteninsulin). Das langwirksame Insulin deckt den Grundbedarf ab, das kurzwirksame Insulin dient als Mahlzeiteninsulin bzw. Korrekturinsulin. **Beispiele für langwirksame Insuline (Basalinsulin):** **NPH-Insuline** z.B. Berlinsulin H Basal, Insuman Basal Aventis, Humaninsulin Basal Lilly, Insulatard Human Novo Nordisk, Protraphane HM NovoNordisk. **Analogoninsuline** z.B. Insulin glargin (Toujeo, Lantus), Insulin Detemir (Levemir), Insulin Deglutec (Tresiba), Insulin Glargin- Biosimilar (Abasaglar) **Beispiele für kurzwirkende Insuline (Bolusinsulin):** Normalinsulin (z.B. Actrapid ®, Berlinsulin ® H Normal, Huminsulin ® Normal, Insuman ® Infusomat, Insuman ® Rapid) Analoginsulin (Insulin aspart (Fiasp, Novorapid), Insulin glulisin (Apidra) und Insulin lispro (Humalog, Liprolog, Lyumjev) Während die Gabe von Basalinsulin für den Grundbedarf festgelegt ist, gibt es für das Bolusinsulin einen Faktor, den sogenannten BE- bzw. KH Faktor - z.B. 1IE/BE. Dies besagt, dass eine Insulineinheit zur Abdeckung einer BE benötigt wird. Dieser Faktor sollte für die Begutachtung ebenfalls mitgeteilt werden. **Fazit:** Die pauschale Angabe des Verordners, dass eine ICT erfolgt, reicht nicht aus.

		Es sollte vielmehr erkennbar sein, dass ○ 2 Insulinarten eingesetzt werden und ○ dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern ○ dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird Wenn in den Arzneimittelverordnungsdaten lediglich ein Insulin aufgeführt ist und der Versicherte keine Pumpentherapie durchführt (dabei wird nur schnelles Insulin verwendet, also eine Insulinart), kann es sich **in Sonderfällen** trotzdem um eine intensivierte Insulintherapie handeln. Die **supplementäre Insulintherapie (SIT)** ist eine mahlzeitenbezogene Therapie ohne Unterstützung eines Basalinsulins. Sie zielt speziell darauf ab, Blutzuckeranstiege nach dem Essen (postprandial) abzufangen. Es wird meist zu jeder Hauptmahlzeit Normalinsulin oder ein kurzwirksames Insulinanalogon, adaptiert an Glukosewerte und Kohlenhydratmengen, gespritzt. So sind flexible und spontane Essensgewohnheiten möglich. Es kann eine Anpassung an Schichtarbeit und stark wechselnde körperliche Belastung erfolgen. Es besteht ein erhöhter Schulungsaufwand und ein relativ hohes Hypoglykämierisiko.

Profilerhebungsbogen

Diabetestyp mellitus: ( )Typ 1 ( )Typ 2 ( )Sonstiger

Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : _____

Größe: Gewicht:

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

_____

Intensivierte Insulintherapie seit: _____

Therapieplan der ICT:

_____

BE-Faktor: Korrektur-Faktor: Basalinsulin:

HbA1c der letzten 12 Monate : _____

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

_____

Bisherige Therapiemodifikationen:

_____

Bisherige Schulungsmaßnahmen: _____

Individuelle Therapieziele: _____

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

_____

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. :_____

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

Liegt ein Pflegegrad vor ? _____

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

_____

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?
  _____
- Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant ? ja ( ) nein ( )
- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten ? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc)
  _____

Sonstiges/weitere Hinweise:_____

Anlass 04 Badehilfen

Badewannenlifter 04.40.01 Badewannensitze 04.40.02 Duschhilfen 04.40.03 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen 04.40.05	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) <u>Ziel der Versorgung (HMV) :</u> *Ermöglichung selbständigeres Badens/Duschens in der Badewanne zur Sicherung der Körperhygiene*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund: - Steh- und Gehfähigkeit - Sitzfähigkeit - Rumpfstabilität - Funktion der unteren Extremität - Beweglichkeit und Muskelkraft - Funktion der oberen Extremitäten - Beweglichkeit und Muskelkraft - Schwindel, Fallneigung, Koordination, Gleichgewicht • Individuelles Versorgungsziel

Anlass 05 Bandagen

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 06 Bestrahlungsgeräte

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 07 Blindenhilfsmittel

Blinden-langstöcke 07.50.01 Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Augenarzt/Augenärztin • Versichertenanfrage mit Fragebogen • Erprobungsbericht des Leistungserbringers **Indikation gemäß PG 07:** *Vorliegen von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung aufgrund von angeborenen oder erworbenen Schädigungen der brechenden Medien des Auges, der Netzhaut, der Sehbahnen oder der Sehrinde.* *Blindenhilfsmittel können im Einzelfall auch für Vers. in Betracht kommen, bei denen die Nutzung visueller Informationen aufgrund*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Angaben des Verordners** • zum Restsehvermögen • zum Gesichtsfeld • Relevante Comorbiditäten bzw. Einschränkungen? (insb. Kognition und Feinmotorik) • Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Mit Schweregrad, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht? • Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt? • Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt ? • Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel? • Individuelles Versorgungsziel? Bei der Verordnung eines Blindenhilfsmittels **bei einer Sehschärfe/Visus über 0,05** sind konkrete Angaben zu ggf. zusätzlich visusbeeinträchtigenden u. die Verordnung begründenden Befunden erforderlich (z.B. Gesichtsfeld). **Erprobungsbericht des Leistungserbringers:** • Ergebnis der Erprobung des beantragten Produktes und ggf. erprobter Versorgungsalternativen

	funktioneller, zerebraler oder psychischer Ursachen in einem Schweregrad eingeschränkt ist, ***der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht****.* *Der Nutzen des Hilfsmittels zur Kompensation der vorliegenden funktionellen visuellen Einschränkungen ist vor der Verordnung zu überprüfen und nachzuweisen.*	

Profilerhebungsbogen:

- Befund: Restsehvermögen und Gesichtsfeld
- Individuelles Versorgungsziel ?
- Liegen weitere relevante Einschränkungen vor? (Insb. Kognition und / oder Feinmotorik betreffend)
- Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden genutzt?
- Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel?

Anfrage an den / technische/n Leistungserbringer/in:
Erprobungsbericht des Leistungserbringers:
- Ergebnis der Erprobung des beantragten Produktes
- ggfs. erprobter Versorgungsalternativen

Anlass 08 Einlagen

Stützende Einlagen 08.03.01 Bettungseinlagen zur Entlastung 08.03.02 Stützende, korrigierende/ entlastende Schaleneinlagen 08.03.03 Einlagen mit Korrekturbacken 08.03.04 Stoßabsorber/ Verkürzungs-ausgleiche 08.03.06 Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Orthopädie • Versichertenanfrage • KH-Bericht (z.B. fußchirurgisch) • Erprobungsbericht des beantragten Hilfsmittels	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Erwachsene** • Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie. • Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße • Fotodokumentation (falls vorhanden) **Kinder** • Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie. • Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße • Fotodokumentation (falls vorhanden) • Angaben - zur Fußdeformitäten - zu Gangbildauffälligkeiten - zu Muskeltonusstörung - zu psychomotorischen Entwicklungsstörungen

Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte

Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 9.11.01.0	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme Verordner*in • Fachärztliche Stellungnahme: Kardiologie • Krankenhausbericht **Indikation (laut HMV) :** Erwachsene bei folgenden Indikationen/ Konstellationen: • Hohes Risiko des PHT/SCD **unmittelbar nach der Explantation eines implantierten Defibrillators (ICD - CRT-D),** wenn eine sofortige Reimplantation eines ICD - CRT-D nicht möglich ist • Hohes Risiko des PHT/SCD, bei denen eine **sofortige Implantation eines ICD indiziert, aber aus medizinischen Gründen nicht möglich** ist (z. B. Kontraindikationen	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angaben zum Verlauf der kardialen Erkrankung (z.B. Entlassungsbericht der Klinik) • Echokardiographie Befunde • MRT-Befunde • Koronarangiographie Befunde • EPU Befunde – falls vorhanden • EKG/Langzeit-EKG im Befunde • Liegt eine krankheitsbedingt erhöhte Gefahr eines plötzlichen Herztodes (PHT) vor? Erläuterung erforderlich • Welche Begleittherapie erfolgt neben der Anwendung der LifeVest ? - *Pharmakotherapie (medikamentöse Therapie zur Behandlung der Herzinsuffizienz, antiarrhythmischer Therapie),* - *Katheter-interventionelle Verfahren (Koronarintervention/Ablation)* • Liegt die Indikation zur sofortigen Implantation eines Kardioverter Defibrillators (ICD/CRT-D) vor? Wenn ja, warum kann diese nicht erfolgen? • Ist für den/die Vers. eine Herztransplantation vorgesehen? • Liegen im Einzelfall Kontraindikationen vor?

	gegen eine OP, bei temporärer Komorbidität wie z. B. eine systemische Infektion) • Hohes Risiko des PHT/SCD mit **rechtsventrikulärem oder rechtsarteriellem Thrombus oder Tumor (Myxom),** bei denen eine sofortige Implantation eines ICD indiziert, aber nicht möglich ist • **Vorgesehene Herztransplantation** bei Versicherten, die auf der Warteliste für ein Spenderherz stehen, bei denen eine Implantation eines ICD oder CRT-D Systems medizinisch nicht möglich oder sinnvoll ist • Eine Indikation besteht nicht mehr, sobald das krankheitsbedingt erhöhte Risiko eines PHT im Krankheits- und Behandlungsverlauf nicht mehr besteht oder wenn die Indikation zur Implantation eines implantierbaren Kardioverter Defibrillators (ICD/CRT-D) gestellt und die Implantation durchgeführt werden kann. • Für weitere Indikationsbereiche ist	Kontraindikation gemäß Herstellerangabe: Nicht zur Verwendung bei Versicherten mit einem implantierbaren Kardioverter Defibrillator (ICD/CRT-D) • Kann der Versicherte das beantragte Hilfsmittel sicher und bestimmungsgemäß anwenden? • Erfolgt(e) eine Anpassung und Einweisung unter stationären Bedingungen? • Ist der beantragte Versorgungszeitraum plausibel?

	• die Erforderlichkeit des Hilfsmittels unter Berücksichtigung des § 2 Absatz 1a SGB V und der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts individuell zu prüfen. **Kontraindikation gemäß Herstellerangabe:** • Nicht zur Verwendung bei Versicherten mit einem implantierbaren Defibrillator	
Tumortherapie felder (TTF Optune) 09.17.01.0001 NN-Art: "Produktart: 09.17.01.0 - Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht der Tumorkonferenz • Ambulanzberichte Onkologie • Trageprotokolle • Sofern diese nicht zur Verfügung gestellt werden: Angaben des Behandlers zur Tragedauer **<u>Allgemeine Hinweise zum Krankheitsbild:</u>**	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Erstverordnung:** • Bericht der Tumorkonferenz • MRT-Befund nach Radiochemotherapie Für die Begutachtung sollte explizit eine Befundung nach RANO-Kriterien mit dokumentierter Beteiligung des Strahlentherapeuten und die Bewertung der interdisziplinären Tumorkonferenz (Abgrenzung Progress) vorgelegt werden. **Folgeverordnung:** • Bericht der Tumorkonferenz • Anwenderprotokolle

	Glioblastoma multiforme (Glioblastom): - Gehirntumorklassifikation der World Health Organization (WHO): **Grad IV** *(äußerst bösartige Tumoren, die mit einer deutlichen Reduktion der Überlebens-zeit einhergehen, sofern keine effektive Behandlung zur Verfügung steht)* Bei der nicht-invasiven Methode werden der/dem Pat. auf der rasierten Kopfhaut Elektroden in individueller Ausrichtung platziert. Diese übertragen lokal **elektrische Wechselspannungsfelder** mit einer Frequenz von 200 Kilohertz auf das Glioblastom (Erzeugung durch einen tragbaren Feldgeneratoren). Die Wechselspannungsfelder sollen das Tumorwachstum hemmen, indem diese mit der bioelektrisch gesteuerten Mitoseaktivität der Tumorzellen interferieren und auf diese Weise deren Proliferation hemmen Die Methode darf zu Lasten der GKV erbracht werden bei Pat. - *mit einem **neu diagnostizierten***	*(Auslesen der Daten zur Nutzung des Gerätes - Tragedauer)* • Ambulanzberichte Onkologie • MRT-Befund nach Radiochemotherapie *(Follow-up)* **Welche Unterlagen sind bei Folgeverordnungen vorzulegen?** ○ **Aktueller klinisch-neurologischer Befund.** ○ **MRT-Befund**: - wenn sich der **klinisch-neurologische Befund verschlechtert** (klinisch Verdacht auf ein Rezidiv bzw. ein Progress) *oder* - wenn die Patientin/ der Patient bereits ein **erstes Rezidiv** erlitten hat *(um ein zweites Rezidiv sicher auszuschließen).* - Falls darüber hinaus MRT-Untersuchungen durchgeführt wurden, sollten diese ebenfalls vorgelegt werden *(Anm.: zumeist wird alle 3 Monate ein MRT des Schädels gemacht).* - **Sämtliche TTF-Trageprotokolle für den zu prüfenden Zeitraum**

	Glioblastom**, wenn* - ***nach Abschluss der Radiochemotherapie - ***keine frühe Krankheitsprogression** nachgewiesen wurde.* *Die TTF-Behandlung beginnt zusätzlich zur Standardtherapie in der Erhaltungsphase und kann bis zum zweiten Rezidiv angewendet werden*	
Niederfrequente Elektrostimulations-geräte zur Schmerzbehandlung 09.37.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** **Erwachsene** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners **Produktart Indikation HMV:** - *Ursächlich nicht beeinflussbare chronische Schmerzzustände, z. B. bei:* - *Sympathisch unterhaltenem Schmerzsyndrom* - *Deafferenzierungs-Stumpf–Phantomschmerz* - *Zentralen Schmerzen*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • **Antragsrelevante Diagnose** • Erstdiagnose Schmerzsyndrom? Beginn der Beschwerden ? • Bisheriger Verlauf ? • Bisheriges Therapiekonzept ? Mit welchem Ergebnis ? • Therapieadhärenz des/der Pat. • Therapieziel ? • Ergebnis der Erprobung **Folgeverordnung:** - Ergebnis der Kontrolluntersuchung - Auswertung des im Gerät integrierten Therapiespeichers - Therapieadhärenz des/der Vers.

	- *Chronischen Schmerzen nach Läsion des ZNS (Rückenmark, Hirnstamm, Thalamus, subkortikalen Strukturen, wahrscheinlich auch Kortex)* - *Chronisch radikuläre und sekundäre chronifizierte Schmerzprozesse, wenn nach sorgfältiger Austestung der Elektrodenlage eines einkanaligen Schmerztherapiegerätes der Schmerz ausreichend zu beeinflussen ist* - **Die Verordnung eines Schmerztherapiegerätes setzt immer eine positive Erprobung voraus**. - *Jeder Folgeverordnung sollte eine Kontrolluntersuchung unter Berücksichtigung der Compliance und Auswertung des im Gerät integrierten Therapiespeichers vorausgehen.*	
Niederfrequente Elektrostimulations-geräte zur Muskelstimulation 09.37.02	**Sachermittlung durch die Kasse:** **Erwachsene** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht Neurologie	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • **Antragsrelevante Diagnose** • Erstdiagnose akute Denervierung? • Bisheriger Verlauf ? • Bisheriges Therapiekonzept ? Mit welchem Ergebnis ?

	• Klinikbericht • Physiotherapeutischer Bericht **Produktart Indikation HMV:** *Minderung/Verhinderung einer Atrophie bei akut denervierter Muskulatur:* - *solange behinderungs-/krankheitsbedingt ein zielführendes aktives Muskeltraining nicht möglich ist.* - *Eine begleitende Physiotherapie ist grundsätzlich erforderlich.* - *EMG-Kontrolle oder Erstellung einer I/t-Kurve durch die Ärztin oder den Arzt erforderlich.* - *Eine Verordnung über ein Jahr hinaus bedarf einer gesonderten Begründung.*	• Physiotherapie: Mit welchem Ergebnis ? • Therapieziel ? • Warum ist ein aktives Muskeltraining nicht möglich ? • Verlaufskontrolle: EMG- Befund oder I/t-Kurve
Biphasische, niederfrequente Elektrostimulations-geräte bei Inkontinenz 09.37.03	**Sachermittlung durch die Kasse:** **Erwachsene** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** Die Ermittlung der durchgeführten Diagnostik hat für die gutachterliche Bewertung hohe Bedeutung. Nach abgeschlossener Diagnostik erfolgt in der Regel im Erwachsen- und Kindesalter eine **konservative Urotherapie**. In der Regel schließt sich erst dann eine Hilfsmittel-versorgung an.

	- Urologie - Gynäkologie • Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie • Rehabilitationsberichte (ggf. Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung) • Profilerhebungsbogen Elektrostimulationsgeräte **Kinder** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Fachärztlicher Bericht: Pädiater oder Kinderurologe Die **Kontraindikationen** der Gerätehersteller sind zu beachten **Allgemeingültige Kontraindikationen und Anwendungseinschränkungen laut HMV:** *Elektrostimulations- bzw. Elektrotherapiegeräte dürfen <u>nur nach Rückversicherung mit den Herstellern</u> eingesetzt werden bei Versicherten*	**Erwachsene:** • Antragsrelevante Diagnose • Komorbiditäten • aktuelle Beschwerden/Symptome • Operationen und Begleiterkrankungen • Bisherige Diagnostik • Bisheriges Therapiekonzept incl. urotherapeutische Maßnahmen: Mit welchem Ergebnis ? • Bisherige Hilfsmittelversorgung (Inkontinenz, sonstige) **Kinder:** • Antragsrelevante Diagnose • Psychomotorische Einschränkungen bzw. Entwicklungsstörungen • Angaben zu möglichen Operationen (z.B. im anogenitalen Bereich) • Verlauf und aktuelle Beschwerden • Bisherige Diagnostik • Angaben zur Urotherapie und bisherigen Medikation • Trink- und Miktionstagebuch (mit Angaben zum Trink-und Miktionsverhalten/Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag)

	- *mit **aktiven Implantaten** (z. B. Herz- und Hirn-Schrittmacher, Defibrillator)* - ***metallischen Implantaten im Behandlungsgebiet*** *Der Geräteeinsatz ist auch kontraindiziert, wenn die /der Vers. und/oder ggf. erforderliche Hilfspersonen nicht in der Lage sind, **Risiko, Tragweite, Anwendungs- und Durchführungsprinzipien zu erkennen**.* **Allgemeingültige Kontraindikationen:** *- Potenziell lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen* *- Epileptische Anfälle* *- Erhöhtes Embolierisiko,* *- Sensibilitätsstörungen der Haut* *- Hautdefekte z.B. Verletzungen, Ulzerationen, Verbrennungen* *- akute Entzündungen der Haut und der Unterhaut im Elektroden-auflageareal* ***Schwangerschaft:*** *Anwendung nur nach Rückversicherung mit den Geräteherstellern und behandelnden Arzt/Ärztin oder Gynäkologen/ Gynäkologin.*	

Profilerhebungsbogen:

Harninkontinenz oder Blasenfunktionsstörung:

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

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 ( ) Cystocele

( ) 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:

( ) 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

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 :

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Bei Stuhlinkontinenz:

Alter: Größe: Gewicht:

Geschlecht: ( ) Männlich ( )Weiblich ( ) Divers

Angabe der Diagnose

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :

Die Stuhlinkontinenz besteht seit

Ausprägung der Symptomatik:

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

Durchgeführte Diagnostik:

( ) Defäkationsprotokoll ( ) Analmanometrie ( ) Defäkographie

( ) Rekto-/Koloskopie ( ) Anale Endosonographie

( ) MRT ( ) Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie

( ) 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

Geplante/vorgesehene Dauer der Therapie:……..

Zubehör: ( ) Rektalelektrode

Anleitung erfolgt durch:

( ) Arzt/Ärztin ( ) Pflegefachkraft ( ) Physiotherapeut*in ( ) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Liegen aus Sicht des Verordners/der Verordnerin die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße und sichere Anwendung des beantragten Medizinproduktes durch den med. Laien bzw. eine Hilfsperson im Einzelfall vor?

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Anlass 10 Gehhilfen

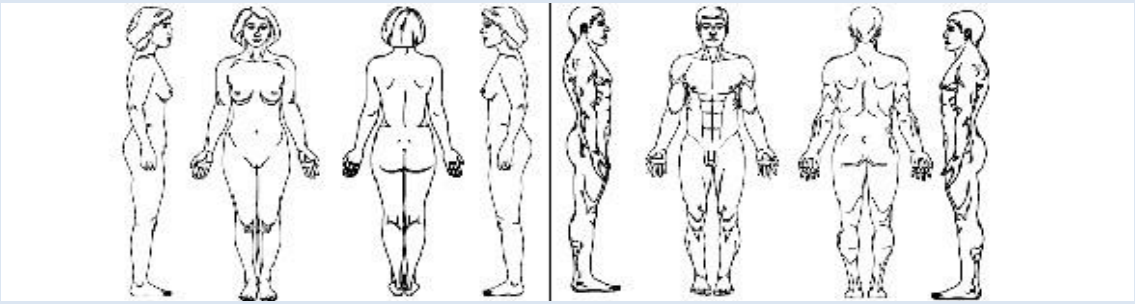
Gehgestelle 10.46.01 Gehwagen 10.46.02 Fahrbare Gehhilfen mit Unterarmauflagen 10.46.04 Hand-/Gehstöcke 10.50.01 Unterarmgehstützen 10.50.02 Achselstützen 10.50.03 Fahrbare Gehhilfen 10.50.04 Fahrbare Gehhilfen mit Rollstuhlfunktion 10.50.05	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Ggf. Videodokumentation • **Bei Kindern:** Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Bei Erwachsenen:** • Befund: - Gehfähigkeit - Koordination und Gleichgewicht - Mobilität im Haus und außer Haus **Bei Kindern:** • Befund: - Sitz-, Steh- und Gehfähigkeit - Muskeltonus - Koordination und Gleichgewicht - Psychomotorische Entwicklungsstörungen • Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität) • Individuelles Versorgungsziel • Bei Kindern: Vorgesehener Einsatzort: - Häusliches Umfeld - Kindergarten - Schule - Einrichtung

		Angaben zu erforderlichen Zubehörteilen wie z. B. - Spreizsitzen - Beinteilern - höhenverstellbaren Achselstützen - höhenverstellbaren Unterarmstützen

Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Dokumentation gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Dekubiti



(o = gefährdeter Bereich, x = bestehender Dekubitus)

Beschreibung des/der dokumentierten Dekubitus/Dekubiti

	Dekubitus (x 1)	Dekubitus (x 2)	Dekubitus (x 3)	Dekubitus (x 4)
Kategorie/Stadium				
Durchmesser bzw. Länge/Breite				
Tiefe				

ggf. weitere Erläuterungen / Angaben zur Wundversorgung: _____

Lagen in der Vergangenheit bereits ein Dekubitus / Dekubiti vor: ( ) ja ( ) nein

Kontrakturen: ( ) nein ( ) ja

Harninkontinenz: ( ) nein ( ) ja Stuhlinkontinenz: ( ) nein ( ) ja

Allergien: nein ja wenn ja, welche:

Weitere Erkrankungen: _____

Braden-Skala (komprimierte Form) zur Bewertung des Dekubitusrisikos

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
Sensorische Wahrnehmung	Vollständig eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Keine Einschränkung	
Feuchtigkeit (Haut)	Ständig feucht	Sehr feucht	Gelegentlich feucht	Selten feucht	
Aktivität	Bettlägerig	Sitzfähig	Gelegentlich gehfähig	Mobil – gehfähig	
Beweglichkeit	Vollständig immobil	Stark eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Keine Einschränkung	
Ernährung	Stark eingeschränkt	Eher eingeschränkt	Adäquat	Keine Einschränkung	
Reibungs-Scherkräfte	Problematisch	Wenig problematisch	Unproblematisch	**Summe Punkte gesamt**	

Beurteilung: 11 Punkte und weniger Punkte = hohes bis höchstes Risiko,

16 Punkte bis 12 Punkte = mittleres Risiko, 23 Punkte bis 17 Punkte = geringes Risiko

Liegesituation der Versicherten oder des Versicherten im Bett

Sind Eigenbewegungen der Versicherten oder des Versicherten im Bett möglich?	nein ( ) ja ( )
Wird der Oberkörper überwiegend hochgelagert? (Sitzposition?)	nein ( ) ja ( )
Sind häufige Positionswechsel zur Sekret Mobilisation mit dem Ziel der Atem-erleichterung notwenig?	nein ( ) ja ( )
Liegen weitere bisher nicht erfasste Risiken vor? Wenn ja, welche:	nein ( ) ja ( )
Werden zusätzlich Lagerungshilfemittel benötigt? wenn ja, welche:	nein ( ) ja ( )

Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Sitzen genutzt werden (Sitzhilfen / Kissen)

Trifft nicht zu ( )

Sitzsituation der Versicherten oder des Versicherten

Wie lange wird der/die Versicherte durchschnittlich ununterbrochen am Stück auf der Sitzhilfe / dem Kissen verweilen?	ca. Std.
Wie lange wird der/die Versicherte durchschnittlich insgesamt pro Tag auf der Sitzhilfe / dem Kissen verweilen?	ca. Std.
Besteht bei der/dem Versicherten Sitzinstabiltät?	nein ( ) ja ( )
Sitzt der/die Versicherte asymmetrisch?	nein ( ) ja ( )
Kann die/der Versicherte sensitive Reize im Sitzbereich wahrnehmen?	nein ( ) ja ( )
Belastet der/die Versicherte bestehende oder abgeheilte Wunden beim Sitzen?	nein ( ) ja ( )
Ist der/die Versicherte aktive Rollstuhlfahrer*in	nein ( ) ja ( )
Ist der/die Versicherte passiver Rollstuhlfahrer*in	nein ( ) ja ( )
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück aktiv?	nein ( ) ja ( )
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück passiv?	nein ( ) ja ( )
Wird das Hilfsmittel auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt?	nein ( ) ja ( )
Wenn ja, welche:	

Versorgungsempfehlung

Empfehlung einer Produktart/eines konkreten Hilfsmittels (Positionsnummer und Bezeichnung) mit Begründung:

_____

_____

_____

Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 13 Hörhilfen

Hörgeräte	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Fachärztlicher Bericht - HNO - Pädaudiologie • Sprach-und Tonaudiometrie • Hörakustiker: Anpassbericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Verordner:** • Sprach-und Tonaudiometrie **Hörakustiker** • Versorgungsanzeige des Hörakustikers • Angabe der Typenzeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer der erprobten Geräte • Anpassbericht mit - Ton- und Sprachaudiogramm - Ergebnis der vergleichenden Hörhilfentestung **Bei vorzeitiger Versorgung** • Letzter Anpassbericht mit Ton- und Sprachaudiogramm • Bei eingetretener Verschlechterung: Nachanpassbericht • Datenblatt zu den bisher getragenen Hörgeräten **Kleinkinder:** • Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteanpassung des betreuenden Pädaudiologen/ HNO-Arztes **Bei knochenverankerten Hörgeräten:** • Begründung, warum eine Versorgung mit Luftleitungshörgerät nicht möglich ist • Anpassbericht

		Bei HG wg. AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre): • Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall / 60 dB Störschall) • Durchgeführte AVWS-Diagnostik **Anmerkung:** *Es scheint plausibel, dass auch Kinder, die jünger als 7 Jahre sind, von einer AVWS betroffen sind. Trotzdem wird für die AVWS-Diagnostik in der Leitlinie AVWS ein Mindestalter von ca. 7 Jahren empfohlen, da die Testergebnisse jüngerer Kinder hohe Standardabweichungen sowie Boden- und Zufallseffekte aufweisen.*

Drahtlose Übertragungs-anlagen 13.99.03.0
 	
FM-Anlagen
	Sachermittlung durch die Kasse:
	
	• Verordnung
	• Kostenvoranschlag
	• Stellungnahme des Verordners
	• Fachärztlicher Bericht:
	  ○ HNO
	  ○ Pädaudiologie
		Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
		
		Bei bestehender HG/CI-Versorgung:
		• Tonaudiometrien ohne Versorgung (HG)
		• Sprachaudiometrien in Ruhe bei 65 dB (Freiburger Einsilbertest)
		• Im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/60 dB Störschall) mit Versorgung (HG/CI)
		
		Bei AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre):
		• Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht
		• Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/60 dB Störschall)
		• Durchgeführte AVWS-Diagnostik

Profilerhebungsbogen:

Antragsrelevante Diagnose:

In welchem Umfeld bzw. in welcher Kommunikationssituation soll die FM-Anlage eingesetzt werden?

Welche (Förder-)Schule wird besucht:

Wird durch die Schule für den Unterricht eine drahtlose Übertragungsanlage zur Verfügung gestellt?

Bei bestehender CI/HG-Versorgung:

Wird bei 65 dB Sprachschallpegel und bestmöglicher apparativer Versorgung der Schwerhörigkeit (HG/CI) ein freies Sprachverstehen erzielt ?
(60% Einsilberverstehen oder mehr)?

Sonstiges/weitere Hinweise:

Cochlea-Implantat	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • - Bericht des Verordners • - Bericht der CI-Klinik • - Ton- und Sprachaudiogramm • - Hörakustiker: Anpassberichte	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Vom Versicherten** • Angaben zum Verlauf der Entwicklung des Hörverlustes (links und rechts) • Werden Hörgeräte getragen? Links bzw. rechts? Wenn ja, seit wann? • Wann erfolgte die letzte Überprüfung/ Nacheinstellung der aktuellen Hörgeräte-versorgung **Von der CI Klinik:** • Bericht zur Befunderhebung im Vorfeld der geplanten CI Versorgung • Begründung Erforderlichkeit der CI Versorgung • Bericht zum pädaudiologisch/ psychologischen Vorgespräch • Aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm **Bei Langzeit Ertaubung:** • Ergebnis des Promontorialtests • Erfolgte eine Optimierung der bestehenden Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchen Hörgeräten? Ergebnis? **Vom Hörgeräteakustiker** • Namen und Hilfsmittelpositionsnummer des bisher getragenen Hörgerätes • Anpassbericht der letzten Hörgeräteversorgung • Erfolgte seither eine weitere Optimierung der Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

		Bei Kleinkindern • Ergebnis der subjektiven und objektiven Hörprüfung • Erfolgte eine Hörgeräteerprobung? • Wenn ja, über welchen Zeitraum? Mit welchem Ergebnis? Wenn nein, warum nicht? **Schwerstbehinderte Kinder oder Erwachsene mit Beeinträchtigung der Kognition oder Verhaltensauffälligkeiten:** • Pädaudiologischer bzw. phoniatrischer Bericht <u>Zusätzlich bei Kindern:</u> • Befunde zur Entwicklungsdiagnostik • Pädiatrische/neuropädiatrische Befundberichte zur Implantations- und Rehafähigkeit **Bei geplantem Sprachprozesswechsel:** • Seit wann besteht die Versorgung mit einem Cochleaimplantat (CI)? • Ein oder beidohrig? • Welche Prozessoren werden getragen? (Genaue Bezeichnung) • Seit wann? • Ergebnisse der Überprüfung der Sprachverständlichkeit (letzte 3 Jahre mit den zuletzt getragenen Prozessoren) (Angabe Testverfahren und –bedingungen) • Ergebnis der vergleichenden Anpassung zwischen bisher getragenen Prozessoren und begehrten Prozessoren • Welche Schule/Einrichtung wird besucht? • Welche berufliche Tätigkeit wird ausgeübt?

		• Bestehen weitere Einschränkungen z.B. auch auf Sprachebene?

Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Fachärztlicher Bericht: Pulmologie • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Rehabilitations-Bericht(e) • Ggf. Physiotherapiebericht • Ggf. Pflegegutachten **Aerosolinhalation** (Definition PG 14) Bei allen Verneblern, insbesondere aber bei speziellen Medikamentenverneblern und nebenluftgesteuerten Verneblern sowie bei Kombination mit Vorschaltkammern/Spacern, muss beachtet werden, für welche Medikamente die jeweiligen Produkte eingesetzt werden können **(Herstellerempfehlungen gemäß Gebrauchsanweisung der**	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Verordnung Aerosolinhalationsgerät **und** vorgesehene Medikamentenapplikation Bei Verneblern ist zu klären, für welche Medikamente die jeweiligen Produkte eingesetzt werden sollen Dies gilt insbesondere für - Medikamentenvernebler - nebenluftgesteuerte Vernebler - Kombination Vernebler mit Vorschaltkammern/Spacern Bestimmte Medikamente dürfen nur mit bestimmten Verneblern appliziert werden. **Die Herstellerangaben in der Gebrauchsanweisung der entsprechenden Produktes sind zu beachten. Die relevanten <u>Arzneimittelfachinformationen</u> sind zu berücksichtigen!** **Für Aerosolinhaliergeräte gilt:** 1. Die Verordnung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung ist im Rahmen eines **Behandlungskonzeptes** zu beurteilen 2. Die Versicherte/ der Versicherte bzw. eine Hilfsperson

	Inhalationsgeräte*).* Zum Teil dürfen bestimmte Medikamente nur mit bestimmten Verneblern appliziert werden. Diese Informationen finden sich i. d. R. in den **Arzneimittelfachinformationen** und sind stets zu beachten	sollten zu einem bestimmungsgemäßen und sicheren Gebrauch in der Lage sein. Dies betrifft - die korrekte Inhalationstechnik sowie - die korrekte Anwendung des Produktes insgesamt 3. Der/die Versicherte sollte einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle unterliegen. 4. Das verordnete Hilfsmittel muss laut Fachinformation des Medikamentes für dessen Applikation geeignet sein **Informationen/Aspekte für eine sachgerechte sozialmedizinische Bewertung :** • Welche Medikamente sollen als Aerosol im Rahmen eines ärztlichen Behandlungsplans appliziert werden? • Ist der Vernebler für die vorgesehene Medikamenten-Applikation geeignet? (laut Fachinformation Arzneimittel - laut Herstellerinformation Applikationshilfe) • Ist der Versicherte oder eine Hilfsperson zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung in der Lage (psychokognitiv, motorisch)? • Erfolgt eine regelmäßige ärztliche Kontrolle der verordneten Aerosoltherapie/ Medikamentenapplikation ?

		Bei intermittierender bzw. ausschließlich nächtlicher Beatmung stellt sich die Frage, ob Medikamente vernebelt werden oder ggf. alternativ inhalativ appliziert werden können. Hier sind weitere Angaben erforderlich **Erforderliche Angaben bei intermittierender bzw. ausschließlich nächtlicher Beatmung** • Beatmungszeiten bzw. Zeiten der Spontanatmung pro Tag (in Stunden) • Zu welchen Zeiten/Zeitpunkten soll die Applikation der ärztlich verordneten Medikamente im Tagesverlauf erfolgen ? • Liegt eine Tracheostomaversorgung vor ? (Anmerkung: Ein Tracheostoma ermöglicht Beatmung, aber auch Spontanatmung) • Prognose: Ist im Krankheitsverlauf oder bei Exazerbation (z.B. akutem Atemwegsinfekt) mit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes und damit Zunahme von Beatmungszeiten zu rechnen?

Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Fachärztlicher Bericht Pulmologie • Befund Belastungstest (z.B. 6 Minuten Gehtest) • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Rehabilitations-Bericht(e) • Ggf. Physiotherapiebericht • Ggf. Pflegegutachten Anmerkung: Sauerstoff als unabdingbarer funktionaler „Bestandteil“ von Sauerstofftherapiegeräte ist leistungsrechtlich dem Hilfsmittelbereich zugeordnet **Verordnung der LTOT** ***(****Long-term oxygen therapy)* Die Verordnung der LTOT setzt die diagnostische Möglichkeit der Blutgasanalyse voraus, die in der Regel in Kliniken und pneumologischen Praxen zur Verfügung steht (Leitlinie LTOT 2020)	**Definition der chronischen Hypoxämie mit Indikation zur LTOT** Eine chronische Hypoxämie mit Indikation zur LTOT liegt immer dann vor, • wenn der PaO2 unter Ruhebedingungen und • während einer stabilen Krankheitsphase von mindestens 3 Wochen • zweimal ≤ 55mmHg (≤ 7,3 kPa) lag. **Patienten mit COPD** Bei Patienten mit COPD ist die LTOT auch bei PaO2-Werten ≤ 60mmHg (≤ 8 kPa) indiziert, sofern gleichzeitig entweder eine sekundäre Polyglobulie (Hämatokrit ≥ 55%) und/oder ein Cor pulmonale mit und ohne Rechts-herzinsuffizienz (und hierdurch bedingte periphere Ödeme) vorliegen (Leitlinie LTOT 2020) **Postakute Sauerstofftherapie (PoaOT)** Die Verordnung einer PoaOT betrifft symptomatische Patienten mit **Luftnot** und einer **Sauerstoffsättigung ≤ 92% in Ruhe**. Eine Reevaluation von PoaOT-Patienten soll spätestens 6-12 Wochen nach Initiierung der PoaOT durchgeführt werden, um zu klären, ob auch nach dem akuten Ereignis bei klinischer Stabilität und verbesserter Oxygenierung weiterhin die Indikation für eine Sauerstofftherapie - dann in Form einer LTOT- vorliegt.

Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie ja ( ) nein ( )

Angaben zur Symptomatik (Dypnoe, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Exerzerbationen)

Medikamentöse Therapie:

Therapiedauer Sauerstofftherapie (h/d):

Sauerstoffbedarf in Ruhe (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf bei Belastung (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf im Schlaf (Flow l/min):

Mobilität in der Wohnung ( ) ja ( ) nein _____ h/d

Mobilität außer Haus ( ) ja ( ) nein _____ h/d

Blutgasanalyseergebnisse	**paO_2**	**$paCO_2$**	**SaO_2**	**O_2-Fluss (l/min)**	**Atemnot gebessert**
In Ruhe ohne O2					
In Ruhe mit O2					(_) ja (_) nein
Unter Belastung ohne O2					(_) ja (_) nein

Unter Belastung mit O2					(_) ja (_) nein
Nachts mit O2					(_) ja (_) nein

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

PCO2-Anstieg auf maximal _____ mmHg

Ist der Patient/die Patientin demandfähig? ( ) Ja ( ) nein

Besteht ein Nikotinabusus? ( ) Ja ( ) nein

Angaben zum Raucherstatus:

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

CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Schlafmediziner/in • Bei bestehender Versorgung: Zeitliches Nutzungsprofil des Gerätes • KH-Entlass Bericht(e) • Sonstiges **Apparative Diagnostik bei schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS) :** *Bei der Polygraphie (PG) wird dem Pat. ein portables Messgerät angelegt, das nasalen Atemfluss, Atemexkursionen , Schnarchen, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körperlage bestimmt.* *Ist auf Basis dieser i.d.R ambulant durchgeführten Untersuchung keine Therapieentscheidung möglich oder besteht trotz unauffälliger Polygraphie klinisch weiterhin der*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Befund Polygrafie • Befund Polysomnografie **Apnoe-Hypopnoe-Index** (**AHI**): Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) erfasst die Summe der Apnoen und Hypopnoen pro Stunde Schlaf. **Obstruktive Schlafapnoe (Erwachsene)** Das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) ist eine schlafbezogene Atemstörung, bei der es während des Schlafs wiederholt zur Verringerung oder dem kompletten Aussetzen der Atmung durch eine Verengung des Rachenraums kommt. **Eine obstruktive Schlafapnoe (OSA) wird diagnostiziert,** wenn die Atmungsstörung durch - keine andere Schlafstörung, - medizinische Erkrankung , - Medikamente oder andere Substanzen erklärbar ist und entweder - **ein AHI > 15/h (Ereignis jeweils ≥ 10 s) Schlafzeit oder** - **ein AHI ≥ 5/h Schlafzeit in Kombination mit einer typischen klinischen Symptomatik oder relevanten Komorbidität** vorliegt. **Die Einleitung einer CPAP-Behandlung hat in einem Schlaflabor entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses „Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 3. Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ im Rahmen einer Therapieeinstellung zu erfolgen.** **Die häusliche Behandlung erfolgt (i. d. R.) mit dem Gerät, mit dem die Therapie-Einstellung durchgeführt wurde.**

	Verdacht auf eine SBAS, wird eine Polysomnographie (PSG) im Schlaflabor empfohlen. *Bei der Polysomnografie wird auch der Schlaf selbst untersucht, hierzu dienen Elektroencephalogramm, Elektrookulogramm und Elektromyogramm* *Bei Verdacht auf eine schlafbezogene Ventilationsstörungen erfolgt eine Kapnometrie, (Messung der pCO_2-Werte) und Lungenfunktionsprüfung inklusive Blutgasanalyse .*	

Profilerhebungsbogen	
Antragsbegründende Diagnose: _____ Relevante Begleiterkrankungen:_____ Angaben zur Tagessymptomatik:_____ Welche Behandlung ist bis dato erfolgt? _____	
Messung ohne Hilfsmittelanwendung: Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____	Messung mit Hilfsmittelanwendung Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI) :_____ Durchschnittliche Sauerstoffsättigung : _____

Durchschnittliche Sauerstoffsättigung: _____ Minimale Sauerstoffsättigung:_____	Minimale Sauerstoffsättigung : _____ Eingestellter Behandlungsdruck :_____ Bemerkungen/sonstige Hinweise : _____

Beatmungsgeräte zur intermittierenden und lebens-erhaltenden Beatmung 14.24.XX	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Beatmungsambulanz, Zentrum für außerklinische Beatmung • KH-Entlass Bericht(e) • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) **Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten** (Produktart: 14.24.09.X) *Die Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten zur außerklinischen Beatmung erfolgt in stationären Einrichtungen (zugelassene Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Beatmungszentren, Weaning-zentren, Zentren für außerklinische Beatmung).* *Die außerklinische Beatmung erfolgt **mit dem Beatmungsgerät**, mit dem die Therapie-Einstellung zur*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** - Angaben zum ärztlichen Behandlungskonzept Beatmung - Anforderungen an die Beatmungstechnologie **Angaben zum** - Beatmungsmodus - Inspiratorische Sauerstofffraktion (FiO2) - Tidalvolumen (VT) - Atemfrequenz (AF) - Atemminutenvolumen (AMV) - Inspirationsdruck (p insp) - Positiver endexspiratorischer Druck (PEEP) - Atemzeitverhältnis (I:E-Verhältnis) **Ersteinstellung und Erprobung:** - Welche Geräte wurden erprobt? - In welcher Klinik? - Wurden Versorgungsalternativen erprobt? Mit welchem Ergebnis? **Kontextfaktoren:** - Betreuungs- und Pflegesituation - Ärztliche Kontrolle

	außerklinischen/häuslichen Beatmung durchgeführt wurde. *Ein Austausch von Beatmungsgeräten ist nur nach Absprache mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt und entsprechender Zustimmung zulässig.* **Die Umstellung auf ein anderes Beatmungsgerät, auch des gleichen Herstellers, darf nur unter den gleichen Rahmenbedingungen erfolgen, wie sie für die Einleitung einer Beatmung erforderlich sind.** *Die /der Vers. bzw. die Hilfs-/Pflegeperson ist in die korrekte Anwendung des Gerätes einzuweisen und die Versicherte/der Versicherte unterliegt einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle mit Kontrolle der Beatmungsparameter. (HMV Produktart 14.24.13)*	

Anlass 15 Inkontinenzhilfen

Ableitende Inkontinenzversorgung 15.XX.XX Aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.30	**Sachermittlung durch die Kasse:** **Erwachsene** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Urologe, Gynäkologe • Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie • Profilerhebungsbogen Aufsaugende/ Ableitende Inkontinenzhilfen **Kinder** • Bei Kindern: Fachärztlicher Bericht Pädiatrie oder Kinderurologie • Bei Entwicklungsstörung oder neurologischer Erkrankung: Neuropädiatrie oder SPZ • Trink-Miktionstagebuch *(Trink- und Miktionsverhaltens/ Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag)*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Angaben zu** • Operationen und Begleiterkrankungen • Aktuelle Beschwerden/Symptome • Bisherige Diagnostik • Bisheriges Therapiekonzept bzw. urotherapeutische Maßnahmen: Mit welchem Ergebnis ? • Bisherige Hilfsmittelversorgung (Inkontinenz, sonstige) **Harninkontinenz bei Frauen** Folgende Konstellationen sind in der Regel im Rahmen eines gestuften Vorgehens für ein **initiales Management** geeignet: **Frauen** mit • Stressinkontinenz bei physischer Aktivität • Urge Inkontinenz/Dranginkontinenz (überaktive Blase) • mit gemischter Urge- und Stress-inkontinenz **Komplizierte Inkontinenzformen** erfordern ein spezielles Management, z.B. - Inkontinenz bei schweren Geburtsverletzungen,

		- assoziierte Harnwegsfisteln - Schmerzen/Dyurie - Hämaturie - Rezidivierende Infektionen - Deszensus von Beckenorganen - Vorangegangene Beckenbestrahlung oder Beckenchirurgie. **Harninkontinenz bei Männern** Blasenfunktionsstörungen beim Mann sind vorwiegend durch eine Beeinträchtigung der Entleerung aufgrund subvesikaler Obstruktion wie Benigne Prostatahyperplasie (BPH), Blasenhalsstenose, Prostatitis, Urethrastriktur, Meatusstenose und funktioneller Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion bzw. Beckenbodenspastik bedingt Folgende Konstellationen sind in der Regel im Rahmen eines gestuften Vorgehens für ein **initiales Management** geeignet: **Männer** mit • ausschließlich Nachträufeln nach der Miktion • Inkontinenz nach Prostatektomie. • Drangsymptomen mit oder ohne Dranginkontinenz, gemeinsam mit häufigem Wasserlassen und Nykturie (überaktive Blase) **Komplizierte Inkontinenzformen** erfordern ein spezielles Management Pat. mit - Hämaturie (blutiger Urin) - Schmerzen/Dysurie - Rezidivierenden Infektionen - Eingeschränkter Blasenentleerung

Harninkontinenz bei Kindern

Folgende Konstellationen sind in der Regel für ein **initiales Management** geeignet:

- Enuresis nocturna ohne andere Symptome (monosymptomatisch).
- Symptome von häufigem Wasserlassen, verstärktem Drang
- Dranginkontinenz tagsüber mit oder ohne Einnässen nachts.

Davon abzugrenzen sind Konstellationen mit **komplizierter Inkontinenz:**

- rezidivierende Harnwegsinfektionen
- gravierende Miktionsstörungen
- Blasendysfunktion oder Blasenentleerungsstörung
- Anomalien des Harntrakts
- Vorhergehende Beckenchirurgie
- Neuropathien
- begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen

Begutachtungsrelevante Angaben beim Kind:

- Psychomotorischer Entwicklungsstand des Kindes
- Miktions- und Trinkgewohnheiten
- Einnäss-Episoden ausschließlich nachts? Tagsüber? Beides
- Assoziierte Stuhlinkontinenz ? Obstipationsneigung?
- Relevante Kontextfaktoren: Familiäres Umfeld? Schulbesuch?

Harninkontinenz bei neurologischen Erkrankungen

Bei der Inkontinenz als Folge neurogener vesiko-urethraler Dysfunktionen hängt das Management von der Lokalisation ab:

		• **Periphere Läsionen** *z.B. Denervierung als Folge von großer Beckenchirurgie bei Rektum- oder Zervixkarzinom, Läsionen* • **zentrale Läsionen auf Ebene Rückenmark** *z. B. traumatische Rückenmarksverletzungen* • **zentrale Läsionen auf Ebene Gehirn** z.B. Schlaganfall, M. Parkinson und Multiple Sklerose. Therapeutische Maßnahmen sollten die Grunderkrankung, klinische Symptomatik, Befunde, Risikofaktoren, assoziierte Behinderungen und Kontextfaktoren berücksichtigen **Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung** Die o.a. häufigen Harninkontinenzformen sind in der Regel einem initialen Behandlungsmanagement gemäß etablierten Behandlungsalgorithmen zugänglich. Ein spezialisiertes Management ist in der Regel bei zusätzlichen Pathologien oder bei Therapieversagen indiziert ***Algorithmen siehe Arbeitshilfe „Sozialmedizinische Hinweise zur Begutachtung: Elektrostimulation und Biofeedback bei Harninkontinenz“* in Infomed** **Aufsaugende Inkontinenzversorgung** Fragestellungen der Kassen zu aufsaugenden Inkontinenzmaterialien werden im Rahmen der Einzelfall-Begutachtung beim MD insbesondere auch vorgelegt, wenn eine bestehende Versorgung seitens des Betroffenen als unzureichend oder ungeeignet bewertet wird.

		Folgende Informationen sind für die gutachterliche Bewertung relevant: • Bisherige Versorgungssituation Inkontinenz: Medizinische und pflegerische Aspekte • Bei Fremdhilfebedarf: Betreuungs- bzw. Pflegesituation, Kontextfaktoren • Bisherige Versorgung bei Inkontinenz ? Warum nicht ausreichend? Welche Probleme resultieren? • Wie hoch wird der im Einzelfall benötigte individuelle Bedarf an Inkontinenzmaterialien eingeschätzt? (Mengenangabe) Aus Sicht des Betroffenen ? Aus Sicht des Behandlers (med. Begründung) ? • Bestehen ggf. Veränderungen der medizinischen Situation mit erhöhtem Bedarf? (Harnwegsinfekte, neurologische Verschlechterung u. a.). • Wurde der Patient oder/und Angehörige im Vorfeld über in Frage kommende aufsaugende Produkte informiert und ggf. das Handling erprobt

Profilerhebungsbogen

Ableitende Inkontinenzversorgung

1. Datum: _____

2. Allgemeine Daten:
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

( ) männlich ( ) weiblich ( ) divers

Versorgungsstatus:
( ) Erstversorgung ( ) Folge-/Umversorgung

3. Inkontinenzart / Ableitungsart:

Harnableitung:

( ) Einmalkatheter ( ) transurethrale Katheter
( ) Dauerkatheter ( ) Urinalkondom
Sonstiges: _____

Stuhlableitung:
( ) Analtampon ( ) Fäkalkollektor
Sonstiges: _____

4. Angaben zur Häufigkeit
Ausscheidungsmenge: _____
Frequenz: _____ Mal pro Tag
Besonderheiten: _____

5. Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände

Mobität:
( ) komplett bettlägerig ( ) teilweise bettlägerig ( ) rollstuhlpflichtig
( ) mobil mit Gehhilfen (Stützen, Rollator) ( ) mobil auf Zimmerebene
( ) mobil auf Stationsebene / Etagenebene im häuslichen Umfeld
( ) uneingeschränkt mobil

Toilettengang:
( ) selbstständig ( ) mit Hilfe ( ) Versorgung im Bett

Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:

Profilerhebungsbogen

Aufsaugende Inkontinenzversorgung

1. Datum: _____

2. Allgemeine Daten
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

( ) männlich ( ) weiblich ( ) divers

Gewicht in Kg: _____
Größe in cm: _____
Pflegegrad: _____
Konfektionsgröße: _____

Versorgungsstatus:
( ) Erstversorgung ( ) Folge- /Umversorgung

3. Inkontinenzart
( ) nur Urin ( ) Urin und Stuhl ( ) nur Stuhl

4. Inkontinenzform
( ) Belastungsinkontinenz ( ) überaktive Blase (Dranginkontinenz, OAB)
( ) Überlaufinkontinenz ( ) neurogene Reflexblase
( ) neurogene atone Blase ( ) extraurethrale Inkontinenz
( ) Rezidiv

5. Urininkontinenz: Schweregrad und zeitliche Intensität (Inkontinenzschweregrad / Menge)
( ) geringe Menge *1 ( ) mittlere Menge *2 ( ) große Menge *3
( ) intervallartig, in kurzer Zeit große Mengen

Zu *1: Richtwert für mittlere Inkontinenz: Urinabgabe 100 bis 200 ml in 4 Stunden
Zu *2: Richtwert für schwere Inkontinenz: Urinabgabe über 200 bis 300 ml in 4 Stunden
Zu *3: Richtwert für schwerste Inkontinenz: Urinabgabe über 300 ml in 4 Stunden

6. Umgebungshaut
Hautzustand:
( ) intakt ( ) gerötet ( ) lädiert ( ) meszeriert
Allergie:
( ) keine ( ) liegt vor, Angabe der Allergie: _____

7. Angaben zur Arzneimittelversorgung:
_____

8. Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände
Mobilität:
( ) komplett bettlägerig ( ) teilweise bettlägerig ( ) rollstuhlpflichtig
( ) mobil mit Gehhilfen (Stützen, Rollator) ( ) mobil auf Zimmerebene
( ) mobil auf Stationsebene / Etagenebene im häuslichen Umfeld
( ) uneingeschränkt mobil

Toilettengang:
( ) selbstständig ( ) mit Hilfe ( ) Versorgung im Bett

Anlass 16 Kommunikationshilfen

Einfache Kommunikations-hilfen/ Symbolsysteme 16.99.01 Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02 Dynamische Systeme mit Sprach-und Sichtausgabe 16.99.03 Behinderungs-gerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04 Behinderungs-gerechte Software für Kommunikationssysteme 16.99.05	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Logopädischer Bericht • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Wenn möglich: Videodokumentation mit Anwendung des vom LE vorgeschlagenen Produktes • Ggf. Produktinformation **Bei Kindern:** • Sonderpädagogischer Bericht (Förderschule) • Bericht der Beratungsstelle „Unterstützte Kommunikation“ (UK) • Bericht des SPZ	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Angaben zu** • Art und Ausprägung der Kommunikationsstörung • Psycho-kognitive Fähigkeiten/Einschränkungen • Motorische Fähigkeiten/Einschränkungen (insb. manuelle Geschicklichkeit (Ansteuerung)) • Seh- und Hörfähigkeit • Wie wird bislang kommuniziert ? • Bisherige Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kommunikation • Versorgungsziel ? • Kontextfaktoren • Prognostische Einschätzung der weiteren Entwicklung **Wie erfolgt die bisherige Kommunikation (ohne Hilfsmittel):** - Mimik - Lautieren - Lautsprache - Gesten / Handzeichen - Gebärden (z.B. DGS, GuK) - Symboltafeln - Einwort-Äußerungen - Mehrwortsätze - Schriftsprache

	Was sollte im Rahmen der Beratung und Erprobung <u>durch den LE</u> geklärt werden ? - *Art der Kommunikationshilfe* - *Welches Zielvokabular benötigt der Vers. ?* - *Welchen Vokabularumfang?* - *Verwendung von Bildern, Symbolen oder Worten zum Repräsentieren einzelner Aussagen?* - *Welche Vokabularstrategie soll angewendet werden?* - *Welche Formen der Ansteuerung wurden erprobt?* **Welche Optionen zur Ansteuerung können erprobt werden (Beispiele):** • *Touchscreen* *- mit Fingerführungshilfe* • *Scanning-Verfahren* *- mit Tastern* • *Mausersatzgeräte (z.B. Joystick oder Kopfmaus)* • *Augensteuerung*	**Was ist für die gutachterliche Bewertung relevant ?** • Art und Ausprägung der Sprachstörung? - Primär? Sekundär? - Expressiv (Sprachvermögen)? - Rezeptiv? (Sprachverständnis) • Assoziierte Komorbiditäten/Einschränkungen: - Psychokognitiv ? - Motorisch ? • Versorgungsziel: - Was soll in welchem Umfang kommuniziert werden? - In welchem Lebensumfeld des Kindes (Familie ? Schule ?) - In welchen Alltagssituationen? • Bisherige Hilfsmittelversorgung im Bereich Kommunikation und ggf. Mobilität (Rollstuhlversorgung) ? • Kontextfaktoren: - Wer kommuniziert mit dem Nutzer der Kommunikationshilfe? - In welcher Art? In welchem Umfang ? • Prospektive Entwicklung ? **Was sollte in der Anwendungserprobung nachvollziehbar sein ?** (je nach Fähigkeiten bzw. Entwicklungsstand im Einzelfall): • gezieltes Auswählen von Icons (z.B. *Obst, Getränke*) • Beantwortung von Fragen - mit Ja oder Nein - mit Einzelworten - mit kurzen Sätzen • Äußern von Wünschen oder Bedürfnissen (*Hunger, Durst*…) - mit Einzelworten

		- mit kurzen Sätzen • Fragen stellen (z.B. *Wie heißt du?)* • Einzelwortstrategien anwenden (z.B. *Hunger – Banane*) • Mehrwortaussagen bilden (z.B. *Ich will jetzt schlafen*.) • Komplexe Mitteilungen formulieren *(Ich habe Kopfschmerzen und bin müde. Kannst du bitte das Licht ausmachen ?)* • Dialoge gestalten • Schriftsprache anwenden

Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Medizinische Kompressions-strümpfe für Beine und Arme 17.XX.X Hilfsmittel zur Narbenkompression 17.XX.X Apparate zur Kompressiostherapie 17.99.01 17.06.23 – NN (geplante Produktuntergruppe): Medizinische adaptive Kompressions-wadensysteme, Serienfertigung	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Maßblatt des Leistungserbringers Hinsichtlich der Versorgung mit Serienprodukten, rund- und flachgestrickten Kompressionsartikeln gilt (Definition Produktart): • ***„Serienfertigung“*** *ist immer angezeigt, wenn aufgrund der Körpermaße/-form auf Basis der Maßtabellen/ Größentabellen der Hersteller eine Versorgung möglich ist. „Serienfertigung“ erfolgt immer im Rundstrick-verfahren.*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Medizinische Kompressionstherapie für Beine und Arme** • Antragsrelevante Diagnose • Aktueller Befund • Vom Verordner formuliertes Therapieziel • Bisheriges Therapiekonzept bzw. bisherige Versorgung • Angaben zur Therapieadhärenz bzw. Akzeptanz der Versorgung **Relevante Angaben zum Befund:** Angaben zu relevanten somatischen und/oder psychokognitiven Einschränkungen des/der Vers. • z.B. körperliche Schwäche • Einschränkungen der manuellen Geschicklichkeit *(degenerativ, rheumatisch)* • Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit *(erhebliche Adipositas, Rheumatosen, neurolog. Erkrankungen..)* • psychokognitive Einschränkungen **Für die Versorgung relevante Kontextfaktoren?** • z.B. alleinlebend, • ohne Unterstützung im häuslichen Umfeld .. **Bei Manueller Lymphdrainage:** • Angabe von Dauer und Frequenz

17.10.10 – NN (geplante Produktuntergruppe) Medizinische adaptive Kompressionsarmsysteme**,** Serienfertigung	• ***„Rundgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“*** *sind erforderlich, wenn aufgrund der Körpermaße/-form Produkte aus der „Serienfertigung“ keine Versorgung ermöglichen.* • ***„Flachgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“*** *kommen zur Anwendung, wenn weder die Versorgung mit Hilfsmitteln der „Serienfertigung“ noch der “Rundgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“ aufgrund der Indikation oder der Körpermaße/-form und der individuellen Strukturgegebenheiten eine Versorgung ermöglichen oder wenn krankheitsbedingt eine höhere Steifigkeit des Gestrickes notwendig ist.*	**Medizinische Kompressionstherapiesysteme der Extremitäten:** **Phlebologischer Kompressionsverband:** • **Wechselverband mit Binden** - Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Wickeln im Rahmen der Kompressionstherapie möglich? • **Dauerverband als Mehrkomponentensystem** **Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-System):** • Falls bislang Kompressionstherapie durch Wickeln erfolgte, warum reicht dieses nicht mehr aus? • Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Anlegen eines MAK-Systems möglich? • Ist der Vers./die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung eines MAK-Systems in der Lage? • Kann die Anwendung eines MAK-Systems - nach entsprechender Einweisung - durch Hilfspersonen im häuslichen Umfeld unterstützt bzw. übernommen werden? **Medizinischer Kompressionsstrumpf (MKS)** • Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Anlegen eines Strumpf-Systems möglich? • Ist An-/Ablegen im Rahmen Häuslicher Krankenpflege erforderlich? **Apparate zur Kompressionstherapie** Bei dem Krankheitsbild Lymphödem kann der Einsatz eines Gerätes zur IPK (Intermittierenden pneumatischen Kompression) dann indiziert sein, wenn die Erhaltungstherapie KPE (Komplexe Physikalische Entstauungstherapie) Phase II nachweislich nicht ausreicht.

	• *Falls eine Versorgung mit einem Serienstrumpf durch eine entscheidende Abweichung an einem Messpunkt, gemäß Maßschema (Güte- und Prüfbestimmungen RAL-GZ 387/1 und 387/2 in der jeweils gültigen Fassung), und/oder entscheidende Abweichungen an mehreren Messpunkten nicht möglich ist, wird eine Maßanfertigung vorgenommen.* *Bei Produkten der geplanten Produktart 17.06.23.0 „Wadensysteme, Serienfertigung in Serienfertigung“ lautet die Indikation:* *„Für den Einsatz in der initialen Entstauungsphase beim Lymphödem und beim ausgeprägten venösen Ödem sowie beim Ulcus cruris venosum als Alternative zur Bandagierung mit Binden.“* *Bei Produkten der geplanten Produktart 17.10.10.0 „Medizinische adaptive Kompressionsarmsysteme in Serienfertigung“ lautet die Indikation:*	• Vorlage von Umfangsmaßen an definierten Stellen im Bereich von Mittelfuß, Knöchel, Unterschenkel, Knie direkt vor und nach manueller Lymphdrainage. • Nach Möglichkeit sollte eine **positive Anwendungsbeobachtung** (im Rahmen eines Klinikaufenthaltes, in der Praxis des Behandlers, durch Anwendung eines Leihgerätes) des Gerätes zu IPK vorliegen. • Der Anwender muss zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung in der Lage sein (alternativ Hilfestellung durch Hilfspersonen oder einen Pflegedienst)

	„Für den Einsatz in der initialen Entstauungsphase beim Lymphödem und beim ausgeprägten venösen Ödem als Alternative zur Bandagierung mit Binden **Apparate zur Kompressionstherapie** (Produktart Indikation HMV): *Diese Produkte kommen nur als ergänzende Therapiemaßnahme zum Einsatz, wenn die Behandlung mit manueller Lymphdrainage und in Verbindung mit Kompressionstherapie mit Kompressionsverbänden oder Kompressionsstrümpfen nicht ausreichend ist*	

Profilerhebungsbogen

Allgemeine Daten:

Alter: _____

Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich ( ) divers

Gewicht in kg: _____
Größe in cm: _____

Pflegegrad: _____

Antragsbegründende Diagnose: _____

Aktueller Befund:_____

Vorhandene Gewebeläsionen/Ulcera: _____

KLASSIFIKATION NACH CEAP (CLINICAL CONDITION ETIOLOGY ANATOMIC LOCATION PATHOPHYSIOLOGY): Bitte ankreuzen
( ) Stadium C0: keine sichtbaren Zeichen einer Venenerkrankung
( ) Stadium C1: Teleangiektasien oder retikuläre Venen
( ) Stadium C2: Varikose
( ) Stadium C3: Ödem durch ein Venenleiden
( ) Stadium C4: Hautveränderungen durch ein Venenleiden
( ) Stadium C4a: Pigmentierung oder Ekzem
( ) Stadium C4b: Lipodermatosklerose oder Atrophie blanche
( ) Stadium C5: Hautveränderungen durch ein abgeheiltes Ulcus cruris venosum
( ) Stadium C6: Aktives Ulcus cruris venosum“

KLASSIFIKATION LYMPHÖDEME: Bitte ankreuzen
( ) Stadium 0/Latenzstadium/Subklinisches Stadium
Kein klinisch apparentes Lymphödem, aber zum Teil pathologisches Lymphszintigramm

( ) Stadium I/(spontan reversibel)
Ödem von weicher Konsistenz, Hochlagern reduziert die Schwellung

( ) Stadium II/(nicht spontan reversibel)
Ödem mit sekundären Gewebeveränderungen; Hochlagern beseitigt die Schwellung nicht

( ) Stadium III Deformierende harte Schwellung, zum Teil lobäre Form zum Teil mit typischen Hautveränderungen

KLASSIFIKATION LIPÖDEME: Bitte ankreuzen
( ) I Glatte Hautoberfläche mit gleichmäßig verdickter, homogen imponierender Subkutis

( ) II Unebene, überwiegend wellenartige Hautoberfläche, knotenartige Strukturen im verdickten Subkutanbereich

( ) III Ausgeprägte Umfangsvermehrung mit überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung)

Therapieziel : _____

Versorgungsstatus:
( ) Erstversorgung ( ) Folge- /Umversorgung

Bisheriges Behandlungskonzept:
Initiale Enstauungsphase:
( ) Manuelle Lymphdrainage ( ) Frequenz ( ) Dauer
( ) Phlebologischer Kompressionsverband (PKV)
( ) Mehrkomponentensystem (bei Ulcus cruris venosum)
( ) Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-Systeme)mit _____(Benennung des Einzelprodukts)

Erhaltungsphase:
( ) Kompressionsstrumpfsystem ( ) Bein ( ) Arm ( ) Kompressionsklasse _____
( ) Ulkus-Kompressionsstrümpfe (zweilagig)
( ) Sonstiges

Sonstige Therapiemaßnahmen: _____

Ergebnis der bisherigen Maßnahmen:_____

Vorgesehenes Behandlungskonzept (jetzige Verordnung):
Initiale Enstauungsphase:
( ) Manuelle Lymphdrainage ( ) Frequenz ( ) Dauer
( ) Phlebologischer Kompressionsverband (PKV) ( ) Anlage selbständig möglich ( ) mit Hilfsperson ( ) mit Pflegedienst
( ) Mehrkomponentensystem (bei Ulcus cruris venosum)
( ) Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-Systeme) mit _____(Benennung Einzelprodukt)

Erhaltungsphase:
( ) Kompressionsstrumpfsystem ( ) Bein ( ) Arm ( ) Erforderliche Kompressionsklasse _____

( ) Ulkus-Kompressionsstrümpfe (zweilagig)
( ) Sonstiges

Angaben zum Strumpfsystem:
Erforderliche Länge: ( ) Wade ( ) Halbschenkelstrumpf ( ) Schenkelstrumpf ( ) Strumpfhose
Fußspitze: offen ( ) geschlossen ( )

An- und Ablegen von Strumpfsystemen:
( ) Selbständig möglich ( ) An- und Ausziehhilfe erforderlich ( ) Hilfestellung (Hilfsperson) erforderlich ( ) Pflegedienst erforderlich

Konfektionsstrumpf ausreichend ( ) Maßanfertigung erforderlich (Begründung)_____

Erforderliche Strickart: ( ) Rundstrick ( ) Flachstrick
Begründung:_____

Relevante Begleiterkrankungen/Einschränkungen (somatisch und psychokognitiv):_____

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Umsetzung der Therapie in der Lage ? :_____

Relevante soziale Kontextfaktoren: (z.B. alleinlebend ohne Hilfestellung ..)

_____

Angaben zur Therapieadhärenz des/der Vers.: _____

Sonstige Hinweise:_____

Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge

Innenraum 46. Innenraum und Außenbereich/ Straßenverkehr 50. Straßenverkehr 51. Treppen 65.	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Neurologe • Maßblatt mit relevanten Körpermaßen incl. Körpergröße und Gewicht (aktuell!) • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Video-/Fotodokumentation der Erprobung • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Rehabilitations-Bericht(e) • Ggf. Physiotherapiebericht • Ggf. Ergotherapiebericht • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) Die hier aufgelisteten Angaben sind für die sozialmedizinisch-technische Bewertung relevant und sollten	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund: - Gehfähigkeit - Stehfähigkeit - Transferfähigkeit - Bewegungsumfang obere Extremität *(im Hinblick auf die Möglichkeit den Rollstuhl selbstständig anzutreiben)* - Koordination - Kraft - Fremdhilfebedarf im Rahmen Mobilität • Individuelles Versorgungsziel • Vorgesehener Einsatzort - Innenraum - Außenbereich - Straßenverkehr • Aktuelle Versorgung und Angaben zu Vorversorgungen - genutzte/ungenutzte Hilfsmittel • Aktuelle Körpergröße und Gewicht

	möglichst im Vorfeld ermittelt werden. Dies betrifft insbesondere: • Kinderversorgungen • Erwachsenenversorgungen • Geriatrische Versorgungen • Reparaturen • Änderungen/Anpassungen/Zurüstungen	• **Maßblatt** mit den für die Versorgung relevanten Körpermaßen - Sitzbreite - Sitztiefe - Sitzhöhe - Rückenhöhe - Unterschenkellänge Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom ärztlichen wie auch technischen Leistungserbringer begründende Stellungnahmen eingeholt werden. Dies betrifft insbesondere • Spezielle Rückeneinheiten (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 Bei Umversorgung / Zurüstungen und Reparaturen wird um Begründung bzw. Erläuterung des techn. Leistungserbringers gebeten **Bei Prüfung Zweckmäßigkeit (Eignung) Adaptivrollstuhl versus Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhl im Einzelfall:** • Warum ist – aus Sicht des Verordners/LR - ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall geeigneter als ein Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhls? • Kann der Vers. aktiv trippeln?

	<u>Fahreignung (PG18 Definition HMV):</u> *Die Versorgung mit einem fremdkraft-betriebenen Kranken- und Behindertenfahrzeug setzt voraus, dass die Versicherte oder der Versicherte auch in absehbarer Zeit in der Lage ist, einen an ihre oder seine Beeinträchtigung angepassten Rollstuhl sicher zu führen, d. h. es muss **Fahreignung** vorliegen.* **Anmerkung:** *Die Feststellung der Fahreignung im verkehrsrechtlichen Sinne („Straßenverkehrstauglichkeit“) ist nicht Aufgabe des sozialmed. Gutachters im Rahmen des § 33 SGB V !* *Die Bewertung der Fahreignung im Gutachten des MD erfolgt unter medizinischen Aspekten.* *Ist der/die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Bedienung und Nutzung des beantragten Produktes/ Hilfsmittels - unter Berücksichtigung von Fähigkeiten und Einschränkungen - in der Lage ?*	**<u>Sozialmed. Bewertung der Fahreignung:</u>** **<u>Relevante Angaben Bei Beantragung von:</u>** – Elektrorollstühlen – Aufsteck-/Radnabenantrieben – Aufsteck-/Radnabenantrieben mit restkraftunterstützenden Fahrprofilen – Restkraftunterstützenden Antrieben **Angaben des Vorordners zur Fahreignung aus med. Sicht:** • Besteht - aus Sicht des Verordners - unter med. Aspekten Fahreignung ? • Bei Hinweisen auf Einschränkungen des Sehvermögens: Augenärztlicher Befund • Bei Hinweis auf Medikamenteneinnahme mit Einfluss auf die Fahreignung: Medikamentenplan (Elektrorollstuhl) • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Video-/Fotodokumentation der Erprobung **Sachermittlung bei Hinweis auf Visusminderung** • Augenärztliche Diagnose(n) • Angabe der maximal korrigierten Sehschärfe/Visus • Gesichtsfeldausfälle (innerhalb der zentralen 20°) ? • Permanente Doppelbilder? • Kopfzwangshaltung ? Wenn ja, in welcher Ausprägung bzw. mit welcher Auswirkung ? **Sachermittlung bei Hinweis auf Medikamenteneinnahme mit möglichem Einfluss auf die Fahreignung**

		- Einnahme welcher Medikamente ? - Regelmäßig ? Sporadisch? - Ist eine ärztliche Therapieführung/Kontrolle gegeben? - Therapieadhärenz des/der Vers.? - Ist von einem stabilen Therapieverlauf auszugehen? (z.B. bei Schmerzmedikation chronischer Erkrankungen) • Liegen unter Einnahme ärztlich verordneter Medikamente **erkennbare psychophysische Leistungseinbußen** oder **Nebenwirkungen** vor? Insbesondere - Benommenheit - Schwindel - Unwohlsein

Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose(n): _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Sitzbreite:_____
Sitztiefe: _____
Sitzhöhe: _____
Rückenhöhe:_____
Unterschenkellänge?_____

Individuelles Versorgungsziel : _____

Welche Hilfsmittel sind für den/die Vers. durch die Kasse genehmigt und ausgeliefert worden (möglichst mit Angabe des Auslieferungszeitpunktes)?

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

Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität): _____

Diese ist nicht mehr ausreichend, weil :_____

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung:_____

<u>Funktionelle Einschränkungen:</u>
Gehfähigkeit:
( ) nicht gehfähig
( ) wenige Schritte:
( ) selbständig
( ) mit Hilfsmitteln
( ) mit personeller Unterstützung

<u>Kurze Strecken in der Wohnung:</u>
( ) selbständig
( ) mit Hilfsmitteln

<u>Außer Haus:</u>
( ) selbstständig
( ) mit Hilfsmitteln

( ) mit personeller Unterstützung ( ) mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination obere Extremität:_____

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen:_____

Funktionsdefizite/Beeinträchtigungen (ankreuzen und erläutern, soweit zutreffend):
Sehen:_____
Hören:_____

Psychokognitive Einschränkungen:_____

<u>Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in</u>
Häuslichem Umfeld:
Außenbereich:
Straßenverkehr:
Kindergarten, (Förder)-Schule:
Pflege-, Behinderteneinrichtung:

Nutzung vorrangig ( )aktiv ( ) passiv

Hilfsperson erforderlich: für den Transfer (_) ja (_) nein, für die Fortbewegung (_) ja (_) nein

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden)? _____

<u>Bei Versorgungen mit einem Elektrofahrzeug oder elektromotorischem Antrieb:</u>

Ist der Versicherten/dem Versicherten eine sachgerechte Bedienung eines elektromotorischen Antriebs möglich: (_) ja (_) nein

Erfolgt eine dauerhafte Medikamenteneinnahme ? Wenn ja, bitte Angabe der Medikation

_____

Liegen Visus- oder Gesichtsfeldeinschränkungen vor?

_____

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

(_) ja (_) nein

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen:

Anfrage an den / die technische/n Leistungserbringer/in:

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen:

- **Maßblatt** mit allen, für die Versorgung relevanten Körpermaßen

- Aktuelle Körpergröße und Gewicht

- Sitzbreite:
  Sitztiefe:
  Sitzhöhe:
  Rückenhöhe:
  Unterschenkellänge:

- Warum ist ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall geeigneter als ein Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhls?

- Kann der Vers. aktiv trippeln?

Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom <u>ärztlichen wie auch technischen Leistungserbringer</u> gesonderte begründende Stellungnahmen im Vorfeld eingeholt werden. Dies betrifft insbesondere:

- Spezielle Rückeneinheiten (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

Anlass 19 Krankenpflegeartikel

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 20 Lagerungshilfen

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen

Real-Time-Messgeräte (rtCGM) 21.43.01	**Sachermittlung durch die Kasse** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme Verordner: Diabetologische Stellungnahme zur Notwendigkeit einer Versorgung mit CGM (Indikation) • Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung (Darlegung der Zweckmäßigkeit (Eignung) des ausgewählten Einzelproduktes im Einzelfall) • Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. **über mindestens 2 Wochen** ggf. als digitale Dokumentation (Application) • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • **Fachärztlicher Bericht Diabetologe/in** - Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus - Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname) - Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung: - Angabe zu Hypoglykämien - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ? - HbA1c der letzten 12 Monate - Individuelles Therapieziel - Bisherige Therapiemodifikationen? - Bisherige Schulungsmaßnahmen? - Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik) - Angaben zu Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. - Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung der beantragten Insulinpumpe in der Lage? - Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich? - Liegt ein Pflegegrad vor? - Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten ….? (ICF!)

	Gemäß GBA-Beschluss darf die Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden: • *Bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer **intensivierten Insulinbehandlung** bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden,* • *Insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können* *und* • *wenn die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (s. u.) vorliegen.* *Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Vers. entsprechend des jeweiligen*	• **ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen** - Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit und detaillierten Angaben zu der erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE - Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis) - Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel - Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit • **Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:** - **Elektronische CGM-Dokumentation** mit Übersichtsblatt (90 Tage) und einzelnen Tagesprotokollen über 2 Wochen - **Ambulantes Glukose Profil** (**AGP-Bericht**) mit Time in Range (TIR), Glukosevariabilität ect. • **Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:** - Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)? - Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant? - Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus ect) Für die sozialmedizinische Begutachtung sollte vom Versicherten ein (ggf. auch digitales) Blutzuckertagebuch vorgelegt werden. Hieraus ist im Regelfall abzuleiten, ob tatsächlich eine intensivierte Insulintherapie erfolgt.

	Lebensstils den ***Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen*** *und dementsprechend* ***die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.***	**Erfolgt eine intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) ?** Die intensivierte konventionelle Insulintherapie nutzt das Basis-Bolus-Konzept. Ein-oder zweimal x täglich wird der basale Insulinbedarf mit einer Injektion von Verzögerungsinsulin gedeckt (Basisinsulin). Zusätzlich wird vor den Mahlzeiten ein kurzwirksames Insulin injiziert (Bolus). Diese Dosis ist abhängig vom aktuellen Blutzucker und dem Kohlenhydratanteil der Mahlzeit. Die Durchführung einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) erfolgt somit einem Basalinsulin sowie mit einem kurzwirkenden Insulin (Bolusinsulin oder Mahlzeiteninsulin). Das langwirksame Insulin deckt den Grundbedarf ab, das kurzwirksame Insulin dient als Mahlzeiteninsulin bzw. Korrekturinsulin. **Beispiele für langwirksame Insuline (Basalinsulin):** **NPH-Insuline** z.B. Berlinsulin H Basal, Insuman Basal Aventis, Humaninsulin Basal Lilly, Insulatard Human Novo Nordisk, Protraphane HM NovoNordisk. **Analogoninsuline** z.B. Insulin glargin (Toujeo, Lantus), Insulin Detemir (Levemir), Insulin Deglutec (Tresiba), Insulin Glargin- Biosimilar (Abasaglar) **Beispiele für kurzwirkende Insuline (Bolusinsulin):** Normalinsulin (z.B. Actrapid ®, Berlinsulin ® H Normal, Huminsulin ® Normal, Insuman ® Infusomat, Insuman ® Rapid) Analoginsulin (Insulin aspart (Fiasp, Novorapid), Insulin glulisin (Apidra) und Insulin lispro (Humalog, Liprolog, Lyumjev)

		Während die Gabe von Basalinsulin für den Grundbedarf festgelegt ist, gibt es für das Bolusinsulin einen Faktor, den sogenannten BE- bzw. KH Faktor - z.B. 1IE/BE. Dies besagt, dass eine Insulineinheit zur Abdeckung einer BE benötigt wird. Dieser Faktor sollte für die Begutachtung ebenfalls mitgeteilt werden. **Hinweis:** Die pauschale Angabe des Verordners, dass eine ICT erfolgt, reicht für eine sachgerechte Bewertung nicht aus. Es sollte vielmehr erkennbar sein, dass ○ 2 Insulinarten eingesetzt werden und ○ das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema (gemäß Dosisliste) gespritzt werden, sondern ○ dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird Wenn in den Arzneimittelverordnungsdaten lediglich ein Insulin aufgeführt wird und der Versicherte keine Pumpentherapie durchführt (dabei wird nur schnelles Insulin verwendet, also eine Insulinart), kann es sich **in Sonderfällen** trotzdem um eine intensivierte Insulintherapie handeln. Die **supplementäre Insulintherapie (SIT)** ist eine mahlzeitenbezogene Therapie ohne Unterstützung eines Basalinsulins. Sie zielt speziell darauf ab, Blutzuckeranstiege nach dem Essen (postprandial) abzufangen. Hierbei wird zumeist zu jeder Hauptmahlzeit Normalinsulin oder ein kurzwirksames Insulinanalogon, adaptiert an Glukosewerte und Kohlenhydratmengen, gespritzt. So sind flexible und spontane Mahlzeiten möglich. Eine Anpassung an Schichtarbeit und stark

		wechselnde körperliche Belastung ist möglich. Es besteht ein erhöhter Schulungsaufwand und ein relativ hohes Hypoglykämierisiko.

Profilerhebungsbogen

Diabetestyp mellitus: ( )Typ 1 ( )Typ 2 ( )Sonstiger

Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : _____

Größe: Gewicht:

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

_____

Intensivierte Insulintherapie seit: _____

Therapieplan der ICT:

_____

BE-Faktor: Korrektur-Faktor: Basalinsulin:

HbA1c der letzten 12 Monate : _____

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

_____

Bisherige Therapiemodifikationen:

_____

Bisherige Schulungsmaßnahmen: _____

Individuelle Therapieziele: _____

Relevante Kontextfaktoren sowie Aspekte der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst, Famile , 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 Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich?

_____

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?
  _____
- Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant ? ja ( ) nein ( )
- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten ? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus ect)
  _____

Sonstiges/weitere Hinweise:_____

Überwachungs-geräte für Epilepsiekranke 21.46.01	**Sachermittlung durch die Kasse** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Neurologie, Epilepsiezentrum bzw. Epilepsieambulanz • Ggf. Krankenhausbericht • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) **Überwachungsgeräte (Produktart PG 21.46.01.0):** *Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke können Versicherten mit primär oder sekundär generalisierten, klonischen oder tonisch-klonischen Anfällen und einem erhöhten individuellen Anfallsrisiko, unabhängig von der Ätiologie, zur häuslichen Überwachung und nächtlichen* ***Kontrolle zur Verfügung gestellt werden z. B. bei:*** • Umstellung der antiepileptischen Therapie	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Fachärztlicher Bericht : - Epilepsie: Klassifikation, Erstdiagnose , Erscheinungsform, Ausprägung, bisheriger Verlauf - Relevante Comorbiditäten (z.B. psychokognitive Einschränkungen, motorische Einschränkungen) - Bisheriges Therapiekonzept incl. Medikation. Mit welchem Ergebnis? - Therapieadhärenz des Vers. ? • Therapie bzw. Versorgungsziel • 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) • Kontextfaktoren: - Betreuungs- bzw. Pflegesituation • Sichere und bestimmungsgemäße Anwendung: - Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Produktes in der Lage? - Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für die Epilepsieüberwachung gegeben ? - Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden

	• *Pharmakoresistenz, d. h. wenn nach adäquaten Behandlungsversuchen mit zwei vertragenen, geeigneten und angemessen angewendeten Antiepileptika (entweder als Monotherapie oder in Kombination) keine anhaltende Anfallsfreiheit erreicht wird.* • *Nachgewiesener erhöhter Epileptogenität (d. h. bei einer bleibenden cerebralen Läsion im MRT/CT und/oder spezifisch pathologischer EEG-Aktivität)* • *Medikamentös schwer einstellbaren Epilepsieformen, deren Anfälle vor allem oder ausschließlich während des Schlafes und der Aufwachphase auftreten*	Arztes handeln. Steht eine entsprechend eingewiesene Person im Umfeld des/der Vers. zur Verfügung? • Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung: - Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers im Einzelfall medizinisch-technisch geeignet (zweckmäßig)? - Bei nicht gelisteten Produkten: Kann auf ein im Einzelfall geeignetes gelistetes Produkt des HMV als Versorgungsalternative verwiesen werden ?

Profilerhebungsbogen:

Epilepsie: Klassifikation, Erscheinungsform, Ausprägung: _____

Erstdiagnose:_____

Bisheriger Verlauf:_____

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

_____

Therapiekonzept(Medikation)_____

Mit welchem Erfolg/Ergebnis: _____

Individuelle Therapieziele: _____

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

_____

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. :_____

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?_____

Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für die Epilepsieüberwachung erforderlich? _____

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?_____

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers für den Vers. besonders geeignet (zweckmäßig)?

Sonstiges/weitere Hinweise:_____

Anlass 22 Mobilitätshilfen

Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung 22.40.01 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert 22.40.02 Deckenlifter 22.40.06	**Sachermittlung durch die Kasse** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • KH-Entlass Bericht(e) • Rehabilitations-Bericht(e) • Ergotherapie-, Physiotherapie-, Logopädiebericht(e) • Pflegegutachten (Vers. außerhalb WL) **Produktart Indikation:** Zur Ermöglichung eines möglichst eigenständigen Transfers und kurzstreckigen Transports innerhalb der Wohnung, ggf. durch kurze Unterstützung durch eine Hilfs- bzw. Pflegeperson	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • **Antragsrelevante Diagnose** • **Befund** mit Angaben zur - Stehfähigkeit - Gehfähigkeit - Sitzfähigkeit - Rumpfkontrolle - Einschränkungen der oberen Extremität - Wechsel der Körperposition - Transfers ? • **Bisherige Hilfsmittelversorgung:** - Welche Hilfsmittel werden derzeit genutzt (Mobilität) ? • **Versorgungsziel** • **Vorgesehener Einsatzort** • **Kontextfaktoren:** - Betreuungs- und Pflegesituation

Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Beeinträchtigung des Stehens und Gehens:

Sitzfähigkeit: ( )instabil ( ) mit Unterstützung sitzfähig ( ) kurze Zeit frei sitzfähig ( ) sitzstabil

Muskeltonus: ( )Spastik ( ) Hypotonie ( ) Athetose ( ) schlaffer Tonus

Kontrakturen (Gelenk/Ausprägung):

Mitwirkung beim Transfer mit dem Lifter : (_) kann beim Transfer mithelfen (_) kann in geringem Umfang mithelfen (_) kann nicht mithelfen

Psychokognitive Fähigkeiten/Einschränkungen:

Umsetzung einfacher Aufforderungen ( )möglich ( ) eingeschränkt ( ) nicht möglich

Kann Bedürfnisse äußern ( )möglich ( ) eingeschränkt ( ) nicht möglich

Pflegegrad:

Sonstige genutzte Hilfsmittel:

Sonstige Hinweise:

Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01 Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Stellungnahme des Verordners • Fachärztliche Stellungnahme: Pädiatrie • Ggf. Stellungnahme des Physiotherapeuten • Videodokumentation zur Erprobung eines Therapierades am vorgesehenen Einsatzort **Versorgungsziel/Zweckbestimmung lt. Produktart Indikation HMV:** • *Zur Sicherung der Mobilität im Außenbereich und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Integration in eine Gruppe gleichaltriger Kinder)* *und/oder* • *im Rahmen einer krankengymnastischen Behandlung (regelmäßige Maßnahmen der physikalischen*	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • **Befund** • Einschränkungen untere Extremität (Gehen, Stehen, Kraft) - Einschränkungen obere Extremität (Kraft, Greifvermögen) - Sehvermögen, Hörvermögen - Psychokognitive Einschränkungen - Gleichgewichtssinn und Koordination • **Vorhandene Hilfsmittelversorgung (Mobilität)?** • **Individuelles Versorgungsziel aus Sicht des Vers. bzw. der Eltern:** - Fahrradfahren im Kreise gleichaltriger Kinder - Fahrradfahren im Kreise gleichaltriger behinderter Kinder ? - Fahrradfahren im Kreise der Familie ? (z.B. Ausflüge) • **Vorgesehener Einsatzort:** - Häusliches Umfeld - Kindergarten - Schule - Einrichtung • **Vorgesehene Nutzung:** - Geschützter Bereich ? (Hof, verkehrsberuhigte Straße ..) ? - Straßenverkehr? • **Relevante Kontextfaktoren ?**

	Therapie) zur Verbesserung der Stütz- und Gleichgewichtsreaktion/ Bewegungskoordination **Qualitätsanforderungen HMV:** *Die individuelle Bedarfsermittlung und die bedarfsgerechte Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung* • *der ärztlichen Verordnung,* • *der Indikation/Diagnose,* • *des Versorgungsziels,* • *der Betreuungs-/Pflegesituation,* • *des Einsatzortes und* • *der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit verordneten Hilfsmitteln.* • ***Das Zweirad ist am Einsatzort zu erproben.*** Versorgungsvorschlag des LE: • Therapierad in behindertengerechter Ausführung	• B**e**treuungs- bzw. Pflegesituation **Beschreibung der Anwendungserprobung:** - Aufsteigen: Eigenständig? Mit Fremdhilfe? - Absteigen: Eigenständig? Mit Fremdhilfe? - Anfahren: Anschubhilfe erforderlich ? Anschieben durch Hilfsperson? Mit Schiebestange ? Anschubunterstützung durch E-Antrieb? - Treten der Pedale: Koordiniert ? Mit ausreichender Kraft? - Fahren und Lenken: - auf grader Strecke? Zügig ? Sicher ? - in Kurven ? Zügig ? Sicher ? - bei Unebenheiten: Zügig ? Sicher ? - bei ansteigender Fahrbahn: Zügig ? Sicher ? - bei abfallender Fahrbahn: Zügig ? Sicher ? - Umfahren von Hindernissen? - Wechsel der Geschwindigkeit ? - Bremsen : Zügiges Abbremsen möglich? (Gefahrensituationen) - **Fahren bei geteilter Aufmerksamkeit ?** (vorgesehener Einsatz im Straßenverkehr ?) **Prüfung der Zweckmäßigkeit:** Ist der Versorgungsvorschlag des LE medizinisch-technisch geeignet das individuelle Versorgungsziel zu erreichen ? **Bestimmungsgemäße und sichere Nutzung:** ▪ Ist dem Vers. - unter Berücksichtigung seiner Funktionsdefizite - eine ausreichend sichere Bedienung und bestimmungsgemäße Nutzung möglich ?

	• Kostenvoranschlag (Einzelprodukt + Zubehör) • Bericht zur Anwendungs-erprobung am Einsatzort • Ggf. Videodokumentation zur Anwendungserprobung • Ggf. Herstellerinformation Ist ein Therapierad erforderlich oder kann das Kind ein handelsübliches Fahrrad nutzen ? Der Unterschied Therapierad zum handelsüblichen Fahrrad **(gemäß Produktart Beschreibung HMV):** • Alle wichtigen Teile eines Therapierades müssen <u>individuell an die Behinderung angepasst</u> werden können (Sattel, Lenker…) • Spezielle Sicherungs- und Positionierungssysteme (Oberkörper, Unterschenkel**,** Fuß), höhere Kippsicherheit ect.	○ Am vorgesehenen Einsatzort? ▪ Sind unter sozialmed. Aspekten ggf. Einschränkungen für den Einsatzort zu formulieren ? (Risikoabwägung) ○ Z.B. Empfehlung einer Nutzung nur im geschützten Bereich (Innenhof, verkehrsberuhigte Straße) ○ Auf Grund psychokognitiver Einschränkungen, epileptischer Anfälle, Verhaltensauffälligkeiten ect. mit hieraus resultierender erhöhter Selbst- und Fremdgefährdung ▪ Ist unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen die Anwesenheit einer Aufsichts- bzw. Hilfsperson erforderlich? ○ Temporär zum Erlernen des Fahradfahrens ? ○ Dauerhaft auf Grund der bestehenden psychomotorischen Funktionsdefizite ?

Anlass 23 Orthesen / Schienen

01. Vor- und Mittelfuß	**Sachermittlung durch die Kasse:**	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**
02. Sprunggelenk	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Angaben zu** • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Orthesenversorgungen, • Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen) • Versorgungsziel

03. Fuß	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel • **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur, - Physiotherapiebericht • **Bei habituellem Zehengang:** - Physiotherapiebericht • **Bei (Ring-) Orthesen bei Knick- Senkfuß:** - Fotodokumentation

04. Knie	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen - • Versorgungsziel **Bei maßgefertigten Knieorthesen** (Varus-/Valgusfehlstellungen, adipöse Beine): - Fotodokumentation **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur - Physiotherapie?

05. Hüfte	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel

06. Bein	**Sachermittlung durch die Kasse**: • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur - Physiotherapiebericht **Bei C-Brace:** - Erprobungs- Dokumentation (Videodoku) mit DTO (dynamische Testorthese). - Ggf. vergleichend mit bisheriger Orthesenversorgung

07. Hand	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen • Versorgungsziel **Bei Silikonorthesen:** - Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung. **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur - Physiotherapie?

Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose(n): _____

( ) Rechte Hand ( ) Linke Hand ( ) Beide Hände

Befund (z.B. Kontrakturen, Fehlstellungen, Spastik):

Angaben zu Greifeinschränkungen und Kraftgrad:

( ) Schlaffe Hand ohne Willkürbewegung ( )
( ) Minimale aktive Fingerbewegungen
( ) Massen- oder Hakengriff ohne isolierte(n) Fingeröffnung/Fingerschluss
( ) Schlüsselgriff mit Daumenbewegung, halbwillkürliche Fingerstreckung
( ) Zylindrischer und sphärischer Griff, willkürliche globale Fingeröffnung
( ) Alle Grifftypen, willkürliche Fingerstreckung, Einzelbewegungen

Angaben zu Heilmitteltherapien: Physiotherapie: …… Ergotherapie:……

Bisherige Versorgungen mit Hilfsmitteln bei Greifeinschränkung: …….

Sonstiges:……

08. Ellenbogen	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Physiotherapiebericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen • Versorgungsziel **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur - Physiotherapie?

09. Schulter	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen • Versorgungsziel

10. Arm	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen • Versorgungsziel **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:** - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur - Physiotherapie? **Bei Silikonorthesen:** - Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung

11. Leib/ Rumpf	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel

12. Halswirbelsäule	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen) • Versorgungsziel

13. Brustwirbelsäule Individuell gefertigte Brustwirbelsäulen-orthesen zur Korrektur 23.13.30.	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel **Bei Kielbrustorthese:** - Anatomischer Befund ? Ausprägung der Kielbrust ? - Beschwerden und/oder Funktionsbeeinträchtigungen (Schmerzen ? Bewegungseinschränkungen ? Druckschmerz? Assoziierte Skoliose ?) - Therapieziel ? - Bisherige Orthesenversorgungen? - Physiotherapiebericht - Fotodokumentation

		Bei Trichterbrustorthese/ Saugglocke: - Anatomischer Befund ? Ausprägung der Trichterbrust ? - Beschwerden und/oder Funktionsbeeinträchtigungen (Schmerzen ? Bewegungseinschränkungen ? Druckschmerz? Assoziierte Skoliose ? **Kardiopulmonale Auffälligkeiten bzw. Funktionseinschränkungen ?)** - Therapieziel ? - Bisherige Orthesenversorgungen? - Physiotherapiebericht - Fotodokumentation

14. Lendenwirbelsäule	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel

15. Wirbelsäule	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Versorgungsziel Bei Inputorthesen (Spio, SDO, GPS): - Physiotherapiebericht - Angaben zu bisherigen Orthesenversorgungen - Angaben zu Mobilitäts- und Sitzhilfen Reklinationsorthesen 23.15.31.0.: - Bisherige Therapien? - Physiotherapie?

		Skolioseorthesen **23.15.31.1**: - Risser Zeichen - Cobb- Winkel - bisherige Therapien/Physiotherapie?

Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose(n):

Größe: Gewicht:

Wann wurde erstmalig eine Wirbelsäulenverkrümmung dignostiziert (Erstdiagnose):

Sonstige Entwicklungsstörungen:

Körperliche Entwicklung/Reife bzw. Pubertätsmerkmale:

Angaben zum Wachstumsverlauf/-schub:

Menarche/Stimmbruch:

Schulterstand: Beckenstand: Beinlängendifferenz:

Brust- und Taillen - Symmetrie:

Klinisch sichtbarer Rotationsfehler im Sitzen: im Stand:

Lotabweichung:

Seitenprofil:

Adams- Vorbeugetest: Rippenbuckel: Lendenwulst:

Finger-Boden-Abstand:

Cobb-Winkel lumbal: thorakal:

Risser-Stadium:

Ergänzungen zum Befund (z.B. Kontrakturen, Fehlstellungen):

Physiotherapie (Frequenz und Zeitraum):

Bisherige Hilfsmittelversorgungen:

Sonstiges:

29. Ganzkörper	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Deformitäten • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen) • Versorgungsziel

Motorbetriebene Gehapparate - Exoskelette: 23.09.01.2	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Fachärztlicher Bericht: Neurologie • Klinikberichte • Rehabilitationsberichte • Heilmittelversorgung (aktuell) • Hilfsmittelversorgung (aktuell) • Ärztliche Unbedenklichkeits-bescheinigung zum Gangtraining • Knochendichtemessung • Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL) • Videodokumentation der Erprobung	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund • Funktionsdefizite: - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda - Liegen Spastiken vor ? - Ggf. Spastikgrad modifiziert nach Ashworth • Aktuelle Mobilität • Bisherige Hilfsmittelversorgung - Bisherige Orthesenversorgungen, - Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen • Bestimmungsgemäße und sichere Nutzung - Ist dem Vers. eine bestimmungsgemäße und sichere Nutzung möglich ?

Anlass 24 Beinprothesen

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Profilerhebungsbogen

Amputation:_____

Amputationsursache:----------

Weitere antragsrelevante Diagnosen----------

Alter: Körpergröße:_____cm Körpergewicht:_____ _kg

Interimsversorgung (_) Definitivversorgung (_) Folgeversorgung (_)

Zehen/Vorfuß (_) Mittelfuß/Rückfuß (_) US (_) OS (_) Knieex (_) Hüftex (_)

Kontrakturen vorhanden: ja nein

Grund für die Prothesenversorgung: (_) Amputation (_) angeborene Fehlbildung

Mobilitätsgrad: (_) 0 (_) 1 (_) 2 (_) 3 (_) 4_____

Aktivitätsniveau: (_) niedrig (_) mittel (_) hoch

Bisherige Versorgung/Passteile:_____

Erfolgte eine Gangschulung/Prothesengebrauchsschulung: (_) ja (_) nein

Grund für die Neuversorgung (inkl. Angabe zu Gangsicherheit, Sturzneigung):_____

Erzielter Zugewinn (Gebrauchsvorteile im Alltag):

Gehen auf ebenem Untergrund (Geschwindigkeit und Sicherheit): _____

Gehen auf unebenem Untergrund/Gefällstrecken/Treppen (Geschwindigkeit und Sicherheit):

Sonstiges:_____

Ist die Versicherte/der Versicherte geistig und körperlich in der Lage, diese Gebrauchsvorteile im Alltag zu nutzen: (_) ja (_) nein

Erprobung der beantragten Versorgung von:_____bis:_____

Stumpflänge: (_) lang (_)mittel (_) kurz (_) ultrakurz

Stumpfreifung abgeschlossen: (_) ja (_) nein

Belastbarkeit/Kraftentfaltung Stumpf:_____

Besonderheiten des Stumpfes: _____

Weitere Einschränkungen: _____

Sonstige Hinweise/Ergänzungen: _____

01. Vor- und Mittelfuß	**Sachermittlung durch die Kasse:**
	
	• Verordnung
	• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation
	• Profilerhebungsbogen
	• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht
	• Fotodokumentation
		Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
		
		• Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache
		
		• Angaben zu
		  ○ Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau
		• Angabe von Funktionsdefiziten
		  ○ Bewegungsumfang Neutral-Null
		  ○ Kraftgrad nach Janda
		• Angabe von Deformitäten
		• Angaben zur kontralateralen Seite
		• Angaben zur aktuellen Mobilität
		
		• Art der bisherigen Prothesenversorgungen
		• Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
		
		• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

03. Fuß	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Fotodokumentation	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache Angaben zu • Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null, - Kraftgrad nach Janda) • Deformitäten • zur kontralateralen Seite • zur aktuellen Mobilität • Art der bisherigen Prothesenversorgungen • Zusätzliche Rehahilfsmittel-versorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

04. Knie	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag/Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Reha-Entlassungsbericht: (Bericht von vorausgegangenen prothesenspezifischen Rehabilitation)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache Angaben zu • Genaue Amputationsart/Belastungsfähigkeit • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null, - Kraftgrad nach Janda) • Deformitäten • zur kontralateralen Seite • zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden

05. Hüfte	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag/Einzel-kalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache • Amputationsniveau (Hüftex/ Pseudohüftex/Hemipelvektomie) • Angabe von Deformitäten/Narbenarealen • Angaben zur kontralateralen Seite/Rumpf • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden

71. Unterschenkel	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag/Einzelkal kulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Fotodokumentation • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) - Angaben zur kontralateralen Seite • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden

72. Oberschenkel	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Fotodokumentation. • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda) • Angaben zur kontralateralen Seite • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung

73. Fuß-Passteil	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Passteilversorgungen • Stellungnahme des Versicherten/LE: ○ Warum ist das bisherige Passteil nicht mehr ausreichend? ○ Erwartungen an beantragtes Passteil ?

74. Kniegelenk-Passteil	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Videodokumentation	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Passteilversorgungen • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung • Stellungnahme des Versicherten/LE: o Warum ist das bisherige Passteil nicht mehr ausreichend? o Erwartungen an beantragtes Passteil ?

79.03. Funktions-Adapter/Elemente	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Profilerhebungsbogen	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten - Bewegungsumfang Neutral-Null - Kraftgrad nach Janda • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Passteilversorgungen • Zusätzliche Rehahilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Begründung der Notwendigkeit durch LE
79.04. Liner	• Verordnung • Kostenvoranschlag • Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Fotodokumentation	**Bei <u>Maß</u>liner:** • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisheriger Liner • Begründung für Notwendigkeit eines Maßliners • Maßblatt • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

79.06. Unterdruck-Systeme für Liner ohne Distalanschluss/Cushion-Liner		**Bei <u>aktivem</u> Unterdrucksystem:** • Begründung der Notwendigkeit/warum passives Unterdrucksystem nicht ausreicht • Angaben zu Stumpflänge • Angaben zur Mobilität • Angaben zur vorhandenen Prothesenversorgung/sonstige Passteile

Anlass 25 Sehhilfen

Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Augenheilkunde • Anpassbericht des Optikers	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Gesichtsfeldbefunde (kinetische Perimetrie, z. B. Goldmann-Perimetrie) • Befunde zum Visus - für die Ferne und Nähe, - bestkorrigiert, - rechtes (RA) und linkes Auge (LA), - ggf. binokular - inkl. benötigter Refraktionswerte • Vorder- und Hinterabschnittsbefunde rechtes und linkes Auge • Verordnung einer elektronischen Sehhilfe bei einer Sehschärfe/Visus 0,2 und besser: - Reihenoptotypenvisus und - genaue Angabe zum entsprechenden Vergrößerungsbedarf - Wie wurde dieser ermittelt ? • Vorlage eines Gesichtsfeldes : wenn VO begründend • Beschreibung der klinischen Befunde der vorderen und/oder hinteren Augenabschnitte: wenn VO begründend Angabe <u>weiterer</u> klinischer Daten/Befunde, wenn für die Begründung der Verordnung gemäß HilfsM-RL erforderlich: • <u>Konkrete Beschreibung</u> und Mitteilung der verordnungsbegründenden Diagnose/ Befund (inbes. §§ 14, 17 HilfsM-RL): z.B. ○ Konkrete Angabe der Diagnose

		○ Beschreibung des klinischen Befundes und der Symptomatik. ○ Konkrete Angabe der Genese/Ursache der Diplopie; ○ Angabe, ob ein stabiler Befund des Schielwinkels besteht. ○ Angabe zu Hornhaut-Radien der Hornhautoberfläche und ○ Hornhaut-Pathologie.

Profilerhebungsbogen:

Augenärztliche Diagnose:

rechtes Auge (RA): linkes Auge (LA):

Bestkorrigierter Fernvisus inkl. benötigter Refraktionswerte:

RA:

LA:

binokular:

Bestkorrigierter Nahvisus (Reihenoptotypenvisus):

RA:

LA:

binokular:

Aktueller Vergrößerungsbedarf (mit Angabe Bestimmungsmethode):

Wenn eine Diskrepanz zwischen dem rechnerisch anzunehmenden Vergrößerungsbedarf und dem hier angegebenen ermittelten besteht, Angabe der Gründe für die Abweichung:

Angabe aller vorhandenen Blindenhilfsmittel / Sehhilfen:

Die Notwendigkeit für das jetzt verordnete Hilfsmittel besteht, weil:

Sonstige Angaben:

Anlass 26 Sitzhilfen

Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Fotodokumentation, sofern vorhanden • KH-Entlass Bericht(e) • Rehabilitations-Bericht(e) • Physiotherapiebericht(e)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose • Befund Angaben zur - Sitzfähigkeit, - Steh-, Gehfähigkeit

Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: _____ Gewicht: _____

Bisherige Hilfsmittelversorgung (im Rahmen Behinderungsausgleich):

Was ist das Versorgungsziel:

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 Extremität: ( )Untere Extremität:

Psychokognitive Einschränkungen:

Nutzung überwiegend in ( ) häuslichem Umfeld ( )Kindergarten ( ) (Förder-)schule ( )Einrichtung

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden)? _____

Sitzschale: (_) konfektioniert (_) individuell gefertigt

Ggf. erforderliche Zurüstungen :

Warum ist eine indidividuelle Fertigung erforderlich ?

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfektionierte Sitzschale aus?

Anfrage an den / die technische/n Leistungserbringer/in:

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/benötigte Zurüstungen:

Sitzschale: (_) konfektioniert (_) individuell gefertigt

Warum ist eine individuelle Fertigung erforderlich ?

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfektionierte Sitzschale aus?

Arthrodesen-sitzkissen 26.46.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Orthopädie • KH-Entlass Bericht(e) • Rehabilitations-Bericht(e) • Physiotherapiebericht(e)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsbegründende Diagnose • Art des operativen Eingriffs (bei postop. Versorgung) • Datum der Op. • Aktueller Befund/Einschränkungen (Hüfte, Knie, Rücken) • Was ist das Versorgungziel? • Welche definierte Sitzposition soll eingenommen werden ? Temporär postoperativ ? Langfristig ? • Mit welchen Hilfsmitteln ist der Vers./die Vers. bislang versorgt? (Sitzhilfen, ggf. Mobilitätshilfen) • Warum scheidet als Versorgungsalternative ein handelsübliches Kissen oder Keilkissen aus ?

Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Pat. Alter:_____ Größe: _____Gewicht: _____

Art des operativen Eingriffs (bei postoperativer Versorgung):

_____

Op. am :_____

Befund bzw. funktionelle Einschränkungen:

_____

Stehfähigkeit:_____

Gehfähigkeit:_____

Sitzvermögen:_____

Befund Hüftgelenk:
Beugung/Streckung:_____

Befund Kniegelenk:
Beugung/Streckung:_____

Befund Rücken:_____

Versorgungsziel:
Welche definierte Sitzposition soll eingenommen werden ?

_____

Über welchen Zeitraum ? ( ) Temporär postop. ( ) Langfristig

_____

Bisherige Hilfsmittelversorgung (Sitzhilfen, Mobilität) :

_____

Versorgungsalternativen:

Warum scheidet als Versorgungsalternative ein handelsübliches Kissen oder Keilkissen aus?

_____

Anlass 27 Sprechhilfen

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 28 Stehhilfen

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 29 Stomaartikel

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 30		
	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 31 Schuhe

Orthopädischer Maßschuh 31.03.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Diabetologe • KH-Entlass Bericht(e) - bei fußchirurgischen. Eingriffen, - bei Diabetes mellitus • Rehabilitations-Bericht(e) • Physiotherapiebericht(e)	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe wenn auffällig. • Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße. • Fotodokumentation der Füße von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen

Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: Größe: _____ Gewicht:_____

( ) Erstverordnung ( ) Folgeverordnung

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

	Kein path. Bef.	Pathologie	Beschreibung
Rückfußdeformität	( )	( )	_____
Mittelfußdeformität	( )	( )	_____
Vorfuß-/Zehendeformität	( )	( )	_____

Strahldefekt/Amputation ( ) ( ) _____
Ulcus/Druckschäden ( ) ( ) _____
Fußverkürzung ( ) ( ) re. _____cm li. _____cm
Beinlängenverkürzung ( ) ( ) re. _____cm li. _____cm
Lähmung ( ) schlaff ()spastisch

Trophische Störungen ( ) Neuropathie ( )Angiopathie ( )Osteopathie

Liegt ein diabetisches Fußsyndrom vor?

Wenn ja: PNP/PAVK?

Oberflächensensibilität Bereich der Füße entsprechend Semmes-Weinstein-Monofilament

Tiefensensibilität im Bereich der Füße entsprechend Stimmgabeltest

Warum ist eine Versorgung mit sogenannten Diabetikerschutzschuhe nicht möglich?

Röntgen vom: _____, Befund bitte kurz erläutern _____
_____

Fußschmerzen nach welcher Gehstrecke (m):_____

Bewegungsumfang OSG:_____° -____° -____°

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

Mobilitätsgrad ohne Schuh ( ) uneingeschränkt ( ) kurz außer Haus ( ) nur im Haus ( ) nicht gehfähig
Mobilitätsgrad mit konfekt. Schuh ( ) uneingeschränkt ( ) kurz außer Haus ( ) nur im Haus ( ) nicht gehfähig
Mobilitätsgrad mit orthop. Schuh ( ) uneingeschränkt (kurz außer Haus ( ) nur im Haus ( ) nicht gehfähig

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 (welche/wie lange)
- Schuhzurichtung(en) (welche/wie lange)
- Sonstiges

Warum reicht die bisherige Versorgungsform nicht mehr aus?

_____

Wie ist die Abnahme geplant?

( ) mit Patient ( ) mit Orthopädieschuhmacher/in ( ) Zwischenabnahme mit Folienschuh/Probeschuh

Sonstiges:

Anfrage an den / die technische/n Leistungserbringer/in:

- Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe wenn auffällig.
- Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße.
- Fotodokumentation der Füße von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen

Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

Fremdkraft-betriebene Kniebewegungs-trainer 32.04.01	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Konservative Behandlung:** • Kurzer ärztlicher Befundbericht • Physiotherapiebericht **Nach operativen Eingriffen:** • OP-Bericht (wenn möglich) • Kurzer Entlassungsbericht der Klinik • Angabe des Pflegegrades

Anlass 33 Toilettenhilfen

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 34 Haarersatz

	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Anlass 35 Epithesen

Epithesen	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Krankenhausbericht • Ggf. Fotodokumentation	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Medizinische Begründung für die Verordnung unter Angabe:** - der antragsrelevanten Diagnose - der ggf. stattgehabten operativen Versorgung

Anlass 36 Augenprothesen

Augenprothesen	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Augenheilkunde • Krankenhausbericht • Ggf. Fotodokumentation	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Angabe zu:** - Antragsrelevante Diagnose - der ggf. stattgehabten operativen Versorgung

Anlass 37 Brustprothese

Brustprothesen	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Chirurgie, Gynäkologie • Aussagekräftige Fotodokumentation **Auswahlkriterien für eine im Einzelfall geeignete Brustprothese aus med.-technischer Sicht:** Bei der Auswahl sind medizinische, technische und kosmetische (Akzeptanz) Aspekte einzubeziehen: • Art, Beschaffenheit und Verlauf der Operationsnarbe • Größe, Form, Optik und Gewicht der Prothese • Schwindungsverhalten, Rutschsicherheit • Hautverträglichkeit	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Aussagekräftiger aktueller Befundbericht:** • Tumornachsorgebericht oder • Krankenhausentlassbericht oder • Rehaentlassungsbericht **Befund des Operations-/ Narbengebietes** **Situationsbeschreibung aus Sicht der Versicherten** • Schilderung der konkreten Problematik beim Tragen der vorhandenen Brustprothese **Angaben zur bisherigen Versorgung** • Mit welcher Brustprothese wurde bisher versorgt ? **Angaben zur Erprobung** • Welche Brustprothesen wurden erprobt? (genaue Angaben zu Größe und Form) **Medizinische Begründung** • Warum individuelle Anfertigung? **Technische Begründung** • Warum individuelle Anfertigung ?

	• Ggf. zusätzliche medizinische Probleme wie Lymphödem, Rückenprobleme o.ä	**Aussagekräftige Fotodokumentation** • der Brust/ des Brustkorbs • von vorn und von der Seite • mit und ohne Brustprothesenversorgung • mit Prothese im BH unter einem hellen, einfarbigen, glatten Shirt oder Bluse *Die (vorhandene oder erprobte Brustprothese) sollte in einen gut passenden und geeigneten BH eingelegt sein* **Maßblatt** • Brustmaß mit Prothese und gut sitzendem BH und Unterbrustmaß • BH Größe

Profilerhebungsbogen:

Aussagekräftiger aktueller Befundbericht:

- Tumornachsorgebericht oder
- Krankenhausentlassbericht oder
- Rehaentlassungsbericht

Befund des Operations-/ Narbengebietes

Angaben zur bisherigen Versorgung : Mit welcher Brustprothese wurde bisher versorgt ?

Angaben zur Erprobung: Welche Brustprothesen wurden erprobt? (genaue Angaben zu Größe und Form)

Medizinische Begründung : Warum ist eine individuelle Anfertigung erforderlich?

Anfrage an den / die technischen/n Leistungserbringer/in:

Maßblatt: Brustmaß mit Prothese und gut sitzendem BH und Unterbrustmaß, BH Größe

Technische Begründung der individuellen Anfertigung:
Warum ist eine serielle/ konfektioniert Versorgung, ggf. mit einer individuell zurüstbaren Brustprothese nicht ausreichend?

Anlass 38 Armprothesen

	Sachermittlung durch die Kasse: • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie • Krankenhausentlassungsbericht bzgl. Amputation • Rehabericht bzgl. Amputation • Physiotherapiebericht • Fotodokumentation Stumpf • Profilerhebungsbogen, z.B. von der Bundesfachschule für Orthopädietechnik oder des Vereins zur Qualitätssicherung in der Armprothetik e.V.	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Angaben zur Amputation (oder Fehlbildung) mit - Amputationsniveau/- höhe; - Amputationsursache; - Amputationsdatum • Befund mit Angaben zu - Kraftgraden (Janda) - Bewegungseinschränkungen (Neutral-Null) der erhaltenen Gelenke der betroffenen Extremität - Deformitäten - Funktionseinschränkungen • Angaben zur Länge, Belastbarkeit, Kraftentfaltung, Besonderheiten des Stumpfes • Angaben zur Vorversorgung • Versorgungsziele, • Gebrauchsvorteile im Alltag, erzielter Zugewinn

Profilerhebungsbogen:

Zustandserhebung / Anamnese

( ) Information / Beratung ( ) Test-/ Probeversorgung ( ) Definitivschaft ( ) Weitere Spezifikationen

( ) Definitiversorgung komplett ( ) Service / Reparatur ( ) Sonstiges _____

Körpergröße (cm) _____ Körpergewicht (kg) _____

Spezifische Anforderungen an die Prothese: _____

Klinische Daten

Amputations- / Fehlbildungsniveau ( ) Finger-Daumenamputation ( ) Transcarpale / Carpale Amputation ( ) Ellenbogenexartikulation
(mit Bilddokumentaion) ( ) Handexartikulation ( ) Unterarmamputation ( ) partielle Teilhandamputation
( ) Schulterexartikulation / Interthorakoscapuläre Amputation ( ) Oberarmamputaition

Stumpf / Fehlb: ( ) ultrakurz: _____ cm ( ) kurz: _____ cm ( ) mittellang: _____ cm ( ) lang: _____ cm
(ultrakurz= weniger als 50% des proximalen Drittels UA; kurz= proximales Drittel UA; mittellang= mittleres Drittel UA; lang: distales Drittel UA)

Betroffene Seite: ( ) rechts ( ) links
( ) Rechtshänder ( ) Linkshänder

Ursache: ( ) Trauma ( ) Dysmelie ( ) Erfrierung ( ) Diabetes ( ) Tumor ( ) Verbrennung ( ) Arterielle Verschlusskrankheit
( ) Sonstige Ursache

Amputationsdatum: _____ Datum der Erstversorgung: _____

Tragedauer (in Stunden, bei Aktivitäten): _____
Therapieziel, Anwendererwartung: _____
Bemerkungen: _____

Allgemeiner Gesundheitszustand, weitere Funktionseinschränkungen

Liegen versorgungsrelevante ( ) ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____

Einschränkungen vor?

Liegen Krankheiten vor? ( ) ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____
(z.B Infektionen)

Werden Medikamente ( ) ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____
eingenommen?

Werden zusätzliche
Therapien durchgeführt? ( ) Ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____

Sind Materialallergien ( ) ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____
bekannt?

Werden Sportaktivitäten ( ) Ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____
durchgeführt?

Werden andere Hilfsmittel ( ) Ja ( ) nein Wenn ja, welche: _____
genutzt?

Bemerkungen: _____

Untersuchung:

Bewegungsausmaße/ Kontrakuren:	Schulter	Retro/Ante (50-0-90°)	( ) rechts	( ) links
		Ele (170°)	( ) rechts	( ) links
		Ab/Ad (90-0-45°)	( ) rechts	( ) links
		AR/IR (60-0-30°)	( ) rechts	( ) links
	Ellbogen	Ex/Flex (10-0-150°)	( ) rechts	( ) links
	Handwurzel	Ex/Flex (7-0-80°)	( ) rechts	( ) links

Bewegungseinschränkungen der Hand: _____
Bewegungseinschränkungen der Finger: _____

Volumenschwankungen: _____

(ggfs. Umfangskontrolle)

Weichteilzustand ( ) muskulös ( ) atrophiert
( ) locker, weich ( ) stark atrophiert

Auffälligkeiten (ggfs. Röntenbilder):_____
Knöcherne Prominenzen: ( ) kaum ausgeprägt ( ) ausgeprägt ( ) normal ( ) stark ausgeprägt

Narbeneinziehungen oder Narbenverwachsungen: _____
(mit Bilddokumentation / Kommentare)

Sensibilität: ( ) unauffällig ( ) vermehrt ( ) vermindert
Temperatur ( ) wärmer ( ) kälter ( ) seitengleich
Muskelkraft ( ) volle Entfaltung ( ) eingeschränkt ( ) Kraftgrad (Janda*)

*Kraftgrad (Janda)

0 komplette Lähmung- keine Muskelaktivität erkennbar	2 schwere Lähmung – Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft möglich	4 leichte Lähmung- Bewegung und Gegenhalt gegen leiten Widerstand möglich
1 sehr schwere Lähmung – Muskelaktivität erkennbar ohne Bewegungsausschlag	3 deutliche Lähmung- Bewegung ohne Widerstand möglich	5 normale Kraft – Bewegung und Gegenhalt gegen Widerstand möglich

Phantomschmerzen: ( ) ja ( ) nein Wenn auftretend, welche Art: _____

Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit des Stumpfes: _____
Bemerkung: _____

Anlass 80 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung nach §275 Abs. 3 Satz 3 SGB V

	Sachermittlung durch die Kasse:	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**
	• Verordnung • Kostenvoranschlag • Patientenmaßblatt • Fotodokumentation (falls vorhanden) • Ggf. Korrespondenz zwischen technischem LE, Kasse und Vers.	• Grund der Evaluation: Was wird bemängelt ? • Auslieferungszeitpunkt des Hilfsmittels • Bei Schuhen: Trittspur mit Fußumfangsmaßen

Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV

High-Flow bei Kindern	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: - Pädiatrie - Neonatologie - Nachsorgeambulanzen	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** • Antragsrelevante Diagnose **Angaben zu** • Frühgeburtlichkeit (Frühgeborenes welcher SSW ?) • Relevante Comorbiditäten • Pulmonale Erkrankung: Diagnose, Ausprägung, bisheriger Verlauf, • Beatmung und Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) • Bisherige Formen der Atemunterstützung z.B. High-Flow, CPAP • Sauerstoffbedarf ? • Monitoring im häuslichen Umfeld ? • Bisheriges Therapiekonzept • Therapieziel ? • Sind die Eltern in einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des Produktes in der Lage ?
Mollii Suit Expulse	**Sachermittlung durch die Kasse:** • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: - Neurologie - Orthopädie	**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:** **Angaben zu** • Antragsrelevante Erkrankung • Relevante Comorbiditäten • Therapie- bzw. Versorgungsziel • Bisherige Therapiemaßnahmen? Mit welchem Erfolg/Ergebnis? • In welchem Umfeld soll das Gerät eingesetzt werden (vorgesehener Anwendungsort)?

	• Bericht des technischen Leistungserbringers zur Anwendungserprobung • Videodokumentation zur Erprobung	• Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation) • Ist dem Vers./der Vers. bzw. der Betreuungsperson zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?

Anlass 99 Verschiedenes

Unterkiefer-protrusionsschiene	**Sachermittlung durch die Kasse:**
	
	• Verordnung
	• Kostenvoranschlag
	• Bericht des Verordners
	• Fachärztlicher Bericht: Schlafmedizin
	• Ärztliches Attest
	• Zahnärztliches Attest
		Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
		
		• Bericht des Verordners:
		  ○ Therapieziel ?
		  ○ Bisherige Maßnahmen ? Mit welchem Ergebnis?
		• Anwendungsprobleme und Adhärenz des/der Vers. im Rahmen der bisherigen Therapie mit Überdruckbehandlung?
		
		• **Schlafmedizinischer Bericht**
		• incl. Befund der kardiorespiratorische Polygraphie oder kardiorespiratorischen Polysomnografie (PSG)
		
		• **Ärztliches Attest**:
		- Bestätigung, dass die Behandlung mittels Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann
		- Begründung zur Verordnung
		
		• **Zahnärztliches Attest**
		mit Bestätigung der Voraussetzungen zur Anwendung
		- Ausreichender Zahnstatus des Erkrankten
		- Fehlende Kontraindikation wie z.B. vorbestehende Erkrankungen oder Funktionsstörungen der Kiefergelenke
		- Vorliegen einer ausreichenden Unterkieferprotrusion