

# 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: 12.2023

*Fachreferat Hilfsmittel  
und Medizinprodukte  
Medizinischer Dienst  
Westfalen-Lippe*

## Einführung

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

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

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

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

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

### **Fachreferat Hilfsmittel und Medizinprodukte Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe**

**Sekretariat Frau Oswald**

**Telefon: 0251/ 6930-2041**

**E-Mail: [Fachreferat-Hilfsmittel-Medizinprodukte@md-wl.de](mailto:Fachreferat-Hilfsmittel-Medizinprodukte@md-wl.de)**

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

Dr. Annemarie Albert

Leiterin des Fachreferates Hilfsmittel und Medizinprodukte

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe

## Inhaltsverzeichnis

Einführung .....	1
1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen? .....	9
2. Welche Unterlagen sollten bei Beauftragung übermittelt werden? .....	9
3. Welche Unterlagen sollten im Widerspruchsfall vorgelegt werden? .....	10
4. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige .....	11
5. Wie wird ein Gutachten mit ausschließlich technischer Fragestellung beauftragt? .....	11
6. Was ist erforderlich für die Kalkulationsprüfung durch das technische Team? .....	12
7. Angaben der Kasse zum Leistungserbringer .....	12
8. Struktur des Fachreferates und Ansprechpartner .....	13
Anlass 01 Absauggeräte .....	16
Sekret-Absauggeräte, netzabhängig 01.24.01 .....	16
Sekret-Absauggeräte, netzunabhängig 01.24.02 .....	16
Anlass 02 Adaptionshilfen .....	17
Essapparate 02.40.02.5 .....	17
Halb- automatisierte Speiseroboter 02.40.08.0 .....	17
Anlass 03 Applikationshilfen .....	19
Anlass 04 Badehilfen .....	20
Badewannenlifter 04.40.01 .....	20
Badewannensitze 04.40.02 .....	20
Duschhilfen 04.40.03 .....	20
Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen 04.40.05 .....	20
Anlass 05 Bandagen .....	21
Anlass 06 Bestrahlungsgeräte .....	22
Anlass 07 Blindenhilfsmittel .....	23

Blindenlangstöcke 07.50.01.....	23
Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität 07.50.02.....	23
Anlass 08 Einlagen .....	25
Stützende Einlagen 08.03.01 .....	25
Bettungseinlagen zur Entlastung 08.03.02.....	25
Stützende, korrigierende/ entlastende Schaleneinlagen 08.03.03 .....	25
Einlagen mit Korrekturbacken 08.03.04 .....	25
Stoßabsorber/ Verkürzungs-ausgleiche 08.03.06 .....	25
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07 .....	25
Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte .....	26
Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung 9.11.01.0 .....	26
Tumor Therapiefelder (TTF Optune) 09.17.01.0001 .....	28
Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung 09.37.01 .....	31
Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation 09.37.02 .....	33
Biphasische niederfrequente Elektrostimulationsgeräte bei Inkontinenz 09.37.03.....	35
Anlass 10 Gehhilfen .....	43
Gehgestelle 10.46.01 .....	43
Gehwagen 10.46.02.....	43
Fahrbare Gehhilfen mit Unterarmauflagen 10.46.04.....	43
Hand-/Gehstöcke 10.50.01.....	43
Unterarmgehstützen 10.50.02 .....	43
Achselstützen 10.50.03.....	43
Fahrbare Gehhilfen 10.50.04.....	43
Fahrbare Gehhilfen mit Rollstuhlfunktion 10.50.05 .....	43
Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus .....	45

Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma .....	50
Anlass 13 Hörhilfen.....	51
Drahtlose Übertragungsanlagen (DAÜ) inkl. Zubehör 13.99.03.0.....	54
Cochlea-Implantat .....	57
Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte.....	60
Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege 14.24.01 .....	60
Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten 14.24.04 .....	63
CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20.....	66
Beatmungsgeräte zur intermittierenden und lebenserhaltenden .....	69
Beatmung 14.24.XX .....	69
Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten (Produktart: 14.24.09.X) .....	69
Anlass 15 Inkontinenzhilfen.....	71
Ableitende Inkontinenzversorgung 15.XX.XX .....	71
Aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.30 .....	71
Aufsaugende Inkontinenzversorgung.....	74
Anlass 16 Kommunikationshilfen .....	80
Einfache Kommunikationshilfen / Symbolsysteme 16.99.01 .....	80
Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02 .....	80
Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe 16.99.03.....	80
Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04.....	80
Behinderungsgerechte Software für .....	80
Kommunikationssysteme 16.99.05 .....	80
Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie .....	83
Medizinische Kompressions-strümpfe für Beine und Arme.....	83
Hilfsmittel zur Narbenkompression.....	83

Apparate zur Kompressions therapie .....	83
Medizinische Kompressionstherapie für Beine und Arme .....	83
Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge .....	91
Innenraum 46. ....	91
Innenraum und Außenbereich/ .....	91
Straßenverkehr 50 .....	91
Straßenverkehr 51. ....	91
Treppen 65.....	91
Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze 99.....	91
Anlass 19 Krankenpflegeartikel .....	99
Anlass 20 Lagerungshilfen .....	100
Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände / -funktionen .....	101
Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01.....	101
Anlass 22 Mobilitätshilfen .....	105
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung 22.40.01 .....	105
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert 22.40.02.....	105
Deckenlifter 22.40.06 .....	105
Zweiräder für Kinder und Jugendliche.....	107
Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02 .....	107
Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche.....	107
Anlass 23 Orthesen / Schienen.....	111
01. Vor- und Mittelfuß.....	111
02. Sprunggelenk .....	111
03. Fuß .....	112
04. Knie .....	113

05. Hüfte .....	114
06. Bein .....	115
07. Hand.....	116
08. Ellenbogen .....	118
09. Schulter .....	119
10. Arm .....	120
Myopro Armorthese .....	121
11. Leib/ Rumpf .....	123
12. Halswirbelsäule.....	124
13. Brustwirbelsäule .....	125
Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen zur Korrektur 23.13.30. ....	125
14. Lendenwirbelsäule.....	127
15. Wirbelsäule.....	128
29. Ganzkörper .....	130
Motorbetriebene Gehapparate - .....	131
Exoskelette: 23.09.01.2 .....	131
Anlass 24 Beinprothesen .....	132
01. Vor- und Mittelfuß.....	132
03. Fuß .....	133
04. Knie .....	134
05. Hüfte .....	135
71. Unterschenkel.....	136
72. Oberschenkel .....	137
73. Fuß-Pasteil.....	138
74. Kniegelenk- .....	139

Passteil .....	139
79.03. Funktions-Adapter/Elemente .....	140
79.04. Liner .....	141
79.06. Unterdruck Systeme für Liner ohne Distalanschluss/Cushion-Liner .....	142
Anlass 25 Sehhilfen.....	145
Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen.....	145
Anlass 26 Sitzhilfen .....	148
Sitzschalen, konfektioniert 26.11.01 .....	148
Arthrodesensitzkissen 26.46.01 .....	151
Anlass 27 Sprechhilfen.....	154
Anlass 28 Stehhilfen .....	155
Stehständer 28.29.01.....	155
Stehständer feststehend 28.29.01.0 .....	155
Stehständer fahrbar 28.29.01.1.....	155
Stehständer zur Wandmontage 28.29.01.2 .....	155
Stehständer zur selbständigen Fortbewegung 28.29.01.3.....	155
Schrägliegebretter mit Kippvorrichtung 28.29.02 .....	155
Schrägliegebretter feststehend 28.29.02.0 .....	155
Schrägliegebretter fahrbar 28.29.02.1 .....	155
Innowalk .....	156
Anlass 29 Stomaartikel .....	158
Anlass 30 Hilfsmittel zum Glukosemanagement .....	159
Insulinpumpen 30.29.04.....	161
Insulinpumpentherapiesysteme 30.29.05.....	164
Insulin-Patch-Pumpentherapie-Systeme 30.29.06.....	164



CGM-Systeme 30.43.01 .....	169
Anlass 31 Schuhe .....	174
Orthopädischer Maßschuh 31.03.01 .....	174
Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte .....	178
Fremdkraft-betriebene Kniebewegungs-trainer 32.04.01 .....	178
Anlass 33 Toilettenhilfen .....	179
Anlass 34 Haarerersatz .....	180
Anlass 35 Epithesen .....	181
Epithesen .....	181
Anlass 36 Augenprothesen .....	182
Augenprothesen .....	182
Anlass 37 Brustprothese .....	183
Brustprothesen .....	183
Anlass 38 Armprothesen .....	186
Armprothesen.....	186
Anlass 80 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung nach §275 Abs. 3 Satz 3 SGB V .....	190
Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV .....	191
High-Flow bei Erwachsenen .....	191
High-Flow bei Früh-und Neugeborenen .....	192
Mollii Suit Expulse.....	194
Simeox .....	195
Unterkiefer-protrusionsschiene .....	197
Anlass 91 „Digitale Gesundheitsanwendungen“ .....	198

## 1. Wie sollte die Beauftragung durch die Kasse erfolgen?

Die Übermittlung von Aufträgen an den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe sollte grundsätzlich digital per eDA Hilfsmittel erfolgen. Aus Datenschutzgründen kann eine Übermittlung per E-Mail oder Fax nicht mehr erfolgen. Sprechen Sie uns gerne an.

## 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 **geordnet** in **max. 4 PDF Dateien** 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 zu klären ist, auf welcher Grundlage ein ablehnender Leistungsbescheid erfolgt ist.

6. Bei Leistungsentscheid auf Basis einer nicht befürwortenden sozialmed. Empfehlung:  
Sofern MD außerhalb Westfalen-Lippe: **Vorlage der zu Grunde liegenden sozialmedizinischen Stellungnahme (mit Ergebnis und Begründung)**
7. Sind zusätzliche Unterlagen des Leistungserbringers für die gutachtliche Stellungnahme erforderlich, werden diese im Rahmen einer fallsteuernden SFB durch den/die Gutachterin für den Einzelfall definiert. Im Grundsatz sollte jedoch die Sachermittlung im Vorfeld der Begutachtung erfolgt und möglichst abgeschlossen sein!

## 4. Begrenzung der Fragestellungen auf das Notwendige

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

Dies gilt insbesondere bei Vorlage in der zentralisierten Fallberatung bestimmter Anlässe!

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

## 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

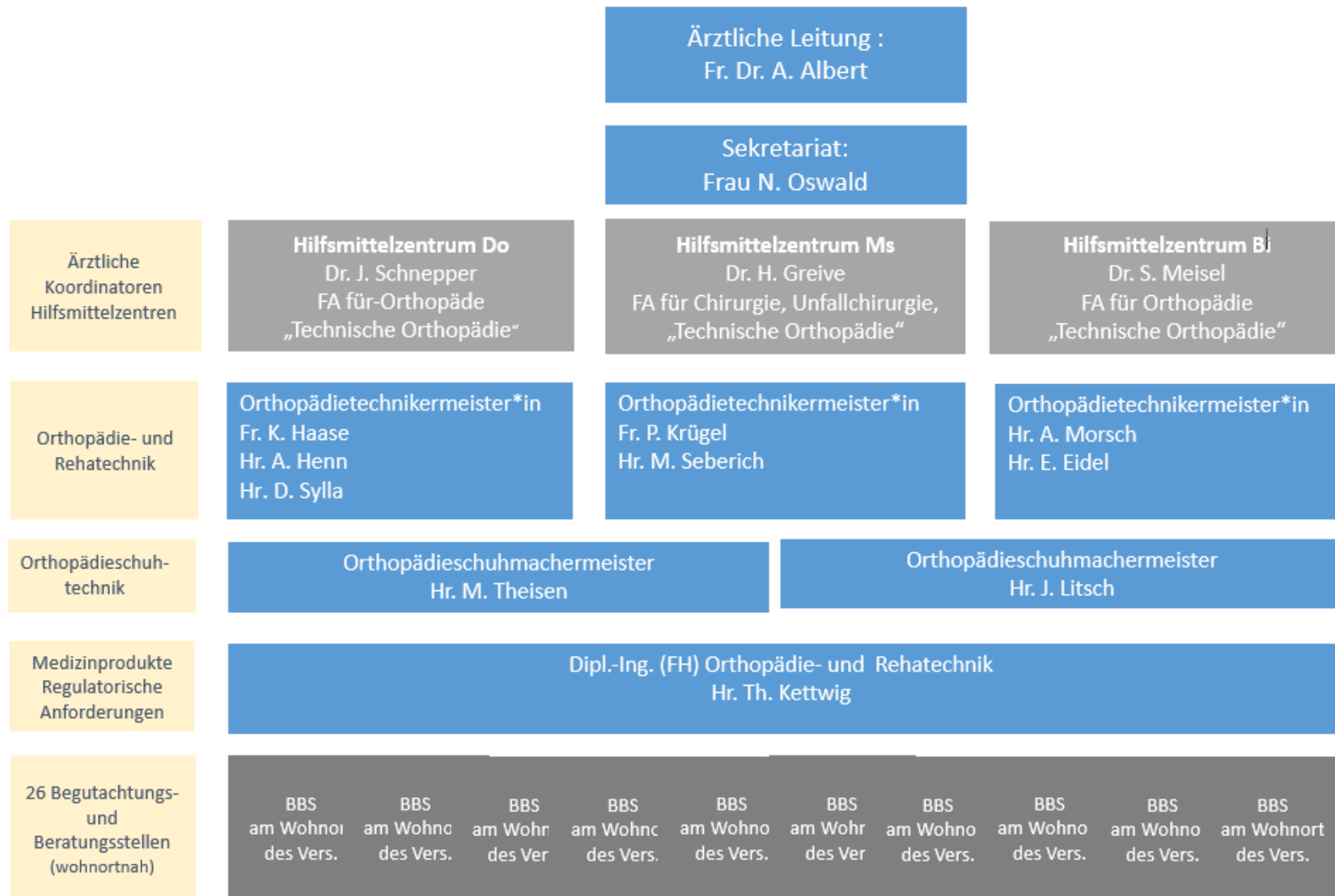
Das Feld für den **ärztlichen Leistungserbringer** ist bei der Krankenkasse ein Pflichtfeld und zu in jedem Fall zu befüllen.

Ist nur der technische Leistungserbringer relevant, bitten wir bei **ärztlichen Leistungserbringer** „entfällt“ oder die **Arztnummer 999999999** einzugeben

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

Bitte teilen Sie uns mit, welcher technische Leistungserbringer von uns informiert werden sollen. Es handelt sich hierbei nicht um Ihre Vertragspartner.

## 8. Struktur des Fachreferates und Ansprechpartner



	Hilfsmittelzentrum Dortmund	Hilfsmittelzentrum Münster	Hilfsmittelzentrum Bielefeld
<b>Ärztliche Koordinatoren:</b>	<p><b>Dr. Jörg Schnepfer</b>            Facharzt für Orthopädie            Semerteichstr. 50-52            44141 Dortmund            Telefon: 0231/9069-0            Fax: 0231/9069-158            E-Mail: JSchnepfer@md-wl.de</p>	<p><b>Dr. Heinz Greive</b>            Facharzt für Chirurgie            Roddestr. 12            48153 Münster            Telefon: 0251/48476-0            Fax: 0251/48476-48            E-Mail: HGreive@md-wl.de</p>	<p><b>Dr. Stefan Meisel</b>            Facharzt für Orthopädie            Hermannstr. 1            33602 Bielefeld            Telefon: 0521/96503-0            Fax: 0521/96503-99            E-Mail: SMEisel@md-wl.de</p>
<b>Orthopädie- und rehatechnische technische Fragestellungen</b>	<p><b>Klaudia Haase</b>            Orthopädietechnikmeisterin            Semerteichstr. 50-52            44141 Dortmund            Tel: 0231/9069-0            Fax: 0231/9069-158            E-Mail: KHaase@md-wl.de</p> <p><b>Andreas Henn</b>            Orthopädietechnikmeister            Semerteichstr. 50-52            44141 Dortmund            Tel: 0231/9069-0            Fax: 0231/9069-158            E-Mail: AHenn@md-wl.de</p> <p><b>Daniel Heinz Werner Sylla</b>            Orthopädietechnikmeister            Semerteichstr. 50-52            44141 Dortmund            Tel: 0231/9069-0            Fax: 0231/9069-158            E-Mail: DSylla@md-wl.de</p>	<p><b>Marc Seberich</b>            Orthopädietechnikmeister            Roddestr. 12            48153 Münster            Telefon: 0251/48476-0            Fax: 0251/48476-48            E-Mail: MSeberich@md-wl.de</p> <p><b>Pia Krügel</b>            Orthopädietechnikmeisterin            Roddestr. 12            48153 Münster            Telefon: 0251/48476-0            Fax: 0251/48476-48            E-Mail: PKruegel@md-wl.de</p>	<p><b>Andreas Morsch</b>            Orthopädietechnikmeister            Hermannstr. 1            33602 Bielefeld            Tel: 0521/96503-0            Fax: 0521/96503-99            E-Mail: AMorsch@md-wl.de</p> <p><b>Elmar Eidel</b>            Orthopädietechnikmeister            Hermannstr. 1            33602 Bielefeld            Tel: 0521/96503-0            Fax: 0521/96503-99            E-Mail: EEidel@md-wl.de</p>

<b>Schuhtechnische Fragestellungen</b>	<b>Mark Theisen</b> Orthopädieschuhmachermeister Universitätsstr. 74 44789 Bochum Tel: 0234/96458-0 Fax: 0251/5354-5804 Mail: MTheisen@md-wl.de	<b>Joachim Litsch</b> Orthopädieschuhmachermeister Roddestr. 12 48153 Münster Telefon: 0251/48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: JLitsch@md-wl.de	
<b>Medizinprodukte und regulatorische Anforderungen</b>		<b>Thomas Kettwig</b> Dipl.-Ing. (FH) Orthopädie- und Rehathechnik Roddestraße 12, 48153 Münster Telefon: 0251 /48476-0 Fax: 0251/48476-48 E-Mail: TKettwig@md-wl.de	

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

**Fachreferat Hilfsmittel und Medizinprodukte Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe**

**Sekretariat Frau Oswald**

**Telefon: 0251/ 6930-2041**

**E-Mail: [Fachreferat-Hilfsmittel-Medizinprodukte@md-wl.de](mailto:Fachreferat-Hilfsmittel-Medizinprodukte@md-wl.de)**



## Anlass 01 Absauggeräte

<p>Sekret- Absauggeräte, netzabhängig 01.24.01</p> <p>Sekret- Absauggeräte, netzunabhängig 01.24.02</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Stellungnahme des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht:<ul style="list-style-type: none"><li>• Pulmologie</li></ul></li><li>• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p>Ärztlicher Bericht mit Angaben zu</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Schädigung der Atmungs-/Hustenfunktion</li><li>• Störung der trachealen, bronchialen oder oralen Sekret Elimination bei:<ul style="list-style-type: none"><li>- Tracheotomie ( z. B. bei invasiver Beatmung) <i>oder</i></li><li>- Tracheotomie bei Laryngektomie <i>und/oder</i></li><li>- Muskulären und/oder neurologischen Erkrankungen (ohne Tracheotomie)</li></ul></li><li>• Angaben zur Betreuungs- bzw. Pflegesituation:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Eine ärztliche Einweisung des/der der Vers. oder der Hilfs- bzw. Pflegeperson unter Beachtung des je nach Altersgruppe spezifisch erforderlichen Vakuums ist erforderlich</li><li>○ Es ist sicherzustellen, dass auch in Situationen mit veränderter Sekretmenge und -qualität (z. B. bei Infektexacerbationen) eine adäquate Absaugung erfolgen kann</li></ul></li></ul>
---	---	--

## Anlass 02 Adaptionshilfen

Essapparate  
02.40.02.5

Halb-  
automatisierte  
Speiseroboter  
02.40.08.0

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme des Verordners
- Pflegegutachten  
(bei Wohnort außerhalb WL)
- Ggf. Videodokumentation mit  
Anwendungserprobung

### Essapparate (Produktart HMV):

*Aufnahme **fester Nahrung**  
von einem Teller bei Einschränkungen  
der Hand- und Armfunktion  
Zur Ermöglichung des selbstständigen  
Essens*

### Halbautomatisierte Speiseroboter

*Beeinträchtigung des Essens **fester und  
flüssiger Nahrung** von einem Teller bei  
Schädigung der Motorik der oberen  
Extremitäten (z. B. bei Amyotrophe  
Lateralsklerose (ALS), Amputationen,  
Muskeldystrophie)*

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- **Bericht des Verordners** mit Angaben zu
  - Einschränkungen der Hand- und Armfunktion
  - Greif- und Haltefunktion der Hände und/oder Finger  
*z. B. bei Gelenkerkrankungen, neurologische Erkrankungen,  
Verletzungsfolgen, Fehlbildungen*
  - Koordination, Geschicklichkeit
  - Psychokognitive Einschränkungen
- Betreuungs- oder Pflegesituation
- Ist der/die Vers. zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren  
Anwendung des vom LE vorgeschlagenen Produktes in der Lage ?
- Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität, Adaptationshilfen)
- Individuelles Versorgungsziel

- Voraussetzung für die Versorgung sind*
- *kognitiven Fähigkeiten eine einfache Maschine zu bedienen,*
  - *Entscheidungen über Auswahl und Verzehr von Lebensmitteln treffen zu können,*
  - *eine ausreichend aufrechte Position halten können*
  - *ohne Hilfe kauen und schlucken können*

*Durch Adaption diverser Aufsätze kann sowohl flüssige Nahrung wie auch feste Nahrung den Reservoirs entnommen und an den Mund geführt werden.*

***Hinweis:*** *Für die Verwendung solcher Geräte werden immer sowohl die Versicherte oder der Versicherte (Benutzer) als auch Pflegekräfte (ausgebildete Pflegekräfte oder auch Laien wie z. B. pflegende Angehörige) eingebunden.*

## Anlass 03 Applikationshilfen

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 04 Badehilfen

<p>Badewannenlifter 04.40.01</p> <p>Badewannensitze 04.40.02</p> <p>Duschhilfen 04.40.03</p> <p>Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen 04.40.05</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)</li> </ul> <p><u>Ziel der Versorgung (HMV):</u> <i>Ermöglichung selbständigeres Badens/Duschens in der Badewanne zur Sicherung der Körperhygiene</i></p>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> </ul> <p><b>Bericht des Verordners</b> mit Angaben zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steh- und Gehfähigkeit</li> <li>• Sitzfähigkeit</li> <li>• Rumpfstabilität</li> <li>• Funktion der unteren Extremität - Beweglichkeit und Muskelkraft</li> <li>• Funktion der oberen Extremitäten - Beweglichkeit und Muskelkraft</li> <li>• Schwindel, Fallneigung, Koordination, Gleichgewicht</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelles Versorgungsziel</li> </ul>
---	---	--

Anlass 05 Bandagen

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 06 Bestrahlungsgeräte

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 07 Blindenhilfsmittel

Blindenlangstöcke  
07.50.01

Elektronische  
Hilfsmittel für  
die  
Orientierung  
und Mobilität  
07.50.02

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Augenarzt/Augenärztin
- Versichertenanfrage mit  
Fragebogen
- Erprobungsbericht des  
Leistungserbringers

### Indikation gemäß PG 07:

*Vorliegen von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung aufgrund von angeborenen oder erworbenen Schädigungen der brechenden Medien des Auges, der Netzhaut, der Sehbahnen oder der Sehrinde.*

*Blindenhilfsmittel können im Einzelfall auch für Vers. in Betracht kommen, bei denen die Nutzung visueller Informationen aufgrund*

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

#### Angaben des Verordners

- zum Restsehvermögen
- zum Gesichtsfeld
- Relevante Comorbiditäten bzw. Einschränkungen?  
(insb. Kognition und Feinmotorik)
- Liegen funktionelle, zerebrale oder psychische Ursachen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung vor? Mit Schweregrad, der den funktionellen Einschränkungen einer Blindheit oder hochgradigen Sehbehinderung entspricht?
- Welche Sehhilfen oder Blindenhilfsmittel werden bislang genutzt?
- Welche weiteren Hilfsmittel werden bislang genutzt ?
- Welche Probleme bestehen in der Anwendung bisher genutzter Hilfsmittel?
- Individuelles Versorgungsziel?

Bei der Verordnung eines Blindenhilfsmittels **bei einer Sehschärfe/Visus über 0,05** sind konkrete Angaben zu ggf. zusätzlich visusbeeinträchtigenden u. die Verordnung begründenden Befunden erforderlich (z.B. Gesichtsfeld).

#### Erprobungsbericht des Leistungserbringers:

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



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

### **Profilerhebungsbogen:**

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

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

Erprobungsbericht des Leistungserbringers:

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

## Anlass 08 Einlagen

	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
Stützende Einlagen 08.03.01	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Orthopädie</li><li>• Versichertenanfrage</li><li>• KH-Bericht (z.B. fußchirurgisch)</li><li>• Erprobungsbericht des beantragten Hilfsmittels</li></ul>	<b>Erwachsene</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.</li><li>• Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße</li><li>• Fotodokumentation (falls vorhanden)</li></ul>
Bettungseinlagen zur Entlastung 08.03.02		<b>Kinder</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupausenabdruck der Füße oder plantarer 2-D-Scan in 1/1 Kopie.</li><li>• Angabe der Fußlänge und/oder Schuhgröße</li><li>• Fotodokumentation (falls vorhanden)</li><li>• Angaben<ul style="list-style-type: none"><li>○ zur Fußdeformitäten</li><li>○ zu Gangbildauffälligkeiten</li><li>○ zu Muskeltonusstörung</li><li>○ zu psychomotorischen Entwicklungsstörungen</li></ul></li></ul>
Stützende, korrigierende/entlastende Schaleneinlagen 08.03.03		
Einlagen mit Korrekturbacken 08.03.04		
Stoßabsorber/Verkürzungsausgleiche 08.03.06		
Einlagen bei schweren Fußfehlformen 08.03.07		

## Anlass 09 Elektrostimulationsgeräte

Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung  
9.11.01.0

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme Verordner\*in
- Fachärztliche Stellungnahme: Kardiologie
- Krankenhausbericht

### Indikation (laut H MV):

Erwachsene bei folgenden Indikationen/Konstellationen:

- Hohes Risiko des PHT/SCD **unmittelbar nach der Explantation eines implantierten Defibrillators (ICD - CRT-D)**, wenn eine sofortige Reimplantation eines ICD - CRT-D nicht möglich ist
- Hohes Risiko des PHT/SCD, bei denen eine **sofortige Implantation eines ICD indiziert, aber aus medizinischen Gründen nicht möglich** ist (z. B. Kontraindikationen gegen eine OP, bei

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Angaben zum Verlauf der kardialen Erkrankung (z.B. Entlassungsbericht der Klinik)
- Echokardiographie Befunde
- MRT-Befunde
- Koronarangiographie Befunde
- EPU Befunde – falls vorhanden
- EKG/Langzeit-EKG im Befunde
  
- Liegt eine krankheitsbedingt erhöhte Gefahr eines plötzlichen Herztodes (PHT) vor? Erläuterung erforderlich
  
- Welche Begleittherapie erfolgt neben der Anwendung der LifeVest ?
  - *Pharmakotherapie (medikamentöse Therapie zur Behandlung der Herzinsuffizienz, antiarrhythmischer Therapie),*
  - *Katheterinterventionelle Verfahren (Koronarintervention/Ablation)*
  
- Liegt die Indikation zur sofortigen Implantation eines Kardioverter Defibrillators (ICD/CRT-D) vor? Wenn ja, warum kann diese nicht erfolgen?
  
- Ist für den/die Vers. eine Herztransplantation vorgesehen?
  
- Liegen im Einzelfall Kontraindikationen vor?

	<p>temporärer Komorbidität wie z. B. eine systemische Infektion)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohes Risiko des PHT/SCD mit <b>rechtsventrikulärem oder rechtsarteriellem Thrombus oder Tumor (Myxom)</b>, bei denen eine sofortige Implantation eines ICD indiziert, aber nicht möglich ist</li> <li>• <b>Vorgesehene Herztransplantation</b> bei Versicherten, die auf der Warteliste für ein Spenderherz stehen, bei denen eine Implantation eines ICD oder CRT-D Systems medizinisch nicht möglich oder sinnvoll ist</li> <li>• Eine Indikation besteht nicht mehr, sobald das krankheitsbedingt erhöhte Risiko eines PHT im Krankheits- und Behandlungsverlauf nicht mehr besteht oder wenn die Indikation zur Implantation eines implantierbaren Kardioverter Defibrillators (ICD/CRT-D) gestellt und die Implantation durchgeführt werden kann.</li> <li>• Für weitere Indikationsbereiche ist</li> <li>• die Erforderlichkeit des Hilfsmittels unter Berücksichtigung des § 2 Absatz</li> </ul>	<p>Kontraindikation gemäß Herstellerangabe: Nicht zur Verwendung bei Versicherten mit einem implantierbaren Kardioverter Defibrillator (ICD/CRT-D)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kann der Versicherte das beantragte Hilfsmittel sicher und bestimmungsgemäß anwenden?</li> <li>• Erfolgt(e) eine Anpassung und Einweisung unter stationären Bedingungen?</li> <li>• Ist der beantragte Versorgungszeitraum plausibel?</li> </ul>
--	--	--

	<p>1a SGB V und der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts individuell zu prüfen.</p> <p><b>Kontraindikation gemäß Herstellerangabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht zur Verwendung bei Versicherten mit einem implantierbaren Defibrillator</li> </ul>	
<p>Tumor Therapiefelder (TTF Optune) 09.17.01.0001</p> <p>NN-Art: "Produktart: 09.17.01.0 - Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• Ambulanzberichte Onkologie</li> <li>• Trageprotokolle</li> <li>• Sofern diese nicht zur Verfügung gestellt werden: Angaben des Behandlers zur Tragedauer</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Erstverordnung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• MRT-Befund nach Radiochemotherapie</li> </ul> <p>Für die Begutachtung sollte explizit eine Befundung nach RANO-Kriterien mit dokumentierter Beteiligung des Strahlentherapeuten und die Bewertung der interdisziplinären Tumorkonferenz (Abgrenzung Progress) vorgelegt werden.</p> <p><b>Folgeverordnung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht der Tumorkonferenz</li> <li>• Anwenderprotokolle (<i>Auslesen der Daten zur Nutzung des Gerätes - Tragedauer</i>)</li> <li>• Ambulanzberichte Onkologie</li> <li>• MRT-Befund nach Radiochemotherapie (<i>Follow-up</i>)</li> </ul>

**Allgemeine Hinweise zum Krankheitsbild:**

**Glioblastoma multiforme (Glioblastom):**

- Gehirntumorklassifikation der World Health Organization (WHO):

**Grad IV**

*(äußerst bösartige Tumoren, die mit einer deutlichen Reduktion der Überlebenszeit einhergehen, sofern keine effektive Behandlung zur Verfügung steht)*

Bei der nicht-invasiven Methode werden der/dem Pat. auf der rasierten Kopfhaut Elektroden in individueller Ausrichtung platziert.

Diese übertragen lokal **elektrische 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

**Welche Unterlagen sind bei Folgeverordnungen vorzulegen?**

- **Aktueller klinisch-neurologischer Befund.**
- **MRT-Befund:**
  - wenn sich der **klinisch-neurologische Befund verschlechtert** (klinisch Verdacht auf ein Rezidiv bzw. ein Progress) *oder*
  - wenn die Patientin/ der Patient bereits ein **erstes Rezidiv** erlitten hat (*um ein zweites Rezidiv sicher auszuschließen*).
- Falls darüber hinaus MRT-Untersuchungen durchgeführt wurden, sollten diese ebenfalls vorgelegt werden (*Anm.: zumeist wird alle 3 Monate ein MRT des Schädels gemacht*).
- **Sämtliche TTF-Trageprotokolle für den zu prüfenden Zeitraum**

Die Methode darf zu Lasten der GKV erbracht werden bei Pat.

- *mit einem **neu diagnostizierten Glioblastom**, wenn*
- ***nach Abschluss der Radiochemotherapie***
- ***keine frühe Krankheitsprogression** nachgewiesen wurde.*

*Die TTF-Behandlung beginnt zusätzlich zur Standardtherapie in der Erhaltungsphase und kann bis zum zweiten Rezidiv angewendet werden*

Niederfrequente  
Elektrostimulations  
geräte zur  
Schmerzbehandlung  
09.37.01

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Erwachsene**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztliche Stellungnahme:  
Innere Medizin, Schmerztherapie
- Ggf. Krankenhausbericht

**Produktart Indikation HMV:**

*Ursächlich nicht beeinflussbare chronische  
Schmerzzustände, z. B. bei:*

- *Sympathisch unterhaltenem  
Schmerzsyndrom*
- *Deafferenzierungs-Stumpf-  
Phantomschmerz*
- *Zentrale Schmerzen*
- *Chronischen Schmerzen nach Läsion  
des ZNS (Rückenmark, Hirnstamm,  
Thalamus, subkortikalen Strukturen,  
wahrscheinlich auch Kortex)*
- *Chronisch radikuläre und sekundäre  
chronifizierte Schmerzprozesse, wenn*

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

• **Antragsrelevante Diagnose**

- Erstdiagnose Schmerzsyndrom? Beginn der Beschwerden?
- Bisheriger Verlauf?
- Bisheriges Therapiekonzept? Mit welchem Ergebnis?
  - Medikamentöse Schmerztherapie
  - Anästhesieverfahren
  - Physiotherapeutische Maßnahmen
  - Physikalische Maßnahmen
  - Psychotherapie
  - Multimodale Schmerztherapie
- Therapieadhärenz des/der Pat.
- Therapieziel?
- Ergebnis der Erprobung

**Folgeverordnung:**

- Ergebnis der Kontrolluntersuchung
- Auswertung des im Gerät integrierten Therapiespeichers
- Therapieadhärenz des/der Vers.



	<p><i>nach sorgfältiger Austestung der Elektrodenlage eines einkanaligen Schmerztherapiegerätes der Schmerz ausreichend zu beeinflussen ist</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Die Verordnung eines Schmerztherapiegerätes setzt immer eine positive Erprobung voraus.</b></li> <li>• <i>Jeder Folgeverordnung sollte eine Kontrolluntersuchung unter Berücksichtigung der Compliance und Auswertung des im Gerät integrierten Therapiespeichers vorausgehen.</i></li> </ul>	<p>Die <b>Kontraindikationen</b> der Gerätehersteller sind zu beachten</p> <p><b>Schwangerschaft:</b> Anwendung nur nach Rückversicherung mit den Geräteherstellern und behandelnden Arzt/Ärztin oder Gynäkologen/ Gynäkologin.</p> <p><b>Allgemeingültige Kontraindikationen und Anwendungseinschränkungen laut HMV:</b> <u>Elektrostimulations- bzw. Elektrotherapiegeräte dürfen nur nach Rückversicherung mit den Herstellern eingesetzt werden bei Versicherten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit <b>aktiven Implantaten</b> (z. B. Herz- und Hirn-Schrittmacher, Defibrillator)</li> <li>- <b>metallischen Implantaten im Behandlungsgebiet</b></li> </ul> <p>Der Geräteeinsatz ist auch kontraindiziert, wenn die /der Vers. und/oder ggf. erforderliche Hilfspersonen nicht in der Lage sind, <b>Risiko, Tragweite, Anwendungs- und Durchführungsprinzipien zu erkennen.</b></p> <p><b>Allgemeingültige Kontraindikationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Potenziell lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen</i></li> <li>- <i>Epileptische Anfälle</i></li> <li>- <i>Erhöhtes Embolierisiko,</i></li> <li>- <i>Sensibilitätsstörungen der Haut</i></li> <li>- <i>Hautdefekte z.B. Verletzungen, Ulzerationen, Verbrennungen</i></li> <li>- <i>akute Entzündungen der Haut und der Unterhaut im Elektrodenauflageareal</i></li> </ul>
--	---	--

Niederfrequente  
Elektrostimulationsgeräte zur  
Muskelstimulation  
09.37.02

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Erwachsene**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht Neurologie
- Klinikbericht
- Physiotherapeutischer Bericht

**Produktart Indikation HMV:**

*Minderung/Verhinderung einer Atrophie bei akut denervierter Muskulatur:*

- *solange behinderungs-/krankheitsbedingt ein zielführendes aktives Muskeltraining nicht möglich ist.*
- *Eine begleitende Physiotherapie ist grundsätzlich erforderlich.*
- *EMG-Kontrolle oder Erstellung einer I/t-Kurve durch die Ärztin oder den Arzt erforderlich.*
- *Eine Verordnung über ein Jahr hinaus bedarf einer gesonderten Begründung.*

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

**Antragsrelevante Diagnose**

- Erstdiagnose akute Denervierung?
- Bisheriger Verlauf?
- Bisheriges Therapiekonzept? Mit welchem Ergebnis?
- Physiotherapie: Mit welchem Ergebnis?
- Therapieziel?
  
- Warum ist ein aktives Muskeltraining nicht möglich?
- Verlaufskontrolle: EMG- Befund oder I/t-Kurve

Die **Kontraindikationen** der Gerätehersteller sind zu beachten

**Schwangerschaft:**

*Anwendung nur nach Rückversicherung mit den Geräteherstellern und behandelnden Arzt/Ärztin oder Gynäkologen/ Gynäkologin.*

**Allgemeingültige Kontraindikationen und Anwendungseinschränkungen laut HMV:**

*Elektrostimulations- bzw. Elektrotherapiegeräte dürfen nur nach Rückversicherung mit den Herstellern eingesetzt werden bei Versicherten*

- *mit **aktiven Implantaten** (z. B. Herz- und Hirn-Schrittmacher, Defibrillator)*
- ***metallischen Implantaten im Behandlungsgebiet***

*Der Geräteinsatz ist auch kontraindiziert, wenn die /der Vers. und/oder ggf. erforderliche Hilfspersonen nicht in der Lage sind, **Risiko, Tragweite, Anwendungs- und Durchführungsprinzipien zu erkennen.***

**Allgemeingültige Kontraindikationen:**

- *Potenziell lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen*
- *Epileptische Anfälle*
- *Erhöhtes Embolierisiko,*
- *Sensibilitätsstörungen der Haut*
- *Hautdefekte z.B. Verletzungen, Ulzerationen, Verbrennungen*
- *akute Entzündungen der Haut und der Unterhaut im Elektrodenauflageareal*

Biphasische  
niederfrequente  
Elektrostimulatio  
nsgeräte bei  
Inkontinenz  
09.37.03

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Erwachsene**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:
  - Urologie
  - Gynäkologie
- Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie
- Rehabilitationsberichte (ggf. Bericht über die erlernte bzw. angeleitete Hilfsmittelversorgung)
- Profilerhebungsbogen Elektrostimulationsgeräte

**Kinder**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:
  - Pädiatrie
  - Neuropädiatrie, SPZ
  - Kinderurologie

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

**Erwachsene:**

- Antragsrelevante Diagnose
- Komorbiditäten
- aktuelle Beschwerden/Symptome
- Operationen und Begleiterkrankungen
- Bisherige Diagnostik
- Bisheriges Therapiekonzept incl. urotherapeutische Maßnahmen:  
Mit welchem Ergebnis ?
- Bisherige Hilfsmittelversorgung (Inkontinenz, sonstige)

**Kinder:**

- Antragsrelevante Diagnose
- Psychomotorische Einschränkungen bzw. Entwicklungsstörungen
- Angaben zu möglichen Operationen (z.B. im anogenitalen Bereich)
- Verlauf und aktuelle Beschwerden
- Bisherige Diagnostik
- Angaben zur Urotherapie und bisherigen Medikation
- Trink- und Miktionstagebuch  
(mit Angaben zum Trink- und Miktionsverhalten/Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag)

Die **Kontraindikationen** der Gerätehersteller sind zu beachten

**Schwangerschaft:**

*Anwendung nur nach Rückversicherung mit den Geräteherstellern und behandelnden Arzt/Ärztin oder Gynäkologen/ Gynäkologin.*

**Allgemeingültige Kontraindikationen und Anwendungseinschränkungen laut HMV:**

*Elektrostimulations- bzw. Elektrotherapiegeräte dürfen nur nach Rückversicherung mit den Herstellern eingesetzt werden bei Versicherten*

- *mit **aktiven Implantaten***  
*(z. B. Herz- und Hirn-Schrittmacher, Defibrillator)*
- ***metallischen Implantaten im Behandlungsgebiet***

*Der Geräteinsatz ist auch kontraindiziert, wenn die /der Vers. und/oder ggf. erforderliche Hilfspersonen nicht in der Lage sind, **Risiko, Tragweite, Anwendungs- und Durchführungsprinzipien zu erkennen.***

**Allgemeingültige Kontraindikationen:**

- *Potenziell lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen*
- *Epileptische Anfälle*
- *Erhöhtes Embolierisiko,*
- *Sensibilitätsstörungen der Haut*
- *Hautdefekte z.B. Verletzungen, Ulzerationen, Verbrennungen*
- *akute Entzündungen der Haut und der Unterhaut im Elektrodenauflageareal*

## Profilerhebungsbogen:

### Harninkontinenz oder Blasenfunktionsstörung:

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

Antragsrelevante Diagnose:

Die derzeitige Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung besteht seit:

Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen:

Fachärztliche Diagnostik/Behandlung durch Facharzt für:

( ) Urologie                      ( ) Gynäkologie                      ( ) Sonstiges

Form und Schweregrad:

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

Form und Schweregrad der Inkontinenz wurden fachärztlich gesichert:                      ( ) ja                      ( ) nein

Die Beckenbodeninnervation ist erhalten:                      ( ) ja                      ( ) nein

Die Beckenbodeninnervation wurde geprüft durch folgendes Verfahren / geprüft mit:

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

Ursachen Harninkontinenz/Blasenfunktionsstörung:

( ) Detrusorhyperaktivität                      ( ) Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie                      ( ) Hypokontraktiler Detrusor                      ( ) Hypoaktiver Sphinkter

- Beckenbodenschwäche                       Fehlendes Beckenbodengefühl  
 Prolaps     Cystocele  
 Z.n. Radiatio                       Z.n. Hysterektomie                       Z.n. Prostatektomie  
 Z.n. Inkontinenz-OP     Sonstiges

Angaben zur durchgeführten Diagnostik:

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

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Verhaltenstherapie:

- Trinkplan                       Miktionstraining                       Reduktion Körpergewicht (bei Adipositas)

Dauer der Maßnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation:

Therapie seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?:

Beckenbodentraining:

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

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation                       Biofeedback                                       Kombinationstherapie

Kurze Darstellung der Therapie/ des Behandlungskonzeptes:

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

Anwendung mit folgendem Zubehör:

Vaginalsonde                       Intravesikalelektrode                                       Sonstige

Vorgesehene Dauer der Therapie

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin                       Pflegepersonal                                       Physiotherapeut\*in                                       Nicht-ärztliche(n) Leistungserbringer\*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

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

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:



## Bei Stuhlinkontinenz:

- Alter:                      Größe:                      Gewicht:
- Geschlecht:              ( ) Männlich                      ( ) Weiblich                      ( ) Divers
- Angabe der Diagnose
- Begleitende Verhaltens- und emotionale Störungen :
- Die Stuhlinkontinenz besteht seit
- Ausprägung der Symptomatik:
- Proktologische Diagnostik ist erfolgt:                      ( ) ja                      ( ) nein
- Die Beckenbodeninnervation ist erhalten:                      ( ) ja                      ( ) nein
- Der Sphinkter ist intakt bzw. chirurgisch rekonstruiert:                      ( ) ja                      ( ) nein
- Form und Schweregrad:
- Stuhlinkontinenz                      ( ) Grad I                      ( ) Grad II                      ( ) Grad III
- Ursachen:
- ( ) Anale Sphinkterschwäche                      ( ) Analprolaps/Hämorrhoidalprolaps
- ( ) Z.n. Darm-OP                      ( ) Z.n. Becken-Trauma                      ( ) Z.n. Radiatio/Bestrahlung
- Durchgeführte Diagnostik:
- ( ) Defäkationsprotokoll                      ( ) Analmanometrie                      ( ) Defäkographie
- ( ) Rekto-/Koloskopie                      ( ) Anale Endosonographie
- ( ) MRT                      ( ) Sonstige

Relevante Untersuchungsergebnisse:

Bisherige Therapie:

Verhaltenstherapie

Ernährungsplan                       Toilettentraining                       Sonstiges

Umgesetzt seit/Dauer der Maßnahme:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Medikamentöse Therapie:

Bisherige Medikation ?

Einnahme seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Beckenbodentraining:

ohne Anleitung                                       mit Anleitung Physio-/Inkontinenztherapeut/in

Durchführung seit:

Mit welchem Erfolg/Ergebnis ?

Geplante Therapie:

Elektrostimulation                       Biofeedback                       Kombinationstherapie

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

Zubehör:                       Rektalelektrode

Anleitung erfolgt durch:

Arzt/Ärztin                       Pflegefachkraft                       Physiotherapeut\*in                       Leistungserbringer\*in

Kurze Darstellung des Therapiekonzeptes:

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

Ausreichende Adhärenz/Motivation ist gegeben:

Sonstiges/weitere Hinweise:

## Anlass 10 Gehhilfen

<p>Gehgestelle 10.46.01</p> <p>Gehwagen 10.46.02</p> <p>Fahrbare Gehhilfen mit Unterarmauflagen 10.46.04</p> <p>Hand- /Gehstöcke 10.50.01</p> <p>Unterarmgehstü- tzen 10.50.02</p> <p>Achselstützen 10.50.03</p> <p>Fahrbare Gehhilfen 10.50.04</p> <p>Fahrbare Gehhilfen mit Rollstuhlfunktion 10.50.05</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Stellungnahme des Verordners</li><li>• Ggf. Videodokumentation</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bei Kindern:</b> Bericht Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose</li></ul> <p><b>Bei Erwachsenen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Befund:<ul style="list-style-type: none"><li>- Gehfähigkeit</li><li>- Koordination und Gleichgewicht</li><li>- Mobilität im Haus und außer Haus</li></ul></li></ul> <p><b>Bei Kindern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Befund:<ul style="list-style-type: none"><li>- Sitz-, Steh- und Gehfähigkeit</li><li>- Muskeltonus</li><li>- Koordination und Gleichgewicht</li><li>- Psychomotorische Entwicklungsstörungen</li></ul></li><li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität)</li><li>• Individuelles Versorgungsziel</li><li>• Bei Kindern: Vorgesehener Einsatzort:<ul style="list-style-type: none"><li>- Häusliches Umfeld</li><li>- Kindergarten</li><li>- Schule</li><li>- Einrichtung</li></ul></li></ul>
--	--	--

		<p>Angaben zu erforderlichen Zubehörteilen wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Spreisitzen</li><li>- Beinteilern</li><li>- höhenverstellbaren Achselstützen</li><li>- höhenverstellbaren Unterarmstützen</li></ul>
--	--	--

## Anlass 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

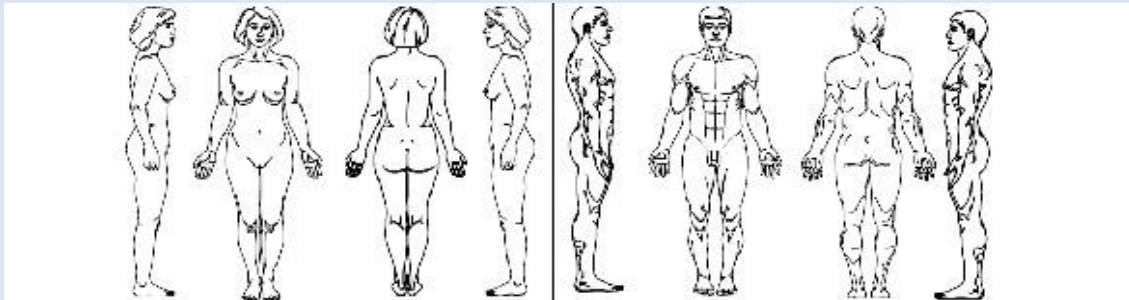
### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme des Verordners

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befundbeschreibung
  - Bestehende Dekubiti
  - Gefährdete Körperstellen
  - Angaben zu Bewegungsfähigkeit, Mobilität bzw. Immobilität
  - Inkontinenz
- Derzeitiges Versorgungsmanagement
  - Lagerungsmaßnahmen
  - Positionswechsel
- Versorgungsziel
- Bisherige Hilfsmittelversorgung

## Dokumentation gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Dekubiti



(o = gefährdeter Bereich, x = bestehender Dekubitus)

## Beschreibung dokumentierter Dekubiti

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

ggf. weitere Erläuterungen / Angaben zur Wundversorgung: \_\_\_\_\_

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

Kontrakturen:  nein  ja

Harninkontinenz:  nein  ja    Stuhlinkontinenz:  nein  ja

Allergien:       nein     ja    wenn ja, welche:

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Braden-Skala (komprimierte Form) zur Bewertung des Dekubitusrisikos

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

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

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



### Liegesituation der Versicherten oder des Versicherten im Bett

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

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

Trifft nicht zu ( )

### Sitzsituation der Versicherten oder des Versicherten

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

**Versorgungsempfehlung**

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

---

---

---

## Anlass 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 13 Hörhilfen

<b>Hörgeräte</b>	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HNO-Arzt/Pädaudiologe:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Verordnung (Muster 15)</li><li>○ Fachärztlicher Bericht</li><li>○ Sprach-und Tonaudiometrie</li></ul></li><li>• <b>Hörakustiker:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Kostenvoranschlag</li><li>○ Anpassbericht</li></ul></li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <b>Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose (Muster 15)</li><li>• Sprach-und Tonaudiometrie</li></ul> <b>Hörakustiker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anpassbericht mit<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n)</li><li>○ Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) in Ruhe &amp; im Störschall</li><li>○ Ergebnis der vergleichenden Hörhilfen Testung</li><li>○ Typenbezeichnung &amp; Hilfsmittelpositions-Nr. der erprobten Geräte</li><li>○ fakultativ: Versorgungsanzeige des Hörakustikers</li></ul></li></ul> <b><u>Bei vorzeitiger Hörgeräteneuversorgung</u></b> <b>Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose (Muster 15)</li><li>• Fachärztlicher Bericht mit Begründung</li><li>• Sprach-und Tonaudiometrie</li></ul> <b>Hörakustiker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aktueller Anpassbericht (s.o.)</li><li>• Letzter Anpassbericht mit<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n)</li></ul></li></ul>
------------------	---	--

- Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) in Ruhe & im Störschall
- Sprachaudiogramm mit den „alten“ Hörhilfe(n) in Ruhe & im Störschall nach Optimierung durch Hörakustiker
- Gerätezustandsbericht zu den vorhandenen Hörgeräten

### **(Klein-) Kinder**

#### **Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):**

- Antragsrelevante Diagnose (Muster 15)
- Sprach- und Tonaudiometrie (sofern altersbedingt durchführbar)
- Kind jünger als 4 Jahre dann:
  - objektive Hörtestungen (Tympanometrie, OAE, BERA, etc.)
- Ergebnis der Überprüfung der Hörgeräteanpassung des betreuenden Pädaudiologen/ HNO-Arztes

#### **Hörakustiker (Kinder älter als 4 Jahre):**

- Anpassbericht mit
  - Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n)
  - Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) in Ruhe & im Störschall
  - Ergebnis der vergleichenden Hörhilfen Testung
  - Typenbezeichnung & Hilfsmittelpositions-Nr. der erprobten Geräte
  - fakultativ: Versorgungsanzeige des Hörakustikers

### **Knochenleitungshörgeräte/aktive Mittelohrimplantate**

#### **Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):**

- Antragsrelevante Diagnose (Muster 15)

- Sprach-und Tonaudiometrie
- ggf. objektive Hörtestungen (Tympanometrie, OAE, BERA, etc.)
- Begründung, warum eine Versorgung mit Luftleitungshörgerät nicht möglich ist
- fachärztlich radiologischer Befund über ausreichende knöcherne Anatomie/Knochendicke (bei operativer Fixtur)

**Hörakustiker:**

- Anpassbericht mit
  - Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n)
  - Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) in Ruhe & im Störschall
  - fakultativ: Ergebnis der vergleichenden Hörhilfentestung
  - Typenbezeichnung & Hilfsmittelpositions-Nr. der erprobten Geräte
  - fakultativ: Versorgungsanzeige des Hörakustikers

Drahtlose  
Übertragungsanlagen  
(DAÜ) inkl. Zubehör  
13.99.03.0

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- **HNO-Arzt/Pädaudiologe:**
  - Verordnung (i.d.R. Muster 16)
  - Fachärztlicher Bericht
  - Sprach-und Tonaudiometrie
- **Hörakustiker:**
  - Kostenvoranschlag
  - Anpassbericht

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

**Bei bestehender HG/CI-Versorgung**

- **Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):**
  - Antragsrelevante Diagnose (Muster 16)
  - Fachärztlicher Bericht
  - Sprach-und Tonaudiometrie
  - Berichte der jährlichen Verlaufskontrollen im CIC bei CI-Versorgung
  - konkrete Benennung des zu befriedigenden Grundbedürfnisses

**Hörakustiker:**

- Anpassbericht mit
  - Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n)
  - Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) in Ruhe (Freiburger Einsilbertest) & im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschaall/60 dB Störschall)
  - Ton- und Sprachaudiogramm mit Hörhilfe(n) & **DAÜ** in Ruhe (Freiburger Einsilbertest) & im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschaall/60 dB Störschall)
  - Typenbezeichnung & Hilfsmittelpositions-Nr. der erprobten Geräte
- Anpassbericht der letzten Hörgerät(e)versorgung
- Angaben entsprechend der EUHA Leitlinie „Drahtlose akustische Übertragungsanlagen“

### **Bei AVWS (Mindestalter ca. 7 Jahre)**

#### **Verordner (HNO-Arzt/Pädaudiologe):**

- **Antragsrelevante Diagnose (Muster 16)**
- **Fachärztlicher Bericht**
- **Sprach-und Tonaudiometrie**
- Bericht der durchgeführten AVWS-Diagnostik (Pädaudiologe, SPZ)

#### **Hörakustiker:**

- Anpassbericht mit
  - Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n) in Ruhe (Freiburger Einsilbertest) & im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschaall/60 dB Störschall)
  - Ton- und Sprachaudiogramm ohne Hörhilfe(n) & DAÜ in Ruhe (Freiburger Einsilbertest) & im Störschall (GÖSA, OLSA oder Freiburger Einsilbertest bei 65 dB Nutzschaall/60 dB Störschall)
  - Typenbezeichnung & Hilfsmittelpositions-Nr. der erprobten Geräte
  - Angaben entsprechend der EUHA Leitlinie „Drahtlose akustische Übertragungsanlagen“

#### **Zusätzlich Immer bei Schulkindern:**

- Schulbescheinigung, Angabe des geplanten Verwendungszwecks, Bericht über die Ausprobe/Trageversuch im Alltag
- Bei Verwendung sprachperzeptiver Tests auf die Messparameter achten, für die der jeweilige Test validiert wurde. Angabe der Testlisten.



**Anmerkung:**

*Es scheint plausibel, dass auch Kinder, die jünger als 7 Jahre sind, von einer AVWS betroffen sind. Trotzdem wird für die AVWS-Diagnostik in der Leitlinie AVWS ein Mindestalter von ca. 7 Jahren empfohlen, da die Testergebnisse jüngerer Kinder hohe Standardabweichungen sowie Boden- und Zufallseffekte aufweisen.*

**Profilerhebungsbogen:**

Antragsrelevante Diagnose:.....

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

Welche (Förder-)Schule wird besucht: .....

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

Bei bestehender CI/HG-Versorgung: .....

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

Sonstiges/weitere Hinweise: .....

## Cochlea-Implantat

### Sachermittlung durch die Kasse:

- **HNO-Arzt/Pädaudiologe:**
  - Verordnung (z.B. Muster 16)
  - Fachärztlicher Bericht
  - Bericht der CI-Klinik
  - Sprach-und Tonaudiometrie
- **Hörakustiker:**
  - Kostenvoranschlag
  - Anpassbericht

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

#### Vom Versicherten

- Angaben zum Verlauf der Entwicklung des Hörverlustes (links und rechts) / Evaluationen der hörbezogenen Lebensqualität
- Werden Hörgeräte getragen?  
Links bzw. rechts? Wenn ja, seit wann?
- Wann erfolgte die letzte Überprüfung/ Nacheinstellung der aktuellen Hörgeräte-versorgung

#### Von der CI Klinik:

- Bericht zur Befunderhebung vor geplanter CI-Versorgung
- Begründung Erforderlichkeit der CI Versorgung
- Bericht zum pädaudiologisch/ pädagogischem/ psychologischen Vorgespräch zur Feststellung der Eignung (Operation, Basistherapie, Folgetherapie, Nachsorge)
- Aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm
- Sprachaudiometrie im Störgeräusch (Hochmair-Schulz-Moser (HSM)-Satztest in Ruhe und im Störgeräusch, Oldenburger Satztest in Ruhe und im Störgeräusch, Göttinger Satztest, ggfs. Matrixtest in der jeweiligen Muttersprache des Patienten zur vergleichenden Bestimmung des Sprachverstehens.)
- Objektive Audiometrie (Tympanogramm, ipsi- und kontralaterale Stapediusreflex-Schwellen bei 0,5, 1, 2, 4 kHz; Otoakustische Emissionen (DPOAE mindestens bei f2 = 1; 2; 3; 4; 6 kHz, L1 = 65 dB, L2 = 55 dB).
- Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA): Brainstem-ERA (BERA), Stimulus Klickfolge (Click): Schwellenbestimmung, überschwellige retrocochleäre Diagnostik (Bestimmung der

		<p>Leitzeiten nach Jewett; ggf ASSR; ggfs Elektrocochleographie (ECochG). ggfs. E-BERA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichgewichtsdiagnostik</li> <li>• Bildgebung (CT der Felsenbeine, cMRT)</li> <li>• Angaben über den Sprachstatus</li> <li>• Befunde über relevante Komorbiditäten</li> </ul> <p><b>Bei Langzeit Ertaubung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis des Promontorialtests</li> <li>• Erfolgte eine Optimierung der bestehenden Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchen Hörgeräten? Ergebnis?</li> </ul> <p><b>Vom Hörgeräteakustiker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Namen und Hilfsmittelpositionsnummer des bisher getragenen Hörgerätes</li> <li>• Anpassbericht der letzten Hörgeräteversorgung</li> <li>• Erfolgte seither eine weitere Optimierung der Hörgeräteversorgung? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?</li> <li>• Evaluation Hörsystemtrageversuch („High Power“ HG, CROS/BiCROS)</li> <li>• Sprachperzeptive Messungen (mit vorhandenen Hörgeräten, ggfs. Nach Reparatur/Nachjustage), ggfs. durch CI versorgende Einheit (unter Angabe der Typenbezeichnung und Hilfsmittelpositionsnummer)</li> </ul> <p><b>Zusätzlich bei (Klein) Kleinkindern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis der subjektiven und objektiven Hörprüfung</li> <li>• Erfolgte eine Hörgeräteerprobung?</li> </ul>
--	--	---

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

## Anlass 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Aerosol-Inhalationsgeräte für  
untere Atemwege  
14.24.01

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Fachärztlicher Bericht:  
Pulmologie
  
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)
- Ggf. Rehabilitations-Bericht(e)
- Ggf. Physiotherapiebericht
- Ggf. Pflegegutachten

### Aerosolinhalation

(Definition PG 14)

Bei allen Verneblern, insbesondere aber bei speziellen Medikamentenverneblern und nebenluftgesteuerten Verneblern sowie bei Kombination mit Vorschaltkammern/Spacern, muss beachtet werden, für welche Medikamente die jeweiligen Produkte eingesetzt werden können **(Herstellerempfehlungen gemäß Gebrauchsanweisung der**

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Verordnung Aerosolinhalationsgerät **und** vorgesehene Medikamentenapplikation

Bei Verneblern ist zu klären, für welche Medikamente die jeweiligen Produkte eingesetzt werden sollen

Dies gilt insbesondere für

- Medikamentenvernebler
- nebenluftgesteuerte Vernebler
- Kombination Vernebler mit Vorschaltkammern/Spacer

Bestimmte Medikamente dürfen nur mit bestimmten Verneblern appliziert werden.

**Die Herstellerangaben in der Gebrauchsanweisung der entsprechenden Produkte sind zu beachten. Die relevanten Arzneimittelfachinformationen sind zu berücksichtigen!**

### Für Aerosolinhaliergeräte gilt:

1. Die Verordnung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung ist im Rahmen eines **Behandlungskonzeptes** zu beurteilen
2. Die Versicherte/ der Versicherte bzw. eine Hilfsperson

**Inhalationsgeräte).**

Zum Teil dürfen bestimmte Medikamente nur mit bestimmten Verneblern appliziert werden. Diese Informationen finden sich i. d. R. in den **Arzneimittelfachinformationen** und sind stets zu beachten

sollten zu einem bestimmungsgemäßen und sicheren Gebrauch in der Lage sein. Dies betrifft

- die korrekte Inhalationstechnik sowie
- die korrekte Anwendung des Produktes insgesamt

3. Der/die Versicherte sollte einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle unterliegen.
4. Das verordnete Hilfsmittel muss laut Fachinformation des Medikamentes für dessen Applikation geeignet sein

**Informationen/Aspekte für eine sachgerechte sozialmedizinische Bewertung:**

- Welche Medikamente sollen als Aerosol im Rahmen eines ärztlichen Behandlungsplans appliziert werden?
- Ist der Vernebler für die vorgesehene Medikamenten-Applikation geeignet?  
(laut Fachinformation Arzneimittel - laut Herstellerinformation Applikationshilfe)
- Ist der Versicherte oder eine Hilfsperson zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung in der Lage (psychokognitiv, motorisch)?
- Erfolgt eine regelmäßige ärztliche Kontrolle der verordneten Aerosoltherapie/ Medikamentenapplikation?

Bei intermittierender bzw. ausschließlich nächtlicher Beatmung stellt sich die Frage, ob Medikamente vernebelt werden oder ggf. alternativ inhalativ appliziert werden können. Hier sind weitere Angaben erforderlich

**Erforderliche Angaben bei intermittierender bzw. ausschließlich nächtlicher Beatmung**

- Beatmungszeiten bzw. Zeiten der Spontanatmung pro Tag (in Stunden)
- Zu welchen Zeiten/Zeitpunkten soll die Applikation der ärztlich verordneten Medikamente im Tagesverlauf erfolgen ?
- Liegt eine Tracheostomaversorgung vor?  
(Anmerkung: Ein Tracheostoma ermöglicht Beatmung, aber auch Spontanatmung)
- Prognose: Ist im Krankheitsverlauf oder bei Exazerbation (z.B. akutem Atemwegsinfekt) mit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes und damit Zunahme von Beatmungszeiten zu rechnen?

Sauerstofftherapiegeräte,  
Druckgasfülleinheiten  
14.24.04

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Fachärztlicher Bericht  
Pulmologie
- Befund Belastungstest  
(z.B. 6 Minuten Gehstest)
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)
- Ggf. Rehabilitations-Bericht(e)
- Ggf. Physiotherapiebericht
- Ggf. Pflegegutachten

#### Anmerkung:

Sauerstoff als unabdingbarer funktionaler „Bestandteil“ von Sauerstofftherapiegeräte ist leistungrechtlich dem Hilfsmittelbereich zugeordnet

#### Verordnung der LTOT

*(Long-term oxygen therapy)*

Die Verordnung der LTOT setzt die diagnostische Möglichkeit der Blutgasanalyse voraus, die in der Regel in Kliniken und pneumologischen Praxen zur Verfügung steht  
(Leitlinie LTOT 2020)

#### Definition der chronischen Hypoxämie mit Indikation zur LTOT

Eine chronische Hypoxämie mit Indikation zur LTOT liegt immer dann vor,

- wenn der PaO<sub>2</sub> unter Ruhebedingungen und
- während einer stabilen Krankheitsphase von mindestens 3 Wochen
- zweimal  $\leq 55\text{mmHg}$  ( $\leq 7,3\text{ kPa}$ ) lag.

#### Patienten mit COPD

Bei Patienten mit COPD ist die LTOT auch bei PaO<sub>2</sub>-Werten  $\leq 60\text{mmHg}$  ( $\leq 8\text{ kPa}$ ) indiziert, sofern gleichzeitig entweder eine sekundäre Polyglobulie (Hämatokrit  $\geq 55\%$ ) und/oder ein Cor pulmonale mit und ohne Rechts-herzinsuffizienz (und hierdurch bedingte periphere Ödeme) vorliegen  
(Leitlinie LTOT 2020)

#### Postakute Sauerstofftherapie (PoaOT)

Die Verordnung einer PoaOT betrifft symptomatische Patienten mit **Luftnot** und einer **Sauerstoffsättigung  $\leq 92\%$  in Ruhe**.

Eine Reevaluation von PoaOT-Patienten soll spätestens 6-12 Wochen nach Initiierung der PoaOT durchgeführt werden, um zu klären, ob auch nach dem akuten Ereignis bei klinischer Stabilität und verbesserter Oxygenierung weiterhin die Indikation für eine Sauerstofftherapie - dann in Form einer LTOT- vorliegt.



## Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose:

Relevante Begleiterkrankungen:

Pulmonale Hypertonie                      ja ( )                      nein ( )

Angaben zur Symptomatik (Dypnoe, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, 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 <sub>2</sub>	paCO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub> -Fluss (l/min)	Atemnot gebessert
In Ruhe ohne O <sub>2</sub>					
In Ruhe mit O <sub>2</sub>					( ) ja ( ) nein
Unter Belastung ohne O <sub>2</sub>					( ) ja ( ) nein

Unter Belastung mit O2					( <input type="checkbox"/> ) ja ( <input type="checkbox"/> ) nein
Nachts mit O2					( <input type="checkbox"/> ) ja ( <input type="checkbox"/> ) nein

PO2-Anstieg auf \_\_\_\_\_ mm Hg unter \_\_\_\_\_ Flow l/min O2

PCO2-Anstieg auf maximal \_\_\_\_\_ mm Hg

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

Besteht ein Nikotinabusus?                    () Ja            () nein

Angaben zum Raucherstatus:

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

CPAP-Systeme  
zur Behandlung  
schlafbezogener  
Atemstörungen  
14.24.20

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Schlafmediziner/in
- Bei bestehender Versorgung:  
Zeitliches Nutzungsprofil des  
Gerätes
- KH-Entlass Bericht(e)
- Sonstiges

#### Apparative Diagnostik bei schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS) :

*Bei der Polygraphie (PG) wird dem  
Pat. ein portables Messgerät  
angelegt, das nasalen Atemfluss,  
Atemexkursionen, Schnarchen,  
Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung  
und Körperlage bestimmt.*

*Ist auf Basis dieser i.d.R., ambulant  
durchgeführten Untersuchung keine  
Therapieentscheidung möglich oder  
besteht trotz unauffälliger  
Polygraphie klinisch weiterhin der*

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Befund Polygrafie
- Befund Polysomnografie

#### Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI):

Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) erfasst die Summe der Apnoen und Hypopnoen pro Stunde Schlaf.

#### Obstruktive Schlafapnoe (Erwachsene)

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) ist eine schlafbezogene Atemstörung, bei der es während des Schlafs wiederholt zur Verringerung oder dem kompletten Aussetzen der Atmung durch eine Verengung des Rachenraums kommt.

**Eine obstruktive Schlafapnoe (OSA) wird diagnostiziert, wenn die** Atemstörung durch

- keine andere Schlafstörung,
- medizinische Erkrankung,
- Medikamente oder andere Substanzen  
erklärbar ist und entweder
- **ein AHI > 15/h (Ereignis jeweils  $\geq 10$  s) Schlafzeit oder**
- **ein AHI  $\geq 5$ /h Schlafzeit in Kombination mit einer typischen  
klinischen Symptomatik oder relevanten Komorbidität** vorliegt.

Die Einleitung einer CPAP-Behandlung hat in einem Schlaflabor entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses „Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 3. Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atemstörungen“ im Rahmen einer Therapieeinstellung zu erfolgen. Die häusliche Behandlung erfolgt (i. d. R.) mit dem Gerät, mit dem die Therapie-Einstellung durchgeführt wurde.

*Verdacht auf eine SBAS, wird eine Polysomnographie (PSG) im Schlaflabor empfohlen.*

*Bei der Polysomnografie wird auch der Schlaf selbst untersucht, hierzu dienen Elektroencephalogramm, Elektroofokulogramm und Elektromyogramm*

*Bei Verdacht auf eine schlafbezogene Ventilationsstörung erfolgt eine Kapnometrie, (Messung der pCO<sub>2</sub>-Werte) und Lungenfunktionsprüfung inklusive Blutgasanalyse.*

## Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose: \_\_\_\_\_

Relevante Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

Angaben zur Tagessymptomatik: \_\_\_\_\_

Welche Behandlung ist bis dato erfolgt? \_\_\_\_\_

Messung ohne Hilfsmittelanwendung:

Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI):

\_\_\_\_\_

Durchschnittliche Sauerstoffsättigung:

\_\_\_\_\_

Minimale Sauerstoffsättigung: \_\_\_\_\_

Messung mit Hilfsmittelanwendung

Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI, RDI) : \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Sauerstoffsättigung : \_\_\_\_\_

Minimale Sauerstoffsättigung : \_\_\_\_\_

Eingestellter Behandlungsdruck : \_\_\_\_\_

Bemerkungen/sonstige Hinweise : \_\_\_\_\_

Beatmungsgeräte zur intermittierenden und lebenserhaltenden Beatmung  
14.24.XX

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Beatmungsambulanz,  
Zentrum für außerklinische  
Beatmung
- KH-Entlass Bericht(e)
- Pflegegutachten (bei Wohnort  
außerhalb WL)

**Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten** (Produktart: 14.24.09.X)

*Die Ersteinstellung und Verordnung von Beatmungsgeräten zur außerklinischen Beatmung erfolgt in stationären Einrichtungen (zugelassene Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Beatmungszentren, Weaningzentren, Zentren für außerklinische Beatmung).*

*Die außerklinische Beatmung erfolgt mit dem Beatmungsgerät, mit dem die Therapie-Einstellung zur*

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Angaben zum ärztlichen Behandlungskonzept Beatmung
- Beatmungszeit tagsüber und nachts (h/Tag)
- Beatmungsprotokoll
- Anforderungen an die Beatmungstechnologie

**Angaben zum**

- Beatmungsmodus
- Inspiratorische Sauerstofffraktion (FiO<sub>2</sub>)
- Tidalvolumen (VT)
- Atemfrequenz (AF)
- Atemminutenvolumen (AMV)
- Inspirationsdruck (p insp)
- Positiver endexpiratorischer Druck (PEEP)
- Atemzeitverhältnis (I:E-Verhältnis)

**Ersteinstellung und Erprobung:**

- Welche Geräte wurden erprobt?
- In welcher Klinik?
- Wurden Versorgungsalternativen erprobt? Mit welchem Ergebnis?

**Kontextfaktoren:**

- Betreuungs- und Pflegesituation
- Ärztliche Kontrolle

*außerklinischen/häuslichen Beatmung durchgeführt wurde.*

*Ein Austausch von Beatmungsgeräten ist nur nach Absprache mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt und entsprechender Zustimmung zulässig.*

**Die Umstellung auf ein anderes Beatmungsgerät, auch des gleichen Herstellers, darf nur unter den gleichen Rahmenbedingungen erfolgen, wie sie für die Einleitung einer Beatmung erforderlich sind.**

*Die /der Vers. bzw. die Hilfs-/Pflegerperson ist in die korrekte Anwendung des Gerätes einzuweisen und die Versicherte/der Versicherte unterliegt einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle mit Kontrolle der Beatmungsparameter. (HMV Produktart 14.24.13)*

## Anlass 15 Inkontinenzhilfen

<p>Ableitende Inkontinenzversorgung 15.XX.XX</p> <p>Aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.30</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <p><b>Erwachsene</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Urologie, Gynäkologie</li><li>• Bericht Inkontinenzzentrum oder Fachabteilung für Neurourologie</li><li>• Profilerhebungsbogen Aufsaugende/ Ableitende Inkontinenzhilfen</li></ul> <p><b>Kinder</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei Kindern: Fachärztlicher Bericht Pädiatrie oder Kinderurologie</li><li>• Bei Entwicklungsstörung oder neurologischer Erkrankung: Neuropädiatrie oder SPZ</li><li>• Trink-Miktionsstagebuch (<i>Trink- und Miktionsverhaltens/ Verteilung der Gesamt-Trinkmenge über den Tag</i>)</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose</li></ul> <p><b>Angaben zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Begleiterkrankungen</li><li>• Operationen</li><li>• Aktuelle Beschwerden/Symptome</li><li>• Bisherige Diagnostik</li><li>• Bisheriges Therapiekonzept bzw. urotherapeutische Maßnahmen: Mit welchem Ergebnis ?</li><li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung (Inkontinenz, sonstige)</li></ul> <p><b>Harninkontinenz bei Frauen</b></p> <p>Typische Konstellationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stressinkontinenz bei physischer Aktivität</li><li>• Urge Inkontinenz/Dranginkontinenz (überaktive Blase)</li><li>• mit gemischter Urge- und Stress-inkontinenz</li></ul> <p>Konstellationen mit <b>komplizierter Inkontinenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inkontinenz bei schweren Geburtsverletzungen,</li><li>- assoziierte Harnwegsfisteln</li><li>- Schmerzen/Dyurie</li><li>- Hämaturie</li><li>- Rezidivierende Infektionen</li></ul>
--	--	---



- Deszensus von Beckenorganen
- Vorangegangene Beckenbestrahlung oder Beckenchirurgie.

#### Harninkontinenz bei Männern

Blasenfunktionsstörungen beim Mann sind vorwiegend durch eine Beeinträchtigung der Entleerung aufgrund subvesikaler Obstruktion wie Benigne Prostatahyperplasie (BPH), Blasenhalstenose, Prostatitis, Urethrastrikur, Meatusstenose und funktioneller Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion bzw. Beckenbodenspastik bedingt

Typische Konstellationen:

- Nachträufeln nach der Miktion
- Inkontinenz nach Prostatektomie.
- Drangsymptomen mit oder ohne Dranginkontinenz, häufiges Wasserlassen und Nykturie (überaktive Blase)

Konstellationen mit **komplizierter Inkontinenz**

- Hämaturie (blutiger Urin)
- Schmerzen/Dysurie
- Rezidivierenden Infektionen
- Eingeschränkter Blasenentleerung

#### Harninkontinenz bei Kindern

Typische Konstellationen

- Enuresis nocturna ohne andere Symptome (monosymptomatisch).
- Symptome von häufigem Wasserlassen, verstärktem Drang

- Dranginkontinenz tagsüber mit oder ohne Einnässen nachts.

Konstellationen mit **komplizierter Inkontinenz:**

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

**Begutachtungsrelevante Angaben beim Kind:**

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

**Harninkontinenz bei neurologischen Erkrankungen**

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

- **Periphere Läsionen**  
*z.B. Denervierung als Folge von großer Beckenchirurgie bei Rektum- oder Zervixkarzinom, Läsionen*
- **zentrale Läsionen auf Ebene Rückenmark**  
*z. B. traumatische Rückenmarksverletzungen*

- **zentrale Läsionen auf Ebene Gehirn**  
z.B. Schlaganfall, M. Parkinson und Multiple Sklerose.

**Relevante Angaben:**

- Grunderkrankung,
- klinische Symptomatik, Beschwerden
- Befund
- assoziierte Funktionseinschränkungen/Behinderungen
- Kontextfaktoren  
(z.B. *Pflegebedürftigkeit mit Fremdhilfeabhängigkeit*)

**Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung**

Die o.a. häufigen Harninkontinenzformen sind in der Regel einem initialen Behandlungsmanagement gemäß etablierten Behandlungsalgorithmen zugänglich.

**Aufsaugende Inkontinenzversorgung**

Fragestellungen der Kassen zu aufsaugenden Inkontinenzmaterialien werden im Rahmen der Einzelfall-Begutachtung beim MD insbesondere auch vorgelegt, wenn eine bestehende Versorgung seitens des Betroffenen als unzureichend oder ungeeignet bewertet wird.

**Folgende Informationen sind für die gutachterliche Bewertung relevant:**

- Bisherige Versorgungssituation Inkontinenz:  
Medizinische und pflegerische Aspekte
- Bei Fremdhilfebedarf: Betreuungs- bzw. Pflegesituation,  
Kontextfaktoren

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Bisherige Versorgung bei Inkontinenz? Warum nicht ausreichend? Welche Probleme resultieren?</li><li>• Wie hoch wird der im Einzelfall benötigte individuelle Bedarf an Inkontinenzmaterialien eingeschätzt? (Mengenangabe) Aus Sicht des Betroffenen ? Aus Sicht des Behandlers (med. Begründung)?</li><li>• Bestehen ggf. Veränderungen der medizinischen Situation mit erhöhtem Bedarf? (Harnwegsinfekte, neurologische Verschlechterung u. a.).</li><li>• Wurde der Patient oder/und Angehörige im Vorfeld über in Frage kommende aufsaugende Produkte informiert?</li><li>• Wurde das Handling erprobt?</li></ul>
--	--	---

# Profilerhebungsbogen

## Ableitende Inkontinenzversorgung

1. Datum: \_\_\_\_\_

### 2. Allgemeine Daten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich     weiblich     divers

### Versorgungsstatus:

Erstversorgung     Folge-/Umversorgung

### 3. Inkontinenzart / Ableitungsart:

#### Harnableitung:

Einmalkatheter                       transurethrale Katheter

Dauerkatheter                       Urinalkondom

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Stuhlableitung:

Analtampon                       Fäkalkollektor

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur Häufigkeit

Ausscheidungsmenge: \_\_\_\_\_

Frequenz: \_\_\_\_\_ Mal pro Tag

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### 5. Mobilität, Toilettengang und Lebensumstände

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

# Profilerhebungsbogen

## Aufsaugende Inkontinenzversorgung

1. Datum: \_\_\_\_\_

### 2. Allgemeine Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich     weiblich     divers

Gewicht in Kg: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Konfektionsgröße: \_\_\_\_\_

### Versorgungsstatus:

Erstversorgung     Folge- /Umversorgung

### 3. Inkontinenzart

nur Urin             Urin und Stuhl             nur Stuhl

### 4. Inkontinenzform

Belastunginkontinenz     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 / Etageebene im häuslichen Umfeld  
 uneingeschränkt mobil

### Toilettengang:

selbstständig       mit Hilfe       Versorgung im Bett



## Anlass 16 Kommunikationshilfen

<p>Einfache Kommunikationshilfen / Symbolsysteme 16.99.01</p> <p>Statische Systeme mit Sprachausgabe 16.99.02</p> <p>Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe 16.99.03</p> <p>Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung 16.99.04</p> <p>Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme 16.99.05</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Logopädischer Bericht</li><li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li><li>• Wenn möglich: Videodokumentation mit Anwendung des vom LE vorgeschlagenen Produktes</li><li>• Ggf. Produktinformation</li></ul> <p><b>Bei Kindern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sonderpädagogischer Bericht (Förderschule)</li><li>• Bericht der Beratungsstelle „Unterstützte Kommunikation“ (UK)</li><li>• Bericht des SPZ</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose</li></ul> <p><b>Angaben zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Art und Ausprägung der Kommunikationsstörung</li><li>• Psycho-kognitive Fähigkeiten/Einschränkungen</li><li>• Motorische Fähigkeiten/Einschränkungen (insb. manuelle Geschicklichkeit (Ansteuerung) )</li><li>• Seh- und Hörfähigkeit</li><li>• Wie wird bislang kommuniziert?</li><li>• Bisherige Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kommunikation</li><li>• Individuelles Versorgungsziel?</li><li>• Kontextfaktoren</li><li>• Prognostische Einschätzung der weiteren Entwicklung</li></ul> <p><b>Wie erfolgt die bisherige Kommunikation (ohne Hilfsmittel):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mimik</li><li>- Lautieren</li><li>- Lautsprache</li><li>- Gesten / Handzeichen</li><li>- Gebärden (z.B. DGS, GuK)</li><li>- Symboltafeln</li><li>- Einwort-Äußerungen</li><li>- Mehrwortsätze</li><li>- Schriftsprache</li></ul>
--	---	--

**Was sollte im Rahmen der Beratung und Erprobung durch den LE geklärt werden?**

- *Art der Kommunikationshilfe*
- *Welches Zielvokabular benötigt der Vers. ?*
- *Welchen Vokabularumfang?*
- *Verwendung von Bildern, Symbolen oder Worten zum Repräsentieren einzelner Aussagen?*
- *Welche Vokabularstrategie soll angewendet werden?*
- *Welche Formen der Ansteuerung wurden erprobt?*

**Welche Optionen zur Ansteuerung können erprobt werden (Beispiele):**

- *Touchscreen*
  - *mit Fingerführungshilfe*
- *Scanning-Verfahren*
  - *mit Tastern*
- *Mausersatzgeräte*  
*(z.B. Joystick oder Kopfmaus)*
- *Augensteuerung*

**Was ist für die gutachterliche Bewertung relevant?**

- Art und Ausprägung der Sprachstörung?
  - Primär? Sekundär?
  - Expressiv (Sprachvermögen)?
  - Rezeptiv? (Sprachverständnis)
- Assoziierte Komorbiditäten/Einschränkungen:
  - Psychokognitiv?
  - Motorisch?
- Versorgungsziel:
  - Was soll in welchem Umfang kommuniziert werden?
  - In welchem Lebensumfeld des Kindes (Familie? Schule?)
  - In welchen Alltagssituationen?
- Bisherige Hilfsmittelversorgung im Bereich Kommunikation und ggf. Mobilität (Rollstuhlversorgung) ?
- Kontextfaktoren:
  - Wer kommuniziert mit dem Nutzer der Kommunikationshilfe?
  - In welcher Art? In welchem Umfang?
- Prospektive Entwicklung?

**Was sollte in der Anwendungserprobung nachvollziehbar sein ?**

(je nach Fähigkeiten bzw. Entwicklungsstand im Einzelfall):

- gezieltes Auswählen von Icons (z.B. *Obst, Getränke*)
- Beantwortung von Fragen
  - mit Ja oder Nein
  - mit Einzelworten
  - mit kurzen Sätzen
- Äußern von Wünschen oder Bedürfnissen (*Hunger, Durst...*)
  - mit Einzelworten
  - mit kurzen Sätzen

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Fragen stellen (z.B. <i>Wie heißt du?</i>)</li><li>• Einzelwortstrategien anwenden (z.B. <i>Hunger – Banane</i>)</li><li>• Mehrwortaussagen bilden (z.B. <i>Ich will jetzt schlafen.</i>)</li><li>• Komplexe Mitteilungen formulieren (<i>Ich habe Kopfschmerzen und bin müde. Kannst du bitte das Licht ausmachen?</i>)</li><li>• Dialoge gestalten</li><li>• Schriftsprache anwenden</li></ul>
--	--	--

## Anlass 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

<p>Medizinische Kompressionsstrümpfe für Beine und Arme</p> <p>Hilfsmittel zur Narbenkompression</p> <p>Apparate zur Kompressionstherapie</p> <p>17.06.23 – NN (geplante Produktuntergruppe): Medizinische adaptive Kompressionswadensysteme, Serienfertigung</p> <p>17.10.10 – NN (geplante Produktuntergruppe)</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Maßblatt des Leistungserbringers</li> </ul> <p>Hinsichtlich der Versorgung mit Serienprodukten, rund- und flachgestrickten Kompressionsartikeln gilt (Definition Produktart):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>„Serienfertigung“</b> ist immer angezeigt, wenn aufgrund der Körpermaße/-form auf Basis der Maßtabellen/ Größentabellen der Hersteller eine Versorgung möglich ist. „Serienfertigung“ erfolgt immer im Rundstrick-verfahren.</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <p><b>Medizinische Kompressionstherapie für Beine und Arme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Aktueller Befund</li> <li>• Vom Verordner formuliertes Therapieziel</li> <li>• Bisheriges Therapiekonzept bzw. bisherige Versorgung</li> <li>• Angaben zur Therapieadhärenz bzw. Akzeptanz der Versorgung</li> </ul> <p><b>Relevante Angaben zum Befund:</b> Angaben zu relevanten somatischen und/oder psychokognitiven Einschränkungen des/der Vers.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. körperliche Schwäche</li> <li>• Einschränkungen der manuellen Geschicklichkeit (degenerativ, rheumatisch)</li> <li>• Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit (erhebliche Adipositas, Rheumatosen, neurologische Erkrankungen..)</li> <li>• psychokognitive Einschränkungen</li> </ul> <p><b>Für die Versorgung relevante Kontextfaktoren?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. alleinlebend,</li> <li>• ohne Unterstützung im häuslichen Umfeld ..</li> </ul> <p><b>Bei Manueller Lymphdrainage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Dauer und Frequenz</li> </ul>
--	---	---

Medizinische adaptive Kompressionsarmsysteme, Serienfertigung

- **„Rundgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“** sind erforderlich, wenn aufgrund der Körpermaße/-form Produkte aus der „Serienfertigung“ keine Versorgung ermöglichen.
- **„Flachgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“** kommen zur Anwendung, wenn weder die Versorgung mit Hilfsmitteln der „Serienfertigung“ noch der „Rundgestrickte Kompressionsstrümpfe in Maßanfertigung“ aufgrund der Indikation oder der Körpermaße/-form und der individuellen Strukturgegebenheiten eine Versorgung ermöglichen oder wenn krankheitsbedingt eine höhere Steifigkeit des Gestrickes notwendig ist.

#### Medizinische Kompressionstherapiesysteme der Extremitäten: Phlebologischer Kompressionsverband:

- **Wechselverband mit Binden**
  - Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Wickeln im Rahmen der Kompressionstherapie möglich?
- **Dauerverband als Mehrkomponentensystem**

#### Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-System):

- Falls bislang Kompressionstherapie durch Wickeln erfolgte, warum reicht dieses nicht mehr aus?
- Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Anlegen eines MAK-Systems möglich?
- Ist der Vers./die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung eines MAK-Systems in der Lage?
- Kann die Anwendung eines MAK-Systems - nach entsprechender Einweisung - durch Hilfspersonen im häuslichen Umfeld unterstützt bzw. übernommen werden?

#### Medizinischer Kompressionsstrumpf (MKS)

- Ist dem Vers./der Vers. ein eigenständiges Anlegen eines Strumpf-Systems möglich?
- Ist An-/Ablegen im Rahmen Häuslicher Krankenpflege erforderlich?

- Falls eine Versorgung mit einem Serienstrumpf durch eine entscheidende Abweichung an einem Messpunkt, gemäß Maßschema (Güte- und Prüfbestimmungen RAL-GZ 387/1 und 387/2 in der jeweils gültigen Fassung), und/oder entscheidende Abweichungen an mehreren Messpunkten nicht möglich ist, wird eine Maßanfertigung vorgenommen.

Bei Produkten der geplanten Produktart 17.06.23.0 „Wadensysteme, Serienfertigung in Serienfertigung“ lautet die Indikation:

„Für den Einsatz in der initialen Entstauungsphase beim Lymphödem und beim ausgeprägten venösen Ödem sowie beim Ulcus cruris venosum als Alternative zur Bandagierung mit Binden.“

Bei Produkten der geplanten Produktart 17.10.10.0 „Medizinische adaptive Kompressionsarmsysteme in Serienfertigung“ lautet die Indikation:

#### **Apparate zur Kompressionstherapie**

Bei dem Krankheitsbild Lymphödem kann der Einsatz eines Gerätes zur IPK (Intermittierenden pneumatischen Kompression) dann indiziert sein, wenn die Erhaltungstherapie KPE (Komplexe Physikalische Entstauungstherapie) Phase II nachweislich nicht ausreicht.

- Vorlage von Umfangsmaßen an definierten Stellen im Bereich von Mittelfuß, Knöchel, Unterschenkel, Knie direkt vor und nach manueller Lymphdrainage.
- Nach Möglichkeit sollte eine **positive Anwendungsbeobachtung** (im Rahmen eines Klinikaufenthaltes, in der Praxis des Behandlers, durch Anwendung eines Leihgerätes) des Gerätes zu IPK vorliegen.
- Der Anwender muss zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung in der Lage sein (alternativ Hilfestellung durch Hilfspersonen oder einen Pflegedienst)

*„Für den Einsatz in der initialen  
Entstauungsphase beim Lymphödem  
und beim ausgeprägten venösen Ödem  
als Alternative zur Bandagierung mit  
Binden*

**Apparate zur Kompressionstherapie**

(Produktart Indikation HMV):

*Diese Produkte kommen nur als  
ergänzende Therapiemaßnahme zum  
Einsatz, wenn die Behandlung mit  
manueller Lymphdrainage und in  
Verbindung mit Kompressionstherapie  
mit Kompressionsverbänden oder  
Kompressionsstrümpfen nicht  
ausreichend ist*

## Profilerhebungsbogen

### Allgemeine Daten:

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ( ) männlich      ( ) weiblich      ( ) divers

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Antragsbegründende Diagnose: \_\_\_\_\_

Aktueller Befund: \_\_\_\_\_

Vorhandene Gewebeläsionen/Ulcera: \_\_\_\_\_

### KLASSIFIKATION NACH CEAP (CLINICAL CONDITION ETIOLOGY ANATOMIC LOCATION PATHOPHYSIOLOGY): Bitte ankreuzen

- ( ) Stadium C0: keine sichtbaren Zeichen einer Venenerkrankung
- ( ) Stadium C1: Teleangiektasien oder retikuläre Venen
- ( ) Stadium C2: Varikose
- ( ) Stadium C3: Ödem durch ein Venenleiden
- ( ) Stadium C4: Hautveränderungen durch ein Venenleiden
- ( ) Stadium C4a: Pigmentierung oder Ekzem
- ( ) Stadium C4b: Lipodermatosklerose oder Atrophie blanche
- ( ) Stadium C5: Hautveränderungen durch ein abgeheiltes Ulcus cruris venosum
- ( ) Stadium C6: Aktives Ulcus cruris venosum“

### KLASSIFIKATION LYMPHÖDEME: Bitte ankreuzen

- ( ) Stadium 0/Latenzstadium/Subklinisches Stadium  
Kein klinisch apparentes Lymphödem, aber zum Teil pathologisches Lymphszintigramm



- Stadium I/(spontan reversibel)  
Ödem von weicher Konsistenz, Hochlagern reduziert die Schwellung
- Stadium II/(nicht spontan reversibel)  
Ödem mit sekundären Gewebeveränderungen; Hochlagern beseitigt die Schwellung nicht
- Stadium III Deformierende harte Schwellung, zum Teil lobäre Form zum Teil mit typischen Hautveränderungen

**KLASSIFIKATION LIPÖDEME:** Bitte ankreuzen

- I Glatte Hautoberfläche mit gleichmäßig verdickter, homogen imponierender Subkutis
- II Unebene, überwiegend wellenartige Hautoberfläche, knotenartige Strukturen im verdickten Subkutanbereich
- III Ausgeprägte Umfangsvermehrung mit überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung)

**Therapieziel :** \_\_\_\_\_

**Versorgungsstatus:**

- Erstversorgung       Folge- /Umversorgung

**Bisheriges Behandlungskonzept:**

**Initiale Enstauungsphase:**

- Manuelle Lymphdrainage                       Frequenz                                       Dauer
- Phlebologischer Kompressionsverband (PKV)
- Mehrkomponentensystem (bei Ulcus cruris venosum)
- Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-Systeme)mit \_\_\_\_\_(Benennung des Einzelprodukts)

**Erhaltungsphase:**

- Kompressionsstrumpfsystem       Bein       Arm                       Kompressionsklasse \_\_\_\_\_
- Ulkus-Kompressionsstrümpfe (zweilagig)
- Sonstiges

**Sonstige Therapiemaßnahmen:** \_\_\_\_\_

Ergebnis der bisherigen Maßnahmen: \_\_\_\_\_

**Vorgesehenes Behandlungskonzept (jetzige Verordnung):**

**Initiale Enstauungsphase:**

- Manuelle Lymphdrainage                       Frequenz                       Dauer  
 Phlebologischer Kompressionsverband (PKV)                       Anlage selbständig möglich                       mit Hilfsperson                       mit Pflegedienst  
 Mehrkomponentensystem (bei Ulcus cruris venosum)  
 Medizinische adaptive Kompressionssysteme (MAK-Systeme) mit \_\_\_\_\_ (Benennung Einzelprodukt)

**Erhaltungsphase:**

- Kompressionsstrumpfsystem                       Bein                       Arm                       Erforderliche Kompressionsklasse \_\_\_\_\_  
 Ulkus-Kompressionsstrümpfe (zweilagig)  
 Sonstiges

**Angaben zum Strumpfsystem:**

- Erforderliche Länge:  Wade                       Halbschenkelstrumpf                       Schenkelstrumpf                       Strumpfhose  
Fußspitze: offen                       geschlossen

**An- und Ablegen von Strumpfsystemen:**

- Selbständig möglich                       An- und Ausziehhilfe erforderlich                       Hilfestellung (Hilfsperson) erforderlich                       Pflegedienst erforderlich

Konfektionsstrumpf ausreichend  Maßanfertigung erforderlich (Begründung) \_\_\_\_\_

Erforderliche Strickart:  Rundstrick                       Flachstrick

Begründung: \_\_\_\_\_

**Relevante Begleiterkrankungen/Einschränkungen (somatisch und psychokognitiv):** \_\_\_\_\_

**Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Umsetzung der Therapie in der Lage ? :** \_\_\_\_\_

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

**Angaben zur Therapieadhärenz des/der Vers.:** \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

## Anlass 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge

<p>Innenraum 46.</p> <p>Innenraum und Außenbereich/</p> <p>Straßenverkehr 50</p> <p>Straßenverkehr 51.</p> <p>Treppen 65.</p> <p>Ohne speziellen Anwendungsort /Zusätze 99.</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Orthopäde, Neurologe</li> <li>• Maßblatt mit relevanten Körpermaßen incl. Körpergröße und Gewicht (aktuell!)</li> <li>• Erprobungsbericht des Leistungserbringers</li> <li>• Video-/Fotodokumentation der Erprobung</li> <li>• Ggf. KH-Entlass Bericht(e)</li> <li>• Ggf. Rehabilitations-Bericht(e)</li> <li>• Ggf. Physiotherapiebericht</li> <li>• Ggf. Ergotherapie Bericht</li> <li>• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)</li> </ul> <p>Die hier aufgelisteten Angaben sind für die sozialmedizinisch-technische Bewertung relevant und sollten</p>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befund: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gehfähigkeit</li> <li>○ Stehfähigkeit</li> <li>○ Transferfähigkeit</li> <li>○ Bewegungsumfang obere Extremität <i>(im Hinblick auf die Möglichkeit den Rollstuhl selbstständig anzutreiben)</i></li> <li>○ Koordination</li> <li>○ Kraft</li> <li>○ Fremdhilfebedarf im Rahmen Mobilität</li> </ul> </li> <li>• Individuelles Versorgungsziel</li> <li>• Vorgesehener Einsatzort <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Innenraum</li> <li>○ Außenbereich</li> <li>○ Straßenverkehr</li> </ul> </li> <li>• Aktuelle Versorgung und Angaben zu Vorversorgungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ genutzte/ungenutzte Hilfsmittel</li> </ul> </li> <li>• Aktuelle Körpergröße und Gewicht</li> </ul>
---	---	---

	<p>möglichst im Vorfeld ermittelt werden.</p> <p>Dies betrifft insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderversorgungen</li> <li>• Erwachsenenversorgungen</li> <li>• Geriatrische Versorgungen</li> <li>• Reparaturen</li> <li>• Änderungen/Anpassungen/Zurüstungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maßblatt</b> mit den für die Versorgung relevanten Körpermaßen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sitzbreite</li> <li>○ Sitztiefe</li> <li>○ Sitzhöhe</li> <li>○ Rückenhöhe</li> <li>○ Unterschenkellänge</li> </ul> </li> </ul> <p>Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom <u>ärztlichen wie auch technischen Leistungserbringer</u> begründende Stellungnahmen eingeholt werden.</p> <p>Dies betrifft insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezielle Rückeneinheiten (konfektioniert oder nach Maß)</li> <li>• Spezielle Sitzeinheiten/Kissen (konfektioniert oder nach Maß, bei AD Versorgung auch Bericht Wundmanagement)</li> <li>• Spezielle Bedienelemente (Einhandbedienungen, Steuerungen...)</li> <li>• Hub-/Stehfunktionen</li> <li>• Elektrische Verstellmöglichkeiten</li> </ul> <p>Bei Umversorgung / Zurüstungen und Reparaturen wird um Begründung bzw. Erläuterung des techn. Leistungserbringers gebeten</p> <p><b>Bei Prüfung Zweckmäßigkeit (Eignung) Adaptivrollstuhl versus Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhl im Einzelfall:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum ist – aus Sicht des Verordners/LR - ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall geeigneter als ein Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhl?</li> <li>• Kann der Vers. aktiv trippeln?</li> </ul>
--	--	--

**Fahreignung (PG18 Definition HMV):**

*Die Versorgung mit einem fremdkraft- betriebenen Kranken- und Behindertenfahrzeug setzt voraus, dass die Versicherte oder der Versicherte auch in absehbarer Zeit in der Lage ist, einen an ihre oder seine Beeinträchtigung angepassten Rollstuhl sicher zu führen, d. h. es muss **Fahreignung** vorliegen.*

**Anmerkung:**

*Die Feststellung der Fahreignung im verkehrsrechtlichen Sinne („Straßenverkehrstauglichkeit“) ist nicht Aufgabe des sozialmed. Gutachters im Rahmen des § 33 SGB V!*

*Die Bewertung der Fahreignung im Gutachten des MD erfolgt unter medizinischen Aspekten.*

*Ist der/die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Bedienung und Nutzung des beantragten Produktes/ Hilfsmittels - unter Berücksichtigung von Fähigkeiten und Einschränkungen - in der Lage?*

**Sozialmed. Bewertung der Fahreignung:**

**Relevante Angaben Bei Beantragung von:**

- Elektrorollstühlen
- Aufsteck-/Radnabenantrieben
- Aufsteck-/Radnabenantrieben mit restkraftunterstützenden Fahrprofilen
- Restkraftunterstützenden Antrieben
- Rollstuhl- Zugeräte
- Elektromotorische Rollstuhlzusatzantriebe (einrädrig)

**Angaben des Vorordners zur Fahreignung aus med. Sicht:**

- Besteht - aus Sicht des Verordners - unter med. Aspekten Fahreignung?
- Bei Hinweisen auf Einschränkungen des Sehvermögens: Augenärztlicher Befund
- Bei Hinweis auf Medikamenteneinnahme mit Einfluss auf die Fahreignung: Medikamentenplan (Elektrorollstuhl)
- Erprobungsbericht des Leistungserbringers
- Video-/Fotodokumentation der Erprobung

**Sachermittlung bei Hinweis auf Visusminderung**

- Augenärztliche Diagnose(n)
- Angabe der maximal korrigierten Sehschärfe/Visus
- Gesichtsfeldausfälle (innerhalb der zentralen 20°)?
- Permanente Doppelbilder?
- Kopfwangshaltung? Wenn ja, in welcher Ausprägung bzw. mit welcher Auswirkung ?

**Sachermittlung bei Hinweis auf Medikamenteneinnahme mit möglichem Einfluss auf die Fahreignung**

- Einnahme welcher Medikamente?
- Regelmäßig? Sporadisch?
- Ist eine ärztliche Therapieführung/Kontrolle gegeben?
- Therapieadhärenz des/der Vers.?
- Ist von einem stabilen Therapieverlauf auszugehen?  
(z.B. bei Schmerzmedikation chronischer Erkrankungen)

- Liegen unter Einnahme ärztlich verordneter Medikamente **erkennbare psychophysische Leistungseinbußen** oder **Nebenwirkungen** vor?

Insbesondere

- Benommenheit
- Schwindel
- Unwohlsein

## Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose(n): \_\_\_\_\_

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

Sitzbreite: \_\_\_\_\_

Sitztiefe: \_\_\_\_\_

Sitzhöhe: \_\_\_\_\_

Rückenhöhe: \_\_\_\_\_

Unterschenkellänge? \_\_\_\_\_

Individuelles Versorgungsziel : \_\_\_\_\_

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

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

Bisherige Hilfsmittelversorgung (Mobilität): \_\_\_\_\_

Diese ist nicht mehr ausreichend, weil: \_\_\_\_\_

Begründung der Neuversorgung/Reparatur/Anpassung: \_\_\_\_\_

### Funktionelle Einschränkungen:

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

### Kurze Strecken in der Wohnung:

selbständig  
 mit Hilfsmitteln

### Außer Haus:

selbständig  
 mit Hilfsmitteln



( ) mit personeller Unterstützung

( ) mit personeller Unterstützung

Greifvermögen und Kraft/Koordination obere Extremität: \_\_\_\_\_

Angaben zu Rumpfkontrolle und Sitzvermögen: \_\_\_\_\_

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

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

Hören: \_\_\_\_\_

Psychokognitive Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Versorgungsziel/geplante Nutzung überwiegend in

Häuslichem Umfeld:

Außenbereich:

Straßenverkehr:

Kindergarten, (Förder)-Schule:

Pflege-, Behinderteneinrichtung:

Nutzung vorrangig ( ) aktiv ( ) passiv

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

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

**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:**

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

Sonstige Hinweise/Ergänzungen/erforderliche Zurüstungen:

- **Maßblatt** mit allen, für die Versorgung relevanten Körpermaßen
- Aktuelle Körpergröße und Gewicht
- Sitzbreite:  
Sitztiefe:  
Sitzhöhe:  
Rückenhöhe:  
Unterschenkellänge:
- Warum ist ein Adaptivrollstuhl im Einzelfall geeigneter als ein Leichtgewicht- bzw. Standardrollstuhls?
- Kann der Vers. aktiv trippeln?

**Bei Verordnung von speziellen Zurüstungen sollten jeweils vom 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

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 20 Lagerungshilfen

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 21 Messgeräte für Körperzustände / -funktionen

<p>Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke 21.46.01</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Neurologie, Epilepsiezentrum bzw. Epilepsieambulanz</li> <li>• Ggf. Krankenhausbericht (z.B. bei Status epilepticus, therapieresistenten Anfällen)</li> <li>• Sofern vorhanden: Erprobungsbericht</li> <li>• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)</li> </ul> <p>Überwachungsgeräte (Produktart PG 21.46.01.0): <i>Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke können Versicherten mit primär oder sekundär generalisierten, klonischen oder tonisch-klonischen Anfällen und einem erhöhten individuellen</i></p>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befürwortende Stellungnahme eines Epilepsiezentrams oder Neurologen</li> <li>• Fachärztlicher Bericht:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Epilepsie: Klassifikation, Erstdiagnose, Erscheinungsform, Ausprägung, Anfallshäufigkeit</li> <li>○ Anfallsbeschreibung</li> <li>○ Bisheriger Verlauf (Progredienz?)</li> <li>○ Relevante Comorbiditäten (z.B. psychokognitive Einschränkungen, motorische Einschränkungen)</li> <li>○ Bisheriges Therapiekonzept incl. Medikation. Mit welchem Ergebnis? Pharmakoresistenz? Therapieschwierige bzw. refraktäre Epilepsie?</li> <li>○ SUDEP Risiko? Nächtliche Anfälle? Abfall der Herzfrequenz?</li> <li>○ Therapieadhärenz des Vers.?</li> </ul> </li> <li>• Therapie- bzw. Versorgungsziel</li> <li>• Wo und wann soll das Epilepsieüberwachungsgerät eingesetzt werden? (Vorgesehener Ort und Zeitraum der Nutzung)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bett (Überwachung im Schlaf)</li> <li>○ Bett und inhäusig (Überwachung im Schlaf und im wachen Zustand innerhalb des Hauses)</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

*Anfallsrisiko, unabhängig von der Ätiologie, zur häuslichen Überwachung und nächtlichen Kontrolle zur Verfügung gestellt werden z. B. bei:*

- *Umstellung der antiepileptischen Therapie*
- *Pharmakoresistenz, d. h. wenn nach adäquaten Behandlungsversuchen mit zwei vertragenen, geeigneten und angemessen angewendeten Antiepileptika (entweder als Monotherapie oder in Kombination) keine anhaltende Anfallsfreiheit erreicht wird.*
- *Nachgewiesener erhöhter Epileptogenität (d. h. bei einer bleibenden cerebralen Läsion im MRT/CT und/oder spezifisch pathologischer EEG-Aktivität)*
- *Medikamentös schwer einstellbaren Epilepsieformen, deren Anfälle vor allem oder ausschließlich während des Schlafes und der Aufwachphase auftreten*

- **Außer Haus und im Rahmen von Mobilität** (Überwachung im Schlaf und im wachen Zustand im Haus und im Rahmen von Mobilität außer Haus)

- **Kontextfaktoren:**
  - **Betreuungs- bzw. Pflegesituation. Fremdhilfeabhängigkeit**
- **Sichere und bestimmungsgemäße Anwendung:**
  - **Ist der Vers. bzw. eine Hilfsperson zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?**
  - **Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden Arztes handeln.**
  - **Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für die Epilepsieüberwachung gegeben?**
  - **Welche Maßnahmen sollen - nach ärztlicher Anweisung - im Rahmen eines medizinischen Notfalls erfolgen?**
- **Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:**
  - **Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers im Einzelfall medizinisch-technisch geeignet (zweckmäßig)?**
  - **Bei nicht gelisteten Produkten: Kann auf ein im Einzelfall geeignetes gelistetes Produkt des HVM als Versorgungsalternative verwiesen werden?**
- **Sofern vorhanden: Erprobungsbericht eines Epilepsiezentrum**

## Profilerhebungsbogen:

### Epilepsie:

Klassifikation, Erscheinungsform, Ausprägung, Anfallshäufigkeit: \_\_\_\_\_

Anfallsbeschreibung: \_\_\_\_\_

Bisheriger Verlauf: \_\_\_\_\_

Relevante Comorbiditäten oder sonstige Einschränkungen (z.B. psychokognitive oder motorische Einschränkungen) :  
\_\_\_\_\_

Therapiekonzept(Medikation) \_\_\_\_\_

Mit welchem Erfolg/Ergebnis: \_\_\_\_\_

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

Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation) \_\_\_\_\_

Besteht ein erhöhtes SUDEP Risiko: \_\_\_\_\_

Therapieadhärenz des Vers.: \_\_\_\_\_

In welchem Umfeld soll das Epilepsieüberwachungsgerät eingesetzt werden (vorgesehener Einsatzort)?

- Bett (überwiegend nächtliche Überwachung)
- Inhäusig (tagsüber und nachts)
- Inhäusig und außer Haus (tagsüber und nachts)

Ist der Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Epilepsieüberwachungsgeräts in der Lage? \_\_\_\_\_

Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für die Epilepsieüberwachung erforderlich? \_\_\_\_\_

Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden Arztes handeln.

Steht eine entsprechend eingewiesene Person im Umfeld des/der Vers. zur Verfügung? \_\_\_\_\_



Welche Maßnahmen sollen - nach ärztlicher Anweisung - im Rahmen eines medizinischen Notfalls erfolgen?

Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:

- Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Behandlers für den Vers. besonders geeignet (zweckmäßig)?
- Bei nicht gelisteten Produkten: Kann auf ein im Einzelfall geeignetes gelistetes Produkt des H MV als Versorgungsalternative verwiesen werden?

Erprobung: Erfolgte eine Erprobung des beantragten Produktes?

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sonstiges/weitere Hinweise: \_\_\_\_\_

## Anlass 22 Mobilitätshilfen

<p>Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung 22.40.01</p> <p>Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert 22.40.02</p> <p>Deckenlifter 22.40.06</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• KH-Entlass Bericht(e)</li><li>• Rehabilitations-Bericht(e)</li><li>• Ergotherapie-, Physiotherapie-, Logopädie Bericht(e)</li><li>• Pflegegutachten (Vers. außerhalb WL)</li></ul> <p><b>Produktart Indikation:</b> Zur Ermöglichung eines möglichst eigenständigen Transfers und kurzstreckigen Transports innerhalb der Wohnung, ggf. durch kurze Unterstützung durch eine Hilfs- bzw. Pflegeperson</p>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Antragsrelevante Diagnose</b></li><li>• <b>Befund</b> mit Angaben zur<ul style="list-style-type: none"><li>- Stehfähigkeit</li><li>- Gehfähigkeit</li><li>- Sitzfähigkeit</li><li>- Rumpfkontrolle</li><li>- Einschränkungen der oberen Extremität</li><li>- Wechsel der Körperposition</li><li>- Transfers?</li></ul></li><li>• <b>Bisherige Hilfsmittelversorgung:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Welche Hilfsmittel werden derzeit genutzt (Mobilität) ?</li></ul></li><li>• <b>Versorgungsziel</b></li><li>• <b>Vorgesehener Einsatzort</b></li><li>• <b>Kontextfaktoren:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Betreuungs- und Pflegesituation</li></ul></li></ul>
---	--	--

## Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Beeinträchtigung des Stehens und Gehens:

Sitzfähigkeit:     instabil         mit Unterstützung sitzfähig         kurze Zeit frei sitzfähig         sitzstabil

Muskeltonus:      Spastik                       Hypotonie                       Athetose                       schlaffer Tonus

Kontrakturen (Gelenk/Ausprägung):

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

Psychokognitive Fähigkeiten/Einschränkungen:

Umsetzung einfacher Aufforderungen                       möglich                       eingeschränkt                       nicht möglich

Kann Bedürfnisse äußern                                       möglich                                       eingeschränkt                                       nicht möglich

Pflegegrad:

Sonstige genutzte Hilfsmittel:

Sonstige Hinweise:

<p>Zweiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.01</p> <p>Dreiräder für Kinder und Jugendliche 22.51.02</p> <p>Restkraftverstärkende Dreiräder für Kinder und Jugendliche</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Stellungnahme des Verordners</li> <li>• Fachärztliche Stellungnahme: Pädiatrie</li> <li>• Ggf. Stellungnahme des Physiotherapeuten</li> <li>• Videodokumentation zur Erprobung eines Therapierades am vorgesehenen Einsatzort</li> </ul> <p><b>Versorgungsziel/Zweckbestimmung lt. Produktart Indikation HMV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zur Sicherung der Mobilität im Außenbereich und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Integration in eine Gruppe gleichaltriger Kinder)</i></li> </ul> <p><i>und/oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>im Rahmen einer krankengymnastischen Behandlung (regelmäßige Maßnahmen der physikalischen</i></li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• <b>Befund</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einschränkungen untere Extremität (Gehen, Stehen, Kraft)</li> <li>○ <b>Einschränkungen obere Extremität (Kraft, Greifvermögen)</b></li> <li>○ Sehvermögen, Hörvermögen</li> <li>○ Psychokognitive Einschränkungen</li> <li>○ Gleichgewichtssinn und Koordination</li> </ul> </li> <li>• <b>Vorhandene Hilfsmittelversorgung (Mobilität)?</b></li> <li>• <b>Individuelles Versorgungsziel aus Sicht des Vers. bzw. der Eltern:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fahrradfahren im Kreise gleichaltriger Kinder</li> <li>○ Fahrradfahren im Kreise gleichaltriger behinderter Kinder?</li> <li>○ Fahrradfahren im Kreise der Familie? (z.B. Ausflüge)</li> </ul> </li> <li>• <b>Vorgesehener Einsatzort:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Häusliches Umfeld</li> <li>○ Kindergarten</li> <li>○ Schule</li> <li>○ Einrichtung</li> </ul> </li> <li>• <b>Vorgesehene Nutzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geschützter Bereich? (Hof, verkehrsberuhigte Straße ..) ?</li> <li>○ Straßenverkehr?</li> </ul> </li> <li>• <b>Relevante Kontextfaktoren?</b></li> </ul>
---	---	--

	<p><i>Therapie) zur Verbesserung der Stütz- und Gleichgewichtsreaktion/ Bewegungskoordination</i></p> <p><b>Qualitätsanforderungen HMV:</b> <i>Die individuelle Bedarfsermittlung und die bedarfsgerechte Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>der ärztlichen Verordnung,</i></li> <li>• <i>der Indikation/Diagnose,</i></li> <li>• <i>des Versorgungsziels,</i></li> <li>• <i>der Betreuungs- /Pflegesituation,</i></li> <li>• <i>des Einsatzortes und</i></li> <li>• <i>der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit verordneten Hilfsmitteln.</i></li> </ul> <p><b><i>Das Zweirad ist am Einsatzort zu erproben.</i></b></p> <p>Versorgungsvorschlag des LE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapierad in behindertengerechter Ausführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betreuungs- bzw. Pflegesituation</b></li> </ul> <p><b>Beschreibung der Anwendungserprobung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aufsteigen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenständig?</li> <li>- Mit Fremdhilfe?</li> </ul> </li> <li>• <b>Absteigen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenständig?</li> <li>- Mit Fremdhilfe?</li> </ul> </li> <li>• <b>Anfahren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anschubhilfe erforderlich?</li> <li>- Anchieben durch Hilfsperson? Mit Schiebestange?</li> <li>- Anschubunterstützung durch E-Antrieb?</li> </ul> </li> <li>• <b>Treten der Pedale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordiniert?</li> <li>- Mit ausreichender/reduzierter Kraft?</li> <li>- Koordiniert?</li> </ul> </li> <li>• <b>Fahren und Lenken:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zügig? Sicher? Kontrolliert? Koordiniert?</li> <li>- auf grader Strecke?</li> <li>- in Kurven?</li> <li>- bei Unebenheiten</li> <li>- bei ansteigender Fahrbahn</li> <li>- bei abfallender Fahrbahn</li> <li>- Umfahren von Hindernissen?</li> <li>- Wechsel der Geschwindigkeit?</li> </ul> </li> <li>• <b>Bremsen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolliertes Abbremsen möglich? (Gefahrensituationen)</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenvoranschlag (Einzelprodukt + Zubehör)</li> <li>• Bericht zur Anwendungserprobung am Einsatzort</li> <li>• Ggf. Videodokumentation zur Anwendungserprobung</li> <li>• Ggf. Herstellerinformation</li> </ul> <p>Ist ein Therapierad erforderlich oder kann das Kind ein handelsübliches Fahrrad nutzen ?</p> <p>Der Unterschied Therapierad zum handelsüblichen Fahrrad (gemäß Produktart Beschreibung HMV):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle wichtigen Teile eines Therapierades müssen <u>individuell an die Behinderung angepasst</u> werden können (Sattel, Lenker...)</li> <li>• Spezielle Sicherungs- und Positionierungssysteme (Oberkörper, Unterschenkel, Fuß), höhere Kippsicherheit ect.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fahren bei geteilter Aufmerksamkeit ?</b> (vorgesehener Einsatz im Straßenverkehr ?)</li> </ul> <p><b>Prüfung der Zweckmäßigkeit:</b> Ist der Versorgungsvorschlag des LE medizinisch-technisch geeignet, das individuelle Versorgungsziel zu erreichen ?</p> <p><b>Bestimmungsgemäße und sichere Nutzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist dem Vers. - unter Berücksichtigung seiner Funktionsdefizite - eine ausreichend sichere Bedienung und bestimmungsgemäße Nutzung möglich? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Am vorgesehenen Einsatzort?</li> </ul> </li> <li>▪ Sind unter sozialmed. Aspekten ggf. Einschränkungen für den Einsatzort zu formulieren ? (Risikoabwägung) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Z.B. Empfehlung einer Nutzung nur im geschützten Bereich (Innenhof, verkehrsberuhigte Straße)</li> <li>○ Auf Grund psychokognitiver Einschränkungen, epileptischer Anfälle, Verhaltensauffälligkeiten ect. mit hieraus resultierender erhöhter Selbst- und Fremdgefährdung</li> </ul> </li> <li>▪ Ist unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen die Anwesenheit einer Aufsichts- bzw. Hilfsperson erforderlich? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temporär zum Erlernen des Fahrradfahrens?</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

- Dauerhaft auf Grund bestehender psychomotorischer Funktionsdefizite?

Zusätzliche Angaben bei der **Restkraftverstärkung:**

- Zusätzliche Angabe zur Muskelkraft und -ausdauer
- Ggfs. vergleichende Erprobung zum Therapiedreirad mit Fußpedalantrieb

## Anlass 23 Orthesen / Schienen

01. Vor- und Mittelfuß	Sachermittlung durch die Kasse:	Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:
02. Sprunggelenk	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li><li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose</li></ul> <b>Angaben zu</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Funktionsdefizite:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bewegungsumfang Neutral-Null</li><li>○ Kraftgrad nach Janda</li></ul></li><li>• Deformitäten</li><li>• Aktuelle Mobilität</li><li>• Bisherige Orthesenversorgungen,</li><li>• Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li><li>• Versorgungsziel</li></ul>



### 03. Fuß

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
  
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen
  - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
- Versorgungsziel
  
- **Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:**
  - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
  - Physiotherapiebericht
- **Bei habituellem Zehengang:**
  - Physiotherapiebericht
- **Bei (Ring-) Orthesen bei Knick- Senkfuß:**
  - Fotodokumentation

#### 04. Knie

##### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht

##### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Diagnose
  - Befund
  - Funktionsdefizite:
    - Bewegungsumfang Neutral-Null
    - Kraftgrad nach Janda
  - Deformitäten
  - Aktuelle Mobilität
  - Bisherige Hilfsmittelversorgung
    - Bisherige Orthesenversorgungen,
    - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
  - Versorgungsziel
- Bei maßgefertigten Knieorthesen**  
(Varus-/Valgusfehlstellungen, adipöse Beine):
- Fotodokumentation
- Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:**
- Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
  - Physiotherapie?

## 05. Hüfte

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha:  
Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen:  
OP-Bericht

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen,
  - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität  
(z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
- Versorgungsziel

## 06. Bein

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha:  
Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen:  
OP-Bericht

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
  
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen,
  - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
- Versorgungsziel
  
- Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:**
  - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
  - Physiotherapiebericht
- Bei C-Brace:**
  - Erprobungs- Dokumentation (Videodoku) mit DTO (dynamische Testorthese).
  - Ggf. vergleichend mit bisheriger Orthesenversorgung

## 07. Hand

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
  - Befund
  - Funktionsdefizite:
    - Bewegungsumfang Neutral-Null
    - Kraftgrad nach Janda
  - Deformitäten
  - Aktuelle Mobilität
  - Bisherige Hilfsmittelversorgung
    - Bisherige Orthesenversorgungen
  - Versorgungsziel
- Bei Silikonorthesen:**
- Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung.
- Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:**
- Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
  - Physiotherapie?

## Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Rechte Hand       Linke Hand       Beide Hände

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

-----

Angaben zu Greifeinschränkungen und Kraftgrad:

-----

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

Angaben zu Heilmitteltherapien:                      Physiotherapie: .....                      Ergotherapie:.....

Bisherige Versorgungen mit Hilfsmitteln bei Greifeinschränkung: .....

Sonstiges:.....

## 08. Ellenbogen

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.
- Physiotherapiebericht

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
  
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen
  
- Versorgungsziel
  
- Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:**
  - Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
  - Physiotherapie?

## 09. Schulter

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
  
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen
  
- Versorgungsziel



## 10. Arm

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen
- Versorgungsziel

### Bei Quengelorthesen/Redressions-Orthesen:

- Ausschluss einer knöchernen/ strukturellen Kontraktur
- Physiotherapie?

### Bei Silikonorthesen:

- Mitteilung der zu erwartenden Funktionsverbesserung

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Fachärztlicher Bericht:  
Neurologie
- Krankenhausbericht, Ambulanz-  
oder Reha E-Bericht  
(sofern vorhanden)
- Videodokumentation der  
Testung/ Untersuchung auf  
Eignung (die im Vorfeld der Verordnung/  
Beantragung durchgeführt wird)
- Patientenerhebungsbogen des  
technischen Leistungserbringers  
(sofern von diesem angefertigt)

**Hinweis an die Kasse:**

*Vom Hersteller wird nach erstmaliger  
Testung auf Eignung (zur Klärung ob  
Ausschlusskriterien vorliegen, die ein  
Ansteuern/ Benutzen der Orthese nicht  
möglich machen) eine Erprobung über  
einen Zeitraum von 6 Monaten  
empfohlen - sofern primär keine  
Kostenübernahme für eine definitive  
Versorgung erfolgt.*

*Entsprechend werden die Mietkosten für  
das MyoPro System für 6 Monate*

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund mit konkreten Angaben zu Funktionsdefiziten des betroffenen  
Arms, incl. Schultergelenk
  - Bewegungsumfang, z.B. nach Neutral-Null- Methode
  - Kraftgrade, z.B. nach Janda
  - Spastik, z.B. nach Ashworth Skala
  - Deformitäten
- Angaben zur Funktionalität des kontralateralen Arms
- Angabe des konkreten Versorgungsziels:  
Welche alltagrelevanten Tätigkeiten/Verrichtungen sollen mit der  
MyoPro Orthese durchgeführt werden?
- Angaben zur Mobilität (Gehfähigkeit)

Der MD WL empfiehlt eine Vorlage des Falles vor Einleitung einer  
kostenpflichtigen Erprobung.

Im Rahmen der Erstvorlage wird geprüft, ob im Einzelfall

- die medizinischen und orthopädiotechnischen Voraussetzungen für den  
angestrebten Ausgleich vorhandener Funktionseinschränkungen vorliegen  
und
- ob andere geeignete Versorgungsalternativen in Frage kommen.

	<p><i>angeboten - ein anderer Erprobungszeitraum ist derzeit herstellerseitig nicht vorgesehen.</i></p> <p><i>Sozialmedizinisch und orthopädie-technisch wird beim MD WL - sofern die Voraussetzungen für eine Erprobung mit Gebrauchsschulung/ ADL-Training vorliegen - primär ein Erprobungszeitraum von 3 Monaten als ausreichend angesehen - mit der Möglichkeit einer weiteren Verlängerung des Zeitraums bis 6 Monate (nach Erfordernis).</i></p>	<p>Liegen die entsprechenden Voraussetzungen (anatomische Voraussetzungen, persönliche Voraussetzungen, Akzeptanz ect.) vor, erprobt der Vers. das Produkt über einen definierten Zeitraum. Die Erprobung umfasst eine Gebrauchsschulung und ADL- Training.</p> <p>Nach erneuter Beauftragung durch die Kasse erfolgt eine Begutachtung mit medizinischer und orthopädietechnischer Bewertung von Gebrauchsvorteilen und Eignung im Einzelfall.</p> <p>Bei positivem Ergebnis wird im Gutachten eine Versorgungsempfehlung ausgesprochen.</p> <p>Kann ein positives Votum nicht ausgesprochen werden, werden im Einzelfall geeignete Versorgungsalternativen herausgearbeitet und im Gutachten benannt. Der/die Versicherte wird beraten</p>
--	---	--

11. Leib/  
Rumpf

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.
- Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen,
  - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
- Versorgungsziel

<p>12. Halswirbelsäule</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befund</li> <li>• Funktionsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> </ul> </li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Aktuelle Mobilität</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>○ Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> </li> <li>• Versorgungsziel</li> </ul>
--------------------------------	---	--

<p>13. Brustwirbelsäule</p> <p>Individuell gefertigte Brustwirbelsäulenorthesen zur Korrektur 23.13.30.</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befund</li> <li>• Funktionsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> </ul> </li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Aktuelle Mobilität</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>○ Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> </li> <li>• Versorgungsziel</li> </ul>
---	---	--

		<p><b>Bei Kielbrustorthese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anatomischer Befund?</li> <li>▪ Ausprägung der Kielbrust?</li> <li>▪ Beschwerden und/oder Funktionsbeeinträchtigungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Schmerzen? Druckschmerz?</i></li> <li>○ <i>Bewegungseinschränkungen?</i></li> <li>○ <i>Assoziierte Skoliose oder Kyphose?</i></li> </ul> </li> <li>▪ Therapieziel?</li> <li>▪ Bisherige Hilfsmittelversorgungen?</li> <li>▪ Physiotherapiebericht</li> <li>▪ Fotodokumentation</li> </ul> <p><b>Bei Trichterbrustorthese/ Saugglocke:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anatomischer Befund?</li> <li>▪ Ausprägung der Trichterbrust? Haller-Index?</li> <li>▪ Beschwerden und/oder Funktionsbeeinträchtigungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Schmerzen? Druckschmerz?</i></li> <li>○ <i>Bewegungseinschränkungen?</i></li> <li>○ <i>Assoziierte Skoliose oder Kyphose?</i></li> <li>○ <b><i>Kardiopulmonale Einschränkungen?</i></b> <b><i>Kardiale Beeinträchtigung z.B. bei Belastung ?</i></b> <b><i>Lungenfunktion?</i></b></li> </ul> </li> <li>▪ Therapieziel?</li> <li>▪ Bisherige Orthesenversorgungen?</li> <li>▪ Physiotherapiebericht</li> <li>▪ Fotodokumentation</li> </ul> <p><b>Bei Angabe psychischer Beeinträchtigungen wird Vorlage einer psychologischen Stellungnahme empfohlen</b></p>
--	--	--

<p>14. Lendenwirbelsäule</p>	<p>Sachermittlung durch die Kasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht.</li> </ul>	<p>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antragsrelevante Diagnose</b></li> <li>• Befund</li> <li>• Funktionsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> </ul> </li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Aktuelle Mobilität</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>○ Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> </li> <li>• Versorgungsziel</li> </ul>
------------------------------	--	--



## 15. Wirbelsäule

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Funktionsdefizite:
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Deformitäten
- Aktuelle Mobilität
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
  - Bisherige Orthesenversorgungen,
  - Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)
- Versorgungsziel

#### **Inputorthesen (Spio, SDO, GPS):**

- Physiotherapiebericht
- Angaben zu bisherigen Orthesenversorgungen
- Angaben zu Mobilitäts- und Sitzhilfen

#### **Reklinationsorthesen 23.15.31.0.:**

- Bisherige Therapien?
- Physiotherapie?

#### **Skolioseorthesen 23.15.31.1:**

- Risser Zeichen
- Cobb- Winkel
- bisherige Therapien/Physiotherapie?

## Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose(n):

Größe:                      Gewicht:

Wann wurde erstmalig eine Wirbelsäulenverkrümmung diagnostiziert (Erstdiagnose):

Sonstige Entwicklungsstörungen:

Körperliche Entwicklung/Reife bzw. Pubertätsmerkmale:

Angaben zum Wachstumsverlauf/-schub:

Menarche/Stimmbruch:

Schulterstand:                      Beckenstand:                      Beinlängendifferenz:

Brust- und Tailen - 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:

<p>29. Ganzkörper</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bei Verordnungen aus einem SPZ, Krankenhaus oder Reha: Ambulanz- oder Entlassbericht.</li> <li>• Bei Post-OP Versorgungen: OP-Bericht</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befund</li> <li>• Funktionsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> </ul> </li> <li>• Deformitäten</li> <li>• Aktuelle Mobilität</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>○ Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> </li> <li>• Versorgungsziel</li> </ul>
-----------------------	--	--

<p>Motorbetriebene Gehapparate - Exoskelette: 23.09.01.2</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Neurologie</li> <li>• Klinikberichte</li> <li>• Rehabilitationsberichte</li> <li>• Heilmittelversorgung (aktuell)</li> <li>• Hilfsmittelversorgung (aktuell)</li> <li>• Ärztliche Unbedenklichkeits- bescheinigung zum Gangtraining</li> <li>• Knochendichtemessung</li> <li>• Pflegegutachten (bei Wohnort außerhalb WL)</li> <li>• Videodokumentation der Erprobung</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> <li>• Befund</li> <li>• Funktionsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> <li>- Liegen Spastiken vor?</li> <li>- Ggf. Spastikgrad modifiziert nach Ashworth</li> </ul> </li> <li>• Aktuelle Mobilität</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Orthesenversorgungen,</li> <li>○ Zusätzliche RehaHilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Sitzschale, Stehständer, Gehhilfen)</li> </ul> </li> <li>• Bestimmungsgemäße und sichere Nutzung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist dem Vers. eine bestimmungsgemäße und sichere Nutzung möglich</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

## Anlass 24 Beinprothesen

### 01. Vor- und Mittelfuß

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/  
Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei  
Interimsversorgungen:  
OP-Bericht /  
Entlassbericht
- Fotodokumentation

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache
- Angaben zu
  - Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Angabe von Deformitäten
- Angaben zur kontralateralen Seite
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Art der bisherigen Prothesenversorgungen
- Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

### 03. Fuß

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/  
Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei Interimsversorgungen:  
OP-Bericht / Entlassbericht
- Fotodokumentation

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache
- Angaben zu
  - Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- 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)

#### 04. Knie

##### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei Interimsversorgungen:  
OP-Bericht / Entlassbericht
- Reha-Entlassungsbericht:  
(Bericht von vorausgegangenen  
prothesenspezifischen  
Rehabilitation)

##### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Erkrankung/ Amputationsursache
- Angaben zu
  - Genaue Amputationsart/Gelenklinie/Amputationsniveau
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Angabe von Deformitäten
- Angaben zur kontralateralen Seite
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Art der bisherigen Prothesenversorgungen
- Zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität  
(z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

## 05. Hüfte

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache
- Amputationsniveau (Hüftex/ Pseudohüftex/Hemipelvektomie)
- Angabe von Deformitäten/Narbenarealen
- Angaben zur kontralateralen Seite/Rumpf
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Bisherige Prothesenversorgungen
- Zusätzliche Reha hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden



## 71. Unterschenkel

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/ Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei Interimsversorgungen: OP-Bericht / Entlassbericht
- Fotodokumentation
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Angabe der Grunderkrankung/ Amputationsursache/ Stumpflänge
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null, Kraftgrad nach Janda)
  - Angaben zur kontralateralen Seite
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Bisherige Prothesenversorgungen
- zusätzliche Reha-Hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden

## 72. Oberschenkel

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag/  
Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Bei Interimsversorgungen:  
OP-Bericht / Entlassbericht
- Fotodokumentation.
- Videodokumentation der  
bisherigen  
Versorgung/ einer Testversorgung

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Angabe der Grunderkrankung/ Amputationsursache/Stumpflänge
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda)
- Angaben zur kontralateralen Seite
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Bisherige Prothesenversorgungen
- Zusätzliche Reha hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Fotodokumentation  
(Stumpf und ggf. Vorversorgung)
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung

<p>73. Fuß-Passteil</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag Einzelkalkulation</li> <li>• Profilerhebungsbogen</li> <li>• Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer Testversorgung falls vorhanden</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/ Stumpflänge</li> <li>• Angabe von Funktionsdefiziten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsumfang Neutral-Null</li> <li>- Kraftgrad nach Janda</li> </ul> </li> <li>• Angaben zur aktuellen Mobilität</li> <li>• Angaben zur kontralateralen Seite</li> <li>• Bisherige Passteilversorgungen</li> <li>• Stellungnahme des Versicherten/LE: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Warum ist das bisherige Passteil nicht mehr ausreichend?</li> <li>○ Erwartungen an beantragtes Passteil?</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------	---	---

74. Kniegelenk-  
Passteil

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag  
Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Videodokumentation

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/  
Stumpflänge
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Angaben zur kontralateralen Seite
- Bisherige Passteilversorgungen
- Videodokumentation der bisherigen Versorgung/ einer  
Testversorgung
- Stellungnahme des Versicherten/LE:
  - Warum ist das bisherige Passteil nicht mehr ausreichend?
  - Erwartungen an beantragtes Passteil?

79.03. Funktions-  
Adapter/Elemente

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Profilerhebungsbogen

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge
- Angabe von Funktionsdefiziten
  - Bewegungsumfang Neutral-Null
  - Kraftgrad nach Janda
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Angaben zur kontralateralen Seite
- Bisherige Passteilversorgungen
- Zusätzliche Reha hilfsmittelversorgungen zur Mobilität (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen)
- Begründung der Notwendigkeit durch LE

#### 79.04. Liner

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Einzelkalkulation
- Profilerhebungsbogen
- Fotodokumentation

#### Bei **Maßliner**:

- Angabe der Grunderkrankung(en)/ Amputationsursache/Stumpflänge
- Angaben zur aktuellen Mobilität
- Bisheriger Liner
- Begründung für Notwendigkeit eines Maßliners
- Maßblatt
- Fotodokumentation (Stumpf und ggf. Vorversorgung)

79.06. Unterdruck  
Systeme für Liner ohne  
Distalanschluss/Cushio  
n-Liner

**Bei aktivem Unterdrucksystem:**

- Begründung der Notwendigkeit/warum passives Unterdrucksystem nicht ausreicht
- Angaben zu Stumpflänge
- Angaben zur Mobilität
- Angaben zur vorhandenen Prothesenversorgung/sonstige Passteile





Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist die Versicherte/der Versicherte psycho-kognitiv und körperlich in der Lage, diese Gebrauchsvorteile im Alltag zu nutzen:  ja  nein

Erprobung der beantragten Versorgung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Stumpflänge:  lang  mittel  kurz  ultrakurz

Stumpfreifung abgeschlossen:  ja  nein

Belastbarkeit/Kraftentfaltung Stumpf: \_\_\_\_\_

Besonderheiten des Stumpfes: \_\_\_\_\_

Weitere Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise/Ergänzungen: \_\_\_\_\_

## Anlass 25 Sehhilfen

Brillengläser,  
Kontaktlinsen,  
vergrößernde  
Sehhilfen

### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Augenheilkunde
- Anpassbericht des Optikers

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

- Gesichtsfeldbefunde  
(kinetische Perimetrie, z. B. Goldmann-Perimetrie)
- Befunde zum Visus
  - für die Ferne und Nähe,
  - bestkorrigiert,
  - rechtes (RA) und linkes Auge (LA),
  - ggf. binokular
  - inkl. benötigter Refraktionswerte
- Vorder- und Hinterabschnittsbefunde rechtes und linkes Auge
- Verordnung einer elektronischen Sehhilfe bei einer Sehschärfe/Visus 0,2 und besser:
  - Reihenoptotypenvisus und
  - genaue Angabe zum entsprechenden Vergrößerungsbedarf
  - Wie wurde dieser ermittelt ?
- Vorlage eines Gesichtsfeldes: wenn VO begründend
- Beschreibung der klinischen Befunde der vorderen und/oder hinteren Augenabschnitte: wenn VO begründend

Angabe weiterer klinischer Daten/Befunde, wenn für die Begründung der Verordnung gemäß HilfsM-RL erforderlich:

- Konkrete Beschreibung und Mitteilung der verordnungsbegründenden Diagnose/ Befund (inbes. §§ 14, 17 HilfsM-RL): z.B.
  - Konkrete Angabe der Diagnose

		<ul style="list-style-type: none"><li>○ Beschreibung des klinischen Befundes und der Symptomatik.</li> <li>○ Konkrete Angabe der Genese/Ursache der Diplopie;</li><li>○ Angabe, ob ein stabiler Befund des Schielwinkels besteht.</li> <li>○ Angabe zu Hornhaut-Radien der Hornhautoberfläche und</li><li>○ Hornhaut-Pathologie.</li></ul>
--	--	--

## **Profilerhebungsbogen:**

### **Augenärztliche Diagnose:**

rechtes Auge (RA):

linkes Auge (LA):

### **Bestkorrigierter Fernvisus inkl. benötigter Refraktionswerte:**

RA:

LA:

binokular:

### **Bestkorrigierter Nahvisus (Reihenoptotypenvisus):**

RA:

LA:

binokular:

### **Aktueller Vergrößerungsbedarf (mit Angabe Bestimmungsmethode):**

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

### **Angabe aller vorhandenen Blindenhilfsmittel / Sehhilfen:**

Die Notwendigkeit für das jetzt verordnete Hilfsmittel besteht, weil:

Sonstige Angaben:

## Anlass 26 Sitzhilfen

Sitzschalen,  
konfektioniert  
26.11.01

### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Erprobungsbericht des Leistungserbringers
- Fotodokumentation, sofern vorhanden
- KH-Entlass Bericht(e)
- Rehabilitations-Bericht(e)
- Physiotherapiebericht(e)

### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Diagnose
- Befund
- Angaben zur
  - Sitzfähigkeit,
  - Stehfähigkeit
  - Gehfähigkeit
  - Muskeltonus
  - Wirbelsäulendeformitäten/-verkrümmungen
  - Psychokognitive Störungen
  - Verhaltensauffälligkeiten (z.B. motorische Unruhe)

## Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Bisherige Hilfsmittelversorgung (im Rahmen Behinderungsausgleich):

Was ist das Versorgungsziel:

### Funktionelle Einschränkungen:

#### Stehfähigkeit:

#### Gehfähigkeit:

#### Sitzvermögen:

Muskeltonus:       Hypotonie                       Hypertonie                       Dystonie  
Sitzposition:       Symmetrisch                       Asymmetrisch                       Windschlag                       Kontrakturen

#### Rumpfstabilität:

Kippneigung:       ventral                       rechts                       links

#### Kopfstabilität:

Wirbelsäulendeformität:       keine                       Kyphose                       Skoliose                       Hyperlordose

Adduktorentonus:       unauffällig                       gesteigert                       massiv gesteigert

Funktion und Beweglichkeit:       Obere Extremität:                       Untere Extremität:

#### Psychokognitive Einschränkungen:

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

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

Sitzschale:             konfektioniert       individuell gefertigt

Ggf. erforderliche Zurüstungen :

Warum ist eine 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  
26.46.01

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Orthopädie
- KH-Entlass Bericht(e)
- Rehabilitations-Bericht(e)
- Physiotherapiebericht(e)

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsbegründende Diagnose
- Art des operativen Eingriffes (bei postop. Versorgung)  
mit Datum der Op.
- Aktueller Befund/Einschränkungen (Hüfte, Knie, Rücken)
- Versorgungsziel ?
- Welche definierte Sitzposition soll eingenommen werden?  
Temporär postoperativ? Langfristig?
- Mit welchen Hilfsmitteln ist der Vers./die Vers. bislang versorgt?  
(Sitzhilfen, ggf. Mobilitätshilfen)
- Warum scheidet als Versorgungsalternative ein handelsübliches  
Kissen oder Keilkissen aus?



## Profilerhebungsbogen:

Antragsbegründende Diagnose:

Pat. Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Art des operativen Eingriffs (bei postoperativer Versorgung):

\_\_\_\_\_

Op. am : \_\_\_\_\_

Befund bzw. funktionelle Einschränkungen:

\_\_\_\_\_

Stehfähigkeit: \_\_\_\_\_

Gehfähigkeit: \_\_\_\_\_

Sitzvermögen: \_\_\_\_\_

Befund Hüftgelenk:

Beugung/Streckung: \_\_\_\_\_

Befund Kniegelenk:

Beugung/Streckung: \_\_\_\_\_

Befund Rücken: \_\_\_\_\_

Versorgungsziel:

Welche definierte Sitzposition soll eingenommen werden ?

---

Über welchen Zeitraum?

Temporär postop.

Langfristig

---

Bisherige Hilfsmittelversorgung (Sitzhilfen, Mobilität) :

---

Versorgungsalternativen:

Warum scheidet als Versorgungsalternative ein handelsübliches Kissen oder Keilkissen aus?

---

Anlass 27 Sprechhilfen

Sachermittlung durch die Kasse:

Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

## Anlass 28 Stehhilfen

	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b>
Stehständer 28.29.01	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Stellungnahme des Verordners</li><li>• Fachärztliche Stellungnahme: Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, SPZ</li><li>• Stellungnahme des technischen Leistungserbringers</li><li>• Videodokumentation zur Erprobung</li></ul>	<p>Angaben zu</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Erkrankung</li><li>• Relevante Comorbiditäten</li><li>• Therapie- bzw. Versorgungsziel</li><li>• Bisherige Therapiemaßnahmen? Mit welchem Erfolg/Ergebnis?</li><li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung</li><li>• In welchem Umfeld soll das Gerät eingesetzt werden (vorgesehener Anwendungsort)?</li><li>• Relevante Kontextfaktoren <i>(Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation, Fremdhilfeabhängigkeit)</i></li></ul>
Stehständer feststehend 28.29.01.0		
Stehständer fahrbar 28.29.01.1		
Stehständer zur Wandmontage 28.29.01.2		
Stehständer zur selbständigen Fortbewegung 28.29.01.3		
Schrägliegebretter mit Kippvorrichtung 28.29.02		
Schrägliegebretter feststehend 28.29.02.0		
Schrägliegebretter fahrbar 28.29.02.1		

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme des Verordners
- Fachärztliche Stellungnahme: Neurologie  
Neuropädiatrie oder SPZ  
Orthopädie
- Stellungnahme des technischen Leistungserbringers
- Videodokumentation zur Erprobung

**Hinweis:**

*Das Wirkprinzip umfasst eine Kombination bekannter*

*Verfahren:*

- *Stehtraining*
- *Bewegungstraining*
- *Anbahnung einer Gehbewegung unter Eigengewicht und achsgerechter Belastung.*

*Laut Beschluss des G-BA vom 12. Januar 2023 handelt es sich*

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Antragsrelevante Erkrankung
- Relevante Comorbiditäten
- Therapie- bzw. Versorgungsziel
- Bisherige Therapiemaßnahmen? Mit welchem Erfolg/Ergebnis?
- Bisherige Hilfsmittelversorgung
- In welchem Umfeld soll das Gerät eingesetzt werden (vorgesehener Anwendungsort)? (*Häusliches Umfeld ? Rehabilitation ?*)
- Relevante Kontextfaktoren (*Betreuungs- bzw. Pflegesituation, Fremdhilfeabhängigkeit*)

**Stellungnahme des Verordners:**

Was ist das Versorgungs- bzw. Therapieziel?

Bisherige Hilfsmittelversorgung im Rahmen Stehtraining? Gehtraining? Bewegungstraining?

Warum reicht die bisherige Versorgung nicht aus?

Welche Gebrauchsvorteile bzw. positiven Therapieeffekte resultieren durch Anwendung des Innowalk im Einzelfall?

**Hinweise auf Kontraindikationen/Anwendungseinschränkungen:**

Angaben zu ggf. vorhandenen

- Hautläsionen

*bei dem Einsatz des Innowalk für das Steh- und Gehtraining bei ausgeprägten Funktions-einschränkungen der unteren Extremitäten **nicht** um einen untrennbaren Bestandteil einer neuen Untersuchungs-oder Behandlungsmethode.*

*Das Produkt ist (noch) nicht im Hilfsmittelverzeichnis des GKV SV gelistet.*

*Der Hersteller nennt aktuell für den Innowalk auf seiner Internetseite die Produktart 28.29.01.0 – „Stehständer, feststehend“ als Bezug zum Hilfsmittelverzeichnis*

*Grundsätzlich obliegt die Zuordnung des Wirkprinzips zu den im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produktartindikationen der Bewertung des GKV-SV.*

- Deformitäten (der Wirbelsäule und untere Gliedmaßen)
- schwere oder manifestierte Kontrakturen in den unteren Extremitäten
- Osteoporose
- Gelenkinstabilität in den unteren Gliedmaßen (Hüften, Knie und Knöchel)
- Durchblutungsstörungen
- Atemwegserkrankungen
- Herzerkrankungen
- Epilepsie
- Schwere Spastik
- Schmerzen im Stehen oder beim Bewegen der unteren Extremitäten

Anlass 29 Stomaartikel

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 30 Hilfsmittel zum Glukosemanagement

Gemäß **GBA-Beschluss** darf die Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden:

- **Bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden,**
- **Insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können und**
- **wenn die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung (s. u.) vorliegen.**

**Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Versicherten entsprechend des jeweiligen Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegen und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuern.**

Für die sozialmedizinische Begutachtung sollte vom Versicherten ein (ggf. auch digitales) Blutzuckertagebuch vorgelegt werden. Hieraus ist im Regelfall abzuleiten, ob tatsächlich eine intensivierte Insulintherapie erfolgt.

### **Erfolgt eine intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) ?**

Die intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) nutzt das Basis-Bolus-Konzept. Ein-oder zwei x täglich wird der basale Insulinbedarf mit einer Injektion von Verzögerungsinsulin gedeckt (Basalinsulin). Zusätzlich wird vor den Mahlzeiten ein kurzwirksames Insulin injiziert (Bolusinsulin). Die Dosis wird vom Versicherten errechnet und ist abhängig vom aktuellen Blutzucker, dem Kohlenhydratanteil der geplanten Mahlzeit, geplanten Aktivitäten und aktueller Situation (Stress, Autofahrt geplant, fieberhafter Infekt u.v.m.).



### 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.

Analogoninsulin z.B. Insulin glargin (Toujeo, Lantus), Insulin detemir (Levemir), Insulin deglutek (Tresiba), Insulin glargin- biosimilar (Abasaglar)

### Beispiele für kurzwirkende Insuline (Bolusinsulin):

Normalinsulin (z.B. Actrapid<sup>®</sup>, Berlinsulin<sup>®</sup> H normal, Huminsulin<sup>®</sup> normal, Insuman rapid<sup>®</sup>)

Analoginsulin (Insulin aspart (Fiasp, Novorapid), Insulin glulisin (Apidra) und Insulin lispro (Humalog, Liprolog, Lyumjev)

Während die Gabe von Basalinsulin für den Grundbedarf festgelegt ist, gibt es für das Bolusinsulin einen Faktor, den sogenannten BE- bzw. KH Faktor - z.B. 1IE/BE. Dies besagt, dass eine Insulineinheit zur Abdeckung einer BE benötigt wird. Dieser Faktor sollte für die Begutachtung ebenfalls mitgeteilt werden.

**Die pauschale Angabe des Verordners, dass eine ICT erfolgt, reicht nicht aus.**

**Es sollte vielmehr erkennbar sein, dass**

- **2 Insulinarten eingesetzt werden und**
- **dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern**
- **dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird**

**Hinweis:** Wenn in den Arzneimittelverordnungsdaten lediglich ein Insulin aufgeführt ist und der Versicherte keine Pumpentherapie durchführt (dabei wird nur schnelles Insulin verwendet, also eine Insulinart), kann es sich in Sonderfällen trotzdem um eine intensivierete Insulintherapie handeln.

Die supplementäre Insulintherapie (SIT) ist eine mahlzeitenbezogene Therapie ohne Unterstützung eines Basalinsulins.

Sie zielt speziell darauf ab, Blutzuckeranstiege nach dem Essen (postprandial) abzufangen. Es wird meist zu jeder Hauptmahlzeit Normalinsulin oder ein kurzwirksames Insulinanalogon, adaptiert an Glukosewerte und Kohlenhydratmengen, gespritzt. So sind flexible und spontane Essensgewohnheiten möglich. Es kann eine Anpassung an Schichtarbeit und stark wechselnde körperliche Belastung erfolgen. Es besteht ein erhöhter Schulungsaufwand und ein relativ hohes Hypoglykämierisiko.

Insulinpumpen  
30.29.04

#### Sachermittlung durch die Kasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Diabetologische Stellungnahme zur **Versorgung mit Insulinpumpe**
- Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen ggf. als digitale Dokumentation
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

**Die sozialmedizinische Bewertung von Diabetestechnologien erfordert Sachermittlung beim Diabetologen/in und Versicherten!**

**Die sachgerechte sozialmedizinische Bewertung erfordert**

- **eine diabetologische Stellungnahme und**
- **eine aussagekräftige und aktuelle Dokumentation zur Stoffwechseleinstellung (aktuelles BZ- bzw. ICT-Tagebuch) des/der Vers.**

**Letztere ist bei dem/der Versicherten zu ermitteln, da diese dem/der Verordner(in) i.d.R. nicht vorliegt!**

Es sollte erkennbar sein, dass

- 2 Insulinarten eingesetzt werden und
- dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern
- dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird

#### Fachärztlicher Bericht Diabetologe\*in

- Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus
- Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname)
- Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung:
  - Angabe zu Hypoglykämien
  - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ?

- HbA1c der letzten 12 Monate
- Individuelles Therapieziel
- Bisherige Therapiemodifikationen?
- Bisherige Schulungsmaßnahmen?
- Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik)
- Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.
- Ist der/ die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Hilfsmittels 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 ....?

**Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:**

- Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Verordners im Einzelfall bedarfsgerecht und geeignet?
- Ist ein (Advanced) Hybrid Closed Loop-System (AID) geplant ?
- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten?  
(Insulinpumpe, CGM, Algorithmus etc.)

**ICT-Tagebuch des/der Vers. über mindestens 2 Wochen**

- Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit mit konkreten Angaben zur erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE
- Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis)
- Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel
- Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit

**Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:**

- **Vorlage Übersichtsblatt mit**
  - Angaben zum Messzeitraum,
  - Time in Range
  - Glucosevariabilität
  - Mittelwerten
  - Sensornutzung in %
- **BZ-Tagesprotokolle der letzten 2 Wochen**

**Insulinpumpentherapiesysteme**  
**30.29.05**

**Insulin-Patch-**  
**Pumpentherapie-Systeme**  
**30.29.06**

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Diabetologische Stellungnahme zur **Versorgung mit**
  - **Insulinpumpe**
  - **Insulinpumpentherapiesystem**
  - **CGM**
- Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen ggf. als digitale Dokumentation
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

**Die sozialmedizinische Bewertung von Diabetestechnologien erfordert Sachermittlung beim Diabetologen/in und Versicherten!**

**Die sachgerechte sozialmedizinische Bewertung erfordert**

- **eine diabetologische Stellungnahme und**
- **eine aussagekräftige und aktuelle Dokumentation zur Stoffwechseleinstellung (aktuelles BZ- bzw. ICT-Tagebuch) des/der Vers.**

**Letztere ist bei dem/der Versicherten zu ermitteln, da diese dem Verordner i.d.R. nicht vorliegt!**

Es sollte erkennbar sein, dass

- 2 Insulinarten eingesetzt werden und
- dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern
- dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird

**Fachärztlicher Bericht Diabetologe\*in**

- Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus
- Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname)
- Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung:
  - Angabe zu Hypoglykämien
  - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ?
- HbA1c der letzten 12 Monate
- Individuelles Therapieziel

- Bisherige Therapiemodifikationen?
- Bisherige Schulungsmaßnahmen?
- Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik)
- Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.
- Ist der/ die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Hilfsmittels 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 ....?

**Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:**

- Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Verordners im Einzelfall bedarfsgerecht und geeignet?
- Ist ein (Advanced) Hybrid Closed Loop-System (AID) geplant ?
- Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten?  
(Insulinpumpe, CGM, Algorithmus)

**ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen mit Angaben zu:**

- Blutzuckerwerten mit Uhrzeit
- Angaben zu konsumierten BE/KE mit Uhrzeit
- Angabe zu allen erfolgten Insulingaben (Basis-/Bolus-/Korrektur-Insulin) mit Uhrzeit
- Besondere Situationen, Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit

**Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:**

- **Vorlage Übersichtsblatt mit**
  - Angaben zum Messzeitraum,
  - Time in Range
  - Glucosevariabilität
  - Mittelwerten
  - Sensornutzung in %
- **BZ-Tagesprotokolle der letzten 2 Wochen**

## Profilerhebungsbogen

Diabetestyp mellitus:             Typ 1             Typ 2             Sonstiger

Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : \_\_\_\_\_

Größe:                                  Gewicht:

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

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

Therapieplan der ICT:  
\_\_\_\_\_

BE-Faktor:                                  Korrektur-Faktor:                                  Basalinsulin:

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

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

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

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

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

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

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.: \_\_\_\_\_

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

Liegt ein Pflegegrad vor? \_\_\_\_\_



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

---

**Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:**

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

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

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

Sonstiges/weitere Hinweise: \_\_\_\_\_

CGM-Systeme  
30.43.01

### Sachermittlung durch die Kasse

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Stellungnahme Verordner:  
Diabetologische Stellungnahme zur **Versorgung mit CGM**
- Blutzucker- bzw. ICT-Tagebuch des Vers. über mindestens 2 Wochen ggf. als digitale Dokumentation
- Ggf. KH-Entlass Bericht(e)

### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

Die sozialmedizinische Bewertung von Diabetestechnologien erfordert Sachermittlung beim Diabetologen/in und Versicherten!

Die sachgerechte sozialmedizinische Bewertung erfordert

- eine diabetologische Stellungnahme und
- eine aussagekräftige und aktuelle Dokumentation zur Stoffwechseleinstellung (aktuelles BZ- bzw. ICT-Tagebuch) des/der Vers.

Letztere ist bei dem/der Versicherten zu ermitteln, da diese dem Verordner i.d.R. nicht vorliegt!

Es sollte erkennbar sein, dass

- 2 Insulinarten eingesetzt werden und
- dass das kurzwirksame Insulin nicht nach festem Schema(Dosisliste) gespritzt werden, sondern
- dass das schnell wirksame Mahlzeiteninsulin nach BE-Faktoren mit Korrekturregel gespritzt wird

Fachärztlicher Bericht Diabetologe\*in

- Typ und Erstdiagnose des Diabetes mellitus
- Angabe der verwendeten Insuline (Arzneimittelname)
- Konkrete Probleme der Blutzuckereinstellung:
  - Angabe zu Hypoglykämien
  - ohne bzw. mit Fremdhilfebedarf ?

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• HbA1c der letzten 12 Monate</li> <li>• Individuelles Therapieziel</li> <li>• Bisherige Therapiemodifikationen?</li> <li>• Bisherige Schulungsmaßnahmen?</li> <li>• Relevante Comorbiditäten, Folgeerkrankungen, Spätkomplikationen, Einschränkungen (z.B. psychiatrische Erkrankungen, Visuseinschränkung, Feinmotorik)</li> <li>• Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers.</li> <li>• Ist der/ die Vers. zu einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung des beantragten Hilfsmittels in der Lage?</li> <li>○ Ist die unterstützende Mitwirkung von Hilfspersonen für Blutzuckermessungen, Dosisfindung, Dokumentation und Insulingaben erforderlich?</li> <li>• Liegt ein Pflegegrad vor?</li> <li>• Relevante Kontextfaktoren? Familie, Kindergarten, Schule, Schichtarbeit, Fahrtätigkeiten ....?</li> </ul> <p>Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum ist das verordnete Einzelprodukt aus Sicht des Verordners im Einzelfall bedarfsgerecht und geeignet?</li> </ul> <div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist ein (Advanced) Hybrid Closed Loop-System (AID) geplant ?</li> <li>• Wenn ja, mit welchen Systemkomponenten? (Insulinpumpe, CGM, Algorithmus)</li> </ul> </div>
--	--	--

ICT-Tagebuch des/der Vers. über mindestens 2 Wochen

- Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit mit konkreten Angaben zur erfolgten Insulintherapie und den jeweilig konsumierten BE/KE
- Angabe zu der Insulintherapie (Basis-/Bolus-Insulindosis)
- Korrekturinsulin gemäß Korrekturfaktor und -ziel
- Dosisanpassungsmaßnahmen bei z. B. Sport und Krankheit

Falls rtCGM bereits eingesetzt wird:

Vorlage Übersichtsblatt mit

- Angaben zum Messzeitraum,
  - Time in Range
  - Glucosevariabilität
  - Mittelwerten
  - Sensornutzung in %
- BZ-Tagesprotokolle der letzten 2 Wochen

## Profilerhebungsbogen

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

Diabetes mellitus Erkrankung seit (Erstmanifestation) : \_\_\_\_\_

Größe:                                  Gewicht:

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

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

Therapieplan der ICT:  
\_\_\_\_\_

BE-Faktor:                                  Korrektur-Faktor:                                  Basalinsulin:

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

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

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

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

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

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

Angaben zur Therapieadhärenz/ Mitwirkung des Vers. : \_\_\_\_\_

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

Liegt ein Pflegegrad vor? \_\_\_\_\_

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

---

**Begründung des Verordners zur Einzelproduktverordnung:**

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

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

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

Sonstiges/weitere Hinweise: \_\_\_\_\_

## Anlass 31 Schuhe

Orthopädischer  
Maßschuh  
31.03.01

### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Orthopädie, Diabetologie
- KH-Entlass Bericht(e)  
- bei fußchirurgischen. Eingriffen,  
- bei Diabetes mellitus
- Rehabilitations-Bericht(e)
- Physiotherapiebericht(e)

### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

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

## Profilerhebungsbogen

Antragsbegründende Diagnose:

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

Erstverordnung  Folgeverordnung

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

	Kein path. Bef.	Pathologie	Beschreibung
Rückfußdeformität	<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 Diabetikerschutzschuhen 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:**

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

## Anlass 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

Fremdkraft-  
betriebene  
Kniebewegungs-  
trainer  
32.04.01

### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners

### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

#### **Konservative Behandlung:**

- Kurzer ärztlicher Befundbericht
- Physiotherapiebericht

#### **Nach operativen Eingriffen:**

- OP-Bericht (wenn möglich)
- Kurzer Entlassungsbericht der Klinik
  
- Angabe des Pflegegrades  
sofern vorhanden

Anlass 33 Toilettenhilfen

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Anlass 34 Haareratz

**Sachermittlung durch die Kasse:**

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

## Anlass 35 Epithesen

Epithesen

### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Krankenhausbericht
- Fotodokumentation bei vorbestehender Versorgung (Fotos mit und ohne Epithese)

### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

#### **Medizinische Begründung für die Verordnung unter Angabe:**

- der antragsrelevanten Diagnose
- der ggf. stattgehabten operativen Versorgung
- Gibt es eine ggfs. unzureichende oder ungeeignete Vorversorgung?
- Erfolgten ggf. Trageversuche mit (konfektionierten) Versorgungsalternativen? Mit welchem Ergebnis?

## Anlass 36 Augenprothesen

Augenprothesen

### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht:  
Augenheilkunde
- Krankenhausbericht
- Ggf. Fotodokumentation

### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

#### **Angabe zu:**

- Antragsrelevante Diagnose
- der ggf. stattgehabten operativen Versorgung

## Anlass 37 Brustprothese

### Brustprothesen

#### Sachermittlung durch die Kasse:

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Bericht des Verordners
- Fachärztlicher Bericht: Chirurgie, Gynäkologie
- Aussagekräftige Fotodokumentation

#### Auswahlkriterien für eine im Einzelfall geeignete Brustprothese aus med.-technischer Sicht:

Bei der Auswahl sind medizinische, technische und kosmetische (Akzeptanz) Aspekte einzubeziehen:

- Art, Beschaffenheit und Verlauf der Operationsnarbe
- Größe, Form, Optik und Gewicht der Prothese
- Schwindungsverhalten, Rutschsicherheit
- Hautverträglichkeit

#### Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:

##### Aussagekräftiger aktueller Befundbericht:

- Tumornachsorgebericht *oder*
- Krankenhausentlassbericht *oder*
- Rehaentlassungsbericht

##### Befund des Operations-/ Narbengebietes

##### Situationsbeschreibung aus Sicht der Versicherten

- Schilderung der konkreten Problematik beim Tragen der vorhandenen Brustprothese

##### Angaben zur bisherigen Versorgung

- Mit welcher Brustprothese wurde bisher versorgt?  
*(genaue Angaben zu Größe und Form)*

##### Angaben zur Erprobung

- Welche Brustprothesen wurden erprobt?  
*(genaue Angaben zu Größe und Form)*

##### Medizinische Begründung

- Warum individuelle Anfertigung?

##### Technische Begründung

- Warum individuelle Anfertigung?



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. zusätzliche medizinische Probleme wie Lymphödem, Rückenprobleme o.ä</li> </ul>	<p><b>Aussagekräftige Fotodokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Brust / des Brustkorbs</li> <li>• von vorn und von der Seite</li> <li>• mit und ohne Brustprothesenversorgung</li> <li>• mit Prothese im BH unter einem hellen, einfarbigen, glatten Shirt oder Bluse</li> </ul> <p><i>Die (vorhandene oder erprobte Brustprothese) sollte in einen gut passenden und geeigneten BH eingelegt sein</i></p> <p><b>Maßblatt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterbrustmaß</li> <li>• Brustmaß mit Prothese und gut sitzendem BH</li> <li>• halbes Brustmaß jeweils der betroffenen (ohne Prothese/BH) und erhaltenen (im BH) Seite <i>[gemessen von der Brustmitte (Sternum) über die stärkste Stelle der restlichen Brust bis zur Mitte der Wirbelsäule]</i></li> <li>• Bei Schalenprothesen/ Brustteilprothesen zusätzlich mit gut sitzendem BH das Cup-Maß der operierten und nicht operierten Seite <i>[gemessen von der vorderen Mitte des BHs (Brustbein) bis zur Seitennaht]</i></li> <li>• BH Größe</li> </ul>
--	--	--

## **Profilerhebungsbogen:**

### **Aussagekräftiger aktueller Befundbericht:**

- Tumornachsorgebericht oder
- Krankenhausentlassbericht oder
- Rehaentlassungsbericht

### **Befund des Operations-/ Narbengebietes**

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

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

**Medizinische Begründung:** Warum ist eine individuelle Anfertigung erforderlich?

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

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

### **Technische Begründung der individuellen Anfertigung:**

Warum ist eine serielle/ konfektioniert Versorgung, ggf. mit einer individuell zurüstbaren Brustprothese nicht ausreichend?

## Anlass 38 Armprothesen

Armprothesen	<b>Sachermittlung durch die Kasse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie</li><li>• Krankenhausentlassungsbericht bzgl. Amputation</li><li>• Rehabericht bzgl. Amputation</li><li>• Physiotherapiebericht</li><li>• Fotodokumentation Stumpf</li><li>• Profilerhebungsbogen, z.B. von der Bundesfachschule für Orthopädietechnik oder des Vereins zur Qualitätssicherung in der Armprothetik e.V.</li></ul>	<b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angaben zur Amputation (oder Fehlbildung) mit<ul style="list-style-type: none"><li>- Amputationsniveau/- höhe;</li><li>- Amputationsursache;</li><li>- Amputationsdatum</li></ul></li><li>• Befund mit Angaben zu<ul style="list-style-type: none"><li>- Kraftgraden (Janda)</li><li>- Bewegungseinschränkungen (Neutral-Null) der erhaltenen Gelenke der betroffenen Extremität</li><li>- Deformitäten</li><li>- Funktionseinschränkungen</li></ul></li><li>• Angaben zur Länge, Belastbarkeit, Kraftentfaltung, Besonderheiten des Stumpfes</li><li>• Angaben zur Vorversorgung</li><li>• Versorgungsziele</li><li>• Gebrauchsvorteile im Alltag, erzielter Zugewinn</li></ul>
--------------	---	--

## Profilerhebungsbogen:

### Zustandserhebung / Anamnese

Information / Beratung       Test-/ Probeversorgung       Definitivschafft       Weitere Spezifikationen

Definitivversorgung komplett    Service / Reparatur       Sonstiges \_\_\_\_\_

Körpergröße (cm) \_\_\_\_\_      Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_

Spezifische Anforderungen an die Prothese: \_\_\_\_\_

### Klinische Daten

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

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

Betroffene Seite:       rechts       links  
 Rechtshänder       Linkshänder

Ursache:       Trauma       Dymelie       Erfrierung       Diabetes       Tumor       Verbrennung       Arterielle Verschlusskrankheit  
 Sonstige Ursache

Amputationsdatum: \_\_\_\_\_      Datum der Erstversorgung: \_\_\_\_\_

Tragedauer (in Stunden, bei Aktivitäten): \_\_\_\_\_

Therapieziel, Anwendererwartung: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Allgemeiner Gesundheitszustand, weitere Funktionseinschränkungen

Liegen versorgungsrelevante       ja       nein      Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Einschränkungen vor?

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

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

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

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

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

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Untersuchung:**

Bewegungsausmaße/ Kontrakuren:	<u>Schulter</u>	Retro/Ante (50-0-90°)	( ) rechts	( ) links
		Ele (170°)	( ) rechts	( ) links
		Ab/Ad (90-0-45°)	( ) rechts	( ) links
		AR/IR (60-0-30°)	( ) rechts	( ) links

<u>Ellbogen</u>	Ex/Flex (10-0-150°)	( ) rechts	( ) links
-----------------	---------------------	------------	-----------

<u>Handwurzel</u>	Ex/Flex (7-0-80°)	( ) rechts	( ) links
-------------------	-------------------	------------	-----------

Bewegungseinschränkungen der Hand: \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen der Finger: \_\_\_\_\_

Volumenschwankungen: \_\_\_\_\_

(ggfs. Umfangskontrolle)

Weichteilzustand             muskulös             atrophiert  
                                  locker, weich         stark atrophiert

Auffälligkeiten (ggfs. Röntgenbilder): \_\_\_\_\_

Knöchel Prominenzen:     kaum ausgeprägt     ausgeprägt         normal         stark ausgeprägt

Narbeneinziehungen oder Narbenverwachsungen: \_\_\_\_\_

(mit Bilddokumentation / Kommentare)

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

\*Kraftgrad (Janda)

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

Phantomschmerzen:     ja             nein            Wenn auftretend, welche Art: \_\_\_\_\_

Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit des Stumpfes: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

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

**Sachermittlung durch die Kasse:**

- Verordnung
- Kostenvoranschlag
- Patientenmaßblatt
- Fotodokumentation (falls vorhanden)
- Ggf. Korrespondenz zwischen technischem LE, Kasse und Vers.

**Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

- Grund der Evaluation: Was wird bemängelt ?
- Auslieferungszeitpunkt des Hilfsmittels
- Bei Schuhen: Trittspur mit Fußumfangmaßen

## Anlass 90 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV

<p>High-Flow bei Erwachsenen</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung</li><li>• Kostenvoranschlag</li><li>• Bericht des Verordners</li><li>• Fachärztlicher Bericht: Pneumologie Pneumologische Ambulanz</li><li>• Krankenhausbericht</li></ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragsrelevante Diagnose</li><li>• Relevante Comorbiditäten</li><li>• Pulmonale Erkrankung:<ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnose</li><li>- Ausprägung</li><li>- bisheriger Verlauf</li><li>- Art der respiratorischen Insuffizienz <i>Typ I-Hypoxisches Atemversagen und/oder</i> <i>Typ II-Hyperkapnisches Atemversagen</i></li></ul></li><li>• Beatmung und Entwöhnung von der Beatmung (Weaning)</li><li>• Bisherige Formen der Atemunterstützung (z.B. High-Flow, CPAP, NIV)</li><li>• Besteht Sauerstoffbedarf? Kontinuierlich? Temporär? Benötigter Sauerstoffanteil (FiO2)?</li><li>• Erfolgt ein Monitoring im häuslichen Umfeld ?</li><li>• Bisheriges Therapiekonzept</li><li>• Therapieziel?</li></ul>
----------------------------------	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind der Vers. oder Hilfspersonen zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?</li> <li>• <b>Im Rahmen der Sachermittlung ist möglichst zu ermitteln, welche Maskensysteme bisher zur Anwendung kamen (z.B. Mund-Nasenmaske, Fullface-Maske ect.)</b></li> <li>• <b>Bei angegebener Maskenintoleranz: Wie äußert sich die Inakzeptanz? Platzangst? Druckempfinden? Abstimmung Patient – Gerät?</b></li> </ul>
<p>High-Flow bei Früh-und Neugeborenen</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pädiatrie</li> <li>- Neonatologie</li> <li>- Nachsorgeambulanz Neonatologie</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Diagnose</li> </ul> <p><b>Angaben zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühgeburtlichkeit (Frühgeborenes welcher SSW?)</li> <li>• Relevante Comorbiditäten</li> <li>• Pulmonale Erkrankung: Diagnose, Ausprägung, bisheriger Verlauf</li> <li>• Beatmung und Entwöhnung von der Beatmung (Weaning)</li> <li>• Bisherige Formen der Atemunterstützung <i>(z.B. High-Flow, CPAP, NIV)</i></li> <li>• Besteht Sauerstoffbedarf? Kontinuierlich? Temporär? FiO2?</li> </ul>

- Monitoring im häuslichen Umfeld ?
- Bisheriges Therapiekonzept
- Therapieziel ?
- Sind die Eltern in zu bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?

**Hinweis:**

Die Anwendung von High-Flow Therapie im häuslichen Umfeld hat erhöhte Anwendungsrisiken und erfordert eine sorgfältige Nutzen-Risiko Abwägung

Im Rahmen der Sachermittlung ist zu ermitteln,

- die pulmonale Erkrankung des Früh- und Neugeborenen  
*z.B. Bronchopulmonale Dysplasie, Apnoe-Bradykardie Syndrom*
- die medizinische Notwendigkeit einer Atemunterstützung
- bestehender Sauerstoffbedarf
- Warum ist eine Umstellung auf CPAP nicht möglich bzw. nicht gelungen ? (*Med. Begründung*)

Die Entlassung mit High-Flow in die häusliche Versorgung sollte durch ein spezialisiertes Zentrum befürwortet werden (sorgfältige Nutzen-Risiko Abwägung)

<p>Mollii Suit Expulse</p>	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie</li> <li>- Orthopädie</li> </ul> </li> <li>• Bericht des technischen Leistungserbringers zur Anwendungserprobung</li> <li>• Vergleichende Videodokumentation vor und nach ein-/erstmaliger 60-minütiger Stimulation / Testung</li> </ul> <p><b>Produktbeschreibung gemäß Herstellerinformation:</b>  Der EXOPULSE Mollii Suit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ist ein Neuromodulationsanzug, der das Prinzip der transkutanen Elektrostimulation nutzt.</li> <li>- es erfolgt eine Niedrigenergie-Elektrostimulation - 20 Volt und 20 Hz.</li> <li>- Das Produkt setzt sich aus einem Bediengerät, einer Jacke und einer Hose mit 58 eingebetteten Elektroden zusammen, die direkt auf der Haut aufliegen und so positioniert werden,</li> </ul>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antragsrelevante Erkrankung</li> <li>• Relevante Comorbiditäten</li> </ul> <p><b>Angaben zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapie- bzw. Versorgungsziel</li> <li>• Bisherige Therapiemaßnahmen? Mit welchem Erfolg/Ergebnis?</li> <li>• In welchem Umfeld soll das Gerät eingesetzt werden (vorgesehener Anwendungsort)?</li> <li>• Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation)</li> <li>• Ist dem Vers./der Vers. bzw. der Betreuungsperson zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?</li> </ul> <p><b>Hinweise auf Kontraindikationen/Anwendungseinschränkungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist der/die Versicherte mit einem Shunt oder Implantat versorgt?</li> </ul>
----------------------------	---	--

	<p>dass 40 Muskelgruppen stimuliert werden.</p> <p><b>Indikation gemäß Herstellerinformation:</b> Neurologische Erkrankungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische Schmerzen</li> <li>• Schlaganfall</li> <li>• Multipler Sklerose</li> <li>• Zerebralparese</li> <li>• Rückenmarksverletzungen</li> <li>• sowie anderen neurologischen Störungen</li> </ul>	
Simeox	<p><b>Sachermittlung durch die Kasse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung</li> <li>• Kostenvoranschlag</li> <li>• Bericht des Verordners</li> <li>• Fachärztlicher Bericht: Pulmologie/Pneumologie</li> </ul> <p><b>Produktbeschreibung gemäß Herstellerinformation:</b> Das Gerät erzeugt im gesamten Bronchialbereich des Patienten ein niederfrequentes pneumatisches Vibrationssignal.</p>	<p><b>Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antragsrelevante Erkrankung</b></li> <li>• Relevante Comorbiditäten</li> </ul> <p><b>Angaben zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieziel</li> <li>• Bisherige Therapiemaßnahmen? Mit welchem Erfolg/Ergebnis?</li> <li>• Bisherige Hilfsmittelversorgung Atemtherapie</li> <li>• Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- bzw. Pflegesituation, Fremdhilfeabhängigkeit)</li> <li>• Ist dem Vers./der Vers. bzw. der Betreuungsperson zu einer bestimmungsgemäßen und sicheren Anwendung des beantragten Produktes in der Lage?</li> </ul>

Dadurch wird das Sekret verflüssigt und aus den äußersten Bereichen der peripheren Atemwege in Richtung der zentralen Atemwege transportiert, sodass es anschließend leichter durch Abhusten aus der Lunge befördert werden kann.

**Indikation gemäß**

**Herstellerinformation:**

Erwachsene und Kinder ab 8 Jahren mit Lungenerkrankungen, bei denen der Abtransport von Sekret aus den Bronchien beeinträchtigt ist wie

- Mukoviszidose (CF)
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Ausweitungen der Bronchien (Bronchiektasen)
- primäre ziliäre Dyskinesie (PCD)

**Hinweise auf Kontraindikationen/Anwendungseinschränkungen:**

- Pneumothorax?
- Instabile kardiovaskuläre Erkrankungen?  
*(Herzinfarkt, instabile Angina pectoris, Rhythmusstörungen, instabile Herzinsuffizienz)*
- Abhusten von blutigem Sekret (Hämoptyse)?

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

## Anlass 91 „Digitale Gesundheitsanwendungen“

### **Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V (DiGA)**

#### **Sachermittlung durch die Kasse:**

- Ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung
- Ärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme

Gemäß **§ 33a Abs. 1 Satz 1 SGB V** haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit **Medizinprodukten niedriger Risikoklasse**, deren **Hauptfunktion** wesentlich auf **digitalen Technologien** beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen

<https://diga.bfarm.de/de>

#### **Folgende Angaben sind für die Begutachtung relevant:**

Eine strukturierte Sachermittlung und Unterlagenanforderung ist nicht vorgesehen.

**Hinweis:** Das BfArM prüft im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags und nach den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) u. a. die Angaben des Herstellers zur Erfüllung der Anforderungen an Sicherheit, Funktions-tauglichkeit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit (Fast-Track-Verfahren nach § 139e SGB V). Weiterhin erfolgt die Prüfung eines durch den Hersteller beizubringenden Nachweises für die mit der DiGA realisierbaren positiven Versorgungseffekte.

Die ärztliche Verordnung erfolgt auf Muster 16. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, wonach die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss (§ 12 SGB V).

Haben Krankenkassen im Einzelfall - bei Antrag des/der Vers. ohne ärztliche Verordnung - Zweifel an der Notwendigkeit und Eignung einer DiGA, sollte der Vers. sich an seinen behandelnden Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/in wenden.

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin sollten Notwendigkeit und Eignung im Einzelfall (insbes. Kontraindikationen, Ausschlusskriterien) klären und mit Blick auf die Anwendungsdauer prüfen, ob das angestrebte Versorgungsziel mit der DiGA voraussichtlich erreicht werden kann.

	<p>Nach § 33a SGB V umfasst der Anspruch auf <i>Digitale Gesundheitsanwendungen</i> nur solche,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• die vom BfArM in das Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden <u>und</u></li><li>• die nach Verordnung des behandelnden Arztes oder behandelnden Psychotherapeuten <u>oder</u></li><li>• mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.</li></ul>	<p>Der MD prüft auf der Basis der von Krankenkassen vorgelegten Unterlagen und nimmt gemäß konsentiertem Vorgehen lediglich eine formal-sozialmedizinische Prüfung vor:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Für welche Indikation wird die DiGA vom Vers. beantragt?</i></li><li>○ <i>Liegt diese Indikation bei dem/der Vers. vor?</i></li><li>○ <i>Ergeben sich im Einzelfall Kontraindikationen oder Ausschlusskriterien bei Nutzung der DiGA?</i></li></ul>
--	--	--