

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: 04.2022

*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 orthopädiotechnischer, 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

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.....	2
1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen?	8
2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden?	8
3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden?	9
4. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige	10
5. Wie wird ein Gutachten mit ausschließlich technischer Fragestellung beauftragt?	10
6. Was ist erforderlich für die Kalkulationsprüfung durch das technische Team?	11
7. Angaben der Kasse zum Leistungserbringer	11
8. Struktur und Ansprechpartner im Fachreferat.....	12
Anlass 01 Absauggeräte	14
Anlass 02 Adaptationshilfen	14
Anlass 03 Applikationshilfen	14
Insulinpumpen	15
Anlass 04 Badehilfen.....	22
Anlass 05 Bandagen	22
Anlass 06 Bestrahlungsgeräte.....	22
Anlass 07 Blindenhilfsmittel.....	23
Blindenhilfsmittel	23
Anlass 08 Einlagen.....	25
Einlagen.....	25

Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte	25
Inkontinenz-Therapiegerät	26
Tumortheraiefelder (TTF Optune)	34
Anlass 10 Gehhilfen	38
Gehhilfen.....	38
Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus.....	39
Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma	39
Anlass 13 Hörhilfen	40
FM-Anlagen.....	42
Cochlea-Implantat.....	43
Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	45
Sauerstofftherapiegeräte, Sauerstoffkonzentratoren	45
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	48
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung	49
Anlass 15 Inkontinenzhilfen	49
Inkontinenzhilfen	50
Ableitende Inkontinenzversorgung.....	50
Aufsaugende Inkontinenzversorgung	50
Anlass 16 Kommunikationshilfen.....	57
Kommunikationshilfen für Erwachsene	57
Kommunikationshilfen für Kinder	58
Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	59
Medizinische Kompressionsstrümpfe	59
Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge	60
Kranken- und Behindertenfahrzeuge.....	60

Anlass 19 Krankenpflegeartikel.....	65
Anlass 20 Lagerungshilfen.....	65
Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen.....	66
rtCGM.....	66
Anlass 22 Mobilitätshilfen.....	73
Patientenlifter	73
Therapierad für Erwachsene	74
Therapierad für Kinder.....	74
Anlass 23 Orthesen / Schienen	75
01. Vor- und Mittelfuß	75
02. Sprunggelenk	76
03. Fuß.....	78
04. Knie	81
05. Hüfte	83
06. Bein	85
07. Hand.....	87
08. Ellenbogen.....	92
09. Schulter	94
10. Arm.....	96
11. Leib/ Rumpf.....	98
12. Halswirbelsäule	99
13. Brustwirbelsäule	100
14. Lendenwirbelsäule	101
15. Wirbelsäule	102
29. Ganzkörper.....	105

Anlass 24 Beinprothesen	106
01. Vor- und Mittelfuß	108
03. Fuß.....	111
04. Knie	113
05. Hüfte	115
35. Brustprothesen	116
71. Unterschenkel.....	117
72. Oberschenkel	119
73. Fuß-Passteil.....	121
74. Kniegelenk-.....	123
Passteil	123
79. Beinprothesen Strukturteil/ Zusatz/Zubehör ohne speziellen Anwendungsort.....	124
Anlass 25 Sehhilfen	126
Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen	126
Anlass 26 Sitzhilfen	129
Sitzschale.....	129
Arthrodesensitzkissen.....	131
Anlass 27 Sprechhilfen	133
Anlass 28 Stehhilfen.....	133
Anlass 29 Stomaartikel.....	133
Anlass 30	133
Anlass 31 Schuhe	133
Orthopädischer Maßschuh	133
Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte	136
Motorbetriebene Bewegungsschienen (CPM).....	136

Anlass 33 Toilettenhilfen	136
Anlass 34 Haarerersatz.....	137
Anlass 35 Epithesen	137
Epithesen	137
Anlass 36 Augenprothesen	137
Augenprothesen	137
Anlass 37 Brustprothese	138
Brustprothesen	138
Anlass 38 Armprothesen.....	140
Anlass 80 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung nach §275 Abs. 3 Satz 3 SGB V	140
Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	140
Anlass 91 Digitale Gesundheitsanwendungen.....	140
Anlass 99 Verschiedenes.....	141
UKPS.....	141

1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen?

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

2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden?

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

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

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

1. Verordnung

2. Kostenvoranschlag

3. Kassenunterlagen (z.B. Pflegegutachten (bei MD außerhalb WL), Kalkulationsgrundlage, ggf. Herstellerinformation etc.)

4. Ergebnis der SFB am Sitz der Kasse (gilt nur für Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe)

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

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

Wir bitten daher um **genaue Angabe der Vorversorgung - möglichst mit Hilfsmittelpositionsnummer**.

Tragen Sie diese bitte unter der „Sonstige Fragestellung“ ein, damit unsere Gutachter*innen diese sofort im Blick haben.

Ggf. sollten ärztliche Verordnung und Kostenvoranschlag zur Vorversorgung mit vorgelegt werden.

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

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

3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden?

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

1. **Verordnung**
2. **Kostenvoranschlag**
3. 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. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige

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

Dies gilt insbesondere bei Vorlage in der zentralisierten SFB!

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

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

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

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

Kombinierte sozialmedizinisch-technische Fragestellungen

werden im eDA übermittelt. Die technische Fragestellung wird unter „Sonstige Fragestellung“ formuliert.

Die sozialmedizinische Fragestellung wird durch den ärztlichen Gutachter in der Regel mit kurzer Stellungnahme bearbeitet (z.B. Bestätigung der Notwendigkeit der Versorgung). Der Auftrag wird dann zur weiteren Bearbeitung an das Technikerteam abgegeben.

Rein technische Fragestellungen sowie Evaluationen können weiterhin auch in **Papierform** beauftragt werden.

Die Gutachtenerstellung erfolgt ausschließlich durch technische Gutachter*innen.

Die Aufträge können an die Wohnort-BBS des/der Versicherten übermittelt werden oder auch direkt an das Hilfsmittelzentrum des/der zuständigen Technikers/Technikerin gemäß nachfolgender Liste unter Punkt 6..

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

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

Prüfung des KV

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

oder

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

oder

- **Sonstige (bitte benennen)**

7. Angaben der Kasse zum Leistungserbringer

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

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

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

8. Struktur und Ansprechpartner im Fachreferat

Leitung: Fr. Dr. A. Albert

Sekretariat: Frau Oswald

Hilfsmittelzentrum Do

Dr. J. Schnepfer
FA für-Orthopäde,
„Technische Orthopädie“

Hilfsmittelzentrum Ms

Dr. H. Greive
FA für Chirurgie, Unfallchirurgie,
„Technische Orthopädie“

Hilfsmittelzentrum Bi

Dr. S. Meisel
FA für Orthopädie,
„Technische Orthopädie“

3 Hilfsmittel-
zentren

Orthopädietechnikermeister*in
Fr. K. Haase
A. Henn

Orthopädietechnikermeister*in
M. Seberich
NN

Orthopädietechnikermeister*in
A. Morsch
E. Eidel

Orthopädie- und
Rehatechnik

Orthopädienschuhmachermeister
Hr. Theisen

Orthopädienschuhmachermeister
Herr J. Litsch

Orthopädienschuh-
technik

Dipl.-Ing. (FH) Orthopädie- und Rehatechnik
Th. Kettwig

Medizintechnik/
Medizinprodukte

BBS am Wohnort des Vers.	BBS m Wohnort des Vers.	BBS n Wohnort des Vers.	BBS Wohnort es Vers.	BBS n Wohnort des Vers.	BBS Wohnort es Vers.	BBS n Wohnort des Vers.	BBS n Wohnort des Vers.	BBS n Wohnort des Vers.	BBS n Wohnort des Vers.
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

26 Begutachtungs-
und
Beratungsstellen

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

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

Anlass 01 Absauggeräte

Anlass 02 Adaptationshilfen

Anlass 03 Applikationshilfen

<p>Insulinpumpen</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Diabetologische Stellungnahme zur Erforderlichkeit einer Versorgung mit Insulinpumpe (Indikation) • Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung (Zweckmäßigkeit (Eignung) des ausgewählten Einzelproduktes im Einzelfall) • Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen ggf. als digitale Dokumentation (Application) • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren) 	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <p>Fachärztlicher Bericht Diabetologe/in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus • Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname) • Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung: <ul style="list-style-type: none"> - Angabe zu Hypoglykämien - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ? • HbA1c der letzten 12 Monate • Individuelles Therapieziel • Bisherige Therapiemodifikationen ? • Bisherige Schulungsmaßnahmen ? • Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik) • Angaben zu Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. • Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung der beantragten Insulinpumpe in der Lage? • Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich? • Liegt ein Pflegegrad vor? • Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten? (ICF!)
-----------------------------	---	---

		<p>ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit mit konkreten Angaben zu der erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE • Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis) • Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel • Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit <p>Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronische CGM-Dokumentation mit Übersichtsblatt (90 Tage) und einzelnen Tagesprotokollen über 2 Wochen • Ambulantes Glukose Profil (AGP-Bericht) mit Time in Range (TIR), Glukosevariabilität ect. <p>Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers für den Vers. besonders geeignet (zweckmäßig)? • Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant ? • Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten ? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc)
--	--	--

		<p>Gemäß GBA-Beschluss darf die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, • Insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (s. u.) vorliegen. <p>Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Versicherten entsprechend des jeweiligen Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.</p> <p>Für die sozialmedizinische Begutachtung sollte vom Versicherten ein (ggf. auch digitales) Blutzuckertagebuch vorgelegt werden. Hieraus ist im Regelfall abzuleiten, ob tatsächlich eine intensivierte Insulintherapie erfolgt.</p>
--	--	---

		<p>Erfolgt eine intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) ? Die intensivierte konventionelle Insulintherapie nutzt das Basis-Bolus-Konzept. Ein-oder 2 x täglich wird der basale Insulinbedarf mit einer Injektion von Verzögerungsinsulin gedeckt (Basisinsulin). Zusätzlich wird vor den Mahlzeiten ein kurzwirksames Insulin injiziert (Bolus). Diese Dosis ist abhängig vom aktuellen Blutzucker und dem Kohlenhydratanteil der Mahlzeit.</p> <p>Die Durchführung einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) erfolgt somit einem Basalinsulin sowie mit einem kurzwirkenden Insulin (Bolusinsulin oder Mahlzeiteninsulin). Das langwirksame Insulin deckt den Grundbedarf ab, das kurzwirksame Insulin dient als Mahlzeiteninsulin bzw. Korrekturinsulin.</p> <p>Beispiele für langwirksame Insuline (Basalinsulin): NPH-Insuline z.B. Berlinsulin H Basal, Insuman Basal Aventis, Humaninsulin Basal Lilly, Insulatard Human Novo Nordisk, Protraphane HM NovoNordisk.</p> <p>Analogoninsuline z.B. Insulin glargin (Toujeo, Lantus), Insulin Detemir (Levemir), Insulin Deglutec (Tresiba), Insulin Glargin- Biosimilar (Abasaglar)</p> <p>Beispiele für kurzwirkende Insuline (Bolusinsulin): Normalinsulin (z.B. Actrapid[®], Berlinsulin[®] H Normal, Huminsulin[®] Normal, Insuman[®] Infusomat, Insuman[®] Rapid) Analoginsulin (Insulin aspart (Fiasp, Novorapid), Insulin glulisin (Apidra) und Insulin lispro (Humalog, Liprolog, Lyumjev)</p> <p>Während die Gabe von Basalinsulin für den Grundbedarf festgelegt ist, gibt es für das Bolusinsulin einen Faktor, den sogenannten BE- bzw. KH</p>
--	--	---

		<p>Faktor - z.B. 1IE/BE. Dies besagt, dass eine Insulineinheit zur Abdeckung einer BE benötigt wird. Dieser Faktor sollte für die Begutachtung ebenfalls mitgeteilt werden.</p> <p>Fazit: Die pauschale Angabe des Verordners, dass eine ICT erfolgt, reicht nicht aus.</p> <p>Es sollte vielmehr erkennbar sein, dass</p> <ul style="list-style-type: none">○ 2 Insulinarten eingesetzt werden und○ dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern○ dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird <p>Wenn in den Arzneimittelverordnungsdaten lediglich ein Insulin auftaucht und der Versicherte keine Pumpentherapie durchführt (dabei wird nur schnelles Insulin verwendet, also eine Insulinart), kann es sich in Sonderfällen trotzdem um eine intensivierete Insulintherapie handeln.</p> <p>Die supplementäre Insulintherapie (SIT) ist eine mahlzeitenbezogene Therapie ohne Unterstützung eines Basalinsulins. Sie zielt speziell darauf ab, Blutzuckeranstiege nach dem Essen (postprandial) abzufangen. Es wird meist zu jeder Hauptmahlzeit Normalinsulin oder ein kurzwirksames Insulinanalogon, adaptiert an Glukosewerte und Kohlenhydratmengen, gespritzt. So sind flexible und spontane Essensgewohnheiten möglich. Es kann eine Anpassung an Schichtarbeit und stark wechselnde körperliche Belastung erfolgen. Es</p>
--	--	---

		besteht ein erhöhter Schulungsaufwand und ein relativ hohes Hypoglykämierisiko.
--	--	---

Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:		
Diabetestyp mellitus:	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
	<input type="checkbox"/> Sonstiger	
Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : _____		
Größe:	Gewicht:	
Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen oder sonstige Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik) : _____		
Intensivierte Insulintherapie seit: _____		
Therapieplan der ICT: _____		
BE-Faktor:	Korrektur-Faktor:	Basalinsulin:
HbA1c der letzten 12 Monate : _____		
Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung (insb. Hypoglykämien, Fremdhilfebedarf ?):		

Bisherige Therapiemodifikationen:

Bisherige Schulungsmaßnahmen: _____

Individuelle Therapieziele: _____

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

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. : _____

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

Liegt ein Pflegegrad vor ? _____

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

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?

- Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant ? ja () nein ()

- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten ? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc)

Sonstiges/weitere Hinweise: _____

Anlass 04 Badehilfen

Anlass 05 Bandagen

Anlass 06 Bestrahlungsgeräte

Anlass 07 Blindenhilfsmittel

Blindenhilfsmittel	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none">• Verordnung• Kostenvoranschlag• Stellungnahme des Verordners• Fachärztlicher Bericht: Augenarzt/Augenärztin• Versichertenanfrage mit Fragebogen• Erprobungsbericht Leistungserbringer/in	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: Angaben des Verordners <ul style="list-style-type: none">• zum Restsehvermögen• zum Gesichtsfeld• Relevante Comorbiditäten bzw. Einschränkungen? (insb. Kognition und Feinmotorik)• Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?• Welche Probleme bestehen in der Anwendung der bisher genutzten Hilfsmittel?• Individuelles Versorgungsziel? <ul style="list-style-type: none">• Bei der Verordnung eines Blindenhilfsmittels bei einer Sehschärfe/Visus über 0,05 sind konkrete Angaben zu ggf. zusätzlich visusbeeinträchtigenden u. die Verordnung begründenden Befunden erforderlich (z.B. Gesichtsfeldbefund). Erprobungsbericht des Leistungserbringers: Ergebnis der Erprobung des beantragten Produktes und <ul style="list-style-type: none">• ggf. erprobter Versorgungsalternativen
---------------------------	---	---

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

Anlass 08 Einlagen

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

Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte

<p>Inkontinenz- Therapiegerät</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <p>Erwachsene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ko-Morbiditäten mit Einfluss auf die Kognition, Motorik und manuelle Geschicklichkeit • Fachurologisch/fachgynäkologischer Bericht mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> ○ aktuelle Beschwerden/Symptome ○ Krankheitsverlauf mit Eckdaten zum Erstdiagnosedatum, Voroperationen und Begleiterkrankungen inkl. deren Medikation ○ Angaben zum Beschwerde- und Therapieverlauf • Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie - sofern vorhanden • Profilerhebungsbogen Elektrostimulationsgeräte • Rehabilitationsberichte (falls vorhanden – sofern mit urologischem Schwerpunkt Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung) 	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <p>Die Behandlung einer Harninkontinenz im Erwachsenen- und insbesondere im Kindesalter ist z.T. langwierig und erfordert differenzierte Diagnostik. Die Ermittlung der durchgeführten Diagnostik hat für die gutachterliche Beurteilung hohe Bedeutung.</p> <p>Nach abgeschlossener Diagnostik ist der erste therapeutische Schritt im Erwachsenen- und Kindesalter die Durchführung einer konservativen Urotherapie. Erst dann schließt sich als nächster Therapieschritt ggf. eine mögliche Hilfsmittelversorgung aus der PG 09 an.</p> <p>Bei der Antragsstellung für auf Hilfsmittelversorgung sind darzulegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die durchgeführten diagnostischen Schritte sowie • die bereits durchgeführten urotherapeutischen Maßnahmen. <p>Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum kognitiven Entwicklungsstand, insbesondere bei vorbekannten Entwicklungsstörungen • Ko-Morbiditäten (insbesondere aus dem neuropädiatrischen Bereich) • Angaben zu möglichen Voroperationen (z.B. im anogenitalen Bereich) • Familienanamnese pos/neg hinsichtlich einer Einnässsymptomatik • aktuelle Beschwerden (Angaben, ob Selbst- oder Fremdanamnese) • Angaben zum Beschwerdeverlauf
--	--	---

	<p>Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Fachärztlicher Bericht Pädiater*in oder Kinderurolog*in 	<ul style="list-style-type: none"> • Eckdaten zur Basisdiagnostik und weiterführenden Diagnostik (falls durchgeführt) • Angaben zum Umfang einer Urotherapie (falls durchgeführt) • Angaben zum sonstigen Therapieverlauf (ggf. Medikationsversuche) • Trink- und Miktionstagebuch mit Angaben zum Trink- und Miktionsverhalten/Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag)
--	---	--

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

Bei Harninkontinenz oder Blasenfunktionsstörung:

Alter: **Größe:** **Gewicht:**

Geschlecht: **Männlich** **Weiblich** **Divers**

Angabe der Diagnose:.....

Die derzeitige Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:.....

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :

.....

Fachärztliche Diagnostik/Behandlung durch Facharzt für:

Urologie Gynäkologie Sonstiges

Fachärztliche Behandlung erfolgt seit

Form und Schweregrad:

Harninkontinenz Belastung/Stress: Grad I Grad II Grad III
 Drang/Urge Inkontinenz
 Mischinkontinenz

Form und Schweregrad der Inkontinenz wurden fachärztlich gesichert: ja nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: ja nein

Die Beckenbodeninnervation wurde geprüft durch folgendes Verfahren / geprüft mit: _____

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: ja nein Operation am:

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

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

Sonstiges

Angaben zur durchgeführten Diagnostik:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Miktionstagebuch geführt von _____ bis _____ | <input type="checkbox"/> Vorlagentest |
| <input type="checkbox"/> Vaginale Untersuchung | <input type="checkbox"/> Harnanalyse |
| <input type="checkbox"/> Perineal-/ Introitus-Sono | <input type="checkbox"/> Zystographie |
| <input type="checkbox"/> Zystometrie | <input type="checkbox"/> HR Druckprofil |
| <input type="checkbox"/> Zystoskopie | <input type="checkbox"/> Uroflow |
| | <input type="checkbox"/> Restharnbestimmung |
| | <input type="checkbox"/> Östrogenstatus |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | <input type="checkbox"/> Urodynamik |

Relevante Untersuchungsergebnisse:

.....

Verhaltenstherapie:

- Trinkplan Miktionstraining Reduktion Körpergewicht (bei Adipositas)

Dauer der Maßnahme seit :

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation:

Therapie seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?:

Beckenbodentraining:

- ohne Anleitung mit Anleitung (Physio-/Inkontinenztherapeut/in)

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation

Biofeedback

Kombinationstherapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

.....

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

Anwendung mit folgendem Zubehör:

Vaginalsonde

Intravesikalelektrode

Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie:.....

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin

Pflegepersonal

Physiotherapeut*in

Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

.....

Die Versicherte/der Versicherte bzw. die ggf. erforderliche Hilfsperson sind in der Lage, Zweckbestimmung und ggf. Risiken sowie die sachgerechte Anwendung zu erfassen :

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

Bei Stuhlinkontinenz:

Alter: **Größe:** **Gewicht:**
Geschlecht: **() Männlich** **()Weiblich** **() Divers**

Angabe der Diagnose:.....

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :
.....

Die Stuhlinkontinenz besteht seit:.....

Ausprägung der Symptomatik:

Proktologische Diagnostik ist erfolgt: () ja () nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten: () ja () nein

Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert: () ja () nein

Form und Schweregrad:

Stuhlinkontinenz () Grad I () Grad II () Grad III

Ursachen:

- Anale Sphinkterschwäche Analprolaps/Hämorrhoidalprolaps
 Z.n. Darm-OP Z.n. Becken-Trauma Z.n. Radiatio

Durchgeführte Diagnostik:

- Defäkationsprotokoll Analmanometrie Defäkographie
 Rekto-/Koloskopie Anale Endosonographie
 MRT Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

.....

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie

- Ernährungsplan Toilettentraining Sonstiges

Umgesetzt seit/Dauer der Maßnahme:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation ?

Einnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Beckenbodentraining:

- ohne Anleitung mit Anleitung Physio-/Inkontinenztherapeut/in

Durchführung seit :

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation Biofeedback Kombinationstherapie

Geplante/vorgesehene Dauer der Therapie:.....

Zubehör: Rektalelektrode

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin Pflegefachkraft Physiotherapeut*in Leistungserbringer*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

.....

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

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise.....

<p>Tumortherapiefelder (TTF Optune) 09.17.01.0001</p> <p>NN-Art: "Produktart: 09.17.01.0 - Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht der Tumorkonferenz • Ambulanzberichte Onkologie • Trageprotokolle • Sofern diese nicht zur Verfügung gestellt werden: Angaben des Behandlers zur Tragedauer 	<p>Bei der nicht-invasiven Methode werden der/dem Pat. auf der rasierten Kopfhaut Elektroden in individueller Ausrichtung platziert. Diese übertragen lokal elektrische Wechselfeldspannungsfelder mit einer Frequenz von 200 Kilohertz auf das Glioblastom (Erzeugung durch einen tragbaren Feldgenerator) . Die Wechselfeldspannungsfelder sollen das Tumorstadium hemmen, indem diese mit der bioelektrisch gesteuerten Mitoseaktivität der Tumorzellen interferieren und auf diese Weise deren Proliferation hemmen</p> <p>Die Methode darf zu Lasten der GKV erbracht werden bei Pat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit einem neu diagnostizierten Glioblastom, wenn - nach Abschluss der Radiochemo-therapie - keine frühe Krankheitsprogression nachgewiesen wurde. <p>Die TTF-Behandlung beginnt zusätzlich zur Standardtherapie in der Erhaltungsphase und kann bis zum zweiten Rezidiv angewendet werden</p> <p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <p>Erstverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bericht der Tumorkonferenz • MRT-Befund nach Radiochemotherapie <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>Folgeverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bericht der Tumorkonferenz • Anwenderprotokolle <i>(Auslesen der Daten zur Nutzung des Gerätes - Tragedauer)</i> • Ambulanzberichte Onkologie • MRT-Befund nach Radiochemotherapie (Follow-up) <p>Welche Unterlagen sind bei Folgeverordnungen vorzulegen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktueller klinisch-neurologischer Befund. • MRT-Befund : <ul style="list-style-type: none"> - wenn sich der klinisch-neurologische Befund verschlechtert (klinisch Verdacht auf ein Rezidiv bzw. ein Progress) oder - wenn die Patientin/ der Patient bereits ein erstes Rezidiv erlitten hat (um ein zweites Rezidiv sicher auszuschließen). Falls darüber hinaus MRT-Untersuchungen durchgeführt wurden, sollten diese ebenfalls vorgelegt werden (häufig wird alle 3 Monate ein MRT des Schädels gemacht). • sämtliche TTF-Trageprotokolle für den zu prüfenden Zeitraum <p>Hinweise zum Krankheitsbild:</p> <p>Glioblastoma multiforme (Glioblastom):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehirntumorklassifikation der World Health Organization (WHO): Grad IV <i>(äußerst bösartige Tumoren, die mit einer deutlichen Reduktion der Überlebenszeit einhergehen, sofern keine effektive Behandlung zur Verfügung steht)</i> - Inzidenz: 3 bis 4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner/innen - Altershäufung zwischen 55 und 74 Jahren
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Neurologische Symptome : Je nach Größe und Lage neurokognitive Störungen, fokale Ausfälle, erstmalige epileptische Krampfanfälle sowie Anzeichen eines intrakraniellen Masseneffekts wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und veränderte Bewusstseinszustände . <p>Derzeitige empfohlene Standardtherapie: (Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN))</p> <p>Erster Schritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgische Resektion oder Biopsie des Tumors - Möglichst vollständige Entfernung des Tumors unter Berücksichtigung der Funktionserhaltung <p>Zweiter Schritt :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sechswöchige Radiochemotherapie (<i>Gesamtbestrahlungsdosis 60 Gray</i>) • Begleitende Gabe des alkylierenden Chemotherapeutikums Temozolomid (TMZ) (<i>75 mg/m² pro Tag</i>) <p>Dritter Schritt (Erhaltungsphase) : Sechs Monate adjuvante Chemotherapie mit Temozolomid (<i>150 bis 200mg/qm Körperoberfläche über 5 Tage pro 28 Tage Zyklus</i>)</p> <p>Therapie von Rezidiven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein einheitliches Standardvorgehen - Therapieoptionen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Re-Operation, ○ Chemotherapie ○ erneute Strahlentherapie ○ Kombinationen dieser Optionen
--	--	--

		<p>Ohne die o.a. Standardbehandlung versterben die Pat. innerhalb weniger Monate.</p> <p>Unter der derzeitigen Standardbehandlung beträgt die mittlere Überlebenszeit in Studienkohorten nach Diagnosestellung etwa 14,6 Monate und die Überlebensrate nach zwei Jahren etwa 26% (bei Pat. mit methylierten Promotor des MGMT-Gens 46%).</p> <p>Eine Heilung kann derzeit nicht erzielt werden</p>
--	--	--

Anlass 10 Gehhilfen

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

Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma

Anlass 13 Hörhilfen

Hörgeräte	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none">• Verordnung• Kostenvoranschlag• Stellungnahme des Verordners• Fachärztlicher Bericht : HNO-Arzt, Pädaudiologe• Sprach-und Tonaudiometrie• Hörakustiker: Anpassbericht	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: Verordner: <ul style="list-style-type: none">• Sprach-und Tonaudiometrie Hörakustiker <ul style="list-style-type: none">• Versorgungsanzeige des Hörakustikers• Angabe der Typenzeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer der erprobten Geräte• Anpassbericht mit<ul style="list-style-type: none">- Ton- und Sprachaudiogramm- Ergebnis der vergleichenden Hörhilfen- testung Bei vorzeitiger Versorgung <ul style="list-style-type: none">• Letzter Anpassbericht mit Ton- und Sprachaudiogramm• Bei eingetretener Verschlechterung: Nachanpassbericht• Datenblatt zu den bisher getragenen Hörgeräten Kleinkinder: <ul style="list-style-type: none">• Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräte- anpassung des betreuenden Pädaudiologen/ HNO-Arztes Bei knochenverankerten Hörgeräten: <ul style="list-style-type: none">• Begründung, warum eine Versorgung mit Luftleitungshörgerät nicht möglich ist• Anpassbericht
------------------	--	---

		<p>Bei HG wg. AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Anmerkung: <i>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.</i></p>
--	--	---

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

<p>Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:</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> <p>Wird durch die Schule für den Unterricht eine drahtlose Übertragungsanlage zur Verfügung gestellt?</p> <p>Bei bestehender CI/HG-Versorgung:</p> <p>Wird bei 65 dB Sprachschallpegel und bestmöglicher apparativer Versorgung der Schwerhörigkeit (HG/CI) ein freies Sprachverstehen erzielt ? (60% Einsilberverstehen oder mehr)?</p> <p>Sonstiges/weitere Hinweise: _____</p>

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

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

Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

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

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

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie ja () nein ()

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

Medikamentöse Therapie:

Therapiedauer Sauerstofftherapie (h/d):

Sauerstoffbedarf in Ruhe (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf bei Belastung (Flow l/min):

Sauerstoffbedarf im Schlaf (Flow l/min):

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

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

Blutgasanalyseergebnisse	paO ₂	paCO ₂	SaO ₂	O ₂ -Fluss (l/min)	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O2					
In Ruhe mit O2					() ja () nein
Unter Belastung ohne O2					
Unter Belastung mit O2					() ja () nein
Nachts mit O2					

--	--	--	--	--	--

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

PCO₂-Anstieg auf maximal _____ mmHg

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

Besteht ein Nikotinabusus? () Ja () nein

Angaben zum Raucherstatus:

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

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

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

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

Anlass 15 Inkontinenzhilfen

<p>Inkontinenzhilfen</p> <p>Ableitende Inkontinenzversorgung</p> <p>Aufsaugende Inkontinenzversorgung</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <p>Erwachsene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> ○ Co-Morbiditäten mit Einfluss auf die Kognition, die Motorik und manuelle Geschicklichkeit ○ Relevante Angaben zur Teilhabe (z.B. bestehende Berufstätigkeit) • Fachurologischer/ fachgynäkologischer Bericht mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> ○ aktuelle Beschwerden/Symptome ○ Krankheitsverlauf hinsichtlich Erstdiagnosedatum, Infektionen, Operationen und bisherigen Therapien ○ bisher und aktuell durchgeführte Diagnostik mit Eckdaten der Befunde • Bericht Kontinenzzentrum oder Fachabteilung Neurourologie (bei neurourologische Erkrankungen) • Profilerhebungsbogen Aufsaugende/ Ableitende Inkontinenzhilfen 	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <p>Harninkontinenz bei Frauen</p> <p>Folgende Pat. sind in der Regel im Rahmen eines gestuften Vorgehens für ein initiales Management geeignet:</p> <p>Frauen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stressinkontinenz bei physischer Aktivität • Urge Inkontinenz/Dranginkontinenz (überaktive Blase) • mit gemischter Urge- und Stress-inkontinenz <p>Davon abzugrenzen sind komplizierte Inkontinenz-formen, die ein spezielles Management erfordern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenz bei schweren Geburtsverletzungen, - assoziierte Harnwegsfisteln, - Schmerzen - Hämaturie - rezidivierende Infektionen - Deszensus von Beckenorganen, - Vorangegangene Beckenbestrahlung oder Beckenchirurgie. <p>Im Rahmen der klinischen Bewertung und Sicherung der Diagnose lassen sich für die entsprechenden Inkontinenzformen entsprechende therapeutische Maßnahmen ableiten</p> <p>Harninkontinenz bei Männern</p> <p>Blasenfunktionsstörungen beim Mann sind vorwiegend durch eine Beeinträchtigung der Entleerung aufgrund subvesikaler Obstruktion wie Benigne Prostatahyperplasie (BPH), Blasenhalstenose, Prostatitis, Urethrastriktur, Meatusstenose und funktioneller Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion bzw. Beckenbodenspastik bedingt</p>
--	---	---

		<p>Folgende Pat. sind in der Regel im Rahmen eines gestuften Vorgehens für ein initiales Management geeignet:</p> <p>Männer mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausschließlich Nachträufeln nach der Miktion • Inkontinenz nach Prostatektomie. • Drangsymptomen mit oder ohne Dranginkontinenz, gemeinsam mit häufigem Wasserlassen und Nykturie (überaktive Blase) <p>Davon abzugrenzen sind komplizierte Inkontinenz-formen, die ein spezielles Management erfordern</p> <p>Pat. mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hämaturie (blutiger Urin) - Schmerzen - rezidivierenden Infektionen - eingeschränkter Blasenentleerung <p>Im Rahmen der klinischen Bewertung und erster Sicherung der Diagnose lassen sich für die entsprechenden Inkontinenzformen entsprechende therapeutische Maßnahmen ableiten</p> <p>Harninkontinenz bei Kindern</p> <p>Folgende Pat. sind in der Regel für ein initiales Management geeignet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enuresis nocturna ohne andere Symptome (monosymptomatisch). • Symptome von häufigem Wasserlassen, verstärktem Drang • Dranginkontinenz tagsüber mit oder ohne Einnässen nachts. <p>Davon abzugrenzen sind Kinder mit komplizierter Inkontinenz:</p>
--	--	---

	<p>Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Kindern: Fachärztlicher Bericht Pädiater*in oder Kinderurologe*in • Bei Entwicklungsstörung oder neurologischer Erkrankung: neuropädiatrischer Bericht oder SPZ-Bericht • Trink-Miktionstagebuch (Trink- und Miktionsverhaltens/ Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag) 	<ul style="list-style-type: none"> - rezidivierende Harnwegsinfektionen - gravierende Miktionsstörungen - Blasendysfunktion oder Blasenentleerungsstörung - Anomalien des Harntrakts - Vorhergehende Beckenchirurgie - Neuropathien - begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen <p>Im Rahmen der klinischen Bewertung und nach Sicherung der Diagnose lassen sich für die entsprechenden Inkontinenzformen entsprechende therapeutische Maßnahmen ableiten</p> <p>Harninkontinenz bei neurologischen Erkrankungen Bei der Inkontinenz als Folge neurogener vesiko-urethraler Dysfunktionen hängt das Management von der Lokalisation ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • periphere Läsionen z.B. Denervierung als Folge von großer Beckenchirurgie bei Rektum- oder Zervixkarzinom, Läsionen • zentrale Läsionen unterhalb des Pons z. B. traumatische Rückenmarksverletzungen • zentrale Läsionen oberhalb des Pons z.B. Schlaganfall, M. Parkinson und Multiple Sklerose. <p>Therapeutische Maßnahmen sollten hier die die Grunderkrankung und klinische Symptomatik, Befunde, Risikofaktoren, assoziierte Behinderungen und Kontextfaktoren berücksichtigen</p> <p>Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung</p>
--	--	--

		<p>Die genannten häufigen Harninkontinenz-formen sind in der Regel einem initialen Behandlungsmanagement gemäß etablierten Behandlungsalgorithmen zugänglich.</p> <p>Ein spezialisiertes Management ist in der Regel bei zusätzlichen Pathologien oder bei Therapie-versagen indiziert Algorithmen siehe Arbeitshilfe „Sozialmedizinische Hinweise zur Begutachtung: Elektrostimulation und Biofeedback bei Harninkontinenz“ in Infomed</p>
--	--	---

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

Profilerhebungsbogen für die ableitende Inkontinenzversorgung

1. Datum: _____

2. Allgemeine Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

männlich weiblich divers

Versorgungsstatus:

Erstversorgung Folge-/Umversorgung

3. Inkontinenzart / Ableitungsart:

Harnableitung: _____

- Einmalkatheter transurethrale Katheter
 Dauerkatheter Urinalkondom

Sonstiges: _____

Stuhlableitung:

- Analtampon Fäkalkollektor

Sonstiges: _____

Ausscheidungsmenge: _____

Frequenz: _____ Mal pro Tag

Besonderheiten: _____

5. Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände

Mobilität:

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

Toilettengang:

- selbstständig mit Hilfe Versorgung im Bett

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

Profilerhebungsbogen für die [aufsaugende Inkontinenzversorgung](#)

1. Datum: _____

2. Allgemeine Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

männlich weiblich divers

Gewicht in Kg: _____

Größe in cm: _____

Pflegegrad: _____

Konfektionsgröße: _____

Versorgungsstatus:

Erstversorgung Folge- /Umversorgung

3. Inkontinenzart

nur Urin Urin und Stuhl nur Stuhl

4. Inkontinenzform

Belastungsinkontinenz überaktive Blase (Dranginkontinenz, OAB)

Überlaufinkontinenz neurogene Reflexblase

neurogene atone Blase extraurethrale Inkontinenz

Rezidiv

5. Urininkontinenz: Schweregrad und zeitliche Intensität (Inkontinenzschweregrad / Menge)

geringe Menge *1 mittlere Menge *2 große Menge *3

intervallartig, in kurzer Zeit große Mengen

Zu *1: Richtwert für mittlere Inkontinenz: Urinabgabe 100 bis 200 ml in 4 Stunden

Zu *2: Richtwert für schwere Inkontinenz: Urinabgabe über 200 bis 300 ml in 4 Stunden

Zu *3: Richtwert für schwerste Inkontinenz: Urinabgabe über 300 ml in 4 Stunden

6. Umgebungshaut

Hautzustand:

intakt gerötet lädiert meszeriert

Allergie:

keine liegt vor, Angabe der Allergie: _____

7. Angaben zur Arzneimittelversorgung:

8. Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände

Mobilität:

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

Toilettengang:

selbstständig mit Hilfe Versorgung im Bett

Hinweise zur Sachermittlung bei kindlicher Harninkontinenz:

- Psychomotorischer Entwicklungsstandes des Kindes
- Miktions- und Trinkgewohnheiten
- Körperhaltung bei der Miktion
- Anamnestisch Einnäss-Episoden ausschließlich nachts? Auch tagsüber?
- Stuhlganganamnese – Obstipationsneigung?
- Relevante Kontextfaktoren: Familiäres Umfeld? Schulbesuch?

Anlass 16 Kommunikationshilfen

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

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

Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

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

Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge

<p>Kranken- und Behindertenfahrzeuge</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Vorversorgungen und aktuelle Versorgung • Versorgungsverlauf: genutzte/ungenutzte Hilfsmittel • Stellungnahme des Verordners <ul style="list-style-type: none"> - mit Angaben zum Versorgungsziel - mit Beschreibung der Mobilität • Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Neurologe • Maßblatt mit relevanten Körpermaßen, akt. Körpergröße und Gewicht <p>Die hier aufgelisteten Informationen sind bei <u>jeder</u> Rollstuhlversorgung unabhängig vom Alter des Versicherten und vom jeweiligen Versorgungs-zweck/Ziel grundsätzlich vorzulegen.</p> <p>Dies betrifft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderversorgungen • Erwachsenenversorgungen • Geriatrische Versorgungsungen • Reparaturen • Änderungen/Anpassungen/Zurüstungen 	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befund: Insb. Bewegungsumfang und Muskelstatus der oberen Extremitäten (im Hinblick auf die Möglichkeit den Rollstuhl selbstständig anzutreiben) • Beschreibung der Mobilität in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> - Gehfähigkeit - Stehfähigkeit - Transferfähigkeit Eigenständige Mobilität ? Besteht Fremdhilfebedarf ? • 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? • Kann der Vers. aktiv trippeln? • Pflegegutachten (insb. Vers. außerhalb WL)
---	--	---

	<p><u>Bei Beantragung von:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektrorollstühlen • Aufsteck-/Radnabenantrieben • Aufsteck-/Radnabenantrieben mit restkraftunterstützenden Fahrprofilen • Restkraftunterstützenden Antrieben <ul style="list-style-type: none"> • Angaben des Vorordners zur Fahrtauglichkeit • Medikamentenplan (Elektrorollstuhl) • Erprobungsbericht des Leistungserbringers • Video-/Fotodokumentation der Erprobung <ul style="list-style-type: none"> • Sofern vorhanden: • KH-Entlass Bericht(e) • Rehabilitations-Bericht(e) • Ergotherapie-, Physiotherapieberichte 	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtig: Angaben zu Vorversorgungen aktuelle Versorgung • Bei Umversorgung / Zurüstungen und Reparaturen wird eine Begründung / Erläuterung des techn. Leistungserbringers erbeten.
--	--	--

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:

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

Kurze Strecken in der Wohnung:

- selbständig
 mit Hilfsmitteln
 mit personeller Unterstützung

Außer Haus:

- selbstständig
 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 Versorgungen 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

Anlass 19 Krankenpflegeartikel

Anlass 20 Lagerungshilfen

Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen

<p>rtCGM</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Diabetologische Stellungnahme zur Erforderlichkeit einer Versorgung mit CGM (Indikation) • Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung (Zweckmäßigkeit (Eignung) des ausgewählten Einzelproduktes im Einzelfall) • Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen ggf. als digitale Dokumentation (Application) • Ggf. KH-Entlass Bericht(e) • Ggf. Versichertenanfrage (Kontextfaktoren) 	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <p>Fachärztlicher Bericht Diabetologe/in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus • Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname) • Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung: <ul style="list-style-type: none"> - Angabe zu Hypoglykämien - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ? • HbA1c der letzten 12 Monate • Individuelles Therapieziel • Bisherige Therapiemodifikationen? • Bisherige Schulungsmaßnahmen? • Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik) • Angaben zu Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. • Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung der beantragten Insulinpumpe in der Lage? • Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich? • Liegt ein Pflegegrad vor? • Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten? (ICF!)
--------------	--	---

		<p>ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit mit konkreten Angaben zu der erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE • Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis) • Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel • Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit <p>Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronische CGM-Dokumentation mit Übersichtsblatt (90 Tage) und einzelnen Tagesprotokollen über 2 Wochen • Ambulantes Glukose Profil (AGP-Bericht) mit Time in Range (TIR), Glukosevariabilität ect. <p>Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers für den Vers. besonders geeignet (zweckmäßig)? • Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant? • Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus ect)
--	--	--

		<p>Gemäß GBA-Beschluss darf die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, • Insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (s. u.) vorliegen. <p>Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Versicherten entsprechend des jeweiligen Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.</p> <p>Für die sozialmedizinische Begutachtung sollte vom Versicherten ein (ggf. auch digitales) Blutzuckertagebuch vorgelegt werden. Hieraus ist im Regelfall abzuleiten, ob tatsächlich eine intensivierte Insulintherapie erfolgt.</p> <p>Erfolgt eine intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) ?</p>
--	--	---

		<p>Die intensivierte konventionelle Insulintherapie nutzt das Basis-Bolus-Konzept. Ein-oder 2 x täglich wird der basale Insulinbedarf mit einer Injektion von Verzögerungsinsulin gedeckt (Basisinsulin). Zusätzlich wird vor den Mahlzeiten ein kurzwirksames Insulin injiziert (Bolus). Diese Dosis ist abhängig vom aktuellen Blutzucker und dem Kohlenhydratanteil der Mahlzeit.</p> <p>Die Durchführung einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) erfolgt somit einem Basalinsulin sowie mit einem kurzwirkenden Insulin (Bolusinsulin oder Mahlzeiteninsulin). Das langwirksame Insulin deckt den Grundbedarf ab, das kurzwirksame Insulin dient als Mahlzeiteninsulin bzw. Korrekturinsulin.</p> <p>Beispiele für langwirksame Insuline (Basalinsulin): NPH-Insuline z.B. Berlinsulin H Basal, Insuman Basal Aventis, Humaninsulin Basal Lilly, Insulatard Human Novo Nordisk, Protraphane HM NovoNordisk.</p> <p>Analogoninsuline z.B. Insulin glargin (Toujeo, Lantus), Insulin Detemir (Levemir), Insulin Deglutec (Tresiba), Insulin Glargin- Biosimilar (Abasaglar)</p> <p>Beispiele für kurzwirkende Insuline (Bolusinsulin): Normalinsulin (z.B. Actrapid[®], Berlinsulin[®] H Normal, Huminsulin[®] Normal, Insuman[®] Infusomat, Insuman[®] Rapid) Analoginsulin (Insulin aspart (Fiasp, Novorapid), Insulin glulisin (Apidra) und Insulin lispro (Humalog, Liprolog, Lyumjev)</p> <p>Während die Gabe von Basalinsulin für den Grundbedarf festgelegt ist, gibt es für das Bolusinsulin einen Faktor, den sogenannten BE- bzw. KH Faktor - z.B. 1IE/BE. Dies besagt, dass eine Insulineinheit zur Abdeckung einer BE benötigt wird. Dieser Faktor sollte für die Begutachtung ebenfalls mitgeteilt werden.</p>
--	--	---

		<p>Fazit: Die pauschale Angabe des Verordners, dass eine ICT erfolgt, reicht nicht aus.</p> <p>Es sollte vielmehr erkennbar sein, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Insulinarten eingesetzt werden und ○ dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern ○ dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird <p>Wenn in den Arzneimittelverordnungsdaten lediglich ein Insulin auftaucht und der Versicherte keine Pumpentherapie durchführt (dabei wird nur schnelles Insulin verwendet, also eine Insulinart), kann es sich in Sonderfällen trotzdem um eine intensiviertere Insulintherapie handeln.</p> <p>Die supplementäre Insulintherapie (SIT) ist eine mahlzeitenbezogene Therapie ohne Unterstützung eines Basalinsulins. Sie zielt speziell darauf ab, Blutzuckeranstiege nach dem Essen (postprandial) abzufangen. Es wird meist zu jeder Hauptmahlzeit Normalinsulin oder ein kurzwirksames Insulinanalogon, adaptiert an Glukosewerte und Kohlenhydratmengen, gespritzt. So sind flexible und spontane Essensgewohnheiten möglich. Es kann eine Anpassung an Schichtarbeit und stark wechselnde körperliche Belastung erfolgen. Es besteht ein erhöhter Schulungsaufwand und ein relativ hohes Hypoglykämierisiko.</p>
--	--	--

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

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

Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : _____

Größe: Gewicht:

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

Intensivierte Insulintherapie seit: _____

Therapieplan der ICT:

BE-Faktor: Korrektur-Faktor: Basalinsulin:

HbA1c der letzten 12 Monate : _____

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

Bisherige Therapiemodifikationen:

Bisherige Schulungsmaßnahmen: _____

Individuelle Therapieziele: _____

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

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. : _____

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

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

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

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das ausgewählte bzw. verordnete Einzelprodukt im Einzelfall besonders geeignet (zweckmäßig)?

- Ist ein Hybrid Closed Loop-System geplant? ja () nein ()

- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus ect)

Sonstiges/weitere Hinweise: _____

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

Anlass 22 Mobilitätshilfen

Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:			
Antragsbegründende Diagnose:			
Beeinträchtigung des Stehens und Gehens:			
Sitzfähigkeit:	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung sitzfähig	<input type="checkbox"/> kurze Zeit frei sitzfähig <input type="checkbox"/> sitzstabil
Muskeltonus:	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Athetose <input type="checkbox"/> schlaffer Tonus
Kontrakturen (Gelenk/Ausprägung):			
Mitwirkung beim Transfer mit dem Lifter :	<input type="checkbox"/> kann beim Transfer mithelfen	<input type="checkbox"/> kann in geringem Umfang mithelfen	<input type="checkbox"/> kann nicht mithelfen
Psychokognitive Fähigkeiten/Einschränkungen:			
Umsetzung einfacher Aufforderungen	<input type="checkbox"/> möglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht möglich

Kann Bedürfnisse äußern	() möglich	() eingeschränkt	() nicht möglich
Pflegegrad:			
Sonstige genutzte Hilfsmittel:			
Sonstige Hinweise:			

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

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

		<ul style="list-style-type: none"> Ist Hilfestellung beim Aufsteigen erforderlich ? Beim Radfahren an sich?
--	--	--

Anlass 23 Orthesen / Schienen

01. Vor- und Mittelfuß	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
23.01.01. Hallux-Valgus-Korrekturen		

02. Sprunggelenk	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Orthesenversorgungen, zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen) 	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
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)		

03. Fuß	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur aktuellen Mobilität (gegebenenfalls bei Lagerungsorthesen entbehrlich) • Bisherige Orthesenversorgungen, zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen) 	Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur, Physiotherapie Bei habituellem Zehengang: <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapiebericht
23.03.01. Fußorthesen zur Immobilisierung		
23.03.02.		

Fußorthesen zur Korrektur und/oder Entlastung		
23.03.30. Individuell angefertigte Fußgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (AFO)		
23.03.31. Individuell angefertigte Fußorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (AFO)		
23.03.32. Individuell angefertigte dynamische Fußorthesen (AFO)		Bei (Ring-) Orthesen bei Knick- Senkfuß: <ul style="list-style-type: none"> • Fotodokumentation
23.03.33. Individuell angefertigte		

Fußheberorthesen, federnd gearbeitet (AFO)		
23.03.34. Individuell angefertigte Fußheberorthesen, gelenkig gearbeitet (AFO)		

04. Knie	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur aktuellen Mobilität (gegebenenfalls bei Lagerungsorthesen entbehrlich) • Bisherige Orthesenversorgungen 	Bei maßgefertigten Knieorthesen (Varus-/Valgusfehlstellungen, adipöse Beine): <ul style="list-style-type: none"> • Fotodokumentation Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur • Physiotherapie?
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		
23.04.31. Individuell angefertigte Knieorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (KO)		

23.04.32. Individuell angefertigte Patellaorthesen zur Stabilisierung und Korrektur		
--	--	--

05. Hüfte	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Orthesenversorgungen 	
23.05.01. Hüftorthesen zur Mobilisierung		

<p>23.05.02. Hüftorthesen zur Korrektur und/oder Entlastung</p>		
<p>23.05.30. Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (HO)</p>		
<p>23.05.31. Individuell angefertigte Hüftgelenkorthesen zur Führung und Korrektur bei Kindern (HO)</p>		

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

Führung und Stabilisierung		
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-/Hüftgelenks-orthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung oder Stützung (HKAFO)		
--	--	--

07. Hand	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	Bei Silikonorthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung. Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur • Physiotherapie?
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,		

Funktions-sicherung (FO)		
23.07.35. Individuell angefertigte Fingerorthesen zur Immobilisierung, Stützung, Korrektur, Funktions-sicherung (FO)		
23.07.36. Individuell angefertigte Finger- /Hand- /Handgelenkorthesen zur Redression (WHFO)		
23.07.37. Individuell angefertigte Hand- /Finger- /Daumenorthesen zur Redression (HFO)		

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:

08. Ellenbogen	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur • Physiotherapie?
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)		

09. Schulter	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	
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		

10. Arm	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen: <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur • Physiotherapie?
23.10.01. Armorthesen zur Immobilisierung		
23.10.30. Individuell angefertigte Armorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (SEWHO)		
23.10.31.		

<p>Individuell angefertigte Armorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (SEO)</p>		
<p>23.10.32. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (unterarm- und handgelenk-übergreifend) (WHO)</p>		<p>Bei Silikonorthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung.
<p>23.10.33. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen z. Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (unterarm-, handgelenk- u. ellenbogengelenk-übergreifend) (EWO)</p>		
<p>23.10.34. Individuell angefertigte Armsegmentorthesen z. Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (unterarm-, handgelenk- u. ellenbogengelenk-übergreifend) (EWO)</p>		

11. Leib/ Rumpf	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Bisherige Orthesenversorgungen 	
23.11.01. Beckenorthesen zur Stabilisierung		
23.11.30. Individuell gefertigte Beckenringorthesen zur Stabilisierung (SIO)		

12. Halswirbelsäule	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP- Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null) • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	
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 Halswirbelsäulen- orthesen zur Immobilisierung,		

Fixierung, Korrektur der HWS (CO)		
-----------------------------------	--	--

13. Brustwirbelsäule	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten • Angabe von Deformitäten 	
23.13.01. BWS-Orthesen zur Entlastung und/oder Korrektur		
23.13.30. Individuell gefertigte Brustwirbelsäulen-orthesen zur Korrektur Brustwirbelsäulen-/Thorax-Orthesen bei Kielbrust/Hühnerbrust	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. 	Bei Kielbrustorthese: <ul style="list-style-type: none"> • Angabe von Funktionsdefiziten • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen? • Physiotherapie? • Liegen Funktionsbeeinträchtigungen vor? • Fotodokumentation Bei Trichterbrustorthese/ Saugglocke:

	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liegen Funktionseinschränkungen, insbesondere kardiopulmonal vor? • Fotodokumentation des Befundes
--	---	---

14. Lendenwirbelsäule	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht. • Angabe von Funktionsdefiziten • Bisherige Orthesenversorgungen 	
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)		
---	--	--

15. Wirbelsäule	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten • Angabe von Deformitäten • Bisherige Orthesenversorgungen 	Bei Inputorthesen (Spio, SDO, GPS): <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapiebericht • Angaben zu bisherigen Orthesenversorgungen • Angaben zu Mobilitäts- und Sitzhilfen
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>23.15.31.0. Reklinationsorthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisherige Therapien? • Physiotherapie? <p>23.15.31.1 Skolioseorthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risser Zeichen • Cobb- Winkel • bisherige Therapien/Physiotherapie?

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:

Brust- und Taillen - Symmetrie:

Klinisch sichtbarer Rotationsfehler

im Sitzen:

im Stand:

Lotabweichung:

Seitenprofil:

Adams- Vorbeugetest:

Rippenbuckel:

Lendenwulst:

Finger-Boden-Abstand:

Cobb-Winkel lumbal:

thorakal:

Risser-Stadium:

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

Physiotherapie (Frequenz und Zeitraum):

Bisherige Hilfsmittelversorgungen:

Sonstiges:

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

<p>29. Ganzkörper</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bei individueller Anfertigung: Anlage 4 • Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht. • Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht • Angabe der Grunderkrankung • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Orthesenversorgungen 	
<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"> • Vom VO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutzungsfähigkeit ○ Knochendichtemessung ○ Angabe zu Spastiken ○ Ggf. Spastikgrad modifiziert nach Ashworth ○ Individuelles Versorgungsziel • Neurologischer Befundbericht • Klinikberichte

		<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationsberichte • Heilmittelversorgung (aktuell) • Hilfsmittelversorgung (aktuell) • Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung zum Gangtraining • Bei Vorliegen eines Pflegegrades: letztes Pflege-Gutachten • Videodokumentation der Erprobung
--	--	---

Anlass 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/Passteile: _____
 Erfolgte eine Gangschulung/Prothesengebrauchsschulung: ja nein
 Grund für die Neuversorgung (inkl. Angabe zu Gangsicherheit, Sturzneigung): _____
 Erzielter Zugewinn (Gebrauchsvorteile im Alltag): _____
 Gehen auf ebenem Untergrund (Geschwindigkeit und Sicherheit): _____
 Gehen auf unebenem Untergrund/Gefällstrecken/Treppen (Geschwindigkeit und Sicherheit): _____
 Sonstiges: _____
 Ist die Versicherte/der Versicherte geistig und körperlich in der Lage, diese Gebrauchsvorteile im Alltag zu nutzen: ja nein
 Erprobung der beantragten Versorgung von: _____ bis: _____
 Stumpflänge: lang mittel kurz ultrakurz
 Stumpfentlastung abgeschlossen: ja nein
 Belastbarkeit/Kraftentfaltung Stumpf: _____
 Besonderheiten des Stumpfes: _____
 Weitere Einschränkungen: _____
 Sonstige Hinweise/Ergänzungen: _____

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

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

–Interimsprothesen sprunggelenkfreies Schaftsystem		
01.02.1 Vor-und Mittelfuß- prothesen in Kompaktbauweise -Interimsprothesen Sprunggelenk- übergreifendes/ unterschenkellanges Schaftsystem		
01.03.0 Vor-und Mittelfuß- prothesen in Kompaktbauweise –Definitivprothesen sprunggelenkfreies Schaftsystem		
01.03.1 Vor-und Mittelfuß- prothesen in Kompaktbauweise -Definitivprothesen Sprunggelenk- übergreifendes/ unterschenkellanges Schaftsystem		
01.98 Leistungspositionen Vor-und Mittelfuß- prothesen		

(flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Testschaft, verstellbarer Schaftsystem, sonstige Zusätze)		
---	--	--

03. Fuß	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Genaue Amputationsart/ Gelenklinie/ Amputationsniveau • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur kontralateralen Seite • Angaben zur aktuellen Mobilität • Art der bisherigen Prothesenversorgungen • zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) 	
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)		

04. Knie	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Genaue Amputationsart/ Belastungsfähigkeit • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Reha-E-Bericht von vorausgegangenen prothesenspezifischen Reha • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angabe von Deformitäten • Angaben zur kontralateralen Seite • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
04.01. Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
04.02. Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
04.03. Knieexartikulationsprothesen in Modularbauweise -wasserfeste Prothesen		
04.98.		

<p>Leistungspositionen Knieexartikulations- prothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/ Befestigungssystem , Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Kniepassteil)</p>		
<p>04.99. Leistungspositionen Knieexartikulations- prothesen II (sonstige Zusätze)</p>		

05. Hüfte	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache • Amputationsniveau (Hüftex/ Pseudohüftex/Hemipelvektomie) • Angabe von Deformitäten/Narbenarealen • Angaben zur kontralateralen Seite/Rumpf • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden 	
05.01. Hüftexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
05.02. Hüftexartikulationsprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		

<p>05.03. Hüftexartikulations- prothesen in Modularbauweise – wasserfeste Prothesen</p>		
<p>05.98. Leistungspositionen Hüftexartikulations- prothesen I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungssystem, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil)</p>		
<p>05.99. Leistungspositionen Hüftexartikulations- prothesen II (Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Kniepassteil, sonstige Zusätze)</p>		
<p>35. Brustprothesen</p>	<p>Zur Löschung vorgesehen, jetzt PG 37</p>	

71. Unterschenkel	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angaben zur kontralateralen Seite • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisherige Prothesenversorgungen • zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung) • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden 	
71.01. Unterschenkelprothesen in Modularbauweise - Interimsprothesen		
71.02. Unterschenkelprothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		

71.03. Unterschenkel- prothesen in Schalenbauweise - Definitivprothesen		
71.04. Unterschenkel- prothesen in Modularbauweise - wasserfeste Prothesen		
71.05. Unterschenkel- prothesen in Schalenbauweise – wasserfeste Prothesen		
71.98. Leistungspositionen Unterschenkelprothese n I (flexibler Innenschaft, Silikon-Kontaktschaft, Weichwand-Innenschaft, Liner, Testschaft, Prothesenverkleidung, Oberhülse, verstellbares Schaftsystem, Haltebandagen/Befestigungss ystem, Dienstleistungsbestandteil mechatronisches Fußpassteil)		
71.99.		

Leistungspositionen Unterschenkelprothesen II (sonstige Zusätze)		
--	--	--

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

Modularbauweise - Interimsprothesen		
72.02. Oberschenkel- prothesen in Modularbauweise - Definitivprothesen		
72.03. Oberschenkel- prothesen in Modularbauweise - wasserfeste Prothesen		
72.04. Sonstige Oberschenkel- prothesen (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 Oberschenkel- prothesen II (sonstige Zusätze)		

73. Fuß-Passteil	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Passteilversorgungen • Stellungnahme des Versicherten/LE warum bisheriges Passteil nicht mehr ausreichend/Erwartungen an beantragtes Passteil • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden 	
73.01. Fuß-Passteile mit Gelenk		

(monoaxial, multiaxial, hydraulisch, mechatronisch)		
73.02. Fuß-Pasteile ohne Gelenk (nicht energierückgebend, energierückgebend mit geringer/mittlerer Dynamik, energierückgebend mit hoher Dynamik)		
23.08.31. Individuell angefertigte Ellenbogenorthesen zur Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur (EO)		

74. Kniegelenk-Pasteil	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda) • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Pasteilversorgungen • Stellungnahme des Versicherten/LE warum • bisherigens Pasteil nicht mehr ausreichend/ • Erwartungen an beantragtes Pasteil • Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ • einer Testversorgung falls vorhanden 	
74.01. Kniegelenk Pasteile – monozentrisch I (mechanische und mechatronische/ mikroprozessor-gesteuerte einachsige Gelenke)		
74.02. Kniegelenk Pasteile – 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)		

79. Beinprothesen Strukturteil/ Zusatz/Zubehör ohne speziellen Anwendungsort		
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)	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Profilerhebungsbogen • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge • Angabe von Funktionsdefiziten (Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad) 	

	<p>nach Janda)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur aktuellen Mobilität • Angaben zur kontralateralen Seite • Bisherige Passteilversorgungen • zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen) • Begründung der Notwendigkeit durch LE 	
79.04. Liner		<p>Bei <u>Maßliner</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation • Profilerhebungsbogen • Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge • Angaben zur aktuellen Mobilität • Bisheriger Liner • Begründung für Notwendigkeit eines Maßliners • Maßblatt • Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)
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"> • Begründung der Notwendigkeit/warum passives Unterdrucksystem nicht ausreicht • Angaben zu Stumpflänge • Angaben zur Mobilität

		<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur vorhandenen Prothesenversorgung/sonstige Passteile
79.07. Schaft-/Prothesen-Zubehör (Prothesenanziehhilfe, Stumpfstrumpf, Stumpfkissen/Distalcup)		

Anlass 25 Sehhilfen

Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung • Kostenvoranschlag • Bericht des Verordners • Fachärztlicher Bericht: Augenarzt • Anpassbericht des Optikers 	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: <ul style="list-style-type: none"> • Gesichtsfeldbefunde (kinetische Perimetrie, z. B. Goldmann-Perimetrie • Befunde zum Visus <ul style="list-style-type: none"> - für die Ferne und Nähe, - bestkorrigiert, - rechtes (RA) und linkes Auge (LA), - ggf. binokular - inkl. benötigter Refraktionswerte • Vorder- und Hinterabschnittsbefunde rechtes und linkes Auge • Verordnung einer elektronischen Sehhilfe bei einer Sehschärfe/Visus 0,2 und besser: - Reihenoptotypenvisus und <ul style="list-style-type: none"> - genaue Angabe zum entsprechenden Vergrößerungsbedarf - Wie wurde dieser ermittelt ? • Vorlage eines Gesichtsfeldes : nur wenn VO begründend
---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der klinischen Befunde der vorderen und/oder hinteren Augenabschnitte: sofern sich daraus die Verordnung einer Sehhilfe begründet. <p>Angabe <u>weiterer</u> klinischer Daten/Befunde, wenn für die Begründung der Verordnung gemäß HilfsM-RL erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Konkrete Beschreibung</u> und Mitteilung der verordnungsbegründenden Diagnose/ Befund (inbes. §§ 14, 17 HilfsM-RL): z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Konkrete Angabe der Diagnose ○ Beschreibung des klinischen Befundes und der Symptomatik. ○ Konkrete Angabe der Genese/Ursache der Diplopie; ○ Angabe, ob ein stabiler Befund des Schielwinkels besteht. ○ Angabe zu Hornhaut-Radien der Hornhautoberfläche und ○ Hornhaut-Pathologie.
--	--	--

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

Augenärztliche Diagnose:

Anlass 26 Sitzhilfen

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

Anfrage an den / die ärztliche/n Leistungserbringer/in:
Antragsbegründende Diagnose:
Größe: _____ Gewicht: _____
Bisherige Hilfsmittelversorgung (im Rahmen Behinderungsausgleich):
Was ist das Versorgungsziel:
Funktionelle Einschränkungen: <hr/>
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 konfektionierte Sitzschale aus?

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

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/benötigte Zurüstungen:

Sitzschale: konfektioniert individuell gefertigt

Warum ist eine individuelle Fertigung erforderlich ?

Warum scheidet als Versorgungsalternative eine konfektionierte Sitzschale aus?

Arthrodesensitzkissen	Sachermittlung durch die Kasse: <ul style="list-style-type: none">•	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: <ul style="list-style-type: none">•
------------------------------	--	---

Anfrage an den/die ärztlichen Leistungserbringer/in:

Antragsbegründende Diagnose:

Pat. Alter: _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Art des operativen Eingriffs (bei postoperativer Versorgung):

Op. am : _____

Befund bzw. funktionelle Einschränkungen:

Stehfähigkeit: _____

Gehfähigkeit: _____

Sitzvermögen: _____

Befund Hüftgelenk:

Beugung/Streckung: _____

Befund Kniegelenk:

Beugung/Streckung: _____

Befund Rücken: _____

Versorgungsziel:

Welche definierte Sitzposition soll eingenommen werden ?

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

Bisherige Hilfsmittelversorgung (Sitzhilfen, Mobilität) :

Versorgungsalternativen:

Warum scheidet als Versorgungsalternative ein handelsübliches Kissen oder Keilkissen aus?

Anlass 27 Sprechhilfen

Anlass 28 Stehhilfen

Anlass 29 Stomaartikel

Anlass 30

Anlass 31 Schuhe

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

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:

Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

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

Anlass 33 Toilettenhilfen

Anlass 34 Haarerersatz

Anlass 35 Epithesen

Epithesen	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: Medizinische Begründung für die Verordnung unter Angabe: <ul style="list-style-type: none">- der Diagnosen- der ggf. stattgehabten operativen Versorgung
------------------	--	---

Anlass 36 Augenprothesen

Augenprothesen	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant: Medizinische Begründung für die Verordnung unter Angabe: <ul style="list-style-type: none">- der Diagnosen- der ggf. stattgehabten operativen Versorgung
-----------------------	--	---

Anlass 37 Brustprothese

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

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

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

[Anlass 38 Armprothesen](#)

[Anlass 80 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung nach §275 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#)

Rein technische Fragestellungen sowie Evaluationen können weiterhin beim MD Westfalen-Lippe auch in **Papierform** beauftragt werden.

Die Gutachtenerstellung erfolgt ausschließlich durch technische Gutachter*innen.

Die Aufträge können an die Wohnort-BBS des/der Versicherten übermittelt werden oder auch direkt an das Hilfsmittelzentrum des/der zuständigen Technikers/Technikerin gemäß nachfolgender Liste unter Punkt 6..

[Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV](#)

[Anlass 91 Digitale Gesundheitsanwendungen](#)

Anlass 99 Verschiedenes

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