



Hilfsmittelkatalog

Wichtige Arztinformationen

Hilfsmittel mit den aktuellen
HMV-Positionennummern für Orthopädietechnik,
Rehatechnik und Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Ihnen Ihre Arbeit in der Versorgung Ihrer Patienten mit Hilfsmitteln vereinfachen. Hierzu haben wir den Hilfsmittelkatalog strukturiert dargestellt und mit Indikationen, Verordnungstexten und Hinweisen versehen.

Außerdem informieren wir Sie in dieser Ausgabe über die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln, die Budgetrelevanz, die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und Heilmitteln, sowie über Regularien und Begrifflichkeiten rund um die Kostenbeteiligung von Versicherten, die Versorgung in stationären Pflegeheimen und anderes mehr.

Wir hoffen sehr, dass Sie dieser Leitfaden in der täglichen Versorgung Ihrer Patienten unterstützt!

Ihr **mediteam**



Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Begriffserklärung

Anerkanntes Hilfsmittel

Die Aufnahme der Produktgruppe ins Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung ist abgeschlossen.
Die Einordnung erfolgt nach der Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kosten für anerkannte Hilfsmittel müssen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen von der deutschen gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Die Abgabe kann nach Festbetrag oder Vertragspreis geregelt sein. Siehe auch S. 65.

Verordnungsfähiges Hilfsmittel

Abrechnung erfolgt zum Vertragspreis einzelner Kassen oder gegen Kostenvoranschlag mit anschließendem Genehmigungsverfahren.

Praxisbewährtes Hilfsmittel

Die Aufnahme der Produktgruppe ins Hilfsmittelverzeichnis ist noch nicht abgeschlossen. Notwendige Hilfsmittel ohne Hilfsmittelverzeichnisnummer können zur Einzelfallentscheidung verordnet werden.

Hilfsmittel sind keine Heilmittel

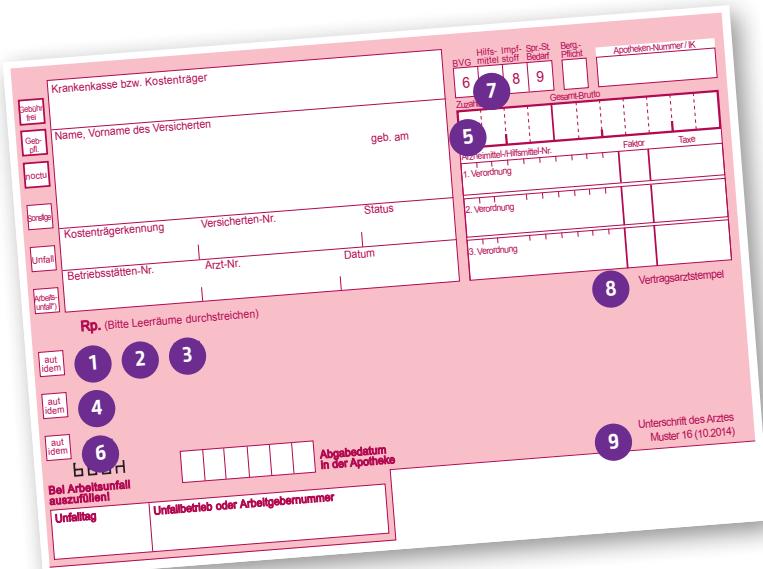
Hilfsmittel dürfen nicht mit Heilmitteln verwechselt werden. Heilmittel (Heilleistungen) sind persönlich erbrachte medizinische Leistungen, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Sprachtherapie und der Beschäftigungstherapie.

Hilfsmittel können zu Lasten der GKV und PV verordnet werden.

- Die Hilfsmittelverordnung belastet kein Arznei-, Verband- oder Heilmittelbudget.
- Es besteht keine Gefahr von Ausgleichszahlungen über die kassenärztlichen Vereinigungen.
- Regressrelevante Richtgrößen werden für Hilfsmittel nicht festgelegt.
- Der Verordner hat die Wahl zwischen Angabe der Produktbezeichnung oder der Hilfsmittelverzeichnisnummer.
- Es wird empfohlen, Hilfsmittelverzeichnisnummer bis zur 7. Position anzugeben. Siehe auch S. 65.

Rezeptierung von Hilfsmitteln

Hilfsmittel müssen immer auf einem gesonderten Rezept verordnet werden, das folgende Angaben enthält:



- 1 Anzahl
- 2 Verordnungstext und Produktbeschreibung
- 3 Angabe, ob rechte oder linke Seite
- 4 Genaue Indikation/Diagnose (ICD- Code)
- 5 Angabe der Hilfsmittelnummer, siehe S. 65
- 6 Bei Bedarf bitte vermerken:
Neues Hilfsmittel oder Instandsetzung
- 7 Markierung des Feldes Nummer 7 auf dem
Rezept mit der Ziffer 7
- 8 Stempel mit lebenslanger Arztnummer
(Praxen müssen auf Verordnungen von Arzneimitteln und
Medizinprodukten im Stempel der Praxis die
Telefonnummer angeben. Auch der Vorname des
verschreibenden Arztes muss aufgeführt sein)
- 9 Unterschrift des Arztes im Original

Inhaltsverzeichnis

Bandagen & Orthesen	6
Amputation	22
Schuhe & Zurichtungen	26
Einlagen Fußbettung	28
Kinderversorgung: Hüfte	31
Brustprothetik	32
Kompressionstherapie	34
Inkontinenzhilfen	44
Stomahilfsmittel	47
Anti-Dekubitus	49
Hygienehilfen Betten Lifthilfen	51
Rollstühle Fahr- Geh- & Alltagshilfen	55
Körperkontrolle Elektrotherapie	58
Inhalation Atmung Enterale Ernährung	59
Passive Bewegungstherapie	62
Wichtige Informationen	64



Verordnung
HWS-Stabilisierungsothesen

Indikation
Cervical-Syndrom, leichtes Schleudertrauma, Tortikollis, rheumatische Beschwerden



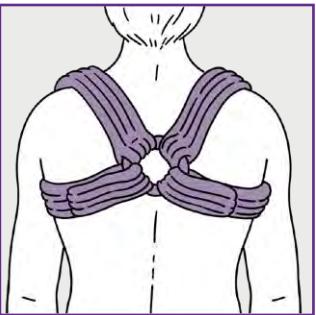
Verordnung
HWS-Stabilisierungsothesen mit Verstärkung

Indikation
Distorsion der HWS, mäßiges Schleudertrauma, rezidivierendes Cervicalsyndrom, Cervicobrachialgien bei degenerativen HWS-Veränderungen



Verordnung
HWS-Stabilisierungsothesen mit Brustbeinauflage

Indikation
Schweres Schleudertrauma, Zustand nach Bandscheibenoperation, destruierende Knochenprozesse, ausgeprägte Schmerzzustände der HWS, Wurzelreizsyndrome, Cervicobrachialgien



Verordnung
Clavicolabandage

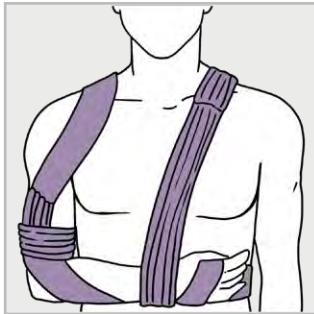
Indikation
Clavicula-Fraktur, Glenohumrale Instabilität, Tendinitis, Haltungsbedingte Beschwerden der Schulter

23.12.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.12.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.12.03.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

05.09.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

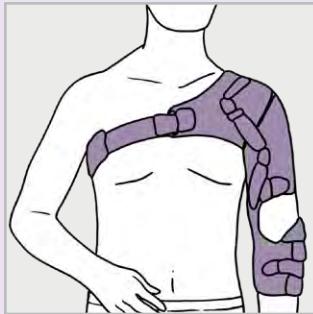


Verordnung

Schultergelenkorthese zur Immobilisierung in definierter Position (Gilchrist-Bandage)

Indikation

Schulterverletzungen, Rotatorenrerverletzungen, Schulterblattfraktur, Oberarmkopf- und Schaftfraktur; nach operativen Eingriffen



Verordnung

Schultergelenkorthesen mit definierbarer Bewegungsbegrenzung

Indikation

Schulterschmerzen und -dysfunktion (einschließlich Subluxation), periphere Nervenschädigungen, bspw. nach einem Schlaganfall, Bandscheibenvorfall in der HWS



Verordnung

Schultergelenkorthesen zur Immobilisierung und Entlastung

Indikation

Vorübergehende Ruhigstellung in Abduktion oder Anteverision, Impingementsyndrom, Schultersteife; Zustand nach arthroskopischer Operation



Verordnung

Geradehalter

Indikation

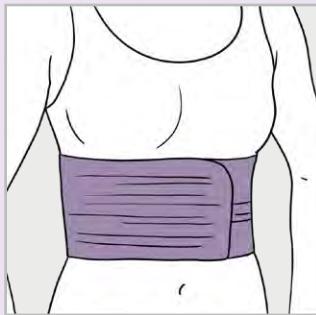
Haltungsschwäche, kyphosierende, juvenile Fehlhaltung, muskuläre Dysbalancen

23.09.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.09.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

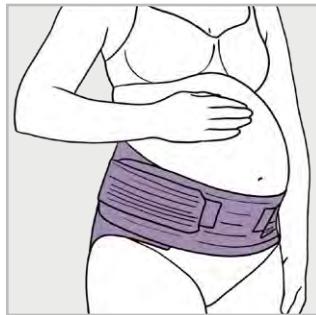
23.09.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.13.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



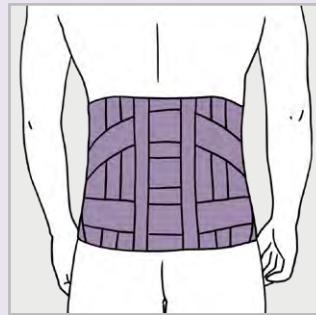
Verordnung
Rippenbruchbandage
(Rippengürtel)

Indikation
Rippenprellung, Rippenfraktur,
Brustbeinprellung und Brust-
beinfraktur



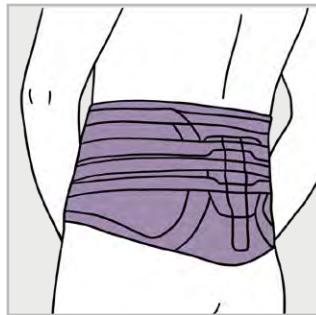
Verordnung
Stabilisierungsorthesen mit Zug-
elementen

Indikation
Lumbale Rückenbeschwerden
bei Schwangerschaft



Verordnung
Lumbalstützorthesen mit Mobi-
lisierungsfunktion

Indikation
Nach Bandscheibenoperatio-
nen, aktivierte Spondylarthrose,
lumbale Überlastungssyndrome,
Lumbalsyndrome bei rezidivie-
renden Blockierungen



Verordnung
Stabilisierungsortheze mit
Pelotte

Indikation
Lumbalgie,
LWS-Syndrom,
Ligamentosen

05.11.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.14.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.14.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.14.03.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Stabilisierungsoorthese mit Pelotte und Zugelementen

Indikation

Lumbalgien, statisch muskuläre Insuffizienz, Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Gefügestörungen

23.14.03.4 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Stabilisierungsothesen LWS/
BWS mit zusätzlicher Abdominal-
suspension

Indikation

Schmerzzustände, Dorsolumbal-
gien, degenerative Veränderun-
gen, Instabilitäten

Stabilisierungsoorthese LWS/BWS
23.15.03.0 _ _ _
Stabilisierungsoorthese
LWS/BWS mit zusätzlicher
AbdominalSuspension
23.15.03.1 _ _ _



Verordnung

Kreuzstützmieder

Indikation

Ausgedehnte degenerative
Veränderung der LWS und BWS,
multiple Bandscheiben-
defekte, Osteoporose mit Deck-
platteneinbruch, Spontanfraktu-
ren an der Wirbelsäule

23.15.30.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Überbrückungsmieder

Indikation

Zustand nach Wirbelfraktur,
Wirbelkörperdeformierung,
Spondylolisthesis

23.15.30.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Leibbinde nach Maß

Indikation

Insuffiziente Bauchmuskulatur,
inoperable Hernien, Stoma-
träger



Verordnung

Orthesen zur aktiven Entlastung
und Korrektur der LWS/BWS in
Sagittalebene

Indikation

Aktive Aufrichtung zur Entlas-
tung bei: Osteoporose,
Rundrücken, stabilen Wirbel-
körpereinbrüchen/Frakturen

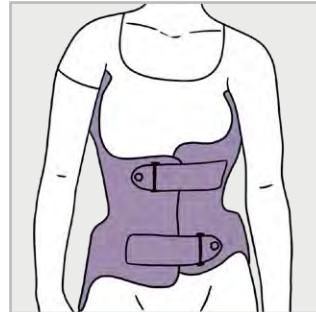


Verordnung

Reklinationsorthese (TLSO)

Indikation

Zur Reklination und Verhinde-
rung der Flexion der Wirbel-
säule. Schwere Formen der
Osteomalazie, Spondylitiden,
Spondyloesen, Wirbeltumoren,
Wirbelfrakturen



Verordnung

Skolioseorthese (TLSO/
CTLSO)

Indikation

Zur Umkrümmung und Derota-
tion einer C- oder S-förmige
Skoliose. (Oberer Scheitelpunkt
nicht höher als TH 8),
Postoperative Stabilisierung

Leibbinde nach Maß

05.11.03. _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

23.15.04.4 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.15.31.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.15.31.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Bruchband einseitig links/
rechts, Maßanfertigung falls
erforderlich

Indikation

Leistenhernie, Skrotalhernie
(reponierbar)

Maßanfertigung

23.16.01.0 _ _ _

23.16.01.4 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Bruchband doppelseitig, Maß-
anfertigung falls erforderlich

Indikation

Leistenhernie beidseitig,
Skrotalhernie beidseitig
(reponierbar)

Maßanfertigung

23.16.01.1 _ _ _

23.16.01.5 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Nabelbruchband mit
Bruchpelotte

Indikation

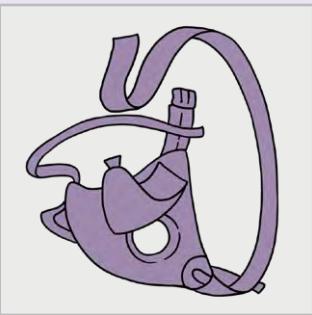
Nabelhernie

Maßanfertigung

23.16.02.0 _ _ _

23.16.02.2 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Suspensorium nach Maß auch
in Kombination mit Bruchband

Indikation

Hydrocele und ähnliche Krank-
heitsbilder, Zustand nach
Operation

Suspensorium

23.16.03.0 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

Wasserbruchsuspensorium

23.16.03.1 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

mediteam - Leben helfen

Seit 1987 versorgen wir Menschen in Franken mit Lösungen aus Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik, Rehatechnik, Sanitätshaus und Homecare. Aus einem Ein-Mann-Betrieb gewachsen, sind wir heute ein regionaler Marktführer – handwerklich stark, digital vernetzt und nah am Menschen.

Unser Leitmotiv „Leben helfen“ prägt unser Handeln: Wir entwickeln und fertigen hochwertige orthopädische und medizinische Hilfsmittel, beraten individuell und denken Versorgung ganzheitlich – vom ersten Gespräch bis zur Nachbetreuung. Unsere Berater sind in unseren Standorten und auf Wunsch auch im häuslichen Umfeld an Ihrer Seite. Mit Herzblut, Augenhöhe und Weitblick stehen wir für Qualität, Verlässlichkeit und partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Als Mitglied der NetworCare nutzen wir einen bundesweiten Zusammenschluss, um Know-how, Prozesse und Services sinnvoll zu bündeln – mit dem Ziel, die Versorgungsqualität in unserer Region weiter zu stärken.



Mehr Informationen über **mediteam** erhalten Sie unter:
www.mediteam.de



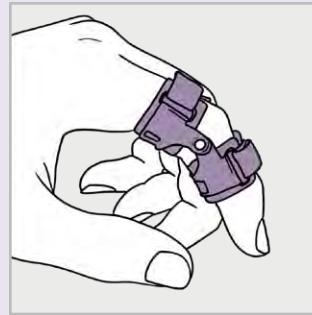


Verordnung

Daumenorthesen zur Immobilisierung des Sattel- und/oder Grundgelenks

Indikation

Teilimmobilisation der radialen Handwurzel, des Daumensattel und Grundgelenkes, Distorsionen, Skidaumen, postoperativ

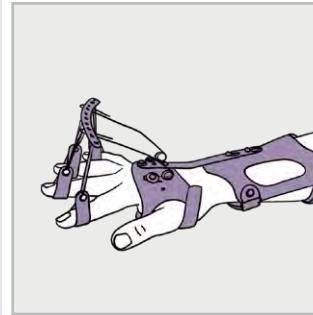


Verordnung

Daumen/Fingerorthese zur Mobilisierung der Interphalangalgelenke

Indikation

Beuge- oder Strecksteifheit
Knopflochdeformität



Verordnung

Finger-Unterarm-Handlagerungsschiene

Indikation

Konservative und postoperative Behandlung von Beugesehnenverletzungen, Redression von Weichteilekontrakturen, Verhinderung von Kontraktionen und Kräftigung der Muskulatur



Verordnung

Hand-/Daumenorthesen zur Funktionssicherung, Immobilisierung, Lagerung oder Korrektur, mit Daumenführung

Indikation

Arthrose o. chron. Entzündung im Daumensattelgelenk, posttr. zum Erhalt der Greiffunktion, postoperativ

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff, Leder und Silikon

23.07.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.07.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.07.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.07.32._ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Handgelenkorthesen zu
Immobilisierung in eine
Bewegungsrichtung

Indikation

Postoperativ,
posttraumatisch,
degenerativ,
Karpaltunnelsyndrom (CTS),
Tendovaginitis

23.07.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Elastische Handgelenk-
bandage

Indikation

Chronische, posttraumatische
oder postoperative Reizzustän-
de im Bereich des Handgelenks.
Distorsion, Handwurzelarthrose,
Karpaltunnelsyndrom (CTS),
Rheuma, Tendovaginitis

05.07.02.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



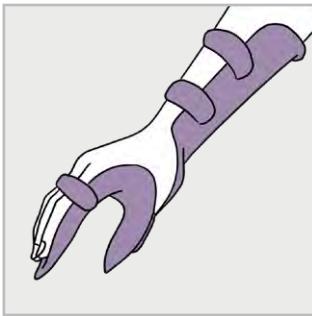
Verordnung

Handgelenkorthesen zur Funk-
tionssicherung, Immobili-
sierung, Lagerung oder Korrektur,
(WHO)

Indikation

Rezidivierende chronische
Tendovaginitis, Arthrose, Navi-
culare Pseudarthrose,
Lähmungen, Rheuma

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff, Leder und Silikon
23.07.30. _ _ _
Verordnungsfähig



Verordnung

Hand-/Fingerorthesen zur
Funktionssicherung, Immobili-
sierung, Lagerung o. Korrektur
mit Fingerauflage und Daumen-
führung

Indikation

Ruhigstellung von Finger, Hand
und Unterarm mit oder ohne
Fingerspreizung, Nachtlagerung,
postoperativ, Pseudarthrose,
Lähmungen, Rheuma

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff, Leder und Silikon
23.07.33. _ _ _
Verordnungsfähig



Verordnung

Handgelenk-Kompressionsbandage

Indikation

Reizzustände im Bereich des Handgelenkes, Tendovaginitis, Überlastungsarthropathien
Distorsionen



Verordnung

Ellenbogen-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)

Indikation

Epicondylitis, Lockerung im Ulnar-Radialgelenk, Zerrung am Ansatz M. triceps brachii, Tennisarm



Verordnung

Epicondylitisorthesen zur Entlastung der Muskelursprünge

Indikation

Epicondylitis, chronische oder rezidivierende Epicondylopathie, Zerrung am Ansatz M. triceps brachii, Tennisarm



Verordnung

Epicondylitisorthesen zur Entlastung der Muskelursprünge

Indikation

Bandverletzungen, postoperativ bei Bandrekonstruktionen, Distorsion, bei direkter Kontusion

05.07.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

05.08.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.08.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

23.08.02.1 _ _ _
Verordnungsfähig



Verordnung

Kniebandagen zur Weichteilkompression

Indikation

Arthritis, Gonarthrose, leichte Instabilität, Chondropathia patellae, postoperativ, posttraumatisch, Ansatzligamentose, Tendomyopathie

05.04.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



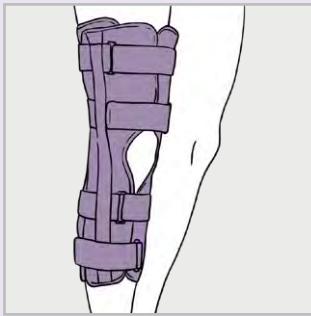
Verordnung

Patellasehnenbandage

Indikation

Chondropathia patellae, Patellaspitzen syndrom, leichtere Quadrizepsparese

05.04.01.1 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Knieorthesen zur Immobilisierung, gerade – bei stationärer Behandlung nur abrechenbar, wenn zur Entlassung notwendig

Indikation

Zur vollständigen Ruhigstellung des Kniegelenks, in 0° oder 20° Beugung

gerade, 0° Beugung
23.04.01.0 _ _ _
Verordnungsfähig

gebeugt, 20° Beugung
23.04.01.1 _ _ _
Verordnungsfähig



Verordnung

Knieführungsorthesen ohne Extensions-/Flexionsbegrenzung

Indikation

Seitenbandinstabilität leichte bis mittlere Instabilität des Kniegelenks, Meniskusverletzungen

ohne Extensions-/Flexionsbegrenzung
23.04.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

mit Extensions-/Flexionsbegrenzung
23.04.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Beinbandagen zur Kompression für den Ober- oder Unterschenkel

Indikation

Kompression am Ober- oder Unterschenkel bei Muskel-faserriss oder Muskelzerrungen

Beinbandage zur Kompression für den Unterschenkel

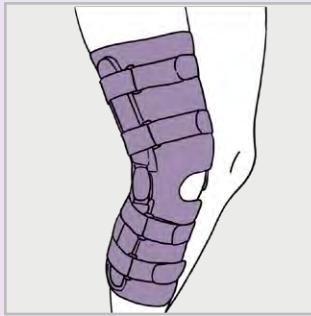
05.06.01.0 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

Beinbandage zur Kompression für den Oberschenkel

05.06.01.1 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Knieführungsorthesen mit 4-Punkt-Prinzip und Extensio-n-/Flexionsbegrenzung

Indikation

Seitenbandinstabilität, zur vorübergehenden Bewegungs-limitierung nach Meniskusnaht oder Implantation, Gonarthrose, Genu recurvatum

23.04.03.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Rahmenorthese zur Führung und Stabilisierung des Kniege-lenk mit Extensions-/Flexions-begrenzung mietweise oder als Dauerversorgung

Indikation

Schwere und/oder komplexe Instabilität des Kniegelenks
Meniskusverletzungen Genu re-curvatum funktionelle prä- und/ oder postoperative Versorgung von Bandrupturen

23.04.03.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



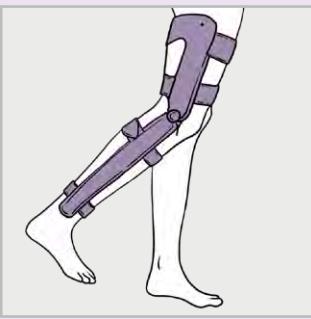
Verordnung

Rahmenorthese zur Entlastung und Stabilisierung des Kniege-lenk (OA-Orthese) für laterale oder mediale Entlastung

Indikation

Mediale oder laterale Gonarthrose zur Schmerzreduzierung bei Varus- oder Valgusfehlstel-lungen des Kniegelenks

23.04.04.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Kniegelenksorthese zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung, Stützung oder Redression (KO)

Indikation

Zur Führung und Stützung bei ein- oder mehrachsiger schwerer Kniegelenkinstabilität, Genu valgum als Dauerversorgung

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff und Leder

23.04.30. _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Microprozessor gesteuerte
Beinorthese (C-Brace) zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung oder Stützung

Indikation

Bei Teilausfall der Muskulatur nach Lähmungen z.B. bei Polio, chronischen Knieschädigungen

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff und Leder

23.06.30. _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Beinorthesen zur Funktionssicherung, Stabilisierung, Entlastung oder Stützung, (KAFO)

Indikation

Bei Teilausfall der Muskulatur nach Lähmungen z.B. bei Polio, chronischen Knieschädigungen

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff und Leder

23.06.30. _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Ferseneentlastungsorthese

Indikation

Postoperativ nach Frakturbehandlung, Fersenbeinfrakturen, schwere Luxationen, Arthrodese (Gelenkversteifung) im unteren Sprunggelenk

23.03.02.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Angabe zum Anwendungsort bei Orthesen

Die Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis sind untergliedert in Einsatzorte, also die betreffenden örtlichen Umgebungen bzw. Körperteile oder -abschnitte für den Einsatz der Hilfsmittel. Diese zweistellige Nummer folgt in der Hilfsmittelnnummer direkt nach der Produktgruppe.

So ist die Produktgruppe Orthesen (PG23) beispielsweise in folgende Anwendungsorte untergliedert:



Ort	Bezeichnung
01	Vor- und Mittelfuß
02	Sprunggelenk
03	Fuß
04	Knie
05	Hüfte
06	Bein
07	Hand
08	Ellenbogen
09	Schulter
10	Arm
11	Leib/Rumpf
12	Halswirbelsäule
13	Brustwirbelsäule
14	Lendenwirbelsäule
15	Wirbelsäule
16	Bruch (Hernie) am jeweiligen Ort
29	Ganzkörper
99	ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze



Verordnung

Fußheberorthesen mit Stabilisierungselementen auf dem Fußrücken (Dorsal)

Indikation

Leichte bis mittlere Fuß- und Zehenheberparese

23.03.02.0 – – –
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Peronaeusfeder,
thermoplastisch verformbar

Indikation

Schlaffe Lähmung der Fußhebermuskulatur, Schlaganfall bei geringer Mobilität des Patienten

23.03.02.5 – – –
Anerkanntes Hilfsmittel



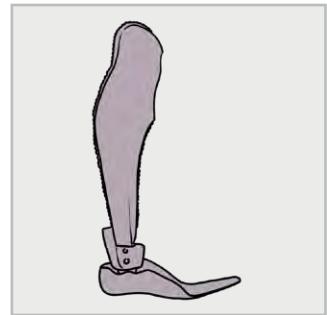
Verordnung

Fußheberorthesen,
dynamisch

Indikation

Apoplexie, ALS,
Peroneusparesis,
lumbaler Wurzelschaden,
Poliomyelitis,
bei mittlerer und hoher
Mobilität des Patienten

23.03.02.6 – – –
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Fußheberorthese,
gelenkig gearbeitet (AFO)
individuell angefertigt

Indikation

Bei Total- oder Teilausfall der Peronealmuskulatur

indiv. angefertigt aus
Faserverbundwerkstoff,
thermoplastischem
Kunststoff, Leder und Silikon
23.03.34. – – – –
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

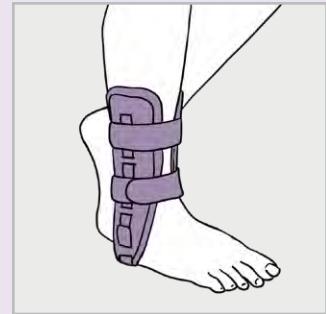
Bandagen zur Sprunggelenk-
weichteilkompression

Indikation

Bänderschwäche posttrauma-
tische Reizzustände, Distorsion
bei Arthrosen und Arthritis

Sprunggelenk-
Weichteilkompression
05.02.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Achillessehnenkompression,
Achillodynie,Tendinitis, Bursitis
05.02.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Sprunggelenkorthese zur
Stabilisierung in einer Ebene

Indikation

Konservative Therapie von
Sprunggelenkdistorsionen aller
Schweregrade funktionelle
Therapie v. Bandrupturen,
Sprunggelenkfrakturen,
(Weber A), chronische Bandinsta-
bilitäten

23.02.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Sprunggelenkorthese zur
Stabilisierung in einer Ebene,
einstellbar

Indikation

Postoperative Protektion nach
Bandnaht-/rekonstruktion
konservative Therapie von
Sprunggelenkdistorsionen und
Bandrupturen

23.02.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Sprunggelenkorthese zur Mobi-
lisierung in definierter Position,
abrustbar

Indikation

Stabilisierung bzw. Bewegungs-
einschränkung des Sprung-
gelenks mit nachfolgender
funktioneller Mobilisierung der
verletzten oder geschädigten
Strukturen

23.02.04.0 _ _ _
Verordnungsfähig

Amputationsarten

Fußamputation



Unterschenkel-
amputation



Amputation im Knie
(Knieexartikulation)



Oberschenkel-
amputation



Amputation im Hüft-
und Beckenbereich



Im Fußbereich sind mehr als zwölf verschiedene Amputationshöhen bekannt. Sie reichen von einer Zehenamputation über eine Mittelfußamputation bis hin zu Amputationen im Fußwurzelbereich. Für eine prothetische Versorgung können u.a. Silikonprothesen eingesetzt werden.

Bei dieser Amputation werden Schien- und Wadenbeinknochen durchtrennt. Für die prothetische Versorgung werden ein Prothesenfuß sowie Adapter und Verbindungselemente zum Prothesenschaft benötigt.

Bei dieser Amputation wird das Kniegelenk durchtrennt und somit der Unterschenkel abgetrennt. Der Oberschenkel bleibt dabei vollständig erhalten. Für die prothetische Versorgung werden ein Prothesenfuß, ein Kniegelenk sowie Adapter und Verbindungs-elemente zum Schaft benötigt.

Bei dieser Amputation wird der Oberschenkelknochen durchtrennt. Für die prothetische Versorgung werden ein Prothesenfuß, ein Kniegelenk sowie Adapter und Verbindungs-elemente zum Prothesenschaft benötigt.

Bei dieser Amputation im Bereich des Hüftgelenks wird das Becken die spätere Steuerung der Prothese übernehmen. Für die prothetische Versorgung werden, ein Prothesenfuß, ein Kniegelenk, ein Hüftgelenk sowie Adapter und Verbindungs-elemente zum Prothesenschaft benötigt.

Hand-/Fingeramputation (Teilhandamputation)



Handgelenksexartikulation



Unterarmamputation



Ellenbogenexartikulation



Oberarmamputation



Amputation im Schulterbereich



Teilhandamputatio-
nen sind alle Amputa-
tionen distal des
Handgelenks. Dabei
werden Teile der
Hand und/oder Finger
amputiert, das Hand-
gelenk bleibt in seiner
Funktion erhalten. Bei
verbliebenen Fingern
oder Teilfingern wird
in Kombination mit
einer Prothese eine
Greiffunktion ermög-
licht.

Bei einer Handge-
lenksexartikulation
wird die komplett
e Hand im Bereich des
Handgelenks entfernt,
ein Bewegen des
Handgelenks ist nicht
mehr möglich. Bei der
Versorgung kann es
zu einer Überlänge im
Vergleich zur erhal-
tenen Seite kommen,
etwa um Funktions-
einschränkungen zu
vermeiden, z.B. um
eine Gabel zum Mund
führen zu können.

Amputationen im
Bereich des Unter-
arms (transradiale
Amputationen) wer-
den in lange, mittel-
lange, kurze und
ultrakurze Unter-
armamputationen
unterschieden. Bei
einem erhaltenen
Ellenbogengelenk ist
die Auswärts- und
Einwärtsdrehung des
Unterarms
(Pro- und Supination)
möglich.

Als Ellenbogenexar-
tikulation bezeichnet
man eine Amputati-
on im Ellenbogengelenk.
Der Oberarm bleibt
meist vollständig er-
halten. Prothetische
Komponenten sollen
die verlorene Ellen-
bogenbeweglichkeit
bestmöglich auszu-
gleichen. Es kann aber
zu einer Überlänge im
Oberarm im Vergleich
zur erhaltenen Seite
kommen.

Bei einer trans-
humeralen Amputati-
on wird der Oberarm-
knochen durchtrennt.
Hierbei unterschei-
det man in kurze,
mittellange und lange
Oberarmamputations-
höhen. Die verschie-
denen Amputations-
höhen haben Vor- und
Nachteile hinsichtlich
der Funktionalität mit
und ohne Prothese.

Hier wird in Schulter-
gürtelamputation und
Schulterexartikulation
unterschieden. Bei
einer Schultergürtelam-
putation werden Arm
und Teile des Schulter-
gürtels amputiert. Bei
einer Schulterexartiku-
lation erfolgt die Ampu-
tation im Schulterge-
lenk, der Schultergürtel
bleibt erhalten. Solch
hohe Amputationen
führen zu weitreichenden
funktionellen
Einschränkungen und
einer komplexen pro-
thetischen Versorgung.

Zeitstrahl

- 1** Amputation
- 2** Stumpfkonsolidierung
- 3** Unverbindliches Beratungsgespräch
- 4** Versorgungsempfehlung,
Rezept und Antrag zur Kostenübernahme
- 5** Beginn der Prothesenversorgung:
Maßnahme und Formerfassung des Stumpfes
- 6** Herstellung der Interimsprothese
- 7** Sechsmonatige Interimsphase
- 8** Nach erfolgreicher Interimsphase:
Fertigung der Definitivprothese
- 9** Anspruch auf wasserfeste Versorgung
evtl. Anspruch auf Arbeitsprothese
(bei arbeitstätigen Patienten über Rententräger oder
BG)



Der ideale Ablauf

Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen in der prothetischen Patientenversorgung, beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Bauweisen für eine Testversorgung und die anschließende Definitivprothese.

1. Krankenhaus

Abhängig vom Verlauf der Wundheilung bestimmt der Arzt den richtigen Zeitpunkt für die Anpassung der ersten prothetischen Testversorgung.

2. Arztbesuch

Meist nach 3-6 Monaten erreicht der Stumpf seine Form und Festigkeit, dann kann mit der Versorgung einer Definitivprothese begonnen werden. Der behandelnde Arzt sollte bereits auf dem Rezept möglichst genau angeben, welche Prothese und welche Passteile der Patient bekommen sollte.

3. Termin

Danach erfolgt die Terminvereinbarung im medizinischen Fachhandel (z.B. **mediteam**) zur Rezeptlösung und individuellen Beratung.



4. Beratung

Im Rahmen einer ausführlichen individuellen Beratung wird auf Grundlage der ärztlichen Verordnung und des Profilerhebungsbogens ein Kostenvoranschlag für die zuständige Krankenkasse erstellt. Mit erfolgter Genehmigung bestätigt diese die Übernahme der Kosten. Danach werden Prothese und/oder Komponenten beim Hersteller bestellt.

Die Krankenkasse erhält die Aufstellung als Kostenvoranschlag. Mit der Genehmigung bestätigt sie die Übernahme der Kosten.

Der Fachhandel bestellt die Prothesen (-komponenten) beim Hersteller.

5. Abholung

Bei der Abholung erfolgt eine nochmalige Anprobe. Dazu gibt es Informationen zur Handhabung, Wartung und Pflege. Bei Bedarf wird die Prothese noch angepasst und - sofern notwendig - ein neuer Termin zur Abholung vereinbart.

**Verordnung**

Orthopädischer Maßschuh
Orthopädischer Therapieschuh

Indikation

Postoperativ, posttraumatisch,
diabetisch, angiopathisch, Fuß-
deformität, Amputationsfolgen

Maßanfertigung Hausschuh

31.03.01.1 _ _ _

Therapie-Hausschuh

31.03.08.0 _ _ _

Maßanfertigung Straßenschuh

31.03.01.0 _ _ _

Therapie-Straßenschuh

31.03.08.0 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

**Verordnung**

Fußteil-Entlastungsschuh

Indikation

Postoperativ, posttraumatisch,
Diabetisch-neuropathische
Ulzera

Fersenentlastungsschuh

31.03.03.5 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

Vorfußentlastungsschuh

31.03.03.5 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

**Verordnung**

Verbandschuh

Indikation

Postoperativ, diabetisches
Gangrän, Gelenkrheuma,
Ulzera, Fußdeformität

Langzeit Verbandschuh

31.03.03.4 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

**Verordnung**

Korrektursicherungsschuh
(Antivarus)

Indikation

Nach Beginn der Lauflernphase,
bei Sichel- oder Klumpfüßen

Die Mobilitätsgrade



Mobilitätsgrad 1
Innenbereichsgeher



Mobilitätsgrad 2
Eingeschränkter
Außenbereichsgeher



Mobilitätsgrad 3
Uneingeschränkter
Außenbereichsgeher

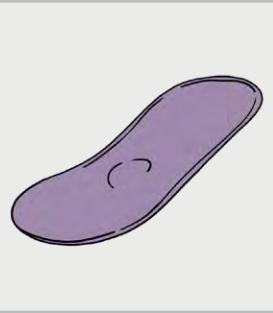


Mobilitätsgrad 4
Uneingeschränkter
Außenbereichsgeher
mit besonders
hohen Ansprüchen



Bei **mediteam** kombinieren wir die persönliche Kompetenz und das Knowhow unserer Fachleute mit der Expertise und Innovation führender Hersteller.

Am Ende entstehen auf diese Weise qualitativ hochwertigste Hilfsmittel - von Schuheinlagen über Orthesen bis hin zur individuellen Prothetik.



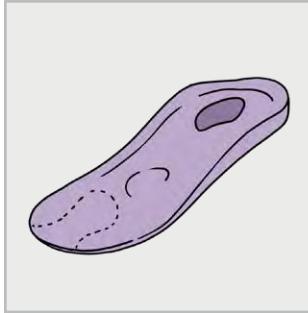
Verordnung

Stützende Einlagen mit Längs- und Quergewölbestützen

Indikation

Stützende Einlagen entlasten und stützen spez. Fußpartien und verbessern die Abrollung. Die Form des Fußes bleibt auch in belasteter Stellung erhalten. Senk-Spreizfuß, Metatarsalgia, Hallux Valgus

08.03.01 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



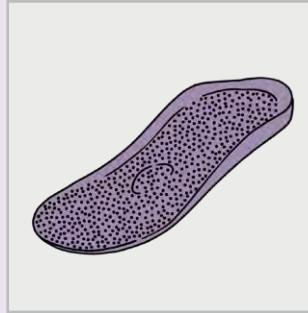
Verordnung

Bettungseinlagen, elastisch, ggf. druckumverteilend

Indikation

Schutz des Fußes vor Überlastung, Stabilisierung der Gelenke. Verhinderung von Überdehnung kontraktärer Bänder. Knick-Senk-Spreizfuß, Plantare Schwielenbildung, Neuralgien, Metatarsalgia, Rheuma, Arthrosen

08.03.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



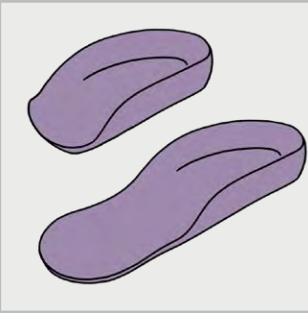
Verordnung

Weichpolsterbettungseinlagen, elastisch, druckumverteilend

Indikation

Schutz des Fußes vor Überlastung, Stabilisierung der Gelenke. Verhinderung von Überdehnung kontraktärer Bänder. Knick-Senk-Spreizfuß, Plantare Schwielenbildung, Neuralgien, Metatarsalgia, Rheuma, Arthrosen

08.03.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



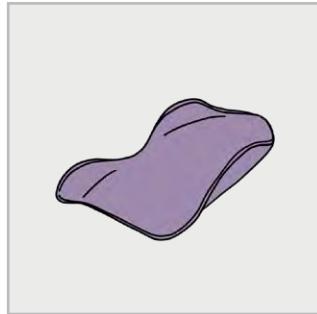
Verordnung

Schaleneinlagen

Indikation

Schaleneinlagen aus festem Material stoppen Fehlentwicklungen des Fußes, lenken in Form und Funktion und sichern Korrekturoperationen. Nach Klumpfuß-OP, kindlicher Knick-Plattfuß, Hohlfuß

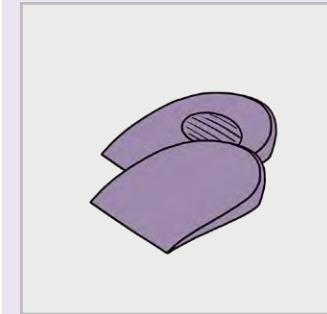
elastisch [4/4-lang]
08.03.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
fest, verformbar [3/4-lang]
08.03.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Drei-Backeneinlage

Indikation
Zur plantaren und seitlichen
Korrektur kontraktärer Knickfuß,
Klumpfuß, Pes adductus

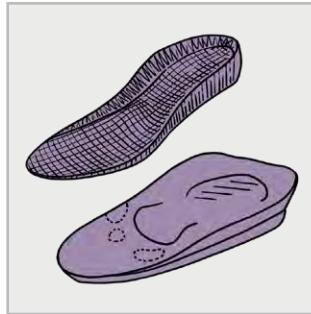
08.03.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Stoßabsorber (Fersenkissen)
(Paar)

Indikation
Fersensporn, Calcaneodynie,
Achillodynie, Endoprothese,
Arthrose

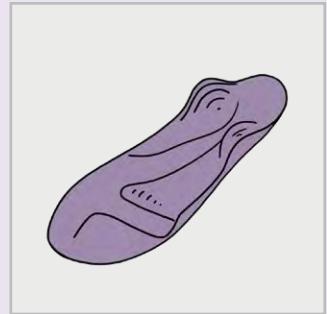
08.03.06.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
**Herausnehmbare
Verkürzungsausgleiche**
08.03.06.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Diabetes adaptierte Fußbettung
für orthopädische Schuhe nach
Maß oder für konfektionierte
Schuhe

Indikation
Neuroangiopathischer Fuß
diabetischer Ätiologie

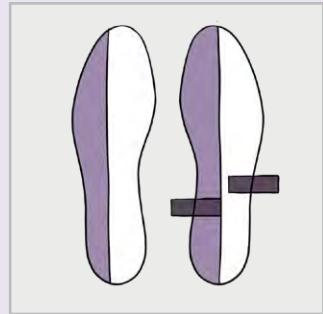
31.03.07.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Sensomotorische Einlagen

Indikation
Aktiv korrigierbarer Knick-
Plattfuß, aktive Streckbettung
für strukturlockeren Sichelfuß
oder Hohlfuß, muskuläre Dys-
balance, i.d.R. für Kinder mit
Gangbildabnormalität
Störung der Gang- und Schritt-
abwicklung

Nach Kostenvoranschlag



Verordnung

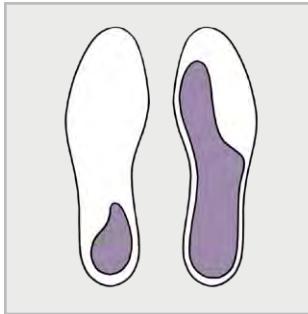
Supinationskeil = Innenrand-
erhöhung

Pronationskeil = Außenrand-
erhöhung

Indikation

Fehlstellung der Fußachse und
damit verbundene Funktions-
störungen beim Abrollen

08.99.99.0001
Verordnungsfähig



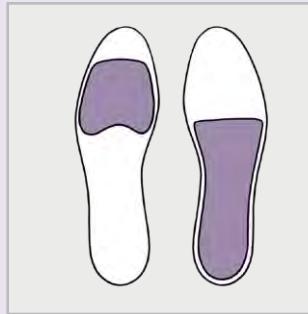
Verordnung

Fersensporausnehmung/
-polster inkl. Lederbezug

Indikation

Fersensporn mit lokalen
Druckbeschwerden

08.99.99.0002
Verordnungsfähig



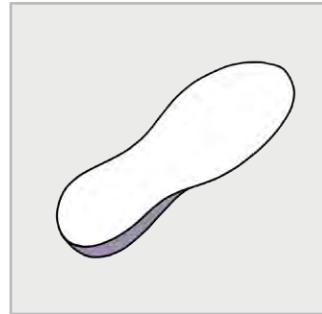
Verordnung

Weichbettung im
Vorderfußbereich

Indikation

Schmerzhafte Schwielen im
Vorfußbereich bei Adipositas

08.99.99.0005
Verordnungsfähig



Verordnung

Verkürzungsausgleich fest mit
der Einlage verbunden

Indikation

Beinlängendifferenz mit
Beckenschiefstand

Verordnung

Rigidusfeder aus Metall oder
Kunststoff

Indikation

Vollständige oder teilweise Ver-
steifung des Großzehengrund-
gelenks

08.99.99.0002
Verordnungsfähig

Verordnung

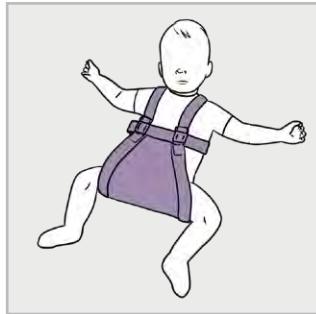
Polstersohle/Weichbettung
ganze Einlage 3/4 lang

Indikation

Schmerzhafte Schwielen im
Fußsohlenbereich

08.99.99.0004
Verordnungsfähig

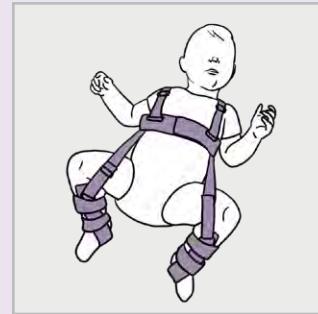
08.99.99.0008
Verordnungsfähig



Verordnung
Spreizhose

Indikation
Zur Frühbehandlung
angeborener Hüftdysplasie

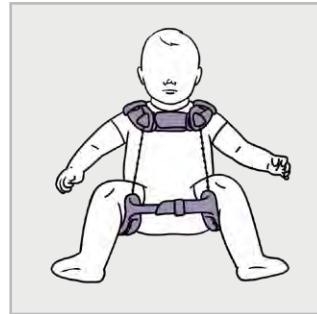
05.05.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Spreizbandage z.B. Pavlik-Bandage, Hoffmann-Daimler-Bandage

Indikation
Angeborene Hüftdysplasie
Zustand nach Luxation/
Sub luxation

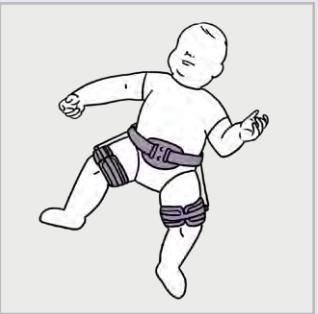
05.05.011 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Spreizorthese mit Bügel
z.B. Tübinger Hüftbeugschiene

Indikation
Behandlung der Hüftdysplasie
ab Typ II b bis II d nach Graf
Zustand nach Luxation/
Subluxation

23.05.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Spreizorthesen mit Bügel

Indikation
Hüftdysplasie, Hüftgelenk-
Subluxation, spastische Di-
plegie, Tetraplegie, Hypotonus
für Kinder und Jugendliche

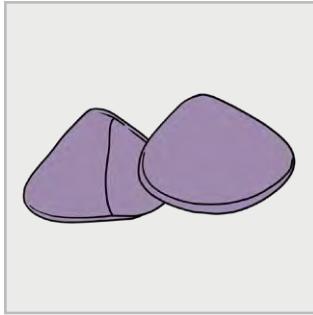
23.05.02.0010
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Brustgürtel

Indikation
Ablatio-Mammae

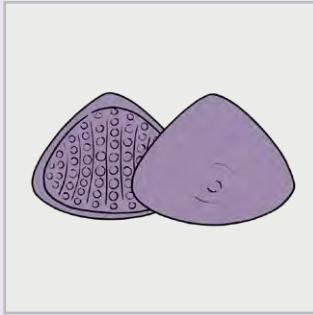
05.11.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Brustprothesen zur Erstversor-
gung aus Schaumstoff,
mit oder ohne Füllung

Indikation
Ablatio-Mammae

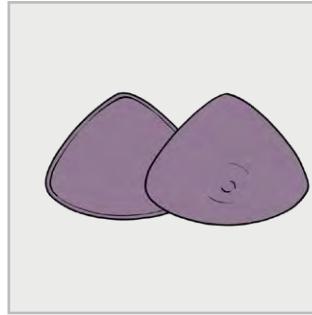
37.35.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Silikonbrustprothese
symmetrisch und
asymmetrisch

Indikation
Ablatio-Mammae
nach Mastektomie

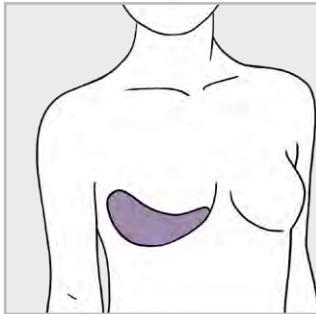
37.35.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
Mit Haftmöglichkeit
37.35.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Leicht-Silikonbrustprothese
symmetrisch und
asymmetrisch

Indikation
Ablatio-Mammae
nach Mastektomie

37.35.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
Mit Haftmöglichkeit
37.35.04.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Ausgleichs-Silikonprothese als Schalenprothese

oder

Teilbrustprothese aus Silikon

Indikation

Ablatio-Mammae
nach Mastektomie

3735.06.0 _ _ _

3735.07.0 _ _ _

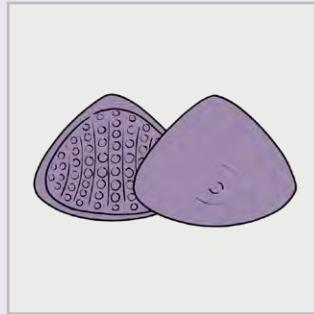
Anerkanntes Hilfsmittel

Mit Haftmöglichkeit

3735.06.1 _ _ _

3735.07.1 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Brustprothesen individuell hergestellt

Indikation

Ablatio-Mammae
nach Mastektomie

3735.08.6 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Zuschuss zur Prothesenfixierung (BH)

oder

Zuschuss zu speziellem Prothesenbadeanzug

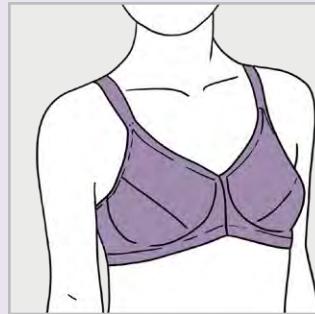
Indikation

Ablatio-Mammae
einseitig, beidseitig

3799.99.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

3799.99.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Zuschussregelung mit
Selbstbeteiligung
Verordnungsfähig



Verordnung

Spezialbrustprothesen:

- Leichtbrustprothese indiv. zurichtbar
- Leichtbrustprothese indiv. zurichtbar mit druckentl. Rückseite
- Teilbrustproth. indiv. zurichtbar mit druckentl. Rückseite
- Brustprothese als Ausgleichsschale mit druckentl. Rückseite

Indikation

Ablatio-Mammae
nach Mastektomie

3735.08.1 _ _ _
3735.08.3 _ _ _
3735.08.7 _ _ _
3735.08.8 _ _ _

Welche Kompressionsklasse bei welcher Indikation?

1	2	3	4
leichte Kompression	mittelkräftige Kompression	kräftige Kompression	sehr kräftige Kompression
2,4 bis 2,8 kPa 20 mmHg	3,1 bis 4,3 kPa 30 mmHg	4,5 bis 6,1 kPa 40 mmHg	mind. 6,5 kPa 49 mmHg
Bei Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen, bei geringer Varicosis ohne wesentliche Ödemneigung und bei beginnender Schwangerschaftsvaricosis.	Bei stärkeren Beschwerden, ausgeprägter Varicosis mit Ödemneigung, posttraumatischen Schwellungszuständen, nach Abheilung unerheblicher Ulcerationen, nach oberflächlichen Thrombophlebitiden, nach Verödungen und Varizenoperationen zur Fixierung des Behandlungserfolges und bei stärkerer Schwangerschaftsvaricosis.	Bei allen Folgezuständen der konstitutionellen oder post-thrombotischen venösen Insuffizienz, schwerer Ödemneigung, sekundärer Varicosis, Atrophie blanche, Dermatosklerose und nach Abheilung schwerer, besonders schon rezidivierter Ulcera.	Bei Lymphödem und elefantistischen Zuständen üblich.

Die fixe Bindung zwischen Indikation und Kompressionsklassen wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgehoben. In diesem Fall kann der Arzt Strümpfe unterschiedlicher Kompressionsklassen verschreiben, die übereinander getragen werden. Zugelassen sind bei Bedarf auch Caprihosen oder Bermudahosen. Bei lymphatischen Erkrankungen bedarf es grundsätzlich einer flachgestrickten Fertigung. Hierdurch kann der Arzt individueller auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen. Dies wäre z.B. dann wichtig, wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine hohe Kompressionsklasse anzuziehen.

Kontraindikationen: Als absolute Kontraindikation für eine Kompressionstherapie gilt u. a. die fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK); relative Kontraindikationen sind beispielsweise Kontaktsensibilisierungen auf die eingesetzten Materialien.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.phlebology.de/leitlinien-der-dgp-mainmenu/8-leitlinie-medizinischer-kompressionsstrumpf-mks-version-15102006>

Obige Einteilung dient als Richtwert.

Quelle: Gütegemeinschaft Medizinische Kompressionsstrümpfe e.V.



Verordnung

Medizinische Kompressions-Wadenstrümpfe A-D
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Varizen vom Knöchel bis etwa Wadenmitte, Ödeme Wadenmitte

Serienfertigung

17.06.01 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Maßfertigung - rundgestrickt
17.06.10 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Medizinische Kompressions-Halbschenkelstrümpfe A-F
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

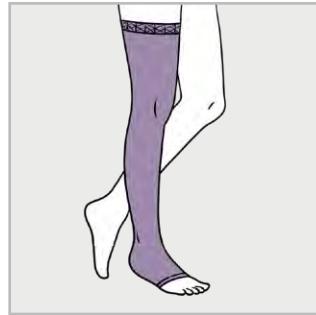
Indikation

Varizen vom Knöchel bis Kniekehlenrand reichend

Serienfertigung

17.06.02 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Maßfertigung - rundgestrickt
17.06.11 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Medizinische Kompressions-Schenkelstrümpfe A-G
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Varizen vom Knöchel bis Mitte Oberschenkel reichend

Serienfertigung

17.06.03 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Maßfertigung - rundgestrickt
17.06.12 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Medizinische Kompressions-Strumpfhose A-T
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

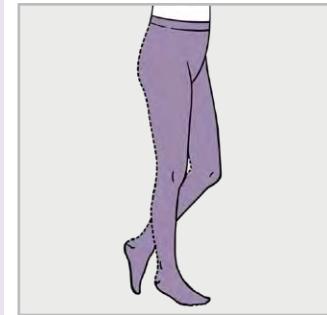
Indikation

Varizen bis proximaler Oberschenkel, Varizen bis über Leistenbeuge, Adipositas, Gravidität

Serienfertigung

17.06.04 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Maßfertigung - rundgestrickt
17.06.13 _ _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Medizinische Kompressions -
Wadenstrümpfe nach Maß,
flachgestrickt A-D
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Behandlung von Lymphödemen,
Lipödemen und starken Venen-
erkrankungen

17.06.14 - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Verordnung

Medizinische Kompressions-
Halbschenkelstrümpfe
nach Maß, flachgestrickt A-F
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Behandlung von Lymphödemen,
Lipödemen und starken Venen-
erkrankungen

17.06.15 - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Verordnung

Medizinische Kompressions-
Schenkelstrümpfe nach Maß,
flachgestrickt A-G
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Behandlung von Lymphödemen,
Lipödemen und starken Venen-
erkrankungen

17.06.16 - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

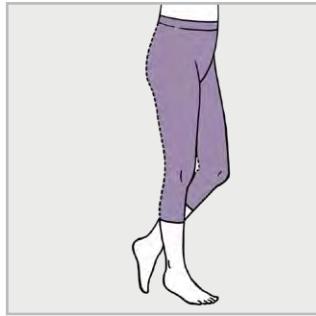
Verordnung

Medizinische Kompressions-
Strumpfhose nach Maß, flach-
gestrickt A-T
(siehe Verordnungshinweise S. 39)

Indikation

Ödeme vom Fuß bis zur Leiste

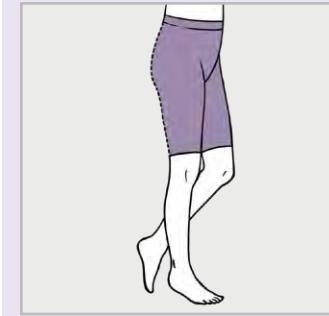
17.06.17 - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

**Verordnung**

Med. Kompressions-Caprihosen nach Maß, flachgestrickt

Indikation

Behandlung von Lymphödemen und starken Venenerkrankungen

**Verordnung**

Med. Kompressionsbermuda-hosen nach Maß, flachgestrickt

Indikation

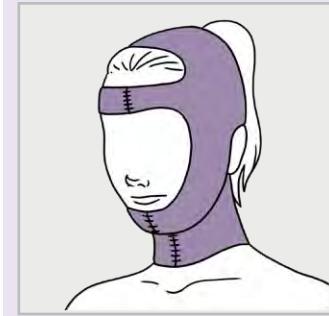
Behandlung von Lymphödemen und starken Venenerkrankungen

**Verordnung**

Narbenkompressionsbandagen

Indikation

Keloidversorgungen z.B. nach Verbrennungen

**Verordnung**

Hilfsmittel zur Narbenkompression Kopf

Indikation

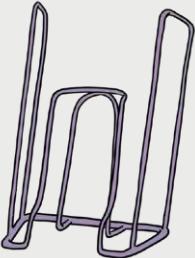
Flächige Verbrennungs-/ Verbrühungsnekrosen plastische Narbenkorrekturen

17.06.18 - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

17.06.19 - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

17.11.01 - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

17.17.01 - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

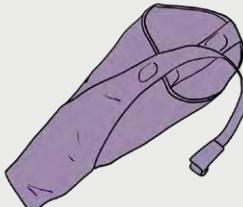


Verordnung

Strumpfanziehhilfe für Kompressionsstrümpfe

Indikation

Primäre chronische Polyarthritis, Arthrose, Rheuma, Adipositas per magna, Kontrakturen

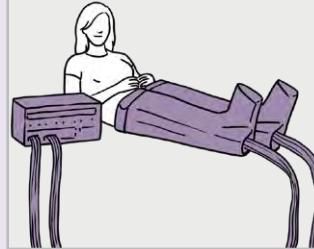


Verordnung

Strumpfausziehhilfe für Kompressionsstrümpfe

Indikation

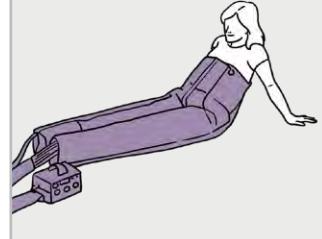
Primäre chronische Polyarthritis, Arthrose, Rheuma, Adipositas per magna, Kontrakturen



Verordnung

Apparat zur intermittierenden Kompressionstherapie

Bevorzugt Phlebologie



Verordnung

Apparat zur intermittierenden Kompressionstherapie

Bevorzugt Lymphologie

02.40.01.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

02.40.01.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Einstufengerät
1799.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Mehrstufergerät
1799.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

In der phlebologischen Therapie soll aus Kostengründen vorrangig aus dem Serienmaß-Kontingent versorgt werden (Rundstrick).

Individuell stark abweichende Messwerte erfordern eine Maßanfertigung.

Das Sanitätshaus ist vertraglich gehalten, bei jeder Kompressionsversorgung die genauen Maße zu ermitteln und zu dokumentieren.

Zur optimalen Maßermittlung nutzt Ihr Sanitätshaus ein technologisches Messsystem, wie BodyLux, für perfekt passende Kompressionsstrümpfe. Die Lymphatische Therapie bedarf grundsätzlich einer Maßanfertigung (Flachstrick). Ein genauer Verordnungstext vermeidet Rückfragen und Rezept-Änderungen.

Zusatzangaben:

Besondere Qualitäten oder Materialien, Hinweis auf Allergien, Hinweis auf die Strickart (flachgestrickt oder rundgestrickt)

Bei Behandlungsbeginn kann aus Gründen der Hygiene und Haltbarkeit eine Doppelversorgung verordnet werden.
Der Nutzungszeitraum liegt wegen nachlassender Kompressionswirkung üblicherweise bei 6 Monaten.

Das Rezept soll beinhalten:

- Die Bezeichnung medizinischer Kompressionsstrumpf
(Kompressionsstrumpfhose, Caprihose, usw.)
- Die Bezeichnung Maß - falls erforderlich
- Die Stückzahl
- Die Kompressionsklasse
- Bei Strümpfen die Länge
(A-D bis Knie, A-F Halbschenkel, A-G Leiste) usw.
- Die Zusätze
(z.B. Haftband, Hüftbefestigung, Pelotten, Einkehrungen)
- Die Diagnose
(zwischen venöser oder lymphatischer Erkrankung unterscheiden)

Versorgungsbesonderheiten in der Lymphatischen Therapie

Abrechnungsnummer

17.99.99.0002
17.99.99.0002
17.99.99.0003

Zubehör

Kompressionspelotten incl. Tasche
Kompressionspelotten incl. Tasche, phlebologische Versorgungen
Zubehör für medizinische adaptive Kompressionssysteme, Serienfertigung

Abrechnungsnummer

17.99.99.2003
17.99.99.2004
17.99.99.2005
17.99.99.2006
17.99.99.2007
17.99.99.2008
17.99.99.2009
17.99.99.2010
17.99.99.2011
17.99.99.2012
17.99.99.2013
17.99.99.2014
17.99.99.2015
17.99.99.2016
17.99.99.2017
17.99.99.2018

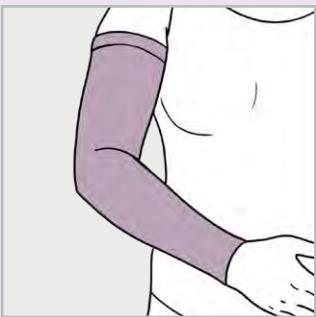
Zuschläge/Zusätze

Komprimierendes Leibteil
Komprimierendes Zehenteil/Zehenkappe
Webansatz (*Verlängerung eines Kompressionsstrumpfes ohne komprimierende Wirkung*)
Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe
Hüftbefestigung für Stumpfstrümpfe
Hafrand (*für Kompressionsstrümpfe*)
Einbeinhosenteil (*Beinring; nicht komprimierendes Hosenteil für die Gegenseite*)
Kompressionshandteil für Armstrumpf mit Daumenöffnung Maßanfertigung
Kompressionshandteil für Armstrumpf mit Daumenansatz (*ohne Finger*) Maßanfertigung
Kompressionshandteil für Armstrumpf mit Daumen und Fingern, Maßanfertigung
Schulterbefestigung/Kappe für Armstrümpfe
Reißverschluss am Armstrumpf
Reißverschluss am Beinstrumpf
Haftbandstücke
Hodensack
Eingriff

Abrechnungsnummer	Zuschläge/Zusätze
17.99.99.2019	Schwangerschaftshosenteil
17.99.99.2020	Stomaöffnung
17.99.99.2022	Bolero
17.99.99.0023	Komprimierender Fingerling
17.99.99.2024	Abrechnungsposition für Unterstrümpfe bei Ulcus-cruris-Strümpfen Serie
17.99.99.2024	Abrechnungsposition für Unterstrümpfe bei Ulcus-cruris-Strümpfen nach Maß
17.99.99.2025	Geschlossene Fußspitze
17.99.99.2026	Schräge Abschlüsse proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung, Slipform
17.99.99.2027	Oberbeinerhöhung (<i>ventrolaterale Erhöhung</i>)
17.99.99.2028	Ellipse, anatomisch abgewinkeltes Knie, Funktionszone Knie
17.99.99.2029	Funktionszone Ellenbogen, vermehrte Einkehren bei E (<i>Arm</i>)
17.99.99.2030	Y-Einkehr, T-Ferse, 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß
17.99.99.2031	Futterstoff, inkl. Taschen

Abrechnungsnummer	Reparaturen
17.99.99.3001	Reparaturen an Apparaten zur Kompressionstherapie

Abrechnungsnummer	Wartungen
17.99.99.4001	Wartungen an Apparaten zur Kompressionstherapie



Verordnung

Med. Kompressionsarmstrumpf
nach Maß mit
Befestigung, Flachstrick

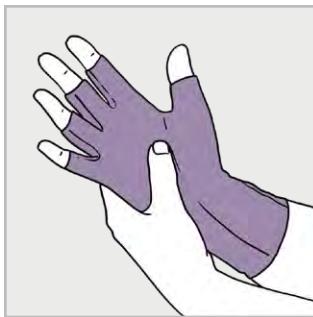
Indikation

Lymphödem b.Z.n. Ablatio-
Mammae

17.10.04.0 _ _ _ KKL I
Anerkanntes Hilfsmittel

17.10.04.1 _ _ _ KKL II
Anerkanntes Hilfsmittel

17.10.04.2 _ _ _ KKL III
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Narbenkompressions-
bandage Hand, Flachstrick

Indikation

Lymphödem b.Z.n. Ablatio-
Mammae

17.07.01.0 _ _ _ Anerkanntes Hilfsmittel

Flachgestricke Kompressionsstrümpfe in der Ödemtherapie

Wandstabilität und Mikromassage ausschlaggebend. Die Dehnfähigkeit des Materials soll der Elastizität von Kurzzugbinden gleichen. Darüber hinaus muss die Anpassung der Versorgungen an die oft deformierten Extremitäten möglich sein. Diese Eigenschaften weisen nur flachgestrickte Kompressionsstrümpfe auf.

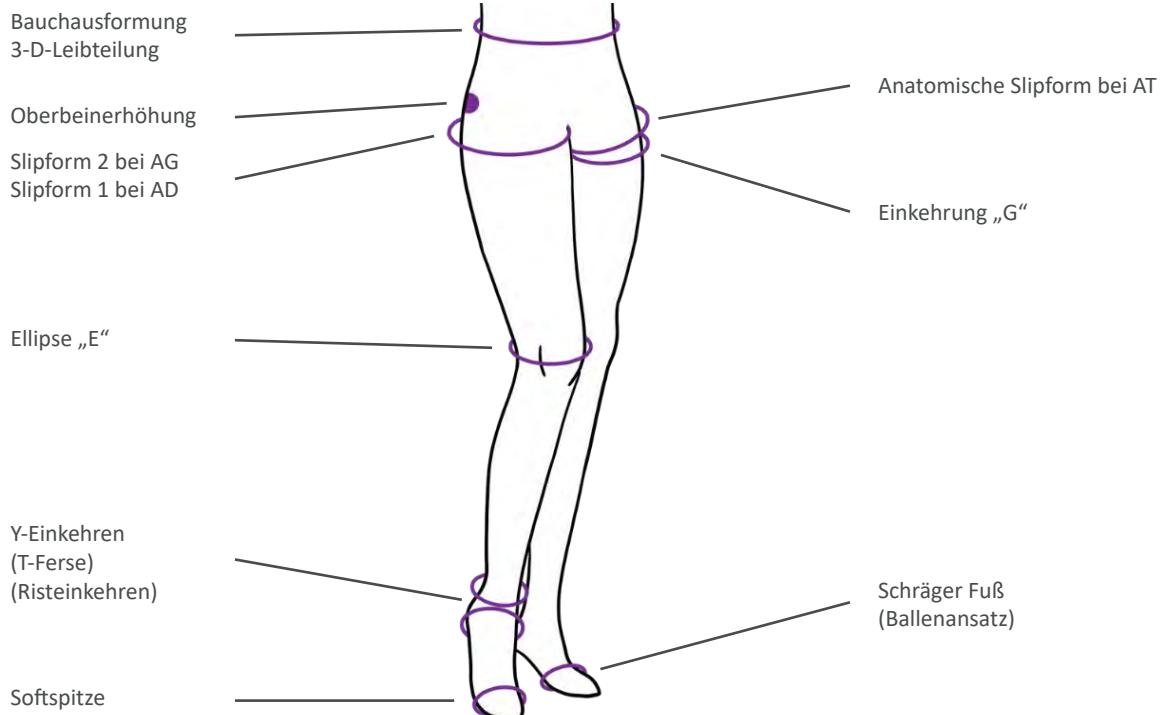
Die Wirkung flachgestrickter Kompressionsstrümpfe*:

- Normalisierung einer pathologisch erhöhten Ultrafiltration mit
- konsekutiver Reduzierung der lymphpflichtigen Last,
 - Verstärkter Einstrom der interstitiellen Flüssigkeit in die initia- len Lymphgefäße,
 - Verschiebung der Flüssigkeit durch die Gewebsspalten,
 - Erhöhung des Lymphflusses in den noch funktionierenden Lymphgefäßen,
 - Reduzierung des venösen Druckes und damit eine antiödema- töse Wirkung.

Verbesserung der Gewebebefunde mit Kompressionstherapie in der Phase II.

*S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, AWMF Reg.-Nr. 058-001, Stand Mai 2017. Online veröffentlicht unter:
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/058-001.html (Letzter Zugriff 01.08.2017)

Versorgungsbesonderheiten Flachstrick (untere Extremitäten)





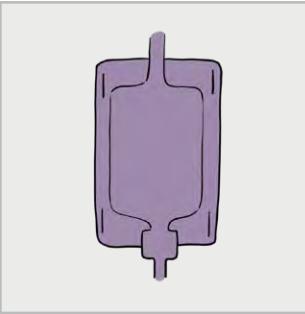
Verordnung

Stulpe
Befestigungsbänder

Indikation

Befestigung von Beinbeutel an
Ober- bzw. Unterschenkel

Haltebänder, wiederverwendbar;
Halterungen/Taschen
15.99.99.0008
15.99.99.0009
Anerkanntes Hilfsmittel



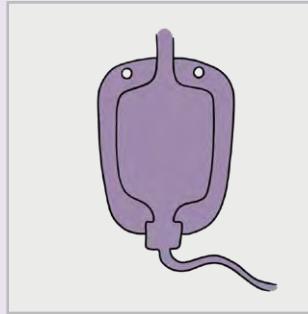
Verordnung

Beinbeutel mit Ablauf, zur
Aufnahme von Urin, Urinrück-
flußsperrre und einen Anschluß-
schlauch

Indikation

Vornehmlich für mobile inkonti-
nente Personen, mittlerer bis
schwerer Inkontinenz.
Für den Anschluss an Roll-
trichter/Urinal-Kondome und
Katheter

15.25.05.1 _ _ _ unsteril
15.25.05.3 _ _ _ steril
Anerkanntes Hilfsmittel



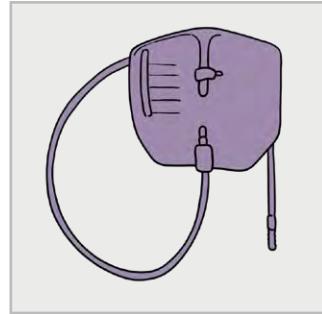
Verordnung

Bettbeutel

Indikation

Vornehmlich für bettlägerige
inkontinente Personen, mittle-
rer bis schwerer Inkontinenz.
Für den Anschluss an Roll-
trichter/Urinal-Kondome und
Dauerkatheter.

15.25.06.0 _ _ _ o.Ablauf,unsteril
15.25.06.1 _ _ _ m.Ablauf,unsteril
15.25.06.2 _ _ _ o.Ablauf,steril
15.25.06.3 _ _ _ m.Ablauf,steril
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Bettbeutel (geschl. Systeme) mit
Tropfkammer

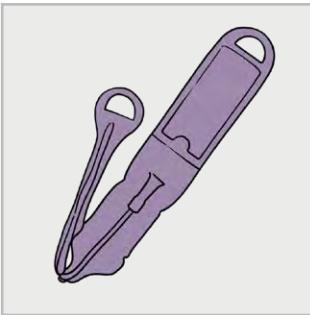
Indikation Mittlere bis schwere
Harninkontinenz. Bei Dauerka-
theter für einen Zeitraum von
10 - 14 Tagen, ohne dass das Sys-
tem in sich getrennt werden darf

15.25.07.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Verordnung Kombinierte Bett-
und Beinbeutel mit Tropfkam-
mer

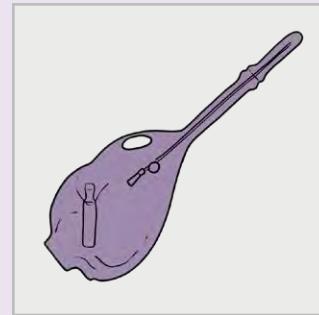
Indikation Nur bei mobilen
Patienten. Nicht einzusetzen in
der frühen postop. Phase

15.25.07.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



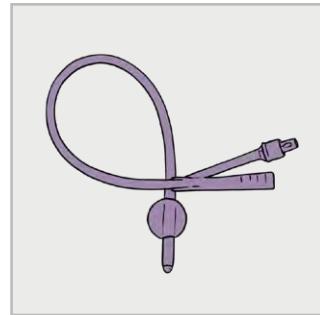
Verordnung

Einmalkatheter beschichtet,
gebrauchsfertig



Verordnung

Einmalkatheter mit Auffangbeutel
beschichtet,
gebrauchsfertig



Verordnung

Ballonkatheter Silikon für die
langfristige Versorgung



Verordnung

Katheterverschlüsse und
Ventile

Indikation

Intermittierender Selbstkathetertismus bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen z.B. bei neurologischen Schädigungen, Querschnittslähmung, Meningomyelocoele, Multipler Sklerose, Uro-Pouches

Indikation

Intermittierender Selbstkathetertismus bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen im außerhäuslichen Bereich, zur Ergänzung der Regelversorgung (atraumatische Einmalkatheter ohne integriertes Beutelsystem)

Indikation

Versorgung inkontinenter Patienten für begrenzte Zeit oder als Dauerversorgung mit Urinbeuteln. Nur anzuwenden, wenn externe Urinableiter oder Einmalkatheter aus medizinischen Gründen nicht verwendet werden können

Indikation

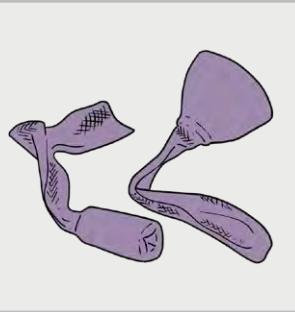
Bei Verwendung von Dauerkathetern zum Verschluss bei Beutelwechsel oder Reinigung

15.25.14.7 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

15.25.14.9 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

15.25.15.6 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

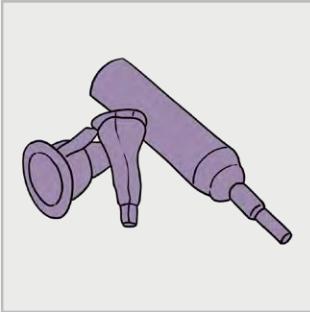
15.25.16.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Anal tampons

Indikation
Stuhlinkontinenz, zur Verhinderung von unkontrolliertem Verlust von festem Stuhl
Einsatz auch bei der Wundversorgung möglich

15.25.17.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Externer Urinableiter Urinal-Kondome/Rolltrichter, integrierte Klebefläche, Schlauchansatz mit Knickschutz

Indikation
Mittlere bis schwere Harninkontinenz bei Männern

15.25.04.4 _ _ _ Latexhaltig
15.25.04.6 _ _ _ Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexfreie Materialien, nicht gebrauchsfertig
15.25.04.7 _ _ _ Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexfreie Materialien, gebrauchsfertig verpackt
15.25.04.8 _ _ _ Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Versorgungspauschale Inkontinenz, Inkontinenzvorlagen (als Jahresverordnung möglich)

Indikation
Durchgehende mittelgradige Harninkontinenz (Richtwert: mind. 100 - 200 ml in 4 Stunden)

Abweichender Verordnungstext bei Patienten der Techniker Krankenkasse, Barmer, Knappschaft, IKK:

Artikelbezeichnung
- als Jahresverordnung möglich

Bitte geben sie den gültigen Versorgungszeitraum [z. B. VZR: 01.01.2024 -31.12.2024] und die Diagnose mittelgradige Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz oder Harn- und Stuhlinkontinenz an.





Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6. Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, postoperativ,
Dauerversorgung

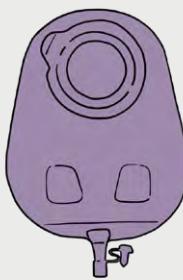


Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6. Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Ileostomie, postoperativ,
Dauerversorgung

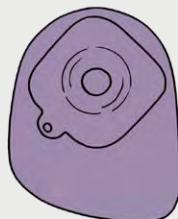


Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6. Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Urostomie, postoperativ,
Dauerversorgung



Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6. Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, Ileostomie nach
Irrigation

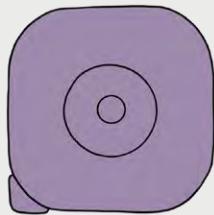
Abweichender Verordnungstext bei Patienten der Techniker Krankenkasse *[in Absprache mit Ihrem Homecare Mitarbeiter]*.

Geschl. Kolostomiebeutel
29.26.01. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Ausstreichbeutel
29.26.02. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Urostomiebeutel
29.26.03. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Stomaverschlüsse
29.26.04. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

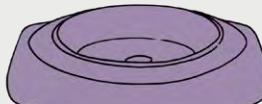


Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6- Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, Ileostomie,
Urostomie



Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6- Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, Ileostomie,
Urostomie

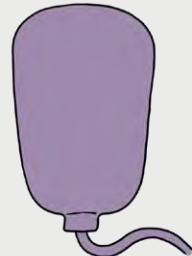


Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6- Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, Ileostomie,
Urostomie



Verordnung

Erhöhte Monatspauschale
Erstversorgung Kolostomie/
Ileostomie/ Urostomie
(für den 1.-6- Versorgungsmonat)
Monatspauschale Folgeversor-
gung Kolostomie/ Ileostomie/
Urostomie
(als Jahresverordnung möglich)

Indikation

Kolostomie, Ileostomie,
Urostomie

Abweichender Verordnungstext bei Patienten der Techniker Krankenkasse (in Absprache mit Ihrem Homecare Mitarbeiter).

Basisplatten

29.26.05. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

gewölbte Basisplatten

29.26.06. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Hautschutzplatten

29.26.07. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel

Irrigatoren/Irrigationsbeutel

29.26.08. - - - -
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Statische Positionierungs-hilfen zur Lagerung
(Extremitäten)

Indikation

Dekubitalulzera, Sensibilitäts-störungen, schlechter Allge-meinzustand, z.B. bei Exsikkose, Anämie oder Kachexie

11.11.05.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



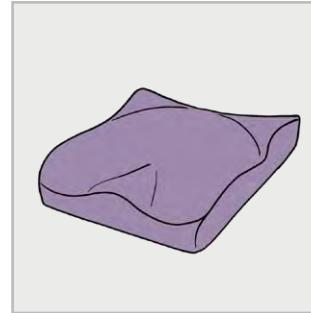
Verordnung

Statische Positionierungs-hilfen zur Lagerung
(Teilkörper)

Indikation

Dekubitalulzera (Stadium I bis IV nach EPUAP) bei erforderlich dauerndem Liegen oder Sitzen und zugleich erhöhtem Dekubi-tusrisiko

11.11.05.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



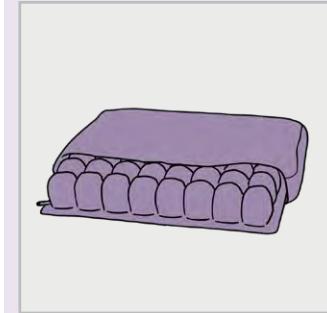
Verordnung

Schaumkissen mit einteiliger Sitzfläche

Indikation

Dekubitalulzera (Stadium I bis IV nach EPUAP) bei erforderlich dauerndem Liegen oder Sitzen und zugleich erhöhtem Dekubi-tusrisiko

11.39.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

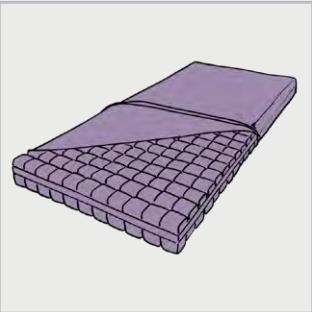
Luftgefüllte Sitzkissen
Einkammer/Mehrkammer

Indikation

Dekubitus-Therapie bei sitzen-den Patienten, Stadium I bis IV

Einkammer
11.39.03.0 _ _ _

Mehrkammer
11.39.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



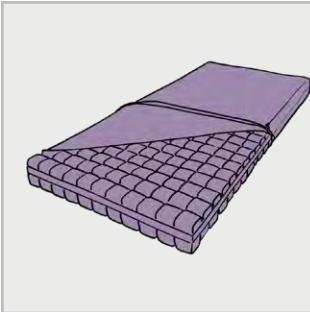
Verordnung

Weichlagerungsauflagen mit verschiebbaren Füllungen

Indikation

Dekubitus-Prophylaxe und Therapie

Weichlagerungsmatratze
11.29.05.0 _ _ _
11.29.05.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Schaummatratzen mit einteiliger oder unterteilter Liegefläche

Indikation

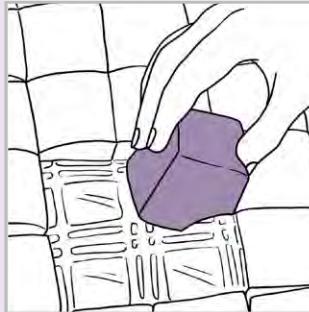
Dekubitus-Therapie bis Grad II schlechter Allgemeinzustand, z.B. d. Exsikkose, Anämie oder Kachexie

mit einteiliger Liegefäche

11.29.05.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

mit unterteilter Liegefäche

11.29.05.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

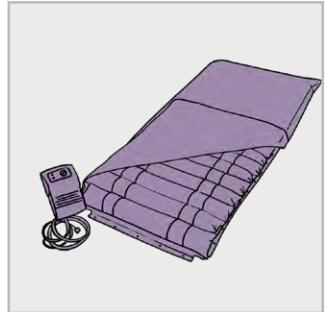
Anti-Dekubitus-Schaummatratze mit austauschbaren Elementen, zur Aussparung betroffener Stellen

Indikation

Dekubitus-Therapie bis Grad IV Kachektische Patienten, stark schwitzende Patienten, Scherkräftiminierung, Sensibilitätsstörungen, neurotrope Störungen

Weichlagerungsmatratze mit austauschbaren Weichlagerungselementen

11.29.05.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



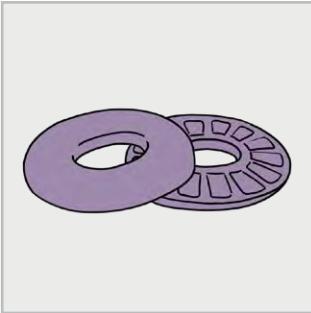
Verordnung

Anti-Dekubitus-Matratze zur intermittierenden Entlastung luftgefüllte Wechseldruckmatratze automatisch geregelt

Indikation

Bei hohem Dekubitus-Risiko, Dekubitus-Therapie bis Grad IV

11.29.08.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
mit Luftstrom
11.29.08.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



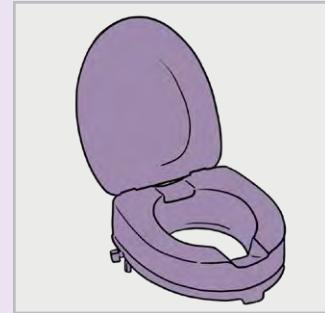
Verordnung
Sitzring, luftgefüllt,
Schaumstoff

Indikation
Kurzzeitige Entlastung des
Sakral-, Anal- oder Vaginalbe-
reichs

Keine Dekubitusversorgung

luftgefüllt
20.39.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Schaumstoff
20.39.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Toilettensitzerhöhung

Indikation
Geriatrie, starke Bewegungsein-
schränkung, Coxarthrose

mit Klammerfixierung
33.40.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

mit hochschwenkbaren Arm-
lehnen zur Festmontage
33.40.01.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Badewannenlifter, mobil,
akkubetrieben

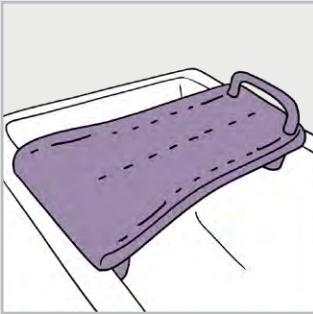
Indikation
Arthrosepatienten, Geriatrie,
starke Bewegungs-
einschränkung

04.40.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Ermittlung des Dekubitusgrades

Vor der Versorgung mit einem hochwertigen Dekubitus-Hilfsmittel steht eine patientenorientierte, quantifizierbare Beurteilung des Dekubitus-Risikos.

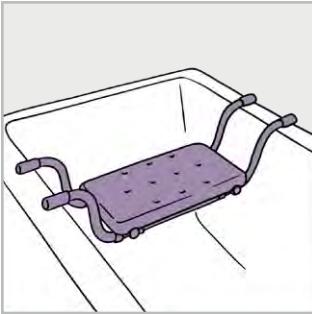
Kostenträger fordern die interdisziplinäre Auswahl der richtigen Antidekubitus-Matratze anhand eines Ermittlungsbogens nach Norton-, Braden- oder Seilerskala, zur Feststellung bereits bestehender Dekubitusgrade und der Prognose.



Verordnung
Badewannenbrett

Indikation
Geriatrie, starke Bewegungseinschränkung, Amputation, Gehunfähigkeit

04.40.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

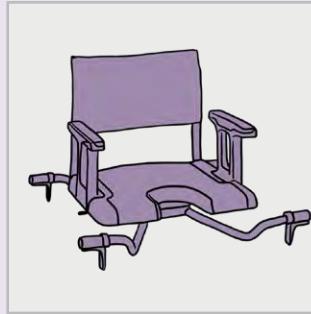


Verordnung
Badewannensitz, ohne/mit Rückenlehne

Indikation
Erhebliche Funktionsminderung/fehlende Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten z.B. Lähmungen, Gelenkerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen

ohne Rückenlehne
04.40.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

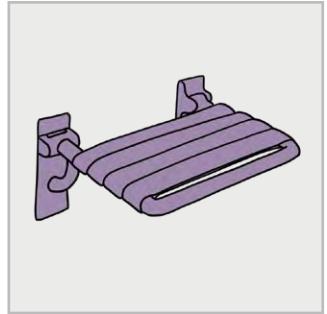
mit Rückenlehne
04.40.02.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Badewannensitz, mit Rückenlehne, drehbar

Indikation
Erhebliche Funktionsminderung/fehlende Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten z.B. Lähmungen, Gelenkerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen

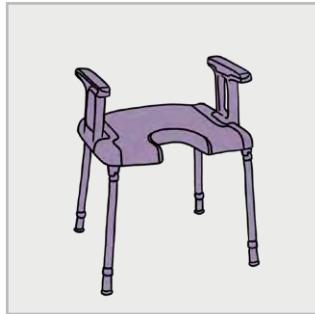
04.40.02.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Duschklappstuhl mit oder ohne Hygieneausschnitt und zwei höhenverstellbaren Stützbeinen, zum Anschrauben an eine Wand.

Indikation
Standunsicherheit/Stehunfähigkeit bei Gebrauchsminderung/ fehlender Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten oder andere die Standsicherheit beeinträchtigende Erkrankungen

04.40.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Duschhocker

Indikation
Standunsicherheit/Stehunfähigkeit bei Gebrauchsminderung/fehlender Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten

Duschhocker ohne höhenverstellbare Sitzfläche, Armlehnen und Sitzausschnitt unterliegt nicht der Leistungspflicht der GKV.

04.40.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Duschstuhl

Indikation
Standunsicherheit/Stehunfähigkeit bei Gebrauchsminderung/fehlender Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten

Duschstuhl ohne höhenverstellbare Sitzfläche, Armlehnen und Sitzausschnitt unterliegt nicht der Leistungspflicht der GKV.

04.40.03.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Sicherheitsstützgriffe für Waschbecken und Toiletten

Indikation
Gehunfähigkeit, starke Bewegungseinschränkung, Coxarthrose, spastische Lähmung

04.40.05.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Toilettenrollstuhl mit Rohrrahmen und Schiebestange oder Schiebegräben

Indikation
Gehunsicherheit, Geriatrie für Schwertpflegebedürftige

18.46.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Duschrollstuhl mit Greifreifen

Indikation
Geriatrie, stark eingeschränkte Gehfähigkeit - Gehunfähigkeit (befahrbarer Dusche muss vorhanden sein)

18.46.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Dusch-Schieberollstuhl

Indikation
Geriatrie, stark eingeschränkte Gehfähigkeit - Gehunfähigkeit (befahrbarer Dusche muss vorhanden sein)

18.46.03.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Pflegebett motorisch verstellbar, behindertengerechtes Bett motorisch verstellbar, Einlegerahmen

Indikation
für Schwerstpflegebedürftige aller Krankheitsbilder

50.45.01.1 _ _ _
[Pflegehilfsmittel]

Bett, motorisch verstellbar
19.40.01.3 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
Einlegerahmen, motor. verstellbar
19.40.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Patientenlifter, fahrbar zur Fremdbedienung

Indikation
Gehunfähigkeit, erheblich gestörte Gehfähigkeit, Tetraplegie, Paraplegie, Querschnittslähmungen

22.40.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



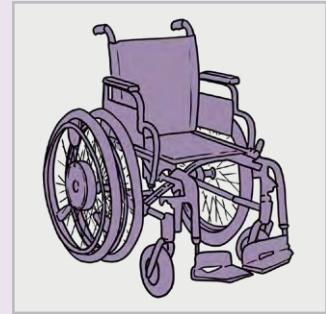
Verordnung

Standardrollstuhl, große Räder hinten,
Leichtgewicht-Standardgreiffrei-fenrollstühle

Indikation

Reduziert gehfähige Personen und mäßig aktive Patienten, die nicht dauernd auf einen Rollstuhl angewiesen sind, für Wohnung, Arbeitsplatz oder Heim auch für begrenzten Wohnraum

18.50.02.0 _ _ _
18.50.02.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Motorische, restkraftunterstützende Greifreifenantriebe

Indikation

Beeinträchtigung der Mobilität/ des Gehens, Beeinträchtigte Kraft und Beweglichkeit der Arme

18.99.08.1
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Adaptivfaltrollstuhl,
Adaptivstarrahmenrollstuhl

Indikation

Für alle aktiven Selbstfahrer zur Verwendung als Alltagsrollstuhl

18.50.03.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Elektrorollstuhl für den Innenraum und Außenbereich mit direkter oder indirekter, elektromechanischer Lenkung

Indikation

Gehunfähigkeit oder reduzierte Gehfähigkeit, Bewältigung längerer Distanzen oder wenn der Nahbereich (bis 2 km) nicht erfahren werden kann

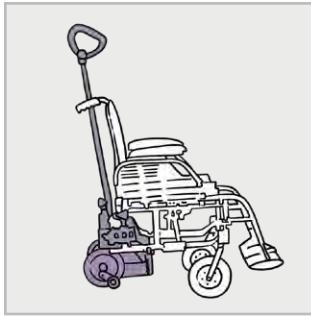
18.50.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Pflegerollstuhl mit
Rückenlehnenverstellung

Indikation
Multifunktions-Rollstuhl für
Personen, die sich nicht selbst-
ständig fortbewegen können,
Schlaganfallpatienten,
Geriatrie

18.50.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Treppensteighilfe
(elektrisch betrieben)

Indikation
Zum Transport von Personen im
Rollstuhl über eine gerade oder
gewundene Treppe oder mit
Kombigerät (Sitz)

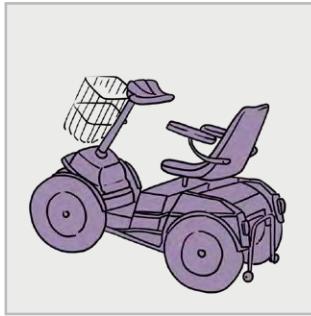
18.65.01.1 _ _ _
Verordnungsfähig
Nach Kostenvoranschlag
Genehmigung muss
eingeholt werden



Verordnung
Dreirädrige/Vierrädrige
Rollator

Indikation
Gehunsicherheit, Geriatrie

3 Räder - Delta Gehrad
10.50.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel
4 Räder - Rollator
10.50.04.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Elektromobil

Indikation
Starke Gehbehinderung,
Geriatrie

Elektromobil, 4-rädig
18.51.05.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

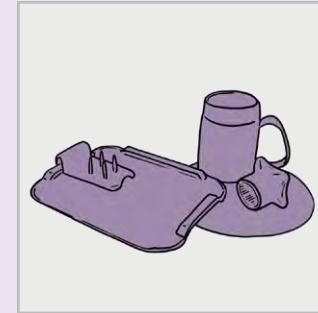


Verordnung
Gehhilfe

Indikation
Geriatrie, Gehunsicherheit,
Rheuma, Arthrose, Unfälle

Gehstock anatomisch
10.50.01.2 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

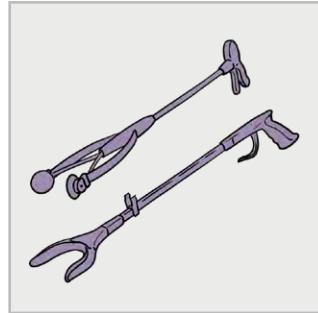
Unterarm-Gehstützen
10.50.02.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Ess-/Trinkhilfe

Indikation
Geriatrie, Gehunsicherheit,
Rheuma, Arthrose, Unfälle

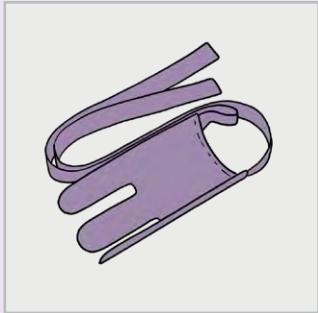
02.40.02._ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
Greifhilfe/helfende Hand

Indikation
Geriatrie angeborene oder
erworbenen Gelenkeinstellung,
Gliedmaßenteilverlust, Rheuma,
neuromuskuläre Erkrankung

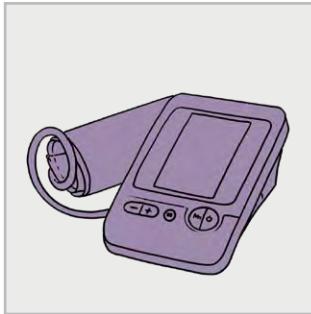
02.40.04.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung
An- und Ausziehhilf zum
Beispiel: Strumpfanzieher,
Schuhanzieher, Knöpfhilfe für
Kompressionsstrümpfe

Indikation
Geriatrie, starke Bewegungs-
einschränkung, Amputation,
Dysmelien

02.40.01._ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Inkontinenztherapiegerät mit Therapiespeicher und Biofeedback

Indikation

Harn- und Stuhlinkontinenz, Beckenbodenschwächen nach Operationen oder Geburten

09.37.03. _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Verordnung

Vollautomatische Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung/ Handgelenksmessung

Indikation

Bluthochdruck

Oberarmmessung

21.28.01.2 _ _ _

Handgelenksmessung

21.28.01.3 _ _ _

Anerkanntes Hilfsmittel

Verordnung

TENS-Gerät

Indikation

Zur Schmerzlinderung bei Ischialgien, Kopfschmerzen, Verspannungsschmerzen, postoperative Schmerzen, Arthrose, Nervenschmerzen etc.

09.37.01.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

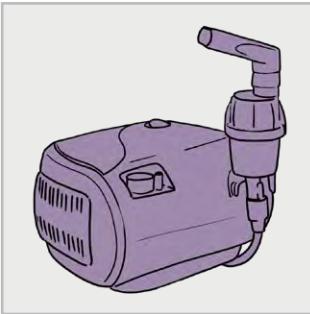
Verordnung

EMS-Gerät

Indikation

Muskelstimulation durch Reizstrom z.B. postoperativ, Verzögerung von Muskelschwund, Verbesserung der Durchblutung etc.

09.37.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

**Verordnung**

Inhalationsgerät,
Medikamentenvernebler für
untere Atemwege

Indikation

Alle Atemwegserkrankungen
der oberen und unteren Atem-
wege z.B. Asthma, Bronchitis,
COPD, Mukoviszidose, Pneumo-
nien etc.

14.24.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

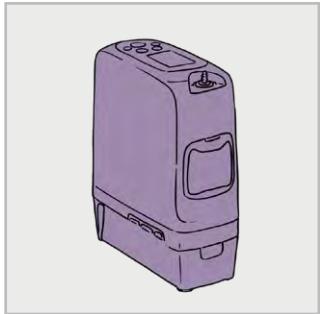
**Verordnung**

Sauerstoffkonzentrator,
stationär zur Sauerstofflangzeit-
therapie, netzabhängig, Angabe
der Applikationsmenge erforder-
lich; z.B. 2L/Min für 16 Std. tgl.

Indikation

Sauerstoff-Langzeit-Therapie

14.24.06.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

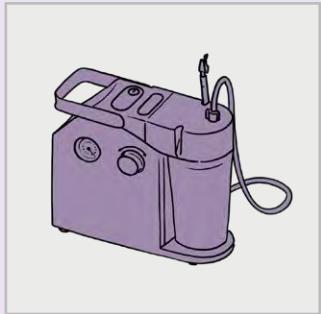
**Verordnung**

Mobiler Sauerstoff-
konzentrator zur Gewährleis-
tung der Mobilität bei Sauer-
stoff-Langzeit-Therapie

Indikation

Sauerstoff-Langzeit-Therapie

14.24.06.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

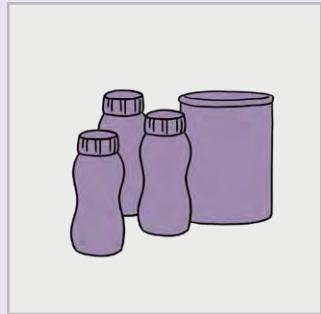
**Verordnung**

Sekret-Absauggerät mit
normaler Saugleistung,
netzabhängig/-unabhängig

Indikation

Eliminierung von Sekret

01.24.02.1 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

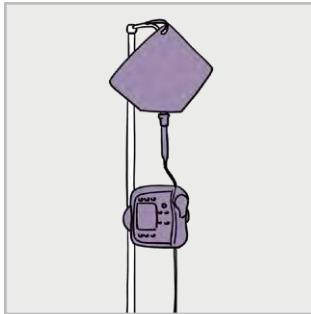
Sondennahrung Angabe Einzelartikel (z.B.Dolpina Standard 500ml)

Trinknahrung Angabe Einzelartikel (z.B. Lovital)

Indikation

Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden, normalen Ernährung, z.B. nach Apoplex.

Bitte geben Sie die PZN an.
Arzneimittel, gesonderte Verordnung!



Verordnung

Gastrobube, Button, Sicherheitsverbinder, Spritzen zur Medikamentengabe, Spritzen zur Bolusgabe

Indikation

Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden, normalen Ernährung, z.B. nach Apoplex

Bitte geben Sie den gültigen Versorgungszeitraum und die Diagnose an.



Verordnung

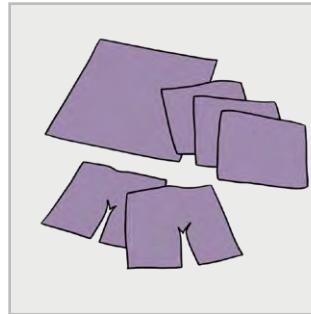
Monatspauschale Technik
Schwerkraft PEG

Monatspauschale Technik
Ernährungspumpe PEG

Indikation

Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden, normalen Ernährung, z.B. nach Apoplex

Bitte geben Sie den gültigen Versorgungszeitraum und die Diagnose an.



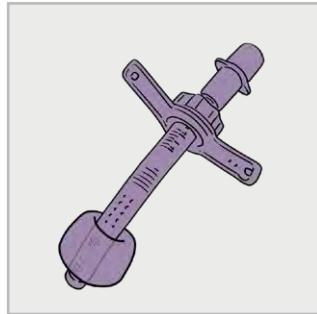
Verordnung

PEG - Verbandset oder sterile Kompressen, sterile Schlitzkompressen und Fixierpflaster

Indikation

PEG Sonde

Bitte geben Sie die PZN an.



Verordnung

Monatspauschale
Erstversorgung Tracheostomie
unbeatmet/ beatmet/ Wach-
koma

Monatspauschale
Folgeversorgung Tracheos-
tomie unbeatmet/ beatmet/
Wachkoma

Indikation

Tracheotomie, Tracheostomie,
Laryngektomie



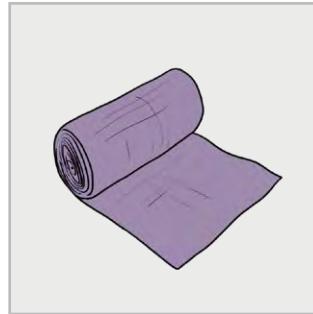
Verordnung

Monatspauschale
Erstversorgung Layngektomie
mit Stimmprothese/ ohne
Stimmprothese

Monatspauschale
Folgeversorgung Layngeko-
mie mit Stimmprothese/ ohne
Stimmprothese

Indikation

Tracheotomie, Tracheostomie,
Laryngektomie



Verordnung

Angabe des Artikels mit gültiger
PZN, siehe Dokumentation der
Wundexperten

Bitte geben Sie die PZN und die
Verpackungseinheit an.

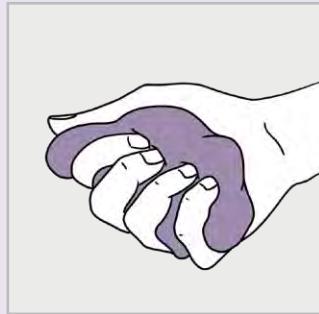
mediteam Freibrief- umschläge für Ihre Praxis

Für eine schnelle
Bearbeitung bieten wir
Ihnen die Möglichkeit, uns
Ihre Rezepte portofrei in
unseren Freibriefumschlägen
zuzusenden. Diese können
Sie ganz einfach telefonisch
über unseren Außendienst
oder unseren Kundenservice
unter **0951 / 96 600-0** oder
per E-Mail an **kontakt@
mediteam.de** anfordern
– wir senden Ihnen die
Freibriefumschläge umgehend
zu.

Bitte geben Sie den gültigen Versorgungszeitraum
(z. B. VZR: 01.01.2024 -31.01.2024) und die Diagnose
(z.B. Bronchial- Ca., Zust. nach Apoplex) an.

14.24.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

14.24.04.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



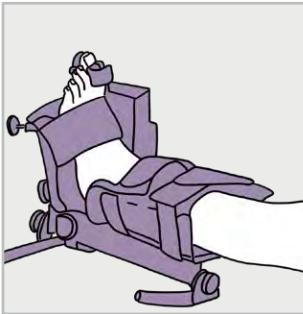
Verordnung

Eigenkraft aktivierende Fingertrainer (Therapieknete), plastisch verformbares Material für Finger- und Handübungen

Indikation

Entzündlich rheumatische oder Verschleißerkrankungen der Fingergelenke, Operations-/Verletzungsfolgen am Handskelett, neuromuskulär bedingte Störungen d. Fingerbeweglichkeit, Fingergelenkkontakturen

32.07.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



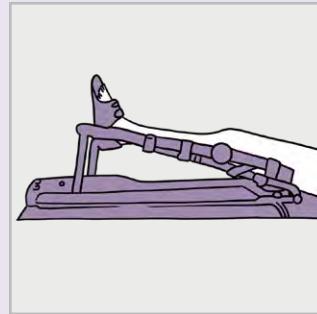
Verordnung

Fremdkraftbetriebene Großzehen-Bewegungsschiene

Indikation

Einzigartig nach Hallux-Valgus-Operationen, entzündlich rheumatische Erkrankungen des Großzehengrundgelenkes, operativ versorgte Knorpeldefekte

Praxisbewährtes Hilfsmittel
i.d. Regel Verleihsystem



Verordnung

Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene

Indikation

Gelenkdistorsionen und -kontusionen, Arthrotomien aller Art, gelenknahe Eingriffe an Weichteilen

32.04.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene

Indikation

Übungsstabile Osteosynthesen, Schulterdistorsionen und -kontusionen, Synovektomien

32.09.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



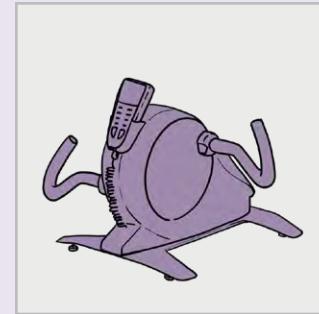
Verordnung

Fremdkraftbetriebene
Beintrainer

Indikation

Funktionsverlust der Beinbeweglichkeit durch: Querschnittsläsionen, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, neuromuskuläre Erkrankungen, Hirnschädigungsfolgen

32.06.01_ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



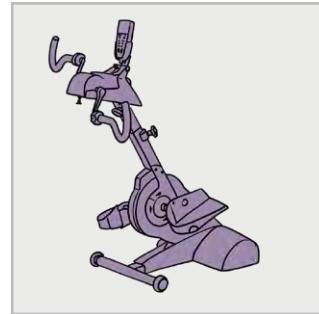
Verordnung

Fremdkraftbetriebene
Armtrainer

Indikation

Funktionsverlust der Armbeweglichkeit durch: hohe Querschnittsläsionen, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, neuromuskuläre Erkrankungen, Hirnschädigungsfolgen

32.10.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel



Verordnung

Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine

Indikation

Übungsstabile Osteosynthesen, Schulterdistorsionen und -kontusionen, Synovektomien

32.29.01.0 _ _ _
Anerkanntes Hilfsmittel

Unsere Wohnraumberatung - damit das Zuhause ein Zuhause bleiben kann

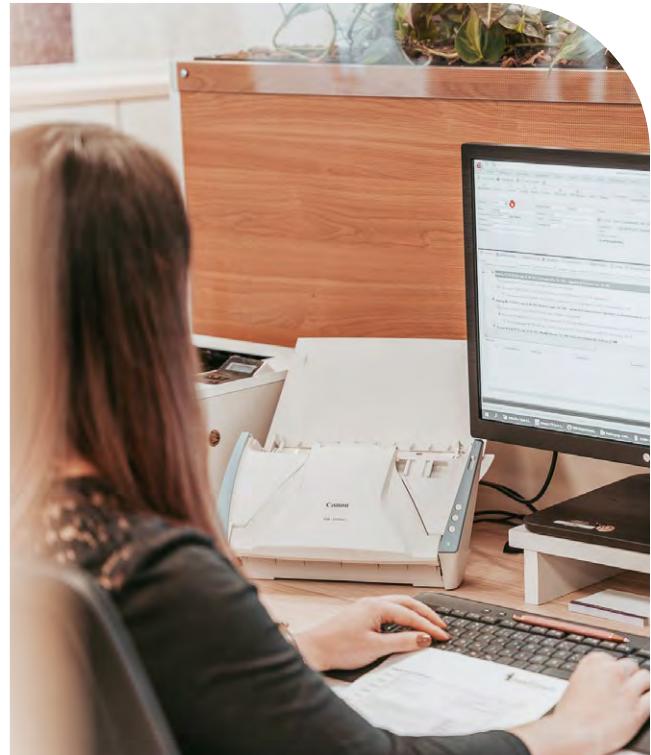
Badewanne, Treppen und Schwellen werden bei gesundheitlichen oder altersbedingten Mobilitätseinschränkungen schnell zu Hindernissen. Und wenn zudem alltägliche Handgriffe schwerfallen, ist so manche Alltagsroutine eine Herausforderung. Unsere Wohnraumberatung für die Patienten informiert über Hilfsmittel und Lösungen, wie „die eigenen vier Wände“ möglichst lange ein Zuhause bleiben können.

Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß §139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfassende Hilfsmittel aufgeführt sind.

Bei diesen Produkten ist eine Prüfung der medizinisch-technischen Anforderungen erfolgt. Die darin verzeichneten Produkte können grundsätzlich zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden (siehe auch Erklärung S. 2). Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in einzelne Produktgruppen. In jeder Produktgruppe wird eine systematische Unterteilung in Anwendungsorte, Untergruppen und Produktarten vorgenommen. Einzelprodukte sind unter den Produktarten subsumiert. Hilfsmittel ähnlicher oder gleicher Funktion bzw. medizinischer Zweckbestimmung sind jeweils in einer Produktart subsumiert. Für jede Produktart ist ein Indikationsrahmen angegeben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend.

Siehe auch:
www.rehadat-gkv.de



Auszüge aus dem § 33 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt.

Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. § 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten (5).

Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

Grundsatz:

Hilfsmittel werden von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet, Pflegehilfsmittel von der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Voraussetzung für die Übernahme von Kosten für Pflegehilfsmittel durch die gesetzliche Pflegeversicherung ist immer ein zuerkannter Pflegegrad.

Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege mit zuerkanntem Pflegegrad haben Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Wert von 42,00 €/Monat.

Einfach online anfragen: Nutzen Sie unser Kontaktformular, und wir rufen Sie gern zurück, um Ihre Pflegehilfsmittel gemeinsam zu besprechen.



Das Hilfsmittelverzeichnis ist in Produktgruppen gegliedert und für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel getrennt:

Produktgruppen für Pflegehilfsmittel:

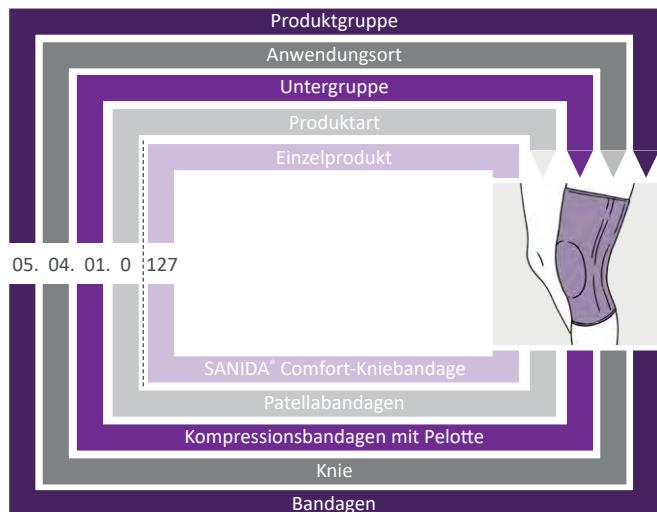
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	19	Krankenpflegeartikel
52	Pflegehilfsmittel zur selbst. Lebensführung/Mobilität	20	Lagerungshilfen
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	22	Mobilitätshilfen
		23	Orthesen/Schienen
		24	Prothesen
		25	Sehhilfen
		26	Sitzhilfen
		27	Sprechhilfen
		28	Stehhilfen
		29	Stomaartikel
		31	Schuhe
		32	Therapeutische Bewegungsgeräte
		33	Toilettenhilfen
		34	Haarersatz
		35	Epithesen
		36	Augenprothesen
		37	Brustprothesen
		38	Armprothesen
		99	Verschiedenes

Produktgruppen für Hilfsmittel:

01	Absauggeräte	27	Sprechhilfen
02	Adaptionshilfen	28	Stehhilfen
03	Applikationshilfen	29	Stomaartikel
04	Bade- und Duschhilfen	31	Schuhe
05	Bandagen	32	Therapeutische Bewegungsgeräte
06	Bestrahlungsgeräte	33	Toilettenhilfen
07	Blindenhilfsmittel	34	Haarersatz
08	Einlagen	35	Epithesen
09	Elektrostimulationsgeräte	36	Augenprothesen
10	Gehhilfen	37	Brustprothesen
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	38	Armprothesen
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie	99	Verschiedenes
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte		Pflegebedürftige mit Pflegegrad, die zu Hause
15	Inkontinenzhilfen		gepflegt werden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf kostenlose Pflegehilfsmittel im Wert von 42 Euro/Monat.
16	Kommunikationshilfen		
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie		

Gliederung der 10-stelligen Hilfsmittelnummer

Anhand unserer SANIDA® Comfort-Kniebandage ist nachfolgend die Gliederung der Hilfsmittelnummer aufgezeigt:



Die Angabe der 7-stelligen Produktart auf der Vorordnung ist ausreichend!

Die Verordnung des Hilfsmittels kann anhand der 7-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses und/oder durch Angabe der Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses erfolgen. Im vorgenannten Beispiel:

05.04.01.0 Patellabandage

Der Leistungserbringer wählt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung zusammen mit dem Versicherten ein Einzelprodukt aus. Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation ist es dem Arzt freigestellt, unter Berücksichtigung des Maßes des Notwendigen und des Wirtschaftlichkeitsgebotes unter Beifügung einer separaten medizinischen Begründung ein ganz spezielles Hilfsmittel (10-stellige Hilfsmittelnummer und/oder Bezeichnung des Einzelproduktes) zu verordnen.

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>

sichert. stärkt. schützt.
www.sanida.de



Zuzahlung

- Grundsätzlich gilt: Krankenkassen müssen ihren Versicherten Hilfsmittel kostenfrei als Sachleistung zur Verfügung stellen. Ab dem 18. Lebensjahr muss der Versicherte jedoch bei jedem Hilfsmittel eine gesetzliche Zuzahlung leisten, wenn keine Befreiung vorliegt.
- Bezugsgröße: Abgabepreis, den die Krankenkasse an den Leistungserbringer vergütet, (z.B. Festbeträge oder Vertragspreise)
- Höhe: 10 % vom Abgabepreis, mindestens 5,- Euro, jedoch begrenzt auf maximal 10,- Euro
- Besonderheiten: Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln gilt die Untergrenze von 5,- Euro nicht, es sind maximal 10 % des von der KK zu übernehmenden Betrages, höchstens 10,- Euro für den gesamten Monatsbedarf.
- Weitere Ausnahme: Hilfsmittel, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft bzw. Entbindung stehen.

Eigenanteil

- Nur bei Hilfsmitteln mit Doppelfunktion (einerseits Gebrauchsgegenstand, andererseits Behindertenausgleich/ Behandlungssicherung)
- Zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung fällig
- Höhe: Kosten für Gebrauchsgegenstandsanteil

Beispiele

- Orthopädische Straßenschuhe nach Maß:
 - Eigenanteil Kinder 45,- Euro
(bis vollendete 16 Jahre)
 - Erwachsene 76,- Euro
- Orthopädische Hausschuhe nach Maß:
 - Eigenanteil Kinder 20,- Euro
(bis vollendete 16 Jahre)
 - Erwachsene 40,- Euro

Mehrkosten

- Wahl eines Hilfsmittels, das über das Maß des medizinisch notwendigen hinausgeht
 - Ist zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung fällig
 - Höhe: Differenz zwischen Abgabepreis und Festbetrag
 - Synonyme: wirtschaftliche Aufzah lung, Aufpreis, Privatanteil
-
- **Der Patient ist über eine mögliche höherwertige Versorgung aufzuklären. Die Beratung muss dokumentiert werden.**

Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeheimen

In Anlehnung an den Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen vom 26.03.2007.

Heimbewohner in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung in folgenden Fällen:

- Der Verwendungszweck des Hilfsmittels liegt nicht überwiegend in der Durchführung und Erleichterung der Grundpflege
- Das Hilfsmittel dient zur Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. dem Ausgleich einer Behinderung, auch dann, wenn eine Selbstbestimmung oder Rehabilitation nicht mehr möglich ist
- Das Hilfsmittel der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dient
- Das Hilfsmittel individuell für einen Versicherten bestimmt ist und nur von ihm genutzt wird



PG	Hilfsmittel	Besonderheit
01	Sekretabsauger	ausschließlich vom jeweiligem Versicherten genutzt
02	Greifhilfe, Schreib- und Lesehilfe	ausschließlich vom jeweiligem Versicherten genutzt
03	Applikationshilfen	
05	Bandagen	
06	Bestrahlungsgeräte	
08	Einlagen	
09	Elektrostimulationsgeräte	
10	Fahrbare Gehhilfen, -stöcke, -stützen & Gestelle	ausschließlich vom jeweiligem Versicherten genutzt
11	Dekubitus - Sitz- und Liegehilfen	akute Behandlung & direkte Nachsorge (nicht Prophylaxe)
12	Tracheostomahilfen	
14	Inhalation- und Atemtherapiegeräte	ausschließlich vom jeweiligem Versicherten genutzt
15	Inkontinenzhilfen	(nicht zur Pflegeerleichterung)
16	Kommunikationshilfen	(außer Signalanlagen)
17	Kompressionstherapie-Hilfsmittel	
18	Rollstühle	ausschl. vom jew. Versicherten genutzt (nicht zur Pflegeerleichterung)
20	Lagerungshilfen zur Unterstützung & Behandlung	aus therapeut. Zwecken im Einzelfall erforderlich (nicht zur Pflegeerleichterung)
21	Messgeräte für Körperzustände	ausschließlich vom jeweiligem Versicherten genutzt
23	Orthesen	
24	Prothesen	
26	Sitzhilfen	
29	Stomaartikel	
31	Schuhe und Zurichtungen	
34	Haarersatz	
35	Epithesen	
36	Augenprothesen	
37	Brustprothesen	
38	Armprothesen	

Wir sind Sanida.

NETWORCARE



ZIMMERMANN





Unsere Handelsmarke bietet Ihnen verlässliche Produkte wie Rollatoren, Bandagen, Orthesen und Kompressionsversorgungen. Sie fördern Ihre Mobilität, entlasten den Körper und geben Sicherheit im Alltag.

Sanida wird stetig weitergedacht – für mehr Lebensqualität, Tag für Tag.

Dafür steht Sanida



Unterstützung



Vertrauen



Kundennah



Erfahrung



Qualität



Verantwortung



Rollator



Bandagen



Kompression



Orthesen

Versorgungsgebiete



Zentrale Hallstadt

Heganger 18 · 96103 Hallstadt
Tel. 0951 / 96 600-0 · Fax 0951 / 96 600-19



Hirschaid

Industriestraße 15 · 96114 Hirschaid
Tel. 09543 / 44 23 749 · Fax 09543 / 44 24 573



Bamberg Innenstadt

Heinrichstraße 4 · 96047 Bamberg
Tel. 0951 / 51 07 637-0 · Fax 0951 / 51 07 637-1



Burgebrach

Am Eichelberg 1 · 96138 Burgebrach
Tel. 09546 / 94 02-0 · Fax 09546 / 94 02-25



Bamberg i. MVZ am Klinikum

Buger Straße 82 · 96049 Bamberg
Tel. 0951 / 50 90 176 · Fax 0951 / 29 99 529



Bad Staffelstein Schönklinik

Am Kurpark 11 · 96231 Bad Staffelstein
Tel. 09573 / 56 64-0 · Fax 09573 / 56 64-1



Elsenfeld

Marienstraße 20 · 63820 Elsenfeld
Tel. 06022 / 58 40 · Fax 06022 / 72 66 7



Großwallstadt

Am Südkreisel 1 · 63868 Großwallstadt
Tel. 06022 / 71 01 71 · Fax 06022 / 71 03 73-0



Details zu unseren Standorten finden Sie unter
www.mediteam.de/kontakt