

# 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: 09.2021

*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 ärztliche-technische Gutachterteams mit hoher orthopädietechnischer, orthopädieschuhtechnischer, rehathechnischer und medizintechnischer Expertise.

Die Arbeitshilfe ist dynamisch und wird durch Hinweise unserer Gutachterteams und durch die Zusammenarbeit mit Krankenkassen kontinuierlich angepasst bzw. weiterentwickelt.

Krankenkassen können die Arbeitshilfe 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](mailto: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?.....	6
2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden?.....	6
3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden? .....	7
4. Was ist erforderlich für die Kalkulationsprüfung durch das technische Team?.....	8
Produktgruppe 01 Absauggeräte .....	9
Produktgruppe 02 Adaptationshilfen .....	9
Produktgruppe 03 Applikationshilfen .....	9
Insulinpumpen .....	10
Produktgruppe 04 Badehilfen .....	12
Produktgruppe 05 Bandagen.....	12
Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte .....	12
Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel .....	12
Blindenhilfsmittel .....	12
Produktgruppe 08 Einlagen .....	14
Einlagen .....	14
Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte.....	15
Inkontinenz-Therapiegerät.....	15
Produktgruppe 10 Gehhilfen .....	21
Gehhilfen .....	21
Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus .....	21

Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma .....	21
Produktgruppe 13 Hörhilfen.....	22
Hörgeräte.....	23
FM-Anlagen .....	25
Cochlea-Implantat .....	27
Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte.....	30
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren.....	30
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen.....	33
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung .....	35
Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen .....	35
Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen .....	35
Kommunikationshilfen für Erwachsene .....	36
Kommunikationshilfen für Kinder .....	37
Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie.....	37
Medizinische Kompressionsstrümpfe .....	38
Apparate zur Kompressionstherapie.....	39
Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge.....	40
Kranken- und Behindertenfahrzeuge .....	41
Produktgruppe 19 Krankenpflegeartikel .....	45
Produktgruppe 20 Lagerungshilfen .....	46
Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/- funktionen .....	46
rtCGM .....	47
Produktgruppe 22 Mobilitätshilfen .....	49
Patientenlifter.....	50
Therapierad für Erwachsene .....	51
Therapierad für Kinder .....	52

Produktgruppe 23 Orthesen / Schienen.....	53
01. Vor- und Mittelfuß.....	53
02. Sprunggelenk.....	53
03. Fuß.....	55
04. Knie.....	56
05. Hüfte.....	58
06. Bein.....	59
07. Hand.....	61
08. Ellenbogen.....	64
09. Schulter.....	65
10. Arm.....	67
11. Leib/ Rumpf.....	68
12. Halswirbelsäule.....	68
13. Brustwirbelsäule.....	69
14. Lendenwirbelsäule.....	70
15. Wirbelsäule.....	70
29. Ganzkörper.....	73
Produktgruppe 24 Beinprothesen.....	74
01. Vor- und Mittelfuß.....	76
03. Fuß.....	78
04. Knie.....	79
05. Hüfte.....	81
35. Brustprothesen.....	82
71. Unterschenkel.....	82
72. Oberschenkel.....	84
73. Fuß-Passteil.....	85

74. Kniegelenk- Passteil .....	86
75. Hüftgelenk- Passteil .....	87
79. Beinprothesen-Strukturteil/Zusatz/Zubehör ohne speziellen Anwendungsort.....	88
Produktgruppe 25 Sehhilfen.....	89
Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen .....	90
Produktgruppe 26 Sitzhilfen .....	91
Sitzschale .....	91
Produktgruppe 27 Sprechhilfen .....	94
Produktgruppe 28 Stehhilfen .....	94
Produktgruppe 29 Stomaartikel .....	94
Produktgruppe 30.....	94
Produktgruppe 31 Schuhe .....	94
Orthopädischer Maßschuh .....	94
Produktgruppe 32 Therapeutische Bewegungsgeräte .....	97
Motorbetriebene Bewegungsschienen (CPM) .....	97
Produktgruppe 33 Toilettenhilfen .....	97
Produktgruppe 34 Haarersatz .....	97
Produktgruppe 35 Epithesen.....	98
Produktgruppe 36 Augenprothesen.....	98
Produktgruppe 37 Brustprothesen.....	98
Brustprothesen.....	99
Produktgruppe 38 Armprothesen .....	101
Sonstiges.....	102
Unterkieferprotrusionsschiene .....	103
Tumortheraiefelder (TTF Optune).....	104

## 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 bzw. 5 PDF Parteien** in möglichst folgender Reihenfolge übermittelt werden:

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

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

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 Gutacher\*innen und spart Ressourcen.

### 3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden?

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

1. **Verordnung**
2. **Kostenvoranschlag**
3. Dezierte **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 sozialmed. Empfehlung:  
Sofern MD außerhalb Westfalen-Lippe: **Vorlage der zu Grunde liegenden sozialmedizinischen Stellungnahme mit neg. Votum**
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. 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 - Produktgruppe 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 Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in Kombination mit den Kalkulationsvorschlägen des Bundesinnungsverbandes (BIV).

**oder**

- **Sonstige (bitte benennen)**

**Produktgruppe 01 Absauggeräte**

**Produktgruppe 02 Adaptationshilfen**

**Produktgruppe 03 Applikationshilfen**

<p><b>Insulinpumpen</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Fachärztlicher Bericht : Diabetologe/in</li> <li>• Diabetologische Stellungnahme zur Erforderlichkeit einer Versorgung mit Insulinpumpe (Indikation) („Pumpengutachten“)</li> <li>• Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren)</li> <li>• Blutzuckertagebuch (letzte drei Monate)</li> <li>• Ggf. KH-Entlass Bericht(e)</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus</li> <li>• Relevante Komorbiditäten/Einschränkungen (z.B. psychische Erkrankungen, feinmotorische Einschränkungen, Visuseinschränkungen ?)</li> <li>• Insulintherapieplan</li> <li>• Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung: Angabe zu Hypoglykämien/Fremdhilfebedarf</li> <li>• HbA1c der letzten 12 Monate</li> <li>• Ist der Vers. in der Lage, die Insulinpumpe im Alltag sachgerecht anzuwenden?</li> <li>• Inwieweit ist die Mitwirkung/Unterstützung von Hilfspersonen notwendig?</li> <li>• Bisherige Therapiemodifikationen (incl. Schulungsmaßnahmen). Mit welchem Erfolg ?</li> <li>• Individuelle Therapieziele</li> <li>• Relevante Aspekte aus der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst)</li> <li>• Therapieplan der ICT <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE-Faktor</li> <li>- Korrektur-Faktor</li> <li>- Basalinsulin</li> </ul> </li> <li>• Bei CGM-Nutzern : Time in Range (TIR) ggf. durch den Verordner kommentiert</li> </ul>
-----------------------------	---	---



## Produktgruppe 04 Badehilfen

## Produktgruppe 05 Bandagen

## Produktgruppe 06 Bestrahlungsgeräte

## Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel

<b>Blindenhilfsmittel</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Stellungnahme des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Augenarzt/Augenärztin</li><li>• Versichertenanfrage mit Fragebogen</li><li>• Erprobungsbericht Leistungserbringer/in</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <b>Angaben des Verordners</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• zum Restsehvermögen</li><li>• zum Gesichtsfeld</li><li>• Weitere relevante Comorbiditäten bzw. Einschränkungen ? (insb. Kognition und Feinmotorik betreffend)</li><li>• Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt ?</li><li>• Welche Probleme bestehen in der Anwendung der bisher genutzten Hilfsmittel?</li><li>• Individuelles Versorgungsziel ?</li></ul> <b>Erprobungsbericht des Leistungserbringers:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ergebnis der Erprobung des beantragten Produktes und von ggf. erprobter Versorgungsalternativen</li></ul>
---------------------------	---	--

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

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

**Anfrage an den / die technische/n Leistungserbringer/in:****Erprobungsbericht des Leistungserbringers:**

- Ergebnis
  - der Erprobung des beantragten Produktes
  - ggf. erprobter Versorgungsalternativen

## Produktgruppe 08 Einlagen

<b>Einlagen</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht Verordner/in</li><li>• Fachärztlicher Bericht : Orthopäde</li><li>• Versichertenanfrage</li><li>• Erprobungsbericht des beantragten Hilfsmittels</li><li>• KH-Bericht (z.B. fußchirurgisch)</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <b>Erwachsene</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.</li><li>• Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße</li><li>• Fotodokumentation (falls vorhanden)</li></ul> <b>Kinder</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.</li><li>• Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße</li><li>• Fotodokumentation (falls vorhanden)</li><li>• Angaben<ul style="list-style-type: none"><li>- zur Fußdeformitäten</li><li>- zu Gangbildauffälligkeiten</li><li>- zu Muskeltonusstörung</li><li>- zu Entwicklungsstörungen insgesamt</li></ul></li></ul>
-----------------	---	---

## Produktgruppe 09 Elektrostimulationsgeräte

<b>Inkontinenz-Therapiegerät</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Urologe/in oder Gynäkologe/in</li><li>• KH-Entlass Bericht(e)</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
----------------------------------	--	---

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

### Bei Harninkontinenz oder Blasenfunktionsstörung:

#### Angabe der Diagnose:

Die Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:

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

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten:                       ja                       nein

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert:  ja  nein

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

- Detrusorhyperaktivität     Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie     Hypokontraktiler Detrusor     Hypoaktiver Sphinkter  
 Beckenbodenschwäche     Fehlendes Beckenbodengefühl  
 Prolaps     Cystocele  
 Z.n. Inkontinenz-OP     Z.n. Hysterektomie     Z.n. Prostatektomie  
 Z.n. Radiatio

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Angaben zur durchgeführten Diagnostik:**

- Miktionstagebuch     Vorlagentest     Urodynamik  
 Vaginale Untersuchung     Harnanalyse     Restharnbestimmung  
 Perineal-/ Introitus-Sono     Zystographie     Östrogenstatus  
 Zystometrie     HR Druckprofil     Sonstiges  
 Zystoskopie     Uroflow

Relevante Untersuchungsergebnisse:

\_\_\_\_\_

Bisherige Therapie:

\_\_\_\_\_

**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

Vorgesehene Dauer der Therapie:

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

---

Welches Produkt soll eingesetzt werden (Benennung des konkreten Einzelproduktes):

---

Anwendung mit folgendem Zubehör:

Vaginalsonde       Intravesikalelektrode       Sonstige

Anleitung erfolgt durch:

Arzt       Pflegepersonal       Physiotherapeut       Nicht-ärztlichen Leistungserbringer

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :

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:**

Eine 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

Zeitraum der Durchführung:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

**Geplante Therapie:**

Elektrostimulation  Biofeedback  Kombinationstherapie

Geplante/vorgesehene Dauer der Therapie: \_\_\_\_\_

Zubehör:         Rektalelektrode

**Anleitung erfolgt durch:**

Arzt         Pflegefachkraft         Physiotherapeut         Leistungserbringer

**Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:**

---

**Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :**

---

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

## Produktgruppe 10 Gehhilfen

<b>Gehhilfen</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Stellungnahme des Verordners</li><li>• Bericht SPZ</li><li>• Ggf. Videodokumentation</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung</li><li>• Individuelles Versorgungsziel</li></ul> <b>Bei Erwachsenen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angaben<ul style="list-style-type: none"><li>- zur Gehfähigkeit</li><li>- Rumpfstabilität</li><li>- Mobilität im Haus</li><li>- Mobilität außer Haus</li></ul></li></ul> <b>Bei Kindern:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angaben zur<ul style="list-style-type: none"><li>- zur Sitz-, Steh- und Gehfähigkeit</li><li>- zum Muskeltonus</li><li>- zu Entwicklungsstörungen</li><li>- zum Einsatzbereich</li></ul></li><li>• Angaben zu erforderliche Zubehörteilen wie z. B. Spreizsitzen, Beinteilern, höhenverstellbaren Achselstützen, höhenverstellbaren Unterarmstützen</li><li>• Ggf. Videodokumentation (z. B. bei geplanter NF-Walker-Versorgung)</li></ul>
------------------	--	---

## Produktgruppe 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

## Produktgruppe 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma

## Produktgruppe 13 Hörhilfen

<p><b>Hörgeräte</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme Verordners/in /</li> <li>• Fachärztlicher Bericht : HNO-Arzt, Pädaudiologe</li> <li>• Sprach-und Tonaudiometrie</li> <li>• Hörakustiker: Anpassbericht</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Verordner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprach-und Tonaudiometrie</li> </ul> <p><b>Hörakustiker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsanzeige des Hörakustikers</li> <li>• Angabe der Typenzeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer der erprobten Geräte</li> <li>• Anpassbericht mit <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ton- und Sprachaudiogramm</li> <li>- Ergebnis der vergleichenden Hörhilfen- testung</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Bei vorzeitiger Versorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letzter Anpassbericht mit Ton- und Sprachaudiogramm</li> <li>• Bei eingetretener Verschlechterung: Nachanpassbericht</li> <li>• Datenblatt zu den bisher getragenen Hörgeräten</li> </ul> <p><b>Kleinkinder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräte- anpassung des betreuenden Pädaudiologen/ HNO-Arzt</li> </ul> <p><b>Bei knochenverankerten Hörgeräten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begründung, warum eine Versorgung mit Luftleitungshörgerät nicht möglich ist</li> <li>• Anpassbericht</li> </ul> <p><b>Bei HG wg. AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pädaudiologischer bzw. HNO-ärztlicher Befundbericht Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störschall</li> </ul>
-------------------------	---	--

(GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschaall/60 dB Störschaall)

- 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.

<p><b>FM-Anlagen</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme Verordners/in /</li> <li>• Fachärztlicher Bericht : HNO-Arzt, Pädaudiologie</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Bei bestehender HG/CI-Versorgung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonaudiometrien ohne Versorgung (HG)</li> <li>• Sprachaudiometrien in Ruhe bei 65 dB (Freiburger Einsilbertest)</li> <li>• Im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschall/60 dB Störschall) mit Versorgung (HG/CI)</li> </ul> <p><b>Bei AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
--------------------------	--	---

<p><b>Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:</b></p> <p>Antragsbegründende Diagnose:</p> <p>In welchem Umfeld bzw. in welcher Kommunikationssituation soll die FM-Anlage eingesetzt werden?</p> <p>Welche (Förder-)Schule wird besucht:</p> <hr/> <p>Wird durch die Schule für den Unterricht eine drahtlose Übertragungsanlage zur Verfügung gestellt?</p>
--

**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:

<p><b>Cochlea-Implantat</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Bericht der CI-Klinik</li> <li>• Ton- und Sprachaudiogramm</li> <li>• Hörakustiker: Anpassberichte</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Vom Versicherten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zum Verlauf der Entwicklung des Hörverlustes (links und rechts)</li> <li>• Werden Hörgeräte getragen? Links bzw. rechts? Wenn ja, seit wann?</li> <li>• Wann erfolgte die letzte Überprüfung/ Nacheinstellung der aktuellen Hörgeräteversorgung</li> </ul> <p><b>Von der CI Klinik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisbericht zur Befunderhebung im Vorfeld der geplanten CI Versorgung</li> <li>• Begründung der CI Versorgung</li> <li>• Bericht zum pädaudiologisch/ psychologischen Vorgespräch</li> <li>• Aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm</li> </ul> <p><b>Bei Langzeit Ertaubung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis des Promontorialtests</li> <li>• Erfolgte eine Optimierung der bestehenden Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchen Hörgeräten? Ergebnis?</li> </ul> <p><b>Vom Hörgeräteakustiker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Namen und Hilfsmittelpositionsnummer des bisher getragenen Hörgerätes</li> <li>• Anpassbericht der letzten Hörgeräteversorgung</li> <li>• Erfolgte seither eine weitere Optimierung der Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?</li> </ul>
---------------------------------	---	--

		<p><b>Bei Kleinkindern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis der subjektiven und objektiven Hörprüfung</li> <li>• Erfolgte eine Hörgeräteerprobung?</li> <li>• Wenn ja, über welchen Zeitraum? Mit welchem Ergebnis Wenn nein, warum nicht?</li> </ul> <p><b>Schwerstbehinderte Kinder oder Erwachsene mit Beeinträchtigung der Kognition oder Verhaltensauffälligkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pädaudiologischer bzw. phoniatischer Bericht</li> </ul> <p>Zusätzlich bei Kindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Befunde zur Entwicklungsdiagnostik</li> <li>• Pädiatrische/neuropädiatrische Befundberichte zur Implantations- und Refahfähigkeit</li> </ul> <p><b>Bei geplantem Sprachprozesswechsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit wann besteht die Versorgung mit einem Cochleaimplantat (CI)?</li> <li>• Ein oder beidohrig?</li> <li>• Welche Prozessoren werden getragen? (Genau Bezeichnung)</li> <li>• Seit wann?</li> <li>• Ergebnisse der Überprüfung der Sprachverständlichkeit (letzte 3 Jahre mit den zuletzt getragenen Prozessoren) (Angabe Testverfahren und –bedingungen)</li> <li>• Ergebnis der vergleichenden Anpassung zwischen bisher getragenen Prozessoren und beehrten Prozessoren</li> <li>• Welche Schule/Einrichtung wird besucht?</li> <li>• Welche berufliche Tätigkeit wird ausgeübt?</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Bestehen weitere Einschränkungen z.B. auch auf Sprachebene?</li></ul>
--	--	---

## Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

<p><b>Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Fachärztlicher Bericht Pulmologe/in</li><li>• Belastungstest (z.B. 6 Minuten Gehstest)</li><li>• Ggf. KH-Entlass Bericht(e)</li><li>• Ggf. Rehabilitations-Bericht(e)</li><li>• Ggf. Physiotherapiebericht</li><li>• Pflegegutachten</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ggf. Angaben zu Anforderungen an das vorgesehene Hilfsmittel aus Sicht des Verordners</li><li>• Belastungstest – sofern dem Pat. möglich (körperliche Belastbarkeit) und für die fachliche Bewertung erforderlich (ggf. im Einzelfall mit dem MD abzustimmen)</li><li>• Blutgasanalyse <u>in Ruhe</u>:<ul style="list-style-type: none"><li>- ohne Sauerstoffgabe</li><li>- mit Sauerstoffgabe</li></ul></li><li>• Bei verordneter Sauerstofftherapie unter Belastung: Befundbericht der Belastungsuntersuchung<ul style="list-style-type: none"><li>- ohne Sauerstoffgabe</li><li>- mit Sauerstoffgabe)der in Ruhe und unter Belastung ermittelte erforderliche Sauerstoff-Flow</li></ul></li><li>• Angaben zur Nutzung eines Demand-Systems</li><li>• Angabe zum Raucherstatus</li><li>• Zeitdauer der außer Haus-Mobilität im Rahmen der Grundbedürfnisse</li></ul>
--	---	---



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

PCO<sub>2</sub>-Anstieg auf maximal \_\_\_\_\_ mmHg

Ist der Patient/die Patientin demandfähig?     Ja             nein

Besteht ein Nikotinabusus?                     Ja             nein

Angaben zum Raucherstatus:

---

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

<b>CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht Verordner/in</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Schlafmediziner/in</li> <li>• Bei bestehender Versorgung: Zeitliches Nutzungsprofil des Gerätes</li> <li>• KH-Entlass Bericht(e)</li> <li>• Sonstiges</li> </ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
--	--	---

<b>Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:</b>	
<p>Antragsbegründende Diagnose: _____</p> <p>Relevante Begleiterkrankungen: _____</p> <p>Angaben zur Tagessymptomatik: _____</p> <p>Welche Behandlung ist bis dato erfolgt?</p> <p>_____</p>	
<b>Messung ohne Hilfsmittelanwendung:</b> Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI): _____ Durchschnittliche Sauerstoffsättigung: _____ Minimale Sauerstoffsättigung: _____	<b>Messung mit Hilfsmittelanwendung</b> Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI) : _____ Durchschnittliche Sauerstoffsättigung : _____ Minimale Sauerstoffsättigung : _____

	Eingestellter Behandlungsdruck	: _____
	Bemerkungen/sonstige Hinweise	: _____

<p><b>Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Beatmungsambulanz</li> <li>• KH-Entlass Bericht(e)</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zum ärztlichen Behandlungskonzept Beatmung</li> <li>• Angaben zu den Anforderungen an das Beatmungsgerät</li> <li>• Welche Geräte wurden erprobt? <ul style="list-style-type: none"> <li>- In welcher Klinik?</li> <li>- Wurden Versorgungsalternativen erprobt?</li> <li>- Mit welchem Ergebnis?</li> </ul> </li> <li>• Angaben zum <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beatmungsmodus</li> <li>- Inspirationsdruck</li> <li>- Expirationsdruck</li> <li>- Frequenz</li> <li>- Zielvolumen</li> <li>- Besonderheiten</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

**Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen**

**Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen**

<p><b>Kommunikationshilfen für Erwachsene</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li> <li>• Aktuelle Logopädieberichte</li> <li>• Bericht Beratungsstelle für UK</li> <li>• Reha-Entlassungs-Bericht</li> <li>• Videodokumentation</li> <li>• Ggf. Produktinformation</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu neurologischen und kognitiven Fähigkeiten bzw. Einschränkungen</li> <li>• zu Einschränkungen der manuellen Feinmotorik</li> <li>• <b>Anforderungen an die Videodokumentation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kommunikation <u>ohne</u> Hilfsmittel/Talker</li> <li>b) aussagekräftige Sequenz zur Anwendung/ zum Handling des Talkers: <ul style="list-style-type: none"> <li>- feinmotorische Ansteuerung der Ikons</li> <li>- Wischen</li> <li>- Anwendung der Augensteuerung</li> <li>- Nutzung der Sprachsoftware</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Demonstration verschiedener Aufgabenstellungen (leicht bis komplex) unter Anwendung mehrerer Kommunikationsebenen</p>
---	---	---

<p><b>Kommunikationshilfen für Kinder</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Sonderpädagogischer Bericht der Förderschule</li> <li>• Bericht der Beratungsstelle „Unterstützte Kommunikation“ (UK)</li> <li>• Logopädischer Bericht</li> <li>• Bericht des Sozialpädagogischen Zentrums (SPZ)</li> <li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li> <li>• Videodokumentation mit dokumentierter Anwendung</li> <li>• Ggf. Produktinformation</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu neurologischen und kognitiven Fähigkeiten bzw. Einschränkungen</li> <li>• zu Einschränkungen der manuellen Feinmotorik</li> <li>• <b>Anforderungen an die Videodokumentation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kommunikation <u>ohne</u> Hilfsmittel/Talker</li> <li>b) aussagekräftige Sequenz zur Anwendung/ zum Handling des Talkers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- feinmotorische Ansteuerung der Ikons</li> <li>- Wischen</li> <li>- Anwendung der Augensteuerung</li> <li>- Nutzung der Sprachsoftware</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Demonstration verschiedene Aufgabenstellungen (leicht bis komplex) unter Anwendung mehrerer Kommunikationsebenen</p>
---	--	---

**Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie**

<p><b>Medizinische Kompressionsstrümpfe</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des/der Verordnenden</li> <li>• Maßblatt vom Leistungserbringer</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben <ul style="list-style-type: none"> <li>- antragsbegründende Diagnose</li> <li>- zum Befund</li> <li>- zum Stadium</li> <li>- zum Verlauf</li> </ul> </li> <li>• Dauer und Frequenz einer MLD (= Manuelle Lymphdrainage)</li> </ul>
---	--	--

<p><b>Apparate zur Kompressionstherapie</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordnenden</li> <li>• Bei erfolgter Erprobung: Bericht zur Anwendungsbeobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben <ul style="list-style-type: none"> <li>- antragsbegründende Diagnose</li> <li>- zum Befund</li> <li>- zur bisherigen Strumpfversorgung (Kompressionsklasse)</li> <li>- zur Dauer und Frequenz bisheriger MLD</li> <li>- Umfangsmaße an definierten Stellen im Bereich von Mittelfuß, Knöchel, Unterschenkel, Knie direkt vor und nach manueller Lymphdrainage</li> <li>- Anwendungsbeobachtung (im Rahmen eines Klinikaufenthaltes oder beim Behandler zur Anwendung eines Leihgerätes)</li> </ul> </li> </ul> <p>Anmerkung: Beim <b>Lymphödem</b> kann die Verordnung eines Gerätes zur IPK indiziert sein, wenn die Erhaltungstherapie KPE (<i>Komplexe Physikalische Entstauungstherapie</i>) Phase II <u>nachweislich nicht ausreicht</u>.</p> <p>Um dies beurteilen zu können, wird um Vorlage von Umfangsmaßen an definierten Stellen im Bereich von Mittelfuß, Knöchel, Unterschenkel, Knie <u>direkt vor und nach manueller Lymphdrainage</u> gebeten.</p> <p>Bei erfolgter Erprobung sollte eine positive Anwendungsbeobachtung (im Rahmen eines Klinikaufenthaltes, in der Praxis des Behandlers, durch Anwendung eines Leihgerätes) des Gerätes zu IPK vorliegen</p>
---	---	--

		<i>Anmerkung: Empfohlene Erprobung, bzw. Genehmigung für einen kurzen Zeitraum sind aus Kassensicht zumeist unwirtschaftlich, weil dazu die Manschetten einmalig angeschafft werden müssen.</i>
--	--	---

## **Produktgruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge**

<p><b>Kranken- und Behindertenfahrzeuge</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Neurologe</li> <li>• <b>Maßblatt</b> ( relevante Körpermaßen, akt. Körpergröße und Gewicht</li> <li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li> <li>• Videodokumentation sofern vorhanden (Elektrorollstuhlversorgungen)</li> <li>• Fotodokumentation, sofern vorhanden</li> <li>• Medikamentenplan (Elektrorollstuhl)</li> </ul> <p>Ggf. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KH-Entlass Bericht(e)</li> <li>• Rehabilitations-Bericht(e)</li> <li>• Ergotherapie-, Physiotherapieberichte</li> <li>Sonstiges _____</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Befund:</b> Insb. Bewegungsumfang und Muskelstatus der oberen Extremitäten (im Hinblick auf die Möglichkeit den Rollstuhl selbstständig anzutreiben)</li> <li>• <b>Maßblatt</b> mit allen, für die Versorgung relevanten Körpermaßen sowie aktuelle <b>Körpergröße und Gewicht</b></li> <li>• Sitzbreite: Sitztiefe: Sitzhöhe: Rückenhöhe: Unterschenkellänge?</li> <li>• Warum soll ein Adaptivrollstuhl verwendet werden bei bestehender Eignung eines LG-/ Standardrollstuhls?</li> <li>• Kann der Vers. aktiv trippeln?</li> <li>• Pflegegutachten (insb. Vers. außerhalb WL)</li> </ul>
---	---	---

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

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:

Funktionelle Einschränkungen:

Gehfähigkeit:        ( ) nicht gehfähig  
                          ( ) wenige Schritte:  
                          ( ) selbständig  
                          ( ) mit Hilfsmitteln  
                          ( ) mit personeller Unterstützung

Kurze Strecken in der Wohnung:

( ) selbständig  
( ) mit Hilfsmitteln  
( ) mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

( ) selbständig  
( ) mit Hilfsmitteln  
( ) mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination der oberen Extremität:

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen:

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

Sehen: \_\_\_\_\_

Hören: \_\_\_\_\_

Psychokognitive Einschränkungen:

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

Häuslichem Umfeld:

Kindergarten, (Förder)-Schule:

Pflege-, Behinderteneinrichtung:

Außenbereich/Straßenverkehr:

Nutzung vorrangig ( ) aktiv ( ) passiv

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

Voraussichtliche tägliche Nutzungsdauer (in Stunden)? \_\_\_\_\_

**Bei Versorgungsungen mit einem Elektrofahrzeug oder elektromotorischem Antrieb:**

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:**

Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom ärztlichen wie auch technischen Leistungserbringer 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

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

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen:

- **Maßblatt** mit allen, für die Versorgung relevanten Körpermaßen sowie aktuelle Körpergröße und Gewicht
- Sitzbreite:  
Sitztiefe:  
Sitzhöhe:  
Rückenhöhe:  
Unterschenkellänge?
- Warum soll ein Adaptivrollstuhl verwendet werden bei bestehender Eignung eines LG-/ Standardrollstuhls?

**Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom ärztlichen wie auch technischen Leistungserbringer 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

## **Produktgruppe 19 Krankenpflegeartikel**

**Produktgruppe 20 Lagerungshilfen**

**Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen**

<p>rtCGM</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Fachärztlicher Bericht Diabetologe/in</li> <li>• Versichertenanfrage</li> <li>• Blutzuckertagebuch (relevante Auszüge)</li> <li>• Ggf. KH-Entlass Bericht(e)</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Fachärztlicher Bericht Diabetologe/in</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der verwendeten Insuline (Produktname)</li> <li>• Applikation : Datum und Uhrzeit</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ICT-Tagebuch über mindestens 2 Wochen</b></li> <li>• Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit</li> <li>• Basis-/Bolus-Insulindosis</li> <li>• Konsumierte BE/KE</li> <li>• BE-Faktoren, Korrekturfaktor</li> <li>• Zielblutzucker (Tag und Nacht)</li> <li>• Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit</li> </ul> <p><b>Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung</b></p> <p><b>Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:</b> Elektronische CGM-Dokumentation über mindestens 4 Wochen als Ergänzung,</p> <p>(*Übersichten mit Prozentangaben zu TIR, Hypozeiten, Anzahl nächtlicher Hypoglykämien., Hyperglycämien können mit jeder rtCGM- Software abgerufen und ausgedruckt werden. Es ist möglich, verschiedene Zeiträume auszuwählen (14 Tage, 30 Tage, 90 Tage)Abgelesen werden kann u.a. auch, wie häufig die Gewebezuckerwerte z.B. beim Freestyle libre gescannt wurden).</p>
--------------	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelles Therapieziel <ul style="list-style-type: none"> <li>- laut Verordner</li> <li>- laut Versichertem</li> </ul> </li> <li>• Mitwirkung/ Adhärenz des/der Vers. aus Sicht des Verordners</li> <li>• Ist der Vers. in der Lage, die Pumpe im Alltag sachgerecht anzuwenden?</li> <li>• Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen erforderlich?</li> <li>• Relevante Comorbiditäten/ Einschränkungen des Vers. (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung)?</li> <li>• Ggf. Angaben zur Therapie relevanter Begleiterkrankungen</li> <li>• Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten ....? (ICF!)</li> </ul>
--	--	---

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

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Diabetestyp:             Typ 1                     Typ 2                     Sonstiger

Diabetes mellitus Erkrankung seit: \_\_\_\_\_

Insulintherapieschema :

\_\_\_\_\_

Intensivierte Insulintherapie seit: \_\_\_\_\_

HbA1c der letzten 12 Monate : \_\_\_\_\_

Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung:

(inkl. Angabe zu Hypoglykämien, zu Fremdhilfebedarf ?)

\_\_\_\_\_  
Bisherige Therapiemodifikationen: \_\_\_\_\_

Bisherige Schulungsmaßnahmen: \_\_\_\_\_

Individuelle Therapieziele: \_\_\_\_\_

Relevante Kontextfaktoren sowie Aspekte der individuellen Lebenssituation (z.B. Schichtdienst): \_\_\_\_\_

Therapieplan der ICT: BE-Faktor:                      Korrektur-Faktor:                      Basalinsulin:

Bei bereits vorhandenem rtCGM:

Erfolgt im Zuge der Verordnung eines rtCGM eine Schulung zur sicheren Anwendung des Gerätes? Wenn ja, wann ?

Sonstiges/weitere Hinweise:

## Produktgruppe 22 Mobilitätshilfen

<b>Patientenlifter</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht Verordner/in/</li> <li>• KH-Entlass Bericht(e)</li> <li>• Rehabilitations-Bericht(e)</li> <li>• Ergotherapie-, Physiotherapie-, Logopädiebericht(e)</li> <li>• Pflegegutachten (Vers. außerhalb WL)</li> </ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Hilfsmittel werden derzeit genutzt?</li> <li>• Angaben zur Steh-, Geh- und Sitzfähigkeit</li> <li>• Pflegegrad? Pflegegutachten vorliegend ?</li> </ul>
------------------------	--	---

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

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:



<b>Therapierad für Erwachsene</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Bericht des Physiotherapeuten</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
-----------------------------------	--	---

<p><b>Therapierad für Kinder</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Fachärztliche Stellungnahme: Pädiater</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Kinderärztliche Stellungnahme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zum <b>Therapieziel i.R. Krankenbehandlung</b></li> <li>• Kurze Darlegung des ärztlichen Therapiekonzeptes</li>   <li>• zum <b>Versorgungsziel i.R. Behinderungsausgleich</b></li> <li>• Angaben zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sitz,- Steh- und Gehfähigkeit</li> <li>- zum Muskeltonus und Koordination</li> <li>- zu kognitiven Fähigkeiten/Einschränkungen</li> </ul> </li> <li>• Anwendung in welchem Lebensumfeld ? (Häusliches Umfeld, Kindergarten , Schule ?)</li> <li>• Im Kreise Gleichaltriger? Gleichaltriger Behinderter?</li> <li>• Welche ergänzende Ausstattung ist erforderlich ?</li> <li>• Ist Hilfestellung beim Aufsteigen erforderlich ? Beim Radfahren an sich?</li> </ul>
--------------------------------------	--	--

## Produktgruppe 23 Orthesen / Schienen

<b>01. Vor- und Mittelfuß</b>		<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
23.01.01. Hallux-Valgus-Korrekturen		
<b>02. Sprunggelenk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen, zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
23.02.01. Sprunggelenkorthesen zur Immobilisierung		
23.02.02. Sprunggelenkorthesen zur Stabilisierung		
23.02.03. Sprunggelenkorthesen zur Redression		

23.02.04. Sprunggelenkorthesen zur Mobilisierung		
23.02.30. Individuell angefertigte Sprunggelenkorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur des USG (AO)		
23.02.31. Individuell angefertigte Sprunggelenkorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur der Sprunggelenke (AO)		
23.02.32. Individuell angefertigte Sprunggelenkorthesen zur Entlastung (AO)		

<p><b>03. Fuß</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität (gegebenenfalls bei Lagerungsorthesen entbehrlich)</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen, zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul>	<p>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur, Physiotherapie</li> </ul> <p>Bei habituellem Zehengang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapiebericht</li> </ul>
<p>23.03.01. Fußorthesen zur Immobilisierung</p>		
<p>23.03.02. Fußorthesen zur Korrektur und/oder Entlastung</p>		
<p>23.03.30. Individuell angefertigte Fußgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (AFO)</p>		
<p>23.03.31. Individuell angefertigte Fußorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (AFO)</p>		
<p>23.03.32.</p>		<p>Bei (Ring-) Orthesen bei Knick- Senkfuß:</p>

Individuell angefertigte dynamische Fußorthesen (AFO)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotodokumentation</li> </ul>
23.03.33. Individuell angefertigte Fußheberorthesen, federnd gearbeitet (AFO)		
23.03.34. Individuell angefertigte Fußheberorthesen, gelenkig gearbeitet (AFO)		
<b>04. Knie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität (gegebenenfalls bei Lagerungsorthesen entbehrlich)</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	<p>Bei Maßgefertigten Knieorthesen (Varus-/Valgusfehlstellungen, Adipöse Beine):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotodokumentation</li> </ul> <p>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul>
23.04.01. Knieorthesen zur Immobilisierung		
23.04.02. Knieorthesen zur Mobilisierung		

23.04.03. Knieorthesen zur Führung und Stabilisierung		
23.04.04. Knieorthesen zur Entlastung und Korrektur		
23.04.05. Orthesen zur Korrektur und/oder Entlastung des Femoropatellargelenks		
23.04.06. Kniegelenkorthesen zur Redression		
23.04.07. Kniegelenkorthesen bei Genu recurvatum		
23.04.30. Individuell angefertigte Kniegelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (KO)		
23.04.31. Individuell angefertigte Knieorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (KO)		
23.04.32. Individuell angefertigte Patellaorthesen zur Stabilisierung und Korrektur		

<b>05. Hüfte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	
23.05.01. Hüftorthesen zur Mobilisierung		
23.05.02. Hüftorthesen zur Korrektur und/oder Entlastung		
23.05.30. Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (HO)		
23.05.31. Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen zur Führung und Korrektur bei Kindern (HO)		

<p><b>06. Bein</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität (gegebenenfalls bei Lagerungsorthesen entbehrlich)</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> <p><b>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul> <p><b>Bei C-Brace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erprobungs- Dokumentation (Videodoku) mit DTO (dynamische Testorthese). Gegebenenfalls vergleichend mit bisheriger Orthesenversorgung</li> </ul>
<p>23.06.01. Unterschenkel-Fußorthesen zur Immobilisierung</p>		
<p>23.06.02. Unterschenkel-Fußorthesen zur Mobilisierung</p>		
<p>23.06.03. Unterschenkel-Fußorthesen zur Führung und Stabilisierung</p>		

23.06.04. Knie-Unterschenkel-Fußorthesen zur Führung und Stabilisierung		
23.06.05. Hüft-Knie-Unterschenkel-Fußorthesen zur Führung und Stabilisierung		
23.06.06. Beinorthesen zur Entlastung		
23.06.30. Individuell angefertigte Beinorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung oder Stützung (KAFO)		
23.06.31. Individuell angefertigte Bein-/Hüftgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung oder Stützung (HKAFO)		

<b>07. Hand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul> <p><b>Bei Silikonorthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung.</li> </ul> <p><b>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul>
23.07.01. Daumenorthesen zur Immobilisierung		
23.07.02. Handorthesen zur Immobilisierung		
23.07.03. Handorthesen zur Mobilisierung		
23.07.04. Handorthesen zur Redression		
23.07.30. Individuell angefertigte Handgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (WHO)		
23.07.31.		

Individuell angefertigte Hand-/Fingerorthesen zur Funktionssicherung, Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur mit Fingerauflage (WHFO)		
23.07.32. Individuell angefertigte Hand-/Daumenorthesen zur Funktionssicherung, Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur mit Daumenführung (HFO)		
23.07.33. Individuell angefertigte Hand-/Fingerorthesen zur Funktionssicherung, Immobilisierung, Lagerung o. Korrektur mit Fingerauflage u. Daumenführung (WHFO)		
23.07.34. Individuell angefertigte Daumenorthesen zur Immobilisierung, Stützung, Korrektur, Funktionssicherung (FO)		
23.07.35. Individuell angefertigte Fingerorthesen zur Immobilisierung, Stützung, Korrektur, Funktionssicherung (FO)		
23.07.36. Individuell angefertigte Finger-/Hand-/Handgelenkorthesen zur Redression (WHFO)		
23.07.37. Individuell angefertigte Hand-/Finger-/Daumenorthesen zur Redression (HFO)		

23.07.38. Individuell angefertigte Finger- /Daumenorthesen zur Redression (FO)		
--	--	--

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

**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 Physiotherapie (Frequenz und Dauer):

Bisherige Versorgungen mit Hilfsmitteln bei Greifeinschränkung:

Bisherige Versorgungen mit Hilfsmitteln im Rahmen Behinderungsausgleich:

Sonstiges:

<b>08. Ellenbogen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul> <p><b>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul>
23.08.01. Ellenbogenorthesen zur Immobilisierung		
23.08.02. Ellenbogenorthesen zur Mobilisierung		
23.08.03. Ellenbogenorthesen zur Führung und Stabilisierung		
23.08.04. Ellenbogenorthesen zur Entlastung		
23.08.05. Ellenbogenorthesen zur Redression		

23.08.30. Individuell angefertigte Ellenbogengelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (EO)		
23.08.31. Individuell angefertigte Ellenbogenorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (EO)		
<b>09. Schulter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	
23.09.01. Schultergelenkorthesen zur Immobilisierung in definierter Position		
23.09.02. Schultergelenkorthesen zur Mobilisierung in einer Ebene		
23.09.03.		

Schultergelenkorthesen mit definierbarer Bewegungsbegrenzung		
23.09.04. Schultergelenkorthesen zur Immobilisierung und Entlastung		
23.09.30. Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen mit Schulterkappe, zur Funktionssicherung, Fixierung (SO)		
23.09.31. Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen mit Schulterkappe und Oberarmfassung, zur Funktionssicherung, Fixierung, Immobilisierung (SO)		
23.09.32. Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen mit Schulterkappe, Oberarmfassung, Unterarmfassung und Rumpfabstützung, zur Immobilisierung (SEO)		
23.09.33. Individuell angefertigte Schultergelenkorthesen mit Armschale/Schlaufe zur Führung, Entlastung		

<b>10. Arm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul> <p><b>Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul>
23.10.01. Armorthesen zur Immobilisierung		
23.10.30. Individuell angefertigte Armorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (SEWHO)		
23.10.31. Individuell angefertigte Armorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (SEO)		
23.10.32. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (unterarm- und handgelenkübergreifend) (WHO)		<p><b>Bei Silikonorthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung.</li> </ul>
23.10.33. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen z. Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (unterarm-, handgelenk- u. ellenbogengelenkübergreifend) (EWO)		
23.10.34. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen z. Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur		

(unterarm-, handgelenk- u. ellenbogengelenkübergreifend) (EWO)		
<b>11. Leib/ Rumpf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgung: OP-Bericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>
23.11.01. Beckenorthesen zur Stabilisierung		
23.11.30. Individuell gefertigte Beckenringorthesen zur Stabilisierung (SIO)		
<b>12. Halswirbelsäule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgung: OP-Bericht.</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	
23.12.01. HWS-Orthesen zur Immobilisierung		
23.12.02. HWS-Orthesen zur Mobilisierung		
23.12.03.		

HWS-Orthesen zur Stabilisierung		
23.12.30. Individuell angefertigte Halswirbelsäulenorthesen zur Immobilisierung, Fixierung, Korrektur der HWS (CO)		
<b>13. Brustwirbelsäule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> </ul>
23.13.01. BWS-Orthesen zur Entlastung und/oder Korrektur		
23.13.30. Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen zur Korrektur Brustwirbelsäulen-/Thorax-Orthesen bei Kielbrust/Hühnerbrust	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> <li>•</li> </ul>	<p>Bei Kielbrustorthese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen?</li> <li>• Physiotherapie?</li> <li>• Liegen Funktionsbeeinträchtigungen vor?</li> <li>• Fotodokumentation</li> </ul> <p><b>Bei Trichterbrustorthese/ Saugglocke:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liegen Funktionseinschränkungen, insbesondere kardiopulmonal vor?</li> <li>• Fotodokumentation des Befundes</li> </ul>

<b>14. Lendenwirbelsäule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>
23.14.01. LWS-Orthesen zur Immobilisierung		
23.14.02. LWS-Orthesen zur Mobilisierung		
23.14.03. LWS-Orthesen zur Stabilisierung		
23.14.04. LWS-Orthesen zur Entlastung und/oder Korrektur		
23.14.30. Individuell gefertigte LWS-Orthesen zur Korrektur und/oder Entlastung (LSO)		
<b>15. Wirbelsäule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul> <p><b>Bei Inputorthesen (Spio, SDO, GPS):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapiebericht</li> <li>• Angaben zu bisherigen Orthesenversorgungen</li> <li>• Angaben zu Mobilitäts- und Sitzhilfen</li> </ul>
23.15.01. WS-Orthesen zur Immobilisierung		
23.15.02. WS-Orthesen zur Mobilisierung		

23.15.03. WS-Orthesen zur Stabilisierung		
23.15.04. WS-Orthesen zur Entlastung und/oder Korrektur		
23.15.30. Individuell angefertigte Wirbelsäulenorthesen zur Fixierung/Teilfixierung (TLSO)		
23.15.31. Individuell angefertigte Wirbelsäulenorthesen zur Korrektur (TLSO) Reklinationsorthesen (TLSO)		<p><b>23.15.31.0. Reklinationsorthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bisherige Therapien?</li> <li>• Physiotherapie?</li> </ul> <p><b>23.15.31.1 Skolioseorthesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risser Zeichen</li> <li>• Cobb- Winkel</li> <li>• bisherige Therapien/Physiotherapie?</li> </ul>

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

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:



<p><b>29. Ganzkörper</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei individueller Anfertigung: Anlage 4</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Orthesenversorgungen</li> </ul>	
<p>23.09.01 Ganzkörperorthesen zur Funktionssicherung und/oder Mobilisierung</p>		<p>23.09.01.2 Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vom VO: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nutzungsfähigkeit</li> <li>○ Knochendichtemessung</li> <li>○ Angabe zu Spastiken</li> <li>○ Ggf. Spastikgrad modifiziert nach Ashworth</li> <li>○ Individuelles versorgungsziel</li> </ul> </li> <li>• Neurologischer Befundbericht</li> <li>• Klinikberichte</li> <li>• Rehabilitationsberichte</li> <li>• Heilmittelversorgung (aktuell)</li> <li>• Hilfsmittelversorgung (aktuell)</li> <li>• Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung zum Gangtraining</li> <li>• Bei Vorliegen eines Pflegegrades: letztes Pflege-Gutachten</li> <li>• Videodokumentation der Erprobung</li> </ul>

## Produktgruppe 24 Beinprothesen

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

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/Pasteile: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

<b>01. Vor- und Mittelfuß</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Art der bisherigen Prothesenversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> </ul>	
01.01. Großzehen-/Zehenprothesen in Kompaktbauweise - Definitivprothesen		
01.02.0 Vor-und Mittelfußprothesen in Kompaktbauweise – Interimsprothesen sprunggelenkfreies Schaftsystem		
01.02.1 Vor-und Mittelfußprothesen in Kompaktbauweise- Interimsprothesen Sprunggelenkübergreifendes/ unterschenkellanges Schaftsystem		
01.03.0		

Vor-und Mittelfußprothesen in Kompaktbauweise – Definitivprothesen sprunggelenkfreies Schaftsystem		
01.03.1 Vor-und Mittelfußprothesen in Kompaktbauweise- Definitivprothesen Sprunggelenkübergreifendes/ unterschenkellanges Schaftsystem		
01.98 Leistungspositionen Vor-und Mittelfußprothesen (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Testschaft, verstellbarer Schaftsystem, sonstige Zusätze)		

<b>03. Fuß</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Art der bisherigen Prothesenversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> </ul>	
03.01. Fuß-/Fußwurzel-/Rückfußprothesen in Kompaktbauweise-Interimsprothesen		
03.02. Fuß-/Fußwurzel-/Rückfußprothesen in Modularerbauweise-Interimsprothese		
03.03. Fuß-/Fußwurzel-/Rückfußprothesen in Kompaktbauweise - Definitivprothesen		
03.04.		

Fuß-/Fußwurzel-/Rückfußprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
03.40. nicht besetzt		
03.98. Leistungspositionen Fußprothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichband-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, verstellbarer Schaftsystem, sonstige Zusätze)		
<b>04. Knie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Genaue Amputationsart/ Belastungsfähigkeit</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Reha-E-Bericht von vorausgegangenen prothesenspezifischen Reha</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angabe von Deformitäten</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Prothesenversorgungen</li> <li>• Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> </ul>
04.01. Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
04.02. Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
04.03.		

Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise- wasserfeste Prothesen		
04.98. Leistungspositionen Knieexartikulationsprothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungssystem , Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Kniepassteil)		
04.99. Leistungspositionen Knieexartikulationsprothesen II (sonstige Zusätze)		

<b>05. Hüfte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache</li> <li>• Amputationsniveau (Hüftex/ Pseudohüftex/Hemipelvektomie)</li> <li>• Angabe von Deformitäten/Narbenarealen</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite/Rumpf</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Prothesenversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	
05.01. Hüftexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
05.02. Hüftexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
05.03. Hüftexartikulationsprothesen in Modularbauweise - wasserfeste Prothesen		
05.98. Leistungspositionen Hüftexartikulationsprothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft,		

Prothesenverkleidung, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungssystem, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil)		
05.99. Leistungspositionen Hüftexartikulationsprothesen II (Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Kniepassteil, sonstige Zusätze)		
<b>35. Brustprothesen</b>	Zur Löschung vorgesehen, jetzt PG 37	
<b>71. Unterschenkel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Prothesenversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	
71.01.		

Unterschenkelprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
71.02. Unterschenkelprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
71.03. Unterschenkelprothesen in Schalenbauweise - Definitivprothesen		
71.04. Unterschenkelprothesen in Modularbauweise - wasserfeste Prothesen		
71.05. Unterschenkelprothesen in Schalenbauweise - wasserfeste Prothesen		
71.98. Leistungspositionen Unterschenkelprothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, Oberhülse, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungssystem, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil)		
71.99. Leistungspositionen Unterschenkelprothesen II (sonstige Zusätze)		

<b>72. Oberschenkel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Bisherige Prothesenversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	
72.01. Oberschenkelprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
72.02. Oberschenkelprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
72.03. Oberschenkelprothesen in Modularbauweise - wasserfeste Prothesen		
72.04. Sonstige Oberschenkelprothesen		

(Kippschaft, Stubbies, passive Prothesen für Mob. 0)		
72.98. Leistungspositionen Oberschenkelprothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungssystem, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Kniepassteil)		
72.99. Leistungspositionen Oberschenkelprothesen II (sonstige Zusätze)		
<b>73. Fuß-Passteil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Bisherige Passteilversorgungen</li> <li>• Stellungnahme des Versicherten/LE warum bisheriges Passteil nicht mehr ausreichend/Erwartungen an beantragtes Passteil</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	

73.01. Fuß-Pasteile mit Gelenk (monoaxial, multiaxial, hydraulisch, mechatronisch)		
73.02. Fuß-Pasteile ohne Gelenk (nicht energierückgebend, energierückgebend mit geringer/mittlerer Dynamik, energierückgebend mit hoher Dynamik)		
<b>74. Kniegelenk- Passteil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Bisherige Passteilversorgungen</li> <li>• Stellungnahme des Versicherten/LE warum bisherigens Passteil nicht mehr ausreichend/Erwartungen an beantragtes Passteil</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	
74.01. Kniegelenk Passteile – monozentrisch I (mechanische und mechatronische/mikroprozessorgesteuerte einachsige Gelenke)		
74.02. Kniegelenk Passteile – monozentrisch II (aktuatorische/Motor-unterstützte einachsige Gelenke, Gelenkssysteme mit aufeinander		

abgestimmtem elektronischem Knie- und elektronischem Fußsystem)		
74.03. Kniegelenk-Pasteile – polyzentrisch (mechanische und mechatronische/mikroprozessorgesteuerte mehrachsige Gelenke)		
<b>75. Hüftgelenk- Passteil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge</li> <li>• (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Bisherige Passteilversorgungen</li> <li>• Stellungnahme des Versicherten/LE warum bisherigens Passteil nicht mehr ausreichend/Erwartungen an beantragtes Passteil</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	
75.01. Hüftgelenks-Pasteile-monozentrisch		
75.02. Hüftgelenks-Pasteile-polyzentrisch		

<b>79. Beinprothesen-Strukturteil/Zusatz/Zubehör ohne speziellen Anwendungsort</b>		
79.01. Struktur-Adapter/-Elemente I		
79.02. Struktur-Adapter/-Elemente II		
79.03. Funktions-Adapter/Elemente (Drehadapter, Torsions-/Rotations Adapter, Stoßdämpfer, Knöcheladapter, sonstige Funktionsadapter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Bisherige Passteilversorgungen</li> <li>• zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)</li> <li>• Begründung der Notwendigkeit durch LE</li> </ul>	
79.04. Liner		Bei <u>Maß</u> liner: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge</li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bisheriger Liner</li> <li>• Begründung für Notwendigkeit eines Maßliners</li> <li>• Maßblatt</li> <li>• Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)</li> </ul>
79.05. Arretierungs-Systeme für Liner mit Distalanschluss/Locking-Liner		
79.06. Unterdruck-Systeme für Liner ohne Distalanschluss/Cushion-Liner		<p>Bei <u>aktivem</u> Unterdrucksystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begründung der Notwendigkeit/warum passives Unterdrucksystem nicht ausreicht</li> <li>• Angaben zu Stumpflänge</li> <li>• Angaben zur Mobilität</li> <li>• Angaben zur vorhandenen Prothesenversorgung/sonstige Passteile</li> </ul>
79.07. Schaft-/Prothesen-Zubehör (Prothesenanziehhilfe, Stumpfstrumpf, Stumpfkissen/Distalcup)		

## Produktgruppe 25 Sehhilfen

<p><b>Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Augenarzt</li> <li>• Anpassbericht des Optikers</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesichtsfeldbefunde (kinetische Perimetrie, z. B. Goldmann-Perimetrie)</li> <li>• Befunde zum Visus (für die Ferne und Nähe, bestkorrigiert, rechtes (RA) und linkes Auge (LA), ggf. binokular, inkl. benötigter Refraktionswerte)</li> <li>• Vorder- und Hinterabschnittsbefunde rechtes und linkes Auge</li> </ul>
--	--	--

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

**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:

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

## Produktgruppe 26 Sitzhilfen

<b>Sitzschale</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li><li>• Fotodokumentation, sofern vorhanden</li><li>• KH-Entlass Bericht(e)</li><li>• Rehabilitations-Bericht(e)</li><li>• Physiotherapiebericht(e)</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angaben zur Sitz-, Steh-, Gehfähigkeit</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li></ul>
-------------------	--	---

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

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 individuelle Fertigung erforderlich ?

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfektierte 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 konfektierte Sitzschale aus?

## Produktgruppe 27 Sprechhilfen

## Produktgruppe 28 Stehhilfen

## Produktgruppe 29 Stomaartikel

## Produktgruppe 30

## Produktgruppe 31 Schuhe

<b>Orthopädischer Maßschuh</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Diabetologe</li><li>• KH-Entlass Bericht(e) bei fußchir. Eingriffen, Diabetes mell.</li><li>• Rehabilitations-Bericht(e)</li><li>• Physiotherapiebericht(e)</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie mit Angaben der Fußumfangsmaße, Zehenhöhe</li><li>• Wenn auffällig. Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße.</li><li>• Fotodokumentation der Füße von allen Seiten - ohne Strümpfe und Bandagen</li></ul>
--------------------------------	--	---

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

Antragsbegründende Diagnose:

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Erstverordnung  Folgeverordnung

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

	Kein path. Bef.	Pathologie	Beschreibung
Rückfußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittelfußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorfuß-/Zehendeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Strahldefekt/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcus/Druckschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fußverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____ cm    li. _____ cm
Beinlängenverkürzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	re. _____ cm    li. _____ cm
Lähmung	<input type="checkbox"/> schlaff		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> kurz außer Haus	<input type="checkbox"/> nur im Haus	<input type="checkbox"/> nicht gehfähig
Mobilitätsgrad mit konfekt. Schuh	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> kurz außer Haus	<input type="checkbox"/> nur im Haus	<input type="checkbox"/> nicht gehfähig
Mobilitätsgrad mit orthop. Schuh	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> kurz außer Haus	<input type="checkbox"/> nur im Haus	<input type="checkbox"/> 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 Orthopädienschuhmacher/in       Zwischenabnahme mit Folienschuh/Probeschuh

Sonstiges:

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

## Produktgruppe 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

<b>Motorbetriebene Bewegungsschienen (CPM)</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <b>Konservative Behandlung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kurzer ärztlicher Befundbericht</li><li>• Physiotherapiebericht</li></ul> <b>Nach operativen Eingriffen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• OP-Bericht (wenn möglich)</li><li>• Kurzer Entlassungsbericht der Klinik</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Angabe des Pflegegrades</b></li></ul>
--	--	---

## Produktgruppe 33 Toilettenhilfen

## Produktgruppe 34 Haarersatz

**Produktgruppe 35 Epithesen**

**Produktgruppe 36 Augenprothesen**

**Produktgruppe 37 Brustprothesen**

<p><b>Brustprothesen</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Chirurgie, Gynäkologie</li> <li>• Aussagekräftige Fotodokumentation</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Aussagekräftiger Befundbericht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letzter Tumornachsorgebericht oder</li> <li>• Krankenhausentlassbericht oder</li> <li>• Rehaentlassungsbericht</li> </ul> <p><b>Befund des Operations-/ Narbengebietes</b></p> <p><b>Angaben zur bisherigen Versorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit welcher Brustprothese wurde bisher versorgt ?</li> </ul> <p><b>Angaben zur Erprobung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Brustprothesen wurden erprobt? (genaue Angaben zu Größe und Form)</li> </ul> <p><b>Medizinische Begründung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum individuelle Anfertigung?</li> </ul> <p><b>Technische Begründung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum individuelle Anfertigung ?</li> </ul> <p><b>Aussagekräftige Fotodokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Brust/ des Brustkorbs</li> <li>• von vorn und von der Seite</li> <li>• mit und ohne Brustprothesenversorgung</li> <li>• mit Prothese im BH unter einem glatten Shirt oder Bluse</li> </ul>
------------------------------	---	--

		<p><i>Die (vorhandenen oder erprobten Brustprothese) sollte in einen gut passenden und geeigneten BH eingelegt sein</i></p> <p><b>Maßblatt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brustmaß mit Prothese und gut sitzendem BH und Unterbrustmaß</li> <li>• BH Größe</li> </ul>
--	--	---

<p><b>Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:</b></p>
<p><b>Aussagekräftiger Befundbericht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letzter Tumornachsorgebericht oder</li> <li>• Krankenhausentlassbericht oder</li> <li>• Rehaentlassungsbericht</li> </ul> <p><b>Befund des Operations-/ Narbengebietes</b></p> <p><b>Angaben zur bisherigen Versorgung :</b> Mit welcher Brustprothese wurde bisher versorgt ?</p> <p><b>Angaben zur Erprobung:</b> Welche Brustprothesen wurden erprobt? (genaue Angaben zu Größe und Form)</p> <p><b>Medizinische Begründung :</b> Warum ist eine individuelle Anfertigung erforderlich?</p>

**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?

## Produktgruppe 38 Armprothesen

## Sonstiges

<p><b>Unterkieferprotrusionsschiene</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Schlafmedizinischer Bericht</li> <li>• Ärztliches Attest</li> <li>• Zahnärztliches Attest</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bericht des Verordners:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapieziel ?</li> <li>- Bisherige Maßnahmen ? Mit welchem Ergebnis ?</li> <li>- Anwendungsprobleme und Adhärenz des/der Vers. im Rahmen der bisherigen Therapie mit Überdruckbehandlung?</li> </ul> </li> <li>• <b>Schlafmedizinischer Bericht</b> incl. Befund der kardiorespiratorische Polygraphie oder kardiorespiratorischen Polysomnografie (PSG)</li> <li>• <b>Ärztliches Attest:</b> Bestätigung, dass die Behandlung mittels Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann incl. Begründung zur Verordnung</li> <li>• <b>Zahnärztliches Attest</b> mit Bestätigung der Voraussetzungen zur Anwendung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausreichender Zahnstatus des Erkrankten</li> <li>- Fehlende Kontraindikation wie z.B. vorbestehende Erkrankungen oder Funktionsstörungen der Kiefergelenke</li> <li>- Vorliegen einer ausreichenden Unterkieferprotrusion</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

<p><b>Tumortheraiefelder (TTF Optune)</b></p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• Ambulanzberichte Onkologie</li> <li>• Trageprotokolle</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Erstverordnung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• MRT-Befund nach Radiochemotherapie</li> </ul> <p>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.</p> <p><b>Folgeverordnung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• Anwenderprotokolle <i>(Auslesen der Daten zur Nutzung des Gerätes) Tragedauer)</i></li> <li>• Ambulanzberichte Onkologie</li> <li>• MRT-Befund nach Radiochemotherapie (Follow-up)</li> </ul>
---	---	---